

Les attentes des citoyens en matière de soins de proximité

Expliquer et justifier l'organisation des soins, combler les déficits de l'offre et veiller au meilleur de la révolution numérique pour en éviter les excès sont les mesures à prendre afin de répondre aux attentes des usagers.

Depuis plusieurs mois maintenant, des tensions se manifestent dans l'espace français à propos de la disponibilité de certaines ressources publiques, notamment l'offre de santé, qui connaît elle aussi des difficultés à se maintenir dans certains territoires : la question des déserts médicaux est l'objet d'attentions répétées depuis deux décennies au moins, sans que les solutions adoptées n'aient contribué à les résoudre. À considérer les termes d'un rapport parlementaire¹ sur le sujet, nous serions même en droit de nous interroger si les efforts conduits n'ont pas eu l'effet inverse. Pour autant, les propositions² des associations pour que chacun puisse accéder à un médecin traitant viennent d'être rejetées par le Parlement à l'occasion de l'examen de la loi relative à la transformation du système de santé. S'agissant de l'accès aux ressources hospitalières, on comprend bien que des ressources rares, parce que répondant à un haut niveau de compétences ou de technologies, ne soient pas disponibles à proximité ; pour autant, l'actualité fournit régulièrement quelques exemples du rejet des fermetures de certains services par nos concitoyens.

Qu'attendent nos concitoyens en matière de proximité ? Longtemps, cette notion a été approchée par la distance physique. Avant que l'analyse politique³ et des indicateurs plus

fins⁴ ne prennent en compte l'espace-temps. Aujourd'hui, aux territoires déficitaires en offre de soins de premier recours s'ajoutent les freins à la mobilité pour se rendre vers les ressources professionnelles en santé, les délais d'attentes qui s'agrègent pour devenir de véritables obstacles à l'accès aux soins. Et nous commençons à en voir les conséquences en termes de sécurité et de qualité des soins, même si pour l'instant les protestations ne revêtent pas de forme juridique. Comment répondre à ces défis ? Plusieurs démarches peuvent y concourir.

Une gradation des soins, lisible et compréhensible, admise par tous

Plusieurs territoires coexistent maintenant pour la prise en charge de nos concitoyens, des territoires distincts selon que l'on parle de l'hôpital (les groupements hospitaliers de territoire), de la ville (maisons de santé pluri-professionnelles, centres de santé, pôles de santé, communautés professionnelles territoriales de santé), de santé publique (commune, quartier, département, selon l'outil support de l'action de prévention, de promotion de la santé, ou d'accompagnement social et médico-social), et d'administration publique (bassins et/ou territoires de santé).

Un territoire d'action unique aurait pu être souhaitable, mais il faut bien reconnaître que l'action publique générale est elle-même le fait de structures territoriales aux compétences enchevêtrées. On voit mal pourquoi

1. Rapport n° 401 visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire. Philippe Vigier, député, 14 novembre 2012.

2. Amendement visant à garantir à tous l'accès à un médecin traitant. France Assos Santé, communiqué de presse, 15 mars 2019.

3. Benoît J.-M. et al. *La France à 20 minutes (et plus). La Révolution de la proximité*. Belin, 2002.

4. Drees. Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité. *Études et Résultats*, octobre 2012, n° 817.

Christian Saout
Membre du collège
de la Haute Autorité de santé



la santé échapperait à ce déterminisme de spécialisation selon les niveaux territoriaux ? À cette différence près que les règles du jeu ne sont connues que des seuls spécialistes. Il manque toujours ce fameux « GPS des soins », tant attendu par nos concitoyens, expliquant et justifiant la répartition des ressources, pour concourir à l'acceptation de ces règles. Les efforts en ce domaine restent encore trop timides. Même si la loi de transformation du système de santé prévoit la création du projet territorial de santé pour améliorer la coordination des acteurs, dont les médecins de premier recours ont tant besoin pour des parcours de soins de plus en plus complexes au fil de la massification des cas chroniques, et dont les patients ont tout autant besoin pour se projeter dans un avenir avec de plus en plus de soins et d'actions sociale et médico-sociale.

