15 novembre 2025

L'organisation de la médecine de premier recours

Didier JAFFRE
Directeur général de l'Agence régionale de santé Occitanie

Nota. Pour retrouver les autres conférences de ce colloque : dans la page d'accueil (https://www.ac-sciences-lettres-montpellier.fr/) cliquer sur "Rechercher un document" et dans la fenêtre qui s'affiche, entrez le mot-clé : COLL2024

MOTS-CLÉS
COLL2024, médecine premier recours, expérimentations en Occitanie, coordination, télésanté.

RÉSUMÉ
L'organisation de la médecine de premier recours en Occitanie est un enjeu majeur face à **l'**évolution démographique et aux besoins croissants de soins. L'ARS[1] développe une approche territoriale avec des CSP, CPTS, SAS et des expérimentations pour optimiser l'accès aux soins. La coordination et la télésanté sont des leviers essentiels pour renforcer **l'**attractivité médicale et garantir une offre adaptée.

Je vous remercie de m'avoir invité pour partager avec vous le point de situation et les évolutions en cours sur l'organisation de la médecine de premier recours en Occitanie. Ce sujet est en effet crucial pour nous et je vais tâcher d'expliquer pourquoi en quatre points.

1. Quel est le périmètre du premier recours ?

Le premier point que je souhaiterais aborder est celui de la définition du périmètre du premier recours. Ce sera bref mais très important pour la suite.

Pour nous, en tant qu'usagers, le premier recours joue à la fois le rôle de porte d'entrée vers le système de santé et d'aiguillage au sein de ce système de santé en nous orientant vers les professionnels et les structures qui seront en capacité de répondre à notre besoin. Ainsi les médecins généralistes, les pharmaciens, les infirmiers, les kinés, les sages-femmes, les dentistes, les orthophonistes, les psychologues mais également les urgences, le SAMU et dorénavant le service d'accès aux soins sont les principaux maillons du premier recours.

Le premier recours intègre même des médecins spécialistes dont certains sont accessibles en direct, et plusieurs projets associent médecins généralistes et spécialistes, dans des équipes de soins spécialisées, destinées à faciliter la pratique des premiers sans surcharger les plannings des seconds, en développant par exemple la télé-expertise au

[1] On trouvera en fin de texte l'explicitation des sigles utilisés.

profit des patients qui n'ont pas besoin de recourir à une consultation spécialisée en première intention.

La médecine d'urgence évoquée dans ma définition du premier recours n'est pas naturellement intégrée par tous au premier recours. Et pourtant l'abord des soins non programmés et urgents fait pleinement partie du premier recours car l'organisation et la régulation de ces activités sont intimement liées tant on sait aujourd'hui que nos urgences sont aussi débordées par une activité qui devrait pouvoir être prise en charge par des médecins généralistes : en 2023, au moins 12,9 % de l'activité des urgences pouvait relever exclusivement de la médecine générale soit presque 240 000 passages (données ORU Occitanie / Nombre de passages CCMU 1 en 2023 dans les SU d'Occitanie).

On sait également, dans le cas de l'accès aux soins spécialisés comme aux soins non programmés, qu'une réponse organisée et régulée rendra plus sécurisée et enrichissante la pratique des médecins généralistes favorisant en cela l'attractivité de cette forme d'exercice.

C'est pourquoi vous trouverez au sein de l'organigramme de l'ARS Occitanie, depuis sa création au moment de la fusion des régions, une direction du premier recours qui pilote la politique régionale sur l'ensemble de ces champs et nous traitons ces sujets de manière globale : la question de la régulation de la demande de soin n'est pas dissociée de celle de l'effection. Une approche globale du sujet de l'accès aux soins de premier recours est la seule qui permet de mobiliser l'ensemble des leviers qui sont à notre disposition pour répondre de manière adaptée aux enjeux de l'accès aux soins et de l'organisation adéquate du premier recours.

2. Il y a deux enjeux

Le deuxième point de contexte que j'aimerais aborder porte sur deux enjeux qui résonnent comme des évidences mais des évidences qui sont au cœur de nos préoccupations.

