



le syndicat libéral
de toutes les spécialités

LE PARCOURS DE SOINS

***L'Union nationale des
MÉdecins SPÉcialistes Confédérés
veut mettre la réforme en marche.***

***Note de presse
6 Juillet 2017***

par Patrick GASSER

Président de l'UMESPE-CSMF

79, rue de Tocqueville – 75017 PARIS
Tél. : 01.44.29.01.30. - Fax : 01 40.54.00.66.–
umespe@club-internet.fr – contact@umespe.com www.umespe.com

Le comité directeur de l'U.ME.SPE-CSMF du 11 Juin dernier a donné mandat au président et à son Bureau d'élaborer un projet global de refondation de l'engagement politique et social des médecins spécialistes dans notre système de solidarité devant la maladie.

L'ambition est de soumettre, d'abord, ce projet à l'ensemble des verticalités qui constituent l'U.ME.SPE-CSMF, puis d'engager une discussion dans l'enceinte confédérale pour rechercher une synthèse avec sa composante omnipraticienne. En effet, ce projet ne sera viable que s'il est porté par toute la CSMF, fédère toutes les spécialités et est partagé par les médecins généralistes. Au-delà, il a vocation à être soumis aux tutelles politiques et aux instances régulatrices.

Le moment apparaît en effet pertinent quand les clivages partisans apparaissent devoir céder au pragmatisme.

Pourquoi une initiative des spécialistes, maintenant ?

Avec une belle unanimité, l'ensemble des déclarations politiques récentes – émanant d'élus ou prétendants, observateurs ou patients/usagers – plébiscitent le premier recours et méconnaissent, quand elles ne l'ignorent pas, la place des spécialistes dans l'écosystème de 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 à l'hôpital public, sans hiérarchie diagnostique ni gradation d'urgence. 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.

Les médecins spécialistes vivent d'autant plus mal cette exclusion qu'ils ont le sentiment de participer, largement, au « plan de soin » des 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.

Ce sentiment d'exclusion n'est ni nouveau ni particulier à la France. Le « généraliste-pivot » est en effet un aphorisme ancien mais, largement, hors de la réalité vécue de terrain. En un mot, les spécialistes français partagent le sentiment d'être les otages d'un débat confisqué par les thuriféraires d'une doctrine mal établie, d'autant plus activistes au plan médiatique que leur dogme demeure médicalement contestable et économiquement fragile, pour ne pas parler de la démographie professionnelle.

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), équivalent de nos Maisons de Santé Pluridisciplinaires. En témoigne enfin, en France, la démonstration caricaturale réalisée par la dernière convention, non signée par la CSMF car professionnellement clivante et économiquement déséquilibrée.

Résolument tourné vers l'action, le comité directeur de l'UMESPE-CSMF a déterminé les trois axes de réflexion construisant sa politique des prochaines années :

- ***Quel accès pour tous aux soins spécialisés au travers de parcours de soins organisés sur l'ensemble des territoires ?***
- ***Quels statuts pour le médecin spécialiste, quelles évolutions de son métier pour accompagner l'usager dans sa prise en charge ?***
- ***Quels financements, quelles contractualisations pour quelles prestations ?***

Ces chantiers font l'objet d'une réflexion prospective interne, conduite par autant de commissions, où sont représentées l'ensemble des spécialités constitutives de l'UMESPE-CSMF.

Cette réflexion a été doublée d'un échange, sous forme d'audition fermée, avec des représentants de la société civile entamée à la faveur d'un double séminaire où ont été appelés à déposer des économistes, représentants d'associations de patients, journalistes-essayistes, prospectivistes, industriels de la santé, conseils stratégiques, ...

Cette double démarche – audit interne et externe – fera l'objet d'une synthèse réalisée à l'occasion d'un bilan en session plénière de l'UMESPE-CSMF, mi-septembre, dans le cadre de l'Université d'été de la CSMF sur la presqu'île de Giens.

