pacte
territoire
santé

Lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins : bilan 2013 et perspectives 2014

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Dossier de presse | 10 Février 2014

J'ai lancé, il y a un peu plus d'un an, le pacte territoire-santé avec des objectifs clairs : lutter contre les déserts médicaux et réduire les inégalités d'accès aux soins. Ce pacte, j'ai voulu qu'il réponde le plus concrètement et immédiatement possible aux besoins de nos concitoyens, en mobilisant différents leviers.

Dès le début, il était évident que ces objectifs ne pouvaient être atteints qu'avec la mobilisation de l'ensemble des acteurs de terrain : les professionnels de santé, les élus et les agences régionales de santé (ARS).

Au cours de cette première année de mise en œuvre, j'ai pu bénéficier, de la part de tous, d'une implication déterminée et d'un soutien sans relâche dans la réalisation des 12 engagements qui composent le pacte.

Je tiens à saluer le dynamisme des ARS autour de la signature des contrats d'engagement de service public et de praticien territorial de médecine générale, ou encore dans le déploiement des médecins correspondants du SAMU. Je veux aussi remercier les universités pour leurs actions et les partenariats engagés avec les agences régionales de santé afin qu'un nombre toujours croissant d'étudiants réalise un stage en médecine générale. J'ai également pu observer une forte mobilisation des élus et des collectivités territoriales autour des projets d'exercice coordonné, dont l'essor devrait connaître un nouvel élan avec la généralisation de la rémunération d'équipe. Je tiens ici à renouveler ma confiance aux partenaires conventionnels pour aboutir rapidement sur ce point.

La loi de financement de sécurité sociale pour 2014 donne une impulsion nouvelle à certains engagements tels que le déploiement de la télémédecine en ville ou les transferts de compétences. Ces formes innovantes d'organisation des soins vont permettre de renforcer l'accès aux soins, en libérant du temps médical et en s'affranchissant des contraintes géographiques.

La politique que je mène dans la lutte contre les déserts médicaux prend tout son sens dans la démarche plus globale de la stratégie nationale de santé. Cette démarche volontariste s'inscrit dans la durée et la persévérance. Les premiers résultats sont à la hauteur de l'ambition placée dans le dispositif et de l'énergie déployée par tous pour permettre sa réussite.

Je vous invite à prendre connaissance de ce premier bilan dont le caractère très positif doit nous conduire, tous ensemble, à intensifier notre action.

Marisol Touraine,
ministre des affaires sociales et de la santé

Le pacte territoire-santé, ce sont des avancées significatives pour les jeunes professionnels...

591 CESP en 2013

des stages en cabinet, maison ou centre de santé pour tous les étudiants

180 contrats de PTMG en 2013 et 200 de plus en 2014

des référents installation dans chaque région

... et des avancées concrètes pour améliorer l'accès aux soins des patients

un accès aux soins urgents amélioré pour 1 million de Français

2 fois plus de maisons de santé

le développement de la télémédecine

1 pacte
3 axes
12 engagements

Changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins

- Engagement 1 : un stage en médecine générale pour 100% des étudiants
- Engagement 2 : 1 500 contrats d'engagement de service public d'ici 2017
- Engagement 3 : 200 praticiens territoriaux de médecine générale
- Engagement 4 : un référent installation dans chaque région

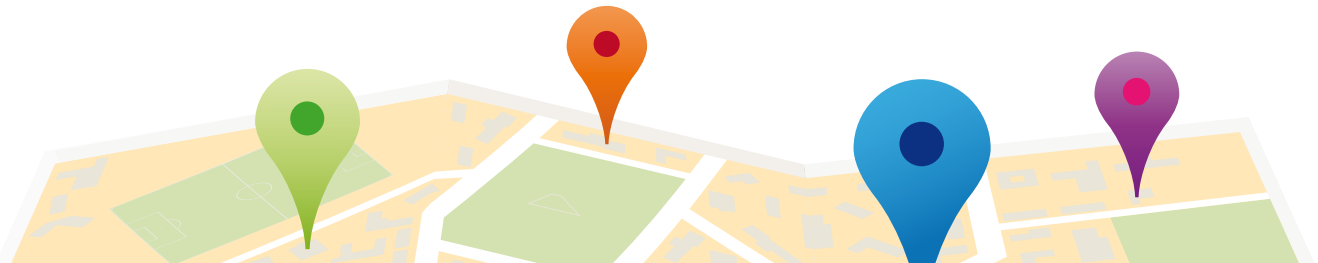
Transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé

- Engagement 5 : développer le travail en équipe
- Engagement 6 : rapprocher les maisons et centres de santé des universités
- Engagement 7 : développer la télémédecine
- Engagement 8 : accélérer les transferts de compétences

Investir dans les territoires isolés

- Engagement 9 : garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015
- Engagement 10 : permettre aux praticiens hospitaliers et salariés d'appuyer les structures ambulatoires
- Engagement 11 : adapter les hôpitaux de proximité et responsabiliser les centres hospitaliers régionaux
- Engagement 12 : conforter les centres de santé

Le lancement du pacte territoire-santé par Marisol Touraine le 13 décembre 2012 en Poitou-Charentes



Engagement 1 :
un stage en médecine générale pour 100% des étudiants

Objectif

- Faire connaître et apprécier l'exercice de la médecine en cabinet de ville sur tout le territoire.

Réalisations

- Augmentation du nombre d'étudiants qui réalisent un stage en médecine générale.
- Déjà 8 régions dans lesquelles 100% des étudiants effectuent leur stage auprès de médecins généralistes.
- Accompagnement financier des étudiants et des internes qui réalisent leurs stages dans des zones éloignées de leurs lieux de formation.

Notre responsabilité, c'est de donner envie à davantage de jeunes de s'installer en libéral : il m'est donc apparu essentiel d'inciter et de faciliter les stages en cabinet médical, en maison ou en centre de santé.

Pour cela, une prime de responsabilité va être allouée à tous les stagiaires qui effectuent leur stage en ville.

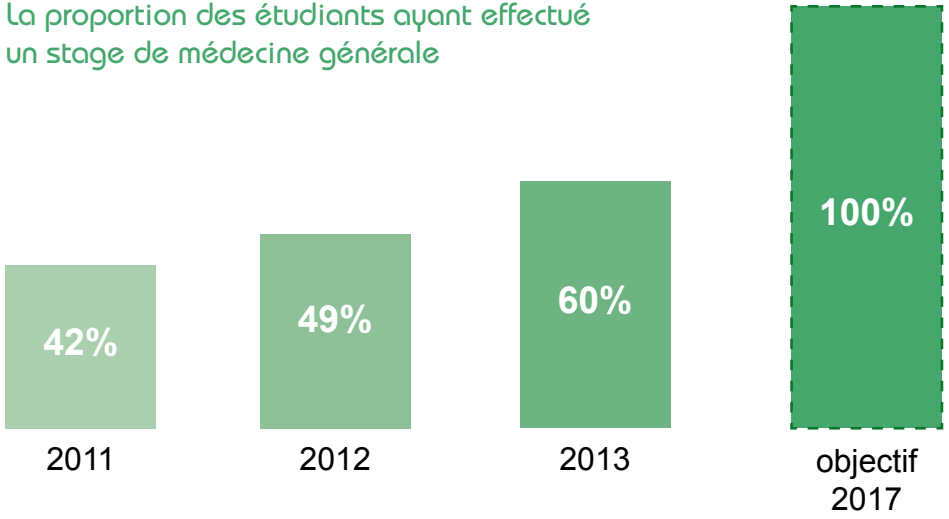
Par ailleurs, les étudiants seront incités à effectuer leur stage dans des zones éloignées – à plus de 15 km du lieu de formation ou de résidence – grâce à la création d'une indemnité forfaitaire de transport de 130€/mois.

