

Organiser la médecine spécialisée et le second recours : une pièce essentielle de la transformation de notre système de santé

Avis adopté le 23 janvier 2020





Préambule

Un avis qui prolonge l'avis du 22 juin 2017 sur la médecine spécialisée

En 2016, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a engagé une réflexion sur la médecine spécialisée, médecine de second recours. Il lui apparaissait en effet nécessaire de mieux préciser la place de la médecine spécialisée (hors médecine générale) dans l'architecture future du système de santé et d'engager pour la médecine spécialisée et le second recours le « *même travail de réflexion collective et partagée* » que celui réalisé pour la prise en charge sanitaire des soins primaires, de manière à pouvoir « *positionner clairement la médecine spécialisée et le second recours dans l'architecture future du système de soins* ».

Le travail engagé devait être mené en plusieurs étapes. La première étape s'est conclue par un premier avis du HCAAM adopté à l'unanimité le 22 juin 2017. Cet avis intitulé « *Organiser la médecine spécialisée et le second recours : un chantier prioritaire* » analysait la situation actuelle caractérisée par :

- Une proportion toujours plus importante de médecins spécialistes ;
- Une spécialisation croissante dessinant une offre de plus en plus fragmentée ;
- Des risques de difficulté d'accès aux soins spécialisés et de mauvaise répartition géographique de l'offre de médecine spécialisée dans un avenir proche¹.

Il pointait en conséquence l'enjeu « *[de] disposer à l'horizon de 10 à 15 ans, 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'avis recommandait d'agir sur le processus de formation des spécialistes pour lui donner plus de capacités d'adaptation aux besoins futurs, en s'interrogeant notamment sur le niveau de granularité des spécialités, en soulignant l'importance d'un socle commun de connaissances, la nécessité d'une diversification des lieux de formation pratique hors des services hospitalo-universitaires et des possibilités de changement de spécialité ou de type d'activité au cours de la vie professionnelle.

Il proposait d'organiser la médecine spécialisée ambulatoire sur les territoires en fonction des besoins des patients, de manière à garantir le bon recours au bon niveau pour les personnes qui le nécessitent, dans un cadre d'action territorial lisible s'appuyant sur une identification collective des objectifs à remplir.


Enfin, l'avis insistait sur le besoin d'encourager le regroupement des spécialistes pour rendre possible la constitution d'une première ligne de prise en charge organisée qui permette de déplacer effectivement le centre de gravité du système vers les lieux de vie des patients.

Ce second avis prolonge le premier sur les sujets suivants :

- Sur les services attendus par les usagers en termes de prise en charge spécialisée et de parcours de soins ;
- Sur les modèles organisationnels à mêmes de renforcer l'intégration territoriale des spécialistes ;
- Sur l'articulation de la médecine spécialisée avec les soins primaires et le niveau hospitalier ;
- Sur les leviers de la transformation.

La réflexion porte sur la médecine spécialisée ambulatoire (hors médecine générale), y compris les consultations externes dans les hôpitaux publics. La médecine générale et l'hospitalisation

¹ Compte tenu notamment des dynamiques à l'œuvre de concentration de l'activité de médecine spécialisée dans les pôles urbains.



sont en dehors du champ, ainsi que la psychiatrie, compte tenu des réflexions menées par ailleurs sur la prise en charge des patients en santé mentale. Cet avis ne traite pas des rémunérations, notamment des dépassements d'honoraires qui feront l'objet de travaux ultérieurs.

A l'avenir, les organisations doivent se transformer aussi bien en hospitalisation qu'en ambulatoire :

- Les établissements cessent d'être le centre de gravité du système. Ils sont ouverts sur un extérieur structuré qui n'est plus conçu comme un « amont » ou un « aval » de séquences hospitalières, car c'est essentiellement hors de ces séquences que s'observent et doivent se traiter les pathologies chroniques et celles du vieillissement.
- Les soins ambulatoires sont assurés de façon systématique par des équipes regroupées (physiquement ou virtuellement) dans le cadre de structures libérales ou de centres de santé pluri-professionnels ou pluridisciplinaires, dans le champ des soins primaires aussi bien que des soins spécialisés de second recours.
- Des activités se développent en proximité, dans des centres hospitaliers de proximité, dans des structures intermédiaires, voire en cabinet ou à domicile : certaines activités interventionnelles ou certaines séances par exemple.
- Dans le même temps, l'offre spécialisée de recours et de référence est recomposée de façon à satisfaire aux exigences de sécurité, d'efficacité et de qualité. Les services assurés en proximité permettent à cette offre de se recentrer sur ses missions et de prendre en charge sans tensions excessives les besoins qui requièrent une mobilisation de moyens lourds ou très spécialisés.
- Les moyens les plus spécialisés et les plateaux techniques lourds sont regroupés à un niveau pertinent, dans le cas général, le département, ou la région voire l'inter-région pour certaines activités de pointe, cependant qu'une offre diversifiée de services de médecine et de Soins de suite et de réadaptation (SSR) à orientation gériatrique est diffusée sur le territoire à un niveau de proximité.

Dans ce cadre, on tire un parti maximum de la diversité des compétences : expertises des médecins généralistes et spécialistes, rôle propre des paramédicaux et compétences en pratiques avancées, rôle des pharmaciens...

Leur mobilisation coordonnée donne la capacité de produire de nouveaux services et de retrouver des souplesses d'adaptation en jouant sur des complémentarités et des mutualisations intelligentes.

En s'appuyant sur la mobilisation de compétences et de structures diverses et bien dotées en proximité, le système permet de déployer des services articulant quand c'est nécessaire des prises en charge sanitaires, médicosociales et sociales.

Cette diversification s'accompagne pour les professionnels de nouvelles possibilités de combinaisons d'activités à un moment donné ou d'évolutions au long de la vie. Cet aspect est fondamental pour décroiser notre système actuel.

En utilisant à bon escient les ressources nécessaires, ce schéma permet de tenir la double gageure de déployer une réponse globale aux besoins de proximité de la population et de concentrer aux niveaux appropriés les moyens nécessaires aux prises en charge lourdes et spécialisées.

Il n'exclut pas, bien au contraire, une diversité de configurations territoriales.



Introduction

Organiser la médecine spécialisée de premier et second recours dans les territoires : un enjeu de taille

Alors qu'un mouvement d'organisation de la ligne de soins primaires est engagé pour mieux répondre aux services attendus par la population, la tendance au regroupement et l'émergence de formes d'organisation nouvelles² demeurent limitées dans le champ des soins spécialisés.

Pourtant, dans ce champ aussi, l'innovation organisationnelle et le développement de formes d'exercice plus collectives sont nécessaires pour améliorer l'accès aux soins des patients et faciliter l'accès des médecins généralistes à l'expertise spécialisée.

Des formes plus collectives d'exercice permettent aussi de mutualiser les investissements humains et en matériel de qualité.

Elles permettent de développer des services supplémentaires que des professionnels isolés ne peuvent pas mettre en place comme l'accompagnement thérapeutique, la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) régulière ou la télémédecine (téléconsultations pour le suivi des pathologies chroniques et des avis ponctuels notamment des spécialités cliniques, télé-expertise, télésurveillance³). A ce sujet, s'il est évident que le développement de la télémédecine élargira les possibilités d'accès aux médecins généralistes comme aux autres spécialistes, pour autant, on ne saurait s'appuyer sur le développement de la télémédecine pour éluder l'objectif d'accès en présentiel de la population aux services médicaux⁴.

Elles sont susceptibles de renforcer la coordination⁵ entre spécialistes, mais aussi entre les spécialistes et les médecins généralistes, les établissements de santé, les prises en charge paramédicales, le besoin de coordination se trouvant justement renforcé par la spécialisation croissante au sein des disciplines.

Enfin, une meilleure organisation des professionnels de santé peut réduire le risque de fuite vers des activités non prioritaires⁶.

Ainsi, une meilleure organisation des soins spécialisés permettra d'améliorer l'accès à des services pertinents et de qualité ; c'est l'objet de cet avis du HCAAM. La question, majeure, de l'accessibilité géographique aux soins spécialisés fait l'objet d'un travail spécifique que le HCAAM a confié à l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) en collaboration avec l'Observatoire de la santé d'Ile de France et dont les résultats seront disponibles en 2020. Quelques éléments chiffrés sur ce sujet sont présentés en annexe 11 ; ils complètent le dossier qu'avait réalisé la DREES pour le HCAAM en mars 2017. Les questions d'accessibilité financière et de dépassements d'honoraires feront également l'objet de travaux ultérieurs.

² En dehors des spécialités mobilisant des équipements coûteux et lourds, comme la biologie et la radiologie, voir partie 4.

³ En prenant bien soin d'y impliquer les acteurs de soins de ville (MG et spécialistes libéraux) afin que cette surveillance ne soit pas hospitalo-centrée comme ce fut le cas avec les réseaux de soins.

⁴ En effet, il ne paraît pas possible d'établir de façon générale un principe d'équivalence entre une consultation en présentiel et un acte de téléconsultation. La réponse varie selon les spécialités et les motifs de recours et doit être guidée par le principe de ne pas occasionner de pertes de chances pour le malade. Des recommandations doivent indiquer précisément les cas où le recours à la télémédecine est approprié, faute de quoi elle sera mobilisée pour des prises en charge non prioritaires et pour autant consommatrices d'un temps médical rare.

⁵ Voir annexe 5 sur la définition de la coordination et ses différentes dimensions.

⁶ Comme des activités lucratives hors parcours que l'on trouve dans certaines spécialités (médecine anti-âge, médecines non conventionnelles...).



Une réponse variable selon les spécialités

Certaines spécialités comme la médecine interne, les spécialités concernant les maladies rares, l'hématologie, l'infectiologie et la virologie ou la médecine génétique sont à prédominance hospitalière. Les effectifs des professionnels en exercice sont réduits. Leur expertise est le plus souvent de troisième recours hospitalier ou en consultations externes.

D'autres spécialités telles que l'anesthésie-réanimation, la chirurgie, la gériatrie, la gynécologie-obstétricale ou la néphrologie ont une part d'activité intra hospitalière publique ou privée extrêmement importante. Les médecins exerçant en établissement privé ont pour la grande majorité d'entre eux une double activité : intra et extra établissement (cf. encadré 1).

Parmi les spécialités de recours de proximité, il est possible de distinguer trois sous-catégories :

- Les spécialités de premier recours en accès direct (ophtalmologie, gynécologie, pédiatrie, psychiatrie, stomatologie);
- Les autres spécialités ayant une activité prépondérante en consultation (y.c. consultations externes);
- Les spécialités prescrites : biologie, radiologie, anatomie et cyto pathologie.

A noter que les spécialités de recours de proximité ayant une activité interventionnelle prégnante (hépatogastro-entérologie, cardiologie, pneumologie, par exemple) ont souvent leur lieu d'exercice à proximité des établissements hospitaliers publics ou privés.

Les spécialités de recours de proximité ont vocation à participer au maillage fin du territoire, dans le cadre du réseau de proximité articulant les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les établissements de santé de proximité.

Pour les services très spécialisés, généralement polarisés autour d'équipements et de plateaux techniques dans des centres importants, l'enjeu consiste à organiser leur accès par le niveau de première ligne (voir partie 4).

Encadré 1 : L'activité des médecins libéraux des cliniques privées

Dans les établissements privés à but lucratif, les médecins sont en immense majorité des médecins libéraux⁷ exerçant une double activité :

- Une activité *intra* établissement : suivi, diagnostic et thérapeutique, y compris en ambulatoire (prix de journée), en percevant directement les honoraires de leurs actes ;
- Une activité extra établissement : activité de consultations et d'explorations fonctionnelles (y.c. radiologie, biologie, isotopes...).

