

SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS

Volet ambulatoire

Volet Biologie médicale

2012-2016

Version soumise à consultation dans le cadre de l'article L1434-3
du Code de la santé publique

SOMMAIRE

ELEMENTS DE CONTEXTE ET DE CADRAGE	5
LE VOLET AMBULATOIRE.....	9
1 DIAGNOSTIC ET PROBLEMATIQUES.....	11
1.1 Définition du champ du schéma : l'offre de soins de proximité.....	11
1.2 Caractéristiques de la région Centre.....	15
2 LA PLANIFICATION D'UNE ORGANISATION CIBLE A CINQ ANS.....	23
2.1 Identifier des territoires de proximité a consolider.....	23
2.1.1 Définir les zones « fragiles » en professionnels du premier recours	24
2.1.2 Prioriser des territoires de projets	29
2.2 Maintenir et attirer des professionnels de sante sur un territoire.....	30
2.2.1 Sensibiliser à l'exercice libéral de la médecine et des autres professions	30
2.2.2 Favoriser les stages en médecine générale et développer le réseau des maitres de stages	31
2.2.3 Travailler sur le développement des lieux de stage en milieu rural des professions paramédicales	32
2.2.4 Favoriser les exercices regroupés en fonction de besoins identifiés.....	32
2.2.5 Développer la fonction d'information et de conseil auprès des professionnels de santé pour faciliter leur exercice quotidien	43
2.3 Mobiliser les professionnels de sante autour de projets locaux de sante.....	44
2.3.1 Contribuer à faciliter l'exercice au quotidien et rompre l'isolement des professionnels de sante	44
2.3.2 Accompagner des actions améliorant la qualité et la sécurité des soins.....	48
2.3.3 Favoriser l'émergence de protocoles de coopération permettant le transfert d'activités entre professionnels de sante	54
3 PLAN D' ACTIONS.....	56
4 ARTICULATION AVEC LES AUTRES SCHEMAS	59
4.1 Articulation avec le schema regional prevention.....	59
4.2 Articulation avec le volet hospitalier du SROS	65
4.3 Articulation avec le schema regional medico-social	69
4.3.1 Améliorer la prise en charge des personnes âgées.....	69
4.3.2 Garantir l'accès aux soins des personnes handicapées.....	70
5 ANNEXES	71

LE VOLET BIOLOGIE MEDICALE	79
1 LA REGLEMENTATION.....	80
1.1 Le contexte réglementaire	80
1.2 Les textes	80
2 L'ETAT DES LIEUX.....	81
2.1 Maillage : répartition et diversité de l'offre	81
2.1.1 Répartition	81
2.1.2 Densité	83
2.1.3 Les regroupements	83
2.1.4 Situations particulières	83
2.2 Démographie et formation	90
2.3 L'accréditation	90
2.4 La permanence des soins dans sa dimension infra régionale	90
2.5 Données d'activité	93
2.6 Les systemes d'information	95
2.7 Les relations EFS/Etablissements de santé	96
3 ORIENTATIONS ET ACTIONS ENVISAGEES.....	96
4 INDICATEURS	97

ELEMENTS DE CONTEXTE ET DE CADRAGE

LA PLACE DU SCHEMA DANS LE PRS

Fixé pour une durée de cinq ans, le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) est un outil de mise en œuvre et de déclinaison opérationnelle du Projet Régional de Santé (PRS) introduit par la Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009.

Le Projet Régional de Santé (PRS) constitue l'outil de planification unifié de la politique de l'ARS. Il privilégie une approche transversale des politiques publiques de santé dans l'objectif d'opérer une meilleure complémentarité des offres, des ressources et des compétences mobilisées pour la santé des citoyens et d'assurer une fluidité des parcours.

Le plan stratégique régional de santé, première composante du PRS, a fixé des priorités et des objectifs généraux d'amélioration de la santé et de l'offre en région en ciblant plus spécifiquement six domaines d'intervention : l'autonomie, la veille et la sécurité sanitaires, la périnatalité et la petite enfance, la santé mentale et les conduites à risque.

Le SROS constitue un outil opérationnel de mise en œuvre de ce plan stratégique.

Il doit s'inscrire en cohérence - voire même dans le cadre d'une approche intégrée - avec les deux autres schémas régionaux relatifs à la prévention et à l'organisation médico-sociale, dans l'objectif d'améliorer le parcours de vie et de soins des personnes. A ce titre :

- il précise la contribution des acteurs du soin au développement de la prévention et de la promotion de la santé et à la gestion des risques sanitaires,
- il prévoit les évolutions nécessaires de l'offre de soins au regard des besoins de santé territoriaux, compte tenu du diagnostic régional établi,
- il détermine les modalités de coordination des soins de toute nature apportés à l'usager et précise les complémentarités ainsi que les coopérations nécessaires, notamment entre les établissements de santé, les centres de santé, les structures et professionnels de santé libéraux et les établissements et services médico-sociaux.

LES ENJEUX ET LES PRINCIPES

Le SROS participe dans ses deux volets aux trois enjeux du projet régional de santé (améliorer l'espérance de vie en bonne santé, promouvoir l'égalité devant la santé, développer un système de soins et de santé de qualité, accessible et efficient), qu'il décline par l'amélioration de :

- l'accès aux soins et la réduction des inégalités d'accès aux soins
- la qualité et de la sécurité des prises en charge
- l'efficacité.

