



Haut Conseil pour l'avenir
de l'assurance maladie

Organiser la médecine spécialisée et le second recours : un chantier prioritaire

**Avis adopté à l'unanimité
22 juin 2017**

Le souhait de développer la prise en charge ambulatoire des patients, et particulièrement celle assurée par la médecine générale, a conduit à l'élaboration de discours, d'analyses, de doctrines, mais également de dispositifs juridiques et économiques qui, bien qu'encore débattus, constituent des éléments importants de ce que pourrait être à l'avenir une représentation partagée de la prise en charge sanitaire primaire de la population.

La médecine spécialisée¹ et le deuxième recours doivent aujourd'hui bénéficier du même travail de réflexion collective et partagée permettant de les positionner clairement dans l'architecture future du système de soins.

L'enjeu n'est pas négligeable. La France dispose sur ce segment d'une offre importante², caractérisée notamment par l'existence d'une médecine spécialisée libérale permettant un accès aux soins spécialisés en ville aux côtés d'une offre spécialisée au sein des établissements de santé.

Les orientations prises, tant en ce qui concerne les soins primaires qu'en ce qui concerne les établissements de santé, auront forcément des conséquences sur l'organisation et la place de la médecine spécialisée et du second recours dans le système de soins, tant en ville qu'en établissement. A l'inverse, les choix faits quant à l'avenir de la médecine spécialisée auront une incidence sur les soins de premier recours, notamment parce que les soins primaires ont besoin de disposer d'un accès à une offre spécialisée pour pouvoir se déployer. **Les soins primaires et la médecine spécialisée sont deux sujets intimement liés, à penser dans le même mouvement, comme deux éléments d'un système qui doivent évoluer de façon cohérente.**

Il est essentiel, dès lors, de proposer des évolutions de la médecine spécialisée congruentes avec les besoins de la population (notamment la chronicisation des maladies), ainsi qu'avec les orientations retenues pour structurer les soins primaires, tout en tenant compte des dynamiques propres à la médecine spécialisée.

L'enjeu est d'engager une réflexion et de proposer des mesures permettant, à l'horizon de 10 à 15 ans, de disposer d'une médecine spécialisée, en ville comme à l'hôpital, qui soit de qualité, graduée, efficiente et structurée, bien intégrée avec les autres éléments du système de soins.

L'organisation de cette médecine doit non seulement être cohérente avec l'évolution des besoins de santé (globalement et dans les territoires) et des attentes des usagers, mais aussi capable d'intégrer les promesses du progrès médical et de respecter l'objectif de soutenabilité financière et sociale. Pour cela, elle doit s'inscrire dans le schéma d'organisation par lignes de prises en charge proposé par le Haut Conseil dans son avis « Innovations et système de santé »³.

Il est indispensable de partir de la réalité actuelle de l'offre de médecine spécialisée pour se projeter dans ce que pourrait être son avenir en tenant compte du temps : les décisions, ou les non décisions d'aujourd'hui peuvent avoir des conséquences et des impacts de long terme. Cette évidence justifie l'accent mis dans le présent avis sur deux leviers déterminants : la formation des médecins spécialistes et les modes d'organisation de l'offre spécialisée.

¹ Le présent avis n'ignore pas qu'aux termes de la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 la médecine générale est une spécialité à part entière et une discipline universitaire. Toutefois, par souci de simplicité du propos, les notions de spécialiste et de spécialité renverront dans les développements ci-après aux spécialités médicales hors médecine générale.

² Les spécialistes hors médecine générale représentent 53,9 % des effectifs de médecins au 1^{er} janvier 2015, 51% d'entre eux ayant un exercice mixte ou libéral (« *portrait des professionnels de santé* », DREES, février 2016).

³ Avis du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie, 13 juillet 2016, (http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/avis_hcaam_innovations_et_systeme_de_sante_-_13_juillet_2016.pdf)

I. Une proportion croissante de spécialistes, une spécialisation plus forte et des risques sur l'accès en proximité : les tendances de moyen terme

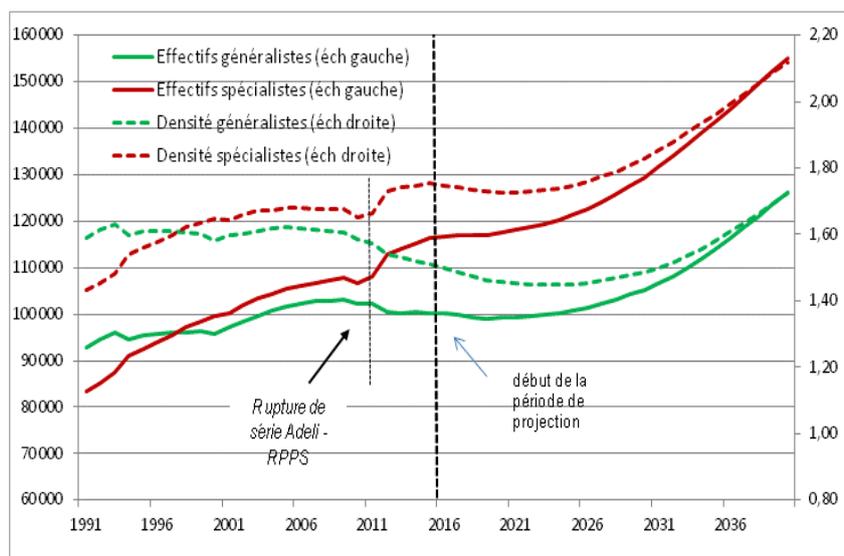
Les effectifs de médecins spécialisés et la façon dont se constitue la spécialisation professionnelle (la « fabrique des spécialistes », les aspirations et les comportements professionnels) structurent dans une large mesure l'avenir de l'offre de soins. Les tendances que l'on discerne aujourd'hui sur ces deux aspects soulèvent des questions quant à l'organisation du système de santé de demain.

A. Une proportion toujours plus importante de médecins spécialistes

Le nombre des spécialistes n'a cessé de croître et a augmenté beaucoup plus rapidement que celui des généralistes : + 44% en 25 ans (1991/2016) pour les spécialistes contre 9% pour les généralistes, dont le nombre décroît sur la période récente. Inférieur de 10% au nombre de médecins généralistes en 1991, le nombre de médecins spécialistes en exercice lui était supérieur de près de 20% en 2016. Il s'agit là d'une situation constatée dans la plupart des pays de l'OCDE⁴, et cohérente avec l'évolution de la médecine, mais qui modifie nettement les conditions de collaboration entre médecins généralistes et spécialistes.

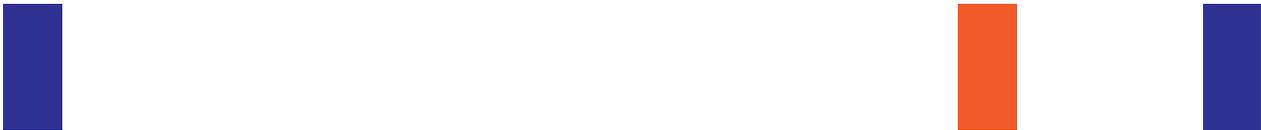
Les projections démographiques de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère des Solidarités et de la Santé (DREES) confirment que les médecins spécialistes seront durablement plus nombreux que les médecins généralistes. A court terme, il faut noter que la densité (nombre de médecins rapporté à la population) des médecins spécialistes devrait stagner, tandis que celle des généralistes continuerait à diminuer. Ce n'est qu'au-delà de 2023 que leur densité recommencerait à augmenter.

Figure 1 : Effectifs et densité des médecins



Champ : médecins actifs de moins de 70 ans, France entière ; *Sources* : Adeli, RPPS, Projections Drees 2015

⁴ Source : based on OECD/Eurostat/WHO-Europe Joint Questionnaire (2017).



Les dynamiques par spécialité, telles qu'elles résultent des choix explicites ou implicites opérés depuis plusieurs années sur les flux de formation, ne sont pas homogènes ; on peut ainsi classer les spécialités en trois groupes au regard de leur évolution démographique prévisible, toutes choses égales par ailleurs à l'horizon 2040 :

- les spécialités dont la densité va continuer à augmenter tout au long de la période (par exemple gynécologie-obstétrique, pédiatrie, anesthésie-réanimation, psychiatrie, neurologie) ;
- les spécialités dont la densité sera stable ou augmentera légèrement sur l'ensemble de la période à venir (par exemple gastroentérologie, biologie médicale, cardiologie, pneumologie) ;
- les spécialités dont la densité va baisser fortement jusqu'à atteindre un point bas entre 2025 et 2030, puis remontera sans réussir à atteindre en fin de période le niveau de début de période : gynécologie médicale, ophtalmologie, dermatologie, rhumatologie, radiologie, ORL, médecine du travail.

On peut considérer que les évolutions affectant certaines de ces spécialités, évolutions dont l'impact est majoré par les phénomènes de concentration démographique (voir *infra*), sont porteuses de difficultés d'accès aux soins pour une partie de la population. Une action spécifique et prioritaire des pouvoirs publics est indispensable pour y remédier.

Si les principales tendances démographiques semblent bien appréhendées, il faut toutefois noter l'impact possible de certains paramètres comportementaux ou extérieurs, sous-estimés jusqu'il y a peu : en premier lieu l'allongement des carrières et le développement du cumul emploi-retraite ; en second lieu, la part des médecins à diplôme étranger qui représentent plus de 30% des nouveaux inscrits à l'Ordre des médecins pour les spécialistes. Les projections ci-dessus intègrent les évolutions observées pour ces deux paramètres au cours des dernières années.

L'évolution de certains paramètres d'activité déterminants pour la structuration de l'offre est plus incertaine. C'est tout particulièrement le cas de la répartition entre médecins salariés et médecins libéraux. La part du salariat a augmenté au cours des dernières années, avec les effectifs de médecins hospitaliers, notamment pour les spécialités médicales. La poursuite de cette tendance dépend de la capacité du secteur hospitalier à poursuivre sur le même rythme et des orientations prises par les pouvoirs publics à cet égard. Il existe également une incertitude relative à l'évolution du temps de travail des futures générations de praticiens.

B. Une spécialisation croissante qui dessine une offre fragmentée

La spécialisation du champ médical est la conséquence des progrès scientifiques et technologiques. L'ampleur de ces progrès, la complexité des sujets, l'investissement nécessaire pour maîtriser des techniques nouvelles impliquent une division du travail afin que ces progrès puissent être pleinement déployés au service des malades.

C'est ainsi qu'ont émergé, outre les spécialités associées à certaines populations, des spécialités d'organes, des spécialités associées à de nouvelles techniques exploratoires ou curatives, ou encore des spécialités liées à l'apparition de nouveaux traitements. L'évolution des spécialités médicotecniques et chirurgicales est, à cet égard, emblématique.

La spécialisation résulte aussi de choix de praticiens, d'équipes et ou d'établissements, qui peuvent, compte tenu des ressources médicales disponibles et de logiques de rationalisation de la production de soins, pratiquer essentiellement un type d'activité et d'actes, ou choisir un « mix » particulier, afin de se positionner en termes de qualité et d'efficacité dans leur environnement.



La logique de différenciation des activités et spécialités est, en outre, d'autant plus forte que le nombre de professionnels est élevé.

La spécialisation, qui répond ainsi à des motifs et logiques divers, se concrétise par un processus de reconnaissance et d'institutionnalisation d'une spécificité, d'une qualification professionnelle. Ce processus comporte une part de contingence reflétée par la diversité des choix qui existent dans les différents pays quant à la segmentation des spécialités.

