

# Accès aux soins de proximité

Ce livret du PRS fait partie de la collection de documents constitutifs du Projet Régional de santé 2018-2022 (PRS).  
Il constitue l'un des documents d'évaluation des besoins de santé du PRS.  
Il reflète les travaux conduits en 2016 et 2017 par l'agence régionale de santé avec ses partenaires pour l'évaluation des besoins de santé de la région.  
Il trace les perspectives d'évolution dans une vision prospective à 10 ans et sa traduction opérationnelle à cinq ans

## I. Evolution du contexte par rapport au PRS 1

Sur la durée du premier PRS, la région Pays de la Loire a connu un fort développement des structures d'exercice coordonné, en particulier les maisons de santé pluriprofessionnelles. Dans le même temps, les disparités au sein de la région dans la répartition des professionnels de santé et les difficultés d'accès aux soins ne se sont pas réduites et sont toujours sources d'inégalités territoriales.

Le Pacte Territoire Santé qui avait défini dès 2012 une dizaine de mesures phares pour faciliter l'installation de jeunes professionnels de santé dans les territoires présentant une fragilité en termes d'offre de soins de proximité a permis de renforcer et compléter les actions déjà engagées par l'ARS. La déclinaison du pacte en région a permis notamment :

- D'intégrer les pratiques médicales en ville à la formation initiale et de faire découvrir aux étudiants les spécificités de l'exercice libéral, en permettant à 100 % des étudiants de 2ème cycle des études médicales de réaliser un stage en Médecine Générale. La région compte fin 2016, 637 Maîtres de stage actifs.
- D'attirer et de mieux former les futurs médecins à l'exercice en ville, de développer le nombre de médecins exerçant en ville et étant enseignants, de développer le nombre de poste de chefs de clinique (7 contrats signés fin 2016).
- De favoriser et de sécuriser l'installation des jeunes médecins dans les zones les plus fragiles avec la signature de 96 CESP et 23 Contrats PTMG.

- De favoriser le travail en équipe afin de renforcer l'attractivité des territoires pour les professionnels de santé et d'améliorer la qualité des soins avec la création de 73 maisons de santé.
- Développer l'utilisation de la télémédecine en médecine de ville notamment pour favoriser l'accès aux soins spécialisés y compris dans les zones rurales avec le soutien de l'ARS à un projet de télé expertise en cardiologie, développé par l'URPS ML dans le cadre de la mise en place d'une filière de soins entre généralistes-cardiologues, et au développement de la Télémédecine en EHPAD (13 projets initiés).

### Augmentation des inégalités d'accès aux soins de proximité, y compris en zones urbaines

La faible densité de médecins généralistes et d'autres professionnels de santé, fragilise l'accès aux soins de premier recours. La dynamique régionale positive observée ces dix dernières années au niveau médical (+1,3 % - alors que dans le même temps nous observons une baisse de 8,4 % au niveau national) ne doit pas masquer l'absolue nécessité de travailler à la réduction des inégalités et à un meilleur accès aux soins pour tous. Au moins 10 % de la population régionale n'accède qu'à 2,5 consultations de médecin généraliste par an, alors que la moyenne nationale se situe à 4 (indicateur APL : Accessibilité Potentielle Localisée).

Cette situation cache des disparités infrarégionales. En effet, on constate aujourd'hui qu'il y a toujours de fortes inégalités de répartition des professionnels de santé au sein de la région et les écarts se creusent entre les départements (la Sarthe, la Mayenne et la Vendée sont moins bien dotés que le Maine et Loire et la Loire Atlantique), et entre les territoires infra départementaux (zone à dynamique pluriprofessionnelle avérée et zone

dépourvue d'initiatives). Les zones urbaines sont également concernées par les difficultés démographiques alors qu'elles n'avaient été que peu prises en compte jusqu'ici dans les dispositifs d'attractivité mis en place. Trois agglomérations de la région sont particulièrement touchées (Laval, Saumur et le Mans).

En conséquence, de plus en plus d'usagers interpellent l'ARS, les ordres, l'assurance maladie et les collectivités locales au sujet de leurs difficultés à accéder à un médecin traitant ou à d'autres professionnels (kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, ...) sans que des réponses satisfaisantes puissent être apportées. La liberté d'installation des professionnels de santé demeure un élément essentiel de l'organisation du système de santé français afin de garantir le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle. Cependant, des restrictions au principe de libre installation ont été progressivement mises en place, ces dernières années, pour certaines professions dans les zones caractérisées par une offre importante (les sages-femmes, infirmiers, orthophonistes et masseurs-kinésithérapeutes ne peuvent s'installer dans ces zones qu'en remplacement d'un autre professionnel.)

