

# Propositions de la FSM et des CNP

## Séguir de la Santé

Addictologie  
Allergologie  
Anatomie et Cytologie Pathologiques  
Anesthésie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire  
Biologie des agents infectieux-Hygiène hospitalière  
Biologie Médicale  
Cardiovasculaire  
Chirurgie de l'Enfant et de l'Adolescent  
Chirurgie Maxillo-faciale et Stomatologie  
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique  
Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire  
Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire  
Chirurgie Viscérale et Digestive  
Dermatologie et Vénérologie  
Endocrinologie, Diabétologie et Nutrition  
Génétique Clinique, Chromosomique et Moléculaire  
Gériatrie  
Gynécologie Obstétrique et Gynécologie Médicale  
Hématologie  
Hépto-Gastro-Entérologie  
Internistes  
Maladies Infectieuses et Tropicales  
Médecine Intensive-Réanimation  
Médecine Légale et expertises médicales  
Médecine Nucléaire  
Médecine Physique et Réadaptation  
Médecine du Sport  
Médecine du Travail  
Médecine d'Urgence  
Médecine Vasculaire  
Néphrologie  
Neurochirurgie  
Neurologie  
Oncologie  
Ophtalmologie  
Orthopédie Dento Faciale et Orthopédie Dento Maxillo Faciale  
ORL et CCF  
Pédiatrie  
Pneumologie  
Psychiatrie  
Radiologie et Imagerie Médicale  
Rhumatologie  
Santé Publique  
Urologie  
Vigilance et Thérapeutique Transfusionnelles, Tissulaires et Cellulaires

## Introduction

Comme les y avait incité le Ministre de la Santé et des Solidarités en lançant le Ségur de la Santé, les 46 Conseils Nationaux Professionnels de la Fédération des Spécialités Médicales ont tous ensemble travaillé à élaborer ce document rassemblant leurs constats et leurs propositions visant à améliorer l'organisation et le fonctionnement de notre système de santé.

L'intérêt de ce travail collectif réside dans la constitution des CNP, qui réunissent chacun l'ensemble des structures représentatives de leur spécialité (sociétés savantes, collèges, syndicats et autres organismes) avec une gouvernance strictement paritaire des deux modes d'exercice de la médecine.

La FSM s'exprime donc là au nom de l'ensemble des spécialités autres que la médecine générale, et au nom de l'ensemble des médecins qui en relèvent.

Quatre thèmes de réflexion ont été retenus par les CNP pour ce travail : le statut du médecin, la formation continue et la recertification, l'aménagement médical du territoire, et la pertinence des soins et des parcours.

Il ressort de ces travaux un consensus fort sur les propositions formulées :

- souplesse du statut et liberté du médecin pour ses choix de carrière ;
- offres de formation gérées par les professionnels dans un dispositif simple inclus dans la recertification ;
- affirmation du rôle des médecins dans la gouvernance des établissements et des territoires ;
- pertinence des soins et des parcours s'appuyant sur des indicateurs plus simples : indicateurs de résultats et registres de pratiques.

Certaines mesures sont urgentes, comme la mise en place de la recertification. D'autres présentent le point de vue médical et restent à discuter et à construire avec les autres acteurs, professions de santé et patients.

## Le statut du médecin

### *Constat : une disparité de statuts et de rémunération*

Constituant un corps unique pendant leurs études, les médecins lorsqu'ils s'installent doivent choisir entre un mode d'exercice libéral ou un mode d'exercice salarié qu'il est très difficile ensuite de quitter et qu'il est habituel d'opposer. Or, les deux systèmes public et libéral rencontrent aujourd'hui des difficultés.

Tous font par ailleurs le constat, pour des quantités de travail équivalentes, de disparités très importantes de rémunération qui ne sont plus acceptables et entraînent une perte d'attractivité des professions médicales.

Cette situation enfin ne correspond plus

- ni aux aspirations des jeunes médecins qui ne veulent plus d'une carrière linéaire mais souhaitent s'investir davantage à certains moments dans un domaine particulier
- ni à la nouvelle organisation des soins fondée sur des parcours.

