



PACTE TERRITOIRE SANTÉ²



MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES



Chaque Français doit pouvoir trouver facilement un médecin près de chez lui.

Depuis 2012, nous agissons pour donner envie aux médecins, en particulier les jeunes diplômés, d'aller exercer dans les régions qui en ont le plus besoin. C'était la raison d'être du pacte territoire santé 1, qui porte aujourd'hui ses fruits. La recette

du succès : des actions simples, concrètes, qui font la différence auprès des professionnels.

Le pacte territoire santé 2 amplifie ces actions et propose de nouvelles initiatives pour soutenir et accompagner les médecins, au service des patients.

Marisol Touraine

Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

Le pacte territoire santé ² 2 axes, 10 engagements

AXE I - PERENNISER ET AMPLIFIER LES ACTIONS MENEES DEPUIS LE PACTE TERRITOIRE SANTE 1

Engagement 1 : développer les stages des futurs médecins en cabinet de ville

Engagement 2 : faciliter l'installation des jeunes médecins dans les territoires fragiles

Engagement 3 : favoriser le travail en équipe, notamment dans les territoires ruraux et périurbains

Engagement 4 : assurer l'accès aux soins urgents en - de 30 minutes

AXE II - INNOVER POUR S'ADAPTER AUX BESOINS DES PROFESSIONNELS ET DES TERRITOIRES

Innover par la formation

Engagement 5 : augmenter de manière ciblée le numerus clausus régional pour l'accès aux études de médecine

Engagement 6 : augmenter le nombre de médecins libéraux enseignants

Engagement 7 : soutenir la recherche en soins primaires

Innover dans les territoires

Engagement 8 : mieux accompagner les professionnels de santé dans leur quotidien

Engagement 9 : favoriser l'accès à la télémédecine pour les patients chroniques et pour les soins urgents

Engagement 10 : soutenir une organisation des soins de ville adaptée à chaque territoire et à chaque patient

ENGAGEMENT 1 :

Développer les stages des futurs médecins en cabinet de ville



L'ESSENTIEL

- ▶ Au-delà de la médecine générale, ouverture de stages en cabinet de ville, maison ou centre de santé pour les étudiants en 2^{ème} et 3^{ème} cycles des études médicales dans plusieurs spécialités médicales, en particulier gynécologie médicale, ophtalmologie, pédiatrie, dermatologie
- ▶ Possibilité pour les internes d'assurer des gardes dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires

LES ENJEUX

Pour attirer les jeunes vers la médecine libérale, il est essentiel de les former dans les conditions réelles de leur futur exercice. A ce jour, le stage en cabinet de ville n'est prévu que dans le programme de formation de médecine générale. Or la problématique concerne toutes les spécialités médicales.

Les pratiques médicales en ville doivent donc être plus massivement intégrées à la formation initiale, afin de faire découvrir aux étudiants les spécificités de l'exercice libéral et de les sensibiliser au lien ville/hôpital, nécessaire dans la prise en charge des patients.

LES ACTIONS

- ▶ Atteindre en 2017 l'objectif d'un stage réalisé en médecine générale pour 100% des étudiants de 2^{ème} cycle. Dans 8 régions, cet objectif est atteint : dans les autres, le développement des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles de territoire facilitera l'émergence de nouveaux terrains de stage. Cet objectif sera également atteint par la valorisation de la filière universitaire de médecine générale, qui s'appuie entre autre sur l'engagement 4 du pacte territoire santé.
- ▶ Renforcer la connaissance de l'exercice de la médecine libérale dans les autres spécialités de ville :

> en ouvrant la possibilité aux les étudiants de 2^{ème} cycle de réaliser des stages en cabinet de ville, maison ou centre de santé, dans plusieurs spécialités : gynécologie médicale, ophtalmologie, pédiatrie, dermatologie

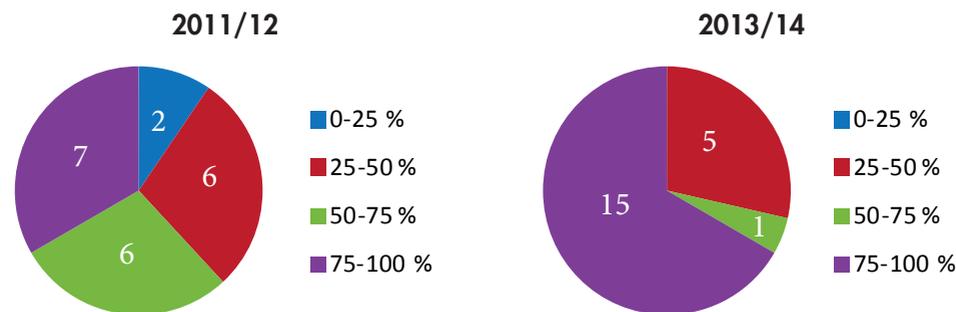
> en élargissant, sur la base de ces mêmes spécialités médicales, les stages de 3^{ème} cycle en cabinet de ville, maison ou centre de santé, auprès des médecins libéraux spécialistes

- ▶ Permettre aux internes de participer à la permanence des soins pour être sensibilisés à l'ensemble de l'exercice libéral
- ▶ Garantir la qualité de la formation des stages en lançant une mission nationale d'évaluation des conditions actuelles de fonctionnement

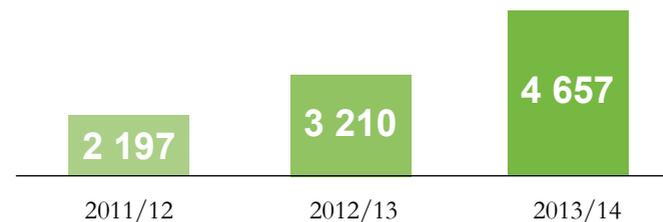


LE BILAN DEPUIS 2012

LA PROGRESSION DU NOMBRE DES RÉGIONS AU SEIN DESQUELLES 100% DES ÉTUDIANTS ONT EFFECTUÉ UN STAGE EN MÉDECINE GÉNÉRALE



NOMBRE DE MAÎTRES DE STAGE AGRÉÉS



sources : AUFEMO redressement DGOS, DREES

ENGAGEMENT 2 :

Faciliter l'installation des jeunes médecins dans les territoires fragiles

L'ESSENTIEL

- ▶ Installation de 1 000 généralistes ou autres spécialistes grâce aux contrats de praticien général de médecine générale ou ambulatoire (PTMG/PTMA) d'ici 2017
- ▶ Objectif de 1 700 bourses versées d'ici 2017 dans le cadre des contrats d'engagement de service public (CESP)
- ▶ Simplification et mobilisation de l'ensemble des dispositifs d'aide à l'installation

LES ENJEUX

En partant des attentes exprimées par les jeunes médecins, le pacte territoire santé a mis en place des mesures pour favoriser et sécuriser leur installation.

