



AVENIR SPÉ

Le syndicat des médecins spécialistes

(29.06.2020)

Redonner un avenir à notre système de soins

Un Projet d'AVENIR-SPÉ

Juin 2020

***Un projet, c'est redonner un avenir à une profession qui revendique
d'être un acteur responsable de notre système de soins, à sa place,
rien que sa place, mais toute sa place.***

Préambule

- Pourquoi une initiative des spécialistes, maintenant ?
- Une démarche autour de quatre questions, des propositions dans le cadre d'un projet libéra.

Chapitre 1- p.7

Quel accès pour tous aux soins spécialisés au travers de parcours de soins organisés sur l'ensemble des territoires ?

A. Les valeurs de la médecine de spécialité,

B. Territoire et parcours : pas une seule demande de soins spécialisés sans réponse :

- Le parcours de prise en charge,
- Le territoire géographique : identification et modalités,
- L'organisation des parcours sur les territoires.

Chapitre 2 - p. 13

Quel statut pour le médecin spécialiste, quelles évolutions de son métier pour accompagner l'utilisateur dans sa prise en charge ?

- Quelle évolution des métiers : obligations collectives et sociétales, niveau d'exigence scientifique, formation initiale et continue ?
- Des outils pour organiser/structurer enfin le virage ambulatoire : structure, apport de la numérisation,
- Evolution du métier : délégation de tâches, nouveaux métiers, statut.

Chapitre 3 - p. 23

Quels financements, quelles contractualisations pour quelles prestations ?

- Diversification des financements,
- Modes de rémunération des spécialistes,
- Diversification des financeurs.

Conclusion - p. 27

Préambule

De profondes réformes collectives sont à mener. Elles doivent, pour réussir, être partagées. Alors que le gouvernement vient de mettre en place le Ségur de la santé, Les médecins spécialistes s'interrogent sur les objectifs poursuivis par l'État :

- Calmer la grogne des soignants et, particulièrement, des hôpitaux publics en distribuant quelques milliards d'euros bien mérités pour revaloriser dignement les soignants et rattraper le retard accumulé depuis de nombreuses années (on ne rappellera jamais assez que les salaires sont dans les plus bas des pays de l'OCDE et surtout **qu'ils sont plus faibles dans le secteur privé**).
- Reconstruire la gouvernance hospitalière aujourd'hui trop technocratique et totipotente écrasant le médical. Cette tutelle est devenue intolérable pour les soignants et, particulièrement, pour les médecins.
- Installer des liens directs entre la médecine générale et l'hôpital public dans un esprit de concurrence qui est le plus souvent absurde.

La paix sociale hospitalière sera peut-être acquise mais la mutation, la transformation indispensable de notre système de soins pour répondre aux enjeux de la santé, sera encore un échec. La rapidité de la mise en place et des conclusions prévues pour mi-juillet vire à la mascarade.

Avenir Spé a proposé une approche, en deux temps, qui n'a pas été clairement le choix du ministre de la Santé :

- 1- Le premier temps correspondant à une **réponse immédiate** à destination des soignants :
 - a. **Un plan de restructuration et d'accompagnement immédiat pour les établissements de santé** à la fois publics, mais aussi privés, car on ne peut occulter que les salaires dans la fonction publique, aujourd'hui, sont bien supérieurs à ceux du secteur privé, il est donc impératif d'aligner les salaires et de répondre à cette partie de la population en situation difficile.
 - b. **Un plan de sauvegarde de la médecine libérale** pour qu'elle engage, sans crainte, une mutation volontaire à la demande de prise en charge de la population générale sur l'ensemble du territoire national. C'est se donner les moyens pour poser les bases d'une « refondation sociale ».

2- Le second : Une réforme de fond structurée sur une consultation qui doit être large avec, comme objectifs, de répondre à quatre questions :

- a. Quel accès pour tous aux soins et, particulièrement, aux soins spécialisés au travers de parcours de soins organisés sur l'ensemble des territoires ?*
- b. Quels statuts pour le médecin spécialiste et généraliste, quelles évolutions de leur métier pour mieux accompagner l'usager dans la prise en charge, quelle formation ?*
- c. Quels financements, quelles contractualisations pour quelles prestations ?*
- d. Les établissements de soins, quels statuts, quelle gouvernance, quelle responsabilité ?*

Ce défi dépasse les limites de l'exercice libéral de la médecine spécialisée - qu'il concerne aussi bien le premier, le second et le troisième recours ; le secteur public et le secteur privé ; les praticiens, les paramédicaux et les usagers ; l'actuelle génération active et la « relève » en cours de formation ; la profession et ses partenaires industriels ou de service.

Le moment apparaît, en effet, pertinent et opportun au travers de la crise que nous traversons, les clivages partisans doivent céder le pas au pragmatisme. La sollicitation de tous les partenaires et interlocuteurs du système de soins doit être le fil conducteur de la réussite de la consultation, le projet ne sera viable que s'il est porté par tous.

Pourquoi une contribution spécifique ?

Dans une unanimité suspecte et surtout depuis la crise, l'ensemble des déclarations politiques récentes –émanant d'élus, d'observateurs, le discours ne s'est pas modifié sur le fond - plébiscitent l'hôpital public et le « premier recours » en méconnaissant, voire ignorant la place des spécialistes libéraux dans l'écosystème des soins ou de santé.

Au nom de la « proximité », le discours est délibérément centré sur le « soin primaire », c'est-à-dire le réseau formel et informel comprenant le médecin généraliste et son environnement immédiat de paramédicaux et travailleurs sociaux.

Sous couvert de « santé publique », le lien est fait entre ce tissu local et un niveau d'appel spécialisé le plus souvent à l'hôpital public, sans hiérarchie diagnostique ni gradation d'urgence. Or, il faut le réaffirmer, l'hôpital doit rester un niveau de troisième recours si l'on veut ménager les ressources mises à disposition de la solidarité nationale. Nulle mention n'est généralement faite d'un second recours, d'une seconde ligne maillant déjà tous les territoires et dans toutes les spécialités, en libéral ou sur plateau technique public ou privé. La crise risque de déstabiliser

la dynamique naissante de déploiement de consultation avancée dans les territoires en difficulté démographique.

Les médecins spécialistes vivent d'autant plus mal cette « exclusion politique » qu'ils ont le sentiment de participer, largement, au « plan de soin » de tous les patients ; ils revendiquent d'être **des acteurs essentiels du parcours, depuis le diagnostic jusqu'à la prise en charge au long cours**, en passant par l'urgence ou la prévention secondaire ou encore l'éducation thérapeutique.

Experts dans leur champ de compétence, ils sont les référents de la pathologie et les garants d'un parcours de soins pertinent, qualitatif, efficient. Aujourd'hui, ils le revendiquent et l'autonomie syndicale en est bien l'expression.

Ce sentiment d'exclusion n'est ni nouveau, ni particulier à notre pays. Le « généraliste-pivot à l'anglaise » est, en effet, un aphorisme ancien, mais largement dépassé, hors de la réalité quotidienne de terrain. Cette doctrine est devenue obsolète pour des raisons qui dépendent, d'une part, de la démographie de cette spécialité qui continuera à diminuer à l'image de ce qui se passe dans l'ensemble des pays de même niveau socio-économique et, d'autre part, de l'aspiration des usagers revendiquant de plus en plus d'autonomie. En aucun cas, ce constat ne doit être considéré comme conflictuel mais, plutôt, comme une volonté de construire des liens forts indispensables à la prise en charge conjointe des patients et un large travail apparaît, encore aujourd'hui, indispensable pour construire des prises en charge médicalement et financièrement adaptées.

