



1^{er} COMITE DE PILOTAGE NATIONAL



6 février 2018

Le comité national de suivi constitue l'instance d'impulsion politique et de pilotage du plan d'accès aux soins. Il rassemble, sous la présidence de la Ministre des Solidarités et de la Santé et les ministères associés et structures publiques à la mise en œuvre du plan (Ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche, Commissariat général à l'égalité des territoires), les associations d'élus locaux ainsi que les représentants des professionnels de santé.

Le premier comité national de suivi, qui se tient le 6 février 2018, est l'occasion d'un premier point d'étape sur la manière dont le plan se met en œuvre, nationalement et en région, grâce à la mobilisation de l'ensemble des parties prenantes. Il doit également permettre de partager de manière détaillée la stratégie et le calendrier de mise en œuvre du plan pour les mois à venir.



Ordre du jour

- Introduction par Mme la Ministre des Solidarités et de la Santé
- Présentation du plan d'action détaillé – Cécile Courrèges, directrice générale de l'offre de soins
- Retour sur le premier déplacement des délégués d'accès aux soins – Elisabeth Doineau, sénatrice, Patrick Genre, maire de Pontarlier, et Pierre Pribille, directeur général de l'ARS Bourgogne Franche-Comté
- Tour de table
- L'action des ARS dans la mise en œuvre du plan en région – Christophe Lannelongue, directeur général de l'ARS Grand-Est
- La mobilisation de l'Assurance maladie – Nicolas Revel, directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie
- La démarche d'évaluation et de suivi du plan – Jean-Marc-Aubert, directeur de la DREES
- L'engagement du CNOM en faveur de l'accès territorial aux soins – Dr Patrick Bouet, président du CNOM

Certains territoires souffrent d'une présence médicale trop faible par rapport à leurs besoins, ce qui se traduit par des délais d'attente importants ou des difficultés à obtenir un rendez-vous pour les patients, et par une charge de travail excessive pour les professionnels de santé. Aujourd'hui, 5,3 million de Français (soit 8,1% de la population) résident dans un territoire à faible densité médicale, au sens où ils ne peuvent avoir accès qu'à 2,5 consultations par an à moins de 20 minutes de chez eux, compte tenu de la densité de médecins et des besoins de soins des habitants de leur territoire.

Pour garantir à chaque Français une prise en charge de qualité partout sur le territoire, il serait illusoire de concentrer les efforts sur la seule question de l'installation des professionnels de santé. L'enjeu est désormais d'assurer une présence soignante partout où cela est nécessaire, au moment où cela est nécessaire.

C'est l'objectif du plan d'égal accès aux soins dans les territoires, qui s'appuie sur des dynamiques issues du terrain, favorise les synergies entre professionnels, élus et usagers, propose un panel de solutions adaptables à chaque contexte local. Que ce soit en ville ou en périphérie, à la campagne, à la montagne ou sur une île, l'égal accès aux soins suppose que chaque territoire dispose d'un projet de santé adapté à ses spécificités et à ses besoins.

Ce plan a été présenté au mois d'octobre. Il compte vingt mesures réparties en quatre priorités. Elles sont ici présentées sous forme de six chantiers particulièrement structurants, qui mobilisent pour leur mise en œuvre une diversité d'acteurs et de leviers d'intervention¹.

¹ Le premier chantier correspond à la 6^e mesure du plan (priorité 1- « Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients»), le second à la 13^e mesure (priorité 3 – « Favoriser une meilleure organisation des professions de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue »), le troisième à la priorité 2 du plan (« Mettre en œuvre la révolution numérique en santé pour abolir les distances »), le quatrième aux mesures 1, 2, 3, 4, 5 et 7 de la priorité 1, le cinquième à la mesure 8 de la priorité 1 et la 6^e à la 15^e mesure de la priorité 4 (« Faire confiance aux acteurs de territoire pour construire des projets et innover »).

Une mise en œuvre volontariste

Ce qui a d'ores et déjà été fait

- La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) **pour 2018** concrétise certaines mesures du plan.

Elle permet par exemple que les **protocoles de coopération** définis entre différents professionnels de santé pour organiser leur travail collectif de façon optimale puissent être validés et financés plus rapidement. Une telle mesure est emblématique de la philosophie du plan, qui entend répondre au manque de médecins par davantage de travail en équipe avec d'autres professionnels qualifiés. Elle devrait par exemple permettre à de nouvelles coopérations de voir le jour entre infirmiers, pharmaciens et médecins généralistes pour le traitement des pathologies chroniques.

