

Le choix de l'assurance sociale et de l'organisation hospitalo-centrée de l'offre de soins

Deux orientations historiques qui expliquent le faible développement des soins primaires en France

Yann Bourgueil,
MD, MPH, MBA,
directeur de
recherches,
Institut de
recherche et de
documentation en
économie de la
santé, Paris.

.....

Le système de santé français fonctionne sur un modèle élaboré au milieu du vingtième siècle, qui soumet l'organisation des soins ambulatoires à la convention médicale entre assureurs sociaux et syndicats de médecins d'une part et l'organisation de la médecine à l'hospitalocentrisme. Ce système, qui n'a pas permis le développement des soins primaires, montre aujourd'hui ses limites. Mais est-il possible de le réformer autrement qu'à la marge ? A quelles conditions la diminution annoncée du nombre de médecins peut-elle constituer une opportunité pour introduire une nouvelle organisation des soins primaires ?

.....

de développement des soins primaires, nous devrions parler d'un excès de soins primaires pour certains acteurs (densité élevée de médecins généralistes, médecins spécialistes de ville, de pharmaciens, de professionnels de villes) et un défaut pour d'autres structures spécifiques comme la Protection maternelle et infantile, la médecine scolaire et la médecine du travail notamment.

Le système de santé français se caractérise surtout par une absence de coordination et d'organisation planifiée du champ ambulatoire. Il n'existe pas de projet explicite global de soins primaires, entendus au sens de soins ambulatoires intégrés et coordonnés organisés dans une logique populationnelle. Dans la conception initiale du système de santé, les patients et les professionnels de santé étaient peu contraints. Le médecin était et reste libre de son choix d'installation, le patient est libre du choix du médecin et ce dernier reste libre dans son choix de traitement. Les honoraires ont fait l'objet d'une réglementation par le biais du conventionnement en laissant toujours ouvert un secteur à honoraires libres. Dans cette configuration, la coordination des soins repose de fait en grande partie sur le patient et/ou sa famille d'une part et les modalités d'entente entre les différents professionnels (confiance, formation commune initiale, conventions plus ou moins explicites). Cette absence ou ce mode de coordination selon les points de vue est inscrit de manière implicite dans l'enseignement délivré dans les facultés. Les jeunes professionnels y construisent traditionnellement leur identité sur le modèle du travailleur indépendant. De fait, l'organisation des soins est un « impensé » de la formation des professionnels au sein des écoles de médecine où seul importe le colloque singulier.

Mots clés : soins de santé primaires, système de santé, santé publique.

Les soins primaires sont considérés comme inexistant en France. Ils ne se seraient donc pas développés à l'instar de ce qui s'est passé au Royaume-Uni et dans le Nord de l'Europe. Les soins ambulatoires sont néanmoins très développés en France où une large offre de soins de première ligne existe. Plutôt qu'un défaut



Des orientations initiales déterminantes

L'absence de développement des soins primaires, au sens d'un projet global rationnel d'organisation des soins fondé sur une approche populationnelle et hiérarchisée, s'explique principalement par des orientations majeures qui ont été prises dans le passé pour définir notre système de protection sociale d'une part et notre système de soins d'autre part. Ces orientations constituent le cœur d'un accord social qu'il paraît particulièrement difficile de re-former, eu égard notamment aux conditions historiques de sa constitution.

Le premier acte fondateur est celui de la création de la protection sociale en 1945. Préparé pendant la guerre par la résistance française, ce projet a confié aux partenaires sociaux dans le cadre de la démocratie sociale, la gestion de la solidarité nationale par l'assurance sociale. L'assurance maladie, comme l'assurance chômage, les retraites et la protection de la famille est alors inscrite dans un idéal de justice. Le soin est un droit, il constitue également une forme de redistribution. Les partenaires initiaux sont les représentants des employeurs, les représentants des salariés et passent contrat avec les représentants des médecins. L'Etat intervient peu dans le jeu, tout du moins au début. C'est d'abord la logique de la prestation aux assurés qui prime et non celle des soins délivrés à la population. Ce faisant, la priorité n'est pas l'organisation rationnelle des soins sur une base populationnelle. Pour l'assurance maladie, il s'agit avant tout de défendre les intérêts des assurés. L'ambition initiale de 1945 était de couvrir l'ensemble de la population. Cet objectif ne sera atteint qu'au milieu des années 90. Le

