



MA SANTÉ 2022
UN ENGAGEMENT COLLECTIF

DOSSIER D'INFORMATION

Vendredi 3 mai 2019

Où en sommes-nous des mesures d'accès aux soins dans les territoires ?



Edito



Agnès BUZYN
Ministre des Solidarités et
de la Santé

Répondre aux difficultés rencontrent que les Français, dans certains territoires, pour accéder à des soins de proximité constitue l'une des priorités de mon action. Dès les premiers mois du quinquennat, j'ai apporté de premières réponses à l'urgence de la situation : le lancement du plan d'égal accès aux soins, en octobre 2017, a concrétisé une première série de mesures fortes et emblématiques, telles que la création d'infirmiers de pratiques avancées aux compétences élargies pour le suivi de maladies chroniques ou encore le remboursement des téléconsultations.

Face à la désertification médicale, il nous faut **répondre aux difficultés immédiates des Français**, en retrouvant du temps médical utile, mais également adopter une stratégie de long terme, pour former davantage de professionnels.

Des dynamiques de mobilisation et de coopération se sont nouées, au niveau local avec les élus locaux et les professionnels de santé pour mettre en œuvre ce plan par des réponses adaptées aux réalités de chaque territoire. Ces dynamiques, impulsées et animées au quotidien par les Agences Régionales de Santé (ARS), ont déjà permis d'enregistrer de premiers progrès sur le terrain.

Cependant, le défi reste immense à l'heure où 45 % des médecins libéraux ont plus de 55 ans. Ce choc de la démographie médicale nous impose de redoubler d'efforts dans les années qui viennent. C'est pourquoi **la stratégie « Ma Santé 2022 »** est venue donner un nouvel élan au plan d'égal accès aux soins, en accélérant le déploiement de certains outils – tels que les communautés professionnelles territoriales de santé – et en le dotant de leviers supplémentaires pour libérer du temps médical et redynamiser les soins de proximité.

Parce qu'il n'existe pas de solution miracle à la désertification médicale, je souhaite plus que jamais faire preuve de pragmatisme. Les mesures, en place ou à venir, doivent évoluer constamment et sans tabou pour prendre en compte les retours du terrain et les difficultés d'application. C'est le sens de la mission que j'ai confiée au Dr Sophie AUGROS, médecin généraliste, au Dr Thomas MESNIER, député de Charente et à Elisabeth DOINEAU, sénatrice de Mayenne. Cette mission a donné lieu à un premier rapport riche d'enseignements à l'automne 2018 et se poursuivra en 2019.

Le baromètre des territoires

1200

le nombre de territoires intercommunaux qui rencontrent des difficultés en matière d'accès aux soins.

la proportion de ces territoires au sein desquels les ARS soutiennent un projet d'amélioration de l'accès aux soins.

80 %

500

le nombre de territoires au sein desquels ces projets sont sur le point de se concrétiser.

6

actions

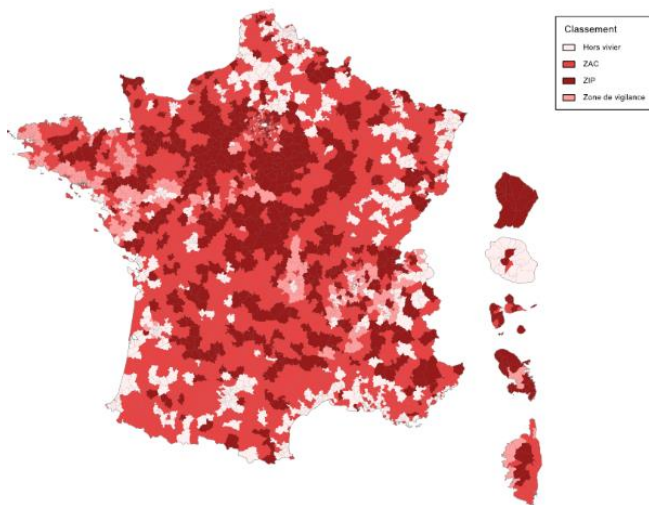
qui commencent

à produire des

résultats

Favoriser la présence de médecins et l'installation en zone fragile

Zonage médecins au 25/04/2019



Les incitations proposées aux médecins généralistes qui s'installent, consultent ou exercent dans des territoires fragiles ont été profondément revues depuis le début du quinquennat, afin d'en améliorer le ciblage et l'efficacité.

En premier lieu, **le zonage utilisé pour attribuer ces aides a été redéfini**. Ce travail a été conduit dans toutes les régions, en s'appuyant sur une méthodologie statistique établie par la DREES, et adaptée par les ARS aux spécificités de leurs territoires, en lien avec les acteurs (professionnels, patients, élus). Contrairement à l'indicateur de densité médicale, ce nouveau zonage prend notamment en compte le niveau d'activité des médecins de la commune (variable selon l'activité à temps plein ou partiel par exemple), des besoins de soins de la population et de la demande et de l'offre dans les communes avoisinantes.

L'investissement consenti est conséquent : les territoires éligibles aux aides conventionnelles (c'est-à-dire proposées par l'Assurance maladie) rassemblent ainsi près de 18% de la population française, contre 7% auparavant. En outre, ceux éligibles aux aides de l'Etat en rassemblent presque 36%, soit 23,7 millions d'habitants.

Les aides conventionnelles montent progressivement en puissance. Plus de 2 400 médecins ont ainsi signé un contrat conventionnel d'aide financière de l'Assurance maladie pour l'installation, le maintien de l'activité, ou encore l'organisation de consultations dans les zones les plus fragiles.

Plus de 1 100 médecins ont par ailleurs bénéficié d'une aide de l'Etat pour leur

6 700

Le nombre total de bourses, aides ou contrats accordés par l'Etat ou l'Assurance maladie à des médecins en

maintien ou leur installation, que ce soit par le biais d'un contrat de praticien territorial de médecine générale, médecine ambulatoire et médical de remplacement.

contrepartie d'une installation, du maintien ou de l'organisation de consultations dans des zones sous-denses.

Enfin, **près de 3 200 étudiants en médecine ou en dentaire ont bénéficié, depuis son lancement, du contrat d'engagement de service public (CESP)**, qui offre une bourse d'études en contrepartie d'une installation dans une zone fragile. Ce volume augmente de plus de 10% par an. Plus de 300 signataires ont désormais terminé leurs études et se sont installés en zones sous-denses. Ils exercent majoritairement (88%) en libéral.



Et demain...

