



Haut Conseil pour l'avenir
de l'assurance maladie

***Avis du HCAAM « Organiser la médecine spécialisée
et le second recours : une pièce essentielle de la
transformation de notre système de santé »***

ANNEXES



Table des matières

Annexe 1 : les lieux d'activité des différentes activités.....	3
Annexe 2 : Résumé de l'étude du cabinet ACSANTIS financée par le HCAAM intitulée « Maladie chronique et médecine spécialisée : le vécu des patients ».....	5
Annexe 3 : Faire progresser la conciliation médicamenteuse.....	8
Annexe 4 : Développer l'accompagnement thérapeutique	9
Annexe 5 : Synthèse des auditions réalisées par le HCAAM	12
Annexe 6 : La coordination des soins : définition et dimensions	44
Annexe 7 : L'intégration des soins.....	47
Annexe 8 : Le maillage territorial en CPTS mené par l'URPS-ML et l'ARS dans la région CVDL	49
Annexe 9 : La consolidation du secteur de la médecine spécialisée aux Etats-Unis : Quelques études récentes	53
Annexe 10 : <i>Benchmark</i> de l'IRDES sur les modèles de prise en charge à l'étranger	58
Annexe 11 : L'accessibilité géographique à la médecine spécialisée.....	69
Annexe 12 : S'appuyer sur le développement professionnel continu et la recertification.....	73

Annexe 1 : les lieux d'activité des différentes activités

Catégorie de la typologie retenue dans cet avis	Spécialité	Effectifs	Part des professionnels travaillant								
			A l'hôpital public (1)	En ESPIC (2)	Dans un établissement privé à but lucratif (3)	En établissement*	En centre de santé (4)	En cabinet individuel (5)	En cabinet de groupe (6)	En cabinet* (7)	Part groupe (6)/(7)
Spécialités à prédominance hospitalière	Génétique médicale	264	88%	1%	0%	94%	1%	2%	2%	3%	50%
	Hématologie	757	80%	3%	2%	93%	1%	3%	5%	6%	78%
	Médecine interne	2415	78%	5%	3%	89%	2%	5%	6%	11%	55%
	Oncologie médicale	1111	46%	6%	6%	86%	0%	5%	15%	19%	79%
	Médecine nucléaire	716	58%	2%	6%	80%	0%	5%	30%	34%	90%
	Radio-thérapie	898	37%	3%	13%	77%	1%	6%	38%	41%	93%
Spécialités ayant une part importante de leur activité en établissement	Gériatrie	2005	62%	10%	8%	92%	1%	3%	2%	5%	36%
	Chirurgie infantile	342	81%	5%	6%	89%		14%	11%	23%	49%
	Neuro-chirurgie	590	70%	4%	11%	83%	1%	11%	23%	30%	77%
	Chirurgie générale	3352	66%	5%	10%	82%	1%	11%	20%	28%	70%
	Chir thorac & cardi	488	68%	6%	11%	82%		11%	25%	33%	76%
	Neurologie	2666	75%	4%	3%	80%	2%	15%	17%	30%	55%
	Anesthésie-réanim	10483	60%	5%	9%	76%	0%	7%	27%	34%	81%
	Chir viscérale & di	1068	56%	5%	16%	76%	1%	15%	33%	44%	74%
	Chir vasculaire	550	47%	7%	25%	74%	2%	21%	41%	56%	73%
	Gynécologie-obsté	4986	56%	5%	12%	72%	2%	19%	30%	47%	64%
	Chir urologique	1337	44%	7%	27%	71%	3%	18%	51%	62%	83%
	Chir orthop et traum	3399	43%	5%	26%	69%	1%	18%	49%	62%	79%
	Chir plastique	954	32%	3%	40%	67%	2%	36%	53%	82%	65%
	Chir maxil fac & st	1085	31%	2%	24%	51%	7%	38%	45%	79%	58%
Spécialités	Méd physiq & réadapt	2196	41%	24%	14%	82%	2%	10%	8%	18%	44%

ayant une activité prépondérante en consultation	Pneumologie	3051	62%	7%	9%	76%	3%	15%	24%	36%	65%
	Gastro-entér. & hép	3742	56%	5%	20%	75%	3%	17%	36%	50%	72%
	Néphrologie	1755	69%	4%	3%	75%	6%	9%	17%	24%	74%
	Endocri. et métabo.	1975	63%	4%	3%	70%	5%	24%	19%	40%	46%
	Cardio et malad vas	6928	47%	5%	16%	64%	4%	23%	41%	60%	69%
	ORL & chir cerv fac	2931	46%	3%	17%	64%	6%	29%	41%	65%	63%
	Rhumatologie	2521	47%	3%	3%	53%	7%	32%	32%	61%	52%
	Dermato. et vénéro.	3659	33%	1%	3%	36%	8%	43%	34%	75%	46%
Spécialités prescrites	Radio-diagnostic	7936	50%	5%	27%	72%	3%	8%	58%	62%	93%
	Anatom & cyto patho	1584	54%	1%	2%	66%	0%	2%	37%	40%	95%
	Biologie médicale***	2964	43%	1%	0%	46%	1%	0%	0%	0%	37%
Spécialités de premier recours en accès direct	Pédiatrie	7921	61%	3%	2%	70%	1%	19%	15%	33%	46%
	Ophtalmologie	5581	28%	4%	19%	46%	6%	32%	53%	81%	65%
	Gynécologie médicale	2469	27%	3%	5%	35%	8%	42%	34%	75%	46%

Champ : ensemble des médecins ayant au moins une activité en France métropolitaine ou dans les DROM à l'exclusion des professionnels exclusivement remplaçants car leur secteur d'activité n'est pas renseigné dans le RPPS.

Note : La somme des effectifs peut être supérieure à l'ensemble des effectifs par domaine d'activité car les médecins ont souvent plus d'une activité. Elle peut aussi être inférieure car les catégories « En établissements » ou « En cabinet » ne couvrent pas l'ensemble des secteurs d'activité. Sont hors notamment hors du champ considéré ici les secteurs suivants : organismes de sécurité sociale, collectivités territoriales, entreprises individuelles et tertiaires...

Source : RPPS 2019, calculs DREES

* Cette catégorie recouvre les spécialistes travaillant : à l'hôpital public (1), en ESPIC (2), en établissement privé (3), mais également en centres anti cancéreux, en établissement pour personnes handicapées ou en établissement pour personnes âgées. Etant entendu que parmi eux, certains peuvent travailler dans plusieurs lieux à la fois (voir encadré 1).

** Cette catégorie recouvre les spécialistes travaillant en cabinet individuel (4) ou en cabinet de groupe (5), étant entendu que parmi eux, certains peuvent travailler à la fois en cabinet individuel () et en cabinet de groupe. Le cas échéant, l'un étant le lieu d'exercice primaire, l'autre le cabinet secondaire.

*** : 42 % des biologistes médicaux exercent une activité dans un laboratoire d'analyse médicale.

*** : 42 % des biologistes médicaux exercent une activité dans un laboratoire d'analyse médicale.

Annexe 2 : Résumé de l'étude du cabinet ACSANTIS financée par le HCAAM intitulée « Maladie chronique et médecine spécialisée : le vécu des patients »

Objectifs et méthode

Dans le cadre de son travail sur l'organisation de la médecine spécialisée et du second recours, le HCAAM a souhaité recueillir le point de vue et l'expérience des patients.

Une étude qualitative a été réalisée en constituant un échantillon d'usagers témoins et en utilisant la méthode des « focus groupes ».

L'objectif était d'explorer ce qui fonctionne comme ce qui relève des ruptures de parcours et de recueillir les attentes et propositions des patients.

L'étude a été menée sur deux mois (avril et mai 2017) avec deux groupes de 13 patients atteints de pathologies chroniques et « naïfs » vis-à-vis de ce type d'exercice. Le recrutement a été effectué à partir du réseau du cabinet d'étude sans recours à un panéliste

Au total, 15 femmes et 11 hommes ont participé à la réflexion, la moyenne d'âge était de 63 ans, différentes catégories socio-professionnelles étaient représentées. Du fait des délais courts et de la nécessité d'échanges présentiels, 22 patients sur 26 résidaient en Ile-de-France pour des questions de déplacements. Les patients (15/26) souffraient d'une pathologie chronique -cardiovasculaire, pulmonaire, rénale, asthme, diabète, polyarthrite rhumatoïde, sclérose en plaque, fibromyalgie- ou d'une forme de cancer (11/26).

Les groupes se sont réunis à 4 reprises, une cinquième séance avec quelques volontaires a été consacrée à une validation collective des conclusions présentées dans ce document.

Chaque séance a donné lieu à un enregistrement et une retranscription *ad integrum* permettant un travail d'analyse fidèle et précis.

Le modérateur (médecin généraliste) et l'observateur (consultant formé en sociologie) ont ensuite travaillé séparément puis ensemble à la restitution des séances.

Résultats

La majorité des patients a le sentiment d'avoir été pris en charge par des spécialistes compétents et efficaces.

Ils louent la qualité du système de santé dans son ensemble mais veulent apporter une contribution à son amélioration en réclamant une place de partenaire aux différentes étapes de leur parcours de soins. Ainsi ils ont eu à cœur tout au long de cette démarche d'être constructifs alors même que certains verbatim révèlent des moments de la relation au spécialiste vécus difficilement.

Les souvenirs positifs sont liés à la bienveillance, à l'écoute, à la disponibilité du spécialiste.

Les aspects négatifs sont liés à un ressenti de froideur ou de brusquerie de la part du médecin lors du premier contact mais également en rapport avec son manque de temps.

Au moment de l'entrée dans la maladie chronique, les patients estiment qu'ils devraient être mieux accompagnés :

D'une part dans les modalités d'adressage qui peuvent manquer de lisibilité :

- Parfois orientés par un médecin généraliste ou spécialiste de ville, les patients ont été amenés d'autres fois à se débrouiller seuls, voire à faire appel à leur réseau de connaissances pour avoir ou accélérer un rendez-vous, ce qui, dans un système où



l'égalité est affichée en principe républicain, est apparu anormal à la majorité des patients.

- Au regard de leurs expériences, les patients aimeraient plus de fluidité, de lisibilité lors de l'adressage vers un médecin ou un établissement.

D'autre part lors de la première rencontre avec le spécialiste, souvent un moment difficile :

- En effet, si cette rencontre s'est bien passée pour un tiers des patients, elle cristallise pour les deux autres tiers un certain nombre de critiques relevant d'une « brutalité » de l'annonce, d'un manque d'écoute et de prise en compte de l'état de la personne au moment de ce contact. Les explications du spécialiste sont jugées très insuffisantes et renvoient à une attente forte d'une meilleure organisation de l'annonce du diagnostic et /ou du traitement.
- L'accès financier est parfois source de difficultés en raison de dépassements d'honoraires ou pour les soins complémentaires aux traitements principaux.
- Enfin un second avis est rarement demandé, la mauvaise qualité du premier contact pouvant toutefois pousser certains à demander à être suivis par un autre spécialiste.

Les patients portent un jugement contrasté sur leur prise en charge au long cours :

- Ils sont demandeurs d'une vision prospective pour mieux se projeter et être plus acteurs.
- Ils ont rarement conscience de l'existence d'un plan de soins.
- Souvent insuffisantes, les explications sur les principaux risques de complications et les effets secondaires des traitements sont prioritaires à leurs yeux.
- Quand elles existent (4 patients/26), l'éducation thérapeutique et la rééducation sont très appréciées parce qu'elles apportent de l'autonomie.
- Nombre de patients cherchent de l'information par eux-mêmes sans être en confiance dans l'univers d'Internet.
- La possibilité d'avoir un professionnel référent, comme l'infirmière de coordination dans l'exemple du cancer, a paru une bonne solution aux participants. Un lien direct par un numéro de téléphone dédié ou messagerie électronique rassurent.
- Bien que certains expriment une réticence à parler avec d'autres patients, la majorité des témoins estime que les associations peuvent apporter un soutien dans le suivi chronique.
- Pour les patients de nos groupes, l'entourage devrait être mieux pris en compte car il peut être aidant dans la maladie, et la prise en charge à domicile ou en ambulatoire devrait être développée.
- Le plus souvent, ils ne se sentent pas encore les sujets de leur prise en charge et ils le regrettent. Ils ont confiance mais estiment ne pas être assez écoutés. Les patients attendent de la relation au long cours avec le spécialiste une considération plus importante et une prise en charge globale.
- Ils pointent également les dysfonctionnements de la relation spécialiste - généraliste qui serait perfectible si les rôles respectifs étaient précisés, si l'information circulait, si les relations étaient construites sur plus de confiance réciproque.
- Enfin, l'existence d'un dossier partagé pourrait aider à structurer cette relation est importante à leurs yeux. Ils ne comprennent pas pourquoi un tel dossier n'est pas en place, tout serait plus facile s'il était sur la carte vitale !

En conclusion, les patients ont fait des propositions dans 3 axes : la formation, la circulation de l'information et la coordination. Ils proposent d'améliorer l'écoute et l'empathie, d'optimiser



l'accès et le partage d'information avec eux et entre professionnels, de structurer la collaboration généraliste-spécialiste et de développer l'éducation thérapeutique.

Discussion

Le choix d'une méthode qualitative pour cette étude patients a permis une approche descriptive en profondeur.

Malgré l'exigence du format, les participants ont trouvé de l'intérêt à partager avec d'autres patients « naïfs » souffrant de pathologies différentes, certains gagnant même en confiance (« *empowerment* »).

Si l'hétérogénéité des situations en fonction du stade de la maladie, du type de pathologie et des modalités d'entrée dans le parcours ne permet pas de généralisation, la production est suffisamment riche pour en tirer des enseignements utiles.

Deux biais de sélection sont à relever. Les volontaires étaient plutôt impliqués dans la gestion de leur pathologie avec une capacité à être acteur et les problématiques des patients vivant dans des zones non denses en spécialistes n'ont pas pu être abordées. Il serait utile de faire le même travail au cœur d'une de ces zones.

Les enseignements de l'étude sont riches :

- Il est nécessaire d'améliorer l'adressage en rendant plus lisible l'offre de soins pour lutter contre les inégalités d'accès.
- la distance semble moins compter que les délais d'obtention de rendez-vous, mais cela peut en partie tenir au fait que les habitants des zones sous denses ne sont pas représentés.
- Une approche territoriale de l'offre mériterait d'être promue.
- L'entrée dans la maladie est un moment clé à améliorer notamment lors de l'annonce.
- Dans le cadre du suivi, l'accompagnement mériterait d'être mieux partagé entre professionnels.
- L'articulation spécialiste-généraliste est un levier d'amélioration majeur qui passe par une collaboration formalisée.
- Enfin, le développement d'une éducation thérapeutique délivrée tôt dans la maladie permettrait de favoriser la montée en compétence du patient autour de sa pathologie avec un retour sur investissement en termes d'hospitalisations évitées et de meilleure observance.

Des patients experts pourraient être des ressources utiles pour développer ces pistes d'amélioration. La mise à disposition du site d'informations santé conçu pour les patients est très attendue mais il sera nécessaire de le faire connaître. Et si la notion de parcours reste opérationnelle du côté soignant, elle doit être pensée non comme des parcours pré tracés à suivre impérativement mais comme des trajectoires envisageables, lisibles, intégrant des étapes de validation avec le patient.

Annexe 3 : Faire progresser la conciliation médicamenteuse

Les patients poly pathologiques et en particulier les personnes âgées atteintes de plusieurs affections longue durée (ALD) sont le plus souvent poly médicamentées, les traitements ayant pour origine des prescripteurs divers : médecin traitant, médecins spécialistes de recours, hôpitaux, mais également chirurgiens-dentistes ou d'autres professionnels encore. S'y ajoutent parfois des médicaments non remboursables ou en automédication n'apparaissant donc pas dans l'historique de remboursement.

Ces multiples thérapeutiques potentiellement iatrogènes ont fait l'objet de nombreuses publications et communications aboutissant à la notion de (re)conciliation médicamenteuse dont l'ordonnateur à l'hôpital est le pharmacien des pharmacies à usage intérieur (PUI) mais qui pourrait être à l'initiative du pharmacien d'officine.

Il convient de souligner les différences entre établissements avec et sans PUI. Certains établissements sanitaires et/ou médico-sociaux ne disposent pas de PUI et font appel à une pharmacie d'officine. La pharmacie d'officine assure alors la livraison des dotations journalières. Actuellement le DP (dossier pharmaceutique) nécessite l'utilisation de la carte vitale du patient, il ne fait donc pas nécessairement le croisement entre les distributions incluses dans les dotations journalières des établissements sans PUI (n'utilisant pas la carte vitale) et les prescriptions et distributions nominatives et individuelles pour un patient au domicile passant par la carte vitale.

Par ailleurs, le DP ne se raccorde pas encore au DMP.

Une première étape pour améliorer la conciliation médicamenteuse serait de rendre le DP et le DMP interopérables, voire d'intégrer le DP dans le DMP de manière à rendre leurs informations, et accessibles à tous les médecins et les pharmaciens (sur la partie médicaments) en charge d'un patient, quelle que soit sa position dans le parcours de soins et le recours ou non à la carte vitale.

Tout médecin quel que soit son lieu et mode d'exercice doit pouvoir accéder à la prescription antérieure d'un confrère pour un patient commun, afin de limiter les doublons et la iatrogénie.

Si la formation des pharmaciens est tout à fait cohérente pour analyser les risques des associations, leur niveau de connaissance médicale et en particulier du dossier médical du patient et des différentes indications est insuffisamment documenté pour être totalement pertinent.

C'est pourquoi la deuxième étape pourrait prendre la forme d'une synthèse régulière des traitements en cours et des diverses prescriptions (annuelle par exemple). Cela pourrait être également ponctuel, lors d'un épisode de soins, à l'occasion de la sortie d'hospitalisation, ou pour tout événement intercurrent à risque de iatrogénie et de polyprescription.

Cette conciliation pourrait être réalisée de manière dématérialisée et sécurisée à l'initiative de tout médecin ayant à prendre en charge le patient, ou de son pharmacien référent.

Compte tenu de l'impossibilité matérielle d'obtenir une présence simultanée de tous les prescripteurs, cette consultation prendrait vraisemblablement la forme d'une consultation en ligne asynchrone. Il pourrait revenir aux partenaires conventionnels d'adapter la tarification de la télémédecine ou de créer un nouvel acte afin de rendre incitative cette pratique indispensable à une bonne coordination des prises en charges.

Annexe 4 : Développer l'accompagnement thérapeutique

Quels enjeux ?

La vie avec une maladie chronique n'est pas restreinte au traitement pharmacologique. Il s'agit également de s'adapter aux conséquences que la pathologie entraîne au quotidien sur les plans personnel, familial, professionnel, social... Les patients acquièrent ainsi au fil du temps une grande connaissance de leur maladie et de ses implications. Cette connaissance permet un engagement personnel optimal du patient qui contribue au succès de la thérapeutique et à une meilleure adhérence au traitement, notamment par l'utilisation de toutes les interventions non médicamenteuses. Il en est ainsi de l'exercice physique, de l'accompagnement diététique, du soutien psychologique et d'un accompagnement dans la prise en charge des addictions. Ces accompagnements peuvent également s'inscrire dans des environnements numériques adaptés aux difficultés de déplacement de certains usagers. Il est démontré que toutes ces interventions non médicamenteuses contribuent à l'efficacité de la prise en charge¹.

Développer l'ETP en ambulatoire

Dans les faits, l'ETP est considérée comme insuffisamment développée en France.

Le développement de l'offre d'éducation thérapeutique *via* les ARS était constaté comme déséquilibré par plusieurs rapports dont le rapport IGAS de 2015² ainsi que l'avis du HCSP de 2015³.

Dans ce dernier, le HCSP recensait 3950 programmes d'ETP en 2014 autorisés par les ARS, la majeure partie étant réalisés à l'hôpital (69,5 % dans des structures de court séjour), 12 % en services de SSR, 3,3 % dans les réseaux de santé. 3,9 % des programmes étaient réalisés en maisons de santé, cabinets libéraux ou centres de santé.

L'ETP est ainsi surtout réalisée à l'hôpital où le contexte pluridisciplinaire est plus favorable mais où ne se trouve qu'une partie très marginale des malades chroniques. Pour l'assurance maladie, l'action menée n'est pas à la hauteur des besoins qui concernent en 2015 environ 15 millions de personnes atteintes de pathologies chroniques⁴.

L'éducation thérapeutique en ambulatoire, porteuse d'un fort potentiel, reste à ce jour un domaine en devenir qui fait néanmoins l'objet de plusieurs expériences innovantes. Il s'agit notamment de démarches visant à intervenir au stade de la formation initiale des professionnels de santé comme le programme PEP 13 de formation des internes de médecine générale par des patients enseignants⁵.

¹ Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées HAS. Rapport d'orientation -RECOMMANDATION EN SANTÉ PUBLIQUE - Mis en ligne le 01 juin 2011.

² Lopez A, Compagnon C. Pertinence et efficacité des outils de politique publique visant à améliorer l'observance, Paris : Igas ; 2015 98 p.

³ Avis relatif à la mise en oeuvre de l'éducation thérapeutique du patient depuis la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 . Paris :HCSP, 2015. 3p.

⁴ Saout C, avec le soutien de Voiturier J. Cap Santé ! Rapport en vue du cahier des charges des expérimentations des projets d'accompagnement à l'autonomie prévues par le projet de loi de modernisation de notre système de santé ; 2015.

⁵<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/bonnes-pratiques-en-region/ile-de-france/article/des-patients-enseignants-au-sein-de-l-universite-paris-13-pep13>
<https://poletp.fr/jeudi-18-avril-2019-remise-du-prix-droit-des-usagers/>



Ce type de programme pourrait se développer dans les 22 facultés de médecine mais également être étendu à la formation interprofessionnelle.

Par ailleurs, les interventions visant à développer les compétences et les pratiques pour faciliter l'accompagnement thérapeutique du patient portent également sur les médecins libéraux en exercice, généralistes comme des autres spécialités.

C'est ce qu'illustre notamment le partenariat URPS-ARS en Ile de France pour l'expérimentation du développement de l'accompagnement thérapeutique de proximité en médecine libérale⁶. L'opérateur de cette expérimentation est le pôle ressource en éducation thérapeutique, structure associative financée par l'ARS et intervenant en soutien aux acteurs souhaitant développer au plus près des patients et des populations les pratiques et démarches d'éducation thérapeutiques⁷.

Les CPTS pourraient contribuer fortement à l'essor de l'ETP en ambulatoire, du fait de leur ancrage territorial. Ces évolutions ne sauraient se faire sans une collaboration équilibrée avec les associations de patients et les acteurs du soin communautaire, sociaux et médico-sociaux.

Etablir un cahier des charges précisant les actions d'accompagnement thérapeutique et la formation des intervenants

De fait la Loi HPST en précisait les contours et la place dans le cadre de son titre VI.

Cependant si à ce jour si l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) a bénéficié de plusieurs décrets en 2010, 2013 et 2015 relatifs aux conditions d'autorisation des programmes, aux personnes habilitées pour les coordonner, à la formation des intervenants, ou encore aux financements, les actions d'accompagnement ne disposent pas de cadre précis réglementaire.

La Loi HPST, dans son titre VI, a inscrit les actions d'accompagnement dans le code de la santé publique. « *Les actions d'accompagnement font partie de l'éducation thérapeutique. Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie. Elles sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé.* » (Article L1161-3).

La complexité réglementaire de l'ETP aujourd'hui cantonnée dans le cadre des programmes autorisés par les ARS et quasi totalement hospitaliers, voire en hôpital de jour (notamment pour le diabète), explique pour partie que si peu de patients profitent aujourd'hui d'un programme d'éducation thérapeutique (moins de 15 % par exemple pour l'insuffisance cardiaque).

