

# Une réflexion pleine de trous ?

§Accès aux soins, §Assurance maladie, Sécurité sociale, §Maisons de santé, §Médecin généraliste, médecine générale

■ Pierre Volovitch, économiste

C'est la « Note d'analyse 204 » du Centre d'analyse stratégique. Elle porte sur « Médecine de ville : quelles nouvelles pratiques pour quels gains d'efficacité ? ». Alors forcément, « ça en jette ». Le titre de l'organisme : « Centre d'analyse stratégique », « stratégique » un peu comme à la guerre donc. Le numéro : « Note 204 ». Voilà des gens qui ont de l'expérience. Déjà plus de 200 « notes ». Et puis le sujet est important.

Donc on rentre là-dedans en se disant qu'on va apprendre des choses, qu'on ne va pas être forcément d'accord, mais qu'on va en sortir un peu plus intelligent.

Hélas.

Pour poser le décor, la « note » commence par dresser un « bilan » de ce qui a été fait en matière de « régulation des dépenses » sur « une quarantaine d'années ».

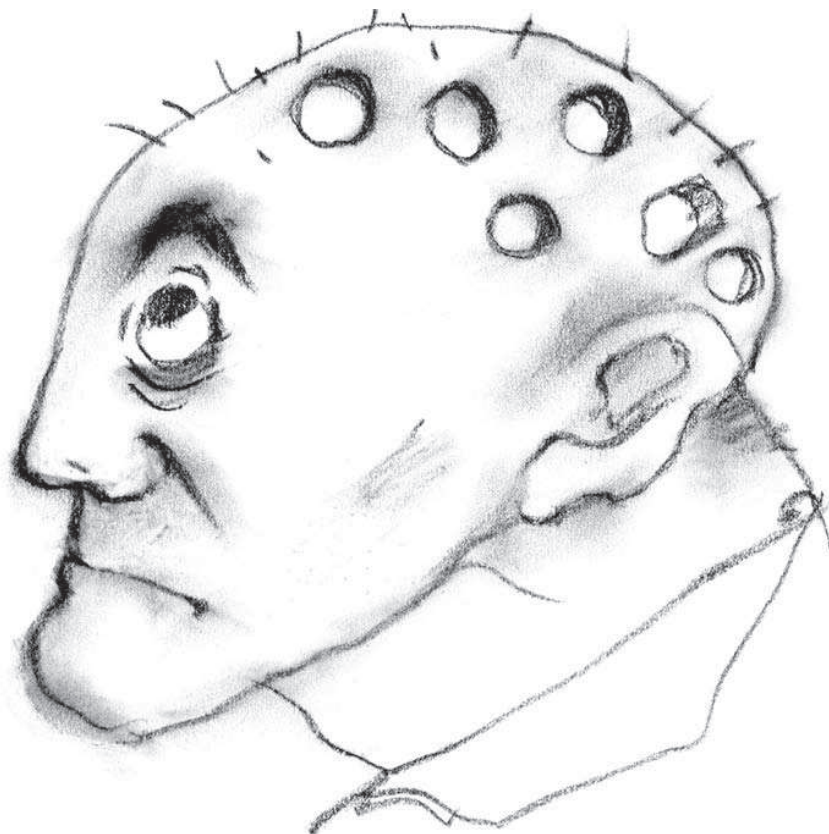
Sont alors évoqués la « régulation par les prix et les quantités » (ici le tarif des actes et le *numerus clausus*), la « régulation négociée de l'offre de soins » (ici la « maîtrise médicalisée »), la « création de l'ONDAM (Objectif National de Dépenses d'Assurance maladie) », la tentative de mettre en place des « lettres clés flottantes », le « contrôle des arrêts de travail », les « RMO (Références Médicales

Opposables) », les « ACBUS (Accords de Bon Usage des Soins) », les « recommandations de bonnes pratiques », « les maisons de santé pluridisciplinaires », les « CAPI (Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles) »...

Ça ratisse donc large. Mais pourtant il n'y a RIEN, rien du tout, sur les baisses de remboursement, les franchises... Rien sur la réduction du niveau de prise en charge des dépenses par l'Assurance maladie. Parce que ça n'a pas de rapport avec la « régulation des dépenses » ? Rien non plus sur les « dépassements » d'honoraires. Même pas un mot, puisque l'on parle pas mal des Conventions sur « le secteur optionnel » qui prétend encadrer ces dépassements. Voici donc un « bilan » avec de curieux trous. En lien avec ces curieux trous, on remarque que la question de l'accès aux soins est à peine effleurée dans ce bilan <sup>1</sup>. Mais peut-être que la question de l'accès aux soins n'a pas de rapport avec l'efficacité de la médecine de ville !

Autre absence remarquée dans ce « bilan », « l'Option référent ». On peut dire du bien ou du mal de « l'Option référent ». Mais pourquoi ne rien en dire ? Cette absence de « l'Option référent » renvoie à une autre étrangeté de la « note ». La présentation du « bilan » est faite sans acteurs. On a bien des Conventions médicales et des « syndicats médi-

.../...



