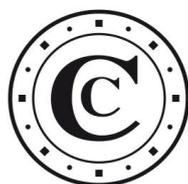


Cour des comptes



Chambres régionales
& territoriales des comptes

ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

L'ORGANISATION TERRITORIALE DES SOINS DE PREMIER RECOURS

Rapport public thématique

Mai 2024

Sommaire

Procédures et méthodes	5
Synthèse	9
Récapitulatif des recommandations	15
Introduction	17
Chapitre I Des évolutions décevantes dans les conditions d'accès aux soins	19
I - Des écarts qui se creusent entre la demande et l'offre de soins.....	19
A - Une demande de soins de premier recours importante et en progression	20
B - Des évolutions hétérogènes dans l'offre de soins	23
II - De fortes tensions du fait des inégalités territoriales dans l'offre de soins	28
A - Des inégalités accrues pour accéder à un médecin	29
B - Des inégalités encore plus marquées pour accéder aux autres professions de santé.....	31
III - Des difficultés croissantes d'accès à diverses formes de soins	33
A - Des tensions dans l'accès aux soins programmés	33
B - Des tensions dans l'accès aux soins non programmés	38
C - Une capacité à « aller-vers » les patients vulnérables, elle aussi dégradée	44
Chapitre II Des mesures dispersées et peu ciblées	49
I - Des mesures ambitieuses mais dispersées	49
A - La reconnaissance de la nécessité d'une intervention publique	50
B - Une superposition de mesures	51
C - Des politiques successives peu intégrées	57
D - Un soutien aux coopérations entre professionnels de santé trop peu orienté vers la réduction des difficultés d'accès aux soins.....	61
II - Des aides trop peu ciblées, des résultats incertains	65
A - Les aides à l'installation et au maintien des professionnels de santé en zones sous-denses	66
B - Les aides à l'exercice coordonné et à la coordination entre professionnels	70
C - Les aides à l'emploi d'assistants médicaux	75

Chapitre III Une politique publique à structurer en fonction de résultats attendus	79
I - Construire une politique publique cohérente et intelligible, dotée d'une gouvernance clarifiée	79
A - Des modèles d'opérateurs de soins intégrés	80
B - Une gouvernance à clarifier au niveau local	84
C - Au niveau national, un suivi consolidé à mettre en œuvre.....	90
II - Mieux cibler les aides	91
A - Des moyens gradués en zones déficitaires.....	91
B - Mobiliser les groupements hospitaliers de territoire pour déployer des centres de santé dans les territoires carencés	97
III - Réguler la demande et mieux utiliser la télémédecine.....	100
A - Des demandes de soins à davantage réguler	100
B - Un usage de la télémédecine à lier à un objectif de meilleur accès aux soins.....	106
Conclusion générale	113
Liste des abréviations	115
Annexes.....	117

Procédures et méthodes

En application de l'article L. 143-6 du code des juridictions financières, la Cour des comptes publie chaque année un rapport public annuel et des rapports publics thématiques.

Ces travaux et leurs suites sont réalisés par l'une des six chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'**indépendance** institutionnelle des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

Sauf pour les rapports réalisés à la demande du Parlement ou du Gouvernement, la publication d'un rapport est nécessairement précédée par la communication du projet de texte, que la Cour se propose de publier, aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses sont présentées en annexe du texte de la Cour.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

*

**

L'enquête a été pilotée par la formation interjuridictions (FIJ) relative à « l'organisation territoriale des soins de premier recours ». Elle a associé la sixième chambre de la Cour des comptes et onze chambres régionales et territoriales des comptes : Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Corse, Centre-Val de Loire, Grand Est, Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Nouvelle-Calédonie, Occitanie, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les travaux y ont été séquencés en deux phases : une première phase a été consacrée à des enquêtes de terrain (environ 45) sur les interventions des collectivités territoriales en faveur de l'accès aux soins. Elle s'est conclue par la publication d'une insertion au rapport public annuel de la Cour des comptes de mars 2023, consacré au bilan de quarante ans de décentralisation (chapitre 7). Une deuxième phase s'est fondée également sur les matériaux recueillis par les chambres régionales et territoriales des comptes et a porté en complément sur les politiques nationales consacrées à l'organisation des soins de premier recours.

Cette enquête a été engagée sous la forme d'une évaluation de politique publique. Cependant, l'instruction a conduit à constater l'absence de stratégie réellement évaluable malgré la mise en œuvre d'un certain nombre de mesures visant à mieux organiser ces soins de premier recours.

L'objectif de l'enquête est resté inchangé : apprécier l'efficacité et la cohérence des divers plans ou mesures destinés à mieux répartir et organiser les soins de premier recours, non seulement en termes de moyens mais, surtout, en matière de qualité globale de la réponse aux besoins de soins de la population. Au-delà de l'exploitation des données quantitatives disponibles, les outils qualitatifs mobilisés ont permis aux juridictions financières d'examiner l'activité libérale des professionnels de santé.

Un comité d'experts a été constitué et s'est réuni à trois reprises, et cinq séries d'ateliers d'acteurs ont été organisés, de février à juillet 2023, à Paris, en Aveyron, en Dordogne, à Nantes puis dans chacune des provinces de Nouvelle-Calédonie. Chaque atelier a réuni une dizaine de participants : médecins exerçant en maison de santé, en centre de santé, en cabinet de groupe ou isolés, infirmières hospitalières ou libérales, pharmaciens d'officine, masseurs-kinésithérapeutes, acteurs institutionnels. L'objectif en était double : d'abord de confirmer ou d'infléchir les principaux constats relatifs aux insuffisances de l'offre de soins, sur chacun des volets identifiés : soins programmés, non programmés et aller-vers, Ensuite d'examiner de manière concrète les pistes d'évolution et d'amélioration envisageables.

Enfin trois monographies territoriales, complémentaires des analyses nationales, ont été établies sur le périmètre de la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) de Châteaubriant, en Loire-Atlantique, sur le département de l'Aveyron et sur le territoire de Nouvelle-Calédonie. Le projet de rapport et les cahiers territoriaux ont été délibérés le 19 janvier 2024, par la formation interjuridictions présidée par Mme Hamayon, présidente de la sixième chambre, et composée de M. Colcombet, conseiller maître, Mme Daussin-Charpantier, Mme Bonnafoux, présidentes de chambre régionale des comptes, MM. La Marle, Pagès et Landais, présidents de section de chambre régionale des comptes, Mme Jagot, première conseillère de chambre régionale des comptes, ainsi que de M. Rabaté, conseiller maître, rapporteur général, Mme Mazuir, première conseillère de chambre régionale des comptes, rapporteure générale adjointe, et en tant que contre-rapporteur, M. Colcombet, conseiller maître.

Il a été examiné le 27 février 2024 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, M. Rolland, rapporteur général du comité du rapport public et des programmes, Mme Démier, M. Bertucci, M. Meddah et Mme Mercereau, présidentes et présidents de chambre, M. Soubeyran, M. Glimet et M. Machard, présidents de section représentant les présidentes et président des première, quatrième et sixième chambres, conseillers maîtres, M. Lejeune, M. Serre, Mme Daussin-Charpantier, Mme Renet et Mme Bonnafoux, présidentes et présidents de chambre régionale des comptes et M. Gautier, Procureur général, entendu en ses avis.

*
*

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr.

Ils sont diffusés par La Documentation Française.

Synthèse

Les Français ont de plus en plus de mal à accéder aux soins de premier recours, au point que l'on qualifie une partie importante du territoire national de « désert médical ». Définis de manière large par l'article L. 1411-11 du code de la santé publique (CSP), les soins de premier recours recouvrent, outre les soins des médecins généralistes et de quelques spécialistes accessibles en accès direct, les conseils des pharmaciens, les soins infirmiers et de kinésithérapie, les soins dentaires ou ceux assurés par les orthophonistes ou les psychologues. L'importance de ces soins - parfois aussi appelés soins primaires ou de première ligne - a pourtant été reconnue et promue depuis plus de quarante ans par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)¹. Elle a été consacrée en France par plusieurs lois qui ont cherché à améliorer la couverture des besoins par des équipes de professionnels de premier recours, disponibles et compétents, facteur reconnu comme décisif de l'efficacité du système de santé.

Un accès aux soins de premier recours de plus en plus contraint

En France comme dans l'ensemble des pays développés, les déséquilibres s'aggravent entre la demande et l'offre pour ce type de soins.

L'offre de soins résulte d'évolutions complexes et contradictoires des effectifs des professionnels de santé comme de la modification des comportements de ces professionnels, notamment de la diminution des créneaux de soins ouverts en soirée ou les week-ends.

La demande, quant à elle, augmente en raison de la fréquence croissante des pathologies chroniques qui induisent un volume de soins dits « programmés » de plus en plus important (ils représentent 70 % environ de la charge de travail des médecins généralistes). Du fait de la saturation

¹ Avec la Déclaration d'Alma-Ata de 1978 relative à la place des soins primaires dans les systèmes de santé, ces enjeux ont été identifiés il y a presque 50 ans par l'OMS. L'OCDE, quant à elle, a consacré de nombreux rapports appelant l'attention sur la nécessité de développer les soins primaires.

des agendas mais aussi de l'évolution des demandes, en outre, les patients rencontrent de plus en plus de difficultés à trouver une réponse à leurs demandes de soins dits « non programmés ».

Plusieurs indicateurs quantitatifs traduisent ces tensions : les délais moyens pour obtenir des rendez-vous avec les médecins s'allongent, selon les données disponibles - même lacunaires. La part de patients sans médecin traitant s'accroît, de même que la part de médecins ne prenant plus de nouveaux patients. Les efforts réalisés pour « aller-vers » les patients les plus éloignés du soin se heurtent aux mêmes difficultés, liées à la saturation de l'offre médicale. Parmi les patients sans médecin traitant, la part des plus précaires (bénéficiant de l'assurance complémentaire santé solidaire - C2S), plus importante, s'accroît aussi proportionnellement plus vite.

Les analyses plus particulières relatives au département de l'Aveyron, ou encore plus nettement au territoire de Nouvelle-Calédonie², montrent l'ampleur des carences constatées dans certains territoires, dans lesquels l'offre de soins de premier recours est très faible, alors que l'enclavement de ces territoires rend souvent les déplacements vers des lieux de soins longs.

Plus généralement, les inégalités dans la répartition géographique des professionnels sont importantes et s'aggravent globalement : le taux de patients sans médecin traitant peut représenter jusqu'au quart des patients (soit deux fois plus que la moyenne) et le taux de passages aux urgences sans gravité particulière atteindre 40 % dans certains territoires, comme dans les Ardennes, par exemple, selon l'observatoire des urgences de Grand Est. Derrière ces données, se profile le risque de relations parfois dégradées entre les professionnels de santé et les patients avec notamment la multiplication de consultations limitées à un seul « motif ».

Des mesures successives, peu coordonnées et de moins en moins orientées vers les territoires qui en ont le plus besoin

Depuis la fin des années 1990, divers plans ou mesures ont été déployés pour mieux organiser les soins de premier recours, en améliorer l'efficacité ou équilibrer leur répartition géographique.

L'accent a d'abord été mis sur le rôle de « pivot » donné aux médecins généralistes « référents », puis « traitants ». Des « réseaux de

² Même si la santé est une compétence du territoire et ne relève donc pas de la compétence des autorités de métropole, l'examen de l'organisation des soins de premier recours en Nouvelle-Calédonie met en évidence l'acuité des différences de situation entre provinces et entre territoires plus fins, et l'importance d'une stratégie globale, coordonnée, pour répondre aux défis liés à ce premier échelon de soins.

soins » ont été organisés pour faciliter cette orientation et partager la charge du suivi des patients. Divers « pactes » ou « plans » ont ensuite cherché à renforcer et à mieux orienter les aides versées aux professionnels de santé pour favoriser leur installation, ou leur maintien, dans des zones peu dotées en médecins.

À partir des années 2010, l'objectif a plutôt été de développer des structures de soins dites « coordonnées » : maisons de santé pluriprofessionnelles ou centres de santé médicaux et polyvalents. Plus récemment, la priorité a été donnée également au développement des coopérations entre professions de santé et à l'optimisation (ou à « l'économie ») du temps médical. En parallèle, diverses mesures ont été adoptées, visant à confier à des établissements sanitaires des missions d'appui aux professionnels libéraux de premier recours.

Ces mesures sont restées dispersées. La loi de juillet 2009 dite « hôpital, patients, santé, territoires - HPST » avait pourtant posé le principe d'une responsabilité publique « *d'organiser les soins de premier recours* » et confié aux agences régionales de santé la mission de sa mise en œuvre, mais celles-ci n'ont pas disposé d'outils juridiques ou financiers suffisants pour bâtir une stratégie d'ensemble.

La stratégie esquissée au niveau national, avec les lois de janvier 2016 puis de juillet 2019, puis avec la stratégie nationale de santé pour les années 2017-2022 a réaffirmé le caractère indispensable de la modernisation et de l'adaptation des soins de premier recours. Cependant, cette stratégie est demeurée peu traduite en objectifs opérationnels évaluables. Les bilans effectués décomptent le nombre de dispositifs déployés, s'intéressent parfois aux montants mobilisés mais détaillent peu les difficultés rencontrées et ne rapprochent pas les résultats obtenus des ambitions affichées, ni même des moyens financiers affectés, qui ne font pas l'objet d'une consolidation. Le contraste est donc important entre l'ambition des mesures annoncées et le « sentiment d'abandon » que peuvent connaître les habitants des territoires les plus fragilisés.

Qu'il s'agisse des aides directes aux professionnels de santé, destinées à favoriser leur installation ou leur maintien en zones fragiles, ou de celles visant à développer l'exercice coordonné entre professionnels ou à économiser le temps médical, la multiplication même de ces dispositifs dont certains sont encore en phase de montée en charge, et leur instabilité dans le temps rendent une consolidation globale des résultats très difficile. La pertinence de ces divers outils n'est pas garantie, d'autant moins que les aides proposées sont peu ciblées.

Des éléments positifs sont à noter, certes, par exemple s'agissant de la mise en place du service d'accès aux soins. Dans l'ensemble, cependant, du double point de vue de l'accès aux soins et de la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé, les aides apportées, même en hausse, se révèlent insuffisantes si l'on en juge par leur faible impact.

En outre, la possibilité pour les professionnels de métiers différents d'organiser des coopérations structurées est insuffisamment mise en pratique. Nombre d'études comparatives montrent que les délégations de tâches du médecin vers d'autres professionnels de santé sont moindres en France que dans les autres pays développés.

Une politique publique à « mettre sous tension », avec un affichage clair des résultats à atteindre

À partir des différents outils et leviers progressivement rassemblés, quelle devrait être la méthode pour diffuser dans les territoires les pratiques les plus efficaces et les plus efficientes ? Les analyses plus détaillées incluses dans les cahiers territoriaux contribuent à rendre plus concrètes les pistes d'évolutions proposées dans le cahier national. L'analyse des différentes interventions publiques menées dans le périmètre de la Communauté professionnelle territoriale (CPTS) de Châteaubriant, en Loire-Atlantique, montre en premier lieu l'intérêt d'actions proches du terrain et adaptées aux réalités locales : dans leur multiplicité et leur diversité, les aides accordées par les collectivités territoriales en complément des dispositifs nationaux y ont contribué à une dynamique, mais encore fragile ou insuffisante. L'analyse des interventions menées par l'ARS et la Cpm dans le département de l'Aveyron met en évidence, en deuxième lieu, des réussites indiscutables, notamment dans le périmètre de la CPTS de l'Aubrac, mais permet de relever à l'inverse la persistance ou même l'aggravation de situation de carences, dans plusieurs bassins de vie.

Pour consolider et rendre durables les dynamiques positives déjà engagées et surtout pour éviter que ces dynamiques « n'oublient » des territoires entiers, une stratégie globale est indispensable, destinée à mobiliser de manière ajustée les leviers disponibles, en fonction des alertes identifiées dans chaque territoire. Comme le montrent les premiers travaux engagés en ce sens dans le département de l'Aveyron, la définition au niveau des départements de projets territoriaux d'organisation des soins de premier recours, déclinés ensuite par CPTS (ou bassins de vie, en leur absence), paraît prometteuse et mériterait d'être généralisée. Ces projets, placés sous l'égide des délégations départementales des ARS et des Cpm mais ouverts à des partenariats, devraient être clairement animés par une logique de résultats, à partir d'une batterie très sélective d'indicateurs

« d’alerte ». Les administrations nationales, quant à elles, devraient ajuster leurs outils pour soutenir et outiller cette démarche, en guidant et évaluant de manière périodique ses progrès.

Au service de ces projets territoriaux, les aides existantes seraient adaptées, en devenant plus sélectives et ciblées sur les territoires ou les patients les plus vulnérables. Dans les territoires les plus carencés, des interventions plus volontaristes sont indispensables, cependant, avec le déploiement si nécessaire de centres de santé hospitaliers ou le déploiement de cabinets médicaux secondaires, soutenus par des aides à la construction et l’aménagement et – à terme – par une obligation d’exercice partiel en zones sous-denses, en contrepartie de la possibilité donnée aux médecins, généralistes et spécialistes, de s’installer dans des zones les mieux dotées.

Récapitulatif des recommandations

1. Inscrire dans les missions des schémas territoriaux de santé la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (*ministère de la santé*).
2. Établir au niveau national un suivi annuel de la politique d'amélioration de l'accès aux soins de premier recours, placé sous le pilotage administratif du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (*ministère de la santé*).
3. Prévoir, dans le cadre des négociations conventionnelles entre la CNAM et les médecins libéraux, qu'une part des aides à la création d'emplois d'assistants médicaux soit allouée, de manière distincte, sur des critères de priorités territoriales (par exemple de 50 %) (*ministère de la santé, Cnam*).
4. Pour développer la coopération entre professionnels de santé, conditionner l'aide apportée aux différentes structures d'exercice coordonné par la signature de protocoles (*ministère de la santé, Cnam*).
5. Encourager les médecins à venir exercer à temps partiel dans les zones manquant de professionnels de santé : à court terme en complétant les aides des collectivités territoriales à l'équipement de cabinets secondaires ; et, à plus long terme, en conditionnant toute nouvelle installation dans les zones les mieux dotées en médecins à un engagement d'exercice partiel dans les zones les moins bien dotées (*ministère de la santé*).
6. Étendre aux médecins hospitaliers exerçant dans des centres de santé hospitaliers la possibilité de percevoir une rémunération partiellement indexée sur leur activité, dans des conditions juridiques sécurisées (*ministère de la santé*).
7. Dans les zones manquant de professionnels de santé, confier aux hôpitaux une mission d'intérêt général nouvelle, consistant à déployer des centres de santé polyvalents (*ministère de la santé*).

Introduction

« La progression continue des déserts médicaux génère des carences en matière d'offre de soins dans de trop nombreux territoires, fragilisant le pacte social autour du risque maladie » : c'est sur ce constat préoccupant que s'ouvre la convention d'objectifs et de gestion (Cog) conclue entre la Cnam et l'État en juin 2023, pour la période 2023-2027. Un des trois axes prioritaires de la prochaine période est ainsi « d'assurer l'accessibilité territoriale et financière du système de soins ».

De fait, l'accès aux soins dépend, à la fois, des conditions financières offertes aux patients, c'est-à-dire du niveau de prise en charge de leurs frais par l'assurance maladie et des tarifs pratiqués par médecin, et de l'accès effectif qu'ont les patients à des soignants. Ce deuxième aspect, lié à l'offre de soins, est seul ici examiné, le premier ayant fait l'objet de travaux récents de la Cour des comptes.

Définis de manière large par l'article L. 1411-11 du code de la santé publique (CSP), les soins de premier recours recouvrent, outre les soins des médecins généralistes et de quelques spécialistes accessibles en accès direct comme les gynécologues ou les ophtalmologues, les conseils des pharmaciens, les soins infirmiers et de kinésithérapie, les soins dentaires ou ceux assurés par les orthophonistes ou les psychologues. L'expression, qui ne correspond pas à un agrégat précis du point de vue juridique ou comptable, désigne l'ensemble de ces interventions en ville³ dont la coordination doit permettre de mieux prendre en charge les patients dans la durée, notamment les malades chroniques.

En France, en effet, comme dans l'ensemble des pays développés, l'accès à ces soins souffre de difficultés croissantes, plus ou moins graves selon les territoires. L'offre de soins peine à s'ajuster aux évolutions de la demande : des pathologies chroniques plus fréquentes, s'agissant des soins dits programmés, imposent aux professionnels de santé une charge de

³ Les urgences hospitalières constituent un autre point d'entrée mais elles relèvent des établissements sanitaires (hospitaliers, le plus souvent). Un enjeu important d'une bonne organisation des soins de premier recours est justement d'éviter un report injustifié vers ces services, report coûteux et dommageable à leur efficacité en raison de prises en charge plus lourdes.

travail accrue ; parallèlement, les demandes en soins non programmés butent sur la modification des pratiques des professionnels soignants dont les périodes d'activité, dans la journée, la semaine ou l'année, sont en décalage croissant avec les exigences des patients. Cette offre laisse en outre perdurer ou s'aggraver les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins. Ces « désajustements » ne sont pas passagers : ils traduisent la difficulté d'organiser l'offre afin de mieux répondre à la demande de soins « de premier recours ».

L'importance de cette « première ligne » de soins a été reconnue et promue depuis plus de quarante ans par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Elle a été consacrée en France par plusieurs lois, en 2009 puis en 2016 et en 2019 notamment, qui ont cherché à améliorer la couverture des besoins en soins des patients par des équipes de professionnels de premier recours, disponibles et compétents, facteur reconnu comme décisif de l'efficacité du système de santé.

Pour ces motifs, les juridictions financières ont poursuivi leur examen des aides publiques à l'organisation des soins de premier recours, engagé avec l'analyse des aides des collectivités territoriales⁴. Au terme d'une enquête réalisée à la fois au niveau national et au niveau territorial, elles concluent qu'il n'existe pas encore en la matière de politique publique suffisamment structurée, alors même qu'elle est indispensable.

Les attentes sont patentées (chapitre I) car les écarts se creusent, entre une demande de soins courants qui se diversifie et augmente et une offre de soins de premier recours qui fait apparaître des goulets d'étranglement (I). Les inégalités territoriales dans l'accès aux soins de premier recours se sont accentuées (II), aggravant les tensions entre l'offre et la demande (III).

Plusieurs mesures récentes ont pourtant visé, justement, à soutenir et à organiser ces soins de premier recours (chapitre II) mais leur analyse met en évidence leur caractère juxtaposé plus qu'intégré (I) et un ciblage insuffisant des moyens mobilisés (II).

Pour construire une politique plus efficace (chapitre III), il convient d'abord de structurer et de piloter une politique publique, au niveau national comme dans les territoires (I), et de mieux mobiliser les nombreux outils existants pour donner une priorité effective à la réduction des inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins (II). Il convient en outre d'agir davantage sur la régulation des demandes de soins (III).

⁴ Voir l'insertion au RPA de mars 2023, *Mieux coordonner et hiérarchiser les interventions des collectivités territoriales dans l'accès aux soins de premier recours*.

Chapitre I

Des évolutions décevantes

dans les conditions d'accès aux soins

En France, comme d'ailleurs dans la plupart des pays développés, une divergence peut être observée entre l'évolution de la demande en soins de premier recours et celle de l'offre disponible, d'où résultent, en particulier, des pénuries globales dans l'offre de médecine générale (I) qui prennent des formes de plus en plus souvent difficiles à accepter pour les usagers, en raison des inégalités dans la répartition territoriale des professionnels de santé (II). Ces évolutions se traduisent en effet par des difficultés croissantes et mesurables dans l'accès aux soins (III).

I - Des écarts qui se creusent entre la demande et l'offre de soins

La demande de soins de premier recours augmente sous l'effet de la croissance démographique, du vieillissement et de la « transition épidémiologique⁵ » (A), tandis que l'offre évolue de manière diverse selon les professions de santé, avec une érosion de la démographie médicale (B).

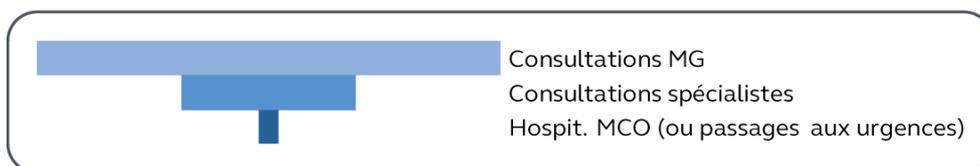
⁵ On désigne par ce terme le progrès induit par les techniques médicales qui ont permis d'augmenter l'espérance de vie, au prix du développement de maladies chroniques.

A - Une demande de soins de premier recours importante et en progression

1 - Une demande importante

Les soins de premier recours ou primaires sont les plus demandés par rapport aux soins de deuxième recours ou de troisième recours délivrés par les médecins spécialistes ou les établissements de santé⁶. En 2021, les médecins généralistes (MG) libéraux ont assuré 239 millions de consultations et de visites⁷ ; les spécialistes libéraux, quant à eux, ont totalisé 88 millions de consultations et de visites (hors actes techniques). Les services de médecine d'urgence ont traité 20 millions de passages et les hôpitaux, publics et privés, 18 millions de séjours en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), hors séances⁸, pour 12 millions de patients. Les infirmières diplômées d'État (IDE) libérales ont effectué pour leur part 854 millions d'actes.

Schéma n° 1 : pyramide de consommation des soins par type de professionnels



Source : Drees - présentation Cour des comptes - Note de lecture : la longueur du rectangle est proportionnelle au nombre de consultations ou de passages.

S'agissant de soins moins lourds que les soins dispensés en établissements, les dépenses induites sont moins élevées. Elles sont malgré

⁶ Dans la littérature de santé publique comme d'ailleurs en France dans le code de la santé publique, plusieurs expressions se recoupent : « soins primaires », « soins de proximité », « soins de premier recours ». Dans d'autres pays, avec des significations voisines, on emploie aussi les expressions de « soins communautaires » ou de « soins de première ligne ». La notion de « soins de premier recours » est privilégiée ici car elle met l'accent sur la gradation de l'offre de soins en niveaux articulés entre eux. Ces notions voisines visent à appréhender la constitution d'un maillage de l'offre capable de répondre aux besoins de soins imprévus, de suivre les patients qui ont besoin de soins continus, de les conseiller et de les orienter dans le système de soins et de prévention.

⁷ France entière, hors médecins à exercice particulier : voir détail en annexe n° 2.

⁸ Le nombre de séances (décomptées dans le secteur public) était en outre de 13,9 millions : dialyses, chimiothérapies ou radiothérapies.

tout importantes : selon les données des comptes de la santé établis par la direction de la recherche, des études et de l'évaluation du ministère de la santé (Drees), le montant des honoraires des médecins généralistes et des sages-femmes a atteint, en 2021, 13 Md€, celui des auxiliaires médicaux 17 Md€, soit un total de 30 Md€ pour les soins de premier recours au sens strict⁹. Le montant des soins des chirurgiens-dentistes s'était élevé, toujours en 2021, à 14 Md€ et celui des dépenses de médicaments, à 20 Md€ environ.

Une estimation fondée sur les seules dépenses remboursées conduit à des montants moindres, le taux de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des soins en ville étant moins élevé que celui des dépenses hospitalières. Le tableau qui suit présente les dépenses remboursées pour les différents professionnels de santé qui peuvent assurer une première entrée dans les soins¹⁰.

Tableau n° 1 : dépenses remboursées par l'assurance maladie

<i>En milliards d'euros</i>	2015	2017	2019	2020
<i>Soins de généralistes remboursés</i>	5,0	5,9	5,9	5,7
<i>Soins dentaires remboursés RO</i>	3,4	3,6	3,8	3,5
<i>Soins de kinésithérapie remboursés</i>	3,6	3,8	4,0	3,5
<i>Soins de sages-femmes remboursés</i>	0,2	0,3	0,3	0,4
<i>Soins infirmiers remboursés</i>	6,8	7,4	7,9	8,4
<i>Soins d'autres paramédicaux remboursés</i>	0,7	0,8	0,9	0,8
<i>Autres dépenses de soins de ville remboursés</i>	0,3	0,3	0,3	0,1
<i>TOTAL soins premier recours</i>	20,7	22,1	23,3	22,4
<i>Total dépenses remboursées</i>	152,4	160,1	166,9	168,1
<i>Part soins premier recours/dépenses remboursées</i>	13,6 %	13,8 %	13,9 %	13,3 %

Source : système national des données de santé (SNDS)

⁹ Le périmètre précis des « soins de premier recours » ne fait pas l'objet d'un consensus. Plusieurs regroupements sont effectués, l'OCDE proposant, dans ses travaux, de présenter plusieurs agrégats aux frontières plus ou moins larges (voir annexe n° 1). Certes, ces divergences limitent un peu la portée des données financières consolidées mais elles ne remettent pas en cause l'intérêt de l'approche fondée sur cette notion, qui souligne l'importance de coopérations, même si leurs contours peuvent être variables.

¹⁰ Au moins pour une partie de leur activité (les dépenses des spécialistes en accès direct ne sont pas retracées).

2 - Une demande de soins en augmentation

La demande en soins primaires augmente sous les effets conjugués de la démographie naturelle (croissance de l'ordre de 0,4 % par an en moyenne ces dernières années), du vieillissement et de l'augmentation de la morbidité à âge donné dans de nombreux domaines (notamment l'obésité, le diabète ou certains cancers), même si les dynamiques sont différentes d'une pathologie à l'autre.

L'analyse des dépenses selon les principales pathologies, présentée par la Cnam¹¹, indique comment ont évolué les effectifs de patients pour ces pathologies sur la période 2015-2020 (ces évolutions intègrent de manière synthétique la croissance et le vieillissement de la population ainsi que l'augmentation de la morbidité). L'augmentation de la demande de soins est particulièrement sensible pour des pathologies qui sont largement suivies par les généralistes ou par les infirmières libérales, comme le diabète (avec une hausse du nombre de patients de presque 570 000, de 2015 à 2020¹²). Or pour le diabète, en 2020, les interventions des infirmières dépassaient 1,7 Md€ et les différentes dépenses identifiables comme de premier recours¹³ représentaient 27 % du total des dépenses remboursées (de près de 9 Md€). Pour les maladies cardiovasculaires, de même, toujours en 2020, sur un total de dépenses remboursées de 47 Md€, les soins de généralistes représentaient 1,3 Md€, ceux des infirmières 5,3 Md€ et les dépenses de soins de premier recours approchaient 18 % du total.

La progression des pathologies suivies au long cours par les professionnels de premier recours en ville rejoint celle du nombre de patients prévalents en affection de longue durée (ALD)¹⁴ : de 9,74 millions en 2015 à 11,62 millions en 2020, soit + 19,4 %. Les deux évolutions témoignent d'une « chronicisation » croissante des pathologies.

¹¹ Le Rapport *Charges et produits* pour 2024, paru en juillet 2023, présente une édition actualisée de la « cartographie médicalisée des dépenses ».

¹² Les catégories pour lesquelles on observe une baisse concernent quant à elles des effectifs moindres. Il s'agit de patients traités par une classe thérapeutique, sans autre pathologie identifiée : risque vasculaire, traitement antalgique ou anti-inflammatoire, traitements psychotropes. Ces diminutions traduisent une meilleure maîtrise des prescriptions (ainsi, la baisse du recours aux statines) mais l'allègement de la demande de soins adressée aux professionnels de santé est plus limité. En revanche, on relève une diminution sensible des hospitalisations ponctuelles.

¹³ À partir des données du SNDS, en regroupant les dépenses de soins infirmiers, de kinésithérapie et de généralistes, de soins dentaires, et les « autres dépenses de soins de ville » (hors biologie, médicaments et produits de santé notamment).

¹⁴ Pour les 30 pathologies reconnues comme des affections de longue durée (ALD).

La résultante est une augmentation de la demande de prise en charge et une modification de sa nature : la part des soins programmés représente désormais environ 70 % de l'activité totale des médecins rencontrés¹⁵. Cela se traduit pour les professionnels, notamment pour les médecins, par des rendez-vous prévus et prévisibles car ils s'inscrivent dans une logique de soins récurrents, pour des pathologies souvent stabilisées.

B - Des évolutions hétérogènes dans l'offre de soins

Face à cette demande en hausse, l'offre de soins connaît des évolutions contrastées : l'offre des médecins généralistes décroît, de même que celle correspondant aux pharmaciens et aux chirurgiens-dentistes, tandis que l'offre liée aux autres professions, sages-femmes, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, croît fortement.

1 - Vue d'ensemble

Le tableau qui suit présente les effectifs de professionnels de santé, tels que retracés dans le « répertoire de professionnels de santé (RPPS) ». On constate un fort contraste entre la progression des effectifs de sages-femmes et des professions paramédicales, d'une part, et la diminution des effectifs de médecins généralistes et des autres spécialistes en accès direct, ainsi que des pharmaciens, d'autre part.

¹⁵ Les données disponibles confirment cette estimation (voir *infra*).

**Tableau n° 2 : effectif des professionnels de santé libéraux
par catégorie professionnelle**

<i>Profession</i>	Effectif 2012 (milliers)	Effectif 2022 (milliers)	Évolution 2022/2012
<i>Médecins généralistes (libéraux exclusifs)</i>	64,1	57,0	- 11,1 %
<i>Médecins généralistes (mixtes)</i>	4,8	8,4	76,5 %
<i>Spécialistes en accès direct (voir annexe)</i>	18,8	16,7	- 12,7 %
<i>Pharmaciens d'officine</i>	32,0	28,6	- 10,4 %
<i>Chirurgiens-dentistes</i>	36,7	37,2	1,4 %
<i>Sages-femmes</i>	3,9	8,3	114,6 %
<i>Total professions médicales et pharmaciens</i>	160,3	156,4	- 2,5 %
<i>Infirmières (IDE)</i>	86,9	*123,4	41,8 %
<i>Orthophonistes</i>	16,0	20,7	29,1 %
<i>Orthoptistes</i>	2,4	3,2	32,0 %
<i>Masseurs-kinésithérapeutes</i>	54,3	*75,6	39,2 %
<i>Total professions paramédicales</i>	159,6	222, 8	39,5 %
Total	320,0	379,1	18,5 %

NB : professionnels exclusifs et mixtes, sauf mention contraire ; données de 2021 pour les IDE, de 2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes

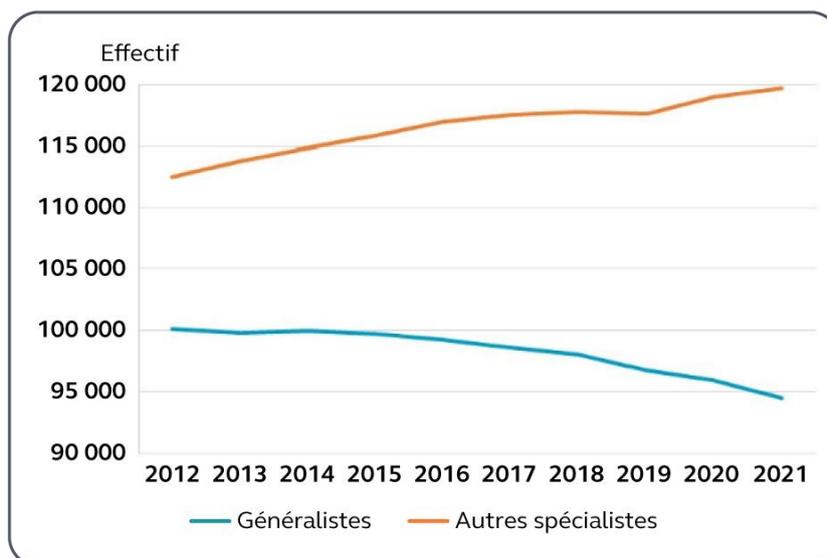
Source : Drees (voir détail en annexe n° 1)

2 - L'activité des médecins généralistes libéraux

Comme le montrent les données issues du RPPS (détaillées à l'annexe n° 2), l'effectif des médecins libéraux actifs a évolué de manière contrastée, l'augmentation de l'effectif des spécialistes¹⁶ s'accompagnant d'une réduction de l'effectif des médecins de médecine générale.

¹⁶ Mais pas pour les quelques spécialités en accès direct (voir annexe n° 3).

Graphique n° 1 : effectif de médecins en activité par spécialité, de 2012 à 2021



Champ : médecins actifs de moins de 70 ans, ayant au moins une activité en France métropolitaine ou dans les DOM - Source : RPPS, exploitation Drees

Les données de l'assurance maladie recensent, quant à elles, les médecins généralistes ayant facturé des actes remboursés. Leur nombre était d'environ 52 000 en 2020, étant noté que les médecins à exercice particulier¹⁷, les remplaçants ou ceux de plus de 65 ans, notamment, ne sont pas décomptés.

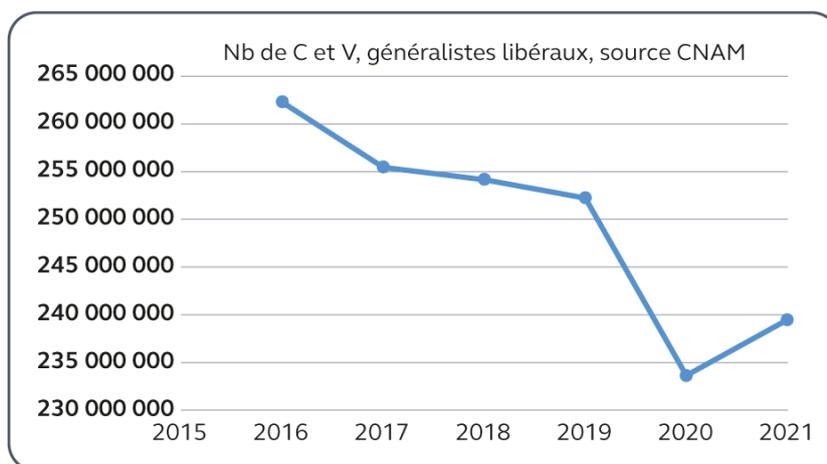
Alors que l'effectif a légèrement diminué, l'activité globale des médecins généralistes libéraux est demeurée assez stable, et ce, même si le temps de travail moyen déclaré par an a un peu décliné¹⁸. En effet, le nombre d'actes dispensés par les médecins généralistes (consultations et visites à domicile cumulées) est resté proche de 250 millions par an de 2004 à 2019, selon la Cnam, grâce notamment à la réduction de la part des visites à domicile, plus consommatrices de temps, ou à la forte réduction des rendez-vous de présentation des produits des laboratoires par les visiteurs médicaux.

¹⁷ Voir la définition en annexe n° 2.

¹⁸ De 5 % environ au cours des 20 dernières années. Le comportement des médecins les plus jeunes (de moins de 40 ans) semble cependant refléter une accélération de cette tendance à la diminution du temps d'activité (voir en annexe n° 3).

L'évolution la plus récente est cependant préoccupante : après avoir progressé de 2004 à 2015, l'activité globale des médecins généralistes libéraux a diminué nettement de 2015 à 2019, la pandémie de covid-19 amplifiant cette diminution, compensée en partie seulement en 2021.

Graphique n° 2 : activité des médecins libéraux



Source : Cnam

Par voie de conséquence, le nombre annuel moyen d'actes de médecine générale par patient a diminué, passant de 5,5 en 2004 à 4,2 en 2020, en raison aussi de la hausse du nombre de « bénéficiaires actifs », c'est-à-dire des patients ayant bénéficié d'au moins un acte de médecine générale dans l'année (passé d'environ 39 à presque 55 millions, de 2004 à 2020¹⁹).

Les effectifs de médecins salariés ou de remplaçants, quant à eux, augmentent : au 1^{er} janvier 2022, on comptait 4 300 médecins généralistes en centres de santé et un peu plus de 15 000 remplaçants. Au total²⁰, la demande de soins de premier recours augmente et la capacité des médecins généralistes à y répondre diminue ; les tendances récentes laissent craindre une accentuation de cette divergence.

¹⁹ La crise sanitaire de la covid a amplifié une tendance préexistante à l'augmentation du nombre de bénéficiaires recevant au moins un soin dans l'année.

²⁰ Pour être exhaustif, il conviendrait également de tenir compte des médecins généralistes employés dans des services de prévention (presque 6 000 au 1^{er} janvier 2022, toujours selon le RPPS) ou dans les « autres secteurs », au nombre de 14 000. On peut en effet inclure dans les soins de premier recours les effectifs des professionnels de santé en fonction dans les services de médecine scolaire, de protection maternelle et infantile ou de médecine du travail, notamment.

3 - La progression des effectifs des autres intervenants de premier recours

La progression globale de l'effectif des autres professions de santé a-t-elle permis et peut-elle permettre à l'avenir de répondre à la progression des demandes ? Comme l'évolution des effectifs le montre, cette progression est particulièrement rapide pour les sages-femmes (dont l'effectif a plus que doublé en dix ans), ainsi que pour plusieurs professions paramédicales, masseurs-kinésithérapeutes et infirmières libérales notamment, dont la progression, dans les deux cas, est d'environ 40 % en dix ans. Le nombre de professionnels libéraux pour ces deux seules professions dépassait 200 000 en 2022.

D'autres professions, comme les diététiciens ou les psychologues, très différentes par leur nature, ne voient leur activité que très partiellement remboursée par l'assurance maladie obligatoire ; ils contribuent pourtant aussi aux prises en charge, parfois en évitant que les patients s'adressent à d'autres professionnels de santé, en relais de ceux-ci. Or, l'effectif de ces professionnels a également très rapidement progressé : de 2012 à 2022, les diététiciens sont passés d'environ 3 000 à presque 8 000, et les psychologues, d'un peu plus de 38 000 à plus de 70 000, soit, dans les deux cas, un quasi-doublement. D'autres professions voient leur effectif augmenter, comme les « médiateurs en santé », au demeurant peu nombreux ; à un niveau très inférieur, leur effectif, de 750 à 1 000 personnes selon un rapport récent de l'Igas²¹, s'accroît cependant.

Le recours à ces professionnels, qui trouve davantage sa place dans certains parcours de soins²², demeure circonscrit. Il en est de même pour le recours aux sages-femmes et aux paramédicaux : les tâches qui leur sont confiées en première intention sont encore assez restreintes. Ainsi, les bilans infirmiers, actes que les infirmiers libéraux peuvent assurer de manière autonome, ne représentaient en 2021 qu'une part très réduite de leur activité (4,4 % des actes²³).

En cas de problème imprévu ou pour le suivi de leur parcours de santé, les patients continuent à s'adresser d'abord à leur médecin

²¹ « *La médiation en santé, un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé, à consolider* », rapport de l'Igas remis en juillet 2023. Ces médiateurs en santé assurent des tâches très diverses, notamment de soutien aux démarches administratives des patients ou d'aide à l'orientation dans les parcours de soins.

²² Par exemple, pour des troubles de santé mentale, le médecin généraliste peut prescrire huit séances de psychologues remboursées par l'assurance maladie (voir, notamment, le rapport *Charges et produits* de juillet 2022 sur ce point).

²³ On ne peut pas décompter aussi les actes induits, ce qui serait plus significatif.

généraliste ou, éventuellement, à leur pharmacien : ces professions, dont l'effectif est en baisse, constituent ainsi des « goulets d'étranglement » dans l'accès aux soins.

La place des divers professionnels de santé dans les prises en charge de premier recours, à la lumière des ateliers d'acteurs

La place des professionnels de santé autres que les médecins, dans la prise en charge des soins de premier recours, a été longuement abordée lors des ateliers d'acteurs. Elle n'est pas consensuelle, même si de manière générale les professionnels indiquent qu'en raison de leurs difficultés à répondre aux demandes des patients, d'autres formes d'organisation devaient être mises en œuvre. Ainsi, les deux tiers des répondants ont mis l'accent sur les difficultés rencontrées pour respecter les règles de bonne pratique visant à favoriser une prise en charge adaptée des patients chroniques : un temps de consultation trop court au vu des besoins des patients, un manque de professionnels disponibles dans l'environnement du patient sont souvent mis en avant.

Une prise en charge de qualité semble compatible avec l'objectif d'optimisation du temps médical. Mais cela demande de modifier les pratiques pour travailler davantage en équipe, de modifier l'organisation des soins et de décharger les professionnels de tâches non médicales, pour augmenter le nombre de patients pris en charge. Le recours à des assistants médicaux, le développement du nombre d'infirmières en santé publique ou en pratique avancée, la valorisation annuelle d'une ou deux consultations complexes ou le recours à des outils d'aide au diagnostic plus accessibles semblent ainsi, selon la plupart des participants, de nature à améliorer à la fois la qualité de la prise en charge et le nombre de patients suivis.

II - De fortes tensions du fait des inégalités territoriales dans l'offre de soins

Ces évolutions globales sont préoccupantes. Elles prennent une acuité particulière en raison de l'effet de résonance que créent les inégalités territoriales pour l'accès aux soins de médecine, notamment de médecine générale, d'une part (A), pour les autres soins de premier recours, d'autre part (B).