Ces activités externes⁸ ont lieu le plus souvent dans une structure immobilière, située parfois à proximité directe de l'établissement. Toutefois l'exercice des praticiens est totalement indépendant juridiquement de la clinique.

Les plateaux techniques appartiennent le plus souvent aux médecins⁹ même s'ils sont parfois la propriété de l'établissement ou d'un Groupement d'intérêt économique (GIE).

Certains médecins travaillant dans les cliniques privées ont un exercice multi sites :

- Hospitalier :
 - Dans d'autres établissements privés, établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) ou publics, soit qu'ils exercent pour des activités intra hospitalières (la seule limitation étant une limitation contractuelle, entre les parties)¹⁰, soit qu'il y réalisent des consultations externes¹¹;
 - Dans des hôpitaux de proximité pour la réalisation de consultations avancées ou d'explorations fonctionnelles ;
- Dans les structures extra hospitalières :
 - Soit qu'il s'agisse de leur lieu d'exercice primaire ;
 - Soit qu'ils exercent également dans des cabinets secondaires ou des centres de santé ;
 - Soit qu'ils réalisent des consultations avancées, par exemple en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP).

⁷ Quelques spécialités peuvent exercer sous un mode salarié, soit parce que la structure est financée *via* un tarif global (SSR), soit parce ce qu'il s'agit d'activités peu rémunératrices en tarification mais indispensables à la bonne prise en charge des patients (médecine interne, gériatrie, réanimation médicale...). A noter qu'une loi récente (2016) a formalisé cette capacité pour un établissement privé à but lucratif de salarier des médecins quelle que soit leur activité et de percevoir directement les honoraires comme en ESPIC.

⁸ Y compris les activités techniques pures.

⁹ En leur nom propre ou au travers de sociétés.

¹⁰ Cette situation est fréquente chez les chirurgiens, les obstétriciens ou les anesthésistes...

¹¹ Selon le mode salarié/attaché/temps partiel.

Tableau 1 : Typologie des différentes spécialités mobilisée dans le cadre de cet avis¹²

Type de spécialités		spécialités concernées
Spécialités à prédominance hospitalière		Médecine interne, spécialités concernant les maladies rares, l'hématologie, l'infectiologie et la virologie ou la médecine génétique
Spécialités ayant une part importante de leur activité en établissement		Anesthésie-réanimation Chirurgie générale, Chirurgie infantile, chirurgie thoracique et cardiaque, chirurgie plastique, chirurgie viscérale et digestive, chirurgie orthopédique et traumatologie, chirurgie maxilo-faciale et stomatologie, neuro-chirurgie, gériatrie, gynécologie-obstétricale, néphrologie
Spécialités de recours de proximité	Spécialités ayant une activité prépondérante en consultation (y.c. consultations externes)	Cardiologie, gastro-entérohépatologie, dermatologie, pneumologie, oto-rhino-laryngologie (ORL), diabétologie/endocrinologie, rhumatologie et médecine physique ainsi que neurologie et néphrologie, deux spécialités peu nombreuses dont l'accès est difficile
	Spécialités prescrites	Biologie, radiologie, anatomie et cyto pathologie
	Spécialités de 1er recours en accès direct	Ophthalmologie, gynécologie, pédiatrie, psychiatrie, stomatologie

Source : HCAAM

¹²Cette typologie fonctionnelle élaborée dans le cadre de cet avis répartit les spécialités selon l'importance de la dépendance de leurs activités par rapport aux établissements de santé, et donc, de fait, selon leur répartition géographique.



1. Les services attendus par les usagers

Les services attendus par la population

Comme l'indiquait le HCAAM dans sa contribution à la stratégie de transformation du système de santé, « la transformation du système doit s'appuyer non plus sur l'analyse de l'offre mais sur les services attendus par la population. Il ne s'agit pas d'organiser la présence ou le maintien d'un type d'offreur sur un territoire, en supposant que sa présence permettra de répondre aux besoins des habitants alentour, mais d'organiser l'accès des habitants d'un territoire à des services pertinents et de qualité définis concrètement »¹³.

L'accès à des services complets et fonctionnels

Sur chaque territoire, l'offre de médecine spécialisée doit permettre de répondre aux problèmes ponctuels comme aux exigences de suivi et de coordination des parcours. Cela passe par des distances d'accès, des modalités de prise de rendez-vous facilitées, des délais de rendez-vous raisonnables (cf. annexe 11), des amplitudes horaires suffisamment étendues, la possibilité de recourir à des soins non programmés y compris par une interaction à distance (télémédecine), via des contractualisations ; l'accessibilité financière, qui fera l'objet de travaux ultérieurs, est bien entendu essentielle.

Des services susceptibles d'être rendus en proximité

Une plus grande transparence sur les compétences et les engagements de service des différents professionnels et structures est de nature à faciliter l'orientation des patients, favoriser les comportements responsables et les recours adéquats.

De ce point de vue, le HCAAM ne peut que réaffirmer son souhait « *que les usagers aient un accès simple et documenté à une information sur l'ensemble des offres adaptées à leur situation dans le territoire où ils vivent*¹⁴ ». Ainsi, la population doit pouvoir disposer d'un annuaire des ressources disponibles sur son territoire autrement que par le seul biais des plateformes commerciales de prise de rendez-vous.

Une meilleure orientation dans l'offre

La population attend que les prises en charge soient organisées, ce qui exige notamment un parcours de soins clarifié pour le patient où l'errance entre les professionnels n'a plus cours, une organisation telle que le patient est assuré d'être orienté dans la bonne filière quand cela est nécessaire, que les délais de prise en charge sont respectés, grâce notamment à l'existence de procédures accélérées pour satisfaire les exigences de certaines prises en charge.

Une meilleure articulation entre les structures sanitaires, sociales, et médico-sociales

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux participent au maillage de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire et constituent un partenaire majeur des offreurs de soins. La continuité du parcours de soins à laquelle aspire la population s'inscrit donc également dans cette articulation qui reste encore limitée.

¹³ Voir avis sur la Contribution du HCAAM à la STSS, p.8.

¹⁴ Voir avis sur la Contribution du HCAAM à la STSS, p.9.



Les services attendus par les patients¹⁵

Que l'équipe médicale soit responsable de l'organisation des prises en charge

Pour le patient, ne plus être responsable de l'organisation de ses prises en charge suppose notamment qu'en cas de besoins particuliers, le médecin requérant ou l'organisation territoriale soient plus proactifs dans la prise de rendez-vous. En creux, cela soulève la question de savoir qui est responsable du bon respect des délais des protocoles de prise en charge le cas échéant.

Que les acteurs de la prise en charge se coordonnent pour assurer les parcours les plus fluides et la meilleure circulation possible de l'information

Le médecin traitant et les médecins spécialistes doivent pouvoir se coordonner spontanément sans que le patient soit nécessairement obligé d'agir comme un intermédiaire. Des réunions de concertation pluri professionnelle - y compris sur un mode virtuel - pourraient être réalisées dans les situations complexes (voir annexe 3). Cette exigence s'impose aussi au sein des établissements de santé, en particulier pour la prise en charge des patients poly pathologiques pour lesquels la verticalité des spécialités peut engendrer des problèmes de coordination.

Participer pleinement aux décisions thérapeutiques et diagnostiques

Dans les cas où plusieurs stratégies diagnostiques et thérapeutiques sont envisageables, la décision doit être partagée avec le patient. Par ailleurs, le patient « doit avoir le droit à un second avis organisé pour tous les cas où les enjeux de santé le justifient, afin d'en garantir l'effectivité tout en limitant les recours non pertinents au second avis »¹⁶.



Les services attendus par les malades chroniques et les cas complexes

La définition de protocoles de prise en charge partagés avec eux

Ces protocoles prennent la forme de plans personnalisés de santé définissant la prise en charge compte tenu des ressources psychosociales du patient et du contexte local. Ils sont conformes aux recommandations de bonne pratique et aux référentiels métiers et doivent être mis en œuvre partout, quel que soit le territoire.

Ces protocoles doivent être partagés avec les patients. En particulier, le médecin devrait systématiquement informer le patient sur les points suivants :

- Quels sont les risques de ces explorations ou de ce traitement ?
- Comment ces explorations ou ce traitement vont-ils m'aider ?
- Y-a-t-il une autre option qui pourrait m'être recommandée ?
- Que se passerait-il si je ne faisais rien ?

Pouvoir bénéficier aisément d'éducation et d'accompagnement thérapeutique¹⁷

La vie avec une maladie chronique n'est pas restreinte au traitement pharmacologique. Il s'agit également de s'adapter aux conséquences que la pathologie entraîne au quotidien sur le plan personnel, familial, professionnel et social. Les patients acquièrent ainsi au fil du temps une grande connaissance de leur maladie et de ses implications.

¹⁵ Cette section s'appuie sur les enseignements de l'étude financée par le HCAAM réalisée par le cabinet ACSANTIS intitulée « Maladie chronique et médecine spécialisée : le vécu des patients » (voir annexe 2).

¹⁶ Voir avis sur la contribution du HCAAM à la STSS p.7.

¹⁷ Sur l'accompagnement thérapeutique, voir annexe 4.

Cette connaissance permet un engagement personnel optimal du patient qui contribue au succès de la thérapeutique et à une meilleure adhérence au traitement, notamment par l'utilisation de toutes les interventions non médicamenteuses. Il en est ainsi de l'exercice physique, de l'accompagnement diététique, du soutien psychologique et d'une aide au sevrage de certaines addictions. Il est démontré que toutes ces interventions non médicamenteuses contribuent à l'efficacité de la prise en charge¹⁸. Plusieurs rapports récents¹⁹ ont contribué à définir l'éducation thérapeutique (ETP) et argumenté l'intérêt de la déployer au plus près des patients dans leur cadre de vie. Ils ont notamment mis en évidence que si les pratiques d'ETP ont été initiées à l'hôpital, favorisées par le cadre d'exercice pluridisciplinaire, l'éducation thérapeutique est encore très peu développée en France et se déroule principalement à l'hôpital²⁰.

Or, les besoins sont importants²¹ et beaucoup pourrait être fait dans le cadre communautaire par les professionnels de santé à l'image du partenariat URPS-ARS en Ile de France qui expérimente un programme d'accompagnement thérapeutique du patient avec le pôle ressource ETP (voir annexe 4).

¹⁸ Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées HAS. Rapport d'orientation - Recommandation en santé publique - Mis en ligne le 01 juin 2011.

¹⁹ Lopez A, Compagnon C. Pertinence et efficacité des outils de politique publique visant à améliorer l'observance, Paris : Igas ; 2015 p. 98.

²⁰D'après le rapport de la HAS de juin 2018 intitulé « Education thérapeutique du patient : « Évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques - Actualisation de l'analyse de la littérature », sur la base du dernier recueil détaillé (2012), on constatait que parmi les 2679 programmes autorisés en 2012 par les ARS en France entière, ceux réalisés en établissements de santé étaient majoritaires (court séjour : 67,3 %, long séjour : 0,2 %, HAD : 0,5 %, SSR : 11,2 % et psychiatrie : 2,19 %); un peu moins de 20 % des programmes sont portés par des structures en ville (réseaux de santé, maisons et pôles de santé, associations agréées de malades, centres d'examen de santé et plus marginalement les centres mutualistes).

²¹ La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM) recense environ 15 millions de patients chroniques en 2015.