Sophie AUGROS, médecin généraliste et déléguée nationale à l'accès aux soins, s'est vu confier début 2019 la mission d'évaluer les contrats incitatifs proposés par l'Etat pour favoriser l'installation des médecins dans les zones sous-denses : CESP, PTMG¹ et ses déclinaisons (PTMA², PTMR³) mais aussi contrat de praticien territorial à activité isolée (PIAS), ciblé sur les zones de montagne. Ces contrats forment aujourd'hui une palette fournie, inégalement connue et mobilisée en pratique. Sophie AUGROS formulera d'ici l'été des propositions de nature à améliorer leur lisibilité et leur attractivité.

¹ Contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale

² Contrat de Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire

³ Contrat de Praticien Territorial Médical de Remplacement

La multiplication des stages d'étudiants en cabinets de ville pour susciter des vocations au profit des territoires les plus fragiles

+ 17 %

L'augmentation du nombre de médecins agréés maîtres de stage universitaires depuis le début du quinquennat. On en dénombre aujourd'hui 10 736. La progression a été particulièrement forte cette année (+ 14% entre le 1^{er} janvier 2018 et le 1^{er} janvier 2019).

Le développement des stages ambulatoires, de préférence dans les zones manquant de professionnels, est essentiel pour faire découvrir à la jeune génération ces modes d'exercice et ces territoires.

Pour développer ce type de stage, plusieurs leviers ont été mobilisés :

- **L'évolution des maquettes de formation** a permis de donner davantage de place à ce type de stages, notamment pendant le troisième cycle d'études médicales
- Le recrutement de nouveaux maîtres de stage parmi les médecins libéraux a été favorisé par la mobilisation des ARS et des universités et soutenu par la **création d'une nouvelle indemnité conventionnelle de 300 € mensuels** pour ceux qui exercent en zone sous-dense.
- Les conditions matérielles dans lesquelles s'effectuent ces stages ont été améliorées : depuis la dernière rentrée universitaire, les internes peuvent, sous certaines conditions, bénéficier d'une **aide de 200 € mensuels** lorsqu'ils s'engagent dans ce type de stages.

Et demain...

Une réflexion sera ouverte dans les prochains mois, avec les principaux acteurs concernés, sur les mesures susceptibles de développer plus rapidement et massivement qu'aujourd'hui la maîtrise de stage universitaire, tant pour la médecine générale que pour les autres spécialités.

Encourager à l'exercice coordonné des professionnels et renforcer l'attractivité de l'exercice en cabinet de ville

L'enquête sur les déterminants à l'installation⁴, dévoilée en avril dernier par le Conseil national de l'Ordre des médecins, montre l'appétence des futurs professionnels pour de nouveaux modes d'exercice en ville. Seuls 3% d'entre eux souhaitent un exercice libéral isolé, 45% veulent un exercice regroupé (en maison de santé pluriprofessionnelle ou en cabinet de groupe), et 27% se dirigent vers un exercice mixte, libéral et salarié.

Les aspirations professionnelles des jeunes médecins valident la stratégie « Ma Santé 2022 » en faveur de l'exercice coordonné en général, et de l'exercice regroupé en particulier.

Les maisons et centres de santé offrent aux médecins des conditions d'exercice renouvelées qui correspondent tout particulièrement à ces nouvelles attentes. Ces structures rendent donc plus attractif l'exercice ambulatoire dans certaines zones en difficulté et permettent d'y stabiliser des médecins. En outre, plusieurs études ont démontré qu'elles améliorent le suivi des patients grâce à la coopération entre différents types de professionnels de santé.

L'essor de ces structures constitue une priorité du quinquennat. Le soutien financier de l'Assurance maladie a été considérablement renforcé, ce qui a permis d'améliorer leur pérennité financière, et de mieux valoriser le travail en équipe qui fait leur spécificité.

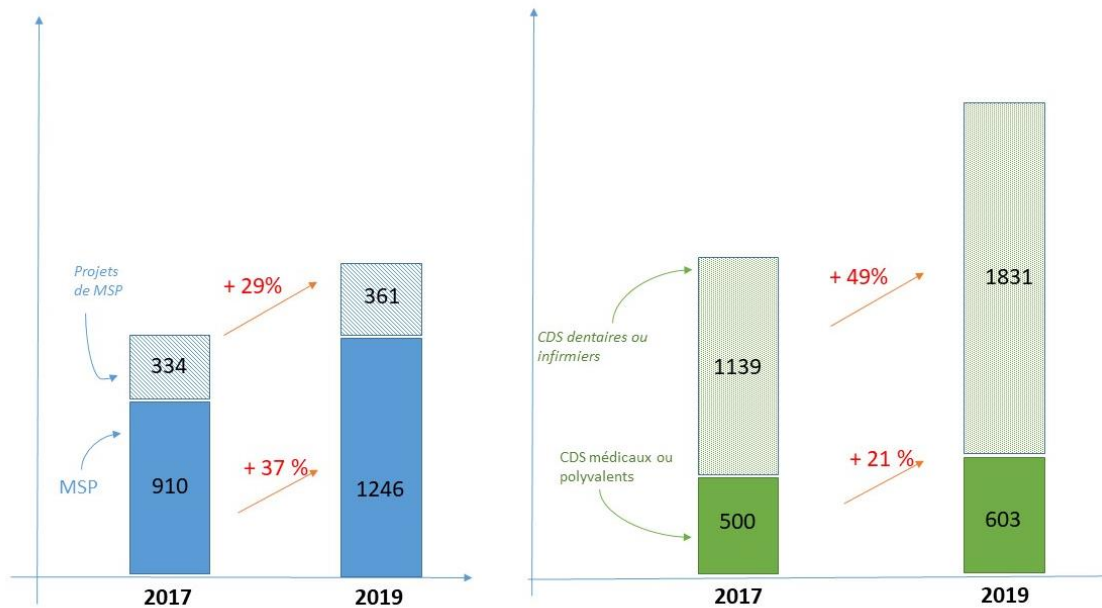
+ 37 %

La progression du nombre de maisons de santé pluriprofessionnelles depuis mars 2017

+ 21 %

La progression du nombre de centres de santé médicaux ou polyvalents depuis mars 2017

⁴ [Enquête sur l'installation des jeunes médecins, Commission jeunes médecins du CNOM, Avril 2019](#)



4

Le soutien à de nouvelles formes d'exercice pour renforcer la présence médicale dans les territoires fragiles

10 %

La proportion de médecins en cumul emploi-retraite. Cette proportion a doublé depuis 2011.

