

DANS CE NUMÉRO :

Le Médecin de France

LE JOURNAL DE LA

CSMF

Confédération des Syndicats Médicaux Français



31 décembre 2015

n°1257

> DOSSIER

POLITIQUE DE SANTÉ

➤ 2016 : attention
turbulences !

> ACTU

CCAM

➤ Un chantier à relancer

> DOCUMENT

PACTE TERRITOIRE SANTÉ

➤ La ministre a présenté
son deuxième plan

> INTERVIEW
GRAND TÉMOIN



FRÉDÉRIC BIZARD

Économiste,
spécialiste
de la protection
sociale et
de la santé

> INFORMATIQUE

➤ Le logiciel médical 2016
au scanner

> DOSSIER

Quel futur ?



Sommaire

➤ Dossier

POLITIQUE DE SANTÉ
2016 : attention turbulences !Page 4

➤ Actu

CCAM
Un chantier à relancerPage 7

➤ Document

PACTE TERRITOIRE SANTÉ
La ministre a présenté
son deuxième planPage 14

➤ Interview Grand témoin

Frédéric Bizard,
Économiste, spécialiste de la protection
sociale et de la santéPage 15

➤ Informatique

Le logiciel médical 2016
au scannerPage 18



➤ ÉDITO

Tous ensemble, construisons l'avenir de la médecine libérale

2015 aura été une année d'opposition et d'affrontement. 2016 sera une année de résistance, mais aussi une année de construction pour le renouveau de la médecine libérale.

Malgré l'adoption de la loi de santé, la CSMF ne baisse pas les bras et fera tout pour faire disparaître tous les éléments délétères de cette loi. Elle appelle tous les médecins libéraux à entrer en résistance par la désobéissance civile, en n'appliquant pas le tiers payant généralisé, sauf situations sociales, réglementaires ou sur décision individuelle du praticien.

L'année 2016 va être marquée par des enjeux majeurs autour de la convention et au-delà autour de la place de la médecine libérale dans l'organisation des soins dans les territoires, et plus largement dans le système de santé.

La négociation conventionnelle qui va s'ouvrir doit permettre le respect et la reconnaissance du médecin. Ceci passera par une valorisation du métier médical et de son expertise. Ce n'est qu'à ce prix qu'une convention pourra être signée par la CSMF.

L'heure est au rassemblement de tous les médecins, quelle que soit leur spécialité. La CSMF est le seul lieu de l'expression de tous les médecins, dans le respect des différences mais aussi dans l'unité des valeurs et des principes. C'est une force incontestable et un atout majeur pour l'avenir de la médecine libérale.

Tous ensemble, construisons l'avenir de notre profession.

Dr Jean-Paul Ortiz,
Président de la CSMF



Abonnez-vous

31 euros par an :
20 numéros

Dr.....

désire s'abonner à la revue
Médecin de France pour un an.

désire une facture

Adresse.....

Chèque de 31 € à l'ordre de
Médecin de France et à adresser à :
Médecin de France
Service abonnement
79, rue de Tocqueville
75017 Paris

Bimensuel
79, rue de Tocqueville
75017 Paris
Tél. : 01 43 18 88 33
Fax : 01 43 18 88 34
E-mail :
med_france@csmf.org
Internet : www.csmf.org

Edité par la SEPMF,
Sarl au capital de 32 000 euros
Durée : 50 ans du 1^{er} juin 1978
Associés : CSMF et ACFM
Gérant : Jean-Paul Ortiz
Directeur de la publication :
Jean-Paul Ortiz
Rédacteur en chef : Yves Decalf
Crédits photos : Philippe Chagnon,
cocktailsanté, Istock©

Impression : Neuville Impressions,
ZI Les Mûriers, 71160 DIGOIN
Dépôt légal : 4^e trimestre 2015
ISSN : 0399-385X
Abonnement : 31,00 euros par an
Prix du numéro : 1,60 euro
Commission paritaire : 0916 G 82702.

Les articles originaux
du Médecin de France peu-
vent être reproduits par
tout organisme affilié à la
CSMF sans autorisation
spéciale, à condition de
faire figurer les mentions
habituelles.

2016 : attention turbulences !

Après l'agitation en 2015 provoquée par les débats sur la loi de santé, l'année 2016 ne s'annonce pas plus calme sur le front de la santé. Le mouvement de contestation devrait reprendre et s'amplifier chez les médecins libéraux, tandis que se profile en février la grand-messe conventionnelle. La CSMF annonce la couleur : la réforme tarifaire doit être d'ampleur.

Votée en dernière lecture le 17 décembre par les députés, après que le Sénat ait renoncé à retoucher « pour rien » le texte en seconde main, la loi de modernisation du système de santé achève son marathon de plus de seize mois. En réalité, ce texte est en gestation depuis 2012, précédé par la Stratégie nationale de la santé et soumis à de nombreuses turbulences et d'incessantes modifications. Il illustre l'absence de vision du gouvernement de Manuel Valls sur le plan de la santé, l'obstination autoritaire d'une ministre de la santé sourde à la colère des médecins libéraux et la centralisation du pilotage sanitaire au plus haut niveau de l'Etat. Véritable point de cristallisation du débat, le tiers payant généralisé symbolise l'esprit de cette loi : une mesure « marketing », estampillée de gauche, et qui n'améliorera en rien l'accès aux soins

pour la population. En revanche, il annonce de nouvelles tracasseries administratives pour les médecins libéraux, des coûts supplémentaires en matière de gestion, et surtout une perte d'indépendance professionnelle en créant un lien de sujétion financière vis-à-vis des assureurs complémentaires.

