

Yann BOURGUEIL

Directeur de l'Institut de recherche et de documentation
en économie de la santé (IRDES)
Coordinateur de l'équipe émergente de recherche
Prosper (Partenariat de recherche pour l'organisation
des soins de premiers recours)

Soins primaires : une voie d'avenir pour le système de santé français ?

D'une approche globale centrée sur les besoins de base à une approche centrée sur l'organisation des soins

Le concept de soins primaires est peu connu en France, vraisemblablement en raison de la définition très large que lui a donnée l'Organisation mondiale de la santé dans la déclaration d'Alma Ata (1978).

Les soins primaires y sont définis comme des soins de bases incluant tant l'accès à l'eau potable, le logement et l'alimentation que l'accès aux soins pour tous, dans un objectif de justice sociale et d'équité.

Cet objectif a été rappelé par le dernier rapport de l'OMS de 2008 (1), qui mentionne l'im-pératif de justice poursuivi par les soins primaires tout en soulignant la nécessité de répondre aux attentes des populations.

Cette vision idéologique et large, incluant les conditions de vie jusqu'à l'accès aux soins pour tous, était déjà en partie à l'œuvre en France. En effet, l'Assurance maladie et le système de protection sociale dans son ensemble constituent, depuis

1945, des mécanismes de solidarités entre malades et bien portants mais également entre riches et pauvres qui poursuivent un idéal de justice sociale. Ceci peut expliquer que les soins primaires, qui n'ont pas été adoptés en France, ont longtemps été considérés comme des principes organisateurs réservés aux systèmes de soins aux ressources très limitées, à mettre en œuvre uniquement dans les pays en voie de développement.

Ce concept de soins primaires, principe d'organisation des soins, a eu plus de succès dans plusieurs pays européens comme les Pays-Bas et le Royaume-Uni. Ces deux pays avaient introduit la fonction de *gate-keeping* ou « gardien de la porte », dans les années 1940. D'autres pays comme la Finlande et l'Espagne ont réformé leurs systèmes de santé en profondeur dans les années 1970 et 1980/90 dans le cadre d'une décentralisation poussée en s'inspirant de ces concepts.

Trois définitions

Le thème des *primary care* s'est développé comme un domaine d'organisation et une discipline acadé-



mique faisant l'objet de travaux de recherche et d'enseignement spécifiques. Dans une revue récente de la littérature, Friedberg (2) en relève trois définitions :

- celle qui repose sur la définition des professions en charge des soins primaires, généralement les médecins généralistes, de famille, et les pédiatres ;
- les soins primaires définis au regard de fonctions assurées par les offreurs habituels de soins : elles comprennent le premier contact, l'approche globale et la prise en charge de la plupart des problèmes de santé de la population,

les soins au long cours et la coordination des soins entre intervenants ; les fonctions sont alors indépendantes des formations et des qualifications professionnelles, ce qui peut conduire à reconnaître certains médecins spécialistes dans le champ des soins primaires ;

- la troisième définit les systèmes de soins orientés vers les soins primaires quand leur sont appliquées des règles visant à organiser les parcours de soins, à faciliter l'accès aux soins et à inciter les patients à solliciter les acteurs de soins primaires en priorité.

professions, hiérarchisation des échelons, définition des rôles des différents échelons territoriaux sur un mode déconcentré ou décentralisé). Ces modèles que l'on rencontre en Espagne (Catalogne), en Suède et en Finlande s'appuient sur des centres de santé avec des règles assez précises de planification (ratios d'offre ramenés à la population, composition type d'équipes de soins). Les professionnels y exercent majoritairement comme salariés.

