

# DOSSIER DE PRESSE

## « VERS UN RENOUVEAU DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES EN FRANCE ? »

### Contacts

Rémy FROMENTIN

Groupe Galilée

Tel : 06 87 69 06 69

[remy.fromentin@rfconsultants.fr](mailto:remy.fromentin@rfconsultants.fr)

Jean-Pol DURAND

Groupe Galilée

Tel : 06 08 91 18 57

[jean-paul.durand@wanadoo.fr](mailto:jean-paul.durand@wanadoo.fr)

*Auteurs de La Lettre de Galilée*

Novembre 2011

Tantôt inconnue, tantôt méprisée, la question des soins de santé primaires agite depuis peu les acteurs de santé de santé français, dans un climat confus et parfois tendu. Derrière la détresse des édiles et des élus locaux sur la désertification de leurs communes, se posent les questions beaucoup plus graves de l'accroissement des inégalités dans l'accès aux soins de base et leurs répercussions sur les indicateurs de santé publique.

Dans ce vaste débat, se profile une véritable révolution, celle de la médecine générale qui, passé le creux démographique des générations de l'après-guerre, risque bien de métamorphoser complètement l'exercice de proximité et de mettre fin au modèle de médecine libérale né avec le XX<sup>ème</sup> siècle.

-o0()0o-

Décidé par le Président de la République, le déploiement de 250 maisons et pôles de santé d'ici 2013 répond à la fois à l'inquiétude des élus dans des territoires désertés par la médecine et aux attentes des professionnels, en particulier à celles des nouvelles générations de professionnels de santé dont la sociologie s'est considérablement transformée en 10 ans.

Mais la MSP est-elle la seule réponse ? Sûrement pas. S'il existe des réussites incontestables, la réponse ne réside pas seulement dans la mobilisation de moyens. Il existe autant de solutions que d'échelles territoriales. Mais toutes les solutions ont un point commun : elles doivent s'inscrire dans une réelle approche de politique publique.

## **TROIS CONSTATS : CONFUSIONS, DÉSOLATIONS, SOLUTIONS**

### **1 - Soins primaires : de quoi parle-t-on ?**

Le terme de « soins primaires » est peu utilisé dans nos référentiels sanitaires français. Alors que le concept de « *primary care* » ne souffre pas d'ambiguïté à l'étranger, les français recourent plus volontiers aux termes de « soins ambulatoires », « soins de proximité », ou « soins de premier recours » (ou « de première ligne ») que consacre d'ailleurs la Loi HPST du 21 juillet 2009 sans pour autant y apporter de précisions éclairantes.

Les acteurs du système de santé français voient dans les « soins primaires » ce qu'ils ont envie d'y projeter. Et même si l'on assiste en France à un sursaut salutaire de la médecine générale, plus favorable à une posture moins technicienne et à une écoute plus attentive des patients, les expériences européennes montrent qu'il reste en France beaucoup de chemin à parcourir.

Pour éviter les confusions sémantiques, n'est-il pas impérieux de tenter, dès aujourd'hui, le rapprochement des acteurs pour parvenir à une définition comprise de tout le monde ?

### **2 – Faut-il vraiment craindre les effets de la désertification ?**

L'effondrement annoncé du nombre de médecins en exercice provoque des réactions contradictoires. Avec une densité médicale forte mais pas la plus élevée (les densités espagnole, italienne, belge ou même hongroise ou grecque sont

largement plus élevées) on annonce, parfois avec alarmisme, les effets catastrophiques du *papy-boom* médical.

Le numérus clausus a retrouvé son étiage des années 1970 (8000) après un creux de plusieurs décennies aux alentours de 3500. Mais le recrutement a changé. Les études médicales se sont féminisées et tous les rapports montrent une désaffection pour la médecine de première ligne, éprouvante, difficile, et une aspiration à un exercice plus collectif et plus sécurisé. Le médecin de campagne, isolé, polyvalent, est en voie de disparition.