Néanmoins, il est nécessaire que l'arrêté relatif à l'accompagnement soit établi afin de définir un cahier des charges qui précise les actions et la formation des intervenants pour en assurer la qualité.

Il revient assez naturellement à la HAS de produire le contenu de ce cahier des charges qui devrait être proposé par la DGOS puis soumis au processus habituel de valorisation auprès des instances conventionnelles UNCAM/UNSP/UNOCAM/UNASS.

Ce cahier des charges aurait vocation à préciser :

- Les pathologies concernées ainsi que leur grade d'évolution

⁶ <https://www.urps-med-idf.org/prevention-accompagnement-therapeutique-patient/>

⁷ Voir la présentation en ligne accessible en suivant le lien suivant : <https://youtu.be/OANcWJNhSn8>.

- 
- La typologie des actions (formation à la pathologie, aide technique à l'utilisation des dispositifs médicaux (DM) non concernés par l'article L 1161-4, diététique, soutien psychologique, tabacologie, activité physique, accompagnement par les pairs...)
 - La formation des intervenants (durée, qualification, évaluation)
 - Le financement
 - L'évaluation

Annexe 5 : Synthèse des auditions réalisées par le HCAAM

Méthodologie :

Au cours de la période 2018/2019, plus d'une quarantaine d'auditions ont été réalisées par le HCAAM auprès des représentations institutionnelles et professionnelles médicales tant de premier que de second recours (liste à la fin de l'annexe).

L'objectif de ces auditions était :

1. De recueillir l'expression des attentes, des besoins et du ressenti concernant l'organisation actuelle de la médecine spécialisée dite de recours, tant de la part des représentants des spécialités elles-mêmes que de leurs interlocuteurs, médecins spécialistes de soins primaires, établissements hospitaliers et régulateurs, quels que soient les modes d'organisation, libérales salariées ou hospitalières
2. De tester un certain nombre de modèles d'organisation à l'image de certaines expériences en France ou de certains modèles étrangers.

Tous les entretiens étaient dirigés à l'aide d'un questionnaire standardisé identique. Les entretiens ont porté sur l'état des lieux, les attentes et les besoins, des propositions de différents modes d'organisations actuelles ou futures. Les entretiens étaient complétés par un questionnement sur les innovations en termes d'organisation, de recours à des personnels non médicaux comme les IPA et les emplois aidés, et en termes technologiques, télémédecine et intelligence artificielle.

Les spécialités chirurgicales de même que les activités strictement *intra* hospitalières n'ont pas fait l'objet de ces entretiens. De même la psychiatrie et l'organisation de la santé mentale feront l'objet d'un travail spécifique.

Liste des auditions effectuées :

La plupart ont été réalisées en présentiel mais certaines l'ont été par téléphone pour des raisons d'emploi du temps ou d'éloignement, d'autres ont fait l'objet d'une présentation au cours de séminaires du HCAAM.

- Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) de la région Centre Val de Loire : R. Rogez (Président, neurologue), JM. Mace (géographe au Conservatoire National des Arts et Métiers), M. Rouzaud (URPS), C. Dabir (psychiatre), O. Fourdant (gastrologue), P. Bidot MG (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé du Giénois) ;
- Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF)-Union Nationale des Omnipraticiens Français (UNOF) "Les généralistes" : L. Duquesnel (Président) ;
- Fédération Française des Médecins Généralistes (MG France) : J. Battistoni (président), M. Bayart (Vice-présidente) ;
- Fédération des CPTS : C. Leicher (Président) ;
- Fédération Française des Maisons et Pôles de santé (FFMPS) : P. Gendry (Président), D. Ménard, P. de Haas ;
- Syndicat des Médecins Libéraux (SML) : P. Versmesch (Président) ;
- Fédération des Médecins de France (FMF) : JP Hamon (Président) ;
- Union National des Médecins Spécialistes Confédérés (UMEPSE) : P. Gasser (Président), F. Fossati (Vice-président) ;
- Fédération des Spécialités Médicales (FSM) : O. Goéau-Brissonière, F. Devulde, P.Orce, E. Perchicot, JL DeHaen, B. Dureuil, V.Leborgne (bureau de la FSM) ;
- Pneumologie : B. Stachs (président du Syndicat National de l'Appareil Respiratoire et membre du CNP), D. Valeyre (Président de la Fédération Française de Pneumologie) ;
- Ophtalmologie : T. Bour (président du Syndicat National des Ophatlmologistes de France);
- Point-Vision : F. Pelen (Président directeur général) ;
- Biologistes médicaux : JL Pons (président du CNP, pharmacien) ;
- Cardiologie : JP Binon (président de la Syndication National des Spécialistes des Maladies du Cœur et des Vaisseaux), JB Caillard (président de l'URPS de la région Pays de Loire) ;
- Radiologie : JP Masson (Président de la Fédération Nationale des Médecins Radiologues, membre du conseil professionnel de la radiologie Française - G4) ;
- Hépto-gastro-entérologues : Franck Devulder (Président du Syndicat National des Médecins Français Spécialistes de l'Appareil Digestif) ;
- Neurologie : Al Jaeger (Président du Syndicat des neurologues libéraux), R. Rogez (président de l'URPS Centre Val de Loire) ;
- Dermatologie : L. Sulimovic (Président du Syndicat National des Dermatologues-Vénérologues) ;
- Stomatologie/chirurgie Orale : P. Vermersch (Président du syndicat) ;
- Anesthésie-Réanimation : C-M. Arnault (Président du Syndicat National des Anesthésistes Réanimateurs de France) ;

- 
- Pédiatrie : C. Virey ;
 - ORL : J-M Klein (ancien président du syndicat national des ORL- président de la Commission Scientifique Indépendantes des médecins à l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu) ;
 - Endocrinologie /diabétologie : C. Colas ;
 - Cancérologie : P. Fumoleau (directeur, Institut Curie), A. Liwartovski (Institut Curie), F. Denys (Moovcare) ;
 - Intersyndicale Nationale des Internes (ISNI) : JB Bonnet (Président), M. Bacquet ;
 - Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de MONTPELLIER : T. Le Iudec (Directeur général et directeur du Groupement Hospitalier de Territoire de l'Ouest de l'Hérault) ;
 - Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de Cornouaille : T. Couturier (Président), JR Pautonnier, P. Hutin (Président de la Commission Médicale d'Etablissement du Centre Hospitalier de Cornouaille) ;
 - Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) : P. Jourdain (Conseiller médical) ;
 - Personnalité qualifiée : JM Chabot (Hôpital européen Georges Pompidou) ;
 - RAMSAY-GDS : J-M. Coursier (Directeur médical) ;
 - GROUPE COURLANCY-REIMS : F. Devulder (Directeur médical, membre du comité de direction) ;
 - Groupe ELSAN : B. Elboode (Directeur de la stratégie médicale).

Neurologie

Particularités de la spécialité :

La spécialité est peu importante numériquement et le tropisme pour exercer dans ou auprès des grands centres hospitaliers régionaux est fort.

Les zones de non couverture sont d'autant plus importantes que les activités tendent à une spécialisation trop importante au dire des responsables professionnels : SEP, AVC, électromyogramme, troubles neurodégénératifs, parkinson sommeil, épilepsie... D'où une grande difficulté pour les patients et les soins primaires à trouver une expertise proche et accessible. Il faut noter néanmoins que cette surspécialisation est plutôt hospitalière, les neurologues libéraux ayant une compétence plus « généraliste » et paraclinique (électromyogrammes).

Les responsables de la profession regrettent cette surspécialisation entraînant des demandes d'expertises spécifiques nuisant à un exercice clinique plus proche des demandes des patients et des correspondants de soins primaires.

Modèles organisationnels :

La dispersion hors les grandes villes de CHU des neurologues, les conduit à réfléchir à un mode d'organisation en réseau « d'équipes de neurologues » à disposition des ESP ou des CPTS sur de larges territoires.

L'enjeu de santé publique prioritaire des neurologues hospitaliers a été la mise en place des unités neuro-vasculaires (UNV) dont la quasi-totalité aurait été attribuée à des centres publics. Le corollaire à cette organisation (qui ne couvre actuellement que la moitié du territoire hexagonal⁸) a été la diffusion du télé-AVC⁹. Les limites de ce protocole sont : la couverture territoriale, la distance par rapport à l'unité neuro-vasculaire et les ressources locales en imageries en coupe. Mais la principale limite, comme dans l'infarctus, est l'information des usagers et des professionnels à la fois sur le mode et l'urgence de recours.

Collaborations interprofessionnelles :

Les neurologues sont très dépendants des radiologues (hormis pour la neuroradiologie interventionnelle dans les UNV et services de neurologie), alors que dans d'autres pays les neurologues maîtrisent leur imagerie.

Il existe un transfert de compétences vers les médecins généralistes comme par exemple pour la prise en charge de l'épilepsie. En effet, du fait de l'abandon de l'électro-encéphalogramme comme méthode diagnostique de référence, le suivi de l'épilepsie dans la majorité des cas ne requiert plus une expertise neurologique spécifique. Toutefois, le diagnostic reposant majoritairement sur la vision de la crise et sa confrontation avec l'EEG per-critique dans les cas litigieux, il convient de développer un accès plus important à la vidéo-EEG *intra* hospitalière qui est l'examen de référence pour assurer le diagnostic positif de la crise.

⁸ Voir <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1010.pdf>.

⁹ Réalisation en urgence d'un scanner encéphalique dans un centre sans neurologue avec transfert et lecture en urgence dans l'UNV par un neuroradiologue avant décision de transfert éventuel du patient pour une prise en charge immédiate.



Nouvelles technologies :

La neurologie est une très bonne indication d'un suivi conjoint à distance par téléconsultation de bon nombre de patients, notamment dans le cadre de l'épilepsie.

Il n'existe pas à ce jour de programme de télésurveillance.

De nombreux objets connectés sont en cours de développement.



Néphrologie

Que ce soit en libéral ou en exercice salarié, l'essentiel de l'activité de néphrologie est lié à l'activité d'hémodialyse ou de dépistage et de prise en charge de l'insuffisance rénale préterminale, ainsi que du suivi des patients greffés. L'hémodialyse est réalisée selon différents protocoles : en centre pour les personnes les plus fragiles et sous contrôle permanent d'un néphrologue sur site ; en centre d'auto-dialyse assistée par des IDE pour les patients autonomes ou à domicile notamment pour la dialyse péritonéale. L'indication et la réalisation des greffes rénales est un sujet de préoccupation de santé publique du fait d'une grande variabilité régionale.

Nouvelles technologies

La néphrologie est une spécialité innovante en matière d'organisation, notamment pour le dépistage et la prise en charge à distance de l'insuffisance rénale par télé médecine.

- **Téléconsultations, télé-expertise, télésurveillance :**

Le suivi des patients greffés se prête très bien à un suivi à distance par téléconsultation ou télésurveillance (cf. infra). Dans le cadre de l'insuffisance rénale, il s'agit alors plus opportunément de télé-expertise que de téléconsultation, hormis en situation de télé dialyse. Dans un cas comme dans l'autre, le partage électronique des informations du dossier médical est indispensable.

L'objectif est alors de dépister les patients à risque d'évoluer vers une insuffisance chronique ou d'aggraver une insuffisance chronique existante. Cela a fait l'objet de nombreuses publications à l'étranger (Kaiser) ou en France, avec plus ou moins de succès.

Plus récemment la télésurveillance des patients en insuffisance rénale grave ou déjà greffés fait l'objet d'une prise en charge par la collectivité dans le cadre du programme Étapes.

- **Télé dialyse :**

La néphrologie est l'une des toutes premières spécialités à avoir organisé une prise en charge à distance dans des centres de télé-dialyse sans néphrologue, mais avec la présence d'un médecin (urgentiste le plus souvent), en relation permanente avec le centre de dialyse référent. Cette technologie a fait l'objet d'une recommandation et d'une évaluation de la part de la HAS¹⁰ dans le cadre d'une évaluation médico-économique globale de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique¹¹.

¹⁰ Les conditions de mise en œuvre de la télé médecine en unité de dialyse médicalisée Recommandations en santé publique HAS - Mis en ligne le 21 janv. 2010

¹¹ Évaluation médico-économique des stratégies de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale en France. Recommandations en santé publique HAS - Mis en ligne le 19 nov. 2014.

Biologie médicale

Particularités de la spécialité :

Les biologistes médicaux ont un diplôme ouvert à un double cursus initial : médecins et pharmaciens. Ils dépendent de leur conseil de l'ordre respectif, mais ont un CNP et des URPS uniques et différentes de ceux des deux autres professions. Pour autant ils sont adhérents à la Fédération des Spécialités Médicales.

La profession revendique d'être considérée comme une profession de « savoir » et non comme une profession purement technique et par conséquent de s'intégrer pleinement dans l'espace des soins primaires. Cette forte revendication s'accompagne d'une volonté de différencier l'acte technique de l'acte intellectuel (clinique) à l'instar des radiologues ou des pharmaciens.

Collaborations interprofessionnelles :

Le travail des biologistes médicaux est par construction pluri-professionnel avec comme point de départ des prélèvements à domicile, à leur cabinet ou au laboratoire par des IDE libérales ou salariées puis une activité technique de laboratoire associant biologistes et techniciens.

Les prélèvements peuvent aussi être réalisés au sein des MSP par des IDE libérales ayant contractualisé avec un biologiste-médical (et non avec un laboratoire d'analyses) au choix des prescripteurs la MSP.

Modèles organisationnels :

La loi de 2013 a conduit à des regroupements quasi industriels massifs, certains pouvant atteindre plusieurs centaines de laboratoires, motivés par¹² :

- La recherche de gains de productivité et de mutualisation des coûts pour limiter les effets de la diminution des tarifs ;
- La recherche d'une masse critique suffisante pour absorber les coûts induits par l'accréditation obligatoire¹³ ;
- La mise en place de stratégies financières de grands groupes ;
- La possibilité ouverte par la loi pour un laboratoire d'être implanté sur un ou plusieurs sites : le verrou du nombre de sites est aujourd'hui ouvert¹⁴, alors qu'il était auparavant limité à 5.

La réforme eu a pour effet un regroupement des sociétés par fusion mais non une diminution du nombre d'établissements. Le laboratoire s'organise ainsi autour d'un site-plateau technique et de sites périphériques (activités pré-analytiques et post-analytiques) avec un biologiste responsable ou des biologistes coresponsables (pour les laboratoires exploités par des sociétés).

¹² Voir « rapport sur la mise en application de la loi n° 2013-442 du 30 mai 2013 portant réforme de la biologie médicale » de MM. Jean-Louis TOURAINE et Arnaud ROBINET, Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale.

¹³ L'accréditation des laboratoires de biologie médicale est obligatoire depuis l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010. Elle porte sur les trois phases de l'examen de biologie médicale : pré-analytique, analytique et post-analytique (article L. 6221-1, I du CSP).

¹⁴ Voir article L. 6212-1 du code de la santé publique.



L'article L. 6222-5 du CSP impose à un laboratoire de biologie médicale (LBM) de détenir l'entièreté de ses sites sur un maximum de trois territoires de santé limitrophes, lesquels sont préalablement définis par l'ARS comme des zones infrarégionales incluses dans sa région de compétence. Ainsi, un groupe composé de plusieurs LBM (chaque SEL représentant un laboratoire) doit respecter cette règle pour chacun de ses laboratoires sauf dérogation accordée par le directeur général de l'ARS. Ainsi, les sites pré/post-analytiques ne peuvent être très éloignés du plateau technique dont ils dépendent, sauf à comptabiliser cette activité comme entrant dans la proportion limitée de sous-traitance autorisée (fixée à 15 % des actes réalisés par le laboratoire de biologie médicale)¹⁵.

La législation prévoit par ailleurs des contrats de coopération permettant de mutualiser, dans des conditions bien différentes de la sous-traitance, un plateau technique entre deux LBM. Toutefois, les conditions de ces contrats sont aussi très restrictives et ne permettent pas de réduire efficacement les coûts induits par cette règle d'implantation des laboratoires¹⁶.

La responsabilité territoriale de la biologie médicale est imposée par un régime d'autorisation des ARS. Il est imposé « *aux laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité* » (b du 2° de l'article L. 1434-9 du CSP). Ces règles de territorialité comprennent notamment des règles relatives à l'acquisition de droits sociaux d'un laboratoire de biologie médicale ou à la fusion entre laboratoires de biologie médicale. Ainsi, le directeur général d'une ARS peut s'opposer à de telles opérations, lorsque « *la part réalisée par le laboratoire issu d'une acquisition ou d'une fusion dépasse le seuil de 25 % du total des examens de biologie médicale réalisés* » sur la zone infrarégionale définie préalablement par l'ARS (article L. 222-3 du CSP). Enfin, l'article L. 6223-4 du CSP interdit l'acquisition, par une personne physique ou morale, de droits sociaux de sociétés exploitant un laboratoire de biologie médicale « *lorsque cette acquisition aurait pour effet de permettre à une personne de contrôler, directement ou indirectement, sur une même zone [...], une proportion de l'offre de biologie médicale supérieure à 33 % du total des examens de biologie médicale réalisés* »¹⁷.

Freins et dangers pour la profession :

- Industrialisation et structure capitalistique des investisseurs actuellement partiellement limitées en théorie par la loi de 2013 ;
- Non accès aux tests de 2^{ème} génération (marqueurs cellulaires) du fait d'une exclusivité réservée aux plateformes de cancérologies hospitalières habilitées par l'INCA ;
- Non accès aux tests génétiques qui nécessitent une autorisation du patient et une consultation d'un généticien, qui de fait se pratiquent dans un cadre exclusivement hospitalier requérant des compétences et des autorisations spécifiques ;
- Menaces potentielles en cas d'essor important du matériel d'analyses biologiques utilisant des méthodes numériques miniaturisées ou des tests rapides auprès de différents acteurs de soins, voire même des patients¹⁸.

¹⁵ Avis de l'Autorité de la concurrence n° 19-A-08 du 4 avril 2019 relatif aux secteurs de la distribution du médicament en ville et de la biologie médicale privée

¹⁶ *Op. cit.*

¹⁷ *Op. cit.*

¹⁸ *Cf.* le contre-exemple de Thérano aux USA.



Nouvelles technologies :

La mise à disposition des résultats d'analyses de biologie médicale est largement répandue par les biologistes médicaux tant à destination des prescripteurs que des patients que ce soit par l'intermédiaire de serveurs dédiés hébergés dans le cadre HDS ou par messagerie sécurisée.



Radiologie

Particularités de la spécialité :

La profession est très attachée à préserver l'exclusivité qu'elle a de l'imagerie, exception faite de l'échographie qui est pratiquée par d'autres professionnels également¹⁹.

Modèles organisationnels :

En radiologie, de nombreux cabinets de radiologie sont contraints à la fermeture (140 fermetures en 5 ans), *sous l'effet de* la désertification médicale. Dans ce contexte, l'exercice multi-site se développe dans une optique de maillage du territoire. Hors zones urbaines importantes, cette organisation est généralement réalisée à l'échelle *infra* départementale ou départementale (selon la taille et la démographie du département).

Les principaux moteurs de la restructuration des organisations des radiologues sont :

- Le régime des autorisations qui sont le plus souvent attribuées à des hôpitaux publics ou des structures proches d'établissements hospitaliers privés, voire aux établissements privés ;
- Le coût du matériel et de son entretien ;
- Les frais de personnel (manipulateurs, secrétariat) ;
- Les problèmes de recrutement de nouveaux associés ;
- En centre urbain, la concurrence.

Ces différents facteurs ont conduit à d'importants regroupements *intra* libéral, *inter* hospitalier ou mixte dans le cadre de GCS et à la création d'organisations mixtes publiques/privées à travers des GIE voire des GCS. Ces dernières initiatives sont toutefois limitées en raison des différences de statuts entre les libéraux et les PH, qui rendent difficile une collaboration plus étroite²⁰.

Les radiologues ont peu d'intérêts à s'associer à des regroupements pluridisciplinaires des autres spécialités et ne voient aucun intérêt à constituer des plateaux techniques lourds (comme les MVZ en Allemagne) qui entreraient en concurrence directe avec les structures accolées aux établissements hospitaliers publics ou privés.

Les installations d'imagerie en coupe sont souvent à proximité immédiate des établissements de santé (notamment privés).

Il en est de même des activités de radiologie interventionnelle qui sont le plus souvent à proximité des blocs opératoires afin de bénéficier des services associés (anesthésistes-réanimateurs et salle de réveil).

- Consultations avancées :

Il n'existe pas de consultations avancées de radiologie en France. En effet, l'installation d'une table de radio nécessite la présence d'un médecin et d'un manipulateur radio²¹. Néanmoins il existe une demande de certaines MSP.

¹⁹ Par certaines spécialités (cardiologie, médecine vasculaire, hépato gastro-entérologie, médecine physique, échographie fœtale) mais surtout par la médecine générale.

²⁰ En dehors de l'activité libérale privée autorisée des PH.

²¹ Excepté la télé radiologie dans les établissements publics notamment pour les services d'urgences réalisée par le médecin urgentiste aidé d'un manipulateur.



Coopérations interprofessionnelles :

Les radiologues sont bien sûr des correspondants réguliers des autres acteurs de soins primaires ou de recours. Les relations interdisciplinaires sont anciennes et bien établies au moins pour ce qui concerne la radiologie traditionnelle ou en coupe. La communication entre praticiens s'est trouvée encore améliorée avec la diffusion des PACS (*cf. infra*) qui permettent aussi bien aux patients qu'aux médecins les prenant en charge d'avoir accès aux images et aux compte-rendus par un simple accès internet au serveur²².

Dans les centres de cancérologie, les radiologues participent toujours aux RCP.

Il existe un point de tension sur l'échographie avec la médecine générale qui la pratique de plus en plus, certains praticiens s'en faisant même une spécialité dans les MSP - leur formation (DU, DIU, DPC) n'est jamais assurée par des radiologues.

Concernant les emplois aidés et les délégations de tâches, les radiologues ont été précurseurs avec les manipulateurs d'électroradiologie dont les compétences sont de fait en train d'être étendues à la pratique de l'échographie (hors urgence, échographie fœtale et échocardiographie).

Nouvelles Technologies :

La radiologie est par essence une spécialité innovante en matière technologique.

- **Les PACS :**

Depuis plusieurs années, l'apparition de la numérisation des images a permis de regrouper les données dans des gros centres serveurs communs à un grand nombre d'utilisateurs : les *Picture archiving and communication systems* (PACS).

Ces serveurs permettent d'archiver les données, d'en gérer le stockage et la mise à disposition dans le réseau des utilisateurs. Ils sont financés par les équipes de radiologues ou les établissements hospitaliers publics. Ils ont fait l'objet d'une aide financière à l'archivage durant les premières années par l'Assurance Maladie.

Il n'y a pas un PACS unique en France mais de multiples, y compris au sein de mêmes régions, non interopérables entre eux²³ malgré plusieurs tentatives, notamment pour des raisons financières.

- **Téléradiologie :**

L'importance du développement de la télé radiologie a justifié l'édiction d'une charte de la télé radiologie à l'initiative du CNP des radiologues. Mais la FNMR est attachée au principe suivant : aucun centre sans radiologue. Ce principe est en fait battu en brèche dans les petits hôpitaux publics dont 90% fonctionnent sans radiologues mais avec des urgentistes et des manipulateurs radio. Ces structures font alors appel à des centres de lecture dont le statut est très variable, depuis un service de radiologie de référence, voire de neuroradiologie dans le cadre du télé-AVC jusqu'à des structures commerciales prestataires. La réglementation administrative impose que cette lecture soit réalisée par un radiologue autorisé à exercer en France et inscrit au Conseil de l'Ordre en France.

²² Moyennant la fourniture d'un *login* et d'un *password* remis à chaque examen.

²³ Bien qu'une norme technique internationale et interopérable existe.



