



## 2<sup>ème</sup> COMITE DE PILOTAGE NATIONAL



**Le comité national de suivi  
du 9 Juillet 2018**



## Sommaire

Édito de la ministre .....	3
Une mise en œuvre volontariste qui produit de nouveaux résultats .....	4
Des mesures emblématiques se concrétisent .....	6
Le plan s'appuie sur la mobilisation coordonnée de l'ensemble des acteurs .....	10
De nouvelles perspectives face aux défis de l'accès aux soins.....	12

## Édito de la ministre

Le plan pour le renforcement de l'accès territorial aux soins a été mis en œuvre avec volontarisme depuis son lancement le 13 octobre 2017. Les agences régionales de santé se mobilisent avec l'assurance maladie, en lien étroit avec leurs partenaires, pour décliner les différentes mesures du plan et inventer des réponses adaptées aux réalités de chaque territoire.

De premiers résultats se font sentir sur certains territoires. Les ARS ont identifié près de 1 000 intercommunalités rencontrant des difficultés particulières en matière de densité médicale ; dans plus de 800, elles ont déjà pu soutenir une dynamique favorable, que celle-ci soit émergente ou sur le point de se concrétiser dans des projets d'accès aux soins. Ces dynamiques montrent aussi que pour réussir, nous devons tous unir nos forces. Je salue l'implication, au niveau national comme dans les territoires, des différents partenaires, qu'il s'agisse de l'assurance maladie, des élus locaux ou des professionnels de santé eux-mêmes. Cette implication est essentielle pour relever le défi démographique.

Ce plan se veut résolument tourné vers les territoires, qu'ils soient ruraux, urbains ou péri-urbains. Les évolutions qui accompagnent le plan traduisent de profonds changements dans la manière d'exercer la médecine : en équipe, en coopération avec d'autres professionnels de santé, en s'appuyant sur les outils numériques et en assumant de plus en plus une responsabilité que l'on peut qualifier de « populationnelle ». Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) qui se déploient aujourd'hui dans nos territoires incarnent parfaitement cette dynamique. Ainsi, j'en suis convaincue, c'est dans les territoires en difficulté démographique que s'inventent les soins primaires de demain.

Ces évolutions doivent être saluées mais nous savons qu'il reste beaucoup à faire, tant les difficultés sont nombreuses et les défis largement devant nous. Il serait illusoire de prétendre apporter une réponse définitive à un problème que l'on sait multiforme, complexe et évolutif. C'est pourquoi j'ai souhaité que ce plan soit suivi, évalué et qu'il puisse évoluer au fur et à mesure des remontées de terrain pour prendre en compte les difficultés d'application ou au contraire, la mise en place de solutions nouvelles.

## Une mise en œuvre volontariste qui produit de nouveaux résultats

### Un plan qui avance

Depuis le comité de pilotage du 6 février 2018, qui avait permis de dresser un premier état des lieux des principaux chantiers du plan, de nouveaux outils ont été mis à disposition des acteurs de terrain.

10 ARS ont publié leur arrêté révisant le zonage des différentes aides existantes, dans un souci de cohérence et de visibilité. Ce travail, qui consiste à mieux cibler les aides renforçant l'attractivité de certains territoires en les allouant à ceux les plus en difficulté, suivant une méthodologie harmonisée, traduit un investissement conséquent dans les zones fragiles. Les territoires éligibles aux aides conventionnelles rassemblent ainsi près de 18% de la population française, contre 7% auparavant (ceux éligibles aux aides de l'Etat en rassemblent presque 50%).

Dans ces zones redéfinies, le déploiement des différents contrats incitatifs se poursuit. Le contrat d'engagement de service public en particulier, qui offre aux étudiants en médecine et en odontologie une bourse d'études en contrepartie d'une installation dans une zone sous-dense, connaît un succès indéniable. Plus de 2 800 contrats ont été signés depuis la mise en place du dispositif, avec une croissance régulière du nombre de nouveaux signataires (+ 13% en 2017-18 par rapport à l'année précédente). Près de 400 jeunes médecins ont pu, par ailleurs, bénéficier du contrat d'aide à l'installation médicale (CAIM) de l'assurance-maladie, qui soutient financièrement les installations dans des zones sous-denses.

En outre, depuis le mois de février, de nouveaux outils ont pu être mis à disposition des acteurs de terrain :

- Le décret créant **une prime de 200 € par mois** à destination des internes réalisant un stage ambulatoire en zone sous-dense éloignée des universités vient d'être publié. Il entrera en vigueur en novembre prochain et permettra de compenser les frais occasionnés en matière de transports et/ou d'hébergement. Cette mesure doit permettre de rendre plus attractif ce type de stages, dont on sait qu'ils constituent l'un des leviers les plus efficaces pour favoriser les installations de jeunes médecins libéraux dans certains territoires reculés ;
- L'avenant n°6 à la convention médicale, signé le 15 juin 2018, **revalorisera le contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM)**, destiné aux médecins libéraux effectuant des consultations de manière ponctuelle mais régulière dans les zones sous-dense. A compter de février 2019, les honoraires liés à l'activité réalisée en zone sous-dense seront bonifiés de 25% (contre 10% actuellement) avec maintien de la prise en charge des frais de déplacement. Il s'agit d'encourager plus fortement l'exercice sur plusieurs sites, dans l'esprit du plan qui entend raisonner en temps médical plutôt qu'uniquement en nombre d'installations.
- Conformément aux engagements pris à l'occasion du PLFSS pour 2018, le même avenant permet **de faire rentrer la télémédecine dans le droit commun**. Concrètement, la téléconsultation sera remboursée dès septembre sur l'ensemble du territoire et pour tous les patients. La télé-expertise entrera quant à elle dans le droit commun début 2019 dans les zones sous-denses notamment, avant une généralisation à l'ensemble des patients à partir de 2020. Les conditions d'un déploiement rapide de la télémédecine sont donc en place ; cela permettra aux patients d'obtenir, notamment dans les zones fragiles, d'obtenir une prise en charge et un suivi plus rapides
- Le cadre d'exercice des **assistants partagés ville / hôpital** a été arrêté. Cela permettra à la première promotion (100 jeunes médecins) de recevoir dès novembre 2018 un financement pour deux ans. Ces postes visent à permettre à de jeunes médecins de développer un exercice mixte entre une structure hospitalière et une structure ambulatoire (centre de santé, maison de santé professionnelle notamment). Cela en vue, au début de leur carrière, d'appréhender dans un cadre sécurisant une forme d'exercice ambulatoire différente de celle connue au cours de leur formation hospitalière, mais aussi d'encourager leur installation et de renforcer le lien ville-hôpital. Les effectifs de ce dispositif seront portés à 300 l'année prochaine.
- Les textes relatifs aux conditions de formation et des **infirmiers en pratique avancée (IPA)** seront publiés très prochainement. Une dizaine d'universités devraient proposer une formation de niveau master dès