En octobre 2015, une étude a été réalisée par l'assurance maladie pour objectiver la problématique de l'accès au médecin traitant dans la région. Il en ressort qu'en moyenne 10 % des ligériens sont dépourvus de médecin traitant, sans que l'on puisse repérer des écarts significatifs entre les territoires. Ce chiffre est conforme à la moyenne nationale. En revanche, l'analyse de l'effectif moyen de patientèle Médecin Traitant par médecin généraliste et le niveau d'activité moyen des généralistes a mis en évidence des écarts importants entre les territoires. Ainsi, les départements de la Mayenne et de la Sarthe, ainsi que certaines zones vendéennes sont caractérisés par des patientèles importantes et une suractivité des médecins. Le nombre moyen d'actes par département varie de 4 782 en Maine et Loire à 5 816 en Mayenne mais certains territoires sarthois dépassent les 7 000 actes annuels par médecin quand d'autres territoires de la région sont aux alentours de 4 000 actes par médecin.

La corrélation entre le niveau d'activité du médecin et son âge a également pu être démontrée à travers cette enquête : un médecin jeune a en moyenne moins de patients qu'un médecin plus âgé pour un secteur de même densité médicale. L'activité est toutes tranches d'âge confondue moindre lorsque l'offre est plus importante.

Densité médicale de la zone d'exercice (EPCI)	Nombre moyen de patients déclarés par MT de moins de 40 ans	Nombre moyen de patients déclarés par MT âgé de 60 à 69 ans
Moins de 69 généralistes pour 100 000 hab.	<b>769</b>	<b>1 153</b>
De 69 à moins de 88 généralistes pour 100 000 hab.	<b>591</b>	<b>1 045</b>
Supérieure ou égale à 88 généralistes pour 100 000 hab.	<b>537</b>	<b>924</b>

Source Enquête Assurance Maladie « les MT en PDL » octobre 2015

En synthèse, l'observation des territoires démontre que les problématiques d'attractivité de certaines zones ne sont pas liées qu'aux conditions d'exercice des professionnels de santé, c'est pourquoi les solutions envisagées doivent être co-construites en synergie avec les autres partenaires (professionnels, collectivités usagers et institutions) pour mieux correspondre aux aspirations des professionnels aussi bien au niveau professionnel que personnel.

#### Evolution des attentes et des pratiques des jeunes professionnels

Les analyses de l'IRDES et de l'INPES à partir des enquêtes Baromètre santé médecins généralistes observent que les médecins généralistes de moins de 40 ans sont près de 80 % à déclarer exercer en groupe en 2009, soit une hausse de 28 points en dix ans. Les raisons de ce regroupement sont multiples mais portent notamment sur le souhait de préserver une qualité de vie personnelle et familiale en réduisant leur temps de travail, de partage de plateau administratif, ou par souci de faciliter la continuité des soins.

Depuis le premier PRS, l'évolution des aspirations des jeunes professionnels a pu être pleinement observée (notamment à travers les différents panels réalisés) et les orientations du futur PRS doivent en tenir compte. Il en ressort que les jeunes souhaitent donc :

- S'installer dans un territoire qui offre un cadre de vie attractif : travail du conjoint, équipement pour les enfants, les loisirs...
- Bénéficier d'un équilibre entre leur vie familiale et leur vie professionnelle (temps de travail moindre que leurs aînés : temps partiel privilégié)

- Avoir un exercice pluriprofessionnel ou a minima regroupé (équipes de soins primaires, cabinets de groupe)
- Avoir un exercice diversifié : possibilité de temps partiel en structure (hôpital de proximité, PMI...)
- Disposer d'un accès aisé aux avis spécialisés (coordination entre premier et second recours)
- S'installer après avoir pris le temps de tester le futur exercice (remplacements, collaborateurs...)
- Pouvoir changer facilement de lieu d'exercice (pas d'achat de locaux, possibilité de quitter une SISA...)
- Disposer d'outils performants (SI inter connectés, messagerie sécurisée, télémedecine...)
- Pouvoir déployer des protocoles de coopération (Asalée...)
- Conserver un lien avec la faculté

Les différents dispositifs financiers d'attractivité mis en place démontrent que le levier financier n'est pas suffisant pour emporter une décision d'installation.

#### Une nette progression du nombre de structures d'exercice coordonné

La dynamique de regroupement pluriprofessionnel a été particulièrement forte ces dernières années en Pays de la Loire. Fin 2016, la région comptait 72 maisons de santé, qui partagent un projet de santé, contre seulement 10 en 2012. Afin de garantir une offre de proximité, la plupart des maisons de santé ligériennes sont multisites, ce qui constitue une particularité régionale.

Malgré cette dynamique il convient de garder à l'esprit que :

- seulement un peu plus de 10 % des professionnels de santé libéraux de la région exercent dans ces structures. De plus, la répartition des dynamiques d'équipe au sein de la région est inégale : certains territoires en sont dépourvus quand d'autres disposent d'organisations parfaitement structurées à une échelle territoriale importante (ex : communauté de communes).
- toutes les MSP n'ont pas le même niveau de maturité. Elles présentent en effet des niveaux de coordination entre professionnels très variables et donc ne peuvent pas toutes accéder aux rémunérations liées à l'exercice coordonné.
- leur répartition territoriale est inégale et que le maillage doit être amélioré, notamment dans les zones d'intervention prioritaire.