ZOOM

le protocole ROTIER :

Deux protocoles de coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes, ont été initialement autorisés par l'ARS Pays-de-la-Loire en 2013 (dans la Sarthe): le premier concerne les enfants de 6 à 15 ans et le second les adultes de 16 à 49 ans. Ils permettent que les patients sans pathologie connue et ne manifestant aucune gêne visuelle en dehors des lunettes soient reçus par l'orthoptiste du cabinet. L'ophtalmologiste contrôle le dossier et les examens a posteriori, et adresse l'ordonnance au patient

Les résultats se sont montrés probants et dans les cabinets qui ont mis en place cette organisation, les délais d'attente pour un rendez-vous avec les ophtalmologistes ont été très significativement réduits. Grâce au dispositif introduit par l'article 55 de la LFSS pour 2018, ces protocoles pourront très prochainement bénéficier d'un financement de droit commun et être ainsi pérennisés.

La LFSS 2018 prévoit également **l'inscription d'ASALEE dans un financement de droit commun et une augmentation des effectifs**. Lancé en 2004, ASALEE est aujourd'hui l'unique dispositif de coopération et de délégation entre médecins et infirmières, d'ampleur nationale. ASALEE a déjà bénéficié à plus de 300 000 patients, avec 1500 médecins et 450 infirmiers (267 ETP), exerçant majoritairement en zone rurale (59%). Son financement est étendu à 100 ETP supplémentaires d'infirmiers, ce qui permettra d'inclure jusqu'à 500 médecins de plus dans le dispositif. Cette augmentation sera ciblée sur les zones médicalement sous-denses.

- Plusieurs **textes réglementaires** ont d'ores et déjà été adoptés. En particulier, un arrêté de décembre 2017 relatif au **cumul emploi-retraite** a permis de relever de 11 500 à 40 000 € le plafond de revenu annuel d'activité en deçà duquel les médecins sont exonérés de cotiser pour leur retraite complémentaire. Le cumul emploi-retraite, déjà pratiqué par un quart des médecins retraités, constitue en effet un levier important pour maintenir une présence médicale dans certains territoires, à l'heure où près d'un généraliste sur trois a plus de 55 ans.

● La mobilisation des ARS

● Déclinaison du plan en régions

Les ARS, avec le réseau des caisses d'assurance maladie, sont pleinement mobilisées pour déployer et faire vivre le plan d'accès aux soins. Chacune d'entre elles a ainsi désigné un référent en charge de la déclinaison locale du plan et établi une feuille de route régionale, qui sera déclinée au plus près des territoires. La concertation autour des objectifs de cette feuille de route est d'ores et déjà lancée ou en passe de l'être dans 1/3 des régions, grâce à la constitution d'instances de pilotage et de suivi associant notamment les professionnels de santé, le réseau de l'assurance maladie ainsi que les élus locaux.

● Révision du « zonage médecins »

Un important travail de refonte de la méthodologie a été engagé pour permettre aux agences régionales de santé (ARS) d'identifier les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, et donc éligibles aux aides des pouvoirs publics, notamment aux aides conventionnelles proposées par l'Assurance maladie pour l'installation en zones sous-denses. Sur la base de cette méthodologie renouvelée, 6 régions ont déjà pris leur arrêté ; pour les autres régions, la publication interviendra d'ici la fin du 1^{er} semestre 2018.

| Ce qui va être fait très rapidement

● Au premier semestre 2018 :

● Création d'une indemnité transport / logement de 200 € pour les internes réalisant un stage en zone sous-dense

La réalisation de stages dans des structures ambulatoires (maison ou centre de santé, cabinet libéral) en zone sous-dense pendant les études de médecine est un enjeu essentiel pour y renforcer l'offre de soins : à la fois parce qu'elle favorise le choix de la spécialité de médecine générale par les étudiants et parce qu'elle facilite l'installation en libéral, grâce à une meilleure connaissance des territoires et des professionnels qui y exercent.

La création d'une prime de 200 € par mois à destination des internes réalisant un stage ambulatoire en zone sous-dense, et ne bénéficiant pas sur place d'un hébergement, permettra de prendre en compte les frais occasionnés en matière de transports et/ou d'hébergement. La prime sera créée d'ici cet été et pourra donc être mobilisée pour les prochains stages d'internat, qui débuteront en novembre 2018.

● Définition du cadre juridique des infirmières en pratique avancée

Cette mesure vise à proposer à certaines infirmières un complément de formation (niveau Master) leur permettant d'élargir leurs compétences au-delà de leur métier-socle, pour mieux répondre à certains besoins de santé. Parce qu'elle définit une modalité nouvelle de prise en charge de certains patients, la pratique avancée peut être un levier facilitant l'accès aux soins dans les territoires en tension.

Une concertation va s'ouvrir au premier trimestre 2018 avec les organisations syndicales et les futurs employeurs autour des modalités d'exercice, de formation et de rémunération des infirmières en pratiques avancées. Le cadre juridique sera en place au printemps 2018, pour permettre à la première promotion d'entrée en formation en septembre.