choix de l'assurance, qu'elle soit volontaire ou obligatoire universelle comme mécanisme de financement du risque maladie a inscrit le financement des soins dans les rapports sociaux du travail. De notre point de vue, cette orientation a constitué un obstacle majeur au développement d'une approche territoriale et populationnelle de l'organisation des soins qui caractérise l'organisation des systèmes de soins primaires. Les élus de la démocratie sociale ne sont pas élus sur une base territoriale mais professionnelle. L'état légitime pour protéger la santé des populations ne disposait pas du levier des soins ambulatoires. Le morcellement institutionnel de la santé a ainsi naturellement limité le développement de l'approche territoriale intégrée des soins et actions de santé primaires. Les pays où l'état gère le système de santé (béveridgiens) dans le cadre d'un service public de santé, qu'il soit décentralisé comme en Norvège, Finlande, et Suède, ou centralisé comme au Royaume-Uni, ont développé une organisation territorialisée des soins ambulatoires. A l'inverse, la plupart des pays qui ont des systèmes à assurance sociale (bismarckiens) comme l'Allemagne et la Belgique ou à assu-

Le choix de l'assurance sociale et de l'organisation hospitalo-centrée de l'offre de soins

rance privée comme les Etats-Unis n'ont pas développé de façon systémique les soins primaires.

Le deuxième acte fondateur qui a porté essentiellement sur le système de soins est constitué par la réforme Debré de 1958. Cette réforme, également préparée pendant la deuxième guerre mondiale (Jamous 1969) a été imposée aux médecins par ordonnance sans discussion devant le Parlement. Elle a créé les centres hospitaliers universitaires sur le modèle des *Academic Health Centers* imaginés au début du XX^{ème} siècle (Flexner 1910) aux Etats-Unis. Elle organise le système de soins français selon un modèle qui ne laissera pas de place aux soins primaires. Mais surtout, cette réforme introduit une hiérarchie au sein de la profession médicale, au sommet de laquelle se trouvent placés ceux qui en constituent aujourd'hui toujours l'élite : les professeurs de médecine dotés d'un double statut d'hospitalier et d'universitaire. La grande tradition anatomo-clinique française du XIX^{ème} siècle se prolonge donc alors dans le domaine de la biomédecine avec de nombreux succès et un développement remarquable. Le soin du corps, sa mise en image, son analyse scientifique par organes et systèmes ainsi que sa réparation sont les moteurs premiers de la médecine hospitalière qui se spécialise et s'étend dans le secteur ambulatoire où elle occupe une place croissante. La médecine omnipraticienne devient générale et se trouve progressivement reléguée au bas de l'échelle médicale. L'équivalence introduite dans les années 80 entre le prestigieux concours de l'internat qui distinguait les meilleurs et l'accès unique à la médecine spécialisée assombrera les médecins généralistes aux étudiants ayant échoué à l'internat. La médecine générale constitue désormais dans l'imaginaire de la population et des médecins eux-mêmes le résidu des générations d'étudiants qui n'ont pas réussi à accéder au statut de spécialiste. Cette hiérarchisation est encore retrouvée dans le choix des étudiants avant le troisième cycle des études médicales (Billaut 2006). La médecine générale, marquée par l'image de l'officier de santé décrit par Flaubert dans *M^{me} de Bovary*, n'a pas de relais institutionnels ou professionnels. De fait, il n'y a pas de recherche ni d'enseignement en médecine générale pendant de nombreuses années. La pratique de la médecine