## II. Problématiques actuelles et émergentes

Le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques et les prises de charge de plus en plus lourdes à domicile nécessitent aujourd'hui une coordination accrue entre les acteurs de santé autour du patient. Cette coordination, pour être efficace, doit être organisée et formalisée.

En Pays de la Loire, l'exercice des soins de premier recours est essentiellement libéral et la coordination entre les professionnels de santé libéraux était jusqu'à présent le plus souvent informelle et bilatérale (médecin/infirmier). Le développement de nouvelles organisations comme les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et le déploiement du dispositif PAERPA (Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie) constituent une première étape dans la structuration de la coordination des différents professionnels. Par ailleurs, il existe en région de nombreux regroupements physiques pluriprofessionnels (environ une centaine recensés à ce jour), sans coordination formalisée à ce jour qui pourraient peut-être constituer des points d'appui vers de nouveaux modes d'exercice. A côté de ces organisations libérales, certains territoires en difficulté ont déployé des réponses salariées via des centres de santé médicaux qui n'ont pas su, jusqu'à présent, s'inscrire dans une dynamique territoriale propice à la coordination des acteurs.

Toutes ces formes d'organisation offertes aux acteurs du premier recours nécessitent une vigilance de l'agence et de ces partenaires institutionnels sur la cohérence territoriale de ces projets afin d'éviter qu'ils ne se percutent. Les organisations, quelle que soit leur nature doivent toutes contribuer à améliorer la structuration des soins de premier recours. Il convient donc de mettre en œuvre une stratégie d'accompagnement de la transformation de l'exercice de soins de proximité qui agit simultanément sur l'adaptation de l'organisation, ses soins et sur l'attractivité des conditions d'exercice pour les jeunes professionnels.

Les résultats obtenus sur certains territoires qui se sont engagés dans une stratégie de regroupement pluriprofessionnel sont parfois encore fragiles, mais ils sont très prometteurs en termes d'attractivité pour les jeunes professionnels mais aussi d'amélioration des pratiques et des parcours de soins. Aujourd'hui, l'enjeu est de parvenir à une plus grande diffusion de ces modes d'organisation coordonnée, y compris dans les

territoires peu dynamiques ou particulièrement menacés par la baisse démographique et en zone urbaine. En effet, en zone fragile, l'objectif est notamment d'optimiser le temps médical : la coordination et les protocoles de coopération peuvent largement y contribuer.

### III. Propositions d'évolutions à conduire dans le prochain PRS

Réduire le nombre de territoires identifiés comme fragiles

*Développer l'observation des territoires afin de conforter les diagnostics et de mobiliser l'ensemble des acteurs sur les zones les plus déficitaires en offre de soins de premier recours*

L'ensemble des acteurs publics et des représentant des professionnels de santé partagent le constat que certains territoires au sein de la région ont réussi à engager une dynamique favorable quand d'autres constatent des départs de professionnels sans remplacements et des difficultés pour les patients à retrouver un médecin traitant. Certaines zones de la région sont d'ores et déjà identifiées comme très critiques et d'autres ne vont pas tarder à le devenir. A ce stade, il apparaît donc nécessaire d'identifier collectivement ces territoires les plus à risque en termes d'accès aux professionnels de premier recours de la région afin de concentrer nos efforts avec nos partenaires (conseil régional, conseils départementaux, union des représentants des professionnels de santé, Association des pôles et maisons de santé) sur ces zones. Le conseil régional à travers son plan santé et certaines collectivités territoriales ont d'ores et déjà lancé des actions pour favoriser les installations des jeunes professionnels.

L'élaboration de diagnostics partagés dans les territoires afin de préciser et d'actualiser les spécificités démographiques des professions de santé mais également d'analyser et partager les capacités de formation, les atouts et limites de l'accueil des étudiants et des professionnels, apparaît nécessaire.

Enfin, les zonages des différentes professions qui feront l'objet de mises à jour régulières intégreront ces éléments d'information pour se calquer au mieux à la réalité des situations des territoires et permettre l'utilisation à bon escient des avantages liés aux zonages.

L'échelle d'appréciation de la structuration de l'offre de premier recours retenue est le niveau intercommunal.

*Favoriser la découverte des territoires et des types d'exercice, dès la formation initiale*

- Faire de la maîtrise de stage une priorité pour l'ensemble des professions et veiller à la qualité et aux conditions de réalisation des stages proposés.
- Agir dès le début des formations initiales pour développer la culture du travail en équipe pluriprofessionnelle et faire découvrir les différents types d'exercice, notamment en libéral.