Il est nécessaire de promouvoir aujourd'hui des solutions nouvelles à la désertification médicale, qui misent non pas sur l'installation « à tout prix » mais sur la mobilité des professionnels de santé, installés dans une zone attractive et pourtant susceptibles d'assurer une présence à temps partiel en zone sous-dense.

Cela passe, en premier lieu, par le **développement de l'exercice multi-site des médecins libéraux**, qui leur permet d'ouvrir un lieu de consultation dans une zone sous-dense tout en conservant un cabinet principal dans une zone plus attractive. Cet exercice multi-sites bénéficie d'un soutien financier conséquent de la part de l'Assurance maladie puisque, depuis février 2019, les médecins exerçant au moins 10 jours par an dans une zone sous-dense peuvent voir leurs honoraires bonifiés de 25% lorsqu'ils sont réalisés dans ces territoires.

Ensuite, le cadre juridique et fiscal de ce mode d'exercice multi-sites a été considérablement assoupli, comme le proposait le rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins. Le code de déontologie médicale sera

modifié dans les semaines à venir pour assouplir la procédure et passer d'un régime d'autorisation par le conseil départemental de l'ordre des médecins à un régime de déclaration simple auprès de celui-ci. **Le cadre fiscal de cet exercice multi-sites** (assujettissement à la contribution économique territoriale) a par ailleurs fait l'objet d'une disposition en loi de finances cette année, rendant possible une exonération sur délibération par les collectivités territoriales.

Le **cumul emploi retraite** constitue également un levier important pour maintenir une présence médicale dans certains territoires. Une récente publication de la DREES a montré l'efficacité très forte de ce levier : au 1^{er} janvier 2018, près de 10% des médecins étaient en cumul emploi retraite. Ce dispositif permet de prolonger de 4 ans en moyenne la durée d'activité des médecins. Les généralistes sont plus nombreux à avoir recours au cumul emploi retraite dans les zones très peu denses, là où ils peinent à trouver des remplaçants et où ils bénéficient d'incitations financières. En effet, depuis un arrêté adopté en février 2019, les médecins bénéficiant du cumul emploi retraite dans les zones sous-denses sont exonérés de cotisations complémentaires vieillesse tant que leurs revenus annuels d'activité sont inférieurs à 40 000 €.



Dans leur rapport rendu en octobre 2018, les délégués nationaux à l'accès aux soins notaient que le plafond de revenu utilisé pour cibler les exonérations sociales liées au cumul emploi retraite dans les zones sous-dense était fixé à 40 000 € alors que les médecins en cumul emploi retraite gagnaient en moyenne 65 000€, ce qui le rendait peu opérant. La ministre des Solidarités et de la Santé s'est engagée à accroître ce plafond dans les semaines à venir afin de renforcer l'effet levier de ces exonérations.

Le développement des délégations de tâche et des coopérations entre professionnels de santé pour libérer du temps médical

3 millions de consultations médicales libérées pour les patients

Le nombre de consultations médicales que ces 3 dispositifs permettront d'éviter à horizon 2022, c'est ainsi l'équivalent de 800 médecins généralistes supplémentaires pour prendre en charge de nouveaux patients.

Depuis le début du quinquennat, de nombreuses mesures ont été mises en œuvre dans le but de développer les coopérations et les délégations de tâches entre professionnels de santé, afin de **permettre aux médecins de se recentrer sur les tâches nécessitant une expertise médicale et les prises en charge les plus complexes.**

Le **protocole ASALEE** permet à des infirmiers de travailler en binôme avec un médecin généraliste pour suivre et accompagner des malades chroniques, notamment en matière de prévention secondaire et d'éducation thérapeutique. 100 infirmiers supplémentaires ont été recrutés depuis le début du quinquennat dans ce dispositif.

Il concerne aujourd'hui 367 postes d'infirmiers, qui travaillent en coopération avec 2 800 médecins. L'IRDES a présenté en novembre les premiers résultats de son évaluation ; celle-ci montre notamment que la délégation d'une partie de l'activité du médecin généraliste à l'infirmier génère des gains de temps significatifs pour le praticien (jusqu'à 10% de patients supplémentaires dans les meilleurs binômes) et contribue à une amélioration notable de la qualité des soins pour certains patients chroniques.

Parallèlement, les premières promotions **d'infirmiers en pratique avancée**, qui disposent d'une formation plus poussée (Bac + 5) et donc de compétences plus étendues (en matière par exemple de prescription de certains médicaments), sont entrées en formation : ils sont plus de 300 cette année à suivre l'enseignement mis en place par 16 universités dans 8 régions ; parmi ceux-ci plus de 70 ont intégré directement la seconde année.

Ces futurs IPA se déploieront sur le terrain dans les 2 ou 3 prochaines années. Ils ont vocation à travailler en équipe avec des médecins, qui pourront leur confier le suivi de certains patients atteints de maladies chroniques stabilisées.

Enfin, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a généralisé la possibilité pour les pharmaciens d'assurer la **vaccination contre la grippe** pour certaines catégories de patients. Cette extension répond au succès des premières expérimentations, qui avaient mobilisé, dans les quatre régions expérimentatrices, près de 60% des pharmacies, lesquelles ont chacune vacciné une soixantaine de patients en moyenne.

Et demain...

- Une nouvelle filière de formation des infirmiers de pratique avancée sera créée, centrée sur la prise en charge en psychiatrie.
- Une prime de coopération sera instaurée pour valoriser les professionnels de santé choisissant de s'engager dans des protocoles de coopération pluri-professionnels.
- La haute autorité de santé (HAS) se prononcera sur l'ouverture aux pharmaciens de la possibilité de réaliser les rappels de certains types de vaccins.

6

Le déploiement de la télémédecine pour abolir les distances

Le déploiement rapide de la télémédecine doit permettre aux patients d'obtenir notamment dans les zones en tension, une prise en charge et un suivi plus rapides – en consultant un médecin à distance par vidéo – et un meilleur suivi – son médecin traitant pourra lui-même consulter un spécialiste par le biais d'applications numériques ou de plateformes dédiées pour obtenir un avis plus rapide.

