

Entretien avec Yann Bourgueil

Dossier ressources Accès aux soins – Fabrique Territoires Santé

Yann Bourgueil, médecin spécialiste de santé publique et de médecine sociale, a mené de nombreux travaux de recherche sur les services et politiques de santé, l'organisation des soins et les politiques de ressources humaines en santé. Il a notamment travaillé comme enseignant chercheur au sein de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) et directeur de recherches à l'Institut de Recherches et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES), qu'il a dirigé de 2010 à 2015. Il est également conseiller scientifique auprès du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) et membre de la Chaire Santé de Sciences Po.

Entretien réalisé le 21 septembre 2022

Quels sont aujourd’hui les obstacles à l'accès aux soins ?

La problématique de l'accès aux soins est principalement mise en avant sous l'angle de la démographie médicale dans les territoires. Pour accéder aux soins, il faut qu'il y ait une offre de soin. Or, aujourd'hui, beaucoup de médecins partent à la retraite sans être remplacé·es. Par ailleurs, il y a de nombreux autres déterminants en jeu, financiers (selon la couverture santé des personnes, des restes à charge importants peuvent perdurer), sociaux ou culturels, comme le rapport à la santé ou la compréhension du système de santé.

Les renoncements aux soins pour raisons financières sont-ils liés à l'état de notre système d'assurance maladie ?

Il y a des progrès dans l'histoire de notre système d'Assurance maladie. La mise en place de la Couverture Maladie Universelle (CMU) en 1999 a montré que la demande de soins augmente dès lors que les soins sont devenus accessibles. Des progrès ont aussi été faits avec l'instauration de la Protection Universelle Maladie en 2016 qui permet d'ouvrir des droits dès 16 ans et de bénéficier des droits même sans activité professionnelle. C'est le cas aussi, par exemple, des étudiant·es dont les régimes spéciaux ont également été intégrés dans le régime général.

La coexistence d'un système double d'assurance maladie, avec l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC) crée des disparités d'accès aux soins, car la prise en charge des restes à charge va dépendre des contrats, qui varient selon les entreprises, leur secteur, leur taille, etc.

Ce système de couverture complémentaire génère une sorte de point de fuite dans la régulation des tarifs. Avec la création, dans les années 1980, du secteur 2 conventionnel, optionnel, dans lequel certain·es professionnel·les pouvaient facturer, les assurances complémentaires se sont mises à couvrir une partie des dépenses de santé en ayant un faible pouvoir de négociation avec les professionnel·les de santé du fait de la concurrence entre assureurs complémentaires. Cette situation a permis à certains acteurs de développer et d'augmenter leurs tarifs.

Nécessairement, cela crée des inégalités d'accès aux soins, notamment dans l'accès aux spécialistes : si vous n'avez pas de (bonne) complémentaire, vous ne pouvez tout simplement pas accéder à ces soins. Il y a donc un réel enjeu à réguler le marché de l'assurance complémentaire pour réguler l'accès aux soins.

Le Haut Conseil pour l’Avenir de l’Assurance Maladie (HCAAM), dans un rapport¹ paru au début de l’année 2022 sur l’AMO et l’AMC, a exploré quatre scénarios d’évolution dont l’un qui proposait de faire disparaître l’AMC, ce qui n’a pas été sans soulever des réactions contraires. Il ne faut pas oublier que tout un secteur de l’AMC, dont les mutuelles, les assureurs privés et les instituts de prévoyance, vit et prospère de ce système assurantiel.

On parle beaucoup de déserts médicaux. Quel est l’état de l’offre médicale aujourd’hui ?

Nous sommes bien sûr dans une situation de diminution du nombre de professionnel·les du soin, et notamment de médecins généralistes. Si l’accès aux soins se réduit, c’est tout simplement parce qu’il y a une importante diminution des ressources humaines. Mais cette diminution est inégale selon les territoires. Un autre enjeu est celui des politiques de concentration hospitalière – dans une logique financière – qui ont conduit à fermer des structures, par exemple des maternités et des services de chirurgie, et donc à reconfigurer l’offre hospitalière et son accessibilité : les distances d’accès aux soins spécialisés ont augmenté, entraînant des problématiques de mobilité et de coûts de transport.

Mais les Agences Régionales de Santé (ARS) ont tellement modifié les indicateurs qu’aujourd’hui, quasiment tous les territoires se trouveraient en situation de désert médical, ce qui n’a pas beaucoup de sens. Il y a des endroits où les situations sont nettement plus aiguës. Ces données doivent être recoupées avec d’autres indicateurs comme l’absence de services et notamment de services publics dans certains territoires : la désertification des territoires peut être globale, et à la fois liée à la disparition de services.

Comment lutter contre ces déserts médicaux ?