générale n'est pas conceptualisée et n'est donc pas enseignée pendant de nombreuses années. Il n'existe aujourd'hui aucun poste titulaire de professeur en médecine générale au sein de l'université. On dénombre 104 postes de professeurs associés en médecine générale travaillant à temps partiels pour un objectif de formation de 50 % de médecins généralistes avec des promotions de 7.000 étudiants par an. L'élite hospitalo-universitaire constituée par les professeurs de centres hospitaliers universitaires est très proche de l'administration de l'Etat. Elle poursuit ses intérêts propres qui sont principalement hospitaliers et universitaires (Jobert 1994). Le champ ambulatoire reste le domaine des partenaires sociaux qui négocient la convention médicale avec les syndicats de médecins libéraux. La création du syndicat MG France au début des années 80, vécue comme une trahison par les syndicats médicaux traditionnels illustre la progressive division du corps médical et la divergence d'intérêts entre les différents sous-groupes de médecins. Le syndicat MG France revendique depuis sa création un rôle de *gate keeper* pour les généralistes dans le but d'une meilleure efficacité du système de soins. On observe un mouvement équivalent en Belgique francophone. Les soins primaires sont largement assimilés à cette revendication et se retrouveront dès lors pris dans les affrontements syndicaux relayés par les grandes formations politiques.

Dans ce contexte, les soins primaires sont placés à la marge du monde médical et de l'assurance maladie. Ils sont pris en charge par les collectivités locales comme le Conseil général qui gère la Protection maternelle et infantile puis la prise en charge de la dépendance, les municipalités qui développent les services de soins infirmiers à domicile, la lutte contre les maladies vénériennes, l'hygiène. Certaines villes, majoritairement communistes et socialistes favoriseront le développement de centres de santé dans une logique de soins primaires. Leurs actions resteront marginales. Certaines spécialités ou secteurs d'intervention sanitaires seront créés en France, comme la psychiatrie avec la création des secteurs, la médecine scolaire et la médecine du travail. Ces initiatives peuvent être considérées comme des démarches de soins primaires qui restent néanmoins limitées.



D'un modèle devenu inadéquat à une nécessaire refondation

Le champ des soins primaires ne s'est donc pas développé de façon importante en raison du morcellement institutionnel des populations concernées et de l'éparpillement des compétences à intervenir sur la santé entre de multiples institutions et acteurs. L'orientation majoritaire de l'élite médicale vers l'hôpital a contribué à dévaloriser symboliquement les soins de première ligne.

Depuis vingt-cinq ans, plusieurs constats ont objectivé l'inadéquation entre l'organisation de notre système de soins et l'évolution des besoins et de la demande de soins. L'épidémie de SIDA, l'émergence des associations de patients, le développement de l'économie de la santé pointent à leur façon les différents travers d'un système morcelé, construit principalement sur le soin technique au corps malade et considéré comme assez peu efficient. Les politiques de soutien à l'innovation organisationnelle par le biais des réseaux de santé ou des fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville ont permis la réalisation de projets innovants mais leur impossible généralisation (Robelet 2005) illustre parfaitement les limites liées à la structure même du système de soins.

Plusieurs réformes ont cherché à introduire une approche populationnelle, dans le cadre de la planification hospitalière (schémas régionaux d'organisation sanitaire 3^{ème} génération) ou même de l'organisation des soins en ambulatoire avec la récente réforme du médecin traitant. Néanmoins, les compromis que doivent négocier leurs promoteurs reviennent fréquemment à amoindrir leur portée réformatrice dans le but de préserver l'ordre institué en 1945 et en 1958 (Bras 2004, Bras 2006). Un élément nouveau issu de la politique soutenue depuis les années 70 de réduction du *numerus clausus* à l'entrée des études de médecine peut constituer une opportunité de réorganisation forte des soins ambulatoires. Il s'agit de la baisse à venir du nombre de médecins dans les dix ans qui viennent (ONDPS 2004). Cette situation inédite ouvre une période propice à la renégociation éventuelle des rôles respectifs des différents acteurs. Il paraît donc raisonnable d'anticiper le possible développement des soins primaires