- La **téléconsultation**, qui est l'un des volets de la télémédecine, est désormais remboursée par l'Assurance maladie à condition de respecter certaines conditions, comme la confidentialité des données médicales et le parcours de soins des patients. Six mois après l'entrée en vigueur de ces dispositions, environ 700 téléconsultations par semaine sont remboursées. Ce développement devrait s'amplifier dans les prochains mois, grâce aux dispositions conventionnelles en faveur du suivi de certains patients par des pharmaciens ou des infirmiers pendant une téléconsultation, par exemple pour apprendre à utiliser les appareils connectés.
- Par ailleurs, la **télé-expertise**, qui permet à un médecin de solliciter l'expertise d'un de ses confrères, est également remboursée depuis février 2019 dans les zones en tension, avant une généralisation prévue en 2020.

Des **aides financières** sont proposées aux acteurs qui souhaitent s'équiper en matériel de télémédecine : aides conventionnelles pour les médecins libéraux, les maisons et les centres de santé, aides du FIR pour les projets à dimension territoriale. 354 projets ont ainsi été accompagnés en 2018 par les ARS, pour un montant total de 27,5 M€, un chiffre en hausse de 21% par rapport à 2017. Cela vient s'ajouter aux 200 EHPAD équipés grâce au forfait ETAPES.

Le Ministère déploie par ailleurs une stratégie d'accompagnement visant à garantir la confiance dans la télémédecine (édition de recommandations de la HAS, d'un référentiel de sécurité de la vidéotransmission...) ainsi qu'à valoriser les projets innovants, à l'instar des 40 lauréats du concours « Parlez-nous télémédecine ».



Le projet de loi « Ma santé 2022 » prévoit d'autoriser le « télé-soin », c'est-à-dire la pratique de soins à distance entre un patient et un pharmacien ou un auxiliaire médical, par exemple un infirmier, un orthophoniste ou un orthoptiste. Cette disposition vient compléter la télémédecine, réservée aux professions médicales. Elle facilitera l'accès aux soins des populations peu mobiles ou résidant dans des territoires isolés.

**De nouveaux
leviers pour
l'accès aux soins**

Dans les mois à venir, de nouvelles mesures vont permettre de renforcer l'accès aux soins. La stratégie « Ma Santé 2022 » vise en effet à renforcer les équipes de soins situées dans les territoires fragiles en améliorant leur organisation et leur coopération avec l'hôpital, et en mettant à leur disposition des ressources médicales supplémentaires, telles que des médecins adjoints ou des postes partagés ville / hôpital. Elle vise également, face aux difficultés de la démographie médicale, à encourager les médecins à se concentrer sur les tâches requérant le plus haut degré d'expertise, afin **d'optimiser leur temps de consultation et de pouvoir ainsi accueillir un plus grand nombre de patients**. C'est l'esprit des mesures qui visent à déléguer certaines tâches à d'autres professionnels de santé, mais aussi de la création, annoncée par le Président de la République, de **4 000 assistants médicaux d'ici la fin du quinquennat**, pour seconder et appuyer les médecins dans un ensemble de tâches administratives et soignantes – remplir le dossier médical, prendre la tension du patient par exemple.

Ces évolutions sont à l'œuvre au travers, notamment, des négociations conventionnelles ouvertes au mois de janvier 2019, et du projet de loi portant Organisation et transformation du système de soins. Elles traduisent et impulsent de profonds changements dans la manière **d'exercer la médecine en équipe**, en coopération avec d'autres professionnels de santé, **en s'appuyant sur les outils numériques** et en assumant de plus en plus une **responsabilité que l'on peut qualifier de « populationnelle »**. Les zones sous-denses sont, bien souvent, à l'avant-garde de ces transformations.

ZOOM sur 'accès aux soins dans le projet de loi Santé

L'accès aux soins dans tous les territoires constitue une préoccupation prioritaire, qui irrigue de multiples dispositions du projet de loi en cours d'examen au parlement. Parmi elles :

- **la suppression du *numerus clausus***, qui déterminait l'accès à la 2^{ème} année des études de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique. L'accès à ces études se fera désormais à partir de voies diversifiées et la sélection, qui demeurera exigeante, deviendra plus progressive et non plus uniquement basée sur des connaissances techniques. Les modalités de régulation du nombre d'étudiants formés seront profondément réformées et prendront en compte à la fois les capacités de formation et les besoins du système de santé. En outre, grâce à cette réforme, les étudiants des différentes filières d'études en santé suivront davantage d'enseignements communs, ce qui les amènera à mieux se connaître et à travailler ensemble plus facilement dans le futur.
- l'assouplissement des possibilités de recourir au statut de **médecin adjoint**, qui permet à un interne en médecine n'ayant pas encore soutenu sa thèse d'exercer comme assistant d'un autre médecin. Le médecin adjoint viendra alors en appui d'un médecin dans un territoire en tension pour prendre en charge davantage de patients, tout en découvrant l'exercice de la

médecine de ville. Aujourd'hui réservée aux zones touristiques, cette possibilité sera étendue à l'ensemble des territoires qui connaissent des difficultés d'accès aux soins.

- la définition des missions des **futurs hôpitaux de proximité**. Ces établissements, qui bénéficieront d'un financement repensé, permettront aux patients de bénéficier d'un diagnostic et d'une première réponse au plus proche de leur domicile. Ils travailleront en coopération étroite avec les professionnels de ville, qu'ils accueilleront à la fois dans leurs instances de gouvernance et dans leur organisation de travail grâce à un exercice mixte.
- le soutien aux **délégations de tâche et aux coopérations entre professionnels de santé**. La procédure d'élaboration et d'autorisation des protocoles de coopération est réformée afin d'améliorer la rapidité et la fluidité de leur mise en œuvre. En outre, le projet de loi permettra aux pharmaciens de renouveler des ordonnances et d'adapter les posologies de traitements chroniques. Dans certaines conditions, ceux-ci pourront également délivrer des médicaments à prescription médicale obligatoire pour offrir une première réponse à certaines pathologies fréquentes et relativement bénignes, comme la cystite ou la rhinite allergique, dans les territoires où les patients peinent à accéder à des consultations médicales sans rendez-vous.

Zoom sur le recrutement de 400 médecins généralistes

Lors de son discours d'annonce de la stratégie « Ma santé 2022 », le Président de la République s'est engagé à ce que 400 postes supplémentaires de médecins généralistes soient financés et ouverts dans les territoires frappés par la désertification médicale.

Cette mesure est opérationnelle depuis le mois de février. Elle se décline en 2 volets complémentaires pour toucher un large vivier de recrutement et répondre aux besoins de territoires aux caractéristiques différentes.