Grâce au déploiement des contrats d'engagement de service public (CESP), plus de 1 300 étudiants ou internes se sont déjà engagés à s'installer dans un territoire manquant de professionnels, en contrepartie d'une allocation versée pendant leurs études.

D'ores et déjà, plus de 80 jeunes médecins ayant souscrit au dispositif sont installés en zone sous-dense.

Les contrats de praticien territorial de médecine générale (PTMG) encouragent l'installation des jeunes médecins dans les territoires fragiles en leur apportant une garantie de revenus et des avantages sociaux.

A ce jour, 500 professionnels bénéficient ou ont déjà bénéficié de la mesure.

Par ailleurs, il existe plusieurs types de zonage pour définir les territoires fragiles. Or à chaque type de zonage correspond aujourd'hui des aides différentes. Cette superposition des zonages nuit à la clarté et à l'efficacité de la politique de soutien à l'installation : le dispositif doit être simplifié.

de médecine générale (PTMG) ou ambulatoire (PTMA). Des améliorations seront apportées au contrat de PTMG pour le rendre encore plus attractif ; une partie de ses avantages (par exemple, congé maternité et maintenant paternité) est étendue aux autres médecins spécialistes.

LES ACTIONS

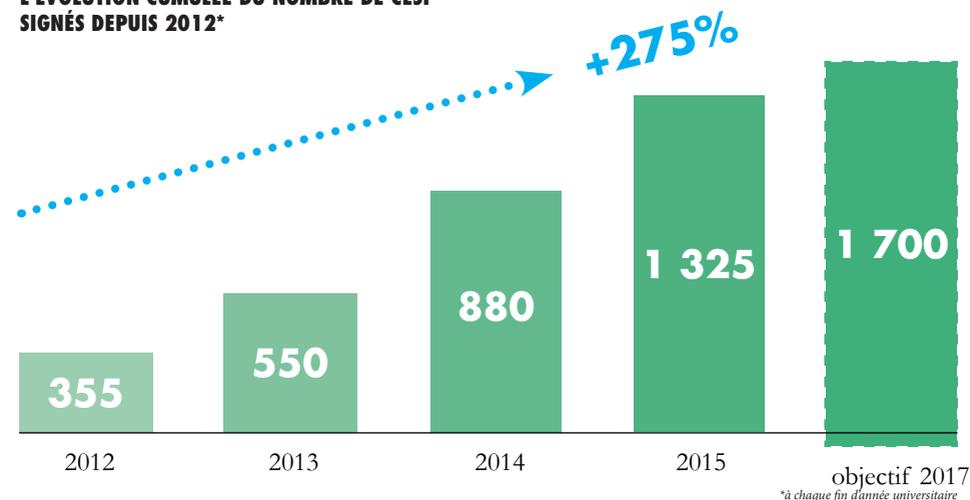
- ▶ Favoriser l'installation dans des territoires manquant de médecins :
 - > en revoyant à la hausse la cible des CESP signés pour la porter de 1 500 à 1 700 d'ici 2017
 - > en facilitant, d'ici 2017, l'installation de 1 000 médecins généralistes ou d'autres spécialistes grâce aux contrats de praticien

- ▶ Simplifier la définition des territoires aidés, en adoptant un seul zonage pour les mesures incitatives à l'installation. Cela, sur la base d'un travail concerté – et actualisé régulièrement – entre

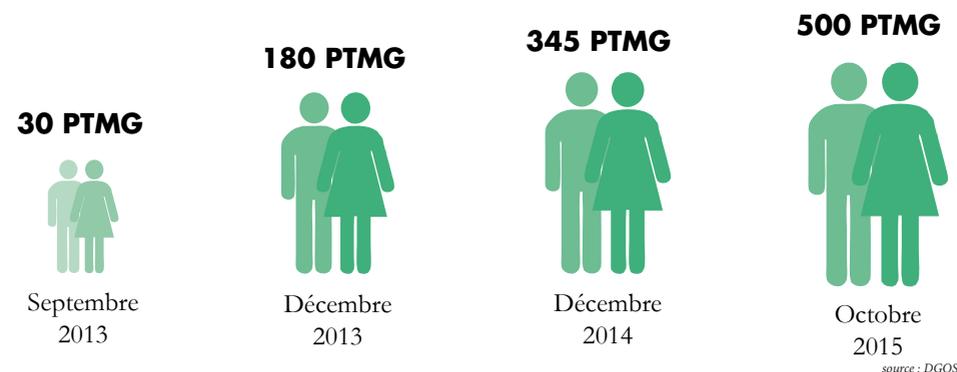
ARS, élus et représentants des professionnels. Cette mesure est inscrite dans le projet de **loi de modernisation de notre système de santé**.

LE BILAN DEPUIS 2012

L'ÉVOLUTION CUMULÉE DU NOMBRE DE CESP SIGNÉS DEPUIS 2012*



L'ÉVOLUTION CUMULÉE DU NOMBRE DE CONTRATS DE PTMG



Parmi les bénéficiaires des contrats de PTMG, les 2/3 ont moins de 35 ans et plus de 3/4 exercent en zone rurale. 70% des signataires sont des femmes. 40% des bénéficiaires exerçaient auparavant comme remplaçants : en sécurisant leur installation, le contrat les aide à franchir le cap de l'exercice libéral.