Le modèle « professionnel hiérarchisé » caractérise les pays ayant accordé une place très importante au médecin généraliste. On le rencontre au Royaume-Uni ou aux Pays-Bas. Dans ces pays, les généralistes ont reçu la mission de pivot du système de soins en régulant notamment l'accès aux soins spécialisés généralement dispensés à l'hôpital. Le modèle est dit « professionnel » au sens où c'est sur la profession des médecins généralistes qui se voient dotés d'un appareil de formation et de recherche très conséquent que s'appuie l'organisation des soins ambulatoires. L'attribution de missions populationnelles aux méde-

Des modèles d'organisation contrastés qui convergent

En s'inspirant d'une typologie de l'organisation des soins ambulatoires réalisée par des chercheurs du Québec (3), il est possible de classer les différentes formes d'organisation de systèmes de soins primaires en trois modèles types (4).

Trois modèles types

Le modèle « normatif hiérarchisé » caractérise les pays ayant inscrit dans leurs lois l'organisation du système des soins selon les principes d'organisation des soins primaires (définition des missions des différentes

Soins primaires : une voie d'avenir pour le système de santé français ?

Actualités

Organisation des soins internes

Sur le web

Pilotage des pôles

Droit et jurisprudence

Réflexions hospitalières

Offres d'emploi

Librairie

cins généralistes auprès desquels sont tenus de s'inscrire tous les habitants s'accompagne d'un mécanisme de rémunération de ces professionnels : il repose principalement sur la capitation (proportionnelle à la liste de personnes inscrites). Dans tous ces systèmes, les médecins spécialistes exercent principalement à l'hôpital.

Le modèle « professionnel non hiérarchisé » - que l'on rencontre en Allemagne, au Canada et en France - laisse l'organisation des soins ambulatoires à l'initiative des acteurs. Et ce sans hiérarchiser les rôles entre médecins de spécialités différentes, ni même entre secteurs ambulatoire et hospitalier, selon une logique libérale de marché privilégiant la régulation contractuelle des relations entre les participants du système. Les médecins y sont majoritairement rémunérés à l'acte.

Ces différents modèles types, contrastés, tendent actuellement à se rapprocher sous l'effet d'évolutions de la demande (augmentation des maladies chroniques et des situations complexes, autonomie croissante des patients), mais également de l'offre (évolution sociologique du corps médi-

cal, poids des dépenses de santé, progrès technologiques). Ainsi, les pratiques de groupe se développent entre médecins ou au sein d'équipes pluridisciplinaires. Les modes de rémunérations se diversifient, le paiement à l'acte étant introduit en complément de la capitation et du salariat et, inversement dans les pays où le paiement à l'acte domine, de nouveaux modes sont envisagés.

Dans les systèmes hiérarchisés présentant un fort cloisonnement entre médecine de ville et hôpital, on cherche à rapprocher les soins spécialisés des malades chroniques. La prise en charge de patients aux pathologies multiples comme le rapprochement des problématiques médicales et sociales fait l'objet de modes d'organisations, voire de métiers nouveaux. Les différents systèmes d'organisation des soins primaires, aussi contrastés soient-ils, semblent converger autour des notions de travail d'équipe, d'intégration médico-sociale, d'utilisation des nouvelles technologies, avec une valorisation des pratiques visant à prendre en charge les patients chroniques au long cours.

hospitalières : le troisième principe organisateur des soins primaires en France est plus récent puisqu'il est issu de la réforme Debré (1958). Celle-ci s'inspire du rapport Flexner (5) publié aux États-Unis en 1910 et qui est à l'origine de l'émergence des Academic Health Centers conçus pour développer la biomédecine, considérée à raison comme un vecteur fondamental de progrès et de croissance économique. La réforme Debré a repris le modèle des hôpitaux universitaires orientés vers la biomédecine dans le contexte français, avec un statut public ayant pour effet d'installer une hiérarchie médicale fondée sur les spécialités techniques et biologiques hospitalières au détriment des spécialités cliniques orientées vers les populations.

En France, le système de soins primaires du début des années 2000, issu de cette histoire, est donc caractérisé par une offre de soins abondante, très hétérogène, concurrentielle et faiblement hiérarchisée. Il est néanmoins soumis à de fortes évolutions qui semblent s'accélérer aujourd'hui sous l'effet de bascules démographiques, sociologiques et économiques mais qui sont également le produit d'une succession de réformes depuis les années 1980.