- **Télé-expertise :**

Peu d'applications, si ce n'est la double lecture (mammographie) qui peut être assimilée à une télé-expertise.

Aucun programme de télésurveillance.

- **IA :**

De très importants développements industriels d'analyse des images sont en cours notamment dans le domaine de la cancérologie.

La radiologie libérale contribue à cette innovation par la mise en place d'une association nationale DRIM dont l'objectif est de mettre à disposition des promoteurs d'études les bases de données d'images contenues dans les PACS des radiologues libéraux.

Dans l'état actuel de cette technologie, les radiologues considèrent plus ces systèmes comme des aides aux diagnostics que comme une concurrence réelle.

Une question se pose sur le plan organisationnel : à terme, ces systèmes d'IA seront-ils inclus comme un prolongement de la machine d'imagerie ou seront-ce des prestations externalisées à des sociétés de services ?

Ophtalmologie

Particularités de la spécialité :

La spécialité est sous tension, sous l'effet conjugué d'une demande croissante du fait du vieillissement de la population et d'une démographie professionnelle déclinante, situation aboutissant à la constitution de délais de rendez-vous extrêmement importants et de ruptures de prise en charge pour certaines pathologies (rétinopathie diabétique notamment).

Modèles organisationnels :

Les ophtalmologues exercent de plus en plus souvent en multi sites : hôpitaux publics et privés (ESPIC), établissements privés à but lucratif, cabinets de groupes, centres de santé, cabinets secondaires et parfois MSP.

Cette activité multisite est rendue nécessaire à la fois par la demande et par la structure de l'activité chirurgicale en établissements, plateaux techniques d'investigation, traitement par laser...

L'exercice est le plus souvent regroupé soit en cabinet de groupe²⁴ soit en structure importante régionale²⁵.

Pour augmenter l'accès aux soins en secteur 1 et diminuer les délais d'attente se développent également depuis quelques années des modèles organisationnels d'un type nouveau, comme le groupe *Point Vision*^{®26}.

Développement de la chirurgie de la cataracte au sein du Centre Ambulatoire de la Cataracte du CH Bourges

Le Centre Ambulatoire de la Cataracte du CH Bourges a ouvert en octobre 2015.

Il s'agit d'une structure en circuit court²⁷. Les patients qui peuvent en bénéficier sont triés en amont par un questionnaire ors de la consultation préopératoire. Une particularité est qu'il n'y a pas de *monitoring* anesthésique durant l'intervention²⁸.

²⁴ Deux tiers des ophtalmologistes qui exercent en cabinet le font dans le cadre d'un exercice de groupe (cf. annexe 1).

²⁵ C'est le cas par exemple du groupe Ophtalliance[®] dans la région nantaise qui associe 37 médecins dont un neurologue, sur 11 sites en Loire Atlantique et Vendée et 3 établissements hospitaliers public, mutualiste et privé. C'est le cas également du cabinet d'ophtalmologie des Flandres constitué de 22 ophtalmos (11 chirurgiens, 11 médecins), sur 3 sites de consultations, 2 sites de chirurgie (Ambroise Paré, hôpital Hazebrouck par l'intermédiaire d'un GCS), 1 site de chirurgie réfractive. Cela regroupe en tout 60 salariés.

²⁶ *Point Vision*[®] est une organisation capitalistique (SA, SEL et SELARL) créée en 2011 et disposant aujourd'hui de 32 centres sur le territoire. Chaque centre est autonome sous forme de SEL ou SELARD. Le modèle repose sur une collaboration étroite entre orthoptistes et ophtalmologues sur site (et peut être à distance en téléconsultation). Les médecins peuvent être associés, installés, vacataires, salariés ou remplaçants. Les orthoptistes sont salariés et peuvent réaliser des actes (rééducation, campimétrie) dans le cadre de leur décret de compétences.

²⁷ "Le patient se gare sur le parking, il met un pied dans la structure, il est quasiment déjà dans le bloc", intervention de M. Bigoteau lors du Séminaire Ressources Humaines et Territoires organisé par le HCAAM le 2 octobre 2019.

²⁸ C'est à dire qu'il n'y a ni scope, ni perfusion. Par ailleurs, le patient n'est pas à jeun.



Le personnel paramédical qui travaille dans cette structure est spécifique et dédié à celle-ci. Les consultations pré opératoires ont été réorganisées et optimisées, notamment en embauchant des orthoptistes afin d'aider à la consultation médicale des ophtalmologistes.

Ce centre a fait l'objet d'une étude de sécurité qui a montré qu'il n'y avait pas plus de complications pré et post opératoires.

A partir de 2015, le taux de recours à la chirurgie de la cataracte (standardisé sur l'âge) du département du Cher est venu rattraper et dépasser le taux national et régional, faisant du Cher le 9^{ième} département ayant le taux le plus important, et ce malgré une densité d'ophtalmologistes le classant en 95^{ème} position sur les 109 départements.

Collaborations interprofessionnelles :

L'ophtalmologie offre un cas exemplaire de modification des organisations professionnelles pour répondre à une demande croissante que la spécialité ne pouvait satisfaire, situation aboutissant à la constitution de délais de rendez-vous extrêmement importants et de ruptures de prise en charge pour certaines pathologies (rétinopathie diabétique).

Les instances représentatives de cette profession ont conduit un accompagnement du changement des pratiques reposant principalement sur le développement massif des emplois aidés dans les cabinets libéraux, à démographie des ophtalmologues quasi constante.

Alors qu'en 2000 à peine 2 % des ophtalmologues travaillaient avec un collaborateur non administratif, c'est le cas de 60 % d'entre eux en 2018.

Ces collaborateurs non administratifs sont des orthoptistes salariés (35 % des cas), des orthoptistes libéraux (17 % des cas), des infirmières IDE (12 % des cas), des assistants (6 % des cas)²⁹.

Ce mouvement a été rendu possible par :

- La mise en place de protocoles de coopération avec des orthoptistes pour les bilans visuels ou des infirmières pour le dépistage des rétinopathies diabétiques. Ces protocoles d'abord expérimentaux dans le cadre de l'article 51 de la Loi HPST de 2009 sont rentrés dans le domaine courant par la signature de protocole conventionnel entre le syndicat national des ophtalmologues et l'Assurance maladie
- L'augmentation sensible des effectifs d'orthoptistes formés (+ 300% par an).

L'essor des emplois aidés a permis d'accroître l'offre de soins : depuis 2017, l'activité moyenne en actes des ophtalmologues évolue plus vite que la demande (estimée à +500 000 patients par an).

Par ailleurs la baisse du nombre d'ophtalmologues a été enrayée à la fois par l'apport de médecins à diplômes étrangers (+ 50 par an) et la poursuite du travail par les retraités (près d'un millier depuis 2015).

²⁹ Source : SNOF.



Télémédecine

A ce jour, la pratique de la téléconsultation en ophtalmologie semble se résumer à une interprétation de résultats d'explorations fonctionnelles (rétinographie, ou bilan de réfraction) faites à distance par des orthoptistes ou des IDE (fonds d'œil). Cette pratique a fait l'objet initialement d'un protocole 51 (dit « protocole Muren ») et d'une tarification spécifique par l'Assurance Maladie, tant pour l'orthoptiste réalisant l'acte que pour l'ophtalmologue l'interprétant.

Il n'est pas exclu que dans un avenir proche, un certain nombre d'examens puissent être réalisés à distance par l'ophtalmologue avec l'assistance locale d'un professionnel paramédical.

Cardiologie

Particularités de la spécialité :

La cardiologie se caractérise par l'autonomie de la profession pour réaliser les explorations complémentaires et l'imagerie fonctionnelles ou invasives aussi bien que les activités thérapeutiques interventionnelles (hors la chirurgie cardiaque).

Cette spécificité a permis à la profession de s'organiser et de se structurer de manière importante en véritables réseaux de prises en charge, au premier rang desquels la filière syndrome coronarien aigu (SCA)³⁰ ou la filière insuffisance cardiaque qui consiste en des réseaux d'éducation thérapeutique ayant une quasi exclusivité hospitalière publique.

Modèles organisationnels :

En ambulatoire, l'exercice de la cardiologie se fait le plus souvent au sein de cabinets de groupe mono disciplinaires dans un objectif de partage de matériel d'explorations fonctionnelles et de recrutement en vue d'activités interventionnelles.

Les regroupements se font la plupart du temps sur des sites uniques très souvent accolés ou dépendants d'établissements privés réalisant l'activité interventionnelle voire chirurgicale³¹. La proximité avec les CHU ou les gros établissements privés notamment pour y pratiquer des activités de cardiologie interventionnelle coronarienne ou rythmologique est particulièrement recherchée par les jeunes cardiologues.

Il existe par ailleurs une offre de consultations externes hospitalières importantes, souvent assurées par des libéraux ayant une activité hospitalière à temps partiel. Ces praticiens peuvent d'ailleurs réaliser des consultations avancées dans des hôpitaux périphériques des centres hospitaliers cardiologiques, parfois même dans des MSP³².

Les projets émanant de centres interventionnels (publics ou privés)³³ visant à mailler le territoire sont nombreux³⁴. Ils prennent la forme de regroupements à distance : plusieurs équipes de territoires différents peu concurrentielles regroupent leurs moyens interventionnels et d'hospitalisation³⁵. Ils constituent une réponse populationnelle à un besoin de prise en charge aigüe, souvent arbitré par le SAMU.

³⁰ Cette filière consiste : à recourir au 15 et viser à la phase aigüe un délai maximum d'intervention de 90 minutes entre le premier contact médical et la désobstruction artérielle (dit "délai *door to balloon*") ; puis à bénéficier d'une rééducation en SSR et d'une réhabilitation en ambulatoire et enfin à recevoir un accompagnement thérapeutique en phase 3 conformément aux recommandations des sociétés savantes et de la HAS.

³¹ Le centre cardiologique du Nord à Saint-Denis, la clinique Pasteur à Toulouse, l'hôpital Jacques Cartier à Massy en sont trois exemples parmi de nombreux autres.

³² Comme c'est le cas à Saint-Pourçain.

³³ En France à peu près la moitié de l'activité interventionnelle est réalisée par chacun des secteurs public ou privés- l'activité en libéral des PH hospitaliers est significative en interventionnel

³⁴ Vaucluse, Côte Basque, Thionville, Nancy, Épinal, Angers, Le Mans, Ile de France- hors Paris...

³⁵ Dans un établissement hospitalier public ou privé.

L'exemple des cardiologues du Vaucluse

Depuis 2000, les cardiologues libéraux du bassin Sud-Ouest vauclusien, autour de Cavaillon, L'Isle-sur-la-Sorgue et Apt (bassin de population de 80 000 habitants environ) ont regroupé leurs activités au sein d'une société d'exercice libéral.

Pour les médecins généralistes et la population cavaillonnaise l'accès en urgence à un avis cardiologique est organisé depuis l'année 2000. A été mise en place à cette date une astreinte cardiologique permanente avec numéro de téléphone unique accessible 24h/24 aux généralistes.

Une astreinte, effectué par les cardiologues libéraux, est également effective depuis 2006 sur le centre hospitalier de Cavaillon.

Ces mêmes cardiologues libéraux prennent en charge complètement (activité de jour, permanence et continuité des soins) une unité médicale d'hospitalisation à orientation cardiologique de cet hôpital depuis la même date.

Enfin, le même groupe a établi une convention d'utilisation du plateau technique du centre hospitalier d'Avignon pour les activités interventionnelles.

L'exemple des cardiologues d'Angers

Quinze cardiologues libéraux travaillant sur deux sites à Angers en 4 Sociétés civiles de moyens (SCM) distinctes se sont regroupés en une cinquième SCM destinée à assurer une couverture de consultations avancées dans 9 sites de la périphérie au sein de structures de soins primaires (MSP ou maisons médicales) comptant 30 médecins généralistes. La coordination est assurée par un CCA de médecins généralistes (MG).

Dans chacune des équipes de soins primaires est ainsi assurée une consultation de cardiologie par semaine, représentant entre 90 et 120 consultations de cardiologie par mois.

Outre les consultations, le cardiologue assure une RCP locale hebdomadaire dans chaque centre afin d'étudier les cas complexes.

Cela nécessite comme équipement spécifique l'acquisition d'un échocardiogramme portable, d'un électrocardiogramme (ECG) et d'un ordinateur équipé d'une licence du logiciel commun de consultation. Comme il n'y a qu'une seule MSP en zone déficitaire de MG, la sur valorisation du déplacement (20 %) n'est pas assurée dans 8 MSP. De fait un financement Agence régionale de santé (ARS) par le Fonds d'intervention régional (FIR) est en discussion en attendant qu'un zonage des zones déficitaires en spécialités soit reconnu.

Des situations de concurrence entre équipes privées ou entre équipes publiques et privées existent aussi dans certains territoires.

Coopérations interprofessionnelles :

Historiquement la collaboration interprofessionnelle au sein des équipes de cardiologues s'est développée autour de l'éducation thérapeutique dans les réseaux de prises en charge d'insuffisance cardiaque. Il s'agissait alors essentiellement de personnel salarié hospitalier.

A l'image de l'expérience nord-américaine ou canadienne, la cardiologie a tenté de former des techniciens d'échocardiographie³⁶.

Il existe une assez forte demande de formation d'assistants médicaux (secrétaires, aides-soignantes ou IDE) qui assisteraient les cardiologues dans la réalisation d'exams complémentaires (ECG, Holter...).

La formation d'IPA pour le suivi de l'insuffisance cardiaque, la gestion des anticoagulants, l'accompagnement thérapeutique de la prévention secondaire ou l'aide à la télésurveillance est également revendiquée par la profession aussi bien en libéral qu'en milieu hospitalier (où de fait elles existent déjà souvent de manière officieuse et non réglementaire).

³⁶ Dans le cadre permis par l'article 51 de la loi HSPT porté par le Conseil National Professionnel de Cardiologie.



Il existe de la part de la cardiologie une volonté ancienne de protocolariser et de graduer les prises en charge entre les structures territoriales de proximité des soins primaires, les systèmes d'urgence et les équipes de cardiologues en cabinets ou en structures plus lourdes.

Cette volonté prend pour origine la nécessité d'une très forte collaboration entre les différents acteurs comme pour la prise en charge des traitements anticoagulants, la prévention secondaire active et efficace, les pathologies chroniques lourdes (IC) et multiples. Les caractéristiques de ces patients souvent poly pathologiques nécessitent de fait une collaboration interdisciplinaire et interprofessionnelle étroite.

Jusqu'à présent il n'y avait pas de formalisation et le rôle effectif des différents acteurs de la prise en charge relevait plus d'habitudes que de protocoles, même si les nombreuses réunions locales de FMC ou de DPC avaient pour objectifs de rationaliser les pratiques.

Il existe une très forte volonté des instances représentatives d'établir des relations protocolisées entre les différentes équipes de cardiologues et les CPTS dépourvues de ressources cardiologiques publiques ou libérales.

Nouvelles technologies :

- Téléconsultation :

A ce jour la téléconsultation est peu pratiquée, les cardiologues étant réticents à donner des avis cliniques à distance sans leurs recours habituels aux examens paracliniques que sont l'ECG ou l'échocardiographie. Pourtant le suivi des pathologies chroniques équilibrées ou en cours de titration thérapeutique comme l'IC pourrait être un champ pertinent de même que le suivi de certains traitements comme les anticoagulants.

- Télé-expertise :

La télé-expertise, en particulier pour l'interprétation des ECG, est en cours de développement dans plusieurs régions et bénéficie pour le moment d'un financement FIR par l'ARS.

- Télésurveillance :

La télésurveillance des prothèses cardiaques actives est une activité largement répandue depuis plus de 10 ans en France et à l'étranger, qui a rapidement été rejointe par la télésurveillance des patients atteints d'IC à l'aide de dispositifs connectés (balances, tensiomètres, fréquencesmètres). Ces deux activités alimentent principalement le programme ETAPES. Il existe également d'autres dispositifs médicaux implantables en cours de développement (pression pulmonaire, *stents*...)

- Objets connectés :

Les objets connectés sont nombreux et de plus en plus utilisés depuis les simples enregistreurs ECG une piste (dispositifs, montres, smartphones) jusqu'à des enregistreurs multipistes (tissus connectés).

- Intelligence artificielle :

L'IA connaît également des développements importants tant pour l'interprétation des ECG que pour celle des enregistrements hollers longue durée.

Hépto-gastro-entérologie (HGE)

Particularités de la spécialité :

Il existe de longue date une réflexion globale, au niveau des instances professionnelles, en faveur d'un maillage du territoire pour garantir une offre et un accès à des soins de qualité à la population ainsi qu'un accès homogène dans les territoires à l'endoscopie digestive, que ce soit dans les établissements publics ou privés.

L'HGE s'est de longue date engagée dans une démarche qualité notamment pour la réalisation des endoscopies, d'autant que celles-ci ont évolué de manière radicale puisque dorénavant l'échographie et des manœuvres interventionnelles complexes lui sont fréquemment couplées. Cette spécialité a conclu avec la CNAM de longue date des accords de bon usage de soins en qualité mais aussi en volume d'activité, dans le cadre de la maîtrise médicalisée. La mise en place ces dernières années d'une procédure d'accréditation en équipe portée par l'organisme professionnel agréé par la HAS témoigne également de cette volonté d'assurance qualité et de travail en équipe.

Modèles organisationnels :

L'exercice de l'HGE s'effectue à ce jour majoritairement en cabinet de groupe.

La pratique de l'HGE peut tout à fait être réalisée également dans le cadre de maisons de santé pluridisciplinaires voire de plateaux techniques type MVZ. Cependant la réalisation d'endoscopies en dehors des établissements hospitaliers n'a fait l'objet que de deux expériences dont l'une est terminée et l'autre en voie également d'arrêt. Il ne semble pas que la profession puisse porter cette pratique dans l'état actuel de la réalisation des endoscopies.

La profession manifeste un intérêt important à s'intégrer dans les CPTS et à contractualiser avec celles qui n'ont pas de HGE comme en témoignent déjà un certain nombre d'expériences de regroupements « virtuels » d'équipes d'HGE situées sur des territoires différents.

L'objectif de ces regroupements « virtuels » est d'assurer une présence dans une zone territoriale large (plusieurs CPTS) à la fois pour garantir l'accès aux soins courants mais aussi la continuité des soins notamment pour les endoscopies dans les différents établissements hospitaliers publics ou privés ainsi qu'une diversité de compétences (MICI, gastro-pédiatrie par exemple).

- Ainsi dans le nord de la région Centre Val de Loire, trois équipes d'HGE se sont « associées » pour assurer ces services réalisant le prototype d'une équipe de soins spécialisée.
- Le groupe d'HGE de l'établissement privé de Reims (Groupe Courlancy) a mis en place des consultations dans des cabinets secondaires dans des zones dépourvues d'HGE financées par l'établissement afin d'assurer un suivi des patients de ces territoires en coordination avec les soins primaires.



Prototype d'une équipe de soins spécialisée en hépato-gastro-entérologie dans le nord-est de la région Centre Val de Loire

Huit hépato-gastro-entérologues répartis en deux équipes, travaillant sur deux sites principaux en cabinets de groupes (l'un mono disciplinaire, l'autre pluridisciplinaire), se sont collectivement organisés pour assurer un suivi et une prise en charge relevant de leur spécialité sur plusieurs sites de consultations (Orléans-Olivet, Gien et Cosne) et assurer une permanence d'endoscopies digestives dans 3 trois établissements (deux privés et un public).

L'activité est répartie suivant les compétences spécifiques de ces praticiens et selon le degré d'équipement des sites en endoscopie, écho-endoscopie, oncologie (chimiothérapie) et suivi des MICI.

Cette répartition des activités permet ainsi d'assurer toutes les prises en charges courantes ambulatoires ainsi que les explorations fonctionnelles ambulatoires et les prises en charge plus lourdes hospitalières sur deux départements : le 45 (Olivet/Orléans et Gien) ainsi que le 57 (Cosne sur Loire).

Mise en place de consultations dans des cabinets secondaires financées conjointement par une équipe d'HGE et par un établissement privé de Reims

Une équipe de dix hépato-gastro-entérologues exerçant initialement sur deux sites s'est regroupée sur un site unique dans un établissement privé de Reims (groupe Courlancy).

Afin d'assurer un suivi des patients sur les territoires environnants dépourvus de ressources de cette spécialité, cette équipe mono-disciplinaire a créé avec l'aide logistique de l'établissement pour l'investissement immobilier, quatre sites secondaires sur trois départements : le 51, le 02 et le 08.

Chaque hépato-gastro-entérologue exerce dans ces sites une activité de consultation d'hépato-gastro-entérologie générale, ainsi que les explorations fonctionnelles habituelles (manométrie, Ph métrie...) mais certains d'entre eux sont spécialisés dans des activités propres : oncologie - suivi des chimiothérapies, cathétérisme rétrograde voies biliaires, proctologie ambulatoire et chirurgie proctologique ainsi que le suivi des MICI.

Le groupe participe aux RCP de cancérologie et met en place un service de téléconsultations.

Cette initiative a incité d'autres spécialités du groupe pluridisciplinaire de l'établissement à rejoindre cette activité multi site (cardiologie, pneumologie...).



Collaborations interprofessionnelles :

En dehors du personnel de bloc endoscopique aidant l'HGE dont la présence a été formalisée et réglementée, il existe en pratique de nombreux types de collaborateurs qui aident à la réalisation d'actes techniques (manométries, PH-métries, pré lecture de capsules vidéoscopiques) sous la responsabilité de et en présence du médecin.

Pour le moment, il s'agit de collaborations informelles. Pour la profession, il serait souhaitable de formaliser ces collaborations à travers des postes dédiés d'assistant(e)s techniques, d'aides-soignantes ou d'IDE, ce qui appellerait la création de cursus de formation dédiés. En outre, des IPA permettraient d'assurer le suivi et l'éducation thérapeutique des pathologies complexes.

D'après la profession, la collaboration avec les soins primaires se fait toujours - semble-t-il - de manière équilibrée que ce soit pour les pathologies digestives inflammatoires, les endoscopies digestives voire la proctologie. En revanche les rapports semblent moins simples avec les centres anticancéreux quand l'HGE ne fait pas partie intégrante de l'équipe.

Nouvelles technologies :

La profession est favorable à la téléconsultation notamment pour le suivi de pathologie chronique (MICI), mais est en revanche fortement réticente à la télé expertise, jugée trop complexe et insuffisamment rémunérée.

Il n'existe pour le moment aucun programme de télésurveillance.

La spécialité est peu concernée par l'IA dans l'état actuel des développements de cette technique.

Dermatologie

Particularités de la spécialité :

La dermatologie est une spécialité qui présente un certain nombre de particularités :

- C'est une spécialité "de recours" faisant partie des spécialités ayant les délais de rendez-vous les plus importants³⁷ ;
- C'est la spécialité qui a le plus recours à la télé-expertise avec d'assez nombreuses initiatives régionales (URPS) ou hospitalière ;
- C'est une spécialité qui a dû autonomiser son activité chirurgicale (voir *infra*);
- Enfin c'est une spécialité dans laquelle les « fuites » vers des activités lucratives hors remboursement (médecine anti-âge, infiltration sous cutanée...) sont importantes.

Modèles organisationnels :

Quatre facteurs pèsent largement sur l'organisation des dermatologues :

- La diminution drastique de la cotation des frais de salle d'opération ou équivalent³⁸ qui a conduit à déporter l'activité de « petite chirurgie dermatologique » des établissements privés (bloc et chirurgie ambulatoire) vers les cabinets de dermatologie. Ces derniers ont dû se restructurer afin de satisfaire aux conditions de sécurité réglementaires.
- La nécessité de mutualiser les plateaux techniques coûteux de dermatologie comme le laser qui implique un environnement chirurgical au cabinet, la photothérapie... ;
- La nécessité de développer des « réseaux » de prise en charge d'onco-dermatologie ambulatoire pour le suivi des mélanomes de bas grades ;
- La volonté d'accueillir dans les cabinets de groupes mono disciplinaires des internes afin de les former à la dermatologie de ville très différente de la dermatologie hospitalière (eczéma, atopie, psoriasis, acné...).