En France, on observe que le nombre de spécialités structurées par le milieu universitaire et reconnues par l'Ordre des médecins, qui accorde la qualification professionnelle, n'a cessé d'augmenter, dessinant un exercice médical de plus en plus fragmenté. En 1947, l'Ordre national des médecins reconnaissait sept spécialités exclusives, quatre disciplines pouvant être soit des spécialités soit des compétences. Quarante ans plus tard, en 1987, on comptait 22 spécialités à exercice exclusif⁵ ; début 2017, soit encore 30 ans plus tard, il existait 31 spécialités qualifiantes (DES), auxquelles venaient s'ajouter 11 spécialités complémentaires (DESC II) également qualifiantes. Dans le cadre de la réforme du troisième cycle, ce sont 44 spécialités, sanctionnées par un DES, qui ont été reconnues. Ainsi, la « granularité » des spécialités reconnues est de plus en plus fine.

L'approfondissement du processus de spécialisation médicale prend largement sa source dans la pratique de la recherche en lien avec l'innovation scientifique et technique et s'opère principalement, en France, dans le cadre hospitalo-universitaire qui est également celui de la formation. Ce cadre permet et encourage les médecins à concentrer leurs pratiques sur des activités et/ou des groupes de patients présentant les mêmes pathologies afin de produire de nouvelles connaissances dans le champ d'une spécialité ou au croisement de plusieurs disciplines. Ce processus de spécialisation poussée s'étend aux équipes, voire aux regroupements d'équipes comme dans les Instituts Hospitalo-Universitaires, et concerne également les établissements de soins. Ce processus touche ensuite, via la formation, l'ensemble du système, alimentant un phénomène de « surspécialisation » qui se développe dans le cadre du post-internat et qui retentit sur la dynamique globale de l'ensemble du corps médical.

La spécialisation croissante a des conséquences importantes sur l'organisation des soins. Elle pose la question des forces disponibles au service des soins primaires. Elle requiert en outre, autant qu'elle nourrit, une concentration des moyens et des plateaux techniques pour s'exercer, accentuant la tendance à la concentration de l'offre dans les métropoles importantes. Elle pose enfin la question des conditions de coordination des soins prodigués par les différents spécialistes au bénéfice des patients.

S'il ne saurait être question de remettre en cause une spécialisation rendue indispensable par les progrès des sciences et des techniques, il est toutefois nécessaire d'avoir une réflexion sur les conditions d'articulation de l'organisation souhaitable du système de santé avec le processus de construction des compétences individuelles des médecins, ainsi qu'avec leurs parcours professionnels.

⁵ Michel Arliaud, *Les médecins*, éditions La découverte, 1987

La spécialisation selon le sociologue P. Pinell

« 1) **La spécialisation est un processus de division du champ médical** en sous-espaces de pratiques susceptibles au départ de revêtir des formes variées et **aboutissant ou non à la constitution d'une spécialité instituée** et reconnue comme légitime par les institutions dominant le champ.

2) **Les facteurs** qui déterminent l'émergence d'un sous-espace spécialisé ou qui interviennent sur son développement pour en modifier le cours **peuvent être de tous ordres (scientifiques, techniques, économiques, politiques, etc.)** ou sont différents selon les sous-espaces.

3) Le processus de division en sous-espaces spécialisés est en partie déterminé par l'état existant des connaissances, des techniques, des institutions et de la structure des rapports de position des agents au sein du champ médical.

4) Ce processus, en introduisant de nouvelles divisions au sein du champ médical, en modifie la configuration (changeant de ce fait les conditions d'exercice de la médecine et les conditions de production du savoir médical) ; autrement dit, il tend à modifier les conditions mêmes de sa poursuite. »⁶

C. L'accès aux soins spécialisés et la répartition géographique de l'offre : des risques dans un avenir proche

L'activité de médecine spécialisée se concentre aujourd'hui dans les pôles urbains.

Plusieurs facteurs concourent à cette évolution : la concentration des équipements aujourd'hui nécessaires à l'exercice de certaines spécialités (plateaux techniques spécialisés coûteux), la spécialisation croissante, qui nécessite un volume de patients potentiel plus important pour atteindre un certain niveau d'activité et de qualité, les aspirations des professionnels en termes de modes de vie, le cursus de formation et le post-internat renforçant l'attraction des villes sièges de CHU.

S'y ajoutent des choix de modalités d'exercice qui privilégient l'exercice en groupe : la proportion de spécialistes travaillant en groupe a très fortement augmenté au cours des dernières décennies, de près de 30 points entre 1999 et 2016.

Cette tendance sera durable. La part d'exercice collectif est en effet plus importante chez les jeunes générations - 70% des spécialistes de moins de 50 ans exercent en groupe contre 60% des 55-59 ans - ce qui augure d'une poursuite de la tendance au cours des prochaines années. Il faut toutefois observer qu'il ne s'agit pas d'**un processus homogène selon les spécialités**. Les spécialités dont l'exercice requiert des équipements coûteux, ou qui sont exercées de façon importante ou exclusive en établissement, sont le plus pratiquées en groupe ou société (radiodiagnostic : 92% ; spécialités chirurgicales : plus de 70%) ; en revanche, les spécialités cliniques, en cabinet, sans plateau technique (pédiatrie, dermatologie, endocrinologie, gynécologie médicale) sont peu exercées en groupe, dans des proportions en fait moindres que la médecine générale.

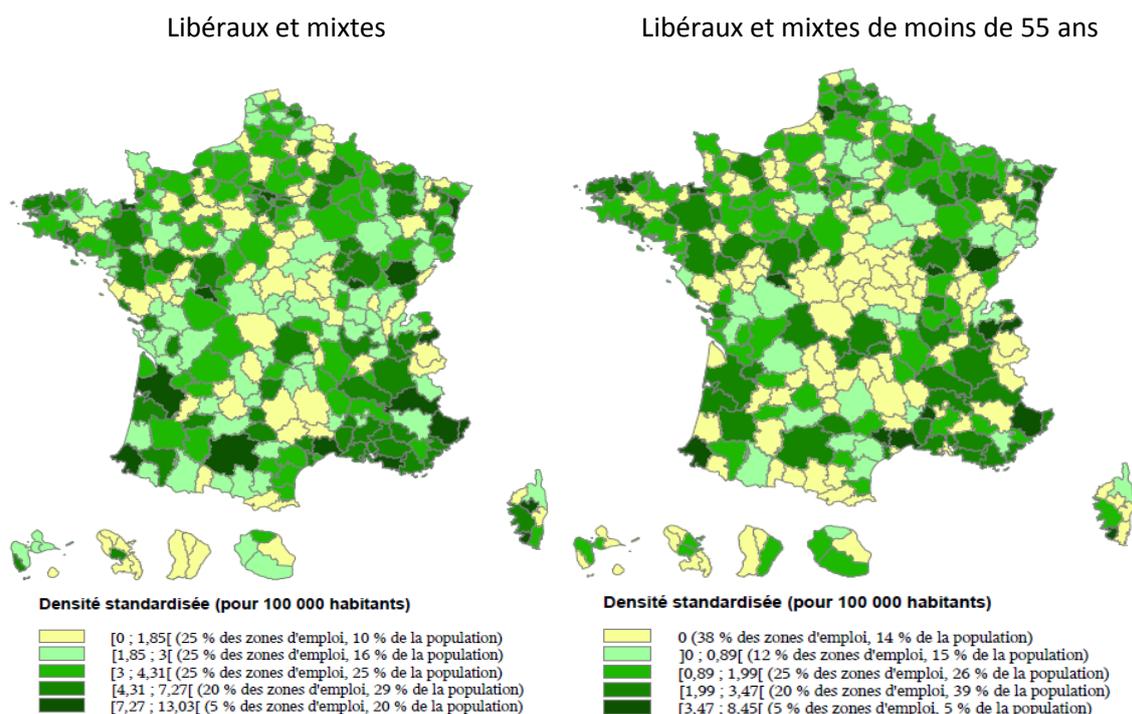
Cette concentration pourrait encore s'accroître à l'avenir. Les travaux statistiques récents de la DREES font apparaître les risques de renforcement des inégalités territoriales au cours des prochaines années. Ces travaux, portant sur 9 spécialités parmi les plus importantes numériquement⁷, indiquent qu'aujourd'hui, de 5 à 21 % seulement des zones d'emploi, où vivent 1 à 5 % de la population française,

⁶ « Champ médical et processus de spécialisation » (P. Pinell, *Actes de la recherche en sciences sociales* 2005/1 (n° 156-157), p. 4-36.)

⁷ Cardiologie, dermatologie, gastro-entérologie, gynécologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, pédiatrie, psychiatrie, rhumatologie.

ne comportent pas de spécialistes, libéraux ou mixtes, d'une des 9 spécialités étudiées. Mais la situation devrait toutefois se dégrader ; en effet, on constate que les jeunes générations de spécialistes sont moins bien réparties sur le territoire que les générations plus anciennes : selon les spécialités, entre 19 et 47% des zones étudiées n'ont pas de spécialistes de moins de 55 ans. Pour de nombreux territoires il existe donc à moyen terme, quand les générations les plus anciennes cesseront d'exercer, un risque de déstabilisation de l'offre, de creusement des inégalités d'accès entre territoires et d'allongement des délais d'obtention de rendez-vous.

Figure 2 : Densité standardisée de dermatologues par zone d'emploi



Source : RPPS (effectifs au 1er janvier 2015), Insee 2015 - Note : Les zones d'emploi ne sont pas pondérées par leur population

L'étude montre, par ailleurs, que lorsque l'offre libérale est faible sur un territoire, l'offre en consultation externe à l'hôpital l'est également. Les territoires où l'offre libérale est importante sont également ceux où l'activité en consultation externe est forte. **Il n'y a pas d'effet de compensation entre l'offre libérale de médecine spécialisée et l'offre hospitalière.**

Au total, en dépit de l'augmentation prévisible du nombre de médecins spécialistes et, à échéance de 7 à 8 ans, de leur densité, on peut craindre, si rien n'est fait, une augmentation de l'inégalité géographique d'accès aux soins spécialisés dans de nombreuses zones du territoire national.

Les conséquences du mouvement de concentration de l'offre en médecine spécialisée sont connues : pour les patients habitant les zones impactées, une moindre facilité d'accès aux spécialistes, avec un temps d'accès allongé et une incidence possible sur le recours aux soins⁸ ; pour l'organisation des soins, un effet de dissuasion sur l'installation de médecins généralistes, qui hésitent à s'installer dans des zones où ils ne peuvent disposer d'un réseau de médecins spécialistes facilement accessibles, et

⁸ Une étude récente de l'IRDES quantifie ces impacts. Elle estime ainsi à 2,5 points l'impact sur le taux de recours au spécialiste lorsque le patient réside au-delà de 30 minutes du spécialiste le plus proche par rapport à celui qui dispose de l'offre dans sa commune. Elle met en évidence également une probable restriction dans la liberté effective de choix des patients les plus éloignés de l'offre de médecin spécialiste.

un déport de consultations vers l'hôpital et les services d'urgence, à rebours des objectifs sur le juste recours aux soins et avec un risque associé de surcoût pour la collectivité.

Il s'agit là d'un risque systémique suffisamment élevé pour justifier une attention prioritaire des pouvoirs publics.

II. Agir sur le processus de « fabrication » des spécialistes pour lui donner plus de capacité d'adaptation aux besoins futurs⁹

La spécialisation croissante, les aspirations et les effectifs des jeunes professionnels sont des éléments structurants de l'organisation de la médecine spécialisée de demain.

Le levier de moyen terme le plus puissant pour peser sur ces facteurs relève de la « fabrique » des spécialistes, qui contribue à constituer l'offre future en médecine spécialisée.

A ce titre, la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales, qui engage la profession sur le long terme, comporte des avancées intéressantes mais ne résout pas certaines difficultés (post internat, développement de l'exercice ambulatoire des spécialités, filiarisation, manque de flexibilité pour ajuster l'offre en cours de carrière...). Des mesures s'imposent pour adapter à long et moyen terme l'offre aux besoins en tenant compte des « coups partis » et des réalités professionnelles.

