

Concertation sur le projet de Loi de Santé

Rapport de la mission sur la médecine spécialisée libérale

« Son rôle dans l'organisation des soins de proximité dans les territoires, sa contribution à l'organisation des parcours de soins complets et complexes, et la promotion de la médecine spécialisée libérale dans le champ de la formation médicale »

Dr Yves DECALF

et les participants à la mission

18 Mars 2015

Concertation sur le projet de Loi de Santé

Rapport de la mission sur la médecine spécialisée libérale

*Dr Yves DECALF
ydecalf@gmail.com
Tél. 06 80 87 86 85
et les participants à la mission*

Sommaire

<i>Introduction</i>	3
<i>Les constats</i>	4
Les caractéristiques de la médecine libérale spécialisée	5
La médecine spécialisée libérale de proximité : une réalité pour tous les patients	7
Le projet de loi de Santé néglige la médecine spécialisée libérale	9
<i>Les propositions de la mission</i>	10
Les propositions générales	11
Le projet de loi, article par article, concernant le champ de la mission	14
<i>Annexe</i>	19
Ont participé à la mission de concertation médecine spécialisée	19
Ont apporté leur aide.....	19
Auditions.....	19

Introduction

Par lettre en date du 20 janvier 2015, Madame Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, nous a confié le soin de mener une concertation, sur la question de la médecine spécialisée libérale dans l'organisation des soins de proximité. Cette mission devra aussi s'attacher à la promotion de la médecine spécialisée dans la formation.

Le système de santé français repose sur un système mixte : hôpital public et médecine libérale. La particularité du secteur libéral est d'associer une médecine générale de qualité à une médecine plus spécialisée efficiente, participant à sa situation de tête, dans le classement mondial des soins de santé de l'OMS.

La médecine libérale spécialisée de proximité a un rôle majeur dans le système de soins français, apportant son expertise efficace et rapide auprès des patients. Plus de 50 spécialités participent à ce réseau, qui reste peu visible. Certains exercices spécialisés ne sont pas encore reconnus en termes de qualifications, et restent en zone indéfinie entre la médecine spécialisée généraliste et les autres spécialités.

Elle est méconnue auprès des pouvoirs publics, alors qu'elle a un rôle important dans les soins de proximité, en liaison avec le médecin traitant. La mission a constaté que le projet de loi de Santé ne faisait que peu de références à la médecine spécialisée.

De longue date, mais plus formellement, sur le plan conventionnel depuis 2005, elle se coordonne avec le médecin traitant, avec lesquels elle constitue un réseau de terrain, même s'il n'est pas formalisé.

Elle a besoin d'une reconnaissance et de moyens pour poursuivre son excellence.

Elle peut constituer encore plus, un recours à la prise en charge ambulatoire des patients, permettant d'éviter, dans nombre de cas l'hospitalisation.

Les constats

Les caractéristiques de la médecine libérale spécialisée

L'exercice libéral de la médecine est une profession avec les principales caractéristiques suivantes :

- des qualifications professionnelles appropriées et de haut niveau
- une responsabilité personnelle à la fois financière et au niveau des actes
- une liberté d'installation et d'organisation personnelle
- une dimension éthique et déontologique
- des engagements collectifs de la profession, liés notamment à une prise en charge large de ses services par la collectivité, mais aussi des engagements de l'Etat et de l'Assurance Maladie.

Le contexte de cette mission est le projet de loi de Santé, qui doit être prochainement présenté au Parlement. Ceci entraîne un délai contraint, pour ce qui est des propositions de modifications ou d'ajouts d'articles dans ce texte. Rappelons que chaque année, la Loi de financement de la Sécurité sociale entraîne également des mesures supplémentaires, qui peuvent engendrer des modifications dans l'organisation des soins.