– Le premier enjeu est que l'organisation des soins de premier recours doit répondre aux besoins de la population en prenant en compte l'évolution très rapide de ces besoins. La population de la région était de 5,8 millions en 2016, elle est de 6,1 millions en 2024 et sera de 6,4 millions à l'horizon 2035 (Source : INSEE – Omphale 2022 – Scénario central). Le vieillissement y sera marqué comme dans de nombreuses autres régions. Et à cela s'ajoutent les facteurs géographiques et de précarité qui, tous associés, font de cette région une région au profil unique dans l'évolution de ses besoins de santé, besoins qui seront donc notablement en augmentation.

– Le second enjeu est que cette organisation doit aussi répondre aux besoins des professionnels qui vont l'animer. Et ces besoins évoluent eux aussi grandement. À titre d'illustration, je prendrais les conclusions d'un rapport sur les déterminants à l'installation des jeunes médecins conduit dernièrement (octobre 2024) par l'ANEMF, l'ISNAR-IMG et ReAGJIR, représentant respectivement les étudiantes et étudiants en médecine, les internes en médecine générale et les jeunes médecins généralistes. Ce rapport rappelle que, même si l'installation relève d'une certaine vocation, facteur d'épanouissement personnel, elle doit s'insérer dans un travail d'équipe, notamment pluri-professionnel, largement plébiscité, car permettant de rompre l'isolement et d'apporter un soutien au jeune professionnel au début de sa carrière. La présence d'autres professionnels sur le territoire ainsi que de multiples structures, est également considérée comme nécessaire afin de pouvoir bénéficier de recours, indispensables à la construction de parcours de soins pour les patients.

Et cette demande de prise en compte de facteurs professionnels et extra-professionnels à l'installation dans certains territoires, s'inscrit dans un contexte

d'évolutions quantitatives majeures qui va impacter fortement l'organisation territoriale de l'offre : la pression démographique va s'accroître et la plupart des points d'offre isolés vont très certainement disparaître du fait des très nombreux départs à la retraite à venir et qui ne trouveront pas de remplaçants dans ces conditions d'exercice.

Ces deux caractéristiques d'évolution du contexte sont majeures car, non content d'impacter à elles seules la situation, elles se combinent pour complexifier encore la situation. Sur un plan purement quantitatif, au cours de ces prochaines années, l'augmentation de la demande devrait être beaucoup plus rapide que l'augmentation de l'offre permettant d'y répondre, dans les conditions d'organisation actuelle. Pour illustrer ce propos, un récent projet d'étude que nous conduisons au sein de l'ARS montre qu'en 2035, pour maintenir le niveau d'APL (Accessibilité Potentielle Localisée) moyen que nous connaissons actuellement au niveau de la région, il faudra produire 26,4 millions d'actes de médecine générale. Or, selon les projections, les médecins généralistes déjà installés aujourd'hui et encore en activité en 2035 ne pourront effectuer que 12,2 millions d'actes. Cela signifie qu'il manquera 14,2 millions d'actes à produire, soit un peu plus de la moitié des actes nécessaires. Ces actes manquants devront donc être réalisés par de nouveaux médecins généralistes qui devront être installés d'ici 2035 pour combler ce déficit. Or, il n'est pas certain qu'aujourd'hui, compte tenu du nombre des étudiants en formation, nous puissions atteindre ces objectifs.

3. Les leviers de transformation

Et j'en viens là, dans ce contexte un peu angoissant, au cœur de mon intervention – ce sera le troisième point – qui concerne les leviers dont nous disposons pour faire évoluer la réponse à la demande de soins de premier recours.

Ces leviers sont nombreux et ils sont déjà largement déployés dans la région. Depuis le plan MaSanté2022, le Pacte de Refondation des Urgences et plusieurs autres décisions qui ont suivi, la transformation de l'offre de soins de premier recours est une réalité et les bases sont en place pour des évolutions encore plus profondes et nécessaires.