Les médecins déjà installés ont un rôle direct à jouer dans la formation de leurs jeunes confrères : ils sont le maillon clé dans la mise en place de stages adaptés, en particulier « hors les murs » des hôpitaux. D'ores et déjà, le nombre de maîtres de stage a notablement augmenté : 8% supplémentaires ont été recensés au cours de la dernière année universitaire.

**voir engagement 6*

« Ce stage m'a fait découvrir un métier qui m'était jusque-là inconnu. »
(Lucie, étudiante en médecine)

La proportion des étudiants ayant effectué un stage de médecine générale



sources : AUFEMO, Sise, MESR, conférence des doyens en médecine

Quelques exemples en région

Dès 2013, 100% des étudiants ont effectué un stage en médecine générale dans 8 régions : Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Auvergne, Alsace, Lorraine, Champagne-Ardenne, Franche-Comté et Limousin.

- **Des partenariats privilégiés avec l'université, des mesures pour faciliter la réalisation de stages :**

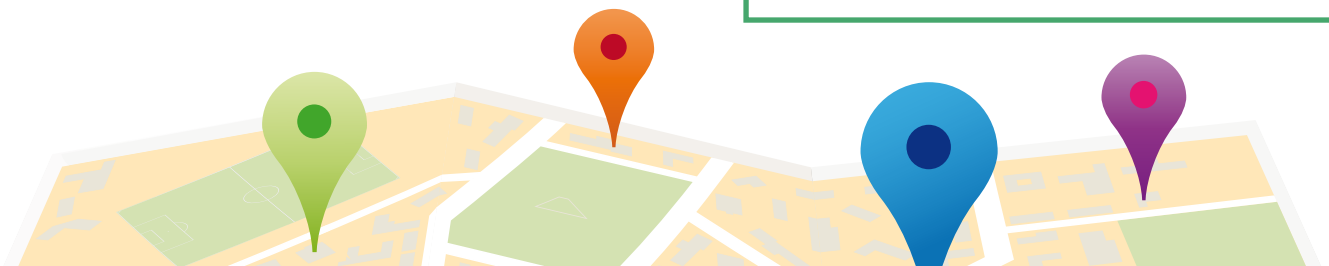
PACA : aide financière aux étudiants réalisant leur stage dans les Alpes de Haute-Provence grâce au partenariat entre l'agence régionale de santé (ARS), le conseil général, la faculté de médecine, la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et le conseil départemental de l'ordre des médecins (CDOM).

- **Des initiatives pour améliorer le recrutement de maîtres de stage :**

Poitou-Charentes : campagne de communication sur la maîtrise de stage auprès des médecins libéraux.

Nord-Pas-de-Calais : financement de sessions de formation à la maîtrise de stage.

Languedoc Roussillon : appui financier aux internes de médecine générale pour les inciter à réaliser leurs stages chez les praticiens maîtres de stage dans les territoires manquant de professionnels de santé et ce, préférentiellement dans les maisons de santé pluriprofessionnelles.



Engagement 2 :
1 500 contrats d'engagement de service public d'ici 2017

Objectif

- Favoriser l'installation de futurs professionnels par le versement, pendant les études, d'une bourse de 1 200€/mois, en contrepartie de l'engagement à exercer son activité future dans un territoire manquant de professionnels de santé. Cela, pour une durée égale à la durée de versement de la bourse.

Réalisations

- Augmentation entre 2012 et 2013 de 65 % des contrats signés, soit déjà 40% de la cible 2017.
- Simplification du dispositif désormais plus lisible pour les étudiants et les internes en médecine et ouverture en 2013 aux futurs chirurgiens-dentistes.

Parce que la jeune génération constitue une priorité pour le président de la République et pour le gouvernement, j'ai voulu renforcer la signature de contrats d'engagement de service public (CESP) par les étudiants et les internes.

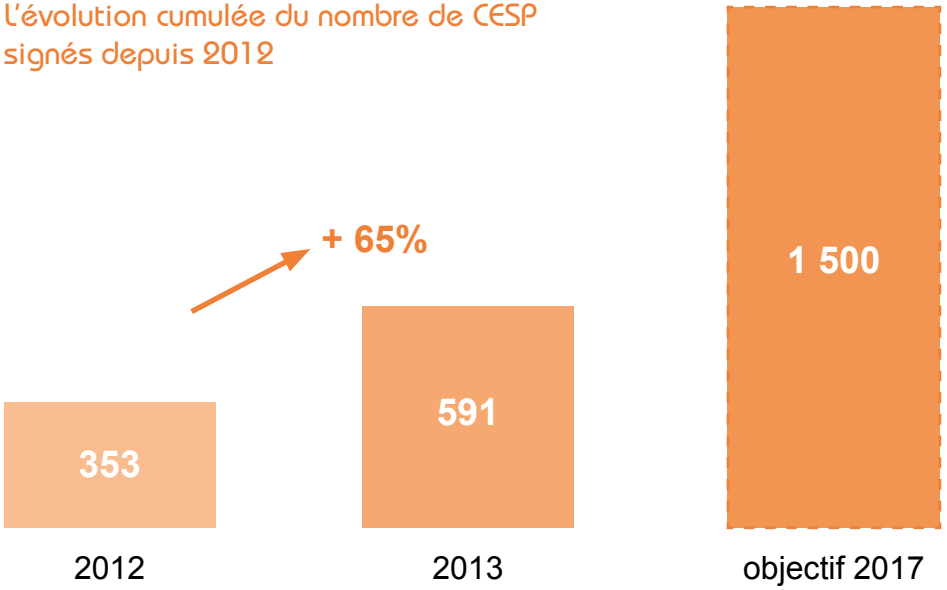
J'ai souhaité faire évoluer le dispositif existant, trop compliqué, trop restreint et trop peu connu.

Pour cela, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a assoupli le système, en simplifiant le cadre du CESP en médecine et en ouvrant les contrats aux étudiants en chirurgie dentaire.

Le nombre de CESP signés à ce jour est de 591 au total, soit déjà 40% de l'objectif cible de 1 500 CESP d'ici 2017.