septembre 2018. Associé à des dispositifs de validation de l'expérience et des diplômes déjà obtenus, ceci devrait permettre l'entrée en activité de 500 IPA en 2020, de 1 200 en 2021 et de près de 2 000 en 2022.

- L'instruction relative au **guichet unique d'information et d'orientation des professionnels de santé** a été diffusée aux réseaux ARS et assurance maladie le 10 avril dernier. L'objectif est que tous les professionnels de santé puissent, grâce à un point d'entrée unique, avoir accès aux informations, aides et accompagnements utiles aux étapes clés de leur projet professionnel et personnel, depuis leur installation jusqu'à leur retraite. Dans chaque région, un schéma de mise en place du guichet unique prévoit la création d'un guichet commun ARS/assurance maladie dès le mois de juin et l'extension à d'autres partenaires à compter du mois de décembre (Ordres, URPS, URSSAF, etc.).

## Des mesures emblématiques se concrétisent

### Les infirmiers en pratique avancée vont permettre de libérer du temps médical

#### ● Qu'est-ce que la pratique avancée ?

La pratique avancée permet à des professionnels paramédicaux d'exercer des rôles et des compétences plus poussés, à l'interface entre leurs missions traditionnelles et celles des médecins. Il s'agit d'une évolution constatée dans tous les systèmes de santé confrontés au vieillissement de la population et à la croissance des maladies chroniques. Elle implique le transfert à des auxiliaires médicaux – généralement des infirmiers – de nouvelles tâches parmi celles jusque-là dévolues aux seuls médecins. Cela se traduit par des compétences accrues dans le suivi des patients, en matière de prescriptions, de conseils thérapeutiques, d'éducation à la santé, d'organisation du parcours et de coordination des acteurs. En France, c'est la loi de modernisation de notre système de santé qui a ouvert cette possibilité en 2016. Les textes (décrets et arrêtés d'application) créant un cadre d'exercice pour les infirmiers en pratique avancée sont sur le point d'être publiés, à l'issue d'une conduite de projet de plusieurs mois ayant associé l'ensemble des parties prenantes.

#### ● Quel sera le rôle des infirmiers en pratique avancée ?

Les infirmiers en pratique avancée ont vocation à exercer au sein d'une équipe coordonnée par un médecin : cela pourra être en établissement de santé, en structure de soins primaire en ambulatoire (dont les maisons ou centres de santé pluri-professionnels), ou encore en assistance d'un médecin spécialiste. Ils assureront dans ce cadre le suivi des patients qui leur seront confiés par un médecin et en assumeront la prise en charge globale, dans le cadre d'un protocole d'organisation arrêté au sein de l'équipe. Ces infirmiers disposeront pour ce faire de compétences élargies, par exemple la possibilité de renouveler ou d'adapter certaines prescriptions médicales.

#### ● Comment seront-ils recrutés et formés ?

Pour exercer en pratique avancée un infirmier devra justifier d'une pratique antérieure d'au moins 3 ans en tant qu'infirmier et être titulaire du diplôme spécifique. Celui-ci sera délivré à l'issue d'une formation universitaire de 2 ans, reconnue au grade de master, qui alternera stages et enseignements théoriques. Il pourra choisir en 2<sup>e</sup> année de s'orienter vers une des trois mentions : « Pathologies chroniques stabilisées, prévention et poly-pathologies courantes en soins primaires », « oncologie et hémato-oncologie » ou « maladie rénale chronique, dialyse et transplantation rénale ». D'autres mentions ont vocation à être proposées dans les prochaines années.

#### ● Quels sont les bénéfices attendus de cette réforme ?

Les bénéfices attendus sont multiples :

- Pour les infirmiers : de nouvelles perspectives de carrière, avec l'opportunité d'un mode d'exercice plus autonome et d'une meilleure reconnaissance, y compris financière
- Pour les médecins : du temps médical retrouvé et de nouvelles possibilités de coopération
- Pour les patients : une amélioration de l'accès aux soins, une prise en charge diversifiée et une meilleure articulation des parcours entre ville et hôpital
- Pour le système de santé : un renforcement des structures d'exercice coordonné en soins primaires et un surcroît de temps médical disponible.

## La téléconsultation et la télé-expertise, désormais remboursées par l'assurance maladie, vont devenir une réalité quotidienne, au bénéfice en particulier des patients des zones sous-denses

### Sur quoi portaient les négociations conventionnelles de ces derniers mois ?

La télémédecine constitue une pratique médicale à part entière, utilisant à distance les technologies de l'information et de la communication. Depuis 2014, elle était autorisée et financée dans un cadre expérimental : la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a prévu son inscription dans le droit commun, c'est-à-dire son remboursement par l'assurance maladie. Des négociations conventionnelles, aujourd'hui achevées (avec la signature le 14 juin dernier de l'avenant 6 à la convention médicale), ont permis de fixer les modalités financières de cette prise en charge.