Pour cela, il tient compte des contraintes imposées par la faible densité des professionnels de santé en proposant notamment :

- Dans son volet hospitalier :
 - le renforcement et la formalisation des partenariats entre les structures, l'organisation de la permanence des soins en établissement de santé (PDSES) et le développement de la télé-médecine.
 - la consolidation et le maintien d'une offre de soins accessible à la population fondée sur l'implantation des activités de soins soumises à autorisation, la modernisation des plateaux techniques, l'organisation des filières de soins et des missions de service public, le tout dans un contexte économique difficile.
 - le développement des modes de prise en charge substitutifs à l'hospitalisation conventionnelle

- Dans son volet ambulatoire :
 - l'identification de territoires de proximité à consolider
 - des leviers d'action susceptible d'attirer et de maintenir les professionnels de santé sur le territoire
 - la mobilisation des professionnels de santé autour de projets locaux de territoire.

LES TERRITOIRES DE PROXIMITE

L'ARS du Centre a retenu les six départements de la région comme territoires de santé, notion administrative et opposable dans le cadre de la planification de l'offre de soins (article L. 1434-9 du CSP) et de l'installation des conférences de territoires.

Au delà de cette définition juridique, le SROS doit aussi tenir compte des territoires dits « de proximité ».

Le volet hospitalier du SROS s'inscrit dans la continuité du précédent schéma sanitaire avec des établissements ou pôles de référence correspondant aux principales villes de la région, approche qui a été confortée par le choix de l'ARS de retenir le département comme territoire de santé. Les territoires infra départementaux, correspondent aux zones d'attractivité des établissements de santé installés dans les villes de sous préfectures auxquelles s'ajoutent les zones de Gien et Amboise-Chateaurenault.

Pour le schéma de l'offre ambulatoire, le territoire de proximité correspond à un territoire de projet qui renvoie à un espace de coopération issu des volontés locales. Les contours de ce territoire sont donc variables et mouvants en fonction des acteurs qui le porte et des évolutions du projet dans le temps. Les contours du territoire de projet varient également en fonction du sujet traité (offre de premier recours, prévention et promotion de la santé, accompagnement médico-social, etc) et souvent du degré de spécialité de l'offre concernée

LES ELEMENTS DE REFERENCE NATIONAUX

Le SROS s'inscrit dans le cadre :

- les dispositions du code de la santé publique et plus particulièrement de ses parties 4 (Professions de santé) et 6 (Etablissements et services de santé) telles que modifiées notamment par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dans ses titres 1 (Modernisation des établissements de santé) et 2 (Accès de tous à des soins de qualité).
- les orientations nationales précisées par la CIRCULAIRE N° DGOS/R5/2011/311 du 1er août 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS).

LE CADRE REGLEMENTAIRE DU SCHEMA

Le schéma régional d'organisation des soins instauré par la loi HPST comporte deux innovations majeures par rapport au précédent schéma régional d'organisation sanitaire : son intégration au sein du Projet régional de santé (PRS) et l'extension de son champ d'application à l'offre de soins ambulatoire.

Prévu par les articles L1434-7 et suivants du code de la santé publique précisés par l'article R1434-4 tel qu'il ressort du décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé, « le schéma régional d'organisation des soins a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique ».

Son contenu :

Le schéma régional d'organisation des soins comporte :

1° Une partie relative à l'offre de soins hospitaliers et aux équipements lourds qui se décline de la façon suivante :

- Les objectifs de l'offre de soins par activités de soins et équipements matériels lourds, dont les modalités de quantification sont fixées par décret ;
- Les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ;
- Les transformations et regroupements d'établissements de santé, ainsi que les coopérations entre ces établissements ;
- Les missions de service public assurées par les établissements de santé et les autres personnes citées à l'article L. 6112-2 ;
- Les objectifs et les moyens dédiés à l'offre de soins en milieu pénitentiaire.

2° Une partie relative à l'offre sanitaire des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé, des centres de santé, des pôles de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé

Son caractère opposable :

La première partie, relative à l'offre de soins hospitalière, est opposable aux établissements de santé, aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, ainsi qu'aux établissements et services qui sollicitent de telles autorisations ; en effet, les autorisations accordées par le directeur général de l'agence régionale de santé doivent être compatibles avec les objectifs fixés par le schéma régional d'organisation des soins.

Le volet ambulatoire du SROS a une valeur essentiellement indicative ; cela a été confirmé par les modifications des dispositions du code de la santé publique par l'article 4 de la loi 2011-940 du 10 août 2011 (*modifiant la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009*) : le SROS « précise dans le respect du principe de la liberté d'installation des professionnels de santé » les évolutions de l'offre de soins.

Le volet ambulatoire du SROS indique par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier et second recours, notamment celles des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé. L'article 2 de la loi du 10 août susvisé prévoit que le projet de santé des maisons de santé « est compatible avec les orientations des schémas régionaux » et qu'il « est transmis pour information à l'ARS ».

Il détermine les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique de l'offre ambulatoire. A ce titre, il a vocation à guider l'action publique – notamment celle de l'ARS – pour l'attribution d'éventuels moyens. Par ailleurs, le zonage prévu à l'article L4134-7 du code de santé publique est, quant à lui, opposable et il a vocation à être intégré au premier schéma régional d'organisation des soins (*article 4 de la loi du 10 août 2001*).

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut par ailleurs s'opposer à l'ouverture d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un site d'un laboratoire de biologie médicale, lorsqu'elle aurait pour effet de porter, sur le territoire de santé infrarégional considéré, l'offre d'examen de biologie médicale à un niveau supérieur de 25 % à celui des besoins de la population tels qu'ils sont définis par le schéma régional d'organisation des soins.

