



Ouvrir à tous les portes d'entrée du système de santé

Publié le 14 mars 2025 par Emmanuel Vigneron

MA SÉCU J'Y TIENS !



Crédit: Globule rouge, janvier/février 2025

Résumé :

L'auteur présente ici un des problèmes majeurs du système de santé français : la proximité comme réponse à la question de l'accès aux soins. Il appelle à une refonte complète d'un système qui a complètement négligé cette dimension territoriale et sociale.

Abstract :

The author presents here one of the major problems of the French health system: proximity as a response to the question of access to care. He calls for a complete overhaul of a system that has completely neglected this territorial and social dimension.

NDLR : Nous donnons ici la version complète d'une tribune parue dans [Le Monde](#) du 18 janvier 2025 sous la signature du Pr Vigneron.



Dans sa présentation du PLFSS en discussion au parlement, le gouvernement a promis « d'accélérer le développement de l'offre de soins dans les territoires, afin d'améliorer l'accès aux soins partout en France »^[1]. Cependant, le projet de loi se limite à quelques mesures qui, faute d'envergure et déjà éprouvées seront bien incapables de résoudre les défis qui menacent désormais le pacte républicain : développement des services d'accès aux soins, des « HéliSmurs », des Maisons de Santé, des médico-bus, de la télémédecine. Rien de neuf, quelques rustines, *c'est toujours le même film qui passe et ça continue encore et encore.*

Cette tiédeur gouvernementale manque d'innovation. Et cependant, chacun sait bien qu'en France, ce qu'il manque ce n'est pas la superstructure ni les étages supérieurs du système de santé qui sont excellents. Ce qui manque ce sont les portes d'entrée dans le système de soins, l'organisation de la proximité.

Une telle organisation de la proximité en santé est attendue depuis la Libération et l'espérance des Jours Heureux. Robert Debré, le grand résistant, le chef du Front National des Médecins et le père de la pédiatrie moderne n'écrivait-il pas en 1944 « A cet égard, dans bien des régions de la France, tout est à faire ! »^[2]. Il insistait également sur le fait que tous les éléments de la chaîne de santé formaient « un ensemble dont les parties ne sont point séparables » dans la perspective de la création d'un système de santé complet. Or si l'on réussit dans certains segments, on en négligea complètement d'autres dont la prévention et l'organisation de la proximité.

Pour quelles raisons Robert Debré et ses compagnons ne furent-ils pas suivis ? Pour quelles raisons 80 ans après en est-t-on toujours là ? Tout s'est joué d'emblée. A la Libération, tout était à refaire : restaurer l'autorité de l'État, faire vivre le compromis du programme du CNR et ses promesses, aux premiers rangs desquelles les nationalisations et la création de la Sécurité sociale.

Mais comment créer la Sécurité sociale sans s'assurer de la participation des médecins libéraux au départ très réticents ? Le gaullisme leur abandonna l'organisation de la proximité, désireux en outre d'éviter toute forme de collectivisation voulue par les communistes. Ainsi, revenue en position de force, la médecine privée rappela ses conditions exprimées en 1929 dans la charte de la CSMF : liberté d'installation du médecin, libre choix du praticien par le patient, honoraires libres et liberté de prescription... Comment avec cela organiser rationnellement la proximité des soins ?



On laissa penser un temps que l'augmentation du nombre d'étudiants conduirait tout naturellement à leur bonne répartition, les lois de la concurrence produisant leurs effets. Las, c'était sans compter les économies d'échelle de la localisation urbaine auprès de classes solvables et sans compter aussi les économies d'agglomération provoquées par la spécialisation de la médecine. Les dépenses progressant bien plus vite que la richesse nationale surtout après les chocs pétroliers des années 70, le gouvernement et les doyens des facultés de médecine limitèrent très fortement le nombre de médecins en formation pour tenter de réduire l'envol de la dépense mais aussi pour protéger les revenus de la profession. Le mécanisme vertueux espéré d'une large et naturelle répartition en tache d'huile s'enraya dès les années 80 conduisant à la situation contemporaine : non seulement l'échelon de proximité est demeuré inorganisé mais en outre il se dégrade désormais à vitesse accélérée.

