



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



# Point d'avancement du plan – juillet 2018





## Le développement des stages ambulatoires

Les stages constituent un levier essentiel pour faire découvrir aux étudiants et aux internes les réalités des territoires sous-dotés ainsi que la richesse des modes d'exercice ambulatoire. Le plan d'accès aux soins ambitionne de développer les stages en ambulatoire, un objectif cohérent avec la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle des études de médecine, en agissant simultanément sur 2 volets : le recrutement de maîtres de stage et la levée des freins matériels et financiers que peuvent rencontrer les étudiants et les internes.

MESURE	ETAT D'AVANCEMENT
<b>Valoriser financièrement l'engagement des maîtres de stage dans les zones sous-denses</b>	<p>Le contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM), qui compte déjà près de 700 signataires, a permis de revaloriser financièrement la maîtrise de stage en zone sous-dense, en portant la rémunération mensuelle de 600 à 900€.</p> <p>Dans le cadre du forfait structure le fait d'occuper une fonction de maître de stage est également valorisée et ce pour l'ensemble des médecins libéraux installés sur le territoire : valorisation de 210 euros par an pour l'année 2018 et à partir de 2019 de 350 euros par an.</p> <p>Enfin dans le cadre d'un exercice en maison de santé pluri-professionnelle (MSP) ayant souscrit à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) (envoi vers la fiche ACI) la MSP peut percevoir une rémunération à hauteur de 3150 euros par an pour l'accueil d'au moins 2 stagiaires.</p>
<b>Simplifier la formation des maîtres de stage</b>	<p>Un travail a été engagé avec l'ensemble des acteurs universitaires et les représentants des professionnels de santé autour des solutions qui permettraient de faciliter l'accès à la maîtrise de stage pour les professionnels de santé exerçant en zone sous-dense.</p>
<b>Promouvoir la maîtrise de stage auprès des professionnels dans les zones sous-denses</b>	<p>Les ARS pilotent des démarches de proximité pour convaincre les médecins libéraux d'accueillir des stagiaires. Elles s'appuient parfois sur des professionnels dédiés, à l'instar de l'attaché territorial de médecine générale rattaché à l'université de Rennes.</p> <p>Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, on dénombrait plus de 9 400 maîtres de stage universitaires en médecine générale, un chiffre en hausse par rapport en 2017, le nombre de maîtres de stage universitaires encadrant des étudiants en stage ambulatoire en autonomie supervisée enregistrant une croissance particulièrement forte (+ 17% en un an).</p>
<b>Lever les freins financiers à la réalisation de stages en zones sous-denses</b>	<p>Le décret créant 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, vient d'être publié. Il entrera en vigueur en novembre 2018 et permettra de prendre en compte les frais occasionnés en matière de transports et/ou d'hébergement.</p>
<b>Lever les freins matériels à la réalisation de stages en zones sous denses</b>	<p>Les collectivités territoriales (dont de nombreux conseils départementaux comme celui des Ardennes, de Dordogne, du Loir-et-Cher) sont mobilisées pour faciliter l'accueil matériel des internes, que ce soit par le versement d'allocations ou la conception de lieux de vie collectifs, à l'instar de la dizaine d'internats ruraux existants et des nombreux projets de « maisons des internes ».</p>

Chantier  
2

## Développer l'exercice coordonné

La structuration des équipes pluri-professionnelles contribue à une plus grande attractivité de l'exercice ambulatoire dans les territoires fragiles: les travaux de l'IRDES ont mis en évidence l'efficacité de ce type d'organisation. Elle permet également d'améliorer les pratiques et les prises en charge et donc la qualité des soins, en particulier pour les patients atteints de maladies chroniques.

Le plan entend poursuivre le développement des structures d'exercice coordonné. Grâce à leur taille, leur capacité organisationnelle et leur pluridisciplinarité, elles constituent en effet un point d'ancrage pour le développement de la télémédecine, des protocoles d'exercice pluri-professionnel, le renforcement des politiques de prévention dans les territoires, l'amélioration des pratiques et la prévention des risques liés aux soins et, enfin, la réponse aux soins non programmés. Le plan promeut également la diversification des formes d'exercice coordonné afin d'offrir aux professionnels de santé des solutions et des outils plus souples pour travailler ensemble à l'échelle d'un territoire.

