

## Perspectives pour 2019

### Petite synthèse après la réunion du Comité directeur de l'UMESPE du 13/01/2019

22/02/2019 - SYFMER\_perspectives2019.docx

Rédacteur : G. de Korvin

## I. LE CONTEXTE POLITIQUE

L'année 2019 commence avec une impression de gueule de bois. La crise des « gilets jaunes » libère l'expression des rumeurs et d'exigences sans limites. La pensée argumentée sur le plan scientifique peine, plus que jamais, à s'exprimer et à être entendue. Ce qui ne s'inscrit pas dans le courant dominant de « l'opinion » est taxé de « polémique ».

Difficile, dans ces conditions, de faire entendre la voix des médecins. Difficulté renforcée par la faible implication des jeunes générations de médecins.

Néanmoins, **un cadre politique, légal et réglementaire** se met progressivement en place. On peut citer :

- Le projet ministériel « ma santé 2022 » porté par Agnès Buzyn. Il a été inspiré par le rapport du HCAM.
- La Projet de loi de finance de la Sécurité sociale (PLFSS) 2019
- La Convention médicale de 2016, complétée par l'avenant n°8. De nouvelles négociations conventionnelles viennent de s'ouvrir sur les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et d'autre suivront sur les Assistants Médicaux (AM).

Jusqu'à présent tous les textes se sont appuyés sur un modèle centré sur une « prise en charge de premier recours » organisée autour du médecin généraliste traitant, entouré des professionnels paramédicaux de proximité. Toutes les innovations organisationnelles et financières ont été dirigées vers cette unité territoriale de proximité, dont le seul interlocuteur bien identifié était l'Hôpital, au mieux les établissements de santé incluant le secteur privé.

Dans ce contexte, quels messages pouvons-nous porter avec une chance de faire entendre la voix des médecins spécialistes ? C'est la question que posent clairement les Spé-CSMF en tendant la main à tous les spécialistes, qu'ils soient hospitaliers, universitaires ou libéraux. Seul un **courant de pensée fortement consensuel**, dépassant les clivages habituels et les querelles microcosmiques, est susceptible de rendre la place qu'elle mérite à la médecine spécialisée, tous domaines confondus. Il n'est pas interdit de rêver...

## II. L'EXPERTISE FONDE LA PERTINENCE

L'expertise médicale repose sur l'acquisition :

- de connaissances au travers de la formation initiale et de la formation continue,
- d'un savoir-faire, par une pratique encadrée au début, puis entretenue grâce à un nombre suffisant de cas traités.

L'expertise doit être complétée par un souci de qualité dans la mise en œuvre des procédures de soins et de traitement. Ceci nécessite des moyens matériels et du temps.

**La recertification** (qui va devenir obligatoire) peut s'appuyer sur les efforts de formation, le contrôle des connaissances et des savoir-faire, le contrôle du respect des procédures et/ou l'évaluation des résultats en matière de diagnostic ou de traitement. Il appartiendra aux organismes compétents d'en décider, mais **nous devons en tirer partie pour faire valoir le rôle et l'utilité de la médecine spécialisée.**

**Chaque spécialité dispose d'un socle commun de compétences, ainsi que de compétences hyperspécialisées** visant un niveau d'excellence. Par exemple, en cardiologie, il existe des rythmologues et des coronarographistes, en neurologie certains sont référents en maladies neuromusculaires, d'autres en épilepsie ou en maladie de Parkinson. En MPR, nous avons depuis longtemps des médecins à orientation locomotrice, neurologique ou pelvisphinctérienne...

### III. LA COUVERTURE TERRITORIALE ET L'ACCES AU SPECIALISTE

Le concept géocentré de Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS), tel qu'il a été pensé pour la médecine générale, s'applique mal à la médecine spécialisée.

Les médecins spécialistes ont un **périmètre de recrutement variable** en fonction du motif de recours et du niveau d'expertise requis. Pour un premier avis sur une pathologie courante, il paraît raisonnable de faire de 20 à 50 km en voiture. Pour un avis hyperspécialisé sur une pathologie rare ou compliquée, beaucoup de patients n'hésitent pas à se déplacer de plus de 100 km.

Bien sûr, **plus la distance est importante**, plus se posent les questions du transport, du temps sacrifié pour venir et de l'accompagnement. L'acuité de ces questions augmente avec la complexité des prises en charge (examens et gestes complémentaires, multidisciplinarité) et de la répétition des déplacements.

L'organisation de la couverture territoriale en médecine spécialisée passe par une cartographie de l'offre d'expertise. J'ai proposé que les SPE-CSMF (UMESPE) se lancent dans **un audit national trans-spécialités**, comme le SYFMER l'a fait en 1996 pour la MPR. Cela augmenterait notre crédibilité en tant que structure ressource et force de proposition tout en améliorant la visibilité de notre action auprès de nos confrères de terrain. Un tel travail aurait forcément un impact médiatique.

Cette enquête devrait s'adresser à tous les secteurs d'exercice, salariés comme libéraux. La catégorisation des expertises pourrait s'appuyer sur nos travaux antérieurs à propos des niveaux de consultation, puis être amendée et validée par chaque verticalité.