Des assises le 11 février

Face à ce passage en force, les médecins libéraux ne désarmeront pas. Interrompu par les dramatiques attentats du 13 novembre, le mouvement de fermeture des cabinets témoignait de la détermination d'une forte majorité des praticiens de terrain. Si les élections aux URPS ont fatalement fracturé l'entente entre organisations

“ LUC DUQUESNEL, PRÉSIDENT DE L'UNOF-CSMF

« Un mouvement tarifaire de grande ampleur se profile »



Vous lancerez début janvier un mouvement de contestation tarifaire, quelles seront vos revendications ?

Lancé à l'initiative de l'UNOF-CSMF, ce mouvement a été décidé le 5 octobre dernier, et il s'appuie sur une action commune avec la FMF et MG-France. Le plus important est d'évaluer précisément la capacité de mobilisation des confrères et de connaître leurs attentes concrètes. C'est pourquoi nous venons d'adresser un questionnaire aux 55 000 médecins généralistes. Il permettra de mesurer leurs intentions face à l'appel à la désobéissance civile. Sont-ils prêts à refuser d'appliquer le tiers

payant et à poursuivre la grève administrative, en ne remplissant plus les documents dématérialisés sur Espace Pro et en revenant aux formulaires papier ? Par ailleurs, nous souhaitons porter précisément les revendications tarifaires des généralistes. C'est pourquoi nous leur demandons de se prononcer sur un mouvement tarifaire et son contenu, dès le début de 2016 et avant même l'ouverture de la négociation conventionnelle : prenons le C à 25€ maintenant pour éviter d'attendre 2021 pour l'avoir !

Qu'attendez-vous de la prochaine négociation conventionnelle pour les généralistes ?

Elle doit être l'occasion de changer de politique tarifaire, en reconnaissant et en mettant en œuvre le principe d'une CCAM clinique avec hiérarchisation des consultations selon leur durée et leur complexité. Pour sa part, l'UNOF-CSMF se positionne sur un objectif clair : le montant de la consultation de base ne doit pas être inférieur à 30 euros et être le même pour l'ensemble des spécialités médicales. La consultation initiale d'un nouveau médecin traitant, qui dure 30 à 45 minutes, doit être valorisée 2C, de même que la visite à domicile, aujourd'hui essentiellement consacrée à des patients polypathologiques. Enfin, nous demandons un forfait structure pour le cabinet, afin que chaque généraliste puisse disposer d'un secrétariat médical. Nous ne tomberons pas dans le piège d'une revalorisation d'un à deux euros du C, qui se traduirait au mieux par une première hausse en 2017 et par un C à 25 euros en 2020 ou 2021. Rappelons qu'en 2017 la valeur du C n'aura pas évolué depuis sept ans. Et l'année 2016, avec le système des stabilisateurs automatiques, sera une nouvelle année blanche pour la profession. Les généralistes n'accepteront plus la paupérisation de leur métier orchestrée depuis quatre décennies par les pouvoirs publics et l'assurance-maladie. ■

OUI A LA DESOBEISSANCE CIVILE! NON A LA LOI DE SANTE!

►► POLITIQUE DE SANTÉ : 2016 : ATTENTION TURBULENCES !

syndicales, la perspective d'actions communes refait surface en cette fin d'année. L'UNOF-CSMF a lancé avec MG-France et la FMF une consultation auprès des 55 000 généralistes afin de tester leur volonté de mobilisation. Outre la contestation des textes d'application de la loi Touraine à paraître, l'année 2016 s'annonce conflictuelle, avec la poursuite du mot d'ordre de désobéissance civile porté par la CSMF. Boycott du tiers payant, grève de la dématérialisation, refus de recevoir les DAM et les médecins-conseils... aux actions classiques pourraient s'ajouter de nouvelles grèves des cabinets, voire des manifestations. Par ailleurs, l'organisation des Assises de la médecine libérale, le 11 février, sonnera comme un contre-événement, alors que Manuel Valls entend tenir le jour-même sa Grande conférence nationale sur la santé... qui se déroulera sans médecins libéraux et symbolisera donc l'hospitalo-centrisme du gouvernement Valls.

L'AG mandate les leaders de la CSMF

Deuxième échéance de taille, tous les syndicats représentatifs seront conviés en février pour négocier la prochaine

convention médicale. A l'occasion de sa son dernier conseil confédéral, le 12 décembre, la CSMF a voté des motions qui donnent une ligne d'action claire aux leaders de l'organisation. Réaffirmant d'abord son attachement à une convention unique et nationale, la CSMF demande une « grille tarifaire de valorisation de la consultation médicale, qui soit commune à tous les médecins, quelle que soit leur spécialité, instaurant une hiérarchie de l'acte de consultation selon son contenu. La valeur de base de cette grille tarifaire ne saurait être inférieure à 30 euros. » Elle réclame que « l'expertise médicale soit accessible à tous, ce qui passe par une revalorisation du point de travail médical resté le même depuis la création de la classification commune des actes médicaux (CCAM), en 2005 ! » La coordination entre le médecin traitant et les spécialistes doit également être reconnue, tandis qu'un volet structure doit permettre de recruter un secrétariat médical. Le paiement au forfait et la ROSP doivent être conservés et médicalisés. Enfin, la protection maladie et maternité doit être renforcée, de même que l'ASV doit être préservée. Et la CSMF demande également une refonte du Contrat d'accès aux soins, insuffisamment attractif, ainsi que la possibilité d'espaces de liberté tarifaire. ■

“ PATRICK GASSER, PRÉSIDENT DE L'UMESPE-CSMF

« Il faut une réforme tarifaire d'ampleur »



Le gouvernement vient de faire voter définitivement la loi de santé. Quelle est la position de l'UMESPE face à ce texte ?