Il importe également de développer les dispositifs d'accompagnement à l'autonomie des patients²².

2. Il importe de constituer de nouvelles formes d'organisation

Qui renforcent l'efficacité de la première ligne de proximité


Dans la constitution du réseau de proximité, il est impératif que soit présente une offre de services spécialisés permettant d'assurer la complétude de la première ligne de prise en charge et de faire jouer une logique de subsidiarité au bénéfice de la proximité. L'enjeu est de préserver quand elles existent les ressources locales.

L'intégration du second recours dans les prises en charge populationnelles aux côtés des acteurs des soins primaires (voir partie 5) doit permettre le développement de la pluridisciplinarité et le renforcement des liens entre les spécialistes de recours et les équipes de soins primaires.

L'enjeu est primordial pour garantir la continuité et la permanence des soins toutes spécialités confondues²³ et l'accès à des examens techniques indispensables. Il l'est également pour éviter tout enfermement des patients dans un parcours de soins trop spécialisé, sans retour aux médecins traitants, ce qui aurait pour corollaire d'occasionner une perte en compétence des structures de soins primaires territoriales y compris des professionnels paramédicaux dans la perspective d'une continuité de qualité à assurer.

²² Saout C, avec le soutien de Voiturier J. Cap Santé ! Rapport en vue du cahier des charges des expérimentations des projets d'accompagnement à l'autonomie prévues par le projet de loi de modernisation de notre système de santé ; 2015.

²³ Formalisée selon des référentiels préétablis, voir *infra*.



Cette intégration passera notamment par une disponibilité accrue des spécialistes de recours, ce qui signifie entre autres des délais d'obtention de rendez-vous plus courts, une plus grande amplitude horaire, une permanence des soins non programmés facilitée et plus de facilités à joindre le bon interlocuteur²⁴.

Le renforcement de ces liens bénéficiera autant aux spécialistes de recours qu'aux acteurs des soins primaires ; les compétences de chacun en ressortiront renforcées.

De plus amples retours d'informations des spécialistes de recours à l'équipe de soins primaires, qui ont vocation à être intégrés au Dossier médical personnel (DMP), permettront d'augmenter l'autonomie des professionnels de santé des soins primaires.

La transmission d'informations tout comme l'organisation de réunions de concertation pluridisciplinaires ou de réunions de *staffs* ambulatoires (y compris à distance, type « RCP virtuelles »²⁵) auront une fonction formatrice d'amélioration des compétences.



Qui mettent en œuvre des référentiels de prise en charge contextualisés respectant le principe de gradation des soins

Le respect du parcours de soins et du principe de graduation suppose une orientation vers la meilleure compétence/expertise et, le cas échéant, dans la bonne filière sans perte de temps²⁶. Pour ce faire, il convient d'élaborer sur les sujets prioritaires, des référentiels de prise en charge contextualisés tenant compte des ressources de proximité (voir partie 5).

²⁴ Ce que peuvent permettre la mutualisation du secrétariat, la mise en place de numéros de téléphone directs sans passer par des standards pour les médecins traitants pour l'adressage des cas urgents, l'existence de procédures accélérées en cas de nécessité, une meilleure pertinence de l'adressage des patients vers les spécialistes...

²⁵ Voir annexe 3.




²⁶ Exemple de la pédiatrie : beaucoup de difficultés sont décrites pour obtenir un rendez-vous spécialisé hors établissements hospitaliers (cardio-pédiatrie, neuro-pédiatrie, gastro-pédiatrie, pneumo-allergo pédiatrie, pédo-psychiatrie...).



Les organisations mises en œuvre par les spécialistes de recours doivent s'articuler fonctionnellement aussi bien avec les équipes de soins primaires²⁷ qu'avec les établissements et structures de soins les plus spécialisés pour offrir une réponse graduée (voir encadré 2) aux besoins des patients.

- *Premier niveau* : Le plus généralement, le premier niveau de prise en charge a vocation à être organisé autour du médecin traitant dans le cadre de l'équipe de soins primaires avec, quand nécessaire, l'avis ou l'intervention ponctuelle du spécialiste.
- *Deuxième niveau* : Une prise en charge spécialisée de proximité impliquant, avec les médecins traitants, dans le cadre d'interventions coordonnées, les médecins spécialistes concernés est nécessaire dans des situations se caractérisant par leur complexité allant souvent de pair avec une sévérité importante et la nécessité d'une mobilisation plus forte d'une intervention spécialisée.
- *Troisième niveau* : Le troisième niveau d'intervention correspond aux cas les plus sévères et doit être assuré ou coordonné par des équipes positionnées dans des centres ou services très spécialisés, en lien avec le médecin traitant. Il est en effet nécessaire de proposer pour les cas complexes une prise en charge personnalisée évitant en particulier l'errance diagnostique et le retard à une prise en charge coordonnée et adaptée. Il appartient aux spécialistes s'inscrivant dans la première ligne de faciliter, chaque fois que nécessaire, l'accès des patients aux prises en charge les plus spécialisées de façon organisée. De façon générale, il s'agit de faciliter l'accès à des services ou des plateaux techniques spécialisés de niveau régional ou supra-régional. Cela peut être le lien avec des centres d'expertise pour la prise en charge de

²⁷ Ces référentiels de prise en charge contextualisés ne doivent pas court-circuiter les médecins traitants



cas complexes par exemple les CSO (centre spécialisés de l'obésité) pour la prise en charge des obésités très sévères.

Ainsi, en termes de planification, le raisonnement thématique par pathologie doit être réservé au niveau le plus spécialisé (exemple des CSO), l'organisation étant pour le reste indifférenciée.

Ce qui importe, c'est la possibilité d'accéder à ces différents niveaux de réponse et leur disponibilité pour la population dans un territoire donné de façon efficace et organisée, quelle que soit la forme de l'organisation territoriale qui peut être variable.

Encadré 2 : La notion de gradation des soins au sens du HCAAM

Afin de fournir des réponses adaptées aux besoins, l'obligation de ne pas négliger la prise en charge de certains exige de travailler à la mobilisation optimale des ressources, humaines, techniques et financières du système de santé lui-même. Dans cette démarche, il est nécessaire de réaffirmer le principe de gradation des soins.

Ce principe, qui structure le modèle proposé par le Haut Conseil, ne se résume pas à la définition d'une organisation en structures ou acteurs de « niveaux » différents, supposant une hiérarchie implicite entre ces niveaux. Au contraire, il doit ici être compris comme un principe général d'organisation permettant l'adéquation de la réponse sanitaire au besoin des patients et des usagers. Ce principe renvoie en réalité non pas à un classement, mais à des objectifs de pertinence, de qualité et de sécurité des prises en charge. La gradation des soins est l'organisation de processus de prise en charge répondant à ces objectifs : la délivrance à chacun, au bon moment, du « juste soin », de la « juste réponse » à son besoin²⁸.

²⁸ Voir avis sur la Contribution du HCAAM à la STSS, p.36.





Qui s'appuient sur la pluri-professionnalité et la pluridisciplinarité

Afin d'améliorer la prise en charge, de la rendre plus efficiente et d'améliorer l'accès aux soins, il convient notamment :

- D'assurer la meilleure orientation possible des patients au sein d'une spécialité donnée et des spécialités connexes ;
- De développer les collaborations avec des assistants médicaux, des infirmières pour le suivi des pathologies chroniques simples et la réalisation de programmes d'éducation et d'accompagnement thérapeutique ;
- D'assurer une bonne coordination avec les professions paramédicales habilitées à la prise en charge spécifique dans le cadre de leurs décrets de compétences ;
- D'organiser la délégation de tâches à des infirmières de pratiques avancées pour le suivi de pathologies chroniques plus complexes ;
- D'articuler le cas échéant les prises en charge médicales et sociales.

Ainsi, la question du positionnement de la médecine spécialisée embarque une réflexion plus générale sur le rôle de chacun des acteurs et la façon dont leurs interventions s'articulent. Le HCAAM a prévu de poursuivre cette réflexion dans le cadre d'un avis prévu en 2020 sur la prospective des ressources humaines en santé. Un travail de clarification est en effet nécessaire si l'on veut échapper aux phénomènes de concurrence et de défiance qui minent aujourd'hui les relations entre professionnels, et tirer le meilleur parti de la diversité des compétences qui sont notre richesse, dans une mobilisation qui produise de nouveaux services et permette aussi de retrouver des souplesses d'adaptation en jouant sur des complémentarités et des mutualisations intelligentes, comme par exemple dans le champ de l'ophtalmologie (cf. encadré 4).



Qui permettent le développement de consultations avancées pour renforcer l'accès aux soins spécialisés de proximité

Afin de renforcer l'accès aux soins spécialisés de proximité dans les zones dépourvues de ressources en spécialistes ou faiblement dotées, il convient d'encourager le développement des consultations avancées ou de l'exercice multi site (voir encadré 3). Ces consultations délocalisées peuvent en outre éviter des investissements immobiliers coûteux.

Pour autant, leur réalisation est coûteuse pour les professionnels de santé :

- Au démarrage, la mise en place de ce type d'organisation requiert une énergie très conséquente ;
- A l'usage, ce mode d'exercice génère un temps de déplacement souvent important ;
- Il génère également des frais supplémentaires de loyer, voire l'acquittement de la cotisation foncière des entreprises (CFE).
- Il nécessite du matériel supplémentaire²⁹ ;

Autant d'éléments désincitatifs qui expliquent que la grande majorité de ces consultations sont aujourd'hui effectuées dans un but de recrutement d'une patientèle supplémentaire³⁰.

²⁹En particulier, nécessité d'un minimum de plateau technique pour beaucoup (échographies, radiologie) incompatible avec le modèle économique.

³⁰ Notamment dans les spécialités suivantes : chirurgie, endoscopie et cardiologie.

Encadré 3 : Qu'appelle-t-on consultations avancées ?

Historiquement le terme de "consultation avancée" désignait toute consultation de médecin de premier ou de deuxième recours assurée hors de son lieu d'exercice principal :

- Qu'il s'agisse d'un praticien hospitalier ou un Professeur des Universités-Praticien hospitalier (PU-PH) assurant :
 - Des consultations dans un autre hôpital ou dans un centre de santé dépourvu de ressources de sa spécialité ;
 - Des consultations « privées » dans un établissement privé³¹ (qu'il soit à temps partiel, ou que cette autorisation ait été donnée par le directeur de l'établissement) ;
- Qu'il s'agisse de médecins spécialistes libéraux assurant des consultations dans un cabinet de groupe de médecine générale (maisons médicales ou MSP) ou multidisciplinaire³², voire dans un centre de santé (sous le mode salarié).

Actuellement on parle plus volontiers "d'exercice *multi-site*" :

- Qu'il s'agisse d'un exercice réellement secondaire régulier (ophtalmologie, radiologie par exemple) ;
- Qu'il s'agisse de consultations avancées itératives (hebdomadaire) avec un roulement des praticiens dans des zones sous-denses ou dépourvues des ressources de cette spécialité.

Toutes les spécialités, y compris celles en accès direct³³ peuvent être concernées. Une déclaration au conseil de l'ordre est indispensable. Le tarif de la consultation peut être modulé à la hausse (+20%)

³¹ C'était le fait surtout de chirurgiens ou de cancérologues notamment avant que soient instituées les RCP.

³² Moyennant l'autorisation préalable du conseil de l'ordre d'exercer en cabinet secondaire.