Sans être objectivement alarmants, ces constats nous obligent à travailler dès maintenant à une **organisation plus pro-active** dans la recherche de performance collective, de sorte de permettre à l'ensemble de nos concitoyens **d'accéder, en tous points du territoire, à l'expertise, à la qualité et à la sécurité des prises en charge**. La politique menée par les responsables politiques – État ou Caisse - se révèle clivante car elle n'emporte pas l'adhésion du corps médical dans sa diversité et dans son ensemble.

La reconnaissance et la valorisation de la coordination entre médecin généraliste et médecin spécialiste sont les seules réponses à ces objectifs, la place des établissements de soins et médico sociaux, de même que les acteurs de la proximité en découleront in fine.

Un grand nombre d'analyses remettent en cause cette vision manichéenne qui, derrière une apparente logique, n'est pas forcément la plus adaptée. En témoigne, au plan international, la décision de la *Veteran'Health Administration* – régime américain d'Assurance Maladie le plus proche du système de solidarité français - contrainte de suspendre, en 2012, son plan d'investissement massif dans une organisation centrée sur les *Primary Care Medical Homes* (PCMHs), ou encore l'évolution du NHS (National Health Service) britannique qui souhaite

réorienter la médecine spécialisée vers plus de proximité ou, encore, l'étude annuelle du *Heath Consumer Powerhouse* de 2016, excluant la France de son Top 10 au motif que l'accessibilité à la médecine de spécialité y est encore perfectible.

La seconde raison est **l'explosion technologique** de plus en plus rapidement intégrée dans l'environnement de la santé des populations. Comment appréhender l'essor de ces nouvelles technologies regroupées sous l'acronyme générique de NBIC (Nanotechnologie, Biotechnologie, Informatique et sciences Cognitives), à la base d'une « techno-médecine » dont la population, dans son ensemble, présume qu'elle impactera favorablement son espérance de vie ? L'information, à défaut de la formation, s'avère indispensable à la grande majorité de nos concitoyens et qui prétendrait apporter, mieux que le médecin spécialiste, des réponses pertinentes et adaptées, proposer un accompagnement individuel et/ou collectif dans le cadre d'une pathologie entrant dans le champ de son domaine d'expertise ? La science de l'ingénieur ne doit pas être obscure pour les soignants que nous sommes car la médecine doit rester garante de l'humanisme attaché à la prise en charge de tout individu. La communauté médicale, dans son ensemble, a la responsabilité d'accompagner un mouvement inéluctable que les grandes sociétés internationales, ou quelques gourous plus ou moins inspirés, ont jusqu'à présent préempté. Comment répondre, parmi d'autres sujets, à l'essor de la poussée *transhumaniste* sinon en restant des référents et des acteurs de l'innovation ? Par contre, il nous appartient de construire les **référentiels de la transgression** dans un monde de « certitude mathématique », condition essentielle pour garder la confiance de nos concitoyens.

Enfin, on ne peut nier l'évolution sociologique générationnelle (générations : X, Y, Z...) qui va modifier profondément l'offre, les métiers et les champs de compétence, les modes de prise en charge et les aspirations individuelles au cours de l'exercice de chaque individu. La notion de carrière professionnelle devra être intégrée dans les projections de l'évolution de l'offre de soins sur un territoire.

Qu'attendent donc de nous les malades, la société, les tutelles politiques et les acteurs de la régulation économique ?

En synthèse, nos interlocuteurs ont été unanimes à nous demander de :

- **Réactualiser nos valeurs,**
- **Hiérarchiser nos urgences,**
- **Explorer de nouvelles propositions.**

En un mot de réfléchir à un nouveau contrat social de la médecine pour le XXI^{ème} siècle.

Chapitre 1 : Quel accès pour tous aux soins spécialisés au travers de parcours de soins organisés sur la totalité des territoires ?

A- Les valeurs de la médecine de spécialité

La médecine spécialisée apporte aux patients une « **valeur ajoutée médicale** » dans sa sphère d'expertise, c'est-à-dire :

- *Un diagnostic étayé par une expertise de la pathologie, de l'appareil concerné ou, pour la pédiatrie ou la gériatrie, d'une tranche d'âge, ponctuellement (épisode d'instabilité), ou au long cours ;*
- *Une « assurance de moyens » comprenant l'accessibilité, autant que de besoins, à un plateau technique (diagnostic ou thérapeutique) ;*
- *Une caution de pertinence du « parcours de soins » (par rapport au référentiel HAS et à ses éventuelles dérogations et innovations) ;*
- *Une garantie d'efficience médico-économique : le meilleur soin au meilleur coût !*
- *Une adaptation permanente au progrès médical : données acquises de la science, avancées techniques et technologiques, enjeux de santé publique ...*

Il est de la responsabilité de tous les acteurs de rendre possible, à terme, l'accès à cette expertise en tous points du territoire par tous les moyens à disposition et d'envisager une opposabilité collective à tous les acteurs (médecins, paramédicaux, pouvoirs publics, politiques, communautés territoriales ...) afin d'obtenir cette plus-value médicale. Mais, pour atteindre cette opposabilité à toutes les parties de la notion de « service public », il est impératif de **construire un nouveau statut attaché à la fonction du médecin, quel que soit son secteur d'activité**. Nous détaillerons, secondairement, la notion de statut médical pour accompagner ce changement. Des aides à la transformation seront indispensables pour enclencher cette dynamique d'innovation organisationnelle pour mobiliser la profession dans ces obligations collectives et sociétales.

Nous traiterons l'accessibilité financière dans le cadre du dernier chapitre 3.

B- Territoire et Parcours : pas une seule demande de soins spécialisés sans réponse

Aujourd'hui, nombreux sont ceux qui parlent de « déserts médicaux », qualification impropre quand il s'agit de déserts tout courts que les pouvoirs publics ont déjà abandonnés en raison d'une dépense *per capita* trop importante. Pour ne pas tomber dans ce piège, **les médecins spécialistes doivent utiliser l'ensemble des moyens innovants d'organisation** pour désenclaver ces territoires, tout en cultivant une autonomie financière : le soutien au travers de **subventions**, comme il est pratiqué aujourd'hui dans le cadre des centres de santé ou « des maisons et pôles de santé », est un leurre financier et n'est pas à développer en médecine spécialisée sous peine d'un échec organisationnel. Nous avons porté **la notion d'équipe de soins spécialisés** qui ont la vocation d'être en capacité de répondre à toutes demandes de soins urgents et/ou non programmés sur l'ensemble d'un territoire, à construire au travers de chaque spécialité en sollicitant aussi le public.

Construire intellectuellement et mettre en place concrètement, dans chaque spécialité, la notion de territoire de « faible densité », est impératif pour conditionner des accompagnements spécifiques au travers, soit d'une politique tarifaire (acte et/ou contrat de territoire) ou de moyens de défiscalisation, et constituer des éléments favorables à un maillage territorial. Par contre, ces mesures seront vaines sans une volonté simultanée de désenclavement de ces territoires au travers d'une politique publique et d'un aménagement volontariste du territoire. C'est une tromperie de penser que seule une politique coercitive orientée vers ces seuls professionnels serait un gage suffisant de réussite. Nous introduisons ici la notion de responsabilité populationnelle.