### **Proposition : changer les modes de rémunération pour faciliter la diversification des activités**

- » Pour une activité équivalente, une rémunération au même niveau de revenu soit en salaire soit en honoraires quel que soit le lieu et le mode d'exercice
- » Un même régime de protection sociale
- » Une rémunération plus équitable entre spécialités (il existe une sous-évaluation des spécialités cliniques par rapport aux spécialités qui demandent des gestes techniques).
- » Une meilleure prise en compte de la pénibilité : revalorisation de la permanence des soins, des gardes et astreintes.
- » Une revalorisation des salaires en particulier en début de carrière avec à l'hôpital des fonctions stables plus précoces
- » Une prise en compte des spécialités à risques
- » Une rémunération qui soit davantage basée sur la qualité des soins en fonction d'indicateurs de résultats et qui intègre les activités transversales tant dans les établissements publics que dans les établissements privés.

### *Constat : la place insuffisante des médecins dans les décisions et la gouvernance*

Les médecins souhaitent reprendre la main sur l'organisation des soins ainsi que leurs conditions de travail. Ils veulent pouvoir s'investir dans la gestion, le management et peser dans les décisions.

Il est nécessaire comme le prévoit le rapport remis par le Pr Olivier Claris de confier à la CME un réel pouvoir de codécision.

Les médecins souhaitent avoir la possibilité de dégager du temps pour ces fonctions tout en diminuant les charges administratives dans le soin par la simplification de l'administration.

### **Propositions :**

- » **Etablir et reconnaître à la CME un pouvoir de co-construction et à son Président un pouvoir de co-décision dans un certain nombre de domaines : investissements, budget, organisation générale, contrats etc....**

Comme l'a proposé le rapport du Pr Olivier Claris en conclusion de la mission qui lui a été confiée sur la gouvernance et la simplification hospitalières, la FSM est d'accord avec le fait de rendre obligatoire un projet de management médical qui définirait « les modalités de désignation des responsables

hospitaliers, la définition des liens fonctionnels entre chefs de service et cadres de santé, entre Présidents de CME et directions fonctionnelles, le processus d'instruction des projets, la politique de délégation de gestion, les moyens matériels et humains alloués aux responsables hospitaliers, les modalités de formation et d'accompagnement des responsables hospitaliers, l'articulation des instances de gouvernance avec les pôles, services et filières ».

Elle est favorable à ce que le Président de CME soit co signataire des principales décisions engageant l'établissement et notamment des désignations individuelles de praticiens à des postes de responsabilité et des modification des structures des services médicaux et médico-techniques.

Il lui semble également pertinent de mettre en place dans chaque établissement une cellule de gestion de projets copilotée par un directeur et un membre de la CME.

- » **Créer une fonction de directeur médical, proposé par la CME, nommé par le directoire, reconnu dans son rôle de direction et de décision aux côtés du directeur**

Aux côtés du directeur général, le directeur médical aurait un rôle structurant qui impulse les projets et ramène systématiquement la médecine et le patient au cœur des priorités des établissements publics et privés.

- » **Redonner de l'autonomie aux médecins dans la gestion de leurs équipes, avec la possibilité d'une déléation de responsabilités et de tâches.**

Le médecin responsable d'une structure doit pouvoir retrouver son rôle de concepteur du projet médical validé par la CME et d'animateur de l'équipe.

- » **Donner aux structures les moyens de fonctionner, aux médecins du temps pour assurer leurs missions**

La CME devrait être en mesure de proposer des délégations de gestion pour les structures internes de l'établissement.

Cette délégation de gestion doit s'accompagner d'un allègement des processus administratifs décisionnels.

- » **Former les médecins à ces fonctions de management**

Cette formation est indispensable pour donner une réelle crédibilité aux médecins qui vont assurer ces nouvelles fonctions. Elle doit arriver tôt dans le cursus.