³³ Gynécologie, ophtalmologie, pédiatrie, psychiatrie, ex stomatologie.


dans les zones sous-denses mais actuellement cette définition est fondée uniquement sur la démographie des soins primaires et demande à être précisée par spécialité. Parfois une aide régionale sur le FIR permet d'inciter à ces pratiques (cf. Angers).

Le développement de ces nouvelles formes d'organisation appelle des modalités de tarification renouvelées

Ces nouvelles formes d'organisation - qu'il s'agisse de structures regroupant des professionnels de différentes professions et de différentes disciplines ou d'organisations collaboratives sans regroupement physique (voir partie 3) - auront de fait de nouveaux modèles économiques. En effet, les possibilités de mutualisation accrue de certaines ressources humaines et matérielles et les gains de productivité permis par une meilleure organisation du travail et le développement des collaborations bouleverseront les modèles économiques traditionnels.

Ces organisations doivent à une échéance rapide pouvoir s'inscrire dans des cadres juridiques et financiers de droit commun. En termes de financement, il importe de distinguer trois étages :

- Le financement de la structure et des charges fixes (incluant le système d'information) ;
- La rémunération des services rendus, pas forcément sous forme exclusive de paiement à l'acte ;
- Une rémunération à la qualité en fonction d'indicateurs de résultats.



Elles développeront de nouvelles activités, ce qui requiert :

- La mise en place de nouveaux modes de rémunération : séquences de prise en charge versus actes isolés, paiements en équipe versus paiements individuels ;
- L'évolution de la nomenclature ;
- Le développement de statuts mixtes : salariat + libéral (voir partie 6).



La question des dépassements, bien entendu essentielle, sera traitée ultérieurement.

3. Différents modèles alternatifs à l'exercice isolé existant³⁴

On s'intéresse dans cette partie à différentes organisations productives des spécialistes entre eux, étant entendu qu'il ne s'agit pas systématiquement d'un préalable incontournable à leur intégration territoriale (partie 5).

Divers modèles alternatifs à l'exercice isolé existent, au premier rang desquels l'exercice en cabinet de 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 moindres que la médecine générale³⁵.


L'avis du 22 juin 2017 préconisait d'encourager les regroupements de médecins spécialistes afin notamment de gérer la bascule ambulatoire, d'intégrer les fonctions de coordination et d'appui et de tenir compte des aspirations des jeunes professionnels, sans méconnaître toutefois les risques, dont ils étaient potentiellement porteurs, notamment en termes d'accessibilité et de dynamique des dépenses.

Une organisation collaborative sans regroupement : l'équipe de soins spécialisée

L'avis du 22 juin 2017 recommandait « de favoriser la constitution de « réseaux » professionnels de coopération stables et lisibles s'inscrivant dans le cadre d'action territorial constitué par les CPTS ».

³⁴ Cette section s'appuie sur la série d'auditions réalisée par le HCAAM auprès des syndicats, des conseils nationaux professionnels et autres organisations professionnelles, des établissements de soins publics ou privés, de l'administration, des patients et de personnalités qualifiées afin de cerner les forces et les faiblesses de ces différents modèles organisationnels en matière d'accessibilité géographique aux soins, d'efficacité de la prise en charge, de pertinence et de qualité des soins (notamment en matière de coordination) et évaluer l'appétence des professionnels de santé vis-à-vis des différents modèles organisationnels.

³⁵ Avis HCAAM du 22 juin 2017.



L'article 18 de loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé définit l'équipe de soins spécialisés comme « *un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins spécialistes d'une ou plusieurs spécialités hors médecine générale, choisissant d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire, dont les équipes de soins primaires, sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent entre eux. L'équipe de soins spécialisés contribue avec les acteurs des soins de premier recours à la structuration des parcours de santé* ».

L'équipe de soins spécialisés est ainsi le pendant de l'équipe de soins primaires avec des médecins spécialistes le plus souvent d'une même spécialité qui s'organisent sur un vaste territoire, pouvant correspondre à une ou plusieurs CPTS, avec une responsabilité axée sur la pathologie de leur spécialité (campagne de dépistage par exemple).



L'équipe est composée de médecins spécialistes ainsi éventuellement que de paramédicaux *ad hoc*³⁶ exerçant en établissement, en cabinet ou en centre de santé. Les statuts de ses membres sont divers : libéral, salarié ou mixte.

Ses membres ne se regroupent pas nécessairement physiquement. Ils partagent un système d'information commun ainsi que des outils de partage communs avec les soins primaires (agendas, messageries sécurisées). Certains de ses membres peuvent participer à plusieurs équipes.

Ces équipes mono disciplinaires sur plusieurs sites ou plusieurs villes s'articulent ou non avec les consultations externes hospitalières auxquelles elles peuvent participer le cas échéant.

Le principal avantage du modèle est la simplicité de sa mise en œuvre : les professionnels ne changent pas de lieu d'exercice mais modifient simplement leur organisation pour travailler ensemble.

Une fois constituées, ces équipes, articulées avec les soins primaires et les établis-



sements de santé, en particulier les filières des Groupements hospitaliers de territoire (GHT), permettent de faire travailler ensemble des médecins qui se considéraient comme concurrents et ainsi d'améliorer la continuité des soins, la pertinence des recours (en orientant les patients vers le spécialiste le plus qualifié) et la répartition des plateaux techniques.


Pour qu'elles offrent toutes leurs potentialités, il est nécessaire de développer un système de formation et de modifier les statuts pour intégrer des Praticiens hospitaliers (PH) dans le système, comme le permettront les évolutions prévues par Ma santé 2022.

Toutefois, l'investissement temporel initial de mise en place de la structure est important, pour se mettre d'accord, mettre en place des protocoles et développer la coordination avec les équipes de soins primaires des CPTS concernées. Par ailleurs, les membres de l'équipe n'étant pas tous sur un même lieu, la mutualisation des moyens techniques permise par le modèle est limitée.

La constitution de telles organisations suppose une évolution forte des habitudes de travail et des mentalités, de manière à faire travailler ensemble des professionnels qui pouvaient se percevoir préalablement comme des concurrents. Dans les territoires sous-dotés, l'enjeu fort consiste à faire comprendre à des professionnels surchargés l'intérêt d'évoluer vers ces modes d'organisation. De manière générale, le temps et la distance peuvent compliquer la tenue de réunions en présentiel³⁷ des professionnels engagés dans ces organisations. A cet égard, il importe que les dispositifs administratifs accompagnant ces modèles soient le cas échéant les plus légers possibles.

³⁶ Cf. ophtalmologie, endoscopie.

³⁷ Au moins quelques fois.



Le succès de ces modèles suppose également l'émergence d'un leader local crédible et apprécié³⁸ qui saura susciter l'envie de s'organiser autrement et fédérer les énergies.

Les modèles reposant sur un regroupement physique : la maison de santé de spécialistes et la polyclinique

La maison de santé de spécialistes : une forme plus aboutie du cabinet de groupe



Une maison de santé de spécialistes est un regroupement de spécialistes exclusivement (sans soins primaires) qui se regroupent physiquement dans un même lieu.

Dotées d'un projet médical et d'un système d'information communs (notamment, des outils partagés pour les prises de rendez-vous, les messageries sécurisées et la communication avec les soins primaires) et ayant un véritable exercice conjoint protocolisé, les maisons de santé de spécialistes peuvent être appropriées pour certaines disciplines ou certains territoires ayant des problèmes d'attractivité. L'existence d'un projet médical et d'un système d'information communs constitue la différence fondamentale avec le cabinet de groupe.

Le projet médical commun permet le développement d'un exercice commun protocolisé sur des pathologies proches et la mise en commun des moyens comme des salles de petite chirurgie ou des salles d'accueils non programmés qui évitent aux patients d'aller aux urgences.

Comme les cabinets de groupe, les maisons de santé de spécialistes sont souvent proches d'un établissement privé, même si le cas échéant, ces structures ne font pas partie intégrante de l'établissement et sont indépendantes, avec des médecins libéraux non-salariés.

³⁸ Celui-ci pouvant être membre d'un cabinet, d'une structure et éventuellement d'une organisation professionnelle fédératrice (URPS, syndicat local...).



Le modèle de la maison de santé de spécialistes est un modèle plutôt pluridisciplinaire, mais il peut être mono disciplinaire.

Le modèle permet de mutualiser des moyens humains que ce soit des assistants médicaux ou des paramédicaux dans le cadre d'une aide au praticien ou d'une délégation de tâches³⁹.




Ce modèle permet de mieux gérer l'expertise spécifique⁴⁰. Il est attractif pour les jeunes. Il permet de mutualiser les investissements financiers en accueillant des collaborateurs paramédicaux, voire des infirmières de pratiques avancées. Il permet une multiplicité de statuts et une offre une souplesse dans l'aménagement du travail tout en permettant d'élargir les plages horaires et d'assurer des soins non programmés. Il permet d'accueillir des consultations avancées de spécialités non présentes dans cette structure⁴¹.

Par contre, le modèle est porteur d'un risque de spécialisation excessive. Il peut conduire à une surconsommation, l'adressage au confrère pouvant être plus fréquent. Son impact sur l'accessibilité spatiale est ambigu : à nombre de professionnels donné sur un territoire, les regrouper accroît généralement les distances d'accès, mais cet effet peut être compensé par une augmentation du nombre de professionnels sur le territoire, liée à l'attractivité de ce modèle. Par rapport aux équipes de soins spécialisés, l'investissement initial est plus lourd.

³⁹ Pour la réalisation d'éducation ou d'accompagnement thérapeutiques par exemple.

⁴⁰ Par exemple, les gastro-entérologues peuvent s'organiser vers les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) ou l'endoscopie et les cardiologues vers l'arithmologie ou l'insuffisance cardiaque.

⁴¹ Voir l'exemple de mise en place de consultations avancées dans 9 sites de soins primaires situés dans la périphérie d'Angers par 15 cardiologues libéraux d'Angers détaillé en annexe 5.



Comme pour le modèle précédent, la constitution de telles organisations suppose une évolution des habitudes de travail et des mentalités de professionnels installés dans un exercice isolé depuis parfois de longues années et dont certains sont peu disposés à entrer dans un fonctionnement collectif. Par ailleurs, l'émergence de ce type de modèle suppose aussi l'existence d'un leader pour amorcer puis porter le projet.

Le modèle de la polyclinique : plutôt adapté au milieu urbain

Il s'agit d'une grosse structure immobilière et technique qui associe des médecins généralistes, des médecins spécialistes, des paramédicaux et des plateaux techniques. C'est une véritable alternative à une hospitalisation ambulatoire pouvant réaliser des gestes interventionnels, y compris avec anesthésie légère.

Ce modèle permet une forte mutualisation des moyens et la possibilité d'y développer des services communs. Il permet d'attirer les jeunes et une multiplicité de statuts : société d'exercice libéral (SEL), collaborateur ou salarié.

Pour autant, ces structures sont complexes et coûteuses à créer. Elles sont surtout adaptées au milieu urbain avec une forte densité en professionnels de santé. En effet, en concentrant toute l'offre au même endroit, le modèle peut accentuer les inégalités d'accès aux soins. Cet effet peut toutefois être compensé si l'attractivité du modèle permet d'augmenter le nombre de professionnels dans la zone concernée. Selon le statut de l'établissement, le modèle peut être plus ou moins attractif pour les professionnels libéraux. Par ailleurs, la participation des praticiens hospitaliers à ces organisations suppose qu'évolue leur statut (voir parties 6 et 7).