### **3 - L'effet le plus insupportable : l'accroissement des inégalités**

Au-delà des questions de densité, l'effet d'une répartition chaotique de l'installation médicale a une conséquence insupportable : le renforcement des inégalités dans l'accès aux soins. Même si les géographes admettent que l'allongement de la distance n'est pas le seul facteur d'inégalité (certaines zones rurales « riches » s'en sortent assez bien car la population y est mobile), l'inégalité géographique se combine en fait avec d'autres facteurs : le revenu, la culture, l'éducation... La désertification aurait donc un effet multiplicateur de la pauvreté ! Plusieurs études montrent le lien étroit entre l'incidence des principales maladies chroniques (diabète, HTA) et les facteurs de pauvreté.

Intolérables, ces inégalités sont relayées par les élus locaux qui traduisent la grande détresse de leurs territoires abandonnés au détriment des villes dans lesquelles se concentrent les moyens spécialisés et les technologies de pointe.

### **4 - Alors quelles solutions ?**

On assiste donc au télescopage de plusieurs constats auxquels chacun apporte ses réponses partielles. Le pouvoir politique s'est précipité sur la solution des maisons pluridisciplinaires, tout en confiant à Elisabeth Hubert une mission plus large de proposition de « refondation » de la médecine de ville. Comment rénover surtout la médecine générale, désormais érigée en spécialité médicale ? Quelles conditions pour attirer les jeunes médecins dans cette discipline ? Comment concilier cet impératif de renouveau avec les préoccupations d'aménagement du territoire ? Mais comment rassembler la multiplicité des préoccupations en une stratégie politique cohérente et fédérative ?

## **TROIS DÉFIS POUR LA DÉCENNIE : RÉDUIRE LES INÉGALITÉS, RÉDUIRE LES ÉCARTS D'ESPÉRANCE DE VIE, RÉDUIRE LES COÛTS**

Le débat sur les soins de santé primaires s'appuie sur un dénominateur commun : une volonté, maintenant partagée au sein de la Communauté Européenne, de réduire les causes d'inégalité au premier rang desquelles l'accès aux soins de base est la plus intolérable.

L'indicateur de santé publique le plus significatif est l'espérance de vie en bonne santé qui traduit à lui seul les défaillances d'une société en rupture d'équilibre.

De plus, tout laisse à penser que la recherche d'une plus grande équité dans l'organisation du système de soins ne pénalise pas les finances publiques. Il semblerait même que, selon certains, ce soit le contraire !

### **1 - Les soins primaires s'inscrivent dans une démarche d'ensemble**

Tous les états modernes sont confrontés à la nécessité d'ériger en principe politique la mise en place d'instruments de régulation économique visant à diminuer la pauvreté relative. L'un des leviers du développement économique est indiscutablement l'organisation de la santé dans une perspective d'aménagement du territoire.

Cependant, la lutte contre les inégalités ne se limite pas à une répartition plus efficace de l'offre de soins sur le territoire, comme pourrait sembler le préconiser la loi HPST, mais associe tous les leviers qui touchent aux autres facteurs de discrimination sociale. L'efficacité des réponses sanitaires ne saurait se suffire de mesures sur la répartition des ressources sans une stratégie d'ensemble qui vise l'élévation du niveau de connaissance, le développement économique, et même les transports ou encore l'équipement en haut débit.

### **2 - La réduction des écarts d'espérance de vie par la diminution de la mortalité évitable**

Les résultats parfois difficilement mesurables attendus par les pouvoirs publics concernent l'amélioration du niveau de santé de la population mais surtout la réduction des écarts d'espérance de vie et la diminution de la mortalité évitable liée aux conditions de vie.

La perte de chance liée à la distance est une conséquence directe d'une mauvaise organisation des soins primaires.