De fait il existe d'assez nombreux regroupements mono disciplinaires, mono sites ou non.

Coopérations interprofessionnelles :

Des assistants techniques de dermatologie pourraient être formés en s'appuyant notamment sur les secrétaires médicaux existants, dans le respect de l'avenant 7 de la convention médicale³⁹.

Il apparaît important de développer des programmes d'éducation thérapeutique pour de nombreuses maladies dermatologiques (eczéma, atopie, psoriasis, acné grave...) dont la mise en œuvre pourrait bénéficier de l'appui d'IDE.

La formation d'IPA en dermatologie ne paraît pas se justifier.

La profession est très favorable à des coopérations avec les équipes de soins primaires notamment pour des formations, l'accompagnement thérapeutique ou de la télé-expertise.

³⁷ En moyenne 50 jours selon la Drees.

³⁸ Qui ont été remplacés par la cotation en cabinet par les Forfaits de sécurité de dermatologie (FSD)

³⁹ Un travail est en cours auprès des organismes de convention collective de secrétariat médical pour permettre aux secrétaires médicaux d'obtenir un diplôme d'aides-soignantes par le biais de la VAE.



Nouvelles technologies :

- Téléconsultations :

La téléconsultation paraît assez peu adaptée : trop compliquée, peu efficiente et peu propice à un bilan dermatologique⁴⁰.

- Télé expertise :

La télé expertise paraît plus adaptée à condition d'être associée à plusieurs clichés et à disposer d'un dossier patient circonstancié. De nombreuses expériences hospitalières⁴¹ ou libérales à partir de plateformes régionales numériques⁴² ont été réalisées sur financement FIR. L'expérience de la région Centre-Val de Loire montre que ce mode d'exercice permet une réponse adaptée pour le patient dans plus de 90 % des cas.

- Télésurveillance :

A signaler, le programme expérimental article 36 LFSS 2014 concernant le traitement des plaies chroniques. Ce programme paraît intéressant dans certains cas très complexes pris en charge dans des services hospitaliers avec la coopération d'IDE, mais sans la participation du réseau de soins primaires.

⁴⁰ Sauf à être réalisée à trois : le médecin généraliste, le dermatologue et le patient, mais l'organisation et la consultation sont alors complexe et chronophage.

⁴¹ Rennes, Caen, Hôpital européen Georges Pompidou (HEGP).

⁴² Corse, Picardie, Centre-Val de Loire.

Oto-Rhino-Laryngologie (ORL)

Particularités de la spécialité :

Numériquement parlant, il s'agit d'une spécialité de répartition départementale ou *infra* départementale comptant 3000 médecins dont les 2/3 sont libéraux ou à exercice mixte hospitalier public ou privé. Elle est assez peu féminisée (25 %).

Cette spécialité est une spécialité en pleine mutation. C'était historiquement une spécialité chirurgicale. De fait, elle figure toujours dans cette catégorie au choix de l'internat.

Cependant son exercice ambulatoire ne cesse de se développer, devant à la fois l'augmentation des prises en charge médicales ou mini invasives⁴³ et la multiplication de surspécialisations⁴⁴. L'activité purement chirurgicale⁴⁵ chute progressivement pour représenter actuellement entre 20 et 30 %.

La plupart des prises en charge se font en ambulatoire au cabinet, mais exigent le recours à des matériels de plus en plus onéreux qui nécessitent une mutualisation des plateaux techniques.

Par conséquent, la plupart des ORL ont une activité chirurgicale⁴⁶ dans un établissement hospitalier public ou privé (sous statuts d'attachés ou de PH temps partiels).

Toutefois, la prise en charge dans les cabinets (y compris pour l'endoscopie souple sans biopsie) fait diminuer significativement les recours aux blocs hospitaliers (y compris ambulatoires), que ce soit en public ou en privé.

Modèles organisationnels :

Environ la moitié des ORL exerce en cabinet isolé, surtout en centre-ville. L'autre moitié exerce en cabinet de groupe plutôt mono disciplinaire ou dans des regroupements pluridisciplinaires à proximité d'établissements hospitaliers privés. L'exercice multi site (cabinets secondaires) est fréquent.

Le coût des investissements et la surspécialisation sont des facteurs incitatifs au regroupement le plus souvent sur un site.

Cependant la tendance à la sur spécialisation étant un facteur très important de l'évolution de cette profession, de nombreux réseaux informels d'ORL se sont développés sur les territoires pour orienter les patients vers l'ORL *ad hoc* dans le domaine de référence, réalisant de véritables équipes de soins spécialisés informelles.

Travail en équipe pluri-professionnelle :

Comme beaucoup d'autres spécialités, c'est une demande forte de la profession que de créer des assistants techniques habilités à réaliser, sous la responsabilité et en présence du médecin, des explorations fonctionnelles souvent longues (audiogrammes, bilan d'équilibre...).

⁴³ Cancer du larynx ou des cordes vocales par exemple.

⁴⁴ Allergologie, audition, endoscopie, oncologie, phoniatrie, ORL pédiatrique, sommeil, vertiges par exemple.

⁴⁵ Amygdalectomies, thyroïdectomies, chirurgie carcinologique...

⁴⁶ Cette spécialité exerce deux types de chirurgie très différente : carcinologique ou plastique et reconstructrice.



Il n'existe pas de collaboration interprofessionnelle entre ORL et audioprothésistes, dont la totalité de l'activité est consacrée à l'équipement des patients en orthèses.

Nouvelles technologies

Cette spécialité semble particulièrement propice au développement d'une pratique à distance.

- Téléconsultations :

La téléconsultation pourrait se développer fortement du fait de la capacité de transmettre des images à distance avec des objets connectés peu onéreux et de bonne qualité⁴⁷, accessibles soit à l'aide du télé soign⁴⁸, soit par les patients ou parents de patients eux-mêmes. Il conviendra le cas échéant d'établir des recommandations de bonnes pratiques pour garantir la sécurité des soins. Elle pourrait concerner :

- Le suivi des maladies chroniques⁴⁹ avec évaluation de l'état de santé par questionnaire et/ou télé examen clinique protocolisé ;
- Le diagnostic des pathologies cutanées faciales ;
- Le diagnostic des vertiges aigus (centraux, viraux ou vertige positionnel paroxystique bénin).

- Télé expertise :

La télé-expertise pourrait se développer :

- Pour les avis diagnostique et l'orientation de la prise en charge par transmissions d'images⁵⁰ ;
- En phonologie, pour la transmission à distance des troubles vocaux (analyse spectrale) et le dépistage des cancers du larynx ;
- Pour l'interprétation à distance des explorations fonctionnelles faites à distance : équilibre, audition, sommeil, *cone beam*.

- Télésurveillance :

La télésurveillance pourrait se développer pour :

- La surveillance des suites *post* opératoires (ambulatoire) ;
- Le télésuivi des patients sous pression positive continue (PPC)⁵¹ ;

⁴⁷ Tympan, gorges...

⁴⁸ Voir avenant 15 des pharmaciens.

⁴⁹ Sinusites chroniques (polyposes naso-sinusienne), maladies vertigineuses récurrentes ou prolongées, otite chronique, suivi des paralysies faciales, suivis auditifs (audiométrie, impédancemétrie à distance dans les EHPAD), suivi des reflux gastro-œsophagien, suivi des patients acouphéniques.

⁵⁰ Fracture des os propres du nez, phlegmon amygdalien, otite moyenne aiguë (adultes et enfants), surdité brusque, ethmoïdite, laryngite aiguë, paralysie faciale...

⁵¹ Le masque PPC est un appareil à ventilation en pression continue. Cet appareil permet de lutter contre certains troubles respiratoires. La PPC est majoritairement utilisée chez les sujets souffrants d'apnée du sommeil.

Pneumologie

Particularités de la spécialité :

Actuellement, la pneumologie est une spécialité sous tension pour laquelle la question de la concurrence public/privé ne se pose pas.

Modèles organisationnels :

La majorité des pneumologues libéraux ont également une activité hospitalière surtout privée mais avec le cas échéant une bonne coopération avec leurs collègues hospitaliers⁵².

Près des deux tiers des pneumologues libéraux exercent en cabinets de groupe monodisciplinaires, situés la plupart du temps à proximité d'établissements⁵³.

Il n'apparaît pas de nécessité ni d'opportunité pour les pneumologues de se regrouper avec d'autres spécialités dans des maisons médicales ou des polycliniques type « MVZ ». En effet l'activité interventionnelle pneumologique (fibroscopies et biopsies) nécessite une neuro-analgésie et comporte trop de risques de complications (pneumothorax, hémorragies) pour être réalisée à distance d'un établissement et en dehors de la présence d'un anesthésiste-réanimateur.

Se développent depuis quelques années des centres spécifiques type "Maisons du sommeil", "Maisons de la toux".

Collaborations interprofessionnelles :

Des infirmières de pratiques avancées seraient utiles dans les cabinets pour les explorations diagnostiques et de suivi et permettraient d'améliorer l'accès aux soins et de diminuer les délais d'attente.

Des emplois aidés (par exemple des IDE salariées) pourraient être mobilisés pour le suivi des pathologies chroniques, l'éducation thérapeutique, la réhabilitation et la rééducation.

L'exploration du sommeil et sa prise en charge connaissent actuellement un développement extrêmement important⁵⁴. Elles suscitent de réelles collaborations interprofessionnelles qui conduisent à l'émergence d'un nouveau métier de techniciens du sommeil⁵⁵. Ce métier aujourd'hui exercé exclusivement par des salariés des PSAD (Prestataires de Soins à Domicile) pourrait à l'avenir également l'être par des assistants techniques salariés des pneumologues.

L'importance du développement de cette pathologie a d'ailleurs incité la profession à constituer un registre national de suivi par la Fédération Française de Pneumologie.

Récemment, la prise en charge des BPCO a fait l'objet d'une protocolarisation avec les soins primaires.

⁵² A cet égard, la Fédération Française de Pneumologie est un exemple historique d'association fédérative libérale, hospitalière et hospitalo-universitaire.

⁵³ Notamment pour la cancérologie, comme dans le Nord ou à Marseille.

⁵⁴ Cf. centres du sommeil.

⁵⁵ En charge de l'exploration et du suivi des dispositifs communicants.



Nouvelles technologies :

Il existe une très forte appétence de cette spécialité pour la télémédecine, les nouvelles technologies. La spécialité pourrait utiliser de nombreux objets connectés (spiromètres, saturomètres...).

- Téléconsultations :

Actuellement, les téléconsultations sont très peu pratiquées en pneumologie. Elles seront surtout indiquées dans le suivi des pathologies chroniques.

- Télésurveillance :

Le télésuivi intégré au suivi/renouvellement de dispositif de ventilation à domicile fait l'objet d'une tarification par l'assurance maladie.

Dans le cadre du programme ÉTAPES, plusieurs initiatives sont en cours de déploiement dans le télé suivi de l'insuffisance respiratoire sous ventilation à domicile.

Une application de télé suivi clinique des patients atteints de cancer du poumon traités est en cours de développement⁵⁶.

⁵⁶ Cette application (Moovcare®) a reçu un ASMR 3 à la CNEDIMTS et est en cours de tarification et de diffusion.

Pédiatrie, gynécologie médicale, diabétologie, endocrinologie

Du fait de nombreuses problématiques comparables, ces spécialités sont abordées ensemble.

Particularités de ces spécialités :

La pédiatrie et la gynécologie médicale ont la particularité d'être des spécialités dites « de premiers recours ». Pour autant, la question de leur place par rapport à la médecine générale doit être posée.

La question se pose aussi pour les prises en charge respectives des diabétiques selon qu'ils sont de type 2 sous hypoglycémiant oraux (généralement suivis par le médecin généraliste) versus les diabétiques de type 2 sous insuline ou *a fortiori* de type 1 (plus généralement suivis par des diabétologues libéraux ou hospitaliers).

Modèles organisationnels :

Ces spécialités exercent le plus souvent dans un environnement urbain ou hospitalier, avec souvent un statut mixte. En effet, pour les pédiatres et les diabétologues, un point d'ancrage hospitalier est reconnu comme nécessaire pour assurer une bonne prise en charge de leurs patients, notamment pour leur permettre d'accéder à l'ETP le plus souvent réalisée en milieu hospitalier (voir annexe 4).

Les pédiatres exercent souvent en cabinets de groupe mono-disciplinaires, ce qui leur permet d'assurer au mieux une continuité des soins non programmés.

En revanche, les endocrinologues, les diabétologues, les gynécologues médicaux exercent également en cabinets pluridisciplinaires.

Collaborations interprofessionnelles :

Par nature, la prise en charge fournie par ces spécialistes doit être ancrée dans le parcours de santé, voire le parcours de vie des patients, en collaboration étroite avec les acteurs de soins primaires et les autres spécialités⁵⁷.

De fait, de nombreux médecins de ces spécialités ont intégré des structures pluriprofessionnelles (cabinets de groupe, maisons médicales, centre de santé).

La diabétologie est une des spécialités pionnières en matière d'éducation thérapeutique et d'accompagnement et de formation à l'utilisation de dispositifs médicaux de plus en plus sophistiqués⁵⁸. De fait, la collaboration avec des IDE⁵⁹ est ancienne.

Des IPA en diabétologie s'intégreront tout naturellement dans l'organisation, l'enjeu actuel semblant plutôt être l'externalisation de ces services en ambulatoire⁶⁰. La forfaitisation de ces prises en charge devrait favoriser la mise en place de ces procédures plus près des territoires.

Un des objectifs de la profession est d'intégrer ces paramédicaux formés au sein des cabinets de groupe ou des équipes spécialisées ambulatoires⁶¹.

⁵⁷ Cf. bilan annuel recommandé pour les diabétiques, campagne de dépistage pour les femmes, bilans systématiques des enfants, calendrier vaccinal pour les enfants.

⁵⁸ Glucomètres casuels ou en continu, stylo d'injection, pompes à insuline, pancréas artificiel...

⁵⁹ Salariées hospitalières, libérales ou salariées de prestataires de soins à domicile.

⁶⁰ Car la majorité de ces interventions se font actuellement en hospitalisation de jour (au prix de journée).



En pédiatrie, l'appui de professionnels paramédicaux ou d'assistants est souhaité par la profession pour améliorer l'efficacité et la productivité de l'activité clinique.

Nouvelles technologies :

- Téléconsultations :

La téléconsultation paraît particulièrement adaptée au suivi de pathologies chroniques équilibrées, en alternance avec des suivis en présentiel.

Dans les expériences étrangères et françaises, les pathologies de la femme sont une des causes les plus fréquentes de téléconsultations (cystites aiguës, contraception, sexualité...).

En diabétologie, ces téléconsultations peuvent largement s'appuyer sur la transmission des mesures glycémiques.

La télé-pédiatrie permet d'éviter un nombre significatif de recours aux urgences pédiatriques souvent surchargées.

Le suivi des enfants fragiles en téléconsultation permet également d'assurer un suivi conjoint de l'enfant avec les médecins généralistes.

- Télé expertise :

D'utilisation plus restreinte, elle permet un suivi conjoint avec le médecin traitant notamment pour des pathologies justifiant une titration régulière (endocrinologie, diabète sous insuline...).

- Télésurveillance :

Le télé-suivi des diabétiques sous insuline en injections multi quotidiennes est une des situations admises au programme ETAPES permettant un suivi conjoint paramédical et diabétologique.

Le télé-suivi du diabète gestationnel ne fait pas partie du programme ETAPES mais fait l'objet d'une expérimentation dans le cadre de l'article 51.

- IA :

Des dispositifs en « boucle fermée » sophistiqués, type pancréas artificiel⁶² font l'objet de développements prometteurs.

⁶¹ D'autant que la formation de ces professionnels pourrait être étendue à d'autres pathologies comme l'insuffisance cardiaque avec donc la possibilité d'en mutualiser l'activité au sein de maisons médicales pluridisciplinaires.

⁶² Un pancréas artificiel est constitué de trois éléments : la pompe à insuline, le système de mesure de glucose, le dispositif de contrôle de la sécrétion d'insuline. Ce dernier repose sur un algorithme mathématique et permet de réguler l'administration d'insuline en fonction de la glycémie, et indépendamment de l'intervention du patient ("boucle fermée").

Cancérologie

Particularités de la spécialité :

Longtemps l'organisation de la cancérologie a été purement hospitalière, avec une activité ambulatoire de chimiothérapie et de radiothérapie. De longue date se sont mis en place des réseaux de cancérologie établissements-centrés, très peu ouverts sur la médecine de ville⁶³.

Ce mode historique d'organisation est aujourd'hui remis en cause par l'évolution de la chimiothérapie orale, la durée d'évolution de ces maladies (qui deviennent parfois chroniques) et la formation d'IPA dédiées à l'accompagnement à domicile de patients ayant des traitements souvent très lourds et très longs.

La cancérologie devient une spécialité de plus en plus soumise à autorisation, à la fois pour son activité hospitalière et pour l'activité de recherche génomique⁶⁴.

Coopérations interprofessionnelles :

Une réflexion importante est en cours pour proposer une collaboration entre les pharmaciens hospitaliers et les pharmaciens d'officines qui seront amenés à délivrer les chimiothérapies orales et des traitements des effets secondaires.

Un enjeu important est celui de la prise en charge des effets secondaires des traitements chimiothérapiques, immunothérapies ou radiothérapie dans le territoire même des patients⁶⁵.

Il devient indispensable d'intégrer dans la chaîne du suivi les acteurs de proximité traditionnels⁶⁶. Cela passe par une transmission des informations⁶⁷, par une formation spécifique des acteurs locaux⁶⁸ et par une alternance des surveillances.

Certains centres ont d'ailleurs mis en place des RCP avancées dans les MSP ou les maisons médicales à titre expérimental pour remédier à l'absence régulière des libéraux lors des RCP hospitalières (pour des raisons essentiellement de logistique).

Enfin, un certain nombre d'actes⁶⁹ nécessitent d'être déportés des centres anti cancéreux, ces derniers devenant incapables de répondre à la surcharge de travail (pose de chambres implantables de perfusion par exemple). Des expérimentations de délégations de tâches selon les protocoles article 51 HPST ont été autorisées mais leur généralisation est loin d'être acquise.

⁶³ En dépit de l'obligation de RCP qui devrait prendre en compte l'avis des médecins traitants.

⁶⁴ La recherche génomique (notamment les tests de 2^{ème} génération ou marqueurs cellulaires) est réservée aux plateformes de cancérologie hospitalières habilitées par l'INCA.

⁶⁵ D'autant que les réseaux des centres de références ne sont le plus souvent accessibles qu'aux heures et jours ouvrables.

⁶⁶ Médecins traitants, IDE, pharmaciens, biologistes, radiologues et spécialistes référents de la pathologie.

⁶⁷ Via le DMP notamment.

⁶⁸ MG, IDE, pharmaciens et biologistes.

⁶⁹ Y compris certains actes relevant de la radiologie interventionnelle.



Nouvelles technologies :

La cancérologie est un terrain d'expérimentation assez privilégié pour les nouvelles technologies, compte tenu des enjeux de surveillance et de coordination, sur des patients atteints de pathologies lourdes et recevant des traitements souvent à l'origine de phénomènes d'intolérance ou de complications.

- **La téléconsultation :**

La téléconsultation ne paraît pas très opportune, du fait de la nécessité de faire des examens cliniques complets, hormis pour le suivi régulier des patients équilibrés ou en rémission. Pour les cancérologues, la consultation physique est très importante psychologiquement. Cette notion mériterait d'être confirmée, soit par une recherche bibliographique, soit par des enquêtes ou des protocoles, d'autant qu'il existe déjà des programmes téléphoniques de soutien et de suivi⁷⁰.

- **La télé-expertise :**

La télé-expertise apparaît plus pertinente aux cancérologues, notamment pour les confrontations anatomopathologiques. Certains domaines spécifiques comme la dermatologie paraissent tout à fait pertinents pour ce type de confrontation.

La réalisation de RCP virtuelles, à mi-chemin entre la téléconsultation et la télé-expertise, serait très pertinente pour intégrer les acteurs de soins ambulatoires dans ces protocoles.

Une demande de deuxième avis est également une procédure intermédiaire pour laquelle la télémédecine serait pertinente.

Certes, certains opérateurs privés ont mis en place cette démarche, mais d'une part elle n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie, et d'autre part, elle ne s'inscrit pas dans le parcours de soins, risquant de laisser démunie le patient, voire son médecin traitant, en cas d'avis divergents.

Certains centres anticancéreux ont mis en place une procédure similaire de second avis, avec proposition de prise en charge. Cette proposition est certes plus confortable pour les patients, mais elle peut soulever des problèmes déontologiques de détournement de clientèle.

- **La télésurveillance :**

La télésurveillance apparaît prometteuse pour le suivi des patients atteints d'un cancer. Il existe d'assez nombreuses initiatives de développement d'applications « maison » par des centres différents⁷¹.

A ce jour, la cancérologie n'est pas incluse dans le programme ETAPES⁷².

- **IA :**

La cancérologie est un des champs d'excellence de développement des algorithmes d'intelligence artificielle, que ce soit pour l'imagerie diagnostique ou pour l'aide à la décision clinique.

⁷⁰ *Optisoins*® pour le cancer du sein par exemple.

⁷¹ *Mycurie*® en est un exemple.

⁷² A signaler toutefois l'application *Moovcare*®, pour le suivi de certains patients atteints de cancer du poumon, qui a reçu un service médical attendu important et un ASA 3 par la CNEDIMTS de la HAS. Cette application est en cours de déploiement clinique et commerciale dans l'attente de sa tarification.



L'analyse par *Big Data* apporte également beaucoup d'espoir en matière de corrélations génétiques, épigénétiques ou épidémiologiques.



Annexe 6 : La coordination des soins : définition et dimensions

Cette annexe a été réalisée par la DREES.

La coordination, une dimension clé aux côtés de la continuité et l'accessibilité pour la performance d'un système de santé

Dans une révision systématique des dimensions composant la qualité des soins de premier recours, Kringos *et al.* (2015) définissent la coordination des soins, avec la continuité et l'accessibilité, comme les dimensions clés (de processus) en vue d'atteindre les objectifs finaux de qualité, d'efficacité et d'équité d'un système de santé.

La coordination des soins entre les différents niveaux de prise en charge vise à éviter la redondance des tests diagnostiques, la polymédication incontrôlée et les plans de soins contradictoires, de façon à ce que les effets aboutissent non seulement à une réduction des coûts (efficacité) mais plus généralement à une amélioration globale de la qualité des soins.

De multiples définitions de la coordination des soins

McDonald *et al.* (2007) ont recensé plus de quarante définitions différentes de la coordination des soins. À partir de ces définitions, les auteurs proposent de définir la coordination des soins comme :

« L'organisation délibérée des activités de soins à un patient entre plusieurs acteurs du système de santé. Elle implique la mobilisation de personnels et d'autres ressources nécessaires à la prise en charge du patient et est souvent gérée par l'échange d'information entre les participants responsables de différents aspects des soins⁷³ ».