Dans ces conditions, nous avons opté pour une méthode de travail examinant prioritairement les dossiers faisant l'objet de mesures dans ce projet de loi. Ce travail s'est effectué lors de réunions rassemblant les 5 syndicats représentatifs des médecins, avec les syndicats représentant les internes et les chefs de clinique. L'Ordre des Médecins a été auditionné. Parallèlement, nous avons coordonné nos travaux avec ceux du groupe de travail sur l'organisation des soins de proximité et la mission sur la place de la médecine générale et le rôle du médecin traitant. L'audition de l'Ordre des médecins, et les contacts de coordination nous ont permis de constater, que la mission que nous avons entreprise rejoignait les préoccupations d'autres groupes.

Nous nous sommes attachés, d'abord à comprendre le projet de texte de loi, dont plusieurs articles, parfois dissociés, relèvent d'un même thème. Il serait préférable dans un souci de compréhension et de transparence du texte, de les rassembler.

Notre programme a consisté à rassembler les propositions majoritaires, sur certains de ses grands sujets, relevant de notre champ, en excluant le tiers-payant, le service public hospitalier (SPH) et l'exercice des compétences et des pratiques, qui relevaient plus spécifiquement d'autres groupes.

Le futur démographique, qui s'annonce dans le secteur de la médecine libérale est un élément d'anticipation important, en sachant qu'à l'horizon 2020, il y aurait le même nombre de médecins qu'actuellement, avec une répartition alors quasi égale de l'effectif entre généralistes et spécialistes.

La médecine spécialisée libérale de proximité : une réalité pour tous les patients

La médecine spécialisée libérale comprend des spécialités Cliniques, d'autres à prédominance Technique et certaines Mixtes. A l'intérieur d'une même spécialité, on constate fréquemment un exercice Clinique, associé à une partie Technique. Cet ensemble recouvre tous les domaines de l'activité médicale. Ses rapports avec l'hospitalisation publique et privée sont étroits, avant, pendant et en suivi. Elle a et aura un rôle majeur dans la pratique d'actes en hospitalisation ambulatoire, permettant une sortie à domicile du patient, dans les 12 heures, sans risque majoré, ainsi que dans la prise en charge ambulatoire des patients. Par son lien avec le médecin traitant, elle permet d'éviter dans bon nombre de cas l'hospitalisation ou d'en faciliter le parcours.

Le recours à cette médecine spécialisée est actionné par :

- le médecin traitant, cas le plus fréquent, dont le rôle pivot est important. C'est parfois aussi le fait (actes de premier recours) du patient lui-même dans le cadre de l'accès spécifique (défini conventionnellement), ou de son propre libre choix. Le médecin spécialiste peut, dans ce cas, faire alors entrer le patient (avec son accord) dans le parcours coordonné par son retour d'informations au médecin traitant.
- un autre spécialiste (actes de 2^{ème} ou 3^{ème} recours)
- un service hospitalier, en liaison avec le médecin traitant, pour assurer la continuité de la prise en charge au retour à domicile
- d'autres acteurs, médecins du travail, médecins conseil...

Elle peut prendre la forme d'actes programmés ou d'actes non programmés. Ces derniers ne sont actuellement pas valorisés, sauf le CNPSY 1,5 pour une consultation réalisée dans les 48 heures à la demande du médecin traitant.

A la différence du médecin traitant, dont le champ d'activité est très étendu, le rôle du médecin spécialiste se limite à sa discipline mais de façon approfondie ou experte. Il n'y a pas de hiérarchie entre ces deux aspects complémentaires de la médecine, mais

deux types d'activité, indissociables l'un de l'autre. Les contenus des actes sont différents. Ce qui justifie la création d'une classification des actes adaptée.

En liaison avec le médecin traitant, le médecin spécialiste revendique la place indispensable qu'il doit occuper, dans l'organisation de la médecine de proximité, pour un parcours de soins complet, performant pour le patient.