en France. Cependant, à l'instar de ce que les Canadiens constatent (Abelson 2001) sur le résistible développement des soins primaires au Canada, tant que les conditions d'une re-formation des accords sociaux fondateurs n'est pas envisageable ou politiquement assumée, c'est le développement à la marge, parcellaire et sur un mode décentralisé des soins primaires qui paraît le scénario le plus probable en France. On peut le regretter, on peut aussi s'en réjouir quant au regard de l'évolution des soins primaires dans les pays qui les ont traditionnellement mis en place. En effet, ces derniers semblent eux-mêmes évoluer vers une remise en cause de l'organisation traditionnelle des soins primaires (Bourgueil 2006). Plusieurs réformes sont menées afin d'élargir la gamme des services offerts en première ligne. Développer des consultations de médecins spécialistes en soins primaires est désormais un objectif au Royaume-Uni. Le Québec, qui a fait le constat d'une collaboration interdisciplinaire difficile dans les Centres locaux de santé communautaire (CLSC) met en œuvre une politique visant à regrouper les médecins au sein de groupes de médecins de famille et à améliorer leur articulation avec les CLSC, en permettant à une infirmière de CLSC de venir consulter au sein du groupe de médecins de famille. L'Ontario favorise le regroupement des médecins en échange d'une plus grande plage d'ouverture des cabinets et d'une meilleure organisation de la permanence des soins. Les centres de santé finlandais introduisent le principe de la clientèle auprès des médecins salariés des centres. D'une façon générale, il s'agit de délivrer une plus grande gamme de soins, dont des soins spécialisés en ambulatoire à des patients revendiquant par ailleurs une prise en compte plus grande de leur individualité. Dès lors, la présence de nombreux spécialistes en ambulatoire en France dans un contexte de réduction du nombre de médecins peut constituer une opportunité pour organiser enfin, dans une logique populationnelle des *new primary care*. Ceci ne paraît néanmoins envisageable qu'à la condition de poursuivre et d'accélérer l'évolution de l'organisation à la fois de la médecine et de l'assurance maladie. Tout un programme ! ●

Références

Abelson J., Hutchison B., Lavis J., « Primary care in Canada : so much innovation, so little change », *Health Affairs*, volume 20, n°3, mai-juin 2001.

Billaut A., « Les affectations en 3^{ème} cycle des études médicales en 2005 suite aux épreuves classantes nationales », *Etudes et Résultats, DREES*, n° 474, mars 2006.

Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J. « Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières. L'apport d'expériences européennes et canadiennes ». Rapport d'étude et actes de la journée. *IRDES*, rapport n° 1624, mars 2006. 260 pages. <<http://www.irdes.fr/Publications/Bibliographies/bibresusom/2006/rap1624.htm>>.

Bras P.L. « Notre système sera-t-il mieux gouverné ? », *Droit Social* n°11, 967-978, novembre 2004.

Bras P.L. « Le médecin traitant : raison et déraison d'une politique publique ? », *Droit Social* n°1, 59-71, janvier 2006.

D'Amour D, Sicotte Cl, Levy R, « L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé », *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 17, n° 3, septembre 1999.

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>.

Jamous H., Commaille J., Pons-Vignon B., *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, éditions du CNRS, Paris, 1969.

Jobert B., Steffen M., in « Les politiques de santé en France et en Allemagne », p 17, *Espace Social Européen*, dossier spécial n° 4, septembre 1994.

Observatoire national de la démographie des professions de santé, « Rapport 2004 », *La documentation française*.

Ouvrage collectif, « La réforme Debré, un tiers de siècle après », *Actes du colloque de Caen 9-10 décembre 1996*, éditions ENSP, 1999.

Robelet M., Serre M., Bourgueil Y., « La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles », *Revue française des affaires sociales*, 2005, n° 1, pp. 233-260.

Sicotte Cl, D'Amour Danielle, Moreault Marie-

Pierre, « Interdisciplinary collaboration within Quebec community health centres », *Social Sciences and Medicine* 55 (2002) 991-1003.