Alors que faire ? Il faut redonner au mot proximité un sens qui soit commun et le mettre en œuvre dans un esprit de solidarité. Il faut donc commencer par faire des efforts de compréhension des autres. A cette condition, on pourrait s'entendre collectivement sur des choses simples : que voulons-nous ? que pouvons-nous ?

Il faudrait sortir de la mollesse décisionnaire, de la soumission aux éléments politiques et de la faible part des faits dans la prise de décision. Il faudrait que les données de fond (activité, service à la population, ressources disponibles - humaines et financières) ne soient pas distillées d'en haut comme des vérités révélées mais élaborées en commun et soumises à discussion. Un immense effort de pédagogie est à accomplir.

On pourrait mesurer des distances d'implantation et de patientèle des professionnels et des services, c'est-à-dire apprécier leur rayonnement. On pourrait s'accorder sur des temps de parcours acceptables pour accéder à chaque niveau de soins, depuis le premier recours jusqu'aux soins les plus rares. On pourrait établir une liste précise et contractuelle des services indispensables localement. Avec ambition et raison on pourrait avancer avec cette autre idée centrale : nos concitoyens doivent être assurés d'une juste prise en charge au bon moment, au bon endroit, à partir d'une porte d'entrée proche de chez eux. Ensuite, on s'assurerait que ces indicateurs sont respectés dans tous les territoires. Si ce n'est pas le cas, on corrigerait ces défauts en commençant par les plus criants et sur la base d'un plan de rattrapage à 20 ans à partir de l'estimation des moyens nécessaires et des moyens disponibles, financiers et humains.

L'échelon de proximité n'a de valeur que s'il s'inscrit dans une architecture graduée du





système de santé. La relation est dialectique. La nécessaire concentration des plateaux techniques les plus modernes et des soins les plus rares oblige à organiser la proximité pour que chacun puisse y accéder ; les tenants de la proximité doivent comprendre la nécessité de la concentration. L'une est la contrepartie de l'autre. Si tout n'est pas possible partout, tout n'est pas non plus impossible partout. Les Groupements Hospitaliers de Territoire et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé constituent les formes contemporaines de l'exercice territorial coordonné, à l'hôpital et en ville. C'est sur eux qu'il faut s'appuyer pour avancer mais ils doivent travailler ensemble sans réticence et en confiance. Les établissements de santé ont parfaitement le droit de créer des centres de santé de premier recours qui devraient être cette brique de base de notre système de santé, lieux de soins mais aussi de prévention et d'éducation dans tous les territoires.

La pénurie actuelle des médecins et leur totale liberté d'installation, les difficultés budgétaires ne doivent pas nous enfermer dans le renoncement. Ce sont des excuses à la Ponce Pilate. Elles laissent errer un système qui par entropie incontrôlée conduit à son effondrement et aux inégalités les plus insupportables.

Ainsi pourrait-on assurer chacun de l'équité de l'allocation des ressources ainsi que du bon emploi de ses cotisations et impôts. Répondant aux attentes de nos concitoyens, avec des objectifs partagés ne venant pas d'en haut mais exprimant une démocratie réelle, les gains pour la santé seraient nets mais ils le seraient aussi pour une adhésion renouvelée de tous à la république qui est la nôtre : une république sociale qui assure l'égalité de tous.

Pour citer cet article :

Pr. Vigneron, [«Ouvrir à tous les portes d'entrée du système de santé»](#), *Les Cahiers de santé publique et de protection sociale*, N° 52 mars 2025.

Notes de bas de page :

[1] Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025. Dossier de presse, 10 octobre 2024

[2] Médecine – Santé Publique – Population – Rapports transmis au Comité Français



de la Libération Nationale à Alger en janvier 1944. Éditions du Médecin Français, Paris,
octobre 1944.

