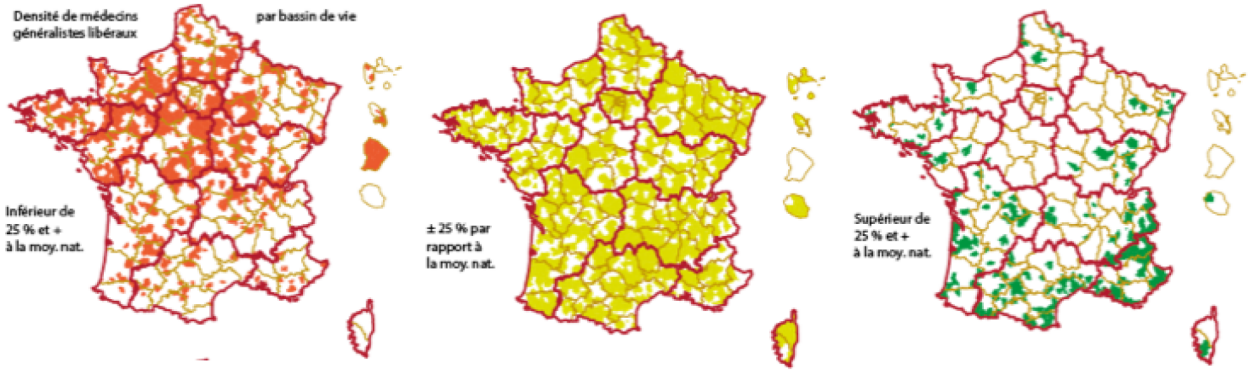
Sécuriser les soins primaires par les besoins: des territoires et des populations, des ressources à allouer, un pilotage professionnel outillé

Publié le 10 juin 2026 par yoann



©

Résumé :

L'auteur montre qu'organiser les soins primaires par les besoins représente un changement de paradigme profond. Il ne s'agit plus d'améliorer à la marge un modèle centré sur la production, mais de refonder l'organisation des soins de proximité autour des populations à desservir et des ressources nécessaires pour répondre à leurs besoins de santé.

Abstract :

The author demonstrates that organizing primary care around needs represents a profound paradigm shift. It is no longer a matter of marginally improving a production-centric model, but of fundamentally reorganizing local healthcare around the

populations to be served and the resources needed to meet their health needs.

Introduction

Les systèmes de santé occidentaux ont largement construit leurs organisations et leurs modes de financement à partir de ce qui est produit et dénombrable : actes, séjours, passages, activités. Ce choix historique a permis une expansion rapide de l'offre de soins, mais il a également généré des effets bien connus : inflation des volumes, fragmentation des parcours, difficultés à maîtriser les dépenses et tension croissante sur les ressources humaines. Les soins primaires n'ont pas échappé à cette dynamique, même lorsque des dispositifs correctifs ont été introduits pour promouvoir la qualité, la prévention ou la coordination.

Les deux articles précédents ont proposé un déplacement du regard. Le premier a montré que les soins primaires relèvent fondamentalement d'une activité de pilotage dans le temps long, rendue possible par des artefacts numériques conçus comme instruments de raisonnement collectif. Le second a mis en évidence que ces outils modifient en profondeur les métiers et les organisations, en reconfigurant les rôles professionnels et les formes de coopération.

Ce troisième article franchit une étape supplémentaire. Il propose de sortir explicitement d'une logique consistant à « mieux mesurer pour mieux payer », afin de poser une question plus radicale : et si les soins primaires étaient organisés d'abord à partir des besoins de santé des populations à desservir, et des moyens nécessaires pour y répondre, plutôt qu'à partir de ce qui est produit ou mesuré a posteriori ? Dans cette perspective, le pilotage numérique ne sert plus à ajuster marginalement un modèle existant, mais à rendre possible une nouvelle manière d'organiser l'offre de soins de proximité.

De la production de soins à la réponse aux besoins

Dans la pratique quotidienne, les professionnels de soins primaires raisonnent rarement en termes d'actes à produire. Ils raisonnent en termes de situations à accompagner, de risques à prévenir, de trajectoires à stabiliser. Les consultations, prescriptions ou actes constituent des moyens, non des finalités. Pourtant,

l'organisation des soins et leur financement restent largement structurés par des unités de production, héritées de modèles historiques.