Ce sont les conclusions de l'audit externe qui font l'objet de cette note sous forme de réponses à la question posée : ***qu'attendent de nous le malade, la société, la tutelle politique et la régulation économique ?***

En synthèse, ils nous ont donc demandé de **réactualiser nos valeurs, de hiérarchiser nos urgences, d'explorer de nouvelles propositions ; en un mot de réfléchir à un contrat social de la médecine pour le XXI^{ème} siècle.**

Et c'est parce que ce défi dépasse les limites de l'exercice libéral de la médecine spécialisée qu'il concerne le premier, le second et le troisième recours ; le secteur public et le secteur privé ; les usagers ; l'actuelle génération active et la « relève » en cours de formation ; la profession et ses partenaires industriels ou de service qu'il nous a paru opportun de faire publiquement état de nos réflexions en cours et de solliciter les réactions.

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 et une expertise de la pathologie, de l'appareil concerné ou, pour la pédiatrie, d'une tranche d'âge, ponctuellement (épisode d'instabilité, ou au long cours) ;*
- *Une « assurance de moyens » comprenant l'accessibilité autant que de besoin 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) ;*
- *Une garantie d'efficacité 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 ...*

Les spécialistes libéraux ont des obligations collectives et sociétales :

- **Accessibilité pour tous, économique et géographique ;**
- *Haut niveau d'exigence scientifique, garanti par une formation continue, identique à l'hôpital, en clinique ou en cabinet libéral. **L'UMESPE-CSMF est disposée à discuter des modalités d'une « re-certification en situation » qui se rapproche plutôt d'une accréditation à l'image des spécialités à risques** par un organisme paritaire issu de la profession (CNP/CNOM/Syndicats) ;*
- *Garantie 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 ;**

- *Qualité de la spécialisation : 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.*

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 entendues. Un moratoire pour ces spécialités n'a pas été obtenu, un suivi devait être mis en place, il est impératif de construire immédiatement une commission *ad hoc*) ;
- Sécurisation juridique de l'exercice : les médecins ne peuvent plus être abandonnés au face-à-face traumatisant avec la justice ou du monde de l'assurance ;
- Défense d'une politique de revenus évolutive et attractive, fondée sur les standards des pays de même niveau économique et social ;
- L'installation d'une négociation sincère et honnête témoignage d'une considération du métier et de son évolution (innovation, coût de la pratique...) ;
- Reconnaissance politique de leurs fonctions et performance 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 ...

Ils ont identifié **trois axes de réflexion/action permettant de renouer un débat laissé en jachère par un quinquennat de mépris politique** ; ils y expriment **l'ambition de leur valeur ajoutée collective et sociétale** :

- ***territoires de santé et parcours de soins : pas une seule demande de soin spécialisé ne doit rester sans réponse, y compris dans les déserts médicaux ;***
- ***« virage ambulatoire » enfin organisé/structuré avec des instruments partagés ;***
- ***financement diversifié des prestations, le paiement à l'acte trouvant ses limites naturelles dans la prise en charge globale des maladies chroniques.***

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

Aujourd'hui, nombreux sont ceux qui parlent de déserts médicaux, il s'agit en grande partie de déserts tout court où l'ensemble des pouvoirs publics sont absents 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 ayant une réflexion financière sous peine d'un échec à terme.

La réponse au **besoin territorial de coopération inter-spécialités suppose un regroupement des praticiens**, dans un premier temps, libéraux, de synchronisation avec le secteur public ensuite. Le maillon manquant proximité/hôpital est le spécialiste libéral car son cursus l'a baigné dans les 2 secteurs. **Ce regroupement a déjà cours dans les zones « sous-denses » (ex : Champagne-Ardenne) ou par spécialité (cardiologie en Sud-Vaucluse).** Les regroupements sont, aujourd'hui, très majoritaires chez les spécialistes libéraux (>60%), ils sont de petite taille et, le plus souvent, dans des grandes villes. Nous allons systématiser le recueil d'initiatives en la matière pour faire des propositions concrètes aux pouvoirs publics. Chaque territoire de santé doit être organisé dans la concertation sur trois plans :

- ***l'urgence,***
- ***le soin non programmé et la continuité des soins,***
- ***le parcours de soins dans les maladies chroniques (30 ALD) et conformément aux référentiels HAS.***

L'organisation des parcours sur les territoires relève d'une approche pragmatique :