### Quels en ont été les résultats ?

Cet accord pose un cadre sécurisé, ambitieux et favorable au déploiement de la pratique de la télémédecine en France. Il acte le remboursement par l'assurance maladie de la téléconsultation et de la télé-expertise. Très ouvert, il concerne tous les médecins, tous les patients et s'applique à toute situation médicale compatible avec cette pratique, comme l'a rappelé récemment la haute autorité de santé (HAS).

#### Ce que prévoit l'avenant n°6 à la convention médicale

- A partir du 15 septembre 2018, la prise en charge de la téléconsultation, qui implique une consultation à distance entre un médecin et un patient, ce dernier pouvant être assisté par un autre professionnel de santé comme un infirmier par exemple. Les tarifs et modalités de prise en charge de ces consultations sont les mêmes que celles en vigueur pour les consultations en présentiel (de 25 € à 30 € selon les cas).
- A compter de février 2019, la prise en charge de la télé-expertise, qui permet à un médecin de solliciter l'avis d'un confrère face à une situation médicale donnée. Ouverte dans un premier temps à certaines catégories de personnes (dont les patients résidant dans des zones sous-denses), elle s'élargira à tous les patients à partir de 2020. Elle fera l'objet d'une tarification à l'acte, variable selon le degré d'analyse requis (12 €, ou 20 € en cas d'expertise complexe).

Son application devra bien sûr respecter un certain nombre de garanties liées au respect des principes de qualité, de confidentialité et de bonne organisation des soins (respect du parcours coordonné, connaissance préalable du patient par le médecin). Il s'agit d'éviter le développement de plateformes à distance offrant uniquement des prises en charge ponctuelles sans notion de suivi global et d'orientation dans le système de soins.

### Quels seront les bénéfices pour les patients dans les zones sous-denses ?

La télémédecine permet d'abolir les distances et donc de simplifier l'accès à un médecin pour des patients rencontrant des problèmes de mobilité, notamment ceux résidant dans des territoires reculés. Face à des délais d'attente importants, la télé-expertise permet d'obtenir rapidement l'avis d'un spécialiste afin d'accélérer si besoin la prise en charge du patient, évitant ainsi l'aggravation de son état.

Les difficultés spécifiques des zones sous - dotées ont bien été prises en compte dans cet avenant. En effet, il est normalement prévu que la téléconsultation ne puisse être remboursée que si le patient a été orienté par son médecin traitant et s'il a déjà consulté physiquement par le passé le médecin sollicité par vidéo. Ces 2 conditions peuvent être difficiles à remplir dans certaines zones dans lesquelles les patients peinent à accéder à un médecin traitant et qui connaissent des délais d'attente excessifs pour certaines spécialités. L'avenant n° 6 prévoit une dérogation à ce principe pour les patients ne disposant pas de médecin traitant ou dont le médecin traitant est indisponible dans le délai compatible avec leur état de santé. Le recours à la téléconsultation devra alors être assuré dans le cadre d'une organisation territoriale spécifique entre professionnels de santé (maisons de santé, équipes de santé pluri-professionnelles, CPTS ou toute autre forme d'organisation facilitant le travail en équipe) afin que la prise en charge s'inscrive bien dans un cadre permettant d'assurer un suivi de proximité.

### Télémédecine : déjà des initiatives emblématiques

L'un des champs d'application les plus prometteurs de la télé-expertise est aujourd'hui la dermatologie. Plusieurs ARS soutiennent d'ores et déjà des projets dans ce domaine : en Ile-de-France par exemple, 2 dermatologues libérales ont mis en place avec le soutien de l'ARS une application smartphone permettant aux médecins généralistes de solliciter l'avis d'onco-dermatologues sur des lésions cutanées, afin de repérer les situations nécessitant une consultation spécialisée en urgence. Le projet rassemble aujourd'hui 10 dermatologues et 91 médecins généralistes, spécifiquement formés à ce type de dépistage. Des initiatives proches, dans le domaine de la dermatologie, ont vu le jour en Picardie et en Corse.

L'équipement des EHPAD en matériel de téléconsultation constitue un autre usage prometteur, compte-tenu du manque de mobilité des résidents et de l'accès parfois limité à une présence médicale sur site. En Bourgogne-Franche-Comté, 65 sites de télémédecine ont été déployés par l'ARS dans les maisons de santé pluridisciplinaires et les EHPAD en lien avec la plateforme régionale ETICS, avec un déploiement de 50 nouveaux sites par an. Cela, en anticipant l'entrée en vigueur du remboursement par l'assurance maladie.

## Le nouveau cadre conventionnel renforce les structures d'exercice coordonné et soutient leur développement

### ● Qu'est-ce que l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) ?

En avril 2017, les organisations représentatives des différentes professions de santé ont signé avec l'assurance maladie un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) sur la coordination des soins et l'exercice regroupé. Cet accord renoue et renforce les nouveaux modes de rémunération mis en place par règlement arbitral en 2015, qui débouchaient sur le versement de rémunérations collectives, en contrepartie du travail en équipe qui fait la spécificité de ces structures.

### ● Combien de structures en bénéficient aujourd'hui ?

Au printemps 2018, l'assurance maladie a opéré les premiers versements de l'ACI, au titre de l'exercice 2017. Le montant alloué au profit des maisons de santé pluri-professionnelles a doublé par rapport à l'année précédente et s'élève à 35,6 millions d'€.

Il concerne 538 maisons de santé signataires du contrat défini dans l'ACI à la fin 2017, soit 24% de plus que l'an dernier. Le nombre de patients concernés (2,87 millions) a augmenté de 27% et le nombre de professionnels de santé (9 372) de 31%. Le montant moyen touché par ces structures est également en hausse : il s'élève à environ 66 000 €, soit 60% de plus qu'avec les nouveaux modes de rémunération.