Organiser les soins par les besoins suppose un renversement du point de départ. Il ne s'agit plus de compter ce qui a été fait, mais d'identifier ce qui est nécessaire pour une population donnée : caractéristiques démographiques, prévalence des maladies chroniques, déterminants sociaux, accessibilité géographique, vulnérabilités spécifiques. Cette approche est intrinsèquement territoriale. Elle implique de raisonner par bassin de vie, par communautés de patients, par populations réellement suivies par des équipes identifiées.

Ce changement de perspective n'implique pas l'abandon de toute mesure. Au contraire, il suppose une connaissance plus fine, plus continue et plus contextualisée des situations de santé. Mais la mesure change de statut : elle devient un outil de compréhension et d'anticipation des besoins, non un instrument de justification a posteriori.

Les enseignements des expériences étrangères

Plusieurs systèmes de santé étrangers ont engagé, à des degrés divers, ce type de raisonnement. Aucun ne correspond exactement au modèle proposé ici, mais chacun apporte des éléments éclairants.

Au Royaume Uni, le NHS a progressivement évolué vers une organisation des soins autour de populations définies, à travers les Integrated Care Systems et, plus récemment, les Integrated Care Boards. L'objectif explicite est de mieux aligner les ressources sur les besoins locaux, en articulant soins primaires, hôpital et services sociaux au niveau de territoires cohérents. Ces dispositifs montrent qu'il est possible de penser la responsabilité sanitaire à l'échelle d'une population, mais ils restent largement pilotés par des instances institutionnelles, avec des marges de manœuvre variables pour les équipes de terrain *(The King's Fund, Integrated Care Systems, 2021)*.

En Catalogne, les équipes de soins primaires sont depuis longtemps responsables d'une population définie. Le système repose sur une forte intégration entre soins, santé publique et action communautaire, soutenue par des systèmes d'information robustes permettant de relier données cliniques et données populationnelles. Cette expérience

illustre la faisabilité d'une organisation par les besoins à grande échelle, mais le pilotage y demeure principalement régional, et moins centré sur la réflexivité des équipes elles⊠mêmes *(WHO Europe, Primary care reform in Catalonia, 2023)*.

Aux Pays⊠Bas, le modèle Buurtzorg constitue une référence souvent citée. Des équipes autonomes, responsables d'un quartier, organisent leur action à partir des besoins réels des personnes, avec un haut niveau de confiance institutionnelle et un système d'information conçu comme un outil de compréhension et non de contrôle. Bien que centré sur les soins infirmiers à domicile, ce modèle démontre qu'une organisation par les besoins, adossée à un pilotage local outillé, peut produire à la fois qualité, satisfaction professionnelle et maîtrise des coûts *(de⊠Blok & Verkade, Health Policy, 2015)*.

Enfin, les Accountable Care Organizations américaines introduisent une responsabilité populationnelle explicite, avec des budgets globaux et une obligation de résultats sanitaires. Elles montrent l'intérêt d'une telle logique, mais aussi ses limites lorsqu'elle est fortement imbriquée dans des mécanismes de marché et des incitations financières complexes (*CMS, Accountable Care Organizations – Program Overview).*

La singularité de la position française

La proposition développée ici s'inspire de ces expériences, mais s'en distingue sur un point central. Elle ne repose ni sur une planification descendante exclusive, ni sur une logique d'incitation financière comme levier principal. Elle fait l'hypothèse que les équipes de soins primaires, dès lors qu'elles sont correctement outillées, ont structurellement intérêt à bien faire⊠: à prévenir plutôt qu'à réparer, à coordonner plutôt qu'à multiplier les actes, à organiser le travail de manière soutenable. Dans cette perspective, l'organisation des soins par les besoins bénéficie de son propre pilotage. Les outils numériques ne servent pas seulement à produire des indicateurs pour un décideur extérieur. Ils permettent aux équipes de rendre visibles les besoins de leur population, de suivre leur évolution, et d'ajuster en continu leur organisation. Le pilotage devient une activité locale, réflexive, inscrite dans le travail quotidien, et non une fonction séparée.

Ce point est décisif. Il permet de concilier autonomie professionnelle et responsabilité collective, planification et adaptabilité, connaissance clinique et connaissance

populationnelle. L'État et les régulateurs n'abandonnent pas leur rôle, mais celui⊠ci se déplace⊠: il consiste moins à prescrire des normes qu'à garantir des moyens adéquats et à vérifier la cohérence globale du système.