Je ne vous surprendrai pas en vous indiquant que nous restons fermement opposés à cette loi et que les spécialistes continueront à la combattre dans les mois à venir. Outre le passage en force inique sur le tiers payant généralisé, elle illustre la détermination du gouvernement à étatiser le système de santé, à museler la médecine libérale et à marginaliser le secteur privé. Le service public hospitalier symbolise l'exclusion de facto des cliniques privées, par le

biais de Groupements hospitaliers de territoires hospitalo-centrés à la solde des grands établissements publics. Et la loi refuse de reconnaître explicitement l'apport des spécialistes de ville en faveur de l'accès aux soins de l'ensemble de la population, alors qu'ils rendent tous les jours de précieux services aux patients, tout en permettant de diminuer

le recours aux soins hospitaliers. Face à ce constat, l'UMESPE appelle plus que jamais les confrères à pratiquer la désobéissance civile et à lutter pied à pied contre les mesures d'application de la loi Touraine.

Qu'attendez-vous de la prochaine négociation conventionnelle ?

L'UMESPE, seule organisation représentative de l'ensemble des spécialistes, soutient sans réserve les motions votées à l'occasion de la dernière assemblée générale de la CSMF. Nous appelons à une réforme tarifaire d'ampleur, s'appuyant sur une refonte complète de la CCAM clinique et basée sur une valeur de 30 euros pour l'acte de base, accessible à tous les praticiens. La valeur du point médical doit être revue à la hausse et l'expertise ouverte à tous. La coordination entre généralistes et spécialistes doit également être reconnue, car c'est la première étape essentielle du parcours de soins. Enfin, la convention doit améliorer la couverture sociale des médecins libéraux, en préservant l'ASV et en renforçant la protection maladie et maternité. Ultime mobilisation, l'UMESPE exige l'amélioration du Contrat d'accès aux soins, insuffisamment attractif aujourd'hui, ainsi que la création d'espaces de liberté tarifaire. ■

OUI A LA DESOBEISSANCE CIVILE! NON A LA LOI DE SANTE!

►► POLITIQUE DE SANTE : 2016 : ATTENTION TURBULENCES !

“ JEAN-PAUL ORTIZ, PRESIDENT DE LA CSMF

« Amplifier la désobéissance civile »

La CSMF entend poursuivre la contestation des projets de gouvernement en 2016. Quels seront vos axes d'action ?

En effet, la ministre de la santé est passée outre l'opposition d'une grande majorité du corps médical en refusant de revoir son texte de loi. Ce déni de démocratie, accentué par l'état d'urgence, nous ne l'acceptons pas. Les résultats aux URPS, la force du mouvement interrompu le 13 novembre, montrent que les attentes sont fortes chez les médecins libéraux. C'est pourquoi la CSMF entend poursuivre et amplifier le mot d'ordre de désobéissance civile qu'elle a initié cet automne. Concrètement, le tiers payant généralisé, qui doit s'ouvrir pour les patients en ALD et les femmes enceintes, ne sera pas appliqué pour tous ces patients par les médecins libéraux. En revanche, nous continuerons à pratiquer le tiers payant social, comme nous ne le faisons depuis toujours, attentifs aux situations de fragilité financière des assurés en difficulté et aux effets de la crise pour certains foyers. Mais nous allons aussi relancer le secteur bancaire, afin de mettre en œuvre le paiement monétique santé à débit différé que nous avons travaillé ensemble depuis longtemps. Actuellement, certains grands réseaux ont annoncé leur intention de s'y engager. C'est une solution simple sur le plan technique, efficace pour éviter aux patients l'avance de frais et sans dommage pour la trésorerie des praticiens.

Sur les autres points de la loi de santé, comment comptez-vous prolonger la lutte ?

Ce texte contient de nombreuses mesures délétères, qui consacrent l'étatisation du système de santé, la reprise en main autoritaire par l'Etat et la marginalisation de la médecine de ville. Nous serons donc très attentifs à la publication des textes d'application. Mais nous allons également prendre notre destin en mains, en incitant nos confrères à construire eux-mêmes les projets qu'ils souhaitent pour mieux organiser les soins. Ce sera le cas avec les communautés professionnelles territoriales de santé mais également avec les plates-formes d'appui prévues par la loi. Il faut s'emparer de ces nouveaux outils, bâtir des projets



adaptés à l'exercice libéral et compatibles avec notre indépendance professionnelle. Si nous ne saisissons pas ces organisations, d'autres, et notamment les ARS, chercheront à imposer leurs vues. Les médecins libéraux doivent, ensemble, être de véritables entrepreneurs de santé. Au-delà de la puissance publique, certains acteurs privés, comme les assureurs, veulent créer des réseaux de soins fermés qui menacent notre liberté d'exercice. Il faut s'y opposer, mais également proposer des alternatives compatibles avec les valeurs fondamentales de la médecine libérale.

La négociation conventionnelle doit s'ouvrir en février prochain. Quelles seront les principales revendications de la CSMF ?

Le dernier conseil confédéral de la CSMF a tracé une feuille de route qui nous fixe des objectifs précis. Ferme-ment attaché au principe d'une convention nationale et unique pour

toutes les spécialités, le syndicat défendra l'idée d'une grille tarifaire valorisante pour la consultation, fondée sur une hiérarchisation des actes selon leur complexité et avec une valeur minimale de 30 euros pour la consultation de base, accessible à tous quel que soit la qualification du médecin. Nous exigeons également que l'expertise médicale soit valorisée, et basée sur une revalorisation du point de travail médical, dont le montant est figé depuis l'instauration de la CCAM technique. La coordination entre généralistes et spécialistes, source d'efficacité et de moindre recours à l'hôpital, doit également être reconnue. Par ailleurs, il n'est plus acceptable que les médecins libéraux n'aient pas les moyens de recruter des secrétaires médicales, c'est pourquoi nous demandons la création d'un volet structure permettant d'aller vers l'entreprise médicale. Enfin, des dispositifs comme la ROSP et les forfaits doivent être étendus et médicalisés, tandis que la protection sociale du médecin doit être consolidée, via l'ASV et les couvertures maladie et maternité. Et le CAS doit être amélioré, assorti d'un espace de liberté tarifaire pour tous les médecins. Au total, ces revendications illustrent la cohérence du projet défendu par la CSMF, au service des confrères et de la qualité des soins. ■

Un chantier à relancer

En place depuis 2005, la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) est une belle idée dont la portée est limitée par un pilotage autoritaire de l'assurance-maladie, des modalités de fonctionnement trop complexes, des décisions trop lentes, le gel inacceptable de certains tarifs et la non prise en compte de l'évolution du coût de la pratique.