« Cette bourse est plus qu'un coup de pouce : elle me permet aussi d'être accompagnée et de me projeter dans un avenir professionnel. »
(Perrine, interne en médecine)

L'évolution cumulée du nombre de CESP signés depuis 2012



source : centre national de gestion (CNG)

Pictogrammes extraits de la campagne annuelle de promotion du CESP par le ministère des affaires sociales et de la santé

Quelques exemples en région

► Des initiatives diversifiées pour promouvoir le CESP :

Alsace et Champagne-Ardenne : mise en place de permanences hebdomadaires dans les facultés de médecine pour informer les étudiants et les internes sur le dispositif.

Auvergne et Picardie : campagne de communication lors des journées de pré-rentrée, lors des choix de stage et lors du séminaire d'accueil des nouveaux internes, accompagnement individualisé des signataires.

Engagement 3 : 200 praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG)

Objectif

- Favoriser l'activité de nouveaux médecins dans les territoires manquant de professionnels de santé, en sécurisant leurs 2 premières années d'installation.

Réalisations

- Création du dispositif et ouverture de 200 contrats de PTMG dès 2013.
- 200 nouveaux contrats en 2014, soit au total 400 nouveaux médecins généralistes en 2 ans dans des zones manquant de professionnels.

Aujourd'hui, la relève de nos médecins généralistes doit être assurée grâce aux jeunes, qui font le choix de s'installer dans des territoires manquant de professionnels.

Il nous faut revivifier ces territoires : c'est le défi que nous devons relever ensemble. Pour cela, j'ai décidé d'encourager et – surtout – de sécuriser l'installation de jeunes médecins généralistes.

Ainsi, le contrat de PTMG offre aux signataires une garantie de revenus et une protection sociale améliorée en matière de congé maternité ou maladie.

Concrètement et sous réserve d'un minimum d'activité, le bénéficiaire perçoit un complément de rémunération garantissant un revenu net mensuel de 3 640€.

En contrepartie, les médecins s'engagent à exercer dans un territoire manquant de professionnels, dans le respect des tarifs remboursés par la sécurité sociale.

Le dispositif est opérationnel depuis septembre 2013. Face au succès du dispositif qui répond aux attentes des médecins nouvellement installés, 200 contrats supplémentaires seront proposés en 2014.

Quelques exemples en région

- **Une mobilisation autour du PTMG qui s'est traduite par une campagne de communication active et une adhésion importante des jeunes médecins :**

Rhône-Alpes : campagne de communication auprès des facultés de médecine, des syndicats de médecins libéraux et des unions régionales de professionnels de santé (URPS).

Aquitaine : campagne de communication auprès de tous les internes de dernière année, des médecins inscrits depuis moins d'un an et de tous les remplaçants précisant les zones déficitaires de la région.

Centre : information des conseils départementaux et des caisses primaires d'assurance maladie.

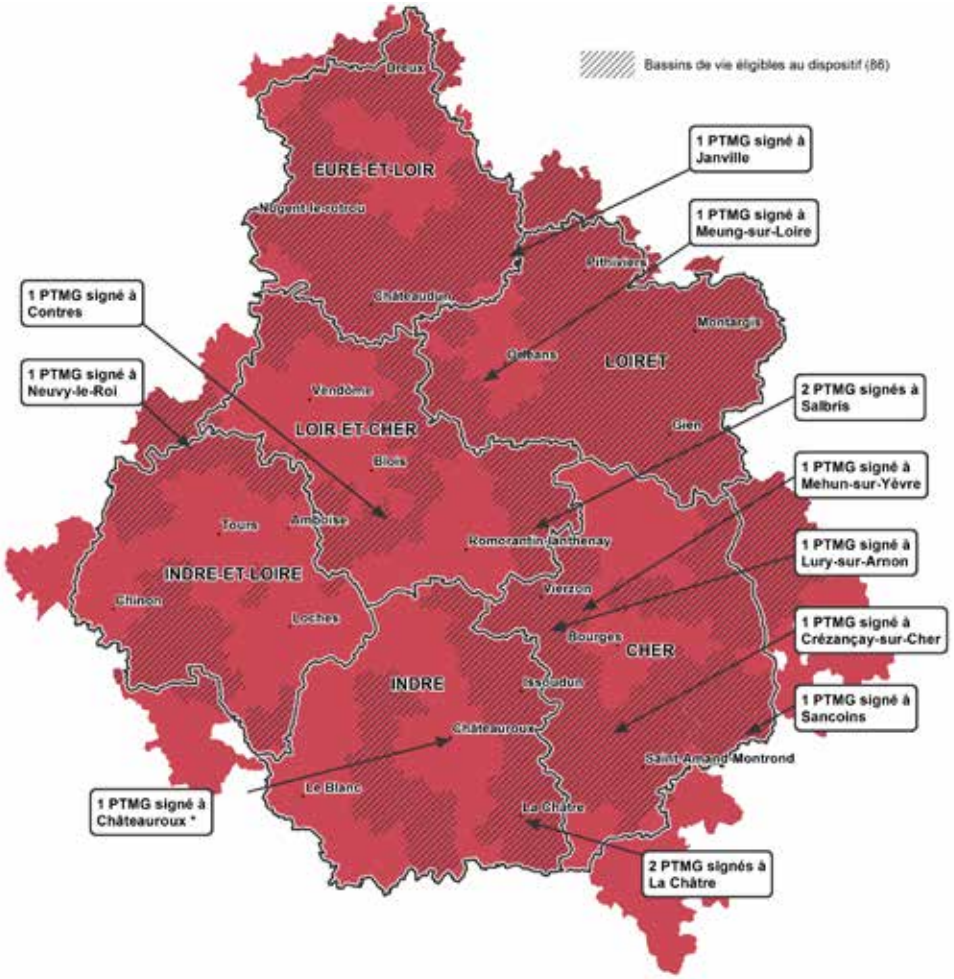
L'évolution cumulée du nombre de contrats de PTMG en 2013

Septembre 2013 : 33 PTMG

Octobre 2013 : 63 PTMG

Décembre 2013 : 180 PTMG

L'implantation des PTMG dans le Centre en 2013



* Lieu d'implantation situé en Z.U.S. (Zone Urbaine Sensible)

source : ARS du Centre

Engagement 4 : un référent installation dans chaque région

Objectif

- Simplifier l'installation des médecins en les accompagnant dans leurs démarches et en instaurant un « guichet unique » régional.

Réalisations

- Mise en place effective d'un référent installation dans chaque région.
- Renforcement de l'offre de service en ligne.

Rien ne remplace le contact humain pour informer, pour accompagner, pour convaincre. C'est pourquoi j'ai demandé la désignation dans chaque région d'un interlocuteur unique que les étudiants, internes ou professionnels, puissent appeler directement.

Mission de ces interlocuteurs privilégiés depuis janvier 2013 : aider les professionnels à s'installer, faire connaître les politiques nationales en matière de soins de proximité et en être les promoteurs.

