



ÊTRE MÉDECIN LIBÉRAL DEMAIN ?

Propositions
de la médecine libérale
de Nouvelle-Aquitaine
pour la refonte du système de santé



**ÉTUDE PROSPECTIVE SUR L'ATTRACTIVITÉ
DE LA MÉDECINE LIBÉRALE**

Éditeur : URPS Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine - 105 rue Belleville - CS 71241 - 33074 Bordeaux Cedex

Directeur de publication : Dr Benoît Féger, Président de l'URPS ML Nouvelle-Aquitaine

Rédaction : Emmanuel BATAILLE, Directeur de l'URPS ML Nouvelle-Aquitaine

Création : Marjorie MARTIN, Chargée de communication de l'URPS ML Nouvelle-Aquitaine

Crédit photo : URPS Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine; Adobe Stock

Les photos présentes dans ce document ont été réalisées par des médecins libéraux de Nouvelle-Aquitaine ayant participé aux concours photos.

Parution : novembre 2022



Les propositions qui vous sont présentées sont issues du constat de **changement de paradigme**. Notre système de santé, construit pour une prise en charge courte de pathologies aiguës et monodisciplinaire, n'est plus en adéquation avec un besoin de prise en charge longue et pluridisciplinaire de maladies chroniques.

L'organisation des cabinets médicaux centrée sur la gestion d'une patientèle doit s'adapter à une approche populationnelle par territoire de santé.

Enfin, nous devons prendre en compte le changement sociétal de la relation au travail tout en renforçant l'attractivité de l'exercice médical libéral.

Ces propositions s'appuient sur l'enquête de terrain réalisée, début 2020, auprès des médecins libéraux de Nouvelle-Aquitaine puis de travaux d'analyses et de réflexions menés avec l'éclairage d'experts et consolidés lors de deux webinaires tenus en mai et juillet 2022.

Dans ce travail prospectif, l'URPS Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine s'est efforcée de répondre à l'interrogation de nos concitoyens : *Et demain, comment serai-je soigné ?*

Comment sera le cabinet médical ? Comment s'organisera-t-il ? Comment les médecins utiliseront-ils les nouvelles technologies numériques et l'intelligence artificielle ?

Sera-t-il une PME de santé ? Quels seront les garants de son indépendance vis-à-vis de la financiarisation du secteur par des capitaux privés non-médicaux ?

Dans quelle organisation territoriale s'intégrera-t-il ? Selon quels critères sera faite l'analyse des besoins de santé de la population du territoire ?

Quelles missions pour les CHU, les hôpitaux généraux, les établissements privés, les médecins spécialistes libéraux, les médecins généralistes, dans une approche complémentaire et hiérarchisée ?

Quelle gouvernance plus paritaire, plus proche, plus responsable, mettre en place en région ?

Quels moyens financiers seront alloués pour adapter les politiques de santé aux territoires sous l'égide de ce copilotage ?

Comment promouvoir et favoriser l'attractivité libérale tout en maintenant la liberté d'organisation : trouver l'équilibre entre efficacité, responsabilité et autonomie ? Quelles seront les possibilités d'évolution de carrière pour plus de fluidité statutaire, de mobilité d'exercice et géographique ?

Comment répondre aux aspirations légitimes de qualité de vie des jeunes générations tout en assurant une offre de soins satisfaisante pour la population ?

L'URPS Médecins Libéraux apporte donc, par ces propositions, une **contribution aux débats** sur l'évolution et l'organisation de notre système de santé pour répondre aux défis de demain par des réponses adaptées aux besoins de santé de la population assurées par une médecine libérale attractive.

Dr Benoît FÉGER

Président de l'URPS Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine

SOMMAIRE

Synthèse du dossier		6
Propositions	Virage préventif et éducatif	16
	Attractivité des territoires	20
	Organisation de l'accès aux soins	24
Avis des experts	Repenser le système	30
	Virage préventif	43
	Bascule digitale	48
Enquête terrain	Synthèse de la consultation des médecins libéraux	58
L'URPS Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine		74

Annexes

80

Synthèse du dossier

POURQUOI CETTE CONTRIBUTION ?

- Beaucoup d'études sur les diagnostics, peu sur les propositions
- Échec des politiques de santé et des réponses budgétaires en « silo » aux crises sans réforme de fond
- Manque d'adhésion à des propositions perçues comme technocratiques et imposées sans adhésion des acteurs
- Partir des besoins de soins pressentis par les médecins libéraux dans leur territoire dans une approche prospective
- Soumettre des propositions réalistes consensuelles au débat en faveur d'une vraie réforme de notre système de santé

MOTS CLÉS SUR LES ENJEUX RÉACTIONS SUR L'ÉTUDE



Pr Frédéric Bizard
Économiste de la santé, Fondateur
de l'Institut Santé, Professeur à
l'ESCP Europe et à Paris Dauphine



Pr François Alla
Chef du service Prévention du CHU
de Bordeaux,
Président de la CRSA

Les réponses montrent une réelle préparation des esprits des médecins libéraux à la future organisation territoriale et coordonnée que sera la médecine de demain. Ils demandent simplement de l'autonomie pour la mettre en place. Le plébiscite des libéraux pour la prévention est un enseignement très fort de leur volonté de participer aux missions de santé publique. Cependant, il faut prendre conscience que cette évolution exige un nouveau mode de paiement et la délégation de certains actes, sans quoi ils se paupériseront. Il y a une confusion à lever sur cette idée de statut unique, qui risque d'être interprété par les Pouvoirs Publics comme un renoncement du tout ou partie à l'exercice libéral, ce qui pénaliserait le modèle français de santé.

La prévention est reconnue comme une mission légitime et les médecins libéraux expriment le souhait d'augmenter la part de prévention dans leur activité. Ce résultat est encourageant : le « virage préventif » n'aura pas lieu sans la mobilisation des médecins. Ils ont bien conscience des conditions au renforcement de la prévention qui sont d'abord structurelles : interprofessionnalité (avec des propositions sur la coordination territoriale, le parcours...), temps médical (« Remettre de l'humain » « valoriser les médecins qui prennent du temps »), mode de rémunération adapté... Ils pointent ainsi bien du doigt que transformation organisationnelle et prévention vont de pair.



M. David Gruson
Fondateur d'Ethik-IA
Spécialiste de l'intelligence artificielle en santé

Merci à l'URPS Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine d'avoir initié cette démarche pilote. Il faut bien mesurer qu'avec 12.000 médecins consultés on a là une dynamique absolument sans précédent. C'est l'étude de référence pour analyser la médecine libérale en général et la médecine libérale vis-à-vis des outils numériques en particulier.

La première vertu de cette étude est de démystifier l'idée que les professionnels de santé en général, et les médecins libéraux en particulier, seraient rétifs vis-à-vis de ces nouvelles technologies. 74% des répondants disent que l'IA est un bon vecteur pour intervenir dans les aides techniques.

Les travaux que l'on a faits ensemble ne se sont pas limités à un questionnaire en tant que tel, puisqu'il y a eu par ailleurs une étude, des workshops précis et un memorandum réalisés pour examiner toutes les composantes de ce recours à l'IA dans votre pratique.

DÉMARCHE ET POINTS CLÉS DE L'ÉTUDE

L'URPS Médecins Libéraux de Nouvelle-Aquitaine a lancé début 2022 une étude prospective en faveur de l'attractivité de l'exercice médical libéral, qui s'est déroulée en 4 temps.

1/ Tout d'abord une **consultation des médecins**

de la région en février. Le taux de réponse (8%) permet de dégager des tendances du ressenti des médecins libéraux, de leurs attentes et propositions pour l'avenir (cf. chapitre 3).

Les enseignements de cette consultation tiennent en 3 points :

- o Sentiment de **dégradation des conditions d'exercice** et le souhait, pour y faire face, que la médecine libérale réfléchisse collégalement pour s'organiser.
- o Volonté pour évoluer et aller vers l'avenir avec une très forte adhésion au **développement de la prévention** dans la pratique, le renforcement d'une **organisation médicale plus collective** (privilegiée en priorité entre libéraux) et l'intégration plus forte des **nouvelles technologies** sans perdre la dimension humaine de la prise en charge.
- o Cette maturité au changement s'accompagne de conditions : mieux valoriser les **rémunérations** (avec une tendance forte au paiement à l'acte et une logique d'incitation pour favoriser l'exercice dans les territoires sous-dotés), **liberté** d'installation et du choix d'organisation, renforcement de l'**éducation des patients** et en parallèle amélioration de la pertinence des actes.

replay du Web'1heure

du 19 mai 2022



2/ En complément de l'analyse d'études

récentes¹, **3 experts** ont contribué à la réflexion et aux débats : Frédéric Bizard (professeur d'économie de la santé), François Alla (professeur de santé publique & chef du service **prévention** au CHU de Bordeaux), David Gruson (fondateur d'Ethik-IA – spécialiste de l'**intelligence artificielle** en santé). Chacun dans leur domaine, ils ont réalisé un état des lieux convergeant sur l'effondrement du système avec 3 éléments de crise :

- o **Crise d'efficacité** (budget le plus élevé d'Europe et indicateurs de santé inférieurs à la moyenne européenne) dont la cause est une mauvaise allocation des ressources ;
- o **Crise de confiance** : entre les citoyens et le système de soins, entre les acteurs de santé, entre l'Assurance Maladie et les médecins ;
- o **Système trop et mal régulé**, piloté par une technocratie centralisatrice avec une myriade d'organisations, de décideurs.

Ces crises se cumulent dans un contexte de **triple transition : épidémiologique** avec le passage de l'aigu au chronique, **démographique** avec la baisse du nombre de soignants et une évolution sociétale des jeunes générations qui privilégient la qualité de vie, **technologique** qui implique une modification des pratiques mais ouvre aussi la voie à des dérives commerciales.

Les experts ont soumis leurs analyses et leurs préconisations, donnant lieu à un Web'1H de présentations et débats le 19 mai (cf. chapitre 2).



@UrpsMedecinsNouvelleAquitaine
sur YouTube

¹. voir bibliographie en annexe

3/ L'URPS Médecins Libéraux a travaillé sur les orientations de réforme pour l'avenir.

Le constat unanime est qu'il est indispensable de réaliser une refonte globale du système, sachant qu'il faut éviter deux risques d'évolution : soit une dérive étatiste et réglementaire encore plus forte, soit une privatisation financière et mercantile de la santé. Ces orientations ont fait l'objet de plusieurs réunions élargies et d'un Web'1H de présentations et débats le 7 juillet.

replay du Web'1heure du 7 juillet 2022



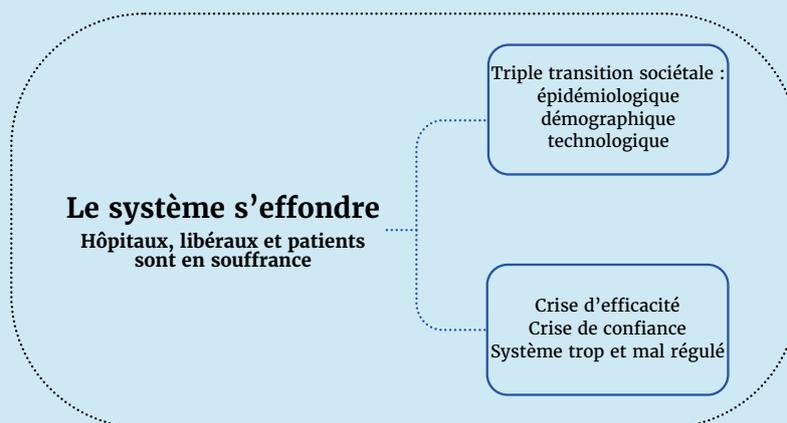
4/ Elaboration des propositions concrètes de l'URPS Médecins Libéraux

pour diffusion aux médecins de la région, aux institutions régionales et nationales, aux syndicats, à la presse afin de contribuer aux débats en-cours : concertation nationale, PLFSS, négociations de la prochaine convention médicale ...

Pour être entendu, ce travail prospectif doit dépasser le stade du constat (largement partagé) et des grandes intentions (laissant la part aux propositions des autres) : il doit aboutir à des recommandations précises permettant de militer pour des mises en œuvre concrètes. Certaines peuvent paraître trop globales et idéalistes mais veulent alimenter un débat de fond sur le modèle à suivre, d'autres doivent être ciblées pour une application à court terme.

Ces propositions sont issues de la consultation des médecins, des travaux menés avec les experts et des échanges lors des webinaires du printemps. Par ces propositions, l'Union ne se substitue pas aux syndicats médicaux (ce dossier est remis à tous les syndicats pour leur permettre d'alimenter les discussions conventionnelles à partir des données du terrain de la Nouvelle-Aquitaine) mais apporte des contributions aux débats sur l'évolution de l'organisation de notre système de santé face aux défis actuels et de demain avec des réponses adaptées aux besoins de santé de la population assurées par une médecine libérale attractive.

CONSTAT



NÉCESSITÉ D'UNE REFONTE D'ENSEMBLE

- Gouvernance
- Modèle économique
- Organisation de la prévention & de la prise en charge
- Investissement sur les plateaux techniques et la technologie pour les acteurs de ville

DES PROPOSITIONS ORIENTÉES POUR LA SANTÉ DE LA POPULATION ET GUIDÉES EN FAVEUR DE L'ACCÈS AUX SOINS

Une enquête réalisée par Mazars et OpinionWay en janvier dernier auprès des français faisait ressortir que l'accès aux médecins libéraux est problématique pour plus d'un tiers de la population concernant les généralistes et à 43% quand il s'agit des autres spécialités. En parallèle, les médecins expriment de leur côté un sentiment de dégradation de leurs conditions d'exercice (81% des répondants à la consultation menée par l'URPS à la même période) et les cas d'épuisement ou de burn-out des praticiens ne cessent d'augmenter. Les médecins libéraux, en sous-effectif dans la majorité des territoires par rapport aux besoins de la population, continuent à faire preuve de leur **mobilisation** avec **agilité**, **responsabilité** et, si l'on se place d'un point de vue économique, avec les meilleurs résultats en terme d'**efficience** par rapport aux autres modalités d'exercice. Le lien entre l'accès aux soins et le nombre des médecins libéraux est évident, mettant en évidence qu'ils effectuent la majorité des actes cliniques et techniques de prise en charge des patients : 80% des consultations toutes spécialités confondues, plus de la moitié des interventions chirurgicales et d'imagerie, sans compter la prise en charge de la santé mentale, le dépistage des cancers et autres actions de prévention. Le constat est donc amer, fruit de politiques qui ont conduit à la réduction du nombre de médecins (numerus clausus n'anticipant pas la démographie médicale et le contexte d'augmentation des maladies chroniques), et surtout à un **manque d'attractivité** de l'activité libérale du fait du sentiment de déclassement du métier : absence d'écoute et de prise en compte, carcans administratifs, transferts d'activité vers d'autres professionnels et surtout faiblesse de la rémunération. Ces conditions ont provoqué une fuite de l'installation par les nouveaux diplômés (départs à l'étranger ou vers d'autres fonctions, exercice sous forme de vacations ou remplacements ...). Or 45% des médecins libéraux de Nouvelle-Aquitaine sont actuellement âgés de plus de 55 ans, soit autant de médecins qu'il faille à minima remplacer dans les 10 à 15 ans à venir, plus ou moins vite selon l'intérêt qu'ils trouveront à poursuivre leur activité ou à partir en retraite ...

L'accès aux soins est ainsi intimement associée à l'attractivité de l'exercice médical libéral.

Les propositions de l'URPS Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine se déclinent sur 3 axes :

- o **Virage préventif et éducatif** car refondre le système implique de projeter ses effets sur le long terme en visant les **objectifs essentiels de santé publique** (vivre plus longtemps en bonne santé et sans iniquité territoriale) et de **soutenabilité du modèle économique** (réduire les dépenses de santé par un meilleur accompagnement tout au long de la vie).

- o **Attractivité des territoires** car donner de l'agilité au secteur de la santé pour s'adapter à un environnement en profonde et rapide mutation sociétale nécessite au préalable l'installation d'une nouvelle **gouvernance favorisant la proximité et les innovations** territoriales, ainsi que l'évolution vers des organisations favorisant la **coopération** des professionnels pour répondre aux besoins populationnels.

- o **Accès aux soins**, pour finir, car elle est la résultante des deux premiers axes avec des mesures et investissements permettant d'**accompagner le changement** de structures libérales (premiers acteurs de la santé de nos concitoyens), ainsi que des pratiques professionnelles et des **modalités économiques** qui y sont associées.

8

CLEFS ESSENTIELLES POUR UN VIRAGE GLOBAL NOS PROPOSITIONS CONCRÈTES

VIRAGE PRÉVENTIF ET ÉDUCATIF

1 Remettre la prévention au cœur du système de santé

o Mise en place d'un parcours de prévention personnalisé piloté et coordonné par le médecin. Pour ce faire, les médecins doivent disposer d'actes de prévention rémunérés à l'acte et de consultations longues de prévention.

o Fédérer la stratégie des actions de prévention par un pilotage stratégique régional en favorisant les coopérations territoriales.

2 Renforcer l'éducation et la pertinence

o Formation des citoyens (système de soins & bons gestes) par des modules intégrés aux programmes scolaires et/ou via l'éducation familiale par les Contrats Locaux de Santé (CLS) en s'appuyant sur les professionnels du territoire.

o Favoriser la pertinence des actes et des examens.

ATTRACTIVITÉ DES TERRITOIRES

3 Une question de gouvernance territoriale

o Décentraliser avec une gouvernance stratégique régionale paritaire associant les institutions locales et disposant de budgets dédiés (ORDAM) afin de s'adapter aux spécificités territoriales et de favoriser les territoires en déprise.

4 Favoriser les organisations de coopération territoriale (CPTS - ESS ...)

o Assouplir leur cadre pour une adaptation au plus près des besoins populationnels.

o Soutenir les investissements sur des infrastructures et des plateaux techniques.

5 Évolution de la formation des médecins

o Intégrer davantage de formation à la gestion, au management et la collaboration, au numérique dans les programmes universitaires.

o Favoriser les stages de spécialistes dans les cabinets de ville et hôpitaux de proximité afin de réduire la sur-spécialisation générée par les stages en CHU.



ACCÈS AUX SOINS

6 Accompagner la transition vers des structures collectives

o Contre une médecine à 2 vitesses avec le transfert de tâches : nous privilégions la délégation du suivi du patient.

o Évolution du modèle économique et de la réglementation pour une prise en charge pluri-professionnelle.

7 Stimuler les structures libérales de santé

o Maisons de santé.

o Entreprises libérales de santé pluri-professionnelles.

o Modèle financier incitatif à l'exercice dans les territoires sous-dotés

8 Investir dans le numérique en ville

o Usage de la télémédecine et notamment de la télé-expertise pour améliorer la pertinence et l'équité d'accès aux soins pour les patients.

o Investir dans le développement de l'intelligence artificielle venant en appui aux professionnels sans se substituer à eux (garantie humaine de la prise en charge).

*Recommandations issues des travaux réalisés
par les élus de l'Union, membres de tous les syndicats
représentatifs des médecins libéraux :*

*CSMF, MG FRANCE, AVENIR SPE - LE BLOC, UFML-S, SML, FMF,
JEUNES MEDECINS*

RELEVER LES ENJEUX DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN NOUVELLE-AQUITAINE

Les données et graphiques présentés dans ce chapitre ont été produits par :

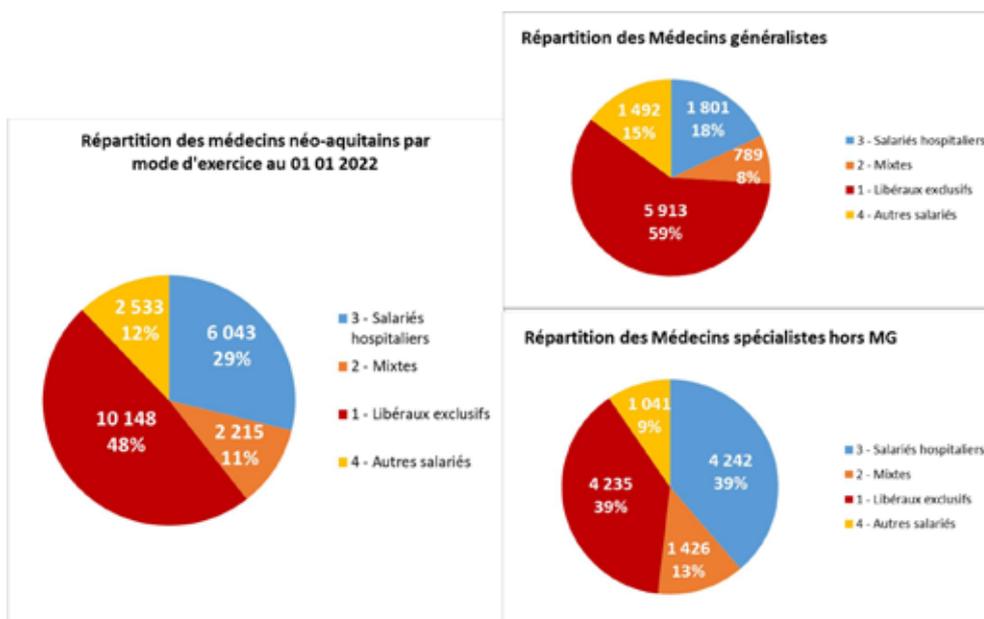
« Démographie des professions médicales en Nouvelle-Aquitaine Bilan des évolutions 2012-2022 »



Répartition des médecins néo-aquitains en 2022

L'exercice libéral est majoritaire chez les médecins de la région. La proportion de l'exercice libéral ou mixte s'élève à 59%, supérieur à la moyenne nationale (56%).

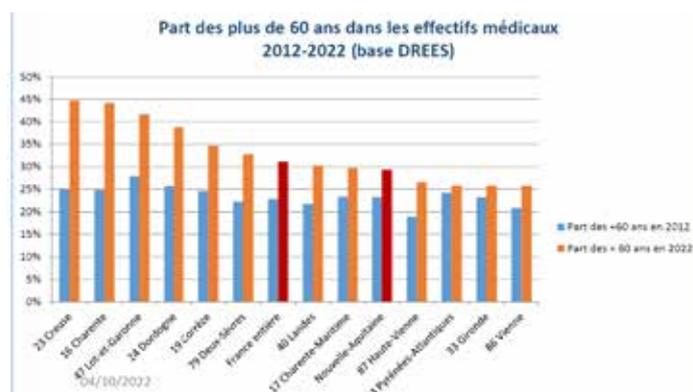
L'exercice libéral et l'exercice mixte représentent plus des 2/3 de l'effectif régional des médecins généralistes et 52% pour les autres spécialités.



La densité de la région est meilleure que la moyenne nationale. Cette « bonne densité » est portée par la médecine libérale (3° région pour la densité en médecins libéraux exclusifs après PACA et l'Occitanie).

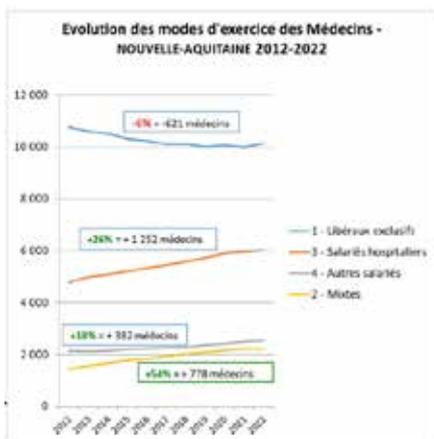
Densités médicale pour 100 000 hbts au 01 01 2022 par région d'inscription - DREES	Ensemble	1 - Libéraux exclusifs	3 - Saliés hospitaliers	2 - Mixtes	4 - Autres salariés
Nouvelle Aquitaine	347	168	100	36	42
France	340	148	108	40	42

Cependant, toutes modalités d'exercice confondues, le vieillissement de la population médicale s'est accru et touche tous les départements.



Evolutions de la médecine libérale entre 2012 et 2022

o Globalité des effectifs de médecins toutes spécialités et tous modes d'exercice

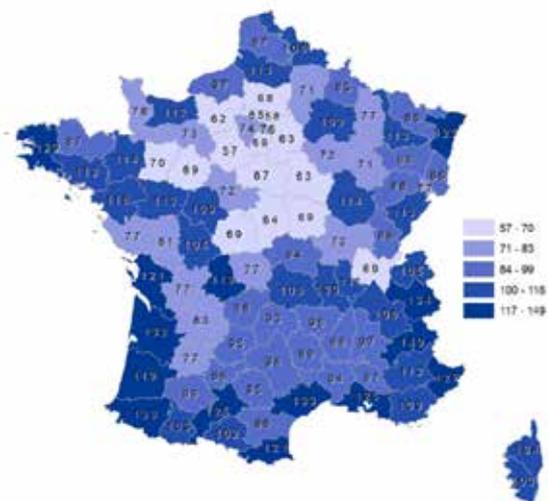


Les effectifs libéraux exclusifs ont reculé sur les 10 dernières années démontrant l'absence de soutien à ce mode d'exercice, même si cette évolution est moindre qu'au niveau national (-6% vs -10%), une partie de la région restant plus attractive pour l'installation.

o Médecine générale libérale

Au global, la situation de Nouvelle-Aquitaine est favorable comparée au reste du pays, mais avec de grandes disparités entre les départements (augmentation plus forte dans les zones attractives du littoral et des métropoles régionales). La tendance sur 10 ans marque cependant une **baisse de la densité dans tous les départements de la région**.

Densité de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants en 2022 (97,6 /100 000)



GENERALISTES LIBERAUX ET MIXTES - DREES	Densité	
	Densité 2022	Evolution en %
64 Pyrénées-Atlantiques	133	-1,7%
33 Gironde	132	-3,4%
17 Charente-Maritime	121	-6,6%
40 Landes	119	-5,8%
87 Haute-Vienne	119	-15,2%
Nouvelle-Aquitaine	111	-8,0%
86 Vienne	104	-7,3%
France entière	98	-8,8%
19 Corrèze	86	-20,0%
24 Dordogne	83	-19,0%
79 Deux-Sèvres	81	-11,9%
47 Lot-et-Garonne	77	-21,6%
16 Charente	77	-16,9%
23 Creuse	77	-22,5%

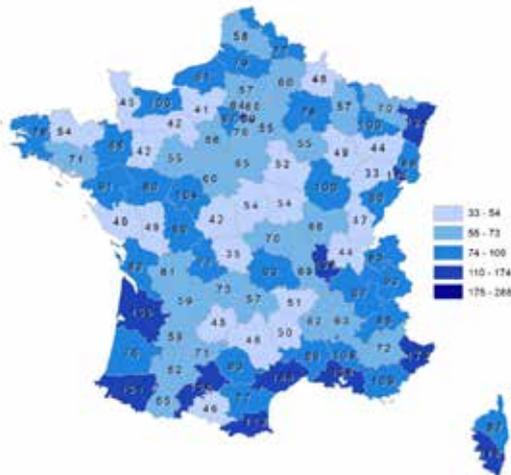
Si l'on prend en compte l'évolution du nombre d'habitants, la population en zone sous-dense (basée sur l'indice d'accessibilité potentielle localisée) a doublé dans la région (+104%), soit une progression plus rapide que la moyenne nationale (+65%).

Part de la population en zone sous dense au sein de la population totale en 2022	Evolution 2015-2019	
	Volume	%
France entière	30,6%	7 518 681 / 64,7%
Nouvelle-Aquitaine	16,9%	556 952 / 104,8%

o Médecine spécialisée libérale (hors médecine générale)

Concernant les spécialistes de 2° recours, la population a été amenée à se concentrer fortement, avec deux départements (Gironde et Pyrénées-Atlantiques) dont la densité est supérieure à la moyenne nationale et qui représentent 56% des spécialistes libéraux et mixtes.

Densité de médecins spécialistes libéraux et mixtes pour 100 000 habitants en 2022 (93,4 /100 000)

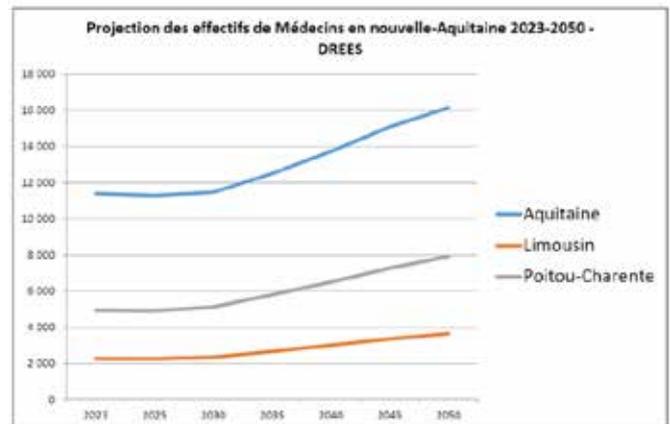


SPECIALISTES LIBERAUX ET MIXTES - DREES	Densité	
	SPE LIB 2022	Evolution en %
33 Gironde	139	4,7%
64 Pyrénées-Atlantiques	131	4,3%
Nouvelle-Aquitaine	95	2,5%
France entière	93	-0,2%
17 Charente-Maritime	82	-0,1%
85 Vienne	80	10,3%
87 Haute-Vienne	77	-2,7%
40 Landes	76	0,0%
19 Corrèze	73	-4,1%
16 Charente	61	-16,4%
24 Dordogne	59	-2,7%
47 Lot-et-Garonne	59	-20,9%
79 Deux-Sèvres	49	8,3%
23 Creuse	35	-14,8%

Projection pour l'avenir

Il n'y aura pas d'amélioration de la démographie médicale avant 10 ans. Les effectifs de médecins (tous modes d'exercice concernés) vont continuer à baisser et la densité de 2021 ne sera retrouvée qu'à partir de 2030.

La DRESS a réalisé un travail de projection des effectifs de médecins en Nouvelle-Aquitaine, en s'appuyant sur une croissance des objectifs nationaux pluriannuels (relatifs au nombre de professionnels de santé à former) mais n'intégrant pas plusieurs des paramètres à prendre en compte (limites de cette projection) que sont l'évolution des besoins et attentes de la population, l'évolution du comportement des médecins (temps de travail, attentes, choix d'installation et modes d'exercice), évolution des politiques publiques ; autant d'éléments qui peuvent modifier cette courbe d'évolution envisagée.



PROPOSITIONS

Virage préventif et éducatif

CLÉ 1 : REMETTRE LA PRÉVENTION AU CŒUR DU SYSTÈME
DE SANTÉ

CLÉ 2 : RENFORCER L'ÉDUCATION ET LA PERTINENCE

MedPREV¹
mon co-pilote santé



L'objectif est de passer du soin à la santé globale, repérer au plus tôt les facteurs de risques, renforcer l'éducation de la population et l'accompagner dans sa capacité à agir pour vivre plus longtemps en bonne santé.

Les indicateurs montrent une **dégradation de la santé** de la population française par rapport aux autres pays européens alors que la part du PIB consacrée aux dépenses de santé est plus élevée qu'ailleurs. Le fonctionnement actuel du système de soins n'est pas adapté au contexte **épidémiologique** auquel nous devons faire face et il est désormais indispensable d'ancrer les mesures de **prévention de manière systématique** au sein de la population et dans les pratiques cliniques, de manière à réduire ou tout le moins repousser l'apparition des maladies chroniques. Pour rappel, les médecins ayant répondu à l'enquête se sont positionnés à **83% en faveur du développement de la prévention** dans leur pratique.

Le rapport de la **Cour des Comptes** indique clairement que notre **système de prévention est actuellement médiocre** en fonctionnant avec des organisations cloisonnées et dispersées. Le **Pr François Alla** préconise que la prévention soit intégrée, pro-active, personnalisée et coordonnée : pour y parvenir cela nécessite une transformation du système que nous proposons en 3 volets :

- o Prévention personnalisée intégrée au système de santé
- o Education des patients
- o Evolution du système de prévention en faveur d'un pilotage territorial

1.1 / PRÉVENTION PERSONNALISÉE INTÉGRÉE AU SYSTÈME DE SANTÉ

Nos propositions ont pour objectifs de renforcer les activités de prévention dans l'activité des soignants et particulièrement des médecins, et ainsi favoriser le repérage, l'accompagnement des patients et réduire les besoins de soins.