- **Mise en place d'un soutien renforcé aux porteurs de projets de structures regroupées (maisons de santé pluri-professionnelles, centre de santé, équipe de soin primaire)**

Des modalités de soutien renforcé à l'exercice coordonné comme les maisons de santé pluri-professionnelles et les centres de santé seront mises en œuvre en région, grâce à une implication accrue des ARS et de l'Assurance maladie. Par ailleurs des plateformes territoriales de ressources, gérées par les professionnels de santé eux-mêmes, seront systématisées afin d'offrir aux porteurs de projets un accompagnement par leurs pairs. Une attention particulière sera portée dans ce cadre aux quartiers prioritaires de la politique de la ville.

- **Conduite de travaux d'expertise (simplification et soins non programmés)**

L'IGAS doit formuler au printemps des propositions pour alléger et simplifier la charge administrative des professionnels de santé. Le député Thomas Mesnier proposera des solutions pour favoriser la prise en charge sur tous les territoires de demandes de soins non programmés pendant les heures d'ouverture des cabinets de médecine générale, afin d'éviter aux patients d'avoir recours aux urgences hospitalières.

Tout au long de l'année 2018 :



Des initiatives d'ores et déjà nombreuses dans les territoires

HAUTS-DE-FRANCE

- Guichet unique dans l'Aisne pour l'information et les démarches d'installation des médecins et des infirmiers libéraux

- Télé-expertise en dermatologie sur le sud de la région

GRAND EST

- « La Passerelle » : laboratoire territorial d'aide à l'installation en Meurthe et Moselle

- Recours dans 6 départements au contrat de médecin adjoint

NORMANDIE

- Recours dans 3 départements au contrat de médecin adjoint

- Projets de consultations de médecine générale par des médecins retraités

ILE-DE-FRANCE

- Expérimentation d'une consultation avancée de médecine générale à Grigny

BRETAGNE

- Attaché territorial de médecine : animation universitaire et coordination des acteurs de la formation

- « S » pour simplification : accompagnement des remplaçants vers un exercice régulier

PAYS DE LA LOIRE

- « Nuits de l'installation » : événements facilitant les rencontres entre étudiants, institutionnels et médecins installés

- Séminaires d'information pour les internes, sur l'installation (modes d'exercice, gestion du cabinet ...)

BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE

- Cabinet « éphémère » à Pontarlier : une organisation transitoire, avec des permanences de médecins, dans l'attente de l'ouverture d'une MSP en 2019

- Projet de création à Avallon d'un hébergement « pluri-professionnel » pour les étudiants en santé, les internes

NOUVELLE AQUITAINE

- 230 professionnels médecins généralistes et infirmiers adhérents au protocole ASALEE

- Expérimentation de la vaccination contre la grippe par les pharmaciens

AUVERGNE-RHONE-ALPES

- Initiative pro-active pour recruter davantage de maîtres de stage Dans l'Ain

CENTRE VAL DE LOIRE

- « instal-toi-doc » : des informations sur les perspectives d'installation et le contexte régional

- 9 créations de CPTS prévues en 2018

OCCITANIE

- Politique proactive des partenaires pour recruter des maîtres de stage pour promouvoir les stages notamment en milieu rural

CORSE

- Télé-expertise : dépistage des tumeurs cutanées et le suivi des plaies chroniques

- Consultations avancées au pôle de santé de Cargèse

PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR

- Equipes mobiles de santé visuelle

- MSP de Breuil sur Broya, au sein de l'Hôpital : installation de 3 médecins intéressés par l'exercice mixte

GUYANE

- Projet de guichet unique pour les médecins et les professionnels paramédicaux qui s'installent

MARTINIQUE

- Guichet unique pour les professionnels de santé avec un projet d'installation ou d'exercice coordonné

OCEAN INDIEN

- 12 MSP créées depuis 2011



Un pilotage pragmatique

La problématique de l'accès aux soins appelle un suivi régulier et dans la durée. La démarche d'évaluation et de suivi statistique pilotée par la DREES, ainsi que les visites des Délégués à l'accès aux soins, doivent permettre de s'assurer de la mise en œuvre du plan dans les territoires et d'en analyser les résultats.

● La démarche d'évaluation et de suivi de la DREES

Une cellule d'évaluation, pilotée par la DREES, a été mise en place pour suivre et évaluer le plan d'accès aux soins. Elle réunit de nombreux acteurs : des détenteurs de données parmi lesquels la CNAMTS ou le Conseil national de l'ordre des médecins, mais aussi des chercheurs spécialisés dans les questions d'évaluation. La cellule d'évaluation a défini des indicateurs de suivi et de moyens associés à chacune des mesures du plan, ainsi que des indicateurs de résultats, en nombre limité, pour évaluer son efficacité. Elle organise actuellement les remontées d'informations et coordonne le calcul des indicateurs. Cela permettra à court terme de poser un diagnostic sur l'état initial pour chacun des grands objectifs du plan et à plus long terme de mesurer l'évolution des différents indicateurs. Des travaux académiques seront conduits en parallèle afin d'évaluer l'effet de certains dispositifs en particulier, tels que les maisons de santé pluri-professionnelles, le zonage médecins ou la télésurveillance.