LES LEVIERS DE L'ARS

La réalisation des objectifs du schéma régional de l'offre de soins sera possible par la mobilisation de plusieurs leviers :

Pour le volet de l'offre hospitalière :

- La délivrance et le renouvellement des autorisations pour les activités de soins et les équipements lourds en application des dispositions des articles L 6122-1 et suivants du code de la santé publique.
- Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre l'ARS et chaque établissement de santé ou titulaire d'autorisation en application des articles L 6114-1 et suivants du CSP:
- La possibilité pour le directeur général de l'ARS de demander aux établissements publics de santé de coopérer sous l'une des formes prévues par l'article L6131-2 du CSP (conventions de coopération, communautés hospitalières de territoire, ...)

Pour le volet de l'offre ambulatoire :

- La définition des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé.
- Le pôle d'appui aux professionnels de santé
- La mobilisation des aides au maintien et à l'installation des professionnels de santé y compris par le recours aux financements prévus dans le contrat de projet Etat-région pour les maisons de santé
- L'accompagnement des actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins
- Les systèmes d'information et la télémédecine
- L'articulation entre l'ARS et les autres acteurs concernés et notamment les unions régionales des professionnels de santé, l'université et les collectivités territoriales.

LE VOLET AMBULATOIRE

PREAMBULE

Ce premier schéma régional de l'organisation des soins-volet ambulatoire (SROS ambulatoire) a pour ambition de définir, en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés, la stratégie d'organisation des soins ambulatoires, pour la Région Centre.

Il a vocation à mobiliser les professionnels de santé, afin de construire aujourd'hui et demain une organisation de l'offre de soins de proximité, reposant sur l'accessibilité et la qualité des soins.

Le SROS ambulatoire est élaboré, en tenant compte des principes suivants :

- l'importance d'une déclinaison territoriale adaptée aux spécificités locales (le SROS ambulatoire fixe des orientations et priorités d'actions régionales mais en tenant compte de l'expérience des acteurs de terrain et des problématiques des territoires) ;
- la planification d'une organisation autour de priorités partagées, se fondant sur une concertation approfondie avec les professionnels et partenaires de santé ;
- le pragmatisme de la démarche avec une priorisation des actions (ciblage de celles réalisables) et des territoires ; la priorisation des actions intervient à la fois pour les thèmes propres à l'ambulatoire mais également pour les thèmes transversaux d'articulation avec les autres schémas.

Il n'est pas opposable conformément aux dispositions de l'article L1434-7 du code de la santé publique.

Dans sa mise en œuvre au cours des cinq prochaines années, des modifications pourront être apportées au présent schéma, en fonction du contexte législatif et réglementaire et des spécificités régionales et locales, s'adaptant aux évolutions de l'organisation de l'offre de soins et aux besoins de santé.

Chaque modification fera l'objet d'une concertation préalable, dans le cadre des dispositions de l'article R 1434-1 du CSP qui prévoit les modalités de révision du projet régional de santé.

Pour l'élaboration et la mise en œuvre de ce schéma, l'ARS souhaite tout particulièrement travailler en étroite concertation avec l'ensemble des acteurs concernés et notamment :

- Les services de l'Etat en charge de l'aménagement du territoire
- Les collectivités territoriales : conseil régional et conseils généraux.
- L'université
- Les instances représentatives des professionnels de santé : Conseils de l'ordre et unions régionales des professions de santé
- Les associations représentant les usagers

Ces différents partenaires sont représentés au sein du comité régional de la démographie des professions de santé prévu par le décret n°2010-804 du 13 juillet 2010 ; il convient de souligner qu'en région Centre, l'ARS a choisi de demander aux conseils généraux d'y siéger alors que leur participation n'est pas prévue par le texte susvisé, compte tenu de leur forte implication sans les questions de démographie des professions de santé. Cette instance doit en effet contribuer à la mise en œuvre un plan d'action partagé et cohérent.

1 DIAGNOSTIC ET PROBLEMATIQUES

1.1 DEFINITION DU CHAMP DU SCHEMA : L'OFFRE DE SOINS DE PROXIMITE

La loi relative à l'Hôpital aux Patients à la Santé et aux Territoires (Loi HPST) rappelle que « l'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité » (art. 1411-11 du Code de la Santé publique).

Les soins visés sont :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- l'éducation pour la santé.

Le volet ambulatoire du schéma régional d'organisation des soins a vocation à s'adresser à l'ensemble des professionnels de santé et des structures de ville participant au premier recours, mais également à certains intervenants du second recours, composant l'offre de soins de proximité.

Les professions de santé et leurs modalités de fonctionnement font l'objet de la quatrième partie du code de la santé publique : en relèvent les professions médicales (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes), les pharmaciens et les auxiliaires médicaux. Parmi ceux là, certains exercent en ambulatoire et sont susceptibles de s'inscrire dans des processus de coopération : masseurs-kinésithérapeutes, pédicure-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes, audioprothésistes et opticiens lunettiers, diététiciens.

- Les médecins généralistes

Le médecin généraliste est l'acteur incontournable du premier recours. Il constitue la porte d'entrée pour accéder au système de soins (diagnostic, prise en charge, suivi des maladies chroniques) et a une place non négligeable en matière de prévention et de santé publique (dépistage, éducation thérapeutique).

La plupart des médecins généralistes a été choisie comme médecin traitant : à ce titre, ils orientent leurs patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social et s'assurent de la coordination des soins nécessaire, ce dans le cadre du parcours de soins.

Enfin, il contribue :

- au dispositif de permanence des soins ambulatoires,
- à la synthèse des informations transmises par les différents intervenants dans le parcours de soins du patient,
- à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.

Le parcours de soins est un élément structurant de l'offre de proximité, il s'articule autour du premier recours (médecin traitant).