Des formes d'organisation en phase avec les besoins

L'organisation des soins primaires à partir des besoins ne peut rester un principe général⊠; elle suppose des formes organisationnelles capables de porter une responsabilité collective dans la durée. À cet égard, les analyses développées dans les deux articles précédents trouvent aujourd'hui une traduction particulièrement cohérente dans les centres de santé. L'exercice salarié, le cadre collectif et l'absence de dépendance directe à la production individuelle d'actes facilitent des arbitrages orientés vers les besoins des patients et des populations suivies, plutôt que vers des équilibres économiques individuels.

Les dynamiques observées dans les territoires éclairent ces enjeux. Le développement de centres de santé à l'initiative des collectivités territoriales, notamment dans des zones marquées par des difficultés d'accès aux soins faute d'installations suffisantes de professionnels libéraux, y compris en maisons de santé, traduit une évolution déjà à l'œuvre⊠: l'offre est pensée à partir de besoins identifiés localement, puis dotée d'un cadre organisationnel et économique permettant d'y répondre. De même, des dispositifs comme les Maisons France Santé peuvent être lus comme l'expression d'une reconnaissance implicite du fait que la coordination et l'accès effectif aux services ne relèvent pas de la seule initiative individuelle.

L'enjeu n'est ni d'opposer des modèles, ni d'en prescrire un unique. Il consiste plutôt à constater que, lorsque l'on prend au sérieux l'organisation des soins primaires par les besoins, certaines formes organisationnelles apparaissent aujourd'hui plus en phase avec les exigences du pilotage collectif et de la responsabilité territoriale. Ces évolutions s'inscrivent nécessairement dans un temps long, au rythme des dynamiques locales et des transformations démographiques et professionnelles.

Des besoins aux ressources : une dotation capacitaire

Organiser les soins primaires par les besoins conduit logiquement à repenser l'allocation des ressources. Plutôt que de rémunérer des volumes d'activité ou de

corriger ex post des effets indésirables, il devient possible d'allouer des capacités : effectifs de professionnels, compétences, infrastructures, temps dédié à la prévention, à la coordination ou à l'« aller vers ». Cette dotation est ajustée aux caractéristiques de la population desservie et révisable à partir du pilotage local.

Dans ce cadre, la question de la qualité ne disparaît pas, mais elle se transforme. Elle n'est plus principalement un critère de rémunération, mais une propriété attendue d'un système correctement doté et piloté, orienté vers la pertinence des soins et une forme de sobriété dans l'usage des ressources. Les écarts de qualité deviennent d'abord des signaux d'alerte sur l'inadéquation entre besoins et moyens, plutôt que des motifs de sanction ou de récompense isolée. Cette approche de l'organisation des soins primaires par les besoins s'inscrit pleinement dans le cadre de politiques publiques pilotées budgétairement. Elle repose sur une logique de définition préalable des objectifs de santé et des capacités nécessaires pour y répondre, puis sur une allocation des ressources orientée vers ces finalités. À cet égard, elle ne suppose pas une rupture avec les principes de l'action publique existante, mais plutôt un déplacement de son point d'application : quitter une logique centrée sur les volumes d'actes produits pour s'orienter vers des réponses à des besoins à couvrir – accès aux soins, prévention, maladies chroniques, pertinence des soins, et capacités à sécuriser l'offre dans les territoires.

Conclusion:

Organiser les soins primaires par les besoins représente un changement de paradigme profond. Il ne s'agit plus d'améliorer à la marge un modèle centré sur la production, mais de refonder l'organisation des soins de proximité autour des populations à desservir et des ressources nécessaires pour répondre à leurs besoins de santé. Les expériences étrangères montrent que cette approche est possible, mais elles n'en épuisent pas le potentiel.

La proposition développée ici avance un pas supplémentaire : faire de l'outillage numérique des équipes le cœur du dispositif de pilotage, afin que l'organisation par les besoins soit en permanence informée, ajustée et rendue explicite par ceux qui produisent le soin. Dans la continuité des deux premiers articles, cette approche ouvre la voie à une réflexion renouvelée sur le système de protection sociale, non plus comme un simple mécanisme de paiement, mais comme une infrastructure collective garantissant la capacité des soins primaires à produire durablement de la santé. Saisir

cette opportunité suppose d'inscrire l'outillage numérique et l'intelligence artificielle dans un projet collectif explicite, orienté vers la visibilité des besoins, le soutien aux arbitrages professionnels et la sécurisation de l'accès aux soins.

Pour citer cet article :
Alain Beaupin, Sécuriser les soins primaires par les besoins, Les Cahiers de santé publique et de protection sociale, N° 57 juin 2026.