● Le rôle des délégués

Pour suivre les réalisations du plan, la ministre des Solidarités et de la Santé s'appuiera sur les acteurs du parcours de soins : professionnels de santé, collectivités territoriales et élus locaux, usagers.

Trois délégués à l'accès aux soins (Docteur Sophie AUGROS, médecin généraliste, Thomas MESNIER, Député de Charente, Elisabeth DOINEAU, Sénatrice de Mayenne) ont été désignés pour porter ce plan auprès de l'ensemble des acteurs concernés.

Leur premier déplacement a eu lieu le 22 janvier dans le Doubs. Il a été l'occasion de visiter le cabinet « éphémère » ouvert par la ville de Pontarlier, où des généralistes volontaires se relaient pour assurer des consultations en alternance, un jour par semaine, aux tarifs de secteur I. Cette solution a permis de faire face avec succès au départ en retraite de plusieurs médecins généralistes installés à Pontarlier, dans l'attente de l'ouverture en 2019 d'une maison médicale, qui doit attirer 40 professionnels de santé. Les trois délégués ont pu échanger avec les principaux acteurs de ce dispositif : professionnels de santé, Agence régionale de santé, URPS, élus locaux, conseil départemental de l'ordre ou encore Caisse primaire d'assurance maladie. L'après-midi, ils se sont rendus à la faculté de médecine de Besançon afin d'échanger avec le doyen de l'UFR de médecine, le collège régional des généralistes enseignants ainsi qu'avec des étudiants et internes en médecine, autour de la problématique des stages.

Des déplacements mensuels sont prévus autour d'initiatives innovantes tout au long de l'année 2018. Ils se rendront par exemple en Rhône-Alpes au mois de février et en Centre Val de Loire au mois de mars.

3 QUESTIONS

AUX DELEGUES D'ACCÈS AUX SOINS

Quel est le rôle des délégués d'accès aux soins ?

SA : Nous sommes chargés de faire remonter les expériences réussies de chaque territoire, mais aussi d'identifier les difficultés et les freins rencontrés sur le terrain. Nos échanges avec les acteurs de terrain au cours de nos visites, doivent nous permettre d'être force de propositions auprès du comité national de suivi, en suggérant des adaptations ou des mesures complémentaires au plan d'accès aux soins.

Que reprenez-vous de l'expérience du cabinet éphémère que vous avez visité à Pontarlier ?

TM : L'initiative que nous avons découverte à Pontarlier incarne à plusieurs titres l'esprit du plan d'accès aux soins. D'une part, par le volontarisme des acteurs – élus locaux, professionnels et leur capacité à travailler ensemble pour faire émerger des solutions adaptées aux réalités du terrain. D'autre part, par la philosophie pragmatique de cette initiative, qui repose sur une volonté de projeter du temps médical là où on ne parvient pas à faire s'installer des professionnels. La rencontre avec les cinq praticiens volontaires – trois médecins en activité et deux jeunes retraités – exerçant dans ce cabinet éphémère nous a toutefois permis d'identifier quelques freins d'ordre administratif, organisationnel ou fiscal, qui pourront nourrir les propositions que nous présenterons au comité national de suivi.

Qu'avez-vous appris de votre rencontre avec les étudiants en médecine à Besançon ?

ED : Avant tout que le développement des stages ambulatoires et surtout des modes d'exercice coordonné répondent à une véritable attente de la part des étudiants, et correspondent aujourd'hui à leurs aspirations. Ceux-ci semblent toutefois demandeurs de davantage d'informations de la part des pouvoirs publics sur les démarches d'installation et les aides dont ils peuvent bénéficier dans ce cadre : c'est là tout l'enjeu des futurs guichets uniques que le plan d'accès aux soins entend déployer sur chaque territoire.



ANNEXE : LE PLAN D'ACTION DÉTAILLÉ

Le plan d'actions



Développement des stages en ambulatoire dans les zones médicalement sous denses

La réalisation de stages dans des structures ambulatoires (maison ou centre de santé, cabinet libéral) en zone sous-dense pendant les études de médecine est un enjeu essentiel pour renforcer l'offre de soins : à la fois parce qu'elle favorise le choix de la spécialité de médecine générale par les étudiants et parce qu'elle dédramatise pour toutes les spécialités l'installation en libéral, grâce à une meilleure connaissance des territoires et des professionnels qui y exercent. Pour amplifier ce développement, le gouvernement entend agir simultanément sur deux volets : le recrutement de maîtres de stage et la levée des freins matériels et financiers que peuvent rencontrer les étudiants et les internes.