Les deux enjeux relèvent d'une part de la promotion de dispositifs de formations décloisonnés, pluriprofessionnels et d'autre part de propositions de parcours de formation de qualité reconnus, diversifiés, permettant au professionnel en formation d'appréhender le parcours de santé des patients dans sa globalité et sa diversité. De ce fait, nous préconisons d'accompagner les réformes à venir en favorisant :

- Une gouvernance territoriale de l'appareil de formation avec un positionnement clair et reconnu de l'offre de formation dans le schéma régional des formations et au sein de l'université
- Les organisations innovantes, ouvertes, évolutives
- Une politique de stage définie par tous les acteurs, portée à l'échelle des territoires et prenant en compte l'offre de stage dans sa plus grande diversité
- La promotion de la qualité des formations en lien avec les référentiels de formation reconnus

*Favoriser et accompagner les professionnels dans leur projet d'installation (en priorité dans les zones les plus déficitaires)*

Malgré l'éventail de mesures déjà mises en place dans le cadre du pacte territoire santé, certaines zones demeurent en déficit d'installation de jeunes professionnels. C'est pourquoi faciliter l'installation de jeunes professionnels dans les zones qui en ont le plus besoin et ainsi rééquilibrer l'offre régionale, constitue l'enjeu majeur du PRS 2.

Au-delà de la poursuite du déploiement des différentes aides et dispositifs existants dans les zones fragiles, des actions nouvelles et complémentaires doivent être engagées. L'organisation d'évènements, du type Nuit de l'installation, afin de communiquer sur l'attrait des différents territoires et les différentes possibilités d'exercice de la médecine générale sera poursuivie et améliorée au vu des avis recueillis.

Ces évènements ont pour objectif de présenter aux jeunes professionnels quelles sont les opportunités de travailler en équipe (de pairs ou en pluriprofessionnel) tout en conservant une juste équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, et d'être accompagné

lors d'une primo-installation en région Pays de la Loire. Il s'agit de donner aux futurs jeunes médecins des perspectives concrètes d'installation en libéral dans les Pays de la Loire, et de faciliter l'émergence des projets professionnels en libéral en favorisant les rencontres entre les futurs jeunes médecins, les professionnels et les acteurs des différents territoires. Ces forums complètent les actions du référent installation qui propose un accompagnement personnalisé à l'installation, en particulier pour les médecins signataires d'un contrat d'engagement de service public. La mission de référent installation a vocation à s'intégrer dans le guichet unique d'information et d'orientation pour l'exercice des professionnels de santé qui sera mis en place.

Enfin, des outils à destination des professionnels de santé seront élaborés, notamment un guide d'aide à l'installation.

#### Faciliter l'accès à un médecin traitant pour les patients qui en sont dépourvus

Les travaux avec l'assurance maladie sur la problématique d'accès au MT doivent être poursuivis afin de mesurer chaque année l'évolution du phénomène et de tenter d'apporter des réponses aux patients.

D'une part, à court terme, la gestion des réclamations par l'ARS et l'assurance maladie doit être coordonnée et harmonisée.

A moyen terme, dans les territoires particulièrement touchés, une réflexion locale doit être menée au cas par cas pour étudier les solutions alternatives et/ou provisoires qui pourraient être déployées afin de répondre aux demandes les plus urgentes

Enfin à plus long terme, c'est l'ensemble des actions prévues dans les plans d'action co-construits en faveur des territoires identifiés par les CATS comme les plus en difficulté qui ont vocation à susciter de nouvelles installations. Agir plus spécifiquement sur les territoires les plus critiques en concertation avec l'ensemble des partenaires (conseil régional, conseils départementaux, union des représentants des professionnels de santé, ordres, élus, Association des pôles et maisons de santé) semble constituer un levier. La définition de plans d'action territoriaux qui pourront inclure, le cas échéant, des solutions alternatives dans les zones totalement dépourvues de réponse médicale afin de répondre aux besoins de la population, constitue une piste à explorer.

#### Soutenir les professionnels de premier recours dans leur exercice

Plusieurs types d'action peuvent contribuer à favoriser les échanges entre pairs. En région Pays de la Loire, la forte dynamique des groupes qualités APIMED qui

contribuent, autant à l'amélioration des pratiques des professionnels, qu'à rompre leur isolement et ainsi à créer des dynamiques territoriales médicales, doit être confortée, en particulier dans les territoires les plus critiques.

Par ailleurs, les fonctions d'appui aux professionnels du premier recours doivent être développées. La mise en cohérence et l'animation de fonctions d'appui dédiées aux parcours complexes constitue un autre levier pour contribuer à structurer et faciliter l'exercice des professionnels de santé libéraux.

Les fonctions d'appui (et leur traduction possible en plateforme) seront à même de répondre à trois difficultés rencontrées par les professionnels de santé :

- L'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire.
- L'organisation des parcours complexes, pour une durée définie en fonction des besoins du patient.