4. Quels modèles organisationnels pour améliorer les prises en charge relevant du second recours ?⁴²

L'expertise spécialisée de recours de proximité a vocation à développer un exercice collectif coordonné

L'expertise spécialisée de recours de proximité recouvre les spécialités médico techniques (ophtalmologie, cardiologie, gastro-entéro-hépatologie, dermatologie, pneumologie, ORL) et les spécialités cliniques (pédiatrie, gynécologie médicale, diabétologie/endocrinologie, rhumatologie et médecine physique).

Le développement d'un exercice collectif coordonné peut résulter soit d'un regroupement physique, soit d'un regroupement virtuel, à l'instar des initiatives développées dans certaines spécialités.

⁴² Cette section s'appuie sur la série d'auditions réalisée par le HCAAM auprès des syndicats, des conseils nationaux professionnels et autres organisations professionnelles, des établissements de soins publics ou privés, de l'administration, des patients et de personnalités qualifiées afin de cerner les forces et les faiblesses de ces différents modèles organisationnels en matière d'accessibilité géographique aux soins, d'efficacité de la prise en charge, de pertinence et de qualité des soins (notamment en matière de coordination) et évaluer l'appétence des professionnels de santé vis-à-vis des différents modèles organisationnels.



Ainsi, en cardiologie, les projets émanant de centres interventionnels (publics ou privés)⁴³ visant à mailler le territoire sont nombreux⁴⁴. Ils prennent la forme de regroupements à distance : plusieurs équipes de territoires différents peu concurrentielles regroupent leurs moyens interventionnels et d'hospitalisation (voir annexe 5).

Ces initiatives constituent une réponse populationnelle à un besoin de prise en charge aigüe, souvent arbitré par le Service d'aide médicale urgente (SAMU).

Les hépato-gastro-entérologues (HGE) manifestent un intérêt important à s'intégrer dans les CPTS et à contractualiser avec celles qui n'ont pas de HGE comme en témoignent déjà un certain nombre d'expériences de regroupements « virtuels » d'équipes d'HGE situées sur des territoires différents (voir annexe 5). L'objectif de ces regroupements « virtuels » est d'assurer une présence dans une zone territoriale large (plusieurs CPTS) pour garantir l'accès aux soins courants mais aussi la continuité des soins notamment pour les endoscopies dans les différents établissements hospitaliers publics ou privés ainsi qu'une diversité de compétences (MICI, gastro-pédiatrie par exemple).



En dermatologie, la nécessité de satisfaire aux conditions de sécurité réglementaires pour la « petite chirurgie dermatologique », de développer des « réseaux » de prise en charge d'onco-dermatologie ambulatoire pour le suivi des mélanomes de bas grades et l'incitation à mutualiser les plateaux techniques coûteux de dermatologie⁴⁵ plaident pour des formes collectives d'exercice. De fait il existe d'assez nombreux regroupements mono disciplinaires, mono sites ou non⁴⁶.

⁴³ En France à peu près la moitié de l'activité interventionnelle est réalisée par chacun des secteurs public ou privés- l'activité en libéral des PH hospitaliers est significative en interventionnel

⁴⁴ Vaucluse, Côte Basque, Thionville, Nancy, Épinal, Angers, Le Mans, Ile de France- hors Paris...

⁴⁵ Comme le laser (qui implique un environnement chirurgical au cabinet) ou la photothérapie.

⁴⁶ Par exemple Paris, Toulouse (cabinet de 5 dermatologues sur un site), Champagne Ardennes (5 dermatologues sur 3 sites mettant en commun des moyens).



Les ophtalmologues exercent de plus en plus souvent en multi sites⁴⁷. Cette activité multi site est rendue nécessaire à la fois par la demande et par la structure de l'activité chirurgicale en établissements, plateaux techniques d'investigation, traitement par laser...

En ville, l'exercice est le plus souvent regroupé soit en cabinet de groupe soit en centre d'importance régionale⁴⁸. La pénurie démographique des médecins et les délais d'attente correspondants ont conduit à modifier le mode de travail des ophtalmologues en développant le recours aux collaborateurs non administratifs dans les cabinets libéraux (voir encadré 4). Ces évolutions se sont accompagnées de certaines réponses conventionnelles avec la signature d'accords de protocoles, y compris de coopérations professionnelles. Pour augmenter l'accès aux soins en secteur 1 et diminuer les délais d'attente se développent également depuis quelques années des modèles organisationnels de type industriel⁴⁹.

Encadré 4 : Le développement des collaborateurs non administratifs dans les cabinets libéraux d'ophtalmologie

L'ophtalmologie offre un cas exemplaire de

⁴⁷ Hôpitaux publics et privés (ESPIC), établissements privés à but lucratifs, cabinets de groupes, centres de santé, cabinets secondaires et parfois MSP.

⁴⁸ C'est le cas par exemple du groupe Ophtalliance® dans la région nantaise qui associe 37 médecins dont un neurologue, sur 11 sites en Loire Atlantique et Vendée et 3 établissements hospitaliers public, mutualiste et privé. C'est le cas également du cabinet d'ophtalmologie des Flandres constitué de 22 ophtalmologistes (11 chirurgiens, 11 médecins), sur 3 sites de consultations, 2 sites de chirurgie (Ambroise Paré, hôpital Hazebrouck par l'intermédiaire d'un GCS), 1 site de chirurgie réfractive. Cela regroupe en tout 60 salariés.

⁴⁹ Comme le groupe *Point Vision*®, organisation capitalistique (Société anonyme (SA), SEL et Société d'Exercice Libéral à Responsabilité Limitée (SELARL)) créée en 2011 et disposant aujourd'hui de 32 centres sur le territoire. Chaque centre est autonome sous forme de SEL ou SELARL. Le modèle repose sur une collaboration étroite entre orthoptistes et ophtalmologues sur site (et peut être à distance en téléconsultation). Les médecins peuvent être associés, installés, vacataires, salariés ou remplaçants. Les orthoptistes sont salariés et peuvent réaliser des actes (rééducation, campimétrie) dans le cadre de leur décret de compétences.

modification des organisations professionnelles pour répondre à une demande que la spécialité ne pouvait satisfaire sous l'effet conjugué d'une demande croissante (du fait du vieillissement de la population) et d'une démographie professionnelle déclinante, situation aboutissant à la constitution de délais de rendez-vous extrêmement importants et de ruptures de prise en charge pour certaines pathologies (la rétinopathie diabétique notamment).

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

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

Ces collaborateurs non administratifs sont des orthoptistes salariés (35 % des cas), des orthoptistes libéraux (17 % des cas), des infirmières diplômées d'Etat (IDE) (12 % des cas), des assistants (6 % des cas)⁵⁰.

Ce mouvement a été rendu possible par la mise en place de protocoles de coopération avec des orthoptistes pour les bilans visuels ou des infirmières pour le dépistage des rétinopathies diabétiques.

Ces protocoles d'abord expérimentaux dans le cadre de l'article 51 de la Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009 sont rentrés dans le domaine courant par la signature de protocoles conventionnels entre le syndicat national des ophtalmologues et l'Assurance maladie. L'augmentation sensible des effectifs d'orthoptistes formés (+ 300% par an) y a également participé. Cet essor a permis d'accroître l'offre de soins : depuis 2017, l'activité moyenne en actes des ophtalmologues évolue plus vite que la demande (estimée à +500 000 patients par an).

En oto-rhino-laryngologie, sous l'effet du développement de la surspécialisation⁵¹ au sein de la profession, de nombreux réseaux informels d'ORL se sont développés sur les territoires pour orienter entre eux les patients vers l'ORL ad hoc dans le domaine de référence, réalisant de véritables équipes de soins spécialisées informelles.

En pneumologie, l'activité interventionnelle pneumologique (fibroscopies et biopsies) nécessite une neuro-analgésie et comporte trop de risques de complications (pneumothorax, hémorragies) pour être réalisée à distance d'un établissement et en dehors de la présence d'un anesthésiste-réanimateur.

La biologie et la radiologie : deux spécialités médico techniques pour lesquelles de forts mouvements de concentration sont à l'œuvre

Dans le secteur de la biologie médicale, la recherche de gains de productivité et de mutualisation des coûts pour limiter les effets de la diminution des tarifs, d'une masse critique suffisante pour absorber les coûts induits par l'accréditation obligatoire⁵² et la possibilité ouverte par la loi pour un laboratoire d'être implanté sur un ou plusieurs sites⁵³ ont conduit à des regroupements quasi industriels massifs, certains atteignant plusieurs centaines de laboratoires⁵⁴.


⁵¹ Allergologie, audition, endoscopie, oncologie, phoniatry, ORL pédiatrique, sommeil, vertiges par exemple.

⁵² L'accréditation des laboratoires de biologie médicale est obligatoire depuis l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010. Elle porte sur les trois phases de l'examen de biologie médicale : pré-analytique, analytique et post-analytique (article L. 6221-1, I du Code de la santé publique (CSP)).

⁵³ Depuis le verrou du nombre de sites est aujourd'hui ouvert (voir article L. 6212-1 du code de la santé publique), alors qu'il était auparavant limité à 5.

⁵⁴ Voir « rapport sur la mise en application de la loi n° 2013-442 du 30 mai 2013 portant réforme de la biologie médicale » de MM. Jean-Louis TOURAINE et Arnaud ROBINET, Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale.

⁵⁰ Source : SNOF.



Les radiologues ont développé, en collaboration avec les structures hospitalières publiques ou privées, un maillage territorial de leur offre généralement à l'échelle départementale⁵⁵. Différentes formes de regroupements se sont constituées : soit entre libéraux (y compris dans les établissements privés dans le cadre de GIE), soit avec des établissements publics dans le cadre de Groupements de coopération sanitaire (GCS)⁵⁶. Ces regroupements permettent la mutualisation des grands plateaux techniques aux coûts d'investissement et d'exploitation élevés⁵⁷, la mutualisation des compétences, des moyens humains et financiers. Ils permettent de mieux répondre aux exigences imposées par le progrès technique et l'évolution de la réglementation, notamment le régime d'autorisation du matériel.

Cette concentration et ces regroupements sont rendus d'autant plus nécessaires que de nombreux cabinets de radiologie sont contraints à la fermeture (140 en 5 ans) sous l'effet de la désertification médicale. Ces dernières années, une nouvelle dynamique à plus grande échelle (régionale voire nationale) est à l'œuvre⁵⁸.

Il convient de s'assurer que ces mouvements ne se traduisent pas par la constitution de monopoles susceptibles de peser sur l'accessibilité financière et géographique.



Le cas des spécialités cliniques aux effectifs réduits et à prédominance hospitalière

La médecine interne, comme les spécialités concernant les maladies rares, l'hématologie, l'infectiologie et la virologie ou la médecine génétique⁵⁹ ont des effectifs réduits et un exercice majoritairement hospitalier. Leur expertise est alors le plus souvent de troisième recours hospitalier ou en consultations externes.

Pour ces services très spécialisés, généralement polarisés autour d'équipements et de plateaux techniques dans des centres importants, l'enjeu ne consiste pas à organiser les spécialités entre elles mais à organiser leurs accès par le niveau de première ligne.

Les nouvelles technologies de communication, en particulier la télémédecine viendront partiellement à l'appui de ces spécialités pour apporter à distance cette expertise rare et concentrée dans les grands centres hospitalo-universitaires (CHU), parfois même en inter-régional. Partiellement en effet car un examen clinique très soigneux et averti des patients est particulièrement indispensable dans la plupart de ces pathologies du moins en primo-consultation.


⁵⁵ A l'exclusion des grandes villes.

⁵⁶ Ces dernières initiatives sont toutefois limitées en raison des différences de statuts entre les libéraux et les PH, qui rendent difficile une collaboration plus étroite, en dehors de l'activité libérale privée autorisée des PH.

