

PRIORITÉ N°1

Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue

1 Aider à l'installation et à l'exercice des médecins dans les zones en tension

Le nouveau zonage qui interviendra en novembre prochain procédera à un élargissement sensible des zones éligibles à ces aides incitatives puisque la population couverte passera de 7 % à 18 %, soit plus qu'un doublement. Les ARS adapteront au mieux ce zonage en fonction des spécificités du territoire.

200 millions d'euros sur 5 ans d'aides conventionnelles sont prévues pour aider à l'installation en zone sous-dense.

De nouvelles aides conventionnelles destinées à favoriser l'installation de médecins dans les zones sous-denses ont été introduites dans la dernière convention médicale qui est entrée en vigueur en 2017. Elles prévoient notamment 50 000 euros sur 3 ans pour l'installation d'un médecin. La mise en œuvre de ces aides suppose cependant la publication d'un nouveau zonage des territoires en tension, applicable aux médecins.

Publier l'arrêté zonage pour les médecins généralistes : il s'agit de mieux identifier le nombre de territoires en zone sous-dense.

Lancer les travaux sur la définition d'un zonage adapté aux autres spécialités en tension (ophtalmologistes, gynécologues, dermatologues, pédiatres...).

Les travaux débuteront en 2018 pour élargir le zonage à d'autres spécialités, afin de favoriser l'articulation entre soins primaires et spécialistes de recours, ainsi que les autres professions de santé : kinésithérapeute, IDEL (infirmier diplômé d'État libéral), orthophonistes, sages-femmes, dentistes etc.

2 Faciliter le cumul emploi/retraite des médecins libéraux pour maintenir des médecins sur le territoire

Parmi les 70 257 médecins retraités inscrits au tableau de l'Ordre, 26%, soit 18 267 médecins d'entre eux, ont fait le choix de continuer d'exercer la médecine et de bénéficier du cumul emploi retraite. Ils seront probablement presque 35 000 en 2025.*

Le plafond de revenu annuel en-deçà duquel les médecins peuvent demander à être dispensés de cotiser au régime Prestation Complémentaire Vieillesse (PCV) des cotisations sera relevé de 11 500 euros à 40 000 euros dans les zones en tension.

*Atlas de l'ordre des médecins 2016

— Cela permet à un médecin en exercice de pratiquer à temps partiel dans une zone sous-dense.

— L'action de l'Ordre des médecins, chargée d'autoriser les activités multisites, maillons essentiels du maillage territorial, sera facilitée. Elle accompagnera les pouvoirs publics en simplifiant les procédures et encadrera les possibilités d'appel des décisions.

3 Développer les consultations avancées

Renforcer l'offre de soins des médecins généralistes et des autres spécialistes déjà installés, selon des modalités dont chaque acteur peut convenir librement, en fonction des besoins des territoires.

Une valorisation des contrats conventionnels dans le cadre des zones sous-denses, dont le contrat de solidarité Territoriale Médecin (CSTM), visant à inciter à la réalisation de consultations avancées en zone sous-dotée. L'aide à l'activité correspondant à 10 % des honoraires tirés de l'activité conventionnée réalisée dans le cadre du contrat au sein des zones fragiles, dans la limite d'un plafond de 20 000 € par an, sera valorisée à hauteur de 25%.

Exemple : un patient doit faire un examen cardiaque de contrôle. Il peut prendre rendez-vous au sein de sa maison de santé habituelle, dans laquelle un cardiologue hospitalier réalise des consultations une journée par semaine. Il n'a ainsi pas besoin de se déplacer à l'hôpital pour cette première consultation ni pour son suivi. En cas de nécessité, le cardiologue pourra en revanche facilement organiser sa prise en charge à l'hôpital, dans le service où il travaille.

4 Créer des postes « d'assistants partagés » entre la ville et l'hôpital

— Dès 2018, 300 postes « d'assistants partagés » dédiés aux zones sous-denses seront créés.

— Il existe déjà des postes d'assistants généralistes partagés entre hôpitaux publics. Ce nouveau contrat, signé entre le médecin, l'hôpital et l'ARS, se fera non plus uniquement entre hôpitaux, mais entre un hôpital et une structure libérale ambulatoire (ou centre de santé).

— Cela concerne aussi bien les médecins généralistes que les spécialistes.