C'est une révolution conceptuelle portée depuis deux décennies par la CSMF, et qui devait profondément rénover le mode de rémunération de la médecine libérale. La Classification commune des actes médicaux part d'une idée simple : la médecine est en perpétuel progrès et les modalités de rémunération doivent être le miroir de ce progrès, dans le but de le rendre accessible aux patients qui en ont besoin. Les fondations du projet remontent à 1993, avec la loi instaurant le codage des actes et prestations. Ce codage visait à remplacer la NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels) d'une part et le CdAM (Catalogue des Actes Médicaux) d'autre part, deux grilles distinctes entre la ville et l'hôpital et qui entretenaient la confusion sur les actes. Après des années de mise au point technique, de calages politiques et d'aléas conventionnels, la CCAM technique est officiellement mise en route en janvier 2006. Elle s'appuie sur un principe simple : la valeur d'un acte se décompose entre travail médical évalué par des experts indépendants d'une part, et coût de la pratique de l'acte d'autre part. Le travail médical est évalué sous forme de points, établi à partir de quatre critères : durée, stress, effort mental, compétence technique. Fixée à 0,44 euros en 2005, la valeur du point n'a pas bougé depuis dix ans ! Quant au coût de la pratique, variable selon le groupe d'actes ou de spécialités, il est également gelé depuis 2005.

Des actes gagnants et perdants

Au final, ces nouvelles modalités ont abouti à deux catégories d'actes : les actes gagnants (mieux valorisés que dans la NGAP) et les actes perdants (moins bien valorisés). Sur 7500 actes recensés alors, 3700 ont été gagnants... mais non sans difficulté : il a en effet fallu dix ans pour atteindre la valeur-cible fixée à l'origine ! Quant aux actes perdants, ils auraient pu impacter une bonne quinzaine de spécialités, avec des baisses pouvant atteindre 40%, comme l'anesthésie péridurale. Mais l'accord conventionnel de 2005 a prévu de garder pour ces actes perdants, la valeur qui était fixée en NGAP, en raison, déjà, du blocage tarifaire en vigueur alors depuis plusieurs années.

Pilotage autoritaire

Comment fonctionne la CCAM ? A priori, elle est pilotée de façon paritaire entre l'UNCAM et les organisations syndicales, via la Commission de Hiérarchisation des Actes Professionnels (CHAP). Mais, dans les faits, la gestion de la CCAM est totalement à la main de l'assurance-maladie.

« La Cnamts décide seule de l'ordre du jour, des actes à classer, des notes de facturation, observe Yves Decalf, vice-président de la CHAP. Elle fixe également la rapidité des travaux, la mise au vote... Elle ne respecte pas les principes de base, comme récemment pour l'entrée des sages-femmes en CCAM, et elle refuse de nous entendre sur le coût de la pratique. » Ce pilotage à sens unique explique aussi le gel du coût de la pratique, variant de 0,15 à 0,90 euros par point de travail médical : malgré la hausse des charges, ces montants sont les mêmes depuis 2005.



« La Cnamts décide seule de l'ordre du jour, des actes à classer, des notes de facturation » observe Yves Decalf, vice-président de la CHAP.

Des propositions d'évolution

Aujourd'hui, il apparaît nécessaire de revoir le fonctionnement de la CHAP. « Les procédures d'examen sont longues, très longues, ce qui dément l'objectif d'une classification évolutive s'adaptant rapidement au progrès médical, analyse Yves Decalf. Quant au coût de la pratique, il devrait être évalué par un groupe d'experts indépendants, et aboutir à créer des indices de valorisation tarifaire automatique. » Car le principe du coût de la pratique, consistant à neutraliser l'impact des hausses de charge, n'est pas respecté, ce qui contribue à paupériser certaines professions, voire à ralentir des investissements en termes d'équipement. Pour Yves Decalf, il faut également faire de la CHAP « une autorité indépendante, actualiser régulièrement cette hiérarchisation des actes, établir le principe d'une évolution annuelle du coût de la pratique, réduire les délais d'instruction, simplifier et moderniser les règles générales d'utilisation, coordonner cette classification avec la tarification dans les établissements et prévoir une concertation avec le département contentieux de la CNAMTS, pour éviter des conflits d'interprétation inutiles. » Autant de sujets, avec celui toujours en jachère d'une classification des actes cliniques, qui pourront être abordés à l'occasion de la prochaine négociation conventionnelle. ■

PACTE TERRITOIRE SANTÉ

La ministre a présenté son deuxième plan

Certaines mesures vont dans le bon sens. Mais l'ensemble reste très dirigiste.

Au royaume de l'autosatisfaction, Marisol Touraine est impératrice. Présentant à la fin du mois de novembre les dix engagements de son deuxième « Pacte territoire santé », la ministre de la Santé a tiré de son premier plan 2012-2015 un bilan des plus flatteurs. « Depuis 2012, nous agissons pour donner envie aux médecins, en particulier les jeunes diplômés, d'aller exercer dans les régions qui en ont le plus besoin. C'était la raison d'être du pacte territoire santé 1 qui porte aujourd'hui ses fruits. La recette du succès : des actions simples, concrètes, qui font toute la différence auprès des professionnels ». Il y avait une recette encore plus simple : augmenter le C pour que les nouveaux diplômés puissent envisager sereinement de s'installer sur l'ensemble du territoire...