Le projet de loi de Santé néglige la médecine spécialisée libérale

Le projet de loi comprend plusieurs axes généraux :

- Celui, hors de notre mission, de la généralisation du tiers payant, de la notion de service public hospitalier, des pratiques avancées pour les paras médicaux, les sages-femmes, et les pharmaciens.
- Celui du transfert de prérogatives conventionnelles, vers l'Etat avec le moyen du conseil national de pilotage des ARS et des agences régionales de santé.
- Celui d'une approche territoriale de la santé, mais avec une déclinaison hiérarchique à partir de l'ARS, alors qu'il nous semble indispensable de favoriser les initiatives venues des acteurs, et de s'attacher à une simplification de l'exercice.
- Celui de diverses mesures sur des points précis, sans rapport direct avec les grands axes. Ce qui entraîne une lecture difficile du texte. Il paraît utile de regrouper les différentes mesures d'un même thème dans un seul chapitre comme par exemple, ce qui concerne la territorialité.

Il est nécessaire de laisser une place à l'initiative des professionnels, notamment ceux engagés dans la médecine spécialisée de proximité. C'est le sens des propositions de la mission exposées ci-après.

Les propositions de la mission

La mission a construit plusieurs propositions, en les présentant de façon générale, puis article par article.

Les propositions générales

→ **Rétablir un espace de liberté dans la négociation de la convention nationale** : Différencier dans les relations entre la profession et les institutions, ce qui relève du champ conventionnel de qui relève de l'Etat. Ceci doit être clairement exposé, afin d'éviter une complexification des dispositifs, et de favoriser la prise en charge ambulatoire. L'intervention de l'Etat dans les négociations conventionnelles est constante, dans les faits, depuis des années et modifie les relations entre les partenaires. Il ne paraît pas nécessaire de l'inscrire dans la loi, et il est souhaitable qu'elle se limite aux contraintes des contrats d'objectifs et de gestion.

Il est demandé par la majorité des participants la suppression de la définition en amont par les Ministres du contenu des conventions, et de préciser les domaines d'intervention du conseil national de pilotage des ARS et des agences régionales de santé (12, 25, 38, 41).

→ **Favoriser l'initiative au niveau des territoires, avec la présence de la médecine spécialisée** (articles 12, 25, 38), avec :

- **une définition non seulement géographique, mais prenant en compte la dimension activité médicale de premier, deuxième recours et troisième recours.**
- le domaine conventionnel national et ses éventuelles déclinaisons régionales, qui devraient se réaliser **sous l'autorité de la Commission paritaire régionale, avec dans les zones « sous dotées » actuelles et futures, une politique forte d'incitation à l'installation** et de maintien d'activité au-delà de l'âge légal de la retraite.
- le domaine extra conventionnel, notamment (mais pas seulement) avec les ARS. Il convient de **déterminer la place de la médecine libérale notamment spécialisée au sein des instances décisionnelles de ces agences**, dans ce champ. Force est de constater, qu'elle est actuellement non formalisée.
- Il est demandé une modification de l'article L. 1432-3, afin de **donner une place à la représentation**

professionnelle libérale dans ces agences au niveau du Conseil de surveillance.

- Dans ces domaines hors convention, il est proposé l'instauration, à l'initiative des professionnels, **de communautés territoriales professionnelles de santé, organisées autour des médecins de 1er et 2ème recours, avec un projet médical de territoire, pouvant contractualiser avec l'ARS et/ ou d'autres structures.** Ces communautés ne sont pas uniformes, mais adaptées aux niveaux de soins, à la géographie et à l'activité des médecins traitants et des médecins spécialistes.
- Il est indispensable de **réaffirmer (article 38), le respect de la liberté d'installation, ainsi que la-non opposabilité du schéma régional de santé** aux professionnels libéraux qui en découle.

→ **Définir dans le parcours de soins coordonnés (article 1), les plans de soins (article 14), l'équipe de soins (article 25) la place indispensable et les missions de la médecine spécialisée.** Un parcours de soins complet nécessite la présence de la médecine spécialisée, pour intervenir si nécessaire en lien avec le médecin traitant. Si le médecin traitant est, en règle générale, celui du premier recours de par sa proximité avec le patient, le médecin spécialisé de second recours est indispensable pour ses avis itératifs, notamment de suivi dans l'équipe de soins, ainsi que dans l'élaboration des plans de soins et son lien avec l'hospitalisation. Le 3ème recours se situe en fait en hospitalisation publique ou privée, avec une place particulière pour la prise en charge en ambulatoire. La médecine spécialisée demande la reconnaissance du rôle qu'elle peut exercer dans les équipes de soins.