#### *Conclusion :*

*Une réforme qui porterait sur la revalorisation des salaires est nécessaire mais ne sera pas suffisante. Elle doit intégrer d'autres éléments et notamment réaffirmer la place des médecins dans la gouvernance. Il faut à la fois revaloriser les carrières mais aussi faciliter les exercices mixtes, décloisonner et répondre à la perte d'attractivité.*

*Tous les établissements devront avoir un directeur médical, alter ego du directeur administratif comme cela est déjà le cas dans de nombreux pays européens.*

*Ces mesures doivent aussi porter en elles un objectif de protection de l'indépendance professionnelle des médecins dans le cadre d'un projet médical partagé avec les autres professionnels de santé.*

## La formation continue et la recertification

*Constat : la notion d'action de DPC doit être clarifiée et la formation recentrée sur le parcours professionnel de formation*

Les adaptations apportées au DPC par la loi du 26 janvier 2016 ont supprimé sa spécificité qui était de promouvoir des programmes intégrés associant méthodes cognitives (formation) et réflexives (analyse des pratiques ou gestion des risques) sur un même thème.

Leur mise en application a éloigné ce dispositif des besoins et attentes des médecins. Elle est source de confusion et de démotivation :

- le DPC est de plus en plus encadré par un contrôle administratif extrêmement complexe et contraignant, dont les règles changent très régulièrement sans concertation préalable,
- sans pourtant que l'on parvienne à cibler les financements sur une offre sélective, correspondant aux besoins des professionnels de santé et de la société.

Le résultat est qu'il existe un consensus sur la nécessité de simplifier la démarche, de clarifier les concepts et de stabiliser les règles qui encadrent ce dispositif.

### Propositions

#### » Définir ce qu'est une action de DPC

La FSM demande à ce que les ambiguïtés que porte la loi du 26 janvier 2016 soient levées.

Il faut que la notion d'action de DPC soit définie de façon claire et stable, ce qui permettra également de clarifier le rôle de l'ANDPC qui n'a pas vocation à gérer l'ensemble du parcours professionnel de formation des médecins.

La FSM propose la définition suivante :

une action de DPC est une action de formation, d'analyse des pratiques, et/ou de gestion des risques qui correspond à une orientation prioritaire définie par les CNP et coordonnée par la FSM et à une méthode définie par la HAS.

Elle est publiée sur le site de l'ANDPC, elle est réalisée par un ODPC agréé et est financée (indemnisation pour le médecin et financement de l'organisme).

La mise en place de la certification/recertification périodique devrait aboutir à une suppression de « l'obligation de DPC » au profit de l'intégration d'actions de DPC dans le parcours professionnel de formation qui sera au cœur de cette nouvelle démarche au service de la qualité et de la sécurité des soins.

#### » Valoriser le parcours professionnel défini par le CNP de la spécialité qui intègre différents types d'actions : des « actions de DPC indemnisées » comme d'autres actions contribuant au maintien des compétences

Ces parcours professionnels, définis par et pour chaque spécialité, ne doivent pas être figés dans le temps et devront évoluer au fil des années pour tenir compte de l'évolution des besoins de formation des médecins de chaque spécialité et des évolutions (scientifiques, thérapeutiques, techniques, pédagogiques...) de celles-ci. Ils seront donc le pivot central de la démarche de certification/recertification périodique.

#### » Organiser un financement équitable, facilement accessible à tous, de type « chèque formation »

La FSM souhaite la mise en place d'un dispositif équivalent à un « chèque formation » permettant à chaque médecin de bénéficier des mêmes droits à une formation tout au long de la vie.

---

Extrait du référé de la Cour des comptes n° 52019-0798 sur l'ANDPC

La loi HPST avait entendu différencier le DPC de la formation continue en imposant qu'il combine une évaluation, réalisée par les professionnels, de leur pratique, et une démarche de formation, ceci dans un souci d'amélioration au service de la qualité et de la sécurité des soins. La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ne l'impose plus. L'offre référencée depuis lors par l'agence ne se distingue ainsi plus de la formation continue.

---

### *Constat : la nécessité d'une mise en place rapide de la certification / recertification*

Pour la FSM, cette démarche garantissant le maintien des compétences des médecins est indispensable. Les enjeux en sont de garantir à tous les patients une même qualité et sécurité de prise en charge et de faire évoluer la régulation du système de santé en développant une culture de la pertinence et des résultats. Pour les médecins, en dehors de l'actualisation de leurs connaissances et de leurs compétences, cela permettra de faire en sorte que tous soient impliqués de manière égale et de valoriser leur expertise dans la conduite des réformes grâce à la production d'outils adaptés à la diversité de leurs situations.