La réponse aux **besoins territoriaux de soins spécialisés doit donc se construire au travers :**

- ***Du parcours de prise en charge,***
- ***Du territoire géographique.***

- ***Le parcours de prise en charge***

Le fléchage du parcours ne peut être abandonné à la capacité d'initiative exclusive d'un seul professionnel et, singulièrement, du médecin traitant isolément. Il doit être accompagné, organisé, mutualisé, entre professionnels de premier et seconde ligne, **les spécialistes pouvant à certains moments du parcours** (entrée dans la pathologie, décompensation, chez les enfants...) **devenir eux-mêmes référents temporaires**, organisateurs d'une séquence de soins. Un parcours efficace ne se décrète pas mais se construit en concertation !

1- Une coopération intra-spécialités suppose un regroupement préalable des praticiens, dans un premier temps, libéraux, puis de « synchronisation » avec le secteur hospitalier public, privé dans un second temps. Le médecin spécialiste libéral est légitime à revendiquer le statut de « **maillon manquant proximité/hôpital** », car son cursus de formation initiale et continue l'a immergé dans les 2 secteurs. Ce rapprochement fonctionnel a déjà cours dans certaines zones « sous-denses » (ex : cardiologie en Sud-Vaucluse, regroupement de groupe de cardiologues sur un territoire). Les regroupements sont, aujourd'hui, majoritaires chez les spécialistes libéraux (>60%) ; mais ils se révèlent de trop petite taille et, le plus souvent, cantonnés dans des grandes agglomérations sans portée territoriale.

Le patient doit être, demain, mieux accompagné dans son parcours de prise en charge par des professionnels authentiques experts de la pathologie (ex : infirmière de suivi, psychiatrique, de traitement oncologique ...). Ces professionnels - médicaux ou paramédicaux - devront, pour la majorité d'entre eux, avoir un lien de subordination avec le médecin expert responsable de la prise en charge du patient, car il est seul garant du bon diagnostic, de l'exécution des traitements et il a la connaissance des réseaux d'expertise. Il devient littéralement le « *Coach, l'accompagnateur, le référent* ».

Par cette forme de soutien, s'énonce mieux la nécessité de créer une structure adaptée à l'élaboration de la prise en charge personnalisée ; laquelle impose une organisation sans faille dans l'élaboration du plan personnalisé mais, surtout, dans sa réalisation. Mettre en place cette forme d'accompagnement, pour une population identifiée, nécessite une structuration, une coordination, des investissements et la mise en place d'une contractualisation avec le régulateur. C'est pourquoi, nous l'imaginons sous la forme d'une « **entreprise médicale** » dont l'objet est bien sûr d'offrir des services à la personne dans un contexte de mission de « service public ». L'entreprise de santé à responsabilité territoriale.

2- Une coopération inter-spécialités. La réflexion est encore émergente mais la prise en charge d'un patient qualifié de « complexe » - c'est-à-dire le plus souvent polypathologique - constitue un problème médical largement contemporain. Dans nombre de situations, sont déjà requises les interventions de plusieurs spécialités. La confrontation des approches est indispensable même si l'apport des algorithmes et de l'intelligence artificielle peut être, demain, d'un grand recours : les échanges personnels devront perdurer, indispensables pour répondre aux impératifs de qualité et de sécurité des prises en charge. La synchronisation des actes peut également s'avérer perfectible entre acteurs du parcours : infirmière, endocrinologue, gériatre, ophtalmologue, cardiologue, podologue... Cette tâche de coordination n'est évidemment pas hors de portée d'un professionnel paramédical sous condition d'avoir été

spécifiquement formé à évaluer l'urgence relative et la gestion des agendas respectifs. L'engagement dans une réflexion populationnelle doit être dynamisé comme l'ont fait les généralistes au travers du modèle des « maisons et pôles de santé ». Une aide au changement et à la création d'entreprises libérales « de biens et de service » doit être développée et financée pour, à terme, modéliser un « **contrat populationnel** » utilisable par tous.

- **Le territoire géographique : problèmes d'identification et modalités**

Si l'objectif est d'apporter une réponse et une cohérence à l'ensemble d'un territoire identifié et reconstruit, il suppose de conduire une politique de regroupement fonctionnel entre structures d'hospitalisations, équipes de soins de proximité (encore appelées de « soins primaires »), équipes médico-sociales et sociales ou centres ambulatoires de proximité (centres autonomes développés dans un autre chapitre).

L'identification des différents territoires doit être un travail porté au niveau régional, coordonné par les URPS et les ARS avec le support méthodologique de l'ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé). Un modèle pertinent pourrait être celui conçu par l'URPS de la région Centre pour construire un maillage en réponse aux CPTS (Communautés professionnelles Territoriales de Santé). Nous avons porté les équipes de soins spécialisés en miroir et interlocuteur de tous les acteurs d'un territoire. Le modèle allemand des MVZ est concevable dans la mesure où, sous une même structure, des généralistes sont intégrés dans la structure.

Construire un territoire de santé doit *in fine* répondre à des impératifs qui, ne relevant pas de l'obligation déontologique individuelle, se doivent d'être érigés en **obligations professionnelles collectives**. Chaque territoire de santé doit être organisé dans la concertation sur trois plans :

- ***L'urgence et la permanence de soins (opposabilité collective),***
- ***Le soin non programmé et la continuité des soins,***
- ***Le parcours de soins dans les maladies chroniques et, conformément, aux référentiels professionnels et HAS.***

- ***L'organisation des parcours sur les territoires*** relève d'une approche pragmatique :
 - **Commençant par le recensement des ressources humaines disponibles,**
 - **Rôles des acteurs du territoire (URPS, ARS, ORS, Région, Etat, Universités, Collectivités territoriales),**
 - **Il doit identifier et mobiliser toutes les ressources technologiques déjà disponibles :**

- **Télémédecine, télé-expertise :**

La mise en place et le développement du « virage numérique » doivent être tenus pour **prioritaires**. Aujourd'hui, une partie du désenclavement des territoires passe par **une réponse concrète à la fracture numérique préjudiciable au pays**. A ce jour, la multiplication non coordonnée des « territoires numériques » soulève des interrogations chez les professionnels de santé de proximité qui lui préféreraient une politique volontariste privilégiant l'axe de la coopération entre soin et numérique.

- **Délégation de tâches et création du « nouveau métier » de gestionnaire de parcours :**

Le métier de « gestionnaire de parcours » est une hypothèse à évaluer. Les IPA ont donc toute leur place dans cette organisation. Mais il s'agit, encore à ce jour, d'un « métier orphelin ». Des formations d'infirmières sont effectives au travers d'un Master 2. En aucun cas, il ne peut s'agir d'ouvrir la porte à des consultations médicales hors champ de compétence dans le cadre de l'article 51 de la Loi de modernisation du système de santé de 2016. Conformément à la loi, les infirmières cliniciennes, appelées à intervenir dans un domaine particulier (oncologie, diabète, ...), ne pourront le faire que sous condition d'une subordination directe au spécialiste et, uniquement, dans le cadre d'une délégation de tâches et non de compétence.