A. Adapter l'appareil de formation

Les rigidités croissantes du système de formation médicale ne permettent ni une adaptation souple aux besoins du système de santé, ni la construction de parcours évolutifs pour les étudiants et les professionnels. Dans d'autres champs (formation d'ingénieurs par exemple), depuis longtemps, cette préoccupation d'adaptation en continu a été prise en compte, tant au moment de la formation initiale que dans la formation continue, de façon à faciliter un ajustement permanent des métiers et de la carrière des professionnels aux innovations et évolutions des sciences et techniques comme aux attentes sociales.

➤ Les limites de la « filiarisation »

La formation des médecins a évolué au cours des dernières décennies dans le sens d'un encadrement croissant des conditions de formation et d'une « filiarisation » désormais totale.

Le processus de « filiarisation »

La réforme de 1982 avait parmi ses objectifs celui de contrôler le flux de formation des médecins spécialistes. L'évolution ultérieure des règles a conduit à renforcer progressivement ce contrôle, selon un processus dit de « filiarisation ».

⁹ Le présent avis n'ignore pas que, sur certains des sujets abordés ici, des mesures importantes ont été prises dans le cadre du pacte territoire santé 1 et, pour ce qui concerne les spécialistes, du pacte territoire santé 2 (stages de cabinet de ville pour certaines spécialités ; aides à l'installation pour certaines spécialités ; mesures pour simplifier l'installation des médecins, etc.). On ne peut que se féliciter de ces mesures prises pour lutter contre les « déserts médicaux ». Il s'agit toutefois aujourd'hui d'aller plus loin et plus vite dans la transformation des conditions d'exercice de la médecine spécialisée.



Dans le cadre initial de la réforme de 1982, la réussite au concours de l'internat ne conduisait pas au choix immédiat d'une spécialité, ce choix s'effectuant ultérieurement, au plus tard à l'issue du 4^{ème} semestre d'internat. Le choix à l'issue du concours s'effectuait donc à l'origine par groupe de spécialités (médicales/chirurgicales), appelé « discipline », à deux exceptions près (psychiatrie et biologie médicale).

Toutefois, certaines spécialités étant délaissées par les étudiants, les pouvoirs publics ont progressivement « filiarisé » la formation en identifiant des disciplines spécifiques auxquelles ont été attribués un certain nombre de postes ouverts à l'internat : médecine du travail, santé publique, anesthésie réanimation, gynécologie médicale, pédiatrie, médecine générale notamment, ainsi que 11 spécialités (le reste des spécialités relevant toujours de deux disciplines « spécialités médicales » et « spécialités chirurgicales »).

La loi du 27 juillet 2009 (HPST) est venue parachever cette évolution par un dispositif de filiarisation quasi-intégrale : depuis 2010, le nombre d'internes à former est déterminé chaque année par spécialité et par subdivision, pour une période de cinq ans. Le choix de la spécialité se fait directement à l'issue des ECN. La filiarisation chirurgicale reste cependant incomplète, les étudiants choisissant encore la spécialité « chirurgie générale » pour se filiariser ensuite au cours de l'internat dans une spécialité chirurgicale (exemple : chirurgie digestive ou orthopédique).

La réforme du troisième cycle des études médicales (voir annexe 1) fait évoluer la formation dans un certain nombre de ses dimensions (densification des formations, capacité à exercer dès la fin du troisième cycle, approche par les compétences...) et s'inscrit dans cette logique de filiarisation.

Si elle trouve sa justification dans la volonté d'adapter au mieux les effectifs formés aux besoins de la population et de remédier à la désaffection des médecins pour certaines spécialités, la « filiarisation » suppose pour bien fonctionner que soient réunies un certain nombre de conditions dont le HCAAM estime qu'elles ne sont pas aujourd'hui garanties.

Elle suppose une bonne capacité des pouvoirs publics à anticiper les besoins de santé de la population à satisfaire, en intégrant, pour cela, une approche globale de l'évolution de l'offre en établissement aussi bien qu'en ville. Les outils pour ce faire sont aujourd'hui insuffisants : la détermination des postes aux Epreuves Classantes Nationales (ECN) résulte d'un processus associant, dans des conditions de choix insuffisamment transparentes, l'autorité ministérielle, l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) qui est chargé d'une mission de prospective et les Agences régionales de santé. Les capacités de conseil et d'anticipation, tant de l'ONDPS que des Agences régionales de santé (ARS), mériteraient d'être renforcées et appuyées sur un dialogue prospectif plus structuré et renouvelé avec les professionnels de santé et les usagers.

En outre, le travail effectué au titre de la filiarisation pour allouer des ressources est contrecarré par ce qui se passe à la fin du 3^{ème} cycle. Alors que le choix de la spécialité est fortement encadré au moment des ECN et que les possibilités ultérieures de modification du choix sont restreintes, l'organisation du post internat est en revanche faible, dominée par la reproduction de schémas historiques de formation des chefs de clinique et largement laissée à l'initiative des établissements de santé pour la création de postes d'assistant. Sans être totalement absente, notamment par le financement de postes d'assistants partagés, l'impulsion de l'Etat pour faire correspondre la répartition territoriale des spécialistes avec les besoins régionaux est peu affirmée, alors que le post internat représente un moment clef de la construction des parcours professionnels.

La filiarisation précoce suscite, en second lieu, critiques et interrogations sur la capacité de produire des professionnels et une organisation des soins qui pourront s'adapter à l'évolution des besoins. Le lien entre les formations et la prospective sur les besoins de santé est en effet aujourd'hui trop faible et ne joue que de façon marginale sur



l'évolution du système. La récente réforme du troisième cycle des études médicales doit donc être approfondie et complétée.

Plusieurs évolutions sont nécessaires dans la façon dont est conçue et gérée la « production » de médecins spécialistes pour l'adapter à moyen terme aux besoins et organisations émergents, ainsi qu'aux évolutions de la médecine.

➤ **Faire face au processus de spécialisation : avoir un socle commun de formation et engager une réflexion sur la granularité des spécialités**

La spécialisation est un processus inéluctable et utile, il résulte des progrès des connaissances et des techniques. Il est toutefois nécessaire de le réguler et d'en gérer les conséquences.

Si une première piste est le regroupement des spécialistes (voir *infra*), l'adaptation des études médicales est un levier considérable.

Il est tout d'abord nécessaire d'engager immédiatement une concertation sur les évolutions souhaitables des maquettes de formation et de la granularité des spécialités, avec pour objectif de prendre des mesures effectives pour la rentrée 2018.

Il faut ensuite répondre aux besoins de coordination croissants créés par la spécialisation. Une réforme des études médicales permettant de fournir précocement aux futurs médecins un socle commun de compétences transversales, complémentaires aux connaissances scientifiques qui fondent la filiarisation, y contribuerait. Il s'agit de développer, outre les socles communs de connaissances scientifiques et médicales, les compétences relationnelles, les compétences sur l'organisation des prises en charge, les compétences sur l'organisation du système de soins ou encore les capacités de travail en équipe (pluridisciplinaire et pluri-professionnelle) ou en collaboration hors milieu hospitalier. Une des caractéristiques attendues du dispositif de formation est de donner aux étudiants la capacité de s'adapter aux évolutions futures, qui ne peuvent toutes être anticipées.

Ces compétences seront essentielles aux médecins pour permettre une articulation efficace de leurs pratiques, quels que soient leurs spécialités et leurs modes d'exercice. Si elles ont été identifiées et formalisées dans le cadre de la réforme du 2^{ème} cycle, elles ne sont pas aujourd'hui suffisamment évaluées. Dans les prolongements de la réforme du 3^{ème} cycle, la question des modalités de leur apprentissage et de leur valorisation pourrait utilement être reposée.

Il faut, enfin, permettre aux étudiants de faire leurs choix d'orientation de façon éclairée et progressive, en connaissance des perspectives d'évolution du système de santé.

➤ **Tourner la formation universitaire vers son environnement**

Pour favoriser des installations de médecins spécialisés cohérentes avec les objectifs de santé publique et les besoins de la population, ainsi que la collaboration entre les professionnels de santé, il est nécessaire d'ouvrir la formation médicale sur les modes d'exercice qui existent hors de l'hôpital universitaire, en particulier en favorisant le développement de l'accueil des étudiants en troisième cycle dans ces structures (hôpitaux généraux, établissements d'hospitalisation à domicile, établissements de soins à but lucratif ou non, maisons, pôles et centres de santé, cabinets de ville). Cela nécessite une politique volontariste d'ouverture de lieux de stages. Cette évolution serait en outre cohérente avec un développement du regroupement des spécialistes qui permettrait de disposer de lieux d'accueil adaptés et plus nombreux. Une plus grande diversité dans les profils sociologiques (origine sociale et géographique) des étudiants pourrait, par ailleurs, contribuer à terme à une meilleure répartition des spécialistes entre métropoles et périphéries.



La question d'une plus large participation des spécialistes non hospitaliers à la formation mérite d'être posée, dans l'optique de la constitution d'un continuum dans les fonctions formation/recherche/soins, avec des quotités variables selon les situations et au cours des carrières.

B. Faciliter les parcours professionnels

Qu'ils exercent en établissement de soins, en ville ou dans un cadre mixte, les médecins doivent se voir offrir des possibilités de parcours professionnel attractifs et ouverts.

➤ **Sécuriser l'entrée dans la carrière**

Le dispositif de « production » et d'allocation des ressources humaines est aujourd'hui focalisé sur l'entrée dans le troisième cycle et adossé à une logique de filiarisation, qui rigidifie les carrières et ne produit pas le résultat attendu en termes de correspondance avec la nature et la répartition des besoins en spécialistes. Les résultats du système de formation en termes de ressources disponibles sur le territoire dépendent en effet des stratégies individuelles des jeunes médecins : stratégies d'échappement (de sa filière de formation) ; stratégie de réimplantation (au moment du post internat) ; stratégie d'attente (d'un poste stable).

Sans les régler plus qu'ils ne le sont aujourd'hui, il faut être en mesure d'orienter les choix des individus par des garanties ou des politiques d'accompagnement adaptées.

Pour l'hôpital, cela passe notamment par une plus grande visibilité sur les positions d'accueil et les postes statutaires, et le renforcement des garanties statutaires des jeunes professionnels pour sécuriser leur parcours. Une réflexion sur la simplification des multiples statuts hospitaliers précaires serait donc utile. On pourrait par exemple envisager la création d'un statut de « médecin des hôpitaux », avec une période probatoire de deux ans mais garantissant l'accès ultérieur à un statut pérenne, en contrat à durée indéterminée, sauf insuffisance professionnelle objectivée du praticien. Ce statut de médecin des hôpitaux ne donnerait pas de fonctions universitaires de recherche mais permettrait d'assurer de l'enseignement, valorisé. Il permettrait également d'assurer des fonctions managériales dans les services hospitaliers, à condition de disposer d'une formation sur ces questions. Concernant le volet universitaire, le système pourrait reposer sur une contractualisation entre l'hôpital, l'Université et le médecin pour créer une fonction de « médecin universitaire des hôpitaux ».

Pour l'exercice libéral, cela passe par une réflexion sur la position de remplaçant et les conditions d'accueil dans les structures d'exercice regroupé. Le développement de ces dernières, mais également les difficultés dont témoignent aujourd'hui certains professionnels dans leur positionnement au sein des établissements privés, appellent à organiser des conditions d'exercice à même de satisfaire les aspirations des nouvelles générations de médecins et de garantir l'attractivité du mode d'exercice libéral.

➤ **Faciliter les changements de spécialités**

On le sait, les besoins de santé, les connaissances, les techniques et les conditions d'exercice sont appelés à évoluer, avec une forte part d'indétermination, à moyen et long terme. Par ailleurs, les aspirations des professionnels peuvent changer au cours du temps, et leur souhait de construire des parcours professionnels diversifiés est légitime. Le système actuel ne permet pas de répondre à ces considérations.