De bonnes idées qui ne coûtent pas trop cher

Donnons acte toutefois à la ministre de ses bonnes intentions. Le développement des stages des étudiants et internes en médecine de ville en les ouvrant aussi à plusieurs spécialités, à savoir la gynécologie médicale, l'ophtalmologie, la pédiatrie, la dermatologie, va dans le bon sens ; dommage que les cliniques privées ne soient pas expressément citées comme des lieux de formation.

Le déploiement des contrats d'engagement de service public auquel 1300 étudiants et internes ont déjà adhéré à ce jour et des contrats de praticien territorial de médecine générale (PTMG) au nombre de 500 en octobre dernier, qu'il est question de porter respectivement à 1700 et 1000, entre dans ce dispositif censé faciliter l'installation dans les territoires fragiles. Une partie des avantages concédés aux généralistes est étendue aux autres médecins spécialistes.

Le ciblage de la hausse du numerus clausus dans dix régions va dans le sens d'un rééquilibrage territorial. Le doublement du nombre de médecins généralistes chefs de clinique (de 80 à 160) et l'élargissement de ce statut aux autres spécialistes libéraux, ainsi que l'intention de soutenir la recherche en soins primaires visent à renforcer la présence du monde libéral dans la formation initiale et dans la recherche. Reste à savoir quelle sera l'ampleur de ce soutien.

Le déploiement de la télémédecine est sans doute l'une des réponses les mieux adaptées à la réalité. En plus des expérimentations menées dans neuf régions, la ministre promet de lancer des expérimentations sur la télésurveillance de patients atteints de diabète ou de pathologies invalidantes, comme l'insuffisance cardiaque, rénale ou respiratoire, et de consacrer 40 millions d'euros à un plan d'équipement en télémédecine des EHPAD, des maisons et des centres de santé.

Et des projets qui risquent de coûter cher

Elles étaient 174 en 2012, elles sont 800 aujourd'hui, elles devraient être 1000 d'ici 2017... ces maisons de santé pluri-professionnelles dont la ministre de la Santé se garde bien de mentionner le coût unitaire. Toutefois, si on en croit les propos de Catherine Lemorton, tenus lors de la journée de rentrée du Centre national des professions de santé, le coût d'une maison de santé pluridisciplinaire oscillerait

entre 500 000 et 2 millions d'euros. « Est-ce que notre pays a les moyens d'assurer l'offre de soins pour nos concitoyens en investissant autant d'argent dans les maisons pluridisciplinaires ? » se demandait en substance la présidente (socialiste) de la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale. On n'est jamais mieux trahi que par son propre camp.

L'engagement N°10 « de soutenir une organisation des soins de ville adaptée à chaque territoire et à chaque patient » convoque deux « outils » créés par la loi Santé, à savoir la mise en place d'équipes de soins primaires et la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé. « Ces coordinations renforcées entre professionnels doivent améliorer le parcours de santé des patients chroniques, des personnes en situation de précarité sociale, de handicap et de perte d'autonomie. Elles doivent aussi améliorer la couverture des territoires par des équipes de soins primaires », précise le ministère de la Santé. L'ARS devrait apporter une aide financière « ponctuelle » aux porteurs de projets, notamment pour les dédommager du temps qu'ils passeront à les mettre en place. 200 projets devraient être accompagnés en 2016. Par ailleurs, une aide financière devrait être consentie aux cabinets de ville qui « adoptent une organisation innovante pour répondre à des besoins locaux de soins non programmés », notamment des plages horaires ou des créneaux de consultations élargis. Les PAERPA devraient être généralisés et le protocole ASALEE (action de santé libérale en équipe) renforcé avec l'arrivée de nouveaux professionnels (100 équivalents temps plein).

Rien de bien nouveau dans tout cela, juste l'affirmation d'une vision dirigiste et administrative des choses. ■



FRÉDÉRIC BIZARD, ÉCONOMISTE, SPÉCIALISTE DE LA PROTECTION SOCIALE ET DE LA SANTÉ

« Tenir un discours de vérité »

Économiste, spécialiste de la protection sociale et de la santé, enseignant à Sciences Po Paris, Frédéric Bizard vient de publier un livre, « Politique de santé : Réussir le changement »⁽¹⁾, qui appelle à « une refondation » de notre système de santé. Loin des a priori, des dogmes et des idéologies... Pour lui, le système concurrentiel est parfaitement compatible avec les valeurs sur lesquelles a été fondé notre système de santé.

Plus qu'une réforme, c'est une refondation de notre système de santé que vous préconisez. Pourquoi ?

Frédéric Bizard : Notre système de santé a été créé dans un monde qui n'existe plus. Son environnement a radicalement changé. Il doit faire face à trois transitions majeures. Et d'abord à un vieillissement de la population que l'histoire de l'humanité n'a jamais connu. Dans trente ans, la population des plus de 80 ans aura doublé. Cette évolution démographique entraînera une forte augmentation de la demande potentielle de soins. Cependant on assiste à un rajeunissement biologique: une personne de 70 ans aujourd'hui est en bien meilleure santé qu'une personne de 70 ans de la génération précédente. Il faudra continuer d'agir sur les déterminants non médicaux de santé pour intensifier ce « rajeunissement ». La deuxième transition est épidémiologique, on passe de pathologies aiguës à des pathologies chroniques. Ce passage d'un risque court à un risque long est général, qu'il s'agisse des retraites ou du chômage. Il faut recourir à une autre logique pour traiter ces cycles longs. Enfin, la révolution numérique et génomique transforme totalement notre société et notre système de santé et ce n'est qu'un début.