⁵⁷ Permettant ainsi de maîtriser les frais fixes.

⁵⁸ Voir l'article « *Les regroupements et la consolidation de la radiologie libérale française* », Hervé Leclét, Docteur Imago – Économie de l'imagerie.

⁵⁹ Cette dernière va cependant être amenée dans un avenir proche à multiplier ses interventions notamment en consultation du fait de la diffusion des tests génétiques et de leur corollaire qui est la nécessité d'accompagner, du moins en France, la remise des résultats de ces tests d'une consultation « d'annonce ».



En revanche le suivi pourrait faire l'objet de téléconsultation et les avis d'expertise prendre la forme de télé-expertise ou de participation à des RCP virtuelles, bien difficiles à organiser en dehors de ces centres de référence.

Deux spécialités médicales se distinguent néanmoins par un statut intermédiaire : la néphrologie et la neurologie. Toutes deux ont un exercice principalement hospitalier mais avec une démographie plus importante et une part significative en exercice libéral ou mixte d'environ 30 à 35 % des effectifs⁶⁰.

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

5. Renforcer l'intégration des soins à l'échelle des territoires

L'ensemble des spécialités médicales de recours a vocation à inscrire son activité dans une approche populationnelle et territoriale

Dans la constitution de la première ligne de proximité, il est impératif que soit présente une offre de services spécialisés permettant d'assurer la complétude de la première ligne de prise en charge et de faire jouer une logique de subsidiarité au bénéfice de la proximité. Il appartient par ailleurs aux spécialistes s'inscrivant dans cette ligne de faciliter, chaque fois que nécessaire, l'accès des patients aux prises en charge les plus spécialisées de façon organisée.

Il s'agit d'apporter non seulement des réponses à des problèmes ponctuels mais aussi de fournir des prises en charge coordonnant l'intervention de différents acteurs suivies au cours du temps dans des séquences plus ou moins longues, prises en charge que l'on qualifie de « parcours ».

⁶⁰ Ces spécialités sont un peu plus jeunes (48 ans en moyenne) et plus féminisées que les autres (autour 50 %).



Etablir un maillage du recours à des expertises spécifiques dans les territoires

C'est un travail qui devrait être établi spécialité par spécialité par les Conseils Nationaux Professionnels⁶¹ de spécialité, à la fois à partir de l'offre et des ressources démographiques, mais aussi et surtout à partir des besoins identifiés notamment par l'épidémiologie et l'exploitation des différentes bases de données.

Pas de parcours types mais des paniers de solutions pour une prise en charge graduée

Dans cette approche, le « parcours » n'est pas un schéma stéréotypé et linéaire défini *a priori* qu'il s'agirait de mettre en œuvre. Il est le résultat du fonctionnement en routine d'un système capable de mobiliser des paniers de solutions adaptés aux besoins des patients et à leurs préférences. Ces paniers de solutions sont spécifiés en fonction du niveau de sévérité des problèmes ou des pathologies à traiter et des moyens techniques à mettre en œuvre. Ils peuvent être déclinés par types de population. Ils doivent être mobilisables pour et par les patients en fonction de leurs besoins avec des trajectoires évolutives.

⁶¹ Un conseil national Professionnel (CNP) est une structure fédérative, régie par une double gouvernance scientifique et professionnelle, qui réunit des professionnels issus des différents organismes représentatifs de la spécialité. Les CNP ont été créés par la Loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) de 2016 (art. 114).

Il n'y a par conséquent pas de modèle d'organisation territoriale unique. Divers modèles peuvent se rencontrer, variables selon les contextes locaux (aussi bien en termes d'épidémiologie, de caractéristiques sociales que d'offre disponible). Mais tous les modèles doivent être structurés autour de fonctions-clés (voir encadré 5). Ces fonctions peuvent prendre plusieurs formes organisationnelles et leurs opérateurs peuvent être différents selon les territoires. Quels que soient l'intensité et le degré de sévérité des problèmes à traiter, ces fonctions-clés doivent toujours être présentes.

L'intégration des acteurs de proximité dans le territoire permettra d'enrayer la multiplication des organisations thématiques *ad hoc*. En effet, l'absence de cette organisation territoriale oblige à penser des organisations thématiques *ad hoc* qui se superposent, ce qui n'est ni efficient, ni soutenable économiquement.

Dans la majorité des cas, c'est le médecin traitant qui assure la coordination des prises en charge. Mais dans certaines situations, s'il existe une organisation spécifique, elle peut prendre la main (périnatalité, cancérologie). La mise en place des CPTS devrait permettre la désignation de coordinateurs des soins complexes qui n'ont pas vocation à être systématiquement des médecins.

Encadré 5 : Les fonctions clés pour la prise en charge des pathologies chroniques

S'agissant des pathologies chroniques, ces fonctions peuvent être identifiées sous cinq items :

- Production d'un plan personnalisé de santé : il revient généralement au médecin généraliste médecin traitant ; il définit la prise en charge en tenant compte des ressources psychosociales des patients et des contextes locaux, dans le respect des recommandations de bonne pratique et des référentiels métiers. Mais dans les cas les plus complexes ou sévères il pourra être de la responsabilité d'une équipe spécialisée en lien avec le médecin traitant du patient.
- Identification d'un référent : selon les

cas, ce sera le médecin traitant ou un membre de l'équipe de soins primaires choisi en accord avec le patient, ou pour les cas les plus sévères et complexes un médecin spécialiste ou un intervenant membre d'une équipe de soins spécialisés.

- Coordination des effecteurs : la constitution d'équipes de soins et leur articulation organisée sur le territoire incluant la dimension sociale et médicosociale doit permettre de construire des espaces d'échanges structurés telles les réunions de concertation pluridisciplinaire pour les cas complexes.
- Développement des compétences personnelles des patients ;
- Intégration territoriale.


Quelle place des spécialistes dans les CPTS ?

Un maillage territorial commun entre soins primaires et médecine spécialisée apparaît possible

Quand la ressource existe, un maillage territorial commun entre soins primaires et médecine spécialisée apparaît possible, comme en témoigne le modèle de maillage territorial en Communauté Professionnelles de Santé réalisé dans la région Centre-Val de Loire (CVDL) et s'appuyant - entre autres - sur les zones d'attractivité des spécialités de proximité (cf. annexe 8).

CPTS et modèles organisationnels

Les spécialités infra départementales (cf. annexe 8) ont vocation à être dans la CPTS de leur territoire, quel que soit leur mode d'exercice. En effet, tous les modes d'exercice sont compatibles avec l'appartenance à une CPTS, même si l'exercice isolé est par principe moins propice à la continuité des soins qui est l'un des objectifs prioritaires des projets de santé.



En tout état de cause, ce qui apparaît primordial pour qu'une structure organisée de soins de recours réponde à ces enjeux, c'est sa capacité à formaliser des relations correspondant à une graduation des soins qui répondent effectivement aux besoins des patients et des soins primaires ainsi qu'à la prise en charge territoriale et au maintien à domicile des patients atteints de pathologies lourdes et complexes.

Cette formalisation devrait faire l'objet de protocoles adaptés aux ressources des territoires et être fondée sur une identification des ressources d'expertises y compris très spécialisées ainsi que des moyens de mise en relation préétablis.

Ce devrait être un des objectifs essentiels de la constitution de la CPTS et des missions de son coordinateur.

Seule une bonne coordination entre les acteurs de soins primaires et de recours permettra à la fois d'avoir le bon niveau de recours au bon moment et d'éviter ainsi un recours inutile aux urgences hospitalières.



La question de l'appartenance de certains spécialistes à plusieurs CPTS

L'objectif premier d'une CPTS est de construire - sur la base d'un diagnostic territorial partagé avec l'ARS - un projet territorial de santé qui permette de répondre à toutes les demandes de prévention, sanitaires et médico-sociales de la population de son territoire.

Il paraît donc clair qu'en l'absence de ressources d'expertise spécialisées sur son territoire⁶², il importe que la CPTS s'organise explicitement par une formalisation (conventionnement, contractualisation...) avec des acteurs extérieurs à son territoire pour satisfaire à cette demande d'accès aux soins.

Les spécialistes de recours concernés pourront (suivant leur localisation, leur nombre et la démographie de leur spécialité), être à même de répondre à des demandes d'une ou plusieurs CPTS (contigües ou non) dans la mesure de leurs capacités fonctionnelles de réponse.

⁶² Y compris si les spécialistes de recours refusent d'y participer.




Cette demande peut être bien sûr adressée à des professionnels en exercice isolé, mais ce ne sont pas les plus à même d'assurer une continuité des soins. C'est donc préférentiellement vers des structures d'exercice regroupé (cabinets de groupe de spécialistes, équipes de soins spécialisés, maisons médicales de spécialistes ou consultations externes d'établissements hospitaliers) que les acteurs de la CPTS pourront se tourner.

Une nécessaire articulation avec les équipes de soins primaires et les structures de soins les plus spécialisés pour offrir une réponse graduée aux besoins des patients

La structuration des soins spécialisés dans le cadre des nouveaux types d'unités de production décrits précédemment, si elle est nécessaire, ne suffit pas à produire de telles prises en charge. Il faut de surcroît que ces unités s'articulent fonctionnellement aussi bien avec les équipes de soins primaires qu'avec les établissements et structures de soins les plus spécialisés pour offrir une réponse graduée aux besoins des patients (voir partie 2).

Sur les sujets prioritaires, des référentiels de de prise en charge contextualisés doivent être élaborés par les acteurs de soins primaires et les spécialistes

A partir du diagnostic territorial, les professionnels de santé peuvent contribuer à apporter des réponses pertinentes s'ils se mettent d'accord pour proposer des référentiels de prise en charge contextualisés permettant, sur les sujets prioritaires, de définir la déclinaison locale des recommandations nationales de prise en charge.



En s'appuyant sur l'expertise des équipes référentes du territoire sur le sujet concerné, il s'agit :



- D'identifier collectivement les ressources et compétences disponibles sur le territoire ;
- D'identifier les rôles de chacun des professionnels dans la prise en charge ;
- D'identifier et de formaliser ce que chaque professionnel peut attendre des autres et comment doit se passer la prise en charge⁶³ et de créer les conditions de son bon fonctionnement⁶⁴.

Cette approche collective peut sur la durée permettre de constituer un réseau en capacité d'appuyer les professionnels dans leur pratique et garant des bonnes prises en charge (qualité, sécurité, pertinence).

Elle a pour objectif de proposer une réponse aux besoins identifiés dans le diagnostic. Elle introduit une dimension managériale dans l'activité des médecins spécialistes pour assurer avec leur environnement les conditions de prise en charge de certains processus de soins ou de certaines situations relevant de leur spécialité. Elle suppose que soit structurée la triple logique de prise en charge individuelle, de population et de territoire.

Tisser les liens entre les structures sanitaires, sociales et médico-sociales

La continuité du parcours de soins d'un individu est impactée par les liens établis entre structures sanitaires, sociales et médico-sociales ; ces deux dernières prenant en charge des adultes vieillissants et toute une partie de la population, en situation de handicap, de précarité, de vulnérabilité.... Le financement mixte de l'offre sociale et médico-sociale, porté à la fois par les départements et les agences régionales de santé, impacte parallèlement l'organisation territoriale des soins et des services.