Il est dès lors nécessaire de concevoir des adaptations plus rapides et plus fluides de l'offre à la demande, qui ne peuvent reposer sur les seules caractéristiques, que l'on souhaite plus ouvertes, de la formation initiale. Il faut aussi faciliter les évolutions pro-

professionnelles en cours de carrière, plutôt que de considérer celles-ci comme contraires aux objectifs de la régulation. La loi de modernisation de notre système de santé a ouvert, mais bien trop timidement¹⁰, et à ce jour sans dispositif contractuel d'accompagnement financier ou d'engagement d'installation, les possibilités de changement de spécialité pour des médecins en exercice.

Il est indispensable de donner plus d'ampleur à cette volonté. Par ailleurs, il faut s'interroger, en fonction des spécialités, sur le principe d'exercice exclusif.

C. Mettre en place une gestion des ressources humaines médicales au niveau régional

L'objectif est de mieux articuler processus de formation et besoins de professionnels dans les territoires. Mettre en place une gestion pluriannuelle des compétences médicales au niveau régional nécessite de faire évoluer méthodes et outils de régulation : il faut articuler un cadre quantitatif prospectif, dont l'élaboration peut être centralisée, et une approche territoriale, celle de la négociation avec les acteurs locaux, de la prise en compte des capacités d'accueil universitaires et extra-universitaires locales, de la mise en œuvre d'une politique d'accompagnement.

En premier lieu, il faut définir les effectifs pluriannuels à former. Ces projections démographiques doivent intégrer un regard interprofessionnel d'une part, européen et international d'autre part (c'est à dire intégrer des prévisions d'entrées de professionnels étrangers, les possibilités de la division du travail et les flux entrants et sortants à l'échelle d'un territoire). Sur ces bases, il convient d'établir une prévision nationale pluriannuelle des effectifs à former par région (et le cas échéant par profession), avec des variantes, et de la réajuster annuellement. Des analyses des mobilités géographiques observées des médecins devraient être réalisées. Le niveau national, en particulier l'ONDPS et le Centre National de Gestion (CNG), a ici un rôle essentiel. Ces organismes doivent disposer des moyens humains et en systèmes d'information nécessaires pour mener cette mission.

Ensuite, il revient à chaque territoire, à chaque système d'acteurs sur le territoire, à l'échelle régionale, de convertir en admissions annuelles d'étudiants cette prévision nationale - avec une marge d'autonomie réelle, accrue par le fait qu'il leur revient de répartir ces effectifs entre différentes voies de recrutement (admission directe par concours, admission dans le cadre d'une nouvelle organisation du cycle licence, admission de professionnels en activité). A cet échelon, il s'agit de développer une capacité de pilotage conjointe entre les Régions, les Universités et les ARS, de développer une analyse régionale prospective sur les besoins en professionnels, de travailler dans la durée aux priorités en matière de formation, d'agir à moyen terme sur les capacités de formation¹¹ et sur leurs conditions logistiques (en particulier en ce qui concerne les stages).

Le niveau régional doit disposer d'instruments de régulation à gérer conjointement par l'ARS, le système universitaire et les Conseils régionaux.

¹⁰ Décret n° 2017-535 du 12 avril 2017 relatif aux conditions d'accès des médecins en exercice au troisième cycle des études de médecine.

¹¹ Les réflexions sur la démographie médicale ne sauraient être détachées de celles sur les capacités de formation. En effet, l'augmentation importante du numerus clausus n'a pas connu son équivalent en termes de capacités de formation. Cette dimension est un biais important pour l'estimation des futures ressources médicales. La saturation des capacités de formation et les différences inter-régionales pour celles-ci, associée à une augmentation constante des connaissances à acquérir des jeunes professionnels, peut entraîner une volonté de ceux-ci d'allonger le temps de formation ou de mise en responsabilité. Augmenter les capacités de formation, ainsi que développer les nouvelles techniques pédagogiques (telles que l'apprentissage par simulation), peut permettre de mieux contrôler cette évolution structurelle.



Les évolutions de la gouvernance territoriale de l'enseignement supérieur (regroupements, politique de site, affirmation de l'échelon régional), le regroupement des ARS et les évolutions des compétences régionales dans le cadre des grandes régions offrent un contexte favorable à une approche régionale et partenariale de la gestion des ressources humaines.

III. Organiser la médecine spécialisée ambulatoire sur les territoires et en fonction des besoins des patients

Quels contours donner à une organisation des prises en charge spécialisées plus performante, qui réponde mieux aux attentes de la société et aux aspirations des professionnels dans un contexte de changements épidémiologiques, technologiques et démographiques ?

La réponse à cette question s'inscrit dans une approche, aujourd'hui consensuelle : la territorialisation des politiques de santé. Ce mouvement doit pleinement intégrer la médecine spécialisée, c'est la condition de son succès, c'est également la condition de la constitution effective d'une première ligne de prise en charge¹² répondant de façon organisée aux besoins de proximité, notamment pour les patients âgés et chroniques.

A. Il existe des marges d'amélioration dans l'organisation des prises en charge spécialisées

Pour les situations nécessitant un recours à la médecine spécialisée, le parcours de soins mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est destiné à structurer les processus de soins et à déterminer la place de chacun, permettant de rationaliser l'organisation des prises en charge. Ces dispositions, et les mesures conventionnelles prises depuis lors, permettent d'envisager des cas où le recours au spécialiste est ponctuel mais également des cas où des soins itératifs sont nécessaires. Dans bien des situations, en particulier les cas les plus courants, cela fonctionne.

Les travaux préparatoires au présent avis¹³ montrent toutefois que dans certaines situations de pathologies graves ou chroniques, les pratiques, les modes d'organisation ou de prise en charge s'éloignent des principes et cadres administratifs en place. La représentation du parcours de soins ne correspond alors ni à la réalité, ni toujours aux besoins des patients.

Souvent, le patient n'entre pas dans la prise en charge par son médecin généraliste, par choix, par défaut (prise en charge aux urgences) ou parce qu'il est essentiel d'avoir un recours direct le plus rapidement possible aux spécialistes (cas de l'AVC); parfois le suivi est quasiment exclusivement fait par le spécialiste, soit en raison de la pathologie, soit à la demande du patient, soit en raison d'habitudes de travail des professionnels ; certaines prises en charge de longue durée ne sont pas linéaires mais voient alterner des séquences où le patient aura essentiellement recours aux spécialistes ou à son médecin traitant ; souvent c'est le patient lui-même qui, faute de

¹² Voir avis du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie, 13 juillet 2016, (http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/avis_hcaam_innovations_et_systeme_de_sante_-_13_juillet_2016.pdf)

¹³ Il a été procédé à une analyse collective d'un ensemble de pratiques de prises en charge spécialisées (Cancer du sein, BPCO, diabète, insuffisance cardiaque, AVC, troubles de l'apprentissage chez l'enfant, problème psychiatrique chez l'adolescent) au sein d'un groupe de travail du HCAAM consacré à la médecine spécialisée et au second recours, réunissant des médecins spécialistes et généralistes exerçant en libéral, à l'hôpital, en établissement de santé. Ces constats sont par ailleurs confortés par ceux des « focus groups » de patients atteints de maladie chronique mis en place pour préparer cet avis.



communication entre les professionnels, fait la coordination en transmettant les informations aux différents intervenants.

L'importance des relations interpersonnelles est déterminante dans ces prises en charge. Le patient n'y est pas un sujet passif suivant un parcours balisé, mais un acteur qui, dans la mesure de ses capacités, s'informe, négocie avec les professionnels, change de médecin, pallie les manques du système. Les médecins s'appuient, de leur côté, sur la construction de réseaux affinitaires informels et personnels pour orienter leurs patients ou obtenir des avis de leurs confrères.

Les processus de prise en charge sont dans les faits hétérogènes. Cette hétérogénéité, pour partie légitime, traduit la diversité des configurations d'offres sur le territoire (urbain/rural, privé/public, ambulatoire/établissements), celle des situations pathologiques (situation d'urgence ou non, cancer versus autres pathologies chroniques) et l'effet de logiques d'organisation hospitalières et libérales assez différentes.

Ces modes d'organisation posent toutefois question.

Ils souffrent en premier lieu d'un manque de lisibilité préjudiciable aussi bien aux patients qu'aux professionnels.

Ainsi, les médecins ne savent parfois pas à qui adresser leur patient (quel est le bon professionnel pour ce patient ?), ne parviennent pas à l'adresser (difficultés d'accès au bon professionnel dans des délais raisonnables), peuvent se sentir exclus de la prise en charge réalisée par d'autres professionnels (« captation » du patient, non communication des examens réalisés) et s'en désinvestir.

Les patients, pour leur part, peuvent être orientés par défaut, en fonction du réseau relationnel du médecin (médecin généraliste ou spécialiste) et pas seulement en fonction de leurs besoins et de l'expertise nécessaire à leur situation. Ils peuvent également selon leur réseau relationnel au sein du système de soins et leurs ressources personnelles (culturelles, sociales et économiques) choisir eux-mêmes leur mode d'usage du système grâce aux degrés de liberté que celui-ci permet, sans garantie que ces choix soient pertinents ou efficaces. En définitive, il y a là, pour certains patients, un risque de perte de chance et d'inégalité face au système de soins.

Ces modalités d'organisation des processus de soins posent, en second lieu, des questions de bonne affectation des ressources spécialisées.

Bien souvent, faute de relais organisés, les ressources hospitalières très spécialisées peuvent être saturées par des consultations de suivi, empêchant la prise en charge rapide de nouveaux patients ou celle des épisodes d'acutisation¹⁴. Les prises en charge en ville ne sont pas de leur côté suffisamment structurées et organisées pour assurer l'ensemble des services nécessaires aux prises en charge au long cours.

L'utilisation sous optimale et inadéquate des ressources spécialisées est renforcée par l'existence de filières ou d'organisations concurrentes (en silos) tendant à orienter le cheminement du patient au sein d'espaces, hospitaliers ou libéraux, relativement étanches.

La situation n'est donc pas satisfaisante dans la mesure où elle ne favorise pas toujours le bon recours au bon niveau pour les personnes qui le nécessitent. Elle peut toutefois être améliorée et ce d'autant plus qu'il existe des marges de manœuvre pour réorganiser les processus de soins à la condition d'envisager des évolutions et des ajustements des positionnements des différents acteurs.

¹⁴ Il s'agit par exemple du suivi programmé en routine de patients insuffisants respiratoires chroniques en consultation externe de CHU pouvant être suivis en ville voire par d'autres professionnels au détriment de la mise en place de dispositifs de réadaptations ou de consultation spécialisée rapide pour des patients en phase subaiguës à la place d'un recours aux urgences à un stade plus aggravé.

B. Mettre en place un cadre d'action territorial

Pour garantir une organisation performante des prises en charge impliquant la médecine spécialisée, à même de répondre aux attentes des patients, **il est nécessaire de favoriser la constitution de « réseaux » professionnels de coopération stables visibles et lisibles** permettant d'organiser l'orientation des patients et de développer collectivement des réponses aux besoins, ainsi que des services nouveaux. Il s'agit là pour les professionnels de santé de s'entendre sur des solutions opérationnelles permettant de résoudre des situations ou difficultés de prise en charge identifiées dans leur contexte d'exercice. Il s'agit également de favoriser le développement de nouveaux services ou encore d'actions collectives (prévention, gestion des facteurs déstabilisants intercurrents, gestion des effets secondaires, etc.) dans un cadre pluri-professionnel et pluridisciplinaire. En sortant de logiques expérimentales de court terme, l'enjeu est de réduire la fragmentation des prises en charge **tout en rendant accessible et lisible sur tout le territoire l'offre de soins pour les professionnels comme pour les patients. Ce cadre devrait être constitué au sein des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)¹⁵** prévues par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, et associer les médecins du territoire, aussi bien de ville qu'hospitaliers. Pour que la démarche ait une réelle portée, **il est nécessaire d'identifier les moyens mis à disposition des CPTS, ainsi que les infrastructures, notamment numériques, à déployer.**

Cette organisation territoriale des professionnels doit également :

- **S'inscrire dans une stratégie locale de santé et s'appuyer sur l'identification collective d'objectifs à remplir**

Cette stratégie doit s'appuyer sur **un diagnostic territorial partagé** par toutes les parties prenantes, patients, citoyens, médecins généralistes, médecins spécialistes, pouvoirs publics.

