



# Soins de proximité : quels enjeux ?

**Réorganiser les soins de premier recours passe par une transformation des modes de rémunération, la création de nouveaux métiers et la mise à disposition d'outils permettant la coordination des soins et l'accompagnement des patients.**

## L'égal accès aux soins de qualité pour tous

### Un principe constitutionnel fondateur de l'assurance maladie, une valeur professionnelle à concrétiser

**Yann Bourgueil**  
Médecin spécialiste  
en santé publique,  
directeur de  
recherche à l'Institut  
de recherche et  
documentation en  
économie de la santé  
(Irdes), en mission  
auprès de l'École  
des hautes études  
en santé publique  
(EHESP)

**G**arantir l'égal accès aux soins de qualité pour tous est une promesse fondatrice de l'assurance maladie. Chacun doit pouvoir accéder aux soins dont il a besoin, quels que soient son statut, sa culture, ses revenus, sa position sociale et son lieu d'habitation, parce que chacun cotise proportionnellement à ses revenus. L'égal accès aux soins est l'expression de la solidarité et la contrepartie de l'obligation de cotisation qui s'impose à tous. Si la dimension financière de l'accès a été longtemps l'objet principal des politiques publiques, qu'elles portent sur l'assurance maladie obligatoire et complémentaire ou sur les prix, notamment les honoraires, l'enjeu se déplace vers l'accès géographique aux services de santé ainsi que vers l'effectivité de l'accès aux droits et aux soins, notamment pour les groupes les plus vulnérables. Les analyses fines spatiales et par groupes sociaux montrent en effet une persistance, voire une aggravation, des inégalités d'accès aux soins masquée par la stabilité des chiffres macroéconomiques et des valeurs moyennes. L'accès aux soins devient dès lors un enjeu local et professionnel qui, pour être concret au quotidien, doit s'inscrire dans les valeurs,

la culture, la formation, la recherche et les pratiques professionnelles.

#### L'accès financier aux soins : un enjeu prioritaire progressivement étendu à tous...

L'édifice symbolique et fonctionnel que constitue l'assurance maladie, fondé en 1945 sur les ruines et les sacrifices de la Seconde Guerre mondiale, a été progressivement consolidé, négocié, et amélioré pour s'étendre jusqu'aux personnes résidant de façon stable en France et à celles ne relevant d'aucun régime obligatoire avec la création de la couverture maladie universelle en 1999. En 2016, la protection maladie universelle individualise les droits, simplifie les démarches administratives, assure la continuité des droits et de la prise en charge des frais de santé. Pour la partie obligatoire, la dimension financière de l'accès aux soins paraît ainsi largement garantie, mis à part le principe toujours en vigueur de paiement direct, qui peut constituer une cause de renoncement aux soins.

D'un point de vue macroéconomique, les Comptes de la santé témoignent en moyenne d'une stabilité des dépenses laissées à la charge des ménages, ce qui place

d'ailleurs la France en tête des pays de l'OCDE sur cet indicateur. Cependant, la stabilité des valeurs moyennes masque les effets de concentration des restes à charges, qui peuvent seulement être mis en évidence par l'analyse des distributions, et il reste toujours difficile d'estimer le poids des primes des assurances complémentaires santé sur le reste à charge des personnes<sup>1</sup>.

### ... menacé par les dépassements d'honoraires, la dynamique de l'innovation technique et le faible pouvoir régulateur de l'assurance complémentaire

Les dynamiques tarifaires sont principalement liées aux progrès techniques et aux revendications des acteurs professionnels qui les coélaborent avec les industries qui les promeuvent. En avance sur les évolutions des nomenclatures conventionnelles, elles vont alors être principalement remboursées par les assureurs obligatoires et complémentaires. Ce mécanisme de soutien à l'innovation, notamment quand il est principalement assumé par les complémentaires, peut impacter l'accès aux soins en limitant l'accès aux progrès techniques aux personnes ayant les meilleures couvertures complémentaires. En période de raréfaction de la ressource humaine, le risque pour l'accès aux soins est la captation de la ressource professionnelle au bénéfice de ceux qui voient leurs soins bien remboursés par leurs assurances complémentaires. En pratique cela se traduit, par exemple, par la difficulté à trouver un spécialiste de secteur 1. Par ailleurs, les assurances complémentaires, étant en concurrence entre elles, ont un très faible pouvoir de régulation sur les prix fixés par les professionnels et ne peuvent répondre qu'en s'organisant en réseaux, dont l'efficacité reste limitée et qui peuvent également introduire des disparités d'accès aux soins. Devant la persistance des inégalités d'accès aux soins de proximité, jusqu'alors faiblement remboursés par l'assurance maladie obligatoire, comme les soins dentaires, optiques, prothèses auditives et certains soins de spécialistes, les pouvoirs publics ont mené des réformes visant à faciliter l'accès à l'assurance complémentaire (instauration puis augmentation de l'aide à la complémentaire santé, accord national interprofessionnel en 2013 visant à rendre obligatoire la complémentaire en entreprise), à mieux rembourser certains soins de base, en dentaire notamment, et à maîtriser les dépassements d'honoraires avec les « options tarifaires maîtrisées ». La réforme dite « du 100 % santé » effective en 2020 poursuit cet objectif pour l'optique, l'audioprothèse et certains soins dentaires protétiques.