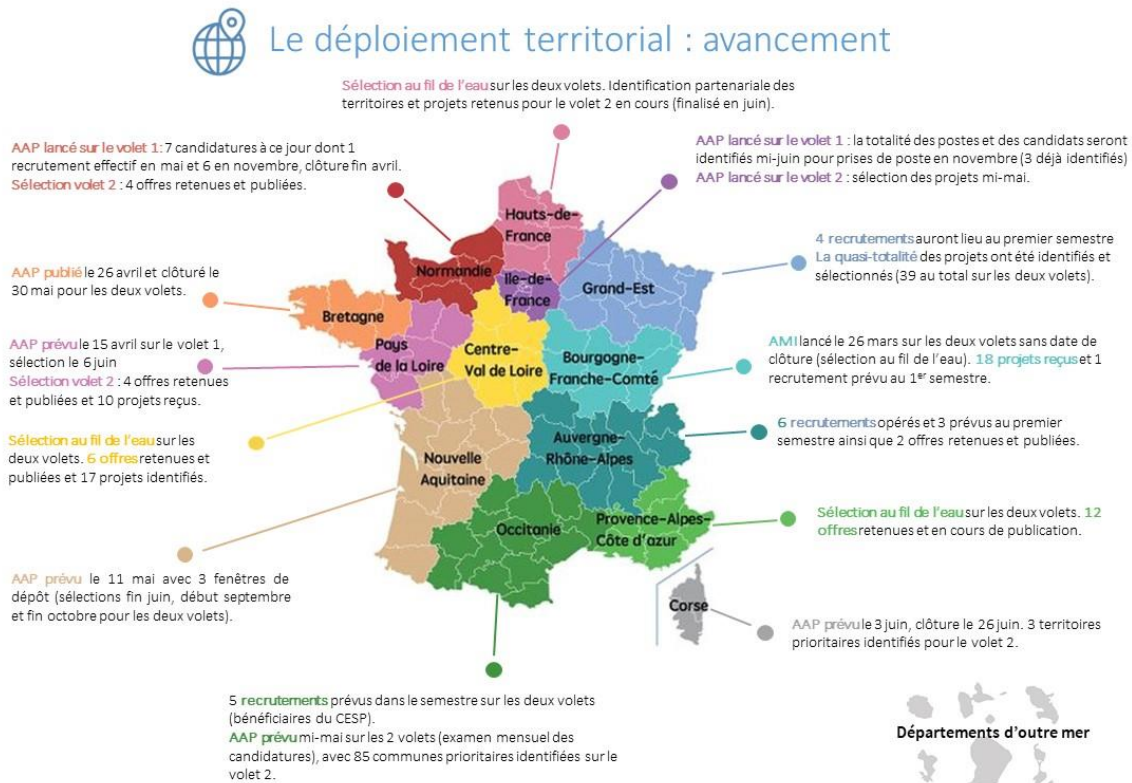
Le 1^{er} volet propose au moins **200 postes à exercice partagé ville / hôpital, destinés à des médecins recrutés en tant que praticiens hospitaliers contractuels** à temps partiel, leur autre mi-temps étant assuré en ambulatoire dans une zone sous-dense ou un quartier prioritaire de la ville. Ces postes mixtes ville / hôpital offriront de nouvelles opportunités aux jeunes médecins généralistes, en leur permettant d'affiner progressivement leur projet professionnel dans un cadre souple et sécurisant. Ils seront également un vecteur de renforcement du partenariat entre établissements de santé et structures ambulatoires.

Le 2nd volet soutient la création d'au moins **200 postes de médecins salariés** en zone sous-dense ou quartier prioritaire de la ville, grâce à l'octroi d'une aide à l'équipement, d'une garantie financière et d'un accompagnement technique à des employeurs de différentes natures (collectivités territoriales, centres hospitaliers, centres de santé mutualistes...). Il s'agit ici de

répondre aux aspirations de salariat exprimées par la jeune génération de médecins et d'apporter un soutien plus marqué aux projets de création de centres de santé qui émergent sur les territoires frappés par la désertification médicale.

Le projet « 400 médecins » étant centré sur la médecine générale, un **dispositif complémentaire a été prévu pour répondre aux besoins des autres spécialités médicales** : une cinquantaine de postes mixtes ville / hôpital seront ainsi proposés en 2019, selon les mêmes modalités que les 100 postes d'assistants partagés ville / hôpital déployés en 2018.