Permettre à tous les jeunes médecins diplômés un exercice partagé entre une structure hospitalière et une structure ambulatoire en zone sous-dense. Ces postes feront l'objet d'un travail conjoint entre l'ARS, l'hôpital, les collectivités locales et l'URPS.

5 Généraliser le contrat de médecin adjoint

Permettre aux jeunes médecins d'apporter un appui temporaire aux médecins exerçant en zone sous-dense. Actuellement, c'est un contrat qui permet à des internes d'exercer en zones à fort afflux touristique ou en cas d'épidémie.

— En pratique, ce statut s'applique généralement dans les zones à fortes variations saisonnières de la population ET lorsqu'un médecin est déjà en place : un médecin adjoint peut venir renforcer son confrère pour faire face à l'afflux d'activité, de façon temporaire. Ce statut est accordé par la préfecture, lorsque les conditions sont remplies. Il se développe de plus en plus dans les zones considérées comme sous-denses, mais de façon ponctuelle. Il s'agit aujourd'hui de le généraliser aux zones sous-denses.

6 Favoriser les stages ambulatoires des professionnels de santé en formation

— Création de 500 nouveaux lieux de stage en ville dont 350 pour la spécialité de médecine générale et 150 pour les spécialités hors médecine générale.

— Coordonner avec les collectivités territoriales, les facultés et les agences régionales de santé, l'accueil et le transport des professionnels de santé en formation.

— Si ce n'est pas le cas, une aide aux transports ou à l'hébergement de 200 euros est mise en place pour favoriser le choix des stages.

Développer des stages extra-hospitaliers pour la médecine générale et les autres spécialités via :

- la revalorisation financière de l'indemnité des maîtres de stage en zone sous-dense de 50% (soit 300 euros), par le biais de conventions médicales ;
- la simplification des démarches pour devenir maître de stage.

Favoriser les stages ambulatoires des professionnels de santé en formation.

Il faut développer leur accueil, en développant les aides et en améliorant leurs conditions d'hébergement et de transport. Les stages ambulatoires seront ouverts à toutes les spécialités en plus de la médecine générale, avec des financements associés.

7 Faciliter les remplacements et l'exercice mixte (salarié/libéral)

— Au 1^{er} janvier 2016, le tableau de l'Ordre recense 11 285 médecins inscrits en tant que remplaçants soit une hausse de 17,1 % ces neuf dernières années.

— Parmi les 198 144 médecins en activité régulière (dont 46 % de femmes), 20 331 médecins ont un exercice mixte dont 67,3 % de libéraux-hospitaliers.

— Actuellement, les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) bénéficient d'un régime d'assurance obligatoire spécifique pour la maladie, la maternité et le décès.

— La mesure consiste à ouvrir une option d'affiliation au régime général pour les praticiens et auxiliaires médicaux exerçant en tant que remplaçant et pratiquant un exercice mixte (salarié et libéral).

Améliorer la protection sociale des remplaçants.

La mesure simplifiera l'exercice mixte, en diminuant les charges relatives à l'exercice libéral et en permettant aux médecins de ne souscrire qu'à un seul régime.

8 Développer les coopérations entre les professionnels de santé afin de rendre un meilleur service à la population

— Le dispositif existant sera simplifié pour permettre dès 2018 la mise en œuvre de davantage de coopération entre médecins et auxiliaires médicaux sur des sujets identifiés comme prioritaires au plan national.

— Il sera possible d'imaginer des coopérations médecins généralistes – infirmiers libéraux pour suivre à leur domicile les patients âgés polymédiqués, pour la prise en charge de petites urgences dans le cadre d'équipes de soins primaires et/ou de centres de soins non programmés, en EHPAD pour éviter des passages aux urgences etc.

Déployer de nouvelles infirmières ASALEE* dans les zones sous-denses : le dispositif sera pérennisé d'ici fin 2017. ASALEE est un dispositif permettant aux infirmières de suivre et d'accompagner les patients atteints de pathologies chroniques.

Diffuser de nouveaux protocoles de coopération simplifiés entre les professionnels de santé.

Déployer des pratiques avancées à partir de 2018 : de nouvelles formations seront proposées dès la rentrée 2018 permettant à des professionnels, par exemple des infirmières, d'acquérir de nouvelles compétences, qui seront ensuite reconnues par des rémunérations spécifiques.