Les nouvelles organisations territoriales en santé doivent intégrer les acteurs du social et du médico-social dans une démarche synergique et d'efficacité au service de l'utilisateur. Cet enjeu est de taille, car il nécessite de clarifier sur certains territoires la place et le rôle de chacun. Si certaines missions peuvent être mutualisées, d'autres relèvent des compétences propres. La collaboration sur le soin passe par une convergence des systèmes d'informations entre les structures concernant le dossier de soins, un co-remplissage des DMP par les médecins des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Chaque structure peut amener une expertise à l'autre. Ainsi certains services sociaux et médico-sociaux maîtrisent des outils de communication, spécifiques et validés, facilitant la communication avec les personnes dyscommunicantes. Ceux-ci peuvent être utiles au milieu sanitaire. Inversement, les moyens, humains comme matériels, associés à la sécurité et la qualité de certaines tâches de soins, portés par les structures sanitaires, pourraient être réfléchis plus transversalement et profiter aux établissements sociaux et médico-sociaux partenaires.

⁶³ Conditions d'adressage, conditions d'échange et de partage d'information, etc.

⁶⁴ Connaissance des interlocuteurs, retours d'expérience, etc.



Il devient indispensable de fluidifier la circulation de l'information entre ces structures. La loi LMSS du 27 janvier 2016 a rendu possible le partage de certaines informations de santé par le médecin avec des professionnels relevant d'une "équipe de soins", mais qui ne sont pas nécessairement des professionnels de santé. Cette nouvelle disposition régularisant de fait une situation complexe pour certains établissements et services non médicalisés, est encore insuffisamment connue et rend les échanges difficiles. Symétriquement, la formation des non-professionnels de santé du champ social et médico-social à ces enjeux de soins est devenue incontournable.

Il convient également d'intégrer à tous les niveaux de la formation initiale et continue des professionnels de santé des éléments concrets de compréhension de l'offre de services sociale et médico-sociale. Il faut porter une attention particulière aux établissements et services sociaux et médico-sociaux accueillant des enfants ou adultes en situation de handicap, mental, psychique, moteur, qui peinent à recruter, et particulièrement des professionnels de santé. Ceux-ci connaissent mal l'exercice professionnel dans ces structures, pourtant attractif du fait de la possibilité d'un exercice mixte ou partiel, notamment pour les médecins. La sensibilisation à ces métiers peut permettre de répondre à trois objectifs : diminuer la stigmatisation sociale des populations accueillies par ces structures, améliorer le maillage de l'offre de soins sur les territoires enclavés en proposant des temps de travail partiels et complémentaires, donner plus de souplesse et de flexibilité aux carrières des professionnels de santé.



6. Quels liens avec l'hôpital ?

Quels liens avec les hôpitaux de proximité

Pour répondre aux besoins de santé globale de la population d'un bassin de vie, la prise en charge de proximité comprend des prises en charge ambulatoires et des possibilités de soins avec hospitalisation dans des établissements de proximité.

Ces établissements assurent une ligne d'hospitalisation de premier recours, au service des médecins de ville fonctionnant sur un mode communautaire et principalement axée sur la médecine polyvalente.

Ces établissements doivent travailler en étroite collaboration avec les acteurs de ville, pour organiser les parcours : programmer les hospitalisations (conventionnelles ou à domicile), préparer les sorties, organiser les services de maintien à domicile (portage de repas, aide-ménagère...), assurer les activités de prévention, d'éducation thérapeutique...

La concomitance de la montée en charge des différentes structures est indispensable pour crédibiliser la mise en place souhaitée d'une première ligne de proximité.

Ces établissements peuvent dans cet esprit participer à l'organisation des équipes mobiles de territoire, avec les acteurs de ville, en gériatrie, en soins palliatifs, qui auraient vocation non pas à réaliser les soins, mais à venir en appui de certaines prises en charge relevant de la ville. Ainsi, la gouvernance de ces établissements doit associer les CPTS, les projets de territoire devant s'élaborer en partenariat.

Des mouvements d'intégration verticale plus ou moins opportuns selon les contextes territoriaux

Les modèles d'intégration verticale des soins en provenance des établissements de santé peuvent prendre deux formes :

- L'externalisation de services d'établissements de santé en ambulatoire, avec le risque de constituer des réseaux captant une part importante des patients en dehors des équipes de soins primaires et du tissu territorial des équipes de soins spécialisées ;
- Une prise en main du réseau de soins primaires ou de maisons médicales de spécialistes, véritables pseudopodes d'établissements hospitaliers publics ou privés maillant le territoire autour du centre hospitalier référent dans un but de recrutement concurrentiel⁶⁵.

En tout état de cause, le risque est important de voir apparaître ou se renforcer des logiques :

- Venant déstabiliser la construction de la première ligne de prise en charge en organisant des solidarités et des approches verticales là où une approche horizontale (collaboration avec l'ensemble des acteurs de la première ligne) est souhaitée ;
- Venant renforcer les logiques de séparation de filières entre secteur public et secteur privé ;

⁶⁵ Certains établissements privés, comme c'est également le cas pour certains établissements publics (Hospices civils de Lyon (HCL), Diabétologie), sont en train de développer des structures types MSP ou maisons de spécialistes à distance de leur site afin de mailler le territoire. Il peut s'agir de cabinets de groupe classiques avec des praticiens exerçant en primaire ou avec des exercices secondaires considérés ou non comme consultations avancées pour des plages horaires peu fréquentes (hebdomadaires). Certaines expériences (dépôts d'article 51) correspondent même à des centres de santé classiques (Ramsay GDS, Elsan).

- Créant des risques d'arbitrage, au sein du même ensemble, en faveur du renforcement des moyens les plus spécialisés au détriment des moyens de proximité qui peuvent alors se transformer en simples points d'entrée dans le système hospitalier.

Dans cette hypothèse, la gradation des soins serait en péril, les coûts de prise en charge, grevés par les coûts fixes hospitaliers, seraient élevés, posant des problèmes de loyauté de la concurrence entre les acteurs : en l'état actuel des forces en présence, le dialogue entre les structures de type hospitalier et les acteurs de ville se ferait au détriment de ces derniers.

Les capacités pour les acteurs de ville de mettre en place eux-mêmes des filières intégrées seraient, de fait, fort limitées.

Au sein même des 2^{ème} et 3^{ème} lignes, il est par ailleurs nécessaire de tenir compte de l'offre territoriale existante :

- Dans les territoires où l'offre de 2^{ème} et 3^{ème} ligne est faible ou fragile, le Haut Conseil encourage la collaboration, la coalition d'acteurs, voire l'intégration organisationnelle partielle (par exemple pour l'exploitation commune d'équipements lourds) ou totale, entre établissements, publics comme privés, si elle est nécessaire pour maintenir l'offre.
- Dans les territoires où il existe une offre abondante, le Haut Conseil considère que le risque de création de monopoles ou de duopoles nécessite le maintien d'une pluralité d'offres, à même de favoriser une diversité de choix pour les patients et de l'émulation entre les établissements⁶⁶.

⁶⁶ Rapport sur la contribution du HCAAM à la STSS, p. 74-75.

Favoriser l'exercice mixte

Malgré les initiatives nombreuses portées par les associations, syndicats et fédérations hospitalières, force est de constater que la question de l'attractivité des carrières médicales à l'hôpital est toujours d'actualité. Sans revenir à une situation antérieure, ayant pu créer des effets d'aubaine et fragiliser la continuité des soins à l'hôpital, il semble indispensable de trouver des nouveaux modes d'exercice suffisamment attractifs pour les jeunes professionnels de santé.

La multiplication des statuts et contrats de travail pour les médecins hospitaliers du public a contribué à rendre l'offre d'emplois peu lisible et peu attractive. Et ce malgré des facteurs d'attractivité propres à l'hôpital public.

A ce titre, il peut être intéressant, comme le prévoit la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, de faire converger ces différents contrats vers un statut unique de médecin hospitalier (praticien hospitalier public titulaire), sécurisant, avec une répartition variable de l'activité en fonction de l'exercice privé ou public. Cela permettrait des activités mixtes réparties entre l'hôpital et le libéral ou privé salarié (sanitaire, social, médico-social), renforçant le maillage territorial en santé et les liens entre ces secteurs. Un médecin pourra ainsi plus facilement passer de l'un à l'autre et conservera les avantages acquis dans le public au prorata du temps passé.

Le statut de praticien hospitalier (PH) actuellement difficilement accessible sur certains territoires, serait ainsi délivré à tout médecin exerçant dans une des spécialités relatives au second recours. Le système gagnerait ainsi en lisibilité et les médecins pourraient aisément exercer en milieu hospitalier à temps plein ou à temps partiel, du fait de ce statut "natif", permettant d'éviter ainsi l'écueil de l'intérim hospitalier.

7. Conditions de la réussite

Poursuivre les réflexions sur la territorialisation des politiques de santé

Cet avis sur la médecine spécialisée illustre l'importance de bien caractériser les territoires au sein desquels organiser l'intervention des acteurs en santé, et la difficulté de l'exercice.

Partant des services à rendre par la médecine spécialisée (la question "pour quoi faire ?" devant précéder la question "quel territoire pertinent ?"), il a défini plusieurs types de services auxquels correspondent des espaces différents.

Il a mobilisé pour cela des considérations normatives (conformité aux recommandations de bonnes pratiques) mais aussi positives (réseaux de professionnels existants, zones de recours des patients, territoires vécus par la population...), retenant la notion de territoire de projet.

Celle-ci fait appel aux acteurs de terrain, qui sont chargés de définir l'espace et les réseaux dans lesquels ils s'inscrivent, afin qu'ils correspondent au mieux à leurs pratiques, dans le cadre des missions qui leur sont fixées. Le HCAAM rappelle que les professionnels doivent être soutenus et outillés dans cette démarche, et qu'elle doit être encadrée pour éviter que dans certains territoires des rapports de force conduisent à des organisations sous-optimales.

Notons que d'autres approches sont possibles :

- L'approche bureaucratique, dans laquelle les frontières sont fixées par l'administration. Elle a l'avantage de reposer sur des critères objectifs et harmonisés, mais son approche descendante induit un écart avec les frontières vécues par les acteurs, même si la mobilisation des données (type bassins de vie ou zones d'emploi, bassins de recrutement des offreurs de soins...) permet de le réduire

- Retenir les frontières des collectivités territoriales : communes, communautés de communes, départements, régions, voire niveau national pour les activités les plus pointues. Cette approche a l'avantage d'être simple, de correspondre au champ d'intervention des élus et des autres politiques liées à la santé et, comme la précédente, l'inconvénient de différer des territoires vécus par les acteurs de santé

Ainsi, une tension existe entre la nécessité de définir des territoires :

- Adaptés aux missions à accomplir ;
- Qui correspondent aux territoires vécus par les différents acteurs (population, professionnels de santé, administration, élus...) ;
- Articulés entre eux pour éviter un empilement de dispositifs assortis de zones d'intervention et de projets qui ne se recoupent que partiellement, rendant l'organisation territoriale des politiques de santé trop complexe.

Le HCAAM a prévu de poursuivre dans un prochain avis ces réflexions sur les territoires.

Doter les acteurs de moyens et d'outils

La coordination d'une pratique pluridisciplinaire et a fortiori pluri professionnelle ne peut se concevoir sans un outil de communication partagé.

Le socle commun minimum doit reposer sur l'utilisation pour tous les professionnels de ces organisations territoriales du DMP et des messageries sécurisées.

Par ailleurs la normalisation et l'interopérabilité des logiciels métiers des professionnels et des établissements hospitaliers et médico-sociaux, prévues dans le cadre de la transformation numérique de notre système de santé, constituent une exigence absolue.