En Occitanie, nous pouvons compter sur :

- plus de 350 MSP validées et 43 Équipes de Soins Primaires qui représentent avant tout des équipes de professionnels médicaux et paramédicaux qui portent ensemble un même projet de santé au service de la population locale, pour répondre aux besoins de soins quotidiens des usagers,
- dix équipes de soins spécialisés (ESS) expérimentales, qui interviennent en second recours en appui aux médecins du premier recours pour l'accès aux soins spécialisés,
- cinquante-six centres de santé pluri-professionnels (CSP) constituant un enjeu dans les territoires sous-denses pour compléter les autres formes d'exercice coordonné,
- plus de 90 % de la population couverte par une CPTS, ces réseaux de médecins et soignants travaillent ensemble au sein d'un même bassin de population pour mieux structurer les parcours de santé des patients,
- un SAS dans chaque département permettant de couvrir 100 % de la population régionale en répondant 24 h / 24 et 7 jours / 7 aux demandes de soins urgentes et non programmées,
- un dispositif d'appui à la coordination (DAC) dans chaque département permettant de couvrir 6 millions d'habitants en région Occitanie et apporter une réponse globale aux demandes d'appui des professionnels : accueil, analyse de la situation de la personne, orientation et mise en relation, accès aux ressources spécialisées, suivi et accompagnement renforcé des situations, planification des prises en charge,

- plus de 1 600 professionnels des soins primaires impliqués dans les protocoles de coopération,
- déjà 252 IPA (dont 34 % en soins primaires) : pour améliorer la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées,
- de nombreuses expérimentations également, car nous devons aussi favoriser l'innovation, les nouvelles organisations, pour aider les soignants à voir leur travail comme un moyen d'améliorer constamment les soins de santé et gagner du temps médical en s'appuyant sur les compétences de tous les professionnels de santé : Expérimentation Certificats de décès par les IDE +> demande d'intégrer les infirmiers pompiers ; OSYS : 40 pharmacies impliquées dans l'expérimentation. Accès direct Kinés : expérimentation dans le Tarn, DALIA, pour la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques,
- et enfin, plus d'un million d'actes de télésanté en 2023 dans la région ont également été réalisés facilitant autant les consultations que le suivi à distance des patients avec des difficultés d'accès aux soins.

Toutes ces réalisations sont le fruit du travail partenarial mené au plan local, départemental et régional depuis quatre à cinq ans. Elles démontrent que l'exercice coordonné sous toutes ses formes ne constitue plus une expérimentation. Il constitue le socle de l'organisation territoriale à mettre en place pour répondre aux défis majeurs de l'accès aux soins dans les cinq années qui viennent.

4. Les évolutions à conduire dans les années à venir

Quatrième point, ces transformations sont aujourd'hui en place et ainsi ne doivent plus être considérées comme une fin en soi. Certes, beaucoup de dispositifs ne sont pas encore complètement matures ou sont insuffisamment développés, mais ils existent et tous les partenaires sont mobilisés pour les développer.

L'objectif aujourd'hui est de savoir comment mieux les mobiliser pour répondre de manière effective aux besoins de la population en matière d'accès aux soins. Il est impossible aujourd'hui de se satisfaire de ces résultats quand les perspectives que nous venons de décrire conduisent toujours plus de patients à se plaindre de leurs conditions d'accès aux soins. Tous ces dispositifs constituent la boîte à outils à mobiliser pour résoudre ces problèmes.

La voie pour plus et mieux les mobiliser, c'est l'action territoriale renforcée. Nous devons formaliser davantage des plans d'action, à l'échelle infra-départementale, pour déterminer, sous forme d'objectifs, combien il faut de professionnels et où nous souhaitons collectivement favoriser leur installation au regard des besoins à couvrir sur la zone d'action en question. Et à partir de là, mobiliser toutes les énergies pour que les professionnels trouvent, avec toute l'aide possible, les moyens pour organiser les parcours des patients, parfois en remettant en cause les pratiques actuelles. Cette approche est aujourd'hui très peu développée ou, dans le meilleur des cas, morcelée. Elle demande de l'opiniâtreté et de la pédagogie pour éviter de voir nos efforts se disperser ou aller dans de mauvaises directions. Non, il n'y aura pas un médecin généraliste ou une pharmacie dans chaque commune ; mais oui, il faut trouver des solutions pour garantir l'accès aux soins des personnes les plus éloignées.