Le comblement des déficits d'offre

Deux difficultés se posent : les territoires où l'offre de santé existe, mais est faiblement structurée avec une coordination des soins défaillante au détriment de la qualité et de la sécurité des soins offerts à la population ; et les territoires où l'offre de santé a totalement disparu. Tout cela est cartographié : tant par l'Observatoire national des professions de santé que par l'Ordre des médecins, ou encore par les agences régionales de santé.

Or, depuis la loi de modernisation de notre système de santé, en 2016, les agences régionales de santé ont la main⁵, en cas de carence de l'initiative privée, pour organiser les soins dans un territoire. Et comme on ne cesse d'entendre que les agences régionales de santé doivent être non plus des « agences de contrôle » mais des « acteurs de la transformation du système de soins », on s'étonne

5. Articles L. 1434-4 et L. 1434-13 du Code de la santé publique.

de ne pas voir d'appels à contrat territorial de santé ou à tout autre forme contractuelle, aux financements adaptés, pour permettre à tous les acteurs, quels qu'ils soient, et réunis ensemble, de soumissionner. À un endroit ce pourrait être une communauté professionnelle territoriale de santé qui répondra, à un autre endroit ce serait un établissement de santé, existant ou se créant. Ce pourrait aussi être les deux à la fois. Quelle meilleure façon de produire des actions de santé de proximité garantes de l'indispensable coordination qui en fait la qualité et la sécurité ?

En attendant le numérique ?

Le recours au numérique est parfois avancé comme un supplétif des faiblesses d'organisation de notre système de santé dans le premier recours : déserts médicaux et imperfections de la coordination des soins. Mais aujourd'hui, et encore plus demain, le numérique, avec les outils d'intelligence artificielle, servira aussi bien d'autres intérêts : information et engagement du patient, information et liaison des professionnels de santé, aide au diagnostic et au choix thérapeutique, suivi des indicateurs biologiques du patient et des indicateurs de résultats attendus, télé-médecine, téléconsultation, télé-expertise. Au-delà de leurs performances intrinsèques, bon nombre de ces outils vont « projeter » des réponses de soins au domicile du patient ou dans un point de contact sanitaire, comme les pharmacies, permettant notamment les diagnostics à distance.

Mais cette révolution numérique, dont les acteurs de santé voient quotidiennement l'avancée, n'ira pas sans efforts :

– pour réduire les fractures territoriales, sociales et économiques dans l'accès et l'usage du numérique. Trop nombreuses sont encore les « zones blanches » ou grises qui limitent le recours au numérique de santé. Et il faut prendre garde que le recours au numérique,

loin de réduire les inégalités de santé, ne les aggrave ;

– pour former les nouvelles générations de soignants, qui même *digital-natives*, auront besoin d'attention pour accepter cette nouvelle donne et trouver d'autres motivations que la compétence technique pour continuer à être des soignants ;

– pour améliorer la transparence sur les solutions numériques, sans laquelle la confiance fera place au doute, voire aux mises en cause : explicabilité des logiciels, traçabilité des interventions, évaluation des solutions numériques, autant de nouveaux horizons pour la légitimité de la e-santé ;

– pour garantir une nouvelle éthique, adaptée au numérique en santé. Éthique dont les frontières se dessinent maintenant et seront indispensables demain : garantie humaine telle qu'évoquée par le Conseil consultatif national d'éthique⁶, préservation des hypothèses d'anonymat dans l'accès à certains services de prévention, de soins ou d'accompagnement social et médico-social⁷ ;

– pour garantir de nouvelles sécurités dans le soin : numérvigilance, cybersurveillance, telles apparaissent déjà deux de ces préoccupations.

Pour répondre aux attentes des usagers, dont l'inquiétude s'est manifestée dans les réunions régionales de la grande concertation nationale initiée par le président de la République et dont les conclusions ont été rendues publiques récemment, nous aurons besoin conjointement de ces trois efforts : expliquer et justifier la nouvelle organisation des soins de premier recours dans une perspective de gradation des soins, combler les déficits de l'offre, et s'attacher au meilleur de la révolution numérique pour en éviter les excès. ●

6. Avis n° 129.

7. HAS. *Numérique : quelles révolutions ?* HAS, rapport d'analyse prospective, juin 2019.