Le temps d'une administration qui attend d'être sollicitée pour agir est révolu. Chaque jour, les référents vont au contact des professionnels en formation et en exercice, des doyens d'universités et de l'ensemble des acteurs concernés.

Au cours de cette première année de mise en œuvre du pacte, les référents installation ont été particulièrement mobilisés sur la diversification des lieux de stage, des contrats d'engagement de service public* et de praticien territorial de médecine générale*.

De manière complémentaire, une démarche a été engagée pour enrichir la qualité des informations présentées sur les plateformes régionales d'appui aux professionnels de santé (PAPS). Ces sites internet régionaux rassemblent un ensemble d'informations – jusqu'alors dispersées – sur l'installation des professionnels, leurs conditions d'exercice, leur formation...

**voir engagements 2 et 3*

« La référente de ma région a su me répondre et m'orienter pour toutes les questions que je me suis posées lors de mon installation. »
(Fabrice, jeune médecin récemment installé)

L'exemple d'une future page d'accueil régionale de PAPS

Quelques exemples en région

- **Des initiatives variées pour faciliter l'installation et l'exercice :**

Picardie : création de la page Facebook « Du stylo au stétho » dédiée à la formation, à l'installation et à l'exercice médical dans la région (plus de 650 « like »).

Ile-de-France : dans chaque département, accueil dans des permanences locales de tout étudiant, interne ou professionnel de santé porteur d'un projet d'installation.

Bretagne : programme annuel d'actions de simplification pour l'installation des médecins généralistes mené conjointement par 20 partenaires régionaux. Un dépliant spécifique a notamment été réalisé pour expliquer les démarches à suivre au moment de l'installation.

Engagement 5 : développer le travail en équipe

Objectifs

- Favoriser le regroupement des professionnels de santé pour faciliter une prise en charge complète des patients.
- Créer des conditions d'installation attractives notamment dans les territoires manquant de professionnels.

Réalisations

- Doublement du nombre de maisons de santé : 370 en 2013 contre 174 en 2012.
- 600 structures ouvertes en 2014.
- Généralisation des expérimentations actuelles sur la rémunération des équipes de professionnels de santé.

Actuellement, plus de 750 structures d'exercice collectif – 370 maisons de santé pluriprofessionnelles libérales et 380 centre de santé polyvalents* – sont recensées. Le développement des maisons de santé est particulièrement marqué : leur nombre a été doublé depuis mai 2012 et, au total, près de 600 d'entre elles devraient mailler le territoire en 2014.

Les expérimentations menées par le ministère permettent de soutenir et de financer de manière innovante le regroupement de professionnels de santé en structure d'exercice coordonné. Principaux bénéfices : le maintien de la présence médicale dans les territoires en voie de désertification, un accès facilité aux soins par l'extension des horaires d'ouverture et une qualité de prise en charge des patients améliorée.

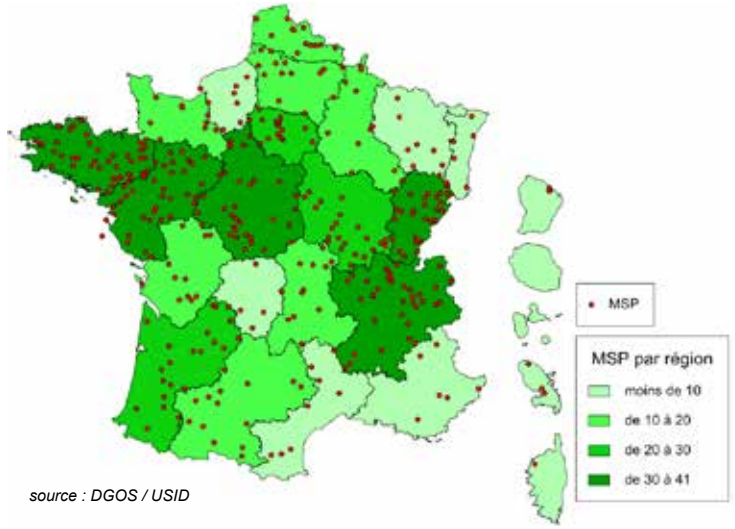
C'est en développant l'exercice collectif et pluriprofessionnel que l'on attirera les jeunes médecins. Ma stratégie est claire : je veux valoriser la coordination parce qu'elle améliore directement la qualité des soins pour nos concitoyens.

Il est normal de rémunérer un nouveau service rendu à la population : mon objectif est donc de généraliser la rémunération d'équipe. Concrètement, une négociation entre l'assurance maladie et les représentants des professionnels doit permettre de généraliser cette rémunération. Sans attendre, près de 300 structures bénéficieront dès 2014 du financement de l'assurance maladie.

**voir engagement 12*

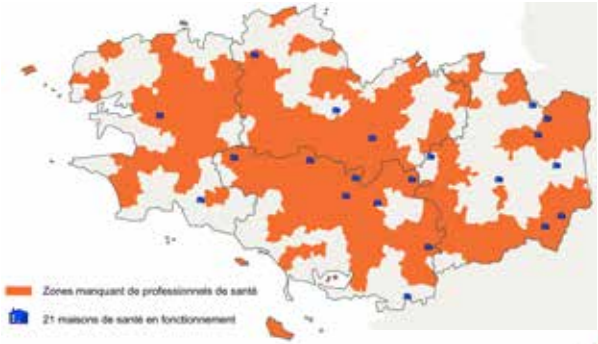
« Beaucoup d'entre nous sont d'accord : aujourd'hui, nous ne voulons plus travailler seuls. »
(Michel, médecin)

L'implantation des maisons de santé pluriprofessionnelles



source : DGOS / USID

L'évolution du nombre des maisons de santé pluriprofessionnelles en Bretagne entre 2012 et 2013



2012 : 21 maisons en fonctionnement

2013 : 43 maisons en fonctionnement et 26 en projet

source : ARS de Bretagne

Engagement 6 : rapprocher les maisons et centres de santé des universités

Objectif

► Faire émerger l'innovation au profit des soins de proximité, en décloisonnant les activités cliniques et de recherche.

Des travaux sont actuellement en cours pour rapprocher les maisons et les centres de santé des universités et, ainsi, développer le vivier de terrains de stages très formateurs pour les étudiants et les internes en médecine*. Mais aussi, pour accompagner l'essor de la filière universitaire par la création de terrains de recherche et d'enseignement pour la médecine générale, renforçant ainsi l'attractivité de l'exercice en cabinet de ville, en maison ou centre de santé.

J'ai élargi début février 2014 le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) aux soins primaires. Cela, afin de renforcer l'attractivité de la médecine de 1er recours pour des professionnels engagés dans leurs missions de soins et motivés par les enjeux de la recherche clinique.

Désormais, les maisons de santé et centres de santé pourront porter directement – et indépendamment d'un établissement hospitalier – des projets de recherche.