**Proposition : mettre en place une procédure de labellisation régulière des compétences des médecins assurée par les pairs et fondée sur l'analyse des pratiques et le parcours de formation tout au long de la carrière.**

Le processus de certification/recertification doit associer les principaux intervenants suivants :

- la FSM et les CNP pour la mise en œuvre du dispositif, la déclinaison du contenu par spécialité et la construction de systèmes d'analyse des pratiques tels que les registres,
- l'Université pour s'assurer de la continuité avec la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle et les outils numériques utilisés pendant la formation initiale et mettre en place des formations spécifiques telles que la simulation,
- la HAS pour un appui méthodologique et la prise en compte de l'accréditation des spécialités à risque,
- l'Ordre pour la validation de la démarche individuelle de chaque médecin.

#### **Périmètre**

Le processus doit se situer dans la continuité avec le diplôme initial, le DES, tout en tenant compte de la spécialisation particulière de chaque médecin qui peut s'opérer au fil de sa carrière. Il est important de ce fait que le périmètre soit adapté à la pratique du médecin, à son environnement et à ses modalités d'exercice.

L'enjeu est de parvenir à combiner :

- une approche générale qui soit identique pour toutes les spécialités, que la FSM peut définir en lien avec les CNP et le Collège de la Médecine Générale,
- et des modalités de recertification spécifiques définies par les CNP pour tenir compte de la spécialisation des médecins, de leurs domaines d'intérêts, et de l'évolution possible de leur activité dans le temps.

#### **Contenu**

Pour la FSM, la définition du dispositif de maintien des compétences doit reposer sur la notion de parcours professionnel et comprendre :

- une dimension scientifique qui renvoie au perfectionnement des connaissances (formation continue) et à la mise en place de stratégies qui favorisent la sécurité des patients (évaluation des pratiques) ;
- et une dimension qui relève de l'approche relationnelle : communication avec les patients et leurs familles, collaboration avec les collègues, prise en compte de la qualité de vie au travail mais aussi de la nécessité de préserver sa santé dans un système très complexe.

L'objectif principal est de pouvoir mettre en place un dispositif de maintien des compétences qui irait au-delà des acquis de la formation initiale et qui incluerait la transposition des connaissances, de l'expertise, de la compréhension mutuelle des choses dans l'exercice professionnel.

Il s'agit donc d'intégrer, comme le font d'autres pays, plusieurs dimensions, que l'on pourrait représenter sous forme d'actions proposées par les CNP avec des éléments incontournables (formation, DPC ou accréditation, registres, bonnes pratiques, communication interpersonnelle...) et des éléments facultatifs (accueil d'étudiants, activités de recherche...). La démarche s'appuierait sur des référentiels métier et compétences, disposant d'une architecture et d'une méthodologie communes, déclinés par spécialité.

Il est proposé que le dispositif comprenne six briques qui reprendraient pour chaque domaine les capacités énumérées dans les référentiels métiers et de compétences :

## Propositions : 6 « briques »



Cette approche a été reprise dans le rapport remis par le Pr Serge Uzan pour le Comité de Pilotage de la Recertification.

### Support

La FSM propose la création d'une plateforme numérique accessible à tous les médecins, alimentée par les CNP et toutes les autres structures qui vont concourir à enrichir le dossier du professionnel (HAS, ANDPC, ANFH, autres OPCO, établissements de santé, universités, organismes de formation, sociétés savantes, congrès, ATIH pour la partie activité des hospitaliers, etc...). La création d'un tel outil est un élément clef de la réussite de la mise en place de la certification.

Un comité national, comme celui décrit par le rapport du Pr Serge Uzan, doit pour la FSM être l'autorité responsable de cette plateforme, gérée par les professionnels, c'est à dire par les CNP.

La FSM propose que ce comité prenne sur un plan juridique une forme assez comparable à celle du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, avec :

- une Présidence,
- des collèges permettant la représentation de l'ensemble des acteurs concernés dans leur diversité (représentants des professionnels de santé, des tutelles, des établissements, des partenaires sociaux, des associations de patients, syndicats, etc...)
- et l'assistance d'un Secrétariat général dont la composition serait limitée et qui assurerait l'organisation des travaux.