Ces réformes favorisent pêle-mêle le développement de la régionalisation, l'émergence de la santé publique et du droit des patients, la réorganisation des soins et la coordination des professions dans le cadre des expériences de réseaux, du dispositif de médecin référent, ou encore plus récemment la réforme du médecin traitant en 2004. Elles ont en commun de viser la rationalisation progressive du système de soins et, notamment, l'introduction de nouvelles formes d'organisations. Plus récemment, ces orientations se sont vues renforcées par la diminution planifiée du nombre de médecins, inéluctable pour les dix années à venir, et dont les effets se font sentir aussi bien dans les hôpitaux que dans le secteur ambulatoire.

Pourquoi parler des soins primaires aujourd'hui ?

Selon la typologie décrite précédemment, la France se caractérise par un modèle de soins primaires « professionnel non hiérarchisé ». Cette organisation, héritée de l'histoire, repose sur trois principes forts et structurants :

Trois principes organisateurs

La Charte de la médecine libérale de 1927¹ reste toujours une référence identitaire pour le groupe des médecins exerçant en ambulatoire, même si une partie de ses principes n'est plus opérationnelle dans les faits.

La protection contre le risque maladie selon le mécanisme de l'Assurance

maladie créée en 1946 constitue le deuxième de ces principes. Le financement de la protection sociale fondée sur les rapports sociaux du travail d'inspiration « bismarckienne », bien distinct d'un modèle de solidarité national de type « beveridgien », privilégie la protection de ceux qui cotisent et de leurs ayants droit, et non la couverture de la population sur l'ensemble du territoire. Les professionnels de santé dans le secteur ambulatoire n'ont donc pas eu de mission orientée vers l'ensemble de la population.

Une hiérarchie médicale fondée sur les spécialités techniques et biologiques

Évolutions

Ce qui est plus nouveau et semble influencer plus fortement sur le secteur des soins primaires, c'est l'évolution des médecins eux-mêmes qui souhaitent réaliser des arbitrages différents de ceux de leurs aînés entre temps de travail et loisirs (6). Ces orientations conjuguées à la féminisation croissante du corps médical affectent les choix d'installation mais également les contextes de travail et ouvrent la porte à des évolutions sur les modes de rémunération, le salariat ou la capita-tion au moins partielle pouvant être des formes plus attractives que le paiement à l'acte. Les progrès technologiques quant à eux permettent désormais de rapprocher certains actes en proximité (par exemple des rétinographies) tout en transférant les

images à distance permettant une plus grande accessibilité des actes spécialisés en proximité.

Enfin, le contexte général de la crise économique et des déficits sociaux renforce la question de la recherche d'efficacité et d'optimisation de l'emploi des ressources affectées à la santé, comme celle de l'accès aux soins de populations précaires. Le renforcement des soins primaires apparaît ainsi comme un moyen de garantir l'accès aux soins à l'ensemble de la population, mais également de répondre à des demandes de soins qui s'expriment, faute d'organisation et de prévention, soit trop tardivement, et donc à un stade qui requiert des soins lourds et coûteux, soit dans des lieux non adaptés et où la prise en charge se fait à un coût élevé.

professionnelle se développe dans le cadre des maisons de santé avec le soutien des collectivités locales et de l'État.

Des projets d'amélioration de la prise en charge en ambulatoire des malades chroniques, initiés dans le cadre de réseaux de soins, sont désormais développés par des groupes de professionnels libéraux comme dans le cadre du projet Asalée (7) ou par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) avec le projet Sophia, qui s'inspire des modèles de Disease management, concept hérité des États-Unis (8). Des expérimentations de nouveaux modes de rémunération visant principalement à rémunérer des structures (maisons et centres de santé) sont initiées avec l'objectif à terme de valoriser les fonctions de coordination, d'éducation thérapeutique et les nouvelles formes de coopération entre professionnels.