### ● Quels sont les bénéfices de ce dispositif ?

Ce soutien renforcé de la part de l'assurance maladie va permettre :

- D'une part, de faciliter la création de structures puisque celles-ci seront plus rapidement à l'équilibre financier. En particulier, l'ACI prend mieux en compte les spécificités des structures les plus récentes, grâce à la mise en place d'une garantie de rémunération annuelle minimale de 20 000 €. Il s'agit d'un levier important pour atteindre l'objectif du doublement du nombre de structures d'exercice coordonné d'ici la fin du quinquennat.
- D'autre part, de renforcer les capacités opérationnelles des structures, puisque ces financements accrus leur permettront notamment de financer des postes de coordinateurs, d'améliorer leur équipement informatique ou de conduire ensemble des projets de santé publique.
- Enfin, d'améliorer directement la qualité de service dans ces structures, puisque les financements sont accordés en échange d'un certain nombre d'engagements tels que l'amplitude des horaires d'ouverture au public, l'accès à des consultations de soins non programmés ou la coordination entre les différents professionnels de la structure, notamment grâce à un système d'information partagé.

## La mise en place dans toutes les régions du guichet unique pour améliorer l'accompagnement des professionnels et des porteurs de projet

### ● Qu'est-ce que le guichet unique ?

Le guichet unique est un point d'entrée facilement identifiable par les professionnels de santé, avec pour objectifs de les informer, les orienter et les accompagner dans leurs démarches. Le Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé (PAPS) assure le point d'entrée du dispositif et facilite l'accès aux différents services.

### ● Quels sont les bénéfices attendus ?

Le guichet unique ne se réduit pas à un point d'information : il accompagne les professionnels, jusqu'à s'assurer que leurs demandes soient bien prises en charge par les services compétents. Des accompagnements approfondis de type « *coaching* » pourront également être proposés pour soutenir les porteurs de projets d'exercice coordonné/regroupé ou de télémédecine.

### Le guichet unique accompagne déjà les professionnels de santé dans les territoires

**Le guichet unique en Ile-de-France :** il existe des permanences locales dans chaque département de la région, financées par l'ARS et gérées par les CPAM, aux Délégués Départementales des ARS, aux Ordres et aux URPS d'informer mensuellement sur un lieu unique les professionnels de santé. Depuis 2012, plus de mille professionnels de santé ont ainsi été accueillis.

L'URPS médecins propose également un coaching pour l'installation en libéral : 75 médecins ont bénéficié de ce dispositif en 2017. Les professionnels de santé ont par ailleurs la possibilité de prendre rendez-vous auprès de la CPAM pour obtenir des réponses sur le démarrage de leur activité. Ce rendez-vous personnalisé est effectué en présence d'un administratif, d'un médecin conseil et d'un technicien pour les outils informatiques.

Outre ces rendez-vous proposés par les URPS et les CPAM de la région, les professionnels de santé pourront bénéficier dès l'été 2018 des services du guichet unique par téléphone avec un numéro qui leur est dédié et *via* le PAPS.

**Le guichet unique en région Hauts-de-France :** deux départements de la région ont déjà mis en place un guichet unique : l'Aisne et l'Oise. Le guichet unique sera généralisé à tous les territoires de la région Hauts-de-France d'ici la fin de l'année 2018. Il rassemble les services de l'ARS, de l'assurance maladie, de l'URSSAF, des URPS et du réseau Initiative France qui soutient les projets de création d'entreprises. Les URPS médecins et infirmiers apportent des conseils sur l'exercice au quotidien et accompagnent les porteurs de projets.

Le guichet unique des Hauts-de-France s'organise autour de trois types d'accueil : un guichet physique ouvert deux demi-journées par mois tous les 15 jours, un accueil téléphonique et un portail Internet.

**Le guichet unique en Martinique** est le fruit d'une collaboration relativement ancienne entre l'ARS et la caisse générale de sécurité sociale (CGSS) qui rassemble toutes les branches de la sécurité sociale : maladie, vieillesse, recouvrement et famille. Les professionnels de santé sont reçus en commun par l'ARS et la CGSS dans le cadre de leurs parcours d'installation (12 contrats d'installation signés en 2017) ou de leurs projets d'exercice coordonné. Ces rendez-vous seront améliorés pour proposer aux professionnels de santé un parcours attentionné qui renforcera l'articulation des réponses entre les différentes branches de la sécurité sociale.

Au-delà de cet accueil physique les professionnels de santé pourront bénéficier des services du guichet unique par mail, par téléphone avec un numéro unique qui leur sera dédié et *via* le PAPS. Le guichet unique a vocation à proposer à ces professionnels un large panel de services, et à répondre à leurs préoccupations tout au long de leur carrière, de la préparation de leur projet professionnel à celle de la retraite.

## Le plan s'appuie sur la mobilisation coordonnée de l'ensemble des acteurs

### ● Les professionnels de santé sont associés étroitement à la mise en œuvre

Les organisations de professionnels de santé libéraux (syndicats représentatifs des médecins, organisations syndicales représentatives des professionnels paramédicaux, fédérations de soins primaires et organisations représentatives des étudiants et des jeunes médecins) se sont engagées à mettre en œuvre toutes les mesures nécessaires à la réalisation des objectifs définis dans le plan d'accès territorial aux soins. Cette implication s'est traduite par la signature d'une charte d'engagement avec la ministre des Solidarités et de la Santé à l'issue du comité national de suivi du 6 février dernier. Un comité dédié a été mis en place pour associer plus étroitement ces différents acteurs à la mise en œuvre du plan : une première réunion thématique au mois de juin a permis d'échanger autour du développement des stages ambulatoires en médecine générale et dans d'autres spécialités et de dégager des pistes concrètes de travail. Sur le terrain, l'implication des ordres professionnels et des URPS permet l'émergence de solutions nouvelles, telles que le recours à des postes de médecins adjoints ou le développement des CPTS.