**TOTAL DES ÉTUDIANTS, INTERNES ET JEUNES MÉDECINS BÉNÉFICIAIRES
DU PACTE TERRITOIRE SANTÉ (RÉPARTITION DES 1 825 CESP ET PTMG SIGNÉS)**

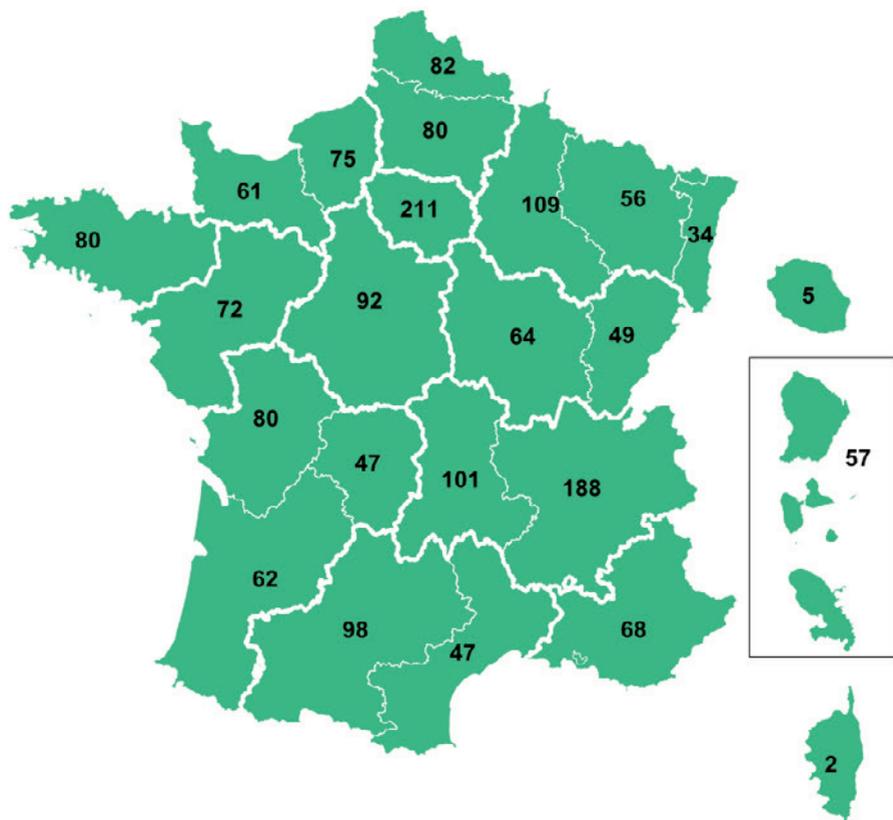
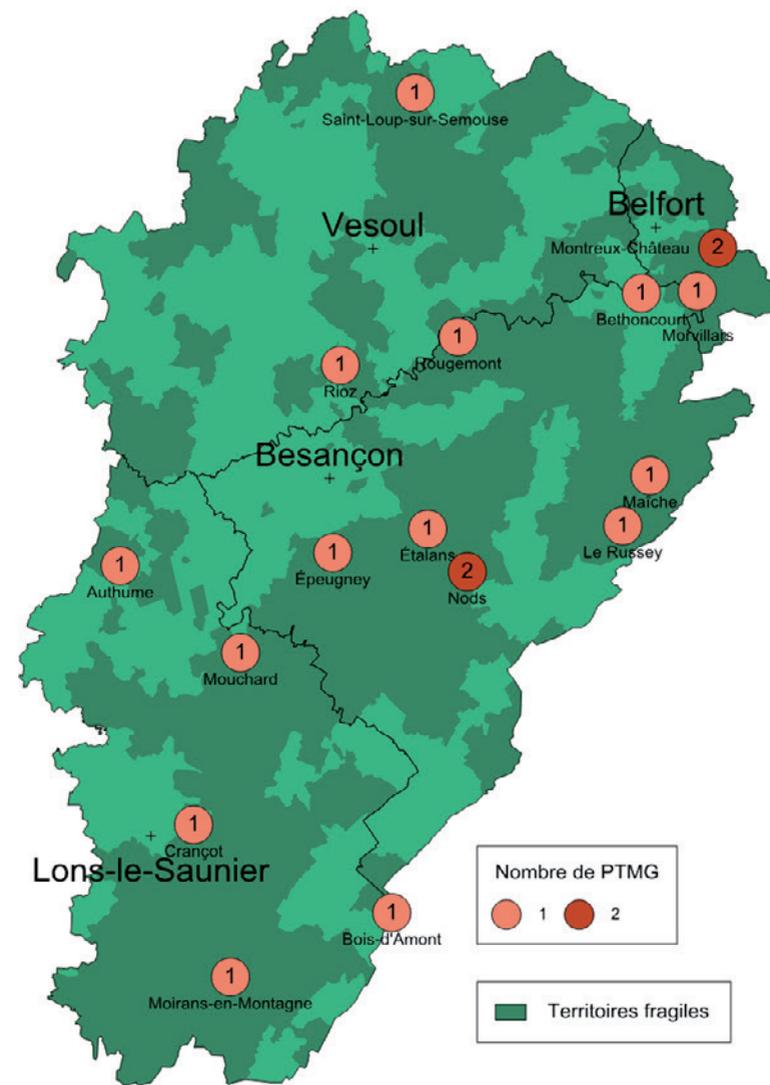


ILLUSTRATION RÉGIONALE : LA RÉPARTITION DES 18 PTMG DE FRANCHE-COMTÉ



source : DGOS et ARS Franche-Comté

ENGAGEMENT 3 :

Favoriser le travail en équipe, notamment dans les territoires ruraux et périurbains

L'ESSENTIEL

- ▶ 1 000 maisons de santé en fonctionnement d'ici 2017
- ▶ Partenariat avec la caisse des dépôts et consignation (CDC) : dès 2016, investissements pour la création ou la rénovation de maisons ou de centres de santé dans les territoires urbains fragiles

LES ENJEUX

Aujourd'hui, les médecins veulent travailler en équipe. Les maisons et les centres de santé renforcent l'attractivité des territoires pour les professionnels de santé et améliorent la qualité des soins et du suivi médical, grâce à une prise en charge complète des patients dans un lieu central et adapté.