1. Disposer d'actes de prévention rémunérés à l'acte.

- o Le PLFSS fait un pas avec des consultations de prévention à 25, 45 et 65 ans mais c'est insuffisant. Il faut prévoir des consultations longues de prévention au moins tous les 5 ans quelle que soit la spécialité du médecin.

2. Mettre en place un parcours personnalisé de prévention, piloté et coordonné par le médecin, pour chaque citoyen dès lors que les facteurs de risques le justifient.

- o Le **programme MedPrev** (construit par l'URPS Médecins de NA) permet, avec l'appui d'un outil numérique, de réaliser une analyse des comportements de vie des patients, de définir et suivre ce parcours personnalisé en disposant d'une bibliothèque de ressources référencées sur lesquelles s'appuyer.

- o Le déploiement de MedPrev doit être financé par un fonds dédié à la prévention pour rémunérer le médecin ou l'équipe pluriprofessionnelle à qui il peut déléguer une partie des actes d'analyse et de suivi (financement du médecin avec reversement vers d'autres professionnels en cas de délégation) et l'usage de l'outil.

3. Favoriser le repérage et l'inclusion des citoyens dans des actions de prévention par les paramédicaux (via un indicateur de leur ROSP) sous la coordination du médecin traitant.

4. Obligation de l'envoi de l'information au médecin traitant par les organismes de dépistage des cancers à chaque invitation envoyée à leurs patients.

1.2 / ÉDUCATION DES PATIENTS

Plusieurs propositions concernent l'information et l'éducation des patients à la santé et au bon usage du système de soins, pour lutter contre une surconsommation tout en renforçant leur capacité à agir.

5. **Former les citoyens** au système de soins et aux bons gestes pour la santé :

- o Module de formation à intégrer dans le programme des **écoles primaires et collèges**.

- o Formation à l'**éducation familiale à la santé** organisée par les CLS en s'appuyant sur les professionnels du territoire.

6. **Élargir la prise en charge à 100%** des dépenses de prévention et de soins prescrits par un médecin (intégration par exemple des diététiciens et nutritionnistes, APA, psychologues ...).

7. Passer au préalable par le médecin traitant, la CPTS ou le SAS pour les **urgences et les soins non programmés** (régulation de l'accès aux urgences).

8. **Supprimer le tiers-payant** en ville et à l'hôpital (sauf pour les bénéficiaires de la CMU) au profit d'un système de débit différé des dépenses uniquement après remboursement du patient (via carte paiement santé) pour donner conscience au patient du coût des actes mais sans avoir d'impact sur sa trésorerie et pour simplifier la gestion de recouvrement du médecin.

1.3 / ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTÈME DE PRÉVENTION

L'objectif est de basculer la prévention vers la ville, 1er acteur de santé et de proximité des patients, en faveur d'une prévention personnalisée pour chaque patient et intégrée dans l'activité de soins.

9. Mettre en place un **pilotage stratégique régional de la prévention** en charge de l'exploitation statistique des données et besoins populationnels, de sélectionner les dispositifs et leurs financements, de fédérer les appels à projets, de réaliser les évaluations en termes d'effectivité et d'efficacité :

- o L'objectif est de réaliser des économies en arrêtant les dispositifs qui fonctionnent en silo ou non efficaces et de mettre en place une stratégie intégrative de la prévention en s'appuyant sur les initiatives locales ainsi que de financer des programmes de recherche et d'évaluation basés sur l'effectivité et l'efficacité.

- o **Comité stratégique** régional réunissant : ARS, Assurance Maladie, Région, service régional de prévention hospitalo-universitaire, CRCDC, ORS et les URPS.

- o Secrétariat général et **portage opérationnel de la mission** régionale de prévention par l'**URPS Médecins**, sous financement ARS et avec détachement d'experts universitaires et de l'ORS.

10. Contractualisation avec les CPTS et/ou ESS en tant qu'opérateurs territoriaux de la prévention

- o Procéder au virage préventif en privilégiant, par une démarche projets, la mise en œuvre par les territoires d'actions adaptées aux besoins des populations et en tenant compte de la particularité de chaque territoire.

- o Les CPTS / ESS doivent identifier et remonter les besoins populationnels, animer la mise en œuvre en concertation avec les établissements de santé et du médico-social, les collectivités territoriales (CLS), les écoles, les structures sportives, les associations spécialisées ... Elles répondent à des appels à projet ou proposent des initiatives au comité stratégique régional qui centralise le financement et contractualise.

o Les CPTS / ESS mettent en place un guichet d'appui aux professionnels et de coordination des parcours de prévention (dans le cadre du financement de l'ACI calibré en conséquence).

11. Accroître la formation des professionnels de santé aux méthodes et outils de la prévention (repérage, compétence motivationnelle, intervention brève, dispositifs existants ...) dans le cadre du DPC (formation continue obligatoire).

12. Renforcer les missions des collectivités territoriales sur la prévention en santé sous l'égide de la Région

o Intégrer les évaluations d'impact sur la santé (EIS) dans les décisions de politique publique.

o Mobiliser les moyens des collectivités locales dans la sensibilisation de la population et l'appui à la mise en œuvre des actions menées par les CPTS / ESS.



MedPRÉV^o
mon co-pilote santé



J'agis dès maintenant pour protéger ma santé



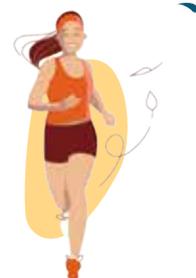
Grâce à un outil numérique, je m'inscris dans un parcours de prévention avec le soutien d'un médecin traitant et d'autres professionnels*



*médecins spécialistes (sommeil, nutrition, addictions...), diététiciens, coaches sportifs, psychologues, sophrologues, tabacologues...



J'EN PARLE À MON MÉDECIN



En savoir +



Attractivité des territoires

CLÉ 3 : UNE QUESTION DE GOUVERNANCE TERRITORIALE

CLÉ 4 : FAVORISER LES ORGANISATIONS DE COOPÉRATION
TERRITORIALE (CPTS – ESS ...)

CLÉ 5 : ÉVOLUTION DE LA FORMATION DES MÉDECINS

Tout le système souffre d'être à la fois extrêmement rigide et mal piloté avec une myriade d'acteurs. Réformer le système passe par l'arrêt d'une gouvernance ultra centralisée jacobine. L'agilité, l'innovation, la performance ne peuvent être issues que du terrain. Nous devons renverser la méthode en favorisant l'innovation ascendante avec :

- o Une gouvernance territoriale,
- o L'évolution de la formation des médecins et de l'accompagnement à l'installation.

2.1 / GOUVERNANCE TERRITORIALE

L'État (gouvernement et représentation nationale) assure une régulation positive qui comprend deux missions principales :

- o Il définit les règles (organisations des soins, droits et devoirs des institutions et des professionnels de santé), les grandes orientations (avec les priorités et la feuille de route nationale) et bien sûr le cadre de financement.
- o Il élabore les référentiels (issus de l'évaluation des innovations locales) et leur contrôle pour garantir l'éthique, l'équité et la qualité de la prise en charge des patients.

Mais il n'est pas l'acteur de la gouvernance territoriale, confiée au co-pilotage des institutions locales. Cette restructuration de la gouvernance capitalise sur les organisations en place en leur donnant un fonctionnement plus démocratique et partenarial. Elle passe également par une modification des lois de financement.

13. Basculer le financement de la sécurité sociale sous le régime d'une loi de programmation avec des financements à 5 ans permettant (comme dans le domaine militaire) de se projeter à long terme et de réaliser des investissements

14. Allouer 20% de l'ONDAM aux régions (ORDAM) afin de donner les moyens financiers d'adapter les politiques de santé aux spécificités des territoires :

- o Définir les priorités, attribuer des budgets d'investissements, financer de nouveaux modes de fonctionnement, laisser de la latitude dans la rémunération des professionnels pour favoriser les territoires en déprise, l'innovation, la mise en œuvre de nouveaux protocoles, soutenir les programmes de recherche
- o Evaluer ces politiques locales

15. Installer une gouvernance stratégique régionale paritaire en charge de décider du programme de la politique de santé à partir du diagnostic territorial et de zonage : autorisations et arbitrages des propositions venant des territoires (notamment avec un plan d'attractivité sur les territoires en carence), gestion des crises sanitaires, prévention, mais aussi distribution des financements (FIR et ORDAM) avec la possibilité de lancer des appels à projets vers les acteurs de terrain. Cette gouvernance partenariale avec la région et les professionnels de santé est celle du modèle allemand. Elle associe :

- o L'ARS (mission de régulation des politiques publiques et de l'organisation globale entre établissements et ville) = 20% des voix,
- o L'Assurance Maladie (moyens financiers du cadre conventionnel) = 20% des voix,
- o Les URPS (mission d'organisation des professionnels libéraux) = 20% des voix,
- o Les fédérations des établissements de santé (FHF, FHP, FEHAP) = 20% des voix,
- o La Région (représentation des citoyens, des besoins et priorités des territoires) = 20% des voix
- o En complément, à titre consultatif :
 - Les Ordres (respect du cadre réglementaire et éthique),
 - Les Universités (adéquation des formations en professionnels aux besoins et programmes de recherche),
 - La CRSA (évaluation et contrôle de l'efficacité de la politique régionale au regard des besoins).

16. Attribuer de nouvelles missions à l'URPS Médecins dans la co-gouvernance régionale :

- o Partenaire institutionnel co-responsable de la stratégie et du pilotage de la politique de santé de la région et de sa déclinaison dans les territoires auprès des libéraux et notamment des CPTS, ESS, ESP, MSP,
- o Interlocuteur de l'ARS et de l'Assurance Maladie dans l'application des décisions conventionnelles nationales et de la mise en œuvre de l'ORDAM,
- o Partenaire intégré (aux côtés de l'Assurance Maladie et de l'ARS) à la contractualisation et au suivi des conventions des CPTS, ESS, ESP ...
- o Garant de la redistribution des gains d'efficience de l'évolution des organisations et des pratiques médicales en région (politique gagnant-gagnant évaluée par le co-pilotage régional),
- o Porteur opérationnel de la mission régionale de prévention,
- o Animateur du virage numérique en partenariat avec le CROM en apportant une analyse sur la pertinence, l'ergonomie, l'interopérabilité, l'éthique des outils numériques et d'intelligence artificielle par une labellisation « utilisateur ».

17. Décliner l'organisation régionale à l'échelle départementale avec un comité opérationnel en charge du diagnostic des besoins, du pilotage des organisations et actions sanitaires et médico-sociales. On y retrouve les délégations départementales de l'ARS, les CPAM, le Département, une représentation des établissements, des URPS, des CPTS et ESS.

- o Favoriser la construction d'organisations par les acteurs de terrain à partir d'une **boîte à outils** cadrée au niveau régional et adaptée localement pour répondre aux besoins de la population,
- o Monter des organisations, des plateaux techniques, assurer la régulation, l'effectif (dont les soins non programmés et la permanence des soins), les parcours patients ... en cherchant à fluidifier les liens et actions des structures et dispositifs existants (SAS, DAC, CPTS, établissements ...).

18. Favoriser la mise en œuvre des CPTS, ESS, ESP en laissant un cadre souple à leurs missions :

- o Aider leur émergence et mise en œuvre par un appui des URPS dans la construction et la validation du projet, sa mise en place, son évaluation et sa pérennisation (financement régional de ressources mutualisées au sein des URPS sur le pilotage projet, le déploiement et la formation, les statistiques populationnelles, ...),
- o Assouplir les missions obligatoires et les objectifs des CPTS / ESS pour favoriser une approche pragmatique portée par les professionnels, favorisant l'adhésion et les initiatives du terrain,
- o Valoriser financièrement l'implication des professionnels dans la construction des organisations et de concertation des protocoles des CPTS / ESS,
- o Favoriser une mutualisation des expériences, outils, protocoles.

19. Réduire ou repositionner le nombre d'instances :

- o Concentrer le rôle de la CRSA et des CTS sur une mission d'évaluation et de contrôle des actions de santé au regard des besoins populationnels et d'avis contributif aux instances régionales ou départementales,
- o Positionner les CLS dans un rôle de contributeur auprès des CPTS et ESS : remontée des besoins, appui logistique et financier aux actions, mise en œuvre d'actions complémentaires mais non redondantes,
- o Centraliser les Contrats Locaux de Santé Mentale à l'échelle départementale en mobilisant à parité la ville et l'hôpital,
- o Supprimer les CPR et CPL (remplacés par la gouvernance listée à la proposition n°30).

20. Clarifier les missions des acteurs de santé, CHU, établissements publics ou non lucratifs, établissements privés, professionnels libéraux, dans une approche complémentaire et hiérarchisée, et notamment :

- o Elargir la mission Université/Recherche à d'autres acteurs que les CHU,
- o Repositionner les établissements hospitaliers sur leur activité d'hospitalisation, de plateau technique, d'expertise de 3° recours : arrêter les actions hors les murs de prévention, éducation thérapeutique, soins ambulatoires pour concentrer leurs moyens sur leur cœur métier.

2.2 / ÉVOLUTION DE LA FORMATION DES MÉDECINS ET L'ACCOMPAGNEMENT À L'INSTALLATION

La capacité à répondre aux besoins de santé de la population, notamment dans des territoires sous-dotés, passe par l'installation des médecins généralistes et spécialistes. Or l'attractivité de l'exercice libéral dépend également de la formation universitaire.

21. Imposer aux Universités d'adapter les programmes de formation en collaboration avec un collège de praticiens régionaux représentatifs de la démographie médicale (plus de la moitié des médecins de la région ont un exercice libéral) :

- o Formation au système d'organisation de la santé et à la coordination entre professionnels,
- o Formation au management, à l'organisation et la gestion d'une entreprise médicale, à l'éco-responsabilité,
- o Formation à la négociation et à la gestion de projet,
- o Formation à l'évolution des pratiques liées au numérique : dossier patient, télémédecine, objets connectés, traitement des données, intelligence artificielle, sécurité numérique.

22. Répartir, pour toutes les spécialités (hors médecine générale), les stages des internes et docteurs juniors en 3 tiers : un au sein des CHU, un dans les hôpitaux départementaux et un en libéral :

- o Faire découvrir à chaque stade de la formation les différentes facettes de l'exercice médical,
- o Limiter l'effet pervers de la surspécialisation induite par des stages principalement effectués en CHU, formation qui n'est pas adaptée aux cas cliniques à traiter en libéral ou dans les centres hospitaliers provinciaux et qui favorise donc la déprise médicale en ruralité,
- o Affecter ces stages à partir d'une analyse de la démographie médicale et des besoins de soins de la population.

23. Généraliser l'adjuvat médecin, à savoir le recours pendant plusieurs mois à des médecins adjoints (non thésés) ou assistants (thésés) permettant l'exercice simultané du médecin installé.

24. Structurer et financer un mentorat territorial pour accompagner l'installation des jeunes médecins.



En savoir +

Déploiement des CPTS au 1^{er} décembre 2022

- ACI signés : 33 CPTS
- Projets de santé validés : 2 CPTS
- Lettres d'intention validées : 21 CPTS
- Emergence : 20 CPTS
- Sensibilisation/information : 26 territoires accompagnés

Qu'est ce qu'une CPTS ?	Les missions des CPTS	Nos missions Agora Lib'
<p>Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) sont des regroupements d'acteurs de santé qui souhaitent se coordonner, sur un territoire, afin d'améliorer la continuité, la cohérence et la qualité des parcours patients.</p> <p>Les CPTS sont une opportunité pour les professionnels de santé libéraux d'inventer de nouveaux fonctionnements, de travailler en pluriprofessionnalité, ainsi que définir et mener des actions collégiales en réponse aux besoins de la population de leurs territoires.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 Améliorer l'accès aux soins Faciliter l'accès à un médecin traitant Améliorer la prise en charge des soins non programmés 2 Organiser des parcours pluri-professionnels autour du patient 3 Réaliser des actions territoriales de prévention 4 Répondre aux crises sanitaires graves <p>Missions optionnelles Améliorer la qualité et la pertinence des soins Accompagner les professionnels de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser le déploiement de CPTS sur l'ensemble de la région, en apportant un appui opérationnel à la création des CPTS. Être un dispositif d'appui en accompagnant les CPTS dans la mise en place et mise en œuvre de leurs missions. Assurer une mission de représentation des CPTS pour favoriser le dialogue avec les institutions, au niveau régional et départemental. Créer et animer un réseau régional des coordinateurs de CPTS et favoriser la coopération inter-CPTS.

Organisation de l'accès aux soins

A person with long dark hair, wearing blue scrubs and dark shoes, is walking away from the camera down a long, brightly lit hospital hallway. The hallway has white walls, a light-colored floor, and a series of doors on both sides. A red stanchion with a red rope is visible in the foreground. The overall scene is captured in a slightly desaturated, teal-tinted color palette.

CLÉ 6 : ACCOMPAGNER LA TRANSITION VERS DES
STRUCTURES COLLECTIVES

CLÉ 7 : STIMULER LES STRUCTURES LIBÉRALES DE SANTÉ

CLÉ 8 : INVESTIR DANS LE NUMÉRIQUE EN VILLE

L'objectif est de ne plus raisonner sur l'offre mais de construire à partir des besoins de la population en prenant en compte l'évolution épidémiologique (poids très majoritaire de la prise en charge des maladies chroniques) et le passage à une organisation populationnelle et non plus de patientèle. 3 orientations se dégagent pour faire face à la tension de la démographie médicale et maintenir l'attractivité de la médecine libérale vers les jeunes :

- o Développer les mesures en faveur d'organisations médicales collectives,
- o Favoriser les usages numériques dans la pratique médicale,
- o Faire évoluer le statut des médecins et faciliter la mobilité de carrière.

3.1 / MESURES EN FAVEUR D'ORGANISATIONS MÉDICALES COLLECTIVES

Nécessité pour répondre aux attentes des jeunes, l'organisation collective doit s'inscrire en équipe pluriprofessionnelle afin de mieux coordonner les parcours patients et permettre de libérer du temps médical mais sans pour autant favoriser un transfert de tâches qui nuirait à la qualité du diagnostic et de la prise en charge médicale et va dans le sens d'une fracture de la population entre ceux qui auront accès à un médecin et les autres.

25. Favoriser les équipes de soins permettant une prise en charge collective du patient connu et orienté par le médecin :

- o Contre le transfert ou la délégation de tâches gérées directement par les autres professionnels de santé, nous privilégions la délégation du suivi du patient, pour lequel un diagnostic et une prise en charge ont été définis par le médecin,
- o Cela s'inscrit dans une démarche de plan personnalisé de santé (PPS), où le patient maîtrisé est pris en charge par une équipe en lien avec le médecin, qui continue à avoir un suivi plus espacé ou intervient en cas de dégradation de la situation clinique,
- o La délégation vers un autre professionnel peut concerner une partie du diagnostic technique,
- o Cette organisation permet de dégager du temps médical pour réduire les inégalités d'accès aux soins, elle ne laisse pas aux médecins que les actes complexes car en prenant de nouveaux patients, ils continuent à gérer des actes simples.

26. Faire évoluer le modèle économique et la réglementation de la prise en charge pluriprofessionnelle favorisant la délégation définie localement avec d'autres libéraux ou des salariés :

- o Revalorisation des actes, sous forme de bonus, pour le médecin qui s'engage dans une démarche d'embauche de personnels (assistant médical, infirmier ...) visant une augmentation de sa patientèle par délégation interne : cette revalorisation permet de pérenniser ces embauches,
- o Rémunération de « déléguant » pour le médecin prescripteur de la délégation à un professionnel libéral soit sous forme d'un acte spécifique, soit d'un pourcentage perçu sur la rémunération du professionnel délégataire (permettant de couvrir sa responsabilité médicale et le temps passé au suivi indirect).

27. Stimuler la création d'entreprise libérales de santé plurispécialités et pluriprofessionnelles multi-sites et pilotées par des médecins :

- o Poursuivre l'appui au développement de maisons de santé pluriprofessionnelles en favorisant les structures multi-sites réduisant la contrainte des murs et permettant l'adhésion de professionnels du territoire sans changer de locaux,
- o Soutenir le développement d'entreprises libérales non labélisées (type MSP) pour les généralistes et spécialistes qui favorisent une collaboration inter-spécialités et interprofessionnelle avec des projets visant à améliorer l'offre de soins et la prise en charge territoriale des patients,
- o Donner par la loi un droit de veto aux représentants médicaux des entreprises médicales ou structures privées ayant une capitalisation non médicale sur les décisions touchant l'organisation médicale et l'éthique (afin d'éviter une dérive de rentabilité financière de la prise en charge),

3.2 / FAVORISER LES USAGES NUMÉRIQUES

o Reconnaître le statut de médecin traitant à tous les médecins d'une maison de santé, ou d'une entreprise médicale (continuité du suivi du patient au niveau de la structure).

28. Accompagner financièrement l'implantation dans les territoires sous-dotés (zonage réalisé en concertation par le pilotage régional) :

o Privilégier le financement de plateaux techniques libéraux ou d'entreprises libérales de santé implantés dans ces territoires,

o Mettre en place un système de bonus d'un minimum de 60% de la tarification de l'ensemble des actes pour inciter à l'exercice dans ces territoires :

→ Bonus applicable à tous les médecins installés à 100% en zones désertifiées

→ Bonus applicable à tous les médecins qui réalisent 20% de leur activité dans un cabinet secondaire en zone sous-dense.

o Favoriser l'exercice des retraités de plus de 66 ans sur ces territoires avec un contrat permettant le cumul activité / retraite avec totale exonération de charges sociales et fiscales sur les revenus générés.

29. Valoriser la pénibilité de l'exercice sur certains actes :

o Défisicalisation des actes réalisés au-delà d'une volumétrie hebdomadaire (logique des heures supplémentaires) favorisant la prise en charge d'une patientèle importante ou la participation à la permanence des soins.

o Appliquer un majorateur de 15€ sur les actes réalisés en soins non programmés après régulation ou pas.

30. Engager une révision par l'Assurance Maladie de toutes les tâches administratives des médecins avec l'objectif de libérer du temps médical

31. Mettre en place un contrat thérapeutique avec les patients en ALD (devoirs et droits du patient) définissant les règles de prise en charge (RCP, Plan Personnalisé de Soins, ETP ...) et lui permettant de bénéficier d'une prise en charge à 100%.

David Gruson, expert en numérique et Intelligence Artificielle en santé, a clairement mis en avant dans ses préconisations la nécessité d'investissements publics en faveur du numérique en ville. La maturité des médecins libéraux sur le champ du numérique ressort positivement, il faut maintenant aider au développement des usages.

32. Renforcer les mesures stimulant la télémédecine :

o Accompagner les organisations territoriales de télémédecine et les rémunérations des paramédicaux pour favoriser les téléconsultations assistées,

o Utiliser la télé-expertise pour l'adressage vers le second et le troisième recours, permettant d'améliorer la pertinence des examens et des consultations tout en renforçant l'équité et le délai d'accès aux soins pour les patients (éviter les actes de spécialités inutiles et par là même renforcer l'accès pour les patients qui en ont besoin),

o Développer et mettre en place un modèle économique pour la télésurveillance.

33. Apporter un financement public en faveur du développement de solutions d'intelligence artificielle :

o Investissement auprès d'entreprises du marché ou d'acteurs non lucratifs sur la base de besoins validés par les professionnels de santé (collèges médicaux, sociétés savantes ...) et dans un cadre éthique imposé sur les algorithmes et la gestion des données,

o Favoriser les outils d'IA venant en appui aux professionnels sans perspective de se substituer à eux (garantir une qualité humaine de la prise en charge) dans les différents domaines :

→ Gestion administrative et relation avec les caisses (gestion devenue très chronophage),

→ Diagnostic et pertinence des actes,

→ Protocolisation des parcours de soins.

34. Investir dans l'accompagnement des médecins au changement des pratiques en faveur du numérique :

- o Intégrer la pratique de nouveaux outils nécessite un accompagnement du changement, l'évolution ou la mise en place de nouvelles organisations,

- o Cet accompagnement doit être financé (jusqu'alors, seul une aide financière à l'équipement est apportée mais les usages ne se développent pas).

35. Imposer l'interopérabilité des outils numériques entre eux sur la base des protocoles nationaux afin de faciliter l'usage de multiples outils et la transmission d'informations entre les équipes de soins.

3.3 / ÉVOLUTIONS DU STATUT DES MÉDECINS ET MOBILITÉ DE CARRIÈRE

Comme dans tout secteur d'activité, la mobilité est essentielle pour s'adapter aux évolutions professionnelles et sociétales. L'enjeu chez les médecins est de faciliter les évolutions de carrière, les changements d'implantation géographique et de supprimer les carcans administratifs entre les différents modes d'exercice (l'exercice mixte étant une pratique très répandue dans de nombreux territoires ruraux).

36. Unifier le statut des médecins quels que soient leurs modes d'exercice, en libéral ou salarié : statut mixte

- o Partie libérale sur les activités de prévention et de soins rémunérées à l'acte,

- o Pourcentage d'activité à honoraires libres dans le cadre d'un plan de carrière,

- o Partie salariée (avec couverture sociale associée) pour les activités transversales de coordination des parcours patient, de concertation, d'enseignement, de recherche.

37. Faciliter l'évolution de carrière dans la mutation d'exercice (libéral / salarié), de mobilité géographique, d'évolution de spécialités.

MonMedecin.org
www.monmedecin.org

Une plateforme complète de télé médecine et agenda pour favoriser l'usage de la télé médecine sur les territoires et améliorer l'accès aux soins

 **Téléconsultation, téléexpertise & agenda**

Simple, sécurisé et à partir de 30€ / mois 

 **Éthique, solidaire et conçu par les médecins libéraux**

Dans le respect de la déontologie médicale 



QU'EN DISENT LES EXPERTS ?

UN MODÈLE OBSOLÈTE ET UNE TRIPLE TRANSITION

La crise actuelle est liée à l'inadaptation du modèle suite à une triple transition.

La première est épidémiologique, avec le vieillissement de la population et l'essor des pathologies chroniques, détaille ainsi **Frédéric Bizard, Economiste de la santé, professeur à l'ESCP Europe et à Paris Dauphine.**

Le système de santé initialement conçu pour l'aigu est saturé, impliquant de trouver une organisation adaptée à la gestion du risque en santé.

Un besoin ressenti dans les territoires, puisque 83% des médecins ayant répondu au questionnaire de l'URPS de février dernier ont indiqué souhaiter un développement de la prévention.

La seconde transition est liée à la démographie médicale, avec la baisse des effectifs et l'évolution sociétale des jeunes générations qui aspirent à plus de qualité de vie.

En février dernier, les deux tiers des médecins ayant répondu au questionnaire avaient ainsi plébiscité une organisation plus collective, en priorité entre libéraux, et l'intégration des nouvelles technologies dans leurs pratiques.

Une attente qui s'inscrit pleinement dans le contexte actuel et la troisième transition auquel le système de santé doit faire face. Les perspectives ouvertes par l'IA en santé sont en effet vertigineuses, en particulier dans les champs du dépistage et de la médecine prédictive, explique **David Gruson, spécialiste de l'Intelligence Artificielle en santé et Fondateur d'Ethik-IA.** Reste à lever les freins économiques au développement et à se prémunir des dérives éthiques (via la garantie humaine) et commerciales.

UNE MAUVAISE ALLOCATION DES RESSOURCES ET UNE CRISE DE GOUVERNANCE

En effet, le système actuel traverse une crise d'efficacité. Avec 11,3% du PIB contre 9,9% pour la moyenne des pays de l'UE en 2018, la France dispose d'un haut niveau de dépenses en santé. Les indicateurs y sont pourtant inférieurs à la moyenne européenne. Les inégalités de santé n'ont pas réduit en 30 ans et l'espérance de vie sans incapacité des hommes stagne depuis 10 ans.

« En cause une mauvaise allocation des ressources » analyse **Frédéric Bizard**. La France sous-investit dans l'action sur les déterminants de santé et les innovations technologiques. 45% de la charge de morbidité dans le monde est pourtant attribuable à des facteurs accessibles à la prévention. Une politique efficace sur ce point permettrait de « neutraliser » l'effet démographique, souligne le chercheur. La prise en compte de l'environnement, des capacités et des connaissances en santé du patient devient alors fondamentale.

Piloté par une structure ultra-centralisée face à une myriade d'acteurs, le système de santé apparaît ainsi trop et mal régulé pour pouvoir s'adapter. Il est cloisonné, avec une segmentation entre financeurs et professionnels de santé, entre ville et hôpital, et entre secteurs médical, médico-social et social. « C'est adapté quand il s'agit de prendre en charge un épisode mais pas un parcours » critique le **Pr François Alla, Chef du service prévention du CHU de Bordeaux et président de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie**, qui a accompagné l'étude. Pour être efficace, ce virage préventif doit associer l'ensemble des acteurs de la prévention, poursuit-il. Une réforme de la gouvernance permettrait donc de rétablir la confiance entre les acteurs.

UNE REFORTE GLOBALE POUR UN VIRAGE PRÉVENTIF

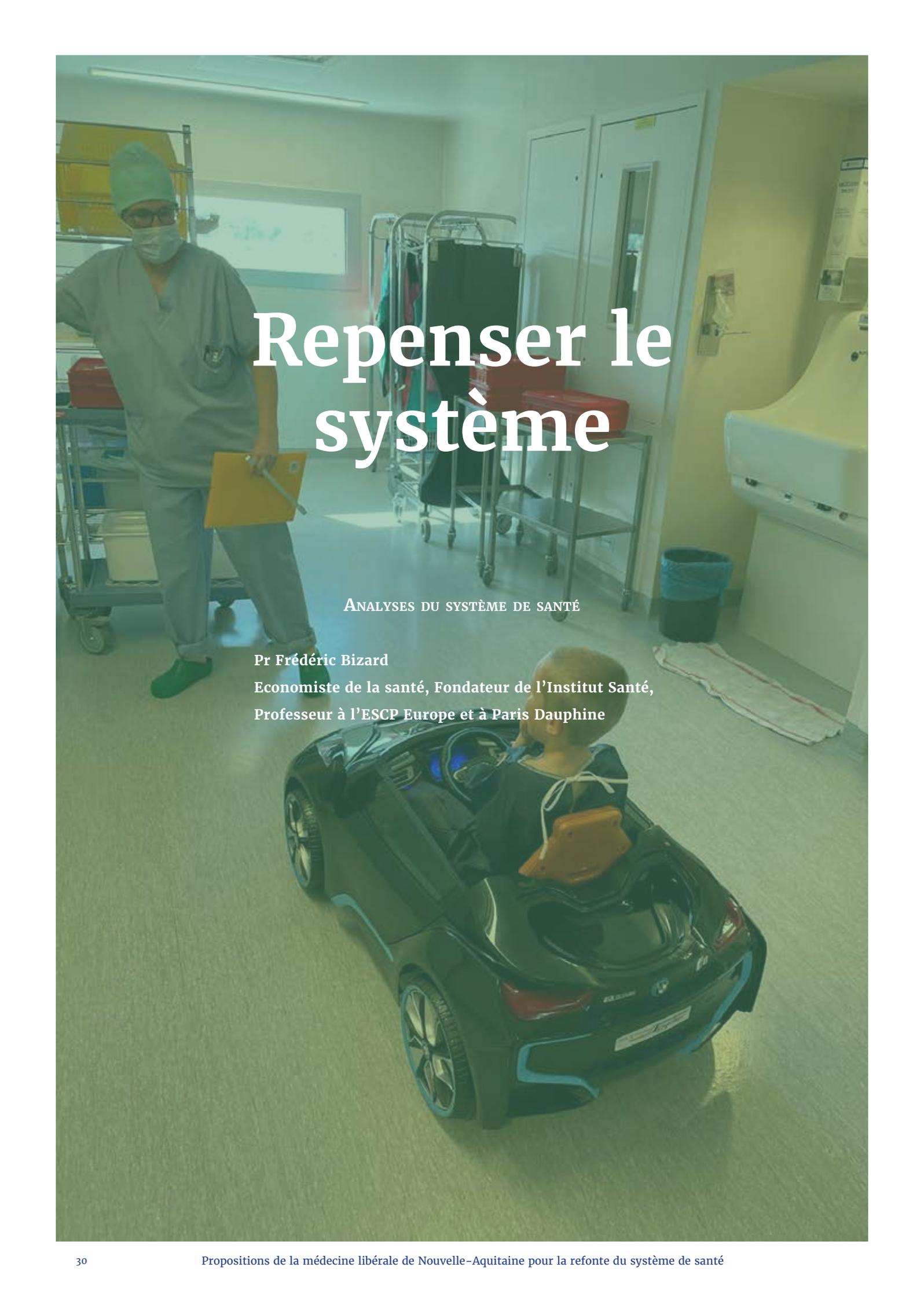
Face à l'échec des politiques de santé et des réponses budgétaires en "silo" sans réforme de fond, le constat est ainsi unanime : il est indispensable de réaliser une refonte globale du système de santé.