[Le Dr Patrick Gasser, président des Spé-CSMF plaide pour que les spécialistes puissent souscrire à des \*\*contrats d'objectifs territoriaux\*\*, en s'organisant eux-mêmes, en contrepartie d'un modèle de rémunération des services apportés plutôt que d'une subvention dégressive des moyens alloués.](#)

### IV. LES ASSISTANTS MEDICAUX

**Le projet ministériel « Ma santé 2022 » annonce le financement de 4000 postes d'Assistants médicaux (AM).** L'objectif annoncé est de libérer du temps médical, en contre partie de quoi les médecins devront augmenter le nombre de patients suivis (file active) et la qualité de leurs prises en charge. La **négociation conventionnelle** devra préciser les missions administratives et soignantes dévolues aux AM et l'éligibilité de ceux qui en bénéficieront. On parle des médecins généralistes et de « certaines spécialités sous tension ». Le profil de formation devra également être précisé. Il a été fait état d'un « niveau minimum de type aide-soignante », mais on parle aussi d'une formation de 637 heures sur 18 mois à 2 ans en alternance...

Pour les spécialistes, de telles orientations paraissent un peu déconnectées des réalités. Pourtant, un certain nombre d'entre nous n'ont pas attendu les réformes en cours pour s'entourer de collaborateurs.

- Les MPR ont depuis longtemps l'habitude de travailler avec des kinésithérapeutes, des appareilleurs, des psychologues, des infirmières, des orthophonistes...
- Certains pédiatres utilisent déjà un ou une assistant(e) pour consulter sur plusieurs salles afin d'augmenter la cadence de consultation sans préjudice pour la qualité d'accueil et le confort des parents et enfants.
- Les ophtalmologues se sont structurés avec les orthoptistes pour réduire leurs délais de prise en charge tout en maintenant la sécurité des prises en charge.

**La médecine spécialisée de qualité a également besoin d'une excellente coordination opérationnelle** pour offrir aux patients des parcours complexes faisant appel à divers examens complémentaires de pointe, des échanges multidisciplinaires et des prises en charges multimodales et multi-professionnelles... Le médecin isolé ne dispose pas d'assez de temps pour organiser de tels

parcours, sans pertes d'informations, sans gaspillage de temps pour le patient, sans multiplication des déplacements coûteux.

C'est pourquoi, les Spé-CSMF ont déposé un projet **d'assistants de parcours de soins**, en espérant qu'il se concrétisera au cours de la prochaine négociation. Il ne s'agit pas de créer une profession nouvelle, mais bien de valoriser et donner un nouveau sens au travail des secrétaires médicales, dont le rôle a bien évolué par rapport à la traditionnelle frappe de courrier.

## V. LA TELEMEDECINE

L'avenant n°6 de la Convention médicale a ouvert la possibilité de rémunérer deux formes de « télémedecine » :

- **La téléconsultation** est conçue pour suivre un patient que l'on a déjà vu physiquement. Elle impose néanmoins une liaison vidéo « sécurisée » dont on devine qu'elle sera gourmande en temps et en moyens. La rémunération prévue est celle d'une consultation standard (CS+MPS+MCS), sans la possibilité de demander un complément d'honoraire ni de coter un APC. Plusieurs sociétés proposent déjà des plateformes de téléconsultation avec, bien sûr, un coût pour le praticien.
- **La téléexpertise** est prévue pour 2020. Il s'agit de répondre, hors la présence du patient, à une question « circonscrite » d'un médecin requérant, sur la base d'un nombre limité de documents liés à la prise en charge du patient : image, tracé...

Le démarrage de la téléconsultation semble plutôt laborieux...

On ne peut contester l'intérêt de pouvoir suivre un patient à distance plutôt que de le faire revenir pour lui expliquer un résultat d'examen et la suite à donner à sa prise en charge. Mais notre expérience pratique montre que **beaucoup d'échanges de ce type peuvent se faire par simple échanges de mails, comme on le fait avec son conseiller bancaire, sans recours inutile à la vidéo. Il manque simplement une plateforme d'échanges sécurisés entre médecins et patients (comme ce que les banques mettent à disposition de leurs clients). Ces échanges pourraient se faire en instantané ou en différé, avec une copie au médecin traitant et, sous condition d'accord du patient, à un tiers soignant. Une rémunération pourrait être automatiquement enclenchée à la clôture du processus.** Mais comme beaucoup de propositions venues du terrain, celle-ci n'a retenu l'attention de personne à ce jour.