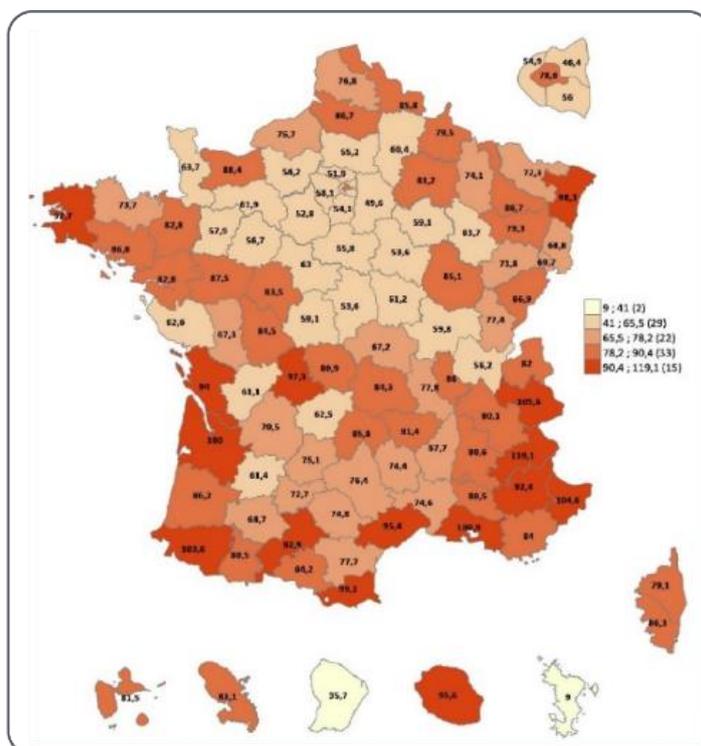
A - Des inégalités accrues pour accéder à un médecin

1 - Une densité de médecins variant dans une proportion d'un à cinq selon les territoires

Les différences de densité de médecins entre territoires sont sensibles. En 2021, tous médecins confondus (c'est-à-dire médecins salariés et spécialistes inclus), la densité variait de 274 médecins/100 000 habitants dans le département des Hautes-Alpes, ou 236 à Paris, à 50,1 médecins/100 000 habitants en Seine-et-Marne ou à 54,2 dans le Cher, par exemple.

Les inégalités sont encore très marquées - même si elles sont moindres - si on ne considère que les seuls médecins généralistes libéraux, comme le montre la carte qui suit.

Carte n° 1 : nombre de médecins généralistes, hors médecins à expertise particulière, pour 100 000 habitants en 2021

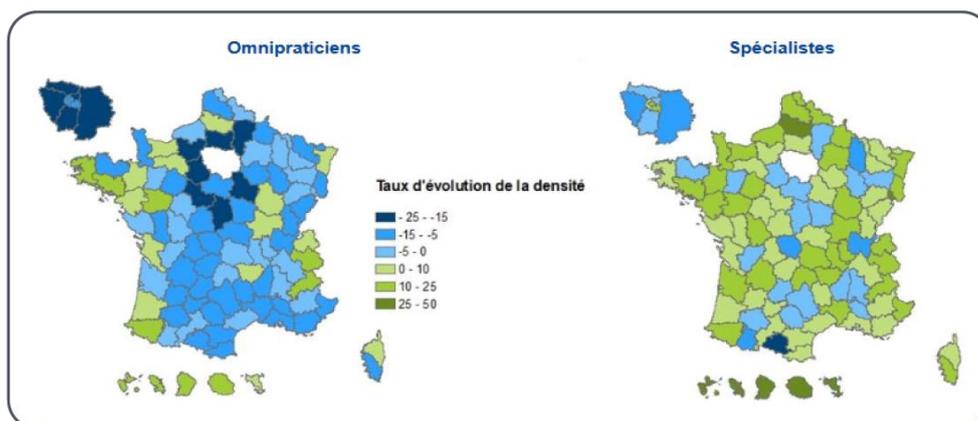


Source : Cnam

Ces inégalités sont très anciennes et se sont aggravées dans les années récentes. Les départements qui ont gagné des praticiens sont ceux qui étaient déjà les plus avantagés : entre 2012 et 2022, alors que la densité des médecins généralistes a baissé de 8 % au niveau national, plusieurs départements déjà bien dotés ont vu la densité de ces praticiens progresser fortement, comme les Hautes-Alpes (20 %), la Savoie (17 %) ou le Morbihan (18%)²⁴. Corrigée de la structure d'âge de la population, la surdensité médicale dans ces départements est atténuée mais demeure nette.

Le même constat peut être établi pour les médecins spécialistes dont la densité, en hausse de 6 %, masque de fortes baisses dans certains départements : - 17 % en Ariège, - 12 % dans l'Ain.

Carte n° 2 : évolution de la densité de médecins par département entre 2012 et 2022



Note : les données représentées pour Mayotte sont celles de 2013 et 2022, les données 2012 n'étant pas disponibles. Source : RPPS 2022, Asip-Santé ; estimations de population 2012 et 2022, Insee ; traitement Drees. @geofla 2019

2 - Des inégalités d'accès aux médecins qui se creusent

Pour analyser plus finement les difficultés d'accès aux soins, la Drees a créé un indicateur qui prend en compte la structure d'âge de la population, la consommation de soins augmentant avec l'âge moyen. Cet

²⁴ Source : rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale-maladie, mai 2023.

indicateur dit « d'accessibilité potentielle localisée » ou APL²⁵ mesure, à un niveau géographique fin, les difficultés d'accès des patients à un professionnel de santé (médecin, infirmier, sage-femme, chirurgien-dentiste) et permet un classement faisant apparaître les territoires les plus défavorisés. Cet indicateur permet ainsi de mesurer les écarts entre territoires sur et sous-dotés, pour les médecins comme pour d'autres professionnels de santé. Entre les 10 % de zones les moins bien dotées et les 10% de zones les mieux dotées, la possibilité d'accéder à un médecin généraliste, mesuré par l'APL, varie de 1 à 3,5 et la possibilité d'accéder à un infirmier, un masseur-kinésithérapeute ou une sage-femme varie de 1 à 6 ou 7 selon les professions (chiffres 2019). Les écarts se sont de surcroît creusés entre 2016 et 2019 pour les généralistes ou les masseurs-kinésithérapeutes et mais il se sont réduits pour les sages-femmes.

À ce niveau fin, se confirme ainsi le constat de l'aggravation des difficultés d'accès aux médecins généralistes dans les territoires sous-dotés : le nombre de consultations accessibles par habitant et par an est passé de 1,8 à 1,6 entre 2016 et 2019, dans le décile le moins bien doté. Corrélativement, les écarts d'accessibilité aux médecins s'accroissent entre territoires bien dotés et territoires sous-dotés.

B - Des inégalités encore plus marquées pour accéder aux autres professions de santé

Les inégalités ne concernent pas seulement l'accès aux médecins. L'accès à d'autres professions de santé - sages-femmes, infirmiers, et masseurs-kinésithérapeutes - qui jouent un rôle essentiel dans l'accès aux soins de premier recours, est lui aussi inégal. Dans les territoires les moins bien dotés, il est six fois plus difficile d'accéder à un masseur-kinésithérapeute ou à un infirmier que dans les territoires les mieux dotés. Cela signifie que, dans ces territoires les moins bien dotés, l'accès aux soins, par exemple à des soins de kinésithérapie après une fracture ou aux soins infirmiers pour le pansement d'une plaie, est loin d'être aisé.

²⁵ La prise en compte de la densité des médecins est exprimée sous la forme d'un indicateur dit « d'accessibilité potentielle localisée ». L'APL est un indicateur local, disponible au niveau de chaque commune, qui tient compte de l'offre et de la demande de soins issues de la commune et des communes environnantes. Il prend en compte le temps d'accès aux praticiens de la zone, l'activité de ces derniers et la structure d'âge de la population. Il est exprimé en nombre de consultations accessibles par an et par habitant standardisé. Cet indicateur a servi comme critère prépondérant dans la définition des zones éligibles à des aides (voir *infra*).

Ce constat vaut pour des territoires assez vastes, comme les départements : c'est le cas par exemple des habitants du département d'Eure-et-Loir. Il peut être décliné par territoires plus fins. À cette échelle, l'étude précitée de la Drees montre que 20 % des Français connaissent au moins une difficulté d'accès à un professionnel de santé, la moitié (soit 10 % des Français) rencontrant des difficultés d'accès à plusieurs professions de santé. Environ 3 % de la population, soit 1,7 million de personnes, est très défavorisée en termes d'accès, tout à la fois, aux médecins généralistes, aux infirmiers et aux masseurs-kinésithérapeutes.

Il est cependant malaisé de tirer de ce constat global un enseignement précis quant au type de territoires plus particulièrement en difficulté : on y trouve aussi bien des aires rurales que des aires urbaines, . Selon l'étude, « *les trois quarts des personnes concernées par le cumul des trois difficultés d'accès vivent dans des territoires ruraux [...]. Un peu plus d'une sur cinq vit dans une grande aire urbaine (hors territoires ruraux), dont les deux tiers dans l'une des banlieues du pôle urbain de Paris (soit 14 % de la population cumulant les difficultés d'accessibilité, une proportion proche de la fraction de la population totale vivant dans ces territoires).* »

La carte des territoires les plus défavorisés serait inchangée dans ses constats généraux mais différente dans le détail des territoires si on y intégrait l'accès aux pharmaciens (pris en compte dans une étude antérieure de la Drees²⁶). Elle serait encore différente si on intégrait, dans les modèles utilisés pour estimer l'APL, non plus seulement la distance à parcourir pour se rendre au cabinet du praticien mais la disponibilité de celui-ci. La fiabilité des conclusions induites par ces analyses est très dépendante des spécifications du modèle utilisé, du fait de la multiplicité des professions concernées et des diverses modalités envisageables pour traduire les paramètres de distance ou d'activité. L'APL constitue ainsi un outil de décision insuffisant et doit être complété par d'autres indicateurs prenant en compte, notamment, les « alertes » ressenties par les usagers.

²⁶ Dossier de la Drees n° 17, *Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?* (p. 15). Ce dossier illustre la difficulté d'une approche synthétique par trois critères : l'accès aux médecins généralistes, aux pharmaciens (en moins de 10 minutes en voiture) et aux urgences. Le constat en résultant est que, si 13,6 % de la population connaissent une difficulté d'accès, 0,5 % seulement cumule les trois.

III - Des difficultés croissantes d'accès à diverses formes de soins

Dans ce contexte d'inégalités territoriales marquées, des tensions croissantes peuvent être mesurées pour les trois volets qui composent les soins de premier recours (et qui tous intègrent une part de prévention²⁷) : l'accès aux soins programmés (A), l'accès aux soins non programmés (B), enfin les actions « d'aller-vers » le public éloigné du soin (C).

A - Des tensions dans l'accès aux soins programmés

Les soins programmés sont, pour l'essentiel, ceux qui correspondent au suivi récurrent, plus ou moins espacé, de pathologies chroniques souvent modérées ou stabilisées (hypertension, diabète...). Divers indicateurs traduisent la difficulté croissante des professionnels à répondre à l'ensemble des demandes : les délais de rendez-vous pour les patients déjà enregistrés s'allongent (1), le taux de patients sans médecin traitant augmente (2) et le niveau des hospitalisations évitables demeure élevé (3). Ces indicateurs permettent en outre de mettre en évidence des difficultés aiguës dans certains territoires.

1 - Des rendez-vous difficiles à obtenir

Le délai d'obtention d'un rendez-vous est jugé essentiel par les Français qui le désignent, après la question financière, comme le principal obstacle dans l'accès aux soins, avant leur éloignement géographique des lieux de consultation des professionnels de santé²⁸. Pour les soins programmés, la mesure des délais de rendez-vous a été analysée par la Drees en 2015, pour établir une méthode de recueil.

²⁷ La prévention est l'un des objectifs assignés à une bonne organisation des soins de premier recours mais elle a paru indissociable de chacun des trois aspects et n'est donc pas analysée ici de manière distincte. Les politiques de prévention ont fait l'objet d'un rapport public thématique de la Cour des comptes consacré à la prévention des grandes pathologies (novembre 2021).

²⁸ Nguyen-Khac, A. (2017). Mesures de l'accès aux soins : l'apport d'enquêtes sur les pratiques et perceptions des patients, *Revue française des affaires sociales*, 187-195.

Selon une première étude publiée en 2018²⁹, les résultats étaient contrastés : un rendez-vous sur deux avec un médecin généraliste était obtenu en moins de deux jours (pour une moyenne de six jours). Pour certaines spécialités médicales, parfois en accès direct, le délai d'attente moyen était en revanche de plus de deux mois. C'est en ophtalmologie (80 jours en moyenne), en dermatologie (61 jours), en cardiologie, en gynécologie et en rhumatologie qu'il était le plus long.

Les délais étaient toutefois moindres, quel que soit le professionnel contacté, lorsque la demande de rendez-vous était liée à l'apparition ou à l'aggravation de symptômes caractérisés, et donc à une forme d'urgence. Les temps d'attente étaient plus longs dans les communes où l'accessibilité des professionnels de santé est faible.

D'autres études, plus qualitatives, montrent que, en pratique, les patients doivent téléphoner plusieurs fois pour essayer d'obtenir un rendez-vous. C'est notamment ce qu'a montré une étude de 2023 de l'Institut des politiques publiques³⁰. Des patients fictifs, se présentant comme dépourvus de médecins traitant, ont testé des standards téléphoniques dans les cabinets, qui se sont avérés fréquemment saturés : « *malgré la présence d'un secrétariat dans trois quarts des cabinets contactés, [ils ont dû] appeler à de nombreuses reprises pour entrer en contact avec le personnel du cabinet* ». Ce point a d'ailleurs été confirmé lors des ateliers d'acteurs³¹ réunis par la Cour : les professionnels y ont souligné que leur secrétariat téléphonique était souvent saturé.

Deuxième enseignement : les taux de refus de rendez-vous sont en moyenne élevés (« *un patient a moins d'une chance sur deux d'obtenir un rendez-vous quand il contacte un médecin généraliste ou un pédiatre, et près de deux chances sur trois pour un ophtalmologue* »). La volonté de ne pas prendre de nouveaux patients est la raison invoquée par 45 % des médecins - et par 58,7 % des généralistes - pour expliquer le refus de

²⁹ Millien C., Chaput H., Cavillon M., "La moitié des rendez-vous sont obtenus en deux jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste", *Études et résultats*, DREES n°1085, octobre 2018.

³⁰ *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État*, Lucie Le Rolland et alii, mai 2023. Pour cette enquête, plus restreinte dans son périmètre, 34 000 tentatives d'appels ont été réalisées sur la période par une équipe de 10 enquêteurs et enquêtrices ; 3 086 praticiens – médecins généralistes, ophtalmologues et pédiatres – ont été joints trois fois.

³¹ Voir l'encadré méthodologique. 14 « ateliers d'acteurs » ont été organisés dans quatre départements, autour des trois thèmes « soins programmés », « soins non programmés » et « aller-vers » avec à chaque fois une dizaine de professionnels de profils très divers.

donner un rendez-vous. La saturation de l'agenda des médecins expliquerait au total près de 70 % de ces refus³².

Les entretiens réalisés avec les praticiens rencontrés dans le cadre des ateliers d'acteurs confirment ces résultats : dans des départements comme la Dordogne ou l'Aveyron, de nombreux médecins admettent refuser même des demandes de soins non-programmés (de petite urgence, voir *infra*), de peur d'être obligés ensuite d'accepter de devenir « médecins traitants » de ces nouveaux patients. Une étude de la Drees souligne aussi une dégradation récente³³ : la part des médecins jugeant l'offre très insuffisante est passé de 22 % à 39 % de 2019 à 2022, et 65 % des médecins déclaraient en 2002 être amenés à refuser des nouveaux patients comme médecin traitant contre 53 % en 2019.

Troisième enseignement de l'étude de l'IPP : les délais de rendez-vous (pour les demandes de rendez-vous qui ont abouti) sont préoccupants, compte tenu de la taille de l'échantillon (plus de 3 000 praticiens contactés). Les résultats « *suggèrent une hausse des difficultés dans l'accès aux soins chez les généralistes*³⁴ ». On relève un délai médian de quatre jours pour un rendez-vous, contre deux jours dans la précédente enquête de 2018, et un délai moyen de huit jours, contre six en 2018.

2 - L'augmentation de la part de patients sans médecin traitant

a) Un panorama général peu satisfaisant

Depuis 2004, chaque assuré doit s'inscrire dans un « parcours coordonné » et désigner un médecin traitant qui peut filtrer les demandes

³² D'autres motifs de refus sont également révélateurs : pas de place, de manière définitive (8 %) ou temporaire (5 %). Les motifs liés à des formes diverses de saturation s'élèvent donc au total à près de 70 % des refus. On note aussi que le renvoi systématique vers Doctolib (pour 8,5 % des refus) constitue une autre forme de barrière.

³³ Drees, *Études et résultats* n° 1267 de mai 2023 : « *les 2/3 des généralistes déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant* ».

³⁴ En revanche, les conditions d'accès aux soins chez les ophtalmologues semblent s'être améliorées car l'étude précitée faisait état d'un délai médian de 52 jours d'attente chez les ophtalmologues (contre 38 dans cette nouvelle étude). Toutefois, ces délais varient beaucoup d'une spécialité à l'autre et d'un professionnel à l'autre. Pour les ophtalmologues, toujours, dans un quart des cas le rendez-vous est obtenu plus de 79 jours après l'appel. À l'inverse, 50 % des rendez-vous sont donnés avant quatre jours chez les généralistes et à moins de deux semaines chez les pédiatres. Une forme double de régulation semble ainsi s'effectuer : tantôt (pour les médecins généralistes notamment) par un refus d'accès, qui permet de maintenir des délais acceptables, tantôt (pour les spécialistes le plus souvent) par des délais dégradés.

de soins spécialisés (le recours direct à la plupart des spécialistes, comme d'ailleurs aux autres médecins généralistes, est pénalisé par une diminution du remboursement). Le corollaire de cette règle est que tous les patients, au moins adultes, devraient pouvoir trouver un médecin les acceptant comme « patient de médecin traitant ».

Au 30 septembre 2022, 6,7 millions de patients sont sans médecin traitant (soit 12 % de la population), dont 714 000 souffrant d'une affection longue durée.

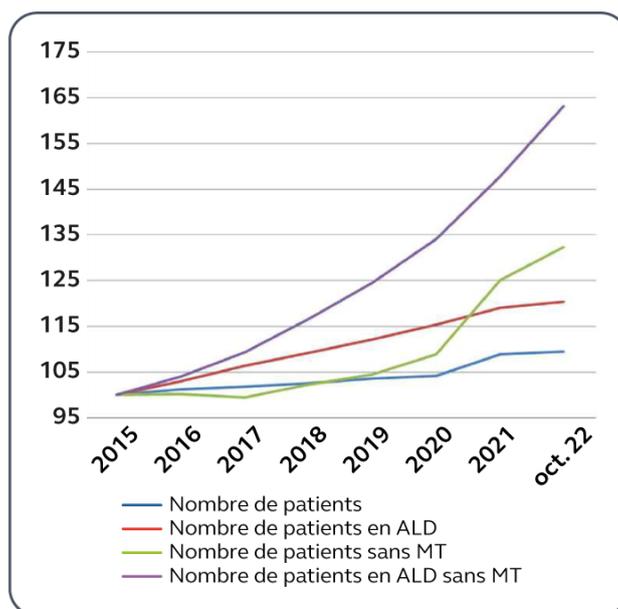
En réalité, de nombreux patients, en particulier parmi les classes d'âges jeunes, ne désignent pas de médecin traitant dans la mesure où ils ne « consomment » pas de soin, n'étant que rarement malades (statistiquement). Cette attitude, souvent choisie aux âges où la fréquence de recours aux soins est faible, est en revanche subie aux âges plus élevés, où cette fréquence est nettement plus importante.

Autant que le niveau absolu du taux, qui dépend en partie de conventions méthodologiques³⁵, son évolution dans le temps fait de cette donnée un indicateur intéressant. Celle-ci confirme une forme de saturation croissante des soins de premier recours, comme le montre la figure ci-dessous, issue d'une présentation de la Cnam : le nombre de patients sans médecin traitant³⁶ évolue nettement plus vite que celui des patients. Ainsi, le taux de patients adultes sans médecin traitant était, fin 2015, de 9,3 % ; il a dépassé 12 % en septembre 2022 (12,2 %).

³⁵ Nombre de médecins acceptent de prendre des patients dans leur file active de manière régulière mais sans les reconnaître et donc les déclarer comme PMT.

³⁶ Cet indicateur global est préféré ici à celui, souvent utilisé, ne concernant que les seuls patients en ALD. Ce dernier indicateur a évolué plus fortement comme le montre le graphique et son suivi justifie des actions prioritaires ciblées (voir *infra*), mais un indicateur à plus large assiette paraît plus robuste, moins sensible à des mesures éventuelles de simple formalisation administrative entre les patients et les médecins qui les auraient intégrés déjà dans leur file active (comme les CPAM ont entrepris de le faire ; voir en annexe la présentation des indicateurs retenus ici).

**Graphique n° 3 : évolution du nombre de patients sans MT,
base 100 en 2015**



Source : Cnam

b) Des situations aigües dans certains territoires

La moyenne nationale de patients sans médecin traitant recouvre des variations selon les départements qui ne s'expliquent qu'en partie par la densité des médecins généralistes (voir en annexe n° 3). Ainsi, au 30 septembre 2022, on relevait un taux de patients sans médecin traitant de 15 % dans la Creuse et de 18 % à Paris, mais de 8,7 % dans la Meuse ou de 9,3 % en Charente-Maritime.

Au sein même de chaque département, les différences entre territoires sont marquées. Ainsi, en Eure-et-Loir, pour un taux moyen « brut³⁷ » dans le département de 20 % de patients sans médecin traitant en 2019, on enregistrait un taux de 14 % dans la communauté d'agglomération de

³⁷ Les données, estimées par la chambre régionale des comptes, prennent en compte l'ensemble des assurés sans médecin traitant désigné en les rapportant à l'effectif total des assurés des deux principaux régimes - général et agricole - afin de donner un ordre de grandeur des écarts.

Bonneval et de 26 % dans celle de Dreux, écart qui ne s'explique que partiellement par la structure d'âge de la population. Dans de nombreux départements, on constate des situations de pénurie de médecins traitants.

C'est dans ce contexte de pénurie de médecins traitants qu'ont été constatées des pratiques abusives³⁸ qui témoignent d'un climat dégradé entre patients et professionnels.

B - Des tensions dans l'accès aux soins non programmés

Une part importante de la demande des patients correspond aux soins dits non-programmés, moins importante dans l'activité des professionnels mais plus pressante pour les patients. À la différence des soins programmés, ils représentent pour les patients une urgence relative, à cause de la douleur ou d'un risque (réel ou supposé) d'aggravation de la pathologie. Selon les indicateurs disponibles, on constate en France le maintien à un niveau élevé de difficultés d'accès à ce type de soins.

1 - Un accès aux soins non programmés plus difficile en soirée et en fin de semaine

Pour leurs besoins propres de gestion, la plupart des médecins libéraux distinguent bien les motifs des rendez-vous et réservent des créneaux pour les demandes urgentes. Toutefois, il n'existe pas de données consolidées au niveau national qui permettraient de connaître la part, dans l'activité totale des praticiens, de ces créneaux réservés aux soins non programmés. Aucun codage particulier ne distingue en effet, dans les données de la Cnam, les soins non programmés des soins programmés.

De surcroît, la distinction entre « soins programmés » et « soins non programmés » n'est pas aussi claire, s'agissant des soins de ville et notamment des soins de premier recours, que pour les soins hospitaliers. Ainsi, certaines pathologies impliquent des parcours de longue durée mais peuvent nécessiter à certains moments des interventions rapides (dans les 48 heures pour l'insuffisance cardiaque, pour le diabète ou pour les troubles psychiatriques, pour ne citer qu'eux).

³⁸ Consultation limitée à un seul motif pour en diminuer la durée ; demande de paiement de rendez-vous que le patient n'a pas honoré sans prévenir ; demande de paiement direct pour l'établissement de certificats médicaux en même temps qu'une consultation...

Quelques études ponctuelles donnent cependant un ordre de grandeur. Ainsi, il ressort d'une étude conduite en 2022 par l'ADPS 44 auprès des généralistes de Loire-Atlantique³⁹, que presque tous les médecins interrogés prévoient quotidiennement des créneaux dévolus aux soins non programmés ; 70 % d'entre eux prévoient même à cet effet plus de cinq créneaux par jour. Près de 60 % des répondants déclarent ne pas rencontrer de difficulté à assurer la prise en charge des soins non programmés.

Une forte tension apparaît cependant entre l'offre et la demande puisque la quasi-totalité des créneaux dévolus aux soins non programmés sont pris par les patients (98 %). La disponibilité du médecin traitant est la principale des difficultés signalées par les patients (85 % des répondants), avant même le fait de ne pas avoir de médecin traitant (72,3 %).

Confirmant ce sondage, les réponses recueillies au sein des « ateliers » organisés par la Cour avec les professionnels de santé ont mis en évidence la pression ressentie par de très nombreux médecins, pression qui provoque un double report : des médecins aux agendas saturés refusent les demandes de soins non programmées de patients non enregistrés auprès d'eux, et parfois même celles de leurs patients enregistrés, notamment en soirée, les veilles de week-ends ou les samedis⁴⁰.

Les demandes de soins non programmés qui s'expriment pendant la période dite « de permanence de soins ambulatoires », c'est-à-dire en dehors des heures d'ouverture des cabinets, donc en soirée après 20 h 00 et jusqu'à 8 h 00 le lendemain, le samedi après 12 h 00, ou encore les dimanches et jours fériés, sont, pour partie, le fait de patients n'ayant pas trouvé de médecin de ville disponible durant la journée.

Pour répondre à ces demandes, des structures spécialisées ont vu le jour : outre les services comme « SOS médecins », implantés dans les plus

³⁹ Questionnaire réalisé en 2022 par l'Association départementale d'organisation de la permanence des soins en Loire-Atlantique auprès des médecins généralistes du département, auquel 215 médecins ont répondu. Selon cette enquête, 97,6 % des médecins réservaient des créneaux *via* leur intégration dans un agenda journalier.

⁴⁰ Les samedis seraient assez souvent réservés aux soins programmés, d'après les témoignages recueillis. En outre, les horaires de mise en œuvre et de régulation de la PDSA sont de plus en plus souvent avancés en soirée à 19 h 00, voire parfois, selon les interlocuteurs rencontrés, à 18 h 00, au lieu de 20 h 00. Quand les professionnels des maisons médicales de garde prennent leurs fonctions, désormais souvent dès 19 h 00, ils constatent que la salle d'attente est déjà pleine. Un rapport récent de l'Institut Rousseau estime le report en soirée (ou le week-end) de soins qui n'ont pas trouvé de créneau dans les heures d'ouverture des cabinets en journée, à 30 % de la charge totale des soins pris en charge par la PDSA (rapport sur la PDSA publié le 7 juin 2023).

grandes agglomérations et pratiquant presque exclusivement les visites à domicile, se sont développées des maisons médicales de garde, ouvertes pendant les horaires de permanence des soins⁴¹ et, plus récemment, des « centres de soins immédiats » qui proposent un accueil sans rendez-vous pour des petites urgences, pendant les horaires d'ouverture des cabinets. Selon une structure qui entend fédérer ces centres, la Fédération française de centres de soins non-programmés, les 43 centres existants à l'été 2023⁴² « seraient des structures intermédiaires entre la médecine générale et les services d'urgence surchargés, permettant la prise en charge de pathologies nécessitant un plateau technique (matériel de suture et d'immobilisation, biologie, imagerie médicale, médecine de spécialité ».

2 - Un accès aux soins non programmés moins aisé en France que dans d'autres grands pays occidentaux

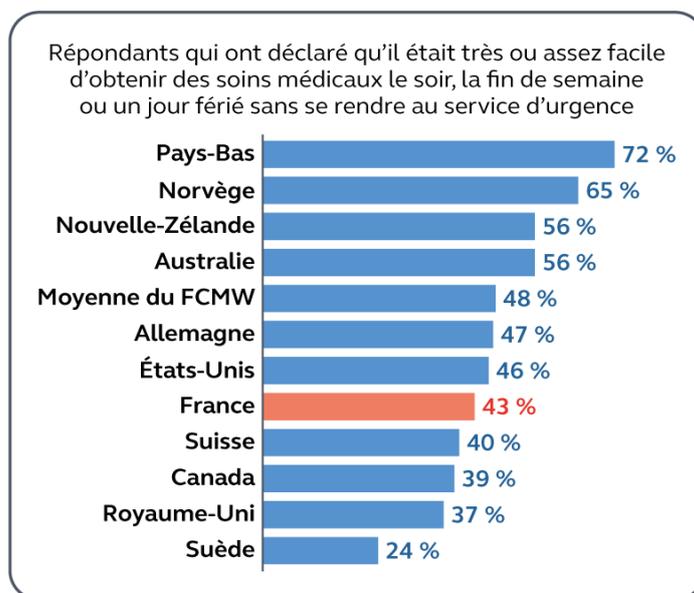
Un premier indice de « désajustement » entre l'offre et la demande de soins non programmés est donné par la comparaison des expériences des patients, à partir de l'interrogation de plus de 100 000 patients dans 11 pays différents, réalisée pour une étude du *Commonwealth Fund*⁴³. Sur cet item des soins non programmés, la France est située de manière médiocre : 2 points en-deçà de la moyenne, pour les soins non programmés en journée, et 5 points en-deçà, pour les soins durant le week-end, comme le montre le graphique joint.

⁴¹ Créées souvent sur l'initiative des centres hospitaliers et avec l'apport des médecins généralistes hospitaliers.

⁴² Ces centres regrouperaient un peu moins de 200 soignants et auraient accueilli 820 000 patients dans l'année, selon la synthèse présentée par cette structure.

⁴³ Voir en annexe n°1.3 les références et la méthode précise de l'enquête (pour la France, un peu plus de 3 000 patients ont été interrogés). D'autres graphiques issus de la même étude sont développés en annexe n°3.

Graphique n° 4 : accès à un rendez-vous durant le week-end



Source : Fonds du Commonwealth

3 - Des insuffisances variables selon les territoires

Selon les analyses de la Cnam⁴⁴, le taux de recours aux urgences est plus important parmi les patients qui n'ont pas de médecin traitant déclaré. Le fait d'avoir un médecin traitant diminuerait d'un tiers le recours aux urgences, avec une consommation plus importante de soins de généralistes.

Cependant, pour apprécier de manière synthétique les écarts entre les demandes de soins non programmés et les capacités de prise en charge par les soins de premier recours (aussi bien en journée que pendant les heures de PDSA), le taux de passage aux urgences inadéquat constitue l'indicateur le plus adapté. Ainsi, selon la classification clinique des malades des urgences (CCMU) qui décrit le stade de gravité des patients pris en charge par les services de traitement des urgences, 10 à 20 % des patients accueillis aux urgences n'ont eu besoin d'aucun acte

⁴⁴ Voir le rapport (Cnam) *Charges et produits* de juillet 2023, pages 147 à 149.

complémentaire d'imagerie ou de biologie médicale (CCMU 1) et auraient pu être pris en charge en ville, en médecine générale⁴⁵.

D'après l'observatoire régional des urgences (ORU) d'Occitanie, l'un des plus anciens mis en place en France, le taux de patients en CCMU 1 est stable autour de 15 % depuis 2010. Les données du « Panorama des observatoires régionaux des urgences », consolidées au niveau national⁴⁶, confirment cette stabilité mais ce taux s'applique à un nombre global de passages aux urgences en forte croissance : plus de 21 millions de passages en 2019 contre 14 millions en 2002. En conséquence, le nombre des passages inadéquats progresse aussi fortement. En valeur absolue, le nombre de rendez-vous qui ont fait défaut « en ville » a ainsi sensiblement progressé, confirmant que l'écart entre l'offre et la demande concerne des effectifs croissants.

Les reports des soins de ville vers les urgences hospitalières varient sensiblement d'un territoire à l'autre. D'après le bilan national établi par la Fédération des observatoires régionaux des urgences (FédORU) pour l'année 2021⁴⁷, alors que le taux national moyen est de 15 % de CCMU 1, il est de 11 % en région Provence-Alpes-Côte d'Azur ou en Nouvelle-Aquitaine, et de 20 % en Bourgogne-Franche Comté ou en Normandie.

Ces variations peuvent être encore plus fortes si l'on se réfère à une échelle territoriale plus fine que celle de la région. En région Centre-Val de Loire, toujours avec les données de 2021, on constate une dispersion marquée entre départements : 11 % dans le Loiret et 13 % en Indre-et-Loire, mais 17 % dans le Cher et l'Indre, 18 % dans le Loir-et-Cher et jusqu'à 22 % en Eure-et-Loir. La dispersion mesurée au niveau infra-départemental est encore plus forte.

Il apparaît ainsi que le taux de patients en CCMU 1 peut être utilisé comme indicateur pour qualifier l'organisation des soins non programmés

⁴⁵ Après la prise en charge du patient, l'urgentiste affecte le patient à une classe. Le stade CCMU 2 correspond aux patients dont l'état est stable mais qui ont eu besoin d'examen complémentaires : ils ne pourraient être pris en charge en dehors de l'hôpital qu'à la condition d'avoir accès à des plages de consultations et d'examen complémentaires non programmés ou à des structures pratiquant la petite traumatologie. Ils représentent la majorité des recours aux urgences (60 à 70 %).

⁴⁶ ORU Occitanie, *Panorama Activité des structures d'urgences*. Une enquête de la Drees sur les données de 2002 mettait en lumière un taux de CCMU 1 de 14 %. Voir *Les usagers des urgences, premiers résultats d'une enquête nationale*, Études et résultats, avril 2003, n°212.

⁴⁷ FédORU, *Panorama 2021*. Recueil et analyse des données des structures d'urgence de toutes les régions de l'hexagone pour l'année 2021, novembre 2022.

en ville. C'est d'ailleurs à cette fin que l'ARS de la région Grand-Est a favorisé la mise à disposition de données, pour chaque communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), par l'observatoire régional des urgences⁴⁸. Figure ci-dessous l'exemple des données de l'année 2022 pour le seul département des Ardennes qui connaît, au sein de cette région, les problèmes les plus aigus.

Tableau n° 3 : taux de passages aux urgences classés en CCMU 1 par CPTS, dans le département des Ardennes

<i>CPTS</i>	Nombre de passages aux urgences	CCMU 1 en semaine	CCMU 1 pendant la permanence des soins	Total
<i>Vouzinois</i>	9 259	9 %	5 %	14 %
<i>Porte Luxembourg</i>	20 209	29 %	21 %	50 %
<i>Rethélois</i>	14 133	4 %	4 %	8 %
<i>Rives de la Meuse</i>	3 604	21 %	18 %	39 %
<i>Charleville et alentours</i>	40 883	27 %	22 %	49 %
<i>Total Ardennes</i>	93 466	22 %	17 %	39 %

Source : Observatoire régional des urgences (ORU) de Grand-Est. Note : RPU : résumés de passages aux urgences. PDS : permanence des soins. Le total n'est pas égal à la somme des CPTS, le département n'étant pas totalement couvert.

L'ampleur des écarts infra-départementaux témoigne du fait qu'il s'agit d'une performance collective, reposant sur une équipe de professionnels assez limitée⁴⁹.

⁴⁸ Les tableaux de bord RPU/CPTS (activité de services d'urgences pour les patients résidents dans les communes couvertes par les CPTS) ont été rendus accessibles sur le site Est-Rescue (<https://www.est-rescue.fr/>).

⁴⁹ La notion de « performance » est un simple constat, souvent lié aux contraintes locales. La proximité du Luxembourg est ainsi un facteur de perte d'attractivité pour les professionnels de premier recours, du côté français de la frontière.

C - Une capacité à « aller-vers » les patients vulnérables, elle aussi dégradée

1 - Des enjeux importants

Une troisième mission confiée à l'ensemble des professionnels de premier recours est de repérer les besoins et de corriger les inégalités potentielles d'accès aux soins. Elle n'est pas aisée à synthétiser dans la mesure où les catégories de patientèle vulnérable sont nombreuses et difficiles à prioriser : les personnes en Ehpad, les personnes âgées à domicile, les personnes avec handicap, notamment avec handicap psychique, les personnes allophones ou précaires socialement, etc.

Pour la plupart de ces patientèles, il existe des institutions ou des dispositifs spécialisés. Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass)⁵⁰, services rattachés aux établissements hospitaliers, offrent ainsi un accès aux soins adapté aux personnes démunies ou venant d'arriver en France, et les services départementaux de protection maternelle et infantile (PMI) soignent les enfants, notamment les plus défavorisés, mais ces services n'ont qu'une mission temporaire ou partielle : le relais doit être pris par les professionnels de premier recours.

Des structures dites « participatives » ou « communautaires », financées par les ARS à partir d'un appel à manifestations d'intérêt national, ont été déployées en outre « *afin de mêler les pratiques d'aller-vers, de participation des usagers et de prise en compte des personnes dans leur entièreté et parcours, dans les quartiers et territoires défavorisés* », selon le résumé qu'en fait le projet de stratégie nationale de santé (SNS) pour la période 2023-2027. Une cible fixée dans ce projet de SNS est d'atteindre 60 structures participatives d'ici à 2027.

Ces moyens sont donc encore relativement modestes. L'essentiel de la capacité de prise en charge de la patientèle éloignée du soin repose donc sur les professionnels de premier recours, au sens strict (hors structures

⁵⁰ Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des cellules de prise en charge médico-sociale qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies, non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins et d'aide sociale. Il en existe au moins une dans chaque département. D'autres structures existent, adossées aux établissements sanitaires : les lits d'accueil médicalisés (LAM), les lits halte-soins-santé (LHSS), les appartements de coordination thérapeutique (ACT), les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou encore les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour les usagers de drogues (CAARUD).

spécialisées), avec le risque que ceux-ci ne délaissent cette patientèle plus complexe dans un contexte de saturation progressive des soins. Un exemple extrême en est donné par les soins délivrés aux personnes souffrant de troubles psychiques : 120 000 patients atteints d'une affection de longue durée (ALD) pour troubles psychiatriques n'avaient pas de médecin traitant en 2022, soit 17 % du total des patients en ALD sans médecin traitant, alors qu'ils ne représentent que 12,4 % du nombre total de patients en ALD.

Cette inégalité dans l'accès aux soins explique en partie les écarts d'espérance de vie : selon les données relatives aux décès pour 2014 étudiées par l'Irdes, les personnes avec troubles psychiatriques ont une espérance de vie (à 15 ans) diminuée de 16,4 ans pour les hommes et de 12,9 ans pour les femmes, comparée à celle des autres bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie. Cet écart très défavorable, documenté également pour d'autres pays développés, s'explique en partie par des comportements à risque plus fréquents mais aussi par un accès aux soins plus difficile⁵¹ auquel il pourrait être remédié par des actions de prévention et par une offre de soins mieux adaptées.

2 - Le constat d'une dégradation relative

Pour traduire de manière synthétique la diversité des catégories vulnérables, on peut utiliser les données relatives aux médecins traitants, en mesurant l'écart entre la population générale et la population socialement précaire, identifiée comme celle bénéficiant de l'assurance complémentaire de santé solidaire (C2S). Le tableau suivant, qui compare le taux de patients sans médecin traitant au taux de patients bénéficiaires de la C2S sans médecin traitant, met en évidence une aggravation de la situation relative des bénéficiaires de la C2S : l'écart entre ces deux populations est en effet passé de 3,3 % en 2015 à 4,8 % en 2022⁵².

⁵¹ Voir notamment *Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée*, de Magali Coldefy et Coralie Gandré (Irdes), in *Questions d'économie de la santé*, octobre 2018, n° 237.

⁵² Dans son récent rapport *Charges et produits*, de juillet 2023, la Cnam souligne les conséquences de ce différentiel, par exemple pour les seniors de 70 à 75 ans : la part de non-recours à un médecin traitant depuis plus de deux ans est de 13 % parmi les bénéficiaires de la C2S, contre 5 % pour les autres patients (p. 128).

Tableau n° 4 : évolution comparée des taux de patients sans médecin traitant (PSMT), de 2015 à 2022

	Patients [1] (millions)		PSMT [2] (taux)	
	30 sept. 2022	30 sept. 2022	31 déc. 2019	31 déc. 2015
<i>Patients relevant du régime général</i>	48,8	12,2 %	9,6 %	9,3 %
<i>dont patients non bénéficiaires de la C2S (a)</i>	43,2	11,6 %	9,2 %	8,9 %
<i>dont patients bénéficiaires de la C2S (b)</i>	5,5	16,4 %	12,6 %	12,2 %
<i>Écart de proportion entre (a) et (b)</i>		4,8 %	3,4 %	3,3 %

[1] Cet effectif a considérablement évolué entre 2015 et 2022, le régime général intégrant plusieurs régimes jusque-là indépendants. Les paramètres des aides ont aussi été modifiées, la C2S s'étant substituée, à la fois à la CMU-C et à l'aide à la complémentaire santé.

[2] En cumulant les patients sans MT, ceux qui en ont un mais en cessation d'activité et ceux qui ont reçu un numéro fictif des Cnam (voir les définitions en annexe).

Source : Cnam

Il serait utile de détailler cet écart par département pour mieux mesurer l'intensité des politiques de soutien aux personnes économiquement les plus défavorisées en matière d'accès à un médecin traitant, mais la Cnam ne procède pas à une telle analyse, notamment en raison des modifications intervenues dans les régimes de solidarité.

Un autre indicateur pourrait être établi par territoire : le taux de patients de plus de 50 ans qui n'ont reçu aucun soin pendant une période d'un an ou deux ans. Ce taux refléterait plus directement la part des patients éloignés des soins (à des âges où un contact périodique avec un médecin, même s'il n'est pas médecin traitant, s'impose le plus souvent). Il n'est pas non plus calculé en routine par la Cnam.

Au total, les indicateurs retenus ici pour rendre compte de l'évolution de chacun des segments des soins de premier recours reflètent une accentuation des tensions, qui résulte d'une forme d'enchaînement : la saturation des agendas des médecins généralistes réduit les possibilités pour les patients de trouver un médecin traitant disponible (et provoque, dans une moindre mesure, un allongement des délais de prise de rendez-vous). Elle conduit également les praticiens à réduire ou à restreindre leur offre de soins non programmés, ce qui obère les chances des patients - en particulier des plus vulnérables - d'accéder à ces soins.

Faute d'instrument de mesure adéquat à la disposition des pouvoirs publics, le risque de sous-estimer la gravité des situations rencontrées, masquée en partie par la diversité des effets, ne peut être négligé.

Il est donc essentiel de pouvoir dresser un état des lieux plus détaillé des difficultés d'accès aux soins, que le suivi d'indicateurs supplémentaires pourrait contribuer à établir. Ainsi, au-delà des indicateurs de densité médicale d'accessibilité potentielle localisée ou de taux de patients sans médecin traitant, le suivi à une échelle infra-départementale, seule pertinente, des hospitalisations évitables, des taux de passage aux urgences inadéquat et des taux de patients bénéficiaires de la C2S sans médecin traitant, constituerait un progrès indispensable à la mise en place de réponses adaptées.

**Schéma n° 2 : inadéquation entre offre et demande de soins :
des conséquences dommageables**



Source : Cour des comptes

CONCLUSION

La demande de soin de premier recours a augmenté au cours des vingt dernières années, en raison de la fréquence croissante des pathologies chroniques, qui induit un volume accru de soins dits « programmés ». Du fait de la saturation des agendas, les patients rencontrent aussi de plus en plus souvent des difficultés à trouver une réponse à leurs demandes de soins dits « non programmés » et les professionnels de santé peinent à assurer leurs missions « d'aller-vers » les patients les plus éloignés du soin.

L'offre de soins, qui résulte d'évolutions contradictoires des effectifs des professionnels de santé (stagnants pour les médecins généralistes, les pharmaciens ou les chirurgiens-dentistes, tandis que ceux des infirmiers libéraux ou des masseurs kinésithérapeutes ont progressé fortement) ne répond pas suffisamment à ces demandes accrues, comme le montre l'évolution des principaux indicateurs synthétiques : les délais moyens pour obtenir des rendez-vous avec les médecins s'allongent, la part de patients sans médecins traitant s'accroît, de même que le nombre absolu des patients qui s'orientent vers les urgences sans justification médicale évidente. Le suivi infra départemental de ces difficultés, à partir des indicateurs d'alerte pertinents, constituerait un progrès indispensable à la mise en place de réponses adaptées, déclinées par territoires.

Chapitre II

Des mesures dispersées et peu ciblées

Les constats qui précèdent mettent en évidence une dégradation globale de l'accès aux soins de premier recours et une aggravation des inégalités territoriales. Pourtant, les pouvoirs publics ont déployé depuis une vingtaine d'années des mesures, en apparence ambitieuses, pour améliorer l'accès aux soins de premier recours et réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Ce paradoxe s'explique, de manière cumulative, par la trop grande dispersion des mesures successivement engagées, peu intégrées et pilotées (I), et par un ciblage des aides trop peu lié aux enjeux sociaux et territoriaux de l'accès aux soins (II).

I - Des mesures ambitieuses mais dispersées

Le principe d'une politique publique⁵³ visant à « organiser les soins de premier recours » a été fixé dans une loi en 2009 (A). La mise en œuvre concrète de cette orientation s'est toutefois révélée instable et peu intelligible, les mesures diverses se succédant sans cohérence d'ensemble (B). La définition récente d'une stratégie plus globale n'a pas permis de fixer de cadre cohérent, ni d'assurer une « mise sous tension de résultats » adéquate (C), d'autant moins que les mesures prises pour

⁵³ On qualifie de « politique publique » un ensemble structuré d'objectifs finaux, traduits en objectifs opérationnels et destinés à produire un effet mesurable – ici sur l'accès aux soins et sur la réduction des difficultés constatées du fait de l'offre de soins. On parle ici de « mesures » ou de « plans », éléments trop restreints pour qu'il soit possible d'apprécier leur effet final.

encourager les coopérations entre professionnels de santé demeurent très peu articulées avec ces plans ou mesures (D).