Il y a nécessité de repenser une gouvernance permettant l'organisation d'une politique de santé axée sur la gestion du risque long, concluent de manière chorale les chercheurs. Dans un contexte économique contraint, l'objectif est de mettre en place une stratégie intégrative de prévention s'appuyant sur les initiatives locales ainsi que de financer des programmes de recherche et d'évaluation basés sur l'effectivité et l'efficacité.

Cela implique donc une modification des lois de financement afin de se projeter à long terme et de permettre l'investissement sur les plateaux techniques et la technologie pour les acteurs de ville.

Cette réforme devra néanmoins se prémunir de deux écueils principaux : le risque d'une dérive étatiste et réglementaire encore plus forte dans un contexte de démographie médicale défavorable, et celui d'une privatisation financière et mercantile de la santé.

La contrainte ne fonctionne pas. La liberté d'installation et d'organisation est en effet primordiale pour 2 médecins sur 3. Et si 95% de médecins répondant au questionnaire jugent également nécessaire de revaloriser les actes, selon un rapport de la DRESS publié en décembre dernier, ce critère n'est cependant pas suffisant pour amorcer une réelle attractivité des territoires les plus en besoin. Convaincue que l'agilité, l'innovation et la performance sont les seules réponses pertinentes à la crise et ne peuvent être issues que du terrain, l'URPS ML NA, via ces propositions vise donc à favoriser l'innovation ascendante avec une gouvernance territorialisée. Cette restructuration capitalise donc sur les organisations en place en leur donnant un fonctionnement plus démocratique et partenarial.

A photograph of a hospital hallway. On the left, a nurse in white scrubs, a green surgical cap, and a face mask stands next to a metal cart, holding a yellow clipboard. In the foreground, a young child is sitting in a black toy car, driving away from the camera. The hallway has white walls, a white door, and a sink area on the right. The overall lighting is somewhat dim and has a slightly greenish tint.

Repenser le système

ANALYSES DU SYSTÈME DE SANTÉ

Pr Frédéric Bizard
Economiste de la santé, Fondateur de l'Institut Santé,
Professeur à l'ESCP Europe et à Paris Dauphine

1. POURQUOI FAUT-IL REPENSER NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ ?

Il est commun de parler de notre système de santé comme d'un système à bout de souffle, en fin de cycle... pour parler de la crise actuelle. Face à une abondance de moyens humains, technologiques et financiers, la crise généralisée à tous les secteurs du soin (ville, hôpital médico-social) est un énorme gâchis.

L'hôpital connaît une crise existentielle, caractérisée par des tensions sociales au paroxysme et un vrai problème d'attractivité. Les soins de ville souffrent d'une désertification médicale inédite, liée à un secteur libéral qui a été affaibli sans alternative viable ou supérieure en service rendu en ville. Le secteur médico-social n'a pas été structuré à la hauteur des besoins et des enjeux.

L'industrie pharmaceutique française a largement perdu de sa compétitivité, les patients ont même des difficultés à obtenir les médicaments courants en pharmacie du fait de pénuries des stocks. Le temps d'accès au marché pour les innovations thérapeutiques est significativement plus long que dans des pays comparables, tels que l'Allemagne.

La compréhension de la crise actuelle n'est pas un acte de contrition ou un excès de pessimisme, **c'est un passage obligé pour reconstruire un système performant et répondre à la triple transition de l'environnement.**

La crise actuelle est avant tout une crise liée à l'**inadaptation d'un modèle de santé** conçue dans un monde qui s'est profondément transformé et qui nécessite une autre approche stratégique, médicale et économique. La crise de notre système de santé est **multiforme**.

Quelles sont les composantes de cette crise multidimensionnelle ? Quels sont les changements structurels de l'environnement qui ont conduit à cet état de crise ? Enfin quel nouveau modèle de santé instaurer en France pour répondre aux principaux défis contemporains et ajuster le modèle au nouvel environnement ?

1.1 Les 4 crises du modèle actuel

1.1.1 Une crise d'efficacité

Un système de santé a vocation à optimiser l'état de santé de l'ensemble de la population, en réduisant les inégalités sociales, en maximisant la satisfaction globale des citoyens tout en maîtrisant le niveau des dépenses.

Avec un niveau de dépenses en santé de 11,3% du PIB contre 9,9% pour la moyenne des pays de l'UE 28 en 2018, la France dispose d'un haut niveau de dépenses. Nous verrons que la question n'est pas que la France dépense trop mais qu'elle dépense mal, avec une mauvaise allocation des ressources.

Malgré ce niveau de dépenses, la France n'a pas réduit les inégalités de santé depuis 30 ans, dispose d'une mortalité prématurée parmi les plus élevées d'Europe et a vu l'espérance de vie sans incapacité des hommes stagner depuis 10 ans.

C'est une crise d'efficacité si on en juge par l'évolution des inégalités sociales de santé et de l'espérance de vie en bonne santé. Malgré tous les progrès médicaux, notre pays n'a pas réussi à réduire les inégalités de santé entre les classes sociales et entre les territoires.

Pour les hommes encore aujourd'hui, **treize années d'espérance de vie séparent les 5 % les plus riches des 5 % les plus pauvres**. En 1980, l'écart d'espérance de vie entre un cadre et un ouvrier était de 6 ans, il est de 6,3 ans en 2018.

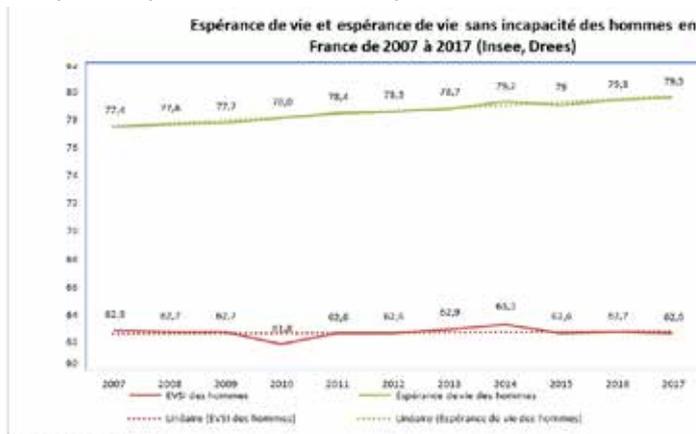
Tableau 1 : Ecart d'espérance de vie à 35 ans entre un cadre et un ouvrier depuis 1980

Espérance de vie des hommes à l'âge de 35 ans selon la catégorie sociale					
Unité : années					
	Hommes 1976-1984	Hommes 1983-1991	Hommes 1991-1999	Hommes 2000-2008	Hommes 2009-2013
Cadres sup.	41,7	43,7	45,8	47,2	49
Prof. interm.	40,5	41,6	43	45,1	46,7
Agric.	40,3	41,7	43,6	44,6	46,2
Artis., commerc. et chefs d'entrep.	39,6	41	43,1	44,8	46
Employés	37,2	38,6	40,1	42,3	44,9
Ouvriers	35,7	37,3	38,8	40,9	42,6
Inactifs	27,7	27,5	28,4	30,4	33,1
Ensemble	37,8	39,2	40,8	42,8	44,5
Ecart entre cadres sup. et ouvriers	6	6,4	7	6,3	6,4

Lecture : compte tenu des niveaux de mortalité mesurés entre 2009 et 2013, un homme cadre de 35 ans pourrait espérer vivre en moyenne encore 49 années, soit jusqu'à 84 ans au total.
Source : Insee - © Observatoire des inégalités

Ces inégalités sont largement dues aux déterminants non médicaux de santé (comportements individuels, revenus, environnement) dont notre système de soins (et non de santé) ne tient quasiment pas compte. Chez les hommes également en France, les gains d'espérance de vie depuis dix ans sont entièrement des gains de vie avec incapacité.

Graph 1 : Espérance de vie sans incapacité des hommes en France



Source : Drees, Insee

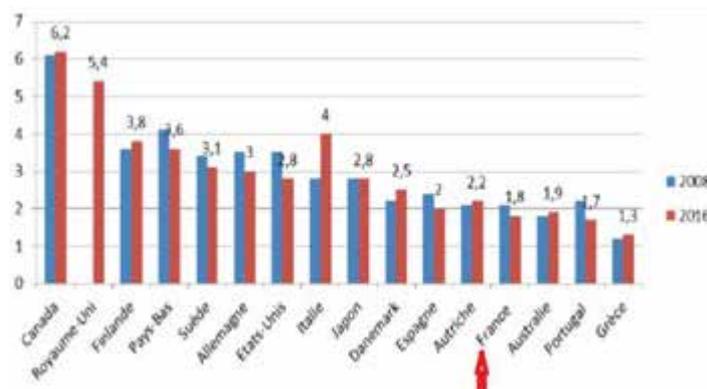
1.1.2 Une crise financière

C'est une crise de nature économique si on en juge par le déficit chronique de l'assurance maladie depuis 30 ans et par la mauvaise allocation des ressources malgré une dépense globale plus élevée de 1,4 point de PIB que la moyenne des pays développés.

La France sous-investit dans la prévention et l'action sur les déterminants de santé (1,8% des dépenses totales de santé), sous-investit dans les soins ambulatoires et les innovations technologiques en santé (2% dans les NTIC des dépenses de l'hôpital au lieu des 5% recommandés). En revanche, le système génère de nombreuses dépenses improductives, dont des dépenses administratives élevées : La France dépense 15,7 milliards d'euros en coûts de gestion de la santé, soit près de 6 % de l'ensemble de santé, un record en Europe (source : « Dépenses de santé 2018 », Drees 2019).

La concentration croissante des remboursements de l'assurance maladie sur les patients souffrant d'affections de longue durée (13 millions patients ALD en 2018) exige une transformation de l'architecture de financement.

Graph 2 : Part des dépenses de santé dans la prévention dans l'OCDE



Source : OCDE

L'assurance maladie est déficitaire sans interruption depuis 1988. Alors qu'un retour à l'équilibre était proche en 2019, avec un remboursement de la dette sociale terminée en 2024, la crise Covid est venue remettre en cause ce retour à l'équilibre avec un déficit de plus de 30 milliards d'euros en 2020. Hors impact Covid, l'assurance maladie est structurellement à nouveau déséquilibrée (de l'ordre 15 milliards d'euros du fait de certaines nouvelles dépenses, dont celles du Ségur de la santé de Juillet 2020).

1.1.3 Une crise de gouvernance

C'est aussi et surtout une crise de gouvernance dont les prémices de l'étatisation des soins sont apparues dès les ordonnances Juppé de 1996. La rupture par rapport au modèle de 1945, qui prônait une délégation de service public à une Assurance maladie pilotée par les représentants de ceux qui la finançaient, a été accélérée au moment de la loi HPST dite Bachelot de 2009.

Après avoir affaibli l'institution hospitalière en la sur-administrant et en éloignant les soignants du processus de décision, l'extension de la mainmise de l'État, via les agences régionales de santé, sur l'ensemble de l'offre de soins, a précipité le système dans un environnement ultra-bureaucratique.

Le système n'a pas de véritable pilote et agit avant tout par réaction aux événements. Cet excès de bureaucratie dans l'évolution du système, en particulier dans sa restructuration opérationnelle, asphyxie l'esprit d'innovation.

La centralisation de la gouvernance dans les mains de la technostructure induit un pilotage par des normes, souvent inadapté à la réalité médicale du terrain, qui fait perdre l'autonomie indispensable du personnel soignant dans la relation patient et dans l'organisation de son exercice.

Historiquement décentralisée dans les services pour les hôpitaux et dans la relation médecin patient (le colloque singulier) pour la ville, les lieux de décision (et de pouvoir) sont tous remontés **dans les mains de la technostructure**.

Cette étatisation sans élan et sans vision conduit à un système sans pilote **car les personnes qui dirigent le système ne sont pas celles qui ont la compétence, ni de santé publique, ni médicale ni économique**. Leur principale boussole est **comptable et budgétaire**, ce qui est rédhitoire dans une période nécessitant une refondation.

Cette évolution est contraire au besoin croissant de **démocratisation politique, sanitaire et sociale en santé qui nécessite de responsabiliser les parties prenantes** dans le pilotage opérationnel du système de santé.

1.1.4 Une crise de confiance

Enfin, c'est une crise de confiance qui s'est installée entre les acteurs, nourrie par la dégradation **des performances qui met sous tension toutes les composantes du système**. Que ce manque de confiance provienne de l'État, de l'assurance maladie, du personnel administratif, des professionnels de santé eux-mêmes, il bloque le fonctionnement d'un système basé sur la contractualisation entre les acteurs.

A titre d'exemple, Opinion Way mesure tous les ans pour l'Institut Solidaris la satisfaction des Français pour leur système de santé. En 2019, 61,6% des Français jugent le système de santé de bonne qualité, soit 8 points de moins qu'en 2018 et 60,2% estiment que le système est bien adapté à leurs besoins, soit 5 points de moins qu'en 2018.

La confiance dans les professionnels de santé libéraux est liée à leur indépendance professionnelle et à leur responsabilité individuelle.

La refonte des institutions et de la gouvernance visera à rétablir une pleine confiance entre les acteurs.

1.2 Un nouvel environnement depuis les années 2000 : La triple transition

Tous les systèmes de santé des pays développés font face à un bouleversement sans précédent de leur environnement de trois ordres : **démographique, épidémiologique et technologique**. C'est la triple transition d'un monde vers un autre, comme cela a été le cas à la Renaissance.

Ce triple choc extérieur touche tous les risques sociaux et donc tous les modèles en charge de les gérer. C'est pour cela que la refondation du système de santé s'inscrit dans une transformation globale du modèle social.

1.2.1 La transition démographique

La transition démographique correspond à un vieillissement de la population, c.-à-d. à une hausse significative de la part de la population des plus de 65 ans. Ce premier choc est historique dans son intensité et prend toute son ampleur entre 2010 et 2030. Cette période correspond à l'entrée des baby-boomers à un âge de 65 ans et plus. À partir de 2030, ces mêmes baby-boomers auront plus de 85 ans, ce qui va fortement intensifier le risque de dépendance en France.

Si le vieillissement de la population touche la plupart des pays de l'OCDE, son intensité est variable d'un pays et d'un continent à l'autre. Il est très soutenu dans l'Union européenne, où la part des plus de 80 ans est passée de 1,5 % en 1960 à 5 % en 2010 et sera de 11 % en 2050. En France, **la part des plus de 65 ans va passer, sur la période 2010-2050, de 17 % à 26 %**, sachant que les plus de 60 ans représenteront un peu plus d'un tiers de la population en 2050, contre moins d'un quart en 2010.

Grâce à un taux de natalité plus élevé que la plupart des autres pays développés, la France a une situation démographique plus favorable que d'autres pays, se caractérisant aussi par une espérance de vie longue. Ce choc démographique risque en effet d'évoluer vers un déséquilibre générationnel sans précédent dans certains pays dont la part de la population

de plus de 65 ans se rapprochera des 40 % en 2050. Ce sera le cas de l'Allemagne (33 %), de l'Espagne (36 %) et du Japon (39 %).

L'impact de ce vieillissement de la population sur le système de santé sera d'autant plus fort que les **pays n'adopteront pas la bonne stratégie de gestion du risque santé**. Tout dépendra **de la qualité de ce vieillissement** et de la capacité à faire évoluer les sources de financement des dépenses de santé. Le vieillissement en bonne santé, i.e. la capacité à maintenir le plus longtemps possible les individus en bonne santé devient une priorité nationale de santé publique tout aussi importante que l'accès aux soins pour tous.

Pour cela, le nouveau système de santé devra viser aussi bien les bien portants que les malades et donc passer d'une gestion du risque santé en aval (attendre que les personnes tombent malades) à une gestion en amont dès le plus jeune âge.

À la question des conséquences du vieillissement de la population sur les systèmes de santé, la réponse dominante se concentre sur un accroissement considérable des dépenses. En réalité, le levier principal des dépenses est lié à l'innovation thérapeutique qui, par un double effet de substitution et de diffusion, génère des hausses potentiellement fortes de dépenses. **L'impact du vieillissement dépend de sa qualité, i.e. de l'évolution de la morbidité associée à ce vieillissement.**

Seul un objectif **de compression de la morbidité** (ou d'allongement de l'espérance de vie en bonne santé) permet de « **neutraliser** » l'effet démographique. Ainsi, une politique efficace de santé sur les déterminants de santé est gagnant-gagnant pour toutes les parties. Elle permet une population en meilleure santé, des dépenses de santé maîtrisées tout en étendant les innovations, une économie plus prospère, une réduction des inégalités sociales de santé et un bien-être des citoyens plus élevé.

Pour les systèmes financés par une sécurité sociale historiquement assise sur les revenus des actifs, tels que l'Allemagne et la France, le deuxième impact du vieillissement de la population est un déséquilibre entre la source originelle du financement (les revenus des actifs) et la source

traditionnelle des dépenses (les séniors). Ce déséquilibre se traduit par un déficit chronique des comptes de l'assurance maladie.

Une extension de la base de financement s'impose donc pour compenser la baisse du ratio actifs/inactifs. C'est ce qui a été en partie réalisé en France en 2018 avec le transfert de 20 milliards d'euros des cotisations sociales qui reposaient uniquement sur les revenus du travail vers la contribution sociale généralisée (CSG) qui, comme son nom l'indique, repose sur une assise plus large de revenus, dont ceux liés au capital et aux revenus de substitution.

Cette évolution du financement est interprétée à tort comme justifiant la reprise en main de l'État des comptes et la fin de la démocratie sociale. En effet, le choix de la gouvernance de l'assurance maladie, avec un financement moins dépendant des cotisations, est un choix purement politique. Le financeur reste toujours le citoyen, et sa participation à la gouvernance du système est indispensable. **Il serait curieux de prétendre construire un nouveau système de santé centré sur le patient/citoyen et de l'exclure du pilotage de son financement.**

1.2.2 La transition épidémiologique

La deuxième transition correspond à une évolution tout aussi radicale liée à **la nature du risque**, dans le cas présent, la maladie (le chômage dans le travail ou la paupérisation des personnes âgées pour les retraites). **L'allongement de la durée du risque en santé, avec la dominance des pathologies chroniques, change la donne stratégique.**

Il s'agit du passage d'un risque aigu à un risque chronique avec la chronicisation des pathologies qui allonge sensiblement la durée du risque. Alors que le combat du XXe siècle était la lutte contre des pathologies dites aiguës, le combat du XXIe siècle porte sur les pathologies chroniques. Aujourd'hui, 80 % des personnes meurent de pathologies chroniques en France, comme dans la plupart des pays développés. A ce risque dominant chronique s'ajoute le risque pandémique dont la crise de la Covid19 est venue nous rappeler avec perte et fracas son acuité.

Cette chronicisation des pathologies est certes liée à la disparition de plusieurs maladies infectieuses, grâce aux vaccins notamment, mais aussi et surtout aux progrès thérapeutiques qui ont transformé des pathologies aiguës en pathologies chroniques. C'est le cas de pathologies cardio-vasculaires et d'un nombre croissant de cancers. L'évolution des modes de vie de plus en plus sédentaires favorise l'obésité – elle-même facteur de risque de pathologies chroniques comme le diabète – et les troubles musculo-squelettiques à des âges de plus en plus jeunes.

L'allongement de la durée du risque en santé induit une évolution du pilotage de ce risque de deux ordres : qui le pilote et comment le piloter ? Alors que, dans le précédent système, le pilote principal était l'offreur de soins, c'est maintenant le demandeur, le citoyen-patient. Seul un engagement maximum de ce dernier dans la gestion de son risque, qui nécessite une motivation, mais aussi des capacités suffisantes en termes de connaissances et de moyens, permettra une gestion efficace du risque en santé au XXIe siècle. Le nouveau modèle de santé doit donc être piloté à partir **des besoins de santé et non plus à partir de l'offre de santé**.

Une pathologie chronique bouleversera globalement la vie de l'individu, dès son annonce et pendant toute sa durée. Le patient chronique doit adapter son comportement, sa vie personnelle et sa vie avec les autres en adéquation avec l'impact de sa maladie. Seule une approche holistique de la personne permet une prise en charge efficace. L'optimisation du bien-être n'est possible qu'en prenant en compte les capacités individuelles de chacun, l'humanité de chacun. Une vision purement technico-scientifique qui fait du patient un objet de soin est inadaptée.

Nous avons évoqué avec la transition démographique la gestion du risque santé dès le plus jeune âge en amont de la maladie, visant au maintien en bonne santé le plus longtemps possible. La gestion d'un risque long en santé implique aussi de prendre en compte la qualité de vie des patients, leur mode de vie et leur entourage, dans la gestion de la maladie.

L'enjeu n'est pas seulement la qualité du parcours de soins, s'assurer que le patient suive un protocole personnalisé de soins, mais aussi la qualité de vie des patients pendant ce

parcours. Outre la prise en charge médicalisée des patients, la prise en compte de l'environnement des personnes et de leurs capacités individuelles devient fondamentale. C'est une autre dimension de l'approche personnalisée qui n'est pas que médicale.

Cet allongement du risque exige ainsi une personnalisation de la prise en charge du risque santé alors que le modèle du XXe siècle était largement uniforme et massifié. Sur la médecine 4 P (Préventive, Personnalisée, Participative, Prédicative) du concept du médecin américain Lee Hood, les deux transitions évoquées induisent 3 P sur 4, le dernier P (Prédicative) étant apporté avec la troisième révolution.

1.2.3 La transition technologique

Si les deux premières transitions concernent la demande de santé, la troisième concerne l'offre, avec une révolution technologique qui va considérablement améliorer l'arsenal thérapeutique (comme la génomique et les thérapies cellulaires), la pertinence des prises en charge (comme l'intelligence artificielle), la productivité des offreurs de soins et les capacités de la demande (numérisation, génomique).

Les révolutions technologiques applicables au secteur de la santé telles que la numérisation des données, le big data, l'intelligence artificielle ou les neurosciences repoussent les frontières de ce qui semblait possible en médecine à la fin du XXe siècle. C'est la confluence de plusieurs révolutions (dite hyper révolution) qui fait de la santé un des secteurs les plus stratégiques au XXIe siècle en matière d'innovations et de potentiel de développement économique associé. La souveraineté et la puissance des nations sont aussi en jeu si on tient compte de la maîtrise des données de santé, des sources d'approvisionnement et de fabrication des futures innovations thérapeutiques.

Si la révolution génomique a été permise par la découverte de l'ARN et de l'ADN au cours du XXe siècle, ce sont bien les innovations technologiques, notamment en informatique et en électronique, qui ont conduit au séquençage de l'ADN, à la lecture puis à l'écriture du génome. Si elle ouvre le champ des possibles en médecine comme aucune autre révolution avant elle, faisant fantasmer les transhumanistes d'une victoire

possible sur la mort, la révolution génomique nécessite une régulation éthique particulièrement efficace. Cette nouvelle régulation, qui s'applique aussi à la maîtrise budgétaire, implique de repenser les institutions de régulation en conséquence.

Cette transition technologique est le support du passage de l'ancien vers le nouveau monde. Elle doit permettre au nouveau système de santé de gérer avec succès les nouveaux enjeux, dont les transitions démographique et épidémiologique.

Les technologies peuvent être mal utilisées et générer une forme d'objectivation du patient ou au contraire permettre une prise en compte plus subjective, plus efficace dans l'optimisation de la qualité de vie de chacun. L'intégration des progrès technologiques dans le système est à réaliser en plaçant l'humain au cœur des transformations, aussi bien du côté soignant dans ses conditions de travail, dans sa relation avec le patient, que du côté patient dans son bien-être.

C'est le grand paradoxe de la situation actuelle de notre système de santé qui, malgré des innovations technologiques sans précédent, n'en fait pas bénéficier pleinement les parties prenantes et se trouve dans une situation de crise. Le progrès technologique ne se traduit pas suffisamment en progrès social. La modernisation des hôpitaux s'est ainsi traduite en France par une dégradation des conditions de travail des soignants et une perte d'attractivité des postes.

2. CONSTRUIRE LE NOUVEAU SYSTÈME DE SANTÉ

2.1 Une nouvelle approche de la santé

La santé est considérée dans le modèle actuel de santé dans sa dimension restrictive d'absence de maladie et comme une source de dépenses pour la Nation. Le nouveau modèle de santé incarnera une nouvelle approche de la santé qui va être considérée **comme une source de création de richesse, de réduction des inégalités sociales, de bien-être social et de rayonnement pour la France à l'étranger (soft power).**

La santé contribue à hauteur de 10,5% à la création de notre PIB chaque année et représente plus de 2,2 millions d'emplois, non délocalisables pour la plupart. C'est un secteur source d'innovations technologiques considérables qui mobilise chercheurs, start-ups et industries de pointe. Notre système de santé du XX^{ème} siècle a été très performant et réputé en partie grâce au dynamisme de notre recherche et de nos industries de santé. Le déclin industriel de la France a accompagné le déclin de notre système de santé. Il est capital de redevenir parmi les plus compétitifs au monde dans ce secteur industriel.

Cet affaiblissement de notre recherche et de notre industrie, constaté avec les vaccins anti-Covid 19, a affaibli la force diplomatique de la France dans le monde par rapport à notre rayonnement sanitaire. Cette dimension géopolitique de la santé est à prendre en compte dans le nouveau modèle.

La nouvelle approche de la santé sera aussi holistique, axant la notion de santé à partir de ses déterminants médicaux et non médicaux. Comme l'indique la définition de l'OMS, la santé est « *un état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement une absence de maladie et/ou d'infirmité* ».

2.2 Une nouvelle stratégie de gestion du risque

D'abord, c'est une nouvelle approche culturelle de la santé qui est à entreprendre. La santé est traditionnellement vue comme une source de dépenses publiques de soins. Dans le nouveau modèle, elle est considérée comme une source

de bien-être social, de réduction des inégalités sociales, de développement économique, d'autonomie et de dignité des personnes et de pouvoir géopolitique. En bref, la santé est vue comme un renforcement du capital humain et un potentiel d'innovation technologique à saisir. Ceci change radicalement la place de la santé dans la société et en politique.

Ensuite, trois évolutions stratégiques majeures dans la gestion du risque ont permis de construire ce nouveau modèle.

Du soin à la santé : la considération holistique de la santé (la santé globale) induit un modèle qui est au service de la santé des bien portants tout autant que de celle des malades. La prise en compte des déterminants de santé non médicaux, en plus des déterminants médicaux, étend le champ d'actions du système de santé et impose une approche transversale aussi bien sur le plan politique que scientifique. Elle induit aussi l'utilisation plus exhaustive de certains acteurs comme les collectivités territoriales, à travers une politique de décentralisation de certaines missions de santé publique.

Ce premier pilier génère un avantage comparatif par rapport au modèle de 1945 à travers la capacité de réduire les inégalités sociales de santé et d'augmenter l'espérance de vie en bonne santé grâce à la politique de santé. Nous passons du principe **du soins pour tous de 1945 à celui de la santé pour tous**. Une réorganisation du triptyque gouvernance-financement-organisation s'impose pour accompagner ce virage vers le capital humain en santé.

De l'offre à la demande : le système actuel est piloté à partir de l'offre de santé, le nouveau modèle le sera à partir de la demande, installant l'individu, l'utilisateur en son centre. Cette demande se traduit en termes de besoins de santé et induit un **système fondé stratégiquement sur une approche populationnelle et préventive et non plus sur le soin**. Il induit une territorialisation aboutie de la santé (avec un territoire identique pour tous les soignants) pour répondre de façon personnalisée aux besoins de santé de chacun et adaptée aux territoires.

Cette approche par la demande répond à l'exigence de personnaliser la réponse aux besoins individuels de santé et de prendre en compte l'environnement social et familial des personnes. A titre d'exemple, un contrat thérapeutique est élaboré avec chaque patient souffrant d'une affection

de longue durée afin de créer un écosystème personnalisé de ressources humaines, techniques et technologiques pour gérer le parcours du patient. Un budget personnalisé de santé est aussi mis en place pour ces patients. L'accès pour tous aux innovations technologiques est un des défis relevés par cette évolution, ce qui nécessite de réarmer notre recherche médicale et de repenser la gouvernance des produits de santé.

De l'étatisme à la démocratie sanitaire et sociale : un système centré sur l'individu usager et sa santé globale exige un processus de démocratisation avancée. Cet individu capable, informé et responsable de sa santé devient un acteur à part entière du système de santé. A titre d'exemple, les usagers et les patients acquièrent un statut de professionnel de santé dans le nouveau modèle, en tant que représentant, formateur, pair-aidant ou médiateur de santé. La démocratisation des institutions de gouvernance, dont la sécurité sociale et les établissements de santé, redonne une réelle capacité de décision et d'organisation des soins aux professionnels de santé, dans le cadre défini par la politique de santé nationale.

2.3 Une base philosophique nouvelle : l'autonomie solidaire

Toute refonte du modèle social doit s'appuyer sur une philosophie, une conception de l'individu et de la société, comme ce fut le cas pour la sécurité sociale en 1945. Pour répondre au changement de l'environnement, nous avons créé le concept d'autonomie solidaire en protection sociale et l'avons décliné dans toutes les composantes du nouveau modèle de santé.

Ce concept prend en compte l'évolution de l'individu anonyme et abstrait vers un individu singulier et unique, à la recherche d'égalité réelle et d'autonomie, de reconnaissance et de dignité, même quand il est en situation de faiblesse et de vulnérabilité. **C'est un individu capable de développer ses potentialités tout au long de sa vie et c'est cette capacité qu'il faut protéger dans le nouveau modèle social.**

C'est une nouvelle forme de solidarité qui vient irriguer la protection sociale du XXIème siècle, plus active que dans le modèle de 1945, assise sur le solidarisme et le concept de justice sociale. Elle garantit que le nouveau modèle renforcera la capacité d'actions de chacun, y compris les plus

défavorisés, pour gérer de façon autonome leur risque santé. Ceci est rendu possible par la nouvelle stratégie qui part des besoins de santé, de la santé globale et respectent les choix et aspirations individuels.

Ce nouveau modèle est bien un modèle français car il renforce des fondamentaux existants comme le libre choix de son professionnel de santé, les droits et devoirs, l'égalité des chances, le financement solidaire et l'indépendance professionnelle des soignants. S'il est d'inspiration française, il a une vocation universelle car il relance la vision humaniste et autonome pour tous de la révolution. Cette autonomie n'est pas un repli sur soi mais « un respect pour l'humanité » comme le disait Rousseau.