9 Organiser la contribution des centres médicaux des armées

— Des conventions seront signées entre l'Agence régionale de santé, les structures d'organisation des soins, et les centres médicaux des armées.

Permettre aux professionnels de santé militaires d'exercer dans les structures coordonnées ou les établissements de santé.

*Association de santé libérale en équipe, à l'origine d'une organisation des soins primaires en binômes médecins généralistes/infirmiers intégrant un protocole dérogatoire. Dans les cabinets libéraux participant à l'expérimentation, des infirmiers délégués à la santé publique mènent des actions de prévention en coordination avec des médecins généralistes, principalement auprès de patients atteints de maladies chroniques.

PRIORITÉ N°2

Mettre en œuvre la révolution numérique en santé pour abolir les distances

1 Inscrire la télémedecine dans le droit commun dès 2018

— Mesure inscrite dans la loi de financement pour la sécurité sociale de 2018.

— La télémedecine permet de consulter à distance, de s'assurer du suivi d'un traitement ou de faciliter le partage d'informations et d'avis entre professionnels de santé. Elle vient ainsi compléter l'offre de consultation en cabinet des médecins.

Lancer des négociations conventionnelles permettant de définir une **tarification** pour la **téléconsultation** et la **télé-expertise**.

L'Assurance maladie et les médecins négocieront pour fixer au premier trimestre 2018, le tarif de droit commun des actes de télémedecine.

Cela permettra d'offrir à la population de nouvelles possibilités d'accès aux médecins généralistes et aux autres spécialistes, en prolongeant les travaux engagés sur la télémedecine pour les patients résidant en EHPAD.

***Exemple :** en consultation, le médecin traitant d'un patient a des doutes sur un grain de beauté. Sans attendre, il va le prendre en photo et solliciter l'avis d'un dermatologue : il pose directement sa question, accompagnée de la photo, via un système de messagerie sécurisé. Il aura la réponse dans les 24h ; ce qui lui permettra de répondre rapidement au patient sur la conduite à tenir.*

2 Accompagner l'équipement des établissements médico-sociaux, des établissements de santé (dont les hôpitaux de proximité), des maisons de santé pluri-professionnelles et des centres de santé dans le déploiement de la télémedecine

— 28 000 euros par établissement sanitaire ou médico-social ou structure d'exercice coordonné pour l'accompagnement, la mise à disposition de locaux et l'investissement nécessaire à la télémedecine.

— Les crédits du fonds d'intervention régional (FIR) destinés au développement de la télémedecine seront doublés dès 2018 pour passer à 18 millions d'euros.

Équiper tous les EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et toutes les zones sous-denses d'ici 2020 d'un matériel permettant la **téléconsultation** afin d'éviter les hospitalisations inutiles et améliorer la qualité du suivi des patients résidents.

— De nombreuses expériences existent, l'objectif sera de les généraliser.

— Le Pôle de gériatrie clinique du CHU de Bordeaux et Télésanté Aquitaine ont réalisé plus de 500 consultations auprès de 40 EHPAD de la région pour des pathologies liées à des plaies chroniques complexes, des troubles psycho-comportementaux liés à la maladie d'Alzheimer, des pathologies psychiatriques, des situations palliatives ou de fin de vie complexes...

— Dans le Pays Nivernais Morvan, les patients peuvent avoir accès aux spécialistes grâce à des téléconsultations.

3 Faire émerger les territoires digitaux

Généraliser le dossier médical personnel (DMP) en 2018.

Développer des services numériques pour faciliter les échanges d'information et la coordination entre professionnels au service du patient.

Développer la compatibilité entre les logiciels des différents acteurs de soins, établissements de santé et professionnels de ville.

Généraliser les possibilités de prises de rendez-vous en ligne pour les hôpitaux et les structures ambulatoires.

PRIORITÉ N°3

Favoriser une meilleure organisation des professions de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue

1 Soutenir le développement des maisons de santé pluri-professionnelles, des centres de santé et de tous les modes d'exercice coordonné

----- Doubler le nombre de maisons de santé pluri-professionnelles et de centres de santé d'ici 5 ans. 400 millions d'euros sont prévus dans le cadre du grand plan d'investissement pour soutenir cet objectif.