| Mesure | Contenu et objectif | Etapas et calendrier |
|--|---|--|
| Volet « Maîtres de stage » | | |
| Valoriser financièrement l'engagement des maîtres de stage dans les zones sous-denses | Cette valorisation s'appuie sur le contrat de stabilisation et de coordination médecin (COSCOM), un contrat incitatif proposé par l'assurance maladie aux médecins exerçant dans des zones sous-denses, lorsqu'ils s'inscrivent dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients. Les signataires de ce contrat bénéficient d'une majoration financière d'au moins 300 € par mois lorsqu'ils accueillent un étudiant ou un interne en médecine. | Cette mesure est déjà en vigueur. |
| Simplifier la formation des maîtres de stage | Sans dégrader la qualité de la formation ou le niveau d'exigences pédagogiques attendues, il s'agit de permettre un accès simplifié et facilité à la formation de maître de stage, en priorité pour les professionnels de santé exerçant en zone sous-dense. | Des discussions sont en cours avec le collège national des généralistes enseignants (CNGE) et l'agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC) et pour harmoniser et simplifier de la formation de maître de stage. |
| Promouvoir la maîtrise de stage auprès des professionnels dans les zones sous-denses | Les ARS doivent conduire, en lien avec les départements de médecine générale des universités, des actions de prospection et de promotion auprès des médecins libéraux exerçant en zone sous-dense. | Ces démarches sont en cours dans chaque région. Par exemple dans l'Ain, l'ARS a conduit une enquête auprès des médecins pour identifier leurs réticences à devenir maîtres de stage. Sur cette base, elle a réalisé un support de communication à leur intention et organisé un mini-séminaire d'information et d'échange. |

Volet « accueil des étudiants et des internes »

Lever les freins financiers à la réalisation de stages en zones sous-denses

La création d'une prime de 200 € par mois à destination des internes réalisant un stage ambulatoire en zone sous-dense, et ne bénéficiant pas sur place d'un hébergement, permettra de prendre en compte les frais occasionnés en matière de transports et/ou d'hébergement.

Un décret en conseil d'Etat est en cours de préparation et sera publié cet été. La prime pourra donc être mobilisée pour les stages d'internat, qui débiteront en novembre 2018.

Lever les freins matériels à la réalisation de stages en zones sous denses

La mise à disposition de logements par les collectivités territoriales permet de rendre les stages en zone sous-dense plus accessibles financièrement. Lorsque le logement est partagé entre plusieurs professionnels de santé stagiaires, il peut également favoriser la convivialité et donc l'attractivité de ces terrains de stage.

Les contrats locaux de santé sont souvent l'occasion de mettre en place des actions concertées entre collectivités territoriales sur des sujets touchant à l'attractivité médicale de leur territoire.



Développer l'exercice coordonné

L'exercice coordonné entre professionnels de santé peut aujourd'hui prendre plusieurs formes : centre de santé, maison de santé pluri-professionnelle, équipe de soins primaires, communauté professionnelle territoriale de santé. Quelles que soient les modalités retenues, il constitue un levier pour renforcer l'accès aux soins de premier recours dans les zones sous-denses, puisqu'il rend l'exercice libéral plus attractif pour les nouveaux installés et facilite la coordination entre professionnels de santé. Le plan d'accès aux soins fait donc de son développement une priorité.

| Mesure | Contenu et objectifs | Etapes et calendrier |
|--|--|---|
| Doubler le nombre de maisons de santé pluri-professionnelles d'ici à 2022 | Le plan entend par ailleurs proposer aux porteurs de projets un accompagnement intégré, donc plus cohérent, et mettre en place à leur intention des plateformes territoriales de ressources, gérées par les professionnels de santé eux-mêmes dans une logique de facilitation par les pairs. Une attention particulière sera portée dans ce cadre aux quartiers politiques de la ville. Par ailleurs, les ARS, disposent cette année de 10,9 millions d'Euros supplémentaires pour cette priorité. | L'enveloppe mobilisable par les ARS a d'ores et déjà été augmentée. Les ARS et le réseau de l'Assurance maladie sont en train de renforcer leurs outils d'accompagnement des porteurs de projet, avec pour objectif la création au premier semestre 2018 de plateformes de ressources dans toutes les régions. |
| Faire monter en qualité les projets d'exercice coordonné | La possibilité pour les centres de santé et les maisons de santé de bénéficier de financements de droit commun de l'assurance maladie, en adhérant à l'accord cadre national pour les premiers et à l'accord interprofessionnel pour les seconds, valorise financièrement le travail en équipe qui fait la richesse et la spécificité de ces structures en contrepartie d'engagements portant sur l'accessibilité des soins notamment. Le nouveau cadre organisationnel et financier mis en place par l'article 51 de la LFSS 2018 pour | L'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) a été conclu en avril 2017 et a été transposé aux centres de santé (avenant n°1) à l'accord national du 23 mai 2017). Les ARS et le réseau de l'Assurance maladie accompagnent aujourd'hui les structures dans leurs démarches d'adhésion à l'ACI. |

l'innovation en santé permettra de mener des expérimentations visant à renforcer la coordination entre les acteurs de ville, développer la prévention et améliorer la pertinence des soins.