MESURE	ETAT D'AVANCEMENT
<b><i>Doubler le nombre de maisons de santé pluri-professionnelles d'ici à 2022</i></b>	<p>La plupart des ARS ont défini des stratégies concertées pour le développement de maisons de santé (cahier des charges, cartographie des territoires prioritaires) afin de cibler au mieux leurs efforts et leurs moyens d'accompagnement des porteurs de projet. Plusieurs ont par ailleurs formalisé des politiques spécifiques de soutien aux centres de santé.</p> <p>Une enveloppe FIR dédiée (10 M€) a été mise à disposition des ARS pour leur permettre d'accompagner les porteurs de projets. Cela doit permettre dans certaines régions la constitution d'une force d'accompagnement par les pairs, mobilisant l'expertise d'acteurs locaux tels que les URPS et les fédérations régionales des maisons de santé.</p>
<b><i>Faire monter en qualité les projets d'exercice coordonné</i></b>	<p>La possibilité pour les maisons et les centres 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 en contrepartie d'engagements sur l'accessibilité des soins, notamment. En 2018, ce sont plus de 35 millions d'€ qui ont été versés aux maisons de santé à ce titre, un chiffre en hausse de 97% sur un an. Le nombre de structures adhérentes (538 fin 2017) a augmenté de 24%, le nombre de patients concernés (2,87 millions) de 27% et le nombre de professionnels de santé (9 372) de 31%. Depuis début 2018, 62 nouvelles adhésions ont été enregistrées ce qui porte à près de 600 le nombre de MSP ayant souscrit au contrat ACI.</p> <p>L'expérimentation du paiement en équipe des professionnels de santé (PEPS), actuellement en cours d'élaboration dans le cadre du dispositif de l'article 51 de la LFSS pour 2018, permettra également de développer de nouveaux modes de rémunération incitatifs pour l'exercice coordonné. L'appel à manifestation d'intérêt a été publié en mai sur le site du ministère.</p>
<b><i>Déployer les nouveaux modes d'exercice coordonné</i></b>	<p>L'IGAS a proposé des objectifs et une stratégie pour le déploiement des CPTS. On dénombre d'ores et déjà près de 180 projets en région, qui permettent de structurer l'action des professionnels libéraux autour d'une responsabilité populationnelle commune. En Centre-Val-de-Loire, toute la région a été maillée sous forme de CPTS à l'initiative de la fédération des URPS soutenue par l'ARS. Des initiatives analogues sont en cours dans 7 autres régions. Un des points communs aux projets des différentes CPTS est d'améliorer l'accès aux soins en relayant des mesures du plan : garantie de médecin traitant, projets d'installation développement de l'exercice coordonné, consultations avancées, accueil des stagiaires et des internes, projets de télémédecine.</p> <p>Parallèlement, les équipes de soins primaires se développent rapidement dans certains territoires, notamment en Bretagne et en Pays-de-la-Loire, où l'on recense une vingtaine de projets.</p>

Chantier  
3

## Accompagner la révolution numérique en santé

Le numérique présente des opportunités majeures pour la politique d'accès aux soins. D'une part, il permet d'abolir les distances en proposant des consultations ou des expertises médicales en ligne à tous les patients quelle que soit leur condition physique, sociale ou géographique. D'autre part, il peut faciliter les échanges d'information et donc la coordination entre professionnels de santé autour de la prise en charge d'un patient : l'enjeu est de développer pour cela des services numériques intégrés, sécurisés et facilement accessibles par les professionnels.

MESURE	ETAT D'AVANCEMENT
<b>Inscrire la télémédecine dans le droit commun</b>	Les négociations conventionnelles relatives à la prise en charge des actes de télémédecine se sont achevées le 15 juin par la signature de l'avenant à la convention médicale par les 5 syndicats représentatifs des médecins libéraux. L'entrée en vigueur dès septembre de la téléconsultation permettra faciliter l'accès aux soins notamment dans les zones sous-denses. L'e projet d'avenant conventionnel prévoit la possibilité de déroger aux règles parcours de soins (condition d'adressage par le médecin traitant ; condition de connaissance préalable par le médecin consulté) lorsque la téléconsultation s'effectue dans le cadre d'organisations territoriales telles que par exemple les MSP, CPTS ou centres de santé. Cela constitue une réponse aux difficultés que rencontrent certains patients pour trouver un médecin traitant dans les zones sous-denses. La télé-expertise entrera en vigueur dès 2019 notamment dans les zones sous-denses, avant une généralisation à l'ensemble des patients à partir de 2020.
<b>Equiper les zones sous-denses de matériel de téléconsultation</b>	Le principal enjeu des mois à venir est celui d'accompagner et d'équiper les professionnels de santé. L'assurance maladie adaptera en 2019 son forfait structure pour soutenir financièrement l'équipement par les professionnels de santé. Les projets d'équipement plus structurants à l'échelle d'un territoire – au bénéfice de structures d'exercice coordonné, d'officines de pharmacie ou d'hôpitaux de proximité - seront soutenus financièrement par les ARS et, s'agissant des EHPAD, par le fond de transformation de l'action publique.
<b>Faire émerger les territoires digitaux</b>	Le programme e-parcours s'apprête à amplifier le précédent programme, Territoire de soins numérique. Il s'appuiera sur le déploiement de « services numériques de coordination et d'appui à la coordination des soins » (SNACs) qui facilitent les échanges et l'organisation des professionnels sur un territoire : par exemple, un outil de chat sécurisé pour l'échange d'informations (données, images...) en temps réel et en mobilité entre l'ensemble des professionnels intervenant auprès d'un patient. Cet outil, permettra ainsi à un médecin généraliste d'optimiser ses visites médicales en lui donnant toutes les informations utiles à leur priorisation ainsi qu'à la bonne consultation et prise en charge de ses patients.  Du côté dossier médical partagé, celui-ci est aujourd'hui déployé par l'assurance maladie dans 9 départements expérimentateurs, avant une généralisation prévue en octobre prochain. Ce déploiement s'appuie sur la mobilisation des infirmiers libéraux, des pharmaciens et des équipes administratives des CPAM pour la création en masse de DMP et leur alimentation systématique en données médicales. Les professionnels de santé libéraux sont accompagnés par les CPAM et peuvent s'équiper en logiciels métiers compatibles grâce au forfait structure de l'assurance maladie. .