Ce diagnostic doit identifier les situations de soins où des progrès doivent être faits au regard des normes nationales ou des référentiels de prise en charge proposés par la Haute autorité de santé.

La stratégie doit permettre d'identifier des objectifs d'amélioration collectivement assumés, pouvant par exemple concerner la permanence des soins, la gradation des prises en charge, la gestion de l'urgence, l'organisation de l'accès aux établissements de santé hors de l'entrée par les urgences, l'organisation de l'accès à des solutions alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, l'organisation de l'accès à des avis spécialisés, l'organisation de l'accès à des consultations pertinentes en cas d'acutisation, l'accès à des primo consultations de troisième niveau, ou encore l'organisation de la circulation de l'information et de la production de données.

¹⁵ « Les CPTS rassemblent selon la nature des projets des professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, de professionnels de santé assurant des soins de premier ou de deuxième recours et d'acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux qui veulent s'organiser pour mieux travailler ensemble sur un territoire donné. Le nombre et le type de professionnels concernés varient selon les projets et pourront évoluer dans le temps. », Instruction N° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).



➤ **S'appuyer sur la structuration des soins primaires qui est une priorité**

La structuration d'une organisation territoriale des prises en charge impliquant la médecine spécialisée nécessite la constitution d'équipes de soins primaires. Il est nécessaire de conforter cette politique et de doter ces équipes, et les professionnels qui souhaitent s'y engager, de moyens adéquats.

➤ **Définir la réponse organisée par les professionnels du territoire à des situations de prises en charge identifiées**

Il s'agit là de mettre en place, de façon concrète, les mesures permettant d'atteindre les objectifs communs. Il appartient aux professionnels du territoire, en fonction du contexte et des ressources du territoire, de proposer les organisations et les mesures les plus pertinentes. Dans cette démarche, **les médecins spécialistes, qu'ils exercent en établissement ou en ville, doivent permettre** de définir à partir de leur expertise, de leur connaissance du territoire et en collaboration avec l'ensemble de la profession, les modalités d'organisation permettant de garantir le respect pour tous les patients des recommandations de la HAS et des pouvoirs publics.

Les organisations proposées devront structurer et rendre lisibles pour tous des processus de prises en charge variant selon les situations des patients. A ce titre, et sans préjuger des modes d'organisation qui peuvent émerger, les articulations claires et structurées mises en place dans certaines organisations de soins américaines (PCMH-N, voir annexe 2) illustrent un cadre général possible, avec quatre niveaux de collaboration selon les situations : des échanges électroniques ou téléphoniques entre le médecin de soin primaire et le spécialiste ; une consultation avec le spécialiste pour une prise en charge spécialisée ou la réalisation d'un acte technique sur la demande du médecin de soin primaire ; le co-management du patient, si le patient nécessite le suivi par un spécialiste ; le transfert total du patient au spécialiste pour une partie du parcours de soin.

Cet exemple conforte l'analyse développée par le Haut Conseil dans son rapport « Innovations et système de santé » : la fonction de coordination de la prise en charge des patients doit d'abord être une mission à part entière des offreurs de soins eux-mêmes, les dispositifs de coordination externes aux professionnels devant fonctionner de façon subsidiaire ou interstitielle par rapport aux dispositifs de coordination intégrés aux différents offreurs.

Sur la base de ces propositions, correspondant à des engagements et des objectifs de progrès, une contractualisation avec les pouvoirs publics devient possible.

➤ **Articuler ville et hôpital**

L'un des objectifs majeurs de l'organisation territoriale doit être de favoriser le continuum ville-hôpital. Dans cette optique, les démarches d'organisation territoriales portées par les CPTS doivent s'articuler avec les évolutions de l'organisation des établissements de santé. Cette articulation, comme proposé par le Haut Conseil dans son avis « Innovations et système de santé », doit se déployer dans les différentes lignes de prise en charge, car, pour chaque ligne, les services proposés à la population impliquent à la fois des structures de ville et des structures hospitalières. L'articulation entre ces deux sphères doit pouvoir, pour être efficace, s'appuyer sur le développement d'exercices partagés ou mixtes et sur des possibilités de mobilité professionnelle des médecins entre ces deux univers.

➤ **Doter les CPTS des moyens nécessaires**

Les CPTS doivent disposer de moyens pour pouvoir se constituer et rendre efficacement les services que l'on attend d'elles. Ne pas réaliser cet investissement revient-



draît à condamner l'ambition d'une approche territorialisée de l'organisation des soins fondée sur l'implication des professionnels de santé.

Ces moyens sont multiples. Les professionnels doivent disposer de temps, d'accompagnement (*voir infra*), d'infrastructures numériques, être alimentés en analyses sur la situation sanitaire des habitants et sur la démographie des professionnels de leur territoire et de leur région. Ils doivent également pouvoir s'appuyer sur l'ensemble des outils développés par l'Assurance maladie et l'Etat pour améliorer la qualité, la continuité et l'efficacité des prises en charge.

C. Encourager le regroupement des médecins spécialistes pour rendre possible la constitution d'une première ligne de prise en charge organisée

La médecine spécialisée ne saurait se passer d'une réflexion approfondie sur les modalités de production futures de soins spécialisés et en particulier sur la question du regroupement de l'offre au regard des besoins de proximité.

Des regroupements existent d'ores et déjà. Mais, ils se font essentiellement lorsque des logiques économiques et technologiques l'imposent dans des spécialités qui nécessitent des équipements coûteux et où la pratique est très spécialisée, et sont de fait plus rares ailleurs. Il existe également en France de nombreuses formes d'exercice en groupe, permettant avant tout aux professionnels de partager des coûts, mais qui ne créent pas les conditions nécessaires à la production de soins en commun.

Il s'agit ici de promouvoir des organisations plus intégrées, à l'instar de celles qui peuvent exister à l'étranger (voir annexe 2).

Exemples d'organisations proposant des services de médecine spécialisée de proximité

- a) Les MVZ (*Medizinische Versorgungszentrum*, Allemagne)
- c) Les *Accountable Care Organizations* (ACOs, Etats-Unis)
- d) Les *Patient-Centered Medical Home Neighbor* (PCHM-N, Etats-Unis)
- e) Les *Patient-Centered Speciality Practice* (PCSP, Etats Unis)

Ces regroupements présentent de nombreux avantages : ils permettent de simplifier la vie du patient ; de mettre en œuvre plus facilement des prises en charge collectives ; de développer des échanges organisés et des formes de contractualisation entre différents interlocuteurs ; de « gérer » la spécialisation croissante ; de faciliter la permanence des soins, la gestion des urgences, l'amplitude horaire du service et sa réactivité. Ils permettent également d'envisager, par l'association des professions paramédicales, de développer ou de faciliter l'accès à des services nouveaux et d'inventer des processus de prise en charge plus fluides pour les patients. Ces regroupements semblent aujourd'hui nécessaires pour intégrer des fonctions de coordination et d'appui et tenir compte des aspirations des jeunes professionnels.

Sans négliger les risques dont elles sont potentiellement porteuses (accessibilité, dynamique de dépense, concentration de l'offre), l'organisation de l'offre regroupée peut être la condition d'un meilleur maillage du territoire à travers la constitution de sites relais disséminés à partir des pôles regroupés. Il est aujourd'hui indispensable d'investir dans ces nouvelles formes d'organisation.

Pour permettre leur développement dans de bonnes conditions, elles doivent être encouragées dans un cadre clair permettant de garantir leur capacité à répondre aux enjeux posés à la médecine spécialisée et au système de soins en général. Les obstacles à leur constitution ainsi que les dynamiques et les

incitations susceptibles de les favoriser doivent être identifiés, en particulier pour ce qui concerne les spécialités cliniques.

Pour cela, il est nécessaire de progresser collectivement (pouvoirs publics, professionnels, patients) sur :

➤ **La nature des regroupements à favoriser**

Les regroupements peuvent être très variés : regroupements mono-disciplinaires ou pluridisciplinaires de spécialistes de ville (PCSP américains) ; regroupements entre spécialistes et généralistes de ville (MVZ allemands) ; « filières » intégrant des soins de ville et hospitaliers (PCMH-N et ACOs américains) ; organisations en réseau ou disposant de « murs » ; organisations « thématiques » autour d'une pathologie précise (cancer, diabète).

Le choix des regroupements à favoriser aura des implications sur la nature de l'offre et l'accès à la médecine spécialisée pour les patients, sur les conditions d'exercice pour les médecins. Est-il pertinent de favoriser des organisations par filières de pathologie (diabète, cancer, etc.) ou de développer des organisations proposant des services spécialisés s'adressant à tous les patients ? Quelles spécialités est-il pertinent, sur le plan médical, de rapprocher ?

➤ **Les services proposés par ces regroupements et leur articulation avec les autres offreurs de soins**

Les regroupements sont de nature à favoriser la mise en place de réponses aux besoins des territoires, en rendant possible le déploiement de nouveaux services (permanence des soins, consultations avancées, cabinets secondaires, petite chirurgie, etc.).

Déterminer les services attendus aura des conséquences sur la nature des équipements ou plateaux techniques dont devront disposer ces structures. La nature de l'activité de ces regroupements aura également des conséquences sur leurs relations avec les autres offreurs de soins du territoire. Se pose ici, notamment, la question des liens avec la première ligne de prise en charge, incluant la gérontologie, mais également la question de l'adossement à des établissements de soins.

➤ **Les niveaux de regroupement et les conditions d'accès à ces services regroupés**

Il s'agit de définir des éléments de doctrine sur le bon échelon de mise en œuvre des regroupements, selon leur nature, en termes de temps d'accès ou de population couverte.

➤ **Le modèle économique des regroupements**

Ces organisations doivent reposer sur des modèles économiques soutenables. Cela implique une réflexion d'une part sur le financement des investissements nécessaires (équipements, systèmes d'information), d'autre part sur les modes de financement de l'activité elle-même.

Ces regroupements sont une condition pour déplacer le centre de gravité des prises en charge vers les lieux de vie des patients, ils constituent un élément indispensable pour gérer la bascule ambulatoire.

D. Améliorer l'information des patients sur les pathologies graves ou chroniques et les processus de prise en charge

Force est de constater que les moyens mis en œuvre pour que les patients confrontés à une maladie grave ou chronique disposent des informations pertinentes, tant sur leur maladie que sur leur prise en charge, sont notoirement insuffisants.

➤ L'information générale à destination des patients n'est pas adaptée

Il existe de nombreuses sources d'information accessibles aux patients : guides de la Haute autorité de santé, mise à disposition d'informations sur le site internet de l'Assurance maladie, fiches de l'assurance maladie déclinant les guides HAS pour certaines pathologies, ressources fournies par les associations de patients, les organismes complémentaires, les caisses de retraite, etc.). A cette liste, non exhaustive, on peut ajouter les nombreux sites et forums d'information médicale.

Ce bref panorama souligne deux difficultés.