Déployer les nouveaux modes d'exercice coordonné

Les équipes de soins primaires (ESP) et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent des outils souples aux mains des acteurs de la santé sur chaque territoire pour renforcer leur coordination et améliorer la prise en charge de la population de leur territoire. Le plan entend développer ces nouveaux outils, en complémentarité avec les centres de santé et les maisons de santé. L'objectif est qu'une majorité de professionnels s'inscrive dans une démarche d'exercice coordonné, quelle qu'en soit la forme, d'ici 2022.

Plusieurs dizaines de projets de CPTS et d'EPS ont émergé sur les territoires depuis la création de ce nouvel outil en 2016. Les ARS accompagnent aujourd'hui leur développement et leur structuration. Parallèlement une mission d'appui sera confiée à l'IGAS au premier semestre 2018 afin de définir pour une feuille de route pour le développement des CPTS.



Accompagner la révolution numérique en santé

La télémédecine est un levier essentiel pour abolir les distances ; dans ce domaine la France connaît un certain retard. Cette situation s'explique largement par le fait que cette pratique n'était pas jusque-là complètement intégrée dans les processus de rémunération et de facturation. Au-delà, la transition numérique offre des solutions innovantes pour répondre aux problèmes d'accès aux soins, l'ambition première est de développer des services numériques intégrés, sécurisés et facilement accessibles (notamment en mobilité) pour faciliter les échanges d'informations entre professionnels (médecins, infirmiers, pharmaciens, ...), au service du patient, dans le cadre d'une prise en charge coordonnée. Grâce à ces services, tout citoyen, quelle que soit sa condition physique, sociale et géographique, bénéficiera d'un accès facilité aux professionnels de santé et structures de soins (ex : annuaire en ligne, outil d'aide à l'orientation, programme de e-learning, etc.).

| Mesure | Contenu et objectifs | Etapes et calendrier |
|--|---|---|
| Inscrire la télémédecine dans le droit commun | Parce qu'elle abolit les distances la télémédecine est un levier essentiel pour renforcer l'accès aux soins dans les territoires en tension. L'inscription dans le droit commun de la télé-expertise et de la télé-consultation, qui sont aujourd'hui les actes les plus pratiqués, doit permettre de sortir du cadre expérimental en vigueur | Concrètement la LFSS 2018 se traduit par le lancement de négociations conventionnelles sur les tarifs et modalités de remboursement des actes de télé-consultations et de télé-expertise. Les négociations ont débuté et devraient aboutir au printemps 2018, pour une entrée dans le droit commun. Au 1 ^{er} janvier 2019. Des travaux sont en cours pour préciser d'ici fin 2018 les conditions techniques et juridiques (protection des données, facturation...) du déploiement de la télémédecine. La Haute Autorité de Santé publiera au printemps un guide destiné à accompagner ce déploiement. |
| Equiper les zones sous-denses de | Le développement des usages de la télémédecine, en particulier en EHPAD, permet | |

matériel de télé-consultation

d'agir en faveur de la réduction des facteurs aggravant la dépendance et la fragilité des personnes âgées.

Depuis 2017, les établissements sociaux et médico-sociaux peuvent bénéficier, sous certaines conditions, d'un forfait expérimental de 28 000 euros pour l'organisation de téléconsultations.

L'objectif est qu'en 2020 tous les EHPAD et toutes les zones sous-denses soient équipés.

Equiper les EHPAD et les autres structures porteuses d'usage, faire émerger des projets de e-santé sur les territoires, réduire les territoires de « fracture numérique (MCT)

Faire émerger les territoires digitaux

La mise en œuvre de la révolution numérique est un enjeu majeur : abolition des distances, simplification et rapidité d'accès aux soins ... Elle passe par le déploiement de « Services numériques de coordination et d'appui à la coordination des soins » (SNACs) qui facilitent les échanges et la coordination des professionnels sur un territoire ; par exemple un outil de chat sécurisé permettra l'échange d'information (données, image, ...) en temps réel et en mobilité entre l'ensemble des professionnels intervenant auprès d'un patient, et permettra ainsi à un médecin généraliste d'optimiser ses visites médicales en lui donnant toutes les informations utiles à la priorisation de ces visites et à la bonne consultation et prise en charge de ses patients.

Ces services numériques intègrent des services socles nationaux tels que le DMP, ... et d'autres services qui devront facilement s'intégrer dans les outils et logiciels existants. A ce titre, des efforts importants sur le développement de l'interopérabilité seront menés.

Différents bouquets de services ont été conçus et testés sur cinq territoires, dans le cadre du programme Territoire de Soins Numérique (TSN) sur la période 2014-2017. Aujourd'hui, le programme e-parcours est lancé. Il capitalise sur le programme TSN et prend la forme d'un appel à projet national lancé en 2017, pour lequel l'ensemble des régions se mobilisent. Le programme e-parcours est doté de 130 millions d'euros sur la période 2018 2022.