A - La reconnaissance de la nécessité d'une intervention publique

La médecine en ville a longtemps été présentée comme échappant par nature aux interventions de la puissance publique. La protection juridique de la liberté d'entreprendre, dont l'activité libérale est une illustration dans le domaine de la santé, est en effet redoublée par la protection des principes de la liberté d'exercice consacrés par la Charte de l'exercice libéral de 1927, toujours inscrits dans le code de la sécurité sociale⁵⁴. Cette protection renforcée ne signifie pas, cependant, qu'il serait impossible d'organiser les différents exercices professionnels dans l'intérêt des patients et de la santé publique. Ces principes peuvent et doivent être conciliés avec d'autres impératifs, sous le contrôle du Conseil constitutionnel et du Conseil d'État.

Plusieurs jurisprudences ont ainsi légitimé la création ou le maintien de prestataires publics. Le Conseil d'État a progressivement étendu la reconnaissance d'un intérêt justifiant des interventions, notamment au niveau local, en allant au-delà de la condition première de « carence de l'initiative privée », en particulier dans le domaine de la santé : « *pour intervenir sur un marché, (les personnes publiques) doivent, non seulement agir dans la limite de leurs compétences, mais également justifier d'un intérêt public, lequel peut résulter notamment⁵⁵ de la carence de l'initiative privée* ».

Dans le cas particulier des soins de ville, ces évolutions jurisprudentielles étaient plus anciennes. Un arrêt de 1964, "Ville de Nanterre", a ainsi considéré comme légale l'extension de la patientèle et de l'activité d'un centre dentaire, contestée par les praticiens du secteur privé. Si les circonstances particulières du contexte, à savoir la carence de l'offre privée, sont bien rappelées dans l'arrêt, une autre justification est avancée, qui concerne les tarifs pratiqués, facteur social d'accès aux soins.

⁵⁴ Ainsi à l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale : « dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi du 3 juillet 1971 ».

⁵⁵ Voir CE, Ass., 31 mai 2006, *Ordre des avocats au barreau de Paris*.

La notion de soins de premier recours a été développée dans le cadre de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Elle s'inscrit dans le prolongement de cette jurisprudence et développe, sur le plan de la santé publique, l'idée d'un socle de soins à assurer pour le plus grand nombre possible de patients et d'assurés. L'objectif implicite est bien de rechercher les modalités d'organisation et d'intervention qui concilient au mieux l'accès des patients à ce socle de soins, d'une part, et le respect des principes de l'exercice libéral, d'autre part. Un fondement juridique a donc été posé pour légitimer les interventions publiques dans le domaine des soins de premier recours mais les mesures déployées ont recherché, autant que possible, la voie conventionnelle. En effet, l'accord entre l'assurance maladie et les organisations représentatives des professionnels de santé fait présumer qu'il ne sera pas nécessaire de démontrer devant la justice que les circonstances de temps et de lieu légitiment l'intervention publique.

B - Une superposition de mesures

Depuis la fin des années 1990, plusieurs séries de mesures ou de plans ont eu pour objet de structurer les soins de premiers recours et de les rendre plus aisément accessibles aux patients.

Sans qu'une coupure chronologique nette puisse être établie - les mesures engagées à chaque étape se sont poursuivies - on peut distinguer plusieurs phases et plusieurs modèles implicites : une politique d'abord orientée vers les médecins traitants et les réseaux de soins, dans les années 2000 (1) puis une politique orientée vers le développement de l'exercice coordonné, dans les années 2010 (2) ; plus récemment, depuis le début des années 2020, une politique orientée vers la recherche d'économies du temps médical, notamment grâce au développement des coopérations entre professionnels de santé (3). D'autres politiques, récentes, relèvent enfin d'une volonté de décroiser les soins hospitaliers et soins dispensés en ville (4).

1 - Une politique d'abord orientée vers le médecin traitant et son environnement

Plusieurs textes successifs ont renforcé la mission du médecin généraliste⁵⁶, « pivot » de l'entrée dans les soins et du parcours. Ce rôle a

⁵⁶ Parallèlement, les médecins généralistes sont devenus des « spécialistes » et doivent désormais, comme les autres spécialistes, passer par un internat de trois ans.

été d'abord inscrit dans la convention conclue par la Cnam avec les syndicats professionnels de médecins le 4 décembre 1998, sous la forme de l'orientation du « médecin référent », puis dans la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, instaurant le « médecin traitant⁵⁷ ».

Le premier corollaire de cette priorité a été le soutien à l'installation et au maintien des médecins généralistes dans les territoires défavorisés du point de vue de l'accès aux soins. Une loi de 2005 a autorisé les collectivités territoriales à intervenir en ce sens⁵⁸, puis les agences régionales de santé ont pris le relais par divers « contrats », intégrés ensuite dans les accords conclus entre l'assurance maladie et les professions de santé⁵⁹.

Un deuxième corollaire a été la volonté d'organiser une forme « d'amont » à l'intervention du médecin et de faciliter l'orientation ultérieure du patient, en aval, dans le système de santé, en établissant, pour certaines filières de soins, un chaînage des soins délivrés par diverses catégories de professionnels. L'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie a ainsi prévu que seraient déployés pour cinq ans « *des réseaux de soins* », alors expérimentaux, « *permettant la prise en charge globale de patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques* ». Ces réseaux de soins se sont développés rapidement⁶⁰ pour de nombreuses pathologies (la gériatrie, les soins palliatifs, la cancérologie, le diabète, l'addictologie, segments présentant des problèmes de coordination d'intervenants multiples). En 2011, on comptait 716 réseaux, impliquant environ 2 500 professionnels, qui décrivaient pour les principales pathologies les interventions respectives attendues des différents professionnels.

⁵⁷ Les assurés de 16 ans ou plus peuvent choisir un médecin traitant qu'ils désignent à l'assurance maladie : ils ne consultent alors un autre médecin que sur prescription de leur médecin traitant. Le non-respect de ce principe entraîne une pénalisation financière. À compter de 2016, cette obligation relative d'inscription auprès d'un médecin traitant a été étendue aux enfants de moins de 16 ans.

⁵⁸ Voir l'insertion précitée au RPA de mars 2023, *Les interventions des collectivités territoriales en faveur de l'accès aux soins*.

⁵⁹ Ces accords ont concerné les infirmiers, les médecins, les masseurs-les kinésithérapeutes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les orthophonistes, dans les conventions ou avenants respectifs signés avec l'assurance maladie, de 2017 à 2019 selon les professions.

⁶⁰ La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, leur a donné les pérennisés. Créés par les ARS, ils pouvaient bénéficier de dotations de l'assurance-maladie ou de forfaits spécifiques de prise en charge, permettant notamment de proposer aux patients atteints de maladies chroniques des prestations non remboursées dans le droit commun : psychologues, diététiciennes, éducation thérapeutique...

2 - Le modèle de l'exercice coordonné fondé sur une complémentarité avec les autres professions de santé

Dès la fin des années 2000, les restrictions budgétaires ont rendu difficile, cependant, le financement de réseaux supplémentaires, en raison du coût souvent élevé de la prise en charge par patient. Sont aussi apparues les difficultés d'interface avec les médecins généralistes, ceux-ci se trouvant face à de multiples réseaux consacrés à une pathologie particulière et ayant, chacun, leurs procédures et leur système d'information. Pour ces motifs, alors même que le territoire national était assez largement couvert dans certains domaines (en cancérologie, en soins palliatifs, en gériatrie pour le maintien à domicile), le ministère de la santé a décidé de ne conserver que la fonction de coordination des soins. L'activité de l'ensemble des réseaux a donc été réorientée vers cette seule fonction, ce qui a conduit à la constitution des plateformes territoriales d'appui (PTA) puis, plus récemment, aux dispositifs d'appui à la coordination⁶¹ (DAC), chargés de coordonner les prises en charge de patients très complexes ou d'apporter leur expertise aux professionnels.

Dans le cas général, la question de la coordination pluriprofessionnelle des soins de premier recours a ainsi été reformulée à partir du « modèle » constitué, à partir du début des années 2010, par les structures d'exercice coordonné : maisons de santé pluriprofessionnelles en secteur libéral et centres de santé⁶² avec des professionnels salariés. Les maisons de santé pluriprofessionnelles, en particulier, ont connu un essor continu : introduites dans le code de la santé publique il y a une quinzaine d'années, elles étaient au nombre de 1 100 en fin d'année 2017. En fin d'année 2022, 1 755⁶³ avaient signé un contrat avec la Cnam. L'objectif du ministre de la santé, réitéré en juin 2023, est de porter leur nombre à 4 000 d'ici à la fin de 2027.

⁶¹ Ceux-ci doivent intégrer en leur sein les PTA et les réseaux territoriaux existants (cancérologie, gériatrie, soins palliatifs). Le mouvement est encore en cours, les conseils départementaux résistant parfois à l'intégration des dispositifs compétents pour la gériatrie (CLIC), qu'ils financent et organisent.

⁶² Qui ont fait l'objet d'une évolution législative en vue de simplifier et de faciliter leur fonctionnement et leur organisation, par une ordonnance du 12 janvier 2018.

⁶³ Et 2 251 si on prend en compte celles qui n'adhèrent pas à cet accord, selon les données relatives aux politiques gouvernementales prioritaires (voir *infra*). A la même date, près de 2 500 centres de santé avaient adhéré à l'accord national, parmi lesquels environ la moitié de centres médicaux ou polyvalents.

Tous ces dispositifs ont été encouragés sur le plan financier⁶⁴ par les pouvoirs publics, agences régionales de santé, assurance-maladie ou collectivités territoriales, conjuguant leurs aides pour fixer une offre de soins structurée sur un territoire.

Les structures d'exercice coordonné en soins primaires (centres de santé et maisons de santé pluriprofessionnelles) couvrent aujourd'hui environ 20 % de la population. Selon les données de la Cnam, chacune regroupe en moyenne 15 à 20 professionnels : médecins généralistes, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, podologues, parfois même des professionnels dont les actes ne sont pas remboursables par la sécurité sociale (diététiciens, psychologues ou travailleurs sociaux). Leur taille et leur composition professionnelle sont cependant extrêmement variables.

Dans les plans d'accès aux soins de 2013 et de 2015 visant à lutter contre les « déserts médicaux », l'exercice coordonné, en particulier les maisons de santé pluriprofessionnelles, était présenté comme primordial⁶⁵, même si le soutien apporté à ce mode d'exercice n'était pas réservé aux zones prioritaires.

L'intérêt de l'exercice coordonné tient à sa capacité à organiser des coopérations fonctionnelles intégrées, en particulier entre les médecins et les infirmières (libérales ou salariées) et, dans une moindre mesure, entre les médecins et d'autres professionnels comme les sages-femmes ou les kinésithérapeutes. La conclusion de protocoles entre professionnels de santé y est facilitée dès lors qu'ils exercent sur un même site et peuvent se concerter sur l'état d'un patient. Les professionnels rencontrés ont souvent indiqué que les visites à domicile, de moins en moins fréquentes de la part des médecins, pouvaient, dans ce contexte, plus facilement être prises en charge par des infirmières, le cas échéant dotées de mallettes de télé-soin, pour informer les médecins des situations les plus problématiques⁶⁶.

⁶⁴ Plusieurs dispositifs de financement se sont succédé : d'abord les « expérimentations de nouveaux modes de rémunération » puis, à partir de 2015, la généralisation d'un soutien dans un accord conventionnel interprofessionnel qui prévoit des financements forfaitaires, sous condition de continuité et de qualité dans le fonctionnement. Les centres de santé ont aussi bénéficié, de leur côté, de financements spécifiques.

⁶⁵ Outre les aides ciblées à l'installation ou au maintien en zones sous-denses de professionnels de santé.

⁶⁶ Un financement par l'assurance maladie du protocole national de « coopération entre médecins et infirmiers pour la prise en charge à domicile des patients âgés ou en situation de handicap et en difficulté pour se déplacer aux cabinets des médecins » vient d'être autorisé. Il peut être mis en œuvre en maison de santé pluriprofessionnelle, en centre de santé, en équipes de soins primaires et communautés professionnelles territoriales de santé.

L'exercice coordonné se heurte cependant à plusieurs difficultés : l'exercice en groupe pluriprofessionnel ne concerne encore qu'une minorité de médecins (40 %), même si cette part progresse, en particulier parmi les médecins les plus jeunes⁶⁷ ; le niveau effectif de coopération entre les professionnels est très variable selon les structures ; enfin, les conditions posées par l'accord conventionnel interprofessionnel sont assez procédurales et leur respect est très peu contrôlé.

3 - Une diversification des formes d'aides, orientée vers la recherche d'économies du temps médical

Pour répondre en partie à la première difficulté, d'autres dispositifs commencent à être déployés : les « équipes de soins primaires » (ESP) se développent dans de nombreuses régions, parfois comme une formule de transition vers une maison de santé pluriprofessionnelle⁶⁸ mais souvent comme des outils de coopération pérennes. Selon la Drees, 13 % des médecins généralistes déclaraient faire partie d'une ESP en 2022⁶⁹. L'aide des ARS porte sur le financement des supports - humains et techniques - de ces coopérations. L'assurance maladie expérimente quant à elle un dispositif « d'équipe de soins primaires autour du patient » qui cible la prévention des risques liés à la polymédication des personnes âgées⁷⁰.

⁶⁷ Selon la Drees, 69 % des médecins exerçaient en groupe début 2022, contre 54 % fin 2010 et 61 % en 2019. L'exercice en groupe pluriprofessionnel, qui rassemble un ou plusieurs généralistes avec d'autres professionnels de santé, et pas seulement des professions médicales, progresse : il concerne 40 % de l'ensemble des médecins et 60 % des médecins exerçant en groupe.

⁶⁸ La constitution de MSP « hors les murs » est possible, autorisant des coopérations renforcées sans nécessairement impliquer un regroupement physique sur un site des professionnels adhérents ou sociétaires.

⁶⁹ Voir *Études et résultats*, Drees, n° 1268 de mai 2023, p. 3.

⁷⁰ Expérimentation menée sur trois ans qui, depuis plusieurs années, promeut plus généralement cette formule des équipes « autour du patient » (Voir le rapport Charges et produits de juillet 2023, p.129)

Le développement progressif des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)⁷¹ reflète aussi la recherche des moyens d'étendre le périmètre des coopérations : les missions de ces nouvelles structures sont très larges⁷² mais, sauf exceptions, elles n'agissent pas directement ; elles constituent plutôt un échelon de coordination destiné à favoriser l'émergence d'offres pluridisciplinaires ou pluriprofessionnelles. C'est à ce titre qu'elles apportent souvent un appui aux maisons de santé pluriprofessionnelle ou aux équipes de soins primaires.

Enfin, un autre modèle d'intervention paraît progressivement constituer un axe de la politique de santé : quelle que soit la structure d'exercice, l'objectif est désormais plutôt « d'économiser le temps médical », en particulier par une aide à l'emploi d'assistants médicaux⁷³ auprès des médecins ou par le développement de capacités d'intervention autonome -c'est-à-dire sans passage préalable par un médecin - des autres professionnels médicaux ou paramédicaux.

4 - Le déploiement de plans hospitaliers en direction de la ville

Dans une logique différente, d'autres plans ou ensembles de mesures ont été présentés au cours des dernières années avec la volonté d'ouvrir l'activité hospitalière sur les soins de premier recours et, ainsi, de réorienter ou de mutualiser une partie des moyens des établissements de santé vers la ville, en particulier vers les soins de premier recours. L'article 35 de la loi dite "Organisation et transformation du système de santé", de juillet 2019, a ainsi prévu de « transformer » les anciens hôpitaux locaux en « hôpitaux de proximité », une de leurs missions consistant à

⁷¹ Un bilan au 31 mars 2023 indique que 803 CPTS sont répertoriées (sur un objectif initial d'environ 1 000), à des stades d'avancement divers : 427 contrats constitutifs sont signés, 35 CPTS sont en négociation en vue d'un tel contrat, avec un projet de santé validé ; 155 CPTS construisent leur projet de santé, avec une lettre d'intention validée ; enfin 186 sont encore en phase de pré-projet. La population couverte varie entre 22 000 et 390 000 habitants par CPTS.

⁷² Plus précisément, depuis 2019, les CPTS doivent s'engager à participer au moins à certaines des six missions reconnues de service public, précisées par la loi. Pour bénéficier de financements pérennes de l'assurance maladie, chaque CPTS doit conclure un contrat, conforme à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI), signé entre les professionnels impliqués, la Cnam et l'agence régionale de santé (ARS).

⁷³ L'objectif initial était de financer 4 000 de ces postes en 2022. En octobre 2022, le bilan d'étape réalisé par l'assurance-maladie s'établissait à 3 545 contrats signés (dont 1 797 en zone sous-dense) : 2 776 par des médecins généralistes, 769 par des spécialistes (en premier lieu des cardiologues et des ophtalmologues). L'objectif fixé par le gouvernement est désormais de 10 000 contrats signés d'ici fin 2024.

soutenir les professionnels libéraux de premier recours, notamment en leur proposant l'appui d'un plateau technique de premier niveau et la possibilité d'effectuer des vacations dans l'établissement. Quelque 300 établissements se sont vu confier ainsi quatre missions complémentaires de celles des professionnels des soins de premier recours⁷⁴.

Autre plan sectoriel développant une autre disposition de la même loi, un « pacte de refondation des urgences » a été présenté en 2019, prévoyant la constitution dans chaque département d'un service d'accès aux soins (SAS⁷⁵). Ce service d'orientation doit permettre d'accéder, à toute heure et à distance, à un professionnel de santé qui doit pouvoir fournir un conseil médical, proposer une téléconsultation, orienter, selon la situation, vers une consultation de soins non programmés en ville et, seulement dans les cas qui le justifient, diriger la personne appelante vers un service d'urgence ou déclencher l'intervention d'un Smur ou d'un transport sanitaire⁷⁶. Si l'intervention des soignants intègre ainsi, dans une logique graduée, la médecine libérale et les services hospitaliers, il en est de même pour la régulation téléphonique des appels qui réunit, très généralement sur un même lieu, une régulation hospitalière traditionnelle, celle du centre 15, et une autre, médicale libérale, les appels étant filtrés par un premier niveau commun.

C - Des politiques successives peu intégrées

Au total, la superposition des mesures crée un effet de halo qui rend peu lisible l'ensemble. La stratégie affichée est trop générale pour être évaluée et suivie. Certes, les lois adoptées entre 2016 et 2022 traduisent une volonté de construire une stratégie globale intégrant les mesures

⁷⁴ Les missions principales de ces hôpitaux de proximité consistent à apporter un soutien aux professionnels de premier recours, et à gérer des services médico-sociaux ou des lits de médecine.

⁷⁵ Voir l'insertion du Rapport sur l'exécution des lois de financement de la sécurité sociale (Ralfss) de 2022, chapitre X. Voir aussi la description d'un service intégrant les deux volets dans le rapport *Charges et produits* de la Cnam, juillet 2023, qui confirme l'intérêt que représente une extension de la permanence des Sas aux horaires de PDSA.

⁷⁶ Les deux filières participent à ce plateau de régulation : d'une part, la régulation médicale de l'aide médicale urgente (SAMU) et, d'autre part, une régulation de médecine générale en journée pour les soins non programmés. La disposition législative, insérée dans la loi de juillet 2019, prévoit d'intégrer la PDSA en soirée et les samedis après-midi, dimanches et jours fériés. Après une phase pilote menée par 22 SAS dans 13 régions différentes, une généralisation progressive du dispositif, pour cette première étape, est prévue pour 2024.

précédemment mises en œuvre - notamment les CPTS et les hôpitaux de proximité - au service d'une offre de soins graduée, à partir du premier échelon que sont les soins de premier recours ; la stratégie nationale de santé pour les années 2018-2022, dans le prolongement de ces deux lois relatives « au système de santé », de 2016 et de 2019, a donné une place importante aux soins de premier recours⁷⁷. Elle prévoit que *"les professionnels de santé de ville sont en première ligne pour les soins courants et sont, de ce fait, la pierre angulaire de toutes les politiques de santé. Dans un contexte marqué par le vieillissement de la population, le développement des pathologies chroniques et une forte aspiration au maintien à domicile, la modernisation et l'adaptation des soins de premier recours sont indispensables"*.

Cependant, cette stratégie n'est pas assortie d'objectifs opérationnels, évaluables. La Drees a tenté en 2021 d'évaluer la stratégie nationale de santé. L'analyse de cette stratégie, confiée à des cabinets de conseil⁷⁸, a confirmé l'absence d'objectif précis. Sur le thème des inégalités de santé, le rapport relève ainsi, à partir de plus de deux cents entretiens conduits, l'absence d'outils, de ressources, d'indicateurs, de priorité entre les différents objectifs (*« tous les objectifs sont positionnés au même niveau, au risque de tomber dans un « effet catalogue »*), l'absence de mention d'un horizon temporel (*« dans les prochaines années »*), ou le manque de cadre budgétaire.

Le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale⁷⁹ qui a pour vocation d'examiner les différentes actions menées au regard des priorités affichées, n'identifie pas, quant à lui, le renforcement des soins de premier recours comme un objectif de santé publique. Il restitue une vision éclatée des soins de premier recours. Les seuls sous-objectifs opérationnels retenus, relatifs aux soins de premier recours, concernent l'accessibilité

⁷⁷ On peut d'ailleurs relever que son premier axe, relatif à la prévention, concerne des missions confiées en partie aux professionnels de premier recours et que son deuxième axe, consacré à *« la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins »*, contient un paragraphe qui prévoit de *« garantir l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire »*, grâce à une meilleure répartition des médecins, au numérique et à une politique de confiance vis-à-vis des acteurs locaux.

⁷⁸ Rapport d'évaluation de la SNS, juillet 2022. Plus de 200 entretiens ont été réalisés, le coût en honoraires étant estimé par un document du Sénat à un peu plus de 1 M€ (voir son rapport sur le recours aux cabinets de conseils).

⁷⁹ Ces rapports annuels étaient des annexes aux PLFSS jusqu'en 2021 inclus (ils étaient alors dénommés Programmes de qualité et d'efficience) ; depuis 2022, ils sont annexés aux projets de loi d'approbation des comptes de la Sécurité sociale.

financière des soins⁸⁰ (taux de prise en charge par l'assurance maladie, taux moyens de dépassement des honoraires des médecins...).

Les diverses mesures ou plans sectoriels qui ont pour objet les soins de premier recours ne font donc pas l'objet d'un suivi global, même si des bilans d'étapes partiels ont été rendus publics, notamment pour ce qui concerne les deux « Pactes territoires-santé » présentés en 2013 puis en 2015 et suivis de bilans de leur mise en œuvre. De même, un suivi du « Plan pour le renforcement de l'accès territorial aux soins » de 2017 a été organisé avec la désignation de délégués nationaux, chargés de diffuser les meilleures pratiques repérées ou de détecter les éventuels blocages dans les territoires prioritaires.

En réalité, tous ces « bilans d'étape » s'intéressent au nombre de dispositifs déployés, éventuellement aux dépenses engagées, mais jamais à l'état précis des difficultés rencontrées ni à l'effet constaté ou attendu des mesures sur l'amélioration de l'accessibilité des soins de premier recours⁸¹. Le suivi d'un tableau de bord de projet se substitue à la nécessité d'une évaluation des effets concrets attendus. Un contraste finit ainsi par apparaître entre, d'un côté, les annonces récurrentes relatives au nombre toujours croissant de dispositifs déployés et, de l'autre, les alertes réitérées⁸² sur la persistance, ou même sur l'aggravation, des inégalités territoriales d'accès aux soins, et sur le sentiment « d'abandon » des territoires⁸³.

Aucun bilan financier, même approximatif, ne totalise non plus le coût pour les finances publiques des divers dispositifs mises en œuvre. Le tableau qui suit montre pourtant l'intérêt d'un tel décompte⁸⁴, en faisant apparaître un niveau encore relativement modéré des dépenses par rapport aux enjeux et aux effets potentiels attendus sur les dépenses hospitalières, en particulier sur celles des services d'urgence (1 Md€ par an environ).

⁸⁰ Cette question ne relève pas, au sens strict, de l'offre de soins ; elle n'est donc pas traitée dans le présent rapport. Elle a fait d'ailleurs récemment l'objet de plusieurs travaux de la Cour des comptes, sur l'articulation entre assurance obligatoire et complémentaire (en 2017 et 2021) ou sur la mise en place du « 100 % santé » (en 2022).

⁸¹ Les promesses alors réitérées de garantir l'accès de tous les patients en ALD vers un médecin traitant ne s'appuyaient pas suffisamment sur une analyse des évolutions et des causes des difficultés d'accès.

⁸² En particulier dans les nombreux rapports parlementaires, des commissions des affaires sociales ou des délégations à l'aménagement du territoire, du Sénat comme de l'Assemblée nationale (de 2017 à 2022, environ trois par an en moyenne sur ce thème).

⁸³ Selon l'expression employée dans un rapport du Sénat. Voir le chapitre 7 du RPA précité.

⁸⁴ Le détail des estimations présentées ici est explicité en annexe n° 4.

Tableau n° 5 : montant des aides publiques pour l'accès aux soins de premier recours (estimations de l'année pertinente)

Type d'aide	Montant annuel	Observations
<i>Aides démographiques</i>	100 M€	Données 2020 pour la Cnam, estimations pour les autres financeurs
<i>Aides aux structures d'exercice coordonné</i>	530 M€	Données 2022 pour la Cnam ; estimations pour les autres financeurs
<i>Aides aux emplois de soutien (assistants médicaux et autres)</i>	425 M€	Estimation à partir des effectifs prévus à la fin de 2024
Total	1 055 M€	

Source : Cour des comptes (à partir des données disponibles : voir annexe n° 4)

Faute de bilan consolidé, une couverture toujours plus large du territoire national par des structures d'exercice coordonné, en particulier en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), puis en communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), a ainsi été et continue d'être présentée parfois, par les fédérations représentatives de ces structures notamment, comme un préalable nécessairement long à la pleine efficacité des mesures d'organisation des soins de premier recours, alors même qu'aucun outil ne peut, à lui seul, résoudre toutes les difficultés d'accès aux soins de premier recours.

Cette logique a conduit à faire du déploiement quantitatif des MSP et des CPTS une des politiques prioritaires du gouvernement pour la période 2017-2022⁸⁵. Pour la période 2023-2027, « La lutte contre les inégalités d'accès à la santé et les déserts médicaux » a été à nouveau inscrite comme une « priorité interministérielle » (parmi soixante). Quatre actions sont distinguées à ce titre : la coopération entre les professionnels, la régulation des urgences, la libération du temps médical et la facilitation du parcours des patients par le numérique et la télésanté.

Les indicateurs correspondants sont en cours de détermination mais le risque paraît élevé que soit à nouveau retenu un suivi quantitatif du déploiement d'outils au détriment d'une évaluation qualitative de l'amélioration de l'accès aux soins.

⁸⁵ L'indicateur du nombre de structures d'exercice coordonné a ainsi contribué, avec 56 autres indicateurs, au calcul du complément indemnitaire annuel des préfets.

D - Un soutien aux coopérations entre professionnels de santé trop peu orienté vers la réduction des difficultés d'accès aux soins

Le développement des coopérations entre professionnels de santé répond à des enjeux qualitatifs de meilleure complémentarité de leurs interventions au service des patients, mais ce peut être aussi un levier pour économiser du temps médical, principal goulet d'étranglement dans l'accès aux soins, ou pour encourager de manière ciblée les coopérations dans les territoires où l'accès aux soins de premier recours est plus difficile. Les mesures destinées à organiser des coopérations structurées entre professionnels constituent ainsi un volet potentiel d'action⁸⁶ encore insuffisamment mobilisé.

1 - Des coopérations désormais assez anciennes et aux résultats positifs

Les objectifs assignés aux coopérations entre professionnels de santé ont varié dans le temps : fluidifier les filières de soins, apporter aux patients des services supplémentaires, donner davantage de responsabilités aux professionnels non médicaux, alléger le travail des médecins ou fixer un objectif d'accès plus direct aux soins.

Les protocoles de coopération, et donc de délégations exceptionnelles d'actes au-delà des frontières réglementaires entre professionnels, ont été introduits par la loi HPST de 2009 : ils visaient « *des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention ou la réorganisation des modes d'intervention* » mais une autorisation d'expérimenter centralisée, très lourde sur le plan administratif, était exigée au niveau national. L'expérience a montré l'intérêt de ces formules. Certes, la volonté initiale de passer par une procédure centralisée d'autorisation⁸⁷ s'est révélée contre-productive. Pour autant, les deux premiers protocoles qui ont franchi toutes les étapes et ont été inscrits dans le droit commun ont démontré leur intérêt. Le dispositif Asalée (voir encadré), en premier lieu, a permis le déploiement, sous la « bannière » de protocoles, d'une prestation diversifiée d'éducation thérapeutique.

⁸⁶ Un des intérêts de la notion de « soins de premier recours » est d'attirer l'attention sur la nécessité d'inclure largement les différentes catégories de professionnels, en dépassant les routines qui ont parfois cantonné certains professionnels de santé dans un périmètre réduit.

⁸⁷ Voir notamment le rapport de l'Igas, *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé*, N. Bohic, A. Josselin, A.C. Sandeau-Gruber, H. Siahmed, C. D'Autume, novembre 2021

Le dispositif Asalée

Ce protocole a pour objectif d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques par une coopération entre infirmiers et médecins généralistes. Il a été créé en 2004 en Poitou-Charentes, avant de couvrir progressivement le territoire national.

Le médecin propose aux patients repérés une consultation auprès d'un infirmier formé à l'éducation thérapeutique du patient⁸⁸. Si le patient accepte, il bénéficie alors de consultations gratuites sur le lieu d'exercice du médecin. Quatre « protocoles » ont été définis : suivi du patient diabétique de type 2, suivi du patient à risque cardiovasculaire, suivi du patient tabagique à risque de broncho-pneumopathie chronique obstructive, consultation de repérage des troubles cognitifs. Dans le cadre de leurs missions d'éducation thérapeutique, les infirmiers peuvent aussi réaliser des actes dérogatoires de dépistage ou de suivi inscrits dans les protocoles, le médecin restant responsable des actes ainsi délégués. Les médecins participants sont rémunérés, pour les temps de concertation, et l'association qui porte le dispositif au niveau national est financée par l'assurance-maladie.

Un effectif de 1 800 infirmiers a ainsi été placé auprès de 7 800 médecins, sur 2 555 implantations⁸⁹. Après une longue période d'expérimentations, d'évaluations et de procédures dérogatoires, il est entré dans le droit commun en 2021⁹⁰.

De même, le protocole concernant la filière visuelle, formalisant la coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes⁹¹, a fortement amélioré le fonctionnement de la filière : malgré un nombre d'ophtalmologues en baisse, un nombre accru de patients a pu être pris en charge, comme l'ont démontré à la fois une étude de la Cnam et un rapport récent de l'Igas sur « la filière visuelle »⁹². D'autres protocoles entre ces deux professions ont

⁸⁸ Les infirmiers sont en général salariés mais l'exercice peut aussi s'effectuer à titre libéral (en honoraires), à plein temps ou à temps partiel, de manière exclusive ou non.

⁸⁹ <http://www.asalee.org/#history>

⁹⁰ Arrêté du 1^{er} mars 2021 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Asalée : travail en équipe infirmier(e)s délégué(e)s à la santé populationnelle et médecins généralistes pour l'amélioration de la qualité des soins et l'allocation optimisée de la disponibilité des professionnels de santé sur le territoire concerné ».

⁹¹ Après quelques hésitations sur le modèle (discussions sur le rôle des opticiens, les possibilités de renouvellement d'ordonnance, la place des orthoptistes...), le protocole de coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes actuellement en vigueur a été autorisé dans la LFSS pour 2016. Voir l'instruction du 30 août 2017 relative à la mise en œuvre des contrats de coopération pour les soins visuels.

⁹² *Charges et produits pour 2020*, chapitre 3.4.3, et rapport Igas n° 2019-154 : *La filière visuelle : modes d'exercice, pratiques professionnelles et formations*.

été définis pour l'exercice de la télémedecine (réalisation du bilan visuel à distance, dépistage de la rétinopathie diabétique...).

De nombreux autres protocoles ont été autorisés depuis 2020. En effet, la procédure a été modifiée dans la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, instaurant la distinction entre des protocoles nationaux et des protocoles expérimentaux locaux, et prévoyant une démarche simplifiée. Plusieurs protocoles nationaux sont d'ores-et-déjà autorisés, en majorité en établissement de santé mais aussi en ville⁹³. Ils sont ouverts aux équipes volontaires. Les protocoles locaux ont, en outre, été étendus aux équipes coordonnées par la loi du 26 avril 2021 « visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification ». Leur liste complète n'est cependant pas disponible⁹⁴ en l'absence de plateforme rassemblant ces éléments (il en existait lors des procédures précédentes).

2 - Une stratégie d'évolution à clarifier

Dans les protocoles, le médecin reste le pilote de l'organisation, même en cas de large délégation de tâches. De ce fait, la mise au point des modalités précises, des missions dévolues à chaque métier, des rémunérations de chacun, a pris quelques années. Cependant, la généralisation de certains de ces protocoles indique qu'une formule opérationnelle a été trouvée, qui peut inspirer d'autres segments de l'activité de soins, par exemple celui des soins dentaires (où la création d'un métier nouveau « d'assistant de niveau 2 » doit permettre de mieux répondre à la demande de soins, malgré les tensions sur la démographie des chirurgiens-dentistes).

Pour autant, nombre de bilans ont montré que les délégations étaient, en France, moins larges que dans les autres pays développés, le médecin généraliste demeurant plus qu'ailleurs le pivot et le dispensateur des soins : c'est le cas des délégations envers les infirmières⁹⁵, les sages-femmes ou les pharmaciens.

⁹³ Fin juin 2023 on dénombrait 2 400 équipes ayant déclaré un protocole national : 65 % en ville, 18 % en établissement de santé et 17 % d'application mixte.

⁹⁴ 101 protocoles locaux sont actuellement déclarés, 72 en établissement de santé et en soins de ville. Puisqu'ils sont au seul usage de la structure promotrice, ils ne sont pas publiés.

⁹⁵ Cf. rapport de l'Igas *La trajectoire de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé*, novembre 2021.

D'autres voies que les délégations protocolisées ont été plus récemment explorées en vue de l'ouverture de certaines tâches à plusieurs exercices professionnels (médecin, infirmier, pharmacien, sage-femme...). L'accès aux soins est ainsi élargi, même en cas d'indisponibilité du médecin. Sans que puissent être examinées ici de manière détaillée les différentes pistes explorées de manière parallèle, certaines des expérimentations dites « de l'article 51 »⁹⁶, en cours d'évaluation, qui couvrent des champs très divers d'autonomie accrue des pharmaciens ou des infirmiers⁹⁷, s'annoncent prometteuses.

Une autre voie a été ouverte par plusieurs dispositions législatives qui ont autorisé le recours direct à des professionnels de santé (précédemment accessibles seulement sur prescription d'un médecin), de manière très limitée toutefois : a été introduite la possibilité pour les infirmières de constater les décès, par exemple, ou pour les masseurs-kinésithérapeutes de renouveler des prescriptions datant de moins d'un an. La réalisation des vaccins a fait aussi l'objet d'extensions, en faveur des infirmiers, pharmaciens, sages-femmes, par étapes successives.

Une troisième voie consiste à prévoir un champ d'autonomie professionnelle élargi aux membres des professions paramédicales qui acceptent de compléter leur formation et dont l'exercice se situe dès lors dans un cadre différent. C'est le sens de « la pratique avancée », autorisée par la loi de juillet 2019 mais qui n'a encore été déployée que pour les infirmiers, avec la création des filières de formation et des cadres d'exercice spécifiques.

Cette démarche multiforme et progressive peut paraître pragmatique et prudente. Elle engendre cependant un risque de blocage accru par sa trop grande complexité et par l'absence de visibilité des buts poursuivis. Les résistances rencontrées par les infirmiers en pratique avancée (IPA) installées en libéral (leur nombre demeure très réduit par rapport aux

⁹⁶ Voir le chapitre 4 du Ralfss, publié par la Cour des comptes en mai 2023 : *Expérimenter pour reformer l'organisation et la tarification des soins* .

⁹⁷ Deux expérimentations, en particulier, peuvent avoir un impact net. L'expérimentation dite Osys autorise les pharmaciens à traiter une quinzaine de pathologies simples en déployant un algorithme de traitement, son application étant prévue de manière sélective en zones sous-denses ou dans des horaires de fermeture des cabinets médicaux. Une autre expérimentation prévoit la possibilité pour des infirmières de réaliser des visites régulières à domicile, avec une mallette de télé-soin, lorsque l'état du ou de la patient(e) leur semble l'exiger.

objectifs initiaux⁹⁸) témoignent qu'il est nécessaire de construire un cadre général de coopération pluriprofessionnelle, complémentaire des outils juridiques disponibles.

Elle présente aussi l'inconvénient d'être peu documentée quant aux gains attendus en économie de temps médical ou en surcroît de qualité⁹⁹ et, de manière générale, quant à l'impact médico-économique des coopérations. Or celui-ci est potentiellement important et positif, d'autant plus que son usage peut parfois être ciblé sur des territoires déficitaires.

L'exemple précité en note du protocole Osys¹⁰⁰, d'extension des actes pouvant être accomplis par les pharmaciens, est instructif : une évaluation intermédiaire portant sur les 50 pharmacies expérimentatrices, en mai 2023, a démontré que 19 % de l'ensemble des patients ont ainsi pu éviter le recours à un médecin et 3,5 % éviter le recours aux urgences. Enfin, le dispositif a permis d'éviter une automédication inappropriée à 12 % de l'ensemble des patients. Ces premiers éléments doivent être complétés dans une deuxième phase d'expérimentation et d'évaluation, qui prévoit la possibilité que les pharmaciens prescrivent directement les médicaments¹⁰¹.

II - Des aides trop peu ciblées, des résultats incertains

Au fil des années, ainsi, les aides, bien que plus nombreuses, sont devenues moins sélectives et tiennent de moins en moins compte des caractéristiques des territoires .

Il en va ainsi des trois grandes catégories d'aides : les aides directes aux professionnels de santé destinées à favoriser leur installation ou leur maintien en zones sous-denses (A), les aides visant à développer la

⁹⁸ Selon l'audit flash précité de la Cour. De nombreuses infirmières IPA renoncent à l'exercice libéral par lequel elles pourraient soulager les médecins libéraux et se tournent vers l'exercice salarié.

⁹⁹ Un premier travail en ce sens a été engagé par la HAS en 2007 mais il est demeuré assez général et n'a pas été actualisé depuis.

¹⁰⁰ Protocole « porté » par l'association Pharma Système Qualité, sur appel à projets de l'ARS Bretagne ; voir note n° 101.

¹⁰¹ Une telle possibilité est d'ailleurs déjà prévue mais pour des indications plus limitées. Deux arrêtés du 14 mars 2023 permettent aux pharmaciens d'officine de prendre en charge « *la pollakiurie et les brûlures mictionnelles non fébriles chez la femme de 16 à 65 ans* », ainsi que les « *patients de 6 à 45 ans se présentant pour odynophagie* », selon des protocoles définis par les autorités de santé.

coordination entre professionnels (B) et les aides destinées à « économiser le temps médical », c'est-à-dire celles apportées pour prendre en charge une part du coût des assistants médicaux (C).

A - Les aides à l'installation et au maintien des professionnels de santé en zones sous-denses

1 - Des aides diversifiées et de moins en moins sélectives

Les aides apportées aux professionnels de santé sont relativement anciennes puisque la loi de 2005 qui a autorisé les collectivités territoriales à intervenir¹⁰², a régularisé des dispositifs antérieurs, ciblés sur les médecins généralistes et destinés à favoriser leur installation dans des territoires sous-dotés. Depuis lors, elles se sont multipliées et diversifiées : les collectivités territoriales ont parfois orienté leurs aides vers d'autres professions de santé ; les agences régionales de santé (ARS) ont déployé des aides sous forme de contrats ; l'assurance maladie, enfin, a inséré dans les conventions pluriannuelles conclues avec les différentes professions de santé des dispositions favorisant, plus ou moins selon les professions, l'installation en zones sous-denses.

Dans cet éventail de mesures, les collectivités locales apportent une part significative de l'aide aux professionnels en contrepartie d'une installation et d'un engagement d'exercice pendant une certaine durée. Les contrôles effectués par dix chambres régionales des comptes en 2022 ont cependant montré que ces aides étaient assez limitées en montant, nombre de collectivités limitant leurs interventions à des compléments par rapport aux aides nationales. Les mesures adoptées par six départements¹⁰³ ont fait l'objet d'un examen par les chambres régionales des comptes, qui a mis en évidence de manière générale la fois la diversité des aides et leur montant global assez limité. Seul détaillé ici, le cas du département du Loiret est ainsi révélateur.

¹⁰² Loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux. L'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales (CGCT) qui en est issu autorise ainsi plusieurs formes d'interventions dans des « zones sous-dotées » : subventions d'investissement, mise à disposition de locaux construits et aménagés, prise en charge d'une partie des frais de fonctionnement (avec parfois la mise à disposition de personnel ou la prise en charge de salaires pour l'accueil ou la coordination) ...

¹⁰³ Département de l'Aveyron, de l'Eure-et-Loir, du Gers, du Loiret de la Mayenne et de la Saône-et-Loire.

L'exemple du département du Loiret

Le dispositif d'aides à l'installation a connu, dans le département du Loiret, plusieurs évolutions. Dans sa conception initiale, de fin 2012 à octobre 2017, le « soutien à l'installation », forfait de 15 000 € versé sur trois ans (durée de l'obligation minimale d'installation dans le département), s'adressait aux seuls médecins généralistes qui s'installaient en cabinet individuel, de groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire. Puis, le champ des bénéficiaires a été étendu aux sages-femmes, aux infirmiers, aux masseurs-kinésithérapeutes et aux dentistes. L'engagement d'installation a été porté à cinq ans mais le champ des dépenses éligibles a été circonscrit à l'achat de matériel professionnel (hors fourniture de bureau) et à la mise aux normes des locaux professionnels. Le professionnel doit justifier de la réalisation de ces dépenses auprès de la collectivité. Enfin, le montant des aides perçues par le professionnel au moment de son installation ne doit pas dépasser 30 000 €, toutes aides confondues, dont celles du département du Loiret. Depuis 2017, 25 professionnels de santé ont bénéficié du nouveau dispositif dont 14 médecins généralistes. Le montant attribué entre 2017 et 2020 s'élève à 221 000 €, soit 8 850 € par bénéficiaire en moyenne.

Depuis la loi de financement pour 2023, les contrats signés par les ARS et par l'assurance maladie ont été rationalisés, les ARS visant désormais exclusivement les contrats de pré-recrutement avec des professionnels qui ne peuvent pas encore être conventionnés (étudiants de deuxième et surtout de troisième cycles). Les aides accordées par l'assurance maladie, quant à elles, ont pris de nouvelles formes à mesure que se diversifiaient le contenu et les finalités des conventions qu'elle concluait avec les diverses professions de santé. Dans la plupart des conventions a été intégré un objectif de meilleure répartition des professionnels sur le territoire (et donc une palette d'incitations à l'installation en zones sous-denses, parfois des restrictions à l'installation en zones sur-denses).

Le régime des aides accordées par l'assurance maladie résulte donc d'un ensemble complexe de conventions avec les professions, faisant l'objet d'un suivi annuel paritaire qui conduit à en modifier les critères de « déclenchement¹⁰⁴ » et d'attribution, ainsi que d'avenants fréquents qui modifient parfois substantiellement ces règles.

¹⁰⁴ Les accords nationaux interprofessionnels (ANI) prévoient un « socle » : si celui-ci n'est pas atteint aucune aide n'est versée. Au-delà, le niveau de l'aide résulte du calcul d'un nombre de points variable selon les critères : ceux-ci et leur valorisation sont rediscutés chaque année en commissions paritaires nationales et font l'objet d'un suivi local, départemental ou régional.

Non seulement le champ des bénéficiaires potentiels s'élargit mais les critères de sélectivité des aides s'allègent aussi. Ainsi, pour les médecins installés en zone d'intervention prioritaire (ZIP) : les territoires éligibles aux aides des ARS et de l'assurance maladie qui représentaient 18 % de la population nationale en représentent aujourd'hui 30 %.

Les aides des collectivités territoriales, quant à elles, sont conditionnées par l'installation du professionnel en « Zone d'intervention prioritaire » (ZIP) mais aussi en « Zones d'action complémentaire » (ZAC)¹⁰⁵, distinctes des précédentes. Or, ces dernières zones ont été étendues par un arrêté de novembre 2017, jusqu'à représenter 45 % de la population nationale. Elles en représentent désormais, aux termes de l'arrêté du 1er octobre 2021, 42 %.

Le cumul des deux zonages atteint presque 75 % de la population française alors que la population qui connaît un problème caractérisé d'accès aux soins de premier recours représente, selon les études de la Drees, entre 6 % et 20 % de la population (voir *supra*).

2 - Des aides à l'installation aux effets décevants

L'efficacité des aides à l'installation n'a pas fait l'objet d'étude évaluative. Deux sources de données compensent en partie cette lacune : en premier lieu, les bilans présentés par la Cnam notamment en commissions paritaires de suivi¹⁰⁶ ; en deuxième lieu, une revue de littérature internationale sur l'effet de ce type d'aides¹⁰⁷.

¹⁰⁵ Une première liste, correspondant aux communes les moins bien dotées, classées conventionnellement en « ZIP », ouvre le droit aux aides à l'installation des collectivités territoriales mais aussi à celles de l'assurance maladie. L'inscription des communes en situation moins critique sur une deuxième liste, en « ZAC », conditionne en principe le bénéfice des aides des collectivités (des CRC ont relevé nombre de cas où des aides hors ZIP ou ZAC étaient accordées cependant par certaines collectivités).

¹⁰⁶ Voir notamment le document présenté devant la commission de gestion du risque, le 23 juin 2022, *Bilan quantitatif et qualitatif des dispositifs d'aide à l'installation des professionnels de santé*.