### ● Les ARS et l'assurance-maladie sont mobilisées sur le terrain

Les ARS ont rapidement mis en place des instances de pilotage et de suivi du plan à plusieurs niveaux : régional et départemental, voire en infra-départemental. Dès 2018, chaque ARS a élaboré une feuille de route régionale présentant les actions programmées pour l'année. Cette feuille de route a été concertée avec l'assurance maladie et avec ses partenaires et se décline en plans d'actions à un niveau plus fin. Une attention particulière est portée à l'information et à l'association des élus locaux. Ceux-ci sont en effet en première ligne pour répondre aux besoins concrets des professionnels de santé, que ceux-ci touchent à la recherche de locaux appropriés ou à des problématiques de vie quotidienne telles que la sécurité, le stationnement, l'accès à une crèche ou l'emploi du conjoint. Les ARS ont ainsi organisé plus de 300 réunions autour du plan d'accès aux soins, permettant de toucher plus de 1 200 élus entre janvier et mai 2018.

### ● Ce travail commence à porter ses fruits

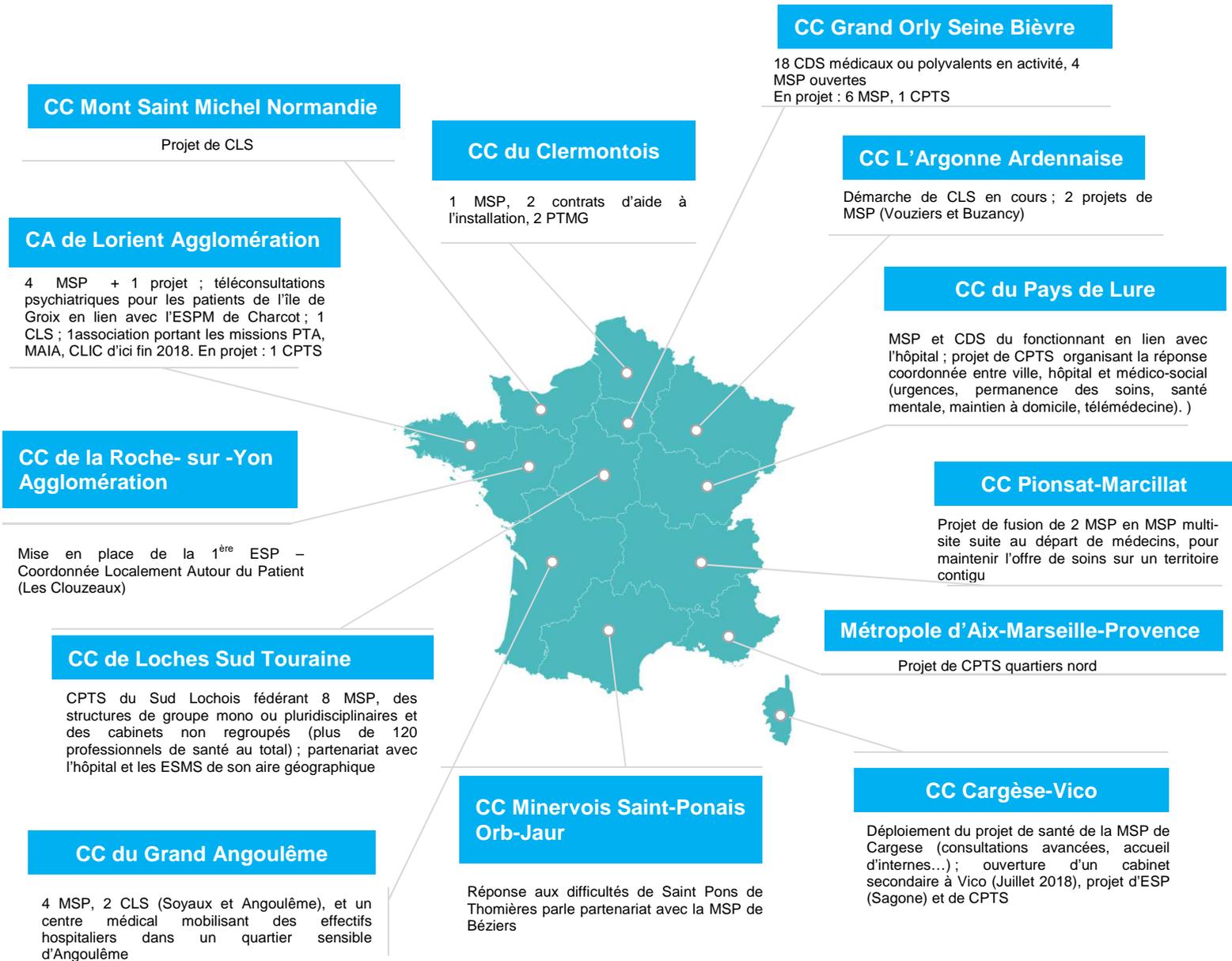
Les ARS ont identifié, en juin 2018, un millier de<sup>1</sup> territoires intercommunaux rencontrant des difficultés particulières d'accès aux soins. Elles identifient une dynamique émergente dans 400 d'entre eux : des leaders – professionnels de santé ou élus locaux – se sont saisis de la question et ont commencé à élaborer des réponses, qu'elles prennent la forme de structures d'exercice coordonné, d'équipes de soins primaires, de CPTS ou encore de projets de télémédecine.