Dans le maintien et l'amélioration de l'accès aux soins de premier recours, il importe de tenir compte et de valoriser la place des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes dans le système de soins, optimisant leurs compétences et en développant de nouveaux rôles.

- Les infirmiers

Les infirmiers interviennent auprès des personnes dépendantes et peuvent souvent déceler et repérer les situations nécessitant une prise en charge coordonnée et globale, de par leurs interventions fréquentes au domicile du patient.

Leurs compétences ont été récemment étendues par la convention nationale des infirmiers signée entre l'Assurance maladie et les syndicats professionnels, leur conférant un droit de prescription des dispositifs médicaux et la possibilité de réaliser la vaccination contre la grippe.

Dans le contexte de la démographie médicale déclinante nécessitant l'optimisation du temps médical, d'évolution des métiers, leur implication dans la prise en charge, l'observance et le suivi des malades chroniques est fondamentale. Elle s'inscrit par ailleurs en pleine cohérence avec l'inscription de la formation des infirmiers dans le cursus LMD.

Ce sont aussi de véritables acteurs de santé publique.

Leur intervention doit s'articuler avec les autres composantes de l'offre de soins de proximité telles que les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les structures de services de soins à domicile (SSIAD).

- Les masseurs kinésithérapeutes

Ce sont, comme les autres professionnels du premier recours, des acteurs de santé publique, leur champ d'action s'étend de la naissance à la fin de vie sur des pathologies aiguës ou chroniques.

Depuis sa naissance, il y a pratiquement 60 ans la profession a évolué vers plus de compétences plus de responsabilité, plus d'autonomie (évolution actée dans le dispositif conventionnel).

Le Bilan Diagnostic Kinésithérapique (BDMK) et le droit de prescription ont fait du masseur-kinésithérapeute, un professionnel concepteur et organisateur de plans de traitement masso-kinésithérapique, de plans de remise en forme, de plans d'actions de prévention, de maintien de l'autonomie et d'éducation à la santé.

En effet, les masseurs-kinésithérapeutes libéraux sont impliqués dans l'amélioration de l'autonomie dans les actions de prévention secondaire et tertiaire de malades pulmonaires chroniques. Ils y jouent un rôle combinant le réentraînement à l'effort et l'éducation thérapeutique. Ce sont deux dimensions transférables aux principales maladies chroniques (diabète, obésité, maladies cardio-vasculaire, cancers ...)

Les masseurs-kinésithérapeutes ont un rôle important en matière de qualité de la prise en charge et de continuité des soins, en particulier lors de la sortie d'hospitalisation en concertation avec le médecin prescripteur contribuant ainsi à la diminution de la part des séjours en établissements de santé.

- Les pharmaciens d'officine

Le rôle des pharmaciens d'officine dans la prise en charge du premier recours a été largement amplifié par la loi HPST du 21 juillet 2009 :

- Contribution aux soins de premier recours;
- Participation à la coopération entre professionnels de santé ;
- Participation à la mission de service public de la permanence des soins ;
- Contribution aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;

- Participation possible à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients
- Possibilité d'assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- Possibilité d'être désignés comme correspondant au sein de l'équipe de soins par le patient dans le cadre d'une coopération avec d'autres professionnels de santé
- Possibilité de proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

Avec de nouvelles missions, les pharmaciens d'officine contribuent également au suivi du dépistage des maladies cardiovasculaires, en proposant des rendez vous santé.

De plus par la loi HPST, les pharmaciens joueront un rôle essentiel de pharmacien correspondant désigné par le patient, avec des contrats de coopération avec les équipes médicales comme par exemple dans l'insuffisance rénale, dans l'asthme, dans les réseaux diabète, dans les suivis des traitements d'oncologie hospitalière comme dans le cadre de la chimiothérapie à domicile, dans un but de suivi thérapeutique (médicamenteux ou non), avec vérification de l'observance et conciliation entre les traitements avant, pendant et après la sortie des hospitalisations.

- Les chirurgiens-dentistes

Les chirurgiens-dentistes constituent une composante non négligeable du premier recours et de l'offre de proximité ; ils contribuent à la politique d'amélioration de la santé bucco-dentaire par la prévention (dépistage) et l'éducation à la santé (sensibilisation à la santé et à l'hygiène bucco-dentaire, tout particulièrement, à destination des jeunes).

- Les biologistes médicaux

L'ordonnance du 13 janvier 2010, relative à la biologie médicale réforme les conditions de création, d'organisation et de fonctionnement des laboratoires de biologie médicale qui font l'objet d'un volet spécifique du schéma : le biologiste médical acquiert désormais un rôle médical à part entière dans le parcours de soins du patient : diagnostic de la majorité des pathologies, suivi thérapeutique. Les conditions de dialogue entre biologiste médical et médecin clinicien sont renforcées.

Enfin, la réforme introduit la notion de responsabilité du biologiste médical sur la qualité de toute la chaîne de production, de l'examen, du prélèvement jusqu'au rendu du résultat validé et interprété.

Cette réforme a pour objectifs de :

- garantir partout un accès à une biologie médicale de qualité, payée à son juste prix,
- améliorer la fiabilité des examens de biologie médicale.

- Les centres de santé

Les centres de santé représentent une offre complémentaire et concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.

- Les spécialistes à accès direct

Certains médecins spécialistes sont intégrés à l'offre de premier recours car ils peuvent être directement consultés sans passer par le médecin traitant (convention médicale du 12 janvier 2005) ; ce sont les ophtalmologues, les gynécologues, et les psychiatres.

Les pédiatres sont aussi en accès direct puisque les enfants de moins de 16 ans ne sont pas concernés par le dispositif du médecin traitant.