Trois entités actuellement peuvent prétendre à un rôle de management/coaching du parcours :

- ***Les CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé),***
- ***Les PTA (Plateformes Territoriales d'Appui), dont l'initiative doit revenir aux médecins et non aux établissements ou aux réseaux,***
- ***ESS (Equipe de soins spécialisés).***

Si la profession ne l'organise pas elle-même, la gestion des parcours finira par être dévolue aux seules PTA pilotées/financées par les ARS dont la gestion effective sera dédiée à des « fonctionnaires », les médecins spécialistes étant « sommés » de réserver un créneau d'une demie ou une journée entière (cas de l'Ontario, au Canada) aux consultants passés par le filtre de la PTA, assimilée à un « service public de secrétariat à distance ».

- Il est impossible de laisser cette velléité se développer sans réaction ; les candidats au statut de PTA sont les anciens réseaux « mis en demeure » par les ARS d'engager cette mutation ; peu seront en mesure de le faire. Des candidats plus sérieux sont les actuels animateurs de CLIC, MAIA, HAD et autres « professionnels » de l'orientation médico-sociale. En milieu libéral, une alternative peut être recherchée au sein des URPS. **AVENIR**

SPÉ doit et va stimuler cette capacité d'initiatives : elles ne doivent pas être réservées non plus au monopole des médecins généralistes et, déjà, la première équipe de soins spécialisées en dermatologie est créée en Ile de France

- Les nouveaux modes d'organisation (consultations de proximité, pratiques avancées/encadrées, télémedecine, recours aux internes-stagiaires, délégation encadrée de tâches sous responsabilité d'un médecin senior, continuité et permanence de soins) engagent la médecine libérale spécialisée dans son ensemble mais la réflexion mérite d'être décentralisée au niveau des URPS. Elle doit, d'ailleurs, être partagée avec la composante des spécialistes publics.

Chapitre 2 : Quels statuts pour le médecin spécialiste, quelles évolutions de son métier pour accompagner l'utilisateur dans sa prise en charge ?

Quelle évolution des métiers ?

La réflexion sur l'évolution du métier de médecin spécialiste est évidemment inachevée car, en syndicalisme, l'exercice est par nature obligé et permanent. Chacun doit s'adapter à l'innovation, l'intégrer dans la prise en charge de sa patientèle. C'est pourquoi cet élément devra être appréhendé dans le cadre du financement sous peine d'installer, voire de creuser, les inégalités sociales en matière d'accès aux soins.

Un consensus rapide (et facile) fait apparaître un métier en pleine mutation, sous l'effet :

- Des évolutions technologiques (robotique, informatique ...)
- Des évolutions cognitives (le patient expert, logiciel Watson, Intelligence Artificielle-IA ...)
- De la croissance exponentielle des NBIC ;
- Des valeurs sociétales qui se modifient et le passage de la notion de « soin » aux notions de « bien-être », de « qualité de vie », d'une prise en charge en proximité du domicile ;
- Des vellétés des GAFAM, BATX chinois et autres entreprises de services innovants d'investir le dialogue singulier médecin/patient.

Les spécialistes libéraux ont des obligations collectives et sociétales :

- Accessibilité pour tous, économique (chapitre 3) et géographique (traitée au chapitre 1) ;
- Haut niveau d'exigence scientifique, garanti par une formation continue, identique à l'hôpital, en clinique ou en cabinet libéral. AVENIR SPÉ a porté cette démarche, nous avons été pro actifs et porté des propositions dont l'ensemble a été retenu pour construire « **l'évaluation périodique** », et mettre en place une démarche de recertification ;
- *Garantie de qualité dans le respect de normes professionnelles au cabinet et en établissement ;*
- Garantie collective de permanence et continuité des soins, équitablement partagée entre les deux secteurs, public et privé ;
- Organisation transparente de la concurrence, laquelle a prouvé ses vertus dans **les territoires urbains à forte densité, mais qui perd toute pertinence** dans les zones de sous-densité. Il sera indispensable de garantir à l'ensemble des professionnels de santé les mêmes règles d'installations, de financements et d'obligations (ex : permanence de soins opposable pour les centres de santé, financement des établissements déportés ...).

Mais ils attendent, également, la reconnaissance de leurs droits par la société et les tutelles :

- **Garantie de formation au plus haut niveau** : la réforme du troisième cycle était, certes, attendue mais quelques verticalités n'ont pas été écoutées/entendues. En tout état de cause, un suivi devait être mis en place et évalué (pour lequel une commission *ad hoc* devrait déjà être attelée au travail). Les stages d'internes en libéral dans les différentes spécialités doivent être obligatoires.
- **Sécurisation juridique de l'exercice** : les médecins ne peuvent plus être soumis aux oukases du monde de l'assurance et/ou abandonnés au face-à-face traumatisant avec la justice ; l'explosion, dans les années prochaines, des moyens d'aide au diagnostic, au traitement par l'intermédiaire de IA (Intelligence Artificielle) conduira le médecin, dans un certain nombre de cas, à la transgression qui devra être sécurisée juridiquement. Un travail est, dès maintenant, indispensable, il est de la responsabilité du Conseil de l'Ordre et de la tutelle au travers du ministère de la Santé.
- **Défense d'une politique de revenus évolutive et attractive**, fondée sur les standards des pays de même niveau économique et social. Ce sujet est de la responsabilité des syndicats à la fois libéraux mais, aussi, des salariés en intégrant leurs réflexions dans l'évolution de notre système de soins, de l'évolution technologique et des progrès pharmaceutiques. Clairement, cela n'est pas le cas et nous sommes dans le peloton de queue des pays de OCDE en termes de rémunération globale et horaires.
- **L'instauration d'une négociation sincère et loyale** entre acteurs respectueux, soucieux d'entretenir une relation symétrique et complémentaire, devra témoigner de la considération des impératifs du métier et de sa nécessaire évolution (innovation, coût de la pratique, ...). Ce n'est pas le cas actuellement dans le cadre de la convention médicale.
- **Reconnaissance politique de leurs fonctions et réalités** par une écoute plus attentive de leurs doléances et propositions ; cette revendication passe par un/des geste(s) fort(s) après une période d'ignorance délibérée ...

Pour accompagner, gérer, développer ces mutations inéluctables, stimuler l'innovation, créer les conditions d'une plus grande mutualisation des ressources locales, dynamiser la transversalité institutionnelle (CNP, URPS, CNOM, Université, syndicats, HAS ...), la création d'une nouvelle institution n'est pas forcément indispensable quand l'élargissement des missions d'un organisme déjà opérationnel serait sans doute suffisant. Mais il est pourtant nécessaire : **la Fédération des Spécialités Médicales** est la candidate naturelle pour servir de matrice à une plus grande

appropriation des orientations par l'ensemble des corps de métiers de la santé, améliorer la mise en place sur le terrain. Une réflexion doit aboutir dans les 2 ans à venir.

Haut niveau d'exigence scientifique

Formation continue

AVENIR SPE est porteur d'une démarche de qualité et de transparence de la formation continue, Nous avons soutenu la recertification.

Le socle de cette évaluation périodique doit être construit au travers d'une démarche :

- **Obligatoire,**
- **Valorisée,**
- **Pluriannuelle,**
- **Individuelle et/ou collective,**
- **Publiable,**
- **Financée.**

Formation initiale

- Historiquement, la formation médicale a connu de nombreuses transformations au gré des avancées techniques, technologiques et scientifiques, des desseins de la tutelle et de la qualité du dialogue avec les intéressés. Aujourd'hui, il est impératif que la formation initiale réponde mieux aux besoins de la population sur le territoire. L'évolution du métier, l'évolution sociologique de la population et des professionnels, la mondialisation et ses conséquences épidémiologiques mais, surtout, le partenariat européen, imposent à l'université de réviser profondément ses méthodes pédagogiques pour répondre à ces obligations. La formation doit rester une école de métier.
- L'internat doit devenir le terrain d'une « acculturation » à la mixité d'exercice, les carrières étant appelées à se dérouler alternativement –ou simultanément- dans les deux secteurs.