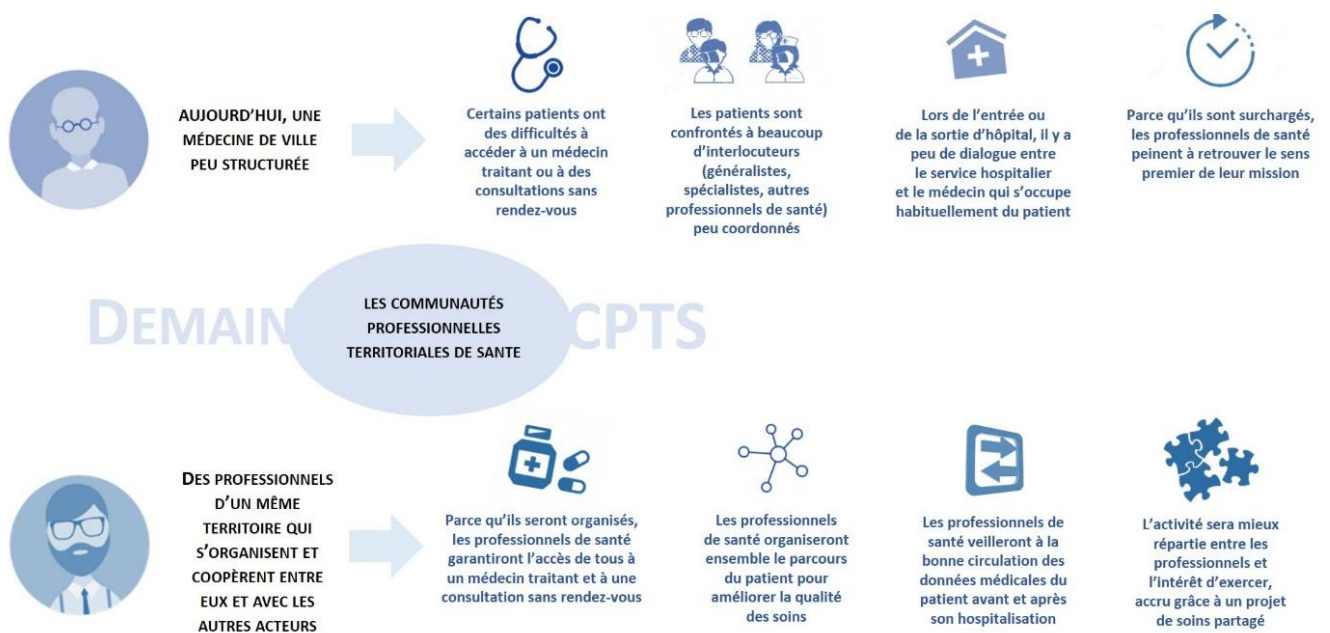
De premiers résultats encourageants



- Une vingtaine de recrutements est effectuée ou prévue dans les semaines à venir. Ainsi, ce sont **au moins 14 000 patients qui devraient à très court terme retrouver un médecin traitant.**
- Plus d'un quart des projets de postes mixtes ville / hôpital a été identifié et validé. Ces postes étant destinés essentiellement aux jeunes médecins en sortie d'internat, les **recrutements seront effectifs au mois de novembre 2019.**
- Environ 65 projets de recrutements salariés ont été sélectionnés par les ARS et devraient donner lieu à **des embauches avant l'été.** Les projets proposés aux ARS sont de nature très variée : création de centres de santé municipaux, départementaux ou mutualistes, création d'antennes ou recrutements supplémentaires dans des centres de santé existants, recrutements directs de généralistes ambulatoires par des établissements de santé ou des médecins libéraux...
- Une campagne nationale de promotion du dispositif sera menée prochainement à destination des internes et des jeunes diplômés pour faire connaître les 2 volets et susciter l'installation de nouveaux médecins dans tous les territoires identifiés.

Zoom sur la création des communautés professionnelles territoriales de santé

Les CPTS (ou communautés professionnelles territoriales de santé) incitent les professionnels de santé d'un même territoire à s'organiser entre eux pour répondre aux besoins de santé de la population : par exemple, trouver des médecins traitants pour les patients qui en sont dépourvus, garantir l'accès à des consultations sans rendez-vous en journée... mais aussi pour coopérer avec les hôpitaux et avec les EHPAD, dans une logique de responsabilité collective.



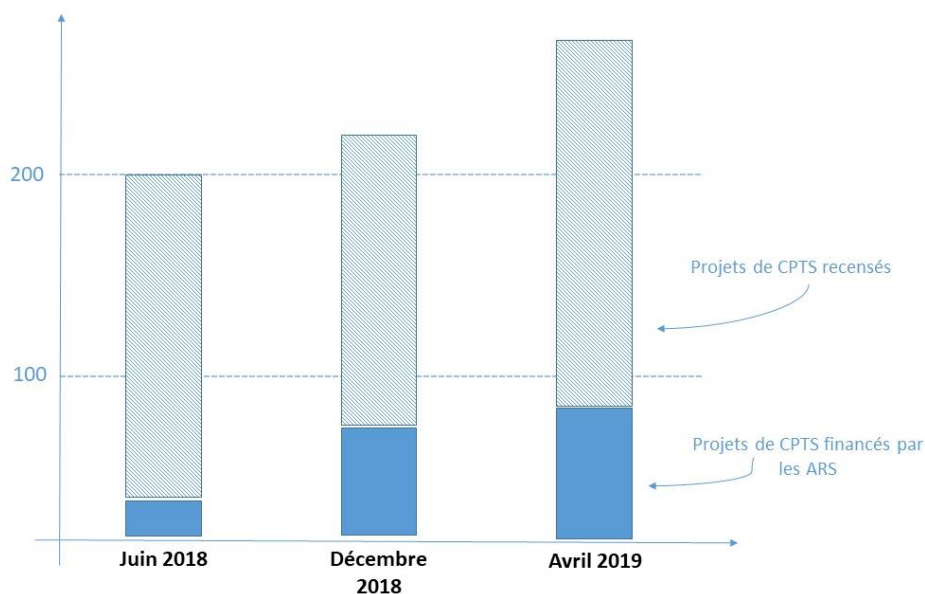
+ 25%

La progression du nombre de projets de CPTS entre décembre 2018 et avril 2019

Les ARS et leurs partenaires s'organisent pour accompagner l'émergence de ces projets : cela passe notamment par le soutien financier apporté aux URPS, et parfois à la fédération des maisons de santé, pour accompagner les porteurs de projets, en ciblant souvent en priorité les territoires fragiles. Elles **structurent aussi progressivement les outils d'accompagnement, toujours en lien avec leurs partenaires** : guides méthodologiques, création d'espaces de mutualisation entre *leaders* dans plusieurs régions, mise en place d'un « numéro vert » régional pour les porteurs de projet ...

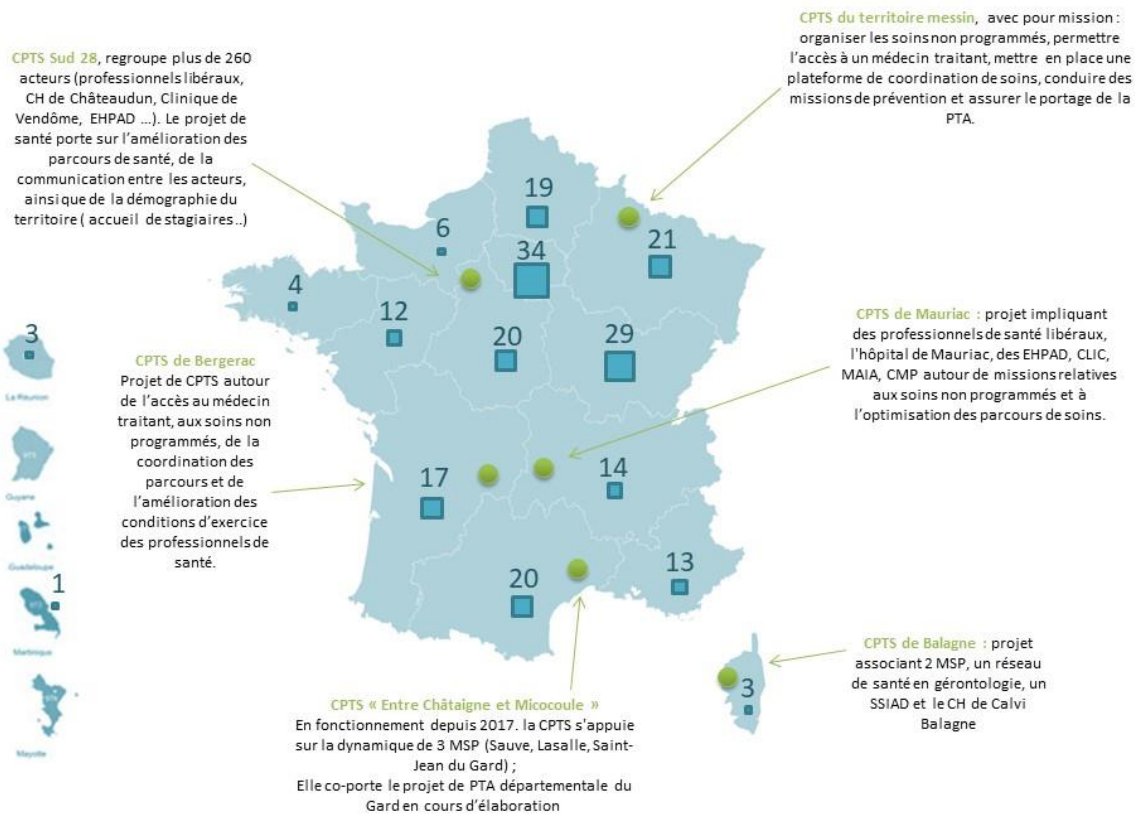
Les négociations conventionnelles en cours vont permettre de poser un cadre de financement pérenne et de consolider la dynamique engagée : les CPTS seront ainsi soutenues financièrement dans l'organisation et la réalisation d'un certain nombre de missions (prévention, soins non programmés, garantie de médecin traitant, organisation des parcours des patients etc.).