Il faut prendre la mesure des changements en cours, il y a un tournant dans les modes d’exercice. Le corps médical doit prendre acte que les nouveau·elles professionnel·les veulent des conditions d’exercice plus collectives, regroupées, et que le salariat, ou des conditions de travail proches du salariat, attire de plus en plus. Il va falloir aller dans ce sens en offrant des conditions de travail attractives avec des solutions libérales « clés en main » ou/et en créant davantage de Centres de santé (CDS) et en salariant du personnel.

Bien sûr des initiatives sont engagées depuis un moment, notamment de la part de collectivités, pour, par exemple, mettre en place et accompagner des Maisons de santé pluriprofessionnelle (MSP). Mais on observe aussi des situations de mise en concurrence entre les territoires là où il faudrait de la concertation, non seulement entre collectivités, entre élu·es, mais aussi entre et avec les professionnel·les et la population. Cette logique de concurrence territoriale, entre l’ancienne et la nouvelle génération de médecins, entre les solutions « techniques » (télémédecine, etc.) et les solutions « humaines » (pour maintenir et faire venir les professionnel·les), est délétère. Une logique que l’on retrouve encore à une autre échelle et qui a conduit à développer un système de soins urgents concurrentiel entre les hôpitaux et SOS Médecins, par exemple, qui se sont mis dans cette niche à l’époque. C’est ce système concurrentiel et cloisonné qui est en crise aujourd’hui du fait de la baisse de la ressource médicale mais également du développement de comportements « consuméristes » par les patient·es qui a été peu régulé.

Il faut donc tendre vers un déploiement plus important des structures d’exercice coordonné ?

¹ [Rapport du HCAAM 2022, Quatre scénarios polaires d’évolution de l’articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire](#)

Cela fait longtemps que nous savons que pour améliorer l'accès aux soins et la qualité des prises en charge, il faut aller vers plus de collaboration, de communication, en réunissant sur un même lieu des professionnel·les qui vont partager des objectifs communs.

Cependant le modèle de travail individuel est encore défendu par des professionnel·les qui n'ont connu que ce modèle-là et qui veulent assurer leur intérêt économique. Cela est en train de changer, si on regarde les impulsions depuis plusieurs années du côté du gouvernement en faveur du développement des MSP ou des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), par exemple. Mais il faut aussi l'intégrer dans la formation initiale et continue des professionnel·les. Il y a un réel enjeu à leur apprendre à travailler ensemble, à se coordonner, à coopérer.

Cela implique également de dépasser le principe du seul paiement à l'acte. Les mécanismes de rémunération sont souvent des freins à des organisations innovantes parce qu'avec le paiement à l'acte, il n'y a pas d'incitation à collaborer.

Est-ce qu'il faut revoir la liberté d'installation des médecins ?

Il est légitime de demander à des gens qu'on a formés pendant des années, qu'ils rendent quelque chose à la société – peut-être sous la forme d'un service à rendre durant une période de sa vie, en exerçant dans des zones ayant des besoins plus importants. Mais ce qui est en jeu, c'est plus largement la mission de service public vis-à-vis de la population. Il s'agit de responsabilité populationnelle. Les étudiant·es en médecine n'ont pas conscience de cela – comme ils·elles ne connaissent pas le fonctionnement du système hospitalier ou notre système de solidarité nationale. Cette mission peut s'incarner notamment dans les CPTS : au-delà de la responsabilité vis-à-vis des patient·es, il y a une responsabilité vis-à-vis de la population.

Pour ce qui est de limiter la liberté d'installation des médecins, il faut peut-être mettre cela en place aujourd'hui avec une prise d'effet dans une douzaine ou quinzaine d'années quand le nombre de médecins aura augmenté. Aujourd'hui, ce n'est pas pertinent.

Quel est le rôle des collectivités pour agir sur l'amélioration de l'accès aux soins ?

Là où il n'y a plus de médecin libéral, il faut que la puissance publique intervienne : on ne peut pas laisser une population sans offre de soins. L'exemple de la Saône-et-Loire avec la création d'un centre départemental de santé (avec différentes antennes) est intéressant. Au total, ce sont près de 80 médecins qui sont recruté·es et le département devient ainsi un important opérateur de santé sur le territoire : il recrute les médecins et les villes fournissent les locaux. Cela implique évidemment une certaine distribution des rôles, la reconnaissance de la légitimité du département à mener une telle politique, et une entente entre le département et les élu·es des différentes communes.

Le département est un niveau intéressant pour assurer la concertation entre les villes, la mise en cohérence des politiques d'accès aux soins et éviter les phénomènes de mise en concurrence.

Les collectivités, au-delà de la mise en place d'une offre de soins et de locaux à l'usage des professionnel·les, peuvent également agir sur l'accès aux soins en ayant un rôle d'observatrice des besoins de la population, en mettant en place des mutuelles communales, ou encore, en menant une politique de transport pour faciliter l'accès aux soins des personnes ayant des difficultés à se déplacer. De multiples leviers existent pour l'accès aux soins, en parallèle de ceux qui permettent d'agir sur les déterminants de la santé.