¹⁰⁷ *Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques - Les leçons de la littérature internationale*, Dominique Polton et alii, *Les dossiers de la Drees*, n° 89, paru le 9 décembre 2021.

a) Les données de la Cnam

Un document de la Cnam¹⁰⁸ met en évidence des résultats modestes pour les différentes professions qui ont bénéficié d'aides à l'installation dans un cadre conventionnel. Sauf pour les infirmiers et pour les chirurgiens-dentistes, le rapport entre la densité départementale la plus élevée et la densité la plus faible, par profession, a augmenté entre 2016 et 2021, comme le montre le tableau qui suit (les inégalités infra-départementales demeurant elles aussi très marquées¹⁰⁹).

Pour les médecins généralistes plus particulièrement, et malgré des aides significatives d'environ 32 M€ en 2020 au titre des différents contrats¹¹⁰, la part des médecins exerçant en ZIP a diminué : à zonage de 2015 inchangé (correspondant alors à 18 % de la population), la part des médecins dans ces zones représentait 13 % du total des médecins généralistes en 2015 et un peu moins de 12,5 % en 2021. Le vieillissement plus marqué des professionnels dans les zones déficitaires explique en partie cette évolution mais on note aussi que les généralistes « primo-installés » dans ces zones représentaient 11 % des installations en 2015 et 13 % en 2021. Le léger progrès ainsi constaté ne permet même pas de stabiliser la part des médecins généralistes dans les ZIP.

b) Les « enseignements » d'une revue de littérature internationale

Le bilan mitigé des aides qui se déduit de ces constats est corroboré par les conclusions de nombreuses études, recensées et analysées par la Drees. Il ressort de cette analyse de la Drees¹¹¹ que les facteurs personnels, les conditions d'exercice, « notamment la possibilité de maîtriser la charge de travail et surtout de ne pas être isolé professionnellement » sont des déterminants essentiels du choix du lieu d'installation.

¹⁰⁸ Bilan quantitatif et qualitatif des dispositifs d'aide à l'installation des professionnels de santé, présenté en commission « gestion du risque » en juin 2022.

¹⁰⁹ Le tableau de la page 17 mettait en évidence ces écarts à une échelle plus fine et leur aggravation de 2009 à 2016. L'évolution défavorable s'est donc poursuivie.

¹¹⁰ Hors prise en charge en totalité des cotisations sociales pour les jeunes médecins en ZIP, introduite par la LFSS pour 2020, pour un coût de 15 000 € par médecin.

¹¹¹ Notamment, les analyses menées par Drees à partir du Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale, ainsi qu'une enquête réalisée en 2019 par l'Ordre des médecins auprès d'un échantillon de médecins installés, internes ou remplaçants.

Les expériences internationales se rejoignent souvent, malgré la diversité des contextes géographiques. Dans plusieurs des études examinées¹¹², il est souligné que « les conditions de travail anticipées dans les zones sous-médicalisées – isolement, charge de travail importante, mobilisation fréquente pour la permanence des soins, difficulté de remplacement – constituent une perspective peu attractive pour des jeunes médecins. De fait, les données objectives montrent qu'en zone rurale le nombre d'heures de travail est plus élevé, ainsi que la fréquence des gardes et astreintes ». D'autres études soulignent qu'à l'inverse, « l'autonomie, le champ étendu de la pratique clinique et des responsabilités (les médecins exerçant dans des zones où le recours au spécialiste est limité assurent eux-mêmes des actes qu'ils ne réalisent pas en milieu urbain) sont des sources de satisfaction professionnelle pour les praticiens qui ont ce type d'exercice ».

Les aspects financiers passent au second plan dans ce choix, par rapport à d'autres critères comme la densité des services publics ou la proximité d'autres professionnels de santé, notamment d'un hôpital. Qu'elles soient versées par les collectivités territoriales, par les ARS (pour les contrats d'engagement conclus avec les futurs médecins pendant leurs études) ou par l'assurance maladie, les aides financières à l'installation ou au maintien en zones sous-denses ont ainsi un effet réduit, même si leurs montants sont parfois élevés.

B - Les aides à l'exercice coordonné et à la coordination entre professionnels

1 - Des aides accordées sans ordre de priorité territoriale

Les structures d'exercice coordonné, maisons de santé ou centres de santé, regroupent sur un même site des professions de santé diverses qui doivent, ensemble, établir un « projet médical » pluriprofessionnel, ces deux obligations favorisant en principe des coopérations. Les aides destinées à leur développement sont extrêmement diverses et proviennent aussi bien des collectivités territoriales que des ARS ou de l'assurance maladie.

¹¹² Dans l'étude précitée, *Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques - Les leçons de la littérature internationale*.

Les aides des collectivités territoriales, qui ont fait l'objet d'une analyse particulière des juridictions financières¹¹³, sont très hétérogènes : les aides à la construction vont d'une simple prestation de promotion (des loyers proches des prix de marché remboursent l'investissement) à un portage public beaucoup plus engagé avec, par exemple, une prise en charge du coût des parties communes des bâtiments ou des espaces intérieurs encore non occupés. Le calcul de l'aide attribuée en est rendu plus complexe, comme pour l'ensemble des interventions économiques des collectivités territoriales. Dans des cas plus rares, cette aide se prolonge dans le fonctionnement (avec la mise à disposition d'agents d'accueil, par exemple). Une telle aide au fonctionnement est, en revanche, nettement plus fréquente pour les centres de santé qui sont d'ailleurs, de plus en plus souvent, directement gérés par les collectivités.

L'aide au fonctionnement apportée par l'assurance maladie s'inscrit depuis 2015 dans un cadre conventionnel, par le biais d'un accord national interprofessionnel conclu avec les organisations représentatives des professions de santé concernées. Elle s'élevait en 2022, en moyenne, à 72 500 € par structure pour un montant total de 125 M€ (contre 55,6 M€ en 2019, soit 2,25 fois plus). Cette dépense devrait encore progresser dans les années futures, dans la mesure où un objectif de croissance volontariste a été réaffirmé par le gouvernement, avec une cible de 4 000 MSP en 2027.

Les aides aux structures d'exercice coordonné, qui ne sont généralement pas conditionnées par un zonage particulier, sont accordées sans priorité géographique. Elles sont soumises en revanche à une double condition : pour bénéficier des aides à l'investissement (des ARS et des collectivités territoriales) au moment de la création, il faut qu'ait été élaboré un projet médical susceptible de créer une dynamique interprofessionnelle ; puis, pour bénéficier des aides récurrentes de l'assurance maladie, il faut qu'un ensemble de critères de fonctionnement soit respecté. Cependant, le degré d'exigence de ces critères a évolué dans le temps. L'appréciation du degré de contrainte effectif suppose d'entrer dans le détail des dispositions et de leurs évolutions, parfois subtiles. Le niveau d'exigence peut paraître assez limité au total, d'autant plus que le respect des conditions est peu vérifié.

¹¹³ Voir le chapitre 7 du RPA de la Cour des comptes, publiée en mars 2023 *Mieux coordonner et hiérarchiser les interventions des collectivités territoriales dans l'accès aux soins de premier recours*.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ne sont pas des structures de soins¹¹⁴ mais elles sont apparentées par certains de leurs traits à ces structures, en ce qu'elles visent à développer les coopérations sous diverses formes entre professionnels de santé et qu'elles doivent, elles aussi, établir à cette fin un projet médical. Elles sont aussi soutenues par les pouvoirs publics : d'une part, par les ARS, parfois à parité avec les régions qui contribuent ainsi à la phase de préfiguration de ces communautés, et, d'autre part, par l'assurance maladie qui a conclu un accord national destiné à financer leur fonctionnement, sous contrepartie de l'atteinte d'objectifs négociés avec les professionnels. Les aides peuvent être assez élevées puisqu'elles atteignent 300 000 € par an et par structure « pour un échantillon de 348 CPTS », comme l'indique la présentation à la commission paritaire de suivi de l'accord, en juin 2023¹¹⁵. Ces aides ne sont soumises à aucune sélectivité territoriale, les CPTS ayant vocation à couvrir l'ensemble du territoire national.

2 - Des évaluations faiblement positives

La Cnam et le ministère de la santé suivent la mise en place des structures d'exercice coordonné, aussi bien des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et des centres de santé (CdS) que des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Les MSP faisant l'objet d'une rémunération sont, en particulier, bien caractérisées en termes de type et de nombre de professionnels. L'importance et l'évolution de leur patientèle sont analysées, comme l'ensemble des indicateurs donnant lieu à des rémunérations spécifiques¹¹⁶. Ces éléments permettent de disposer des données de base mais ne constituent pas une évaluation.

¹¹⁴ Du moins en principe mais la frontière est parfois mal respectée. Dans un rapport récemment remis à la ministre alors chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé, il est ainsi signalé que « certaines CPTS financent des soins sur leurs enveloppes ACI. Par exemple, salariat d'infirmière de pratique avancée (IPA), financement d'un centre de santé structurellement déficitaire, financement d'un supplément aux rémunérations prévues par la convention pour les soins non programmés [...] ». Voir le rapport *Tour de France des CPTS* remis par Marie-Hélène Certain, Albert Lautman et Hugo Gilardi, 2023.

¹¹⁵ 417 contrats ont été signés jusqu'à fin 2022 (dont 171 en 2002, principalement signés en fin d'année), Le montant global avait atteint 105,8 M€, correspond donc à une aide moyenne d'un peu plus de 300 000 € par an (pour les 348 CPTS analysées).

¹¹⁶ Ces derniers sont regroupés autour de trois axes : a) accès aux soins : amplitude horaire, soins non programmés, missions de santé publique, implication des usagers... ; b) travail en équipe : fonction de coordination, formation des stagiaires, revue de dossiers, démarche qualité... ; c) systèmes d'information.

L'institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), en revanche, a réalisé depuis le début des années 2010, à la demande de la Cnam et du ministère de la santé, des évaluations du fonctionnement et de l'organisation de ces structures ainsi que de leur impact. Évaluant dans un premier temps l'effet des « nouveaux modes de rémunération (ENMR) », l'Irdes a analysé 88 sites, de 2010 à 2014¹¹⁷ (25 centres de santé, 54 maisons de santé et 9 « pôles de santé »). Il a mis en évidence une légère augmentation de la productivité des généralistes, surtout dans les MSP les plus intégrées ; par ailleurs, la dépense ambulatoire annuelle moyenne des patients inscrits auprès d'un médecin traitant s'est révélée un peu plus faible dans les sites étudiés (- 9 % par rapport aux autres sites). Ces effets sont toutefois quantitativement limités. Enfin, sur une batterie d'indicateurs de qualité (suivi des patients diabétiques, vaccination contre la grippe, dépistage du cancer du sein...) et d'efficacité de la prescription, les généralistes des maisons et des pôles de santé présentaient des résultats un peu meilleurs que leurs confrères¹¹⁸.

En 2021, une nouvelle étude publiée indique qu'exercer en MSP a un léger effet positif sur l'évolution des revenus (+ 13,6 % pour les médecins en MSP entre 2008 et 2014 contre + 11 % pour le groupe témoin)¹¹⁹. Cet effet s'expliquerait notamment par une augmentation un peu plus rapide de la file active de patients des médecins qui y exercent (4 % de patients en sus sont vus au moins une fois dans l'année) et donc des rémunérations forfaitaires associées. Pour autant, l'évolution du nombre de consultations et de visites apparaît peu différente de celle de leurs confrères, suggérant une baisse du nombre moyen d'actes par patient. Selon l'étude, « *la capacité des médecins en MSP à accroître leur patientèle sans augmenter le nombre d'actes dispensés peut s'interpréter comme un effet direct de la coordination entre professionnels de la MSP. Compte tenu de l'implantation géographique des MSP, plutôt en zone faiblement dotée en médecins généralistes, cette hausse de la taille de la patientèle peut également s'interpréter comme une amélioration de l'accès aux soins* ». Cette conclusion optimiste est cependant fragile.

¹¹⁷ L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé engendre des gains en matière de productivité et de dépenses - Résultats de l'évaluation des sites participant à l'ENMR, Julien Mousquès et Fabien Daniel, Irdes, Questions d'économie de santé, n° 210, juin 2015.

¹¹⁸ L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes, Julien Mousquès (Irdes), en collaboration avec Fabien Daniel (Irdes). Questions d'économie de santé, n° 211, juillet 2015.

¹¹⁹ Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes, Matthieu Cassou, Julien Mousquès, Carine Franc, IRDES. Questions d'économie de santé, n°258, mai 2021.

En tout état de cause, les effets observés sont de faible amplitude. Certes, les enquêtes effectuées auprès des professionnels confirment leur satisfaction et, donc, un effet positif sur l'attractivité des activités mais ce type d'évaluation se heurte à des difficultés méthodologiques : disparité des structures évaluées en termes de taille, de mode d'organisation, de lieu d'implantation, d'ancienneté, et difficultés pour établir un groupe « témoin » comparable. Aussi, ces études ne permettent-elles pas de répondre à plusieurs questions importantes : dans quelle mesure ces MSP ou CdS permettent-ils de mieux couvrir le territoire, en termes d'accès à un médecin traitant ou de délais de rendez-vous ? Au regard des rémunérations supplémentaires reçues, sont-elles efficaces ?

Une autre question importante, rarement prise en compte dans les études évaluatives, est la capacité de ces structures de coordination à durer dans le temps, en particulier dans des départements touchés par un déclin démographique et la désertification médicale. Ainsi, dans l'Indre, les MSP sont actuellement au nombre de 22, réparties sur l'ensemble du territoire de ce département. Toutefois, cinq maisons de santé ne disposent plus que d'un seul médecin, deux autres (Saint-Maur et Mézières) ont fait le choix d'être requalifiées en équipe de santé pluridisciplinaire durant deux ans afin de relancer l'activité de la maison de santé et d'attirer de nouveaux professionnels. Une maison de santé (Pellevoisin) et une antenne (Sainte-Sévère) sont même dépourvues de médecin généraliste¹²⁰.

Des évaluations intégrant l'effet dans la durée de ces structures coordonnées sont *a fortiori* impossibles pour des structures récentes comme les CPTS qui sont encore en phase de démarrage. À ce stade, et même si leur déploiement est souvent présenté comme une novation décisive, la prudence conduit à observer le contraste entre l'importance relative des aides et les faibles taux d'adhésion constatés : seuls 30 % des professionnels concernés ont adhéré à une CPTS et, selon le rapport précité, seuls 25 % des adhérents seraient activement impliqués¹²¹. Dernier signal préoccupant selon les données de la Cnam : un peu plus d'un tiers seulement des CPTS se sont assignées une mission de coopération et de délégation d'activités, alors qu'il devrait s'agir d'une « mission socle ».

¹²⁰ Relevé d'observations définitives sur la gestion des centres de santé du CH de la Tour Blanche à Issoudun, juillet 2023.

¹²¹ Rapport précité, annexe relative à l'analyse par la DGOS du questionnaire adressé aux 19 CPTS enquêtées, p. 79 (NB : 65 % de l'échantillon a répondu à la question).

C - Les aides à l'emploi d'assistants médicaux

1 - Une aide en forte hausse, désormais non sélective

L'aide à l'emploi des assistants médicaux, en contrepartie d'engagements pris par les médecins d'augmenter leur activité, est en forte croissance. L'objectif annoncé est de fournir une aide au recrutement de 4 000 assistants médicaux d'ici à la fin de 2023, puis de 10 000 d'ici à la fin de 2024. Le coût du dispositif a été estimé par la Cnam et la direction de la sécurité sociale à 133 M€ à l'issue du premier palier et, sur le fondement du barème actuel, peut être estimé, en valeur 2023, à environ 300 M€ par an à l'horizon 2027 (l'aide décroît et se stabilise à partir de la troisième année d'exercice).

Cette aide à l'emploi d'assistants médicaux, initialement conditionnée, au moins partiellement, par des critères géographiques, puis par des critères d'exercice coordonné, est désormais attribuée sans condition¹²², ce que le règlement arbitral d'avril 2023¹²³ a confirmé.

2 - Des données positives quant à l'impact quantitatif immédiat, mais incomplètes sur l'impact à terme

L'aide à l'emploi d'assistants médicaux ayant fait l'objet d'un suivi précis, il est possible de mesurer le surcroît d'activité médicale induit. Comme le montre le tableau suivant, l'emploi d'un assistant médical temps plein permet à un médecin généraliste de recevoir 13 % de patients en plus.

¹²² En contrepartie, avait été instaurée pour un temps une forte conditionnalité des rémunérations forfaitaires liées à une implication dans un exercice coordonné (était exigée une dynamique de coopération sur un territoire, pas toujours sous-doté). En effet, dans cet avenant n° 9, la participation à une structure d'exercice collectif, *a minima* à une CPTS, avait été inscrite comme « condition » d'ouverture du droit à versement (en étant intégrée au volet 1, dit « socle »). En pratique, cela introduisait une quasi-obligation d'inscription des médecins aux CPTS (le montant moyen de ce forfait atteignant 7 000 € par professionnel en 2022). Dans le cadre des négociations avec les médecins, cette condition a été suspendue. Pour autant, aucune condition de zonage n'a été rétablie pour le droit à une aide à l'emploi d'un assistant médical.

¹²³ Faute d'accord entre l'assurance maladie et les organisations représentatives des médecins, un arbitre a arrêté, conformément à la loi, le contenu des dispositions applicables aux médecins liés par convention individuelle avec l'assurance maladie.

Il ressort des travaux des juridictions financières que les emplois de soutien (assistants médicaux, infirmiers de santé publique) peuvent avoir des effets positifs sur l'activité et le revenu des médecins. En effet, le passage à un rythme « pendulaire »¹²⁴ dans les consultations permet de diminuer sensiblement le temps médical par patient, donc d'augmenter le nombre de patients examinés et donc le revenu des médecins.

Jusqu'où cette « intensification » du temps médical est-elle souhaitable ? Les analyses médico-économiques manquent sur l'efficacité et l'efficience comparées dans le temps des organisations qui privilégient des consultations brèves (autour de 10 minutes en moyenne) permettant de libérer des créneaux pour les soins non programmés, et de celles qui privilégient au contraire des consultations plus longues, de l'ordre de 25, voire 30 minutes (la moyenne nationale étant autour de 18 minutes¹²⁵), permettant de faire de la prévention.

Il ne s'agit pas d'un débat académique mais d'une question cruciale sur laquelle, pourtant, les outils d'aide à la décision manquent. Si l'aide apportée doit prendre une ampleur croissante au cours des prochaines années, il faudrait vérifier qu'elle ne porte pas tort à des formes d'exercice, alternant des consultations plus brèves et d'autres plus longues, qui font leurs preuves. En outre, en l'absence de ciblage sur les territoires et sur les modes d'exercice qui le justifient le mieux, le recours à des assistants médicaux peut accentuer des tensions entre des professionnels aux modes d'activité dissemblables.

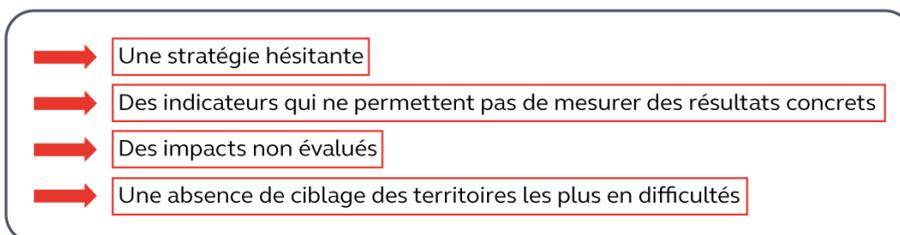
Sans attendre que des évaluations soient disponibles sur les nouvelles formes d'organisation de l'exercice médical, il conviendrait de chercher à identifier des modalités d'organisation à promouvoir, notamment pour rechercher à un meilleur équilibre entre soins programmés et soins non programmés.

¹²⁴ Les consultations du médecin sont préparées par les assistants médicaux qui, avant l'intervention du médecin, mesurent certaines constantes physiologiques du patient, mettent en état son dossier puis, en fin d'intervention, lui expliquent son traitement pendant que le médecin examine un autre patient. Le recours à cette organisation permet d'accroître sensiblement le nombre de consultations, l'augmentation globale dépendant alors des plages horaires consacrées à ce type de soins.

¹²⁵ Dans certains pays, comme l'Allemagne, le temps moyen de consultation est beaucoup plus bas (de l'ordre de huit minutes) mais tous les indicateurs de santé n'y sont pas excellents, notamment celui de la mortalité évitée qui dépend justement des comportements de prévention : selon les données de l'OCDE, en 2017 (dernière année où la donnée était disponible pour la France), le taux était de 160 décès évités pour 100 000 habitants en France, contre 196 en Allemagne.

Au total, ainsi, au terme d'efforts réels mais dispersés, les dispositifs publics demeurent en-deçà des attentes.

Schéma n° 3 : une politique insuffisamment ciblée



Source : Cour des comptes

CONCLUSION

Depuis le début des années 2000, divers plans, « pactes » ou mesures ont été déployés pour mieux organiser les soins de premier recours et renforcer les moyens destinés à en améliorer l'efficacité ou la répartition géographique. Ont ainsi été successivement mis en place le dispositif des médecins généralistes « référents », puis « traitants », des « réseaux de soins », puis un maillage en structures de soins dites « coordonnées » - maisons de santé pluriprofessionnelles ou centres de santé médicaux et polyvalents. Plus récemment ont été soutenues diverses formes nouvelles de coopérations entre professions de santé ou déployées des aides à l'optimisation (ou à « l'économie ») du temps médical, avec par exemple les aides au recrutement d'assistants médicaux.

Le suivi de ces mesures, toutefois, se limite au décompte du nombre de dispositifs déployés. Il ne consolide pas les montants mobilisés ni n'analyse les difficultés persistantes rencontrées par les patients. Or, la pertinence des outils déployés n'est pas garantie : si des éléments positifs sont à noter, par exemple s'agissant de la mise en place du service d'accès aux soins, dans l'ensemble cependant les aides apportées n'ont pas permis d'enrayer la dégradation de l'accès aux soins de premier recours et se sont révélées peu sélectives, du double point de vue des inégalités territoriales et sociales de santé.

Chapitre III

Une politique publique à structurer en fonction de résultats attendus

En matière d'amélioration de l'accès aux soins de premier recours et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, l'écart constaté entre les intentions affichées et des résultats médiocres impose une réaction d'ampleur. Trois orientations doivent guider l'action publique. En premier lieu, il convient de rendre intelligible la politique de santé publique, de lui assigner une ligne directrice et de la doter d'une gouvernance efficace (I). En deuxième lieu, il importe d'attribuer les aides et d'utiliser les outils disponibles de manière sélective (II). En troisième lieu, il convient d'élargir davantage la palette des outils mobilisés pour améliorer l'accès aux soins de premier recours (III).

I - Construire une politique publique cohérente et intelligible, dotée d'une gouvernance clarifiée

Dans quelques pays développés, les soins de premier recours sont l'un des maillons d'une chaîne de soins organisée et ils sont parfois assortis d'engagements de service. Ces modèles, peu duplicables sur le plan institutionnel, ne peuvent inspirer que des expérimentations (A) mais ils éclairent sur les avantages d'une stratégie d'intégration des diverses composantes de l'offre de soins, pouvant prendre la forme plus générale, en France, d'une contractualisation départementale (B), soutenue au niveau national (C).

A - Des modèles d'opérateurs de soins intégrés

Les expériences étrangères montrent que les modalités d'intégration des professionnels de santé dans un ensemble organisé de soins sont très diverses (1). En France, compte tenu du caractère libéral de la médecine de ville, l'intégration ne peut consister qu'en une coordination souple, les professionnels de santé gardant leurs statuts mais pouvant s'insérer dans un cadre de cohérence et de coopérations organisées par les décideurs publics (2). De même, le recours à des engagements de service opposables, séduisant dans son principe, ne paraît pas aisément transposable au contexte français (3).

1 - Une place limitée en France pour des soins intégrés

a) Des modèles séduisants mais peu transposables

Plusieurs « modèles » existent à l'étranger, rassemblés parfois sous le terme générique de « soins intégrés ». Ils proposent une forme d'intégration de la gradation des soins au sein d'une entité gestionnaire, un organisme assureur par exemple, aux Etats-Unis, en Grande-Bretagne ou en Allemagne, ou un établissement hospitalier disposant d'unités de soins de premier recours, au Québec. Selon les descriptions disponibles, leurs résultats sont généralement positifs, même s'ils sont d'ambitions et d'ampleur variables¹²⁶.

Leur mise en œuvre en France supposerait le plus souvent une refonte profonde des statuts des opérateurs. Mais certaines orientations pourraient s'insérer plus aisément dans le contexte institutionnel français : il en est ainsi notamment des « groupements de médecins de famille », au Québec, qui permettent de conserver le statut libéral des médecins généralistes tout en coordonnant leur exercice avec l'activité des structures hospitalières.

¹²⁶ El Saïr, Philippe, Émilie Lebée-Thomas, et Antoine Malone. *Pour un système de santé français intégré, Futuribles*, vol. 449, no. 4, 2022, pp. 5-24. Cet article se fonde notamment sur une étude britannique de Curry Natasha et Ham Chris, *Clinical and Service Integration: The Route to Improved Outcomes : The King's Fund*, 2010.

Les groupements de médecins de famille (GMF)

Au Québec, une loi de 2004 a prévu de rattacher l'ensemble des structures sociales et de soins à 35 ensembles polyvalents, les centres intégrés (universitaires ou non) de santé et de services sociaux, CISSS et CIUSSS. Des cabinets médicaux y participent (à terme, il est prévu que la totalité de l'exercice libéral se fasse sous cette forme), les médecins conservant leur statut libéral tandis que des collaborateurs salariés sont mis à leur disposition par les CI(U)SS. Au 1^{er} janvier 2023, 377 GMF bénéficiaient au total du concours de 998 ETP d'infirmières cliniciennes, de 549 ETP de travailleurs sociaux et de 449 ETP d'autres professionnels mis à disposition, pour un coût annuel de 325 M€ en 2022.

La rémunération des GMF dépend du nombre de patients enregistrés, pondéré par un indice de lourdeur du suivi ainsi que par leur « taux d'assiduité » : s'il descend en-deçà de 80 % (ce qui signifie que les patients s'adressent à d'autres praticiens que ceux du GMF), la rémunération est pénalisée.

Ce mode de fonctionnement repose par ailleurs sur une relation plus étroite entre exercice hospitalier et soins de ville : les médecins de famille ont l'obligation de participer au fonctionnement hospitalier ou à des centres de soins de longue durée durant 10 années, au titre des « activités médicales particulières » (AMP) obligatoires.

En France, des expériences de soins de premier recours intégrés au sein d'ensembles hospitaliers sont encourageantes. Ainsi, le CHU de Nantes a déployé des infirmières en pratique avancée (IPA) dans les maisons de santé pluriprofessionnelles de l'agglomération, avec la mission de suivre les personnes âgées exposées au risque de ré-hospitalisation. Des réseaux de télé-conseil, destinés à prévenir les hospitalisations inadéquates, ont été développés en gériatrie à Nantes mais aussi par d'autres centres hospitaliers. Ces expérimentations, soutenues par les ARS, trouvent leurs limites du fait de l'absence de « modèle économique » : les centres hospitaliers ne sont pas incités, en l'état, à assumer le coût de ces services.

Dans le cadre de la réforme du financement des établissements sanitaires, il conviendrait de développer ces expérimentations et de pérenniser leur financement. On peut par exemple (voir supra) imaginer des centres de santé créés par des hôpitaux, intégrant éventuellement une part d'exercice libéral, avec des formules de rémunération globalisée comme au

Québec ou comme dans certaines expérimentations françaises¹²⁷. Cependant, de telles organisations ne peuvent constituer qu'une réponse partielle et limitée, compte tenu de l'attachement des acteurs à la diversité de leurs statuts actuels¹²⁸.

b) Quel usage des engagements de service ?

En Suède, depuis 2005, une règle intitulée « 0-7-90-90 » signifie que tout patient ayant besoin de soins dispose de « droits » : droit à un contact avec un professionnel de santé (en général, une infirmière) dans la journée (« 0 ») ; droit à la consultation d'un médecin généraliste dans un délai de sept jours ; droit à la consultation d'un médecin spécialiste dans un délai de 90 jours ; droit de recevoir le traitement hospitalier approprié dans un délai maximal de 90 jours après l'établissement du diagnostic. Un numéro téléphonique identique sur l'ensemble du territoire permet, par exemple, au patient d'entrer en contact avec une infirmière susceptible de l'orienter dans le parcours de soins le plus adapté, selon la gravité et l'urgence du besoin.

Pour permettre d'apprécier si cette règle est correctement mise en application, les établissements de santé publics et privés (qui intègrent des groupements de soins de premier recours) doivent enregistrer leurs statistiques de suivi dans un système d'information. Les résultats sont ensuite retracés dans un site internet officiel, accessible à tous. Chacun peut le consulter et prendre connaissance des délais d'attente constatés, en moyenne nationale comme dans chaque région. Par exemple, selon les données consultées sur ce site, 84 % des rendez-vous de médecins généralistes ont été obtenus dans un délai de trois jours.

2 - La nécessité d'une définition stratégique clarifiée

Dans le cadre institutionnel français actuel qui maintient séparés l'exercice libéral en ville et l'exercice en établissement sanitaire, il n'est

¹²⁷ Une expérimentation en cours dans un réseau de maisons de santé parisiennes, « Ipsy santé », est fondée sur la valorisation de la patientèle sous forme d'abonnement, avec pondération de la patientèle en fonction de catégories forfaitaires (troubles psychiques, ALD, fragilités sociales...).

¹²⁸ Plusieurs projets de réforme, impliquant une refonte du cadre d'ensemble, ont été proposés, sans recueillir le consensus minimal des acteurs : le rapport *Devictor*, en 2013, avait envisagé un service public des soins de premier recours ; un rapport remis en 2018 sur l'organisation des soins dans le cadre de la stratégie « Ma santé 2022 » avait de même proposé la création d'un établissement public départemental, chargé de coordonner les différents types de soins.

pas possible d'imposer à des acteurs indépendants des directives d'application directe. Pour autant, des progrès demeurent possibles pour construire une politique placée « sous tension de résultat ». En préalable, il est nécessaire de clarifier le cadre stratégique dans lequel doit s'inscrire l'action des divers acteurs des soins de premier recours, au service d'objectifs clairement affirmés. La réduction des écarts territoriaux et sociaux doit devenir une priorité opérationnelle, condition *sine qua non* de l'amélioration globale de l'accès aux soins de premier recours.

La réduction de la part des patients ayant des difficultés d'accès aux soins, dans les territoires préalablement identifiés où la tension entre l'offre de soins et les besoins est la plus forte, doit devenir un objectif explicite des ARS et des Cpm et, autant que possible, de leurs partenaires que sont les conseils régionaux et départementaux. Les résultats pourraient être mesurés *via* des indicateurs simples, comme le nombre de patients sans médecin traitant et le nombre de passages aux urgences peu justifiés.

Cela suppose une réallocation des moyens, décidée au niveau des départements (ou des territoires de santé de la « démocratie sanitaire », qui leur sont souvent proches) et réalisée au niveau local, dans les territoires infra-départementaux pertinents, au profit de ceux où les écarts entre offre et demande de soins sont les plus aigus. Des contrats territoriaux, engageant autant que possible les ARS mais aussi les conseils régionaux et départementaux¹²⁹, seraient conclus avec les opérateurs, CPTS, MSP et autres offreurs de soins, éventuellement sous la forme d'appels à projets ou à manifestations d'intérêt.

Ces principes vont dans le sens des évolutions récentes, comme le montrent les travaux engagés dans le département de l'Aveyron¹³⁰. Ils semblent recueillir un consensus assez large. Leur formulation explicite, aujourd'hui encore insuffisante, permettrait de progresser plus sûrement sur le plan institutionnel.

¹²⁹ On peut par exemple compléter en ce sens l'article L 134-12 du code de la santé par une dernière phrase, qui préciserait que « ces contrats peuvent associer les conseils régionaux et départementaux, cosignataires avec l'ARS ».

¹³⁰ Voir le cahier territorial consacré à l'organisation des soins de premier recours dans ce département.

B - Une gouvernance à clarifier au niveau local

1 - L'importance des dynamiques locales

Les modes d'activité et les stratégies des professionnels de santé, notamment des médecins généralistes, sont extrêmement divers. En témoignent les écarts entre médecins du nombre de patients suivis ou du nombre de consultations réalisées, qui demeurent forts même sur des territoires pourtant similaires quant à la densité des professionnels¹³¹.

Quand ils sont interrogés sur le modèle qui leur semble le plus pertinent, les uns et les autres défendent leurs pratiques comme les mieux fondées et qui, de fait, correspondent dans une certaine mesure à des attentes, elles-mêmes variables, de leurs patients. En Aubrac, par exemple, alors que nombre de médecins généralistes sont engagés dans une pratique largement ouverte sur des coopérations interprofessionnelles, au moins un médecin poursuit un exercice isolé, avec des consultations assez brèves¹³² mais nombreuses, par lesquelles il estime répondre de manière la plus adéquate possible aux besoins de son territoire. D'une manière analogue, en Dordogne, les médecins d'une MSP ont organisé un système intensif de roulement pour les soins non programmés, en plus de leurs consultations programmées, ce qui assure selon eux une couverture suffisante des besoins (de ce fait ils se déclarent hostiles à toute perspective de CPTS, dont ils ne voient pas l'intérêt). D'autres, au contraire, privilégient des consultations longues, leur permettant d'apprendre aux patients à ne recourir au médecin que lorsque leur cas l'exige vraiment.

Les constats établis à l'issue des contrôles des chambres régionales des comptes ont confirmé cette diversité et l'importance des dynamiques relationnelles entre professionnels de santé et décideurs publics. L'intensité des coopérations apparaît souvent comme le produit d'une tradition (elles se révèlent plus intenses là où l'expérience des réseaux de soins est ancienne et a été positive) mais aussi comme le résultat de dynamiques interpersonnelles. L'impact d'une MSP paraît très fort dans certains « écosystèmes » locaux, lorsqu'il s'étend à des actions de formation avec

¹³¹ Comme le montre une étude de la Cnam sur les médecins à faible patientèle « médecin traitant » (PMT) qui compare les caractéristiques des médecins de plus (ou de moins) de 500 patients MT » (réalisée en 2022 pour le Hcaam).

¹³² Est ainsi posé le principe qu'une consultation correspond à un « motif » médical et un seul (principe que de nombreux médecins généralistes appliquent, en particulier dans des zones sous-denses), ce qui va à l'encontre de la mission de prévention exercée à l'occasion des consultations.

les universités de médecine, mais beaucoup plus réduit quand il ne va pas très loin au-delà de la mutualisation de charges de fonctionnement¹³³.

Les services des ARS soulignent, eux aussi, l'importance des facteurs humains, voire « générationnels ». Ainsi, dans le département de la Meuse, des MSP se sont constituées au début des années 2000 mais plusieurs d'entre elles seraient désormais en difficulté, le relais entre les pionniers et leurs successeurs ne s'organisant pas aisément. Nombre d'études à visée évaluative, relatives à tel ou tel dispositif, concluent de même à la nécessité de distinguer des typologies d'acteurs, en raison d'une forte variation des effets constatés selon le niveau d'engagement des professionnels impliqués dans des pratiques coopératives¹³⁴.

Cette variabilité des comportements individuels et de leur résultante plus collective, au niveau d'un bassin de vie, se retrouve avec encore plus d'ampleur dans les pratiques de partenariats, par exemple entre les CPTS et les hôpitaux de proximité déjà labellisés, ou entre les professionnels de santé et les élus locaux. On note d'ailleurs une adaptation positive récente des pratiques administratives à cette réalité : les Cnam ont demandé à leurs délégués de l'assurance maladie d'établir annuellement avec les médecins signataires le bilan des contrats relatifs à l'emploi d'un assistant médical. A une autre échelle, plusieurs ARS ont entrepris de remanier leur organisation interne pour affecter à des chargés de mission, au sein de leurs délégations départementales, le suivi de l'offre de soins de premier recours sur des territoires couvrant deux ou trois CPTS (c'est déjà le cas, entre autres, en Meurthe-et-Moselle).

2 - Une pléthore d'organismes de coopération

L'importance des facteurs locaux explique le choix du législateur, avec la loi HPST de 2009, de faire de l'organisation des soins de premier recours une politique déconcentrée, qui s'appuie sur un réseau dense d'organes de coopération. Ces organes sont nombreux et leur action pas toujours coordonnée.

¹³³ Voir Cour des comptes, RPA 2023 précité, chapitre 7.

¹³⁴ Après une première évaluation plutôt positive du dispositif Asalée (qui, elle-même, faisait ressortir de fortes différences au sein de la cohorte examinée), une deuxième évaluation de l'Irdes a conclu à un impact peu visible. Voir J. Gilles de la Londe, A. Afrite, J. Mousquès, *La coopération entre médecins généralistes et infirmières améliore le suivi des patients diabétiques*, Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 264, décembre 2021.

Les unions régionales des professions de santé (URPS) exercent, pour chaque profession d'exercice libéral, la mission de service public, financée par une cotisation obligatoire, « de contribuer à l'organisation des soins de premier recours ». Une enquête récente de la Cour de comptes¹³⁵ a souligné que leurs interventions étaient très variables d'une profession à l'autre et d'une région à l'autre. Un de leurs apports les plus notables a été, et continue d'être, la contribution à la création des CPTS et des maisons de santé pluriprofessionnelles.

Les CPTS contribuent à l'organisation des soins de premier recours à une échelle territoriale réduite. À la différence des URPS, les CPTS demeurent l'émanation de professionnels libéraux privés, qui contractualisent avec les ARS pour contribuer à l'organisation des soins.

D'autres structures œuvrent à une coopération accrue entre décideurs publics, notamment pour instaurer dans tous les départements le « guichet unique » des aides, inscrit désormais dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

Enfin, les contrats locaux de santé conclus entre ARS et collectivités, de plus en plus souvent au niveau intercommunal, font intervenir des coordonnateurs chargés d'articuler les interventions des collectivités dans l'univers des professionnels de santé. L'article 122 de la loi du 21 février 2022 (dite « 3DS ») a récemment précisé que ces contrats locaux de santé « *seront conclus en priorité dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins* ». C'est donc admettre que ces contrats n'ont pas vocation à mailler l'ensemble du territoire et qu'ils devraient représenter un levier pour favoriser l'accès aux soins dans les zones déficitaires.

L'ensemble de ces acteurs sont réunis dans les instances consultatives qui participent à la « démocratie sanitaire » : au niveau régional, la conférence régionale des soins et de l'autonomie, notamment sa commission spécialisée obligatoire¹³⁶, très large dans sa composition ; au niveau départemental, les conseils territoriaux de santé dont le rôle a été

¹³⁵ Voir les observations définitives sur les URPS, rendues publiques le 5 février 2024.

¹³⁶ Instance consultative, elle réunit un nombre de membres élevé : plus de 50, par exemple, selon l'arrêté de l'ARS de Paca du 12 juin 2023 qui en précise la composition.

accru par la loi de 2019¹³⁷ et qui devraient procéder à une synthèse et à une mise en cohérence de tous les outils déjà existants.

3 - La nécessité d'un organisme local de décision

Malgré ce foisonnement, souvent mal compris des professionnels ou des élus¹³⁸, qui plaident pour une simplification, une nouvelle « couche » institutionnelle a été annoncée par une circulaire en date du 17 mars 2023, avec la création, dans les « territoires pertinents » (fixés par les ARS, à l'échelle des bassins de vie), de « collectifs » permanents de concertation dans le prolongement des réflexions du conseil national de la refondation sur le thème de la santé (CNR-santé). Ces « collectifs » doivent « *partager l'état des lieux des territoires et [...] coconstruire les axes d'action prioritaires, tant sur le premier recours que s'agissant de l'offre de soins graduée, à porter dans les projets régionaux de santé (PRS)* ».

Il est encore trop tôt pour apprécier dans quelle mesure ce nouveau cadre institutionnel aura effectivement permis de « *recenser et de prioriser les besoins du territoire* ». S'il paraît nécessaire d'organiser ce recensement hiérarchisé des besoins, en fonction des ressources existantes, et de la confier à une instance de pilotage légitime et fonctionnelle disposant d'une assise territoriale suffisante, la question peut se poser de savoir pourquoi les instances existantes n'ont pas été sollicitées.

Il serait en effet logique de s'appuyer sur les outils existants, comme les « projets territoriaux de santé » (PTS) et les « conseils territoriaux de santé » (CTS), aux rôles étendus en 2019 et encore tout récemment en décembre 2023. Dans le prolongement des travaux engagés, la vocation du projet territorial de santé mériterait cependant encore d'être précisée : la rédaction actuelle de l'article L. 140 du code de la santé publique est assez ambiguë, à la fois quant à son ressort territorial et quant à son contenu. Le ressort territorial, ainsi, est laissé à l'initiative « des acteurs »

¹³⁷ Son article 22 prévoit en effet que « le projet territorial de santé décrit les modalités d'amélioration de l'accès aux soins, de la continuité des soins et de la coordination des parcours de santé, notamment l'organisation de l'accès à la prévention, au dépistage, aux soins de proximité, aux soins non programmés et aux soins spécialisés, sur tout le territoire. Il peut également décrire les modalités de coopération interprofessionnelle relatives aux pratiques médicales ou de soins. ».

¹³⁸ Dans son exposé des motifs, la proposition de loi dite « Valletoux », désormais adoptée en décembre 2023, en dresse un constat très critique : « *la déclinaison dans les territoires des politiques de santé est illisible et manque d'efficacité. Aujourd'hui, il existe 12 échelons territoriaux en lien avec la santé entre le cabinet du médecin et la région. [...]* ».

professionnels¹³⁹, sans référence à un document de cadrage préparatoire qui devrait être établi à l'échelle d'un territoire suffisamment vaste.

Or ce travail de correction des inégalités doit s'appuyer sur un cadre de référence qui pourrait prendre la forme d'un schéma territorial départemental (ou d'avenants à celui-ci), comportant, par département, un état des lieux et un plan d'actions qui en découlerait. Le contenu de ces schémas départementaux pourrait être imposé réglementairement, au moins pour partie, à l'instar de celui des projets territoriaux de santé mentale qui comportent des points rendus obligatoires par la loi, complétés par des textes réglementaires. Dans le cas des projets territoriaux de santé, la question de l'accès aux soins, entendue comme la mise en œuvre d'une politique de réduction des inégalités territoriales et sociales, pourrait constituer une priorité à faire obligatoirement figurer au projet.

Il est par ailleurs nécessaire de clarifier la responsabilité de la mise en œuvre du projet territorial de santé. En confier le pilotage au conseil territorial de santé paraît pertinent sous réserve que l'instance décisionnelle de ce conseil associe (dans un bureau placé sous la présidence de l'ARS¹⁴⁰) les financeurs publics que sont la caisse primaire d'assurance maladie et le conseil départemental, les professionnels, avec un représentant des CPTS et des unions régionales de professionnels de santé (URPS), et les élus, avec un représentant de chaque catégorie de collectivité.

L'inventaire des territoires les plus en difficulté dans l'accès aux soins, prévu dans la circulaire du 17 mars 2023 précitée, doit conduire à établir la carte des enjeux prioritaires pour les soins de premier recours.

Comme c'est déjà le cas dans certaines régions, un état des lieux départemental devrait donc être établi pour chaque territoire pertinent, identifié en fonction des échelles territoriales les mieux adaptées à une contractualisation infra-départementale¹⁴¹. Il devrait selon les juridictions financières inclure un recueil des indicateurs synthétiques déjà

¹³⁹ Code de la santé publique, art. L. 1434-10, al. 1 : « le projet territorial de santé définit le territoire pertinent pour la mise en œuvre par ses acteurs de l'organisation des parcours de santé ».

¹⁴⁰ On peut également imaginer une commission spécialisée, au sein du CTS, chargée d'établir des projets de plans d'action territoriaux.

¹⁴¹ La définition des territoires pertinents serait laissée à l'appréciation des responsables de cette politique : tantôt les EPCI, tantôt les CPTS, tantôt les « Pays » (CPER), selon le cadre qui paraît le mieux adapté à une contractualisation ultérieure. Selon le président du conseil départemental de Saône-et-Loire, les EPCI seraient très nombreux et l'échelle optimale pour déployer des centres de santé départementaux seraient les pays.

évoqués.¹⁴² À partir de ces constats, des plans d'actions correctives seraient établis par territoire de contractualisation, puis consolidés au niveau départemental sous l'autorité de l'ARS. Ces plans devraient, dans la mesure du possible, faire l'objet de partenariats contractualisés entre l'ARS, la Cnam et les autres financeurs publics (régions et départements, en premier lieu), et aussi avec les opérateurs chargés de mettre en œuvre les actions (CPTS, éventuellement hôpitaux de proximité, MSP...).

Cet état des lieux gagnerait à s'appuyer sur un recueil des difficultés rencontrées par les usagers et même sur des conseils dispensés par des « patients experts ». L'ARS d'Occitanie, par exemple, a inscrit, en ce sens, dans son projet régional de santé, un objectif spécifique visant à « s'appuyer sur le retour d'expérience des usagers pour améliorer l'accès aux soins ». Ces interventions sont complémentaires de celles provenant des associations d'usagers.

Quelle place pour les usagers dans l'appréciation des besoins ?

Les associations qui regroupent, au niveau départemental, les patients pour leur apporter un conseil quant au « bon usage » des soins ou à l'orientation vers les professionnels, interviennent aujourd'hui surtout dans le domaine de maladies chroniques identifiées, comme les cancers, des maladies mentales, le diabète, ... Les soins courants ou de premier recours ne bénéficient donc pas de leur expertise collective.