On recense aujourd'hui environ 280 projets de CPTS à des degrés de maturité divers. Environ 75 ont été reconnus par les ARS et reçoivent à ce titre un soutien financier pour la formalisation du projet ou la réalisation des premières actions.



Ce chiffre connaît une forte progression par rapport aux précédents recensements opérés en juin 2018 (rapport IGAS) et décembre 2018, une dynamique qui reflète l'intérêt des professionnels pour ce mode d'organisation. Ainsi :

- Le nombre de projets financièrement soutenus a été multiplié par 4 depuis juin 2018, ce qui témoigne à la fois du volontarisme des ARS et de la montée en maturité des équipes professionnelles concernées ;
- Le nombre total de projets connaît une très forte accélération depuis le début des négociations conventionnelles : il s'est accru de 25% entre décembre 2018 et avril 2019, signe de l'effet mobilisateur sur les professionnels de santé de terrain.



Les projets de CPTS : volumes régionaux et exemples de projets

Le pari des territoires : faire confiance aux acteurs locaux pour construire des solutions nouvelles

Ces différentes mesures dessinent des transformations profondes dans la manière de soigner et d'organiser les soins dans les territoires. De telles évolutions ne peuvent pas se décréter depuis Paris et s'imposer de manière uniforme et descendante. « Ma Santé 2022 » fait donc le pari d'un changement délibéré de méthode, en s'appuyant sur les acteurs locaux pour construire des réponses adaptées territoire par territoire.

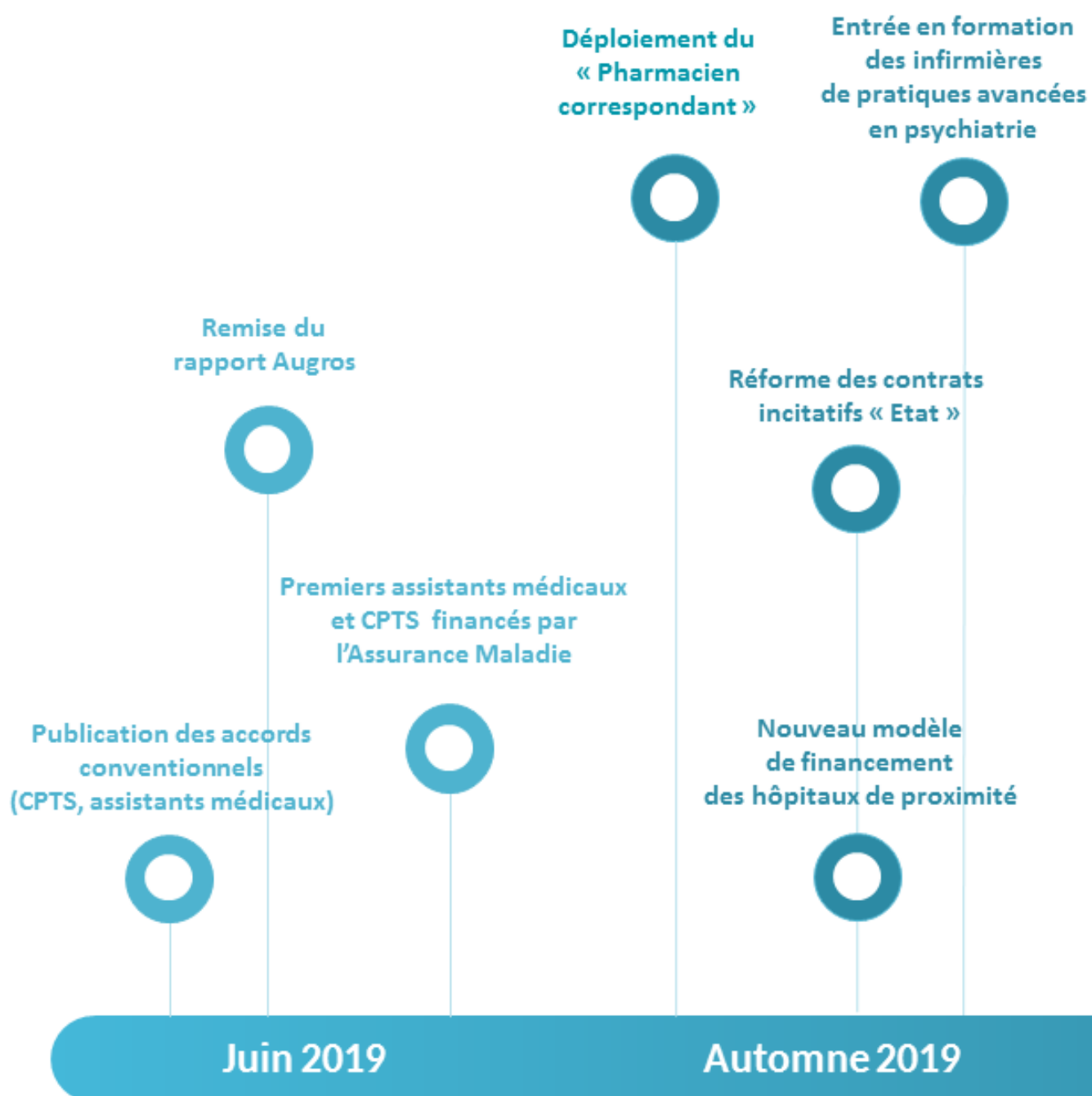
Ces dispositions n'ont pas vocation à être déclinées de manière aveugle et uniforme dans tous les territoires, car tous n'ont pas les mêmes besoins. Elles constituent une boîte à outils proposée aux acteurs locaux, avec l'appui des Agences régionales de santé.