*voir engagement 1

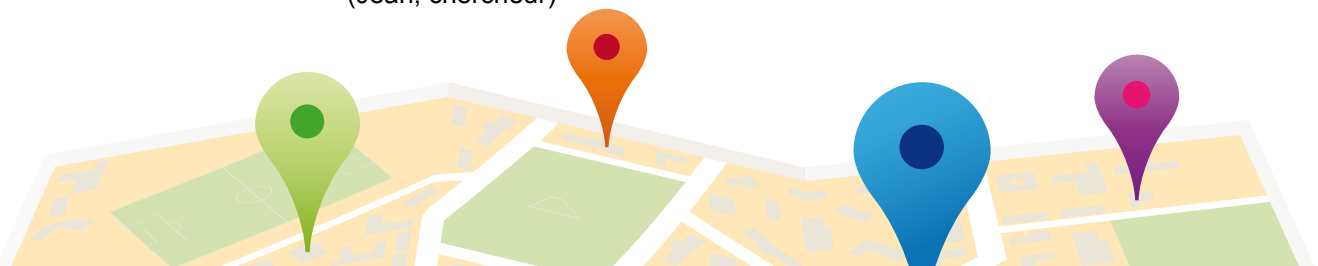
« Il n'y a pas d'un côté les hôpitaux publics où l'on forme et de l'autre les maisons de santé où l'on soigne. »
(Jean, chercheur)

Quelques exemples en région

► **Des projets de recherche hors des murs de l'hôpital :**

Rhône-Alpes : projet PRisM (Pluri-professionalité et gestion des risques par un programme multi-facettes en soins primaires) qui porte, au sein des maisons et centres de santé, sur une meilleure détection et une diminution du nombre d'événements indésirables (infections associées aux soins, erreurs médicamenteuses) dans les cabinets de ville.

Bretagne : projet « Réseau d'investigation clinique en prévention des risques pour la population générale » qui met en place une coopération entre les maîtres de stage de l'université de Brest et les médecins généralistes pour développer des démarches de recherche clinique autour de la dépression.



Engagement 7 : développer la télémédecine

Objectif

- Réduire les contraintes géographiques et démographiques en développant des formes innovantes d'organisation des soins.

Réalisations

- Impulsion et soutien au développement de la télémédecine dans le secteur hospitalier, avec par exemple des résultats prometteurs dans la prise en charge des AVC.
- Extension en 2014 de cette dynamique au secteur ambulatoire, notamment dans les cabinets médicaux et les établissements pour personnes âgées situées dans des territoires manquant de professionnels.

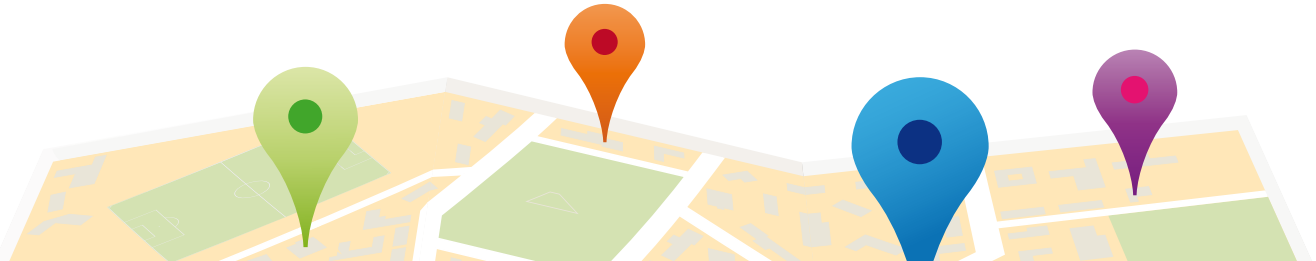
Au cours de l'année écoulée, le développement de la télémédecine s'est traduit notamment par le développement de projets pilotes pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) en phase aigüe, définie comme priorité nationale.

Trois régions (Bourgogne, Nord-Pas-de-Calais, Franche-Comté) ont ainsi mis en place des organisations permettant aux services d'urgence de prendre en charge plus de 3 500 patients par téléexpertise et téléassistance, en lien avec les unités neuro-vasculaires (UNV) d'autres établissements. Les autres régions s'engagent progressivement dans la prise en charge des AVC par télémédecine : dans la moitié d'entre elles, la télémédecine est déjà une réalité.

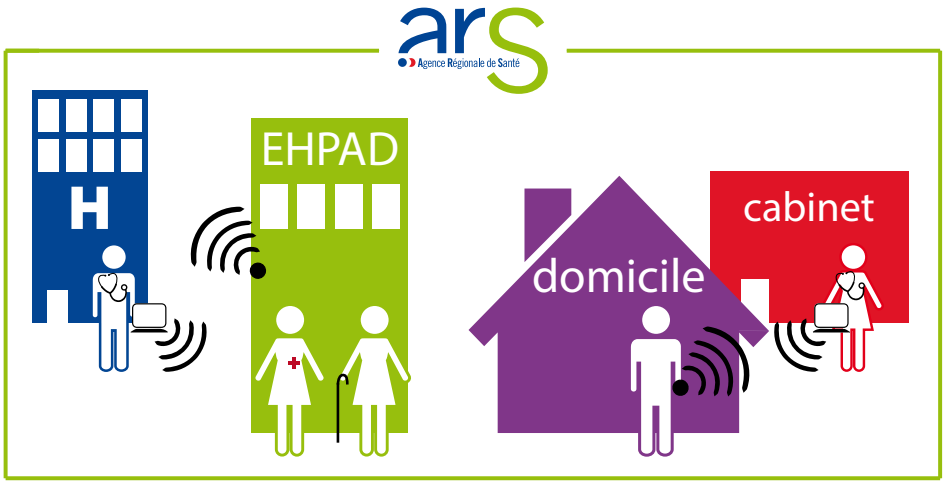
Transformer les conditions d'exercice pour améliorer la prise en charge, c'est aussi adapter sans cesse la pratique médicale aux progrès. C'est pourquoi je suis résolue à développer la télémédecine. Aujourd'hui, il n'y a plus d'obstacle technologique : il est donc temps de passer à une phase de déploiement.

C'est justement ce que permet la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, en autorisant l'expérimentation de modalités de rémunération des actes de télémédecine, réalisés au bénéfice de patients pris en charge en ville ou en structure médico-sociale.

« Il n'est pas question de remplacer les professionnels par des machines : la télémédecine est un plus. »
(Vincent, médecin hospitalier)



L'organisation de la télémédecine, au plus près des patients



Quelques exemples en région

Nord-Pas-de-Calais : prise en charge des AVC par télémédecine par une astreinte neurologique et radiologique assurée par les centres hospitaliers de Lens, de Maubeuge, d'Arras ou de Valenciennes pour les centres hospitaliers de Cambrai et de Douai.