En 2012, on recensait 174 maisons de santé pluri-professionnelles : près de 800 devraient être en fonctionnement fin 2015.

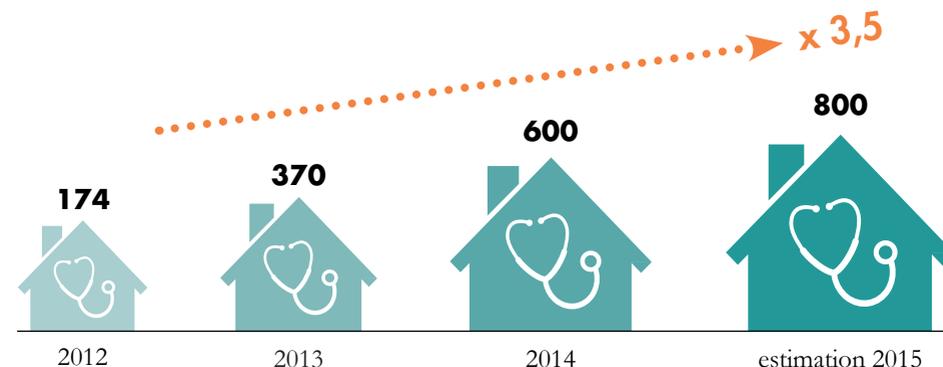
LES ACTIONS

- ▶ La généralisation en 2015 de la rémunération d'équipe permettra d'atteindre, d'ici 2017, 1 000 maisons de santé en fonctionnement. En contrepartie de cette rémunération, les professionnels de santé offrent un meilleur accès aux soins – des plages horaires élargies, par exemple – et une meilleure qualité des soins par la coordination entre différents professionnels.
- ▶ Investir dans la création ou la rénovation de maisons et de centres de santé dans les quartiers prioritaires de la ville, grâce à un partenariat avec la caisse des dépôts et consignation (CDC).



LE BILAN DEPUIS 2012

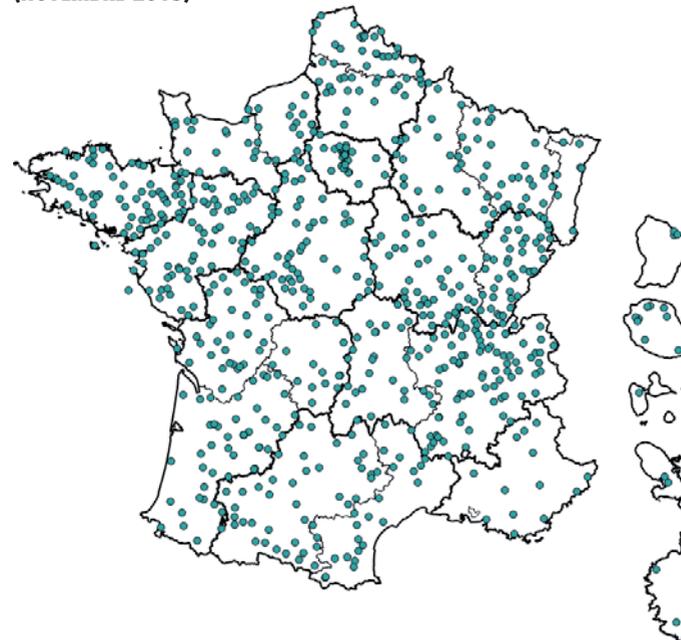
LE NOMBRE DE MAISONS DE SANTÉ



source : DGOS

Le nombre total de centres de santé pluriprofessionnels s'établit à 415 à ce jour, avec 30 nouvelles créations au cours de l'année 2015.

IMPLANTATION DES 730 MAISONS DE SANTÉ OUVERTES (NOVEMBRE 2015)



source : ARS de Midi-Pyrénées

ENGAGEMENT 4 :

Assurer l'accès aux soins urgents en - de 30 minutes

L'ESSENTIEL

- ▶ 700 médecins correspondants du SAMU sur le terrain d'ici 2017 pour renforcer l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes

LES ENJEUX

Avoir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes est un véritable enjeu pour nos concitoyens. En 2012, 2 millions de Français se trouvaient encore à plus de 30 minutes d'une structure d'urgence, qu'il s'agisse d'un service des urgences ou d'un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR). Aujourd'hui, 1 million de personnes a vu son accès aux soins urgents amélioré. Plusieurs actions ont été mises en œuvre pour parvenir à ce résultat, dont le développement prioritaire des médecins correspondants du SAMU (MCS), médecins volontaires formés à l'urgence qui interviennent en avant-poste du SMUR dans des territoires identifiés.

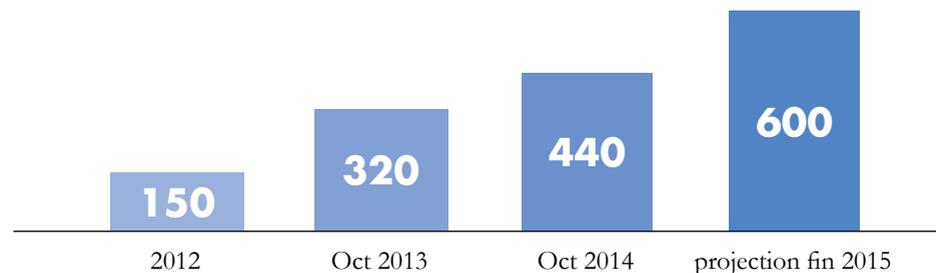
LES ACTIONS

- ▶ Garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes en poursuivant le déploiement des MCS. En 2012, on comptait 150 MCS : en 2015, leur chiffre a plus que triplé, ce qui a amélioré la situation d'un million de Français dans l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes. A l'horizon 2017, 700 MCS auront été déployés sur tout le territoire.
- ▶ Poursuivre les travaux en cours pour améliorer la complémentarité entre les moyens hélicoptérés de la sécurité civile et les héliSMUR.