Ce travail de proximité doit s'opérer en lien étroit avec les élus locaux. Du fait des compétences qu'elles exercent et de leur capacité d'animation territoriale, les collectivités territoriales constituent en effet des partenaires essentiels pour les Agences régionales de santé dans la conduite de projets de lutte contre la désertification médicale. Courant 2018, les ARS ont organisé **plus de 1 100 réunions** et séminaires de travail autour des problématiques d'accès aux soins, réunissant **plus de 4 400 élus** locaux, issus de tous types de collectivités.

Plusieurs démarches ont été initiées pour consolider la participation des élus locaux aux politiques territoriales de santé :

- Un **groupe-contact national** a été mis en place en mars 2019 par le ministère des Solidarités et de la Santé avec les principales associations nationales d'élus, en lien avec le ministère de la Cohésion des territoires. Chaque mois, il se réunit pour échanger autour des principaux chantiers de « Ma Santé 2022 », notamment les problématiques d'accès aux soins.
- le **projet de loi « Ma santé 2022 »**, en cours d'examen au Parlement, prévoit plusieurs dispositions pour renforcer cette participation des élus, comme l'organisation d'un débat annuel dans chaque département autour du bilan et des orientations de la politique menée par l'ARS.
- un **guide méthodologique sera publié fin 2019** pour mettre à disposition des collectivités territoriales des repères techniques et des outils méthodologiques de conduite de projets en matière d'accès aux soins.

Les jalons pour 2019



**Déploiement du dispositif de
délivrance de médicaments
par les pharmaciens**



Décembre 2019

**Publication des premiers
protocoles de
coopération nationaux**

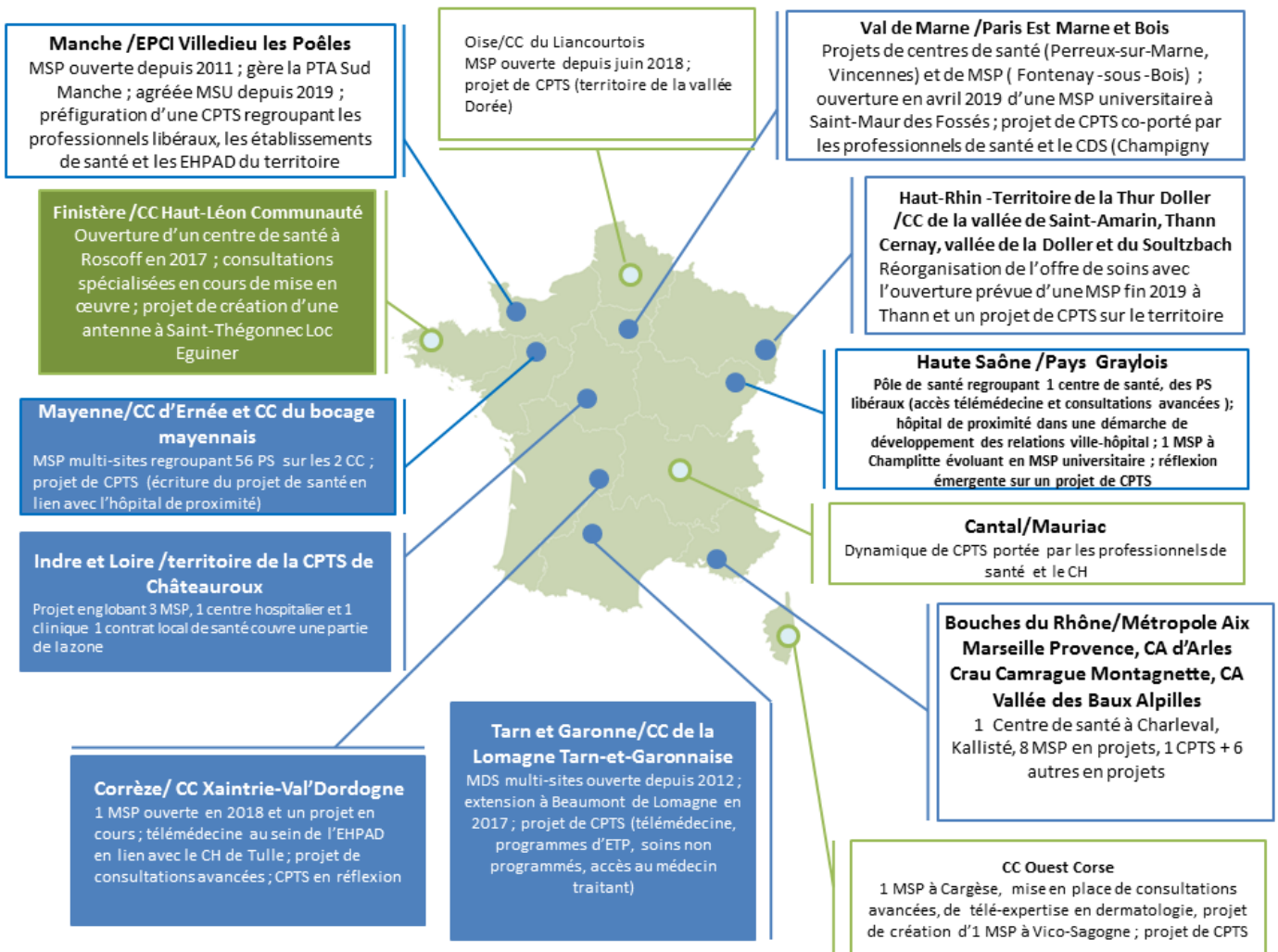


**Labellisation des premiers
hôpitaux de proximité**



Juin 2020

Des territoires qui avancent



CPTS Madinina créée en 2018 à l'initiative des PS

Réflexion avancée sur 3 projets de MSP (Les Saintes, Deshaie, Pointe-Noire)

Ouverture prochaine d'une MSP à la Possession

2 MSP ouvertes en 2017 ; 2 en cours de labellisation
1er centre de santé ouvert en 2017 ; un 2nd début 2019