- Les hôpitaux qui ne disposent pas d'une unité neuro-vasculaire bénéficient des ressources médicales des autres établissements du territoire Hainaut-Artois.
- Depuis le démarrage du projet, 1 500 alertes ont été gérées par le biais de 230 actes de téléassistance à la thrombolyse : ceux-ci sont réalisés en moyenne dans un délai inférieur à 1h30 après l'arrivée du patient aux urgences de son centre hospitalier d'admission.

Auvergne : télésurveillance ambulatoire de patients insuffisants cardiaques qui s'appuie sur une plateforme technologique composée d'un dossier médical partagé, d'un système de télésuivi journalier du poids des patients et d'un système d'aide à la prise en charge de ces derniers.

- CARDIAUVERGNE, service régional au service d'insuffisants cardiaques sévères dont l'état a nécessité au moins une hospitalisation, suit à ce jour une file active de 500 patients.
- Les infirmières libérales, équipées de smartphones, assurent le recueil des signes cliniques lors de leurs visites au domicile des patients. La plateforme comprend un système générant, à partir des données télétransmises, des messages d'alarme – courriels ou SMS adressés au médecin traitant – et des alertes déclenchant l'intervention rapide des professionnels de santé de proximité.

Engagement 8 : accélérer les transferts de compétences

Objectifs

- Améliorer le suivi des maladies chroniques et l'accès aux soins, en diminuant les temps d'attente des patients pour obtenir un rendez-vous.
- Créer de « nouveaux » métiers en respectant la sécurité des pratiques.
- Libérer du temps médical et permettre aux professionnels de retrouver leur cœur de métier, en développant des formes innovantes d'organisation des soins.

Réalisation

- Déploiement sur tout le territoire du protocole ASALEE mobilisant 337 médecins et 115 infirmiers autour du suivi de certaines maladies chroniques.

Tout le monde s'accorde à reconnaître les bénéfices offerts par les transferts de compétences, c'est-à-dire le fait de confier des tâches réalisées jusqu'ici par des médecins à d'autres professionnels de santé. Un exemple : faire accomplir un bilan visuel par un orthoptiste en lieu et place d'un médecin.

Directement bénéfiques aux patients en permettant notamment la diminution notable des temps d'attente à une consultation ou à un acte médical, les transferts de compétences le sont tout autant aux professionnels de santé : ils reconnaissent l'acquisition de savoir-faire nouveaux, favorisent l'échange interprofessionnel et incitent à la coordination dans les prises en charge.

« L'enjeu est avant tout de diminuer des temps d'attente parfois insupportables pour les patients. »
(Sandrine, représentante d'usagers)

Les transferts de compétences trouvent leur traduction concrète grâce à des modèles de coopération entre professionnels de santé, validés par la haute autorité de santé qui veille à la qualité et à la sécurité des pratiques.

Il est temps de faire bouger les lignes et je me réjouis de constater que cette dynamique s'amorce.

Par exemple, au niveau national, le protocole de coopération ASALEE entre infirmiers et médecins généralistes sur le dépistage des troubles tabagiques, le suivi du diabète et du risque cardiovasculaire a fait l'objet d'un financement spécifique. En décembre 2013, 337 médecins participaient à l'expérimentation pour mettre en œuvre le protocole, appuyés par 115 infirmiers. Pour 2014, une seconde vague de déploiement du protocole ASALEE est prévue.

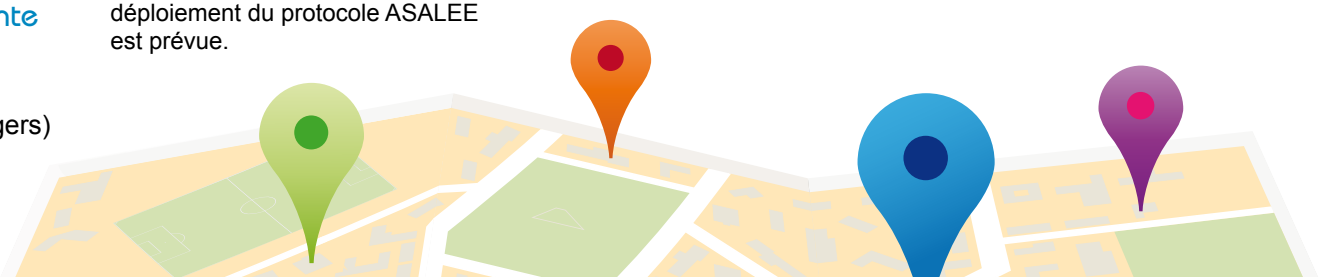
Quelques exemples en région

- **Des protocoles remarqués en médecine de ville :**

Pays-de-la-Loire : protocole permettant la réalisation de bilans visuels par un orthoptiste sans prescription préalable, en lieu et place d'un ophtalmologue pour un renouvellement de corrections optiques.

- Après examen par l'orthoptiste, un contrôle du dossier du patient par le médecin ophtalmologiste est réalisé ; celui-ci adresse ensuite l'ordonnance de renouvellement dans un délai de 8 jours.
- Ce dispositif réduit les délais de rendez-vous pour les patients ayant besoin d'un renouvellement de lunettes et améliore les délais de prise en charge par un ophtalmologiste, en permettant à ce spécialiste de se consacrer aux patients dont la santé nécessite des soins plus complexes.

Haute-Normandie : protocole sur le calendrier vaccinal – consultation, prescription et décision de vaccination par un infirmier en lieu et place du médecin – qui diminue les délais de rendez-vous des patients tout en dégageant du temps médical.



Engagement 9 :
garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015

Objectifs

- Améliorer, sur l'ensemble du territoire, la situation des 2 millions de personnes qui vivent à plus de 30 minutes d'un accès aux soins urgents.
- Former, équiper et rémunérer les médecins correspondants du SAMU (MCS).

Réalisation

- Évolution considérable du nombre de MCS - de 150 en 2012 à 650 en 2014 - pour améliorer l'accès aux soins urgents d'un million de Français.

Pour le président de la République et le gouvernement, l'accès de la population à des soins urgents – en particulier celui des 2 millions de personnes situées à plus de 30 minutes d'un accès aux soins urgents – est une priorité.

Dès l'automne 2012, un diagnostic concerté avec l'ensemble des professionnels de l'urgence et des acteurs concernés a été réalisé dans chaque région pour cibler les territoires dans lesquels une réponse médicale devait être apportée. Des plans d'actions adaptés aux spécificités de chaque territoire ont été bâtis par les agences régionales de santé (ARS) au cours du premier semestre 2013.

J'ai souhaité la mise en place prioritaire des médecins correspondants du SAMU (MCS). Ces médecins – volontaires – sont formés à l'urgence et interviennent en avant-poste des services médicaux d'urgence et de réanimation (SMUR), sur demande de la régulation médicale et des services d'aide médicale urgente (SAMU).