Généralisation du DMP en 2018

**Chantier
4**

Projeter du temps médical et soignant et encourager l'exercice mixte

Le plan d'accès aux soins entend passer d'une logique centrée sur l'installation des médecins à une logique de présence médicale et soignante dans les territoires. Celle-ci peut prendre des formes diverses : maintien d'un médecin en cumul emploi-retraite, consultations assurées par des médecins remplaçants, des médecins adjoints ou encore des praticiens exerçant dans d'autres territoires.

| Mesure | Contenu et objectif | Etapes et calendrier |
|---|--|---|
| Valoriser financièrement le cumul emploi retraite | Les médecins bénéficiant du cumul emploi-retraite dans les zones sous-denses sont désormais exonérés de cotisations complémentaires vieillesse tant que leurs revenus annuels d'activité sont inférieurs à 40 000 €, contre 11 500 auparavant. Cette disposition doit inciter les médecins à opter pour le cumul emploi-retraite en rendant son régime plus attractif. | Cette disposition est entrée en vigueur grâce à un arrêté de décembre 2017. Les ARS sont chargées d'en assurer la promotion auprès des médecins. |
| Développer les consultations avancées | Les consultations avancées sont exercées à temps partiel dans des zones sous-denses par des professionnels exerçant habituellement dans d'autres territoires. Leur essor se heurte aujourd'hui à certaines difficultés juridiques et administratives que le plan entend lever ou faciliter, qu'il s'agisse des autorisations délivrées par l'ordre des médecins (pour les médecins libéraux) ou du statut des praticiens hospitaliers lorsqu'ils exercent hors les murs de leurs établissements. | Le conseil national de l'ordre des médecins a exprimé sa volonté de faciliter systématiquement les consultations avancées des médecins libéraux dans les zones sous-denses. |
| Valoriser financièrement les consultations avancées | Dans les zones éligibles aux aides de l'assurance maladie, la convention médicale signée en 2016 permet aux médecins de conclure un contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM), qui favorise par des incitations financières l'intervention ponctuelle (au moins 10 jours par an) en zone sous-dense. Ces médecins bénéficient alors d'une majoration des honoraires conventionnés liés à l'activité sur la zone ainsi que d'une prise en charge de leurs frais de déplacement. Cette aide sera revalorisée. | Ces revalorisations seront portées dans un avenant conventionnel en cours de négociation, qui devrait être signé au premier trimestre 2018 et prendre effet au cours du dernier trimestre 2018. |
| Créer 300 postes d'assistants partagés ville/hôpital | Des postes hospitaliers d'assistants partagés seront mis à disposition pour 50% du temps dans des cabinets ou des maisons de santé en zone sous-dense. En renforçant l'attractivité de l'exercice libéral coordonné, ce dispositif améliorera l'offre de soins dans les territoires fragiles et contribuera à faire émerger des projets d'installation. | Le cadre réglementaire (basé sur une instruction conjointe avec le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, une convention-type etc.) sera posé au printemps 2018. Dans chaque région, les ARS pourront alors rechercher des structures susceptibles d'accueillir les assistants partagés. La première promotion, qui comptera 150 postes, sera ouverte à la rentrée 2018. |
| Faciliter le recours au contrat de médecin adjoint | Les étudiants en médecine ayant validé leur deuxième cycle d'études et titulaires d'une licence de remplacement peuvent être autorisés à exercer comme adjoint d'un autre médecin. Le code de la santé publique ne le prévoit aujourd'hui que pour un afflux exceptionnel de population et pour un temps limité à trois mois. Pourtant, cette solution renforce ponctuellement l'offre médicale dans les zones sous-denses et fait connaître aux futurs médecins de nouveaux territoires dans lesquels ils sont susceptibles de s'installer. | Plusieurs ARS ont d'ores et déjà eu recours à cette disposition pour renforcer la présence médicale dans leurs territoires fragiles, à titre dérogatoire en concertation avec les préfets et les ordres départementaux des médecins. Une disposition législative sera introduite en 2018 afin de généraliser cette pratique et l'inscrire ensuite au code de la santé publique. |
| Favoriser les remplacements et l'exercice mixte | Les remplaçants ainsi que les médecins ayant un exercice à la fois salarié et libéral représentent une ressource médicale non négligeable à mobiliser dans les zones sous-denses. Le plan entend rendre leur régime de protection sociale plus simple, plus souple et plus attractif. | La LFSS pour 2018 facilite l'installation des médecins libéraux et les démarches liées au remplacement des médecins, notamment pour les étudiants, en supprimant la condition imposant |

| | | |
|--|---|---|
| Garantir l'accès de tous à des soins non programmés | Il s'agit de mettre en place, avec les professionnels, des organisations permettant de garantir sur chaque territoire une offre de soins non programmés pendant les heures d'ouverture des cabinets de médecine générale, ainsi que le samedi matin, afin d'éviter aux patients d'avoir recours aux urgences hospitalières. | un délai préalable d'exercice libéral de 30 jours avant de pouvoir s'affilier au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC). |
| | | Cette mesure sera complétée prochainement par, la possibilité pour les praticiens en exercice mixte de s'affiliation au seul régime général. |
| | | Une mission d'expertise a été confiée au député Thomas MESNIER, avec un appui de l'Inspection générale des affaires sociales. Ses conclusions sont attendues au printemps 2018. |