Le système de soins primaires français présente désormais des éléments normatifs, constituant un cadre légal. Il pose également les bases de la reconnaissance du rôle de certaines professions de premiers recours, et en premier lieu les médecins généralistes. Les soins primaires tels qu'ils existent dans les autres pays semblent donc amenés à se développer, mais ces changements annoncés se heurtent également à de nombreux obstacles.

Vers un nouvel équilibre symbolique, organisationnel et financier ?

Choisir de s'appuyer sur les soins primaires pour répondre de façon plus efficiente aux enjeux démographiques, épidémiologiques et économiques questionne en profondeur, à la fois la tradition de l'exercice libéral individuel et du

Enjeux et questions posées par le développement des soins primaires

Évolution du système de soins ambulatoires

La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de juillet 2009 constitue une étape importante de l'évolution du système des soins ambulatoires : elle définit les soins de premiers recours, annonce la constitution de schémas régionaux de l'organisation des soins ambulatoires, inscrit les missions des professionnels de premiers recours dans la loi et offre, en outre, la possibilité de développer des coopérations.

Émergence de la spécialité de médecine générale

Cette émergence de la spécialité de médecine générale au sein des facultés de médecine est également décisive. On commence à reconnaître une place aux enseignements de la spécialité de médecine générale. Certains médecins généralistes accèdent désor-

mais à des postes d'assistants chefs de cliniques. Les travaux de recherche sont à développer.

Valorisation de nouvelles activités en médecine de ville

Dans le même temps, des modes mixtes de rémunération émergent ouvrant la voie à la reconnaissance et la valorisation de nouvelles activités en médecine de ville. Le forfait pour les affections de longue durée (ALD), ou le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) introduisent des alternatives au paiement à l'acte. L'exercice en groupe et en équipe pluri-

1 Les sept principes comprennent : le libre choix, le respect absolu du secret professionnel, le droit à des honoraires pour tout malade soigné, le paiement direct par l'assuré en prenant pour base minimum les tarifs

syndicaux, la liberté thérapeutique et de prescription, le contrôle des malades par les caisses, des médecins par les syndicats et commission médicale d'arbitrage en cas de désaccord, nécessité de représentation

du syndicat dans les commissions techniques organisées par les caisses. in P. Hassenteufel « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », *Revue Sève - Les tribunes de la santé*, n° 18, printemps 2008.

Soins primaires : une voie d'avenir pour le système de santé français ?

paiement à l'acte, mais également la tradition de la supériorité de la spécialité d'organe et de la médecine technique sur la médecine générale et principalement clinique.

Les professionnels de soins primaires parce que moins nombreux, et peut-être mieux placés pour répondre aux besoins futurs des patients, apparaissent désormais nécessaires et prennent de ce fait un poids et une valeur qui doit être reconnue plus justement. Cette reconnaissance déstabilise l'équilibre symbolique, organisationnel et financier entre professionnels et institutions qui a prévalu jusque alors. Ou pour le dire autrement, l'enjeu est de décentrer en partie le système de soins de l'hôpital vers le secteur ambulatoire, de la médecine cura-

tive vers la prévention, et également de confier des missions populationnelles et publiques à des acteurs traditionnellement libéraux. Les syndicats de médecins libéraux, le monde hospitalier comme l'ensemble des groupes professionnels sont questionnés par ces évolutions.

Dans un contexte de ressources rares, cette reconnaissance veut dire également partage de ressources symboliques (les positions de prestige) et matérielles (ressources financières pour de nouvelles activités et modes de rémunérations, pour de nouveaux contextes de travail). Dès lors se posent les questions de l'introduction des cadres juridiques, des incitations à coopérer qui peuvent favoriser ces évolutions, mais également des cadres conceptuels et des outils de mesure susceptibles à la fois de donner un sens à l'action collective et les moyens de définir et évaluer les nouvelles formes d'organisation à mettre en place.

Mais au-delà de ces éléments que le génie bureaucratique français ne manquera pas de produire, sur quelles dynamiques s'appuyer? Comment impulser et porter de nouvelles façons de soigner les malades entre la ville et l'hôpital? Quels acteurs ont intérêt à investir dans des formes nouvelles d'organisation?