----- Augmenter le nombre de maisons de santé bénéficiant de nouvelles rémunérations par équipe (de l'ordre de 40 000 euros par an en moyenne). L'objectif est, à terme, que la totalité des maisons en bénéficient, soit 2 000 d'ici 5 ans (contre 500 actuellement).

----- Tous les modes d'exercice coordonné seront encouragés en fonction des territoires : ainsi, des équipes de soins primaires (ESP), qui associent des médecins généralistes et d'autres professionnels de santé, ou les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), qui associent l'ensemble des professionnels de santé).

Le travail en équipe et l'exercice pluri-professionnel permettent à chaque professionnel de santé d'échanger avec ses pairs, de continuer à se former et de progresser professionnellement. Cela permet aussi de libérer du temps médical en dotant les professionnels de santé de moyens d'appui administratif et d'outils informatiques.

Pour le patient, être suivi par des professionnels travaillant en équipe facilite son accès aux soins au moment où cela s'avère nécessaire. Cela lui permet de bénéficier d'une coordination des soins qui allie qualité et sécurité.

Exemple : une patiente vient d'avoir 82 ans. Elle a développé ces derniers temps des problèmes d'équilibre. Afin de prévenir les risques de chute, son médecin traitant lui prescrit des séances de rééducation chez un masseur kinésithérapeute, qui fait partie de la même maison de santé. Le rendez-vous est donc pris directement par son médecin, qui sera informé régulièrement de l'état de santé de sa patiente grâce aux échanges réguliers entre les professionnels au sein de la maison de santé.

— La demande de soins non programmés (non prévus) de médecine générale, aux heures d'ouverture des cabinets, c'est-à-dire de 8h à 20h en semaine et le samedi matin, s'entend comme une demande de consultation auprès d'un médecin généraliste dans les 24h.

— Cette demande est liée dans la grande majorité des cas à des pathologies qui peuvent être prises en charge en médecine de ville.

— Entre 1996 et 2014, le nombre de passages aux urgences a presque doublé, passant de 10,1 à 19,7 millions de passages par an.

— En 2013, une enquête de la DREES relève que 75% des passages dans les structures des urgences hospitalières ont lieu aux heures d'ouverture des cabinets médicaux les jours de semaine. Selon cette enquête, le médecin urgentiste, après examen du patient, a déclaré que, dans 43% des cas, le passage aux urgences aurait pu être pris en charge en ville, dont 29% par un médecin généraliste sans plateau technique, et 6 % par un médecin généraliste pouvant faire pratiquer des examens complémentaires (imagerie, biologie).

— L'objectif est de donner un cadre de référence aux projets des professionnels grâce à l'élaboration d'un cahier des charges national précisant les critères de qualité et de sécurité minimaux ; de décliner régionalement ce cadre avec une contractualisation ou une labellisation par les ARS selon des modalités propres à chaque région, pour tenir compte de la diversité des projets et dynamiques territoriales ; et de faire évoluer les dispositifs réglementaires existants, notamment dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires (PDSA), en élargissant, par exemple, les plages d'ouverture des maisons médicales de garde.

2 Garantir une réponse aux demandes de soins non programmés aux heures d'ouverture des cabinets en s'appuyant sur les initiatives professionnelles

Lancement avant la fin de l'année d'une mission sur les soins non programmés.

Appuyer les initiatives des professionnels pour l'accès aux soins non programmés. Les ARS devront mettre en place, avec les professionnels de chaque territoire, 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.

3 Créer un guichet unique d'information et d'orientation pour l'exercice des professionnels de santé

Tous les professionnels de santé auront accès par téléphone ou par internet à un point d'information unique.

Ils pourront construire leur projet professionnel et personnel et être accompagnés dans leurs démarches administratives, depuis leur installation jusqu'à leur retraite par des équipes dédiées.

4 Simplifier la prise en charge des patients en situation complexe en faisant converger financièrement les dispositifs d'appui aux parcours complexes selon les territoires.

Il existe de nombreuses structures d'appui aux professionnels sur les territoires. Celles-ci sont présentes pour aider les professionnels de santé à la prise en charge de cas complexes. Elles sont pourtant parfois redondantes, et les modalités d'accès sont difficiles pour les professionnels de santé. Ces dispositifs seront fusionnés pour plus de simplicité et d'efficacité.