2.4 Un contrat thérapeutique pour les patients chroniques

L'expansion des pathologies chroniques en France et dans l'ensemble des pays développés est un véritable fléau sanitaire, économique et social. En 2019, 13,4 millions de personnes bénéficiaient du dispositif des affections de longue durée (20 % de la population), contre 10,1 millions de personnes en 2009 (15,5 % de la population), soit une hausse de 32 % en dix ans. Ainsi, la prévalence des patients en affections de longue durée (ALD) augmente plus de 10 fois plus vite que la population française (+ 3,2% vs + 0,3% par an). La hausse de facteurs de risques tels que l'obésité et la sédentarité sont deux déterminants clés de cette hausse.

Ce contrat thérapeutique est un outil concret de l'instauration de l'autonomie solidaire. Nous avons vu auparavant son implantation sur la santé globale, nous le voyons ici au cœur du soin. Ce contrat sera conclu entre le patient, le coordinateur médical et l'assurance santé au début de la prise en charge de chaque Affection de longue durée. Il s'inspire de ce qui a été installé dans le parcours de soins en oncologie au cours des plans cancer qui ont conduit, entre autres, à l'instauration des plans personnalisés de santé et des réunions de concertation pluridisciplinaires. Ce contrat est une formalisation contractuelle des outils en place en oncologie et son extension à l'ensemble des affections de longue durée, tout en les adaptant à leurs spécificités.

Le contrat comprendra le plan personnalisé de santé, les droits et devoirs des patients, les informations essentielles sur la pathologie et les objectifs à atteindre au cours de la prise en charge. Le patient demeurera libre du choix de son référent médical pour la coordination mais la contractualisation avec l'assurance santé et le coordinateur choisi sera obligatoire pour obtenir le remboursement à 100%. Ce contrat thérapeutique visera à concevoir un écosystème humain, scientifique et technologique le mieux adapté possible à la problématique du patient chronique.

Il permettra d'énoncer clairement les droits et devoirs du patient et les principaux enjeux de sa prise en charge. Il garantira aussi que les moyens proposés soient en adéquation avec les besoins et les capacités des patients. Il conduira à une personnalisation plus poussée de la prise en charge. Il donnera plus de pouvoir, de capacités aux patients pour lutter contre la maladie et laissera sa juste place à l'éducation thérapeutique, par l'intermédiaire d'un intervenant en éducation thérapeutique dont le rôle sera défini dans le contrat.

Le contrat prévoira également un accompagnement « *promotion de la santé* » basé sur l'éducation à la santé pour donner au patient les moyens de faire des choix responsables et favorables à sa santé. En réduisant l'asymétrie d'information entre le soignant et le soigné, il améliorera sensiblement la relation très imparfaite qui existe naturellement en santé entre l'acteur principal (le patient), un individu souvent mal informé, et l'agent (le médecin), qui détient l'information.

L'équipe de coordination sera constituée par le référent médical, qui sera généralement le médecin traitant ou un médecin spécialiste en fonction du contexte. Elle sera composée des professionnels de santé nécessaires à la prise en charge, avec systématiquement la présence d'un infirmier de coordination, d'un pharmacien et d'autres personnels en fonction des besoins. Un référent digital sera aussi partie prenante de l'équipe afin d'assurer la compilation de toutes les données administratives et médicales et pour participer à l'évaluation des résultats. Ce référent digital et administratif sera en étroite relation à la fois avec l'équipe médicale et l'assurance santé.

2.5 Pour un service public territorial de santé

La première réforme structurelle pour passer d'un modèle à un autre est organisationnelle.

Reconstruire un système de santé à la française revient à réinventer un service public de santé qui **intègre l'ensemble acteurs publics et privés du système** et qui renforcent les valeurs fondamentales du modèle originel : liberté de choix de son professionnel de santé et de son établissement, égalité des chances, indépendance des professionnels de santé, financement solidaire au cœur du système.

Nous proposons une version aboutie de la territorialisation de la santé conduisant à la mise en place **de 450 territoires de santé de 150 000 habitants en moyenne**, conçus à partir des bassins de vie et de l'existence d'une offre de premier, second et troisième recours. Ce territoire de santé est commun à tous les professionnels de santé, des 3 secteurs du soin, c'est un territoire **conçu pour le citoyen**, pour répondre à ses besoins de santé. C'est une **simplification administrative** et un décloisonnement par rapport à l'organisation actuelle : ces territoires de santé remplacent les GHT, CPTS... qui ont été pensés pour les PS, pas pour les citoyens.

Le seul service public reconnu par les pouvoirs publics aujourd'hui est l'hôpital public. Cela découle de la structuration juridique, organisationnelle du système de santé qui a été fondé en 1958. Les lois de Roland relatives au service public sont la continuité, la mutabilité, l'égalité. L'hôpital n'y répond plus, en tout cas seul, et l'évolution vers le service public territorial semble nécessaire et logique. Ce dernier pourrait reposer sur un système mixte public-privé, constitué de trois pôles : soins courants, pathologies chroniques, prévention et maintien en bonne santé.

Ce territoire de santé est doté de **missions de santé publique et de soins**, délivrées aussi bien par les professionnels de santé publics que privés. Il est piloté **par un groupement territorial de santé**, qui a la responsabilité de ce service public. Ce groupement n'est pas **un espace administratif supplémentaire mais un espace de débat, d'échange, de dialogue et de décision entre toutes les parties concernées par les sujets de santé**, dont les élus locaux, les représentants

des libéraux et de la fonction publique, des associations de patients, des institutions sanitaires comme les Conseils Départementaux de l'Ordre.

C'est dans ces territoires de santé que les missions de SP et de soins sont optimisées : la question des déserts médicaux, le développement de l'universitarisation de la médecine de ville, la permanence des soins en associant hospitaliers et libéraux, le pilotage du contrat thérapeutique que nous proposons pour maîtriser les dépenses ALD tout en améliorant la prise en charge.

Le nouvel hôpital est ancré dans ce territoire de santé. D'autres mesures spécifiques à l'hôpital sont nécessaires : une gouvernance remédicalisée et décentralisée en interne, une nouvelle gestion des carrières dans la fonction publique (évolution des ordonnances Debré), un renforcement de la formation continue, une évolution du statut PU-PH centré sur 2 valences plutôt que 3, une recherche centrée sur des centres de référence internationale, un enseignement interne mais aussi tête de pont pour collaborer avec la ville.

2.6 Pour une nouvelle gouvernance de la santé

Face aux 3 nouveaux piliers stratégiques, il faut y associer une gouvernance claire et solide, i.e. une répartition des rôles entre l'État, la sécurité sociale et les CT. On a défini dans une vidéo précédente sur le SPTS que les acteurs de santé avaient cette délégation de gestion des territoires de santé.

L'État définit une politique nationale de santé, présenté au Parlement sous la forme d'un nouveau dispositif : **une loi d'orientation et de programmation sanitaire à 5 ans**, les objectifs de SP, le plan d'actions, le budget de dépenses et d'investissements sur cette période. Le rôle de la démocratie représentative est ainsi renforcé dans ce nouveau modèle. Il faut combler la faiblesse institutionnelle de l'État, avec la kyrielle d'agences dont beaucoup se font concurrence sur les mêmes missions, nous proposons la fusion des multiples agences de SP dans une **agence nationale de santé publique unique**, déclinée à l'échelle régionale par les **ARS existantes qui deviennent des ARSP**. Les ARSP sont dirigées par des professionnels de santé publique, on en fait des **machines de**

guerre de santé publique. Le ministère de la Santé doit avoir un pouvoir politique plus fort que l'existant, il est secondé par un secrétaire d'Etat à la santé publique, qui est un expert de SP, sous la tutelle du MS ET de Matignon pour les questions interministérielles.

La sécurité sociale, l'Assurance maladie, renommée Assurance Santé, est le pilier de la gouvernance unifiée des soins et voit sa gouvernance interne revisitée pour faire vivre la démocratie sanitaire et sociale. Le paritarisme des Conseils des Caisses est remplacé par un vrai Parlement citoyen, aux échelons national, régional et local. C'est le premier volet d'un nouveau projet politique autour de la sécu que nous proposons, dans la continuité de l'esprit du modèle de 45 mais en rupture avec l'étatisation généralisée de toute la gouvernance, dont on est obligé de constater l'échec aujourd'hui. Les outils de démocratie sanitaire et sociale créés depuis 20 ans (CNSA, CRSA, CTS) sont remis à jour et utilisés dans le nouveau modèle.

Un mouvement de décentralisation en santé est proposé pour rendre plus efficaces certaines politiques publiques. Le département est le bon échelon pour les actions de santé publique de maintien en bonne santé comme la santé scolaire et la santé au travail.

Vous n'aurez jamais de prévention dans ce pays en conservant le système actuel centralisé : il faut des opérateurs locaux.

La région est une collectivité territoriale d'Investissement et de stratégie : gestion de la démographie médicale, des investissements dans les équipements lourds hospitaliers, une gestion régionale des hôpitaux avec la Présidence de l'ARSP (ce qui rend le politique régional comptable de la stratégie).

2.7 Un nouveau financement de la santé

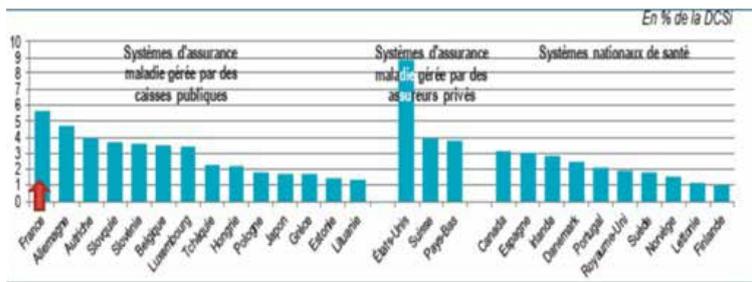
Le nouveau projet politique autour de la sécu se poursuit par un changement de l'architecture de financement où nous passons à un financeur assurantiel solidaire unique par prestation de santé. La sécu redevient le seul financeur assurantiel pour l'essentiel des prestations de santé, ce qui va considérablement réduire les dépenses de santé : baisse d'un tiers des 16 milliards € par an de coûts administratifs, sur les 10 milliards d'euros de pertes de recettes pour l'Etat (niches fiscales et sociales) c'est au moins 7 Mrds€ qui seraient recouverts et c'est 10 Mrds de financement par les entreprises qui sont évitables. Des économies qui sont redistribuées dans le nouveau système.

Le débat lancé en 2021 par le Gouvernement (La Grande sécu ou comment adapter notre système de sécurité sociale- Pre-rapport de Hcaam - France info- 19/12/2021) sur l'instauration d'une Grande Sécu est révélateur de la maturité politique d'une réforme de l'architecture du système de financement. Sauf à remettre en cause les fondamentaux du modèle français en santé (et d'aller vers un modèle à l'anglaise ou à l'américaine), **il existe une seule voie d'évolution du financement à l'échelle macro-économique en santé.**

Notre système de financement à deux étages quasi généralisés sur l'ensemble des services de santé renchérit considérablement le coût du financement, affaiblit la qualité de la couverture du risque et en fait un système peu redistributif dans sa composante complémentaire.

Les coûts administratifs du système sont les plus élevés au monde après celui des USA, avec des coûts administratifs de plus de 15 milliards d'euros en 2018, soit 5,6% des dépenses totales contre 2,8% en moyenne dans les pays développés.

Graph 3 : Coûts administratifs des systèmes de santé



Source : Drees Les dépenses de santé en 2019, Edition 2020
 Note : Les groupes de pays mentionnés dans le graphique sont classés en fonction du système d'assurance dominant. Rien n'empêche que dans un même pays plusieurs systèmes puissent coexister. La DCSt est la dépense courante de santé au sens international. Elle correspond à la consommation finale de services sanitaires et de biens médicaux, qu'ils soient individuels (comme une consultation médicale) ou collectifs (comme une campagne de prévention). Elle exclut tout ce qui n'est pas de la consommation, notamment les dépenses d'investissement ou les revenus de remplacement (comme les indemnités journalières), la DCSt est le seul agrégat harmonisé au niveau international.

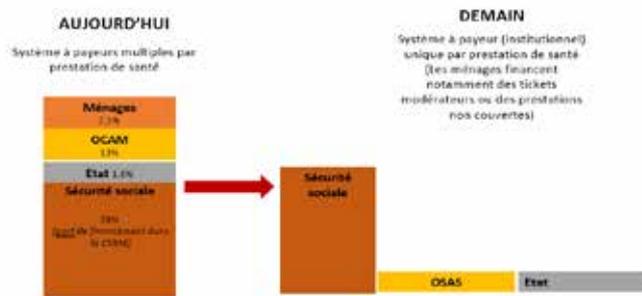
Afin de baisser les coûts de gestion de notre système de financement, d'en améliorer l'efficacité et l'équité, une nouvelle architecture de financement s'impose et se structurera à partir du principe d'un seul assureur par prestation de santé. Aujourd'hui, l'Assurance Maladie finance 78% de la consommation de soins et biens médicaux contre une part de 13,2% pour les assureurs privés. Ces derniers sont présents dans la quasi-totalité des secteurs du soin pour financer les tickets modérateurs et une partie des honoraires libres.

Ce changement entraîne/ permet plusieurs réformes indispensables : revalorisation des actes aux coûts de la pratique et aux coûts de la vie, processus dynamique de remise à jour de ces actes en quantité et en valeur, diversification des modes de paiement...

Les assureurs privés deviennent des assureurs supplémentaires sur les 4 paniers où ils sont majoritaires aujourd'hui, selon une logique mutualiste. Les menaces existentielles des assureurs

Le passage à un financeur unique par prestation de santé nécessite de décroiser les paniers de services en distinguant ceux qui sont financés par la sécurité sociale de ceux financés par les assureurs privés. Ces derniers deviennent des **organismes d'assurance supplémentaire d'assurance santé (OSAS)** et non plus complémentaires (OCAM).

Schéma 1 : Evolution du système de financement dans le nouveau modèle



Source : Institut Santé - Frédéric Bizad

Concernant les champs de prise en charge de l'assurance privée supplémentaire, ce sera essentiellement les secteurs pour lesquels ils sont aujourd'hui majoritaires dans le financement : l'optique, les prothèses dentaires, les prothèses auditives et les médicaments à service médical rendu faible. La prise en charge en Allemagne des prothèses dentaires et des transports sanitaires par les assureurs privés est un exemple de répartition des paniers de soins.

Les quelque 450 organismes d'assurance santé qui exercent sur le marché de la santé devraient commercialiser un contrat homogène standard qui garantisse un niveau de prestations minimum défini par les Pouvoirs publics. Ce contrat servirait de référentiel pour le marché en termes de prix, de garantie et de services. Chaque assureur commercialiserait ce contrat, avec la liberté de proposer toute autre garantie en plus de ce référentiel. Ils seraient incités à financer des services de prévention et de promotion de la santé, dont des services de e-santé, pour se différencier de la concurrence.

Ce financement supplémentaire par les assureurs privés serait structuré **selon une logique mutualiste solidaire à affiliation individuelle uniquement.**

Pour appliquer cette nouvelle architecture, il sera indispensable de **fixer des tarifs reflétant la réelle valeur des actes et d'avoir une gestion dynamique des prestations remboursées pour prioriser l'innovation.**

La nouvelle architecture de financement conserverait la logique du ticket modérateur qui compose le modèle français depuis 1945, dont le montant est à redéfinir en fonction des prestations de santé concernées (probablement autour de 10%). En revanche, ce ticket modérateur ne serait plus remboursable par un assureur et serait à la charge des patients, pour jouer son rôle originel de modérateur de consommation de soins. Toutes les conditions d'exonération de ce ticket modérateur – affections de longue durée, faibles revenus, grossesse... – seraient conservés.

Un bouclier sanitaire serait instauré pour éviter tout renoncement aux soins pour des raisons financières. Mis en place en 2004 en Allemagne, il consiste à plafonner le reste à charge pour les ménages à 2% de leur revenu brut annuel, sur l'ensemble des prestations de santé servies sur 12 mois.

Sur le plan du pilotage des dépenses de santé, la révision de l'ONDAM donne la constitution d'un ONDAS construit partir de l'évaluation des besoins de santé, donc à partir des déterminants de la croissance des dépenses (ALD, soins courants, prévention) avec une part du budget territorialisé pour adapter les moyens aux besoins spécifiques de certains territoires. Les modes de paiement en ville, à l'hôpital comme au domicile sont diversifiés pour être adaptés aux missions accomplies.

Diversification des modes de paiement : chaque mode de paiement doit être adapté à l'acte financé : *le paiement à l'acte* pour les actes programmés, dont on peut estimer avec précision les coûts de production ; *le paiement au forfait* pour la coordination des parcours des patients chroniques (comprend des tâches multiples) ou des missions de santé publiques (permanence des soins) ; capitation ajustée pour la prévention primaire.

L'avenir doit être pensé maintenant et de façon collégiale : si une réadaptation du modèle à son environnement est à mener avec les pouvoirs publics à l'échelle macro, c'est aux acteurs du terrain de prendre en main cette réforme à l'échelle micro.



Virage préventif

ANALYSES DU SYSTÈME DE SANTÉ

Pr François Alla
Chef du service Prévention du CHU de Bordeaux,
Président de la CRSA (Conférence Régionale de la Santé
et de l'Autonomie)

1. CONSTATS SUR LES TENDANCES ET ENJEUX POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ

Notre système de santé est à la croisée des chemins

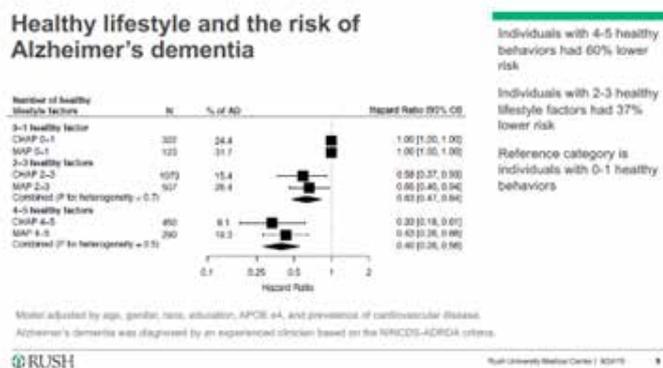
Le contexte change sur de nombreux paramètres. D'un côté nous faisons face à une transition épidémiologique et un vieillissement de la population. En même temps une révolution digitale s'opère accompagnée d'importantes innovations technologiques mais qui à elles seules ne permettent pas de répondre aux changements des attentes sociales. **Les performances sont mitigées**, notamment en termes d'inégalités sociales et territoriales de santé qu'il s'agisse d'accès aux soins comme en termes de résultats. Surtout, **l'organisation et la régulation ne sont pas optimales** avec une myriade de décideurs, d'acteurs, de différents niveaux territoriaux. De réelles questions se posent sur des critères d'efficacité, de qualité et d'efficience. Enfin la capacité d'adaptation est faible, que ce soit de manière structurelle comme pour gérer des crises sanitaires (nous en avons eu une démonstration au cours de la crise covid).

La France est riche de réussites en santé. Son système était classé numéro 1 par l'OMS en 2000 et certains indicateurs de santé restent favorables : la qualité des soins, l'accès aux soins (malgré une dégradation due à des problèmes d'organisation) et l'espérance de vie à la naissance ou à 65 ans est parmi des meilleures du monde (notamment chez les femmes). **Mais ses faiblesses n'en sont que plus marquantes.** La mortalité prématurée est très élevée : elle représente environ 20% des décès. Surtout, la mortalité évitable par la prévention primaire est la plus élevée pour les hommes, la troisième la plus élevée pour les femmes (parmi 16 pays européens). L'espérance de vie sans maladie chronique est inférieure à la moyenne européenne : en France nous vivons de plus en plus vieux mais les années « gagnées » ne sont pas des années de vie en bonne santé. Enfin les marqueurs indiquent de profondes inégalités sociales et territoriales de santé : l'écart d'espérance de vie à 35 ans entre cadres supérieurs et ouvriers est de 6 ans pour les hommes et de 3 ans pour les femmes.

Il s'agit d'une « double peine » avec une vie plus courte et plus d'années en incapacité : le taux d'espérance de vie sans incapacité des hommes est de 60% pour les ouvriers versus 73% pour les cadres supérieurs, et pour les femmes de 55% vs. 70%.

Nous disposons d'un excellent système de soin mais les politiques de prévention sont suboptimales : « En mesurant l'impact des politiques de prévention menées en France, la Cour a pu constater que les résultats obtenus sont globalement médiocres, et ce, malgré un effort financier comparable à celui des pays voisins. » (Rapport de la Cour des Comptes, 2021).

Dans le monde 60% des décès et 45% de la charge de morbidité sont attribuables à des facteurs accessibles à la prévention : alcool et autres drogues, tabac, alimentation, hypertension artérielle, surpoids et obésité (GBD Study 2016). Une autre étude illustre que l'absence des facteurs de risque cardiovasculaires classiques (activité physique, contrôle du cholestérol, alimentation saine, suivi de la tension artérielle, perte de poids, réduction du sucre, arrêt du tabac) réduisait de 60% le risque d'apparition de la maladie d'Alzheimer.



Nous avons pourtant à relever le défi de la transition épidémiologique. Nous avons migré des maladies aiguës vers les maladies chroniques : en 1906, les maladies infectieuses représentaient la première cause de mortalité (18,9%), en 1990, elles ne représentaient plus que 1,8%. A l'inverse, les cancers qui ne représentaient que 3,5% des décès en 1906 sont en deuxième position en 1990 (26,9%). Aujourd'hui 15 à 40% de la population est considérée comme ayant une maladie chronique et ces patients concentrent 60 à 80% des dépenses de santé. **L'organisation et le fonctionnement du système de soins ne sont pas adaptés à cette transition**

épidémiologique. Le système est cloisonné avec la segmentation des compétences et des responsabilités entre professionnels, entre ville et hôpital, entre secteurs médical, médico-social et social, ce qui est inadapté quand il ne s'agit pas de prendre en charge un épisode mais un parcours.

La conséquence est :

→ Inefficacité, risques, manque d'efficience

Il faut envisager des transformations du système de santé

Le système doit s'adapter globalement et profondément pour **faire face à l'évolution des besoins et demandes de santé, avec comme objectif principal d'améliorer la santé et de réduire les inégalités de santé.** L'enjeu est d'effectuer un « virage préventif » en faisant évoluer les centres de gravité. Nous devons passer de **l'hôpital vers la ville, du soin vers la santé, de la santé vers l'intersectoriel.** Pour se faire il nous faut penser de nouvelles modalités organisationnelles, notamment en favorisant la **coordination des soins et leur organisation au niveau territorial.** L'objectif est également d'intégrer les évolutions technologiques en prenant en compte les données scientifiques, les attentes sociales, la soutenabilité économique du système.



La prévention dans le système de soin : des pratiques cliniques préventives mais dans un système suboptimal

Les pratiques cliniques préventives font partie intégrante de l'activité du système de soin et représente une part non négligeable des dépenses de santé (DREES 2016) : 14,9 milliards d'euros en 2016 (hors dépenses hospitalières de prévention non mesurables), soit au moins 5,6 % de la dépense courante de santé. 25% du temps des généralistes est dédié à l'activité de prévention et ce temps n'est pas pris en compte par la DREES (car non réalisé dans des consultations dédiées mais au fil de l'eau). Même sans étude objective précise, il semble en être de même pour les autres spécialistes.

Cependant les **pratiques cliniques préventives sont peu organisées et non systématisées** : approche essentiellement curative, peu de données probantes, des interventions « intuitives », pas de démarche qualité, ni d'évaluation. Les effets en sont pertes de chance, manque de pertinence, risques, manque d'efficience... Pour illustration, la prévalence du tabagisme chez les femmes enceintes est de 17% en France (Enquête nationale périnatale, 2016). Cette étude ne montre aucune évolution récente (il était de 17% en 2010) et révèle que seulement 80 % des femmes déclarent avoir été interrogées sur leur consommation de tabac durant la grossesse (malgré plus de dix contacts en moyenne avec un professionnels de santé au cours de la grossesse) et surtout que 46,3 % des femmes fumeuses pendant leur grossesse disent avoir reçu des conseils sur l'arrêt du tabac. Pourquoi cela ne fonctionne pas dans notre pays ? L'explication est souvent ramenée à l'individu (le patient non compliant ou le professionnel pas formé) : du point de vue santé publique cette focale individuelle est mauvaise. Il est important de rappeler aux professionnels qu'ils sont légitimes sur le champ de la prévention. Mais il faut qu'ils soient bien formés sur la prise en charge, outillés, et en mesure d'orienter vers le bon acteur. L'un des freins majeurs est le temps nécessaire à la démarche de prévention : un temps long avec de la répétition. Mais surtout **la question est d'abord organisationnelle.**

Il est donc possible de faire mieux en termes de pratiques cliniques préventives ! Les recommandations, exemples étrangers, initiatives locales ne manquent pas. Quand le système de soins s'organise, il a des résultats. Il doit en être de même pour la prévention. L'enjeu est d'autant plus important que toutes les études démontrent l'efficience des actions de prévention sur les indicateurs de santé sans compter l'impact médico-économique favorable.

2. COMMENT RENFORCER LA PRÉVENTION EN S'APPUYANT SUR LES MILIEUX DE SOINS ?

Le statu quo est à exclure dans un monde qui change (les besoins, les contraintes et les technologies évoluent) et face à un système qui arrive à bout de souffle. Néanmoins, il faut changer tout en conservant nos valeurs collectives (à l'exemple de la solidarité qui fait que chacun doit être pris en charge quels que soient ses moyens financiers).

Les principes pour la prévention en milieu de soins

En premier lieu l'activité de prévention doit être **intégrée** à l'organisation des soins. La démarche doit être **populationnelle** : au-delà de la prise en charge ponctuelle d'une demande, il s'agit d'assurer les soins préventifs pour l'ensemble de la patientèle placée sous sa responsabilité. L'approche doit être **proactive et systématique** : la prévention n'a de sens que systématiquement proposée (sans demande initiale du patient) en portant une attention particulière aux inégalités sociales de santé. Les actions doivent répondre aux objectifs de santé publiques et aux recommandations avec une évaluation en termes de **pertinence et d'evidence-based**. Enfin il est fondamental que la démarche soit collective et coordonnée : elle doit s'inscrire dans un parcours, c'est à dire dans une trajectoire pluriprofessionnelle et plurisectorielle, coordonnée autour des besoins du patient.

Globalement, nous devons professionnaliser la prévention en s'appuyant sur les composantes clefs du « **parcours de prévention** » :

1. Un **repérage** par tout professionnel. La prévention n'a de sens que systématiquement proposée et chaque contact avec le système de santé doit être une occasion d'aborder la prévention (ex anglais du MECC- make every contact count)
2. Un **diagnostic** doit être réalisé avec une **définition de la stratégie de prise en charge préventive**. Celle-ci peut consister en une intervention brève menée par les médecins traitants et les spécialistes ou par les autres référents.
3. **Organisation de la prise en charge** en mobilisant les ressources du territoire, et en s'assurant de son effectivité, ce qui implique un suivi.

Le programme **MedPrev'** est à ce titre exemplaire. Construit par l'URPS Médecins Libéraux de Nouvelle-Aquitaine, il permet, en s'appuyant sur un outil numérique, de favoriser l'inclusion et la sensibilisation de patients, de structurer le diagnostic puis la mise en œuvre et le suivi de **parcours personnalisés de prévention**.

En termes d'organisations, il ne faut pas proposer de parcours stéréotypés et linéaires, mais des modalités offrant des paniers de solutions mobilisables par le patient en fonction de ses besoins. Divers modèles d'organisation peuvent se rencontrer, structurés par combinaisons de **composantes clefs**. Ces composantes peuvent prendre plusieurs formes et leurs opérateurs peuvent être différents selon les territoires en fonction des caractéristiques et ressources du territoire (ex de la fonction de référent). Les dispositifs doivent pouvoir s'adapter pour s'intégrer aux autres organisations présentes sur le territoire.

Les conditions structurelles qui conditionnent le virage préventif

En premier lieu la **gouvernance doit être territorialisée** et les réponses construites localement. L'Etat régulateur doit fixer les règles du jeu, les référentiels, les modes de financements adaptés. Les acteurs locaux quant à eux ont besoin de liberté pour adapter la déclinaison des grands principes en fonction des besoins de leur territoire et bénéficier de moyens : temps, outils, financements. Nous devons repenser l'articulation en faveur de la déconcentration et la décentralisation en s'appuyant sur la contractualisation. Au niveau régional tous les acteurs ont besoin de se fédérer et de travailler ensemble dans une gouvernance associant la Région, l'ARS, les professionnels de ville et les structures de santé. Cette dynamique collégiale est indispensable pour faire face aux enjeux, et certainement la plus pertinente pour lutter contre les problématiques de « désertification ».

La prévention doit s'appuyer sur des **organisations territoriales construites entre offreurs de soins**, associant d'autres acteurs (acteurs de prévention, social, collectivités territoriales), en étant dotés des moyens et outils (dispositifs et professionnels de coordination, système d'information et outils numériques, ...).

Enfin le **financement doit être adapté** en intégrant les activités de prévention dans la rémunération des professionnels. Il doit prendre en compte les fonctions de coordination (territoire et parcours), et favoriser la prise en charge pluriprofessionnelle : forfaitisation temporelle, forfaitisation par « module » comme pour l'Education Thérapeutique du Patient, paiement à l'acte notamment pour les consultations longues, financement des équipements. Il doit concerner les métiers essentiels en prévention (psychologues, diététicien, APA, médiateurs...). Il doit permettre d'innover localement en s'appuyant sur la recherche, le recours à l'évaluation, l'élaboration de référentiels. En étant incitatif et en donnant aux organisations les moyens de fonctionner, la prévention tournera d'elle-même : virage préventif et transformation organisationnelle vont de pair.

Toute politique publique doit avant d'être mise en œuvre avoir bénéficié d'une étude d'impact sur la santé (ex : autoroute, changement rythme scolaire) ... car si le système de soins peut rattraper, la plupart des situations préventives problématiques naissent d'environnement défavorables.

Pour conclure en faisant le lien avec la consultation réalisée auprès des médecins libéraux de la région, il ressort que la prévention est considérée comme légitime par les praticiens, avec des freins et des leviers identifiés : la consultation à âge fixe ne semble pas la plus opportune mais 73% des répondants sont favorables à un parcours de prévention. Les mots clés des répondants sont les suivants : « remettre de l'humain », « valoriser les médecins qui prennent du temps », « la prise en compte du patient ». Cette approche de la prévention permet de revenir sur une relation humaine de la santé.

A photograph of a person wearing a blue surgical gown and a white face mask, holding a black mobile phone to their ear. The background is a blurred clinical or hospital setting. The image has a teal-green color overlay.

Bascule digitale

ANALYSES DU SYSTÈME DE SANTÉ

M. David Gruson
Fondateur d’Ethik-IA,
Spécialiste de l’intelligence artificielle en santé

1. L'IA EN SANTÉ : UNE RÉVOLUTION DES CAS D'USAGE

Le contexte de crise COVID-19 s'est caractérisé par une véritable bascule digitale de notre système de santé.

Les activités de **télesanté** connaissent une montée en charge particulièrement accélérée. La téléconsultation s'est très largement diffusée. Un modèle forfaitaire est entré en vigueur pour le déploiement de la télé-expertise, avec des opérateurs à plus large spectre qui commencent à se structurer. La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022 a permis d'acter – ce qui n'était pas encore le cas – le cadre d'un modèle économique pour les activités de télésurveillance.

En outre, une feuille de route de la **transformation numérique** a été portée par les pouvoirs publics sous l'égide de Dominique PON et de la délégation numérique en santé (DNS), dont le déploiement de l'Espace Numérique de Santé (**Mon Espace Santé**) constitue la manifestation la plus visible.