La ressource humaine : le levier principal du changement

Le principal levier qui permet aujourd'hui d'orienter le système de soins vers une plus grande organisation des soins primaires, dont nous pensons qu'elle est souhaitable à terme pour garantir l'accès aux soins pour tous à un coût acceptable, réside essentiellement dans la baisse du nombre de médecins qui s'annonce pour les dix années à venir.

Moins de médecins, c'est une possibilité de réorganisation et de redistribution des activités, des rôles et ressources entre professionnels et institutions plus aisée. Cette baisse quantitative s'accompagne également d'une

évolution sociologique majeure des professions de santé, en particulier médicales, marquées par la recherche d'un équilibre entre vie professionnelle et vie familiale différent de celui de leurs aînées.

Une grande partie des jeunes médecins n'est pas effrayée à l'idée de travailler en équipe et à être rémunérés différemment. En étant à leur écoute, en s'appuyant sur leur intelligence et leurs désirs, mais également en les formant aux enjeux du système - qu'ils connaissent désormais pour une grande partie d'entre eux beaucoup mieux que les seniors -, le régulateur, le directeur d'hôpital, le directeur d'ARS, l'élu local trouveront des partenaires pour créer et innover de façon durable.

S'il est une ressource qui fait aujourd'hui l'objet d'un investissement de taille en santé, c'est bien la ressource humaine (le *numerus clausus* a plus que doublé entre 1998 et 2010). Mais augmenter mécaniquement le nombre de médecins - comme on l'a baissé mécaniquement pendant plus de vingt ans - ne suffit pas.

Dès maintenant se pose la question de la formation théorique et pratique de ces jeunes médecins qui entrent en grand nombre dans les facultés de médecine. La moitié est destinée à devenir médecin généraliste. Où, comment et par qui les former? Quels savoirs leur transmettre? Quel compagnonnage leur proposer?

Les professionnels expérimentés du monde de la santé qu'ils travaillent à l'hôpital ou en ville, et plus encore pour ceux d'entre eux qui ont acquis les positions de maîtrise, de savoir et le pouvoir qui leur est associé, ont à ce titre un rôle majeur à jouer : permettre l'émergence de savoirs validés scientifiquement sur l'efficacité et l'efficience des pratiques et des organisations de soins en ville, mais également entre la ville et l'hôpital, constitue un enjeu principal pour la légitimation de ce champ. C'est donc en grande partie la recherche en santé, et les facultés de médecine, qui détiennent les clés du développement des soins primaires. ■

Références

(1) World Health Organization, *Primary Health Care, Now More Than Ever*, The World Health Report 2008.

(2) Friedberg M.W., Hussey P.S., Shneider E.C., "Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care", *Health Affairs*, May 2010, 29:5.

(3) Beaulieu M.D., Contandriopoulos A.P., Denis J. L., Haggerty J., Lamarche P.À, Pineault R. (2003), *Sur la voie du changement: pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (www.fcrrs.ca).

(4) Bourgueil Y., Marek A., Mousques J., Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes141.pdf>

(5) Flexner A., *Medical Education in the United States and Canada*, New York, NY: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910. http://www.carnegiefoundation.org/files/elibrary/flexner_report.pdf

(6) Baudier F., Bourgueil Y., Evrard I., Gautier A., Le Fur P., Mousques J., « La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009 », *Questions d'économie de la santé Irdes* n° 157, 2010/09.

(7) Mousques J., Bourgueil Y., Lefur P., Ylmaz E., *Effect of a French Experiment of Team Work between General Practitioners and Nurses on Efficacy and Cost of Type 2 Diabetes Patients Care* - à paraître Health Policy. <http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT29EffectExperGenePractiNursesDiabetPatientsCare.pdf>

(8) Bras P.L., Duhamel G., Grass E., Améliorer la prise en charge des malades chroniques: les enseignements des expériences étrangères de « disease management », Rapport RM2006 - 136 pages, septembre 2006 - IGAS. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000763/0000.pdf>