Ces professionnels sont d'autant plus à prendre en considération, lorsque l'on parle de proximité et d'accessibilité aux soins, que leur démographie est fortement touchée en région Centre et que les délais de prise en charge deviennent problématiques.

- Les autres professionnels et structures contribuant au premier recours

De même, certains spécialistes du second recours impactent l'offre de premier recours, soit par l'accueil d'une proportion importante de patientèle de moins de 16 ans, soit par leur participation au suivi de pathologies chroniques ou par l'accès direct choisi par un certain nombre de patients dans des maladies précises et répétitives relevant de la spécialité ; à ce titre presque toutes les spécialités peuvent être concernées et, en particulier : les cardiologues, rhumatologues, ORL, dermatologues, psychologues.

Les auxiliaires médicaux relevant du code de la santé publique, autres que ceux cités, sont également susceptibles de contribuer à l'accès aux soins de premier recours notamment en s'inscrivant dans le cadre des coopérations prévues par l'article L6132-3 du CSP.

Il convient également de prendre en compte tout un environnement sanitaire et médico-social composé de structures liées à l'offre de premier recours, qui impacte l'exercice des professions de santé précédemment décrites, composé de :

- les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ;
- les centres de planification ou d'éducation familiale;
- les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ;
- les services d'hospitalisation à Domicile (HAD) ;
- les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ;
- des Centres médico-psychologiques (CMP).

La proximité se mesure en termes d'accessibilité et concerne certaines catégories de professionnels de santé (du premier recours mais aussi du second recours) ; elle doit viser également un objectif de qualité des soins.

Les dispositions législatives (ordonnance de biologie médicale) et réglementaires (conventions assurance maladie / professionnels de santé) font évoluer les domaines d'intervention de chaque catégorie des professionnels de santé de premier recours.

Il s'agit donc d'acquies pendant la période de mise en œuvre du schéma ambulatoire une vision claire et partagée du rôle de chaque intervenant dans le parcours de soins et l'organisation de l'offre de soins de proximité (diagnostic, orientation, droit de prescription, suivi,...), ce dans un contexte de pénurie médicale et paramédicale, d'augmentation des maladies chroniques nécessitant une prise en charge coordonnée et globale.

Pour ce faire, les exercices innovants (exercices regroupés, protocoles de prise en charge, télémédecine, réseaux de santé,...) favorisent l'articulation et la coordination des acteurs de premier recours et l'accès aux professionnels du second recours

Le présent schéma qui est le premier à traiter le sujet de l'offre de soins ambulatoire se concentre sur l'organisation du premier recours et la question de son accessibilité, du fait de la nécessité de prioriser les actions ; il n'est cependant pas exclu que, au cours de son suivi et de son bilan à mi-parcours, certaines actions intègrent et concernent les autres spécialistes.

Ce volet ambulatoire concerne les professionnels de santé qu'ils exercent de manière isolée ou en groupe.

Au-delà d'une vision segmentée, par catégorie de professionnels de santé, les métiers décrits doivent s'envisager dans une approche plus dynamique c'est-à-dire pluriprofessionnelle, en tenant compte de l'évolution du rôle et des missions de chaque acteur au sein du parcours de santé, mais aussi sur des nouvelles formes de pratiques fondées sur la coordination et la coopération indispensables pour faire face aux défis qui impactent l'organisation de l'offre de soins de proximité : raréfaction de l'offre de soins, vieillissement de la population,...

1.2 CARACTERISTIQUES DE LA REGION CENTRE

Le Plan Stratégique Régional de Santé dresse un bilan global de l'offre de soins et confirme que la démographie des professionnels de santé (quel que soit leur statut, leur catégorie) est inquiétante en Région Centre.

Dans certaines zones déficitaires de la région, la moitié des médecins a une activité supérieure de 50% à la moyenne nationale – soit plus de 7 800 actes par an.

La région Centre est soumise à l'influence et à l'attractivité des régions limitrophes : principalement, au nord / nord-est, la région parisienne impactant l'Eure-et-Loir et le Loiret, au sud / sud-est, le Limousin impactant l'Indre et le Cher.

Relativement vaste et peu dense, la région Centre présente un caractère à majorité rural.

La région se caractérise également par de très fortes disparités en matière de répartition des professionnels de santé dans les territoires infra régionaux ; seul le département de l'Indre-et-Loire bénéficie de l'attractivité du centre hospitalier régional universitaire et présente des densités de professionnels conformes à la densité métropolitaine. Au demeurant certains secteurs de ce département connaissent de sérieuses difficultés en matière d'offre de soins de premier recours.

Actuellement, deux évolutions démographiques concomitantes majeures sont apparues et vont s'accroître ces prochaines années : d'une part, un taux important de professionnels de santé (médecins notamment) proches de la retraite, d'autre part, un vieillissement de la population et une augmentation continue des maladies chroniques, requérant une prise en charge lourde du patient, fondée sur la continuité et la coordination des soins (prise en charge globale autour du patient).

A ces facteurs, s'ajoute un aspect sociologique très net souligné au niveau national par un rapport du conseil de l'ordre des médecins de 2009 consacré au médecin dans son environnement :: *« le rapport à l'économie et à la démographie conditionne l'évolution du soin, dans sa qualité, dans ses prestations, bien différente pour l'instant selon l'insertion en ville ou à la campagne, la jeune génération privilégiant pour l'instant le milieu urbain au rural, le groupe à l'installation isolée, la qualité de vie au volume de travail, la liberté d'installation constituant une revendication absolue. »*

L'ancienne génération de professionnels de santé qui se caractérisait par une grande disponibilité à l'égard des patients a laissé place à des hommes et femmes soucieux de concilier travail et vie de famille et recherchant une qualité de vie (augmentation du travail à temps partiel, choix du salariat,...). De même, les professionnels de santé ne souhaitent plus exercer nécessairement sur leur lieu d'habitation. C'est l'ensemble de ces phénomènes qu'il importe de prendre en compte si l'on veut organiser l'accès aux soins de premier recours, c'est-à-dire de proximité, aujourd'hui et pour demain.