Le ministère des Solidarités et de la Santé a annoncé un soutien inédit au développement massif et cohérent du numérique en santé en France. C'est ainsi **2 milliards d'euros d'investissement** qui seront consacrés au numérique en santé : 1,4 milliards pour le partage des données de santé sur 3 ans, auxquels s'ajoutent 600 millions dédiés au secteur médico-social sur 5 ans. L'ambition du Ségur du numérique en santé est de **généraliser le partage fluide et sécurisé des données de santé** entre professionnels de santé et usagers, **accélérer** de façon significative la **feuille de route du numérique en santé**, en passant de 10 millions à 250 millions de documents médicaux échangés d'ici 2023 pour mieux prévenir et mieux soigner. Ce programme viendra alimenter Mon espace santé, qui permet à chaque citoyen de disposer d'une vision consolidée de son parcours de soins afin d'être acteur de sa santé.

Les pouvoirs publics accompagnent les professionnels et établissements de santé en :

- o finançant la mise à niveau des logiciels de l'ensemble des professionnels et établissements de santé;
- o stimulant la transformation de ces acteurs par des financements forfaitaires conditionnés à l'atteinte de cibles d'usage;
- o faisant progressivement évoluer le cadre réglementaire applicable aux professionnels et aux industriels .

	VOLET LOGICIEL <small>Etablissement de santé, Biologie médicale, Radiologie, Médecins de ville, Pharmacie, ESMS, Autres méd. et paraméd.</small>	VOLET TRANSFORMATION ET USAGES		
		Etablissements de santé	Professionnels de santé	ESMS
Nouvelles mesures FINANCIÈRES	Achat de l'Etat pour le compte des acteurs de l'offre de soins (SONS)	Programme SUN-ES	Selon les accords conventionnels avec l'Assurance Maladie	Programme ESMS numérique
Nouvelles mesures RÉGLEMENTAIRES	Opposabilité des référentiels	Obligation d'alimentation du DMP et des messageries sécurisées de santé professionnelles et citoyennes par les professionnels de santé		

Les financements forfaitaires à l'atteinte de cibles d'usage ont pour but d'accompagner la transformation des pratiques : adaptation des procédures notamment à l'accueil du patient, intégration avec les autres logiciels et à l'adaptation du matériel informatique.

Les perspectives susceptibles d'être ouvertes par la vague actuelle de diffusion de l'IA et de la robotisation en santé sont, par ailleurs, absolument vertigineuses. Le rapport Villani sur l'intelligence artificielle de 2018¹ fait ainsi valoir que « *l'intelligence artificielle en santé ouvre des perspectives très prometteuses pour améliorer la qualité des soins au bénéfice du patient et réduire leur coût – à travers une prise en charge plus personnalisée et prédictive – mais également leur sécurité – grâce à un appui renforcé à la décision médicale et une meilleure traçabilité. Elle peut également contribuer à améliorer l'accès aux soins des citoyens, grâce à des dispositifs de prédiagnostic médical ou d'aide à l'orientation dans le parcours de soins* ». Nous tenterons d'illustrer cette dynamique majeure dans les pages suivantes par quelques exemples très concrets.

Pour autant, force est de constater que le paysage de 2022 de l'IA en santé reste plutôt décevant en France. Un hiatus très important subsiste entre ce potentiel d'innovations majeures pour notre santé et la capacité de notre système de **soins à les intégrer**.

1. Rapport remis par le député Cédric VILLANI chargé d'une mission sur l'intelligence artificielle en santé à la demande du Gouvernement
<https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid128577/rapport-de-cedric-villani-donner-un-sens-a-l-intelligence-artificielle-ia.html>

Une inertie relativement importante freine encore cette diffusion et la mobilisation de ces gains pour notre intérêt collectif en santé. Ce phénomène n'est, en réalité, pas nouveau. C'est, en effet, sans doute sur la période d'incubation de l'innovation que la dimension administrée de notre système de soins peut jouer le plus. L'exemple de la télémédecine le montre clairement. Alors que la France avait été en avance dans la conception du cadrage juridique des activités de télémédecine-téléconsultation-téléexpertise en 2009-2010, le modèle économique associé n'a été débloqué que dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018, ce qui a généré un retard de déploiement significatif et provoqué de nombreux échecs économiques d'innovateurs engagés sur ce segment d'activité. Le contexte de crise sanitaire COVID-19 a permis un déblocage complet de ce modèle économique mais il est évident qu'un différé de plusieurs années pour le calage du modèle économique de l'IA en santé en France conduirait à un retard sans doute irrémédiable par rapport aux pays les plus avancés.

Les prises de position récentes des pouvoirs publics incitent, cependant, à penser qu'une partie au moins de ces leçons a été retenue et que davantage d'énergie sera consacrée, à l'avenir, à catalyser l'innovation plutôt qu'à la freiner. À la vérité, le temps est compté. L'innovation se développe ailleurs et très rapidement. La Food and Drug Administration (FDA) – autorité de régulation sanitaire américaine – a en effet donné, dès le mois d'avril 2018, la première autorisation officielle de mise sur le marché d'une IA de *Machine Learning* pour le diagnostic des rétinopathies diabétiques². Cette solution a été considérée par la FDA comme disposant d'un niveau de fiabilité au moins équivalent à celui d'un diagnostiqueur humain mais avec des délais de réalisation des examens beaucoup plus courts. Il s'écoulera sans doute très peu de temps – peut-être quelques mois – avant que des patients français ne viennent à mettre en exergue le caractère non éthique de les laisser à l'écart des dernières avancées du progrès médical.

2. La rétinopathie diabétique est une grave complication du diabète qui touche 50 % des patients diabétiques de type 2. Les yeux sont particulièrement sensibles à l'atteinte des petits vaisseaux. En France, la rétinopathie diabétique est la première cause de cécité avant 65 ans. Elle peut provoquer des graves et irrémédiables troubles de la vision.

IA et santé publique

Le déploiement sur une large échelle de l'intelligence artificielle dans le domaine de la santé doit nous amener à revenir aux sources de ce qui fonde la santé publique comme discipline.

En 1952, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini la santé publique comme la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé physique et mentale à un niveau individuel et collectif. Le champ d'action de la santé publique inclut tous les systèmes de promotion de la santé, de prévention des maladies, de lutte contre la maladie (médecine et soins) et de réadaptation.

Si l'on remonte un peu plus loin dans le temps, la santé publique s'enracine dans les apports historiques de l'hygiène publique ou de l'hygiénisme. Le texte sans doute le plus important adopté, à cet égard, sous la Troisième République est la charte de l'Hygiène publique de 1902, qui établit une réglementation et une organisation sanitaire au niveau départemental et communal.

Fondamentalement, ces principes d'organisation visent, à partir d'éléments de connaissance scientifique, à établir des normes collectives visant à améliorer la santé du plus grand nombre. Ces normes peuvent entrer en contradiction, dans une certaine mesure, avec les libertés individuelles.

En santé, les approches comportementales radicalement libérales sont aujourd'hui marginales ou au mieux secondaires dans le débat public. On peut notamment en relever une occurrence dans le débat sur la consommation de drogues.

L'approche par les algorithmes constitue donc un prolongement naturel des fondements de la santé publique. L'intelligence artificielle produira, à partir de ses paramètres initiaux de programmation et de sa pratique de traitement massif de données, des orientations d'aide à la décision ou des décisions directes visant à la santé du plus grand nombre.

Les perspectives de déploiement de solutions d'IA dans l'aide à la gestion de risques épidémiques s'inscrivent, comme on le verra *infra*, directement dans cette logique.

Ce processus d'aide à la prise de décision dans notre intérêt collectif peut, cependant, induire – comme dans l'hygiénisme initial – une propension à réduire en pratique la prise en compte de situations individuelles données.

IA et maladies métaboliques (diabète, insuffisance rénale chronique...)

Le défi de la réponse aux maladies métaboliques comme le diabète ou l'insuffisance rénale constitue un enjeu majeur pour l'avenir de notre système de santé. Ces pathologies s'intègrent dans le vaste ensemble des maladies chroniques. Comme le relèvent André Grimaldi, Yvanie Caillé, Frédéric Pierru et Didier Tabuteau dans leur ouvrage, vingt millions de Français souffrent de maladies chroniques, soit un tiers de la population. « Hier encore, on mourait de ces maladies, aujourd'hui, elles nous accompagnent toute notre vie³. »

Des solutions d'intelligence artificielle prometteuses sont en cours d'élaboration pour répondre à ces défis.

S'agissant du diabète, la solution française *Dreamquark* peut être mentionnée. Dans le domaine de l'ophtalmologie, cette IA peut identifier des rétinopathies diabétiques par la reconnaissance des biomarqueurs sur des clichés d'imagerie de fond de l'œil. Cette forme d'IA a été entraînée dans le cadre d'un dispositif *Deep Learning*. Comme on l'a vu, une solution américaine vient, dans le même domaine, de faire l'objet d'une autorisation par la FDA. Autre solution française, *Diabeloop* porte le développement d'une innovation technologique de rupture dans l'automatisation du traitement du diabète de type 1. Cette innovation permet aux patients de mieux gérer leur glycémie et d'obtenir des gains très significatifs en termes d'efficacité de traitement et de qualité de vie. Concrètement, le système DBLG1 est un dispositif médical externe qui permet à un capteur de glucose en continu et à une pompe à insuline de communiquer via une intelligence artificielle hébergée dans un terminal spécifique : le traitement est ainsi quasi totalement

automatisé.

Dans ce domaine, des exemples très avancés existent d'ores et déjà en matière d'optimisation du suivi des patients par le recours aux objets connectés. *Feetme* a ainsi conçu un dispositif de semelles connectées dotées d'interfaces intuitives permettant la collecte de données et les analyse en situation réelle pour prévenir le diabète. Ces données permettent de mieux connaître les patients et d'améliorer leur prise en charge. Mais cette collecte de données permet aussi de mieux être informé sur la pathologie elle-même et de faire progresser l'épidémiologie et la santé publique. Elle vise également à mieux adapter les traitements et à prévenir certaines dérives. Aurait-on pu éviter le scandale du Mediator avec un meilleur pilotage par les données de santé ? La question mérite sans doute d'être posée et il est utile de rappeler que le Dr Irène Frachon⁴ s'est appuyée, pour lancer l'alerte, sur des analyses épidémiologiques à partir des données à sa disposition. Les problématiques ont, ensuite, été relayées à partir de traitements épidémiologiques opérés par la Cnam sur des jeux plus larges de données.

IA et cancer

Les possibilités de progrès dans le domaine de la prise en charge du cancer ouvertes par l'intelligence artificielle sont tout à fait considérables.

En 2016, Microsoft a ainsi annoncé l'engagement de plusieurs programmes d'IA visant à assister les oncologues. Ces programmes portent sur le traitement des données de recherche disponibles ou mettent en jeu des dispositifs plus opérationnels comme l'analyse massive des clichés de tumeurs.

DeepMind souhaite, quant à elle, utiliser l'IA pour diminuer le temps nécessaire à la préparation des traitements par radiothérapie, en ciblant de façon plus précise la zone à traiter.

Des chercheurs du MIT (Massachusetts Institute of Technology) se sont, quant à eux, sur la conception d'une IA capable d'identifier les métastases dans les ganglions

4. Irène Frachon, Mediator 150 mg. Combien de morts ?, Éditions Dialogues, coll. « Ouvertures », 2010

3. Les Maladies chroniques. Vers la troisième médecine, Odile Jacob, 2017

lymphatiques susceptibles d'évoluer en cancer du sein. Les algorithmes ont permis de diagnostiquer correctement 97 % des cancers nécessitant une intervention avec à la clé une réduction de 30 % du nombre d'opérations.

Dans ce même domaine du cancer du sein, une étude récemment publiée par le *Journal of American Medical Association*⁵ montre bien les perspectives ouvertes dans le cadre d'un essai clinique. Les chercheurs ont apprécié la performance de l'IA pour détecter les métastases dans les ganglions lymphatiques de patientes. Puis, ils ont mis en perspective ces résultats avec les diagnostics réalisés par onze médecins. Au total, l'IA a, dans certaines situations, obtenu de meilleurs résultats que les intervenants humains.

La France est également très présente dans ce champ. La société française Therapixel s'est, ainsi, distinguée lors de plusieurs concours internationaux avec notamment une première place au *Digital Mammography Challenge*. Sa solution permet de repérer précocement les zones à risques tumoraux à partir d'un traitement massif par IA de clichés d'imagerie médicale. Therapixel choisit alors de se lancer avec des projets concrets, en postulant à deux concours internationaux. Enjeu de santé publique majeur, le dépistage du cancer du sein est handicapé par l'existence de nombreux faux positifs que l'intelligence artificielle est en mesure de réduire, améliorant sensiblement la fiabilité des résultats, le coût de l'examen et l'efficacité de la prise en charge.

Une étude publiée dans la prestigieuse revue médicale *Lancet* à partir des travaux de chercheurs de l'Institut Gustave Roussy, de l'Inserm, de l'Université Paris-Sud et de la start-up TheraPanacea a montré les avancées possibles dans le domaine de l'immunothérapie. Ces chercheurs ont, en effet, entraîné une intelligence artificielle à prédéterminer les chances de ce traitement contre le cancer à partir d'une analyse massive d'images de scanner. Cette technique permettrait notamment, dans certains cas, d'éviter le recours – qui peut être à risques – à la biopsie⁶.

Au Japon, l'équipe du Pr Yuichi Mori, spécialiste de la

5. Babak Ehteshami Bejnordi et alii, Diagnostic Assessment of Deep Learning Algorithms for Detection of Lymph Node Metastases in Women With Breast Cancer, 12 décembre 2017

6. R. SUN et alii, « A radiomics approach to assess tumour-infiltrating CD8 cells and response to anti-PD-L1 immunotherapy : an imaging biomarker, retrospective multicohort study », *Lancet*, vol 19, issue 19, September 01, 2018

coloscopie, a mis au point un logiciel capable de détecter le cancer de l'intestin en moins d'une seconde. L'algorithme associe une base de 30 000 images de cellules précancéreuses et cancéreuses avec une image d'un polype (tumeur bénigne sur les muqueuses) grossie 500 fois pour lui permettre d'observer ses différentes variations. Les premiers résultats sont significatifs : sur 306 polypes, le diagnostic posé par l'IA a atteint un niveau de précision de 86 %.

Des chercheurs de l'université Stanford se sont, quant à eux, focalisés sur le cancer de la peau. Les résultats de l'IA ont pu être comparés avec ceux obtenus par vingt et un dermatologues. L'IA a atteint un taux de repérage de 96 %, contre 95 % pour les tumeurs malignes, et de 90 %, contre 76 % pour les masses bénignes.

La start-up française Optellum élabore une intelligence artificielle destinée à diagnostiquer le cancer du poumon à partir d'une analyse des amas de cellules sur des images de scanners. L'ambition affichée est le repérage de 4 000 cancers du poumon par an, avant même tout regard médical.

Le renforcement de l'efficacité du diagnostic du mélanome constitue également un champ majeur de développement de l'intelligence artificielle en santé. En 2017, une équipe américaine avait déjà communiqué des résultats très importants à ce sujet dans *Nature*⁷. Une publication germano-franco-américaine très récente dans *Annals of Oncology*⁸ confirme l'ampleur des progrès susceptibles d'être réalisés. Les chercheurs ont entraîné un algorithme d'IA pour distinguer lésions de la peau et grains de beauté, à partir d'une banque de 100 000 images, puis les résultats obtenus ont été comparés à ceux de diagnostiqueurs humains. En moyenne, les dermatologues ont pu correctement diagnostiquer 87 % des mélanomes. Avec des images agrandies et des renseignements plus détaillés (âge et sexe du patient, position de la lésion cutanée...), le taux de bon diagnostic humain atteignait 89 %. L'IA est, quant à elle, parvenue à détecter 95 % des mélanomes à partir de la première série d'images et sans précisions complémentaires⁹.

7. Andre Esteva et alii, « Dermatologist-Level Classification of Skin Cancer With Deep Neural Networks », *Nature*, vol. 542, 2 février 2017

8. Holger Haenssle et alii, « Man Against Machine : Diagnostic Performance of a Deep Learning Convolutional Neural Network for Dermoscopic Melanoma Recognition in Comparison to 58 Dermatologists », *Annals of Oncology*, 28 mai 2018

9. « Une intelligence artificielle capable de reconnaître le mélanome avec 95 % d'efficacité », Sciences et avenir et AFP, 29 mai 2018

IA, vieillissement et handicap

Le vieillissement de la population doit sans doute être considéré comme la trame de fond la plus essentielle pour l'avenir de notre système de santé.

Le principe de séparation entre droit sanitaire et droit médico-social – caractéristique relativement propre à notre pays – est largement explicatif d'un grand nombre de dysfonctionnements constatés dans la prise en charge des personnes âgées¹⁰.

En privilégiant une approche transversale fondée des logiques de parcours de prise en charge des personnes, le déploiement de la robotisation de l'IA peut permettre de surmonter enfin ces obstacles liés à la séparation entre droit sanitaire et droit médico-social.

Véritable défi pour les neurosciences comme pour la médecine clinique, la maladie d'Alzheimer touche près de 900 000 personnes en France. Et il n'existe toujours aucun traitement curatif.

Les applications pratiques de recours à la robotisation pour venir en appui à des programmes de stimulation cognitive sont d'ores et déjà très nombreuses sur le terrain. Le « robot pour seniors » le plus connu est *Zora* (en réalité, le programme *Zora* est implanté dans le robot *Nao* de la société Aldebaran). *Zora* peut, ainsi, intervenir dans le cadre d'activités de stimulation comme des cours de gymnastique, des quiz ou des animations de danse ou de chansons.

Par ailleurs, les algorithmes et l'IA permettent aujourd'hui d'étudier les processus neurodégénératifs de façon beaucoup plus précise. L'Institut du cerveau et de la moelle épinière (ICM), à Paris, a consacré, le 21 septembre 2017, un colloque à ces nouvelles perspectives. Stanley Durrleman, chercheur à l'ICM et expert de la modélisation mathématique des données de neuro-imagerie, conduit ainsi un programme de recherche mobilisant les algorithmes afin qu'ils analysent, comparent et exploitent les données de milliers de patients. Qu'il s'agisse de données d'imagerie ou cliniques, de capteurs

voire de jeux vidéo type *serious games*, le but est d'observer plusieurs patients sur des temps longs afin de synthétiser toutes ces informations dans un modèle numérique et dynamique d'un cerveau vieillissant. L'objectif est de mieux comprendre et, à terme, de prédire comment la maladie se développe, en s'appuyant notamment sur une analyse fine des modifications anatomiques mais aussi métaboliques d'un cerveau touché.

La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) constitue également un terrain important de développement de solutions d'IA dans le domaine du vieillissement. Des chercheurs de l'université médicale de Guangzhou et de l'université de Californie ont ainsi développé un outil de diagnostic basé sur du *Deep Learning* pour mieux détecter cette pathologie¹¹. Pour gagner du temps, l'approche est fondée sur du Transfer Learning : avant de passer au crible les images en coupe de la rétine de différents patients, l'algorithme s'est entraîné sur une banque d'images ordinaires.

En France également, le secteur de la *silver economy* est de plus en plus porté par une forme d'intelligence artificielle. *Deci-delà* est, ainsi, un projet d'étudiants de l'Ensci¹². Il s'agit d'une montre directionnelle pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer permettant de pallier la perte des repères spatio-temporels et ainsi de sécuriser l'errance grâce à une intelligence artificielle. *Life Plus* confectionne, de son côté, une montre connectée pour les seniors qui mesure la santé et l'activité de la personne ainsi que des capteurs intelligents placés dans le lieu d'habitation qui analysent l'environnement de vie.

Comme on le voit, les solutions d'IA inventées pour répondre aux défis du vieillissement reposent d'abord sur une analyse des besoins de la personne. L'innovation technologique permet de s'abstraire des barrières institutionnelles liées à l'approche très structuraliste de la partition entre le domaine sanitaire et le domaine médico-social. Il est à relever que cette irruption d'outils technologiques centrés sur les besoins de la personne a pour corollaire l'affirmation d'une vision plus globale des enjeux du vieillissement pour les politiques publiques.

10. « Les centres de gérontologie dans les établissements publics de santé : réflexions autour du principe de séparation entre droit sanitaire et droit médico-social dans la prise en charge des personnes âgées », Thèse de doctorat de droit médical, Université Paris VIII, 2004.

11. Daniel S. Kermany et alii, « Identifying Medical Diagnoses and Treatable Diseases by Image-Based Deep Learning », *Cell*, février 2018.

12. École nationale supérieure de création industrielle.

C'est, en tout cas, l'objectif de la mission nationale de concertation engagée par le Premier ministre au mois de mars 2018.

Cette espérance peut d'ailleurs également être nourrie dans le champ, tout aussi essentiel, de l'accessibilité à la santé des personnes en situation de handicap. Ces dernières ont également beaucoup souffert de la fracture entre champ sanitaire et champ médico-social, comme le montrent les retards dans la réponse à apporter aux enjeux de l'autisme. Plus largement, les problématiques lourdes d'accessibilité des soins pour les personnes handicapées ont été clairement montrées par les travaux essentiels de Pascal Jacob¹³.

Le numérique constitue une partie de la réponse à ces problématiques d'accessibilité mais aussi de continuité de l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Pour ne prendre qu'un exemple, l'association Down Up, qui défend et représente les personnes trisomiques, a mis au point une application sur téléphonie mobile, *Jase Up*, qui constitue un appui pratique au parcours d'autonomie. Cette appli fonctionne autour de l'idée de « tribu » numérique. Au centre de la tribu *Jase Up*, il y a le « favori », c'est-à-dire la personne fragile, un adulte trisomique dans le concept initial. Autour de cette personne, la tribu fédère son entourage proche, ceux qui interviennent régulièrement auprès de lui et qui sont susceptibles de se mobiliser pour l'aider dans sa vie de tous les jours. Il s'agit d'un outil concret pour aider à répondre aux problématiques très lourdes aujourd'hui constatées et associées aux ruptures de prise en charge des personnes vulnérables.

On le voit, les effets du numérique sont potentiellement ambivalents. C'est, en effet, à l'égard des personnes trisomiques que des risques potentiels de dérives eugéniques associés au déploiement des nouvelles technologies en santé ont pu être dénoncés. La technologie peut donc produire le meilleur comme le pire. Ce n'est, cependant, pas elle qui doit être louée ou blâmée. Tout dépend de notre capacité en tant qu'humanité à tracer un chemin éthique, à définir les voies des usages utiles et raisonnables.

13. L'Accès aux soins et à la santé des personnes handicapées, rapport remis aux ministres chargés de la Santé et du Handicap le 6 juin 2013. Président de Handidactique, Pascal Jacob a mis au point l'outil d'évaluation numérique Handifaction, qui permet de suivre dans le temps l'évolution perçue par les personnes handicapées de la qualité des soins. Lire également Pascal Jacob, Il n'y a pas de citoyens inutiles : pour une nouvelle gouvernance du handicap, Dunod, 2016

2. CADRE DE RÉGULATION ÉTHIQUE ET JURIDIQUE DU NUMÉRIQUE ET DE L'IA EN SANTÉ

La Garantie Humaine de l'IA : fondements du principe éthique et recommandations du CCNE, du CNPEN et de l'OMS

Au plan des principes éthiques, la Garantie Humaine de l'intelligence artificielle renvoie à la nécessité de ne pas abandonner toute autonomie d'action ou de décision humaine dans un contexte de diffusion de plus en plus rapide de l'IA en santé et dans d'autres domaines. La terminologie n'a naturellement pas vocation à être figée et ce principe général peut aussi se trouver dans les notions – plus large – de « supervision humaine »¹⁴ ou – plus resserrées – de « contrôle humain » ou de « décision humaine ». De manière transversale, ce principe recouvre le besoin de ne pas laisser les algorithmes d'intelligence artificielle opérer indépendamment de tout regard humain. Cet intérêt de la supervision humaine se décline également au stade de la conception de ces solutions d'intelligence artificielle.

L'avis 129 du CCNE avait plus précisément qualifié l'arrière-plan de justification de ce principe en identifiant les risques éthiques associés à une éventuelle perte de contrôle : « deux enjeux éthiques majeurs associés à la diffusion de la médecine algorithmique ont été identifiés et doivent faire l'objet de dispositifs de régulation :

- o *Le risque de priver le patient, face aux propositions de décisions fournies par des algorithmes, d'une large partie de sa capacité de participation à la construction de son processus de prise en charge ;*

- o *Le danger d'une minoration de la prise en compte des situations individuelles dans le cadre d'une systématisation de raisonnements fondés sur des modèles qui peuvent être calibrés de façon à limiter la prise en compte de l'ensemble des caractéristiques spécifiques de chaque patient. »*

La supervision humaine a donc vocation à s'appliquer à la fois du côté du patient pour éviter des phénomènes de « délégations » de décision du professionnel de santé ou de consentement du patient¹⁵ mais aussi au stade de la

14. La Commission européenne utilise l'anglicisme Human Oversight pour recouvrir cette approche large.

15. Sur ces notions, cf Rapport du groupe de travail commandé par le comité consultatif national

mise en œuvre du dispositif d'IA pour éviter notamment ce risque d'une insuffisance de prise en compte des situations individuelles.

Dans son avis 130, le CCNE avait précisé le contenu de ce principe s'agissant plus spécifiquement des traitements de données : *« le CCNE estime qu'une garantie humaine des différentes étapes du processus de l'analyse des données est fondamentale. Elles sont, en effet, la « matière première » nécessaire à la conception d'algorithmes d'aide à la décision, qui prennent une part toujours plus importante dans l'exercice médical et la définition des politiques de santé. Une « garantie humaine » est donc essentielle pour répondre de la rigueur méthodologique des différentes étapes du processus de recueil et de traitement des données que sont : (i) la qualité et l'adéquation des données sélectionnées pour entraîner les algorithmes ; (ii) l'adéquation du choix des traitements algorithmiques à la question posée ; (iii) la vérification sur un jeu de données indépendantes de la robustesse et de l'exactitude du résultat donné par l'algorithme. »*

Dans sa contribution en réponse au Livre blanc de la Commission européenne sur l'intelligence artificielle, le CNPEN avait repris ces recommandations et précisé, s'agissant de la mise en œuvre du principe, les attendus des *« collègues de garantie humaine »* en soulignant l'intérêt d'associer innovateurs en IA, représentants des professionnels de santé, représentants des patients à l'exercice de cette supervision.

Il est à relever que l'Organisation Mondiale de la Santé rattache la Garantie Humaine de l'IA à une notion plus large de *« responsabilité »* et d'*« obligation de rendre des comptes »* dans le cadre du recours à un traitement algorithmique en santé. L'OMS définit ainsi très directement la Garantie Humaine de l'IA : *« cette responsabilité peut être assurée par l'application de la «garantie humaine», qui implique une évaluation par les patients et les cliniciens lors du développement et du déploiement des technologies d'IA. La garantie humaine nécessite l'application de principes réglementaires en amont et en aval de l'algorithme en établissant des points de supervision humaine. »*¹⁶

d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) avec le concours de la commission de réflexion sur l'éthique de la recherche en sciences et technologies du numérique d'Allistene (CERNA), 19 novembre 2018.

16. Recommandations de l'OMS, Éthique et gouvernance de l'intelligence artificielle en santé, 28 juin 2021, p. 13

Une reconnaissance juridique en cours

Un processus en cours de reconnaissance du principe de Garantie Humaine au plan juridique est à relever.

Dans la nouvelle loi de bioéthique¹⁷, les dispositions concernées figurent à l'article 17. Les mots « Garantie Humaine » ne figurent pas dans le texte lui-même mais sont, en revanche, très directement repris dans l'exposé des motifs du projet de loi¹⁸ et dans son étude d'impact¹⁹. Ce positionnement correspond à la distinction que l'on peut effectuer entre un principe éthique général et ses concrétisations opérationnelles en droit positif qui se retrouvent, quant à elles, directement dans le corps des dispositions législatives.

S'agissant des dispositions législatives elles-mêmes, nous retrouvons la double dimension de la « garantie humaine » recommandée par l'avis 129 du CCNE :

o Concernant le patient, un nouveau devoir d'information sur le recours à l'IA dans la prise en charge est reconnu aux fins de permettre, dans toute la mesure du possible, un consentement libre et éclairé au protocole de soins incorporant un traitement algorithmique : *« Le professionnel de santé qui décide d'utiliser, pour un acte de prévention, de diagnostic ou de soin, un dispositif médical comportant un traitement de données algorithmique dont l'apprentissage a été réalisé à partir de données massives s'assure que la personne concernée en a été informée et qu'elle est, le cas échéant, avertie de l'interprétation qui en résulte. »*

o Concernant la supervision humaine dans la conception algorithmique et dans l'application en vie réelle, les termes utilisés par le législateur sont moins précisément définis. Néanmoins, si le principe général n'est pas formulé en tant que tel, l'article 17 impose une série d'obligations nouvelles traduisant effectivement la mise en œuvre d'éléments de supervision humaine. D'une part, *« les professionnels de santé concernés sont informés du recours à ce traitement de données. Les données du patient utilisées dans ce traitement et les résultats qui en sont issus leur sont accessibles. »* D'autre part, *« Les concepteurs d'un traitement algorithmique [...] s'assurent de*

17. LOI n°2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique

18. L'article « vise à sécuriser la bonne information du patient lorsqu'un traitement algorithmique de données massives (« intelligence artificielle ») est utilisé à l'occasion d'un acte de soins. Il décline également la garantie d'une intervention humaine. »

19. <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000038811571/>

l'explicabilité de son fonctionnement pour les utilisateurs. » Nous retrouvons donc, en ligne directe avec les recommandations du CCNE et du CNPEN, une reconnaissance très opérationnelle d'obligations nouvelles d'information, d'accès aux données ou de garantie d'explicabilité qui sont à chaque fois rapportées à des intervenants humains très identifiés par la loi (patients, professionnels de santé, concepteurs du traitement algorithmique). Ces intervenants humains sont précisément ceux identifiés par les recommandations du CCNE et du CNPEN pour mettre en œuvre la supervision humaine collégiale de l'intelligence artificielle en santé.

Dans son avis rendu sur la loi de bioéthique, le Conseil d'État a, par ailleurs, dégagé une continuité entre le principe général de préservation de la décision humaine en cas de traitement algorithmique reconnu par le Conseil constitutionnel dans sa décision sur la loi de transposition du Règlement général sur la protection des données et les dispositions ainsi portées par le projet de loi bioéthique²⁰.

En droit communautaire, le projet de règlement de l'Union européenne sur l'intelligence artificielle reprend plus directement encore ce principe de garantie humaine (*Human Oversight*) L'article 14 du projet de règlement de la Commission européenne sur l'IA instituant ce principe se situe dans le droit fil de ces démarches pilotes et de ces recommandations émises par le CCNE et le CNPEN.

Le paragraphe 1 de cet article énonce ainsi que les solutions d'intelligence artificielle doivent être conçues et développées de façon à pouvoir être superviser par des Humains. Le paragraphe suivant précise que la supervision humaine permettra de prévenir ou de minimiser les risques pour la santé, la sécurité ou les droits fondamentaux pouvant émerger d'un système d'IA susceptible de présenter un niveau de risque élevé. Par cet énoncé, le projet de règlement consacre ainsi la nécessité d'une garantie humaine pour un déploiement éthique de l'IA.

20. « Le projet s'inscrit ainsi dans la ligne suivie par le Conseil d'Etat dans son avis sur le projet de loi d'adaptation au droit de l'Union européenne de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (Assemblée générale, 7 décembre 2017, 393836) en faveur d'une information de la personne concernée et d'une d'intervention humaine avant la prise d'une décision administrative individuelle sur le fondement d'un algorithme. Le Conseil Constitutionnel a, par une décision n°2018-765 DC du 12 juin 2018, jugé que le législateur a défini des garanties appropriées pour la sauvegarde des droits et libertés des personnes soumises aux décisions administratives individuelles prises sur le fondement d'un algorithme, dès lors que ne peuvent être utilisés, comme fondement exclusif de cette décision, des algorithmes « susceptibles de réviser eux-mêmes les règles qu'ils appliquent, sans le contrôle et la validation du responsable du traitement ».