En France, malgré un intérêt croissant pour mettre la coordination des soins au centre des agendas des politiques de santé, plusieurs définitions de la coordination coexistent, ces dernières étant souvent contradictoires. En particulier, la notion de coordination des soins a été largement explorée par les chercheurs en gestion, ou encore par les institutions du système de santé français et plusieurs définitions ont été proposées. Parmi ces définitions de la coordination, on trouve notamment les suivantes :

*« [La coordination] consiste à synchroniser de façon cohérente et efficace les contributions de plusieurs acteurs (avec une efficacité limitée) sans qu'il y ait nécessairement une véritable coopération qui consiste à avoir le « souci de l'autre », connaître et comprendre ses contraintes et agir en conséquence, et qui est nécessaire quand il faut atteindre de hauts niveaux de performance » (Bloch *et al.*, 2011, p. 13).*

« Une action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et d'organisation du suivi. Elle s'intègre dans la coordination du parcours de santé et a pour objectif de faire bénéficier au patient de « la bonne réponse (médicale, médico-sociale, sociale), au bon endroit, au bon moment ». (DGOS, 2012, p. 14)

« La coordination territoriale d'appui rassemble tous acteurs (des professionnels de santé jusqu'aux personnels médico-sociaux ou sociaux) dont la coordination permet une prise en charge complète du patient, sans rupture des soins qui lui sont dispensés. La coordination

⁷³ Cité dans HAS, 2014, p. 8.



vient en complément de l'exercice clinique et en appui à celui-ci pour une amélioration de l'état de santé global au sens de l'OMS. En fonction des besoins de santé, la coordination peut être ponctuelle à l'occasion d'un accident de santé ou installée dans la durée. Elle est transversale quand elle prend en charge le patient indépendamment de son âge ou de sa pathologie ». (Blanchard et al. (Rapport IGAS), 2014, p. 3)

Les deux facettes de la coordination : coordination de l'information et coordination de la gestion clinique

La littérature récente (Aller et al., 2015) explorant la coordination des soins comme dimension clé pour assurer une prise en charge optimale des patients atteints de pathologies chroniques et besoins de santé complexes distingue deux types de coordination :

- La coordination de l'information clinique ;
- La coordination de la gestion clinique.

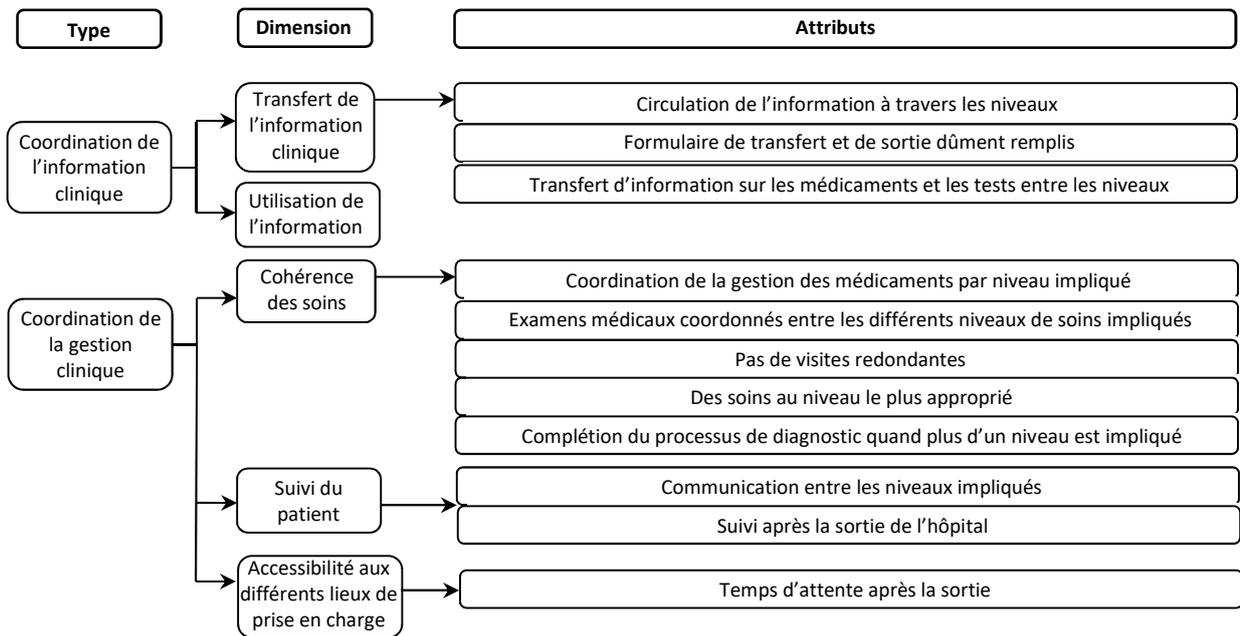
La coordination de l'information clinique comprend le transfert de l'information clinique et l'utilisation de cette information. Elle suppose notamment :

- D'établir ou négocier la responsabilité de la communication ;
- De faciliter les transitions ;
- D'évaluer les besoins et les objectifs ;
- De créer un plan de soins proactif ;
- De suivre et répondre aux changements ;
- De soutenir les objectifs d'autogestion ;
- De fournir des liens vers les ressources de la communauté ;
- D'aligner les ressources sur les besoins des patients et de la population.

La coordination de la gestion clinique permet de prodiguer les soins d'une manière séquentielle et complémentaire selon un plan de soins de santé partagé par les différents niveaux de prise en charge impliqués. Elle revêt trois dimensions :

- La cohérence des soins (c'est-à-dire l'existence d'approches et objectifs de traitement similaires chez les professionnels de différents niveaux de soins) ;
- Le suivi du patient quand il y a des transitions d'un contexte de soins à un autre ;
- L'accessibilité aux différents lieux de prise en charge pour des soins prodigués sans interruption tout au long de l'épisode clinique du patient.

Graphique 1 : Attributs de la coordination des soins entre les niveaux identifiés, selon le type et la dimension de la coordination



Annexe 7 : L'intégration des soins

Cette annexe a été réalisée par la DREES.

L'intégration est le processus qui consiste à créer et à maintenir au cours du temps une gouvernance commune entre des acteurs (ou des organisations) autonomes dans le but de coordonner leurs interdépendances pour leur permettre de coopérer à la réalisation d'un projet collectif (Contandropoulos *et al.*).

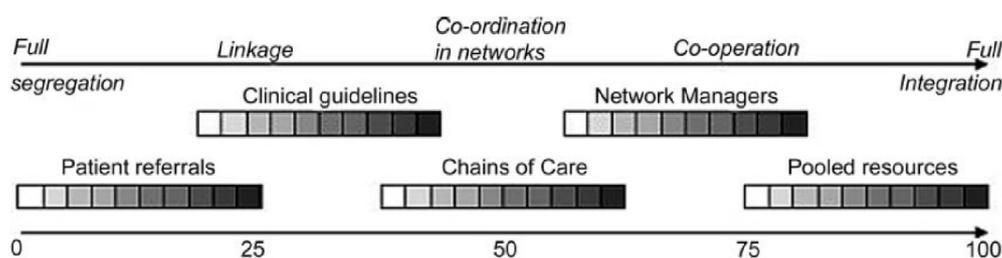
L'intégration des soins vise « une prise en charge optimale des problèmes de santé, à l'échelon le plus adapté, sans déficit dans la couverture des besoins ni chevauchement dans les fonctions des différentes organisations qui s'intègrent. [...] L'intégration sans coordination des soins ne peut conduire aux soins intégrés » (source : HAS, 2014⁷⁴).

La HAS indique les 10 composantes essentielles des soins intégrés :

- La définition de la population bénéficiaire ;
- Des incitatifs financiers cohérents ;
- Une responsabilité partagée dans l'atteinte des objectifs de performance ;
- Le recours aux technologies de l'information ;
- L'utilisation de protocoles ;
- Le développement de partenariats médecins-managers ;
- Un pilotage (*leadership*) effectif ;
- Une culture de collaboration ;
- La constitution de groupes pluri-professionnels ;
- L'engagement du patient.

Selon le degré ou l'intensité des connexions entre services ou organisations on peut distinguer un *continuum* de formes d'intégration : de la simple liaison à la coordination en réseaux, jusqu'à l'intégration complète, comme l'illustre le schéma ci-dessous.

Figure 1 : les différents degrés d'intégration



Source : B. Ahgren, R. Axelsson (2005) : « *Evaluating integrated health care : a model for measurement* », International Journal of Integrated Care - Vol. 5, 31 August 2005.

L'intégration complète peut aller jusqu'à une même appartenance des structures, avec fusion des prestations et des financements. L'organisation est ainsi responsable de fournir à ses usagers le *continuum* des services médicaux et sociaux dont ils ont besoin.

⁷⁴ Source : Note méthodologique et de synthèse documentaire « *Comment réaliser l'intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux ?* », HAS, septembre 2014.



Comme le rappelle la HAS : « *Si la fusion peut faciliter l'intégration organisationnelle, elle n'en est pas garante. De plus, son effet réducteur peut avoir pour conséquence une réduction qualitative du champ couvert.* »

L'enjeu n'est donc pas celui de la fusion à plus ou moins long terme des structures du système mais celui de réunir les conditions qui permettent des parcours coordonnés :

- *Le focus sur la résolution des problèmes liés à des ruptures dans le parcours de santé des personnes ;*
- *La connaissance des acteurs entre eux ;*
- *La définition des règles d'un « code de la route » opposable aux acteurs sur un territoire ;*
- *La définition et l'organisation de fonctions d'appui à la coordination territoriale ;*
- *La promotion de SI intégrés, interopérables ;*
- *La réduction des obstacles financiers à la circulation optimale dans le système »⁷⁵.*

L'intégration est dite « verticale » si elle implique différents niveaux de soins (premier recours et hôpitaux par exemple) ou différents niveaux de prises de décision (par exemple ARS et conseils généraux).

L'intégration est dite « horizontale » si elle intervient sur un même niveau de soins (professionnels de santé primaire par exemple) ou à un même niveau de prise de décision.

Ces dimensions se déploient à différents niveaux : micro, meso et macro.

⁷⁵ Source : *op. cit.*

Annexe 8 : Le maillage territorial en CPTS mené par l'URPS-ML et l'ARS dans la région CVDL

Il s'agit d'un travail dont la méthodologie a été mise en place par l'URPS Centre Val de Loire à partir de données démographiques de la répartition des spécialités et de leurs espaces de chalandise, des zones d'attractivité des établissements hospitaliers et des flux de patientèle vers les urgences.

Ce travail a été réalisé par une géographe intégrée à l'équipe de l'URPS Médecins Libéraux (ML) à partir de l'analyse des données du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM) fournie par l'Institut Statistique des Professions Libérales (ISPL), complétées par celles du PMSI (ARS) et réalisé par certains élus de l'URPS.

C'est un travail de terrain (2011-2016) qui a permis le regroupement et l'étude des patientèles des spécialistes.

Le zonage des CPTS a été réalisé à partir de la détermination des zones d'attractivité de cinq puis six spécialités médicales : la dermatologie, la gastrologie, l'ophtalmologie, l'ORL, la radio-diagnostique et la cardiologie.

Selon le nombre de pôles de localisation des PS, il est possible de distinguer trois types de spécialités :

- Les spécialités régionales, qui proposent 2 ou 3 pôles : chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, chirurgie thoracique et cardiovasculaire, génétique médicale, gériatrie, hématologie, neurochirurgie, neuropsychiatrie, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ;
- Les spécialités départementales, qui proposent entre quatre et sept pôles : anato-cytopathologie, chirurgie vasculaire, chirurgie viscérale, chirurgie plastique, gynécologie médicale et obstétrique, médecine interne, médecine nucléaire, médecine physique et réadaptation, néphrologie, oncologie ;
- Les spécialités infra départementales, qui proposent plus de sept pôles sur un territoire plus petit que le département : chirurgie générale, chirurgie urologique, chirurgie orthopédique et traumatologique, dermatologie, endocrinologie, gastro-entérologie, gynécologie médicale, gynécologie obstétrique, neurologie, oncologie radiothérapie, ophtalmologie, ORL, pathologies cardiovasculaires, pédiatrie, pneumologie, psychiatrie générale, radio diagnostique, rhumatologie, stomatologie.

L'idée sous-jacente étant que ces spécialités *infra* départementales ont vocation à être dans la CPTS.

L'aire de recours d'un pôle d'une spécialité donnée est définie à partir des communes⁷⁶ : elle est constituée de l'ensemble des communes dont ce pôle est le pôle d'attraction principal⁷⁷.

S'il existe des zones de cohérence avec une manière similaire de travailler dans différentes spécialités, alors les aires de recours des différentes spécialités doivent se recouper.

Le cas échéant, ces aires fourniront une base pour mettre en place les CPTS, permettant d'initier les discussions entre professionnels d'une zone ainsi définie, discussions pouvant ensuite faire évoluer les zones à la marge.

La méthode utilisée pour définir les territoires potentiellement préfigurateurs des CPTS consiste donc à superposer les aires de recours des pôles des différentes spécialités.

⁷⁶ Pas de prise en compte des cantons ou des contrats locaux de santé.

⁷⁷ Plus de 50 % des malades de la commune vont consulter dans le pôle.

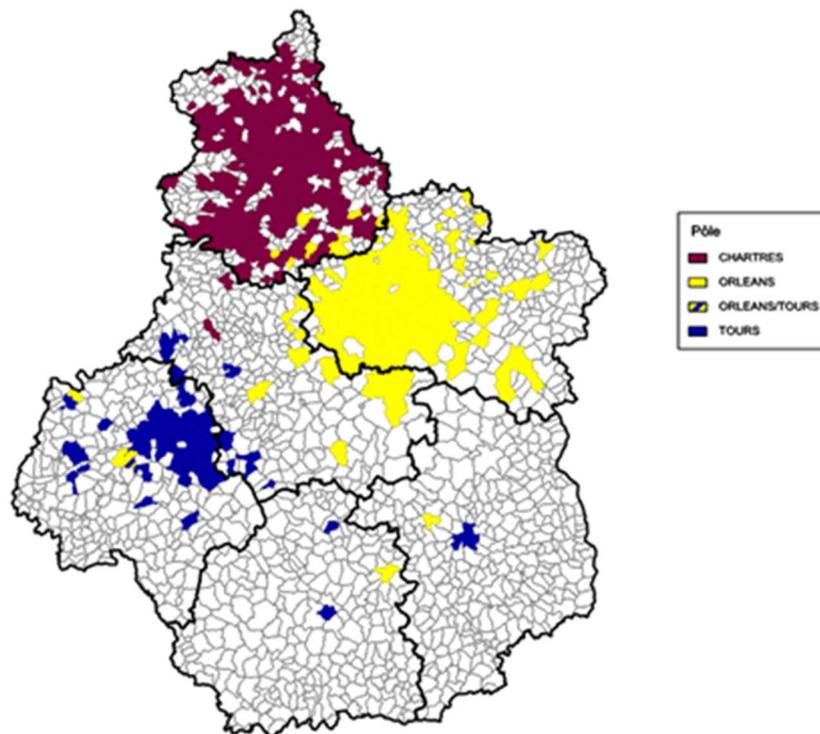
Il apparaît que les aires ainsi constituées englobent bien les aires de recours des ESP du territoire.

Secondairement le même constat a été fait de recouvrement des zones identiques pour les filières des GHT, pour le recours aux urgences hospitalières.

Cette méthodologie a été partagée et acceptée par les soins primaires au sein de la fédération des URPS et de l'ARS de la région. Elle a permis de délimiter trente-deux CPTS toutes jointives sans zones blanches.

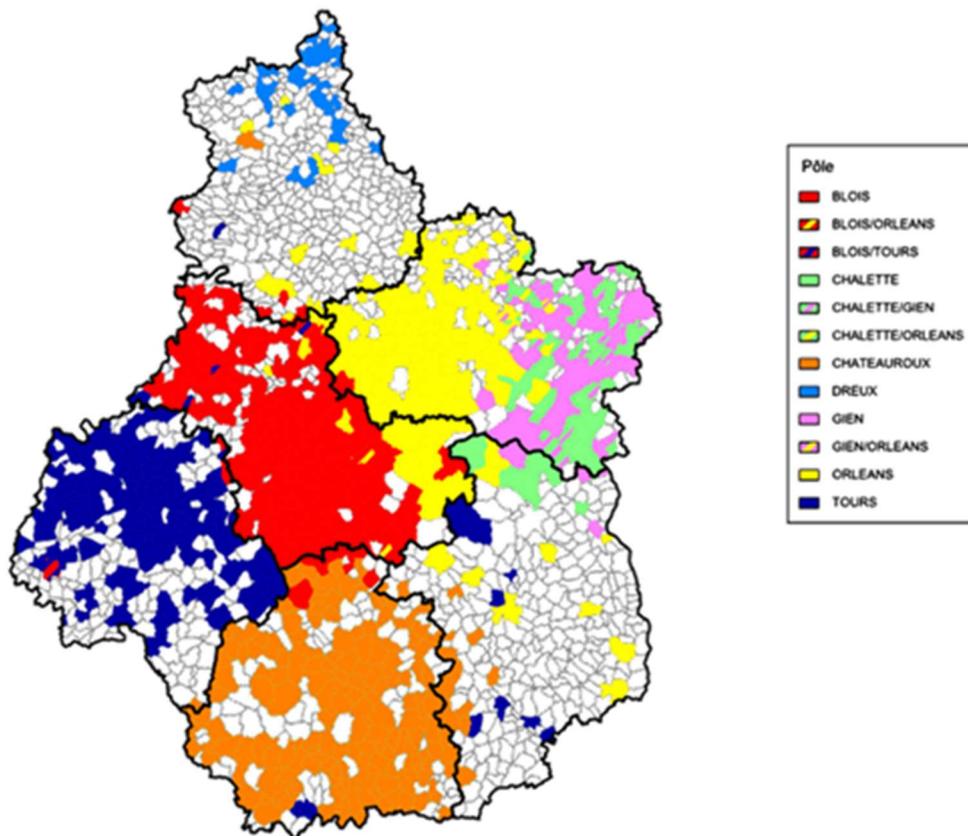
Cette méthodologie a été reprise pour travail identique de cartographie des CPTS dans sept autres régions : Nouvelle Aquitaine, Grand Est, Bourgogne/Franche Comté, Bretagne, Pays de Loire, PACA et Martinique.

Carte : Exemple de spécialité régionale : la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent



Les spécialités régionales identifiées dans cette étude sont : Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, chirurgie thoracique et cardiovasculaire, génétique médicale, gériatrie, hématologie, neurochirurgie, neuropsychiatrie, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

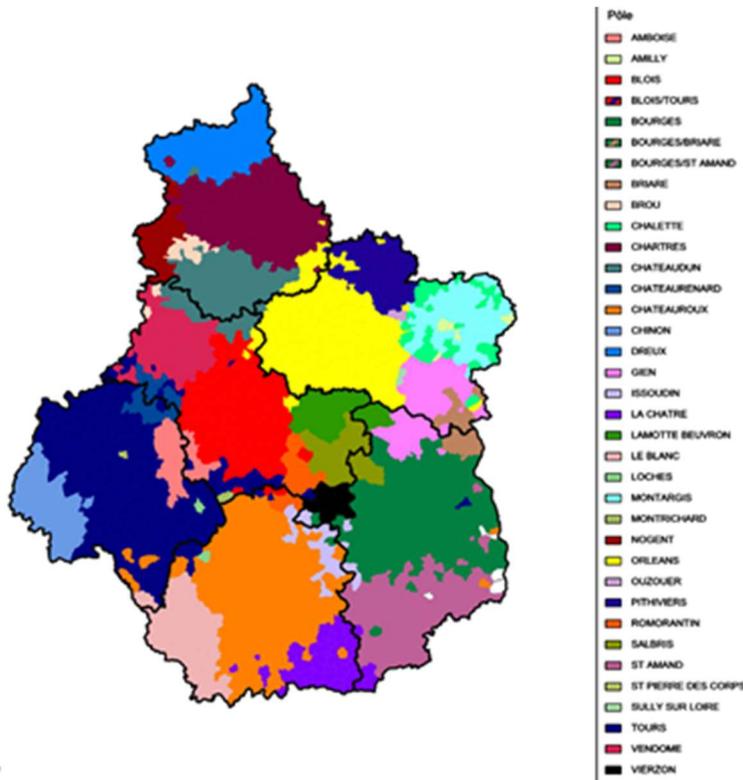
Carte : Exemple de spécialité départementale : la Néphrologie



Les spécialités départementales identifiées dans l'étude sont : Anato-cyto-pathologie, chirurgie vasculaire, chirurgie viscérale, chirurgie plastique, gynécologie médicale et obstétrique, médecine interne, médecine nucléaire, médecine physique et réadaptation, néphrologie, oncologie.

Carte : Exemple de spécialité infra départementale : l'ophtalmologie

Ophtalmologie



Cartes & Données - © Artique

Les spécialités infra-départementales identifiées dans l'étude sont : Chirurgie générale, chirurgie urologique, chirurgie orthopédique et traumatologique, dermatologie, endocrinologie, gastro-entérologie, gynécologie médicale, gynécologie obstétrique, neurologie, oncologie radiothérapie, ophtalmologie, ORL, pathologies cardiovasculaires, pédiatrie, pneumologie, psychiatrie générale, radiodiagnostic, rhumatologie, stomatologie.

Annexe 9 : La consolidation du secteur de la médecine spécialisée aux Etats-Unis : Quelques études récentes

Cette revue de littérature a été réalisée par Philippe Choné, conseiller scientifique auprès du HCAAM.

Synthèse des principaux résultats

Aux Etats-Unis, les structures intégrées d'initiative hospitalière se sont beaucoup développées dans les années 2010, si bien que la proportion de médecins employés par les hôpitaux a presque doublé entre 2007 et 2013, passant de 16% à 29% (source : *American Medical Association*). Ce sont pour partie les règles de remboursement des payeurs qui ont encouragé l'intégration verticale des hôpitaux avec les cabinets.

En termes d'impacts financiers, ces fusions s'accompagnent d'un déport d'une partie des actes des cabinets vers des procédures en consultation externe à l'hôpital, mieux remboursées par les payeurs.

L'étude de 27 cas d'acquisition de grands groupes de médecins par des systèmes hospitaliers intégrés fait ainsi apparaître des effets de déport importants. En l'espèce, la fusion a entraîné une hausse de l'adressage à l'hôpital acquéreur de 40%, du fait d'un adressage plus important vers l'hôpital acquéreur au détriment des autres hôpitaux, mais surtout d'une substitution entre soins hospitaliers et soins fournis dans le cadre des cabinets, qui ont baissé (Koch, Wendling et Wilson, 2017).

Les mêmes auteurs ont étudié l'impact de la structure du marché de la cardiologie sur les dépenses de *Medicare* pour la période 2005-2012. Leurs résultats indiquent que les dépenses de *Medicare* sont plus élevées dans les marchés plus concentrés. Plus précisément, les dépenses de médecins baissent avec la concentration, mais les dépenses hospitalières augmentent davantage, si bien que le coût total augmente pour *Medicare* (Koch, Wendling et Wilson, 2018).

En termes d'effets sur la qualité, les résultats sont plus contrastés.

Les acquisitions en 2007 de trois groupes de cabinets médicaux multi-spécialités dans la région de Minneapolis-Saint Paul dans le Minnesota par deux structures intégrées possédées par les hôpitaux a entraîné une amélioration de plusieurs indicateurs de qualité de process (meilleur dépistage du cancer colorectal et du cancer du col utérin), mais un surcroît d'hospitalisations évitables (*ambulatory care sensitive admissions*) du fait notamment d'une déstabilisation des relations cabinets/hôpitaux (Carlin, Dowd et Felman, 2015).

Dans leur étude sur la structure du marché de la cardiologie, Koch, Wendling et Wilson ont également regardé l'impact du niveau de concentration du marché sur la qualité des soins. Ils trouvent que la consolidation du secteur a conduit à des baisses de qualité statistiquement significatives pour 4 types de population (patients traités pour hypertension, pathologie cardiaque chronique, pathologie cardiaque aiguë et infarctus (Koch, Wendling et Wilson, 2018)).

Dunn and Shapiro (2018) étudient aussi le marché des cardiologues en se concentrant sur les patients admis en urgence pour une première attaque cardiaque. Ils trouvent

notamment que les cardiologues dans les zones plus concentrées choisissent des procédures plus lourdes, plus intensives, s'agissant notamment des procédures de recherche de diagnostic pour lesquelles ils ont plus grande marge de manœuvre dans leur choix.