La cohérence conduit à souligner la nécessité de plusieurs impératifs :

- Sensibilisation de tous les médecins aux différentes modalités d'exercice,
- Développement de stages en ambulatoire et, particulièrement, en libéral,
- Développement simultané de la maîtrise de stage,
- Mise à disposition de moyens financiers pour initier cette dynamique,
- Censurer la demande de tous à un très haut niveau d'une formation s'avèrerait vite une erreur stratégique et politique compte-tenu de l'environnement du secteur de la santé,

du développement de la science de l'ingénieur, du développement de l'intelligence artificielle (IA). Une réflexion très large doit être, à cet égard, conduite dans le cadre d'un partenariat entre le ministère de la Santé et de l'Education nationale.

Garantir à tout moment un accès à l'expertise

Continuité et permanence de soins devront être structurées au niveau des territoires et, comme nous l'avons rappelé plus avant dans le document, devenir collectivement opposables. L'hôpital a engagé sa mutation, elle reste incomplète en raison :

- Du défaut de lisibilité des modalités du virage ambulatoire ;
- Du déficit de connaissance du milieu ambulatoire et de confiance dans les autres interlocuteurs de terrain ;
- De l'impact financier putatif sur les structures d'hospitalisation et les personnels ;
- Du manque, également – et il convient de le reconnaître ici - de structuration et d'organisation du milieu ambulatoire de proximité.

Ce constat amène naturellement le secteur libéral privé à imaginer un affermissement de son architecture ambulatoire ; il peut le faire à *minima* par un meilleur usage des outils existants mais à la condition de se montrer résolument innovant, pragmatique, dans l'objectif d'assurer nos concitoyens d'une meilleure réponse à leurs besoins sur l'ensemble du territoire. Cette ambition peut s'appuyer sur plusieurs leviers :

- Centres autonomes, maisons des parcours ;
- Télémédecine/Applications nomades ;
- Développement d'un système d'information et de partage de données ;
- Délégations de tâches.

LE VIRAGE AMBULATOIRE, qui est aujourd'hui loin d'être atteint, et la demande d'augmentation de lits dans le secteur hospitalier public, restent pour nous incongrus en dehors d'une réponse à une problématique identifiée, notamment pour répondre à la crise sanitaire comme nous l'avons vécue (lits de réanimation).

Organiser/structurer enfin les outils du « virage ambulatoire »

Des structures :

La démonstration n'en est plus à faire : la France paie – cher - sa surcapacité hospitalière. Les GHT ne devraient avoir comme objectif que d'accompagner l'ensemble des structures qui le composent vers un changement structurel et organisationnel indispensable à l'efficacité du système hospitalier. La notion de virage ambulatoire doit sortir du registre des incantations et

des slogans électoraux. Elle ne saurait, pour autant, devenir un monopole de l'hôpital public. Elle doit être coconstruite par les acteurs locaux et la région doit avoir tout son rôle dans la création d'un comité de pilotage fédérant les acteurs au-delà de leur appartenance statutaire. **La sur-représentation des personnels administratifs** doit être réglée par un transfert des personnels vers des personnels soignants, une sur-représentation chiffrée ce jour à environ 9% du total des personnels par rapport à un pays comme l'Allemagne. Cette manœuvre comblera rapidement le déficit ressenti par les soignants.

L'expérience étrangère peut s'avérer convaincante, singulièrement celle des MVZ (Medizinischen Versorgungszentrum) en Allemagne, véritables **centres ambulatoires de médecine spécialisée sans hébergement**.

La création de ces centres est suspendue à la **double capacité d'initiative du public et/ou du privé, sans exclusive et dans des conditions de stricte équité tarifaire**. Toute l'activité chirurgicale ambulatoire a vocation à y être pratiquée (cataracte, interventions sous coelioscopie, canal carpien, ...) dans un environnement parfaitement sécurisé (anesthésie/réa).

Ces établissements ont également vocation à devenir des « **Maisons du parcours de soins** », si elles sont dotées d'un « **Centre de ressources** », en capacité d'organiser une prise en charge coordonnée pluriprofessionnelle dans la journée. Elles pourraient devenir des plateformes territoriales d'appui pour les patients considérés comme complexes. L'ensemble des professionnels y seraient présents et doivent s'y côtoyer, **notamment les médecins généralistes**.

La question posée est de savoir si l'expérience des MVZ allemande est transposable en France et sous quelles conditions :

- **Réglementaire (problème des anesthésistes de plateau technique),**
- **Politique (concurrence et /ou complémentarité avec le public),**
- **Économique (contre ou avec) les investisseurs privés (cliniques) ou institutionnels (AMC),**
- **Surcoût induit par la prise en charge, d'amont et d'aval, de l'hébergement dans la structure ambulatoire pour les médecins libéraux.**

AVENIR SPE milite pour le pragmatisme et la transparence, propose à ses interlocuteurs et partenaires naturels de l'hospitalisation privée d'en discuter la réalité économique et d'en négocier ensemble la faisabilité administrative.

Le centre autonome doit être remis au centre des débats car il est un outil qui peut être utilisé par l'ensemble des acteurs.

Quelques centres autonomes sont en activité, la gestion répond aux règles de l'hospitalisation traditionnelle, un aménagement du cahier des charges devra être amendé pour un exercice plus flexible et adapté au territoire. Une cogestion devra être établie pour permettre un fonctionnement optimum et répondre aux obligations des professionnels de santé.

L'e.médecine :

- **La télémédecine** a bouleversé, pendant la crise du COVID, les prise en charge – et bouleversera plus encore à moyen/long terme – le paradigme d'une pratique ancestrale et remet en question hiérarchies et normes d'usage au profit d'une pratique ubiquitaire et collaborative. La question d'une **médecine « uberisée », « modifiée » ou même « augmentée »** - résultante de la révolution cognitive en cours - est donc clairement posée.

La démarche en cours, au sein d'AVENIR SPÉ, consiste à approfondir le cadre d'utilisation de cet outil, exploité de façon quasi forcée. Il a permis de répondre incomplètement à une situation sanitaire exceptionnelle, nous avons été les premiers à la mettre en avant. Elle a bien permis d'aider une petite population d'usagers et doit permettre, demain, de structurer les prises en charge en raison des nouvelles organisations de distanciation physique et d'éviter, ainsi, les listes d'attente en organisant les prises en charge. Elle permet, aussi, de répondre à certaines situations en zones sous-médicalisées si la fracture numérique est réglée. Par contre, les référentiels d'utilisation font encore défaut.

Les quatre piliers de la télémédecine (téléconsultation, télésurveillance, télé-conseil, télé-expertise) sont à développer de façon concomitante. Les possibilités tarifaires mises en place pendant la crise ne doivent pas être annulées car cela serait un frein à leur diffusion maîtrisée. Vouloir utiliser ce qui n'est qu'un outil pour livrer une réponse univoque et définitive à la problématique des déserts médicaux est une ineptie mais peut, incontestablement, contribuer au désenclavement de certains territoires.