PRIORITÉ N°4

Une nouvelle méthode : faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover

Le projet régional de santé s'inscrit dans une logique de planification et de programmation des moyens. Il définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs de l'agence sur cinq ans, ainsi que les mesures tendant à les atteindre.

Les contrats locaux de santé (CLS) participent à la construction des dynamiques territoriales de santé. Ils permettent la rencontre du projet porté par l'ARS et des aspirations des collectivités territoriales pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations.

1 Co-construire un projet d'animation et d'aménagement du territoire par les professionnels de santé, les usagers, les institutions et les élus des territoires

Développer les projets adaptés aux caractéristiques des territoires est une clé du succès.

S'appuyer sur la responsabilité territoriale en réunissant les acteurs au niveau régional à travers les projets régionaux de santé et les contrats locaux de santé.

2 Créer un cadre commun permettant aux professionnels de santé d'expérimenter de nouvelles organisations

Mettre en place un cadre commun permettant d'expérimenter et d'évaluer de nouvelles expérimentations. Ce cadre bénéficiera d'un Fonds national pour l'innovation organisationnelle financé sur l'ONDAM (objectif national de dépenses d'Assurance maladie).

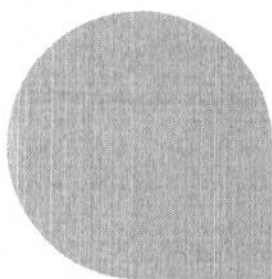
3 Evaluer régulièrement la mise en place des différentes actions territoriales

Un comité d'évaluation sera mise en place dans le cadre du plan. Il permettra de suivre chaque action territoriale et aura pour objectif la mise en place des remontées et leur coordination. Il nécessitera de mettre en place une batterie resserrée d'indicateurs de résultats, assortis d'objectifs d'amélioration.

4 Appuyer les agences régionales de santé dans l'accompagnement des projets de territoire

Augmenter les crédits FIR pour une politique intégrée de soutien à l'exercice coordonné et aux projets de territoire : 10 millions d'euros de crédits supplémentaires sont prévus dès 2018.

Coordonner les financements entre les ARS et les collectivités territoriales.



Des mesures fortes d'application rapide

1 Libérer du temps médical

Les guichets uniques par territoire seront mis en place avant la fin du premier trimestre 2018.

Le cumul emploi-retraites et les statuts de médecin adjoint et de médecin remplaçant seront assouplis dans le même délai.

2 Diversifier l'offre en s'appuyant sur la révolution numérique en santé

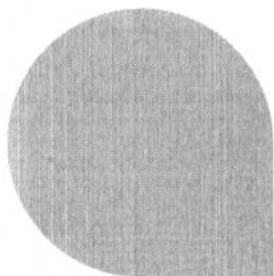
La téléconsultation et la télé-expertise rentreront dans le droit commun dès le vote de la LFSS (loi de financement de la Sécurité sociale) ; elles pourront ainsi avoir un tarif avant l'été 2018.

3 Créer des dynamiques locales dans les zones sous-denses avec les professionnels et les élus

Lancement dès fin 2017 du programme d'aide à l'investissement de 400 millions d'euros sur 5 ans visant au doublement des maisons de santé pluri-professionnelles.

Dès le vote de la LFSS pour 2018 : généralisation des coopérations infirmières-médecins.

Dès 2018, lancement de nouvelles expérimentations d'intéressement collectif à la qualité des prises en charge, dans le cadre du dispositif général d'expérimentation voté en LFSS pour 2018.



Une gouvernance nationale pour une mise en œuvre locale

La problématique de l'accès aux soins nécessitera un suivi pendant toute la durée du quinquennat. Chaque semestre, la ministre des Solidarités et de la Santé réunira et présidera un comité de pilotage ministériel pour s'assurer de la mise en œuvre du plan accès aux soins dans les territoires et en analyser les résultats. Ce suivi régulier et dans la durée permettra de décider d'éventuelles adaptations à apporter aux différentes mesures proposées par le plan d'égal accès aux soins.

Pour suivre les réalisations de ce 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) sont désignés pour porter ce plan auprès de l'ensemble des acteurs concernés. Ils sont chargés de faire remonter les expériences réussies de chaque territoire, mais aussi d'identifier les difficultés et les freins rencontrés sur le terrain. Ils seront force de proposition auprès du comité ministériel pour l'adaptation éventuelle du plan et de ses principales mesures.