Cette mission comprend :

- l'évaluation de la situation du patient ;
- l'organisation de la concertation pluri professionnelle ;
- la planification de la prise en charge, le suivi et la programmation des interventions auprès du patient, dont l'organisation des admissions et sorties des établissements, en veillant à favoriser le maintien à domicile.
- Le soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination. Cette mission comprend notamment la diffusion d'outils pour le repérage et l'évaluation des situations complexes, l'aide à l'élaboration et la diffusion de protocoles pluri-professionnels...

C'est plus particulièrement dans cette dernière mission, que les fonctions d'appui pourraient jouer un effet d'entraînement sur les pratiques.

Les établissements sanitaires de proximité peuvent également jouer un rôle dans le soutien aux soins primaires : la mission d'appui au premier recours doit porter sur des fonctions de coordination et d'effectif permettant, à minima, d'aider à la réalisation d'un plan personnalisé de santé, d'évaluer les besoins des personnes (bilan gériatrique,...), l'accès à l'expertise spécialisée, de contribuer des processus de repérage des patients / aller vers, d'assurer des missions d'information auprès des libéraux, de participer à la mobilisation des acteurs de ville, de se substituer au premier recours en situation de fragilité, de mener des actions d'éducation

thérapeutique du patient. Les hôpitaux de proximité peuvent également fournir des expertises spécifiques (douleur, soins palliatifs) aux médecins généralistes libéraux.

L'autre axe majeur dans lequel les professionnels de santé doivent être soutenus est celui des **actions de prévention collective et d'éducation thérapeutique** portées par les professionnels du premier recours eux-mêmes.

- Accompagner et soutenir les URPS dans leurs projets d'action de prévention, s'ils s'inscrivent dans les priorités définies par l'ARS.
- Organiser des appels à projets à destination des Equipes de soins primaires (y compris maisons de santé et centres de santé pluriprofessionnels) pour la définition et la mise en œuvre d'actions de prévention.
- Définir un modèle économique et organisationnel sur l'ETP en libéral notamment au sein des équipes de soins primaires.
- Développer l'accompagnement méthodologique des professionnels de santé par les acteurs ressources (IREPS, Mutualité Française, APMSL)

#### Accompagner le développement de l'exercice pluriprofessionnel coordonné sur les territoires

Les résultats obtenus sur certains territoires qui se sont engagés dans une stratégie de regroupement pluriprofessionnel sont parfois encore fragiles, mais ils sont très prometteurs en termes d'attractivité pour les jeunes professionnels mais aussi d'amélioration des pratiques et des parcours de soins.

Afin de développer le travail en équipe, les professionnels de santé ont besoin d'être accompagnés à plusieurs niveaux :

- Au niveau méthodologique pour pouvoir mettre en place facilement des actions de coordination, disposer d'outils et piloter leur projet
- Au niveau financier pour indemniser le temps passé à se structurer et se coordonner
- Au niveau de leur exercice quotidien en disposant de fonctions d'appui structurées (PTA) et d'un accès facilité aux spécialistes...

Notamment les objectifs pour les années à venir seront de :

#### Promouvoir l'exercice coordonné dans le cadre de la formation initiale et continue des professionnels de santé

- Accompagner les évolutions de l'appareil de formation afin de favoriser l'émergence de projets de formation, à même de répondre aux besoins en compétences nouvelles : projet de formation régional et de territoire
- Promouvoir les innovations pédagogiques pluriprofessionnelles : la pédagogie par la simulation, les analyses de pratiques ouvertes et diversifiées, etc...
- Promouvoir les stages couplés, les stages au sein des MSP et MSPU avec des encadrements diversifiés, des retours sur expérience interprofessionnels au sein d'une MSPU par exemple...
- Favoriser les expériences pédagogiques emblématiques de ce nécessaire partage d'une culture commune : séminaires interprofessionnels, modules de formation pluriprofessionnels avec les universités et les instituts de formation...

#### Promouvoir l'exercice coordonné auprès des professionnels en exercice

- Poursuivre la démarche pédagogique en direction des professionnels, notamment via l'action de l'APMSL.
- Solliciter les cabinets de groupe pluriprofessionnels pour leur présenter les nouvelles formes d'exercice possibles et échanger avec eux sur leurs besoins
- Poursuivre la pédagogie en direction des élus (élaboration d'un guide élus en lien avec le conseil régional)

#### Poursuivre le déploiement des maisons de santé et leur structuration en accompagnant :

- de nouveaux projets en lien avec l'APMSL (a minima 3 médecins et 1 paramédical)
- la montée en maturité des MSP existantes : il s'agira de définir, en lien avec l'assurance maladie et le conseil régional, des critères d'évaluation du niveau de maturité des maisons de santé, et de développer avec l'APMSL un accompagnement adapté à chaque structure. Il conviendra par ailleurs de favoriser la fonction de coordination dans les maisons de santé.
- les structures dans le choix de leur système d'information
- l'organisation de la recherche en soins primaires au sein de la région notamment à travers la mise en

place d'un « réseau de MSP » participant à des programmes de recherche en lien avec les universités.