Les référentiels devront être définis par la profession et, plus particulièrement, par les CNP (Conseil National Professionnel) dans chaque spécialité en utilisant les expérimentations nationales, internationales et leurs évaluations. Ces outils doivent apporter, notamment dans le cadre de la téléassistance et la télésurveillance, l'expertise au plus près du patient en coordination avec le médecin traitant. La télé-expertise (réponse au patient et/ou au médecin traitant) doit être mieux définie sur le plan sémantique et reconnue comme un échange utile dans le cadre du plan personnalisé de soins. Elle doit donc être honorée financièrement.

Enfin, pour mettre ce dispositif en place sans déstructurer le maillage territorial, il convient de centrer la télémédecine à l'échelle du territoire et, donc, d'utiliser les ressources humaines disponibles dans ce même territoire afin d'éviter des dérives commerciales.

Le préalable de la réussite réside toutefois en une réponse rapide à la « fracture numérique » par les pouvoirs publics. L'inégal accès « au support numérique » constitue, aujourd'hui, le frein majeur au déploiement de l'outil.

Le développement des plateformes, par les assureurs et les mutuelles, est un outil pour les usagers qui ne peut être que ponctuel et, en aucun cas, ne peut répondre à l'installation d'une politique de santé structurée. Il est donc nécessaire d'ouvrir une réflexion collective et stratégique sur l'utilisation de ces plateformes ; faire notamment en sorte qu'elles répondent aux normes établies et incontestables en matière de sécurisation des données et, donc, de la protection de la vie personnelle. Un consortium pourrait être développé pour colliger les attentes de tous les partenaires et autoriser, ainsi, un développement harmonieux de ce mode de prise en charge.

- **Les applications *smartphone*** se développent aujourd'hui sans contrainte. Cela n'obère en rien l'urgence de les évaluer selon les méthodes en vigueur aujourd'hui dans le médicament dès lors qu'elles constituent un indéniable élément de suivi, de d'observance/compliance au traitement, de lien organique entre le patient et l'ensemble des professionnels tout au long de sa pathologie. Elles peuvent donc être aussi bien « généralistes » que très spécifiques à une pathologie (ex : oncologie). Mais elles sont, les unes comme les autres, indispensables pour le patient comme pour le professionnel.

Systèmes d'information

Trois briques sous-tendent ce dossier :

- o **Le DMP (Dossier Médical Personnel)**, dont le portage est aujourd'hui assumé par l'Assurance Maladie. Ce dossier peine à s'imposer, probablement en raison de la complexité de sa construction et du déficit de plus-value mesuré par le professionnel. Par contre, le ou les **volet(s) de synthèse** sont des éléments qui méritent d'être préservés, ils sont faciles à générer, à porter, à transférer. Ce volet de synthèse représente toujours la colonne vertébrale de ce dossier.
- o **Les messageries** doivent être rapidement rendues disponibles, techniquement interoperables déontologiquement sécurisées. Elles sont autant de véhicules rapides et fiables de l'information et sont sources d'économies. Le professionnel-utilisateur est fondé à en attendre la gratuité au même titre qu'il en dispose déjà pour ses SMS et son coût devra donc s'intégrer dans un package de téléservice en santé.
- o **Le développement du numérique**, pour faciliter la prise de RDV, doit enfin être déployé à plus grande échelle mais les données générées par les flux doivent demeurer propriété

exclusive de la profession pour leur potentiel d'information permettant d'accompagner les patients dans leur parcours de soins.

Porter le développement des systèmes d'information, c'est aussi assurer l'efficacité du parcours du patient et, donc de la prise en charge globale.

Evolution du métier

Délégations de tâches

L'expertise de la médecine spécialisée ne doit pas être réservée à la seule population riche ou informée mais elle doit pouvoir être accessible à l'ensemble de la société. Pour ce faire, elle est confrontée à 2 problèmes structurels :

- *Une pénurie de professionnels de terrain,*
- *Un problème d'inégalité d'offre de soins sur le territoire.*

Pour garantir une réponse globale - géographique et temporelle - la délégation de tâches doit permettre de décharger les spécialistes des tâches à faible « expertise médicale ajoutée » pour leur permettre d'augmenter leur productivité et, ainsi, augmenter le « service médical rendu ».

Selon les spécialités, la délégation de tâches existe déjà sous tutelle plus ou moins large. Dans le cadre d'une entreprise médicale libérale, il paraît indispensable que les délégations de tâches se fassent en respectant un lien hiérarchique et un contrôle-qualité du geste délégué par le médecin délégataire, le médecin demeurant juridiquement le seul garant de la bonne exécution car endossant toute la responsabilité de la procédure.

Déjà de nombreuses spécialités ont développé cette organisation :

- **Anesthésistes :**
Une délégation de tâches largement développée aux IADES.
- **Radiologues :**
Relation de même type avec les manipulateurs radio.
- **Biologistes :**
Relation de même type avec les techniciens de laboratoire.
- **Ophthalmologistes :**
Délégation de tâches largement développée aux orthoptistes.
- **Dermatologues :**
Une délégation de tâches est en négociation.
- **Cardiologues :**
La délégation de tâches s'organise dans la pratique des ECG.

- **Pédiatres :**
Possibilité de déléguer certains actes à des IDE ou à des puéricultrices (expérience en cours).
- **Gynécologues obstétriciens ... :**
Le transfert de tâches n'a jamais été envisagé/géré par la profession. On note une volonté, non négociée, de la tutelle de transfert de compétences aux sages-femmes ; de plus, elles revendiquent de devenir l'interlocutrice privilégiée de la femme dans d'autres situations que l'obstétrique. De vraies négociations doivent être installées entre les professionnels.
- **Délégation d'équipe structurée :**
Parcours de soins ; ex « *Montpellier Institut du sein* », « l'assistant de parcours » est un personnel administratif formé.

La délégation nécessite une formation spécifique supplémentaire du professionnel réalisant ces tâches et une protocolisation des prises en charge dans le cadre d'une équipe qui se connaît et pratique les mêmes méthodes de prise en charge. Dans de nombreux pays, cette protocolisation a été évaluée comme particulièrement efficiente. La sinistralité reste modeste en termes statistiques.

Structurer ces nouvelles modalités de prise en charge suppose une analyse de faisabilité mais facilement à portée des acteurs privés, ces délégations étant déjà largement en place dans certains services hospitaliers.

Les CNP ont un rôle d'initiateur de ce dossier et devront être sollicités.

Création du nouveau métier de « gestionnaire de parcours »

L'évolution des besoins de l'utilisateur, sa volonté de participer activement à sa prise en charge, modifient les rapports entre l'utilisateur et le médecin et se révèlent rapidement chronophages. Le vieillissement de la population, l'explosion des maladies chroniques et les mesures de l'après COVID 19 rendent, dès à présent, prégnante la notion de « temps-médecin ».

La profession est naturellement contrainte de s'engager vers une forme d'industrialisation du processus de prise en charge. Pour permettre cette transformation, il est indispensable d'œuvrer à une valorisation significative de la valeur ajoutée du métier. Valeur ajoutée qui est facile à identifier dans chaque verticalité. Encore un chantier à ouvrir et à gérer par les représentants des métiers et ne pas le laisser à l'université incapable de mener les réformes indispensables à la réussite de ce chantier.

C'est pourquoi, outre la délégation de tâches déjà développée plus haut, nous projetons la création du nouveau métier de « **gestionnaire de parcours** ».