Les associations de consommateurs, comme « UFC Que choisir ? » ou l'association « Consommation, logement et cadre de vie (CLCV), agréées au niveau national pour désigner des représentants des usagers dans les instances des établissements de santé, se reconnaissent une mission d'alerte sur la qualité ou l'accessibilité des soins, notamment des soins de proximité¹⁴³. Elles ne procèdent pas au recueil territorialisé des difficultés d'accès aux soins.

¹⁴² Outre l'APL notamment « médecins », on estimerait ainsi : pour les soins programmés, le taux de personnes sans médecin traitant et le taux d'hospitalisations évitables ; pour les soins non programmés, le taux d'accès aux urgences en CCMU 1 ; pour l'aller-vers, la difficulté des personnes précaires à accéder à des médecins traitants et la part de personnes de plus de 50 ans sans consommation de soins dans l'année.

¹⁴³ Plusieurs enquêtes ont ainsi été réalisées, au fil des années, sur ce thème de l'accès aux soins de médecine générale, avec des mesures périodiques des délais d'attente pour un rendez-vous médical, réalisées par les bénévoles de l'association.

C - Au niveau national, un suivi consolidé à mettre en œuvre

Au niveau national, de même, la gouvernance prévue pour définir et piloter la politique des soins de premier recours est multiforme. Il convient donc de déterminer le niveau administratif le mieux à même de relayer les impulsions politiques et de suivre dans la durée la cohérence et la pertinence d'un programme d'actions.

Certains dispositifs existent déjà. La convention d'objectifs et de gestion (Cog) signée en juin 2023 entre la Cnam et le ministère de la santé a inscrit nombre d'actions, assorties d'indicateurs chiffrés, au titre de l'objectif « *Garantir l'accessibilité territoriale aux soins et lutter contre les déserts médicaux* » : sont ainsi prévus parmi d'autres le déploiement de 3 000 infirmiers de pratique avancée (IPA) à l'horizon de 2025 ou la rationalisation et la simplification, dès 2024, des aides à l'installation. Les outils de suivi de la Cog entre la Cnam et les tutelles seront mis à contribution pour suivre l'avancée des actions prévues.

Il est nécessaire aussi de mettre en place un suivi plus global intégrant notamment l'évolution des textes réglementaires relatifs aux coopérations pluriprofessionnelles ou à la régulation de la demande de soins (voir *infra*). Un tel suivi avait été envisagé, comme l'évaluation de la stratégie nationale de santé déjà citée l'a souligné : « *lors de l'élaboration de la SNS 2018-2022, des réflexions avaient été conduites sur la mise en place d'un rendez-vous de suivi annuel, associant les parties prenantes sous le pilotage du SG-MAS. Ce rendez-vous a été mis en place, pour ce qui concerne les politiques de santé publique, mais il ne l'a pas été pour l'organisation des soins de premier recours. Dans ce domaine, il n'existe pas de suivi consolidé permettant d'avoir une vision globale et interministérielle des actions entreprises* ».

Ce suivi consolidé ne saurait être retardé davantage : il doit être institué sur l'initiative du secrétariat général du ministère chargé de la santé. Il devrait être organisé en chantiers, destinés à mesurer son impact et assortis à cet effet d'indicateurs de résultat et d'objectifs précis, chantiers confiés, pour la définition et le suivi de ces objectifs, aux directions d'administrations centrale (DGOS, Drees, DSS) ou à la Cnam.

II - Mieux cibler les aides

Si le cadre institutionnel permet une priorisation plus marquée, il convient que les leviers d'action puissent être, eux aussi, mieux ciblés. Les outils disponibles, qui ont perdu leur sélectivité au fil des ans, doivent la retrouver, au moins en partie.

Le type et l'intensité des aides mobilisées dépendant du degré de difficulté rencontrée dans l'accès aux soins, deux niveaux paraissent devoir être distingués : un premier degré où l'équilibre entre la demande et l'offre de soins pourrait être rétabli, au moins en partie, par la réorientation et une meilleure mobilisation des aides destinées aux professionnels libéraux (A) ; un deuxième degré où l'implication des moyens publics, notamment des établissements de santé, doit être plus forte (B).

A - Des moyens gradués en zones déficitaires

Comme examiné précédemment, les zonages actuels sont peu sélectifs. Ils sont fondés sur une logique « d'ouverture de droits », le classement d'un territoire en zones d'intervention prioritaire (ZIP) ou d'action complémentaire (ZAC) autorisant les collectivités territoriales ou les CPam à attribuer des aides. Dans une logique de schéma départemental, désormais, l'objectif serait non plus d'autoriser des interventions parallèles ou faiblement coordonnées, mais au contraire de mobiliser les différentes aides potentielles au service des territoires les plus en difficultés.

1 - Une mobilisation plus sélective des aides

Les aides mobilisables en direction des professionnels de santé libéraux sont diverses et d'un niveau significatif. Concentrées sur les territoires les plus déficitaires en offre de soins, elles pourraient renforcer l'offre et combler en partie le déséquilibre vis-à-vis de la demande.

Concentrer leur attribution sur les territoires les plus en difficulté suppose que les aides soient servies, non dans une logique de guichet ouvert, comme c'est le cas aujourd'hui, mais distribuées de manière sélective, au regard de critères objectifs permettant d'identifier les situations les plus problématiques.

Tout d'abord, une partie des aides conventionnelles servies par l'assurance maladie, comme les aides à l'emploi des assistants

médicaux¹⁴⁴, devrait être répartie de manière sélective, en fonction des spécificités territoriales.

Une répartition entre les départements des emplois d'infirmières de santé publique (comme celles du réseau Asalée, par exemple) mériterait de même d'être soumise à une appréciation fine des priorités départementales (aujourd'hui, l'activité des infirmières de santé publique est très variable, selon les cabinets et la plus ou moins forte volonté des médecins de déléguer effectivement le suivi de patients).

En deuxième lieu, les subventions d'équipement accordées aux professionnels de santé par les collectivités locales devraient être, elles aussi, versées en priorité dans les territoires les plus en difficulté¹⁴⁵, de manière que les aides déjà accordées aux médecins pour le recours aux assistants médicaux, aux infirmiers en pratique avancée ou aux infirmières de santé publique (Asalée) puissent être effectivement utilisées : aujourd'hui, trop souvent, les assistants médicaux ou les infirmiers en pratique avancée ne peuvent pas exercer en zone sous-dotée, faute de locaux adaptés.

En troisième lieu, des outils juridiques et financiers pourraient être déployés au niveau départemental pour assurer un « portage » salarial de ces emplois mis à disposition des structures d'exercice coordonné : assistants médicaux, infirmiers de santé publique, voire médiateurs en santé, coordinateurs ou même infirmiers en pratique avancée. La charge de leur gestion constitue un facteur de blocage fréquent pour les professionnels¹⁴⁶, blocage qui pourrait être levé de manière ciblée dans les zones prioritaires.

2 - Mobiliser les protocoles les plus économes de temps médical

Comme indiqué précédemment, le développement des coopérations entre professionnels de santé vise plusieurs objectifs, dont celui d'économiser du temps médical. Dès lors, les protocoles les plus prometteurs de ce point de vue mériteraient d'être soutenus et mis en place de manière prioritaire dans les zones sous-denses, avec un système d'incitations éventuellement majorées.

¹⁴⁴ Leur répartition est prévue par un accord conventionnel. Celui-ci devrait prévoir une part distribuée au niveau départemental (50 %, par exemple, soit 5 000 sur les 10 000 prévus) sur critères cohérents avec le schéma départemental, par degré de priorité croissant jusqu'à épuisement d'une enveloppe départementale. La ventilation entre les départements ferait l'objet d'un cadrage national. Elle serait ensuite soumise aux commissions paritaires existantes pour la vérification des autres critères.

¹⁴⁵ Voir le RPA précité, notamment sa recommandation n° 2.

¹⁴⁶ Avec un risque pris pour l'organisation des cabinets, peu flexible à court terme, et de longue durée.

**Des coopérations renforcées attendues des professionnels,
réunis en ateliers au cours de l'enquête**

La nécessité de développer ces coopérations a été soulignée par tous les professionnels présents dans les ateliers d'acteurs constitués au cours de l'enquête. Était notamment signalée la place insuffisante des autres professionnels de santé que les médecins (pharmaciens, IDE...) dans la prise en charge des soins non programmés. Le maillage territorial assuré par les pharmacies ou les IDE est vu comme constituant un atout insuffisamment utilisé. En revanche, la nécessité d'une concertation entre l'ensemble des professionnels en charge d'un patient est soulignée. La formation et l'expérience acquise par les infirmières libérales est jugée suffisante pour prendre en charge davantage d'actes, sans que soit forcément nécessaire un recours à des IPA. Pour ceux-ci, la formation complémentaire de deux ans et le modèle économique très contraint sont souvent pointés comme des inconvénients majeurs.

Les différentes structures de coopération, maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), centres de santé (CdS), mais aussi les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou les équipes de soins primaires (ESP¹⁴⁷), pourraient être incitées à déployer de tels protocoles. Le soutien financier qui leur est attribué devrait être ainsi conditionné par un effort suffisant en ce sens (*via* l'inscription du développement des coopérations entre professionnels de santé parmi les « missions socle », dont la réalisation est une condition nécessaire au versement de toute aide).

Le développement des équipes de soins primaires, qui doit selon la Convention d'objectifs et de moyens (Cog) de l'assurance maladie précitée faire l'objet d'un accord national en 2024, pourrait être l'occasion d'un déploiement élargi des coopérations.

**Lier les équipes de soins primaires
aux coopérations entre professionnels de santé**

Serait proposée une équipe de soins primaires (ESP) centrée sur les patients mais avec un socle obligatoire de coopérations interprofessionnelles, et, en ce sens, partiellement inspirée du schéma proposé par l'Union nationale des professions de santé (UNPS) et testé par la Cnam : d'une part, pour les patients complexes qui présentent une pathologie chronique stabilisée mais qui nécessitent un suivi ou une prestation d'éducation thérapeutique ; d'autre part, pour le suivi des patients très complexes dont la prise en charge inclut un « horizon d'hospitalisation » (en raison d'une sortie récente d'hospitalisation ou du fait de pathologies plus lourdes).

¹⁴⁷ Voir annexe n° 3.2 sur les ESP.

L'initiative de proposer une prise en charge pluriprofessionnelle relèverait du médecin, coordonnateur des soins, qui proposerait une équipe nominative, plus ou moins large selon les besoins du patient : limitée éventuellement à deux ou trois acteurs pour les patients complexes, plus nombreuse pour les patients très complexes. L'acceptation par le patient¹⁴⁸ vaudrait engagement de respecter des règles de parcours, d'observance et de bon usage des soins (avec, par exemple, le report d'une partie des visites de suivi du médecin vers les infirmiers diplômés par l'État (IDEL) ou les infirmiers de pratique avancée (IPA). En contrepartie, un socle d'engagement de service lui serait proposé, notamment un délai maximal de contact avec un professionnel.

L'équipe référente, de son côté, bénéficierait d'une rémunération forfaitaire annuelle par patient éligible (de niveau variable selon le degré de complexité) et d'un forfait annuel en fonction du nombre de bonnes pratiques adoptées au sein des équipes (protocoles de délégations, évaluation des pratiques professionnelles - EPP...). Pour l'inscription des patients, des critères d'éligibilité seraient déterminés par la Cnam (parmi les patients en ALD, pour certains types de parcours...) avec une souplesse locale, éventuellement, permettant d'inciter à un usage plus large des délégations au sein des équipes référentes.

3 - Encourager, par une régulation des installations, la pratique avancée et les activités secondaires

Un autre levier permettant d'obtenir un ciblage territorial efficace est le recours à une forme de conventionnement sélectif. La Cour avait préconisé en 2017 une telle évolution¹⁴⁹, en faisant référence notamment à l'Allemagne où est pratiquée une régulation de l'installation des médecins : la loi allemande a institué un mécanisme restreignant la liberté d'installation dans les zones surdotées ; la négociation paritaire a construit sur cette base une planification des moyens¹⁵⁰.

¹⁴⁸ Modification de certains des membres de l'équipe éventuellement, avec l'accord du médecin traitant coordonnateur.

¹⁴⁹ Selon le rapport, le conventionnement devrait être « subordonné à la re-certification périodique des professionnels de santé et aux besoins des territoires d'installation ». RPT L'avenir de l'assurance maladie de novembre 2017.

¹⁵⁰ L'organisation adoptée depuis de nombreuses années en Allemagne est en général jugée efficace et consensuelle, mais complexe. Il convient en outre de noter que la densité médicale en Allemagne est très supérieure à celle de la France (4,5 médecins pour 1 000 habitants contre 3,2 en 2020). Voir Matthias Brunn, *Réguler l'installation des médecins : la comparaison avec le cas allemand*. The Conversation, 21 janvier 2023.

Les modalités d'une telle mesure doivent être examinées avec soin. L'objectif ici visé n'est pas, comme en Allemagne, de limiter les installations en zones bien dotées¹⁵¹ mais d'obtenir – ce qui est difficile à atteindre en période de baisse de la démographie médicale – qu'une part accrue de professionnels s'installe dans les zones sous-denses ou, au moins, y exerce une part de leur activité. Or, les leçons de l'expérience¹⁵² indiquent que, si les déséquilibres entre zones sur-denses et zones sous-denses peuvent s'atténuer, les progrès en zones sous-denses sont souvent limités, les installations se reportant en limite de zones sur-denses¹⁵³.

Les différentes formes de conventionnement sélectif

Le débat public, très vif sur cette question, est souvent manichéen : pour ou contre le conventionnement sélectif des médecins ? Implicitement, on identifie le levier potentiel (conditionner l'accès des professionnels de santé au conventionnement par l'assurance maladie) avec une des formes possibles, la restriction de la possibilité géographique d'installation dans des zones définies comme sur-dotées. Or d'autres formes sont envisageables, fondées sur la possibilité croissante, pour les médecins généralistes et encore plus pour les spécialistes, d'exercer dans plusieurs lieux multiples, cabinet principal et cabinet(s) secondaire(s).

Il est par ailleurs difficile d'obtenir une installation durable de médecins dans des zones peu attractives. En témoigne notamment le succès limité des contrats d'engagement de service public par lesquels un étudiant s'engage à exercer un certain nombre d'années en zone sous-dotée avec, en contrepartie, un financement de ses années d'étude. La montée en charge se poursuit, mais lentement, avec 4 122 contrats signés entre 2011 et 2021 (3 307 en médecine et 815 en odontologie), soit une moyenne de 400 par an.

En outre, ce rééquilibrage est plus facile quand le nombre de professionnels de santé augmente : il est possible alors d'augmenter les nouvelles installations en zones sous-denses tout en assurant le renouvellement des médecins partant à la retraite en zones mieux dotées. Quand la démographie médicale fléchit, ouvrir des cabinets dans les zones les moins dotées suppose de ne pas remplacer des médecins partant à la

¹⁵¹ Cet objectif, légitime, peut justifier d'autres modalités de conventionnement sélectif, envisagées dans le document précité de la Cour, mais ce n'est pas le même débat.

¹⁵² L'assurance-maladie a conclu des accords conventionnels en ce sens avec plusieurs professions de santé (infirmiers (2012), sages-femmes (2012) et masseurs-kinésithérapeutes (2018) ou avec les chirurgiens-dentistes (avec effet à partir de 2025).

¹⁵³ Voir l'étude récente de l'Irdes sur le bilan du dispositif pour les IDE.

retraite (et la fermeture de leurs cabinets) dans les zones mieux dotées, mais où diverses tensions sur l'offre existent souvent.

Pour être acceptables par les professionnels, les mesures restrictives doivent s'accompagner de mesures incitatives. Une option pourrait consister à lier l'installation en zones sur-denses à des engagements de présence régulière¹⁵⁴ dans des cabinets secondaires en zones sous-denses, cette présence étant soutenue par un plan d'équipement public pour la constitution de ces cabinets secondaires¹⁵⁵. Cette activité, parfois dénommée aussi « en consultations avancées », permettrait en outre de développer une part d'activité en téléconsultation (la condition de contact préalable avec les patients et les équipes de soins locales étant vérifiée, un relèvement du plafond de 20 % autorisé pour l'activité de téléconsultation pourrait être envisagé).

La fixation des paramètres – définition des zones sous- et sur-denses, durée minimale et modalités de présence dans les zones sous-denses – pourrait faire l'objet d'un cadrage national et d'une mise en application régionale ou départementale. En tout état de cause, la détermination des zones sous-denses devrait être suffisamment sélective tout en étant réaliste. Comme le montrent les trois cartes présentées en annexe (voir infra, p.), la proximité très générale entre zones sur-denses et sur-denses devrait permettre de concilier ces deux objectifs assez aisément.

Cette contrainte s'appliquerait aux étudiants qui arrivent aujourd'hui en troisième cycle et seront en mesure de s'installer d'ici cinq ans, période qui correspondra à une reprise progressive de la démographie médicale. Sans attendre, toutefois, l'application de ces règles, un plan de développement des cabinets secondaires et d'encouragement aux pratiques avancées devrait être engagé, comme le font déjà ponctuellement certains acteurs locaux.

¹⁵⁴ À titre d'exemple, une présence minimale équivalant à une journée par semaine dégagerait un temps médical utile de 40 jours par an, soit huit à 10 semaines d'activité à temps plein. Cette obligation pourrait être modulée selon les difficultés d'accès et l'isolement des zones desservies.

¹⁵⁵ L'assurance maladie prendrait en charge quant à elle les frais de déplacement induits. Dans l'insertion précitée au RPA de mars 2023, les juridictions financières ont déjà proposé de recentrer les aides des collectivités territoriales vers l'immobilier, avec en corollaire la définition d'un plan départemental dédié. L'inscription dans ce plan d'un volet destiné au soutien aux cabinets secondaires s'inscrit ainsi dans le prolongement des recommandations récentes des juridictions financières.

B - Mobiliser les groupements hospitaliers de territoire pour déployer des centres de santé dans les territoires carencés

Dans des territoires où l'accès aux soins de premier recours est très dégradé, les outils qui précèdent ne seront pas suffisants. L'enclavement ou la très grande difficulté sociale de certains territoires rendent en pratique peu probables une installation et la mobilisation dans la durée de professionnels libéraux qui puissent y investir leur outil de travail. Une alternative peut être offerte par l'implantation de centres de santé, notamment rattachés à des centres hospitaliers, comme le permet le premier alinéa de l'article L. 6323-1-3 du code de la santé publique. Quelques hôpitaux, notamment des hôpitaux de proximité, ont saisi cette possibilité, de même que quelques cliniques privées.

Les centres de santé hospitaliers

Les centres de santé gérés par les établissements publics de santé sont peu nombreux. Depuis la loi HPST de 2009, quelques hôpitaux de proximité ont ouvert des centres de santé comme en Bretagne (les CH de Lamballe-Armor et de Guingamp), dans les Yvelines (le CH de Houdan), en Vendée (CH de l'Île d'Yeu) ou en Charente (CH de Confolens). Certains centres municipaux de santé ont été transférés vers des hôpitaux, à l'exemple du centre de santé de la commune de Vitré (département d'Ille-et-Vilaine). L'hôpital Foch (Suresnes), établissement de santé privé d'intérêt collectif géré par une association, a ouvert un centre de santé en 2022. Depuis le 1^{er} mars 2023, l'hôpital de Vierzon (18) gère un centre de santé. Plus rarement, un centre de santé est rattaché à un CHU, à l'instar du centre de santé des Aygalades, structure rattachée à l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM).

Certaines collectivités locales du territoire de santé contribuent au financement de ces centres, à l'image du centre hospitalier du Penthièvre et du Poudouvre (CH2P), situé à Lamballe-Armor, et du centre hospitalier de Guingamp, qui perçoivent une subvention versée par la structure intercommunale.

Comme cela a été constaté en région Centre-Val de Loire, un centre de santé adossé à un centre hospitalier facilite l'accès des patients au plateau technique ou à l'imagerie médicale de l'hôpital et permet donc un diagnostic rapide.

Un point d'attention doit cependant être signalé : comme la Cour l'a déjà indiqué à propos des centres de santé gérés par des collectivités

territoriales¹⁵⁶, un risque existe que les centres rattachés à un centre hospitalier ne soient pas suffisamment incités à une gestion efficiente. Dans l'exemple déjà cité des centres de santé créés par le centre hospitalier d'Issoudun, le total des consultations fait apparaître un ratio de 12,7 consultations par jour et un ratio de 1,6 consultations par heure d'ouverture alors que la moyenne des cabinets libéraux est supérieure à 3. L'argument d'une difficulté sociale plus forte de la patientèle, avancé par l'établissement, n'a pas paru véritablement documenté.

Des centres de santé aux missions et aux rattachements multiples

Parmi les quelques 2 500 structures qui ont le statut de « centres de santé », selon les données du ministère de la santé pour 2023, les missions sont hétérogènes. On distingue quatre « familles » : les centres de soins infirmiers, les centres spécialisés en dentaire ou en ophtalmologie, les centres médicaux et, enfin, les centres polyvalents. Le statut juridique de ces centres est aussi très variable : associatif, mutualiste, rattaché à des collectivités territoriales ou encore à des centres hospitaliers.

Des obligations communes confèrent à cet ensemble une unité, cependant : ils ne doivent pas être à but lucratif et les dépassements tarifaires y sont exclus, leur personnel est (sauf exceptions) salarié ; enfin, ils doivent s'ouvrir à tous les publics (même s'ils peuvent exercer une mission sociale plus particulièrement tournée vers des publics précaires). En contrepartie de ce régime contraignant, ils bénéficient d'aides de la Cnam, fonction de leur capacité à satisfaire des conditions quant à l'accessibilité ou à la qualité des soins.

Au terme de leur enquête sur les interventions des collectivités territoriales en faveur de l'accès aux soins¹⁵⁷, les juridictions financières avaient déjà relevé que les rigidités qui pèsent sur la rémunération des médecins salariés constituent un obstacle, obérant la performance des structures qui les emploient. Faute de rémunération partiellement indexée sur

¹⁵⁶ Voir insertion au RPA de mars 2023 *Mieux coordonner et hiérarchiser les interventions des collectivités territoriales dans l'accès aux soins*.

¹⁵⁷ Insertion précitée au RPA de mars 2023 *Mieux coordonner et hiérarchiser les interventions des collectivités territoriales dans l'accès aux soins de premier recours*. Est par exemple noté le nombre moyen relativement faible de rendez-vous par médecin et journée travaillée dans le centre de santé municipal de Châteaudun (28) ou les centres départements de Saône-et-Loire.

l'activité¹⁵⁸, le risque d'une productivité inférieure à la moyenne des praticiens libéraux est avéré. Pour ce motif, d'ailleurs, les juridictions financières ont émis le souhait que soit clarifiée, à la lumière de cette jurisprudence, la possibilité d'une telle rémunération mixte pour les médecins et que puissent être ajustées les règles qui régissent leur emploi. Cette recommandation vaut aussi pour les médecins hospitaliers dont le statut devrait être adapté, lorsqu'ils exercent dans des centres de santé hospitaliers, pour que leur rémunération soit en partie indexée sur leur activité.

Une autre difficulté est la faiblesse relative des moyens des hôpitaux de proximité, les ressources qui leur sont attribuées au titre de leur mission de soutien aux soins de premier recours étant limitées (de l'ordre de 80 000 € par an, en moyenne). Certaines ARS, comme celle de Nouvelle-Aquitaine, qui avaient entrepris de solliciter les hôpitaux de proximité pour déployer des centres de santé, se sont heurtées ainsi aux réticences des établissements qui ne disposaient que de trop peu de moyens et d'encadrement pour faire face à ces missions.

Pour répondre à ces deux obstacles, il serait possible de confier aux groupements hospitaliers de territoire (GHT) la mission de déployer des centres de santé et de les gérer avec rigueur. Ils disposent en effet de moyens en encadrement et peuvent mutualiser la gestion de plusieurs centres. D'ailleurs, dès lors que cette mission d'appui aux soins de premier recours concernerait tous les établissements sanitaires et pas seulement les hôpitaux de proximité, elle gagnerait à être mutualisée et organisée à une échelle territoriale plus large.

En complément, la mission de soutien aux soins de premier recours devrait constituer une activité autorisée ou incitée par les ARS. Une solution simple serait d'identifier une mission d'intérêt général, associée à des financements fléchés pour un tel déploiement, ce qui permettrait d'en dimensionner les contours et d'en suivre le bon usage, pour que ces soutiens concernent bien les territoires les plus en difficulté en matière de soins de premier recours, et en veillant à éviter que ces moyens ciblés ne soient dilués dans l'ensemble des budgets hospitaliers.

En tout état de cause, l'implantation d'un centre de santé rattaché à un GHT doit se faire en étroite collaboration avec les professionnels

¹⁵⁸ Le développement de centres polyvalents, cadre potentiel de coopérations entre professionnels, suppose que des médecins généralistes y trouvent une activité attractive mais aussi que les moyens publics soient bien employés et que le niveau d'activité corresponde aux besoins non satisfaits. Contestée par certains conseils de l'ordre des médecins, la possibilité d'une rémunération mixte a été admise par la jurisprudence, dès lors que la part liée à l'activité ne dépasse pas la moitié du revenu des praticiens.

libéraux présents dans le territoire ; il ne s'agit pas de créer une offre concurrente de celle des professionnels existants (même en nombre insuffisant), ni de décourager d'éventuels autres organismes susceptibles de « porter » la création et le fonctionnement d'un centre de santé, mais de garantir une offre complémentaire, indispensable et ciblée vers une zone diagnostiquée comme carencée.

III - Réguler la demande et mieux utiliser la télémédecine

La politique menée en faveur de l'accès aux soins a un périmètre souvent incertain, certains volets étant parfois cités sans que leur contribution précise soit explicitée, sans surtout que les leviers correspondants soient suffisamment sollicités. Or, deux composantes devraient être mieux mobilisées et faire l'objet, dans le cadre de la politique d'amélioration de l'accès aux soins de premier recours, d'objectifs globaux et territoriaux, avec une quantification de leur effet attendu sur le temps médical¹⁵⁹ : la régulation de la demande de soins et le déploiement de la télémédecine.

A - Des demandes de soins à davantage réguler

1 - Des enjeux importants

La mission de « filtre » d'entrée dans les soins qu'assurent les professionnels de premier recours les exposent à toutes les demandes, y compris à celles qui pourraient être traitées par la personne elle-même ou par d'autres professionnels, ou pour lesquelles la réponse pourrait être différée. C'est notamment le cas pour des consultations de médecine générale, motivées par des troubles psychologiques ou de santé mentale (d'anxiété), dont la part est souvent estimée entre 15 et 20 % des consultations totales et pour lesquelles, souvent, les médecins généralistes ne sont pas les mieux formés par rapport, notamment, à l'intervention d'un psychologue. Celles-ci peuvent désormais être remboursées, dans le cadre d'un protocole supervisé par le médecin¹⁶⁰.

¹⁵⁹ On doit pouvoir traduire en temps médical économisé l'effet d'une meilleure régulation de la demande, de même que (au niveau d'un territoire) le déploiement accru de la télémédecine.

¹⁶⁰ Voir notamment le rapport de la Cour des comptes sur *l'organisation des soins en psychiatrie et santé mentale*, RPT de février 2021.

Cette question peut concerner, à la marge, les pharmaciens (pour des demandes de conseil peu fondées). Elle concerne surtout les médecins généralistes (l'activité des professionnels dits « prescrits » étant peu susceptible de telles demandes), les demandes abusives contribuant à la saturation de leurs agendas. En réalité, la question d'un filtre, susceptible de trier les demandes de soins selon leur utilité, est plus large car de nombreuses autres demandes de soins, expliquées par des motifs administratifs et non médicaux, sont aussi « évitables », même si leur poids relatif est l'objet d'évaluations encore assez approximatives ; il est en tout cas variable selon les professionnels et les moments de l'année.

Une enquête menée par la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) de l'Erdre, en Loire-Atlantique¹⁶¹, en éclaire utilement l'ensemble des composantes. Les motifs des consultations ont été analysés pendant deux semaines en janvier 2023 (période « calme », selon les auteurs de l'étude¹⁶²). Un premier motif de perte de temps médical utile correspond à des consultations demandées pour des motifs médicalement non pertinents (par exemple, fièvre d'enfant modérée de moins de 48 h sans autre critère d'urgence, rhinite sans fièvre de moins de cinq jours...). L'enquête en a estimé le nombre à 2,5 par semaine et par médecin.

Selon les professionnels rencontrés, réduire cette part de consultations reconnues *a posteriori* comme évitables suppose surtout un travail d'éducation de long terme auprès des familles (ou des personnes qui s'occupent des enfants, comme les assistantes maternelles), travail facilité par la continuité de la relation entre soignants et patients. D'autres outils destinés à traiter les demandes ponctuelles seraient efficaces, comme la possibilité d'un filtrage téléphonique réalisé par des secrétaires médicales expérimentées, dans les cabinets.

Une autre cause de demandes sans justification médicale réelle est administrative : de nombreuses demandes de consultations sont motivées par la nécessité de produire des certificats, soit pour justifier l'absence des enfants malades auprès de la crèche, de la cantine ou des enseignants, soit pour pouvoir pratiquer des activités sportives, soit, encore, pour justifier des absences de courte durée auprès des employeurs. L'étude précitée estime à 2,6 consultations par semaine et par médecin la part d'activité

¹⁶¹ L'étude a concerné 19 médecins généralistes pour un volume d'environ 3 000 consultations, parmi lesquelles 361 (soit 12,8 %) ne correspondait pas à un motif médical pertinent.

¹⁶² L'activité de consultations induite par des motivations non médicales est partiellement cyclique, notamment pour les certificats de pratique sportive (ou de dispenses de gymnastique scolaire) qui sont concentrées sur le début de l'année scolaire ou lors de la reprise des activités des clubs, en septembre. Selon les médecins rencontrés, sur ces semaines, la part de ces motifs peut s'élever jusqu'à la moitié des consultations.

consacrée à la délivrance des certificats d'absence de courte durée auprès des employeurs¹⁶³. Les consultations annulées du fait de l'absence des patients (une consultation par semaine environ selon cette enquête¹⁶⁴) ou la réalisation de certificats de non contre-indication à la pratique sportive (5,8 %) sont plus limitées en nombre, tout en restant significatives.

2 - Des voies d'amélioration à explorer

Des données plus nombreuses ont été rassemblées dans le cadre d'un audit « flash » réalisé en janvier 2023 pour la Cnam¹⁶⁵, à partir d'une estimation rétrospective annuelle établie par quelque 900 médecins. Même si elle ne portait que sur les seules consultations liées à des formalités administratives (sans inclure le temps perdu pour des patients absents ou des motifs mineurs, donc), cette étude confirme et amplifie même les enjeux : 20 % du temps des médecins généralistes serait en effet gaspillé (l'importance relative de ces consultations, à certains moments de l'année, peut expliquer cet écart avec l'étude citée précédemment).

En outre, ces actes mettent très souvent les médecins en porte-à-faux au regard de leurs obligations professionnelles : ils sont censés ne pas procéder à une consultation dans les cas de certificats sportifs ; ils sont censés refuser les arrêts de travail pour maladie de très courte durée destinés à l'employeur, en l'absence de motif médical suffisant (mais les motifs allégués, souvent peu graves, sont peu vérifiables, surtout à titre rétroactif). La grande majorité des praticiens rencontrés a confirmé qu'il était presque impossible de se conformer à des règles de déontologie peu claires et mal acceptées par des patients qui se sentent contraints par les règles des institutions sportives, scolaires ou professionnelles, même peu rationnelles. Des évolutions plus profondes sont donc indispensables.

Diverses mesures ont déjà été prises depuis une dizaine d'années pour limiter le poids de ces tâches, mais avec un effet assez limité : ainsi, il ne suffit pas d'interdire par circulaire aux responsables d'établissements scolaires d'exiger des élèves un certificat médical après une absence, si les services du ministère admettent eux-mêmes qu'elle est mal appliquée. Dans l'objectif partagé de mettre fin aux pratiques induisant des actes médicaux inutiles dans les établissements ou services locaux, des référents désignés dans chaque délégation départementale des ARS pourraient

¹⁶³ Les médecins sont autorisés en pratique, par une facilité du système d'information, à saisir un arrêt jusqu'à 48 heures avant la date de la consultation.

¹⁶⁴ D'autres enquêtes, notamment en région parisienne, donnent des estimations nettement plus élevées pour ces consultations non honorées.

¹⁶⁵ Voir le rapport de la mission menée par le docteur Jacques Franzoni et M. Pierre Albertini *Pour réduire les tâches administratives des médecins et leur redonner du temps médical*, et les mesures annoncées par le ministre de la santé le 8 février 2023.

recevoir les signalements des professionnels, sur les manquements constatés dans les divers services publics ou structures privées (clubs sportifs, crèches privées...), à charge pour eux de saisir ces services ou leurs tutelles pour faire cesser les pratiques de certificats inutiles.

De même, pour les certificats médicaux exigés des employeurs, en appeler à la « responsabilité » des médecins revient à leur donner une mission qui ne correspond pas à une compétence strictement médicale. On relève d'ailleurs que plusieurs pays comparables, confrontés aux mêmes tensions que la France sur les ressources médicales, ont récemment fait évoluer leurs procédures : en Grande-Bretagne ou au Québec, les certificats d'arrêts de travail de très courte durée ne sont plus justifiés par les médecins mais par une simple déclaration du patient. Le poids de la régulation de ces arrêts et de la prévention de leur croissance est ainsi reporté sur le dialogue entre partenaires sociaux, sur des mécanismes *ad hoc* au niveau de l'entreprise, de la branche ou de l'interprofession¹⁶⁶.

Les enseignements des pratiques d'auto-déclaration des arrêts de travail de courte durée dans d'autres pays

La question de l'auto-déclaration des arrêts de travail courts est un sujet déjà ancien au Royaume-Uni. Dans un article de 1969 portant sur un secteur industriel ayant opté pour ce système¹⁶⁷, les auteurs notaient : « *aucun abus grave n'a été constaté et ces périodes d'absence sont réparties plus uniformément tout au long de la semaine que celles certifiées par un médecin. Ce système peut contribuer à réduire à la fois la charge de travail des praticiens et le temps perdu dans l'industrie* ». De fait, au Royaume-Uni, selon une réglementation générale de 1985, la procédure d'auto-certification pour les arrêts de moins de sept jours (incluant les week-ends) est utilisée en routine ; un formulaire officiel est à remplir par le salarié (fournissant notamment les motifs médicaux de l'absence), celui-ci pouvant être rémunéré pour ses jours d'absence au-delà de trois jours¹⁶⁸, dès lors qu'il remplit les conditions.

¹⁶⁶ L'inscription de la chronique de ces absences dans l'espace numérique de santé de chaque assuré en permettrait le suivi, à l'occasion des rendez-vous avec le médecin traitant, l'aspect social étant quant à lui géré par l'employeur au niveau individuel (entretiens), collectif (primes individualisées intégrant le « présentéisme ») ou de branches (négociations quant à la portée des dispositions relatives au « maintien de salaire » dans la prévoyance collective, introduction éventuelle d'un « jour de carence d'ordre public »...).

¹⁶⁷ P.J. Taylor et al. *Self-certification for Brief Spells of Sickness Absence*, BMJ 1969, 1:144-147.

¹⁶⁸ Lors de la pandémie de covid 19, la procédure a été modifiée temporairement pour passer de 7 à 28 jours.

Un tel système d'auto-certification présente des risques d'abus en comparaison d'une procédure nécessitant un certificat médical. Une revue sur l'effet d'une prolongation de la période d'auto-certification a été réalisée par l'institut Cochrane¹⁶⁹. Après sélection stricte des articles au regard de leur qualité, cette revue a travaillé sur cinq études (trois en Norvège, une en Suède et une au Royaume-Uni). Aucune conclusion définitive n'a pu être arrêtée, en raison des résultats contradictoires de ces études. Une des études analysées indique des coûts plus élevés des prestations pour arrêt-maladie induits par la prolongation de la période d'auto-certification, lorsque cette période peut se prolonger jusqu'à deux semaines. Lorsque la période d'auto-certification passe de 0 à 3 jours, les résultats sont opposés. En tout état de cause, les conséquences sont de faible ampleur.

Par ailleurs, le syndicat ReAGJIR a récemment produit une analyse sur les possibilités de simplification administrative¹⁷⁰. Il note que « plusieurs pays européens ont déjà pris le parti d'autoriser des absences courtes non indemnisées dans ces cas, afin de libérer du temps médical : Belgique, Allemagne, Italie, Finlande, Royaume-Uni, et récemment Portugal. Un tel système pourrait permettre de libérer des milliers de consultations qui pourraient être redirigées vers un véritable rôle de soin ».

La suppression des certificats médicaux, pour ces arrêts de travail de très courte durée, suppose que d'autres mécanismes de régulation soient adoptés dans les entreprises ou leurs branches, voire au niveau national, avec par exemple l'établissement d'une durée de carence d'ordre public qui généraliserait une période minimale d'un ou deux jours réputés non indemnisables. Plus généralement, des dispositifs internalisés, au niveau des entreprises ou des branches, seraient appelés à prendre le relais.

3 - Le recours aux plateformes, porteur de progrès et de risques

Les exemples étrangers montrent le profit qui peut être tiré de la création de plateformes d'information et de filtrage des demandes. Au Québec, des modalités de filtrage ont ainsi été mises en place à des niveaux complémentaires : au niveau national, une plateforme téléphonique « Québec infos santé » renseigne les usagers sur le degré de gravité des

¹⁶⁹ J. Kausto et al. *Self-certification versus physician certification of sick leave for reducing sickness absence and associated costs*, Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 5. Art. N° CD013098.

¹⁷⁰ Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants, *Rapport simplification administrative. Propositions pour libérer du temps médical par la confiance aux usagers et aux professionnels de santé*, juillet 2023.

maux ressentis. Dans de nombreux « groupements de médecins de famille », ont été créés des services renforcés de réponse téléphonique destinés à trier les demandes selon leur urgence effective, parfois à rassurer des patients ou à les orienter vers d'autres professionnels.

On relève d'ailleurs que la création d'outils de ce type a été inscrite dans la loi du 26 janvier 2016 précitée (art. 88) qui prévoit le déploiement d'un « service public d'information en santé »¹⁷¹. En ce sens, la plateforme « Ameli » de la Cnam propose déjà de nombreux conseils et explications sur les pathologies, les symptômes, les gestes de prévention et conduites à tenir, les situations où il convient de consulter en urgence, etc.¹⁷²

Le développement de l'intelligence artificielle couplée avec les outils de visio-consultation devrait permettre, au cours des prochaines années, d'aller plus loin dans le conseil individualisé. D'ores et déjà, des plateformes comme Santéclair ont recours à des outils dits « symptom-checker », qui analysent et filtrent la gravité des demandes grâce à des algorithmes d'interrogation structurée sur les symptômes et leurs causes potentielles.

Une autre piste d'innovation organisationnelle, expérimentée avec des résultats prometteurs au Québec, est la mise en place par les groupes hospitaliers de services de réponses téléphoniques (ou par courriel) ouverts aux anciens patients et destinés à mettre à la disposition de ceux-ci une expertise sur les suites post-opératoires (en cas d'inquiétude, pour des plaies, des douleurs...). Ce service aurait permis de désengorger les groupements de médecins de famille, dénomination des structures de soins de premier recours au Québec.

Porteurs de gains, en efficacité et sans doute en efficience, ces nouveaux outils, dont le déploiement ne fait que commencer, peuvent être aussi cependant porteurs de risques. Il convient en effet d'organiser une forme de vigilance collective sur les conséquences potentielles dommageables de la

¹⁷¹ Code de la santé publique, art. L. 1111-1-1 : « Un service public, placé sous la responsabilité du ministère chargé de la santé, a pour mission la diffusion gratuite et la plus large des informations relatives à la santé et aux produits de santé, notamment à l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale auprès du public. [...] » Il répond à la volonté de l'État d'informer et d'accompagner les citoyens en favorisant leur participation aux choix de santé. Cela permet d'améliorer la prise en charge globale des personnes malades et de simplifier l'adoption de comportements de prévention, de faciliter la relation entre soignants et patients, de valoriser l'expérience des pairs. Le service public d'information en santé couvre un large périmètre d'information en santé : prévention, promotion de la santé, information sur les pathologies, offre de soin (publique, privée, institutionnelle, libérale, etc.), offre médico-sociale, sécurité et alertes sanitaires, produits de santé, droits des usagers en matière sanitaire.

¹⁷² <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/a>

« désintermédiation » qu'introduit le recours croissant à des plateformes de prise de rendez-vous. Celles-ci excluent en effet le dialogue entre les patients et les professionnels (ou leur secrétariat), et donc le conseil visant à reporter le soin ou à s'en dispenser lorsque celui-ci n'est pas utile ou pas urgent. Un exemple de ce risque est donné par le recours à des applications informatiques de gestion de rendez-vous, qui permettent aux médecins de fermer leur agenda à tout nouveau patient, sans même d'ailleurs que la mention en soit toujours explicite (le créneau affiché dans l'application ne peut pas être réservé). Ce système, de plus en plus répandu, entérine et légitime ainsi un déni de service de la part des professionnels, qui reporte les patients sur les autres médecins qui demeurent accessibles (et se plaignent de voir leur « fardeau » alourdi, comme l'ont confirmé les professionnels rencontrés), voire sur les maisons médicales de garde ou les urgences hospitalières.

Les représentants d'une de ces applications de rendez-vous médicaux, interrogés sur ce point, ont admis que le développement des abonnements « fermés » aux patients non-inscrits constituait un problème. L'insertion, dans les nouveaux contrats, d'une obligation minimale d'ouverture à ces patients serait à l'étude mais l'initiative devrait venir des pouvoirs publics qui peuvent (en droit) imposer par des mesures « d'ordre public », une modification des contrats existants. Il conviendrait de prévoir *a minima* que le recours à des procédures d'inscription automatique préserve la possibilité pour le patient d'interroger le médecin, par courriel ou par message téléphonique. Le maintien d'une telle possibilité devrait en outre être encouragé par les dispositifs conventionnels de l'assurance maladie, par exemple dans le cadre des « forfaits structure » complétant la rémunération des médecins.

B - Un usage de la télémédecine à lier à un objectif de meilleur accès aux soins

De nombreux auteurs ou professionnels de santé soutiennent que la télémédecine peut constituer l'une des solutions aux difficultés d'accès aux soins, notamment en zones de faible densité médicale. Une telle orientation paraît en effet fondée mais elle ne va pas de soi : le déploiement de la télémédecine a, jusqu'à présent, renforcé au contraire les inégalités préexistantes en confirmant les relations déjà établies, dans les centres urbains, entre les patients et leur médecin traitant. La période de confinement induite par la pandémie de covid-19 a encore accentué ce trait (1). Faire de la télémédecine un outil de réduction des inégalités territoriales et sociales de santé suppose ainsi un effort pour en conditionner plus fortement l'usage (2).

1 - Un déploiement de la télémédecine plutôt urbain

La télémédecine a connu un essor rapide et massif lors de la pandémie de covid-19 pour compenser l'impossibilité pratique, pour de nombreux patients, de bénéficier d'une consultation physique auprès de leur médecin. Auparavant, les actes de télémédecine¹⁷³, inscrits dans la réglementation et disposant de règles tarifaires claires depuis 2018, avaient une place marginale dans l'offre de soins. Une fois la crise passée, même si le nombre d'actes de télémédecine a diminué, cette modalité de dispensation des soins a conservé une place significative.

Dans une étude publiée en décembre 2022¹⁷⁴, la Drees indique que, si les médecins généralistes libéraux ont assuré 13,5 millions de consultations à distance en 2020 et 9,4 millions en 2021 contre 80 000 en 2019, ce sont surtout les populations urbaines qui les sollicitent : sept téléconsultations sur dix ont concerné des patients des grands pôles urbains en 2021. Cette activité ne représente globalement que 3,7 % de l'activité des médecins généralistes libéraux. Les patients qui les consultent à distance sont en moyenne plus jeunes, plus urbains et dans une situation économique moins précaire que ceux qui se rendent au cabinet médical. Enfin, les téléconsultations sont souvent réalisées entre un médecin et un patient peu éloigné et, encore plus souvent, avec le médecin traitant du patient¹⁷⁵, ce qui est d'ailleurs dans l'esprit du dispositif.

2 - Des règles de prise en charge des téléconsultations à moduler pour les adapter aux besoins

Comment, dès lors, développer le recours à la télémédecine dans les zones les moins bien desservies, sans dégrader la qualité des soins ? Comme l'a rappelé récemment l'Ordre national des médecins¹⁷⁶, « *il ne peut être accepté qu'un médecin prenne en charge un patient (même à distance) : – sans possibilité de procéder lui-même à un examen clinique*

¹⁷³ La télémédecine comprend plusieurs volets : la téléconsultation, la télé-expertise, la télésurveillance (entrée dans le droit commun plus récemment), la téléassistance.

¹⁷⁴ J. Kamionka, M. Bergeat, *Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernent des patients des grands pôles urbains en 2021*, Études et résultats, n° 1249, décembre 2022.

¹⁷⁵ En 2021, pour 58,6 % des consultations à distance, le médecin exerçait dans la commune de résidence du patient ou à moins de cinq kilomètres et, dans 69,1 % des cas, la consultation à distance a eu lieu avec le médecin traitant (contre 62,7 % des consultations en cabinet).