La première tient à la qualité des informations disponibles : lorsqu'elle émane d'autorités officielles, et malgré des progrès, notamment de la part de la HAS, cette information est souvent difficilement compréhensible pour qui n'est pas médecin ou spécialiste du système de santé. Lorsqu'elle n'émane pas d'autorités officielles, sa fiabilité n'est pas garantie.

La deuxième tient à la manière dont les patients accèdent à l'information : dans la majorité des cas, il appartient au patient de se mobiliser pour trouver ces ressources car il existe peu de démarches proactives.

Il est nécessaire d'évaluer l'ensemble des outils d'information des patients et d'engager un chantier pour améliorer l'accès à l'information, ainsi que sa qualité et sa pertinence. Pour cela, il est possible de s'inspirer des initiatives qui existent en France et à l'étranger.

Ainsi, la CNAMTS étudie une piste consistant à fournir de l'information aux patients au travers du DMP. Cette idée serait favorisée par la mise à disposition des assurés d'une application qui simplifiera leur accès au DMP.

A l'étranger, les « pathways » britanniques mis en place par le National Health Service semblent être un exemple à suivre et à développer, dans la mesure où ils proposent des éléments d'information avec un degré de complexité et un contenu variable selon les cibles (médecin/patient).

Dans cette réflexion, la HAS doit être un acteur moteur, mais il y a aussi une place et un rôle particulier à réserver aux patients eux-mêmes au travers de leurs associations.

Cette question est à replacer dans le cadre du Service Public d'information en santé¹⁶ en cours de constitution. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie rappelle, à ce titre, l'intérêt, souligné dans son rapport « Innovations et système de santé », des programmes de type « Choisir judicieusement » (« Choosing Wisely », Etats-Unis), ou « Choisir avec soin » (Canada), visant à promouvoir le dialogue entre professionnels de santé et patients, à diminuer des redondances des actes thérapeutiques et à favoriser une meilleure utilisation des ressources en santé.

¹⁶ Prévu par l'article 88 de la Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.



➤ Quelle information du patient sur sa situation particulière ?

Au-delà de l'information générale du patient, il convient de réinterroger les modalités d'information du patient sur son cas personnel : à quelle prise en charge doit-il s'attendre de la part des professionnels de santé ?

En principe, et en raison du secret médical, il est d'usage de considérer que l'information du patient doit se faire par le dialogue entre le médecin et le patient. Il n'existe pas d'évaluation de la manière dont est faite cette information. En tout état de cause, à partir de quels supports, de quels outils, les médecins peuvent-ils exercer cette mission ? Quelle est la formalisation souhaitable pour les patients ?

A cet égard, la réforme de la procédure ALD constitue une clarification qui doit être l'occasion de rouvrir le débat sur les protocoles de soins. En effet, historiquement l'ALD est à la fois un dispositif de prise en charge financière des patients, un dispositif de coordination et d'information des professionnels impliqués dans la prise en charge et un dispositif permettant au patient de connaître les modalités de sa prise en charge. Ces trois objectifs étaient poursuivis grâce à un seul document, le protocole de soins ALD rédigé par le médecin traitant.

Dans les faits, l'objectif principal a toujours été d'organiser des modalités de prise en charge financière et donc de déterminer, au travers du protocole ALD, les actes et prestations qui pouvaient faire l'objet d'une prise en charge à 100% par l'Assurance maladie. Les modalités de rédaction du protocole (formulaire administratif), l'implication *a priori* de l'Assurance maladie pour le valider, le fait que le volet destiné au patient (« troisième volet ») n'était pas systématiquement rempli, lisible, compréhensible, voire tout simplement remis au patient, montrent que l'objectif d'implication du patient dans sa prise en charge n'était pas rempli.

En renvoyant professionnels de santé et patients vers les protocoles ALD de la HAS, disponibles sur internet, la réforme de la procédure ALD acte le resserrement des objectifs : l'enjeu est désormais clairement de faire en sorte que les patients soient pris en charge financièrement dans les meilleures conditions possibles. Cette réforme, qui sera pleinement effective à partir de l'été 2017, devrait simplifier les tâches administratives des professionnels et favoriser la continuité de la prise en charge financière des patients, elle constitue donc un progrès à saluer. Il convient toutefois d'être vigilant sur sa mise en œuvre, d'en mesurer l'impact au fur et à mesure de sa montée en charge, notamment sur le développement du recours à la procédure dite « post-ALD », particulièrement importante pour les patients.

Il convient également de tirer les conséquences de cette clarification. Elle permet de reposer en dehors de considérations financières la question de l'information des patients sur ce qui va leur arriver, ce qu'ils sont en droit d'attendre comme modalités de prise en charge, sans plus considérer que la question relèverait du protocole ALD.

Or, s'il existe aujourd'hui quelques ressources mobilisables, elles sont fort limitées¹⁷. Dans l'immense majorité des cas, il n'y a aucune information contextualisée formalisée destinée au patient, aucun protocole de soins personnalisé qui lui soit accessible. Une réflexion sur l'utilité, les modalités, la formalisation d'un tel support doit être lancée.

¹⁷ Pour les patients qui ne sont pas en ALD mais qui nécessitent le recours à des soins itératifs, la convention médicale prévoit dans son article 18-1 la rédaction d'un « plan de soins prédéfini en termes de contenu et de périodicité entre le médecin traitant et le médecin correspondant » qui pourrait servir d'élément d'information contextualisée du patient et de support à un échange entre le patient et le médecin. Mais l'existence même de ces plans de soins dans la pratique est sujette à interrogation. La HAS a par ailleurs élaboré un modèle de plan personnalisé de santé (PPS), à la demande du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, dans le cadre de la mise en œuvre des expérimentations « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA). Ces plans s'adressent à une catégorie très spécifique et donc limitée de patients et s'ils l'impliquent au stade de leur rédaction, ils s'adressent essentiellement aux professionnels de santé.



E. Améliorer la participation des patients aux processus de prise en charge et des usagers aux décisions d'organisation

Les patients doivent pouvoir participer aux prises en charge, mais pour cela il est nécessaire de leur donner ressources et moyens. Il existe à ce titre une attente réelle, notamment des patients atteints de pathologies chroniques ou graves, d'avoir accès à des programmes d'éducation thérapeutique ou de réhabilitation. Ces dispositifs existent, mais pas sur l'ensemble du territoire, et ils sont insuffisamment connus des praticiens et des patients, alors même que leurs effets positifs sur l'observance, la gestion des épisodes d'acutisation, l'implication et la qualité de vie des patients sont connus. Un développement volontariste de ces services dans le cadre ambulatoire, ainsi que de leur financement, est nécessaire.

Parallèlement, les associations d'usagers et de patients doivent disposer des moyens leur permettant elles aussi d'accompagner les patients, que ce soit par la mise en place des services évoqués plus haut ou par le développement d'autres initiatives également importantes pour que les patients vivent leur maladie du mieux possible (accompagnement administratif, information, accompagnement des proches, etc.).

L'implication des patients et usagers dans l'organisation territoriale des soins est également un enjeu. Ils doivent trouver leur place au sein des CPTS. Dans ce cadre, leur apport ne devrait pas se limiter à une participation aux décisions d'organisation. Ils ont un rôle à jouer dans l'évaluation régulière des services rendus : la mesure de la satisfaction des patients et des usagers doit être utilisée pour améliorer en permanence la qualité des prises en charge.

IV. Se doter des outils nécessaires à la mise en œuvre des évolutions

Agir sur la médecine spécialisée, c'est agir sur l'ensemble du système de santé. Aussi la méthode et les moyens à mobiliser pour faire évoluer positivement la situation à court et moyen terme ne sont-ils pas spécifiques à la médecine spécialisée. Il est toutefois nécessaire de les aborder ici tant ils sont importants pour l'avenir de la médecine spécialisée. Au-delà de l'allocation nécessaire de moyens financiers et humains à la conduite de la réforme, en particulier au niveau des ARS, quatre sujets sont essentiels.

A. Définir un pilote national, une perspective stratégique, un calendrier et des cibles de moyen terme pour transformer l'offre

Il est nécessaire qu'un cap de moyen terme soit défini pour structurer les actions et les choix de l'ensemble des parties prenantes. Ce cap doit être fixé par le ministère de la Santé. Il s'agit d'explicitier et de partager les objectifs, l'organisation cible et le calendrier de convergence vers une nouvelle organisation. Il est également nécessaire, dans le cadre de cette stratégie, d'éclairer les arbitrages et options possibles pour atteindre les objectifs. Il s'agit enfin, à court terme, d'éclairer les questions préalables évoquées dans la présente note (quels modèles économiques pour les organisations regroupées ? Quels niveaux d'investissement public et privé dans quels secteurs prioritaires ? etc.).

C'est l'objet de la Stratégie nationale de santé qui doit être prochainement précisée. Sa conception et son pilotage supposent de constituer au sein du ministère de la Santé une capacité stratégique dégagée des contingences de la gestion quotidienne. Le déploiement de la stratégie suppose également de mettre en place une réflexion collective sur les organisations innovantes.

B. S'appuyer sur l'initiative des professionnels, développer la connaissance du système et les moyens d'accompagnement

L'initiative des professionnels est une ressource essentielle à mobiliser pour concrétiser les changements d'organisation. On l'a dit, sans l'implication des professionnels, il n'y aura pas de concrétisation de l'approche territoriale. Il est donc nécessaire de s'appuyer, chaque fois que cela est possible, sur les organisations professionnelles à même de promouvoir et d'accompagner les changements. Les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS)¹⁸ ont un rôle à jouer dans ce processus.

Les ARS doivent pour leur part avoir un rôle d'accompagnement et de soutien de ces changements dans les territoires. Elles doivent être en mesure, d'une part, de décliner régionalement les services attendus définis au niveau national et, d'autre part, d'accompagner les acteurs dans la mise en place opérationnelle de ces services. Il faut pour cela accroître leur capacité d'analyse, de conseil et d'orientation pour la création d'organisations territoriales, ainsi que leur capacité d'animation territoriale.

En complément, des moyens d'accompagnement au changement et d'aide au développement de structures de production de soins ambulatoires doivent être développés. Il est en effet nécessaire d'inventer des mécanismes pour aider les porteurs de projets économiques (regroupements) ou de projets de collaboration dans les processus de soins (CPTS) à développer des projets utiles et viables. L'expertise sur ces sujets, qu'elle soit publique ou privée (ANAP¹⁹, cabinets de conseil, structures professionnelles), existe. Il faut organiser et soutenir sa mobilisation.

Enfin, l'ONDPS doit être renforcé pour mieux remplir ses fonctions d'analyse et d'anticipation des évolutions des professions et des besoins en professionnels.

C. Investir dans la santé numérique

Le Haut Conseil avait abordé la question du numérique dans son avis du 13 juillet 2016 « Innovations et système de santé »²⁰. Les préconisations de cet avis sont toujours d'actualité et concernent au premier chef l'organisation territoriale de la médecine spécialisée.

La priorité doit être donnée à l'urbanisation²¹ favorisant le déploiement de systèmes d'information territorialisés (DMP, messagerie sécurisée), décloisonnant les professionnels, en particulier le secteur hospitalier et la médecine de ville.

Il est également nécessaire de s'engager fermement dans une politique de développement de la télésanté et d'en créer les conditions : téléconsultations, télétransmission de données via les objets connectés, transmission d'image et télé-expertise. D'autres pays ont d'ores et déjà réalisé cette transition.

¹⁸ Les URPS ont été créées par la loi Hôpital Santé Patients Territoire de 2009. Elles rassemblent pour chaque profession de santé et chaque région des professionnels de santé libéraux conventionnés élus par leurs pairs.

¹⁹ Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux.