Plusieurs métiers existants peuvent déjà prétendre à cette formation et préparer à la gestion de parcours :

- Gestionnaire de structure libérale,
- Professionnels de santé paramédicaux délégués à la santé publique,
- Auxiliaires médicaux niveau licence : préparation,
- Assistante médico-technique,
- Délégué de l'information médicale.

Ainsi, la médecine spécialisée doit délibérément investir dans une organisation collective capable d'organiser le maillage de l'ensemble du territoire, de garantir une accessibilité à l'ensemble des moyens et des technologies de traitement et d'assurer un accompagnement personnalisé des patients. Un système d'alerte en santé publique devra simultanément être instauré.

Un nouveau Statut pour le médecin

Notre environnement se modifie très rapidement, le médecin d'aujourd'hui n'est certainement pas celui de demain et, pourtant, la réforme initiée par le professeur Robert Debré reste la référence du statut du médecin temps plein hospitalo-universitaire, de même que celui des CHU. Des ordonnances de plus de 60 ans !

Le constat est simple, le personnel va mal, les médecins vont mal, les structures s'effondrent et les coûts explosent. Certains proposent de modifier les statuts des établissements ! Dernièrement, un ancien délégué de la FHF a proposé le statut ESPIC. Nous pensons que cette proposition n'est pas incongrue mais très insuffisante. Nous portons la modification de statut du professionnel pour le rendre plus entreprenant, plus audacieux. Seul l'individu sera maître du changement indispensable du système de santé. Donnons aux plus jeunes des perspectives, des carrières, donnons la possibilité de circuler entre les secteurs privé et public. Permettons à tous de s'épanouir sans risque de perdre des acquis professionnels si difficiles à obtenir. Pourquoi opposer le privé et le public ? Aujourd'hui, seules les entreprises du numérique et de l'ingénierie semblent dynamiser le secteur de la santé. Cette apathie réside dans ce statut qui clive les professionnels. De même, la charte de la médecine libérale devra évoluer, répondre aux besoins, aux profonds bouleversements attendus par les NBIC...

Une large concertation doit être mise en place avec l'ensemble des acteurs pour tenter de dépasser les idéologies et les réticences au changement.

Chapitre 3 : : *Quels financements, quelles contractualisations pour quelles prestations ?*

Diversifier le financement et les financeurs de prestations de médecine spécialisée

Actuellement, le spécialiste est rétribué à l'acte en pratique libérale ou en établissement privé, à la fonction, c'est-à-dire sous forme de salariat mensuel, systématiquement en établissement public, le plus souvent en établissement privé à but non lucratif. Exercice « intermédiaire », la vacation en établissement public est désormais rémunérée sous statut de « temps partiel ». L'exercice mixte, déjà largement pratiqué, semble désormais plébiscité par la jeune génération de médecins spécialistes.

Les ordonnances Debré se révèlent, à maints égards, aujourd'hui dépassées et une prochaine réforme en profondeur du statut de médecin hospitalier public apparaît comme un élément restructurant du métier. Les avis sont quasi unanimes, la mixité des revenus dans un statut remixé serait bien accueillie.

L'accessibilité économique pour tous doit être un socle inaliénable.

Or, le financement des structures, en hospitalisation ou en ambulatoire, et le mode de rémunération des médecins ne permettent pas une réponse cohérente et simultanée à la totalité des problématiques économiques posées : accès des plus précaires au « marché de la santé », modification sociologique de la demande, mutation des pathologies devenues chroniques, rétribution de la « valeur ajoutée médicale » encore appelée rémunération à la « performance » Mesures sanitaires liées à la crise du COVID 19.

Une modification financière était en train de s'amorcer mais, brutalement, l'épidémie rend prégnant ce sujet et, brutalement, le modèle économique est complètement remis en cause. Une réflexion devient nécessaire car les arbitrages auront nécessairement un impact sur l'attractivité du métier, sur la qualité et la sécurité de l'exercice, libéral comme salarié.

- Ajoutant à la multiplication des financements publics déjà fléchés sur la lutte contre les « déserts médicaux », les collectivités territoriales locales ajoutent des financements diversifiés : locaux, salariat... pour attirer des praticiens, souvent étrangers. La démarche peut, certes, se concevoir mais force est de regretter qu'il n'y ait aucun modèle économique pour justifier cette manne. Réponse mal étayée à un problème mal posé : les effets sont faciles à prévoir car largement prévisibles !! La générosité est rarement payée de retour autrement qu'un déménagement « à la cloche de bois » ...

On assiste, aujourd'hui, à une course au financement « de survie » selon le qualificatif de ses pourvoyeurs mais en tout cas « hors-ONDAM », et qui ne pourra que décourager, à terme, toute installation pérenne car alimentant une économie de pure opportunité.

Au-delà de l'investissement consenti, les collectivités qui s'y prêtent ne pourront jamais équilibrer le budget de fonctionnement.

De même, fonder une réponse pérenne au problème posé sur la contribution des retraités actifs ne s'avèrera pas longtemps acceptable car guère plus pérenne. Solliciter l'expérience de ce corps vacataire pour accompagner l'évolution des prises en charge serait, sans doute, une meilleure idée.

La seule réponse viable au problème des territoires de faible densité médicale sera sans doute d'admettre la durabilité du problème et d'y consentir un investissement non moins durable sous une forme dérogatoire à l'économie libérale : si la concurrence a prouvé ses vertus dans les territoires urbains à forte densité, elle perd toute pertinence dans les « déserts ».

Mode de rémunération

Producteurs

- ❖ Le **paiement à l'acte doit-il être réservé aux interventions ponctuelles nomenclaturées par la CCAM (il est à noter que celle-ci et, notamment, le coût de la pratique, n'a pas été revalorisée depuis sa création depuis bientôt 30 ans)**, le créateur étant le praticien – pouvant être dans le cadre des établissements par l'intermédiaire d'un compte attaché à ce dernier - et s'acquittant d'une redevance auprès du gestionnaire de son plateau technique ?
 - **Ce mode de financement est-il pour autant encore adapté** à la prise en charge spécialisée d'un épisode d'instabilité d'une pathologie chronique : décompensation d'insuffisance cardiaque, mise à l'insuline d'un diabète de Type 2 ... mobilisant une équipe nécessairement pluriprofessionnelle, spécialement formée à travailler en coordination, sur plateau technique ou en ambulatoire, dans le cadre de délégation de tâches ?
 - Dans cet objectif, un mode alternatif de financement de la prestation pourrait être **la rémunération à l'épisode de soins**, élaborée dans des conditions à mieux évaluer et en toute transparence (rapport Véran).
 - Dans ce schéma, la difficulté réside dans l'autogestion, par les professionnels eux-mêmes, de l'enveloppe allouée par le(s) payeur(s) par une ré-affectation concertée des ressources sur le principe de la participation respective des acteurs au processus de soins. Les travaux d'AVENIR SPÉ sur la hiérarchisation des activités cliniques (voir plus loin) constituent une contribution pertinente au débat mais qui devra être, en tout état de cause, largement prolongée et affinée.

- Clairement, aujourd’hui, cette option n’est pas privilégiée et doit être discutée au cas par cas dans des domaines spécifiques, par spécialité et dans un cadre protocolisé et de volontariat.
- En revanche, aucune raison objective ne justifie une différence de rétribution public/privé. La mobilisation de moyens supplémentaires doit rester dans le cadre du GHS car dépendant essentiellement de la structure, de l’outil. Le modèle économique est à explorer avec les professionnels dans le cadre de structures indépendantes.
- La réflexion est en cours et ne pourra être arbitrée qu’au travers d’expérimentations. Il reste que cette hypothèse n’épuise pas le sujet du financement et de sa diversification.