Chantier 5

Développer les coopérations entre professionnels de santé

Certains actes médicaux peuvent d'ores et déjà être réalisés par des professionnels autres que médecins : c'est le cas par exemple des sages-femmes, qui peuvent prendre en charge le suivi gynécologique de prévention des femmes en bonne santé, ou encore des pharmaciens qui peuvent à titre expérimental dans certaines régions vacciner certains patients contre la grippe. Le plan d'accès aux soins entend approfondir les coopérations et les délégations de tâches entre professionnels de santé, afin d'optimiser le temps médical et d'améliorer les conditions de prises en charge dans les zones sous-dotées en médecins.

| Mesure | Contenu et objectif | Étapes et calendrier |
|---|--|--|
| Accélérer le circuit de validation et de financement pour les protocoles de coopération | Le dispositif des protocoles de coopération entre professionnels vise à permettre un partage dérogatoire des rôles entre auxiliaires médicaux et médecins afin d'améliorer et de compléter la prise en charge des usagers et de libérer du temps médical. La procédure de financement et de validation de ces protocoles par la Haute Autorité de Santé est aujourd'hui longue et complexe. Le plan entend permettre un examen dans des délais réduits (6 mois maximum) des protocoles répondant à certaines thématiques considérées comme prioritaires. | La procédure accélérée de validation et de financement a été mise en place par la LFSS pour 2018. L'arrêté définissant les thèmes de coopération prioritaires a été publié début février. |
| Pérennisation du financement des protocoles de coopération suivant une procédure d'inscription allégée à la nomenclature de droit commun | Le plan entend par ailleurs pérenniser, à l'issue de la période de financement dérogatoire accordée suivant la procédure en collège des financeurs, le financement des protocoles de coopération dans le droit commun suivant une procédure allégée d'examen et d'inscription à la nomenclature. | La procédure d'inscription allégée des actes réalisés en équipe dans le cadre des protocoles de coopération a été mise en place par la LFSS pour 2018. Les premiers actes ayant bénéficié de cette procédure concernent la coopération dans le domaine de la filière visuelle. |
| Pérenniser et développer ASALEE | ASALEE est un protocole de coopération entre médecins et infirmiers, destiné à améliorer la prise en charge des maladies chroniques. Le plan pérennise le financement alloué à ASALEE et acte | Cette disposition a été adoptée dans le cadre de la LFSS pour 2018. |

| | | |
|--|---|---|
| Déployer l'exercice infirmier en pratiques avancées | <p>son développement, à hauteur de 100 ETP supplémentaires en 2018.</p> <p>Il s'agit de proposer à certaines infirmières un complément de formation (niveau Master) leur permettant d'élargir leurs compétences au-delà de leur métier-socle, pour mieux répondre à certains besoins de santé. Parce qu'elle définit une modalité nouvelle de prise en charge de certains patients, la pratique avancée peut être un levier facilitant l'accès aux soins dans les territoires en tension.</p> | <p>Une concertation va s'ouvrir au premier trimestre 2018 avec les organisations syndicales et les futurs employeurs autour des modalités d'exercice, de formation et de rémunération des infirmières en pratique avancée. Le cadre juridique sera en place au printemps 2018, pour permettre à la première promotion d'entrée en formation en septembre.</p> |
|--|---|---|

Chantier
6

Simplifier la vie des professionnels de santé pour gagner du temps médical

Dans le droit fil des portails d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS), des guichets uniques seront créés dans chaque région pour proposer des services en ligne d'information sur leur installation ou leur projet et de facilitation des démarches.

| Mesures | Contenu et objectif | Étapes et calendrier |
|---|---|---|
| Créer un guichet unique d'information, d'orientation et d'accompagnement des professionnels de santé | <p>L'objectif de ce guichet unique est de simplifier les démarches des professionnels de santé relatives à leur carrière et à l'évolution de leurs modalités d'exercice, de leur installation jusqu'à leur retraite.</p> | <p>Dans chaque région, un point d'entrée unique devra être mis en place au premier semestre 2018. Il devra rassembler <i>a minima</i> l'ARS et l'Assurance maladie. D'autres partenaires pourront y être associés.</p> <p>D'ici la fin de l'année 2018, les acteurs de ce guichet unique devront développer leurs partenariats, mais aussi identifier et supprimer les doublons ou les incohérences des actions conduites à destination des professionnels.</p> |
| Simplifier l'exercice des professionnels de santé | <p>La complexité ou la redondance des démarches administratives auxquels sont confrontés les professionnels de santé peut contribuer à réduire le temps médical, voire constituer un frein à l'installation en exercice libéral. Le plan d'accès aux soins entend donc identifier des pistes de simplification dans ce domaine.</p> | <p>Une mission a été confiée à l'Inspection générale des affaires sociales et devrait rendre ses conclusions au premier semestre 2018.</p> |