Une véritable dynamique s'est créée autour des fonctions de MCS : celles-ci séduisent les jeunes médecins avec des conditions d'exercice sécurisées, une formation adaptée et attractive grâce au lien accru avec l'hôpital et le SAMU ainsi qu'un accompagnement juridique et financier.

Les MCS interviennent dans des territoires où le délai d'accès à des soins urgents était supérieur à 30 minutes : elles constituent un gain de temps et de chance considérable pour les patients.

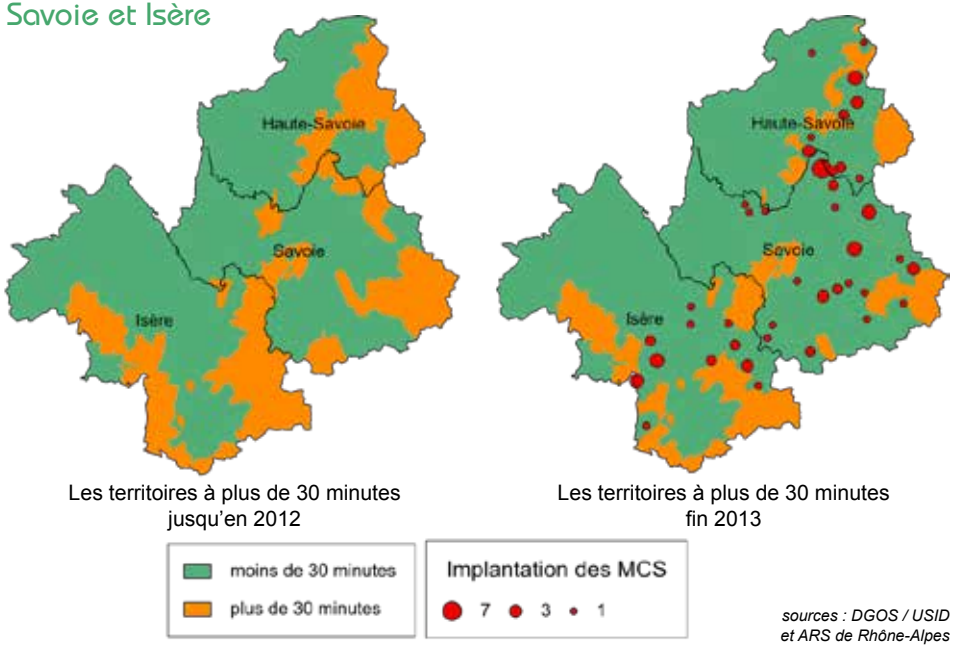
Quelques exemples en région

- **Des démarches pour réduire le temps d'accès aux soins urgents et mettre en place des médecin correspondants du SAMU :**

Rhône-Alpes : plan d'actions pour une meilleure reconnaissance des MCS par l'augmentation des matériels et équipements attribués et l'amélioration de leur formation et de leur indemnisation.

Centre et Limousin : mobilisation du SMUR et du réseau des MCS du département le plus proche du lieu d'intervention et/ou le plus rapidement disponible, en décloisonnant les frontières de l'organisation administrative. Concrètement, un médecin correspondant du SAMU peut intervenir dans un département limitrophe.

L'impact des médecins correspondants du SAMU en Savoie, Haute-Savoie et Isère



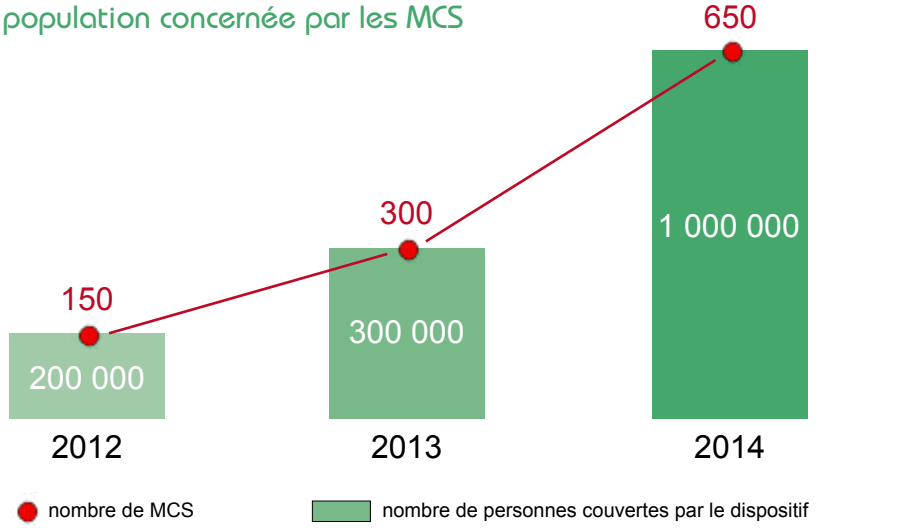
Les territoires à plus de 30 minutes jusqu'en 2012

Les territoires à plus de 30 minutes fin 2013

sources : DGOS / USID et ARS de Rhône-Alpes

« En tant que médecin correspondant du SAMU, je suis formée, équipée, rémunérée, en totale confiance avec mon SMUR. »
(Nathalie, médecin)

La population concernée par les MCS



source : DGOS

Engagement 10 : permettre aux praticiens hospitaliers et salariés d'appuyer les structures ambulatoires

Objectifs

- Répondre aux besoins de la population en développant le partenariat entre la ville et l'hôpital.
- Créer des conditions d'installation attractives, notamment dans les territoires manquant de professionnels.

J'en suis convaincue : c'est aussi en rendant possible la collaboration entre professionnels d'un même territoire que nous ferons reculer les déserts médicaux.

C'est la raison pour laquelle j'ai pris cet engagement, qui s'inscrit en complément du dispositif de praticien territorial de médecine générale*.

Des actions existent déjà sur le terrain. C'est notamment le cas entre la maison de santé d'Argenton-sur-Creuse et le centre hospitalier de Châteauroux, dont le partenariat a permis de mettre en place des consultations de spécialistes.

Je veux aller plus loin et rendre moins étanches les frontières entre la ville et l'hôpital : cela, en diversifiant les conditions d'exercice des médecins hospitaliers et salariés pour leur permettre d'exercer une activité ambulatoire tout en conservant leur statut d'origine.

**voir engagement 3*

Un exemple en région

- **Un dispositif précurseur pour renforcer l'offre médicale de proximité :**

Rhône-Alpes : mise à disposition d'un praticien de l'hôpital de Roanne pour pallier temporairement une difficulté de recrutement dans une maison de santé à Régny, territoire manquant de professionnels de santé.

« Je suis prêt à tenter l'expérience pour faire face à la démédicalisation de mon territoire de santé. »
(Aurélien, praticien hospitalier)

Engagement 11 : adapter les hôpitaux de proximité et responsabiliser les CHR

Objectifs

- Répondre aux besoins de la population en rénovant les modes d'organisation et les partenariats entre les établissements de santé.
- Maintenir des structures de soins dans des territoires isolés.