### Mesurer l'accès aux soins : une approche par le renoncement aux soins pour raisons financières qui se complexifie...

Le renoncement aux soins pour raisons financières, recueilli dans les enquêtes santé et protections sociales

1. Franc C., Pierre A. Restes à charge en ambulatoire et accès aux soins. Lettre du CES, mars 2013. <http://www.ces-asso.org/sites/default/files/45900%20Lettre%20du%20CES%20MARS%202013%20version%20WEB.pdf>

depuis 1988, est un des indicateurs de mesure le plus utilisé pour à la fois objectiver le problème de l'accès financier, caractériser sa distribution entre les groupes sociaux et suivre l'effet des mesures, souvent nationales, visant à garantir la dimension d'accès financier aux soins. Cependant, de nombreux travaux de recherche<sup>2</sup> ont montré à la fois la complexité de la notion de renoncement aux soins, qui ne peut se réduire à la seule dimension financière, et l'importance de s'intéresser à l'effectivité locale des mesures nationales, dont l'application est parfois peu efficace.

### ... et révèle un enjeu local de proximité

Il en ressort que garantir l'accès aux soins relève également d'une action fine, personnalisée en proximité, qui passe par des actions visant à favoriser l'accès aux droits<sup>3</sup> mobilisant les services de l'assurance maladie mais également les professionnels et organisations de santé, souvent peu au fait de ces enjeux et peu organisés pour y faire face hormis dans le cadre de politiques, notamment municipales, volontaristes.

### La dimension géographique de l'accès aux soins au-devant de la scène politique

L'expansion du système de soins qu'a permis le développement de l'assurance maladie a été principalement guidée jusqu'aux années 1990 par une logique concurrentielle propre à la coexistence d'une offre de soins de ville libérale, hospitalière privée, privée non lucrative et d'un secteur public fortement revalorisé par l'attribution du monopole de production et de transmission du savoir au sein des CHU. L'abondance, voire la pléthore d'offre de soins, effet des importantes cohortes d'étudiants en médecine jusqu'en 1978, solvabilisée par l'assurance maladie, a favorisé son déploiement rapide sur l'ensemble du territoire. Cette saturation en professionnels a installé l'usage, parfois consumériste, d'une grande facilité d'accès aux soins pour les patients mais également une faible lisibilité du fonctionnement du système de soins. La concurrence entre acteurs a conduit à une forte segmentation de l'offre de soins ce qui explique pour partie les difficultés de coordination que l'on constate aujourd'hui<sup>4</sup> et l'opacité de l'organisation du système de soins pour les patients comme pour les professionnels.

2. [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/actes\\_renoncement\\_soins\\_2012.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/actes_renoncement_soins_2012.pdf)

3. <https://assurance-maladie.ameli.fr/actualite/comprendre-et-reduire-le-renoncement-aux-soins-des-assures>

4. Dans les années 1980 et 1990, les médecins nouvellement diplômés souhaitant s'installer en libéral devaient le plus souvent racheter une clientèle et étaient prompts à prendre en charge les gardes et à effectuer les visites à domicile. La « crise » des urgences peut en effet être analysée comme le résultat du développement d'un marché très peu régulé, notamment en milieu urbain où plusieurs acteurs en concurrence (hôpitaux, pompiers, SOS médecins, généralistes) sont aujourd'hui déstabilisés par la raréfaction de la ressource humaine.