Ainsi, répondant aux attentes et souhaits de certains professionnels de santé en exercice mais surtout à ceux des jeunes générations (étudiants en médecine et auxiliaires médicaux) qui veulent rompre avec un exercice isolé, l'État et la Région en lien avec l'Agence Régionale de Santé, contribuent au développement des exercices regroupés, parmi lesquels celui des Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP).

Dès 2007, des projets ont été déposés dans le cadre du Contrat de Projet État/Région.

La continuité de ce programme d'actions a été confortée suite à la création de l'ARS le 1^{er} avril 2010, ce grâce à une action concertée entre tous les acteurs précités et à une démarche d'accompagnement approfondie impliquant les porteurs de projets.

Ces exercices regroupés par l'intégration de différents cabinets médicaux et paramédicaux (pour beaucoup, individuels), redessinent la carte géographique de l'offre de soins, jusqu'à présent organisée autour d'une commune (la plupart des communes ayant encore jusqu'à ce jour « son ou ses » médecin(s), « ses » auxiliaires médicaux). Or, ceci n'est plus possible actuellement et le sera encore moins à l'avenir, compte tenu de la situation de la démographie des professions de santé que connaît la région Centre, rendant souhaitable et nécessaire le regroupement de plusieurs professionnels de santé dans un même territoire.

Aussi, afin d'éviter tout déséquilibre d'un territoire en faveur d'un autre, ces nouvelles structures d'exercice regroupé pluridisciplinaire doivent s'inscrire dans une véritable politique d'aménagement du territoire, soucieuse de répartir de manière efficiente les ressources médicales entre toutes les zones impactées (du moins, de ne pas rompre l'équilibre établi) et d'offrir à la population, au même titre que les autres services, un véritable service de santé de proximité. Ceci se fera en lien avec l'Etat et la Région, en articulation respectivement, avec le Plan d'Action Stratégique de l'Etat en Région et avec le Schéma Régional d'Aménagement du territoire de ces deux partenaires.

Toutefois, à l'heure actuelle, comme le souligne le ¹rapport relatif aux « Conséquences du vieillissement de la population en région Centre », 96 % des communes sont en moyenne à moins de 20 minutes d'un généraliste, de même l'accès aux services d'urgence est en moyenne de 30 minutes.

En outre, la Région Centre n'a pas de reliefs accidentés et est bien desservie par un réseau important d'axes autoroutiers et routiers, ce qui contribue à l'accessibilité.

L'accès aux soins est donc satisfaisant pour les personnes pouvant se déplacer, plus problématique pour les personnes à mobilité réduite, ce d'autant plus qu'il risque de ne plus y avoir un médecin dans chaque commune.

Cette situation de pénurie médicale annoncée n'est pas une fatalité et au-delà de ce constat, il est nécessaire d'accompagner ces évolutions (sensibilisation, information, concertation avec les élus et entre eux, politique de transports,...).

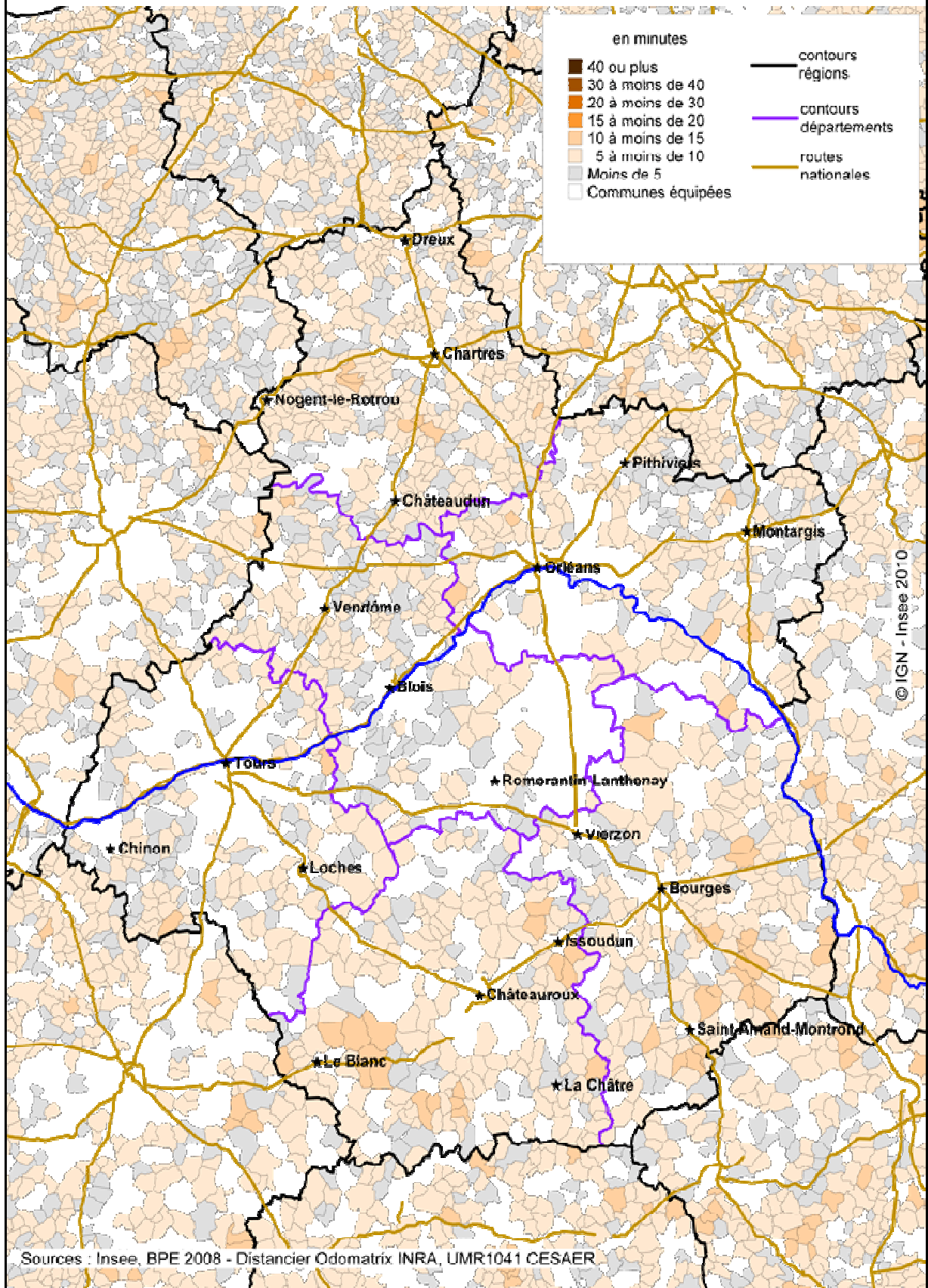
Dans ce cadre et dans un contexte d'évolution majeure de l'organisation de l'offre de soins de premier recours, l'État, la Région et l'ARS ont choisi d'adopter un programme d'actions concerté garantissant l'accessibilité et envisageant l'offre de soins comme un service de santé à la population. Il importera pour la mise en œuvre du présent schéma de travailler, via un partenariat fort, dans le cadre de programmes territoriaux de santé, sur la problématique de l'accès géographique à l'offre de soins, en particulier, par le développement d'une véritable politique des transports.