Historiquement, aux Etats-Unis, la grande majorité des cabinets médicaux étaient financièrement indépendants des hôpitaux. Mais on a observé récemment un mouvement vers une plus grande intégration financière. Des enquêtes de l'American Medical Association indiquent que la proportion des médecins employés par des hôpitaux a presque doublé entre 2007 et 2013, passant de 16% à 29% (Kane and Emmons (2013)). Cette hausse résulte à la fois de fusions verticales (acquisition de cabinets par des hôpitaux) et de l'évolution des préférences des médecins qui souhaitent davantage être employés dans des grandes structures plutôt que de pratiquer en solo⁷⁸.

Plus précisément, quand un groupe de cabinets est acquis par une structure intégrée, le changement de propriété a deux conséquences : d'une part l'intégration verticale avec le ou les hôpitaux de la structure, d'autre part une concentration horizontale avec les cabinets déjà présents dans la structure. Pour mémoire, la littérature utilise la terminologie suivante :

- *Clinic system* : Cabinet médical ou organisation regroupant plusieurs cabinets sur différents sites géographiques. Une tel système peut être indépendant ou faire partie d'un système intégré ;
- *Hospital system* : Entité regroupant plusieurs hôpitaux ;
- *Integrated delivery system (IDS)* : Structure de soins verticalement intégrée qui fournit des services hospitaliers et ambulatoires.

Les structures intégrées se sont beaucoup développées dans les années 2010 et ont employé de plus en plus de médecins. Ces systèmes facturent de plus en plus de procédures médicales réalisées dans le cadre des consultations externes des hôpitaux, par opposition aux soins pratiqués uniquement dans les cabinets. Dranove and Ody (2016) suggèrent d'ailleurs que ce sont pour partie les règles de remboursement par les payeurs qui ont encouragé l'intégration verticale hôpitaux/cabinets⁷⁹. En effet, Medicare et beaucoup d'assureurs privés remboursent plus généreusement les soins lorsqu'ils sont donnés dans le cadre hospitalier que lorsqu'ils le sont en ambulatoire. On a ainsi logiquement assisté à un déplacement des remboursements des cabinets vers des procédures en consultation externe à l'hôpital.

1. Effets de l'intégration verticale

Koch, Wendling, and Wilson (2017) étudient 27 cas d'acquisition de grands groupes de médecins par des systèmes hospitaliers intégrés. Ils se fondent sur des données de Medicare et Medicaid pour examiner l'effet de ces acquisitions sur l'utilisation des ressources et les dépenses en soins externes. Ils trouvent que l'intégration verticale produit systématiquement des effets importants sur le comportement des médecins dont le cabinet a été acquis. Les effets constatés au niveau des hôpitaux acquéreurs sont moins nets.

Plus précisément, du côté des cabinets rachetés, les auteurs trouvent que les acquisitions sont associées à des changements statistiquement et économiquement significatifs des comportements des médecins. Après la fusion verticale, les médecins nouvellement acquis fournissent substantiellement plus de soins dans l'hôpital acquéreur. Le nombre de demandes

⁷⁸ Voir en annexe quelques chiffres sur l'évolution récente de la distribution de la taille des cabinets médicaux aux Etats-Unis.

⁷⁹ Pour établir le lien de causalité, Dranove and Ody (2016) utilisent une réforme du système de paiement de Medicare.



de remboursement qu'ils soumettent pour des soins effectués dans le cadre de l'hôpital acquéreur augmente de 40% par rapport à la situation pré-fusion. Cela reflète une baisse des soins donnés dans d'autres hôpitaux mais surtout une baisse des soins fournis et facturés dans le cadre du cabinet. Les médecins nouvellement acquis répondent ainsi aux incitations données par le système de paiement de Medicare (*cf. supra*). Au niveau de l'hôpital, les auteurs trouvent que l'intégration verticale est associée à une hausse de la dépense de remboursement pour Medicare, mais l'effet n'est pas fort. (Cet effet, même s'il est faible, ne va pas dans le sens d'une meilleure efficacité de l'intégration verticale).

Carlin, Dowd, and Feldman (2015) étudient les acquisitions fin 2007 de trois groupes de cabinets médicaux multi-spécialités dans la région de Minneapolis–Saint Paul (Minnesota) par deux structures intégrées possédées par des hôpitaux (IDS)⁸⁰. Les auteurs trouvent des effets positifs de l'intégration verticale sur plusieurs indicateurs de qualité (indicateurs de process), mais des effets négatifs en ce qui concerne les hospitalisations évitables ("*ambulatory care-sensitive admissions*"). Plus précisément, l'intégration verticale est associée à des taux accrus de dépistage du cancer colorectal et du cancer du col utérin et à une utilisation plus appropriée du service d'urgence. L'intégration verticale a cependant dégradé l'indicateur d'hospitalisation évitable. En effet, la structure intégrée a moins intérêt à investir dans la prévention des hospitalisations que le cabinet non rattaché à un hôpital. Cette dégradation a été plus marquée pour celle des trois acquisitions qui a le plus perturbé la manière dont les patients étaient adressés à l'hôpital, suggérant en sus des incitations financières l'importance de la stabilité des relations cabinets/hôpitaux pour éviter les admissions qui peuvent l'être.

Carlin, Feldman, and Dowd (2017) considèrent les trois mêmes acquisitions de cabinets, en étudiant cette fois leur impact sur les prix des médecins. Ils utilisent pour ce faire les demandes de remboursement adressées à un important plan de santé privé. Les auteurs trouvent que quatre années après les acquisitions (en 2011 donc), les indices de prix moyens des médecins des cabinets acquis étaient supérieurs de 32 à 47% à leur niveau attendu en l'absence de la fusion. Pour les cabinets déjà présents dans la structure intégrée avant la fusion, le différentiel est de 14 à 20%. Les prix pour des procédures spécifiques (comme la consultation ordinaire) ont également augmenté à la suite des acquisitions. L'effet n'est pas entièrement négatif puisqu'il s'accompagne d'une hausse de la qualité comme on l'a vu ci-dessus (Carlin, Dowd, and Feldman (2015)).

Dans une troisième étude portant sur ces trois acquisitions de cabinets par des structures intégrées dans les Twin Cities, Carlin, Feldman, and Dowd (2016) trouvent un changement de l'adressage des patients des cabinets acquis après l'intégration verticale. Les patients sont moins souvent adressés vers les ressources qu'ils utilisaient avant l'intégration pour l'hospitalisation et l'imagerie en ambulatoire et plus souvent vers les équipements de la structure intégrée.

Dans le même esprit, Baker, Bundorf, and Kessler (2016) montrent comment la détention de cabinets médicaux par un hôpital affecte les choix d'hôpitaux par les patients. Les auteurs s'appuient sur des données d'hospitalisations de patients bénéficiaires de Medicare. Ces données appartiennent à l'identité du médecin avec l'identité du propriétaire du cabinet. Les auteurs trouvent que la probabilité que le patient choisisse l'hôpital est significativement plus grande quand l'hôpital détient le cabinet. Ils trouvent aussi que les patients sont davantage susceptibles de choisir un hôpital inefficace en termes de coût et de qualité quand le cabinet de leur médecin est détenu par l'hôpital en question.

2. Effets de la concentration des cabinets médicaux sur les dépenses, les prix, la qualité, les choix de procédures médicales

Koch, Wendling, and Wilson (2018) étudient l'impact de la structure du marché de la cardiologie sur les dépenses de Medicare et les résultats en termes de qualité des soins. Les auteurs se fondent sur des données de remboursement de Medicare (paiement à l'acte) sur la

⁸⁰ L'une des deux structures intégrées a acquis un groupe de cabinets, l'autre en a acquis deux.



période 2005-2012⁸¹. Ils trouvent que la consolidation du secteur conduit à des baisses de qualité statistiquement et économiquement significatives pour quatre types de population (patients traités pour hypertension, pathologie cardiaque chronique, pathologie cardiaque aiguë, et infarctus). Par exemple, ils trouvent que passer du 25-ième au 75-ième percentile de concentration est associé à une hausse entre 5% et 7% de la mortalité ajustée au risque pour trois des quatre catégories de population considérées. Les effets sont similaires pour plusieurs autres indicateurs de qualité, comme le taux de réadmission et la probabilité de visiter un service d'urgence ou de faire un infarctus.

Les auteurs trouvent également des dépenses plus élevées pour Medicare dans les marchés plus concentrés. Plus précisément, les dépenses de médecin baissent avec la concentration, mais les dépenses hospitalières augmentent davantage⁸², si bien que le coût total augmente pour Medicare. Comme indiqué plus haut, la concentration des médecins provient à la fois d'effets horizontaux (croissance de la taille des groupes de cabinets) et de l'intégration verticale (rachat de cabinets par des groupes intégrés qui ont déjà en leur sein des cabinets). Les auteurs reconnaissent que les effets qu'ils trouvent proviennent à la fois d'effets horizontaux et verticaux, et ne distinguent pas entre les deux.

Dunn and Shapiro (2018) étudient aussi le marché des cardiologues en se concentrant sur les patients admis en urgence pour une première attaque cardiaque. Ils trouvent notamment que les cardiologues dans les zones plus concentrées choisissent des procédures plus lourdes/intensives, s'agissant notamment des procédures de recherche de diagnostic pour lesquelles ils ont plus grande marge de manœuvre dans leur choix⁸³.

Sun and Baker (2015) trouvent un lien positif entre la concentration du marché des cabinets d'orthopédistes et les honoraires pratiqués pour la prothèse du genou⁸⁴. Sur la période 2001-2010, l'honoraire moyen était de 2537 dollars. Pendant cette période, la différence de prix moyen entre le premier et le quatrième quartile de concentration est de 168 dollars. Dans le même esprit, Austin and Baker (2015) trouvent que les comtés des Etats-Unis avec les plus forts taux de concentration ont des prix 8 à 26% plus élevés que les comtés les moins concentrés pour quinze procédures médicales courantes et coûteuses⁸⁵.

3. Annexe

Muhlestein and Smith (2016) montrent que la consolidation horizontale du secteur des cabinets médicaux s'est poursuivie sur la période récente, à savoir les années 2013 à 2015. Leur base de données comprend tous les médecins qui ont soumis des demandes de remboursement à Medicare. Fin 2015, la base comprend 152 328 cabinets distincts. En juin 2013, 22,5% des médecins travaillaient dans des cabinets comprenant un ou deux médecins, et 17,6% dans des cabinets de trois à neuf médecins. Deux ans plus tard, ces deux chiffres étaient tombés à 19,8% et 15,5%. Symétriquement, en juin 2013, 12,6% des médecins travaillaient dans des groupes de plus 500 médecins ; en décembre 2015, cette proportion était montée à 15,4%. Les auteurs trouvent que la consolidation est plus rapide chez les généralistes que chez les spécialistes. Nonobstant la consolidation, les cabinets de moins de dix médecins représentent encore en 2015 le tiers des médecins aux Etats-Unis.

⁸¹ Les auteurs disposent d'un échantillon de 5% des assurés Medicare, soit 2,5 millions de personnes par an.

⁸² La probabilité d'hospitalisation ainsi que la durée de séjour croissent également avec la concentration du marché.

⁸³ En revanche, sur cette population de patients, ils ne trouvent pas d'impact sur la mortalité.

⁸⁴ Leurs données portent sur des patients assurés par un important plan de santé privé.

⁸⁵ Ces procédures courantes concernent différents domaines : orthopédie, ORL, chirurgie générale...



Références

- Austin, D. R., and L. C. Baker (2015) : "Less physician practice competition is associated with higher prices paid for common procedures," *Health Affairs*, 34(10), 1753–1760.
- Baker, L. C., M. K. Bundorf, and D. P. Kessler (2016) : "The effect of hospital/physician integration on hospital choice," *Journal of Health Economics*, 50, 1–8.
- Carlin, C. S., B. Dowd, and R. Feldman (2015) : "Changes in quality of health care delivery after vertical integration," *Health services research*, 50(4), 1043–1068.
- Carlin, C. S., R. Feldman, and B. Dowd (2016) : "The impact of hospital acquisition of physician practices on referral patterns," *Health Economics*, 25(4), 439–454.
- (2017) : "The impact of provider consolidation on physician prices," *Health Economics*, 26(12), 1789–1806.
- Dranove, D., and C. Ody (2016) : "Employed for Higher Pay ? How Medicare Facility Fees Affect Hospital Employment of Physicians," *Unpublished paper*.
- Dunn, A., and A. H. Shapiro (2018) : "Physician competition and the provision of care : evidence from heart attacks," *American Journal of Health Economics*, 4(2), 226–261.
- Kane, C. K., and D. W. Emmons (2013) : "New data on physician practice arrangements : private practice remains strong despite shifts toward hospital employment," *American Medical Association*, 4(6), 1–16.
- Koch, T., B. Wendling, and N. E. Wilson (2018) : "Physician market structure, patient outcomes, and spending : an examination of Medicare beneficiaries," *Health services research*, 53(5), 3549–3568.
- Koch, T. G., B. W. Wendling, and N. E. Wilson (2017) : "How vertical integration affects the quantity and cost of care for Medicare beneficiaries," *Journal of Health Economics*, 52, 19–32.
- Muhlestein, D. B., and N. J. Smith (2016) : "Physician consolidation : rapid movement from small to large group practices, 2013–15," *Health Affairs*, 35(9), 1638–1642.
- Sun, E., and L. C. Baker (2015) : "Concentration in orthopedic markets was associated with a 7 percent increase in physician fees for total knee replacements," *Health Affairs*, 34(6), 916–921.

Annexe 10 : *Benchmark* de l'IRDES sur les modèles de prise en charge à l'étranger

Cette annexe a été rédigée par Lucie Michel et Zeynep Or de l'IRDES.

OBJECTIFS :

Cette recherche s'appuie sur une comparaison internationale afin d'analyser différentes formes d'organisation de la médecine spécialisée. L'objectif était de cerner de nouveaux modèles organisationnels et de financements intégrant des soins de spécialistes, les rôles et fonctions tenus par les spécialistes dans ces organisations, leur articulation, voire intégration, avec les acteurs des soins primaires. Il s'agissait aussi de comprendre quelles peuvent être les marges de transfert de certains soins hospitaliers vers l'ambulatoire, et les possibilités d'amélioration de la prise en charge et de la coordination des soins chroniques selon les besoins des patients.

L'analyse de 8 expériences étrangères détaillées ci-dessous vise à éclairer les enjeux suivants :

- Comment améliorer la prise en charge globale des patients en intégrant mieux les soins des spécialistes avec les soins primaires et le médico-social dans un parcours de soin ?
- Comment décloisonner les silos existants entre spécialités mais aussi entre soins primaires et secondaires et le médico-social ?
- Comment travaillent les médecins spécialistes dans des équipes pluri-professionnelles ?
- Quels sont les outils et organisations qui renforcent ce travail en équipe ?
- Quels types de financements pour faire émerger de nouvelles modalités d'organisation du travail ?

LES CAS ÉTUDIÉS :

– **Modèle de prise en charge du pied diabétique déployé en Toscane :**

Ce modèle s'appuie sur une approche centrée sur le patient avec un protocole de soins bien établi et accepté par les professionnels, visant à empêcher l'amputation du pied diabétique. Le rôle du spécialiste est bien défini dans un parcours de soins gradué où les patients sont stratifiés selon les risques par les médecins généralistes. Le médecin généraliste travaillant dans une maison de santé est chargé d'examiner le pied diabétique une fois par an. Il est responsable de l'ensemble du parcours du patient, et le diabétologue à l'hôpital est responsable de suivis similaires des patients plus complexes au sein d'une équipe multidisciplinaire (infirmière, chirurgien vasculaire, orthopédiste, cardiologue et interniste, podologue) intégrée dans une clinique du pied diabétique. Une infirmière de coordination de l'hôpital assure le lien entre la ville et l'hôpital. Par ailleurs, les infirmières territoriales, payées par la collectivité, sont chargées de la prévention et de l'éducation du patient à domicile. La prévention et le cas échéant, la bonne prise en charge des complications du diabète sont tellement complexes qu'elles appellent vraisemblablement des organisations *ad hoc*. De ce point de vue, ce modèle semble extrêmement intéressant et concourt aux bons résultats de l'Italie en termes d'amputations de pieds diabétiques (quelque 2000 par an contre 9000 environ en France).

– **Réseaux d'insuffisance cardiaque en Toscane :**

Les réseaux de prise en charge de l'insuffisance cardiaque en Toscane sont constitués des équipes hospitalières de cardiologie et de médecine vasculaire, et des médecins généralistes



qui travaillent dans des centres de soins ambulatoires intégrés (centres de santé, CS). Le modèle CS implique la co-localisation des généralistes, dans le même bâtiment avec des spécialistes, infirmières, travailleurs sociaux et administratifs. Les médecins généralistes et spécialistes effectuent au moins une partie de leur activité dans le CS.

Les principes communs qui définissent les CS sont : 1) travail en équipe 2) soins centrés sur le patient 3) meilleur accès aux soins (des horaires aménagés) 4) coordination et intégration de tous les aspects des soins et services sociaux 5) analyse comparative de la qualité (*benchmarking*) 6) audit et discussion systématique entre professionnels. Il s'agit à la fois d'intégration clinique, encourageant le lien entre différents niveaux de soins (soins primaires, secondaires et tertiaires) et d'intégration organisationnelle, compte tenu de la coordination des services et des efforts d'amélioration de la qualité parmi l'équipe qui partage une même vision de la qualité.

Ce modèle n'est pas sans rappeler les réseaux d'insuffisance cardiaque développés en France ces 15 dernières années. Cependant il souffre de la même limite : il est très centré sur la prise en charge au moment de l'hospitalisation (certes un enjeu très important : environ 150 000 hospitalisations pour insuffisance cardiaque en France chaque année), mais pas sur la prévention du risque cardiaque, un enjeu tout aussi essentiel.

– **Services gériatriques intégrés développés par la ville de Leeds en Angleterre :**

Leeds est divisée en 12 quartiers. Chaque quartier dispose d'une équipe de soins gériatriques intégrés payée à la capitation et à la qualité. Elle est composée d'assistantes sociales, d'infirmières et d'infirmières de pratiques avancées seniors, les *community matrons*, qui disposent du droit de prescription et qui orientent les patients vers les spécialistes le cas échéant. L'équipe travaille en lien direct avec les services de soins primaires (généralistes) et l'hôpital. Chaque équipe de soins intégrés a un gériatre référent qui est en contact téléphonique fréquent, participe aux réunions multidisciplinaires, et peut faire des visites à domicile si nécessaire. Ce modèle développé dans un cadre urbain n'est pas sans rappeler les équipes gériatriques mobiles mises en place à Toulouse par exemple. Le fait que les *community matrons* se rendent au domicile des personnes âgées permet de pallier le fait qu'en Angleterre, les médecins généralistes réalisent très peu de visites à domicile.

– **Le service respiratoire intégré de Wittington, en banlieue de Londres :**

Le modèle consiste en une *core team* multidisciplinaire et multiniveaux (ville et hôpital) financée par l'hôpital, principalement *via* le NHS local. L'équipe est composée de deux pneumologues "intégrés", d'infirmières spécialisées en insuffisance respiratoire, de physiothérapeutes, de psychologues, d'un conseiller en arrêt du tabagisme et de deux internes en pneumologie. Les pneumologues "intégrés", un nouveau rôle pour un spécialiste (un internat a été créé spécialement pour cette spécialité), travaillent étroitement avec les médecins généralistes et les assistantes sociales. Ils apportent de l'aide au diagnostic à partir des dossiers électroniques des patients et animent des réunions pluridisciplinaires avec les infirmières, les kinésithérapeutes et les travailleurs sociaux. L'information des patients est partagée entre l'hôpital, le médecin traitant et les assistantes sociales. Le pneumologue se déplace une demi-journée par semaine dans les maisons de santé, pour former les MG et discuter des cas complexes. Cette organisation tient beaucoup au fait qu'en Angleterre les médecins spécialistes sont à l'hôpital, ce qui rend nécessaire de faire sortir les soins hospitaliers vers la ville. En France, compte tenu de la part conséquente de pneumologues exerçant en cabinet (voir annexe 1), l'enjeu serait plutôt de développer les consultations avancées de pneumologues libéraux de ville, en particulier en MSP.

– **Les Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) allemands :**

Les *Medizinische Versorgungszentrum* dits « MVZ » sont des structures de ville héritées des centres de santé de l'ancienne Allemagne de l'Est regroupant des médecins généralistes et spécialistes en un même lieu physique. Les MVZ sont dirigés obligatoirement par des médecins, et peuvent disposer d'un accès à des plateaux techniques et à des blocs opératoires (via une acquisition directe ou une contractualisation avec des hôpitaux ou des cliniques). De taille très variable, elles comprennent en moyenne 6,6 médecins et incluent du personnel paramédical. L'exercice peut s'y faire en tant que médecin salarié (90% des médecins) ou en tant que médecin libéral conventionné. Le financement se fait dans le cadre du droit commun (tarification à l'acte). Ce modèle attire les jeunes médecins qui valorisent de plus en plus l'exercice regroupé et salarié. Certains MVZ appartiennent à des hôpitaux qui y voient l'opportunité de s'établir dans le secteur ambulatoire, d'attirer de la patientèle, de transférer certaines prestations en ambulatoire ainsi que de créer un réseau plus efficace.

– **Les paiements à l'épisode de soins (type *bundled payment*) développés aux Pays-Bas pour les soins liés à la maternité :**

Face à des taux de mortalité néonatale élevés dans les années 2000, les pouvoirs publics ont porté leur attention vers l'organisation du parcours de soins des femmes enceintes. Dans un cadre expérimental, les soins de maternité sont rémunérés au parcours dans 6 régions sur 11 afin d'encourager la mise en place de soins intégrés à responsabilité partagée entre professionnels de santé (obstétricien, sage-femme, auxiliaire-puéricultrice). Le paiement couvre les soins nécessaires pendant toute la période de la grossesse, l'accouchement et une semaine après l'accouchement, selon trois phases représentant 9 différents "bundle" stratifiés selon le niveau de risque. Des moyens sont aussi déployés pour favoriser la prévention avant et pendant la grossesse (surtout pour des femmes de milieu défavorisé).

– **Les départements multidisciplinaires d'oncologie en Caroline du Nord :**

La prise en charge des cancers urinaires et génitaux aux Etats-Unis étant souvent traitée par une chirurgie parfois très invasive, les oncologues du centre de prise en charge des cancers de l'Université de Caroline du Nord ont mis en place un service multidisciplinaire localisé au sein du département d'oncologie. Les médecins (chirurgiens, radiologues, oncologues et pathologistes) ont donc deux matinées par semaine consacrées aux visites des patients puis ils se réunissent le jeudi pour discuter de chaque cas collégalement. Une des plus-values de cette prise en charge réside dans l'intervention des « nurses Navigator », qui servent d'intermédiaire entre les différents médecins et le patient et vont gérer sa trajectoire selon les différentes étapes de son traitement, jusqu'à composer avec le patient un « plan de survie » *post cancer*.

– **Modèle de soins intégrés pour les patients dialysés en Caroline du Nord :**

L'équipe du service d'hépatologie de l'Université de Caroline du Nord a mis en place une expérimentation de prise en charge intégrée des patients souffrant d'insuffisance rénale avancée en renforçant le suivi dans les centres de dialyse ambulatoire. Une infirmière de pratique avancée (*Nurse Practitioner*) financée conjointement par l'hôpital et les centres de dialyse est chargée de suivre les patients à la sortie de l'hôpital dans les centres de dialyse et d'assurer des soins primaires directement dans le centre. Elle a donc une vision globale des problèmes médicaux du patient, elle fournit des soins courants et elle permet au patient de mieux « naviguer » dans le système de soin. Enfin, elle est en lien constant avec les médecins spécialistes, permettant une coordination et un suivi réguliers.



SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS

Une nécessité partagée de décloisonner l'organisation des soins en silos

Ces nouvelles formes d'organisations innovantes naissent des mêmes contraintes économiques, démographiques et épidémiologiques inhérentes aux systèmes de santé des pays industrialisés, qui remettent en cause les modes de prise en charge traditionnels en silo.

La problématique du "décloisonnement" de la prise en charge qui nécessite une meilleure coordination des différents niveaux de soins est commune à tous les pays étudiés. Dès lors la question de l'organisation de la médecine spécialisée se pose du point de vue du rôle des spécialistes dans un parcours de soins coordonnés qui est plus large que la prise en charge par les spécialistes en ville et à l'hôpital.

A travers ces exemples, dans chaque pays, il existe un fort consensus sur, d'une part, la nécessité d'améliorer la coordination entre les soins secondaires, les soins primaires et le secteur médico-social et, d'autre part, le besoin de réduire le nombre d'hospitalisations des patients atteints de maladies chroniques.

Ces objectifs sont portés également par des spécialistes, qui travaillent traditionnellement à l'hôpital, appuyés par des équipes pluriprofessionnelles, partant d'une vision commune d'un parcours de soin pour une pathologie ou une population donnée.

Ainsi, les modèles qui fonctionnent se forment sur des recommandations cliniques consensuelles et des objectifs de soins partagés entre tous les professionnels de santé. Il s'agit de définir un parcours de soins dans lequel les responsabilités de chaque professionnel de santé sont clairement établies par des protocoles partagés.

Il n'y a pas un mode de financement unique qui est commun dans les différents cas étudiés, mais on constate sans ambiguïté que les incitations financières pour les professionnels de santé et pour les hôpitaux impliqués sont bien alignées avec les objectifs de soins.

Une recomposition des frontières traditionnelles séparant les soins primaires, les soins secondaires et soins médico-sociaux

Pour permettre la création de parcours décloisonnés et fluides entre soins primaires, secondaires et services médico-sociaux, les équipes misent souvent sur le partage des responsabilités mais aussi sur une organisation des soins à fort ancrage pluriprofessionnel. Leur approche part toujours d'une vision holistique du patient, celui-ci étant intégré aux réflexions sur l'organisation des soins.

- ***La définition préalable d'un parcours de soins à responsabilités partagées centré sur le patient***

La définition d'un parcours de soins et des objectifs de qualité partagés par tous les professionnels semble être un prérequis pour reconsidérer les responsabilités des différents professionnels de santé, y compris les spécialistes, et intégrer de nouvelles dimensions des soins. Ceci nécessite :

- Une réflexion commune sur les besoins des patients ;
- Un consensus médical autour d'une prise en charge spécifique. On constate que ce consensus émerge toujours d'une synergie ascendante : les protocoles sont rédigés par des équipes pluri-professionnelles et testés avant leur mise en œuvre, ce qui permet de favoriser l'adhésion des différents professionnels de santé ;

- Un parcours de soins gradué avec une stratification de la population à risque (avec des outils communs simples et intuitifs) ;
- Un partage des responsabilités entre les spécialistes, généralistes, infirmières, professionnels paramédicaux et médico-sociaux selon les besoins du patient ;
- Une vision claire et partagée de la responsabilité de chacun à travers un protocole commun

Par exemple, en Italie (Toscane), le rôle du spécialiste dans la prise en charge du pied diabétique repose sur le suivi des patients considérés comme complexes (*cf.* index international Windsor) selon une approche centrée sur le parcours, quel que soit le lieu où sont dispensés les soins. Le spécialiste assume la responsabilité du patient en garantissant, selon les besoins, une prise en charge appropriée dans les 24 ou 72 heures si un patient présente des lésions graves. Il participe aussi à la formation des infirmières et des médecins généralistes qui font partie de leur réseau. Les médecins généralistes sont responsables du suivi des patients peu à moyennement complexes et, avec les infirmières, ils sont en charge de la prévention et du dépistage précoce des lésions.

La volonté d'intégrer le point de vue des patients dans la définition du parcours et dans la structuration des services a été observée dans tous les projets. Toutes les initiatives sont fondées sur une vision holistique du patient et de ses besoins. Leurs avis et retours d'expérience sont pris en compte dans le *design* de toutes ces politiques et leur intervention dans l'organisation de leurs soins est fondamentale. Leur expérience spécifique est de plus en plus évaluée de façon régulière, notamment avec le développement de différentes mesures de PREM (*Patient Reported Experience Measures*) et PROM (*Patient Reported Outcome Measures*).

- En Italie, ces mesures ne sont plus uniquement calculées sur un seul épisode de soins mais sur toute la prise en charge du parcours.
- En Hollande, les femmes enceintes sont régulièrement consultées, elles ont la possibilité de décider de leur propre parcours de soins au début de la grossesse ; ceci est écrit et partagé entre les professionnels de santé impliqués.
- **L'émergence d'équipes pluri professionnelles**

Dans tous les cas étudiés, la prise en charge des patients atteints de maladie chronique implique toujours divers professionnels de santé et médico-sociaux : il n'y a pas de modèle organisationnel innovant centré exclusivement sur les spécialistes.

Ces équipes sont plus ou moins « intégrées » en ce qui concerne le financement ou le lieu de travail mais elles partagent la même volonté de décloisonner les silos habituels pour travailler ensemble et proposer un parcours de soins cohérent et coordonné.

Ces équipes comprennent des médecins spécialistes et généralistes, des infirmières et d'autres paramédicaux (souvent des kinésithérapeutes et psychologues) et d'autres professionnels de santé médicaux, ou médico-sociaux.

Il existe une multiplicité de professionnels impliqués et de leurs niveaux de qualification :

- Les équipes s'appuient souvent sur des professionnels paramédicaux, dont certains de "pratique avancée", comme des infirmières ou kinésithérapeutes qui ont un rôle de coordinateur et de « pont » entre les différents silos ;
- On trouve aussi des métiers peu connus en France comme les assistants médicaux, les adjoints aux médecins ou les infirmières territoriales.



Dans tous les cas, ces équipes se réunissent régulièrement (souvent de manière hebdomadaire lors de réunions non hiérarchiques) pour échanger des informations sur les patients suivis et pour coordonner leurs actions.

- **Qui ne bénéficient pas forcément d'un système d'information intégré pour la coordination**

Si le partage d'information est un enjeu essentiel du travail au sein de, et entre différents secteurs, dans aucun des cas étudiés n'existe un système d'information intégré permettant de partager des dossiers médicaux entre différents secteurs.

Mais des outils comme une messagerie nationale sécurisée, tel que le « *NHS mail* » en Angleterre, peuvent permettre aux professionnels d'échanger entre eux le contenu entier des dossiers médicaux.

Cependant, dans la majorité des cas, les difficultés technologiques et juridiques représentent un frein au développement de systèmes de partage d'information fiables.

Les solutions trouvées par les acteurs sont donc plutôt informelles (par exemple, communautés WhatsApp où s'échangent des informations sur les patients) et reposent plus souvent sur les professionnels de santé à l'interphase entre plusieurs systèmes d'information (de l'hôpital, des centres de santé, etc.).

- Par exemple, l'infirmière de dialyse aux Etats-Unis utilise sa possibilité d'accéder aux dossiers de l'hôpital et du centre de dialyse ambulatoire pour y dupliquer ses observations et faire le pont avec les spécialistes à l'hôpital.
- De même, "l'équipe respiratoire" intégrée de Whittington, en Angleterre, compte sur les pneumologues « à l'interface » travaillant en ville qui ont accès aux dossiers à la fois des centres de soins primaires et de l'hôpital. Dans des réunions hebdomadaires, ces dossiers sont complétés par des informations des intervenants à domicile.

Les solutions trouvées pour partager l'information et la coordination n'émanent donc pas du système d'information mais de la volonté des professionnels de travailler ensemble.

Des professionnels pivots favorisant la coordination entre soins primaires et secondaires

Dans les pays étudiés, les infirmières très souvent de pratique avancée ou spécialisées sont employées à l'hôpital, au sein des communautés, des cabinets de médecine générale et parfois même directement salariées des régions pour mieux coordonner le parcours de soins.

Leur rôle de coordination et de « navigation » est un maillon essentiel de la prise en charge pluriprofessionnelle et intégrée.

- En Angleterre, les *Community Matrons*, des infirmier.ière.s de pratique avancée, spécialisé.es dans la gestion des patients complexes à domicile, qui ont été créées il y a plus de dix ans, sont aujourd'hui au cœur de la prise en charge des personnes âgées. Leur expertise clinique et leur expérience leur permettent d'identifier les besoins des patients selon une vision holistique, de prescrire certains médicaments, d'assurer l'éducation des patients et de vérifier la conciliation médicamenteuse afin de réduire les hospitalisations et autres événements indésirables.
- Aux Etats-Unis, les infirmières navigatrices en oncologie, qui sont employées par l'hôpital, apportent une plus-value dans le parcours de soins reconnue par l'hôpital, lequel investit tous les ans dans de nouveaux postes. En effet, les infirmières



navigatrices aident les patients à se repérer dans le système de soins, à toutes les étapes de leur traitement du cancer.

- En Caroline du Nord, les infirmières de pratique avancée, employées par l'hôpital, travaillent dans des centres de dialyses et délivrent des soins primaires aux patients dialysés, qui relèvent en France d'un médecin généraliste.

On trouve également de plus en plus de professionnels de ville qui travaillent à l'hôpital pour améliorer l'organisation des sorties.

- En Angleterre, des infirmières de soins primaires et des généralistes peuvent travailler à temps plein ou partiel à l'hôpital. Ils sont souvent financés conjointement par l'hôpital et les communautés. Par exemple, des médecins généralistes sont employés aux urgences hospitalières pour effectuer des premiers soins et le triage. De même, des infirmières qui ne sont pas salariées de l'hôpital, mais payées par la communauté, aident à la coordination des sorties d'hospitalisation. Elles travaillent dans l'enceinte de l'hôpital et ont accès aux dossiers médicaux informatisés mais aussi à ceux des centres de santé et sociaux.
- En Italie, les infirmières de la clinique du pied diabétique se chargent de préparer des dossiers à destination des médecins généralistes pour les guider sur les soins à prodiguer au patient de retour à domicile.

Une nouvelle manière de penser les rôles professionnels

Ces nouvelles formes d'organisations sont innovantes et impliquent une reconfiguration des rôles professionnels à tous les niveaux. Les spécialistes sont appelés à s'impliquer dans la formation et la coordination en soins primaires, et les rôles de chacun deviennent plus évolutifs pour s'adapter aux évolutions constantes des besoins de soins.

Des spécialistes de plus en plus investis en soins primaires

On constate une évolution importante du rôle des spécialistes qui soignent traditionnellement les patients dans la phase aiguë d'une pathologie.

Les exemples innovants montrent la volonté des spécialistes de s'impliquer dans le suivi des autres étapes de la maladie pour mieux gérer sa chronicité, plutôt qu'être réactifs à un problème de santé qui est souvent la conséquence d'une mauvaise gestion.

Ainsi, ils acceptent à la fois de déléguer certaines tâches et responsabilités aux autres membres de l'équipe et de prendre de nouvelles responsabilités. Ils jouent souvent le rôle de référents/experts et s'impliquent dans la formation continue des professionnels de santé en ville (médecins généralistes et infirmiers) pour assurer la prévention et un suivi effectif. Le spécialiste peut dès lors conseiller les médecins généralistes et les paramédicaux sur une prise en charge adaptée de certains patients. En Angleterre les spécialistes, en étudiant les dossiers médicaux rédigés par les généralistes, les orientent sur le bon diagnostic des patients atteints de Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et leurs proposent des formations personnalisées directement au cabinet. En Italie, les diabétologues organisent la formation des médecins généralistes et des infirmières à la détection des lésions cutanées de patients diabétiques et les accompagnent aussi suite à une lésion grave par l'envoi de protocole personnalisé dès le retour à domicile du patient.

- Dans la plupart des pays, comme en Italie et aux Etats-Unis, les ponts entre les soins secondaires et primaires se font par l'intermédiaire d'équipes pluri professionnelles dans lesquelles le spécialiste peut avoir un rôle de coordinateur, de consultant, de formateur mais aussi de pivot.

- 
- En Angleterre, le rôle de spécialiste « à l'interface » entre l'hôpital et la ville est reconnu à travers la création d'un nouveau diplôme. Ces médecins ne sont pas pour autant à la tête d'une nouvelle équipe mais se positionnent comme des experts, des consultants au service de l'équipe pluriprofessionnelle. Leur accès aux données médicales des patients suivis en ville, à l'hôpital et par des services sociaux facilite les échanges.

De nouveaux rôles qui sont désormais flexibles et évolutifs

Les cas étudiés illustrent à quel point les visions traditionnelles des professions et les identités professionnelles elles-mêmes sont en redéfinition.

Alors que les réflexions sur les ressources humaines en santé partent souvent du principe que chaque profession a des compétences, des pratiques et des rôles qui lui sont propres, on observe de plus en plus de nouveaux rôles « à la frontière ».

La France développe actuellement les pratiques avancées infirmières, mais les pays anglo-saxons ont investi dans la formation de ces professionnels de santé depuis les années 1960. Ainsi, dans les cas étudiés on constate l'émergence de nombreux nouveaux rôles paramédicaux dès qu'apparaissent des besoins de services non satisfaits.

Ces rôles peuvent être reconnus et valorisés par des diplômes ou des certifications comme l'ont été les *Community Matrons* en Angleterre, ou s'ajouter aux fonctions classiques des professionnels de façon informelle.

On observe souvent que les compétences et missions de ces professionnels sont en constante redéfinition. Toutefois, pour pouvoir redéfinir/modifier les missions et fonctions des professionnels de santé en fonction des besoins des populations, il faut pouvoir créer des conditions de pratiques plus flexibles.

- L'exemple le plus concret de cette flexibilité concerne la fonction de navigateur-riche des soins qui, selon les pays et les besoins, peut être : une infirmière, une infirmière de pratique avancée, un kinésithérapeute, ou une assistante sociale, et même parfois, un spécialiste comme les obstétriciens pour certains patients aux Pays-Bas.

Dans la plupart des cas, cette flexibilité est rendue possible par une reconnaissance, par les pairs et par la législation, de nouvelles responsabilités et de nouvelles compétences.

- Par exemple en Angleterre, les kinésithérapeutes peuvent prescrire des traitements pour les patients atteints de BPCO selon des critères bien définis et grâce à une certification.
- De même, les *Community Matrons* ont le droit de prescrire mais le font selon des protocoles bien établis avec les généralistes et les spécialistes.

Vers une éducation interprofessionnelle ?

Cependant, ces nouveaux rôles ne vont pas toujours de soi et leur caractérisation même est si évolutive qu'ils sont difficiles à saisir et à reproduire.

On peut dès lors s'interroger sur les processus de professionnalisation, c'est-à-dire d'apprentissage auprès des pairs, et se demander à qui ces professionnels peuvent s'identifier. La question souvent sous-jacente à la redéfinition des professions est la stratification sociale. En effet, les gains sont différents entre les professions, la reconnaissance sociale aussi et l'intériorisation des formes hiérarchiques se fait lors de la formation.

Les exemples étudiés montrent que les nouveaux rôles et les nouveaux métiers mais aussi les nouveaux professionalismismes peuvent s'acquérir lors de la formation initiale mais aussi



continue. Dans la plupart des exemples, les spécialistes forment les médecins généralistes et les infirmières sur les prises en charges spécifiques à travers des séances de formation mais aussi par des échanges réguliers. Les membres des équipes pluridisciplinaires sont formés autour de mêmes valeurs et de mêmes principes de soins, pour utiliser les mêmes outils et critères. Mais il faut aussi renforcer la formation initiale pour préparer les jeunes professionnels aux nouveaux rôles qui nécessitent plus de flexibilité et de capacité à travailler en équipe.

- Aux Etats-Unis par exemple, l'éducation interprofessionnelle dès la première année d'études médicales et paramédicales a pour vocation l'acquisition de savoirs nouveaux comme savoir travailler en équipe. Les professionnels déjà en poste sont aussi formés à de nouvelles compétences de coopération.
- En Angleterre, le statut des spécialistes intégrés a été reconnu par l'internat de « *Integrated respiratory registrar* ». Une nouvelle spécialité émerge donc qui n'est plus seulement hospitalière mais forme des spécialistes à pratiquer dans la communauté.

Une approche populationnelle de l'intégration des soins qui s'organise au niveau local

La plupart des cas étudiés cible des patients concernés par une pathologie/condition spécifiques sur un territoire donné (femmes enceintes, patients diabétique, etc.).

Les exemples illustrent des organisations de soins orientées vers des personnes qui partagent le même environnement local, pour lesquelles les professionnels de santé se sentent responsables au-delà d'un seul épisode de soins. Les initiatives viennent toujours des équipes locales qui sont soutenues par leurs établissements et des autorités locales.

- En Angleterre, cette approche ciblée évolue de plus en plus vers une approche globale prenant en compte toute la population à risque, en amont donc de la maladie. Dans le cas de Leeds, après avoir investi d'abord dans la prise en charge des personnes âgées fragiles, la ville a décidé d'accompagner toutes les personnes âgées de la municipalité par des mesures de prévention active pour prévenir les hospitalisations évitables et les événements indésirables.

Cette approche populationnelle organisée et financée au niveau local, soit par des autorités locales, soit par des assureurs, crée un changement de paradigme concernant la manière de penser les besoins et prévisions en termes de ressources humaines. Cette approche populationnelle est rendue possible par une décentralisation des décisions d'allocation des ressources (financement des soins), peu importe le financement global du système de santé. Aux Pays Bas, le système de compétition régulée, dans lequel les assurés peuvent choisir leurs assureurs, permet aux assureurs privés d'engager des fournisseurs de soins d'une région sur la base d'objectifs de qualité pour leur population. En Angleterre où le budget du NHS est attribué aux régions par une formule de capitation, le financement des soins est encore plus décentralisé à travers les CCG qui ont une grande flexibilité pour allouer les ressources au niveau local.

L'intégration de la prise en charge est le résultat d'une réflexion collective des professionnels de santé locaux à la meilleure manière de prendre soin de la population de leur territoire.

La réponse de plus en plus souvent apportée concerne moins le besoin d'un plus grand nombre de professionnels que la délégation des tâches et des responsabilités entre eux.

Ainsi, la question traditionnelle qui consiste à savoir s'il y aura assez de médecins, d'infirmières et de professionnels de santé sur un territoire dans les années à venir pour répondre à la



demande est remplacée par : comment peut-on mieux déployer les professionnels existants au sein d'équipes interprofessionnelles pour répondre aux besoins des patients ?

Des incitations financières appropriées et alignées avec des objectifs de soins

- ***Le mode de paiement est un outil parmi d'autres pour améliorer la prise en charge des patients***

Si la question des modes de paiement adéquats pour encourager l'innovation dans l'organisation des soins est essentielle, c'est souvent le dernier maillon des dispositifs qui soutiennent une vision des soins intégrés.

- Aux Pays-Bas, où est testé un mode de paiement à l'épisode de maternité (*maternity care bundles*), le modèle de financement a été le résultat d'un long processus lors duquel les professionnels de santé ont identifié des problèmes dans la prise en charge de la maternité et ont établi une vision plus intégrée pour réduire la mortalité maternelle et néonatale. Ainsi, le *bundle* soutient une organisation de soins en proposant des paiements intégrés pour un groupe de professionnels de santé qui se proposent de travailler ensemble. Le paiement global à l'épisode de maternité assure là encore que les professionnels impliqués ne sont pas perdants financièrement en améliorant la qualité.
- ***Pas de modèle de financement unique, mais des incitations financières à l'intégration des soins***

Il n'y a pas de modèle de financement unique associé aux exemples innovants étudiés.

Toutefois, dans chacun de ces modèles, la plupart des professionnels impliqués, notamment les spécialistes, sont rémunérés sur une base salariale ou par capitation (parfois complétée par des paiements à l'acte). Ceci facilite la collaboration entre les professionnels de santé car le « partage » des patients et des responsabilités ne constitue pas un risque financier.

Il existe toutefois, presque toujours, des paiements incitatifs (à la fois pour les hôpitaux et les professionnels de santé) afin d'encourager les professionnels à travailler avec les mêmes objectifs de qualité et à investir dans une collaboration au-delà de leur secteur (ce qui nécessite du temps et de l'énergie supplémentaires).

Cette démarche de qualité est toujours soutenue par des mesures de qualité qui ciblent la coordination et le parcours de soins. Ces mesures sont utilisées à la fois pour un *benchmarking* local pour aider les professionnels à identifier les bonnes pratiques et leur donner les moyens de changer les pratiques. L'effort des professionnels de santé pour améliorer la coordination des soins est reconnu et souvent rémunéré.

- En Angleterre, les MG et les spécialistes hospitaliers reçoivent des paiements forfaitaires (pour une demi-après-midi par semaine) pour échanger des dossiers et collaborer.

De façon générale, l'intégration des soins ne génèrent pas toujours les économies attendues, au moins à court terme. Changer les modes d'organisation des soins est souvent coûteuses, car il faut inciter les professionnels à adhérer au dispositif et à proposer de nouveaux services.

- ***Modification de la T2A pour intégrer les objectifs de coordination***

Dans tous les exemples étudiés, les financeurs et acheteurs garantissent, d'une manière ou d'une autre, que les professionnels de santé et les hôpitaux impliqués dans ces démarches de qualité ne sont pas perdants en améliorant les parcours de soins.

La Tarification à l'activité (T2A), utilisée dans la plupart des pays étudiés (sauf en Italie), qui lie le financement des hôpitaux à leur volume d'activité, représente un risque financier pour les



établissements qui souhaitent investir dans la prévention et la coordination pour réduire les hospitalisations évitables.

De ce fait, les modèles de T2A ont évolué rapidement pour intégrer des objectifs de qualité et de coordination avec les secteurs des soins primaires et du médico-social.