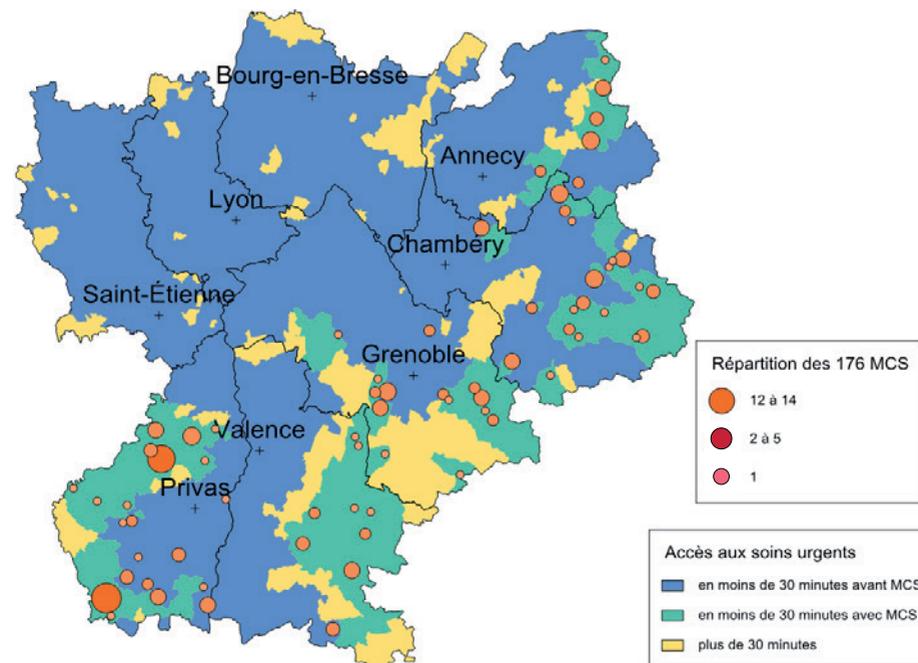
LE BILAN DEPUIS 2012

LE NOMBRE DE MÉDECINS CORRESPONDANTS DE SAMU



- ▶ Depuis 2012, le nombre de médecins correspondants de SAMU a plus que triplé.
- ▶ Ce déploiement a permis d'améliorer l'accès aux soins urgents pour près d'un million de personnes.

LA RÉPARTITION DES MÉDECINS CORRESPONDANTS DE SAMU EN RHÔNE-ALPES



source : DGOS et ARS Rhône-Alpes

ENGAGEMENT 5 :

Augmenter de manière ciblée le numerus clausus régional pour l'accès aux études de médecine



L'ESSENTIEL

- ▶ Hausse immédiate de 6,4 % du numerus clausus ciblée dans 10 régions manquant de médecins, combinée à un programme de fidélisation des étudiants dans ces territoires en tension

LES ENJEUX

L'inégale répartition des médecins concerne les zones rurales comme périurbaines. Certaines régions sont confrontées à une situation particulièrement difficile, avec une densité médicale nettement inférieure à la moyenne nationale et une proportion importante de médecins âgés de plus de 55 ans.

Pour garantir une présence médicale sur l'ensemble du territoire, le gouvernement a entrepris, dès 2012, d'ouvrir des postes d'internes en priorité dans les territoires à faible densité médicale : leur nombre a ainsi augmenté de 42% à Dijon et à la Réunion, de 39% à Caen, de 37% aux Antilles et en Guyane, de 34% à Clermont-Ferrand.

LES ACTIONS

- ▶ Poursuivre, dès cette année universitaire, la hausse du nombre de futurs médecins à former dans 10 régions particulièrement en tension, à hauteur de 131 places, afin d'accompagner à moyen terme les politiques locales de soutien à l'installation (voir engagement 2). Cela passe par une hausse ciblée du numerus clausus, qui détermine le nombre d'étudiants accédant à la 2^{ème} année des études médicales.

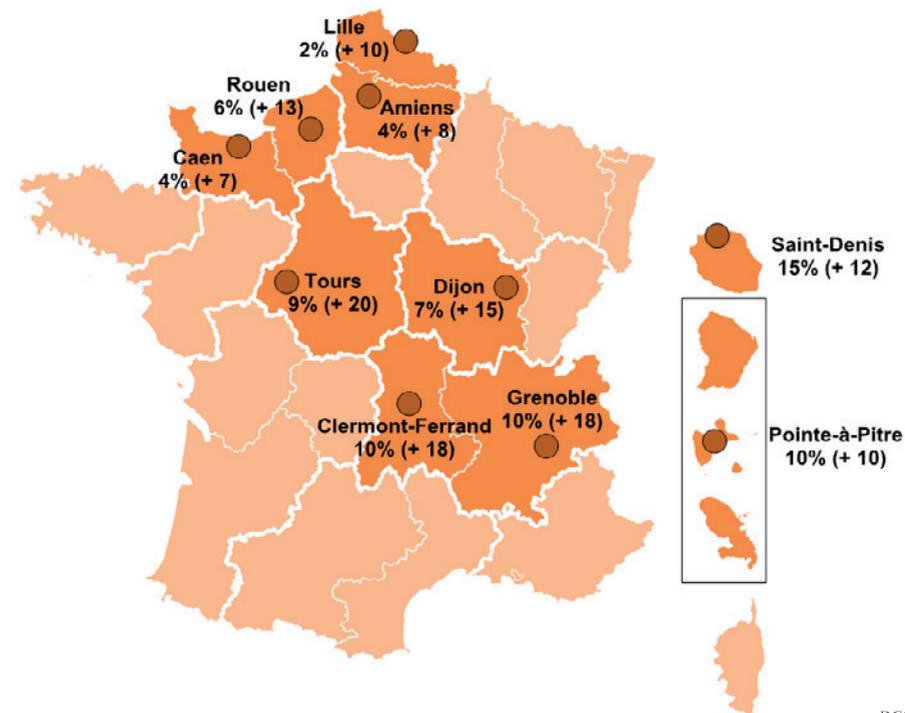
- ▶ Travailler sur les conditions de fidélisation des étudiants avec les unités de formation et de recherche (UFR) concernées. A Tours, la priorité donnée à la formation en ville (100% des externes effectuant un stage en ville, 70% des internes un stage ambulatoire supervisé en soins primaires) a fortement renforcé l'attractivité du territoire. Ainsi, 80% des étudiants qui ont fait tout leur cursus à Tours s'installent dans la région Centre.