Il est nécessaire d'affirmer cette nécessité **d'une médecine spécialisé libérale dans ces recours, par un article additionnel**, reprenant ses principales missions avec : son analyse approfondie diagnostique, thérapeutique et de suivi, sa nécessaire présence de proximité pour un parcours de soins complet, son action dans la prévention et l'éducation des patients, et la formation médicale.

→ **Rendre présente et surtout effective, la place de la médecine spécialisée libérale dans les plans santé.** Par exemple, elle n'est pas assez précisée dans les plans de santé publique, comme le plan cancer III et le recours à l'anatomocytopathologie libérale, le plan Maladies Neuro dégénératives. La déclinaison conventionnelle de ces plans de santé nous paraît indispensable.

→ **Promouvoir la médecine libérale spécialisée dans la Formation Médicale Initiale des spécialistes, avec stages dans les cabinets libéraux, internat en cliniques privées, enseignement de l'exercice,** qui sont à mettre réellement en œuvre. Le Développement Professionnel Continu (article 28) doit être piloté par la profession, et non l'université, avec des moyens suffisants (financements complémentaires à prévoir).

→ **Adapter les nomenclatures des actes à l'évolution de notre exercice.** La Classification Commune des Actes Médicaux (technique) mise en place en 2005 a permis de connaître avec précision, l'activité de chaque discipline. Elle est en panne depuis plusieurs années, avec, outre une valeur du point de travail médical bloquée à 0,44€ (conventionnellement), l'absence de mise en œuvre du processus de détermination des règles d'évolution des coûts de la pratique (mesure législative demandée). L'inscription de nouveaux actes, ou la maintenance nécessite un délai de plusieurs années, compte tenu de procédures particulièrement longues, qu'il est nécessaire de raccourcir. Les dispositions générales complexifient la pratique et ne tiennent pas compte de son évolution. En la matière, il convient de simplifier.

Les actes du futur « connectés », comme en télé médecine, bien qu'inscrits dans une précédente loi devraient être hiérarchisés, et entrer dans la classification.

Il est proposé l'installation d'un comité de pilotage pour construire réellement une Classification Clinique des actes, moderne et compréhensible, et la valorisation des actes non programmés.

Le projet de loi, article par article, concernant le champ de la mission

1) **Article 41** : Il est demandé la suppression de l'article L. 162-14-5, qui prévoit la définition par les ministres des lignes directrices des négociations conventionnelles entre le Directeur de l'UNCAM et les représentants des professionnels. Dans ce même article au L. 162-14-4, il convient de préciser que les contrats types régionaux visant à favoriser l'installation des professionnels libéraux doivent être adoptés par les commissions conventionnelles paritaires régionales.

2) **Article 1, au 2°) (4ème)**, il est fait mention de l'organisation du parcours de soins coordonné. Il est nécessaire de définir ce parcours avec plusieurs niveaux, et en particulier la place du médecin traitant et du médecin spécialiste. Il est proposé un article spécifique sur les missions du médecin de deuxième recours :

L'existence de soins de deuxième recours de proximité participe, en cas de besoin, à la prise en charge complète du patient, et à la construction territoriale des soins.

Les principales missions du médecin de deuxième recours sont :

- une analyse approfondie diagnostique, thérapeutique et de suivi, propre aux compétences de chaque discipline. Il peut être médecin correspondant dans le suivi conjoint, l'élaboration du projet de soins, ou médecin consultant pour un avis d'expertise, en liaison avec le médecin traitant.
- une participation à l'offre de soins ambulatoires de proximité, à la permanence des soins dans le domaine qui le concerne, en fonction des besoins de santé du territoire, et à l'optimisation des hospitalisations.
- une contribution à la prévention, à l'éducation des patients, et à la formation médicale initiale et continue.