- Systématiser le recueil de la satisfaction des usagers au sein des MSP

#### *Déployer les ESP « simples » et accompagner la constitution de CPTS*

---

Deux nouveaux dispositifs créés par la loi de modernisation de notre système de santé sont en cours de structuration dans la région et ont vocation à se déployer d'ici 2022 :

- Equipes de Soins Primaires (ESP) simples : ensemble de professionnels de santé, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent afin d'améliorer la prise en charge de leur patientèle commune. L'objectif est de déployer les ESP sur les territoires avec l'appui des URPS, en application du cahier des charges régional et du modèle économique de financement qui seront définis. Les territoires fragiles, dépourvus de dynamique MSP, seront plus particulièrement sollicités pour s'investir dans ces nouveaux modes d'organisation.
- Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) : à l'initiative des professionnels de santé de premier recours, constitution d'une équipe projet associant les acteurs du social et/ou du médico-social et/ou du sanitaire pour travailler à l'amélioration des parcours de santé de la population d'un territoire défini, à partir de thématiques identifiées. Un cahier des charges régional sera élaboré et une méthodologie d'accompagnement des projets sera formalisée. Les CPTS pourront notamment porter des projets d'organisation des parcours complexes, des actions de prévention ou de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles ou encore travailler sur les liens entre les hôpitaux de proximité et les acteurs du premier recours.

#### *Accompagner les projets de centres de santé pluriprofessionnels*

---

Avec une meilleure intégration au territoire et dans une approche pluriprofessionnelle, il s'agira de :

- Conforter les centres de santé existants en les intégrant dans la prise en charge coordonnée des patients sur un territoire.

Le travail de coopération entre les professionnels de santé libéraux et les centres de santé doit être encouragé et accompagné. Ainsi, il conviendrait que les centres de santé, et notamment ceux développant des activités spécifiques en soins infirmiers (centres de soins infirmiers notamment),

puissent être intégrés à des projets de maisons de santé.

Aujourd'hui, les textes ne permettent pas aux centres de santé d'intégrer les SISA. Toutefois, des centres de santé peuvent participer à un projet de maison de santé en adhérant au projet de santé et en passant une convention de partenariat avec la SISA.

- Proposer une offre salariée en centres de santé comme une offre alternative ou complémentaire en cas de carence de l'offre libérale, à une échelle intercommunale (Espace d'Equipe de Soins, communauté de communes ...) par :
  - L'intégration de nouvelles professions à des centres de santé existants sur le territoire (transformation de centres « mono-professionnels » en centres polyvalents, mise en place de consultations avancées de professionnels de santé d'autres centres de santé).
  - L'implantation d'un nouveau centre de santé ou d'une antenne d'un centre existant.

Les structures gestionnaires existantes (mutualité, ADMR ...) pourront servir d'appui pour garantir une meilleure stabilité financière des centres de santé. Une gestion de plusieurs centres par une même entité permet en effet :

- une compensation possible entre centres excédentaires et centres déficitaires,
- une mutualisation de moyens et de fonctions supports,
- un temps partagé entre centres de santé urbain et centres de santé en zone rurale (le recrutement de professionnels de santé salariés en zone rurale n'est pas nécessairement plus facile que l'incitation à l'installation d'un professionnel libéral)
- des échanges et collaborations entre praticiens de plusieurs sites,
- une mise en commun de certains équipements.

#### *Accompagner l'évolution des pratiques des professionnels facilitées par l'utilisation des outils numériques*

---

Si le numérique fait partie des outils de base des professionnels de santé libéraux, (que ce soit pour gérer leurs dossiers patients, effectuer leur facturation), les nouveaux modes de coopérations (dont la télémedecine) impliquent des évolutions des systèmes d'information pour répondre à la prise en charge coordonnée des usagers et aux enjeux du parcours de santé. Ces nouveaux usages s'accompagnent du besoin de sécurisation autour du partage des données et le déploiement de la messagerie sécurisée.

A cela s'ajoute l'arrivée des objets connectés, que ce soit par l'introduction de la télésurveillance des patients atteints de pathologies chroniques ou dans le cadre des actions de prévention et d'éducation, répondant à la demande et à l'usage de la population.

Enfin, l'ARS doit poursuivre l'accompagnement des acteurs libéraux dans l'acquisition et la mise en œuvre de système d'information pluriprofessionnel.

### Optimiser le temps médical

Les compétences de certaines professions évoluent (ex : sages-femmes) et on constate que les professionnels (notamment médecins) ne connaissent pas toujours l'ensemble des compétences des autres professions.