Dans 400 autres, la dynamique est réelle et proche de se traduire par des réalisations concrètes. Elle s'appuie le plus souvent sur la convergence de plusieurs leviers du plan d'accès territorial aux soins : par exemple, l'ouverture d'une structure d'exercice coordonné (maison ou centre de santé) associée à un projet de CPTS pour prendre en charge les soins non programmés et assurer la permanence des soins en lien avec les centres hospitaliers.

---

<sup>1</sup> Hors Guadeloupe et Guyane

**Quelques exemples de dynamiques territoriales :**



## De nouvelles perspectives face aux défis de l'accès aux soins

### ● Les professionnels de santé se mobilisent pour l'organisation territoriale des soins de ville.

En 2016, la loi de modernisation de notre système de santé a créé un nouvel outil à disposition des professionnels de santé : les CPTS.

Les CPTS associent, à leur initiative, les professionnels de santé d'un même territoire qui souhaitent s'organiser autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes : attractivité médicale du territoire, organisation des soins non programmés, amélioration du lien ville / hôpital ou encore coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile. Elles regroupent des professionnels de santé de toutes les spécialités, du premier et du second recours, organisés en structures pluri-professionnelles d'exercice coordonné (maisons et centres de santé), en cabinet de groupe ou bien en exercice isolé. A eux s'ajoutent les professionnels des établissements médico-sociaux et en particulier des EHPAD. Les équipes des établissements hospitaliers publics et privés, particulièrement dans leur fonction de proximité, peuvent participer ou contractualiser avec les CPTS.

Les communautés n'impliquent pas de regroupement physique des professionnels dans un même lieu d'exercice mais organisent leur coordination au quotidien autour d'objectifs partagés. Le développement des CPTS doit permettre l'entrée d'une majorité de professionnels dans l'exercice coordonné, quelle que soit sa forme : progressivement, l'exercice isolé deviendra l'exception.

Les professionnels de santé se sont rapidement approprié ce nouvel outil. Les URPS en particulier se sont très souvent impliqués dans la création de CPTS. On en recense aujourd'hui près de 200, en fonctionnement ou en projet : dans certaines régions, telles que le Centre-Val-de-Loire, c'est l'ensemble du territoire qui est maillé par des CPTS. Les ARS peuvent soutenir ces projets en mobilisant des crédits de leur fonds d'intervention régional (FIR), sur la base de contrats d'objectifs.

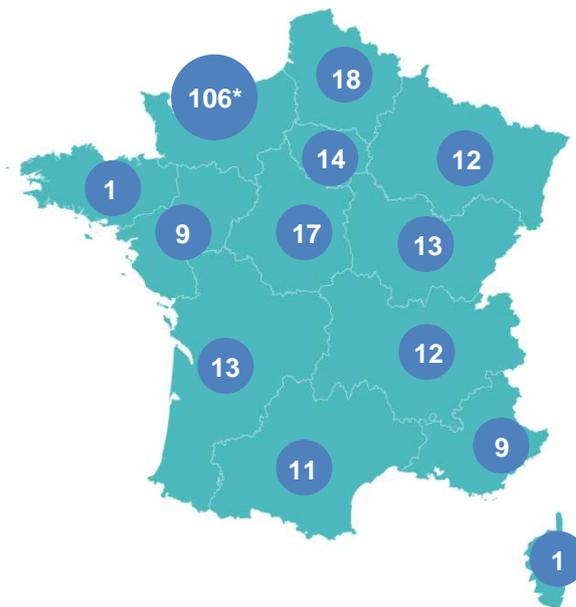


Figure 1 - CPTS en projet et en place recensés par les ARS

\* chiffre intégrant les Pôles de Santé Libéraux Ambulatoires normands, qui regroupent depuis plusieurs années les professionnels de santé d'un même territoire et devraient se transformer progressivement en CPTS.

Les CPTS constituent un outil particulièrement prometteur pour la politique d'accès aux soins, en assumant à terme certaines fonctions essentielles au niveau local, comme l'accompagnement des nouvelles installations, la promotion de la maîtrise de stage, l'organisation des plages de soins non programmés, la mise en œuvre de consultations avancées ou l'orientation des patients vers un médecin traitant. Elles incarnent une responsabilité que l'on peut qualifier de « populationnelle », au sens où il s'agit pour les professionnels de s'impliquer dans la prise en charge de la population d'un territoire et non plus d'une patientèle.

Véronique Wallon et Emilie Fauchier-Magnan, de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), se sont vu confier une mission sur le développement des CPTS. Elles ont pu dresser un premier bilan de la dynamique, préciser la fonction et les missions attendues de ce nouveau dispositif et proposer des leviers pour son déploiement rapide sur l'ensemble du territoire.

#### **La CPTS du Giennois-Berry (Loir-et-Cher)**

La CPTS du Giennois-Berry regroupe 278 professionnels de santé (dont 49 généralistes, 37 spécialistes, 75 infirmiers 45 masseurs-kinésithérapeutes...), certains installés en maisons de santé et d'autres en exercice isolé ou en cabinet de groupe.

Elle s'est donné 3 grandes priorités d'action : la coordination entre la ville et l'hôpital, l'articulation entre le premier et le second recours et l'organisation de la réponse à la demande de soins non programmés. Sur ce dernier chantier, elle a subdivisé son territoire en 4 secteurs, dont 2 dans lesquels une réponse aux soins non programmés a d'ores et déjà pu être organisée sur la base du volontariat des médecins généralistes. Ainsi, dans chaque secteur, des permanences sans rendez-vous sont organisées par des médecins généralistes à tour de rôle en matinée – car les demandes de rendez-vous pour des problèmes urgents ou aigus sont surtout matinales. En pratique, cette organisation repose sur un secrétariat formé à la réponse aux demandes de soins non programmés, mutualisé à plusieurs médecins et sur un agenda partagé.

La CPTS conduit également des actions plus transversales en s'attachant à créer du lien entre les professionnels de santé du territoire et à promouvoir l'utilisation d'outils de communication communs, tels que le dossier médical partagé.