²⁰ http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/avis_hcaam_innovations_et_systeme_de_sante_-_13_juillet_2016.pdf

²¹ La démarche d'urbanisation du système d'information (SI) vise à organiser son évolution graduelle. Elle consiste à étudier les différents secteurs fonctionnels et activités qu'il doit servir afin d'être en mesure d'en réaliser une cartographie, puis d'adapter le SI aux besoins, de le simplifier, de l'optimiser. Dans le cadre d'une approche territoriale de l'offre de soins, cette démarche devrait concerner l'ensemble des services attendus (ville, hôpital) et permettre de relever rationnellement le défi de l'interopérabilité des différents systèmes d'information. Le terme « *urbanisation* » est utilisé par analogie avec les travaux d'architecture et d'urbanisme dans une ville, qui passent par une cartographie de ses différents quartiers, zones et blocs, et déterminent les liens à bâtir et les normes à respecter.

Un système en réseau : l'exemple du Danemark

Depuis une décennie, le Danemark se situe en tête des pays européens en ce qui concerne l'utilisation des services de santé numérique (e-health) dans les hôpitaux. En 2014, tous les médecins généralistes libéraux enregistrent les données des patients – de nature administrative et médicale – en format électronique, utilisent la prescription électronique et reçoivent les résultats des laboratoires d'analyse par voie électronique. Plus de 9 sur 10 procèdent également à des transferts de données de leur patient vers d'autres professionnels de santé, en particulier entre soins primaires et soins secondaires (par exemple, documents de sortie, ordonnances électroniques, remboursements sécurité sociale).

L'ensemble des structures de soins primaires et de soins secondaires (hôpitaux, pharmacies, municipalités, médecins généralistes et près de 85 % des médecins spécialistes) sont ainsi interconnectées et peuvent échanger des informations et des données concernant les patients dans le cadre d'un réseau sécurisé. Par ailleurs, l'échange de données ou d'information via internet avec le patient est aujourd'hui une pratique courante au Danemark : plus de 9 médecins généralistes sur 10 disposent d'une page internet (contre 1 sur 4 en 2002) ce qui permet au patient de prendre rendez-vous pour une consultation, d'avoir accès à un renouvellement de prescription ou plus généralement d'échanger des informations avec son praticien. Le citoyen a également accès au portail sundhed.dk qui est son deuxième point d'entrée dans le système de santé (après son médecin généraliste, et avant les services d'urgences).

Ce portail est un service public créé en 2003 conjointement par les régions, le Ministère de la santé et de la prévention et l'association des pharmacies danoises. Il propose deux entrées sécurisées distinctes, l'une pour les professionnels de santé, l'autre pour les patients. Les professionnels de santé peuvent trouver sur ce site un accès aux références médicales actualisées, aux articles scientifiques, aux recommandations de pratiques cliniques, mais également aux temps d'attente dans les hôpitaux, aux prises en charge proposées par les différents établissements, etc. Ils peuvent également avoir accès aux résultats biologiques de leurs patients. Les usagers trouvent sur ce site des informations générales sur la santé et les options thérapeutiques possibles, ainsi qu'un accès à leurs données personnelles de santé, avec un historique de leurs rendez-vous médicaux, de leurs prescriptions, etc. Le citoyen dispose également d'informations sur l'accès concret au système de santé (professionnels de santé, hôpitaux, qualité des soins, coûts des prises en charge, possibilité de prise de rendez-vous en ligne, etc.). Ce site fait référence au Danemark : 88% des Danois le consulteraient au moins une fois dans l'année (sachant que 90 % des Danois auraient recours à internet pour chercher des informations en santé et que 95 % des Danois ont un accès à internet).

D. Ouvrir une discussion pour définir un cadre d'évolution de moyen terme des modalités de tarification

Transformer le système nécessite d'avoir une approche pluriannuelle et systémique des évolutions nécessaires et des instruments financiers qui permettront cette évolution.

Or, le système de décision actuel n'est pas adapté à cet objectif tant il sépare les problématiques entre ville et hôpital, entre modes de financement et gestion des ressources humaines, entre statuts public et privé, entre professions. Cette situation perpétue des clivages et restreint le champ des analyses, conduisant à des mesures sectorielles, sans doute utiles en gestion, mais qui ne sont pas en mesure d'organiser une transformation rapide, profonde et cohérente du système de soins.

Dans chaque champ, se conçoivent, se discutent et parfois se mettent en œuvre des mesures finançant des services de même nature (par exemple les consultations externes des hôpitaux, les hospitalisations de jour, le développement d'organisation de type « ACO's » à partir des hôpitaux d'un côté, le développement de consultations complexes, le financement du regroupement des libéraux de l'autre), mais sans grande cohérence dans les démarches.

Dans chaque champ, on assiste à une complexification et un raffinement des systèmes de tarification et de rémunération de l'activité des professionnels, alors même que



s'affirme la volonté de développer des rémunérations forfaitaires, voire partagées entre professionnels.

Ces approches segmentées obèrent la lisibilité, la prévisibilité et l'efficacité du système de tarification comme outil de changement. Cette situation freine également, voire rend illusoire, les perspectives de développer réellement de nouvelles offres de services associant des acteurs relevant de champs différents.

Une démarche globale et collective définissant un cadre structurel transversal de moyen terme d'évolution des modes de tarification permettrait de renforcer la cohérence du système de soins avec les objectifs stratégiques de transformation à poursuivre.

**

Les analyses et propositions du présent avis n'épuisent pas la question des prises en charge spécialisées. Il s'agit d'une première étape, sur un sujet vaste et très peu étudié.

Le Haut Conseil entend donc poursuivre cette réflexion.

Tout d'abord pour préciser les orientations proposées, qui nécessitent pour certaines d'entre elles d'être approfondies avec l'appui des services de l'Etat et de l'Assurance maladie. Il sera ainsi nécessaire d'expertiser la question des modèles économiques des regroupements de médecins spécialistes et celle des évolutions du cadre juridiques nécessaires aux changements appelés par les propositions du présent avis.

Ensuite et surtout pour analyser des enjeux qui n'ont pas pu l'être lors de ce premier travail. A ce titre, la question des dépassements d'honoraires est une question fondamentale, qui doit être abordée de façon pragmatique, et fera l'objet d'études et de débats spécifiques.

Enfin, cet avis s'est efforcé d'adopter une approche globale de la médecine spécialisée. Cette première étape, nécessaire pour éviter une trop grande dispersion du propos, doit être complétée par des approches par pathologies et par disciplines afin de prendre en considération les spécificités de chacune.

Annexe 1 : La réforme du troisième cycle

La réforme du troisième cycle des études médicales est en chantier depuis de nombreuses années. Elle se mettra en place progressivement.

Elle vise à faire évoluer la conception de cette formation professionnalisante vers une dynamique de métiers et de compétences, comme c'est le cas dans de nombreux pays, et à l'appuyer sur les besoins de santé. A chaque métier, un référentiel et une formation sanctionnée par un diplôme garantissant l'acquisition progressive, au cours du cursus, de l'ensemble des compétences nécessaires à l'exercice de ce métier.

La lente maturation de cette réforme fait qu'elle embrasse des problématiques repérées de longue date et des difficultés plus contemporaines. Elle promeut un changement assez profond en termes de concept (notamment à travers l'implémentation d'un raisonnement par et sur les compétences) mais s'appesantit également à raison sur l'outillage concret de la réforme (notamment sur le plan numérique).

La finalisation de cette réforme par le professeur Benoît Schlemmer n'a pas remis en cause la philosophie du travail conduit précédemment sous l'égide des professeurs François Couraud et François-René Pruvot, dont les propositions ont fait l'objet d'un rapport diffusé en juin 2015.²²

Les dix points clefs de la réforme du troisième cycle (tels que présentés par le Professeur Benoît Schlemmer)

1. **POURQUOI ?** : Mieux répondre aux besoins de santé ; aux évolutions de la médecine ; aux exigences de lisibilité et de qualité de la formation/standards internationaux ; au développement d'une plus grande transversalité
2. **UN SEUL DIPLÔME (= DES)** nécessaire et suffisant pour la qualification et l'exercice de la spécialité (suppression à terme des DESC et de la majorité des capacités)
 - Le « post-internat » n'est plus nécessaire à la qualification
 - Lien entre formation initiale et formation continue
 - Entrée secondaire dans formation 3^{ème} cycle (extension de compétences - « 2e DES »...)
3. **MAQUETTES** de formation des spécialités, axée sur l'ACQUISITION PROGRESSIVE DES COMPETENCES de chaque métier : compétences propres + compétences « partagées »; nouveaux outils et moyens de formation (e-learning, simulation, patient-enseignant...)
4. **FILIARISATION** de l'ensemble des spécialités : N = 44
 - Toutes spécialités « chirurgicales ».
 - Nouvelles spécialités médicales : Médecine d'Urgence, Médecine Intensive et Réanimation, Gériatrie, Médecine Légale, Maladies Infectieuses, Médecine vasculaire, Allergologie)
 - Spécialités déjà à DES

Effectifs définis et planifiés (ONDPS-DGOS) par Région/subdivision et par spécialité
(f) besoins de santé & évolution des métiers et des exercices
5. **OPTIONS** et **FST** (formations spécialisées transversales), « qualifiantes » et à accès régulé = compétences complémentaires exercées dans le cadre de la spécialité d'origine

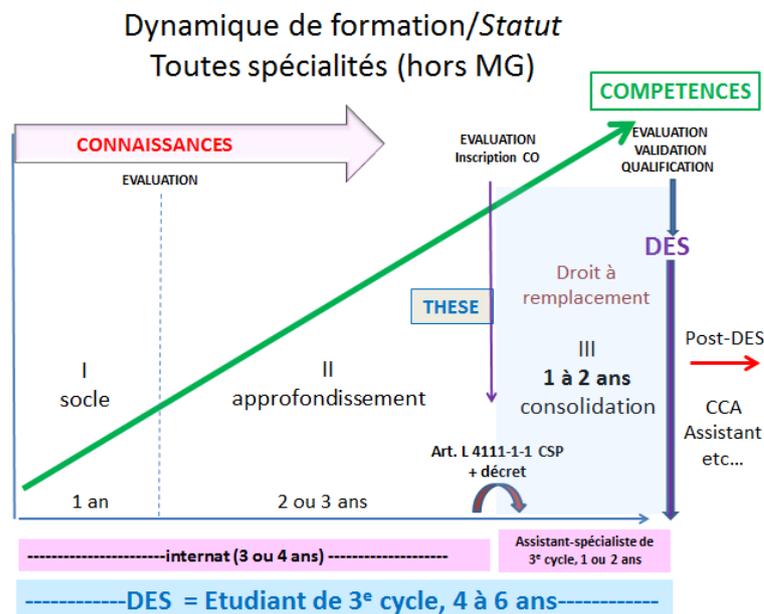
²² Le rapport Couraud-Prévot résumait ainsi les critiques relatives à la formation de troisième cycle :

- La superposition de formations monodisciplinaires sans organisation générale de la formation de 3^{ème} cycle ;
- L'absence d'une articulation formalisée entre DES et DESC ;
- Une absence de progression pédagogique au sein de chacune des formations ;
- La quasi-absence d'évaluation formalisée des compétences ;
- Une période de mise en responsabilité aléatoire selon les disciplines et les sites ;
- Une faible lisibilité.

6. Durée de formation de 4 à 6 ans (à l'exception de la MG, 3 ans de façon transitoire; + 1 an en ambulatoire à terme)
7. Une organisation de la formation en 3 PHASES (socle, approfondissement et consolidation) : une formation plus précoce et plus dense
8. Une évolution des conditions d'apprentissage au cours de la phase de « consolidation » = accélération du processus d'acquisition des compétences du métier; étape « pré-professionnelle » de la formation, en « autonomie supervisée » (sous un nouveau statut d'« assistant spécialiste de 3ème cycle »)
9. Un suivi renforcé des étudiants, une évaluation régulière et personnalisée de chaque parcours, appuyée sur un contrat de formation et un portfolio étudiant
10. Une gouvernance plus collégiale de l'encadrement et du suivi pédagogique individualisé de chaque étudiant

Que faut-il retenir de cette réforme ?