Mais les distances économiques, professionnelles et culturelles sont aussi très discriminantes. Les techniques d'évaluation des politiques publiques mettent en évidence la difficulté à toucher les cibles les plus concernées, souvent les plus précaires ou les moins formées/informées. La prévention se heurte à des obstacles sociologiques parfois insurmontables.

### **3 - Maîtriser les coûts**

Il n'y a pas encore de consensus entre économistes sur les vertus d'une organisation plus rationnelle des dispensateurs de soins.

Les thèses défendues par Barbara STARFIELD, économiste américaine à l'Université Johns Hopkins (États-Unis), mettent en relief l'impact des soins primaires sur l'évolution des dépenses publiques ou privées de santé. Venant d'un pays où le médecin généraliste est en voie de disparition elle défend l'idée, chiffres à l'appui, que les pays qui ont organisé les soins primaires ont une part de dépenses de santé dans le PIB plus faible que les autres.

Qu'en est-il en France ? Selon les données de l'assurance maladie (qui détient dans ses bases la totalité des remboursements de soins sur 2 ans de chaque Français), les soins de premier recours seraient plutôt en train de se tasser. Mais avec plus de 300 millions de consultations de généralistes par an, plus de 3 millions d'électrocardiogrammes, plus de 3 millions d'échographies et de mammographies effectuées en ville, la « première ligne » reste pléthorique. La loi du 13 juillet 2004 a institué le « parcours de soins » en érigeant le médecin généraliste comme pivot du

système. Deux ans avant, la loi du 4 mars 2002 avait consacré le « réseau de santé » comme lieu privilégié de la coordination médico-sociale.

Mais pourquoi alors la santé française coûte encore aussi cher ?

Deux raisons apparaissent : d'une part, l'absence de réelle complémentarité avec l'activité hospitalière ; d'autre part, le peu d'intérêt, ou en tout cas la faiblesse des dispositions, à faire jouer aux médecins généralistes un rôle de prévention.

## **POUR UNE RÉELLE STRATÉGIE D'ACTION**

Sur la question des soins primaires, les acteurs sont multiples, les points de vue souvent divergents, les intérêts parfois opposés. Apparaissent donc trois nécessités : rapprocher les acteurs, donner à la médecine générale les moyens de redevenir attrayante, démystifier les nouvelles technologies.

### **1 - Le rapprochement des acteurs**

La grande question est d'abord de savoir « *qui fait quoi* » sur le terrain. La loi HPST confie aux ARS un rôle central dans l'animation des territoires. Celles-ci auront à établir en 2011 leur premier « Plan Stratégique Régional de Santé » après une vaste consultation de toutes les parties concernées.

Mais le schéma pyramidal tracé par la loi fait-il assez de place aux élus et à l'initiative locale ? Les lois de décentralisation de 2003 avaient ouvert des champs de compétences nouveaux, certes limités dans le domaine de la santé, mais suffisamment explicites pour ne pas laisser les conseils régionaux et les conseils généraux indifférents. La désertification médicale exacerbe les initiatives. C'est au niveau local, dans les communautés de communes et dans les « pays » que le besoin s'exprime le plus fortement.

La territorialisation voulue par la loi HPST était censée répondre aux particularités locales. Le découpage décidé par les ARS, sauf exception, se calque sur les départements.

La question est donc de savoir où se situe le meilleur niveau de rapprochement des acteurs.

### **2 - Favoriser le renouveau de la médecine générale**

Arc-boutée sur ses dogmes, la médecine libérale est parfois peu portée aux changements. Plusieurs études montrent cependant que les jeunes médecins aspirent à d'autres principes et modalités d'exercice, parfois séduits par l'idée d'abandonner jusqu'au paiement à l'acte.

Ce n'est donc pas par la perfusion d'une organisation anachronique que la médecine générale générera des vocations nouvelles mais par une réorganisation radicale faisant appel aux modes de management en équipe, au partage des données et des patients, avec des délégations plus vastes des médecins au profit des autres professions.