- ▶ Accompagner les UFR concernées pour préserver la qualité de la formation

Les régions identifiées :

- > Antilles-Guyane
- > Auvergne
- > Basse-Normandie
- > Bourgogne
- > Centre-Val-de-Loire
- > Haute-Normandie
- > Nord-Pas-de-Calais
- > Picardie
- > La Réunion
- > Rhône-Alpes

LA HAUSSE DU NUMERUS CLAUSUS DANS LES 10 RÉGIONS CIBLÉES EN POURCENTAGE ET EN NOMBRE DE PLACES



source : DGOS



ENGAGEMENT 6 :

Augmenter le nombre de médecins libéraux enseignants

L'ESSENTIEL

- ▶ Doublement du nombre de médecins généralistes chefs de clinique (de 80 à 160)
- ▶ Ouverture du statut de chef de clinique aux autres spécialistes de ville

LES ENJEUX

Pour répondre aux nouveaux enjeux de santé (vieillesse de la population, développement des pathologies chroniques...), la formation initiale doit évoluer.

Attirer et mieux former les futurs médecins à l'exercice en ville est une

priorité : pour ce faire, il est indispensable que davantage de médecins exerçant en ville soient enseignants. De fait, cette diversification de l'exercice concourt aussi à l'attractivité de la profession.

Les jeunes médecins libéraux peuvent être chefs de clinique : ils consacrent

une partie de leur activité aux soins en cabinet de ville, maison ou centre de santé et l'autre partie à l'enseignement et à la recherche. Il existe d'ores et déjà 80 chefs de clinique des universités de médecine générale. Il n'y a pas d'équivalent pour les autres spécialités médicales de ville.

LES ACTIONS

- ▶ Doubler le nombre de postes de chefs de clinique des universités en médecine générale d'ici 2017 : cette mesure contribuera à valoriser la filière universitaire de médecine générale.
- ▶ Elargir le statut de chef de clinique aux autres spécialistes libéraux, comme par exemple la gynécologie médicale, l'ophtalmologie, la pédiatrie ou la dermatologie.



ENGAGEMENT 7 :

Soutenir la recherche en soins primaires

LES ENJEUX

- ▶ Labellisation d'au moins une maison de santé ou d'un centre de santé universitaire dans chaque département d'ici 2017

LES ENJEUX

La recherche en soins primaires, enjeu majeur pour les patients et pour les professionnels, constitue un facteur de dynamisme, d'attractivité et de qualité des pratiques médicales.

Initialement, les projets de recherche en soins primaires ont été principalement portés par les centres hospitaliers universitaires (CHU). Depuis 2013, des dispositions ont été prises pour permettre aux maisons ou aux centres de santé de porter eux-mêmes ces projets de recherche. L'enjeu aujourd'hui est bien de renforcer la recherche en soins primaires dans ces structures.

LES ACTIONS

- ▶ Mettre en place des maisons de santé et des centres de santé universitaires tels que prévus par la **loi de modernisation de notre système de santé**
- ▶ Simplifier les procédures administratives en rendant éligibles les maisons ou centres de santé à la convention unique dans le cadre des essais cliniques industriels
- ▶ Faciliter, pour les cabinets de ville, maisons et centres de santé l'accès aux dispositifs publics d'appui à la recherche clinique



ILLUSTRATION RÉGIONALE

En 2014, un projet de recherche porté par la maison de santé du Pays-Neufchâtelois (Seine-Maritime) a été retenu. Il étudie l'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel en soins primaires sur la satisfaction des usagers.

L'objectif principal de cette étude est de mesurer et d'analyser les raisons de la satisfaction de la patientèle des centres, maisons et pôles de santé, selon leur localisation géographique, comparativement à celle – témoins – des généralistes « classiques », exerçant individuellement ou en groupe mono-professionnel (composé uniquement de médecins).

ENGAGEMENT 8 :

Mieux accompagner les professionnels de santé dans leur quotidien



L'ESSENTIEL

- ▶ L'ouverture d'un portail d'accompagnement des professionnels de santé – www.paps.sante.fr – au niveau national et dans chaque région
- ▶ Présentation en région par chaque agence régionale de santé (ARS), en novembre et en décembre, de la déclinaison régionale du portail en présence des partenaires du site internet (ordres professionnels, assurance-maladie...)

LES ENJEUX

Pour mieux informer et accompagner les jeunes professionnels lors de leur installation, un référent installation a été mis en place dès 2013 dans chaque région. Chaque référent est devenu l'interlocuteur privilégié des professionnels de santé.

Il faut aujourd'hui poursuivre ce travail, en s'appuyant sur les nouveaux portails d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS). Ces sites internet rassemblent des informations – jusque là dispersées – sur la formation des futurs professionnels de santé, leur installation ou encore leurs conditions d'exercice... et facilitent l'orientation parmi les services proposés par les acteurs locaux. Ils sont tournés vers 9 professions : médecin, chirurgien-dentiste, infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pharmacien, sage-femme, pédicure-podologue.