Les démarches en cours manquent parfois d'horizons concrets pour faciliter la mobilisation des acteurs. C'est pourquoi nous pensons qu'un nouveau dispositif pourrait servir de catalyseur d'énergie pour mobiliser les acteurs à réaliser ces plans d'actions

locaux : il s'agit de la mise en place de la 4e année de médecine générale. Je sais que je vais devoir préciser mon propos pour ne pas entraîner de mésinterprétation.

L'objectif est simple. Le stage d'un an, qui devra être réalisé par ces futurs internes, sera l'occasion de faire découvrir des formes d'exercice, des territoires et des organisations territoriales de soins à de futurs professionnels, de manière à favoriser, dans certains cas, leur installation sur ces territoires. Mais attention ! ce que nous observons aujourd'hui, c'est qu'un interne qui effectue un stage dans un cabinet libéral, même organisé en exercice coordonné, ne s'installe pas forcément. Et pourquoi ? Parce qu'un stage, même effectué dans de très bonnes conditions d'encadrement et de pratique au quotidien, peut aussi révéler les difficultés de cet exercice, pour trouver des solutions d'hospitalisations, de recours à des avis de spécialistes ou à des prises en charge rendues complexes par la situation médicale et sociale des personnes ; autant d'éléments qui, dans l'environnement quotidien de ces futurs professionnels, sont essentiels pour provoquer chez eux un désir d'installation. Donc, si les acteurs locaux, élus, usagers et professionnels, veulent susciter des installations, il ne suffira pas de réclamer et d'accueillir des stagiaires : il faudra leur donner de la visibilité sur l'organisation territoriale de l'offre de soins de premier recours qui leur permettra d'apporter des réponses concrètes à la gestion des parcours de soin de leurs patients. Et les solutions à la gestion de ces parcours existent, nous l'avons démontré, et elles font partie de la boîte à outils que les acteurs locaux devront mobiliser à l'appui de ces plans d'action locaux que nous appelons de nos vœux. Le projet d'accueillir des internes dans le cadre de cette 4e année de médecine générale doit pouvoir être le signal qu'une perspective concrète d'installation est possible à condition de s'en donner les moyens. L'ARS prendra évidemment complètement sa part dans cette ambition en aidant à mobiliser les acteurs locaux, en facilitant au maximum le déploiement des outils et des projets que les acteurs voudront mettre en place et en organisant le lien avec les facultés, sur les deux subdivisions de la région, afin de coordonner l'ensemble.

5. Conclusion sur l'approche globale, le lien avec la prévention et l'offre de soins hospitalière

Ces perspectives optimistes sont pour nous bien concrètes et mobiliseront l'ensemble des ressources régionales et départementales de l'ARS.

Mais ce centrage sur les questions du premier recours ne doit, bien entendu, pas faire oublier deux choses :

– La première est que l'organisation territoriale de l'offre doit s'appuyer sur toutes ses composantes ; cela veut dire aussi l'hôpital et le secteur médico-social. Pour l'ARS, il ne saurait être question que les évolutions en cours dans les différents secteurs ne se rejoignent pas.

– La seconde c'est qu'un des premiers objectifs du premier recours, c'est de favoriser la Prévention. Trois-quarts des appels aux SAS-Centre 15 se soldent par un conseil. Anticiper et être rassuré sont les clés pour que chaque usager se sente acteur de sa santé. Et pour l'aider, nous comptons sur l'action conjuguée de l'ensemble des professionnels de santé du premier recours pour expliquer, inciter et orienter les usagers dans la gestion de leur parcours de santé, au bénéficie de l'ensemble de la collectivité.

Explicitation des sigles utilisés

ARS : Agence Régionale de Santé

CSP : Code de la Santé Publique

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

SAS : Service d'Accès aux Soins

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

ORU : Observatoire Régional des Urgences

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

SU : Service d'Urgences

ANEMF : Association Nationale des Étudiants en Médecine de France

ISNAR-IMG : Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

ReAGJIR : Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants

MSP : Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

IDE : Infirmier Diplômé d'État

OSYS : expérimentation Article 51 OSYS (Orientation dans le SYstème de Soins) visant à améliorer l'accessibilité aux soins de premiers recours (ou soins non programmés) à des populations vivant dans des territoires à risques de désertification médicale ou de faible accessibilité aux soins

DALIA : Dispositif Ambulatoire Libéral Innovant d'Accès aux Soins