¹⁷⁶ *Mésusage de la télémédecine*, rapport de l'Ordre national des médecins adopté en décembre 2020 et actualisé le 31 mars 2023.

chaque fois que cela est souhaitable ; – sans aucun ancrage territorial ni aucune connaissance du tissu sanitaire et médicosocial ; – sans se préoccuper de son parcours de soins ; – sans apporter une garantie que la continuité des soins pourra être assurée. ». Ces conditions de fond supposent que l'on puisse garantir une présence suffisante dans les territoires sous-dotés de médecins généralistes ou de collaborateurs habilités à procéder à un examen clinique (comme les IPA), permettant de garantir le niveau de continuité indispensable et d'éviter ainsi « un système de mise en relation numérique éphémère entre un patient et un médecin qui n'est pas son médecin et qui ne l'a jamais reçu en présentiel ».

De telles règles avaient été inscrites dans l'avenant n° 6 de la convention signée entre l'assurance maladie et les médecins, qui imposait que le patient soit connu au préalable du médecin téléconsultant¹⁷⁷, le suivi alternant consultations physiques et téléconsultations. Cependant, dans le contexte de la pandémie de covid-19, la condition de la connaissance préalable du patient par le médecin effectuant la téléconsultation a été assouplie par les décrets et avants ultérieurs¹⁷⁸.

Certes, comme l'a rappelé le Conseil d'État¹⁷⁹, le respect du « parcours coordonné » continue à être exigé mais le contrôle de ces conditions est très difficile, *ex ante* comme *ex post*. Dans ce contexte juridique, se multiplient des offres qui contreviennent, sinon dans la lettre au moins dans l'esprit, aux conditions requises. À cet égard, la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF), lors d'une enquête exploratoire en 2021, a constaté des pratiques commerciales trompeuses comme « *la proposition confuse d'un service de "téléconseil" par un groupe privé d'établissements de santé, non pris en charge par l'Assurance maladie à la différence d'une téléconsultation* »¹⁸⁰.

¹⁷⁷ Une exception était prévue pour les patients sans médecin traitant.

¹⁷⁸ Un seuil d'activité lui a été substitué : ils ne pouvaient pas réaliser plus de 20 % de leur volume d'activité globale conventionné à distance - téléconsultation et télé-expertise - sur une année civile.

¹⁷⁹ Selon une décision du 14 octobre 2022, « *si la consultation peut ainsi désormais être réalisée à distance, y compris lorsque le patient en bénéficiant n'est pas encore connu du médecin consultant, c'est sous réserve (...) que le parcours de soins coordonné soit respecté, que le médecin traitant et le médecin correspondant aient apprécié l'opportunité du recours à cette modalité de consultation, que le patient, informé des conditions de réalisation de l'acte, ait donné son consentement préalable à celui-ci et que son suivi régulier s'effectue à la fois par des consultations en présentiel et des téléconsultations* ».

¹⁸⁰ Voir également l'audit flash réalisé sur ces plateformes par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en juin 2023.

Pour que la télémédecine constitue un levier d'efficacité et d'efficience pour les soins de premier recours et qu'elle ne se traduise pas, dans les zones sous-dotées, par un appauvrissement des pratiques, il convient de revenir à un cadrage accru de cette activité. Un contact antérieur du médecin avec le patient ou, *a minima*, avec l'équipe de proximité, est souhaitable pour garantir un niveau de qualité suffisant des soins, même si en faire une obligation risquerait de pénaliser gravement les assurés dans les situations d'accessibilité réduite. Une analyse périodique des données disponibles, par CPTS, pourrait paraître plus adaptée (elle permettrait de prendre la mesure d'éventuelles atypies localisées).

En revanche, la règle de plafonnement de l'activité autorisée en télémédecine devrait être mieux vérifiée, dans le cas général. Elle pourrait être aménagée pour les zones sous-denses, dans le cadre d'un exercice en cabinet secondaire (de manière à donner plus de souplesse dans l'organisation de leur activité aux professionnels qui acceptent de partager leur exercice entre cabinets principal et secondaire).

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Pour consolider et rendre durables les dynamiques positives déjà engagées et surtout pour éviter que ces dynamiques « n'oublent » des territoires entiers, une stratégie globale est indispensable, destinée à mobiliser de manière ajustée des leviers disponibles, en fonction des alertes identifiées dans chaque territoire.

Dans les territoires en difficulté moyenne, l'équilibre entre la demande et l'offre de soins peut être recherché par un soutien plus marqué aux coopérations entre professionnels de santé, au sein des communautés professionnelles territoriales de santé ou des équipes de soins primaires.

Dans les territoires les plus pénalisés, l'implication des moyens publics, notamment des établissements de santé, doit être plus forte : l'implantation de centres de santé, rattachés à groupements hospitaliers de territoire, doit être envisagée en cas de carence des opérateurs libéraux. Et l'autorisation d'installation de médecins dans des zones déjà bien dotées en médecins devrait avoir pour contrepartie un engagement d'activité partielle (en cabinets secondaires) en zone sous-dotée.

Plus que l'accumulation de mesures, l'essentiel est qu'elles soient insérées à l'avenir dans une trame stratégique, de sorte que l'accès aux soins de premier recours soit désormais mis « sous tension » de résultat, non pour quantifier des moyens mais pour vérifier leur capacité à infléchir des difficultés d'accès, légitimement ressenties comme inacceptables par de très nombreux concitoyens.

Les recommandations qui suivent visent toutes à contribuer à une telle démarche d'ensemble. À cette fin, les juridictions financières formulent les recommandations suivantes :

- 1. inscrire dans les missions des schémas territoriaux de santé, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ministère de la santé) ;*
- 2. établir au niveau national un suivi annuel de la politique d'amélioration de l'accès aux soins de premier recours, placé sous le pilotage administratif du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (ministère de la santé) ;*
- 3. prévoir, dans le cadre des négociations conventionnelles entre la CNAM et les médecins libéraux, qu'une part des aides à la création d'emplois d'assistants médicaux soit allouée, de manière distincte, sur des critères de priorités territoriales (par exemple de 50 %) (ministère de la santé, Cnam) ;*

4. *pour développer la coopération entre professionnels de santé, conditionner l'aide apportée aux différentes structures d'exercice coordonné par la signature de protocoles (ministère de la santé, Cnam) ;*
 5. *encourager les médecins à venir exercer à temps partiel dans les zones manquant de professionnels de santé : à court terme en complétant les aides des collectivités territoriales à l'équipement de cabinets secondaires ; et, à plus long terme, en conditionnant toute nouvelle installation dans les zones les mieux dotées en médecins à un engagement d'exercice partiel dans les zones les moins bien dotées (ministère de la santé) ;*
 6. *étendre aux médecins hospitaliers, exerçant dans des centres de santé hospitaliers, la possibilité de percevoir une rémunération partiellement indexée sur leur activité, dans des conditions juridiques sécurisées (ministère de la santé) ;*
 7. *dans les zones manquant de professionnels de santé, confier aux hôpitaux une mission d'intérêt général nouvelle, consistant à déployer des centres de santé polyvalents (ministère de la santé).*
-

Conclusion générale

Affirmée comme une politique déconcentrée effective depuis 2009, « l'organisation des soins de premier recours » n'a pas encore été structurée comme une politique publique. L'absence de suivi statistique et le défaut d'indicateurs d'impact ne permettent pas d'en mesurer les conséquences. L'examen des principales données disponibles montre cependant des difficultés croissantes, qu'il s'agisse pour les patients d'accéder à un médecin traitant, de bénéficier de soins non programmés ou, pour les populations défavorisées, d'accéder aux soins.

Faute de mesure efficace pour réguler la demande de soins, faute de coopération suffisante entre professionnels de santé pour contrebalancer le manque de temps médical, les tâches les plus lourdes, comme le suivi des patients chroniques, prennent le pas sur les soins non programmés, sur la prise en charge de nouveaux patients mais aussi sur la nécessité d'aller vers les patients les plus défavorisés et éloignés du système de soins. Aux inégalités géographiques d'accès aux soins s'ajoutent donc des inégalités sociales d'accès aux soins.

Face à cette situation, dénoncée depuis plusieurs années, des mesures ont été prises, fragmentaires et insuffisamment ciblées. L'accroissement des moyens dévolus à la correction de ces inégalités s'est trouvé réorienté au profit d'une politique indifférenciée de revalorisation catégorielle des diverses professions de santé.

La construction d'une politique publique rigoureuse s'impose, avec des objectifs stratégiques assortis d'indicateurs d'impact et d'objectifs chiffrés, d'un calendrier de mise en œuvre et d'une identification précise des niveaux de responsabilité, au niveau national comme au niveau départemental.

Il convient aussi de réorienter au moins partiellement les différents leviers disponibles, pour rendre leur usage sélectif et orienté vers les territoires sous-dotés en professionnels de santé. Il convient enfin de les compléter par des outils aujourd'hui peu mobilisés : régulation de la demande de soins, télémédecine ou développement des coopérations entre professionnels de santé.

Les différentes évolutions préconisées devraient ainsi contribuer à réduire l'écart entre la demande de soins de premier recours et l'offre disponible, sous un double pilotage national et local visant à ajuster l'ampleur de l'effort, au service d'une trajectoire pluriannuelle de correction des inégalités et d'amélioration de l'accès aux soins.

La mise en place d'une politique de soins de premier recours ne saurait éluder une réflexion sur les modalités d'organisation des soins de deuxième recours, qui constituent l'aval du premier recours, ni sur les parcours de formation des futurs médecins et sur la démographie des professionnels de santé¹⁸¹, qui en constituent l'amont. Elle ne saurait éluder non plus la question des modes de rémunération, qui ne sont pas sans incidence sur les comportements des professionnels de santé : le développement des rémunérations forfaitaires, déjà recommandé par la Cour¹⁸², contribuerait à faciliter la prise en charge pluriprofessionnelle des patients par des équipes traitantes.

Simplifier la gestion de leur activité pour les professionnels de santé, unifier et rendre plus intelligibles les contrats incitant les professionnels de santé à s'installer en zone sous-dense, faciliter la compréhension du système de soins par les patients, lever les obstacles à un exercice véritablement coordonné entre médecins de ville et établissements de santé, sont autant d'objectifs dont l'atteinte contribuera à atténuer les inégalités face aux soins de premier recours. La perspective d'un pilotage unifié de la structuration des soins de premier recours, sur le plan départemental comme national, va aussi dans ce sens¹⁸³.

Dit autrement, il doit être donné à une politique d'organisation des soins de premier recours, au sein de la stratégie nationale de santé, une place suffisante, à la mesure des enjeux qu'elle représente.

¹⁸¹ Elle fait l'objet d'un travail en cours du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM).

¹⁸² Voir RALFSS de 2022, *Les conventions entre les professionnels de santé en ville et l'assurance maladie*.

¹⁸³ La Cog entre le ministère et la Cnam a d'ailleurs prévu une série de mesures en ce sens, notamment unifier les contrats incitatifs à l'installation des professionnels en zone sous-denses, les rendre plus lisibles et plus simples.

Liste des abréviations

ALD	Affection de longue durée
ANI	Accords nationaux interprofessionnels
APL.....	Accessibilité potentielle localisée
ARS.....	Agence régionale de santé
CdS.....	Centre de santé
CH(U)	Centre hospitalier (universitaire)
Cnam.....	Caisse nationale d'assurance maladie
C2S.....	(assurance) complémentaire santé solidaire
CTS	Conseils territoriaux de santé »
CTPS	Communauté professionnelle territoriale de santé
COG	Convention d'objectifs et de gestion
CSP	Code de la santé publique
DAC	Dispositifs d'appui à la coordination
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
Drees	Direction de la recherche, des études et de l'évaluation,
DSS.....	Direction de la sécurité sociale
ESP.....	Équipe de soins primaires
GHT	Groupements hospitaliers de territoire
HAS.....	Haute autorité de santé
Igas	Inspection générale des affaires sociales
IDE(L).....	Infirmiers diplômés d'État (libéraux)
IPA	Infirmiers de pratique avancée
IPP.....	Institut des politiques publiques
Irdes.....	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
ORU	Observatoire régional des urgences
OCDE.....	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
Pass	Permanence d'accès aux soins de santé
PDSA	Permanence des soins ambulatoires
PMT	Patient médecin traitant

(P)LFSS..... (projet de) loi de financement de la sécurité sociale
PTA..... Plateforme territoriale d'appui
PTS..... Projets territoriaux de santé »
RPPS Répertoire partagé des professionnels (intervenant dans le système)
de santé
SAS Service d'accès aux soins
SNDS Système national des données de santé
SNS Stratégie nationale de santé
UNPS Union nationale des professions de santé
URPS..... Union régionale des professionnels de santé
ZAC..... Zone d'action complémentaire
SG-MAS Secrétariat général du ministère des affaires sociales
ZIP..... Zones d'intervention prioritaire

Annexes

Annexe n° 1 : la notion de soins de premier recours et son extension.....	118
Annexe n° 2 : les évolutions de l'activité des médecins généralistes	136
Annexe n° 3 : quels indicateurs de suivi des soins de premier recours ?	142
Annexe n° 4 : les aides ciblées attribuées aux professionnels de santé pour mieux organiser l'offre de soins de premier recours	162

Annexe n° 1 : la notion de soins de premier recours et son extension

La présente annexe présente les notions de « soins primaires », « de premier recours » ou « de proximité » (A), donne un ordre de grandeur des dépenses correspondantes (B) et précise les effectifs de professionnels concernés (C).

A. Des définitions multiples, imprécises, mais utiles

1. Des définitions imprécises et programmatiques

Dès la fin des années 1970, l'OMS a appelé l'attention sur l'importance des soins primaires, entendus comme l'ensemble des modalités « d'entrée » dans les soins. La notion, initialement dégagée à l'occasion de la constitution d'une couverture en soins élargie dans les pays en développement, s'est révélée également pertinente pour les pays développés, avec un accent mis alors plus spécifiquement sur la coordination entre les diverses formes d'offre de soins.

Depuis 1978, le concept de « soins de santé primaires » a été réinterprété au fil des ans, tant dans la terminologie que dans la pratique, ce qui a pu prêter à confusion. Cela est par exemple illustré dans un rapport de l'Académie nationale de médecine américaine, « *Primary care : America's health in a new Era* », publié en 1996. Les soins primaires y sont définis comme des « *soins intégrés, accessibles, réalisés par des médecins, prenant en charge une grande majorité des besoins professionnels de soins, développant une relation soutenue avec le patient et pratiquant dans le contexte de la famille et de la communauté* »¹⁸⁴.

Comme on le voit, la définition oscille entre une approche descriptive (l'offre qui assure le premier contact du soin) et une approche prescriptive (l'offre qui devrait être déployée afin de garantir un niveau socle étendu d'accès aux soins). Dans ce dernier sens, l'agence régionale des Amériques de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) soulignait en 2007 « *l'importance de renouveler la définition, afin d'atteindre le but ultime des soins de santé primaire : des gains de santé durable pour tous* »¹⁸⁵. De même, en 2016, l'OMS a indiqué sur son site internet que

¹⁸⁴ *Primary Care : America's Health in a new era*, Washington DC, the National Academic Press, 1996.

¹⁸⁵ Macinko et al., *Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization*, Pan American Health Organization, Washington DC, 2007.

l'objectif des soins primaires était « une meilleure santé pour tous ». On pose l'objectif d'une « première ligne » de soins qui devrait être largement accessible, proche géographiquement des patients potentiels mais aussi diversifiée dans ses prises en charge et bien articulée avec les autres composantes plus spécialisées du système de soins.

Cette dimension programmatique paraît également marquée, en tout cas dans le contexte de son introduction dans la loi en France, à la fin des années 2000. Dans un article déjà assez ancien¹⁸⁶, P.L. Bras soulignait le caractère « génétiquement » imprécis de ces termes. Selon lui, « *la portée normative de ces définitions législatives n'apparaît pas clairement. Elles ont, pour l'essentiel, valeur de symbole. L'enjeu majeur semble être de reconnaître l'importance des soins primaires et le rôle éminent que jouent les généralistes dans leur dispensation. [...] Le syndicat MG France (serait) pour une grande part à l'origine de ces dispositions qui s'inscrivent dans le prolongement de l'action qu'il mène depuis sa constitution pour affirmer les spécificités de la médecine générale. S'il est certainement regrettable que la loi soit utilisée non pour établir des droits ou fixer des normes, mais, de façon quelque peu incantatoire, pour témoigner d'une « reconnaissance », cet accent mis sur les soins de premier recours est en phase avec de nombreuses réflexions qui insistent sur leur rôle déterminant pour garantir l'efficacité et l'équité du système de soins dans sa globalité. La notion vient ainsi consacrer le besoin d'une politique de structuration de l'offre en ville, sans la fonder sur un périmètre rigoureux.* »

De nombreux textes considèrent comme synonymes les expressions de soins « primaires », « de proximité » ou de « premier recours », même si on peut relever quelques nuances : les « soins primaires » constituent des moyens définis par leur mode de fonctionnement (délivrés par des services indépendants des établissements de santé et non spécialisés), alors que les soins de « premier recours » se définiraient plutôt par leur finalité ou par leur résultat, c'est-à-dire par leur place de filtre dans une offre structurée et graduée. Quant aux soins « de proximité », ils seraient caractérisés par leur maillage géographique, variable selon le niveau des soins et la distance que les patients considèrent comme acceptable pour y accéder¹⁸⁷.

Dans une première acception, peuvent être considérés comme des soins de premier recours (outre les soins dentaires et les médicaments délivrés en officines) tous les soins, médicaux non spécialisés et

¹⁸⁶ Paru dans les Tribunes de la santé, 2011 (n° 30), p. 113 à 126.

¹⁸⁷ La Drees et l'Irdes ont travaillé sur cette distance de vingt minutes pour des soins de médecine générale et de quarante minutes pour des soins spécialisés (voir le rapport de 2011 sur l'accès aux soins).

paramédicaux, délivrés par des professionnels de santé hors établissements de santé, en réponse à une demande de soins des patients. Cette dernière précision conduit à ne pas inclure les soins délivrés par les services de santé au travail, la médecine scolaire ainsi que la protection maternelle et infantile, principalement ciblés sur des publics délimités par des enjeux de santé publique et pour lesquels l'offre de soins cherche à aller au-devant de la demande.

2. Un périmètre imprécis

Pour chaque profession ou presque, des questions multiples se posent, notamment pour savoir s'il convient d'inclure certaines catégories dans le périmètre des « soins de premier recours ». S'agissant des médecins, par exemple, faut-il décompter les médecins à mode d'exercice particulier (MEP - homéopathes, acupuncteurs, angiologues...) qui, pour une forte proportion de leur activité, n'exercent pas le métier de généraliste au sens des soins primaires ? En principe, non, mais parfois cependant leur exercice est partagé entre médecine générale et exercice particulier, selon des proportions mal connues.

Autre question, doit-on inclure l'ensemble des soins dentaires, alors que les professionnels assurent, à la fois, des soins courants et de prévention entrant dans le champ des soins primaires et des soins spécialisés (prothèses) ? La distinction entre ces deux catégories est délicate. Consciente de cette difficulté, l'OCDE, dans une étude visant à estimer le total des dépenses de soins primaires, a proposé d'intégrer l'activité réalisée par les chirurgiens-dentistes libéraux en ville (en sont donc exclus les soins dentaires en milieu hospitalier).

Enfin, concernant la médecine spécialisée, le HCAAM, dans son avis d'avril 2020¹⁸⁸, a déterminé quelles étaient les spécialités de recours dites « de proximité » (excluant donc les spécialités à prédominance hospitalière : médecine interne, gériatrie, hématologie, chirurgie, gynéco-obstétrique...) et, parmi ces dernières, a distingué les spécialités en accès direct des activités prescrites et des spécialités ayant une activité prépondérante en consultation (voir le tableau ci-dessous).

¹⁸⁸ Organiser la médecine spécialisée et le second recours : une pièce essentielle de la transformation de notre système de santé, Avis du Hcaam, 2020

Tableau n° 6 : typologie des spécialités selon le HCAAM

Spécialités de recours de proximité	Spécialités ayant une activité prépondérante en consultation (y.c. consultations externes)	Cardiologie, gastro-entérohépatologie, dermatologie, pneumologie, oto-rhino-laryngologie (ORL), diabétologie/endocrinologie, rhumatologie et médecine physique ainsi que neurologie et néphrologie, deux spécialités peu nombreuses dont l'accès est difficile
	Spécialités prescrites	Biologie, radiologie, anatomie et cyto pathologie
	Spécialités de 1er recours en accès direct	Ophthalmologie, gynécologie, pédiatrie, psychiatrie, stomatologie

Source : HCAAM

Doit-on considérer au titre des soins de « premier recours » les seules spécialités en accès direct, au sens du parcours coordonné de soins ? Une telle distinction est assez éloignée des priorités des patients et des organisations des professionnels qui se soucient d'abord des possibilités d'accès à ces soins, prescrits ou non. D'ailleurs, en pratique, la distinction juridique s'estompe souvent : dans des territoires sous-dotés, des spécialistes comme les ophtalmologues exigent parfois (par exemple en Eure-et-Loir) un filtre préalable avec une orientation du médecin traitant. À l'inverse, notamment dans les territoires où l'offre en spécialistes est plus abondante, les spécialistes se contentent souvent de « cocher la case » qui signale une absence de médecin traitant, ce qui revient à contourner l'obligation d'orientation préalable par le médecin traitant, prévue depuis 2004 (voir *infra*).

Autre question, de grande ampleur potentielle (en nombre de professionnels concernés et en dépenses induites) : faut-il inclure dans le périmètre des professionnels de premier recours des professions qui ne sont pas des professions de santé admises au remboursement par l'assurance maladie, comme les diététiciennes ou les psychologues ? Certes, leur activité est en dehors du champ du remboursement, sauf dans le cadre d'expérimentations ponctuelles ou de procédures assez délimitées ; pour autant, leurs interventions sont souvent substitutives de temps médical et elles s'intègrent de plus en plus souvent dans des parcours de soins intégrés. Dans le cas des assistantes dentaires ou des assistants médicaux, on attend justement de leur déploiement une capacité accrue des médecins généralistes ou des chirurgiens-dentistes à prendre de nouveaux patients.

En outre, nombre de praticiens ont insisté sur le rôle très important des secrétaires médicales (formées pour cette tâche et connaissant la patientèle) dans la régulation des appels.

3. Des définitions « fonctionnelles »

Les structures qui représentent les différentes professions médicales ont retenu en pratique des formats assez souples :

- les professions qui peuvent s'inscrire dans des CPTS couvrent un champ très large : médecins généralistes, autres spécialistes (sont inclus des médecins spécialistes pour les spécialités sans plateau technique), pharmaciens, infirmiers, mais aussi chirurgiens-dentistes, orthoptistes (mais les taux d'adhésion sont très limités pour de nombreuses professions, ce qui montre que les problématiques en pratique déployées ne correspondent pas toujours aux centres d'intérêt de certaines catégories de professionnels) ;
- le périmètre retenu pour la constitution des différentes URPS est assez analogue : toutes les professions qui comptent un exercice libéral significatif sont représentées ¹⁸⁹.

En réalité, cette notion de « soins de premier recours » vaut par le, ou les, points de vue qu'elle rend possibles, pour un ensemble de soins qui peut prendre des configurations diverses.

- L'usage le plus courant est de prendre en considération l'ensemble des soins hors médicaments. Cet usage est pertinent pour aborder les questions liées à la problématique de permanence des soins et, plus généralement, aux difficultés éventuelles d'entrée dans les soins : selon les responsables de plateformes (Santéclair, par exemple), les appels reçus des assurés concernent assez souvent des questions relatives à des soins dentaires (pour des abcès), à des problèmes d'allergies ou encore à des crises d'anxiété ou des troubles de santé mentale.
- Un usage plus restreint, qui a également sa légitimité en fonction des questions, se limite aux soins pour lesquels les médecins généralistes sont ou peuvent être des pivots : la question implicite est donc celle de la meilleure articulation entre l'intervention de ce généraliste et celles des autres professionnels - autres médecins spécialistes ou professionnels paramédicaux notamment. La question des coopérations entre professionnels de santé est ainsi souvent sous-jacente à la problématique des « soins de premier recours », ces coopérations pouvant prendre des formes diverses.

¹⁸⁹ Voir le référé et les observations définitives sur les URPS, rendus publics le 5 février 2024.

Coopérations entre professionnels de santé : éléments de définition

Différents termes sont associés à la notion de coopération : délégation, transfert de tâches, ou de compétences. Dans ses travaux, en 2008, la Haute Autorité de santé a proposé la notion de « nouvelles formes de coopération entre professions de santé » pour englober tous ces termes, visant une participation pluriprofessionnelle à la meilleure prise en charge possible du patient ainsi qu'à la poursuite d'objectifs de santé publique¹⁹⁰.

La délégation désigne l'action par laquelle le médecin confie à un autre professionnel de santé la réalisation d'un acte de soin ou d'une tâche (dans un même acte de soin, certaines tâches peuvent donc être réalisées par des professionnels différents). La délégation comprend l'idée de supervision. La responsabilité du délégant (le médecin) reste engagée du fait de la décision de déléguer, celle du délégué (le professionnel non médical) est engagée dans la réalisation de l'acte.

Le transfert est défini comme l'action de déplacer l'acte de soin, d'un corps professionnel à un autre : les activités sont confiées dans leur totalité, y compris en termes de responsabilité, à une autre profession. Les professionnels non médicaux sont alors autonomes dans la décision et la réalisation.

La délégation et le transfert peuvent se faire à destination de corps professionnels existants mais il est aussi possible d'envisager, lorsque cela est pertinent, la création de nouveaux métiers.

Dans tous les cas, le professionnel qui se voit déléguer ou transférer un acte de soin ou une tâche doit posséder les compétences nécessaires, c'est-à-dire la maîtrise d'une combinaison de savoirs (connaissances, savoir-faire, comportement et expérience) en situation. Les compétences peuvent être spécifiques à un métier ou transversales à plusieurs métiers.

B. Un ordre de grandeur des dépenses correspondantes

L'OCDE a tenté de préciser les montants des dépenses de soins primaires¹⁹¹. La méthode adoptée par l'étude est de partir des informations disponibles dans la classification des dépenses, en interrogeant dans les différents pays volontaires (la France n'en était pas) un panel d'experts, afin d'établir un degré de consensus aussi élevé que possible sur leur rattachement à la catégorie des dépenses de soins primaires. Il en ressort que

¹⁹⁰ HAS et ONDPS *Délégation, transfert, nouveaux métiers... Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé* (janvier 2007).

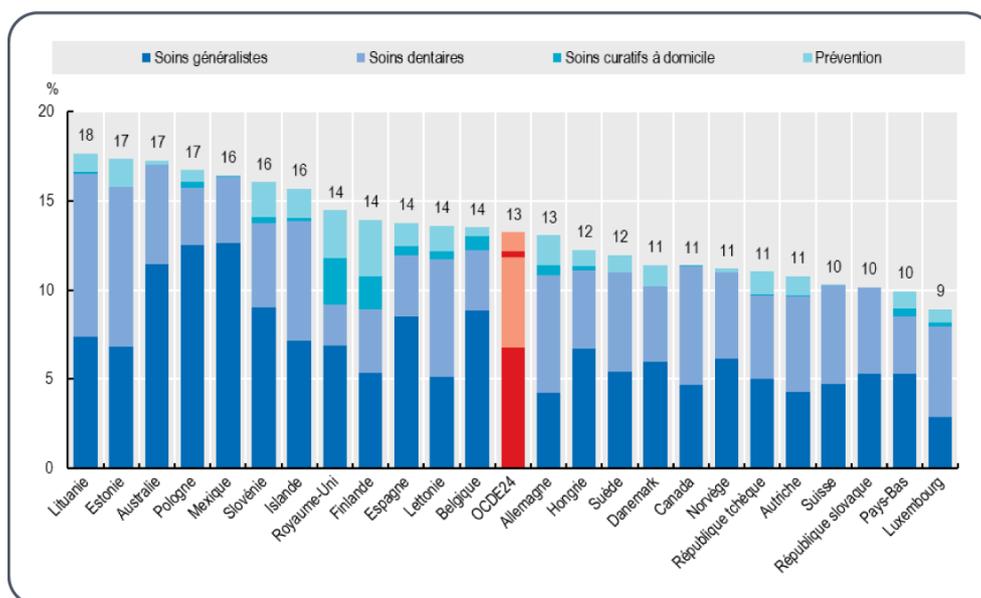
¹⁹¹ *Deriving preliminary estimates of primary care spending (under the SHA 2011 framework)*, OCDE 2019. La classification des dépenses combine des critères liés à la nature du service et au statut des offreurs de soins.

les dépenses considérées sont celles consacrées aux soins de base et délivrées par des offreurs en ville, cet agrégat pouvant servir d'approximation pour les soins de premier recours. L'enquête souligne cependant que cette définition « réduit la notion à un ensemble d'activité et d'offeurs et ignore des aspects importants, comme le fait que ces soins soient centrés (ou devraient l'être) sur le patient, diversifiés et coordonnés ».

Le calcul présenté par l'OCDE distingue plusieurs variantes : il exclut, ou non, les dépenses de médicaments mais intègre de manière générale les soins dentaires (même si ceux-ci, comme le reconnaît l'étude, peuvent inclure une part de chirurgie assez poussée, qui va au-delà de la notion intuitive de « soins primaires »).

Sous réserve de ces précautions de méthode, le résultat (présenté ci-dessous hors dépenses de médicaments) donne un ordre de grandeur utile.

Graphique n° 5 : dépenses de soins primaires en pourcentage des dépenses courantes de santé, 2019 (ou dernière année connue)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021

Pour les 22 pays ayant participé à l'étude, la moyenne des dépenses identifiées « à dire d'experts » comme « de soins primaires » s'élevait en 2016 à environ 13 % de l'ensemble des dépenses de santé¹⁹² (le poste « médicaments » en ville représentant quant à lui environ 15 % de ces dépenses, selon l'étude). Comme le montre le graphique, plus de la moitié des soins primaires correspond aux soins généraux en ville (6,8 % des dépenses totales), 40 % aux soins dentaires.

Un point intéressant signalé dans cette étude est que la croissance moyenne des dépenses de soins primaires, mesurée à partir de ces conventions pour la période de 2005 à 2019, était proche de celle de l'ensemble des dépenses de santé, la part passant de 13,2 % en 2005 à 13,6 % en 2016 (et restant assez stable à ce niveau de 13 % environ en 2019). Selon l'étude « préliminaire » de l'OCDE, « *alors que de nombreux pays avaient identifié le renforcement des soins primaires comme une priorité de leur politique de santé et s'étaient engagés à augmenter leur investissement dans ce domaine, l'interprétation des données relatives aux dépenses ne permettait pas d'observer une telle évolution* ».

C. Un ordre de grandeur des effectifs de professionnels concernés

Même si la définition exacte du périmètre des soins de premier recours fait débat, le consensus est établi sur les principales professions qui contribuent à la mission de premier accueil des demandes de soins, puis à l'organisation conséquente des parcours de soins qui en découlent. Or, pour ces différents professionnels de premier recours, les évolutions sont contrastées :

- une stagnation ou même un repli pour la plupart des professions médicales (à l'exception des sages-femmes exerçant en libéral) ;
- une forte progression aussi bien pour les professions paramédicales et notamment les infirmières que pour les autres professions de santé, psychologues en particulier.

1. Les professions médicales

a) Les médecins généralistes

Le tableau ci-dessous présente l'évolution du nombre de médecins généralistes en France entre 2012 et 2022.

¹⁹² L'étude de l'OCDE souligne que ces données confirment une évaluation antérieure, réalisée en 2016, pour le périmètre le plus restreint ; et qu'elle est similaire à des estimations réalisées sur des bases méthodologiques différentes pour les Etats-Unis (Koller and Khular, 2017).

Le nombre de médecins libéraux exclusifs a baissé de 11 % en dix ans. Pour ce qui est de la densité, on est passé de 98,3 médecins généralistes libéraux exclusifs pour 100 000 habitants en 2012 à 84,1 en 2022, soit une baisse de 14,5 %. Cette densité diminuera encore quelques années selon les projections de la Drees, avant de remonter au milieu des années 2030.

Les données du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) fournissent des éléments plus précis : en 2022, parmi les libéraux, 22 728 sont comptabilisés en cabinet individuel, 26 889 en cabinet de groupe et 3 132 en société ; 1 652 exercent essentiellement dans un établissement privé à but lucratif. Le solde doit concerner les remplaçants (les activités remplaçantes représentent 10 498 praticiens en 2022, et il doit y avoir dans cet effectif des libéraux et des salariés). Par ailleurs, parmi les salariés, 2 671 médecins exercent en centre de santé.

Tableau n° 7 : évolution des effectifs de médecins généralistes, France entière, 2012-2022

Année	Ensemble	1 - Libéraux exclusifs	2 - Mixtes	3 - Salariés hospitaliers	4 - Autres salariés
2012	101 435	64 142	4 780	16 963	15 550
2013	101 385	63 059	5 614	17 394	15 318
2014	101 904	62 587	6 248	17 676	15 393
2015	101 935	61 801	6 716	17 947	15 471
2016	101 799	60 897	7 119	18 253	15 530
2017	101 755	59 976	7 632	18 605	15 542
2018	101 939	59 629	7 797	18 982	15 531
2019	101 381	58 748	8 023	19 152	15 458
2020	101 355	58 493	8 141	19 172	15 549
2021	100 621	57 533	8 365	19 030	15 693
2022	99 941	57 033	8 437	18 939	15 532
2022/2012	- 1,5 %	- 11,1 %	76,5 %	11,6 %	- 0,1 %

Source : RPPS, données au 1^{er} janvier

La Cnam dispose d'un niveau de détail plus fin sur les professionnels libéraux : elle a comptabilisé en 2021 (dernière année disponible) 57 156 omnipraticiens, France entière (exercices exclusifs et mixtes inclus), dont 52 291 généralistes et 4 865 médecins à exercice

particulier (MEP)¹⁹³, non inclus dans le champ des professionnels de premier recours dans le présent rapport. Parmi les généralistes « hors MEP », 48 541 sont libéraux exclusifs.

Dans cet effectif, lorsque l'assurance maladie considère les médecins « à part entière » (APE : âgé de moins de 65 ans et ayant exercé une activité du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année considérée, dans un cadre conventionné avec l'assurance maladie, hors activité libérale à l'hôpital), on ne comptabilise plus que 41 139 généralistes, avec une patientèle moyenne de 1 766 patients.

b) Les spécialités médicales en accès direct

Les effectifs des praticiens libéraux et en exercice mixte sont donnés dans le tableau ci-après.

Tableau n° 8 : effectifs de médecins de spécialités en accès direct, France entière, 2012-2022, libéraux et mixtes

Année	Gynécologie médicale	Ophtalmologie	Stomatologie	Psychiatrie
2012	3 191	4 991	1 065	6 536
2014	2 969	5 060	1 022	6 559
2016	2 613	5 060	974	6 501

¹⁹³ Dont en 2021 : 996 angiologues, 898 homéopathes, 985 en médecine d'urgence ou SOS médecins, 824 acupuncteurs, 281 en médecine physique, 175 allergologues, 128 gériatres, 96 nutritionnistes, 91 en échographie, 76 en médecine thermique, 56 en phlébologie...

<i>Année</i>	Gynécologie médicale	Ophtalmologie	Stomatologie	Psychiatrie
2018	2 266	4 996	954	6 385
2020	1 877	4 992	889	6 399
2021	1 701	4 898	848	6 417
2022	1 519	4 768	813	6 413
2022/2012	- 52,4 %	- 4,5 %	- 23,7 %	- 1,9 %

Source : RPPS, données au 1^{er} janvier

Une baisse particulièrement marquée des effectifs est observée pour la gynécologie médicale, en raison d'une baisse drastique des postes ouverts en troisième cycle, la volonté ayant été de favoriser les praticiens pratiquant la chirurgie.

c) Les pharmaciens d'officine

Le tableau suivant reprend les données du RPPS pour les pharmaciens. Les pharmaciens libéraux exclusifs sont en diminution régulière (- 10,5 % sur les dix ans) alors même que la profession a vu ses effectifs augmenter (+ 1,3 %) ; les postes hospitaliers et autres modes de salariat se sont fortement accrus.

Tableau n° 9 : effectifs de pharmaciens, France entière, 2012-2022

Année	Ensemble	1 - Libéraux exclusifs	2 - Mixtes	3 - Salariés hospitaliers	4 - Autres salariés
2012	72 641	31 837	134	8 055	32 615
2014	73 784	31 451	149	8 554	33 630
2016	74 484	31 035	142	8 935	34 372
2018	73 755	30 325	157	9 088	34 185
2020	73 788	29 409	149	9 244	34 986
2021	73 427	28 984	148	9 438	34 857
2022	73 574	28 482	149	9 701	35 242
2022/2012	1,3 %	- 10,5 %	11,2 %	20,4 %	8,1 %

Source : RPPS, données au 1^{er} janvier

d) Les chirurgiens-dentistes

La situation des chirurgiens-dentistes est très différente de ce point de vue, la proportion de libéraux dans la profession étant largement majoritaire. La très légère diminution du nombre de chirurgiens-dentistes en exercice libéral exclusif est compensée en partie par la progression d'un exercice mixte.

Tableau n° 10 : effectifs de chirurgiens-dentistes, France entière, 2012-2022

Année	Ensemble	1 - Libéraux exclusifs	2 - Mixtes	3 - Salariés hospitaliers	4 - Autres salariés
2012	40 488	34 977	1 727	365	3 419
2014	41 221	35 088	1 992	464	3 677
2016	41 584	34 714	2 282	640	3 948
2018	42 051	34 478	2 536	706	4 331
2020	42 843	34 239	2 838	731	5 035
2021	43 134	34 010	2 885	748	5 491
2022	44 154	34 246	2 989	748	6 171
2022/2012	9,1 %	- 2,1 %	73,1 %	104,9 %	80,5 %

Source : RPPS, données au 1^{er} janvier

Les effectifs de libéraux exclusifs n'ont diminué que de 2 % sur les dix ans. La Cnam, pour sa part, à partir des données des remboursements, comptabilisait 37 458 chirurgiens-dentistes libéraux en 2021, France

entière, dont 35 725 libéraux exclusifs ; 32 108 sont « APE » (« à part entière »), pour 903 patients en moyenne par praticien.

e) Les sages-femmes

Les sages-femmes ont connu une évolution démographique plus favorable. Leur effectif a augmenté nettement, en particulier en secteur libéral, avec un doublement en dix ans. La Cnam a comptabilisé 7 223 sages-femmes libérales en 2021, France entière, dont 6 420 exerçant « à part entière ». La patientèle moyenne est estimée à 494 patientes.

Tableau n° 11 : effectifs de sages-femmes, France entière, 2012-2022

<i>Année</i>	Ensemble	1 - Libéraux exclusifs	2 - Mixtes	3 - Salariés hospitaliers	4 - Autres salariés
2012	19 552	2 868	1 022	14 191	1 471
2014	20 960	3 367	1 514	14 708	1 371
2016	22 299	4 097	1 989	14 784	1 429
2018	22 824	4 662	2 289	14 409	1 464
2020	23 175	5 209	2 428	13 959	1 579
2021	23 541	5 471	2 458	13 801	1 811
2022	23 764	5 915	2 432	13 538	1 879
2022/2012	21,5 %	106,2 %	138,0 %	- 4,6 %	27,7 %

Source : RPPS, données au 1^{er} janvier

2. Les autres professions de santé (non médicales)

a) Les professions paramédicales

Tableau n° 12 : évolution des effectifs des professions paramédicales, France entière, 2012-2022, libéraux et mixtes

<i>Année</i>	IDE (<62 ans¹⁹⁴)	Orthophonistes (<62 ans)	Orthoptistes (<62 ans)	Kiné (<62 ans)
2012	86 949	15 996	2 419	54 278
2014	97 539	16 945	2 576	58 463
2016	109 739	18 219	2 694	63 051
2018	115 000	19 098	2 784	72 655
2020	120 840	19 898	2 991	75 551
2021	123 357	20 311	3 058	
2022		20 657	3 190	
2021(2022)/2012	41,9 %	29,1 %	31,9 %	39,2 %

Notes : certaines années ne sont pas disponibles.

Source : RPPS, données au 1^{er} janvier

En se centrant sur les professionnels libéraux et mixtes, le tableau ci-dessus fournit les effectifs des professions intégrées dans le champ des soins primaires. Comme on le voit, un fait notable est l'augmentation importante des effectifs des professionnels paramédicaux sur la période étudiée.

b) Les autres métiers

De nombreuses professions, qui ne sont pas des professions de santé ou ne sont pas dans le champ du remboursement par l'assurance maladie, ont pourtant une activité de soins et entrent dans le champ des acteurs des soins primaires.

Même si la frontière est parfois ténue, il importe d'établir une limite en fonction du degré de participation aux soins. Les secrétaires médicales ne sont donc pas intégrées ici, bien que nombre de médecins généralistes ont souligné leur importance pour orienter les patients et filtrer les priorités d'interventions du médecin ou des autres professionnels. Les professionnels du transport sanitaire ne sont pas non plus inclus, même si les ambulanciers et les taxis exercent une activité essentielle pour l'accès

¹⁹⁴ La Drees recommande d'utiliser les effectifs de moins de 62 ans, le répertoire ADELI présentant des lacunes dans la déclaration des cessations d'activité

aux soins (pour des soins hospitaliers ou pour des séances de dialyse et de radiothérapie notamment¹⁹⁵). Concernant des effectifs plus limités, mais avec un rôle croissant, les coordonnateurs de structures (MSP ou CPTS) et les agents de développement (CLS ou collectivités territoriales) ne peuvent pas non plus être considérés comme impliqués directement dans un soin car ils effectuent des tâches d'organisation et d'administration.

Comme le montre le tableau qui suit, on décompte environ 120 000 professionnels. Sont en effet à considérer les assistants dentaires, les assistants médicaux, les médiateurs en santé, les diététiciens, les psychologues et certains métiers du « care » (NB : pourraient être intégrées également, ce qui n'a pas été fait, les aides-soignantes, réputées par convention ne pas assurer de soins).

Tableau n° 13 : autres professionnels libéraux

<i>Année</i>	Effectif 2012	Effectif 2022	Évolution en %
<i>Assistants dentaires¹⁹⁶</i>	36 704	37 235	+ 1,4 %
<i>Assistants médicaux</i>	0	3 545	ns
<i>Médiateurs</i>	?	900 ¹⁹⁷	ns
<i>Diététiciens</i>	3 000	6 792	+ 126 %
<i>Psychologues</i>	38 128	70 790	+ 86 %
<i>Total</i>	77 832	119 262	+ 53 %

Source : Cour des comptes (à partir des données Adeli, RPPS ou autres)

Quelques précisions sont utiles pour situer l'importance de leurs missions, du point de vue des soins.

Le métier d'assistant dentaire requiert des compétences administratives alliées à un savoir-faire technique. Exerçant sous la responsabilité d'un chirurgien-dentiste, il accueille les patients, organise et prépare les consultations et les dossiers des patients, stérilise le matériel, classe les radiographies, assiste le praticien et répond aux appels téléphoniques. Leur effectif ne fait pas l'objet de statistiques consolidées, mais sachant que 42 000 chirurgiens-dentistes sont en activité (dont 84 % en exercice libéral), le nombre d'assistants doit être du même ordre.

Une proposition de loi portée par Mme Stéphanie Rist a été adoptée au Parlement au mois de mai 2023, incluant une disposition relative à la

¹⁹⁵ Voir notamment l'insertion au Ralffs de 2020 sur les transports sanitaires.

¹⁹⁶ Les effectifs sont mal connus. Par approximation, on a estimé leur nombre à celui des chirurgiens-dentistes.

¹⁹⁷ Selon l'estimation faite par un rapport de l'Igas de juillet 2023.

création d'une profession d'assistant dentaire de niveau 2 (assistant en médecine bucco-dentaire). Les missions de ce nouveau métier comprennent notamment la participation aux activités de prévention et d'éducation à la santé dans le domaine bucco-dentaire, ainsi que la contribution aux actes d'imagerie à visée diagnostique, aux actes prophylactiques, aux actes orthodontiques et aux soins post-chirurgicaux. Ce projet limite le nombre d'assistants dentaires présents « sur un même site d'exercice de l'art dentaire ». Il ne peut excéder le nombre de chirurgiens-dentistes effectivement présents¹⁹⁸.

Le métier d'assistant médical a été créé en 2019 par l'arrêté du 20 août 2019 qui approuve l'avenant n° 7 à la convention médicale du 20 juin 2019, afin d'alléger le travail des médecins et de leur permettre de prendre en charge davantage de patients. La disposition a été reprise dans le règlement arbitral de mai 2023. Leur champ de missions est large, chaque médecin pouvant adapter le contenu des tâches à l'organisation de son activité. Il peut prendre en charge trois types de missions :

- des tâches de nature administrative : accueil du patient, création et gestion de son dossier, accompagnement de la mise en place de la télémédecine au sein du cabinet, réception des résultats d'examens, commandes de matériel pour le cabinet...
- la préparation et le déroulement de la consultation : aide à l'habillage et au déshabillage, prise de constantes (tension, poids, taille), mise à jour du dossier du patient concernant les dépistages, les vaccinations, les modes de vie, alerte du médecin si nécessaire, délivrance des tests (test angine par exemple) et des kits de dépistage, préparation et aide à la réalisation d'actes techniques (électrocardiogramme par exemple), nettoyage et stérilisation du matériel...
- des missions d'organisation et de coordination du parcours de soins : organisation des rendez-vous (avec des spécialistes, des paramédicaux,...), préparation d'une admission hospitalière.

Le poste d'assistant médical ne se substitue pas à d'autres professions de santé intervenant dans la prise en charge des patients. Il s'agit d'une nouvelle fonction avec des missions propres. Sa formation peut être multiple : infirmière, aide-soignante, formation spécifique...