3) **Article 1 titre I 4°) article L. 1411-2** : la place de la médecine spécialisée n'est pas assez précisée dans les plans de santé publique. On peut citer, par exemple, la nécessité de recours

notamment à l'anatomocytopathologie libérale dans le plan cancer III. Au titre II, il est proposé de compléter les articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du CSS :

Article 1er

Le II de l'article 1er est ainsi complété :

L'article L. 162-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 25° Le cas échéant, les modes de rémunération liés à la mise en œuvre de plans de santé publique »

Le I de l'article L. 162-14-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 5° Le cas échéant, les modes de rémunération liés à la mise en œuvre de plans de santé publique »

4) **Article 12** concernant le service territorial de santé publique : il est à réécrire et à en modifier l'intitulé. Il est demandé de remplacer la formulation « service territorial de santé publique », par celle de « communauté territoriale de professionnels de santé ». Elles s'organisent autour des médecins de premier et second recours, ainsi qu'entre-elles. Il conviendra de préciser leur statut, et leur accès à certains financements, en tenant compte de certaines propositions du groupe de travail sur l'organisation des soins de proximité

Article 12 : il est demandé que les contrats soient collectifs (à choix individuel), mais pas individuels.

5) **Article 13** sur la santé mentale et la psychiatrie : il est à coordonner avec la nouvelle rédaction de l'article 12.

6) **Article 14**, appui de l'ARS dans les parcours de soins complexes. Cet appui de coordination, si nécessaire, concerne tous les acteurs, en premier et également de deuxième ou troisième recours suivant les situations, en liaison avec le médecin traitant. Il est à formuler par les communautés territoriales, à piloter avec les professionnels de santé, avec un financement de l'ARS.

7) **Article 15, permanence des soins** : il est demandé d'y rappeler le maintien de l'obligation collective et du volontariat individuel dans cette activité, la place de la médecine spécialisée, et la nécessité d'un même numéro pour la PDSA (permanence des soins ambulatoires), s'appliquant à tous les départements.

8) **Article 16 Plan de santé publique pour les moins de 16 ans** : il est proposé d'ajouter un alinéa, de modifier l'article L.162-5 sur les modalités de suivi des enfants par le médecin traitant, médecin généraliste ou pédiatre, et en étroite collaboration à des âges spécifiques.

L'article L. 162-5 est ainsi modifié :

23°) Les missions particulières des médecins traitants des enfants de moins de seize ans mentionnées à l'article L. 162-5-3 et les modalités de l'organisation de la coordination des soins spécifiques à cette population, notamment les modalités de prise en place d'un plan de prise en charge de la santé de l'enfant à des âges spécifiques, sans préjudice des articles L. 2112-2 et L. 2132-2 du code de la santé publique ainsi que de l'article L. 541-1 du code de l'éducation.

9) **Article 17 sur les centres de santé** : les médecins libéraux qui occupent une place spécifique dans le système de santé avec les mêmes missions pourront bénéficier des mêmes avantages et obligations que les centres de santé. Ces avantages seront écrits dans la convention.

10) **L'article 19 sur les refus de soins** n'est pas approprié, car inutilement stigmatisant et il est demandé sa suppression.

11) **Article 22 sur l'expérimentation de projets d'accompagnement des patients par conventions avec l'ARS**. Il est demandé que l'accompagnement des patients se fasse à la demande du médecin traitant et / ou du médecin spécialiste éventuel en charge de la pathologie spécifique et en accord avec le patient

12) **Article 25 concernant l'équipe de soins**, qui y est exprimée, dans cet article, pour le cas de l'échange de données. Il est demandé de préciser les contours d'une équipe de soins, avec

la nécessité la présence d'au moins un médecin dans le premier alinéa de l'article L. 1110-12 : l'équipe de soins est un ensemble de professionnels comprenant au moins un médecin qui participent... et le recours si nécessaire à la médecine spécialisée.