**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 le tout-installation des médecins à une logique de juste 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 des praticiens exerçant dans d'autres territoires. Le plan cherche donc à lever les rigidités juridiques, statutaires ou financières pour favoriser les modes d'exercice mixtes et géographiquement mobiles.

<b>MESURE</b>	<b>ETAT D'AVANCEMENT</b>
<p><b>Valoriser financièrement le cumul emploi retraite</b></p>	<p>Le cumul emploi retraite constitue un levier important pour maintenir une présence médicale dans certains territoires. Depuis un arrêté adopté au mois de février, les médecins bénéficiant du cumul emploi retraite dans les zones sous-denses sont exonérés de cotisations de prestation complémentaire vieillesse (PCV) tant que leurs revenus annuels d'activité sont inférieurs à 40 000 € (contre 11 500 € auparavant). On recense un nombre important d'initiatives en région s'appuyant pour tout ou partie sur des médecins retraités : par exemple dans l'Orne et la Manche pour assurer des consultations de soins non programmés ou dans le Doubs avec le « cabinet éphémère » de Pontatier. cabinet de médecins retraités en Mayenne).</p>
<p><b>Développer les consultations avancées et l'exercice multi-site</b></p>	<p>L'exercice multi-site des professionnels libéraux est soumis à autorisation ordinaire. Le conseil national de l'ordre des médecins a réitéré récemment sa volonté de le faciliter, spécialement dans les zones sous-denses. L'avenant n°6 à la convention médicale, adopté en juin 2018, revalorise par ailleurs le CSTM : début 2019, les consultations multi-site réalisées dans une zone sous-denses verront leurs honoraires bonifiés de 25% (contre 10% actuellement). Les consultations avancées reposent quant à elles sur la mobilisation de ressources humaines hospitalières. Certaines ARS sont particulièrement pro-actives quant au déploiement de ce type de solutions. En Nouvelle Aquitaine par exemple, une cartographie de l'offre existante et des besoins par spécialité et par site a été réalisée : elle constitue aujourd'hui la feuille de route des délégations départementales de l'ARS.</p>
<p><b>Créer 300 postes d'assistants partagés ville/ hôpital</b></p>	<p>Les postes d'assistants partagés ville / hôpital visent à permettre à de jeunes médecins de développer un exercice mixte, partagé entre une structure hospitalière et une structure ambulatoire (maison et centre de santé, cabinet libéral notamment). Cela doit leur permettre, alors qu'ils débutent leur carrière, d'appréhender les diverses formes d'exercice sous un angle différent de celui connu au cours de leurs études et dans un cadre sécurisant. Mais surtout,, d'encourager leur installation et de renforcer le lien ville-hôpital. Pour cette première année, 100 postes d'assistants à temps partagé entre structures ambulatoires et établissements de santé seront financés pour 2 ans. Les effectifs seront portés à 300 l'année prochaine.</p>
<p><b>Faciliter le recours au contrat de médecin adjoint</b></p>	<p>Les étudiants en médecine ayant validé leur 2<sup>ème</sup> cycle d'études et titulaires d'une licence de remplacement peuvent être autorisés, sous certaines conditions, à exercer comme adjoint d'un autre médecin. Cette solution permet de renforcer la présence médicale dans les zones sous-denses et de faire connaître aux futurs médecins de nouveaux territoires dans lesquels ils sont susceptibles par la suite de s'installer. Une disposition législative est prévue pour faciliter le recours à ce dispositif. La circulaire d'application offre déjà une certaine souplesse dans l'interprétation de la notion « d'afflux saisonnier », de sorte que la mesure est déjà déployée dans plusieurs régions (Hauts-de-France, Grand-Est, Centre-Val-de-Loire ...) avec l'accord des conseils</p>

départementaux de l'ordre des médecins et des préfetures. L'évolution de ce dispositif est prévue mais nécessite un vecteur législatif.