#### **La CPTS du 13<sup>e</sup> arrondissement de Paris**

Le 13<sup>ème</sup> arrondissement de Paris connaît aujourd'hui des difficultés d'accès aux soins résultant du départ en retraite ou à l'arrêt d'activité de plusieurs médecins. A titre d'exemple, on ne compte plus que 2,3 généralistes pour 10 000 habitants dans le quartier Patay-Masséna. C'est ce qui a motivé les professionnels de santé à se regrouper en 2011 dans un pôle de santé, qui dispose d'un local et d'une coordinatrice, autour de projets communs, avant d'envisager une structuration sous forme de CPTS.

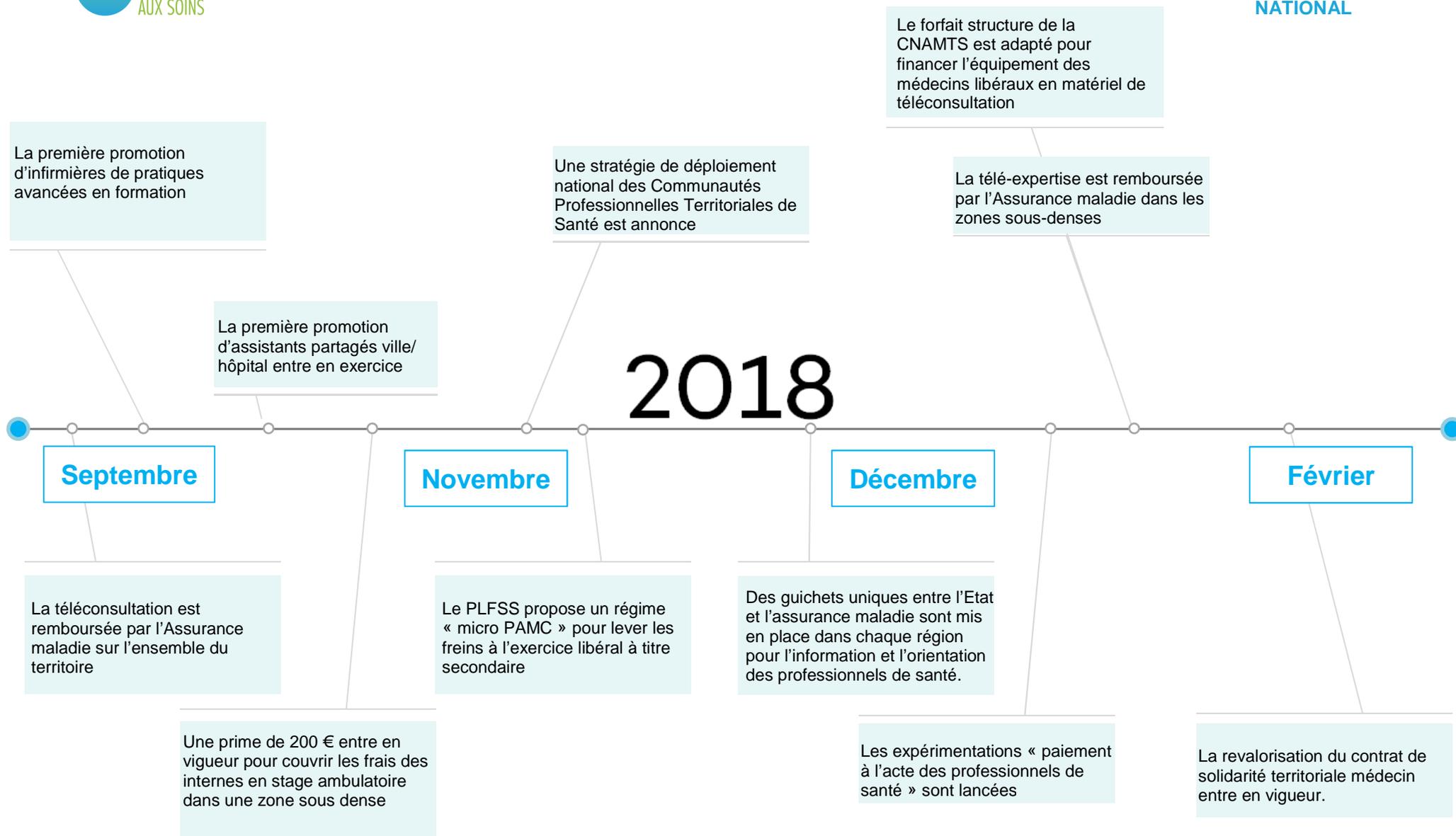
La CPTS conduit plusieurs actions-phares, parmi lesquelles on peut citer :

- Le soutien à la création de maisons de santé pluri-professionnelles sur l'arrondissement, en représentant les porteurs de projets pour les demandes diverses de financement et l'interface avec les pouvoirs publics et les bailleurs sociaux, en proposant une aide de trésorerie et en mettant à disposition ses propres locaux pour les réunions d'équipes. 3 maisons de santé sont aujourd'hui en projet dans le sud-est de l'arrondissement ;
- Le projet « Pas de personnes âgées dépendantes sans médecin traitant » pour accompagner de trop nombreux patients vieillissant à domicile avec des difficultés à trouver des médecins traitants assurant des visites. La CPTS a donc mis en place une cellule de coordination composée d'un médecin et d'une secrétaire, pour recevoir les demandes et chercher des solutions. Près de 200 patients ont fait appel à ce service depuis sa création en 2017 ;
- La mise à disposition de dispositifs d'auto-mesure tensionnelle dans les officines de pharmacie. Les patients peuvent, sur prescription, emprunter ces appareils pour mesurer leur tension à domicile : il revient ensuite aux pharmaciens d'informer les médecins des résultats et à ceux-ci d'adapter ou non le traitement en conséquence.