Le recrutement de ces assistants fait l'objet d'un soutien conventionnel de l'assurance maladie, qui finance tout ou partie du salaire de l'assistant, en fonction du contexte (quotité de temps de travail, taille de la patientèle du praticien, ancienneté). Il a été étendu aux centres de santé

¹⁹⁸ Cette orientation était proposée dans le rapport du député C. Isaac-Sibille (*L'organisation des professions de santé : quelle vision dans dix ans et comment y parvenir ?*) en juillet 2021.

en février 2020. Pour être éligibles à cette aide à l'embauche d'un assistant médical, les médecins doivent remplir des conditions : nombre minimal de patients, exercer en secteur 1 ou avoir souscrit à l'option pratique tarifaire maîtrisée, exercer de façon regroupée et coordonnée. Le médecin s'engage également auprès de la CPAM à augmenter sa patientèle.

L'objectif initial était d'avoir 4 000 postes ainsi financés en 2022. En octobre 2022, le bilan d'étape s'établissait à 3 545 contrats signés (dont 1 797 en zone sous-dense) : 2 776 par des médecins généralistes, 769 par des spécialistes (en premier lieu des cardiologues et des ophtalmologues). L'objectif fixé par le ministre chargé de la Santé est maintenant de 10 000 contrats signés d'ici fin 2024.

Un autre métier nouveau est celui de médiateur en santé¹⁹⁹. Il a pour objectif de créer des interfaces entre les différents acteurs du système et les personnes en difficulté dans leurs parcours de soins et de prévention. C'est un outil de lutte contre les inégalités sociales de santé, puisque les médiateurs aident en priorité les personnes que diverses vulnérabilités éloignent du soin ou empêchent d'aller au bout de leurs parcours de santé. « L'objectif est double : 1) améliorer l'accès aux droits et aux soins curatifs et préventifs en favorisant l'autonomie des personnes les plus vulnérables ; 2) sensibiliser les professionnels aux difficultés à réaliser les parcours de santé ». On trouve dans ces fonctions des acteurs issus de la société civile (notamment, dans le champ du VIH/SIDA), d'autres accompagnant les patients migrants (pour l'interprétariat, par exemple), des patients « pairs », proposant un soutien à leurs collègues atteints d'une maladie chronique, des infirmières coordinatrices...

Un référentiel a été élaboré par la HAS en 2017. La généralisation de la médiation en santé pose cependant le problème de son financement, ainsi que parfois celui de son positionnement. Non recensé dans le RPPS, ce métier ne bénéficie pas de la reconnaissance statutaire dans les nomenclatures officielles des emplois (à l'hôpital, dans les collectivités, etc.). Même si les exemples d'intervention sont nombreux dans différents contextes, il est donc difficile d'en estimer l'effectif.

Les actes des diététiciens ne font pas l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie (certaines mutuelles proposent quant à elles des remboursements). Mais ils sont essentiels dans le parcours de soins de certains patients, en particulier les patients atteints de surpoids ou d'obésité et les patients diabétiques. Au 1^{er} janvier 2022, 15 495 diététiciens sont

¹⁹⁹ Voir le rapport précité de l'Igas (note n°20) et le dossier *La médiation en santé : un nouveau métier pour lever les obstacles aux parcours de soin et de prévention*, O. Bouchaud et coll, *La Santé en action*, Juin 2022, n° 460.

comptabilisés (source Drees/Adeli), dont 6 792 (44 %) ont une activité libérale ou mixte. Entre 2012 et 2022, leur effectif a doublé.

Dans le cadre de l'expérimentation dite « Obepedia » (de l'article 51 de la LFSS 2018)²⁰⁰, une prise en charge par l'assurance maladie des actes des diététiciens est prévue, dans certaines conditions. Un dispositif personnalisé de soins est proposé aux enfants et adolescents souffrant d'obésité sévère, dans neuf centres spécialisés obésité (CSO). Après un bilan initial, un projet de soins est établi, pouvant inclure : des bilans en hôpital de jour, des consultations du médecin traitant, un accompagnement personnalisé, des prises en charge dérogatoires par un diététicien et/ou un psychologue et/ ou un psychomotricien ou de l'activité physique adaptée. Des forfaits sont versés par l'assurance maladie aux professionnels (environ 3 000 € par parcours sur la durée de l'expérimentation). Le même type de dispositif, qui vise à prévenir le surpoids et l'obésité infantile, est développé par l'assurance maladie, avec la « Mission ; retrouve ton cap ».

Les psychologues sont de la même façon hors champ des dépenses remboursées, pour l'essentiel de leurs prestations. D'après les données Adeli (Drees), leur effectif est passé de 38 128 en 2012 à 70 790 au 1^{er} janvier 2022, dont 24 977 en exercice libéral ou mixte (35 %). On note ainsi presque un doublement du nombre de professionnels en dix ans.

Comme pour les diététiciens, une petite part des prestations des psychologues fait désormais l'objet d'une prise en charge obligatoire par l'assurance maladie. Une étape importante a été franchie en 2022 avec l'inscription au remboursement (au taux de 60 %) d'une prestation d'accompagnement psychologique pour les troubles d'intensité légère à modérée, sur recommandation d'un médecin, dans le cadre de la procédure « MonParcoursPsy ». Le médecin traitant peut ainsi adresser le patient à un psychologue conventionné avec l'assurance maladie pour huit séances d'accompagnement psychologique par année civile. Le premier entretien dit d'évaluation est remboursé 40 €, les séances suivantes, 30 €. Aucun dépassement n'est possible dans ce cadre. Le bilan réalisé un an après le lancement du dispositif montre que seulement 2 200 psychologues libéraux ont rejoint le dispositif²⁰¹ mais que plus de 100 000 Français ont déjà bénéficié de cette prise en charge (pour un total de 438 000 séances).

²⁰⁰ Arrêté du 20 novembre 2019 relatif à l'expérimentation du parcours de soins pour les enfants et adolescents atteints d'obésité sévère (OBEPEDIA)

²⁰¹ Une part significative des psychologues s'est opposée à ce dispositif, pour plusieurs raisons : obligation de passer par le médecin traitant, critères d'éligibilité jugés trop flous, nombre de séances annuel jugé insuffisant, tarifs qui seraient pénalisants pour les professionnels. La Cour des comptes avait pour sa part recommandé la généralisation de ce qui n'était alors encore qu'une expérimentation (voir *L'organisation des soins en psychiatrie*, Rapport public thématique publié en février 2021). Le Premier ministre vient d'annoncer, en février 2024, une évolution de ce dispositif.

Annexe n° 2 : les évolutions de l'activité des médecins généralistes

A. Éléments généraux

Dans l'ensemble des soins de premier recours, les médecins généralistes jouent un rôle particulier, puisque ce sont eux qui assurent la mission de point de contact « de droit commun » (conjointement avec les pharmaciens, pour leur mission de conseil). L'importance de leurs missions est d'ailleurs rappelée dans un article législatif, l'article L. 1411-11 du code de la santé publique, qui suit et précise l'article précité, relatif aux soins de premier recours :

« 1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ; / « 2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ; / « 3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ; / « 4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ; / « 5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ; / « 6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ; / « 7° Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 ; / « 8° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales. »

La capacité des médecins à répondre aux demandes des patients dépend de facteurs divers, de leur nombre, bien entendu mais aussi du temps qu'ils consacrent à l'exercice libéral (parmi éventuellement d'autres tâches), de la durée moyenne des consultations, qui dépend elle-même des modes d'organisation retenus... Souvent, le débat public est nourri d'approximations : les médecins seraient moins nombreux qu'il y a dix ou vingt ans (ce n'est vrai que pour les généralistes), ils « produiraient beaucoup moins d'actes » (ce qui est inexact, même pour les généralistes)... Les éléments rassemblés ici visent à écarter ces simplismes en mesurant les enjeux et les risques liés aux modifications des comportements, compte tenu des modalités d'activité des médecins généralistes.

L'organisation du temps médical des médecins est en outre un sujet complexe : on dispose d'assez peu de données objectives et de beaucoup d'éléments déclaratifs (notamment au travers des différents panels de la Drees). Il est, de plus, difficile de faire des projections sur l'évolution des comportements des soignants et des patients. La simple comptabilisation des effectifs de médecins ou de leur activité peut être faussée, d'ailleurs, entre les différentes études car la population étudiée ou le type d'actes ne sont pas forcément les mêmes : tantôt les études portent sur les omnipraticiens (médecin généraliste et MEP), tantôt sur les médecins généralistes seuls. Dans certains documents, on parle des médecins généralistes (en général) dans d'autres des médecins généralistes actifs toute l'année. L'inclusion parmi ces effectifs des remplaçants est variable (alors que leur nombre a crû sensiblement). S'agissant des actes, parfois, on comptabilise les consultations et les visites mais pas les actes « autres » (qui représentent un peu plus de 3 % du nombre total d'actes).

B. Les effectifs

Le rapport de 2021 de la Drees²⁰² sur la démographie des professions de santé présente une estimation d'environ 100 000 médecins généralistes (désormais autour de 95 000 médecins), tous modes d'exercice confondus, alors que les données de l'assurance maladie, centrées sur les libéraux, sont environ deux fois moins élevées.

Comme le relève le bulletin de l'ordre des médecins, « le nombre de médecins n'a jamais été aussi élevé dans l'Hexagone ». Ce « paradoxe » est soulevé par l'Atlas de la démographie médicale de 2023, publié par le Conseil national de l'Ordre des médecins (lire p. 8) : « au 1^{er} janvier 2023, on recense 234 028 médecins en activité régulière ou non, un chiffre en hausse de 8,5 % depuis 2010 ». Mais « le nombre de praticiens poursuivant une activité régulière est en baisse (197 417 professionnels, - 1,3 % en treize ans) ». Plus précisément, la médecine générale en exercice régulier libéral, pilier des soins primaires, est moins prise au fil des années, en revanche l'activité dite parcellaire progresse : entre 2010 et 2023, le nombre de médecins intermittents – c'est-à-dire ceux qui, par opposition aux actifs réguliers, n'ont pas une activité qualifiée de pleine – a progressé de 64,4 %. Selon l'Atlas de la démographie médicale, on compte

²⁰² Les dossiers de la Drees, n° 76 mars 2021 Marie Anguis et alii.

aujourd'hui 12 894 remplaçants (dont 61,4 % de généralistes²⁰³). Enfin, 20 159 médecins sont à la retraite mais continuent de travailler.

Les données retracées par la Drees, sans être aussi détaillées, rendent compte elles aussi de la complexité de la démographie médicale, l'érosion de la médecine générale se trouvant compensée, et au-delà, par les progrès des autres spécialités.

Ceci étant, si on analyse à partir des données du SNDS la « chronique » des seuls médecins généralistes libéraux actifs toute l'année, on constate que les effectifs ont été assez stables sur les vingt dernières années de 2004 à 2023, à un niveau d'environ 52 000 (avec une nette progression en 2014, jusqu'à 60 000, suivie d'un retour progressif au niveau antérieur).

C. Le nombre d'actes, global et par patient

L'analyse du nombre d'actes « produit » par les médecins généralistes est lui aussi resté assez stable, contrairement à l'idée répandue que celui-ci s'effondrerait, en raison de durées d'activité plus réduites (on dit parfois, y compris parmi les professionnels de santé, comme l'ont confirmé les ateliers d'acteurs, qu'il « faudrait deux médecins voire trois pour remplacer un départ en retraite »).

Depuis 2004, en effet, le nombre d'actes s'établit selon les données du SNDS à environ 250 000 par an, la même inflexion à la hausse s'observant de 2013 à 2014, suivie d'un retour progressif au niveau antérieur.

Ce sentiment de raréfaction du temps disponible s'explique ainsi surtout par la progression de la demande, à commencer par le nombre des bénéficiaires, qui engendre une diminution mécanique du nombre d'actes de médecins généralistes par bénéficiaire (cela demanderait une analyse

²⁰³ Selon le Bulletin de l'ordre national des médecins, n° 86, juillet-août 2023. Une étude, citée dans ce bulletin, a été réalisée par l'intersyndicale ReAGJIR (Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants) et présentée en juin 2023. Elle détaille le profil et l'activité de ces médecins remplaçants : plus de 70 % des remplaçants exerceraient en libéral, dont 78 % en cabinet de groupe. Leur âge moyen est de 33 ans. Un médecin intermittent remplacerait en moyenne six médecins réguliers. Ils travailleraient en moyenne 31 semaines sur l'année (à côté, certains travaillent par exemple pour SOS Médecins). Près de la moitié assurerait en outre des missions au titre de la permanence des soins.

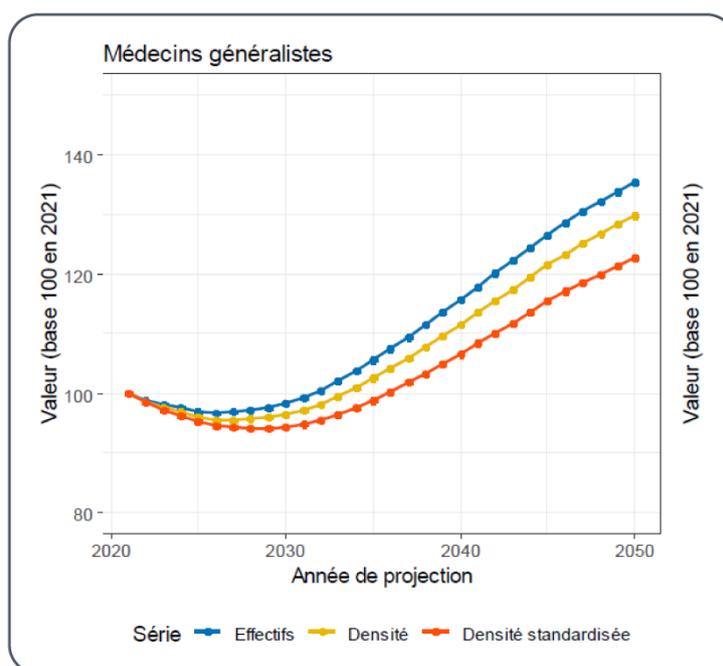
Malgré des critiques, la croissance du nombre de ces remplaçants correspond à un besoin. Selon l'Ordre, seule la moitié des journées d'absence des médecins réguliers sont réellement remplacées.

plus approfondie de la notion de « bénéficiaires », destinée à prendre en considération la forte variabilité du nombre de consultations entre patients²⁰⁴). Le nombre de « bénéficiaires » annuels, toujours selon le SNDS, est en effet passé d'un peu moins de 40 millions à presque 55 millions en 2020 (54,9 millions).

En conséquence, le nombre d'actes par patient a diminué de manière sensible, passant de 5,5 actes par an et par patient en 2004 à 4,2 en 2020.

Cette situation devrait s'aggraver puisque l'on constate depuis 2020 une véritable diminution des effectifs de médecins généralistes. Selon les projections faites par la Drees et l'Observatoire national des professions de santé, ce n'est qu'en 2035 que le niveau des densités retrouverait celui de 2020 (mais avec des demandes de soins encore plus fortes et des temps médicaux disponibles qui risquent de s'infléchir à la baisse).

Graphique n° 6 : effectif projeté des médecins généralistes



Source : SNDS

²⁰⁴ La pandémie de covid a ainsi conduit un nombre accru assurés à des contacts avec le système de soins mais pour un nombre de soins parfois limité. On remarque toutefois que l'augmentation du nombre de « bénéficiaires » avait précédé 2020.

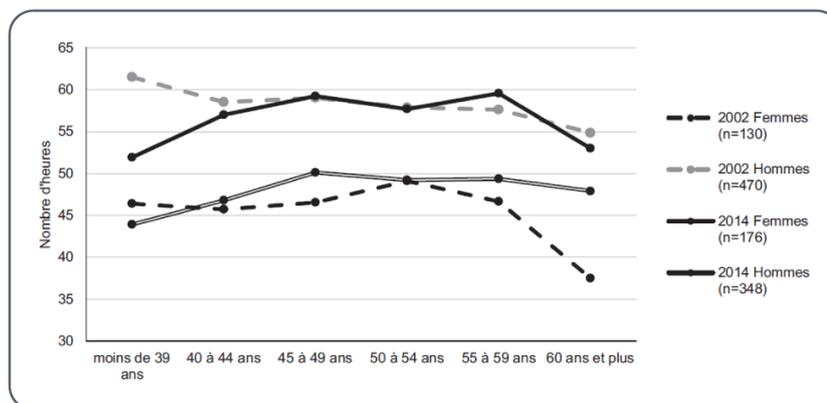
D. Évolution du temps de travail des médecins généralistes sur les 20 dernières années

Depuis 15 ans, le temps de travail moyen des médecins généralistes serait en légère diminution (de 5 % environ) selon les résultats des interrogations successives de la Drees dans le cadre de ses « panels » :

- estimé à 55-57 heures hebdomadaires en moyenne, en novembre 2007 (voir les résultats détaillés dans le n° 610 d' « Études et résultats ») ;
- il serait passé à 57 heures sur 9 demi-journées avec 5,3 semaines de vacances, en mars 2012 (voir le n° 797) ;
- il serait en 2019 de 54 heures sur 9,5 demi-journées, avec 5,7 semaines de vacances.

Ce temps moyen pourrait diminuer plus fortement dans les prochaines années au vu du graphique ci-dessous. Les moins de 39 ans ont en effet un temps moyen d'activité nettement plus faible en 2014 qu'en 2002.

Graphique n° 7 : durée hebdomadaire de travail déclarée selon l'âge et le sexe en PACA, en 2022 et en 2014



Note : Ici les calculs sont effectués sans utiliser les poids de redressements

Sources : Drees, URPS-ML, ORS, panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale ; URPS-ML et ORS PACA, panel « PACA »

- Une différence importante par rapport à la fin du XX^e siècle est la diminution du nombre de médecins travaillant le week-end. Dans une étude du CREDES de 2001²⁰⁵ sur les données de la Cnam-TS de 2001,

205 CREDES, Mars 2001 *Potentiel d'activité des omnipraticiens libéraux* page 73, Caroline Fivaz et alii.

on relevait que 80 % des omnipraticiens travaillaient le samedi et 30 % le dimanche (26 % dans une étude [Fivaz, Le Laidier, 2001]). Dans une étude de la Drees de 2011 sur des données de 2010²⁰⁶, on retrouve une nette diminution du travail le samedi : « 44 % des médecins consultent tous les samedis matin, 21 % un samedi sur deux, 14 % moins souvent, et 21 % ne consultent jamais ce jour-là ». L'activité le dimanche devient exceptionnelle selon une autre étude de 2010²⁰⁷ ; il est vrai que cette activité était résiduelle : dès 2001, selon l'étude précitée, les médecins n'effectuaient que 1 % de leur activité hebdomadaire le dimanche.

²⁰⁶ Études et résultats n° 797, mars 2012, *Les emplois du temps des médecins généralistes*. Steve Jakubovitch (Drees) et alii.

²⁰⁷ Dossier solidarité et santé, n° 15-2010, Julie Micheau et alii.

Annexe n° 3 : quels indicateurs de suivi des soins de premier recours ?

De nombreux indicateurs sont proposés pour analyser les systèmes de santé, en France comme dans les pays comparables (ou encore dans les travaux des organisations internationales comme l'OCDE ou l'OMS). Chacun a son domaine de pertinence et chacun présente des limites qu'il faut connaître, pour que son usage soit pertinent.

Un point de comparaison internationale (A) montre que certains de ces indicateurs peuvent être utilisés de manière très opérationnelle, d'une part, et que des comparaisons systématiques peuvent être éclairantes. La réflexion sur l'usage potentiel, en France, de tels indicateurs, incite à distinguer en premier lieu des indicateurs généraux, de cadrage (B), et des indicateurs qui pourraient être utilisés à des fins de pilotage de l'organisation et du déploiement de l'offre de soins (C).

A. Un support pour des comparaisons internationales

1. Des pratiques variées et stimulantes mais liées à leur contexte

De nombreux chercheurs ont tenté d'estimer et de calibrer le besoin global en professionnels de premier recours : il en ressort que c'est à la rigueur possible, mais seulement dans les limites d'un pays ou même d'une « province » donnée (comme le Québec). En effet, la charge induite dépend très fortement de conventions et d'habitudes culturelles, très variables d'un pays à l'autre, voire d'une communauté à l'autre au sein d'un même pays²⁰⁸. En pratique, le nombre et la qualification des professionnels qui interviennent pour prendre en charge les soins de premier recours varient d'un pays à l'autre. La « modélisation » d'un niveau de soins de premier recours, fondée sur une analyse internationale, ne débouche donc pas aisément sur une programmation de moyens. En revanche, un dimensionnement relatif des équipes de soins et une indication sur leur composition générale peuvent sans doute être estimés, en fonction du degré de complexité des patients (plusieurs études ont tenté de décrire la composition optimale des équipes pluridisciplinaires appropriée à la sévérité différentielle des différentes pathologies chroniques).

Il est possible également d'identifier des modes d'organisation qui cherchent à agir sur la qualité des soins par une intervention des patients,

²⁰⁸ Un exemple extrême en est donné par la pratique, ressentie comme obligatoire par les médecins généralistes new-yorkais - hommes, de toujours recevoir leur patientes femmes en présence d'une assistante - femme.

soit en leur reconnaissant des droits (par exemple le droit à l'accès à un socle de services), soit en leur apportant des informations sur la qualité des soins de premier recours (ce qui les conduit, en principe, à être plus vigilants et exigeants).

i) Au Royaume-Uni, les pouvoirs publics mènent régulièrement des enquêtes nationales d'une grande ampleur sur la qualité des services rendus par les médecins généralistes (*General Practitioner*) : sont ainsi mesurés le niveau de disponibilité des plages de rendez-vous dans la semaine, les délais, la qualité de l'écoute et de la relation de soins, etc. Les résultats sont publiés, y compris sous la forme de cartes.

ii) En Belgique, les maisons médicales sont financées au forfait, en fonction du nombre de patients inscrits ainsi que de leurs profils médicaux. Ce financement forfaitaire couvre tous les soins que le patient reçoit dans la maison médicale dans laquelle il est inscrit (pour la médecine générale, les soins kinésithérapeutes et les soins infirmiers). Le nombre d'actes ne joue donc pas de rôle, puisque ce forfait se base sur un montant fixe par discipline et patient inscrit. Le montant de ce forfait est établi par une « commission du forfait » qui a élaboré une liste de 82 critères d'évaluation des besoins de santé que la maison médicale doit prendre en charge (un patient ayant une affection de longue durée aura besoin de soins plus fréquemment, le forfait correspondant sera donc plus élevé qu'un jeune de 18 ans sans problème de santé particulier).

2. Les enseignements d'une étude internationale effectuée auprès de patients

Le Fonds du Commonwealth fait réaliser de manière périodique des enquêtes sur les politiques de santé, via des appréciations portées par les usagers. L'enquête menée en 2020²⁰⁹ et publiée en février 2021 paraît particulièrement instructive, pour la France notamment. Elle a été réalisée auprès de la population générale et porte sur les opinions et les expériences d'un échantillon aléatoire de patients âgés de 18 ans et plus dans 11 pays : l'Australie, le Canada, la France, l'Allemagne, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, la Norvège, la Suède, la Suisse, le Royaume-Uni et les États-Unis. La taille de l'échantillon a varié : 750 aux Pays-Bas, un peu plus de 1 000 en Allemagne ou en Nouvelle-Zélande, entre 2 000 et 2 500 dans la plupart des pays, mais un peu plus de 3 000 (3 028) en France ; et un peu plus de

²⁰⁹ Par la société *Social Science Research Solutions* (SSRS), avec la sous-traitance de sociétés de sondage dans les pays participants ; pendant 4 à 16 semaines selon les pays, de février à juin 2020, soit dans un contexte où le covid commençait à provoquer des confinements, mais portant sur une période précédente de 12 mois.

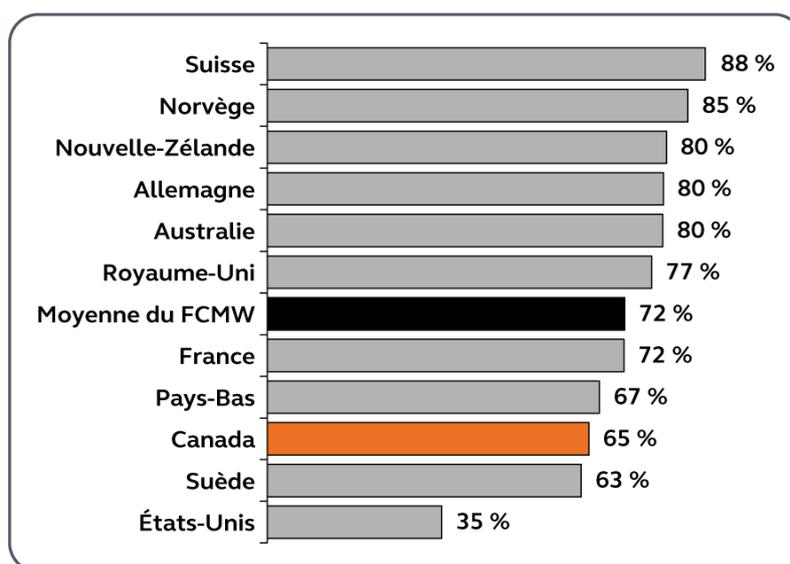
5 300 au Canada (où un financement complémentaire a visé à régionaliser les résultats de l'enquête).

Dans le cas de la France, en ressortent notamment deux points significatifs : des résultats globaux proches de la moyenne, notamment en raison d'une accessibilité financière meilleure que dans les autres pays ; mais en revanche des résultats médiocres quant à certains critères décrivant les modalités de délivrance des soins de premier recours.

a) La situation globale de la France est proche de la moyenne, au total, et favorable s'agissant de l'accessibilité financière aux soins

Le taux plus élevé de prise en charge moyenne des dépenses par l'assurance maladie obligatoire contribue à expliquer une appréciation globale satisfaisante pour la France (proche de la moyenne), même si elle est assez loin des taux observés en Allemagne, en Suisse ou en Norvège pour la question relative à la performance globale.

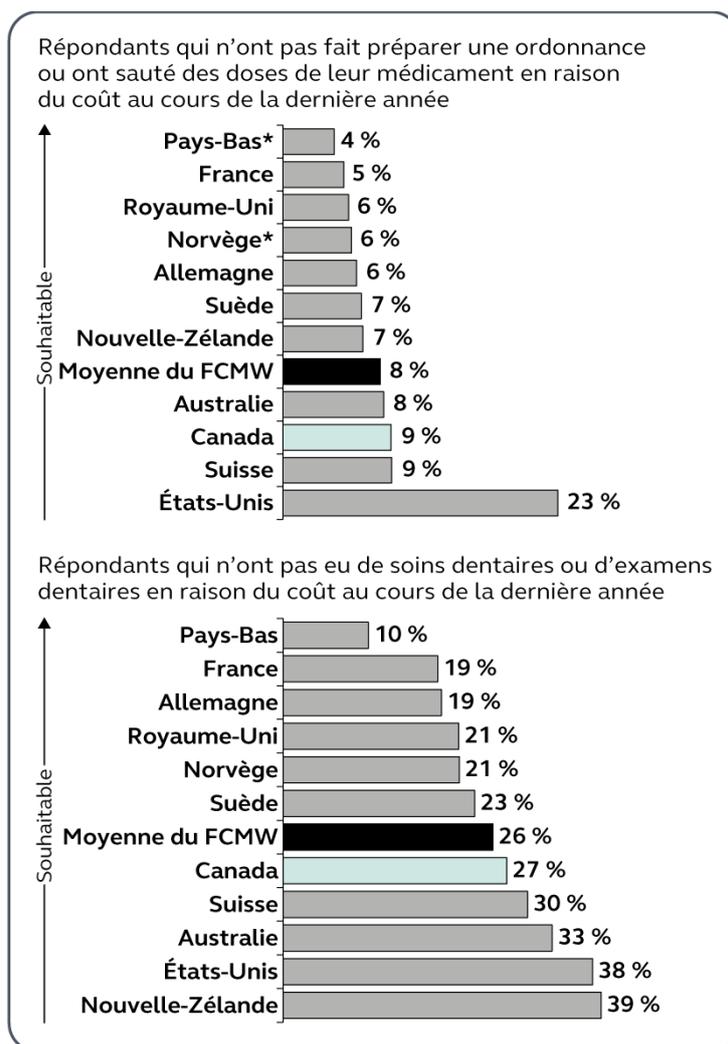
Graphique n° 8 : comment évalueriez-vous la performance générale du système de santé (très bonne ou bonne)



Source : Fonds du Commonwealth

Cette bonne couverture par l'assurance maladie rend compte des bons résultats observés sur les critères suivants :

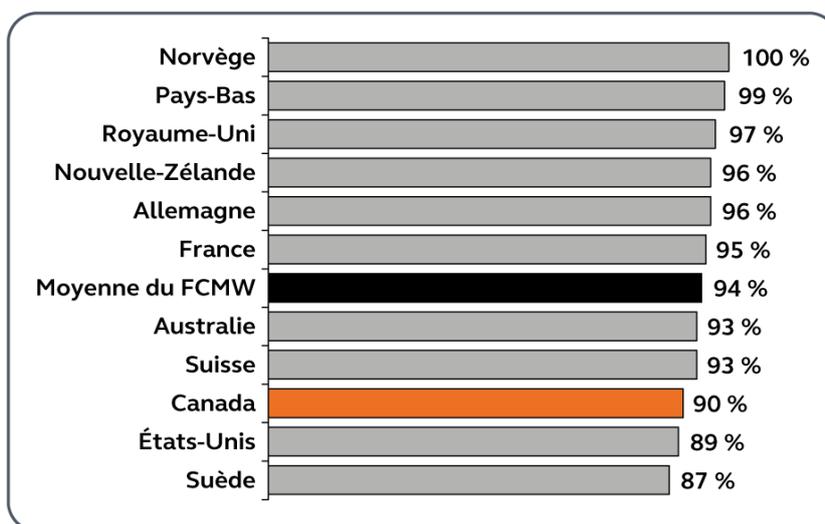
Graphique n° 9 : répondants n'ayant eu recours à aucun soin au cours de la dernière année



Source : Fonds du Commonwealth

Sur certains items qui concernent les soins de premier recours, les résultats de la France sont proches ou légèrement supérieurs à la moyenne ; c'est notamment le cas pour la continuité des soins (présence d'un médecin dit « attiré »).

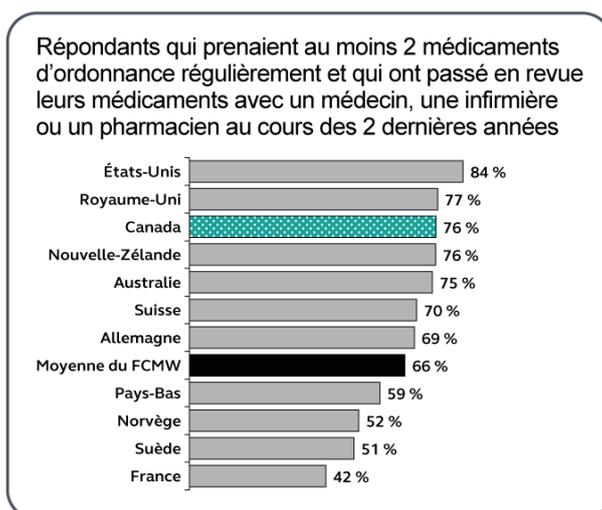
Graphique n° 10 : répondants qui ont déclaré avoir un médecin ou un lieu de soins attiré



Source : Fonds du Commonwealth

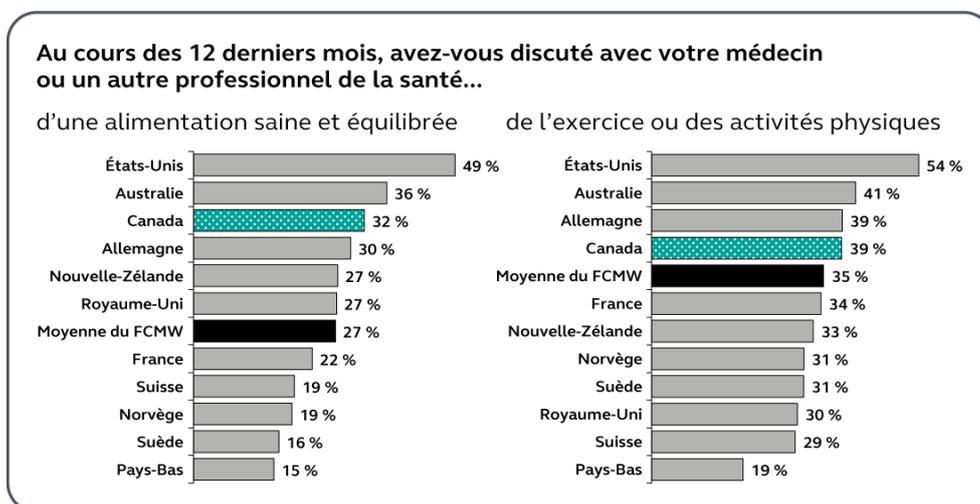
On a vu que la comparaison des réponses faisait apparaître des résultats relatifs décevants, par contre, s'agissant de l'accès aux soins non programmés (voir document principal). C'est aussi le cas pour l'effectivité et la complétude des conseils sur la prise de médicaments et de prévention, prodigués à l'occasion des consultations de médecine générale ou des soins infirmiers, ou encore des conseils des pharmaciens.

Graphique n° 11 : objets de discussion avec le professionnel de santé



Note de lecture : le rapport Charges et produits de la Cnam a identifié ce thème de la surveillance du risque d'iatrogénie médicamenteuse comme une priorité des politiques de prévention, qui devrait faire l'objet de programmes d'action de l'assurance maladie.

Source : Fonds du Commonwealth



Source : Fonds du Commonwealth

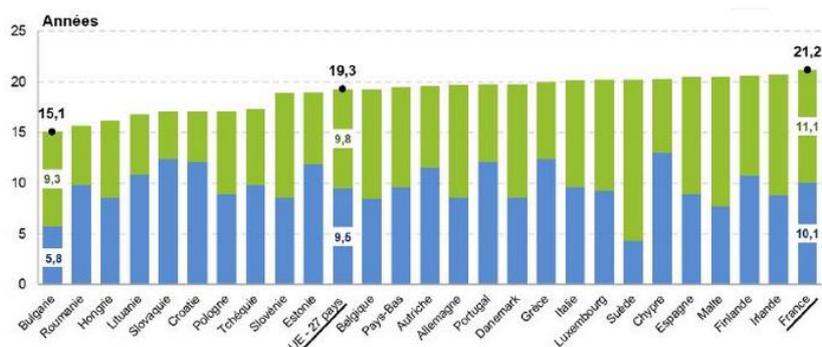
B. Les indicateurs de cadrage

1. Les indicateurs de l'Insee ou de la Drees

a) Les indicateurs d'espérance de vie :

Plusieurs indicateurs comparatifs sont disponibles, concernant l'espérance de vie - totale ou « en bonne santé ». Le graphique qui suit montre que la France est très bien placée pour ces deux indicateurs (surtout pour le premier).

Graphique n° 12 : espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à 65 ans dans l'Union Européenne en 2020



Source : Eurostat

Champ : Pays UE 27

Note de lecture : En 2020, la France est le pays de l'Union Européenne dont l'espérance de vie est la plus élevée avec 21,2 ans (21 ans et 2 mois) dont 11,1 ans (11 ans et 1 mois) en bonne santé.

Source : Eurostat (note de lecture : le bâtonnet vert représente l'espérance de durée de vie en bonne santé, la bâtonnet bleu, l'espérance de vie avec incapacité).

Peut-on utiliser ces indicateurs à des niveaux plus fins ? On peut, de fait, repérer des variations selon les territoires. Ainsi, selon l'Insee, il existe des zones de surmortalité ou de sous-mortalité à l'intérieur de la plupart des régions et départements et on peut même caractériser à l'échelle des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) un couloir de forte mortalité qui s'étend des Hauts-de-France, en passant par la diagonale de la frontière luxembourgeoise, jusqu'au nord du Massif Central. À l'opposé, un arc de faible mortalité s'étend de l'Ile-de-France à la façade atlantique (hormis la pointe bretonne), et du sud de la France jusqu'au Jura.

Mais le lien entre ces indicateurs globaux et l'offre de soins est ténu, les déterminants principaux étant liés aux comportements à risque (consommation de tabac, d'alcool...) et à des facteurs environnementaux (conditions de travail, d'habitat, d'alimentation, pollution de l'air, etc.).

b) Les indicateurs tirés de l'interrogation des usagers

D'autres indicateurs très globaux sont disponibles, grâce aux enquêtes menées auprès des usagers. Ainsi, en France en 2020, 69 % des personnes âgées de 16 ans ou plus se déclarent en bonne ou très bonne santé. À l'opposé, 9 % qualifient leur état de mauvais ou très mauvais. Ces proportions évoluent peu depuis 2010, mais varient sensiblement selon l'âge.

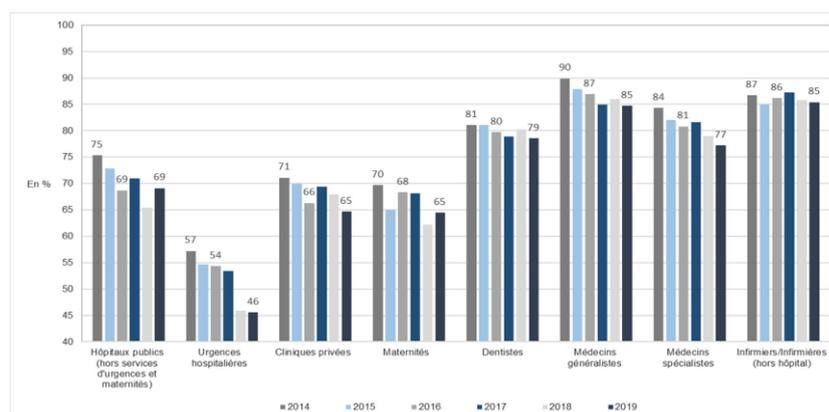
Une des difficultés rencontrées dans les études menées par sondages auprès des patients, sur cette thématique de l'accès aux soins tout particulièrement, est la forte dépendance des réponses aux formulations des questions, qui peuvent ou non, selon les cas, mener à des constats préoccupants.

Les enquêtes de la Drees (citées dans l'insertion au RPA210), pour leur part, évitent ce biais en constituant des séries plus longues, les questions demeurant constantes. On peut en retirer des enseignements utiles : ainsi, que le taux de satisfaction quant à la qualité des soins médicaux offerts dépend du type de structure, comme le montre le graphique qui suit.

Autre enseignement, on constate depuis 2014 une baisse du taux de satisfaction, quel que soit le type de structure, même si celle-ci est particulièrement marquée pour les urgences hospitalières (- 11 points), et hors secteur hospitalier, pour les médecins spécialistes (- 7 points).

²¹⁰ Voir l'insertion sur *les interventions des collectivités territoriales en faveur de l'accès aux soins*, dans le RPA de mars 2023.

Graphique n° 13 : part des personnes satisfaites des soins médicaux offerts, selon le type de structure



Question posée : « En général, concernant la qualité de soins ou des services offerts par les prestataires suivants, diriez-vous que vous êtes très satisfait /plutôt satisfait / ni satisfait / ni insatisfait / plutôt insatisfait / très insatisfait / je ne suis jamais allée ou je ne connais pas / ne sait pas ? » Note > : les résultats ont été calculés en ne prenant pas en compte les personnes déclarant ne pas connaître ou ne jamais être allé (réponse possible mais non proposée directement aux personnes interrogées) : à l'hôpital public (5 %), aux urgences hospitalières (9 %), dans une clinique privée (17 %), chez un dentiste ou un orthodontiste (1 %), un médecin spécialiste (3 %), un infirmier (8 %) ou dans une maternité (21 %).

Lecture : en 2019, 69 % des Français sont satisfaits (très et plutôt satisfaits) des soins médicaux offerts par les hôpitaux publics (hors services d'urgences et maternités). Champ > Personnes résidant en France métropolitaine, âgées de 18 ans ou plus.

Source > Baromètre d'opinion de la Drees, 2014-2019.

Une limite de cet indicateur est cependant son caractère global, qui empêche d'en tirer des déclinaisons locales pour permettre de détecter des signaux faibles, liés aux éventuelles insuffisances localisées dans l'offre, pour ainsi contribuer à les résorber. Une autre difficulté apparaît, la contradiction apparente entre un taux de satisfaction globale qui demeure élevé (même s'il a légèrement décliné) et des réponses partielles sur le sentiment d'accessibilité aux soins plus fréquemment inquiètes.

c) Le taux de renoncement aux soins

Un autre indicateur parfois cité, mais difficile à décliner et à utiliser de manière précise, est le taux de renoncement aux soins. Selon un document de l'Insee²¹¹, en effet, « le renoncement aux soins est difficile à appréhender. Distinguer la part des renoncements pour raisons financières l'est encore plus, le motif principal déclaré n'étant pas suffisant puisque le

²¹¹ L'état de santé de la population en France > Les dossiers de la DREES n° 102 > septembre 2022.

renoncement est une appréciation subjective, tout comme le choix du motif déclaré comme étant principal (Lapinte et Legendre, 2021). » Il est donc difficile de tirer des conclusions d'un léger accroissement du taux déclaré : « en 2017, 3,1 % des personnes de 16 ans ou plus vivant en France métropolitaine ont renoncé à des soins médicaux, d'après l'enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV) de l'Insee (Legal, 2015), contre 3,6 % en 2019. »

Il est encore plus difficile d'apprécier l'effet sur ces taux des facteurs liés à l'accès à l'offre de soins, d'autant que les différents facteurs se conjuguent. Les facteurs culturels, liés à la fois au revenu et au type de résidence, accroissent encore les effets différentiels sur le renoncement aux soins : « la peur du médecin, de l'hôpital, de l'examen ou du traitement retient de consulter 1,1 % des patients dont le niveau de vie est inférieur au premier quintile de niveau de vie. Cette proportion est quatre fois moindre parmi les 40 % de patients aux niveaux de vie les plus aisés », selon l'Insee.

On note un lien entre l'intensité du renoncement aux soins et les inégalités territoriales et sociales de santé : en 2017, 3,1 % des personnes de 16 ans ou plus vivant en France métropolitaine, soit 1,6 million de personnes, ont renoncé à des soins médicaux, d'après l'enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV) de l'Insee. Les personnes pauvres en termes de conditions de vie ont trois fois plus de risques de renoncer à des soins que les autres. En outre, dans une zone très sous-dotée en médecins généralistes, leur risque est plus de huit fois supérieur à celui du restant de la population²¹². Les deux facteurs exercent ainsi un effet cumulatif : selon le même document, « le renoncement est (d'abord) lié aux ressources du ménage, mais la faible densité médicale peut être un facteur aggravant pour les personnes les plus modestes²¹³.

2. Les indicateurs de l'OCDE

a) Le nombre moyen de consultations par an

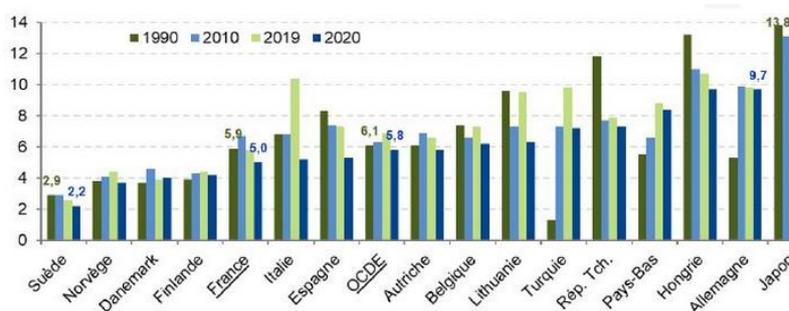
L'évolution du nombre de consultations par an et par patient peut constituer un indicateur global intéressant, par son niveau absolu comme par son évolution. Mais son interprétation est délicate. Ainsi, le nombre

²¹² *La faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres* Études et résultats n° 1200. Paru le 28/07/2021.

²¹³ Dans les zones de faible densité médicale, le risque de renoncement aux soins est accru pour les personnes les plus défavorisées. Parmi les personnes qui ont renoncé à des soins, 6,9 % vivent dans une zone très sous-dotée en médecins généralistes (moins de 2 consultations accessibles par an et par habitant en moyenne), contre 4,4 % de celles ayant consulté autant que nécessaire (Legendre, 2021).

relativement faible de consultations par habitant en Finlande (4,4) s'expliquerait d'après l'OCDE par une activité ciblée des médecins, qui se concentreraient sur les cas les plus graves ou complexes, les autres patients étant pris en charge par d'autres professionnels de santé comme les infirmiers (ce modèle étant considéré comme pertinent par l'OCDE, les indicateurs globaux de la Finlande étant de manière générale très bons).

Graphique n° 14 : nombre annuel de consultations de médecins par habitant 1990-2020



Source : OCDE 2021

b) Les autres indicateurs de l'OCDE

L'OCDE publie par ailleurs un « jeu » d'indicateurs supposés traduire les performances comparées des différents pays qui acceptent de participer aux études (tous participent aux études générales, le nombre est souvent plus restreint pour des études plus spécifiques et plus approfondies).

Les données globales disponibles sur ces comparaisons internationales fournissent aussi quelques indications sur le niveau des inégalités sociales de santé en France. Les données de l'OCDE pour 2019 font apparaître ainsi des chiffres satisfaisants pour l'espérance de vie ou la mortalité évitable²¹⁴, qui sont des indicateurs synthétiques significatifs. On peut supposer que les soins de premier recours contribuent à cette situation plutôt favorable.

D'autres indicateurs, comme la part de la population déclarant avoir des besoins de santé non satisfaits (1,2 % en France contre 1,8 % en

²¹⁴ Cet indicateur est décomposé en deux sous-indicateurs, mortalité évitable par la prévention et par le système de soins. Ce taux global est de 153 en France pour 100 000 habitants, contre 199 en moyenne dans l'OCDE, et 171 en Allemagne, par exemple (mais 141 en Espagne).