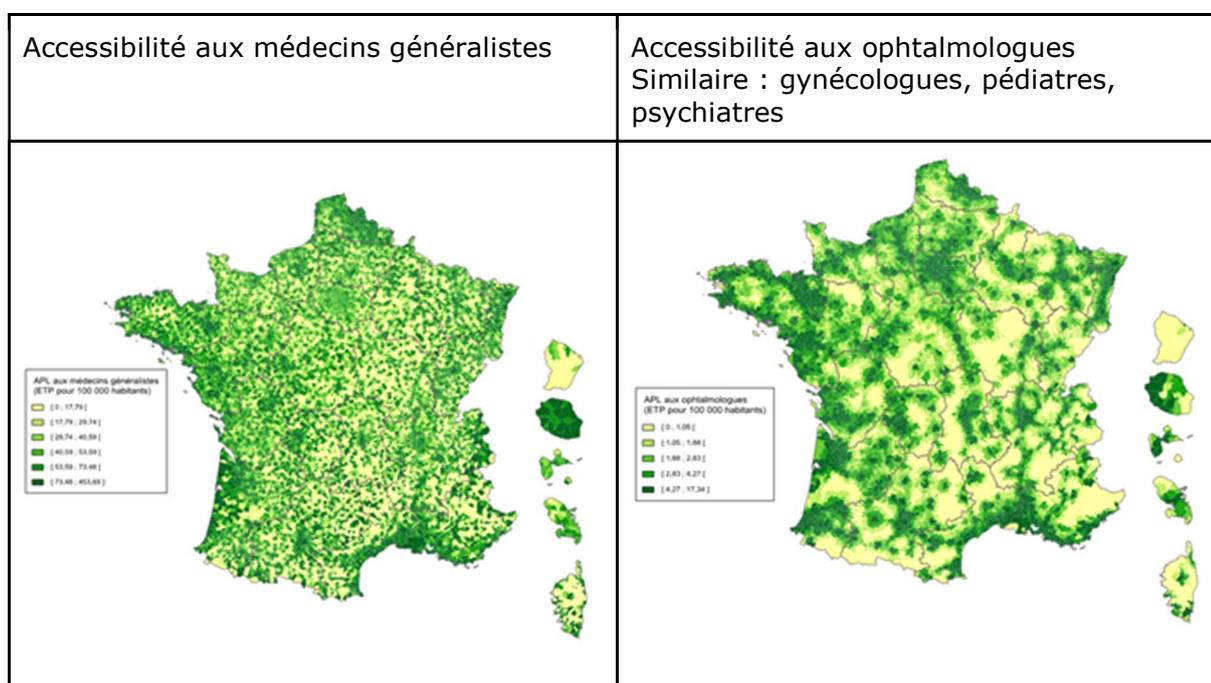
- Aux Etats-Unis, les hôpitaux concernés sont soutenus par des contrats ACO (*Accountability Care Organization*), mais aussi par des financements liés à la qualité, qui leur donnent la flexibilité budgétaire pour recruter des infirmières de navigation ou de coordination, et mettre en place des actions médico-sociales.
- Aux Pays-Bas, le paiement à l'épisode est testé pour inciter les hôpitaux à réduire les accouchements très médicalisés.
- En Angleterre, depuis très longtemps, les établissements bénéficient des paiements à la qualité en sus de leur financement par la T2A. Pour la BPCO, les indicateurs utilisés concernent l'organisation de la sortie et nécessitent des interventions en collaboration avec les professionnels de soins primaires et du secteur médico-social. Les paiements à la qualité (*respiratory bundle*) sont directement attribués à l'équipe respiratoire intégrée.
- Plus récemment, l'Angleterre a testé de nouveaux contrats appelés contrats d'incitations financières alignées (*Aligned incentives contracts*) alternatifs à la T2A visant à assurer des nouveaux services financièrement viables (du point de vue des financeurs et établissements) pour la population locale. L'objectif est de garantir un niveau de revenu stable aux établissements de santé, leur permettant ainsi de conserver les économies réalisées grâce à une meilleure organisation du parcours de soins et à la réduction des hospitalisations. Pour les hôpitaux, cet accord permet une budgétisation plus flexible et facilite l'innovation organisationnelle avec une gestion plus souple du temps de travail du personnel pour une meilleure satisfaction des patients. Pour les financeurs, cela facilite également la négociation et le financement des services et postes pivots entre l'hôpital, les soins primaires et le domicile.

Annexe 11 : L'accessibilité géographique à la médecine spécialisée

La France, comme de nombreux pays de l'OCDE, est confrontée à des problèmes de raréfaction et de répartition inégale de la ressource humaine en santé. Pour éclairer ces questions, le HCAAM a confié à l'IRDES, en collaboration avec l'Observatoire de la santé d'Ile de France, une étude sur l'analyse des inégalités spatiales d'accès aux médecins spécialistes, dont les résultats seront disponibles en 2020. Cette annexe fournit quelques éléments descriptifs issus de travaux de la DREES, en complément du dossier qu'avait réalisé la DREES pour le HCAAM en mars 2017, et dont la partie 4 traitait de la répartition territoriale des médecins spécialistes.

Même si la densité médicale moyenne en France est aujourd'hui équivalente à celle de l'ensemble des pays de l'OCDE (3,3 médecins pour 1000 habitants), les projections de la DREES prévoient une baisse de la densité médicale, notamment libérale, jusqu'en 2025. La rhumatologie, l'ophtalmologie, la dermatologie, la radiologie, l'ORL et la médecine du travail sont particulièrement concernées. A cette baisse des densités médicales s'ajoutent de fortes disparités géographiques entre et au sein des régions françaises.

Concernant les professionnels libéraux et mixtes, la répartition territoriale des médecins spécialistes est moins homogène que celle des paramédicaux, elle-même moins homogène que celle des médecins généralistes (cf. cartes).



Source : DREES, données 2013 (actualisation en cours par l'IRDES). L'indicateur d'Accessibilité potentielle localisée (APL) a été élaboré conjointement par la DREES et l'IRDES. Cet indicateur synthétique s'interprète comme un nombre de consultations/visites accessibles pour chaque habitant (cf. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? DREES, 2017).

Les médecins spécialistes sont sur-représentés dans les communes des grands pôles urbains et en particulier dans l'Unité urbaine de Paris (cf. tableau). Concernant le rapport inter-décile (rapport entre l'accessibilité des 10 % des habitants les mieux dotés et des 10 % des habitants les moins bien notés), les écarts pour les spécialistes sont très marqués, jusqu'à pratiquement 20 pour les psychiatres libéraux et mixtes (contre 2,8 pour les médecins généralistes et 4 pour les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes - cf. tableau).

Tableaux : Inégalités de répartition des médecins libéraux et mixtes

En ETP pour 100 000 habitants						
	Médecins généralistes	Chirurgiens-dentistes	Gynécologues	Ophthalmologues	Pédiatres	Psychiatres
Grands pôles						
Unité urbaine de Paris						
(écart type)	55 (10,4)	49 (20,1)	9 (3,0)	8 (2,7)	5 (1,5)	13 (9,5)
Évolution 2010-2013 (en %)	-3	-1	-1	-3	-7	-3
Communes des pôles (hors unité urbaine de Paris)						
(écart type)	81 (19,0)	61 (22,9)	9 (3,7)	7 (2,9)	4 (2,3)	10 (8,0)
Évolution 2010-2013 (en %)	-2	2	-1	-6	-3	-3
Communes des couronnes						
Communes urbaines						
(écart type)	73 (21,7)	46 (21,8)	4 (2,2)	4 (2,0)	2 (1,4)	4 (3,0)
Évolution 2010-2013 (en %)	-3	3	-3	-8	-4	-1
Communes rurales						
(écart type)	49 (26,6)	22 (17,6)	4 (2,0)	3 (1,9)	2 (1,2)	3 (2,4)
Évolution 2010-2013 (en %)	-2	3	-3	-8	-5	-2
Moyens et petits pôles						
Communes des pôles						
(écart type)	82 (25,2)	56 (26,2)	3 (2,0)	3 (2,3)	1 (1,5)	2 (2,1)
Évolution 2010-2013 (en %)	-2	0	-13	-12	-7	-4
Communes des couronnes						
(écart type)	49 (28,6)	22 (18,8)	2 (1,7)	3 (1,8)	1 (1,0)	2 (1,7)
Évolution 2010-2013 (en %)	-2	0	-11	-12	-11	-6
Communes isolées hors influence des pôles						
(écart type)	65 (43,5)	28 (31,2)	1 (1,3)	1 (1,4)	1 (1,1)	1 (1,3)
Évolution 2010-2013 (en %)	-4	-1	-12	-11	-12	-2
Ensemble						
(écart type)	69 (26,2)	48 (26,9)	7 (4,1)	6 (3,4)	3 (2,3)	8 (7,8)
Évolution 2010-2013 (en %)	-2	1	-3	-7	-6	-4

En ETP pour 100 000 habitants						
	Médecins généralistes	Chirurgiens-dentistes	Gynécologues	Ophthalmologues	Pédiatres	Psychiatres
Premier décile	36,3	13,2	1,5	1,7	0,5	1
Dernier décile	100,7	83,2	12,4	10,4	6,6	18,6
Rapport interdécile (sans unité)	2,8	6,3	8,3	6,1	13,8	19,4
Évolution 2010-2013 (en %)	1	4	10	9	9	-1

Source : DREES ; Equivalents temps-plein pour 100 000 habitants

Il existe en outre un risque de renforcement de ces inégalités, puisque les médecins âgés de plus de 55 ans sont répartis de manière plus homogène que leurs confrères les plus jeunes ; c'est particulièrement vrai pour les psychiatres, et dans une moindre mesure pour les rhumatologues et les dermatologues (la région parisienne constitue un cas particulier : alors que la densité de spécialistes y est aujourd'hui forte à très forte, elle se situe parmi les 25% de zones les moins bien dotées en médecins de moins de 55 ans pour la dermatologie, la gastro-entérologie, l'ORL, la rhumatologie).

Des délais d'attente importants pour certaines spécialités

D'après l'enquête menée par la DREES en 2016-2017, dans certaines spécialités médicales, les délais d'attente moyens avant de pouvoir consulter sont de plus de deux mois : 61 jours en dermatologie et 80 jours en ophtalmologie. Ils sont en moyenne de 3 semaines chez le pédiatre et le radiologue, 1 mois chez le chirurgien-dentiste, environ 1 mois et demi chez le gynécologue et le rhumatologue et 50 jours chez le cardiologue. Ces moyennes masquent toutefois d'importantes différences. Chez l'ophtalmologiste, un quart des demandes de rendez-vous aboutissent dans les 20 jours, mais la moitié se matérialise plus de 50 jours après et un quart plus de 110 jours après. Le délai d'attente dépasse 189 jours dans 10 % des cas. Les disparités les plus marquées concernent les délais d'attente chez le radiologue : le troisième quartile (borne inférieure des 25 % des délais les plus longs) est 6,8 fois supérieur au premier quartile (borne supérieure des 25 % des délais les plus courts). Ce rapport interquartile est de 5,6 chez l'ophtalmologiste, 5,3 chez le chirurgien-dentiste, 4,6 chez le dermatologue et 3,9 chez le cardiologue.

Les délais d'obtention d'un rendez-vous sont plus importants pour les habitants des communes où l'accessibilité aux professionnels de santé est la plus faible. Chez l'ophtalmologiste, si une prise de contact sur deux aboutit à un rendez-vous en 52 jours, ce délai médian grimpe à 79 jours pour les demandes émanant du quart des patients résidant dans les communes où l'accessibilité est la plus faible. Il baisse à 40 jours pour les requêtes de patients résidant dans les communes où elle est la plus forte.

C'est dans les couronnes rurales des grands pôles, dans les communes hors influence des pôles et dans les périphéries des petits et moyens pôles que l'accessibilité aux médecins est la plus faible. C'est également dans ces communes que les délais d'attente sont parmi les plus longs. Alors que le délai médian d'obtention d'un rendez-vous chez un ophtalmologiste est de 29 jours dans l'unité urbaine de Paris, bien dotée en ophtalmologistes, il est de 71 jours dans les communes hors influence des pôles, de 76 jours dans les communes des grands pôles ruraux et de 97 jours dans les communes des petits et moyens pôles, lesquelles sont parmi les moins bien dotées en ophtalmologistes.

Tableau : Délais d'attente d'obtention d'un rendez-vous selon les spécialités (répartition)

	En nombre de jours					
	Moyenne	Premier décile	Premier quartile	Médiane	Troisième quartile	Dernier décile
Médecins généralistes	6	0	0	2	5	11
Médecins spécialistes						
Cardiologue	50	7	17	37	66	104
Dermatologue	61	6	20	50	92	126
Gynécologue	44	5	14	32	58	93
Ophtalmologiste	80	4	20	52	112	189
Pédiatre	22	0	0	8	34	64
Radiologue	21	1	4	11	27	48
Rhumatologue	45	3	13	31	59	96
Autre professionnel de santé						
Chirurgien-dentiste	28	2	7	17	37	67

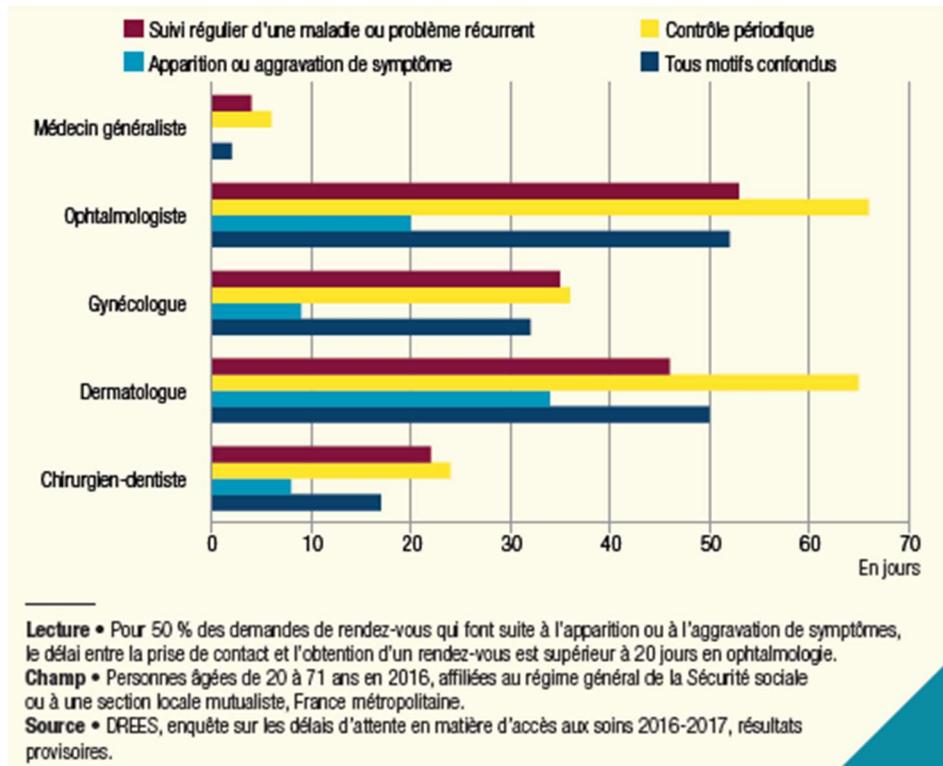
Note • Les effectifs sont pondérés.

Lecture • En moyenne, chez les médecins généralistes, il s'écoule 6 jours entre la prise de contact et le rendez-vous. 25 % des prises de contact aboutissent à un rendez-vous dans la journée, 50 % en 2 jours ou moins et 50 % en plus de 2 jours ; 10 % des demandes se concluent par un rendez-vous dans un délai d'au moins 11 jours.

Champ • Personnes âgées de 20 à 71 ans en 2016, affiliées au régime général de la Sécurité sociale ou à une section locale mutualiste, France métropolitaine.

Source • DREES, enquête sur les délais d'attente en matière d'accès aux soins 2016-2017, résultats provisoires.

Tableau : Délais d'attente médians d'obtention d'un rendez-vous selon le motif de la demande pour différentes spécialités



Annexe 12 : S'appuyer sur le développement professionnel continu et la recertification

LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (DPC)

Les enjeux de la formation professionnelle continue

La plupart des pays développés ont cherché à mettre en place un système de contrôle des connaissances, des compétences et parfois des pratiques pour tenter de garantir que les professionnels les ont bien mises à jour. Ces dispositifs sont rarement obligatoires et généralisés et les usagers sont souvent mal informés et encore plus exceptionnellement associés à ces démarches.

Historique de la formation médicale continue en France

En France, depuis près de trente ans, différents dispositifs d'accompagnement de la formation professionnelle des professions de santé ont été proposés. D'abord volontaire et dénommée formation médicale continue (FMC), réservée aux médecins libéraux ; puis progressivement étendue à tous les médecins pour devenir développement professionnel continu (DPC), obligatoire et étendu à tous les professionnels de santé.

Initialement la formation professionnelle conventionnelle (FPC) des années 2000 était essentiellement destinée à accompagner les politiques conventionnelles pour les médecins généralistes. Elle s'est progressivement étendue aux médecins des autres spécialités.

Les difficultés :

- Une difficulté de précision du champ de l'obligation tant sur les thèmes, les contenus et les méthodes du fait de la multiplicité des métiers et des modes d'exercice ;
- Des difficultés d'accès au DPC pour les professionnels de santé selon leur statut, et l'absence de continuité du DPC lors d'un changement de statut du professionnel, ex : passage du statut libéral au statut salarié ;
- Problème de lisibilité et de pédagogie auprès des professionnels de santé concernant l'obligation de DPC et les moyens pour y parvenir ;
- Un financement insuffisant au regard de l'ambition de qualité affichée qui conduit *in fine* à une distorsion inquiétante, notamment pour les professions médicales et pharmaceutiques entre le contenu de l'obligation (2 actions sur trois ans) et la quantification habituellement retenue dans la littérature internationale (30 à 50 heures par an) ;

Il est possible de définir 6 objectifs principaux pour la formation médicale continue :

1. L'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients ;
2. La nécessité de faire le lien entre formation initiale et formation continue, portées actuellement par des opérateurs différents. Le DPC doit être un prolongement naturel de la formation initiale ;
3. Le maintien et le perfectionnement des connaissances et des compétences au regard de l'évolution de l'état de l'art d'une part, du périmètre des compétences des métiers d'autre part - avec comme sous objectif : l'évolution des profils de carrière et la valorisation des acquis de l'expérience (VAE) ;
4. L'accompagnement du changement des modes d'exercice qui évoluent spontanément vers une coopération pluri-professionnelle ;

- 
5. Rendre plus lisibles et plus accessibles les modalités d'accès au DPC pour l'ensemble des professionnels de santé, quel que soit leur statut, salarié, libéral, mixte ;

Actuellement, les professionnels de santé n'ont pas le même interlocuteur pour accéder à leurs droits pour le DPC selon qu'ils sont libéraux, salariés en centre conventionné versus hospitalier ou dans un autre mode de fonctionnement libéral. A cela s'ajoute la complexité de ces droits en cas d'exercice mixte : salarié et libéral.

Un portemonnaie numérique DPC pourrait ainsi suivre le professionnel de santé, dès le début de sa vie professionnelle et quel que soit les changements de statut, de lieu, de modalités d'exercice, notamment mixte, et rendre ainsi plus lisible ses droits d'accès à la formation. La création d'un guichet unique d'accès au DPC pourrait ainsi concourir à un meilleur respect des obligations de DPC par les professionnels de santé.

6. L'ouverture vers l'international : le DPC actuel prend peu en compte les mouvements de professionnels de santé, notamment en Europe. Une réflexion sur les actions DPC au profit de formations européennes validantes, et intégrant la mise en place de "portfolio" européens, tels que portés par certaines disciplines renforcerait le lien de confiance entre professionnels de santé des différents pays membres.

Ces objectifs font partie intégrante des valeurs professionnelles. Leur mise en œuvre relève de l'ensemble des organisations professionnelles et académiques (universités, sociétés savantes, structures de formation). Le référentiel métier est de la responsabilité des conseils nationaux professionnels (CNP) : sociétés savantes et représentations professionnelles. Le contrôle de cette obligation relève des représentations professionnelles (CNP, Ordres et syndicats).

La formation des professionnels de santé doit évoluer au service des usagers. Cela implique de renforcer le contrôle de la qualité des formations en associant pleinement l'université à ces travaux, mais aussi d'utiliser les outils numériques adaptés à notre époque pour rendre le dispositif plus présent, plus lisible et plus transparent pour les professionnels de santé.

LA RECERTIFICATION

Les lignes tracées par le rapport Uzan

La procédure de recertification a fait l'objet d'un rapport d'un comité de pilotage présidé par le professeur Serge Uzan à la demande des ministères en charge de la santé et de l'enseignement supérieur.

Ce rapport propose une procédure de certification et valorisation périodique (CVP) de l'exercice professionnel tous les six ans, obligatoire pour les médecins diplômés à partir de 2021 ou 2022 et volontaire pour tous les autres médecins déjà diplômés.

Le rapport Uzan esquisse quelques critères qui doivent être approfondis et mis en œuvre. Il s'agit :

- De satisfaire à un parcours de développement professionnel continu enrichi par les recommandations des CNP de spécialité ou de profession, la procédure d'accréditation des spécialités à risque en étant le *gold standard* ;
- De s'assurer d'un niveau minimum d'activité (défini par les CNP) compatible avec la qualité de l'exercice professionnel ;
- De ne pas avoir fait l'objet de signaux négatifs (insuffisance professionnelle ordinale, condamnation ordinale ou pénale par exemple) ;

- 
- De faire la preuve d'une démarche volontariste dans la relation patient/médecin (formations spécifiques, audit d'évaluation, mise en œuvre d'une procédure de décision partagée, recueil d'indicateurs de satisfaction de la patientèle) ;
 - De faire la preuve de l'engagement dans une démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail (prévention des addictions chez les professionnels par exemple).

Il a reçu l'approbation de la quasi-totalité des acteurs engagés dans la concertation, professionnels hospitaliers et libéraux, universitaires et sociétés savantes, aussi bien que celle des représentants des usagers et des régulateurs. Le consensus sur le principe de cette démarche a été tel qu'avant même qu'elle soit appliquée pour les médecins, le gouvernement a souhaité l'étendre à six autres professions.

La loi du 26 juillet 2019 permet de rendre obligatoire une procédure de recertification pour un certain nombre de professions de santé

Aussi, la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé comporte-t-elle un article (article 5) qui autorise le gouvernement à légiférer par ordonnance pour rendre obligatoire une procédure de recertification pour un certain nombre de professions de santé : médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et podologues, autrement dit les professions de santé pour lesquelles il existe un ordre.

Cette disposition s'ajoute à l'ensemble des mesures de la loi relatives à la formation et en constitue en quelque sorte le pendant tout au long de la carrière.

Il ne s'agit pas d'obtenir, à travers la recertification, un diplôme de plus, fut-il périodique et renouvelable mais d'apporter à chaque citoyen une garantie quant à l'accès à des soins de qualité et d'améliorer la transparence de l'information sur la formation, la compétence, voire les performances des professionnels.

Il appartient maintenant aux acteurs de la concertation, aussi bien professionnels que représentants des usagers, de définir le cadre précis de mise en œuvre de ces orientations et plus particulièrement la manière dont la procédure mise en place pourra répondre à l'objectif premier qui est celui de l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité, ainsi que de la diminution des inégalités de prise en charge.

Un certain nombre de questions en suspens doivent être traitées

- Quelles professions doivent être concernées : d'emblée toutes celles évoquées dans la loi (chirurgiens-dentistes, sages femme, pharmaciens, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes et podologues) ou ne faut-il pas viser une extension progressive ?
- Quelles formes doivent prendre les incitations à s'y engager ?
- Quelle instance contrôlera la démarche ? Qui la mettra en œuvre ? Quelles garanties l'Etat apportera-t-il quant à l'impartialité de ces procédures ?
- Quelle articulation avec l'Europe? Quelle homogénéisation entre la recertification à la française et les autres modèles européens?
- Quelles règles équitables de partage du financement entre tous les professionnels ?
- Enfin et surtout, où et comment le public, les usagers et les patients trouveront-ils les informations loyales, exhaustives et mises à jour ? En bref quel système d'information à disposition de toute la communauté ?



La mise en place de la recertification doit s'accompagner d'une transparence complète et appelle le développement d'indicateurs de résultats

Les dispositifs de transparence existent. L'Etat a déjà mis en œuvre des sites d'information accessibles à tous pour la gestion des liens d'intérêt des professionnels de santé⁸⁶. Tous les usagers du système de santé, les patients biens sûr, mais aussi les professionnels, les instances représentatives et les régulateurs, devraient pouvoir avoir accès à une information claire et objective sur la situation des professionnels.

Au-delà de la transparence, une des questions-clé tient à la contribution effective de la démarche en matière de qualité et de sécurité.

Pour cela, peut-on se contenter d'apprécier les processus ou ne doit-on pas chercher à approcher aussi les résultats obtenus ? Et comment ? Force est de constater que nous ne disposons pas aujourd'hui, en dehors de quelques spécialités, d'indicateurs fiables ou de méthodologies éprouvées pour mesurer des résultats liés à des activités sur l'ensemble de la chaîne de soins.

La mise en place du dispositif de la recertification devra sans doute conduire à revoir l'ensemble de la gouvernance et des objectifs des dispositifs de formation et d'évaluation.

⁸⁶ www.transparence.sante.gouv.fr et <https://dpi-declaration.sante.gouv.fr>.