LES ACTIONS

- ▶ Apporter, grâce aux nouveaux PAPS, toutes les informations pratiques aux jeunes et aux professionnels installés : sur la formation (par exemple les lieux de stage), l'installation (principalement les aides proposées), l'exercice (comme les démarches pour monter une maison de santé) et identifier facilement les interlocuteurs appropriés
- ▶ Développer une gamme de services à destination des professionnels de santé, en lien avec les partenaires (facultés, conseils de l'ordre, collectivités locales, assurance maladie ...) : bourse des emplois, simplification des démarches administratives...
- ▶ Développer des tutorats, organiser sur un territoire des rencontres entre les médecins installés et les étudiants sur le modèle d'expériences régionales réussies (par exemple, le « généraliste dating » en Bretagne)



60 SECONDES POUR CONVAINCRE : LE « GÉNÉRALISTE DATING » ORGANISÉ PAR L'ARS DE BRETAGNE

En Bretagne, l'ARS innove avec le « généraliste dating » : 2 séances ont été organisées au sein des facultés de médecine du Finistère et d'Ille-et-Vilaine. Les médecins installés ont réalisé une vidéo de 60 secondes, présentant leur structure et leur exercice, projetée devant un public de futurs généralistes (externes, internes, remplaçants).

Les jeunes ont ensuite pu les rencontrer en personne et accéder à des informations sur les démarches administratives de stages, d'installation et de remplacement sur des stands montés dans la faculté. Le 1^{er} « généraliste dating », qui s'est tenu à Rennes en juin dernier, a rassemblé 150 personnes, dont une quarantaine d'étudiants.

« 77% de ces jeunes participants envisagent de poursuivre les contacts avec les professionnels de santé rencontrés », selon l'ARS. Plus de 98% des personnes interrogées souhaitaient que l'action soit reconduite.

ENGAGEMENT 9 :

Favoriser l'accès à la télémédecine pour les patients chroniques et pour les soins urgents

L'ESSENTIEL

- ▶ Déploiement en 2016 des expérimentations de télémédecine en ville pour les patients souffrant d'affections de longue durée (ALD) ainsi que pour les soins urgents
- ▶ plan d'investissement de 40 M€ en faveur de l'équipement des EHPAD, des maisons et des centres de santé

LES ENJEUX

La télémédecine est en plein développement à l'hôpital mais son usage reste limité en ville. Or elle permet notamment de favoriser l'accès à des soins spécialisés, y compris dans des territoires isolés. Les avancées technologiques récentes rendent son déploiement possible au-delà des murs de l'hôpital, dans les cabinets médicaux de ville et dans les structures de prise en charge médico-sociale.

LES ACTIONS

- ▶ Soutenir la télémédecine dans les 9 régions pilotes en permettant des téléconsultations/téléexpertises pour les patients souffrant d'une ALD. De plus, début 2016, seront lancées des expérimentations sur la télésurveillance de patients atteints de diabète ou de pathologies particulièrement sévères ou invalidantes comme l'insuffisance cardiaque, rénale ou respiratoire et qui concernent plus de 6 millions de Français.
- ▶ Déployer la télémédecine en EHPAD pour diagnostiquer en moins de 30 minutes certaines pathologies clés. Au sein de territoires ou de structures ciblées comme les EHPAD, le déploiement de la télémédecine permet de gagner du temps dans le repérage des troubles cardiovasculaires. C'est notamment le cas de l'infarctus du myocarde : une transmission numérique de l'électrocardiogramme en cas de

douleur thoracique garantit une prise en charge du patient sans délai, soit dans l'ambulance du SMUR, soit directement en service de cardiologie sans passer par les urgences.

- ▶ Associer au déploiement de la télémédecine un volet d'aide à l'investissement matériel et organisationnel en EHPAD, maison et centre de santé, à hauteur de 40M€.

LES EXPÉRIMENTATIONS DE TÉLÉMÉDECINE EN VILLE ET/OU DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

- 9 régions pilotes :
- > Alsace
 - > Basse-Normandie
 - > Bourgogne
 - > Centre
 - > Haute-Normandie
 - > Languedoc-Roussillon
 - > Martinique
 - > Pays-de-la-Loire
 - > Picardie

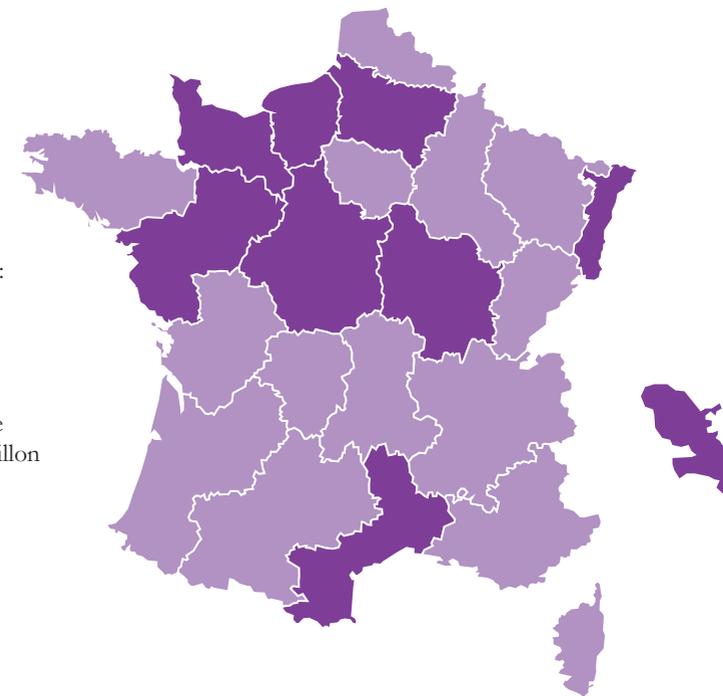


ILLUSTRATION RÉGIONALE

En Gironde, un dispositif de télémédecine fonctionne depuis 2012. Orienté sur la prise en charge des personnes âgées, il permet aux équipes des EHPAD d'obtenir un avis spécialisé pour le suivi de leurs patients atteints de pathologies lourdes et complexes comme les plaies chroniques, les troubles du comportement, les soins palliatifs.