Certes, on peut toujours penser que notre système de santé fonctionne bien, car nous avons des ressources humaines, financières, économiques, exceptionnelles, mais



« Notre système de santé a été créé dans un monde qui n'existe plus. »

quand on « soulève le rideau », la réalité est tout autre : les conditions des 2 millions de professionnels de santé se dégradent, on va vers une crise sociale aussi bien dans le monde hospitalier que libéral, les moyens de financer l'innovation manquent de plus en plus, et l'assurance santé ne joue plus son rôle de bouclier sanitaire (pour les soins courants). Enfin, le système est de moins en moins efficace, les résultats sanitaires sont moyens : la France a rétrogradé à la 12^{ème} place pour l'espérance de vie chez l'homme et se situe dans la deuxième moitié des pays de l'OCDE pour la mortalité prématurée. Le système est en déséquilibre financier depuis 20 ans. Il est hospitalo et curativo-centré et inadapté aux pathologies chroniques.

Une telle refondation est-elle possible dans les conditions actuelles (attachement à certains concepts ou organisation comme l'hôpital, blocage de la société,

frilosité des politiques et des acteurs, multiplication et divergence des intérêts particuliers) ?

Frédéric Bizard : L'ensemble des pays développés ont plus ou moins réussi à refonder leur système de protection sociale. Nous sommes le dernier à ne pas l'avoir modernisé. Mais on ne peut plus se contenter de colmatages. Cela dit, les blocages viennent bien plus du haut de l'échelle, chez les politiques, que de la société civile qui est dans la vraie vie.

(1) Paru aux Éditions Dunod. 230 pages, 23 euros.

Pour réussir cette refondation, il faut plusieurs conditions. En premier lieu, il faut tenir un discours de vérité. Il faut ensuite avoir une vision qui doit embrasser l'ensemble de la protection sociale. Il faut l'intégrer dans un programme politique dont les fondamentaux doivent être acceptables par la droite comme par la gauche. Il faut un sceau démocratique, par l'insertion dans le programme politique du futur Président de la République.

Une réforme de l'hôpital public est-elle possible ? Vous-même, vous parlez d'un « totem intouchable ».

Frédéric Bizard : Deux organisations structurent notre système : le CHU et la médecine libérale. Le reste en découle. C'est à ces deux composantes structurantes du système qu'il faut s'atteler. La réforme du CHU peut se faire autour de trois axes. Il faut refaire du CHU un lieu d'excellence et non de proximité. Pour l'instant, 80 % de son activité est une activité de proximité réalisée au coût de l'excellence. Il faut passer d'un système généraliste où on réalise tout à un système de spécialité choisie et répartir les spécialités en utilisant au mieux les ressources existantes. Enfin, il faut ouvrir les CHU à l'international : beaucoup de pays émergents développent leur réseau hospitalier et sont très demandeurs de l'expertise que la France peut leur apporter dans ce domaine. Il faut également développer ce que certains appellent le tourisme médical, mais aussi la recherche, et faire en sorte que chaque CHU soit connecté à l'ensemble du globe. Le reste de l'hôpital public doit être rationalisé et placé dans une concurrence juste et loyale avec l'hospitalisation privée.

Ces principes posés, on est mieux armé pour faire accepter une réforme qui renforcera le secteur public hospitalier.

Est-il possible de changer le système tout en préservant les valeurs qui ont présidé à l'édification de l'actuel système, solidarité entre riches et pauvres, entre vieux et jeunes, entre bien portants et malades ou handicapés, égalité d'accès aux soins, liberté des acteurs et des patients ?

Frédéric Bizard : Non seulement c'est possible, mais c'est une des conditions de la réussite. Une absence de



“ Il faut également développer ce que certains appellent le tourisme médical, mais aussi la recherche, et faire en sorte que chaque CHU soit connecté à l'ensemble du globe. ”

réforme mènerait clairement à un affaiblissement de ces valeurs. Déjà le libre choix est battu en brèche. Ce que je dénonce, c'est le fait de prendre des mesures pour soi-disant défendre ces valeurs alors qu'elles vont totalement à l'encontre. Un tiers payant qui n'est ni financé ni techniquement possible n'améliorera pas l'accès aux soins. C'est faux. Ce n'est pas en compliquant la tâche des médecins généralistes que l'on améliorera l'accès aux soins. Les politiques sont « hors sol » et prennent des décisions totalement inapplicables.

Vous dites que le système français est un système concurrentiel ? En quoi ?

Frédéric Bizard : En gros, il y a deux modèles de système de santé dans le monde. L'un s'appuie sur un mécanisme de marché mettant en concurrence les offreurs de soins et/ou les financeurs. C'est le cas de la France, de la Belgique ou de la Hollande. L'autre modèle s'appuie sur un service public avec un État ordonnateur du système qui s'appuie sur des offreurs publics. C'est le cas du système britannique avec le NHS.

Certains en France veulent nous faire passer du premier modèle

au second. Pourquoi pas ? Mais cela mérite un débat public. C'est un choix de société qu'il faut exprimer clairement. Je reste convaincu que le deuxième modèle n'est pas adapté à la société française et est contraire à notre triptyque républicain.

Dans un système concurrentiel, les patients ont le libre choix de leurs professionnels et de leur établissement de santé. Encore faut-il que l'assuré puisse exercer ce choix en disposant des informations qui lui permettent de le faire. Par ailleurs, on ne peut parler d'égalité de prise en charge que si les professionnels de santé sont indépendants professionnellement. Si le financeur contrôle la prescription et l'activité des professionnels, on ne peut pas parler d'égalité dans une prise en charge qui dépend de votre pouvoir d'achat. Donc, si nous désirons maintenir notre système de valeurs, il y a des directions qui ne peuvent être prises.