En même temps, la réforme des études médicales a offert sans y parvenir tout à fait la possibilité de revaloriser l'image d'une discipline qui a longtemps souffert d'un sentiment d'infériorité. La médecine générale n'est plus une voie d'échec ou une « non-spécialité » mais une spécialité à part entière impliquant un champ spécifique qui reste largement à investir.

Les études médicales qui ont fait l'objet de réformes récentes sont-elles allées assez loin dans le sens de cette rénovation ? On observera que ces réformes, actuelles ou à mettre en chantier, ne concernent pas seulement les médecins mais l'ensemble des professions de santé et donnent l'opportunité d'une large révision des champs de compétence.

### **3 – Les nouvelles technologies du décloisonnement**

Deux évolutions majeures redessinent le paysage médical.

La première évolution est celle des nouvelles technologies appliquées à la médecine. Le Conseil national de l'Ordre des médecins a publié l'année dernière un Livre Blanc sur le sujet en balisant précisément le terrain de ce qui est autorisé et de ce qui ne l'est pas et en exhortant les pouvoirs publics à se défier de toute « médecine sans médecin ».

La télémédecine est cependant pleine de promesses dans les soins primaires à condition cependant de ne pas en faire une fin mais un moyen.

La seconde est celle concernant la montée en puissance des patients au travers de la santé 2.0. Les patients habitués des réseaux sociaux ne sont-ils pas qu'une élite éclairée (parfois mal informée) dont le rôle n'est qu'une variable infime dans les politiques d'information et d'éducation des populations vulnérables faisant de la santé 2.0 une sorte de médecine qui « soigne les bobos ».

## **TROIS JOURS EXCEPTIONNELS D'ÉCHANGE, DE RÉFLEXION ET DE FORMATION**

### **1 – L'opération des « TROIS-DIX »**

Trois journées ont été organisées, sous le l'angle des expériences françaises et étrangères, les 10 décembre 2010, 10 mars 2011 et 10 juin 2011 par un groupe de personnes spontanément engagées sur cette question :

Rémy Fromentin et Jean-Pol Durand du Groupe Galilée,

Solange Ménival vice-présidente du Conseil Régional d'Aquitaine et de la Commission santé de l'ARF,

Thierry Corde de la société Aymara,

Florence Maréchaux, médecin, rédactrice en chef du site [www.msp.groupe-galilee.fr](http://www.msp.groupe-galilee.fr).

Les partenaires de l'opération sont l'Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale et Les Editions de Santé.

Dans le respect de la charte éthique du GROUPE GALILÉE et de ses partenaires, le programme et l'organisation de ces trois journées, qui se dérouleront à PARIS dans la salle au Conseil Régional d'Ile de France, sont totalement libres et indépendants. Les organisateurs n'ont reçu aucune subvention ni aucune aide privée.

### **2 – Un plateau d'experts exceptionnel**

Pour la première fois rassemblés en France, des spécialistes français et internationaux, des représentants des grandes institutions : OMS, DATAR, CNAMTS, ARS, ORS, leaders nationaux des professionnels de santé et acteurs de terrain impliqués dans des expériences concrètes.

Une occasion unique aussi de rencontrer des élus et acteurs de 7 pays de l'Union Européenne (Portugal, Royaume-Uni, Italie, Espagne, Suède, Norvège, Belgique) qui ont réussi à organiser une réelle politique publique de SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES alliant les impératifs d'aménagement du territoire et la lutte contre les inégalités d'accès aux soins de base. Et, sur les questions économiques, pour la première fois en France, Madame Barbara Starfield, Professeur à l'Université Johns Hopkins (Etats-Unis).

L'objectif est de parvenir aux termes de ces trois jours à l'élaboration complète d'un corpus de connaissances, un référentiel collectif, un véritable Livre Blanc, auquel pourront accéder, où qu'elles se trouvent, toutes les personnes intéressées ou préoccupées par la question.