● **Un plan qui va évoluer pour s'adapter aux remontées du terrain**

Certaines mesures du plan deviendront pleinement opérationnelles au second semestre 2018 : c'est par exemple le cas de l'entrée en vigueur du remboursement des actes de télémedecine ou de la prime de 200 € pour les internes en stage dans une zone sous-dense.

La mise en œuvre du plan et les résultats qu'il produit sur le terrain doivent être suivis de manière régulière et dans la durée. C'est le sens de la démarche d'évaluation et de suivi statistique pilotée par la DREES, qui donnera lieu à la publication d'un tableau de bord annuel. Les visites régulières des délégués nationaux à l'accès aux soins permettent également d'identifier les initiatives innovantes qui émergent dans les territoires ou, au contraire, les points de blocage que rencontrent les différentes mesures du plan au stade de leur mise en œuvre. Ces travaux déboucheront sur la remise à l'automne 2018 d'un rapport présentant leurs principaux constats et propositions.



Quelques exemples d'initiatives visitées par les délégués à l'accès aux soins :



### 3 QUESTIONS

## AUX DELEGUES NATIONAUX À L'ACCES AUX SOINS

Thomas Mesnier, député de Charente

Elisabeth Doineau, sénatrice de Mayenne

Sophie Augros, médecin généraliste

### Après 5 mois de déplacement, quels enseignements tirez-vous de la situation sur les territoires ?

« Le premier constat que l'on peut formuler est que l'accès territorial aux soins est un sujet d'inquiétude majeur pour les citoyens et les élus de certains territoires, mais aussi pour les professionnels de santé qui se retrouvent débordés par une demande de soins croissante à laquelle ils peinent à répondre. Toutefois, au-delà des situations parfois difficiles que nous avons observées, il y a aussi de belles histoires, des territoires qui s'en sortent grâce au partenariat qui a su s'établir entre les acteurs locaux. ARS, élus locaux, assurance maladie, ordres professionnels, URPS, leaders professionnel et patients : là où tous parviennent à coopérer en dépassant les préjugés, les concurrences, les différences de culture professionnelle, des dynamiques positives s'établissent et les déserts peuvent reflourir.

### Quel bilan tirez-vous de la mise en œuvre du plan d'accès aux soins ?

Il est encore tôt pour tirer le bilan de ce plan, qui a été annoncé il y a à peine 6 mois. Toutes les mesures ne sont pas encore entrées en vigueur.

Ce que l'on peut d'ores et déjà constater, c'est que les acteurs que nous avons rencontrés ont une perception positive de ce plan et saluent la place laissée aux initiatives de terrain, la volonté de proposer des solutions différentes selon les territoires pour s'adapter à leurs spécificités.

Les ARS se sont fortement mobilisées sur la question et se sont attachées à décliner le plan au niveau de chaque région, voire de chaque département et à le faire en associant leurs partenaires. Des démarches volontaristes ont été développées dans chaque région pour déployer les différentes mesures. On peut citer à titre d'exemple l'ARS de Nouvelle Aquitaine, qui s'est engagée très fortement pour développer les consultations avancées en recensant les spécialités disponibles dans les établissements de santé et les besoins des territoires fragiles. Mais aussi l'ARS de Centre-Val-de-Loire qui soutient fortement la démarche, portée par l'URPS, de développement des CPTS de façon à mailler l'ensemble du territoire, ou encore l'ARS d'Auvergne-Rhône-Alpes qui, parmi de multiples actions emblématiques, a expérimenté cet hiver la vaccination anti-grippe saisonnière par les pharmaciens, avec de très bons résultats.



*Bien sûr, beaucoup reste à faire pour favoriser les dynamiques territoriales positives. Ce que nous observons c'est que les élus, les professionnels de santé et les ARS peinent encore trop souvent à se comprendre. Parce qu'ils ne parlent pas le même langage ou ne comprennent pas forcément les attentes et les contraintes les uns des autres. Le plan a permis de développer de nouveaux espaces d'échange mais la confiance met parfois du temps à se construire*

### **Quelles initiatives vous semblent les plus pertinentes et pourquoi ?**

*Le modèle du cabinet éphémère de Pontarlier nous a marqués, notamment en raison de la philosophie pragmatique de cette initiative qui repose sur une volonté de « projeter » du temps médical là où les professionnels de santé ne s'installent pas ou plus. C'est tout à fait l'esprit du plan qui met en priorité l'accent sur le développement des consultations avancées - c'est-à-dire de consultations à temps partiel de la part de professionnels exerçant dans d'autres territoires - ou sur le cumul emploi retraite, qui peut être un levier essentiel pour maintenir une présence soignante dans certains territoires, à l'heure où près d'un médecin généraliste sur 3 a plus de 55 ans.*

*A Nancy, nous avons visité le dispositif La Passerelle, qui propose un accompagnement personnalisé aux étudiants et aux internes pour les aider à mûrir leurs projets professionnels et à les concrétiser en installation. Dans un contexte où les ARS et l'assurance maladie sont en train de définir les contours de leurs futurs guichets uniques à destination des professionnels de santé, cette expérience nous a semblé intéressante car elle met en évidence qu'il existe un fort besoin d'accueil physique et d'accompagnement véritablement personnalisé en amont de l'étape décisive que constitue la première installation. Sans compter que l'université constitue probablement le lieu le plus indiqué pour implanter ce type de services et que la co-construction de la démarche avec des représentants des internes et des jeunes médecins constitue un gage important de son efficacité.*

*En Nouvelle-Aquitaine et en Centre-Val-de-Loire, nous avons visité des maisons de santé qui constituaient des exemples encourageants et enthousiasmants de ce que les structures d'exercice coordonné peuvent permettre, tant du point de vue de la dynamique des équipes que de leur implication dans des politiques de santé à l'échelle d'un territoire. »*