Le paragraphe 3 donne, par ailleurs, des indications sur la mise en application de la supervision humaine de l'IA. En effet, la garantie humaine doit être identifiée et construite par le fournisseur avant sa mise sur le marché ou sa mise en service et/ou identifiée par le fournisseur et pouvant être mise en œuvre par l'utilisateur, et ce, toujours en amont de sa mise sur le marché ou de sa mise en service. Cette garantie humaine doit pouvoir faire l'objet d'un suivi en vie réelle de l'intelligence artificielle.

Les mesures prévues au paragraphe 3 de cet article fixent un certain nombre d'objectifs d'information autour de cette Garantie Humaine : comprendre entièrement les capacités et limites du système d'IA et d'être capable de surveiller l'opération de façon à ce que les risques d'anomalies, de dysfonctionnements et de performance inattendus puissent être détectés ; d'être conscient des risques liés aux IA d'aide à la décision ; d'être capable d'interpréter correctement le résultat de l'IA à haut risque et, si nécessaire, de ne pas tenir compte de ce résultat, le remplacer ou l'ignorer ; et enfin de pouvoir interrompre l'IA à tout moment.

On retrouve donc dans cet article 14 du projet de règlement européen les deux axes essentiels des recommandations proposées par le CCNE et le CNPEN dans le champ de la santé :

- o L'information des utilisateurs de la solution d'IA ;
- o La supervision humaine de l'IA dans sa phase de conception et, dans une logique d'amélioration continue de la qualité, dans son utilisation en vie réelle.

Il est à relever que le champ d'application du texte est différent de celui de la loi de bioéthique. En effet, le projet de règlement européen a vocation à s'appliquer à l'ensemble des systèmes d'IA quel que soit leur domaine d'application. Le degré de régulation opérationnelle de ces dispositifs dépendra du niveau de risque qui leur est associé (le projet de règlement associant les systèmes d'IA en santé à un niveau de risque élevé).

L'article 14 fait partie du Chapitre 2 « Exigences applicables aux systèmes d'IA à haut risque » du Titre III sur les « systèmes d'IA à haut risque » du projet de règlement. Conformément au paragraphe 4 de l'article 71, le non-respect de cette exigence de supervision humaine « fait l'objet d'une amende administrative pouvant aller jusqu'à 20 000 000 euros ou, si l'auteur de l'infraction est une entreprise jusqu'à 4% de son chiffre d'affaires annuel mondial total réalisé au cours de l'exercice précédent, le montant le plus élevé étant retenu²¹ ». Le non-respect de la garantie humaine expose donc les entreprises à un niveau de sanction équivalent à celui prévu par le RGPD en cas de violation du règlement.

Sur un plan plus opérationnel, il est, par ailleurs, à relever que la notion de « garantie humaine » est reprise dans la grille d'auto-évaluation des dispositifs médicaux avec IA publiée par la Haute Autorité de Santé en octobre 2020²².

EN CONCLUSION

Le paysage juridique est plutôt stable, deux régimes anciens se combinent :

- o Responsabilité du fait des choses : le gardien de la chose en est responsable.
 - o Responsabilité du fait des produits défectueux (directive UE 1985) : le concepteur de l'outil en est responsable.
- Point de vigilance autour du « risque de développement » : le producteur de la solution d'IA peut échapper à cette responsabilité, même en cas de dysfonctionnement, car cela relève d'un risque qui n'a pas pu être anticipé au moment de la mise sur le marché du produit.
- L'une des recommandations porte sur la mise en place d'un régime spécial au niveau européen.

Les risques immédiats de l'IA :

- o Dérive mercantile.
- o Dérive collectiviste de la santé.

Grande convergence de la régulation juridique et éthique au niveau français et européen, ce qui est un gage de lisibilité et de stabilité, à l'exception de deux différences :

- o Le règlement européen prévoit pour les concepteurs des algorithmes une sanction financière lourde et le devoir « d'information et de supervision » est posé comme un principe général, tout secteur confondu.
- o La loi de Bioéthique n'est assortie d'aucune sanction.

Il faut réguler des risques éthiques réels, mais il ne pas se fermer au risque d'entraîner de la perte de chance pour les patients. Être capable de mettre en œuvre des processus opérationnels visant à préserver la supervision, encore plus en ville qu'à l'hôpital.

21. Proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil établissant des règles harmonisées concernant l'intelligence artificielle (Législation sur l'intelligence artificielle) et modifiant certains actes législatifs de l'Union, 2021/0106 (COD)

22. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3212876/fr/un-nouvel-outil-pour-l-evaluation-des-dispositifs-medicaux-embarquant-de-l-intelligence-artificielle

Synthèse de la consultation des médecins libéraux

Pour réaliser cette étude, un questionnaire a été diffusé à l'ensemble des médecins libéraux de la région Nouvelle-Aquitaine. Dans un second temps des ateliers animés par 3 experts (Frédéric BIZARD - économiste de la santé, François ALLA - professeur de santé publique et David GRUSON - expert en intelligence artificielle) ont été mis en place afin d'analyser les résultats de ce questionnaire, débattre des tendances observées et proposer des scénarios pour la médecine libérale de demain.

- 12.000 MÉDECINS CONSULTÉS
- TAUX DE RÉPONSE : 8%
- 86% SENTIMENT DE DÉGRADATION DE L'EXERCICE
- VOLONTÉ D'ÉVOLUER ET DE PENSER COLLECTIVEMENT LES SOLUTIONS POUR L'AVENIR
- 83% : DÉVELOPPEMENT DE LA PRÉVENTION
- 3 SUR 4 : COLLABORATION PROFESSIONNELLE
- 2 SUR 3 : LIBERTÉ D'INSTALLATION ET D'ORGANISATION
- 95% : REVALORISER LES ACTES
- SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE

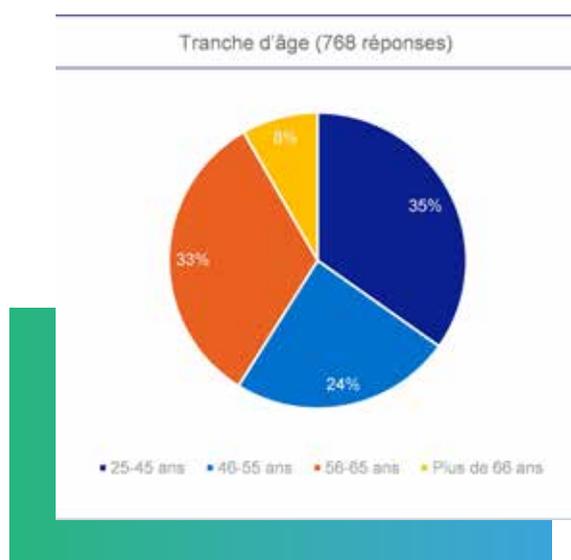
MÉTHODOLOGIE DE LA CONSULTATION DES MÉDECINS

Un questionnaire, comprenant 45 items (questions fermées et commentaires libres), a été diffusé auprès des 10.027 médecins libéraux de la région Nouvelle-Aquitaine du 14 janvier au 28 février 2022. Cette consultation avait pour but de questionner sur l'état de la situation et d'identifier ce qu'il faudrait améliorer pour rendre l'exercice plus libéral, facile et attractif. Le questionnaire était anonyme et sa durée estimée entre 20 et 30 minutes. Aucune question n'était obligatoire, permettant à chaque répondant de se positionner ou pas sur chacun des items.

Ce questionnaire était organisé autour de 7 défis à relever pour l'avenir :

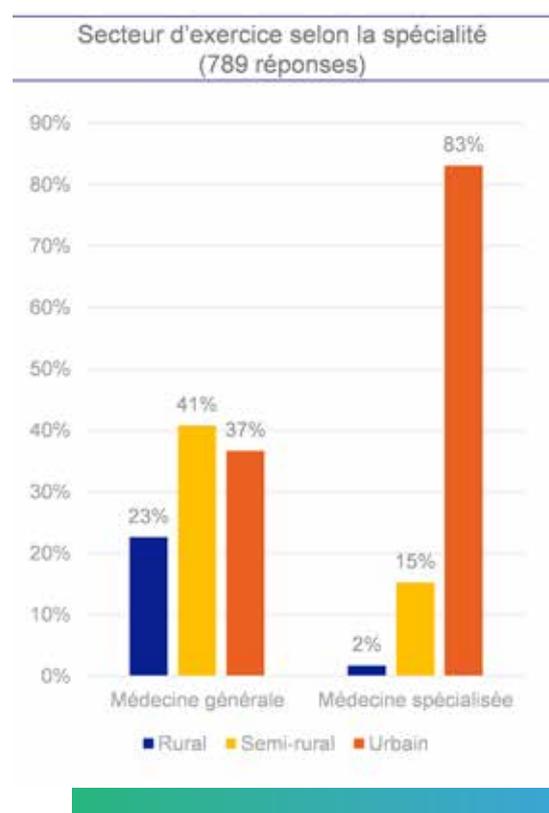
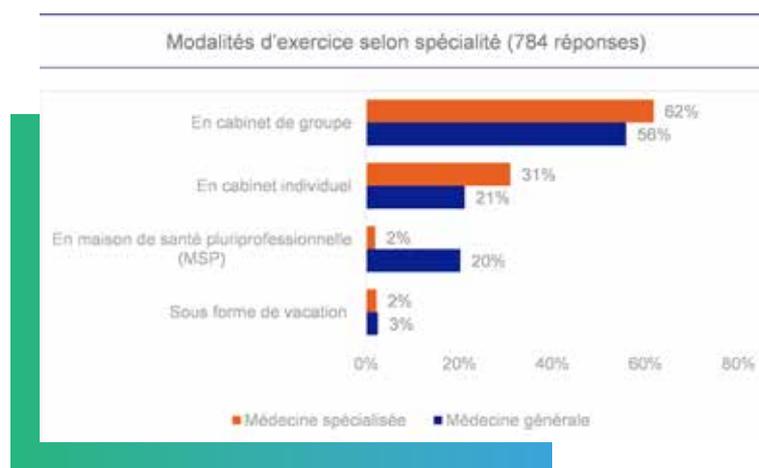
- Comment rendre l'exercice libéral attractif au XXI^e siècle ?
- Comment combiner qualité des soins et qualité de vie au travail ?
- Comment améliorer l'accessibilité de la médecine libérale ?
- Quelles mesures clés de simplification pour permettre de se recentrer sur le patient ?
- Quels changements significatifs dans les modèles de tarification existants ?
- Quels défis prioritaires d'innovation relever ?
- Comment favoriser le rôle des libéraux dans la prévention au-delà des mots ?

796 médecins répartis sur l'ensemble des départements de la Nouvelle-Aquitaine ont répondu au questionnaire (soit un taux de réponse de 8%). Le nombre de médecins ayant répondu à l'intégralité du questionnaire s'élève à 511, **soit un taux de 5% permettant de dégager des tendances claires du ressenti des médecins libéraux de la région, de leurs attentes et propositions pour l'avenir.**



PROFIL DES RÉPONDANTS

- 55% sont des médecins généralistes et 45% sont des médecins spécialistes (hors généralistes) (vs. 54% de médecins généralistes en Nouvelle-Aquitaine)
- 56% sont des hommes (vs 60% en Nouvelle-Aquitaine)
- 33% ont moins de 45 ans (soit une sur-représentation des jeunes générations) et 8% ont plus de 66 ans
- En majorité, les médecins enquêtés exercent majoritairement en cabinet de groupe (56% des médecins généralistes et 62% des autres spécialités). 31% des spécialistes et 21% des généralistes sont en cabinet individuel. Les MSP concernent 20% des généralistes répondants.
- 82% des répondants ont une activité libérale exclusive et 17% ont une activité mixte
- 75% exercent en secteur 1, contre 25% en secteur 2 (parmi ces derniers 94% sont des médecins spécialistes)
- Les médecins spécialistes (hors généralistes) exercent à 83% dans le secteur urbain
- 82% des répondants ont une activité libérale exclusive et 17% ont une activité mixte



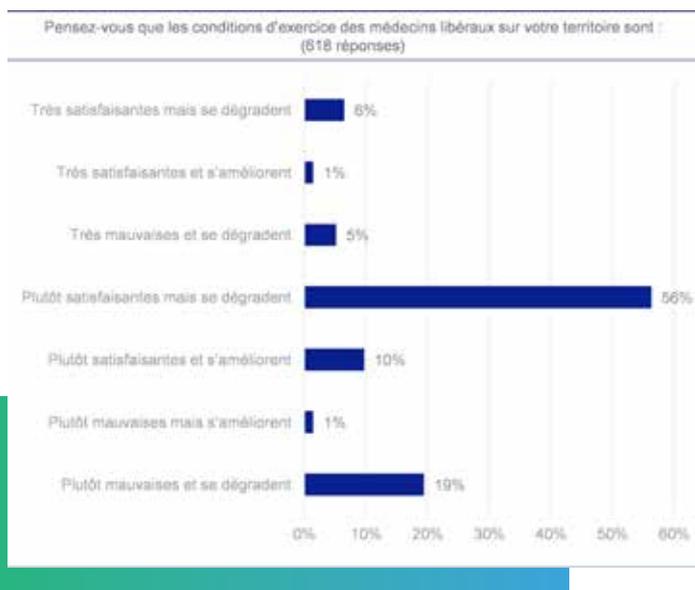
L'analyse de cette consultation est construite autour des grandes orientations et souhaits d'évolution des répondants en croisant les données des réponses au travers des 5 thématiques de l'étude : les motivations favorisant l'installation et l'exercice libéral, dont le compagnonnage, la prévention, les nouvelles technologies, l'organisation médicale, la rémunération.

NIVEAU DE SATISFACTION DE LA PRATIQUE ET PRINCIPALES MOTIVATIONS

76% considèrent que la médecine libérale doit réfléchir collégialement pour s'organiser, repositionner la place du médecin face aux évolutions sociétales et dans la relation avec le patient.

Les médecins libéraux estiment à 56% que **les conditions d'exercice sont satisfaisantes mais se dégradent**. Si l'on cumule l'ensemble des réponses à cette question, ce sentiment de dégradation est malheureusement un consensus pour 81% des répondants.

Face à cette situation, les médecins envisagent comme nécessaire pour l'avenir de procéder à de nombreux changements sur l'ensemble des sujets proposés dans la consultation. Des évolutions doivent être apportées mais en respectant **les principales motivations** que sont la **liberté d'installation** et le fait d'être son propre patron, notamment chez les plus jeunes (25-45 ans).



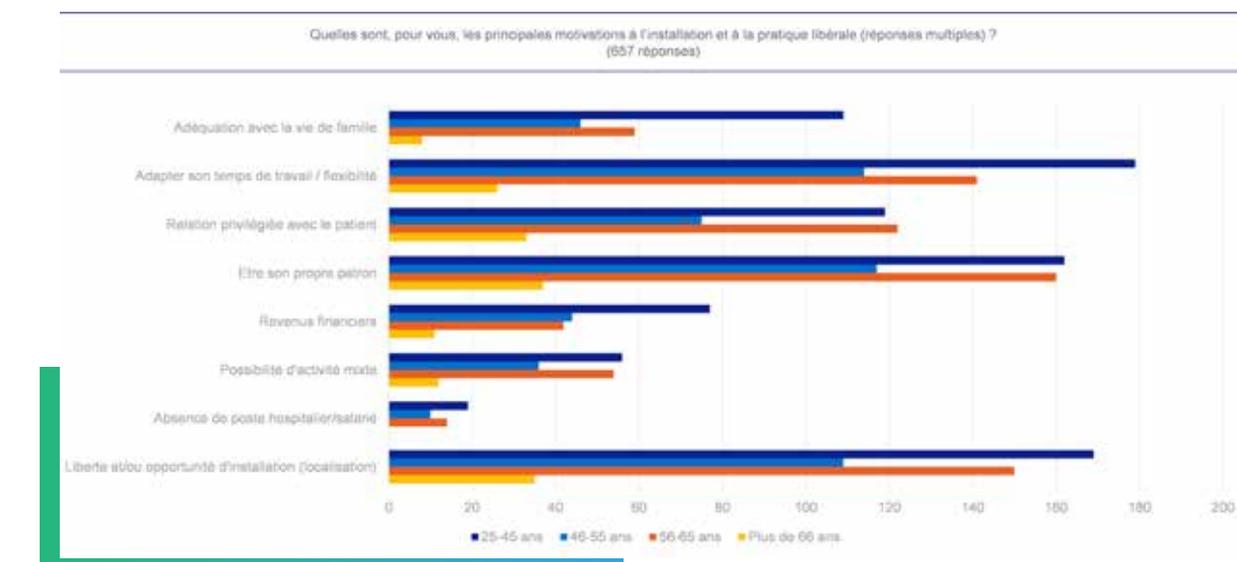
Sur une échelle de 1 à 10 (1 correspondant à pas du tout et 10 à complètement), comment vous situez-vous par rapport à l'affirmation suivante : « actuellement, je suis épanoui par mon métier de médecin libéral » (510 réponses)



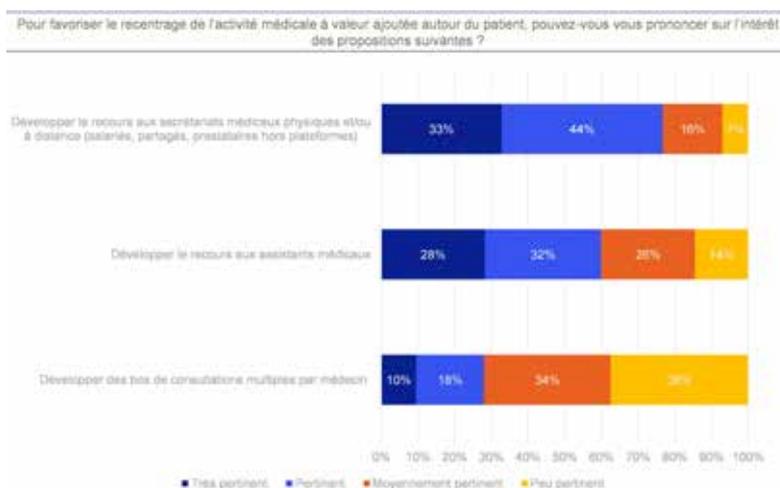
Sur une échelle de 1 à 10 (1 correspondant à pas du tout et 10 à complètement), comment vous situez-vous par rapport à l'affirmation suivante : « je suis très confiant quant à l'avenir de la médecine libérale et me projette » (514 réponses)



Sur une échelle de 1 à 10 (1 correspondant à pas du tout et 10 à complètement), comment vous situez-vous par rapport à l'affirmation suivante : « si c'était à refaire, je recommencerais sans hésiter une carrière en médecine libérale » (512 réponses)



Sur les critères d'exercice pouvant répondre à leurs aspirations, la **modulation du temps de travail** arrive en tête (84%) puis la souplesse du statut (78%) et le **renforcement de l'organisation autour du patient** (68%). Enfin les médecins qui ont répondu à l'enquête mettent en exergue le besoin de **simplification administrative** et de renforcement des moyens afin de recentrer son activité sur le patient, notamment par le recours à des secrétariats médicaux (77%) ou aux assistants médicaux (60%). L'intégration de ces derniers n'est cependant pas si évidente pour l'ensemble des médecins : en effet à la question sur la qualité de vie au travail, la proportion des médecins citant les assistants médicaux s'élève à 51%. La crainte de la charge financière, l'interrogation sur les missions de ces nouveaux profils, et la place dans les locaux des cabinets peuvent expliquer en partie les réserves émises par la moitié des répondants : il ne suffit pas de décréter l'arrivée de nouvelles professions pour les voir devenir effectives !

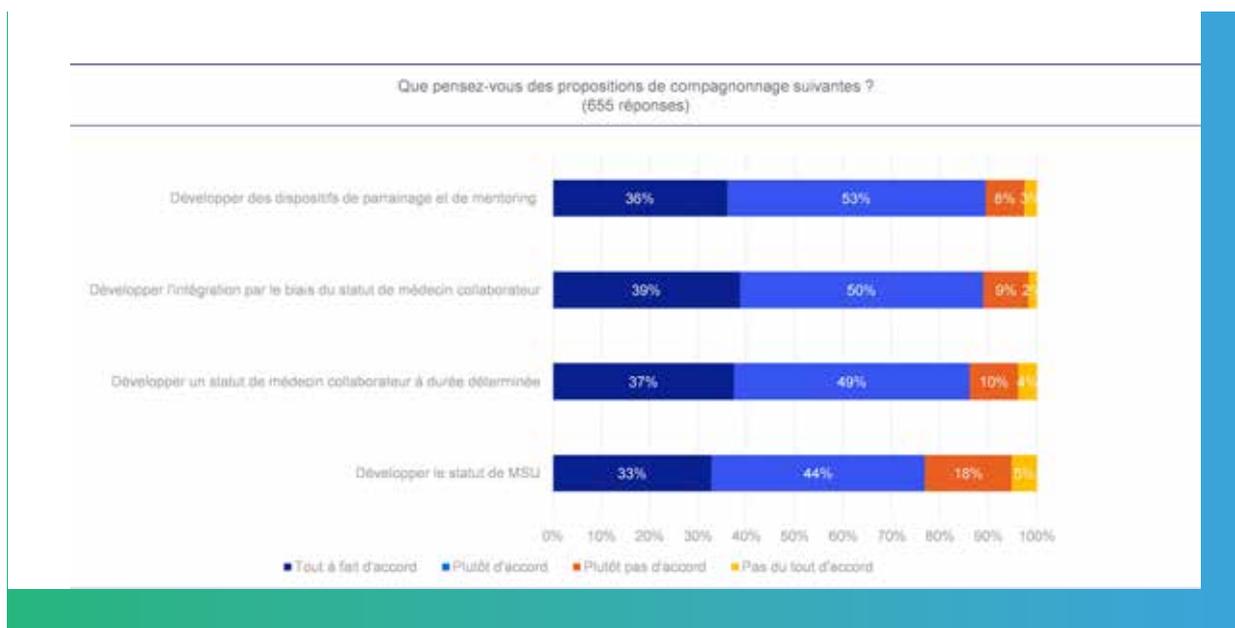


Focus sur l'avis des médecins généralistes concernant les assistants médicaux salariés



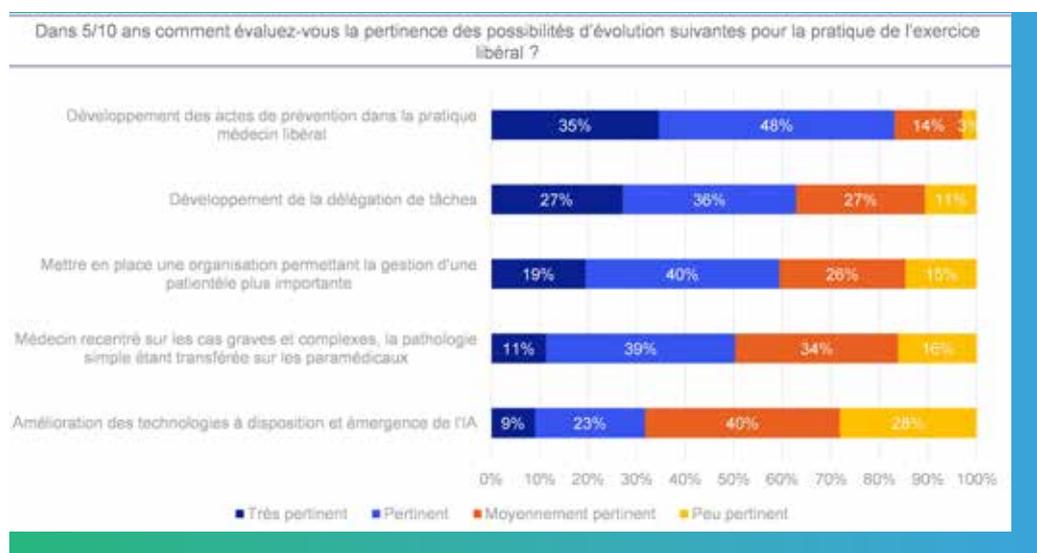
Enfin les médecins répondants souhaitent de manière très prononcée le développement du **compagnonnage** sous plusieurs formes. Ils mettent d'abord en avant à 89% les dispositifs de parrainage et de mentoring et l'intégration de médecins collaborateurs (notamment par le biais d'un statut à durée déterminée à 86%). Le développement des maîtres de stages universitaires est également une attente forte (77%) mais qui doit se combiner avec la possibilité d'obtenir des stagiaires, ce qui reste très complexe chez les spécialistes libéraux.

De nombreuses études montrent que ces mesures de mentoring sont un vecteur d'installation dans les territoires à faible démographie médicale. Comme nous le verrons dans la suite de ce document, les répondants évoquent également comme solutions en faveur de l'installation dans ces territoires, le développement de l'activité en multi-sites, des mesures financières incitatives et l'évolution vers des organisations collectives pluri-professionnelles.



DES SOUHAITS D'ÉVOLUTION TRÈS MARQUÉS SUR LA PRÉVENTION

83% des médecins jugent pertinent le **développement de la prévention** dans les évolutions de l'exercice médical libéral (1er motif des évolutions à venir).

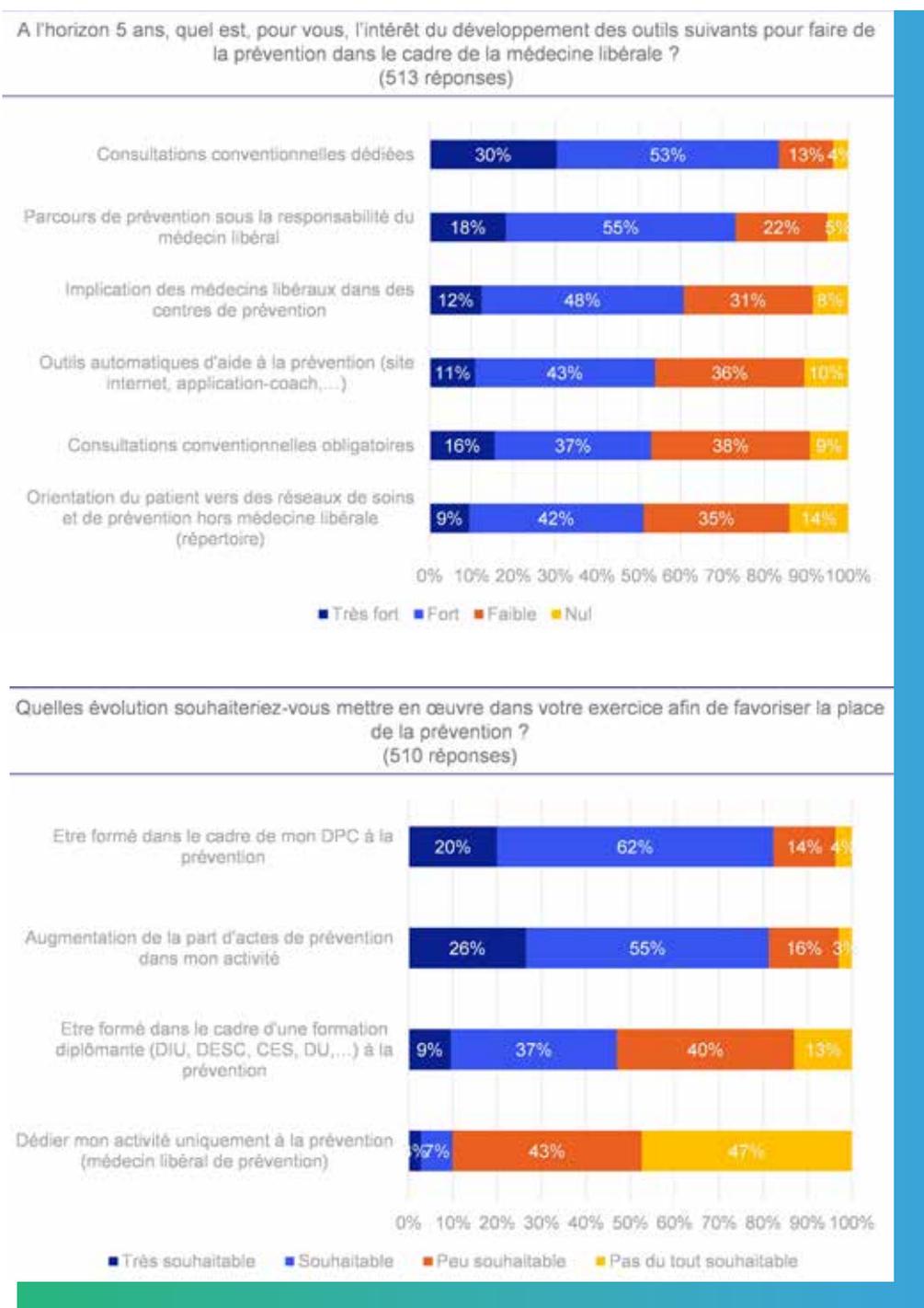


La **prévention** est une pratique d'avenir face aux enjeux de l'évolution épidémiologique (maladies chroniques, vieillissement de la population, renforcement des épidémies, ...).

81% des médecins veulent favoriser la prévention dans leur pratique, et 10% souhaiteraient dédier leur activité uniquement à la prévention.

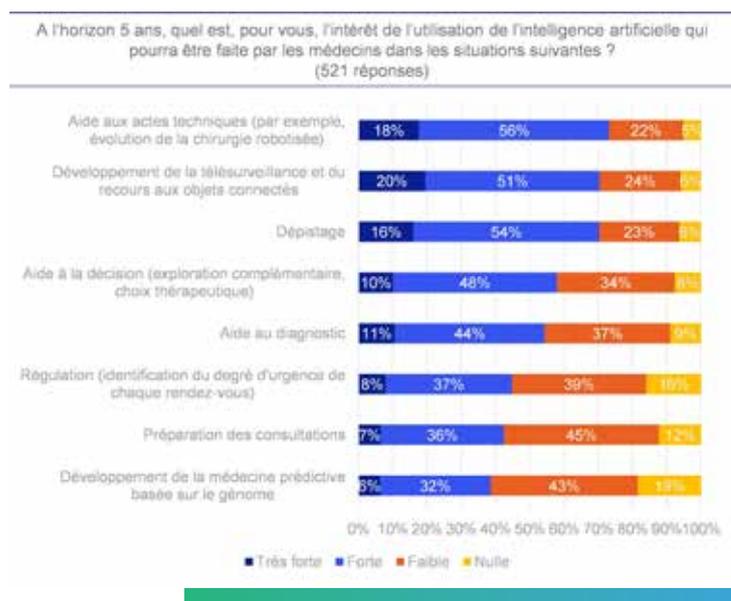
Quels sont les moyens retenus pour favoriser cet accompagnement préventif ?

D'abord être mieux **formé à la prévention via le DPC** (82%) plus que de passer par des modules diplômants (46%). Les médecins enquêtés souhaitent disposer de **consultations conventionnelles dédiées** (83%) en privilégiant des **parcours de prévention sous la responsabilité des médecins libéraux** (73%) puis recourir à des consultations obligatoires (53%). D'autres outils gagnent une adhésion à plus de 50% : être impliqués dans les centres de prévention et disposer de ressources pour le patient (outils numériques d'aide à la prévention et au coaching et annuaire permettant d'orienter le patient vers des structures ou réseaux de prévention et soins).