- **Commençant par le recensement des ressources humaines disponibles,**
- **Il doit identifier et mobiliser toutes les ressources technologiques déjà disponibles :**
 - Télémédecine, télé-expertise (mise en place du virage numérique),
 - Délégation de tâches et création du « nouveau métier » de gestionnaire de parcours. *Des formations d'infirmières sont déjà effectives au travers d'un Master 2 (Aix en Provence). En aucun cas, il ne peut s'agir de consultation médicale hors de leur champ de compétence et, essentiellement, dans le cadre de loi et article 119. Les infirmières cliniciennes, dans un secteur particulier (ex : oncologie, diabète), ne pourront exercer, dans le cadre de la médecine spécialisée, que dans le cas d'une subordination directe dans le cadre d'une délégation de tâche et non de compétence.*

Le fléchage du parcours ne peut être abandonné à la seule capacité d'initiative du médecin traitant et doit donc être accompagné et organisé, mutualisé, entre professionnels. Les médecins spécialistes pouvant à certains moments du parcours (entrée dans la pathologie, décompensation, chez les enfants...) devenir les médecins référents, organisateurs d'une séquence de soins. La synchronisation des prises en charge peut s'avérer difficile (cas du diabétique susceptible de requérir une consultation d'endocrino + cardio + ophtalmo + podologue) ; elle n'est pourtant pas hors de portée d'un professionnel paramédical formé (Master 2) à évaluer l'urgence relative et la gestion des agendas respectifs.

- Deux entités peuvent prétendre à un rôle de management/coaching du parcours :
 - o **Les CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé).**
 - o **Les PTA (Plateformes Territoriales d'Appui) dont l'initiative doit en revenir aux médecins,**

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 spécialistes étant « mis en demeure » de réserver une demie ou une journée (cas de l'Ontario, au Canada) aux consultants transitant par la PTA, assimilée à un « service public de secrétariat à distance ».

- *Il est impossible de laisser ce mouvement progresser sans réaction ; les candidats au statut de PTA sont les 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 dans les URPS. L'U.ME.SPE-CSMF doit et va stimuler cette capacité d'initiative, car elle ne doit pas être réservée non plus aux seuls médecins généralistes.*

Les nouveaux modes d'organisation (Consultations de proximité, pratiques avancées/encadrées, télémédecine, 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 doit être décentralisée au niveau des URPS. Elle doit être partagée avec la composante des spécialistes publics.

Organiser/structurer enfin le « virage ambulatoire »

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. Et elle ne saurait pour autant devenir (préconisation IGAS) un monopole de l'hôpital public. Elle doit être, au contraire, organisée par la tutelle sous l'égide d'un comité de pilotage fédérant les acteurs au-delà de leur appartenance statutaire.

- Là, encore, 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 **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 cœlioscopie, canal carpien, ...) dans un environnement 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 ;
- A l'image de l'organisation allemande, des généralistes et des spécialistes doivent s'y côtoyer.

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

- **Réglementaire (problème des anesthésistes de plateau technique),**
- **Politique (concurrence ou complémentarité avec le public),**
- **Économique (contre ou avec) les investisseurs privés (cliniques) ou institutionnels (AMC).**

L'UMESPE-CSMF qui milite, de longue date, 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.

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 un salariat mensuel en établissement public ou privé à but non lucratif. Exercice « intermédiaire », la vacation en établissement public est désormais rétribuée en « temps partiel ». L'exercice mixte, déjà largement pratiqué, semble désormais plébiscité par la génération émergente de spécialistes. Il est possible de favoriser cette mixité par le « **levier du financement** », seul probant dans les expériences étrangères. Les ordonnances Debré sont, aujourd'hui, obsolètes et une réforme en profondeur du statut de médecin est un élément structurant du métier.

Les experts auditionnés à la faveur de l'audit externe organisé par l'UMESPE-CSMF ont incité ses responsables à envisager une diversification de leur mode de rémunération ; les jeunes (internes et CCA) également sollicités sur le même point plaident également pour la mixité de leur statut et de leurs ressources.

- Le **paiement à l'acte doit-il être réservé aux interventions ponctuelles nomenclaturées par la CCAM**, le créateur étant le praticien – le plus souvent par l'intermédiaire d'un compte attaché à l'établissement – 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 DT2, ... mobilisant une équipe pluriprofessionnelle, spécialement formée à travailler en toute 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 apparaît être la rémunération à l'épisode de soins, élaborée dans des conditions à mieux évaluer et en toute transparence (rapport Veran).