Un autre constat est celui des difficultés rencontrées dans la prise en charge de la continuité des soins en journée qui pèse ensuite sur la permanence des soins ambulatoires (PDSA).

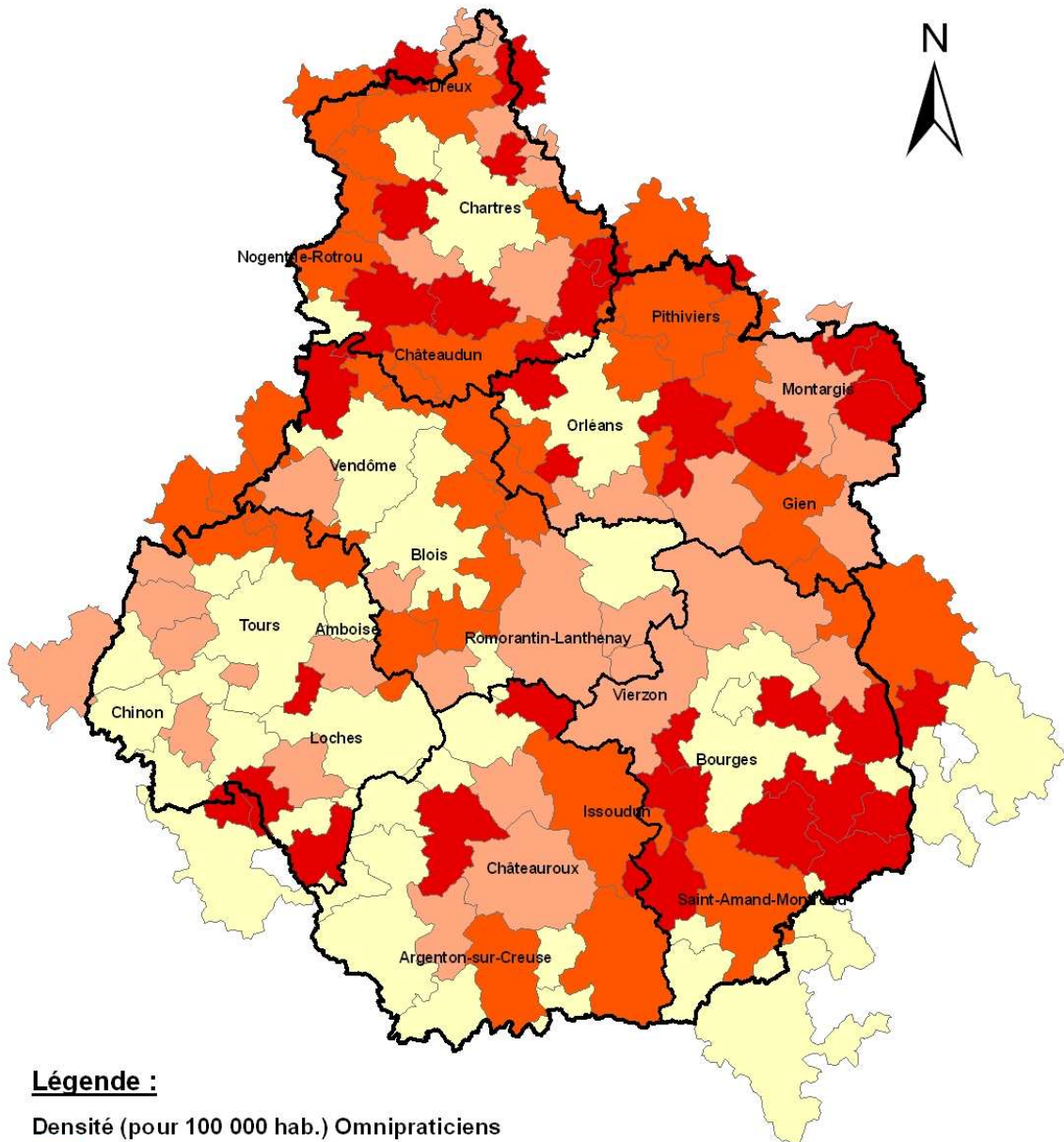
La permanence des soins ambulatoires prévue par les dispositions des articles L 6314-1 à L 6314-3 et R 6315-1 du CSP ne relève pas dans l'objet stricto sensu du schéma, il s'agit d'un dispositif à part. En effet, elle fait l'objet d'un arrêté du Directeur général de l'Agence portant un cahier des charges régional qui définit le dispositif d'organisation ; cet arrêté est opposable là où le schéma n'est qu'indicatif. Toutefois, elle s'inscrit dans les orientations du SROS qu'elle respecte (zonage) et concerne notamment l'organisation du premier recours et de la réponse au patient, en contribuant à renforcer l'attractivité d'un territoire pour les professionnels de santé. Une PDSA bien organisée et adaptée aux spécificités d'un territoire (densité, superficie, nombre de territoires de permanence, effectif de médecins par territoire) contribue de façon certaine à favoriser les installations en milieu rural.