## Une réflexion pleine de trous ?

.../... caux », mais « les » syndicats médicaux sont une sorte de tout indifférencié. Le fait que, sur la période étudiée, certaines Conventions aient été signées par certains syndicats et d'autres par d'autres syndicats est ici totalement négligé.

Après le « bilan », on passe aux propositions. Il y en a quatre.

- Développer, dans un cadre juridique strictement défini, la transmission aux médecins d'informations sur les patients dont dispose l'Assurance maladie.
- Veiller à la cohérence entre les objectifs et les moyens des différents dispositifs de contractualisation proposés aux professionnels de santé, et désigner un interlocuteur unique pour les professionnels de santé contractants.
- Donner aux Agences régionales de santé la possibilité de mieux rémunérer les professionnels de santé intervenant dans les territoires où l'offre médicale est insuffisante.
- Développer les informations ciblées vers les patients en utilisant le compte individuel « Ameli », en associant l'assureur public, les assurances complémentaires et les professionnels de santé.

Je voudrais faire trois remarques plutôt « transversales » à ces quatre propositions.

- La « note » reprend, dans le « bilan » et dans les « propositions », les nombreuses initiatives prises par l'Assurance maladie pour tenter d'agir sur le système de soins. L'évocation de ces initiatives fait clairement apparaître que sur la même période, les complémentaires ont, elles, largement brillées par l'absence d'initiatives<sup>2</sup>. Pourtant, dans les propositions le Centre d'analyse stratégique tient à mettre sur le même plan l'Assurance maladie et les complémentaires. Pourquoi ?
- Pour les auteurs de la « note », il y a « les patients ». Ce sont « les patients » qui demandent plus d'informations, c'est à « eux » que l'on transmettra plus d'informations, c'est à « eux » qu'on « imposera », pour maintenir leur niveau de prise en charge, de se conformer à certaines « obligations », ce sont « eux » qui bénéficieront des progrès liés à la télémédecine. Mais à aucun moment l'idée que ce groupe, « les patients », n'est pas homogène, qu'on y trouve des gens aux niveaux de formations divers, à la volonté et à la capacité d'utiliser des informations médicales très variées, dont l'accès aux outils de la télémédecine ne sont pas identiques... n'est évoquée. Le fait, désormais bien connu, que les inégalités sociales de santé ont aussi leur origine dans des rapports socialement différenciés au savoir et à

la façon de poser les questions de santé est totalement absent de la note. Après avoir choisi de ne pas traiter dans le « bilan » de la dimension financière de l'accès aux soins, choisir, dans les propositions de ne même pas envisager la question des inégalités culturelles face aux soins, cela fait beaucoup.

- Dans une « note » qui prétend parler de « nouvelles pratiques », dans laquelle la question de la répartition des tâches entre professionnels de santé est abordée, la question de la mise en place de formes plus coopératives, collectives d'exercice n'est abordée que très rapidement pour en conclure que « le bilan mitigé de ces dispositifs invite à s'interroger sur l'intérêt potentiel d'autres expérimentations qui vont plus loin en repensant la répartition des compétences entre les professionnels de santé ». Comment un bilan peut-il déjà être tiré alors que ces formes d'exercice collectif sont très récentes ? La « note » semble s'intéresser surtout à « renforcer le développement de rôles infirmiers plus avancés afin d'améliorer les soins en contenant les coûts ».

Au final, il est possible que la « note d'analyse 204 » du Centre d'analyse stratégique ne soit qu'une production de plus d'un organisme de plus. On peut l'espérer.

Si, au contraire, cette « note » était, si peu que ce soit, représentative de l'état de la réflexion des pouvoirs publics sur la question, alors il faut être inquiet. Parce que cela veut dire qu'au-delà de divergences sur lesquels il faut sans doute débattre, il y a des trous béants dans la compréhension même de la réalité à laquelle il faut faire face. ■

1. « L'accès aux soins » est présent quatre fois. Page 6 à propos d'une étude de l'OMS sur « l'investissement dans les soins primaires (qui permettrait de garantir un meilleur accès au système de soins pour le plus grand nombre ». Page 7 pour donner une compétence aux ARS pour établir des listes de territoires où « la continuité de l'accès aux soins est menacée ». Page 9, quand on envisage de faire dépendre les remboursements « conditionnés » à certains comportements des patients, il est ajouté « qu'il faudrait alors se prémunir des risques de moindre accès aux soins pour les publics les plus vulnérables ». Page 11 pour dire que la télémédecine permettrait d'améliorer « l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire ».
2. Intéressant à noter quand on se souvient que les discours sur le retrait de l'Assurance maladie et la place plus grande à donner aux complémentaires prétend s'articuler sur le fait que placées entre elles en situation de concurrence, les complémentaires développeraient « naturellement » des pratiques contractuelles avec les professionnels et les patients.