- Le troisième cycle sera organisé en plusieurs phases de formation, trajectoire résumée par le schéma ci-dessous :



- Le suivi des étudiants de 3^{ème} cycle tout au long de ce cursus prendra la forme d'un tutorat plus rapproché qu'il ne l'est actuellement, l'équipe pédagogique du DES jouant ici un rôle clé ;
- Ce suivi vise à s'assurer de l'acquisition des compétences, par des points d'évaluation, au minimum à la fin de chacune des phases de la formation, à repérer les internes en difficulté, à améliorer l'orientation de chacun dans sa spécialité et à préparer l'étudiant à son projet professionnel ;
- Si cette réforme prolonge la logique de filiarisation à l'œuvre depuis quelques années, elle revendique aussi les possibilités de décloisonnement entre les spécialités par le biais de formations transversales, qu'il s'agisse de formations destinées à tous les spécialistes, ou parfois seulement à certains d'entre eux (surspécialité partagée par plusieurs spécialités).

Parmi les points critiques de cette réforme, la définition des spécialités, des formations transversales ou des options de surspécialités, les durées de formation ont été l'objet de toutes les attentions.

La question du post-internat est également remaniée par cette réforme à la faveur de la constitution de la « phase de consolidation » et du statut d'assistant spécialiste.

Le lien entre formation initiale et formation continue est également à revoir, les unités d'enseignement du 3^{ème} cycle (corps des DES, options ou FST) devant pouvoir servir de modules de DU (diplôme universitaire) ou de DIU (diplôme inter-universitaire) ouverts à la formation continue et à des processus de qualification secondaire au cours de la vie professionnelle. (cf. infra)

Les questions de l'agrément des structures d'accueil et du suivi des internes constituent enfin un point cardinal de la réforme : les structures en questions doivent présenter des projets pédagogiques différenciés en fonction des phases de la formation ; le suivi doit quant à lui permettre de garantir la progression dans l'acquisition des compétences, sur la base de critères nationaux et avec un outil de suivi individuel²³. La diversité des terrains agréés (en ambulatoire, dans les cabinets de ville, et au sein des cliniques privées) est à l'évidence une variable sensible.

La réforme du 3^{ème} cycle peut être perçue comme une étape, précédant les réformes nécessaires à une pleine harmonisation des statuts au niveau européen, les pays voisins ayant un système de formation parfois sensiblement différent (exemple de l'Allemagne : cf. encadré). La mobilité des jeunes professionnels sur le territoire, se poursuivra certainement au-delà de nos frontières. Ces évolutions doivent progressivement conduire à une vision globale de la formation des médecins en Europe, afin que la France puisse intégrer plus facilement les médecins étrangers, tout en assurant aux médecins français des possibilités d'exercice et de formation à l'étranger. Ces dispositifs permettent d'enrichir le parcours et la compétence de l'ensemble des médecins formés au sein de l'Union Européenne.

Exemple de l'Allemagne

La formation des médecins en Allemagne, notamment au cours de l'équivalent du 3^{ème} cycle des études médicales, diffère du système français et peut varier à la marge entre les universités allemandes. Notons préalablement que pour entrer dans les études de médecine, une sélection par les notes au bac et une sélection par concours externe sont possibles. L'exemple détaillé ci-dessous est celui de l'université de Göttingen.

Le cursus initial des études de médecine comportent une première phase dite « vorklinik » qui dure deux ans comprenant uniquement un apprentissage théorique, à l'issue de laquelle un examen permet de rentrer dans la phase d'apprentissage clinique « klinik » qui dure trois ans. Un examen ponctue cette phase également. Vient ensuite l'année pratique dite « PJ » pour Praktikes Jahr », année où l'étudiant exerce en pleine responsabilité. A l'issue de cette « PJ », l'examen d'Etat conclut les études de médecine. L'étudiant est alors officiellement médecin, ce qui lui permet hypothétiquement de s'installer. Mais il est recommandé de se spécialiser ensuite, en médecine générale comme dans toute autre spécialité, avec une durée de spécialisation qui peut varier selon les Länder. Le statut d'étudiant n'existe donc plus en tant que tel à l'issue des six premières années d'étude en Allemagne. Cette durée initiale des études de 6 ans est également proposée par endroit, sous la forme d'un cursus bilingue Allemand-Anglais. La poursuite de la formation repose donc ensuite sur une spécialisation du jeune médecin, par contractualisation avec les hôpitaux, et selon les Länder. Qui peut durer entre 5 et 6 ans pour la chirurgie. Et qui correspond à un statut de « résident ». Un fonctionnement qui se rapprocherait plus de la formation continue en France.

²³ Port-folio de suivi des internes est le support indispensable aux procédures de suivi et de validation des différentes phases de formation, assurées dans chaque subdivision/interrégion sur la base d'une procédure-cadre nationale et d'outils partagés. Les ressources numériques sont par ailleurs le support de l'harmonisation pédagogique nationale au sein des disciplines et de l'enseignement des options ou FST à faire partager entre subdivisions/interrégions et entre DES (FST).

Annexe 2 : quelques exemples étrangers de regroupements de spécialistes

Les systèmes de santé des pays comparables par leur développement (Etats Unis, Grande Bretagne, Allemagne) sont fortement marqués par une structuration historique à chaque fois spécifique, qui singularise le champ de compétences et l'organisation des médecins de premier recours comme des praticiens spécialisés.

Pour autant, les paramètres fondamentaux de l'évolution de la médecine spécialisée sont identiques, comme le sont les problèmes - coordination inter-spécialités, coordination avec la médecine de premier recours, inégale répartition des professionnels sur le territoire - que cette évolution apporte.

Les solutions organisationnelles mises en place dans ces pays ne sont pas forcément très différentes de celles qui existent en France, mais s'appuient sans doute plus que chez nous sur le développement volontariste de formes regroupées d'exercice en ville.

a) Les MVZ (Medizinische Versorgungszentrum, Allemagne)

Ces structures de ville, héritières des centres de santé de l'ancienne Allemagne de l'Est, regroupent des médecins généralistes et spécialistes en un même lieu physique. Les MVZ doivent a minima inclure deux spécialités, y compris la médecine générale, et disposent d'un accès à des plateaux techniques et à des blocs opératoires via une contractualisation avec des hôpitaux ou des cliniques ou, en fonction de la taille du MVZ ou du type d'équipement, par acquisition directe. Elles incluent du personnel paramédical. Il s'agit de structures de droit privé, qui peuvent être créées et détenues par des médecins libéraux (41% des cas), des établissements de soins (40% des cas), ou des organisations à but non lucratif. Elles doivent être dirigées par un médecin. L'exercice peut s'y faire en tant que médecin salarié (statut majoritaire : 90% des médecins) ou en tant que médecin libéral conventionné. Le financement se fait dans le cadre du droit commun (tarification à l'acte), complété par un supplément de rémunération des prestations médicales payées par l'assurance maladie et lié au caractère pluridisciplinaire et intégré de ces structures. Les MVZ sont de taille très variable, mais comprennent en moyenne 6,6 médecins. 56% des MVZ sont en zone urbaine, 26% dans des petites villes rurales. Ils peuvent être centrés sur une pathologie, comme le MVZ « Medicum Hamburg », structure dédiée au diabète qui regroupe l'ensemble des spécialités, des équipements médicaux et des services d'accompagnement nécessaires au diagnostic, au suivi, et à la prévention du diabète : internistes spécialisés en diabétologie, ophtalmologue, dentiste, cardiologue, médecin généraliste, un homéopathe acupuncteur ; des technologies d'exploration fonctionnelle, échographie, biologie délocalisée, radiologie conventionnelle, plateau d'orthodontie ; des services d'accompagnement, éducation thérapeutique, service spécifique de consultations et suivis des pieds sans rendez-vous, formation à l'utilisation des pompes à insuline, salle de sport. Les spécialistes sont appuyés par d'autres professionnels (psychologues, kinésithérapeutes, podologues et diététiciens) et les patients sont suivis par des gestionnaires de cas (souvent des infirmières spécialisées dans le suivi du diabète). Le MVZ est financé au travers d'un contrat avec un assureur favorisant cette prise en charge globale.

b) L'organisation en réseau (Allemagne) :

Le QuE eG Nuremberg est un réseau regroupant 50 généralistes et 78 spécialistes, répartis au sein de 71 cabinets différents organisé pour fournir des services de santé et de prévention intégrés. Le système de rémunération reste le système de droit commun, à l'acte. Mais le réseau a contractualisé avec trois assureurs des contrats de partage des économies générées par la meilleure coordination et les actions de prévention (50% des économies sont reversées au réseau). Ce réseau est dirigé par un conseil de médecin et dispose de 5 employés pour sa gestion. Dans l'objectif d'améliorer



la qualité des soins tout en réduisant les coûts, le réseau a mis en place des plans de prévention et d'éducation des patients à risques et a négocié des contrats d'accès à certaines plateformes techniques et autres fournisseurs de soins. La coordination des soins est facilitée par la mise en place d'un système électronique de gestion des patients et par le recrutement de personnel paramédical. Le réseau dispose d'un système de suivi de la qualité.

c) Les accountable care organizations (ACOs, Etats-Unis)

Ces organisations coordonnent, voire intègrent, des offreurs de soins (ambulatoire, hospitalier, médico-social) dont au moins un de soins primaire. Pour leur financement, les ACO passent des contrats avec un ou plusieurs financeurs publics ou privés. La rémunération combine un objectif de dépenses, un partage des risques avec l'assureur et un dispositif de rémunération de la qualité des soins. Il existe une solidarité financière entre les parties prenantes des ACO.

d) Les Patient-Centered Medical Home Neighbor (PCHM-N, Etats-Unis)

Les PCHM-N sont des opérateurs de soins spécialisés qui contractualisent avec des opérateurs de soins primaires (les Patient-Centered Medical Home – PCHM) pour leur fournir les services médicaux dont ils ont besoin. Ainsi s'organise une coopération et une articulation entre soins primaires et soins spécialisés. Cette coordination comporte quatre niveaux mobilisés en fonction des situations : des échanges électroniques ou téléphoniques entre le médecin de soin primaire et le spécialiste ; une consultation avec le spécialiste pour une prise en charge spécialisée ou la réalisation d'un acte technique sur la demande du médecin de soin primaire, le co-management du patient, si le patient nécessite le suivi par un spécialiste, le transfert total du patient au spécialiste pour une partie du parcours de soin.

e) Les Patient-Centered Speciality Practice (PCSP, Etats Unis)

Les PCSP sont des réseaux de soins, mono ou multi-sites, pouvant regrouper une ou plusieurs spécialités et visant à améliorer la coordination des prises en charges ambulatoires. Ils peuvent regrouper différents types de structures de soin (hôpitaux, cliniques, centres communautaires, cabinets, etc.).

Ces structures peuvent être généralistes ou spécialisées. C'est le cas par exemple du Joslin Diabetes Center, un PCSP centré sur le diabète, et de l'OPCMH, un PCSP en oncologie.



Haut Conseil pour l'avenir
de l'assurance maladie

Créé par décret du 7 octobre 2003, pérennisé par la loi du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) rassemble les acteurs du système d'assurance maladie et des personnalités qualifiées, et contribue à une meilleure connaissance des enjeux, du fonctionnement et des évolutions envisageables des politiques d'assurance maladie.

Les travaux du HCAAM (rapports et avis), élaborés sur la base d'un programme de travail annuel et de saisines ministérielles, sont publics et peuvent être consultés sur le site Internet de la sécurité sociale.

**Dernières publications et actualités
du HCAAM : [www.securite-
sociale.fr/L-actualite-du-HCAAM](http://www.securite-sociale.fr/L-actualite-du-HCAAM)**