13) **Article 38 traitant du projet régional de santé conduit par l'ARS** : dans la section 1 schéma régional de santé, Il est demandé d'y rappeler le principe de la liberté d'installation et de la non opposabilité aux professionnels de santé libéraux de ce schéma régional de santé. Il est proposé que la caractérisation des zones à offre de soins insuffisante soit déterminée, non par le directeur de l'ARS, mais par les partenaires conventionnels. Celle-ci pourrait s'effectuer avec l'aide du concept d'accessibilité potentielle localisée (APE) à la fois pour les généralistes et avec des critères différents pour les spécialistes, en tenant compte de la démographie future prévisible, en corrélation avec des mesures fortes pour l'installation et la poursuite d'activité au-delà de l'âge légal de la retraite.

Dans la section 3, la création de communautés territoriales professionnelles doit être laissée à l'initiative de ces professionnels médecins de 1er et 2ème recours.

Il est demandé un article additionnel après l'article 38, afin de permettre d'inclure la participation des professionnels de santé dans le conseil de surveillance des ARS :

A l'article L1432-3 du Code de la santé publique, ajouter un alinéa après l'alinéa 5

« 5° De membres des unions régionales de professionnels de santé »

14) **Article 27 Groupements hospitaliers de territoire des établissements publics, pouvant être associés aux établissements privés.** Il est nécessaire de préciser, que les autorisations d'exercice ou de matériels lourds, en privé, ne peuvent être conditionnées à l'association à un groupement hospitalier de territoire.

15) **Article 28 sur le DPC** : il est demandé de supprimer la disposition qui indique que les universités contribuent à la dimension pédagogique du développement professionnel continu et d'en élargir le financement, au-delà de la contribution des entreprises pharmaceutiques. Il nous paraît nécessaire de formuler

un pilotage du DPC par les partenaires conventionnels, une gestion scientifique et pédagogique par les CSI, une gestion financière par un organisme spécifique, en tenant compte de la concertation en cours sur le sujet.

16) Article 29 sur la FMI dans le cadre des paramédicaux, par les stages dans les cabinets libéraux : il est demandé de mettre réellement en œuvre cette possibilité pour les étudiants du 3ème cycle dans les cabinets de spécialistes et les établissements privés.

17) Article 47 sur l'accès aux données de santé : il est proposé de le réécrire (cf. propositions du CNOM), afin d'assurer le secret médical sur les informations nominatives et d'anonymiser les données d'accès ouvert.

18) Modifier l'article L. 162-1-7 du CSS sur la CHAP (commission de hiérarchisation des actes professionnels), afin de lui permettre de déterminer également les règles d'évaluation du coût de la pratique des prestations et actes hiérarchisés. Il est proposé de compléter l'alinéa 2 de l'article L162-1-7 du Code de la sécurité sociale par une phrase ainsi rédigée : « Ces commissions déterminent également les règles d'évaluation du coût de la pratique des prestations et actes hiérarchisés. »

Il est demandé de mettre en œuvre un comité de pilotage pour une classification des actes cliniques, comme cela avait été le cas pour la CCAM, dans son versant technique.

Annexe

Ont participé à la mission de concertation médecine spécialisée

CSMF : L. Duquesnel, P. Gasser, N. Sainmont, L. Sulimovic,

FMF : J.-P. Hamon, M.-J. Renaudie, C Le Sauder

Le BLOC : X. Gouyou Beauchamp, D. Legeais

MG France : C. Leicher, F Wilthien

SML : S. Bauer M. Bensoussan E. Fournault, E. Henry, J. Tarrière, P. Vermesch

ISNAR-IMG : P.A. Moinard

ISNI : M. Marquet

Ont apporté leur aide

CNAMTS : D. Polton

DSS : H. Monasse, T. Wanecq

DGOS : S. Terquem, A. Sibois

Auditions

Dr P. Romestaing Vice-Président, Conseil national de l'Ordre des médecins

Dr P.-L. Druais, mission médecine générale

Dr J.-F. Thébaut, et Mme Véronique Wallon groupe de travail sur l'organisation des soins de proximité dans les territoires

Démographie médicale actuelle et future : Mme D. Polton et Dr P. Romestaing