Actuellement, 100 téléconsultations sont réalisées chaque mois à partir de 14 EHPAD qui échangent avec 4 spécialistes référents du CHU de Bordeaux. Ce projet a l'ambition de concerner 50 EHPAD en 2016 et de passer à 500 consultations par mois avec un déploiement au-delà du cadre départemental. Le CH de Libourne a également intégré le dispositif.



ENGAGEMENT 10 :

Soutenir une organisation des soins de ville adaptée à chaque territoire et à chaque patient

L'ESSENTIEL

- ▶ Soutien financier aux équipes de soins primaires ou de communautés professionnelles territoriales de santé, notamment dans les territoires ruraux : jusqu'à 200 projets accompagnés dès 2016
- ▶ Accompagnement financier des médecins libéraux qui innovent pour prendre en charge des patients sans rendez-vous
- ▶ Généralisation des parcours de santé des personnes âgées (PAERPA) dans chaque région et des plateformes territoriales d'appui (PTA)
- ▶ Financement de 100 postes d'infirmiers supplémentaires pour le suivi et le dépistage des maladies chroniques (protocole ASALEE)

LES ENJEUX

Il faut que les professionnels de santé libéraux puissent s'organiser au niveau d'un territoire pour garantir à une population un accès aux soins primaires, allant de la prévention à la prise en charge. Cette organisation doit pouvoir faire l'objet d'échanges avec les représentants des usagers, les élus et l'agence régionale de santé (ARS) pour mobiliser tous les acteurs du système.

De plus, lutter contre les ruptures de prise en charge des patients est prioritaire.

C'est pourquoi l'organisation des parcours est désormais essentielle : cette approche globale doit permettre aux patients – en perte d'autonomie ou, plus globalement, en situation complexe – de recevoir, par une meilleure coordination, les bons soins par les bons professionnels et au bon moment.

Pour répondre aux besoins d'une population comme des patients, les professionnels de santé libéraux disposent de nouveaux outils dont certains créés par la **loi de modernisation de notre système de santé**.



LES ACTIONS

► Pour soutenir les initiatives des professionnels de santé pour prendre en charge une population à l'échelle d'un territoire, le projet de loi de modernisation de notre système de santé prévoit :

- > la mise en place d'équipes de soins primaires (ESP) organisées autour des médecins généralistes
- > la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pouvant regrouper des médecins généralistes et autres spécialistes, des auxiliaires médicaux, des acteurs médico-sociaux et sociaux.

Ces coordinations renforcées entre professionnels doivent améliorer le parcours de santé des patients chroniques, des personnes en situation de précarité sociale, de handicap et de perte d'autonomie. Elles doivent améliorer aussi la couverture des territoires par des équipes de soins primaires. Concrètement, les ARS apporteront une aide financière ponctuelle aux porteurs de projets : par exemple, une compensation de la perte d'activité des professionnels de santé qui dégagent du temps pour la conception du projet. 200 projets seront accompagnés en 2016.

► Aux heures d'ouverture des cabinets : accompagner financièrement les médecins libéraux qui innovent pour garantir une prise en charge des patients sans rendez-vous aux horaires d'ouverture des cabinets. Une rémunération (par les ARS) sera mise en place pour les cabinets de ville qui adoptent une organisation innovante afin de répondre à des besoins locaux de soins non programmés : par exemple, plages horaires élargies de rendez-vous entre plusieurs cabinets de ville, créneaux de consultations exclusivement dédiés à ces demandes, mise en place de « maisons médicales de garde de jour »...

► Aux horaires de la permanence des soins : le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2016 modernise les outils à la main des ARS pour renforcer la mobilisation des médecins libéraux. En tirant les fruits d'expérimentations mises en place dans les Pays-de-la-Loire, le PLFSS pour 2016 permet de mutualiser les financements disponibles et d'adapter aussi davantage la rémunération en fonction des contraintes et des besoins des patients.

► Donner aux professionnels des nouveaux outils pour offrir un parcours de santé aux patients chroniques ou complexes :

- > généralisation des parcours de santé des personnes âgées (dispositif PAERPA), au-delà des 9 territoires actuels. La démarche PAERPA renforce notamment la prise en charge à domicile en s'appuyant sur les professionnels des soins primaires : médecins traitants, infirmiers, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes et autres auxiliaires médicaux. Le médecin traitant élabore un plan personnalisé de santé (PPS), qui permet de gérer et d'anticiper la prise en charge des personnes âgées.
- > mise en place des plateformes territoriales d'appui (PTA), qui proposeront un panel de services aux professionnels de santé : information et orientation sur le territoire, organisation

des parcours, aide à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation, appui aux pratiques professionnelles

- > déploiement du protocole ASALEE (action de santé libérale en équipe). Grâce à la délégation de certains actes et une coopération renforcée entre médecins généraliste et infirmiers, ce dispositif améliore le suivi et l'éducation thérapeutique de 300 000 patients concernés par 4 pathologies chroniques : diabète, risque cardiovasculaire, tabagisme et troubles cognitifs. Le dispositif fonctionne sur l'ensemble du territoire, avec 228 infirmières (167 ETP). Quant aux médecins généralistes, ils sont 835 à avoir adhéré. Pour répondre à la demande des professionnels et accompagner le développement de ces nouveaux services, 100 ETP supplémentaires seront déployés d'ici 2017.

ILLUSTRATION RÉGIONALE

En région Pays-de-la-Loire, les moyens financiers dégagés ont permis, par exemple, de mieux rémunérer les conseils médicaux pour un meilleur usage de la « régulation médicale » ou de financer davantage les

déplacements sur des territoires parfois étendus grâce à la mise en place de médecins mobiles. Dans les Pays-de-la-Loire, le dispositif a contribué à une hausse de près de 10% du nombre de médecins volontaires pendant la permanence des soins.





www.sante.gouv.fr/pts

Contact presse :
cab-ass-presse@sante.gouv.fr

Les coordonnées des ARS :
www.ars.sante.fr