*Conclusion :*

*Il est urgent de mettre en place la certification/recertification sur des bases simples et professionnelles. La FSM demande la poursuite des travaux entrepris au sein du comité de pilotage et souhaite avec les CNP participer à la rédaction de l'ordonnance.*

# L'aménagement médical du territoire

## Constats :

- des territoires administratifs qui ne correspondent pas aux territoires de l'exercice médical
- un éloignement des centres de décision qui s'est accru avec la mise en place des nouvelles ARS ce qui conduit à une certaine forme de découragement et limite la prise d'initiatives
- le manque de reconnaissance par les ARS de la médecine libérale spécialisée incluant les centres de santé privés.

## Propositions

- » **Privilégier une organisation territoriale définie par les professionnels et les citoyens, fondée sur une analyse de la demande de soins et ayant comme objectif de faciliter l'accès des patients aux prises en charge spécialisées**

Le rapport du HCAAM sur la médecine spécialisée\* propose de ne plus se baser sur l'offre de soins mais plutôt sur la demande de soins d'un territoire donné. Il privilégie également la notion de territoire de projet. « Celle-ci fait appel aux acteurs qui sont chargés de définir l'espace et les réseaux dans lesquels ils s'inscrivent afin qu'ils correspondent au mieux à leurs pratiques, dans le cadre des missions qui leur sont confiées ».

Au terme de leur analyse, les professionnels doivent être à même d'imposer des projets de réorganisation ou de restructuration des établissements.

Pour y parvenir, il faut que les médecins aient accès aux données relatives à l'état de santé, aux pratiques et aux résultats obtenus dans les territoires. Il s'agit bien sûr d'un travail collaboratif qui doit associer les représentants des autres professions de santé et les associations de patients.

- » **Renforcer l'implication des médecins dans l'organisation régionale des soins avec la création de Groupements Médicaux de Territoire**

Il faut favoriser une organisation territoriale des soins plus collaborative et moins verticale qui associe les médecins exerçant dans les GHT et les médecins libéraux.

La FSM propose donc la création de Groupements Médicaux de Territoire associant les GHT ainsi que les professionnels libéraux et leurs structures avec en perspective le développement d'entreprises médicales.

Ceux-ci seraient chargés de définir la stratégie médicale à mettre en place sur le territoire avec la capacité de la décliner en termes opérationnels (investissements nécessaires, plateaux techniques, cohérences des projets, reconnaissance de certains exercices etc...).

Ils auraient notamment à définir la meilleure organisation possible pour la permanence des soins et la prise en charge des urgences qui devraient être mutualisées entre l'ensemble des acteurs et territorialisée. Cet objectif est devenu une priorité majeure par exemple en radiologie si on veut maintenir de l'accès pour tous les patients à une radiologie de proximité, réglée et en urgence, même dans les zones de faible densité médicale.

- » **Simplifier la mise en place d'équipes spécialisées de territoire**

La crise du COVID a conduit plusieurs CNP à mettre en place des équipes territoriales de spécialité associant hospitaliers et libéraux.

Les avantages de cette organisation sont nombreux : rapidité d'action, meilleure couverture du territoire, équipements mieux utilisés, répartition plus harmonieuse de la charge que représente la PDS.

Dans un fonctionnement normal, la mise en place de ces équipes pourrait permettre d'apporter une nouvelle réponse aux problèmes de déserts médicaux ou de mauvaise répartition des ressources médicales.

\* « Organiser la médecine spécialisée et le second recours : une pièce essentielle de la transformation de notre système de santé »  
Avis du HCAAM - Avril 2020



Un fonctionnement satisfaisant est toutefois conditionné aux prérequis suivants :

- possibilité de disposer de systèmes d'information communicants, de supports techniques à la coordination avec les autres professionnels ou structures afin de pouvoir effectuer des suivis ou des consultations avec tous les outils de la télémédecine et du numérique.
- défraiement et aide à la participation aux projets collectifs,
- appui possible en termes administratifs.

Ces équipes pourraient être pluri disciplinaires et multi professionnelles.

» **Confier aux CNP la responsabilité de définir des parcours de soins type**

Le choix de la subsidiarité qui est fait à travers la reconnaissance des organisations médicales territoriales / locales doit s'accompagner de la définition par les CNP de parcours de soins type ou de parcours de soins prioritaires au niveau national.