A cette condition, compte tenu de la multiplicité actuelle, chaque équipe peut avoir un système qui lui est propre et sans doute différent de celui des autres équipes ou des autres professions, hormis les MSP qui utilisent des systèmes d'information labellisés par l'Agence des systèmes d'information partagés en santé (ASIP).


Dans cette démarche d'accompagnement du changement, les acteurs territorialement responsables doivent pouvoir s'appuyer sur des moyens d'analyse, notamment territoriale, et sur une ingénierie solide. A cet effet, des outils d'analyse stratégique sont à développer au niveau national⁶⁷.

La mobilisation de données de santé au service de l'action de transformation est cruciale. Les acteurs locaux doivent disposer des données relatives aux états de santé, aux recours ainsi qu'aux pratiques et résultats obtenus dans les territoires⁶⁸⁶⁹.

⁶⁷ Le repérage des situations de déficits suppose de disposer d'outils de mesure de l'accessibilité aux médecins spécialistes. A cet effet, le HCAAM a chargé l'IRDES et l'ORS Ile-de-France d'élaborer des outils de mesure de l'accessibilité aux médecins spécialistes, semblables à ceux développés par la DREES et l'IRDES pour l'accès aux médecins généralistes et à certaines professions paramédicales.

⁶⁸ Voir rapport Contribution du HCAAM à la STSS, p.75.

⁶⁹ Voir par exemple l'outil REZONE élaboré par la CNAM et disponible sur le portail Ameli.fr, permettant aux professionnels de santé : de repérer les différents Territoires de Vie Santé, communes et leur potentiel, d'obtenir des informations sur les aides disponibles, d'évaluer leurs montants et s'ils y sont éligibles, d'obtenir des chiffres clés des TVS : démographie, patientèle, activité...et de situer l'environnement hospitalier et les structures d'exercice coordonné.



Le développement d'outils numériques innovants doit faciliter l'orientation du patient, son accompagnement à long terme, ses contacts avec les professionnels de santé. Il doit également permettre de simplifier les conditions d'exercice des professionnels et de résoudre les problématiques centrales de coordination et d'échange d'informations⁷⁰.

Poursuivre la réflexion sur les rôles respectifs des ARS et de l'Etat

Renforcer l'information des usagers

La politique menée en faveur de l'inclusion des usagers et des patients aux processus de prise en charge doit être réellement ambitieuse. Il s'agit de répondre aux attentes de la population en matière de lisibilité sur les prises en charge et l'offre adaptés à leur situation et à leurs besoins, dans le territoire où ils vivent. Une plus grande transparence sur les compétences et les engagements de service des différents professionnels et structures serait à même de faciliter l'orientation des patients et de les rassurer.



Renforcer l'information des usagers est une condition indispensable à l'amélioration de la pertinence des recours et de la qualité du système de soins.

Ainsi que le HCAAM l'avait mentionné dans l'avis adopté le 25 octobre 2018⁷¹, il s'agit de :

- Garantir l'accès de la population aux informations générales sur la santé et les services accessibles en donnant au Service Public d'information en santé (SPIS) prévu en 2016 des moyens et une visibilité à la hauteur des ambitions affichées. L'information doit être accessible, lisible et compréhensible par ses destinataires. Des propositions adaptées devraient être conçues pour, et avec, les populations ayant des besoins d'informations spécifiques (personnes en situation de handicap, vulnérables, étrangères, de grand âge, etc.) ;

⁷⁰ Voir rapport Contribution du HCAAM à la STSS, p.75.

⁷¹ Avis du HCAAM du 25 octobre 2018 intitulé "La prévention dans le système de soins : organisation, territoires et financement - A partir de l'exemple de l'obésité".

- 
- 
- Mettre en place des outils d'information des patients sur leur processus de prise en charge notamment pour les prises en charge complexes (plan personnalisé de santé). L'information du patient sur sa prise en charge doit inclure les éléments relatifs à ses droits sociaux ;
 - Mettre en place des outils d'implication des citoyens, des patients et de leur entourage dans les démarches qui les concernent. Pour cela des modèles existent de « décision partagée en soins de santé » qui seraient à prévoir dans la ligne éditoriale du SPIS.

Des outils existent (annuaire santé, SPIS, offre privée, outils de coordination de proximité pour échanger sur la situation d'un patient, diverses formes de télé expertise...), sont en cours de rénovation (Répertoire opérationnel des ressources (ROR) en cours d'urbanisation par l'Agence du numérique en santé) ou à venir (portail patient, espace numérique de santé, portail du professionnel de santé). Ils devraient permettre à terme d'améliorer cet accès à l'information, fondamentale pour permettre une bonne orientation des usagers dans le système de soins.

Des progrès supplémentaires devraient toutefois être apportés par la Haute autorité de santé (HAS) sur la déclinaison des recommandations de bonne pratique et leur diffusion dans une version accessible aux usagers. Les professionnels de santé eux-mêmes devraient être incités à la formalisation précise de plan personnalisés de santé tenant compte des préférences et permettant de renforcer les compétences propres de leurs patients.

Encourager la constitution d'équipes de soins spécialisés en précisant les attendus

Il importe de préciser rapidement les missions génériques que devrait mettre en œuvre toute équipe de soins spécialisés qui se constituerait. Celles-ci pourraient être par exemple :

- S'engager sur la continuité des soins, notamment entre le médecin généraliste et l'équipe de soins spécialisés ;

- S'engager dans des activités de suivi coordonné au long cours des malades chroniques ;
- Assurer une permanence des soins organisée, c'est-à-dire permettant le bon recours dans la bonne situation conformément au principe de gradation des soins ;
- Réduire les délais de prise en charge, notamment pour les cas urgents en développant des procédures permettant de prioriser les demandes ainsi que des procédures accélérées pour les cas urgents ;
- Mutualiser ou partager les agendas ;
- Mutualiser les expertises de manière à pouvoir gérer efficacement la surspécialisation, ce qui nécessite de développer un annuaire des ressources territoriales et si nécessaire des recours extraterritoriaux.

populationnelle lors de la formation initiale ;

- S'appuyer sur le levier de la formation continue (formation médicale continue, développement professionnel continu et recertification) pour accompagner les politiques publiques de santé et le changement des pratiques (voir annexe 12) ;

La dynamique régionale de formation des spécialistes qui est largement déterminée par le territoire de la subdivision académique (territoire de couverture des offres de stages d'internes) constitue en effet un levier déterminant pour organiser la coopération entre médecins de la même spécialité quel que soit leur type et leur lieu d'exercice. Le réseau de pairs se construit par la formation par les pairs, les valeurs qu'ils transmettent comme la convivialité et la confiance qu'ils peuvent contribuer à installer⁷⁴.

Les ARS et le réseau de l'assurance maladie doivent accompagner les professionnels et structures de soins dans la constitution de CPTS, d'ESP ou d'équipes de soins spécialisées en leur fournissant si besoin un appui mobilisant des compétences qui leur manquent parfois dans les domaines de la gestion des ressources humaines et des différentes catégories d'établissements notamment⁷².

S'appuyer sur la formation initiale et continue

Développer une responsabilité populationnelle des spécialistes appelle des « *changements culturels importants et difficiles pour des acteurs qui se sont construits dans des logiques de concurrence et selon une hiérarchie symbolique et financière qui place la technique et la performance individuelle du praticien pour son patient au-dessus de l'activité clinique, relationnelle, et de la performance collective pour le patient et la population* »⁷³.

Pour ce faire, il convient de :

- Développer la culture du travail en équipe et sensibiliser à la responsabilité

⁷² Voir l'avis du HCAAM relatif à la contribution du HCAAM à la STSS, p.19.

⁷³ Voir article de Y Bourgueil, Adsp n°107

⁷⁴ Voir Gérard Levy, CHU de Caen, Le cas d'un réseau de suivi de grossesse en Basse-Normandie in *Pratiques Coopératives dans le système de santé: les réseaux en question. IMAGE - Editions ENSP - 1998*. Dans cet article, le professeur Gérard Levy, aujourd'hui doyen honoraire de la faculté de médecine de Caen et Président du comité d'éthique du Collège National des Gynécologues Obstétriciens explique que la bonne performance du réseau périnatal de Basse-Normandie en termes de transfert anténatal et de mortalité périnatale était alors expliquée par la confiance partagée et la culture commune à l'ensemble des responsables des maternités de la région sur l'intérêt de collaborer pour l'orientation des femmes à risques vers les maternités les plus aptes à les prendre en charge. La responsabilité de la population des femmes et des enfants de la région était alors partagée, soutenue par les autorités régionales de l'époque et reposait sur la communauté des professionnels pour la plupart formés dans la région.

Développer une contractualisation territoriale entre les CPTS et les professionnels de santé du territoire

Les spécialistes adhérant aux CPTS⁷⁵ seront ainsi engagés dans une double contractualisation :

- Au niveau national pour les conditions générales de leur activité (conventionnement national des individus et des équipes) ;
- Au niveau territorial dans le cadre de la proximité (conventionnement territorial).

L'adhésion des professionnels aux CPTS et leur implication dans le fonctionnement de celles-ci doit conditionner leur accès à des conditions d'exercice améliorées, cohérentes avec les attentes de ceux-ci, particulièrement des jeunes.

L'accès aux formes de rémunérations nouvelles des structures regroupées doit être conditionné à cette adhésion.

Toutefois, le Haut Conseil considère que les incitations à mettre en place ne sont pas seulement pécuniaires mais consistent avant tout à donner aux professionnels des moyens matériels, organisationnels ainsi que la reconnaissance leur permettant d'exercer leur métier et leurs responsabilités dans de bonnes conditions ainsi que des opportunités d'évolution de carrière.

Ainsi l'adhésion des professionnels à ce cadre conditionnera l'accès aux moyens supplémentaires suivants :

- Bénéficier des aides pour l'appui de personnels administratifs ou paramédicaux ;
- Accès facilité à des moyens techniques ou à un appui (plateforme territoriale d'appui (PTA)) ;
- Aide à l'installation et à la mobilité ;
- Défraiement et aide à la participation à des projets collectifs dans le territoire ;

- Accès à un système de remplacement organisé ;
- Systèmes d'information partagés et support technique à la coordination avec les autres professionnels ou structures ;
- Aide à la collecte et à l'analyse de données permettant de faire progresser les pratiques ;
- Participation à des activités de recherche clinique ;
- Intégration dans la formation universitaire ;

L'enjeu est de leur garantir la capacité d'exercer la plénitude de leurs fonctions en cohérence avec leurs valeurs et leurs aspirations.

Cet engagement formalisé permettra d'identifier et de rendre transparentes des différences d'activité ou de pratiques qui existent d'ores et déjà mais ne sont pas réellement sanctionnées, positivement ou négativement.

Il pourra être valorisé par les professionnels et permettra, notamment, une meilleure information des patients et des usagers sur ce qu'ils peuvent attendre des professionnels. Cet engagement doit être vérifiable, évaluable, opposable, pour permettre aux parties prenantes (autres professionnels, usagers, patients, régulateur, financeurs, élus...), d'en constater l'effectivité et la qualité⁷⁶.

⁷⁵ Comme du reste tout professionnel de santé du niveau de proximité adhérant à une CPTS.

⁷⁶ Voir l'avis sur la contribution du HCAAM à la STSS, p. 11.



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

Contact

hcaam@sante.gouv.fr - 01.40.56.56.00

Adresse postale HCAAM

14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07
SP

Locaux HCAAM

18 place des Cinq Martyrs du Lycée
Buffon
75696 Paris cedex 14



FRANCE STRATÉGIE