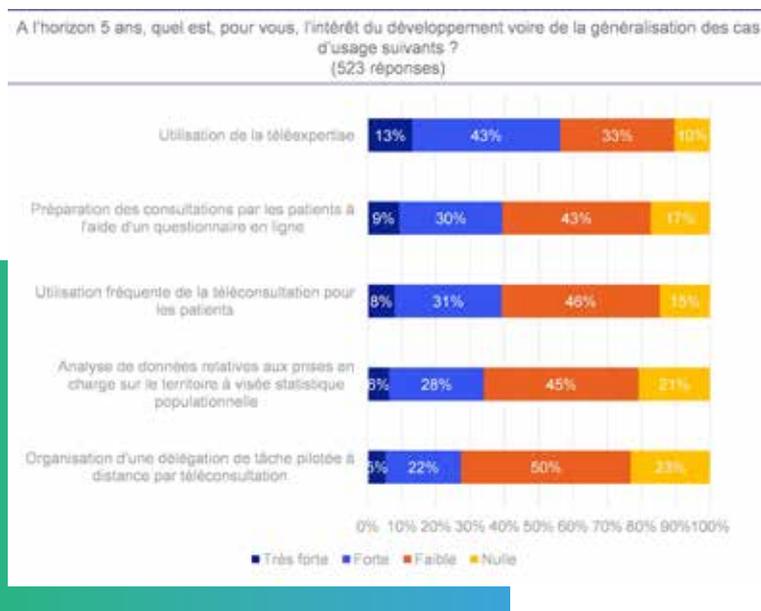


INTÉGRER LES NOUVELLES TECHNOLOGIES POUR FACILITER LE QUOTIDIEN

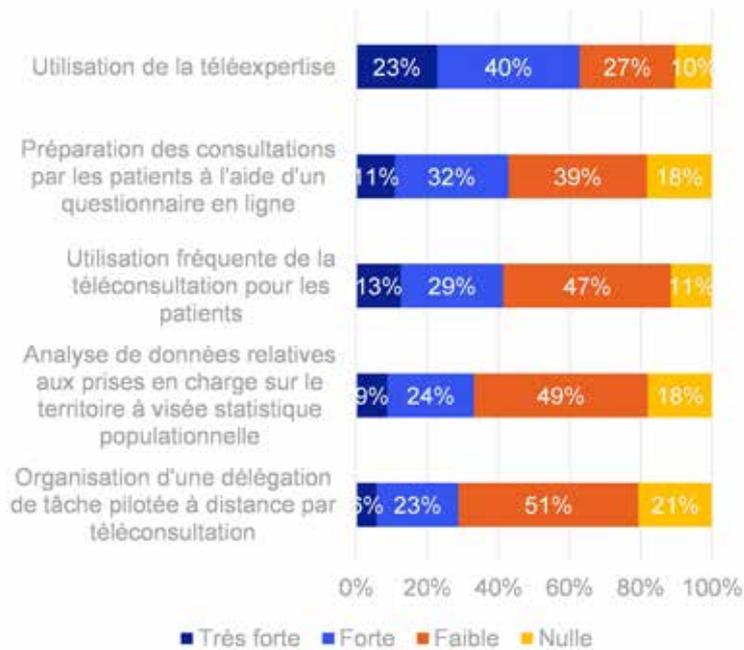
Le second défi concerne l'intégration des **nouvelles technologies dans la pratique médicale**. Les médecins de la région valident l'intérêt de l'intelligence artificielle : 74% l'envisagent prioritairement comme aide dans les actes techniques, y compris avec la robotisation chirurgicale, mais également par le biais des objets connectés facilitant la télésurveillance (71%), le dépistage (70%), l'aide à la décision (58%) et l'aide au diagnostic (55%). D'autres possibilités d'usage de l'IA se profilent pour améliorer la régulation (environ 40%) et la préparation des consultations ou l'utilisation du génome dans une démarche prédictive.



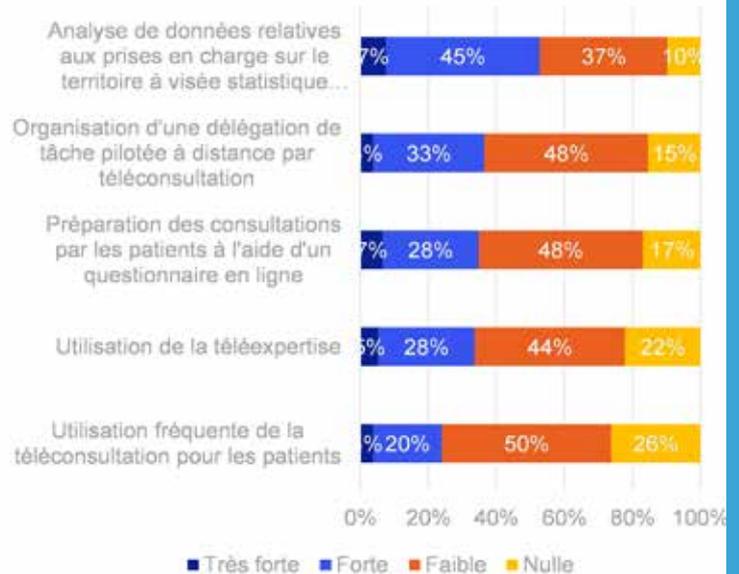
Sur les autres usages du numérique, la **télé-expertise**, pourtant encore peu usitée, ressort comme un levier important pour 56% des médecins, révélant certainement l'attrait pour cette solution de recours confraternel et la pertinence qu'elle apporte dans la qualification de l'accès au second recours. Dans la même veine, près de 40% des médecins estiment que la préparation de la consultation par les patients à l'aide d'un questionnaire en ligne s'avèrera pertinent. L'intérêt de la téléconsultation est également confirmé mais sans le faire au détriment de l'examen clinique présentiel : 39% voient un intérêt à l'utilisation fréquente de la téléconsultation pour les patients.



25-45 ans



56-65 ans et plus de 66 ans



Il ressort clairement que les nouvelles technologies doivent conserver « une dimension humaine de la prise en charge ». Dans les commentaires libres, ressortent aussi le « suivi des patients » et notamment « de l'observance au traitement » et la « gestion d'alarmes », l'aide aux « traitements ciblés », « à la prévention et au coaching des patients » voire à la « mise en place d'une éducation à la santé dès l'école » mais bien évidemment à condition « d'améliorer l'accès à internet et limiter les inégalités numériques entre territoires ».

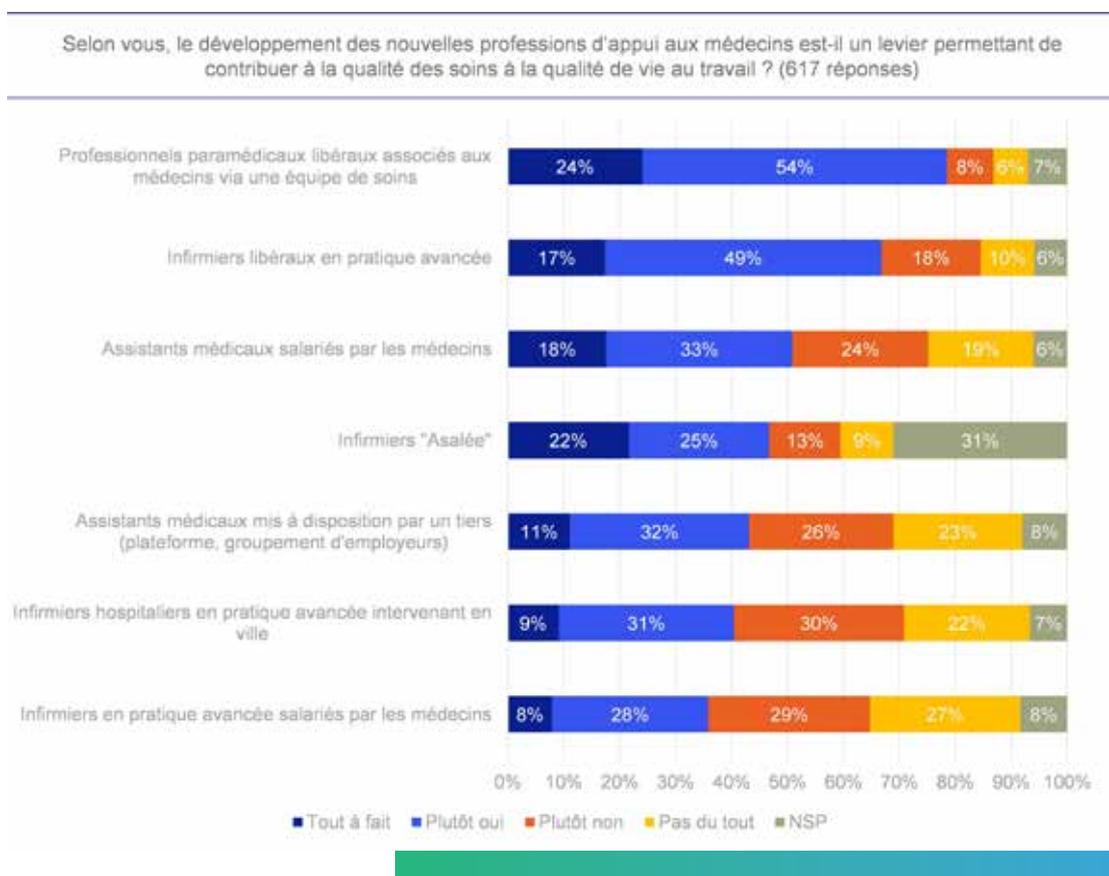
UNE ORGANISATION MÉDICALE COLLECTIVE !

85% attendent un renforcement du réseau généralistes / spécialistes pour répondre à leurs besoins futurs.

Pour 2030–2035, le cabinet individuel n'est plus la norme : la tendance est celle d'un **exercice beaucoup plus collectif**. L'objectif pour les médecins enquêtés est de pouvoir gérer une patientèle plus importante (59%) par la **coopération entre spécialités et avec les autres professions de santé** notamment en développant la délégation de tâches (63%) mais sans forcément recentrer l'activité du médecin sur les cas graves et complexes (50%). La démarche productiviste basée sur des box de consultations multiples où passerait successivement le médecin pour voir ses patients n'est pas considérée comme pertinente pour 72% des médecins répondants.

La **collaboration est privilégiée à 76% avec les professionnels libéraux**, et à 66% avec les **infirmiers en pratique avancée libéraux** (les IPA hospitaliers ou salariés par les médecins obtiennent respectivement 40 et 36% d'adhésion). Les infirmiers Asalée recueillent l'intérêt essentiellement des généralistes.

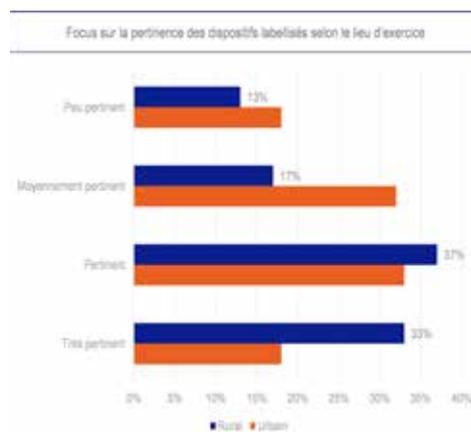
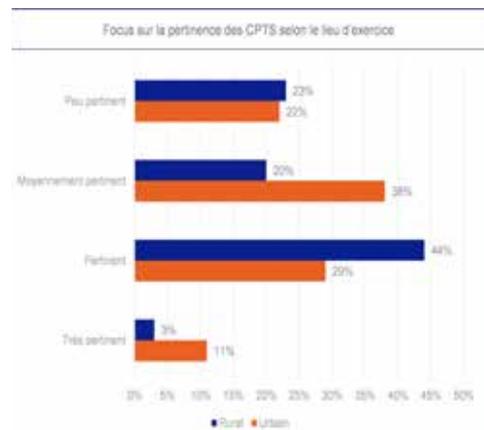
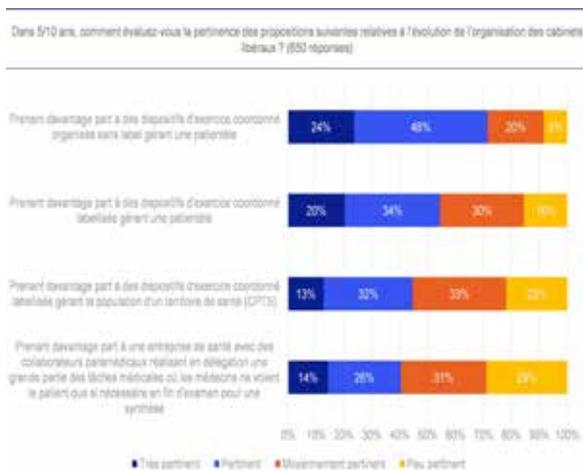
Malgré cette perspective de pratique coordonnée, seuls 27% considèrent intéressant la délégation de tâche pilotée à distance par téléconsultation, laissant entrevoir le besoin d'accompagnement sur ces pratiques innovantes notamment en termes d'organisation pratique face aux difficultés de synchronisation de plusieurs acteurs et de rémunération adaptée (phases de concertation et de coordination au quotidien). La pratique de la téléconsultation doit se construire de manière adaptée à chaque territoire.



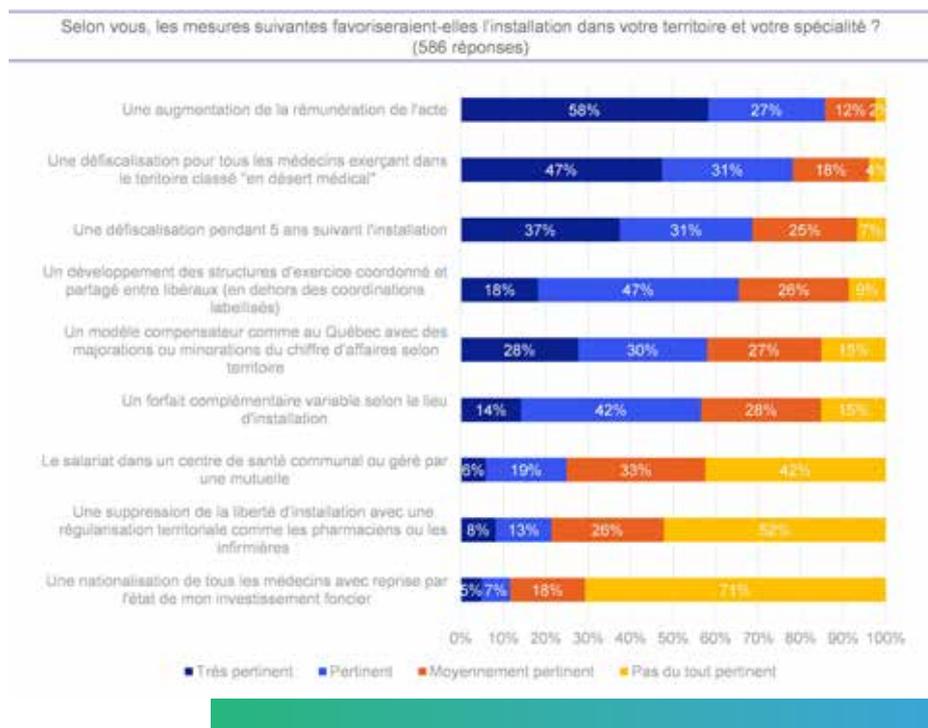
Concrètement les formes de ces organisations médicales restent aussi diversifiées que les territoires et les attentes des professionnels : si le regroupement dans les mêmes murs gagne l'adhésion la plus forte, le **regroupement hors les murs** est mis en avant par 64% des répondants.



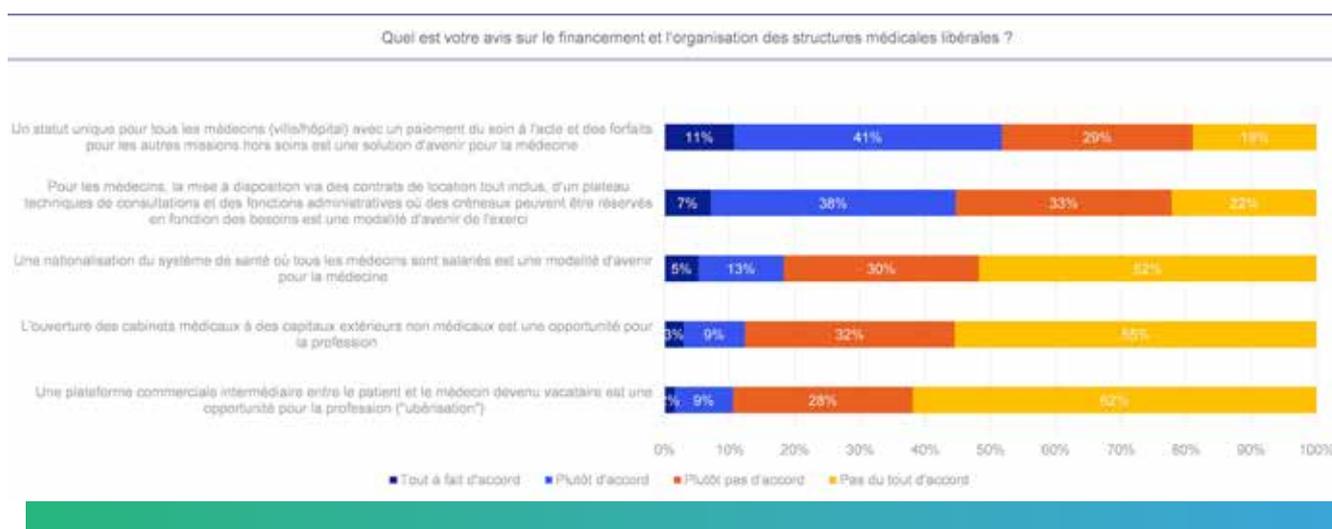
Les médecins favorisent à 72% les **dispositifs d'exercice coordonné sans la contrainte d'une « labellisation »** (de type MSP). A la question de l'exercice coordonné labellisé 54% des répondants le considèrent comme une solution pertinente, sachant que ce taux monte à 70% en secteur rural.



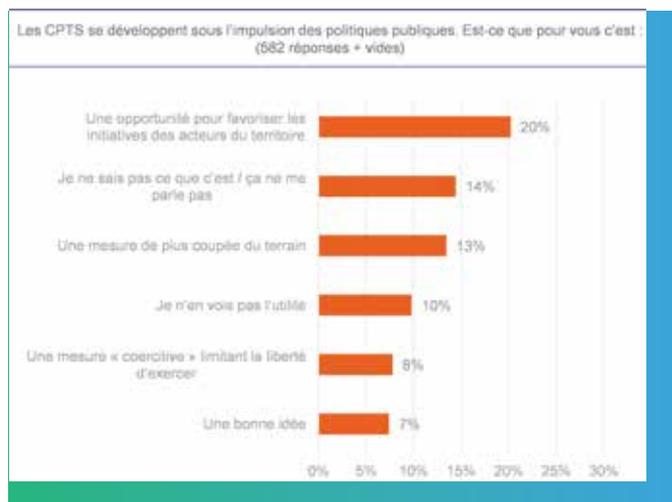
Le développement de structures partagées entre libéraux sans contrainte de label ressort à 65% comme une mesure favorisant l'installation dans les territoires.



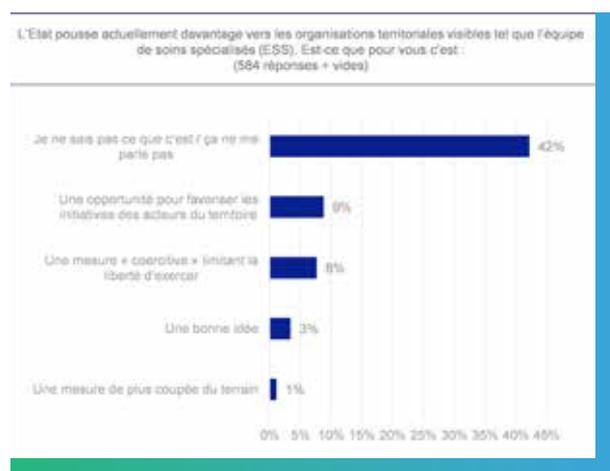
Dans tous les cas, les médecins libéraux souhaitent garder la main sur la prise en charge de leurs patients, leur organisation et leur outil de travail : si 45% seraient intéressés par la location tout inclus de plateaux techniques de consultations et de fonctions administratives, ils rejettent, toutes générations confondues, à 90% un positionnement de vacataire au sein d'une plateforme médicale et à 87% l'ouverture du capital des sociétés médicales à des investisseurs financiers.



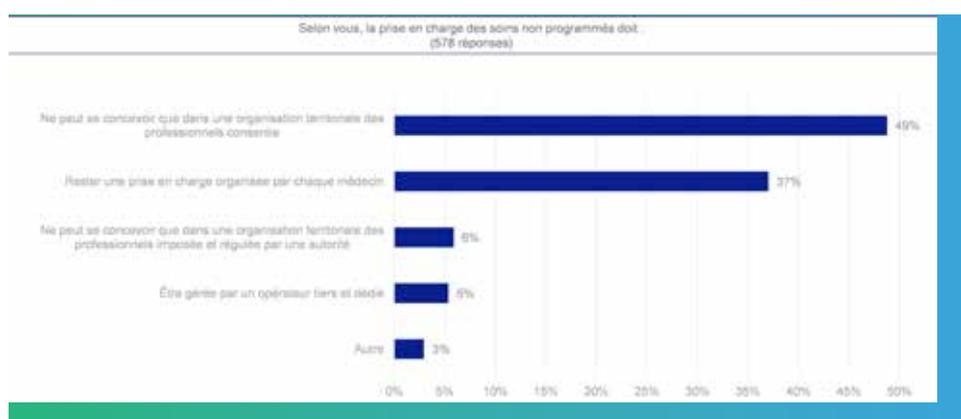
Quant aux nouveaux dispositifs promus par les pouvoirs publics, ils sont encore loin de convaincre. Si à 5/10 ans 54% estiment pertinents de participer à des CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé), seuls 20% considèrent qu'il s'agit d'une opportunité pour favoriser les initiatives des acteurs du territoire. Ces organisations sont certainement perçues comme trop contraignantes sans donner l'envie de s'y investir : 13% des répondants trouvent qu'il s'agit d'une mesure coercitive et 14 % ne savent pas ce qu'est une CPTS.



Cette méconnaissance est encore plus marquée pour les **équipes de soins spécialisées (ESS)** : 42% ne savent pas de quoi il s'agit et parmi ceux qui connaissent les ESS, seulement 12% estiment que c'est une bonne idée ou une opportunité. Il est important que les administrations assouplissent les cadres de ces nouvelles organisations afin de laisser l'initiative aux professionnels de construire des dispositifs adaptés à leurs besoins et à ceux des populations.

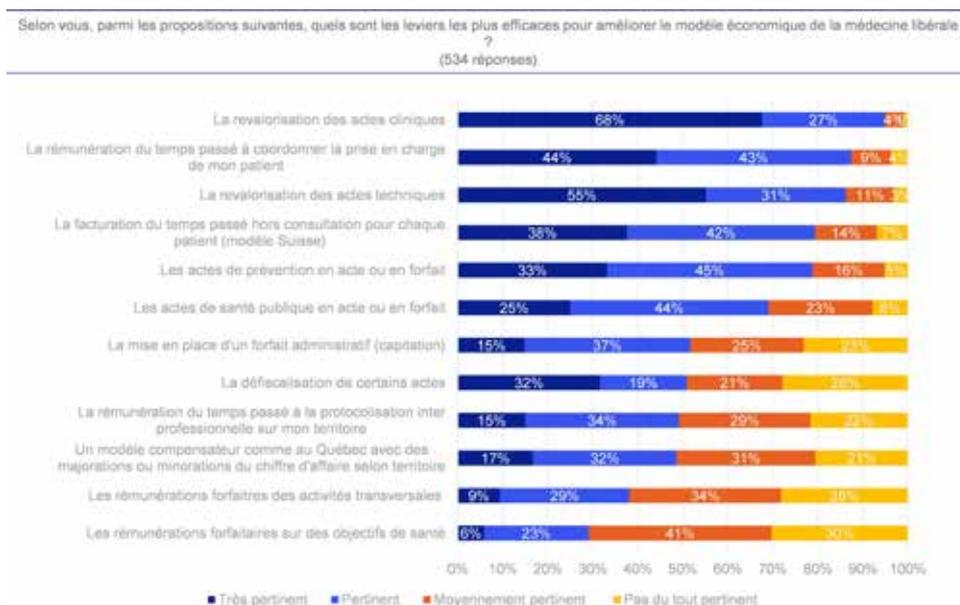


Enfin les **soins non programmés** doivent être définis prioritairement par le collectif des professionnels : 49% sont en faveur d'une organisation construite avec eux (ce taux monte à 54% pour la tranche 25-45 ans) et plus d'un tiers considère qu'ils relèvent de l'organisation individuelle de chacun (37%).

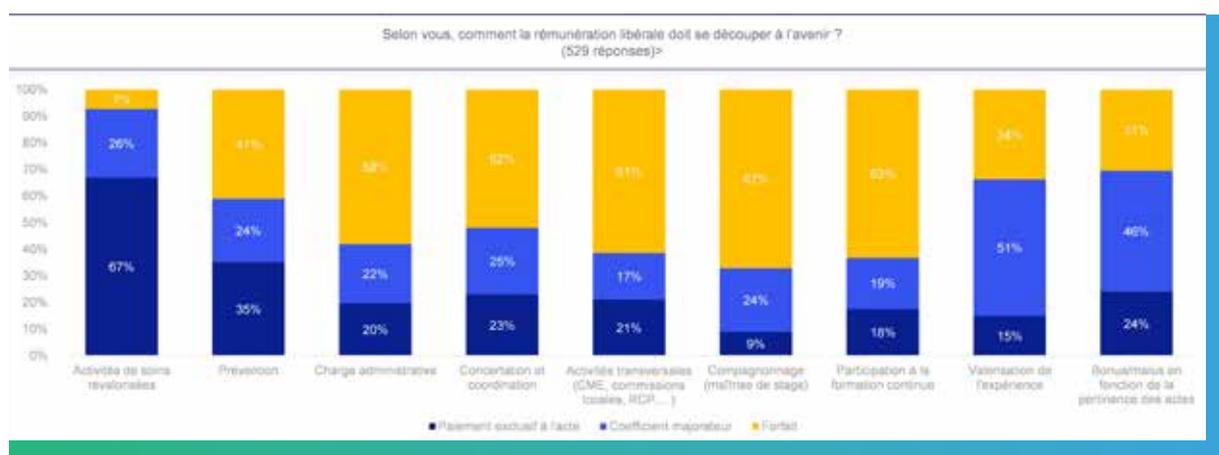


RÉMUNÉRATION : SORTIR DU LOW COST!

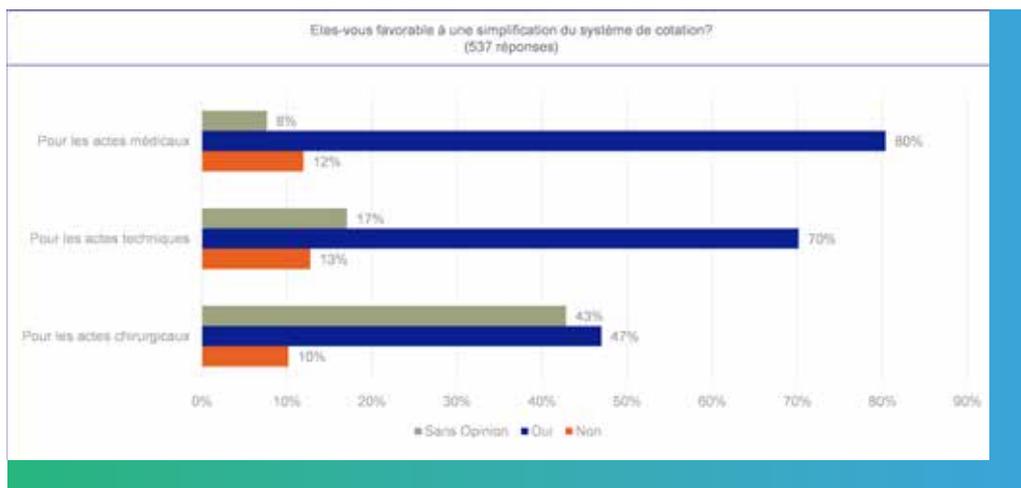
95% des médecins estiment nécessaire de revaloriser les actes cliniques et 85% l'attendent aussi sur les actes techniques.



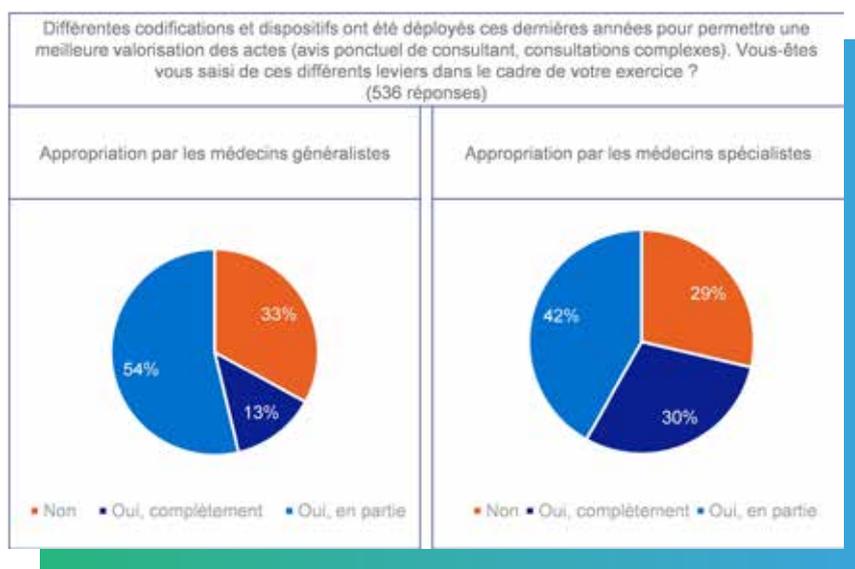
Les médecins enquêtés de la région demandent dans une grande majorité (87%) une rémunération du **temps de coordination** de la prise en charge du patient. Ils valident à 80% le modèle suisse de facturation du temps passé hors consultation au bénéfice des patients : la valorisation de ce temps soutiendrait le modèle économique du recours aux assistants médicaux comme de la collaboration pluriprofessionnelle, notamment de la délégation de tâches dans le cadre des équipes de soins primaires ou spécialisées. Par ailleurs, 49% des répondants attendent une rémunération du temps passé à la protocolisation. Les médecins mettent aussi particulièrement en avant la **valorisation des actes de prévention** (78% la jugent nécessaire), sachant que sur la prévention 59% des médecins enquêtés privilégient le paiement à l'acte ou un coefficient majorateur contre 41% préférant le forfait. Plus globalement, les modalités de la rémunération pour l'avenir dépendent du type d'activité (cf. graphique ci-dessous). Les **forfaits** ressortent comme plus pertinents pour indemniser le temps passé pour la concertation et la coordination, les activités transversales (commissions médicales d'établissement, réunions de concertation, staff ...), la charge administrative mais également la formation continue et le compagnonnage auprès des plus jeunes, tandis que le **paiement à l'acte** est conservé pour les examens et les soins (93%) avec notamment l'utilisation de **majorateurs** en fonction de la complexité mais aussi pour valoriser l'expérience.



Une grande majorité de médecins enquêtés pense que la codification de la facturation doit impérativement être simplifiée : 80% pour les actes médicaux et 70% pour les actes techniques.



Les mesures mises en place par l'assurance maladie pour mieux valoriser les actes sont considérées comme complexes pour une grande majorité des médecins : ainsi seuls 20% des médecins (13% chez les généralistes et 30% chez les spécialistes) disent s'en être saisis complètement.



Globalement les médecins enquêtés revendiquent des évolutions de tarification qui aillent dans un sens de simplification et sans craindre de fortes innovations.

49% des médecins enquêtés sont favorables à un modèle de majoration ou minoration du chiffre d'affaires comme au Québec pour mieux répondre au problème de démographie médicale sur les territoires qui en ont le plus besoin.

Dans les commentaires libres, certains évoquent la défiscalisation au-delà d'un certain nombre d'actes quotidiens (logique des heures supplémentaires), le maintien du secteur 2 en contrepartie de la participation à la permanence et continuité des soins. La défiscalisation est également proposée pour les consultations en zones sous-dotées.