### L'accès aux soins : l'enjeu principal des soins de proximité

La volonté de renforcer les soins de proximité déplace l'enjeu de l'accès aux soins de la dimension financière et des acteurs de la régulation nationale vers les acteurs du soin et la dimension d'organisation locale. La réorganisation de l'offre hospitalière<sup>5</sup>, mais également la réduction du nombre de médecins principalement généralistes, ont mis en avant sur le mode de la « crise des déserts médicaux » la dimension géographique de l'accès aux soins. Si dans certains cas, il paraît nécessaire de réinstaller des professionnels de santé « comme avant », il est également et surtout nécessaire de travailler plus en profondeur l'organisation de l'offre de soins pour répondre à l'évolution de la demande de soins et aux progrès techniques qui permettent de soigner les patients en ambulatoire et à domicile. Ce ne sont alors pas seulement les acteurs de la première ligne qui sont concernés mais bien l'ensemble des niveaux de soins. L'hyperspécialisation de la médecine, qui se renforce avec la multiplication des spécialités médicales (44 depuis la réforme du 3<sup>e</sup> cycle), rend en effet particulièrement crucial le bon adressage (que nous pouvons également qualifier d'accès secondaire aux soins) dans le système spécialisé. L'accès pour tous à la puissance thérapeutique annoncée de la médecine de précision repose beaucoup sur la capacité des acteurs de proximité, comme des acteurs des niveaux secondaires et tertiaires, à construire pour chacun un cheminement personnalisé. Ces tendances lourdes et de long terme appellent, au-delà de la « crise des déserts médicaux », le développement de logiques de complémentarité, de collaboration et de coopération entre acteurs professionnels et organisations. Il s'agit de changements culturels importants et difficiles pour des acteurs qui se sont construits dans des logiques de concurrence et selon une hiérarchie symbolique et financière qui place la technique et la performance individuelle du praticien pour son patient au-dessus de l'activité clinique, relationnelle, et de la performance collective pour le patient et la population.

### Structurer les soins de proximité pour garantir l'accès aux soins à chacun selon ses besoins

Le projet de transformation du système de santé reconnaît le besoin d'organiser le système de soins en niveaux de recours selon une logique d'intégration horizontale pour garantir le même accès aux soins de qualité pour l'ensemble de la population. Il s'agit en premier lieu de structurer les soins de proximité, qui englobent aussi bien les acteurs des soins primaires que certains acteurs de soins spécialisés, du médico-social, du secteur social et des établissements de proximité avec leurs plateaux techniques et leurs capacités d'hébergement.

De fait l'accès aux soins, qu'il soit financier, géographique, culturel ou social, devient, ou devrait devenir,

5. Par exemple, le nombre de maternités est passé de 1369 en 1975 à 498 en 2016. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/25-7.pdf>

l'affaire de tous non seulement à l'échelon national mais aussi à l'échelon local. Il s'agit là d'un changement radical pour tous les professionnels de santé, notamment du secteur ambulatoire, traditionnellement libéraux qu'ils exercent en solo, en groupe ou en équipe, dans la mesure où ils doivent désormais se préoccuper de garantir, avec les autres acteurs du système de soin, l'accès aux soins des personnes qu'ils ne voient pas dans leurs structures parce qu'elles n'y accèdent pas pour de multiples raisons. Les communautés professionnelles territoriales de santé, les hôpitaux de proximité, les dispositifs d'appui à la coordination mais également les contrats locaux de santé sont autant de dispositifs qui existent, ou sont en devenir, et qui doivent permettre de construire une offre de soins plus coordonnée, complémentaire et au service de toute la population sur le territoire local<sup>6</sup>.

### L'enjeu de l'appropriation de l'accès aux soins comme valeur médicale et professionnelle

Aujourd'hui les acteurs de proximité sont les premiers interpellés pour assurer l'accès aux soins par leurs choix d'installation, leurs modalités d'exercice et surtout leur capacité à s'organiser entre eux (garantir l'accès à un médecin traitant, atteindre des objectifs populationnels de prévention, organiser la permanence des soins). Leur engagement est nécessaire et passe par la reconnaissance financière et symbolique de cette mission, qu'ils ne peuvent assumer seuls, notamment parce que la question dépasse largement le cadre du cabinet, de la maison de santé pluriprofessionnelle ou du centre de santé, et les acteurs même du soin. Personne n'a le monopole de l'accès aux soins mais chacun doit y jouer un rôle. Ne faut-il pas envisager dès lors que tous les professionnels de santé intègrent, dans leurs valeurs, leur formation et leurs pratiques, le souci de l'accès aux soins, qu'ils soient préventifs, curatifs, palliatifs, primaires, secondaires et tertiaires, de chaque patient et de l'ensemble de la population à l'échelle du territoire local? Ne faut-il pas imaginer que, parmi les enseignements techniques et cliniques, prenne place une formation spécifique à la dimension organisationnelle des soins, aux bonnes pratiques cliniques et organisationnelles visant à favoriser l'accès aux soins, à l'importance de ces bonnes pratiques sur la qualité des soins comme sur l'amélioration de l'état de santé des individus et des populations? Pourquoi ne pas imaginer évaluer les futurs professionnels sur leur capacité à intégrer les dimensions sociales, économiques, organisationnelles dans leur raisonnement clinique, à connaître l'ensemble des moyens d'actions disponibles autour d'eux pour atteindre ces objectifs? De même, les travaux de recherche sur l'efficacité et la