Quelle est votre opinion sur la loi santé qui vient d'être adoptée par le Parlement ?

Frédéric Bizard : Dans son esprit, cette loi s'inscrit dans la continuité des lois de 2004 et 2009 et des ordonnances Juppé. C'est la dernière étape de l'étatisation avec des Agences régionales de santé qui vont réguler l'offre de soins, ce qui va sur-administrer le système comme dans l'éducation nationale. L'État reprend le pouvoir, tout en en transférant une partie aux organismes d'assurance maladie complémentaire, secteur, - soit dit en passant -, qui n'est pas régulé lui-même. La qualité de la gouvernance est essentielle pour rendre un système économique efficient, elle est à repenser en santé.

Mais cette loi ne répond à aucun des enjeux que nous avons évoqués. Elle ne réorganise pas le parcours de soins des patients chroniques. Elle ne répond pas aux enjeux des NBIC (Nanotechnologies, Biotechnologies, Informatique et sciences Cognitives). On va permettre aux assureurs d'accéder aux données de santé, mais ni le patient ni le professionnel de santé n'auront accès à des informations les concernant, faute de disposer d'un dossier médical partagé qui tarde à se mettre en place. On va donc utiliser les NBIC pour la sélection des risques et non pour l'autonomie des assurés. L'accès à l'information, qu'il s'agisse des données médicales ou de la performance des professionnels et des établissements de soins, est pourtant une des conditions de la réussite. Avoir des critères transparents et accessibles à tous est un élément essentiel pour rendre efficiente la mise en concurrence. Rendre accessible les données de santé aux patients et aux médecins est essentiel pour généraliser la médecine d'excellence et la rendre moins coûteuse.

Quelle place pour la puissance publique dans l'organisation des soins ?

Frédéric Bizard : L'État peut garder une place essentielle en fixant la stratégie et les objectifs de santé publique, en établissant un budget et en ayant un rôle de régulateur, d'arbitre veillant justement à ce que la concurrence ne remette pas en cause les valeurs d'égalité d'accès à la santé et de solidarité. C'est aussi un opérateur de gestion de la sécurité sanitaire.

Il faut également repenser la gouvernance de l'assurance



“ Le système conventionnel doit être rendu plus efficace en fixant des objectifs et des obligations de résultats. ”

maladie qui doit négocier avec les différentes professions de santé, car le financeur public a son mot à dire dans l'organisation des soins. Il faut repenser une gouvernance participative de l'assurance maladie. Les partenaires sociaux ont encore leur place, mais pas eux seuls ; il faut y associer une représentation des usagers (en la professionnalisant) et des patients ainsi que du monde médical. Le système conventionnel doit être rendu plus efficace en fixant des objectifs et des obligations de résultats. L'hôpital public doit être placé sous la coupe de cette gouvernance, car l'Etat aujourd'hui est pris dans un étau d'intérêts divergents.

Nous disposons avec les CRSA (conférences régionales de santé et de l'autonomie) de tous les outils au niveau régional pour une gouvernance participative. Encore faut-il leur donner un vrai rôle. Les ARS doivent disposer d'une garantie d'autonomie, tant vis-à-vis du pouvoir central que des pouvoirs locaux. Les hôpitaux doivent également retrouver leur autonomie. Tant que le maire ou le président de la communauté de l'agglomération

sera à la tête de l'hôpital, aucune restructuration ne sera possible.

« La restructuration de la médecine libérale ne pourra être initiée et menée à bien que par elle-même », écrivez-vous. Comment les professionnels libéraux doivent-ils s'y prendre pour établir et faire passer leurs projets ?

Frédéric Bizard : Le cadre général, les grands principes d'organisation et les valeurs étant fixés, chaque secteur d'activité, - la médecine libérale, l'hôpital, l'industrie pharmaceutique -, doit élaborer son propre projet. La relation entre l'industrie pharmaceutique et la puissance publique est également à réinventer. Il faut probablement repenser les grandes lignes de la médecine libérale pour les années à venir et définir des règles du jeu. La médecine libérale doit s'adapter à la médecine de parcours, à la médecine numérique et aux impératifs de l'efficacité. Il faut sans doute diversifier les modes de rémunération. Si le paiement à l'acte reste le meilleur pour les soins courants, il n'est pas adapté à la médecine de parcours. On peut penser que 30 à 40 % de l'activité des médecins soient rémunérées sous d'autres formes. ■



Le logiciel médical 2016 au scanner

Informatiser son cabinet médical ou sa maison de santé n'est pas une démarche anodine. S'il n'est plus envisagé aujourd'hui d'exercer sans informatique, il n'en demeure pas moins que le choix de la solution doit être bien mesuré. Investissement financier mais également personnel par le temps à consacrer à l'appropriation de son logiciel, l'informatisation est un engagement de long terme qui, au-delà de la réponse aux besoins immédiats, nécessite l'accompagnement de son éditeur dans le temps en matière d'évolutivité et de service. Tout ce qu'il faut savoir pour faire le bon choix en 2016. Repères.

L'année 2015 se termine et si l'on ne devait en retenir qu'une idée force pour l'informatique médicale, ce serait sans aucun doute l'accélération des mutations. Mutation des modes d'exercice avec le formidable essor des maisons de santé pluriprofessionnelles et centres de santé, le développement de la mobilité. Mutation également dans la relation médecin patient avec l'introduction des nouvelles technologies santé. Sans oublier les nouveautés réglementaires et l'impact des évolutions purement techniques sur le poste de travail du médecin.

Pour s'informatiser ou faire évoluer son informatique en 2016, il convient donc de se poser les bonnes questions et de trouver les bonnes réponses.