Ce travail permettrait de garantir la mise en oeuvre des solutions les plus adaptées aux pathologies à traiter pour répondre aux besoins des patients et ce de façon évolutive.

Ces parcours devront dans certains cas associer plusieurs spécialités sous l'égide de la FSM, structure fédérative des CNP.

*Conclusion :*

*Ces premières propositions posent les bases d'une réorganisation de la gouvernance médicale de santé fondée sur un territoire et intégrant pleinement les professionnels de santé quel que soit leur mode d'exercice.*

## La pertinence des soins et des parcours

### *Constat : Construction et financement des parcours*

La mobilisation accrue des pouvoirs publics ces dernières années sur ce thème est indéniable. De nombreux travaux ont été lancés dans le cadre de la stratégie Ma santé 2022 et les CNP ont été largement impliqués.

L'instauration de financements au forfait pour la prise en charge à l'hôpital des pathologies chroniques dont le diabète et l'insuffisance rénale chronique pour leur volet hospitalier fait partie des 10 mesures phares de cette stratégie. Il est prévu d'élargir ces financements, à partir de 2020, à d'autres pathologies. Cette démarche inclura par la suite la prise en charge en ville en vue d'une meilleure coordination ville-hôpital.

Le constat que font les CNP est que les initiatives prises dans ce domaine par les différents intervenants (CNAM, HAS et Ministère) ne sont pas coordonnées, voire sont parfois concurrentes et reposent sur des méthodologies très différentes. Il est nécessaire d'harmoniser la façon de travailler sur ces sujets.

Un exemple : la question de la valorisation du parcours concernant l'insuffisance rénale chronique n'a été abordée qu'à la toute fin des travaux alors qu'en diabétologie, la demande a d'abord été de travailler sur la rémunération du parcours avant d'en définir le contenu et la pertinence.

Cette méthode inversée n'est pas pertinente et il est indispensable de bien définir les contours et le contenu d'un parcours de santé avant de réfléchir à son financement.

Ce travail se fait d'autre part avec en toile de fond les difficultés rencontrées depuis longtemps par toutes les spécialités pour faire reconnaître de nouveaux actes et prendre en compte l'innovation. Supprimer des actes qui ne sont plus réalisés est tout aussi compliqué. Un des préalables est donc une procédure de simplification et d'actualisation de la nomenclature. Les CNP estiment aussi qu'il pourrait être envisagé de mettre en place une Agence européenne chargée de valider les actes et d'accompagner leur évolution.

**Proposition : redéfinir la méthodologie de construction de nouveaux modes de financement consensuels - financement au parcours – financement à la qualité – avec une implication plus forte des médecins de manière à restaurer un climat de confiance, seul susceptible de permettre de parvenir à des résultats.**

Il est donc essentiel qu'une méthodologie commune soit établie pour restaurer la confiance.

Une place importante est à réserver dans la réflexion aux aspects éthiques, pour éviter en particulier les risques perçus par les médecins comme celui de la sélection des patients.

Il est également nécessaire qu'une phase d'expérimentation des nouveaux modes de financement soit mise en place avant toute décision.

Enfin, le sujet des modalités de financement doit être abordé dans tous ses aspects.

La forfaitisation permet de déterminer ce qui est versé à l'établissement mais pas la répartition qui est ensuite faite entre établissement et médecins, notamment dans le cas des établissements privés.

La FSM recommande que les travaux menés dans ce champ s'appuient sur les parcours type définis par les CNP.

### *Constat : les indicateurs*

Les indicateurs de qualité sont aujourd'hui centrés sur les processus et non sur les résultats des soins quant à la qualité de vie et aux résultats cliniques

Ces indicateurs sont par ailleurs trop nombreux : il existe environ 50 indicateurs de qualité et de sécurité des soins IQSS répartis en deux catégories :

- indicateurs de mesure mis en place dans les établissements relatifs aux infections associés aux soins, à la bonne tenue du dossier du patient, enquêtes de satisfaction des patients
- indicateurs de mesure développés autour de prises en charges spécifiques : AVC, chirurgie de l'obésité, infarctus du myocarde, hémodialyse, hémorragie après accouchement, pose d'une prothèse totale de hanche ou de genou, chirurgie ambulatoire.