Déployer les protocoles de coopération et de délégation de tâches déjà autorisés tels que le dispositif Asalée permettant à des médecins généralistes de déléguer à un infirmier formé le suivi de certains de ses patients atteints de pathologies chroniques (diabète et risques cardio-vasculaires) ou la filière visuelle permettant à un orthoptiste de réaliser des bilans visuels dans le cadre de renouvellement de lunettes. L'idée est de communiquer sur ces dispositifs auprès des professionnels de santé et de les accompagner dans la mise en place du protocole.

Engager avec les URPS des actions d'information en direction des médecins généralistes pour leur faire connaître l'étendue des compétences propres de chaque profession (sages-femmes, infirmiers, pharmaciens, kiné...) et donc des actes qui pourraient être effectués par d'autres professionnels.

En partenariat avec l'URPS médecins et l'assurance maladie, inciter les médecins à sous-traiter ou externaliser le maximum de tâches administratives afin de pouvoir se concentrer sur leur activité médicale. La nouvelle convention médicale offre un forfait structure destiné à aider le professionnel à moderniser son cabinet. L'idée est d'inciter les médecins à investir dans les outils informatiques et à utiliser les nouveaux télé-services de l'assurance maladie (ALD, arrêt travail, déclaration MT, grossesse...).

### Conforter la gouvernance sur le champ du premier recours

Le schéma de gouvernance régional sur l'accès aux soins de proximité répond à deux objectifs :

- Animer une réelle concertation avec les professionnels et les partenaires intervenant dans le domaine des soins ambulatoires ;
- Faciliter la lisibilité avec la désignation d'une unique porte d'entrée, d'un guichet unique, au sein même des territoires et au plus proche des acteurs.

Ainsi, l'agence a mis en place deux instances :

- Le **Comité Régional de Concertation sur les Soins de 1er recours (CORECS)**. Il est le lieu de concertation et de dialogue avec les professionnels et les partenaires intervenant dans ce secteur.

Il a notamment pour objectifs de :

- Partager le diagnostic et construire une réflexion prospective sur l'offre de soins ambulatoires au niveau régional ;
- Prendre connaissance et porter un avis sur les démarches, outils d'accompagnement ;
- Favoriser le développement des exercices regroupés des professionnels (MSP, ESP, CPTS...) par une mise en cohérence des stratégies des partenaires de l'ARS ;
- Suivre et évaluer les projets et expérimentations mis en œuvre.

Sous l'animation et la présidence du Directeur Général de l'ARS, le comité est composé du Conseil Régional Pays de la Loire, des associations départementales des maires, de représentants des URPS, d'un représentant du CLIOR, du Directeur Coordonnateur Gestion du Risque – Assurance maladie, du Directeur AROMSA, du Directeur du RSI, de l'Association des Pôle et Maisons de santé Libéraux, d'un représentant des centres de santé, des Directeurs des départements de médecine générale de Angers et Nantes et d'un représentant des usagers.

- **Un Comité d'Accompagnement Territorial des Soins de 1er Recours (CATS) par département**. Il est le guichet unique en charge du suivi et de l'accompagnement des acteurs et partenaires.

Le comité d'accompagnement territorial a notamment comme objectifs de :

- Assurer un suivi de l'ensemble des projets du territoire qui permettent la structuration des soins de premier recours ;
- Valider les projets de santé des MSP avant l'enregistrement des structures sous FINESS
- Se saisir de toute question relative au premier recours : organisation, démographie, problématique d'accès médecin traitant... ;

Sous l'animation du délégué territorial de l'ARS, le comité est composé du Président du Comité départemental de l'Ordre des médecins, de représentants locaux des URPS, du Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance maladie, d'un représentant de la Mutualité Sociale Agricole, d'un représentant de la préfecture, d'un représentant administratif du Conseil Régional, d'un représentant administratif du conseil départemental. Selon les situations, peuvent être associés d'autres intervenants, partenaires ou acteurs du département.

Ces instances devront être confortées, notamment les CATS qui jusqu'à présent ont principalement travaillé sur la thématique des maisons de santé, et pourront s'investir sur la définition de plans d'actions pour les territoires les plus en difficulté en matière d'offre de soins.