Conformité réglementaire : check-list 2016

Commençons par faire le point sur les obligations réglementaires, les certifications et autres normes qui régissent l'informatique médicale et sont, pour la plupart, associées à des incitations financières.

Sesam Vitale : il s'agit du plus ancien des agréments, qui concerne la télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE). Il s'est enrichi au premier juillet 2015 de l'agrément tiers-payant ACS (Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé) permettant au médecin de gérer dans son logiciel le tiers-payant pour les patients concernés. La liste des logiciels agréés se trouve sur le site du CNDP (Centre National de Dépôt et d'Agrément).

Pour mémoire, la télétransmission de 66% de ses feuilles de soins en mode électronique est exigée pour être éligible à la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP).

Certification LAP (Logiciel d'Aide à la Prescription) : l'utilisation d'un logiciel certifié LAP est obligatoire depuis le premier janvier 2015, associée à l'utilisation d'une base médicamenteuse agréée par la Haute Autorité



de Santé (HAS). Il s'agit également de l'un des indicateurs de la ROSP. On retrouve la liste des logiciels certifiés sur le site de la HAS.

Autre indicateur de la ROSP : l'utilisation des téléservices de l'Assurance Maladie. Après l'Historique des Remboursements (HR), la Déclaration Médecin Traitant (DMT) et l'Avis d'Arrêt de Travail (AAT), un nouveau téléservice est disponible en cette fin d'année : **l'Information Médecin Traitant (IMT)**, qui permet au médecin de savoir s'il est toujours le médecin traitant de son patient.

Point important : l'utilisation de ces téléservices en mode intégré est source d'un gain de temps considérable. Vérifier les agréments HRTi, DMTi, AATi et IMTi des logiciels, qui permettent une déclaration en ligne directement depuis le logiciel..

Pour clore le volet informatisation de la ROSP, qui représente 400 points pour une rémunération de 2 800 euros, reste à vérifier (pour les médecins traitants) la possibilité de réaliser une synthèse médicale avec le logiciel. Et sur





le volet médical de la ROSP, un logiciel structuré associé à des outils statistiques de suivi des indicateurs sont une aide précieuse à l'atteinte des objectifs.

Toujours au chapitre réglementaire, la grande nouveauté 2015 concerne la communication par mail entre professionnels de santé. Le lancement de la **MSSanté** a pour objectif de déployer une messagerie standard permettant des échanges par mail entre médecins et avec les structures hospitalières en toute confidentialité et sécurité. Initié en 2015, ce déploiement va se poursuivre en 2016. Vérifier l'agrément MSSanté du logiciel et l'aide apportée dans la création du compte de messagerie et l'utilisation de cette messagerie.

Restons sur le thème de la confidentialité et de la sécurité. Au moment d'opter pour un logiciel médical web, vérifier impérativement son **agrément HDS** (Hébergement de Données de Santé) qui fait foi en la matière.

Enfin, spécifiquement pour les Maisons et Pôles de Santé Pluriprofessionnels (MSP), la conformité de la solution est vérifiée par le **label MCS e-santé** délivré par l'Asip Santé. Ce label est exigé dans le cadre des subventions octroyées pour la création d'une MSP.

Comme dans tout autre secteur d'activité, les certifications, normes et standards contribuent à organiser l'activité médicale en structurant les logiciels, la communication, les échanges. L'utilisateur, en l'occurrence le professionnel de santé, ne doit pas se poser la question de la qualité et la compatibilité de sa solution avec son environnement. Elle doit aller de soi.

Fonctionnalités du logiciel 2016 ... et à venir

Une fois cochés les items de la check-list réglementaire qui posent le cadre de qualité, conformité et compatibilité, le choix repose sur une réponse à ses attentes et besoins pour sa pratique quotidienne. Le logiciel me propose-t-il les fonctions dont j'ai besoin ? L'ergonomie me convient-elle ? Le service est-il au rendez-vous ?

En cabinet médical, les fonctionnalités classiques du logiciel sont bien connues depuis longtemps : agenda, gestion du dossier patient, gestion des consultations, prescription, FSE, recettes et comptabilité, ...

L'émergence des logiciels web vers lesquels se tournent de plus en plus de médecins se confirme. Au top trois des arguments mis en avant : la simplicité (rien à installer, sauvegardes automatiques), l'évolutivité (à jour en temps réel), la modernité.

A noter en 2015 le fort développement de la prise de rendez-vous par internet au-travers d'agendas en ligne proposés par différents acteurs du marché, dont des éditeurs logiciels médicaux. Ergonomie et synchronisation sont ici les mots clés pour faciliter la gestion des rendez-vous, éviter les doublons et les consultations d'agendas multiples.

Plus spécifiquement pour les MSP, les fonctions complémentaires à celles de la pratique médicale individuelle sont précisément celles qui permettent le travail collaboratif, la prise en charge coordonnée des patients. Parmi les principales se trouvent les outils de partage d'information, les messageries pour la communication, les applications pour la mobilité, les passerelles éventuelles pour les professionnels de santé qui conserveraient leur propre solution au sein de la MSP. Sans oublier les outils statistiques liés aux Nouveaux Modes de Rémunération (NMR) mis en place dans le cadre de l'exercice pluriprofessionnel.

Enfin, on en parle également beaucoup, 2016 pourrait être l'année des objets connectés au cabinet médical, sous l'impulsion des patients ou des médecins qui y verraient une nouvelle forme plus moderne d'acquisition des mesures.

En conclusion, il apparaît que dans cet environnement médical ou réglementaire et nouvelles technologies accompagnent de profonds changements des pratiques, le choix du logiciel doit aussi être celui du fournisseur à même de proposer des solutions évolutives et des services d'accompagnement tels que formation, mises à jour, installation, assistance téléphonique. ■