Ce recueil est finalement devenu très lourd et sans réel impact sur la qualité des soins.

L'analyse de ces indicateurs est peu aisée pour les patients. Les attentes des associations de patients sont clairement de disposer d'indicateurs prenant davantage en compte les résultats concrets.

De manière presque caricaturale, on constate, du fait de la prise en compte de la certification dans leur financement, que certains établissements délèguent une partie non négligeable de la préparation de leur certification à des prestataires extérieurs ce qui accroît encore le sentiment des équipes d'un processus déconnecté du terrain.

Dans ce contexte, la démarche de la FSM sur les registres est une illustration positive.

Les registres de pratiques sont un outil simple et concret qui a démontré dans certaines spécialités son efficacité pour évaluer les pratiques, améliorer la qualité des prises en charge, développer de nouvelles techniques, permettre une comparaison des pratiques entre les praticiens et entre les établissements de santé. A cet égard, les registres mis en place depuis des années par les chirurgiens thoraciques et cardio-vasculaires sont exemplaires et peuvent servir de modèle pour d'autres CNP. La FSM – avec son Comité Registres – s'est engagée depuis quelques années à promouvoir d'autres registres grâce à une plateforme mise à la disposition des CNP qui soumettent un projet.

**Proposition : Créer une task force pluridisciplinaire indépendante - FSM/CNP/CMG et Associations de patients – chargée de définir des indicateurs de résultats en s'appuyant sur ceux développés en France par les spécialités et à l'international par différentes structures ou groupes de propositions (initiatives ICHOM, PREMS, PROMS, DICA, Choosing Wisely...)**

Une proposition assez similaire a émané initialement de l'Institut Montaigne qui en a fait la première proposition de son rapport en avril 2019 « Système de santé : Soyez consultés » concernant la définition, la production, la publication et l'utilisation des indicateurs de résultats qui importent aux patients.

La FSM a été auditionnée dans le cadre de l'élaboration de ce rapport.

Elle est tout à fait prête à se mobiliser avec l'ensemble des parties prenantes pour définir et valider des sets d'indicateurs de résultats.

*Constat : des pratiques médicales pertinentes*

Les pratiques médicales sont évolutives et perfectibles dans un cadre contraint.

L'évaluation des pratiques est insuffisante et doit être développée pour améliorer la qualité des soins.

La réappropriation des progrès médicaux est imparfaite de même que l'harmonisation des recommandations et leur mise en œuvre.

**Proposition : Renforcer l'autorégulation des pratiques médicales par les CNP, à partir d'un cadre commun défini par la FSM avec comme objectifs de :**

- veiller à l'application des bonnes pratiques
- faciliter et développer la mise en place de registres de pratiques, qui devraient être financés
- construire des programmes d'amélioration de la qualité à partir des indicateurs de résultats
- développer la notion d'une amélioration constante des pratiques par une actualisation des indicateurs issus des registres et par la formation qui en découle : roue de Deming des registres, référentiels « en auto-actualisation »

*Conclusion :*

*La pertinence des soins doit être perpétuellement adaptée en fonction de l'épidémiologie et de la technologie. Elle est directement liée à l'évolution de la science.*

*La pluridisciplinarité de la prise en charge nécessite une implication très importante de la FSM qui regroupe et est garante de la régulation des CNP.*

## Propositions de la FSM et des CNP

### *Le statut du médecin*

- Changer les modes de rémunération pour faciliter la diversification des activités
- Etablir et reconnaître à la CME un pouvoir de co-construction et à son Président un pouvoir de co-décision dans un certain nombre de domaines : investissements, budget, organisation générale, contrats etc....
- Créer une fonction de directeur médical, proposé par la CME, nommé par le directoire, reconnu dans son rôle de direction et de décision aux côtés du directeur
- Redonner de l'autonomie aux médecins dans la gestion de leurs équipes, avec la possibilité d'une délégalation de responsabilités et de tâches.
- Donner aux structures les moyens de fonctionner, aux médecins du temps pour assurer leurs missions
- Former les médecins à ces fonctions de management

### *La formation continue et la recertification*

- Définir ce qu'est une action de DPC
- Valoriser le parcours professionnel défini par le CNP de la spécialité qui intègre différents types d'actions : des « actions de DPC indemnisées » comme d'autres actions contribuant au maintien des compétences
- Organiser un financement équitable, facilement accessible à tous, de type « chèque formation »
- Mettre en place une procédure de labellisation régulière des compétences des médecins assurée par les pairs et fondée sur l'analyse des pratiques et le parcours de formation tout au long de la carrière.