Les hôpitaux de proximité jouent un rôle essentiel dans nos territoires. Je veux soutenir les hôpitaux de proximité et lever les obstacles juridiques et financiers qu'ils rencontrent : c'est ainsi qu'ils pourront mieux coopérer avec la médecine de ville. De la même manière, les hôpitaux régionaux ou universitaires doivent remplir une véritable mission de coordination sur leur territoire. Par ailleurs, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 permet le maintien, dans des territoires isolés et grâce à un financement adéquat, d'établissements de santé dont l'activité de soins est essentielle à la population.

Enfin, des travaux sur la mise en place d'équipes de territoires sont également menés permettant d'organiser, sur un même territoire, une coopération entre hôpitaux voisins. Nous le savons : une équipe commune de médecins travaillant sur 2 établissements permet de mieux répartir les ressources, de renforcer le niveau de compétences, d'améliorer l'attractivité des métiers, en particulier pour les sites à plus faible activité.

Quelques exemples en région

- **Une réorganisation volontariste de l'offre de soins en région :**

Centre : création d'un pôle de territoire entre les hôpitaux de Châteauroux et du Blanc qui regroupe, sous la coordination d'un médecin référent, les personnels médicaux et paramédicaux exerçant leur activité dans les unités d'urgence des 2 sites, sur la base d'un planning unique, de formations, de procédures et de protocoles de prise en charge communs.

Midi-Pyrénées : dispositif similaire entre les hôpitaux de Montauban et de Moissac.

« Tous les acteurs – y compris les élus – partagent la responsabilité de l'état de santé de la population. »
(France, élue locale)

Engagement 12 : conforter les centres de santé

Objectifs

- Favoriser le regroupement des professionnels de santé pour faciliter une prise en charge complète des patients et créer des conditions d'installation attractives.
- Diversifier les conditions d'exercice en proposant le salariat.
- Conforter le fonctionnement des centres de santé, en particulier ceux qui excercent une activité dans des zones rurales ou péri-urbaines.

Réalisation

- Généralisation des expérimentations actuelles sur la rémunération collective des équipes de professionnels de santé.

La médecine libérale est un pilier de notre modèle de santé. Pour autant, des alternatives sont nécessaires pour répondre à l'ensemble des attentes des patients. J'ai la conviction que les centres de santé sont l'une des réponses possibles. C'est pourquoi j'ai lancé une mission de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) pour reconsidérer leur place dans l'offre de soins et leur financement.

L'IGAS a remis son rapport en juillet 2013 : celui-ci met en évidence l'utilité des centres dans l'offre de soins et la nécessité d'adapter leurs modalités de rémunération, en lien avec les travaux engagés sur celles des équipes pluriprofessionnelles.

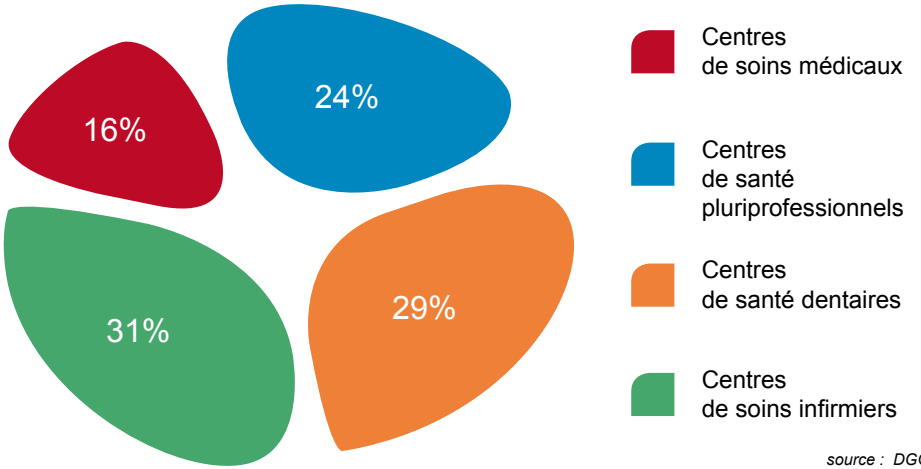
Un groupe dit de « concertation nationale », cadre d'échange régulier entre les représentants des centres de santé – gestionnaires et professionnels – et le ministère a été mis en place.

Objectif : déployer les actions confortant la place des centres dans l'offre de soins – participation à la permanence des soins, formation des étudiants, par exemple – et lever les obstacles réglementaires éventuels.

Par ailleurs, la rémunération d'équipe – qui concerne directement les centres de santé – doit désormais être déployée rapidement sur tout le territoire, afin d'encourager la dynamique de développement de ces structures d'exercice coordonné. Pour ce faire, une négociation avec l'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé et des centres de santé doit permettre en 2014 de généraliser la rémunération d'équipe*.

*voir engagement 5

La répartition des centres selon leur activité



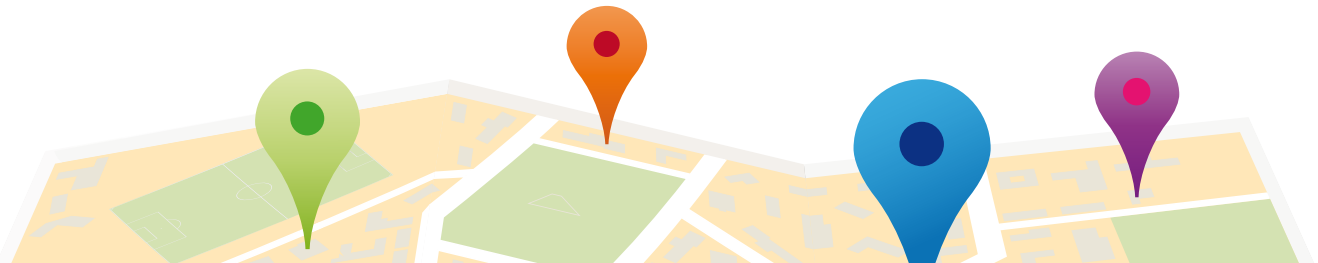
source : DGOS

Un exemple en région

► **Un projet favorisant les soins de 1er recours :**

Pays-de-la-Loire : ouverture en 2012 du centre municipal de Connerre où exercent 2 médecins généralistes et un chirurgien-dentiste, qui devraient être rejoints par d'autres spécialistes en 2014, permettant ainsi au bassin de vie d'environ 9 000 habitants – dont un quart est âgé de plus de 70 ans – de bénéficier d'une offre de soins croissante.

« Grâce au tiers-payant, les centres de santé trouvent toute leur pertinence dans les zones défavorisés. »
(Stéphane, médecin de centre de santé)



pacte territoire santé

www.sante.gouv.fr/pts

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

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

Réalisation : DGOS / DSS / SG - Maquettage : DGOS - Crédits photographiques : Claire Garate, Jacky-D. Frénoy, Geoffroy Lasne, Thinkstock, Agence France-Presse