***Favoriser les remplacements et l'exercice mixte***

La simplification des démarches administratives des médecins notamment concernant l'affiliation constitue un levier essentiel pour favoriser les remplacements et l'exercice mixte. L'article 25 de la LFSS 2018 a supprimé la clause de 30 jours requise pour pouvoir s'affilier au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) et facilite ainsi l'exercice en tant que remplaçant des étudiants en médecine. Cette mesure simplifie la découverte du remplacement en exercice libéral pour les étudiants qui ont une activité libérale nécessairement fractionnée. De nouvelles mesures de simplification seront proposées à l'occasion du PLFSS 2019.

***Garantir l'accès de tous à des soins non programmés***

En mai dernier, le député Thomas Mesnier a rendu à Agnès Buzyn son rapport sur les soins non programmés. Celui-ci dresse un diagnostic de la situation et ouvre le débat quant aux solutions susceptibles d'être mises en œuvre. Il propose notamment de faire à moyen terme des CPTS le cadre d'organisation des soins non programmés sur un territoire.

**Chantier  
5**

**Favoriser les coopérations interprofessionnelles et les délégations de tâches**

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 prise en charge dans les zones sous-dotées en médecins. Certaines mesures décidées dans le cadre de la stratégie nationale de santé vont dans ce sens, notamment la généralisation de la vaccination anti-grippale par les pharmaciens. Le rôle des infirmiers est également central et le plan tend à le développer au travers du dispositif ASALEE et de la mise en place de la pratique avancée.

**MESURE**

***Accélérer le circuit de validation et de financement pour les protocoles de coopération***

**ETAT D'AVANCEMENT**

Les protocoles de coopération permettent la délégation d'actes aux auxiliaires médicaux. L'article 55 de la LFSS pour 2018 permet désormais leur examen et leur validation accélérée dans un délai de 6 mois par la HAS et le collège des financeurs, dès lors qu'ils s'inscrivent dans une thématique prioritaire. Les priorités en question ont été définies par arrêté en janvier dernier : plusieurs protocoles sont d'ores et déjà à l'étude dans ce cadre.

***Pérennisation du financement des protocoles de coopération suivant une procédure d'inscription allégée à la nomenclature de droit commun***

Deux protocoles permettant le bilan visuel par un orthoptiste pour le renouvellement et/ou l'adaptation des corrections optiques chez l'adulte de 16 à 50 ans et chez l'enfant de 6 à 15 ans ont bénéficié de cette procédure lors de la réunion du collège des financeurs du 5 janvier 2018. La décision d'inscription de ce premier acte réalisé en équipe sera publiée avant le 15 juillet.

En effet, les premiers éléments du déploiement de ces protocoles sont très encourageants :

- 2018 : 13 160 actes (au 16/04/2018)
- 2017 : 40 927 actes
- 2016 : 21 283 actes
- 2015 : 1 702 actes

***Pérenniser et développer ASALEE***

Le dispositif ASALEE (Action de santé libérale en équipe), qui permet la délégation de tâche vers des infirmiers pour la prise en charge des maladies chroniques en ambulatoire, a vu son financement pérennisé et ses effectifs augmentés de 100 ETP (soit 367 au total), dont le recrutement a été orienté prioritairement vers les zones sous-denses. Au 31 juin, un mois et demi seulement après la signature de l'avenant 1 à la convention « ASALEE », 70 ETP (soit 115 infirmiers) ont déjà été recrutés. Ces infirmiers ASALEE permettent de dégager du temps médical et d'améliorer la prise en charge de certaines pathologies chroniques comme le diabète.

***Déployer l'exercice infirmier en pratiques avancées***

Les textes relatifs aux conditions de formation, d'exercice et de rémunération des infirmiers en pratique avancée (IPA) sont en cours de publication. Cela permettra une entrée de la première promotion en formation de niveau master en septembre 2018 et donc l'entrée en activité de 500 IPA en 2020, de 1 200 en 2021 et de près de 2 000 en 2022. Des moyens du FIR seront mobilisés dès 2018 pour accompagner financièrement la reprise d'études par les infirmiers exerçant en libéral, à condition de formaliser un projet d'exercice en équipe de soins coordonnés.



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

MESURE	ETAT D'AVANCEMENT
<b><i>Créer un guichet unique d'information, d'orientation et d'accompagnement des professionnels de santé</i></b>	Les réseaux ARS et assurance maladie ont reçu pour instruction de créer dans chaque région un guichet unique. Un front office commun ARS/assurance maladie est opérationnel dans toutes les régions depuis le mois de juin. Une seconde étape interviendra en décembre avec l'extension à un cercle plus large de partenaires (Ordres, URPS, URSSAF, MSA, etc.)