A ce jour, ce type de démarche ne peut être développée que dans le cadre d’un nouveau contrat de confiance et nous en sommes très loin.

- ❖ **Le paiement à l’acte conserve une parfaite légitimité éthique et d’indéniables vertus économiques pour les épisodes ponctuels de prise en charge, et singulièrement de prise en charge clinique.** Par contre, une nouvelle hiérarchisation des actes cliniques est à développer. Un modèle de construction a été développé avec une vision financière prospective à arbitrer avec le financeur.
- ❖ La césure entre secteurs 1 et 2 est aujourd’hui devenue inéquitable et obsolète. Un espace de liberté reste à construire qui doit être établi sur le socle inaltérable de l’accessibilité pour tous et, dans tous les territoires, à tarif opposable dans les conditions contractuelles. D’ailleurs, cet espace existe aussi dans le secteur public et il n’est pas à l’ordre du jour de le faire disparaître ! Notre métier, notre fonction sont attachés à une mission de « service public ». Pour cette raison, **il est impératif de créer un droit, encadré mais accessible à tous, à un tarif « libre », espace hors « mission de service public »**. L’OPTAM est un échec, notamment pour les spécialités hors chirurgie.
- ❖ Le financement « à la qualité » - ou plutôt « à l’efficience » - par amélioration de la pertinence des actes doit permettre de réaliser des économies pouvant être réinvesties sous forme d’intéressement. Cela doit faire l’objet d’une recherche française (*Accountable Care Organizations*). **Nous proposerons également une expérimentation concertée à l’Assurance Maladie.**
- ❖ Le financement des établissements par la T2A ne devrait concerner que l’hébergement médicalisé, les fonctions autres devant faire l’objet d’une rétribution ad-hoc, fléchée selon la mission : urgences-permanence/continuité des soins, enseignement (médical + paramédical), recherche, management. L’observation des exemples étrangers montre que la **rémunération des spécialités**, dans ces **missions transversales, doit ignorer**

toute hiérarchie et rémunérer les spécialistes (interdisciplinaire) selon un barème unique.

Financeurs

Enfin, à l'expérience d'un audit externe, ce dernier nous incite à militer pour une diversification des financements par la voie contractuelle. **L'histoire a donné deux interlocuteurs légitimes au corps médical : l'AMO (Assurance Maladie Obligatoire) et l'AMC (Assurance Maladie Complémentaire). Avec l'un, les rapports sont contraints et asymétriques ; ils sont conflictuels avec l'autre. Peut-on en sortir et comment ?**

- ***Un fonctionnement transparent et paritaire de la CHAP (Commission de Hiérarchisation des Actes et des Prestations) :***
 - *Règles de fonctionnement, innovations, coût ... ; Reconstruisons la confiance au travers d'un **vrai paritarisme.***
- ***La mise en œuvre de financements d'accompagnement aux changements structurels pour répondre aux besoins de la population en soins spécialisés sur l'ensemble du territoire.***
- ***La définition d'un panier de soins :***
 - *Mener des travaux par la représentation nationale avec l'objectif de responsabiliser les usagers dans les dépenses de santé. Education à la santé.*

Ouvrir la porte à **des relations plus fécondes avec l'AMC au-delà de la « solvabilisation » des compléments d'honoraires** (Compléments qui ne peuvent aujourd'hui pas disparaître en raison du manque de revalorisation depuis 30 ans). Il existe des demandes recevables dans chacune des familles assuranciennes, y compris chez les assureurs mutualistes.

Dans ce champ, les employeurs ont conquis une place légitime et des rapprochements avec leurs représentants semblent impératifs. **La santé au travail apparaît comme une orientation également à approfondir pour la médecine spécialisée afin de répondre aux demandes des salariés.** Les exemples de la rhumatologie dans les Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) ou de la psychiatrie dans les *burn-out* établissent explicitement que la médecine spécialisée peut faire valoir son expertise en entreprise.

Enfin, le monde des collectivités locales doit être également pressenti pour devenir un interlocuteur légitime et pas seulement « pourvoyeur » d'avantages immobiliers. Le concours de la médecine spécialisée peut lui être précieux sur tous sujets de santé publique.

Conclusions : 15 propositions

A) Quel accès pour tous aux soins spécialisés au travers de parcours de soins organisés sur l'ensemble des territoires ?

1- **Régionalisation et cogestion** de la structuration de l'accès aux soins : tous les acteurs ont une responsabilité collective opposable sur l'organisation territoriale (Libéraux, salariés, établissements de soins, et médico sociaux de même que les collectivités ce qui donne à chacun une responsabilité populationnelle (URPS- Représentation des établissements publics, privés et médico-sociaux, les politiques par une représentation régionale et départementale)).

- Démographie
- Développement d'outils pour le maillage du territoire
- Développement des partenariats
- Développement du numérique (réseau, télémédecine)
- Apport de la Blockchain dans la santé ?

2- **Gestion des parcours** des patients aigus et chroniques au travers d'un accompagnement personnalisé ; gestionnaire de parcours. Redéfinition d'un parcours (Plateforme territoriale d'appui) ;

3- **Investissement massif dans le numérique** et, notamment, la télémédecine, réponse immédiate à la fracture numérique et accès simplifié à cet outil ;

4- **Développement plus pro-actif de l'ambulatoire** et la proximité : opposabilité financière ;

B) Quel statut pour le médecin spécialiste, quelles évolutions de son métier pour accompagner l'utilisateur dans sa prise en charge ?

5- **Développement de la notion de statut unique** et de la mission de santé publique du médecin quel que soit le secteur d'exercice. Développer la notion de carrière professionnelle ;

6- **Dynamiser la notion d'évolution des métiers**, délégation de tâches, création de nouveaux métiers dans l'accompagnement des patients et des médecins ;

- 7- Revoir la notion de **permanence et de continuité** de soins : une obligation collective ;
- 8- **Formation initiale** et connaissance des formes d'exercice et intégration de passerelles fortes avec la science de l'ingénieur et obligation d'avoir une connaissance de l'ensemble des secteurs d'exercice ;
- 9- Investissement **dans la formation continue** et restitution à la profession (à différencier de la formation académique) ;

C) Quels financements, quelles contractualisations pour quelles prestations ?

- 10- Conserver la T2A pour les établissements ;
- 1- Conserver **le paiement à l'acte** et mettre en place une réévaluation au travers des taux de charge et la coordination entre les professionnels ;
- 11- **Diversification de mode de rémunération**, des financements solvabilisés ou pas. Responsabilité populationnelle ;
- 13- **Diversification de financeurs** (assurances privées, entreprises, acteurs publics) ;
- 14- **Mise en place de relations contractuelles** et de litiges gérés par des interlocuteurs indépendants ;
- 15- Développer les expérimentations sur les **rémunérations alternatives**.

Ce projet n'a pas traité les sujets ci-après car, aujourd'hui, en construction dans le cadre de commissions au sein d' « **AVENIR SPÉ** » :

- L'impact de la **politique de la ville** et l'accès à la santé (éléments de discrimination ;
- Le développement d'une **politique d'intégration du handicap** dans l'accessibilité à la santé (investissement et financement).