Là, encore, 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.

L'UMESPE-CSMF est disponible pour engager la négociation sur ce point. Elle souhaite être pleinement partie prenante des initiatives qu'ont dit vouloir prendre les pouvoirs publics en matière de diversification des formes de tarification.

La réflexion est en cours et sera arbitrée en septembre. Il reste que cette hypothèse n'épuise pas le sujet du financement et de sa diversification.

- **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 prise en charge clinique.** L'UMESPE-CSMF réitérera ses propositions pour une nouvelle hiérarchisation des actes cliniques. Un expert a ainsi rapporté la tarification – et l'économie globale – du recours à un « second avis » à destination de patients désireux de conforter une stratégie thérapeutique, pratique largement diffusée outre-Atlantique ou en Allemagne (au coût de 295 € par la société berlinoise *MedexoTM*).
- La segmentation d'aujourd'hui, entre secteur 1 et 2, est devenue obsolète et inéquitable. Un espace de liberté reste à construire et doit être établi sur un socle inaltérable qui est celui de l'accessibilité pour tous et, dans tous les territoires, à tarif opposable dans les conditions contractuelles. 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 ».**

Le CAS a été le moyen d'expérimenter cette idée, l'OPTAM est une seconde étape dont on sait déjà qu'elle n'apporte pas la réponse adaptée.

- 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, missions transversales (CME), ...
- 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.**
- Le financement « à la qualité » - ou plutôt « à l'efficacité » - par répartition des gains de productivité (intéressement) doit faire l'objet d'une recherche française (*Accountable Care Organizations*). **Nous le proposerons également à l'Assurance Maladie.**

Enfin, l'audit externe a également incité à rechercher une diversification des financeurs par la voie contractuelle. **L'histoire a donné deux interlocuteurs légitimes au corps médical : l'AMO et l'AMC. Avec l'un, les rapports sont contraints et asymétriques ; ils sont conflictuels avec l'autre. Peut-on en sortir et comment ?**

Non signataires de la Convention, les spécialistes CSMF continuent de s'affirmer résolument « conventionnistes » par attachement au pacte social historique noué en 1971. A ce titre, ils ont vécu comme **une agression l'article 99 de la LFSS de 2017 dont ils estiment qu'il constitue une rupture unilatérale des « droits et devoirs » des parties**, qui aurait dû être également insupportable aux syndicats signataires. Et provoquer leur départ immédiat de la table conventionnelle !

Il est aujourd'hui obligatoire de renouer avec l'esprit originel et le respect mutuel des contractants. Le retour à la table des négociations ne pourra, dans ces conditions, s'envisager sans :

- ***le renoncement législatif à l'article 99 de la LFSS-2017 ;***
- ***un fonctionnement transparent et paritaire de la CHAP (Innovations, coût..) ;***
- ***des éléments d'accompagnement aux changements structurels pour répondre aux besoins de la population en soins spécialisés sur l'ensemble du territoire dans le cadre d'un panier de soins défini par la représentation nationale ;***
- ***la prise en compte de l'évolution du métier dans un environnement mouvant.***

L'UMESPE-CSMF n'exclut pas non plus formellement de **nouer des relations plus fécondes avec l'AMC au-delà de la « solvabilisation » des compléments d'honoraires.** Il existe des

demandes recevables dans chacune des familles assuranciennes, y compris dans 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 le *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.

Quels statuts pour quel métier ?

A ce jour, la réflexion ne sera finalisée que lorsque ses acteurs auront parachevé le chantier en cours sur les évolutions attendues ou prévisibles impactant le métier de spécialiste et portant son (ou ses) statut(s)

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, 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 » ;
- De la volonté de s'immiscer dans le dialogue singulier médecin/patient des GAFA et autres entreprises de services innovants.

La télémédecine bouleverse déjà – et bouleversera plus encore à court/moyen terme – le paradigme d'une pratique millénaire et remet en question hiérarchies et normes d'usage au profit d'une pratique ubiquitaire et collaborative.

La question d'une **médecine « uberisée » ou « augmentée » - résultante de la révolution cognitive en cours** – n'avait pas vocation à être soldée par la démarche en cours au sein de l'UMESPE-CSMF mais elle sera approfondie dans son ultime étape.

Rendez-vous en septembre.