6. Certaines CPTS mettent par exemple en place des campagnes de vaccinations impliquant pharmacies, infirmières et médecins, des séances de consultations en foyers de migrants, des procédures visant à garantir une tarification de secteur 1 aux soins spécialisés pour des patients précaires, etc.

qualité des soins ne doivent-ils pas désormais intégrer la dimension d'équité ? Le sujet même de la performance en équité ne doit-il pas devenir objet de recherches à l'instar des recherches en génétique et en biologie ? Être un bon professionnel, c'est alors ne pas être seulement performant dans la réalisation de son acte diagnostique et thérapeutique, mais c'est également contribuer de sa place avec les autres acteurs, de permettre au patient d'être soigné en fonction de ses besoins quelle que

soient ses ressources. Une valeur hippocratique en somme<sup>7</sup>. ●

7. «[...] Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire [...]. » <https://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311>

## Comment financer les soins de premier recours ?

**L**e financement actuel du système de santé ne permet pas de financer de manière totalement satisfaisante les soins de premier recours, car il encourage insuffisamment la prévention et la coordination des acteurs.

Le système de financement de la santé en France ne répond plus à l'ensemble des défis auxquels nous sommes confrontés. Le vieillissement de la population et le développement des pathologies chroniques nous obligent à revoir les modes de prise en charge pour favoriser la continuité et la coordination des soins. La nécessité de garantir à chacun une prise en charge de qualité et pertinente, tout en maîtrisant la croissance des dépenses, qui atteignent 11,5 % de la richesse produite par notre pays, nous conduit aussi à transformer nos modes de financement et plus globalement l'ensemble du système de santé.

Reposant principalement sur une tarification à l'acte, le financement actuel favorise une bonne réactivité aux besoins immédiats des patients. Toutefois, il peut conduire à la réalisation d'actes non pertinents et ne favorise pas une prise en charge coordonnée dans le long terme des patients atteints de pathologies chroniques. En outre, la tarification actuelle valorise insuffisamment la prévention, notamment secondaire et tertiaire, par exemple pour la prise en charge des maladies chroniques ou des personnes âgées.

### De nouveaux modes de paiement combinés : à l'acte et forfaitaire

L'introduction de modalités de paiement combinées peut permettre une réponse plus adaptée à la diversité des conditions médicales et sociales des patients, et favoriser la structuration des soins de proximité. La transformation des modes de financement prévue dans la stratégie « Ma santé 2022 » vise à favoriser la pertinence et la qualité de la prise en charge des patients ainsi que les évolutions nécessaires de notre système de santé.

Les besoins de nos citoyens sont divers. Certains sont aigus, comme une consultation pour une pathologie hivernale ou une intervention chirurgicale ponctuelle liée à un accident peu grave. D'autres s'inscrivent dans la

durée ou sont chroniques. Le financement doit s'adapter à la multiplicité de ces besoins. C'est pourquoi la réforme des modes de financement du système de santé prévoit d'introduire des modes de tarification diversifiés pour l'ensemble des producteurs de soins, professionnels et établissements, à l'image de ce qui existe dans de nombreux pays.

Concrètement, la tarification à l'acte ou à l'activité devra être combinée avec d'autres modes de rémunération plus forfaitaires pour garantir à la fois productivité, réactivité, pertinence et suivi préventif des malades chroniques. La France est aujourd'hui le seul pays occidental où la rémunération des médecins généralistes est composée à plus de 80 % d'un paiement à l'acte. Cette proportion est plus faible dans les autres grands pays. Cette évolution est logique car de nombreux patients ont besoin d'un suivi continu plutôt que d'actes ponctuels. Pour introduire ces modalités de paiement combinées dans le système de santé français, deux méthodes sont mobilisées de manière concomitante :

- le droit commun par la modification des règles en vigueur pour tous les acteurs ;
- l'expérimentation via l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 avec les acteurs volontaires.

Ces deux méthodes sont complémentaires et doivent permettre d'accélérer la mise en œuvre de ces évolutions : le droit commun peut permettre de poser le cadre et les premiers jalons d'évolutions à court et moyen termes ; les modalités plus complexes ont quant à elles vocation à être testées et proposées par les acteurs eux-mêmes au travers de démarches expérimentales. Ainsi, en complément du paiement à l'acte et au séjour, qui a vocation à rester un mode de paiement important, les modalités de financement au suivi et à la qualité seront progressivement introduites, de manière graduée et différenciée selon les secteurs.

### Des paiements forfaitaires pour les maladies chroniques

Pour la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, un paiement au suivi prenant la forme de forfaits de prise en charge, modulés par des

**Clémence Marty-Chastan**  
Task-force  
Financement  
du système de soins  
**Natacha Lemaire**  
Rapporteuse  
générale du  
Conseil stratégique  
de l'innovation  
en santé