### Méthodologie des travaux

- Les travaux constituent une synthèse des différentes actions engagées ou pressenties dans le cadre de la déclinaison régionale du Pacte territoire santé, du cahier des charges régional de la PDSA 2017-2020, des travaux d'élaboration du nouveau zonage médecins/PTSe

### Sources bibliographiques

#### Etudes nationales

- Atlas de la démographie médicale en France. CNOM janvier 2016
- Rapport de l'ONDPS 2013-2014 :
  - La régulation démographique des professionnels de santé par les flux d'étudiants
  - Le numerus clausus des trois professions médicales et des pharmaciens
  - La situation démographique des chirurgiens-dentistes
- Rapport d'Elisabeth Hubert sur la médecine de proximité. 2010
- Rapport de Pierre-Louis DRUAIS sur « la place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé ». Mars 2015
- Rapport IGAS (Maus et Piquemal) : « Améliorer l'accès aux soins de proximité, un éventail de mesures à disposition des acteurs ». Décembre 2015
- Rapport du CGET « étude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins ». Novembre 2015
- Etude de la DREES :
  - Portrait des professionnels de santé. Février 2016
  - Accessibilité aux professionnels de santé libéraux : des disparités géographiques variables selon les conditions tarifaires. Juillet 2016
- IRDES : questions d'économie de la santé : impact de l'exercice regroupé sur la qualité des pratiques des médecins généralistes (juillet-août 2015)

#### Etudes régionales existantes

- Panels ORS des différentes professions : informations relatives aux conditions d'exercice
- Etudes INSEE/ARS :
  - Accès aux soins de premier recours dans le PDL : renforcer l'offre dans les territoires fragiles. Décembre 2013.
  - Des enjeux différenciés en matière de santé dans les quartiers des grandes agglomérations
  - Fragilités sociales et besoins en santé : des situations différenciées d'un territoire à l'autre. Juillet 2016.
- Rapport ACSANTIS/Conseil régional : Evaluation de la politique régionale en faveur des créations des MSP
- Rapports ORS la Santé observée chirurgiens-dentistes (2016), médecin, kiné, orthoptistes, transports sanitaires et infirmiers (2015).
- Mémoire Institut d'économie et management Nantes : La démographie médicale et le risque de « déserts médicaux » dans la région Pays de la Loire : quelles solutions ? 2014.
- Etude « Les médecins traitants dans les Pays de la Loire : accès et démographie ». Assurance maladie Pays de la Loire, novembre 2015.
- Plan régional d'accès à la santé 2017-2020 du Conseil Régional des Pays de la Loire

#### Graphiques/ cartographies documentant le sujet

- Carte des MSP
- Carte zonage

# Les livrets du PRS

<b>Promotion Prévention Synthèse</b>	<b>Compétences Psychosociales des jeunes</b>	<b>Santé Environnement PRSE 3</b>	<b>Lutte contre les addictions</b>				
<b>Personnes âgées Synthèse</b>	<b>Accessibilité répartition des EHPAD</b>	<b>Bien vieillir à domicile</b>	<b>EHPAD de demain</b>	<b>Parcours personnes âgées</b>	<b>Prévention de la fragilité</b>	<b>Qualité sécurité Etablissements médicosociaux</b>	<b>Soutien aux aidants</b>
<b>Personnes handicapées synthèse</b>	<b>Diagnostic &amp; accompagnement précoces</b>	<b>Scolarisation enfants handicapés</b>	<b>Jeunes &amp; Protection de l'enfance</b>	<b>Accompagnement adultes handicapés</b>	<b>Insertion professionnelle &amp; handicap</b>	<b>Accompagn &amp; Polyhandicap</b>	<b>Accès aux soins &amp; handicap</b>
<b>Accès aux soins primaires</b>	<b>Accès aux soins spécialisés</b>	<b>Accès aux soins non programmés</b>	<b>Permanence des soins ambulatoires</b>	<b>Hôpitaux de proximité</b>	<b>Equipes mobiles</b>	<b>Pertinence des soins</b>	<b>Formation par la simulation</b>
<b>Soins palliatifs</b>	<b>Autisme</b>	<b>Troubles des apprentissages</b>	<b>Accidents vasculaires cérébraux</b>	<b>Plan Maladies neuro-dégénératives</b>	<b>Stratégie numérique régionale</b>	<b>Ressources humaines pour la santé</b>	<b>Politique régionale des Investissement</b>
<b>Besoins sanitaires Synthèse</b>	<b>Médecine</b>	<b>Chirurgie</b>	<b>Gynécologie obstétrique</b>	<b>Santé mentale &amp; psychiatrie</b>	<b>Soins de suite &amp; réadaptation Synthèse</b>	<b>SSR cardio vasculaire</b>	<b>SSR maladies respiratoires</b>
<b>SSR addictions</b>	<b>SSR digestif</b>	<b>SSR Neurologie</b>	<b>SSR Locomoteur</b>	<b>Unités de soins longue durée</b>	<b>Cardiologie interventionnelle</b>	<b>Accès aux soins non programmés</b>	<b>Soins critiques Réanimation soins intensifs</b>
<b>Insuffisance rénale chronique</b>	<b>Assistance médicale à la procréation</b>	<b>Diagnostic prénatal</b>	<b>Traitement du cancer</b>	<b>Equipements &amp; matériels lourds Imagerie</b>	<b>Biologie médicale</b>	<b>Permanence des soins en établissement</b>	<b>Hospitalisation à domicile</b>