## VI. VALORISATION DES ACTES CLINIQUES

Nous devons garder à l'esprit **la nécessité de valoriser l'activité clinique de toutes les spécialités, indispensable à la pertinence des prises en charge médicales.** Le dispositif conventionnel actuel comporte 59 références : 7 lettres clés (avec 4 variantes tarifaires), 3 majorations courantes, 5 majorations spécifiques hors pédiatrie, 5 majorations d'urgence, 5 actes CCAM cumulables avec la CS (sans compter les actes chirurgicaux fait le même jour qu'une consultation), 5 consultations complexes et 14 majorations complexes, 3 consultations très complexes et 8 majorations très complexes, 4 actes cliniques de pédiatrie ! En outre ces références peuvent se combiner de manière variable selon qu'on est en secteur 1 ou OPTAM, en secteur 2, que l'on applique ou non des tarifs opposables... Pour une échelle de valeur allant de 23 à 69,70 euros, qui peut dire qu'une telle « granulosité » a du sens ?

Nous plaçons pour **que l'on revienne aux fondamentaux** que nous défendons depuis 2015 :

- Trois niveaux de rémunération bien différenciés, s'appliquant à tous : N1 (consultation commune), N2 (consultation complexe), N3 (consultation très complexe),
- Le niveau 2 attribué à toutes les 1ères consultations, sans préjuger de la prise en charge spécialisée à suivre, répétable 3 fois par an, aux temps clés de la prise en charge
- Le niveau 3 attribué aux consultations très complexes, soit en remplacement des consultations de certaines spécialités déjà à ce niveau, soit pour des situations identifiées en intra ou inter spécialité (voir la simulation faite en octobre 2018 et publiée sur le site spelib.fr).

## VII. ESPACE DE LIBERTE

Il faut **continuer de revendiquer un espace de liberté tarifaire**, même si le sujet n'est pas porteur en cette période de « gilets jaunes ». Le rapport du HCAM l'a néanmoins évoqué comme contrepartie d'efforts des médecins bloqués en secteur 1 en faveur de la couverture territoriale ou de la certification à venir. Mais nous savons que Nicolas Revel, directeur de la CNAM, y est très hostile.

Il faudra aussi profiter des prochaines négociations conventionnelles pour **réduire l'effet de cliquet** lié à la modification des périodes de référence et les disparités régionales.

En attendant, il faut encourager les jeunes à faire un assistantat en CHU ou dans n'importe quel autre hôpital public à la suite de quoi ils acquerront le droit à exercer en secteur 2.

## VIII. LOI DE FINANCE : VERS LA FORFAITISATION DES PRISES EN CHARGE ?

Le projet de loi de finance introduit les **forfaits à la pathologie**. Seront concernés en premier lieu le diabète et l'insuffisance rénale. Elles seraient suivies d'autres pathologie, en gériatrie, pour la BPCO et pour l'insuffisance coronarienne.

En néphrologie, il est prévu des forfaits pour les files actives supérieures à 150 patients.

**Une question majeure est de savoir quel sera le champ de soins couverts par les forfaits et comment ils seront répartis** : consultations médicales, interventions paramédicales, examens complémentaires... Il y a fort à craindre un effet de saupoudrage et un effet d'aubaine pour certains. Belle bataille d'intérêts corporatistes en perspective !

Les médecins spécialistes devront préparer des argumentaires puissants et se serrer les coudes pour ne pas être les dindons de la face ! Il appartient à chaque verticalité de réfléchir aux formes de prise en charge des maladies chroniques et de **proposer des modèles d'organisation et de financement**, en s'appuyant sur des données épidémiologiques et scientifiques. En fait, nous retrouvons le concept de « programme de soins » dont nous avons déjà testé la robustesse dans le cadre de la section MPR de l'UEMS, avec le plan suivant : fondements scientifiques et épidémiologiques, population cible, objectifs, modalités, moyens nécessaires.

Nous avons pensé à des forfaits couvrant des séquences de consultations spécialisées, mais ceci ne paraît pas actuellement à l'ordre du jour.

## IX. REMOBILISER LES TROUPES !

Beaucoup de syndicats connaissent une perte d'audience, mais pas tous. Les plus actifs et structurés paraissent même en croissance. La perception des enjeux immédiats comme en radiologie ou en ophtalmologie incite à la syndicalisation.

Il faut rappeler que l'adhésion à un syndicat de verticalité comme le SYFMER ne dispense pas d'une **cotisation à une centrale syndicale**. La centrale syndicale est un passage obligé pour être représenté dans les négociations conventionnelles avec l'Assurance maladie et pour que les demandes communes fondamentales soient entendues au niveau ministériel. Le nombre de cotisants dans chaque verticalité et dans les centrales syndicales détermine le poids politique de la spécialité. Une structure comme la CSMF dispose aussi d'un service juridique permanent qui peut apporter des réponses précises à des questions personnelles de confrères en difficulté.

**L'implication des jeunes est** essentielle pour préparer la relève des anciens, redynamiser l'action syndicale qui a besoins de personnes actives et apportant une vision renouvelée de la médecine.

Malgré les critiques qu'ils ont parfois méritées, **les syndicats médicaux restent les seuls corps intermédiaires en mesure de représenter les médecins dans le processus démocratique**. Ne pas les soutenir et y participer est d'accepter de se soumettre passivement aux injonctions administratives et de voir notre exercice de plus en plus soumis à la dictature de « l'Opinion ».

Bonne année 2019 !