### *L'aménagement médical du territoire*

- Privilégier une organisation territoriale définie par les professionnels et les citoyens, fondée sur une analyse de la demande de soins et ayant comme objectif de faciliter l'accès des patients aux prises en charge spécialisées
- Renforcer l'implication des médecins dans l'organisation régionale des soins avec la création de Groupements Médicaux de Territoire
- Simplifier la mise en place d'équipes spécialisées de territoire
- Confier aux CNP la responsabilité de définir des parcours de soins type

### *La pertinence des soins et des parcours*

- Redéfinir la méthodologie de construction de nouveaux modes de financement consensuels - financement au parcours – financement à la qualité – avec une implication plus forte des médecins de manière à restaurer un climat de confiance, seul susceptible de permettre de parvenir à des résultats.
- Créer une task force pluridisciplinaire indépendante - FSM/CNP/CMG et Associations de patients - chargée de définir des indicateurs de résultats en s'appuyant sur ceux développés en France par les spécialités et à l'international par différentes structures ou groupes de propositions (initiatives ICHOM, PREMS, PROMS, DICA, Choosing Wisely...)
- Renforcer l'autorégulation des pratiques médicales par les CNP, à partir d'un cadre commun défini par la FSM

## **La FSM et les CNP de spécialités médicales**

Depuis sa création en 1997 pour rassembler les principales sociétés savantes autour de la FMC, la Fédération des Spécialités Médicales a évolué afin de réunir plus largement, dans chaque spécialité, les forces vives qui la constituent. L'évolution de la médecine, l'importance croissante des spécialités et surspécialités et leur multiplicité appelaient l'émergence d'organismes professionnels centrés sur la pratique et représentatifs de l'ensemble des médecins exerçant ces spécialités et ces pratiques.

L'idée était de créer des « boards » comme cela existe déjà dans de nombreux pays anglo-saxons ou européens qui permettent une représentativité globale, puissante, par spécialité autour de la notion de qualité des soins.

La FSM est parvenue à constituer et à réunir 46 CNP (hormis celui de médecine générale) regroupant eux-mêmes de plus de 350 structures. Sans être un « guichet unique », elle est devenue la porte d'entrée facilitatrice vers les CNP dont elle est le garant structurel.

Un CNP, constitué en association loi 1901, regroupe les différentes personnes morales de la spécialité de manière à permettre une gouvernance scientifique et professionnelle. Il doit veiller à une représentation la plus exhaustive possible de la spécialité : sociétés savantes, collègues, syndicats libéraux et salariés de la spécialité, et autres structures fédératives regroupant des médecins de la spécialité, notamment en fonction de leur exercice en secteur libéral ou salarié.

Maison commune des CNP de spécialités médicales, la FSM respecte également une parité stricte entre modes d'exercice dans toutes ses instances. La FSM doit sa force à sa transversalité et à sa subsidiarité qui lui permettent de mener une réflexion commune sur des thèmes communs au service des CNP et en partenariat avec les autres acteurs du monde de la santé.

### **La reconnaissance officielle de l'organisation et des missions de la FSM et des CNP**

Le décret n° 2019-17 du 9 janvier 2019 officialise la notion de Conseils Nationaux Professionnels, concept que la FSM a créé en 2009 et dont elle a assuré la promotion et le développement pour les spécialités médicales. Ce texte conforte les actions de la FSM et des CNP.

Il complète les dispositions de la loi HPST et du décret 8 juillet 2016 qui confient à la FSM et aux CNP l'évaluation scientifique du DPC.

Leurs missions dans le champ de l'expertise, dans celui du maintien des compétences des médecins et dans la mise en place de registres de pratiques sont désormais officialisées. Ils sont également reconnus comme porte d'entrée vers les spécialités et interlocuteurs des pouvoirs publics.