Belgique et 4,5 % en Grande Bretagne – mais 0,3 % en Allemagne) sont également plutôt rassurants (même s'ils s'expliquent sans doute plus par des facteurs relatifs à la prise en charge financière qu'à l'offre de soins).

Ces données, comme d'autres qui portent plus spécifiquement sur les soins primaires, révèlent dans tous les pays des situations contrastées. En France, ainsi, par comparaison aux autres pays de l'OCDE, l'état de santé perçu est médiocre²¹⁵ : 8,9 % de la population se sent en mauvaise santé, et ce malgré le niveau important des dépenses de santé dans le PIB dans ces comparaisons (et un niveau de dépenses par habitant qui demeure assez élevé, par rapport aux autres pays de l'OCDE, bien que la France soit en 12ème position sur cet indicateur en 2019).

Certes, ces perceptions ne traduisent pas nécessairement la réalité des situations²¹⁶. Mais les données du dernier rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale²¹⁷, relatives à 2022, permettent de confirmer la stabilité – à un niveau élevé - des écarts d'espérance de vie liés aux catégories socioprofessionnelles : à 35 ans, cet écart est ainsi entre les cadres et les ouvriers de 6,4 ans chez les hommes et de 3,2 ans chez les femmes sur la période 2009-2013, proche de son niveau de la période précédente (2000-2008). Quant aux écarts d'espérance de vie par niveau de vie, ils sont eux aussi importants : à 35 ans, de 9 ans chez les hommes et 5 ans chez les femmes entre les plus aisés (4ème quartile) et les plus modestes (1er quartile), pour 2012-2016. Ces écarts sont plus élevés que dans les pays comparables.

C. Les indicateurs de pilotage territorial

Plusieurs indicateurs²¹⁸ ont paru conjuguer deux qualités importantes, du point de vue exposé ici : en premier lieu, chacun d'entre eux peut être calculé sur des territoires assez réduits en population. En outre, certains peuvent être rattachés à un des trois volets fondamentaux de la problématique, multiforme, de l'accès aux soins.

²¹⁵ Ce « ressenti » est d'ailleurs peut-être en lien avec une inquiétude plus fréquente quant à l'accès aux soins, en raison de disparités territoriales accrues.

²¹⁶ Les données relatives aux Etats-Unis d'Amérique témoignent ainsi d'un état de santé jugé très satisfaisant dans les enquêtes sur la perception, malgré des indicateurs souvent dégradés, entres autres de mortalité évitable, de prévalence du diabète, ...

²¹⁷ Précédemment dénommées Programmes de qualité et d'efficacité, ces rapports étaient annexés au PLFSS. Ils doivent être désormais produits au printemps en même temps que le projet de loi dit « Placss », en l'occurrence pour 2022.

²¹⁸ L'indicateur relatif au taux de PSMT vaut également pour l'indicateur dérivé, relatif à l'écart de ce taux entre la moyenne et le seul groupe de patients bénéficiant de la C2S.

1) L'APL

a) L'APL des médecins généralistes

Pour qualifier plus finement l'accès géographique, la Drees et l'Irdes ont développé l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), qui constitue un indicateur composite, se présentant comme un nombre de consultations par habitant du territoire, après standardisation de la demande de soins par l'âge, prise en compte des distances entre domicile du patient et lieu d'exercice des médecins, ainsi que des densités de professionnels dans un territoire avec une pondération par le niveau d'activité de ces professionnels. Il se veut donc plus fin que les indicateurs usuels de densité ou de temps d'accès. L'APL est un indicateur local, disponible au niveau de chaque commune, qui tient compte de l'offre et de la demande de soins issues des communes environnantes, de façon décroissante avec la distance. Il est calculé pour une dizaine de professions et de spécialités médicales.

Sa méthode de calcul a été modifiée à plusieurs reprises. Comme tout indicateur, cependant, cet indicateur repose sur des conventions dans ses modalités de calcul, d'ailleurs variables d'une enquête à l'autre : ainsi on applique à la mesure de l'offre un coefficient de dégressivité, variable avec les distances à parcourir pour le patient, dont la valeur peut être modifiée²¹⁹ ; de même on peut introduire des seuils d'âge pour les praticiens inclus (on exclut parfois du calcul les praticiens âgés de plus de 65 ans, voire de 60 ans si on souhaite que l'indicateur anticipe sur les problèmes à venir de démographie médicale).

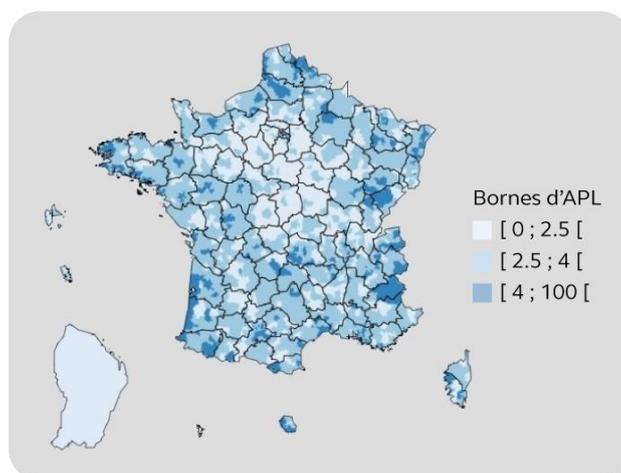
b) Un indicateur pertinent pour constituer un zonage

L'indicateur APL, exprimé en nombre de consultations accessibles par an et par habitant, peut être utilisé pour préciser quelles sont respectivement les zones sur- et sous-denses en médecins généralistes, car il prend en compte la structure d'âge de la population, l'activité des médecins, la distance entre domicile et lieu d'exercice des médecins, et ce, à des échelles géographiques fines.

²¹⁹ Selon que l'on retient comme pertinente pour un médecin généraliste une distance maximale de 15 ou de 20 minutes, les résultats se modifient fortement, en termes de territoires sous-dotés. De même si au lieu d'appliquer une dégressivité linéaire, on applique un modèle fondé sur la probabilité pour un patient de faire ce déplacement, compte tenu des accès plus proches. Enfin, des seuils plafonds et planchers sont appliqués, pour ramener conventionnellement l'activité enregistrée à des seuils (selon une note de méthode de la Drees, près de 15 % des valeurs brutes sont ainsi corrigées),

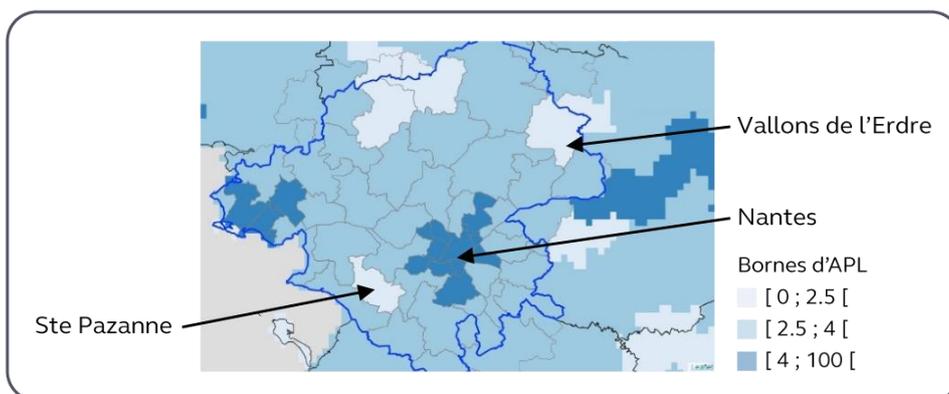
La carte suivante présente pour l'année 2022 la situation des médecins généralistes libéraux ou exerçant en centre de santé, de 65 ans et moins (source DREES) : on relève que le territoire national est parsemé de zones denses et de zones peu denses, les unes et les autres n'étant pas forcément très éloignées, rendant possible pour un médecin un exercice dans deux zones, distantes de moins d'une heure.

Carte n° 3 : répartition sur le territoire des zones sur-denses et sous-denses



Source : Drees

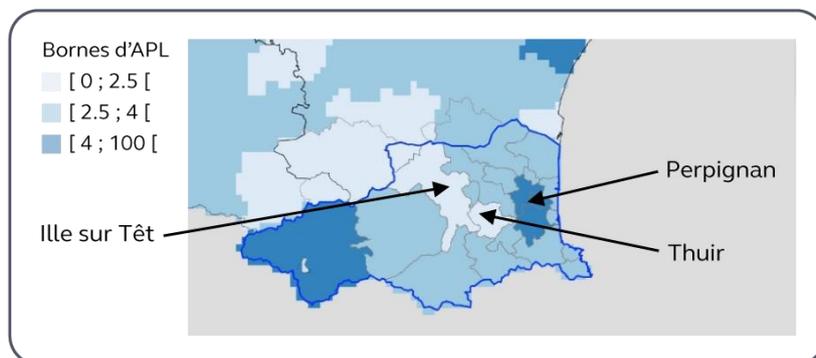
Ainsi, par exemple, en réalisant un zoom sur la Loire-Atlantique, on observe des fortes disparités intra-départementales (le découpage présenté ici repose sur les territoires de vie-santé ou bassins de vie) :



L'APL de Nantes atteint 4,6, alors que Sainte-Pazanne, au Sud-Ouest, est à 2,3, cette commune étant située à 40 minutes du centre de Nantes. Vallons de l'Erdre, au Nord-Est du département, à 53 minutes de Nantes, a un APL MG de 2 seulement.

Dans de tels cas, fréquents, la disposition demandant à des jeunes médecins s'installant à Nantes de consacrer une partie de leur activité à ces zones en difficulté permettrait de lisser les écarts actuellement observés.

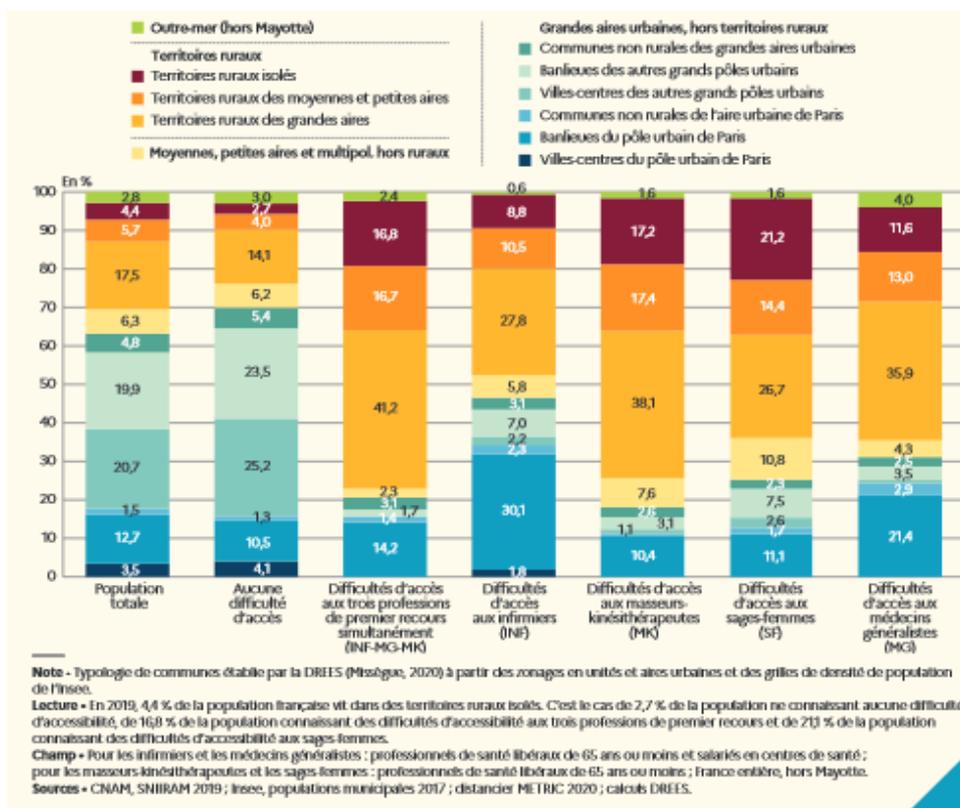
Autre exemple, dans les Pyrénées Orientales, les mêmes types d'écarts sont notés. Perpignan présente un APL de 4,2, alors que Thuir, situé à 22 minutes, ou le territoire de Ille-sur-Têt, à 21 minutes, ont un APL de seulement 2,3.



c) L'APL des diverses professions de premier recours

La valeur qui concentre le plus l'attention est l'APL pour les médecins généralistes, qui présente de fait l'avantage de permettre une analyse, par territoires assez fins, de la capacité des médecins généralistes présents à répondre à la demande standardisée en soins. Mais cet indicateur est calculé pour de nombreuses professions, ce qui permet de rendre compte du cumul des difficultés d'accès, situation qui se rencontre souvent, avec des proportions variables selon les professions examinées. Une étude de la Drees permet de présenter un ordre de grandeur de ces difficultés cumulées.

Graphique n° 15 : part de la population concernée ou non par des difficultés d'accès aux professionnels de santé selon le type de commune de résidence (en 2019)



Source : études et résultats, n° 1206 (Drees)

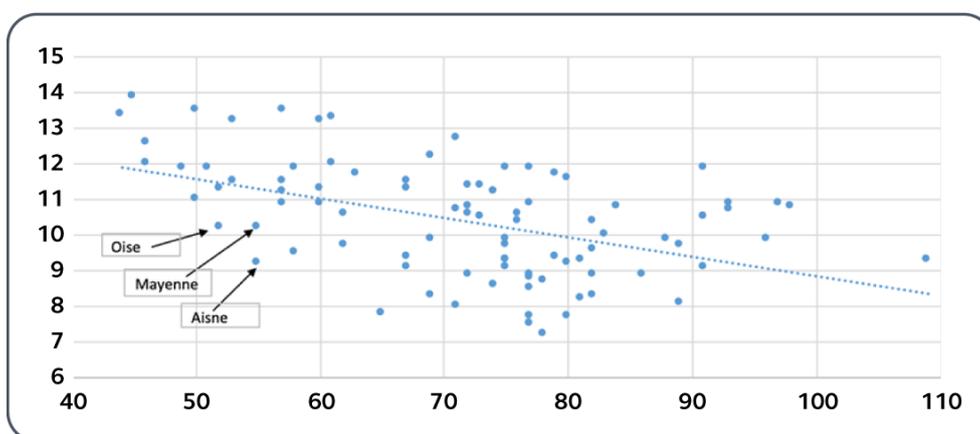
2) Les patients sans médecin traitant (PSMT)

Les données relatives au nombre de patients sans médecin traitant permettent de définir deux autres indicateurs, proposés dans le présent rapport : le premier, qui suit le taux de patients adultes sans médecin traitant par territoires, est représentatif du volet « soins programmés » de l'offre de soins. Le deuxième (à construire) devrait viser à analyser pour chaque territoire, l'écart entre ce taux et celui pour les seuls patients bénéficiaires de l'assurance santé solidaire (C2S), pour refléter l'intensité, variable selon les territoires, de « l'aller-vers » les populations précarisées.

Pour le premier indicateur, une analyse récente, réalisée sur l'ensemble des départements, semble confirmer sa pertinence, en montrant

que le taux de PSMT dépend de la densité des médecins, mais avec de fortes variations autour de la valeur attendue (selon la droite de régression expliquée par la densité).

Graphique n° 16 : taux de patients sans médecin traitant en fonction de la densité de médecins généralistes libéraux



Source : étude Cnam pour le HCAAM (données 2019) - note : hors médecins à exercice particulier

Le département de la Mayenne, par exemple, signalé par une flèche dans le graphe ci-dessus, est caractérisé par un fort investissement ancien dans le déploiement d'un réseau de maisons de santé, qui a pu contribuer à maintenir le taux de PSMT en-deçà de la moyenne. Si cette interprétation est fondée, de nombreux départements pourraient réduire leur taux de PSMT en déployant des politiques plus structurées.

L'usage de cet indicateur suppose cependant qu'on en connaisse certaines limites intrinsèques : en premier lieu, la cible ne peut pas être 100 % de patients avec médecin traitant, ni en général ni même pour les seuls patients en ALD. En effet, les comportements par âge sont variables. Le taux pour les enfants n'est pas encore très fiable, dans la mesure où l'obligation d'une inscription pour eux est encore assez récente (intervenue en 2017). Même pour les adultes, les taux élevés observés chez les jeunes adultes traduisent un comportement sinon volontaire, du moins une abstention délibérée chez des personnes peu concernées par les problèmes de santé.

Pour les patients en ALD eux aussi, qui peuvent apparaître comme les plus dépendants d'un médecin traitant pour leur suivi, la réalité est contrastée. Selon une étude récente des services de la Cnam, parmi les patients en ALD sans médecin traitant, 20 % environ n'auraient aucune consommation de soins, 25 % seraient vus de manière constante et parfois

fréquente par leur médecin, non déclaré et reconnu comme « médecin traitant ». Enfin, pour les 55 % restants, nombre de patients peuvent être suivis assez souvent par un spécialiste, cardiologue ou néphrologue, par exemple. Au total, il est difficile d'établir avec précision la part relative des patients qui ont un besoin avéré de suivi fréquent par un médecin de médecine générale et qui ne peuvent trouver de médecin traitant.

La Cnam a entrepris de rechercher une couverture exhaustive des patients en ALD par un médecin traitant. Une part au moins de l'effort consiste à convertir un patient vu en « file active » en patient inscrit auprès d'un médecin traitant. L'augmentation des forfaits versés pour l'inscription d'un patient ALD en PMT est un des leviers mobilisés, de même que la recherche systématique de possibilités « d'appariement » entre un patient et son médecin le plus fréquemment consulté. Le progrès est réel, mais il ne sera pas spectaculaire pour tous les patients qui même sans être jusque-là « PMT » étaient de facto suivis de manière régulière.

3) Les hospitalisations évitables

La capacité du système de soins de premier recours dans son ensemble à faire face aux demandes peut s'apprécier aussi à travers l'analyse des hospitalisations évitables. Le taux d'hospitalisations potentiellement évitables est d'ailleurs utilisé comme un indicateur de performance des soins de premier recours dans de nombreux pays²²⁰. Il est fondé sur l'analyse du nombre d'hospitalisations dues à des pathologies chroniques pour lesquelles une prise en charge plus efficace des patients en ville réduirait les risques d'hospitalisation²²¹.

Selon une étude récente de la Drees²²², 265 000 hospitalisations auraient pu être évitées en 2017, soit environ un séjour en médecine sur 40,

²²⁰ On parle aussi, d'ailleurs, « d'admissions pour des situations sensibles aux soins ambulatoires » (ACSC : « ambulatory care sensitive conditions »). Il a été montré que la France présentait en 2010 des taux d'ACSC plus élevés que la plupart des autres pays : W.B. Weeks, B. Ventelou, A. Paraponis. *Rates of admission for ambulatory care sensitive conditions in France in 2009-2010 : trends, geographic variation, costs, and an international comparison*, Eur J. Health Econ, 2016, 17:453-470.

²²¹ La liste de ces pathologies ne fait pas l'objet d'un consensus international mais la plupart des travaux retiennent la liste suivante : asthme (pour les patients de plus de 18 ans) ; insuffisance cardiaque (de plus de 40 ans) ; bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) [âge ≥ 18 ans] ; déshydratation (âge ≥ 65 ans) ; complications du diabète à court terme (âge ≥ 40 ans) ; angine de poitrine sans infarctus du myocarde (âge ≥ 40 ans). Un guide établi en 2018 par la DGOS et l'ATIH présente la méthode.

²²² A. Bergonzoni, B. Legendre, J. Richet., *les hospitalisations potentiellement évitables touchent davantage les ouvriers et les agriculteurs*, Drees, Études et résultats n° 1262, avril 2023.

dont la moitié au titre de l'insuffisance cardiaque. Ce nombre d'hospitalisations potentiellement évitables est stable depuis 2012. Quatre sur cinq concernent des patients de plus de 65 ans. Deux causes apparaissent conjuguées : l'origine socio-professionnelle, d'une part (les agriculteurs exploitants et les ouvriers sont les catégories socioprofessionnelles les plus exposées), le lien avec le médecin traitant, d'autre part.

Le risque d'hospitalisation évitable est en effet cinq fois et demi plus élevé pour les patients n'ayant pas consulté leur médecin traitant au cours des 12 mois précédents que pour ceux ayant consulté une ou deux fois leur médecin traitant. L'analyse des taux d'hospitalisation évitable par territoire contribue donc à mettre en évidence les territoires où le suivi des patients en ville est insuffisant et la prévention de l'hospitalisation défailante.

Les données correspondantes sont fondées sur des algorithmes d'analyse de la base PMSI. Aussi, leur disponibilité est liée à celles de la base PMSI, alimentée en temps réel par les établissements, l'ATIH mettant à disposition les données de manière réactive. Toutefois, les établissements ont la possibilité de transmettre les données PMSI avec un certain délai après la sortie du patient. Un temps de validation par l'ARS est aussi nécessaire. Enfin, des données corrigées peuvent être envoyées par les établissements. Aussi, il est raisonnable d'attendre trois mois après la fin d'une période pour considérer que le recueil a atteint la quasi-exhaustivité sur cette période.

On devrait donc pouvoir disposer là aussi de données assez récentes et qui peuvent être déclinées par territoires (puisque les séjours hospitaliers peuvent être analysés selon le lieu de résidence des patients, avec un regroupement par exemple par CPTS).

4) Les taux d'accès aux urgences en CCMU 1 : (classification clinique des malades aux urgences)

Un autre indicateur potentiel, susceptible de caractériser de manière pertinente la capacité de réponse des professionnels de santé aux demandes de soins de premier recours, est le taux d'accès aux urgences en CCMU 1. Ce taux correspond aux patients qui n'ont eu besoin d'aucun acte complémentaire d'imagerie ou biologie médicale et auraient pu donner lieu à une prise en charge en ville en médecine générale. Le taux de patients de cette catégorie admis aux urgences est en effet représentatif de l'efficacité, variable selon les territoires, du premier niveau des soins non programmés, qui permet d'éviter des passages aux urgences.

Le stade CCMU 2 est constitué par les patients dont l'état est stable, mais qui ont eu besoin d'examen complémentaires et ne pourraient être pris en charge en dehors de l'hôpital qu'à condition d'avoir accès à des

plages de consultation et d'examens complémentaires non programmés ou à des structures pratiquant la petite traumatologie. Il représente la majorité des recours²²³ (60 à 70 %).

Dans ce deuxième sous-ensemble, la part potentielle de patients pouvant être pris en charge en ville est loin d'être majoritaire, elle serait au maximum de l'ordre de 20 %²²⁴. Une analyse approfondie récente, menée sur les données d'une enquête ancienne de la Drees de juin 2013 (30 000 patients adultes inclus), estime la fourchette de ces recours inadéquats entre 13,5 % et 27,4 %²²⁵. La probabilité de recours inadéquat est diminuée chez les patients les plus âgés et ceux habitant à plus de 10 km ; elle est par contre augmentée pour les patients sans assurance complémentaire, sous CMU, ou porteurs de symptômes depuis plusieurs jours. Il n'y a pas d'impact observé de la densité de l'offre médicale.

Compte tenu de cette incertitude, et dans l'attente du déploiement d'un outil en phase de test dans plusieurs ARS (fondé sur une analyse par algorithme des relevés de passage), il a paru plus efficace de retenir pour indicateur synthétique le taux de CMU 1.

Les informations élémentaires sont contenues dans les résumés de passages aux urgences (RPU), transmis aux instances de veille sanitaire, quotidiennement, ainsi qu'à l'ATIH. Les observatoires régionaux des urgences assurent l'exploitation de ces données chaque année. Une analyse infra-annuelle est sans doute possible, en se donnant un délai de 3 mois pour assurer une transmission complète des données.

²²³ Les autres patients, dans les classes les plus sévères, 3 (instables médicalement), 4 et 5 (mise en jeu du pronostic vital et réalisation de gestes de réanimation) doivent être pris en charge en environnement hospitalier dans un délai bref, mais représentent une petite proportion. Le taux d'hospitalisation des patients se rendant aux urgences est globalement de l'ordre de 20 %, avec de fortes variations selon la classe d'âge : au maximum de 10 % pour les moins de 15 ans (qui représentent de 20 à 25 % des passages) jusqu'à 40-50 % pour les plus de 75 ans (de l'ordre de 15 % des passages).

²²⁴ Cour des comptes, Rapport public annuel 2019, chap. 6, *Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités*, février 2019.

²²⁵ D. Naouri et al. *Factors associated with inappropriate use of emergency departments: findings for a cross-sectional national study in France*, BMJ Qual Saf, 2020, 29:449-464.

Annexe n° 4 : les aides ciblées attribuées aux professionnels de santé pour mieux organiser l'offre de soins de premier recours

A. Un inventaire délicat

Aucune liste n'a été établie, pour récapituler l'ensemble des mécanismes destinés à structurer l'offre de soins. Cela s'explique par une difficulté de principe : une incitation peut être définie comme un écart délibéré par rapport à une norme de référence²²⁶. En matière de santé, on peut caractériser la norme implicite par une correspondance entre la charge des soins et les contreparties financières, apportées par l'assurance maladie : tout apport de ressources sans prise en charge en contrepartie est présumé constituer une « aide ».

Mais l'appréciation fine de cette correspondance, ou à l'inverse le constat d'incitations volontaristes traduites par des écarts, n'est pas aisée à établir. On peut donner de nombreux exemples des hésitations possibles :

- la majoration de la première consultation par le médecin traitant (pour des patients en ALD) doit-elle s'interpréter comme une incitation, destinée à réduire le nombre de ces patients sans médecin traitant, ou comme une plus juste compensation de la charge de travail supplémentaire souvent associée à cette reconnaissance²²⁷ ?
- de nombreuses mesures dites « de nomenclature » existent, qui permettent de majorer les tarifs de certains actes (souvent avec un nombre plafond de consultations majorées possible) : s'agissant des médecins, pour les enfants, les personnes avec un trouble de santé mentale ... Ces majorations sont-elles la rétribution du temps passé, de fait plus important, ou une incitation forfaitaire, indépendante de la charge supplémentaire de travail identifiable ?

On propose ici d'adopter une règle pragmatique et de considérer que ne constituent des aides que des incitations clairement identifiables, ciblées et indépendantes des sujétions imposées aux professionnels.

²²⁶ La même difficulté se rencontre pour définir par exemple les dépenses fiscales, qui supposent connue une norme de référence, délicate à établir précisément.

²²⁷ Le régime de cette majoration vient d'être modifié, dans le règlement arbitral rendu en mai 2023 : les patients en ALD de plus de 75 ans ne bénéficiaient jusqu'ici que d'une majoration forfaitaire annuelle (les deux majorations se cumuleront).

On peut prendre l'exemple du financement de la PDSA : l'organisation d'une permanence des soins efficace est une question essentielle pour l'ensemble du système des soins de premier recours, il s'agit même d'une de ses missions primordiales. Mais son financement, qui allie de manière complexe et d'ailleurs variable selon les territoires, des forfaits pour les astreintes, la rémunération des interventions et celle de la régulation téléphonique ne fait pas apparaître d'aide repérable²²⁸, indépendante de charges évidentes.

B. Les aides aux professionnels pour l'installation ou le maintien en zones sous-denses

Si on distingue les aides selon leur finalité, la première catégorie qui apparaît, quant à la chronologie et même aux montants, est celle des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien des professionnels libéraux dans des territoires déficitaires. Dès 2005, la loi a autorisé les collectivités territoriales à intervenir à cette fin²²⁹. Les ARS puis l'assurance maladie se sont ensuite substitués aux élus, respectivement à partir de la loi de 2009 puis des négociations conventionnelles du milieu des années 2010 avec les professions médicales ou paramédicales (presque toutes celles dont les soins font l'objet d'une prise en charge financière par l'Assurance maladie).

Bien entendu, les dispositifs varient d'un département ou d'une région à l'autre, dans les modalités et en niveau (certains refusent toute intervention, d'autres se veulent plus volontaristes). L'hétérogénéité est encore plus marquée s'agissant du bloc communal, certaines aides retenant l'attention périodiquement des médias par leur importance ponctuelle.

Des mesures beaucoup plus significatives au plan financier ont été mises en place par les ARS et par l'assurance maladie. La coexistence d'un double dispositif de soutien avait rendu assez confus le système d'aides : la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2023 l'a simplifié en recentrant la responsabilité des ARS sur les seuls contrats de « pré-

²²⁸ Sauf exceptions : lors d'un atelier organisé avec des acteurs du soin, la situation de la Lozère avait été signalée. Les permanences en nuit profonde, coûteuses, n'y mobilisaient que très rarement les médecins et pouvaient ainsi en partie s'apprécier comme une forme de soutien à l'exercice médical en zones peu denses.

²²⁹ Loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux. L'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales (CGCT) qui en est issu, autorise ainsi plusieurs formes d'interventions dans des « zones sous-dotées » : subventions d'investissement, mise à disposition de locaux construits et aménagés, prise en charge d'une partie des frais de fonctionnement (avec parfois la mise à disposition de personnel ou la prise en charge de salaires pour l'accueil ou la coordination) ...

recrutement » (ce qui est logique, les étudiants par exemple ne pouvant être dans un rapport conventionnel avec l'Assurance maladie²³⁰), les incitations en direction des professionnels en exercice étant toutes désormais à la charge de l'assurance maladie.

Pour les différentes professions soutenues en zones sous-denses, les aides de l'assurance maladie sont ainsi le levier principal, au moins par leur montant global. Elles prennent la forme de contrats, conclus entre le professionnel et la caisse locale (Cpam) pour une durée déterminée, renouvelable par tacite reconduction : de cinq ans pour ceux (plus avantageux) qui soutiennent une installation professionnelle et de trois ans pour ceux relatifs à un maintien d'activité dans des zones sous-denses (en zone d'intervention prioritaire²³¹). En contrepartie d'un engagement du professionnel à exercer en zone sous-dense pendant toute la durée de son contrat, à avoir un certain niveau d'activité et à remplir certaines conditions techniques d'informatisation et de télétransmission des justificatifs, il perçoit une aide forfaitaire de l'assurance maladie.

Le montant de ces aides est variable selon les professions, allant de 50 000€ maximum pour les médecins dans le cadre du contrat d'aide à l'installation, à 19 500€ maximum pour les orthophonistes²³². Ces aides conventionnelles à l'installation et au maintien dans des zones sous-denses représentent un coût croissant pour l'assurance maladie, en augmentation de près de 100 % entre 2015 et 2020 (de 49,5 M€ en 2015 à 95,6 M€ en 2020). La part des dépenses consacrées à ces dispositifs connaît une forte dynamique puisqu'elle représentait 1,6 % des aides conventionnelles en 2018 et 12,7 % en 2020.

²³⁰ Ces aides en cours de formation versées par les ARS, regroupées désormais en un contrat unique dit « d'engagement », représentaient quant à elles, en 2022, un montant d'environ 20 M€ par an. D'autres aides plus ponctuelles sont également prévues pour aider les internes et les stagiaires à se loger, à se déplacer jusqu'à leur lieu de stage, enfin pour développer les lieux d'accueil, en soutenant les professionnels « maîtres de stages ».

²³¹ Le périmètre des zonages a évolué de manière continue, les zones éligibles aux aides s'étendant parallèlement.

²³² Le montant des aides accordées pour le maintien de l'activité est inférieur. Ces contrats incitatifs prévoient des majoration d'aides dans le cas où le professionnel exercerait des fonctions de maître de stage. Ils sont complétés pour les médecins et les orthophonistes de contrats dits « de transition », pour faciliter la reprise d'une activité en zone sous-dense au moment des départs en retraite. En contrepartie du soutien du professionnel déjà installé à un jeune qui reprendra son cabinet, le professionnel perçoit une majoration de ses honoraires d'activité, hors dépassement d'honoraires et rémunérations forfaitaires, pendant un an maximum, renouvelable une fois.

Cette dynamique est variable selon les professions. Au 31 décembre 2020, sur les 10 800 médecins libéraux conventionnés exerçant en zone sous-dense, 4 600 environ bénéficiaient d'un contrat conventionnel, pour un montant total d'aides de 28,7 M€ intégrant les majorations des ARS²³³. La montée en charge de ces dispositifs est plus limitée chez les infirmiers, le nombre de contrats étant passé de 2 019 en 2016 à 2 678 en 2020, avec en parallèle une augmentation de l'aide moyenne perçue.

En contrepartie de ces aides, certaines professions ont accepté des mesures de régulation des installations, dites « de conventionnement sélectif » : en 2023, trois professions font l'objet de mesures contraignantes (en zones sur-dotées ou très sur-dotées) : les infirmières, les kinésithérapeutes et les sages-femmes. Le principe est le même (sous réserve d'adaptations) : l'accès au conventionnement et donc au remboursement de l'assurance maladie, qui conditionne en pratique l'installation du professionnel, doit être autorisé par l'ARS, après avis d'une commission départementale, et se trouve conditionné à la cessation d'activité d'un autre professionnel dans les zones sur-denses.

Le montant des aides directes de l'assurance maladie à l'installation ou au maintien en zones sous-denses est connu au travers des bilans présentés en commissions paritaires. Pour 2020, il serait de :

- 31,6 M€ pour les médecins ;
- 17,4 M€ pour les masseurs-kinésithérapeutes ;
- 14,2 M€ pour les infirmières ;
- 4,8 M€ pour les sages-femmes ;
- 3,2 M€ pour les orthophonistes ;
- 1,0 M€ pour les chirurgiens-dentistes ;
- soit un total de 73,1 M€.

Les aides démographiques des ARS sont désormais cantonnées (depuis 2023). Mais les dépenses enregistrées retracent les anciens contrats. Une évaluation de 8 M € avait été faite dans l'étude d'impact jointe au PLFSS pour 2023.

Quant aux aides démographiques des collectivités territoriales, elles sont difficiles à évaluer compte tenu de leur diversité (dans les financeurs et les modalités) et de l'absence de consolidation exhaustive. Toutes les études ponctuelles ont cependant confirmé leur relative modicité. Un montant de 10 M € par an peut être considéré comme assez plausible.

²³³ Il y avait 1 713 contrats d'aide à l'installation (CAIM, 196 en 2017), 2 676 contrats de stabilisation et de coordination (Coscom, 261 en 2017), 99 contrats de transition (Cotram, 16 en 2017) et 124 contrats de solidarité territoriale (CSTM, 35 en 2017).

On arrive donc à une estimation de 91 M € que l'on peut arrondir à 100 M € à ce stade.

C. Les aides accordées aux structures d'exercice coordonné

1. Un ciblage relatif des aides

Une deuxième « famille » d'aides porte sur les structures d'exercice coordonné. Les modalités de ces aides varient elles aussi, avec un degré de ciblage ou de conditionnalité variable. De nombreux conseils départementaux soutiennent ainsi de manière égale les différentes structures, cabinets de groupe ou MSP, voire cabinets isolés. Pour prendre l'exemple du département du Loiret, 14 communes avaient bénéficié d'une aide du département : les projets portaient principalement sur des aménagements de cabinets médicaux, sur des réhabilitations ou des extensions de maisons de santé et sur l'acquisition d'équipements. Ils concernaient dans quatre cas la construction d'une infrastructure destinée à accueillir une équipe de soins de premier recours.

Les régions, quant à elles, ciblent très généralement leurs aides sur les MSP et/ou les CDS, certains conseils départementaux privilégiant également ce type de structures. Surtout, les aides que les ARS et l'assurance maladie accordent aux équipements professionnels sont également fortement concentrées sur les structures d'exercice coordonné, MSP et CDS, les cabinets de groupe ne bénéficiant pas d'aides globales, ni à la construction, ni à l'équipement, ni au fonctionnement.

2. Les aides aux MSP et aux CdS

Les ARS ont un rôle particulier en amont pour la mise en place de ce soutien puisqu'elles préfinancent le plus souvent les projets, immobilier et médical (en subventionnant le coût d'un coordinateur ou du temps d'expertise). Les aides de l'assurance maladie interviennent pour leur part en aval, au niveau du fonctionnement. Un accord national interprofessionnel (ACI) et un accord national²³⁴ ont prévu la possibilité de rémunérations forfaitaires indexées sur de nombreux paramètres : pour les MSP ou les centres de santé, par exemple, l'amplitude horaire d'ouverture des structures et la présence de créneaux réservés aux soins non programmés...

²³⁴ Avec un règlement arbitral, d'avril 2015, puis un ACI d'avril 2017, pour les MSP ; avec un accord national, de juillet 2015, pour les Centres de santé, enfin avec un ACI d'octobre 2019 pour les CPTS.

En complément des rémunérations majorées qui peuvent être accordées à chacun des professionnels de santé²³⁵, l'aide versée de manière globale s'élevait en moyenne à 60 680 € par structure, pour un montant total de 55,6 M€ en 2019. Les montants consacrés à ce double objectif ont progressé de manière sensible, au cours des années récentes. Cette dépense devrait encore progresser dans les années futures, dans la mesure où un objectif de croissance volontariste a été réaffirmé par le gouvernement, avec une cible de 4 000 MSP soutenus par l'ACI en 2027.

S'agissant des centres de santé, les objectifs des pouvoirs publics sont plus contrastés : ils entendent prévenir d'une part le risque de soins délivrés de manière « industrielle » et parfois non conforme à la déontologie (diverses alertes ont été constatées, conduisant à engager un programme de contrôles renforcés sur certains centres spécialisés dans les soins dentaires et l'ophtalmologie). Une loi récente a ainsi prévu l'obligation d'un agrément des ARS, pour ce type de centres²³⁶. Dans le même temps, les pouvoirs publics souhaitent encourager le développement des centres de santé polyvalents ou médicaux, en particulier de ceux qui sont soutenus ou même gérés par des collectivités territoriales et qui apportent souvent une réponse indispensable aux carences de l'offre libérale, dans des territoires très mal desservis. De fait, de tels centres ont un rôle à jouer, à condition que leur gestion soit suffisamment rigoureuse, comme l'a indiqué récemment la Cour²³⁷.

Même si les aides ne distinguent pas le type de centres ni leur spécialité, la progression globale des montants consacrés aux dotations forfaitaires traduit bien le soutien que l'assurance maladie apporte à leur contribution aux soins de premier recours.

3. Les aides aux autres structures – CPTS et ESP

Les aides au fonctionnement des CPTS sont souvent assimilées à des aides à l'exercice coordonné, même si ces « communautés » constituent en réalité un cadre de concertation et de coordination entre professionnels et non pas de délivrance de soins. On peut cependant aussi admettre qu'il existe une sorte de continuum, dans ces différentes structures, qui va d'une simple juxtaposition de pratiques médicales et paramédicales à une intégration d'une partie de l'offre.

²³⁵ S'agissant des médecins en particulier, l'appartenance à une structure d'exercice coordonné rend nettement plus aisé le bénéfice du forfait structure, par exemple.

²³⁶ Voir la loi du 19 mai 2023 visant à améliorer l'encadrement des centres de santé.

²³⁷ Voir l'insertion précitée au rapport public de mars 2023, *Les interventions des collectivités territoriales en faveur de l'accès aux soins*.

Les aides à leur fonctionnement apportées par l'assurance maladie prennent la forme d'un forfait libre d'emploi, d'un montant qui varie entre 50 000 et 90 000 € par an, selon l'importance du territoire d'assiette de la communauté et l'étendue des missions. Au total, en 2022, le montant total versé aux CPTS atteignait un peu plus de 100 M € (ce montant devant également progresser, au fur et à mesure que le maillage territorial par les CPTS se poursuit et tend vers une couverture complète).

Au titre des aides au fonctionnement de structures de coopération, il convient enfin de signaler les aides plus limitées versées par les ARS, et parfois par des collectivités territoriales, aux équipes de soins primaires (ESP). Pour ces structures, très souples et souvent délimitées dans leurs missions, est en particulier fréquemment pris en charge le coût d'un coordinateur ou d'un agent de développement, chargés de définir le périmètre des coopérations fonctionnelles, pour un montant global difficile à estimer, mais assez limité²³⁸.

4) Le montant des aides aux structures d'exercice coordonné

Les données relatives aux dépenses de soutien aux structures d'exercice coordonné sont connues pour la Cnam : 125 M € aux MSP en 2022, 105 M € aux CPTS la même année et 57 M € aux centres de santé polyvalents et médicaux, soit au total 290 M€.

Elles sont plus difficiles à évaluer pour les ARS. Certes, les montants globaux inscrits sur le FIR, au titre de la mission 2 « organisation et promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale » sont élevés : 1 195,79 millions d'euros ont été alloués en 2021. Les rapports établissant le détail des dépenses effectuées et de leur allocation ne sont plus établis depuis 2018 ce qui limite l'analyse possible de l'usage des crédits FIR aux structures d'exercice coordonné.

Au sein des dépenses du FIR, il est possible d'observer toutefois que 97,65 millions d'euros ont été dépensés cette même année au niveau national, au titre de la sous-mission « développement des parcours de santé coordonnés et des nouveaux modes d'exercice ». Un montant de 100 M € a donc été retenu à ce stade.

Enfin les dépenses nettes de recettes des collectivités territoriales, en direction de l'accès aux soins, avaient été estimées (par la Cour, dans le RPA de mars 2023) à environ 150 M € par an, dont 20 M € pour les contrats

²³⁸ Si on en juge par les bilans disponibles dans plusieurs ARS : Grand Est, Occitanie, Pays de la Loire, ...

(contrats locaux de santé, mise à disposition de personne en MSP, ...) et 10 M € pour les aides directes (montant déjà décompté, voir ci-dessus). Le montant (net des recettes) des aides aux MSP et Cds serait donc de 140 M € par an, de la part des collectivités territoriales dans leur ensemble. La part de subvention aux déficits des centres de santé n'a pas été prise en compte.

Le total des trois composantes, en direction des structures d'exercice coordonné, serait donc de 530 M € par an.

D. Les aides aux emplois de soutien aux médecins

Parmi les diverses formes de soutien à l'activité des professionnels médicaux et paramédicaux, l'aide au recrutement d'assistants médicaux constitue un levier récent²³⁹, mais d'ampleur croissante. On a déjà vu que la recherche d'un plus grand potentiel d'activité, à nombre donné de professionnels de santé, était passée, pour les ophtalmologues puis les chirurgiens-dentistes par un élargissement réglementaire des missions qui peuvent être confiées respectivement aux orthoptistes et aux assistants dentaires. S'agissant des médecins généralistes, l'incitation passe par une subvention, pérenne mais dégressive²⁴⁰.

En contrepartie le médecin s'engage à augmenter sa patientèle adulte « médecin traitant » et/ou sa file active en tenant compte de son niveau initial. Pour bénéficier de cette aide, les médecins doivent notamment justifier d'un certain niveau d'activité ou exercer en groupe (avec des dérogations possibles en zone sous-dense).

A été annoncé comme objectif le recrutement de 4 000 assistants médicaux d'ici fin 2023, puis de 10 000 d'ici fin 2027 (délai raccourci ensuite à fin 2024). Le coût du dispositif a été estimé par la Cnam et la DSS à 133 M€ à l'issue du premier palier. Avec les objectifs révisés à la hausse, ils devraient dépasser 300 M € par an à partir de 2025 (une fois la montée en charge réalisée). Par son coût prévisionnel, comme par ses effets déjà constatés et attendus, cette mesure, pourtant récente, est devenue la plus significative de l'ensemble de la « palette » des aides, en termes financiers.

Le montant des dépenses de subvention versée par la Cnam à l'association Asalée (75 M € en 2022), pour la mise à disposition

²³⁹ Le législateur est intervenu pour définir et encadrer cette profession nouvelle d'assistant médical, dans la loi OTSS, puis pour habiliter, par la LFSS pour 2019 (article 42), les partenaires conventionnels à définir les modalités de participation financière de l'assurance maladie.

²⁴⁰ Pour un équivalent temps plein, de 36 000€ la première année, de 27 000 € la deuxième et de 21 000 € à partir de la troisième année.

d'infirmières de santé publique peut aussi être assimilé à une aide sous forme d'emplois, mis à disposition des médecins généralistes.

Au total, les aides de la Cnam sous forme de mise à disposition d'emplois seraient de 200 M€ en 2022. Celles des collectivités territoriales peuvent être estimées à 20 M€ par an, celle des ARS à 30 M€, soit un total annuel de 250 M€.

E. Une consolidation délicate mais nécessaire

Le tableau qui suit est destiné à présenter un ordre de grandeur des aides en faveur des soins de premier recours. Bien entendu, ce chiffrage demeure inégalement fiable : d'une manière générale :

- on dispose de données fiables pour estimer les dépenses de l'assurance maladie, dans la mesure où celles-ci font l'objet le plus souvent d'un suivi paritaire ;
- les données relatives aux dépenses des ARS sont plus approximatives, car les dépenses imputées sur le FIR sont regroupées par grandes sections, mais à l'intérieur de celles-ci la destination des dépenses n'apparaît pas clairement, sauf pour quelques items.
- enfin les dépenses des collectivités territoriales sont seulement estimées de manière assez forfaitaire, à partir de quelques études ponctuelles et de données, sur les dispositifs déployés.

Avec ces incertitudes, il est cependant possible d'esquisser la totalisation qui suit, pour 2022 (ou à défaut la dernière année connue).

Tableau n° 14 : aides pour l'organisation des soins de premier recours (estimations de l'année pertinente)

<i>En M€</i>	Montant	Observations
<i>Aides démographiques</i>	100	Données 2020
<i>Exercice coordonné</i>	530	Données 2022
<i>Assistants médicaux</i>	425	Estimation des effectifs 2024
Total	1 055	

Source : Cour des comptes (à partir données Cnam ou estimations)

On en déduit un ordre de grandeur d'aides d'environ 1 Md€ par an.