ÉTUDE MENÉE EN PARTENARAIT AVEC

MonMedecin.org

mazars

**LE QUOTIDIEN
DU MEDECIN**

L'URPS Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine

LA VOIX OFFICIELLE DES MEDECINS
LIBÉRAUX

Actrice de la politique de santé régionale,
l'Union s'engage sur les projets de santé des territoires
en faveur de la pratique libérale et d'une médecine de
qualité.



UNE ORGANISATION AU SERVICE DES MÉDECINS LIBÉRAUX

L'union est pilotée et animée par des médecins libéraux, élus pour 5 ans. Ils assurent une représentation régionale et locale sur leur territoire. Ils sont mobilisés sur différentes missions au sein de l'union : commissions, groupes de travail, projets. Certains d'entre-eux sont élus par l'Assemblée Générale pour siéger au Bureau.



60 ÉLUS POUR :



Valoriser et accompagner
la médecine libérale dans
la mutation du système de santé



→ Œuvrer en faveur du rôle pivot de la médecine libérale dans l'organisation des soins et dans la mise en place des organisations territoriales

→ Soutenir les médecins dans l'évolution de leur pratique et les aider à améliorer leur environnement de travail



Soutenir ou porter
des projets innovants
et coopératifs



→ Accompagner les nouvelles organisations coordonnées

→ Développer la prévention

→ Favoriser l'usage des outils numériques

12 000
médecins libéraux

6 500
médecins
généralistes

5 500
médecins
spécialistes



**POUR LA SANTÉ
AU QUOTIDIEN
DE 6 MILLIONS
D'HABITANTS**

Représenter
les médecins libéraux
du local au régional



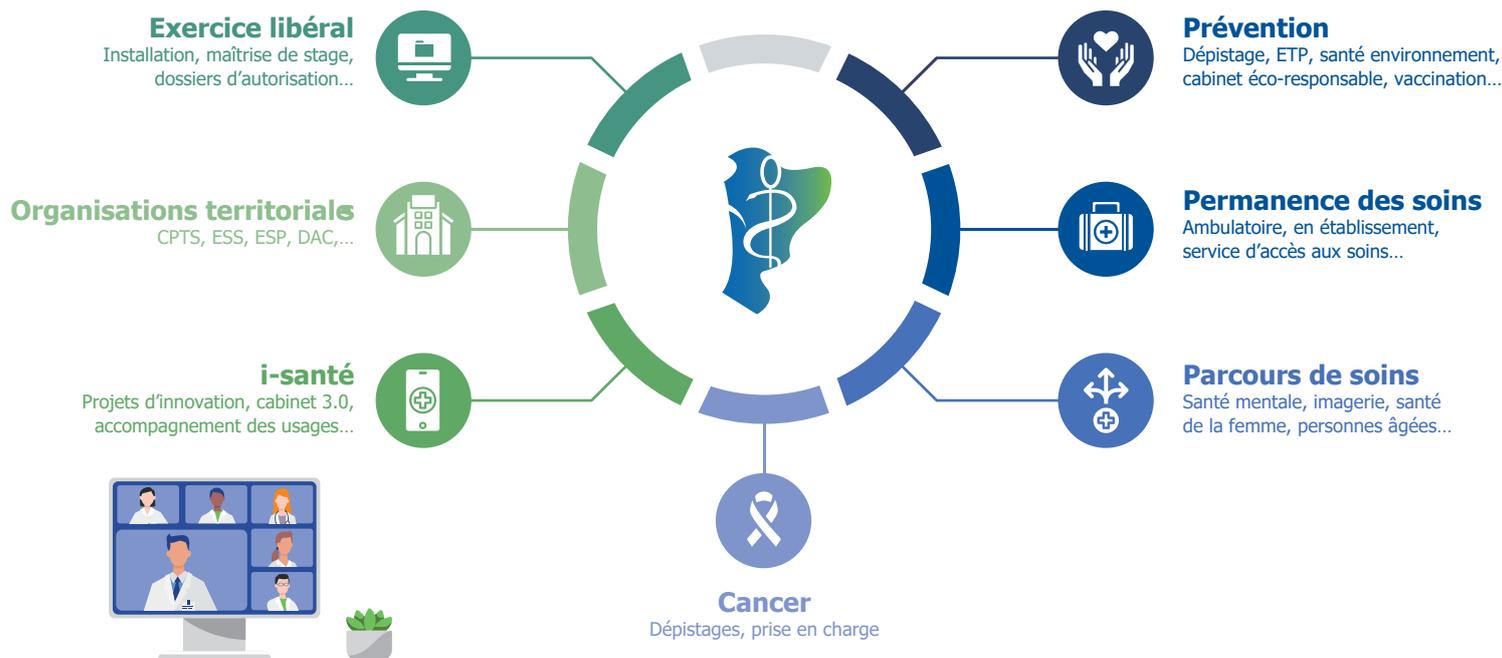
Organiser
l'offre de soins
sur les territoires



Développer
des innovations
en santé



OEUVRER EN FAVEUR DU RÔLE PIVOT DE LA MÉDECINE LIBÉRALE



CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé / ESS : Equipe de Soins Spécialisés
 ESP : Équipe de Soins Primaires / DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination / ETP : Éducation Thérapeutique

MedPREV
mon co-pilote santé

—
Parcours de prévention personnalisés
 assistés d'un **outil numérique**

—
 MedPrev met les médecins au **centre de la prévention** de leurs patients en les aidant au **repérage** et à l'**orientation**

—
Consultations de prévention à âge fixe :
 MedPrev aide votre patient à préparer ce rendez-vous et **vous fait gagner du temps** dans l'analyse de ses habitudes de vie

—
 ACTIVITÉS / CANS / CANS PRÉVENTION / LES SAISONS / LES SAISONS MÉTÉO / LES SAISONS MÉTÉO / LES SAISONS MÉTÉO / LES SAISONS MÉTÉO

Contactez-nous avec www.medprev.org / contact@medprev.org

Mon **MÉDECIN** s'engage

—
 aux côtés des femmes **pour le dépistage du cancer du col de l'utérus**

—
LE DÉPISTAGE, JE M'Y COL!

—
 J'en parle à mon médecin généraliste ou à mon gynécologue.
 Ils sont là pour répondre à toutes mes questions et m'accompagner.

—
 DÉPISTAGE ORGANISÉ / DÉPISTAGE DES CANCERS D'UTÉRUS / DÉPISTAGE DES CANCERS D'UTÉRUS

mes **accins.net**

—
Le carnet de vaccination électronique permet aux patients de gérer leurs vaccinations en bénéficiant de votre expertise.

—
Système expert d'aide à la décision vaccinale

—
Pharmacovigilance renforcée

—
Traçabilité sécurisée des données vaccinales

—
Abonnement offert à tous les médecins libéraux de Nouvelle-Aquitaine par l'URPS ML NA.
 Gratuit pour les patients.

Web1H

—
Rendez-vous mensuels pour suivre les actualités de la médecine libérale

—
 @UrpsMedecinsNouvelleAquitaine sur YouTube

Rempla
 Nouvelle-Aquitaine

—
 Une plateforme de mise en relation des médecins libéraux de la région Nouvelle-Aquitaine, pensée et gérée au quotidien par l'URPS pour les médecins installés et remplaçants.

—
Remplacement

—
Association

—
Transmission de patientèle

—
 L'abonnement à rempla-nouvelle-aquitaine.org est offert aux médecins libéraux de Nouvelle-Aquitaine par votre URPS.

MedISI

—
Faciliter le quotidien grâce à

—
 des fiches pratiques et des outils gratuits et éthiques

—
medisi.org

Les
**MÉDECINS
LIBÉRAUX**
de Nouvelle-Aquitaine

s'engagent

avec leur union régionale
pour...

**Renforcer
la prévention**
dépistages, vaccination,
activité physique

**Faciliter
l'accès aux soins**
près de 100 000 patients vus
chaque jour par les médecins
libéraux

**Répondre
aux urgences**
10 000 consultations
sans RDV tous les jours
en Nouvelle-Aquitaine

**Développer
les innovations**
organisations et outils numériques
au service de la relation
médecin-patient

MedTV
Information santé
et prévention en images
dans votre salle d'attente

- Simple à utiliser
- Sans frais d'abonnement
- Sans publicité
- Des messages de santé validés

MonMedecin.org

- Agenda de cabinet modulable selon l'organisation
- Téléconsultation en 3 clics avec paiement en ligne. Téléconsultation assistée avec un paramédical aux côtés du patient
- Organisation de télé-expertise:
 - AIDE DISTANTE: diagnostic, prescription, conduite à tenir, orientation...
 - ACCÈS AUX SOINS: délais et pertinence
- confiraternité, accompagnement, formation continue
- organisation du parcours patient et continuité des soins
- CONFIANCE DU PATIENT ET QUALITÉ AU TRAVAIL

Contactez-nous
www.monmedecin.org
contact@monmedecin.org

sas NOUVELLE AQUITAINE
SERVICE D'ACCÈS AUX SOINS

Un service de régulation médicale en journée qui trouve, si besoin, un rendez-vous avec un médecin dans un délai maximum de 48h.

PARTICIPEZ À LA PRISE EN CHARGE DES SOINS NON PROGRAMMÉS DE VOTRE TERRITOIRE



La Plateforme d'Astreinte et de Coopération en Télé-imagerie de Nouvelle-Aquitaine, fruit de la coopération de sociétés d'imagerie de la région

Valoriser et développer l'activité des sociétés d'imagerie par l'intégration de la télé-radiologie dans leurs organisations

Favoriser le maillage du territoire et la prise en charge des patients sur la région

La téléradiologie au service des territoires



Dispositif d'appui et d'accompagnement des CPTS de Nouvelle-Aquitaine

Les CPTS sont des regroupements d'acteurs de santé qui souhaitent se coordonner, sur un territoire, afin d'améliorer la continuité, la cohérence et la qualité des parcours patients

agoralib.org Rester libre ensemble !



Un outil numérique idéal pour la gestion collective des vacations, des astreintes, des gardes.

La gestion des planning de groupes s'avère souvent complexe et chronophage notamment pour assurer des changements de disponibilités. FlexiVac a été pensé par des médecins libéraux pour :

organiser l'ensemble des vacations des professionnels de santé de votre structure

rendre facile les changements de vacations au quotidien

Contactez-nous
contact@flexivac.org

LES ÉLUS DE L'URPS MÉDECINS LIBÉRAUX NOUVELLE-AQUITAINE



ARRAMON TUCOO Philippe -
RADIOLOGUE - CSMF



BEAUCHAMPS Xavier -
CHIRURGIEN ORTHOPÉDIE -
AVENIR SPE-LE BLOC



BERGE Frank -
NEPHROLOGUE - UFMLS

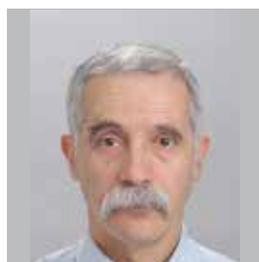


BONNET Pauline -
GENERALISTE - UFMLS

BOUBARNE Alice -
GENERALISTE - CSMF



BOUCHAMMACH Farid -
GENERALISTE - UFMLS



BOUHRAOUA Djamel -
DERMATOLOGUE - CSMF



BOURRAS Jean-Charles -
RADIOLOGUE - SML



BRINTET Isabelle - PÉDIATRE
- AVENIR SPE-LE BLOC



BRUGERE Nicolas -
GENERALISTE - CSMF



CADIX Claire - GENERALISTE
- FMF



CASTAING Patrick -
GENERALISTE - UFMLS



CHAABAN Imad -
GENERALISTE - SML



CHARPENTIER Thierry -
GENERALISTE - MG France



CHAVIGNY Eric -
RADIOLOGUE - AVENIR SPE-
LE BLOC



CORDET Frédéric - GASTRO-
ENTEROLOGUE - CSMF



DARMAILLACQ Jean-
Guillaume - GENERALISTE
- CSMF



DELABANT Jean-Luc -
GENERALISTE - CSMF



DIEBOLT Vincent -
RHUMATOLOGUE - AVENIR
SPE-LE BLOC



DRYKA Catherine -
GENERALISTE - CSMF



DUBOIS Anne -
RHUMATOLOGUE - UFMLS



DUPUIS DUSSEAU Elise -
GENERALISTE - MG France



DURANDET Philippe -
CARDIOLOGUE - CSMF



DUTHIL Valérie -
GENERALISTE - MG France



FAZILLEAUD Béatrice -
GENERALISTE - CSMF



FEGER Benoît - O.R.L -
AVENIR SPE-LE BLOC



FRANKHAUSER Claude -
GENERALISTE - UFMLS



FRUGIER Mickaël -
GENERALISTE - FMF



GAUNELLE ARNAUD -
GENERALISTE - MG France



GUINAUDEAU Béatrice -
PSYCHIATRE - AVENIR SPE-
LE BLOC

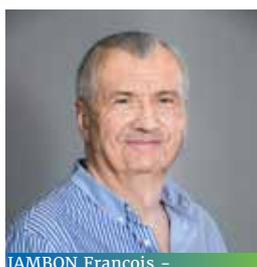
LES ÉLUS DE L'URPS MÉDECINS LIBÉRAUX NOUVELLE-AQUITAINE



HAMTAT Kamel -
GENERALISTE - FMF



HERVE Yann - ANEST-
REANIMATION - UFMLS



JAMBON François -
RADIOLOGUE - AVENIR SPE-
LE BLOC



LACHER-FOUGERE Stéphane
- O.R.L. - SML



LACOURCELLE Mathilde -
GENERALISTE - MG France



LALANNE Nathalie -
DERMATO-VENEROLOGUE
- CSMF



LE BRUN Bernard -
RADIOLOGUE - CSMF



LE CORRE Christian -
GENERALISTE - MG France



LE MOING Ludovic -
GENERALISTE - MG France



LECOMTE Jean-Christophe
- RADIOLOGUE - JEUNES
MEDECINS



LIM Phat-Eam -
OPHTALMOLOGUE - UFMLS



MASSEYS Dominique -
RADIOLOGUE - SML



MEGUERDITCHIAN Vartan -
PSYCHIATRE - CSMF



MERINO Bertrand -
MEDECINE NUCLEAIRE -
AVENIR SPE-LE BLOC



MERLOT Benjamin -
GYNECO-OBSTETRICIEN
- CSMF



MORVAN Thierry - ANEST-
REANIMATION - FMF



NOGRETTE Jean-Christophe -
GENERALISTE - MG France



ONIFADE Chérifathou -
GERIATRE - CSMF



PARRENS Eric -
CARDIOLOGUE - AVENIR
SPE-LE BLOC



PASSERIEUX Denis -
GENERALISTE - MG France



PERROT Sunara -
GENERALISTE - SML



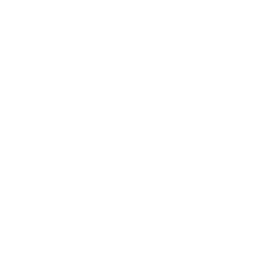
PETIT-BREUILH Isabelle -
GYNECOLOGUE - SML



RONCI Nathalie -
ENDOCRINOLOGUE - CSMF



SANTOUL Sandrine -
GENERALISTE - MG France



SELLAM Eric - PEDIATRE -
AVENIR SPE-LE BLOC



SIMON Didier - GENERALISTE
- MG France



SURY Eric - GENERALISTE -
MG France



TISSERAUD-TARTARIN
Marie-France -
GENERALISTE - SML



TOUYAROT Ginette -
GENERALISTE - MG France

UFMLS - Poste vacant

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

Démographie des professions médicales en Nouvelle-Aquitaine – Comité Régional de l'ONDPS Nouvelle-Aquitaine – Octobre 2022

Santé : faire le pari des territoires – Institut Montaigne – Rapport mai 2022

Les Français et le système de santé : quelles attentes et perspectives d'avenir ? – Mazars et OpinionWay – Janvier 2022

Soigner demain – Conseil National de l'Ordre des Médecins :

- o « **Pour une transformation de notre système de santé** » – Février 2022
- o « **La parole aux médecins** », résultats de l'enquête en ligne menée en octobre et novembre 2021

Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. Les leçons de la littérature internationale – Les dossiers de la DRESS n°89 – D. Polton, H. Chaput, M. Portela en collaboration avec Q. Laffeter et C. Millien – Décembre 2022

Décarboner la santé pour soigner durablement dans le cadre du plan de transformation de l'économie française – The Shift Project – Novembre 2021

Étude sur l'installation des jeunes médecins – Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM Data) – 2019

En Nouvelle-Aquitaine, une consultation « disruptive » pour sonder les médecins

PAR MARIE FOULT - PUBLIÉ LE 21/01/2022

Tarification, organisation médicale et territoriale, installation, nouvelles technologies, prévention : l'URPS ML Nouvelle-Aquitaine lance une vaste enquête prospective auprès des médecins libéraux, point d'ancrage d'un travail de fond sur l'attractivité de l'exercice. Un rapport établira des propositions à la veille des élections présidentielle et législatives.

Comment rendre l'exercice libéral désirable à l'horizon de cinq à dix ans ? Quels scénarios préférés ? Vastes questions, auxquelles sont invités à répondre, sous forme de questionnaire, les quelque 12 000 médecins libéraux de Nouvelle Aquitaine (6 500 généralistes et 5 500 spécialistes). Leur URPS les sonde dans le cadre d'une grande étude* lancée le 19 janvier et qui se veut « disruptive ».

« L'objectif est de profiter de la période électorale pour avoir une approche prospective, en rassemblant les idées du terrain pour améliorer l'exercice et lancer des pistes de réflexion, résume le Dr Benoît Féger, ORL à Angoulême et président de l'URPS ML sous l'étiquette Avenir Spé. On demande aux médecins de sortir un peu la tête du guidon, de réfléchir et de proposer des voies, même utopiques, d'amélioration. »



Crédit photo : PHANIE

Ces idées de la « base » nourriront des ateliers organisés avec des experts du secteur – dont l'économiste libéral Frédéric Bizard sur le modèle économique et David Gruson sur les nouvelles technologies – puis des débats sous forme de webinaires. « Au bout du bout, explique le Dr Féger, les résultats feront l'objet d'un rapport qui sera envoyé aux politiques, et notamment aux députés de la région dont le Dr Thomas Mesnier (député LREM de la Charente et rapporteur du dernier budget de la Sécu, NDLR). »

Dépasser les clivages

Pour redorer le blason de l'exercice, les praticiens libéraux néo-aquitains sont invités à se projeter sur l'exercice regroupé et les organisations territoriales coordonnées (MSP, CPTS, équipes de soins), les délégations de tâches et l'arrivée de nouveaux profils (assistants médicaux, infirmiers en pratique avancée), l'évolution de la tarification et du modèle économique ou la montée en puissance des nouvelles technologies et de l'IA.

Forte de cette initiative qui dépasse les clivages syndicaux, l'URPS entend pousser loin tous les scénarios. Chacun pourra choisir s'il est pertinent de « nationaliser le système de santé où tous les médecins sont salariés », « transférer la pathologie simple sur les paramédicaux », « ouvrir les cabinets médicaux à des capitaux extérieurs non médicaux », « développer des statuts mixtes »... « Nous souhaitons proposer des perspectives positives et non pas un état des lieux catastrophique comme c'est le cas parfois dans certains rapports », nuance le Dr Didier Simon, vice-président (MG France) de l'Union et généraliste à Mont-de-Marsan.

Les praticiens auront leur mot à dire sur la qualité de vie au travail, à l'heure où la jeune génération exprime sa volonté de travailler moins, de concilier exercice professionnel et vie de famille et de bénéficier de services publics sur son lieu d'implantation. « Sur ce point, nous avons une forte attente pour savoir comment amener les médecins, notamment spécialistes, à s'installer en libéral, insiste le Dr Frank Bergé (UFML-S), néphrologue à Bordeaux et coordonnateur du collège spé de l'Union. Dans de nombreuses disciplines comme la néphrologie, la pneumologie ou la cardiologie, nous avons déjà beaucoup de mal à faire venir les jeunes en stage libéral, même dans des zones a priori attractives. » L'URPS sondera les libéraux sur diverses mesures de compagnonnage qui ont fait leurs preuves telles que la maîtrise de stage, le parrainage ou le statut de médecin collaborateur.

Rémunération et liberté d'installation

Alors que l'accès aux soins s'invite dans les programmes présidentiels, les médecins seront consultés sur le dosage entre incitations et régulation territoriale. Tarifs bonifiés, défiscalisation pendant cinq ans, modèle québécois, salariat, suppression pure et simple de la liberté d'installation... : autant de pistes sur la table. « Face aux idées des politiques, il est important d'opposer quelque chose qui soit

construit par la base, c'est ce que j'attends de mes confrères généralistes », avance le Dr Éric Sury (MG France), coordonnateur du collège de médecine générale, pour qui les problèmes démographiques et d'aménagement du territoire sont « cruciaux ».

Côté tarification, le questionnaire abordera la place des rémunérations forfaitaires (lesquelles ?), le paiement à l'acte, la capitation, les majorations, d'éventuels bonus/malus en fonction de la pertinence, les consultations de prévention ou le sort des secteurs d'exercice... Et sur une échelle de 1 à 10, les médecins pourront dire s'ils se sentent « épanouis » dans leur métier, « confiants » quant à l'avenir et s'ils referaient « sans hésiter une carrière » en médecine libérale. Les praticiens de Nouvelle Aquitaine ont jusqu'au 15 février pour participer à cette consultation.

** Dont « Le Quotidien » est partenaire.*

Marie Foult

ÉTUDE MENÉE EN PARTENARIAT AVEC

LE QUOTIDIEN DU MEDECIN

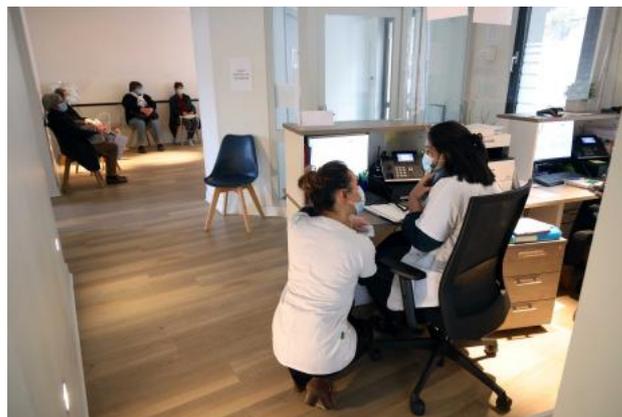
En Nouvelle-Aquitaine, les médecins dessinent leur modèle « désirable »

PAR MARIE FOULT - PUBLIÉ LE 01/04/2022

L'URPS médecins libéraux a sondé la profession pour mieux connaître ses aspirations. Ouverts aux délégations de tâches, très motivés par la prévention, les praticiens néo-aquitains veulent surtout garder la main sur leur organisation, exercer de façon coordonnée, être mieux rémunérés et épaulés pour l'administratif.

Organisation des cabinets, rémunération, accès aux soins, qualité... Dans une vaste enquête* prospective sur l'exercice, l'URPS médecins libéraux de Nouvelle-Aquitaine a « pris le pouls » des 12 000 praticiens de la grande région, afin de nourrir un travail de réflexion et d'expertise permettant d'établir des propositions. Près de 800 médecins, au profil représentatif, ont répondu au sondage, ce qui permet de cerner les évolutions souhaitées et les lignes jaunes.

Premier enseignement : les médecins libéraux néo-aquitains sont plutôt « épanouis » dans leur métier, un item auquel ils attribuent la note de 6,8/10. Mais ils sont parallèlement « peu confiants » sur l'avenir de la médecine de ville, notée 4,4/10. Pourtant, ils ne manquent pas d'idées pour rendre l'exercice libéral « plus désirable », souligne le Dr Benoît Féger, président FMF de l'URPS, qui se veut « optimiste ». « Les résultats confirment ce que l'on ressent, à savoir que les médecins sont prêts à des évolutions... à condition qu'on leur laisse la main, glisse l'ORL au « Quotidien ». *Enfin, les libéraux ont une vision plus girondine que jacobine* ».



Parmi les mesures jugées efficaces pour regagner du temps médical, 77% des médecins citent le recours au secrétariat et 60% les assistants médicaux
Crédit photo : SEBASTIEN TOUBON

Motivés par la liberté d'installation, l'indépendance et le fait d'être « son propre patron », les libéraux estiment que, pour demain, la modulation du temps de travail, la souplesse du statut, le renforcement de « l'organisation autour de la patientèle » ou la mobilité géographique sont des pistes à creuser. Le compagnonnage est « plébiscité » pour donner aux jeunes le goût du libéral : 91 % des médecins interrogés se déclarent pour le parrainage ou mentoring et 89 % pour d'une intégration grâce au statut de médecin collaborateur.

Déléguer oui, transférer les actes simples, non

En termes d'organisation, trois quarts des médecins libéraux sondés sont convaincus que « dans cinq à dix ans », ils prendront davantage part à des dispositifs d'exercice coordonné... mais pas forcément pilotés par les agences régionales de santé (ARS). À leurs yeux, la fin programmée du cabinet en solo ne signifie donc surtout pas le basculement vers un modèle unique, sous la coupe de l'administration.

Le degré de formalisme de la coordination laisse d'ailleurs la profession partagée. Seuls 45 % d'entre eux envisagent de travailler avec des dispositifs « labellisés » ayant vocation à prendre en charge la population d'un territoire – de type CPTS. Quant à la prise en charge des soins non programmés, l'un des objectifs du service d'accès aux soins (SAS) en construction, elle doit se concevoir « dans une organisation territoriale consentie par les professionnels », expriment 49 % des médecins.

Les médecins libéraux néo-aquitains se voient volontiers réaliser davantage d'actes de prévention (83 % souhaitent même des consultations dédiées), ils sont prêts à déléguer plus de tâches qu'aujourd'hui (63 %) – sans pour autant transférer les pathologies simples aux paramédicaux – et une courte majorité d'entre eux aspirent à une organisation leur « permettant la gestion d'une patientèle plus importante » (59 %).

Côté carrières, le statut médical « unique » (pour un exercice en ville et à l'hôpital) combinant paiement à l'acte et forfaits « missions » est une solution d'avenir pour 52 % des sondés. Et 45 % d'entre eux sont tentés par la mise à disposition (via des contrats de location) d'un plateau technique de consultations avec des fonctions administratives.

Repositionnement

Concernant la qualité des soins et le confort d'exercice, les praticiens ne cachent pas leur inquiétude. La majorité (56 %) juge que leurs conditions de travail vont en se dégradant. Mais encore une fois, les trois quarts d'entre eux pensent que c'est à la profession elle-même de s'organiser « *pour repositionner la place du médecin et la nature de la relation médecin/patient* », et ne pas subir les évolutions.

À ce titre, 85 % des sondés plaident pour le développement d'un réseau étroit de coopération entre généralistes et spécialistes (*via* des équipes de soins), 81 % pour un regroupement dans les mêmes murs, 64 % pour un regroupement hors les murs et le développement de l'exercice multisite. Les nouvelles professions « *d'appui* » aux médecins sont vues comme « *un levier* » positif – en premier lieu l'association avec des paramédicaux libéraux, des infirmières en pratique avancée (IPA), un assistant médical salarié, voire une infirmière Asalée. Parmi les mesures efficaces pour regagner du temps médical, 77 % citent le recours aux secrétariats et 60 % les assistants médicaux – ces derniers s'occupant plutôt de la partie administrative.

Nerf de la guerre

Côté attractivité de l'exercice, 85 % des libéraux aspirent à une hausse de la rémunération, alors que la nouvelle convention sera négociée l'an prochain. La « *défisicalisation* » pour ceux qui exercent en désert médical convainc près de huit sondés sur dix, tout comme celle des cinq premières années d'exercice libéral (68 %).

Le consensus est large pour simplifier la nomenclature (70 %) et même massif pour revaloriser les actes cliniques (95 %), techniques (86 %) et les missions de coordination ou de prévention (78 %). Et 80 % adhèrent à l'idée d'une facturation du temps passé hors consultation, sur le modèle suisse. Mais attention, la diversification des modes de rémunération n'est envisagée que prudemment. Les activités de soin doivent continuer à relever du paiement à l'acte « *exclusif* », jugent majoritairement les sondés, tandis que les tâches ou missions annexes peuvent être payés au forfait (administratif, coordination, compagnonnage, FMC). La prévention reste « *à la frontière des deux types de rémunération* ».

Enfin, les libéraux de cette région estiment que le « *défi prioritaire d'innovation* » des cinq prochaines années sera... la télé-expertise (56 %). Quant au recours à l'intelligence artificielle (IA), les médecins l'envisagent principalement pour les actes techniques – la télésurveillance, le dépistage, l'aide à la décision et au diagnostic.

** Questionnaire diffusé du 14 janvier au 28 février en ligne (796 médecins répondants, dont 500 à la totalité des questions)*

Marie Foult

Web'1H

Les propositions faites par la médecine libérale de Nouvelle-Aquitaine sont issues de la consultation des médecins, des travaux menés avec les experts et des échanges lors des webinaires.

WEB'1H DU 19 MAI 2022 : ANALYSES ET PRÉCONISATIONS DES EXPERTS

Intervenants :

Pr Frédéric Bizard, Économiste de la santé; Fondateur de l'Institut Santé; Professeur à l'ESCP Europe et à Paris Dauphine

Pr François Alla, Chef du service Prévention du CHU de Bordeaux; Président de la CRSA Nouvelle-Aquitaine

M. David Gruson, Fondateur d'Ethik-IA; Spécialiste de l'intelligence artificielle en santé

Dr Benoît Féger, Président de l'URPS Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine

Dr Imad Chaaban, Président de la commission Organisation territoriale de l'URPS ML NA

M. Emmanuel Bataille, Directeur de l'URPS ML NA

Dr Benoît Elleboode, Directeur Général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine

M. Francis Comby, Vice-Président du Conseil départemental de Corrèze

Animation par Élise Comarteau

replay du Web'1heure
du 19 mai 2022



ABONNEZ VOUS !

Pour recevoir

- o les alertes sanitaires
- o les actualités médicales
- o la newsletter et les dates des Web'1H de votre Union

Nous avons besoin de vos coordonnées !

Vous pouvez les renseigner en flashant ce QR code
ou en nous écrivant à l'adresse : contact@urpsml-na.org



WEB'1H DU 7 JUILLET 2022 : ORIENTATIONS DE RÉFORME POUR L'AVENIR

Intervenants :

Dr Benoît Féger, Président de l'URPS Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine

Dr Éric Sury, Coordonnateur du collège des généralistes de l'URPS ML NA

Dr Jean-Luc Delabant, Président de la commission Prévention de l'URPS ML NA

Dr Stéphane Lacher-Fougère, Président de la commission Exercice libéral de l'URPS ML NA

M. Emmanuel Bataille, Directeur de l'URPS ML NA

Dr Philippe Domblides, Président du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins Nouvelle-Aquitaine

Dr Benoît Elleboode, Directeur Général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine

Dr Françoise Jeanson, Vice-présidente du Conseil régional Nouvelle-Aquitaine en charge de la Santé et de la Silver économie

Pr Frédéric Bizard, Économiste de la santé; Fondateur de l'Institut Santé; Professeur à l'ESCP Europe et à Paris Dauphine

Pr François Alla, Chef du service Prévention du CHU de Bordeaux; Président de la CRSA Nouvelle-Aquitaine

M. David Gruson, Fondateur d'Ethik-IA; Spécialiste de l'intelligence artificielle en santé

Animation par Élise Comarteau

*replay du Web'1heure
du 7 juillet 2022*



Contact presse URPS Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine :

Marjorie MARTIN, Chargée de communication

05.56.56.57.18

contact@urpsml-na.org



télécharger le rapport



 contact@urpsml-na.org

 05.56.56.57.10

 urpsml-na.org

 Journal
de l'union



 @URPS Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine
sur LinkedIn

 @UrpsMedecinsNouvelleAquitaine
sur YouTube