¹ Rapport Mousli « Conséquences du vieillissement de la population en Région Centre (novembre 2009)

Médecins omnipraticiens
Durée d'accessibilité moyenne par commune en minutes (heures creuses)

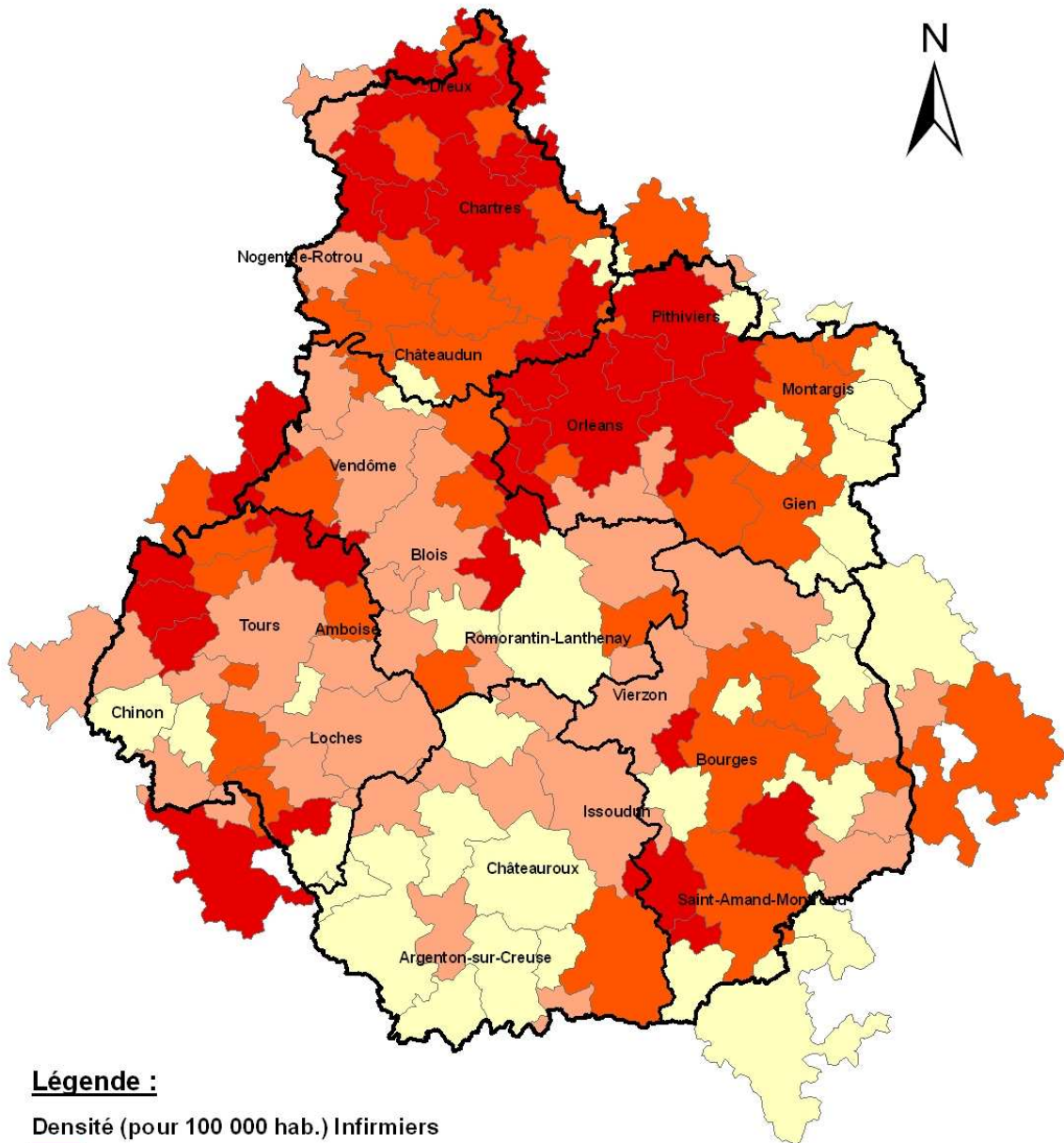


Densité d'omnipraticiens libéraux en région Centre par bassins de vie (au 01.01.2011)



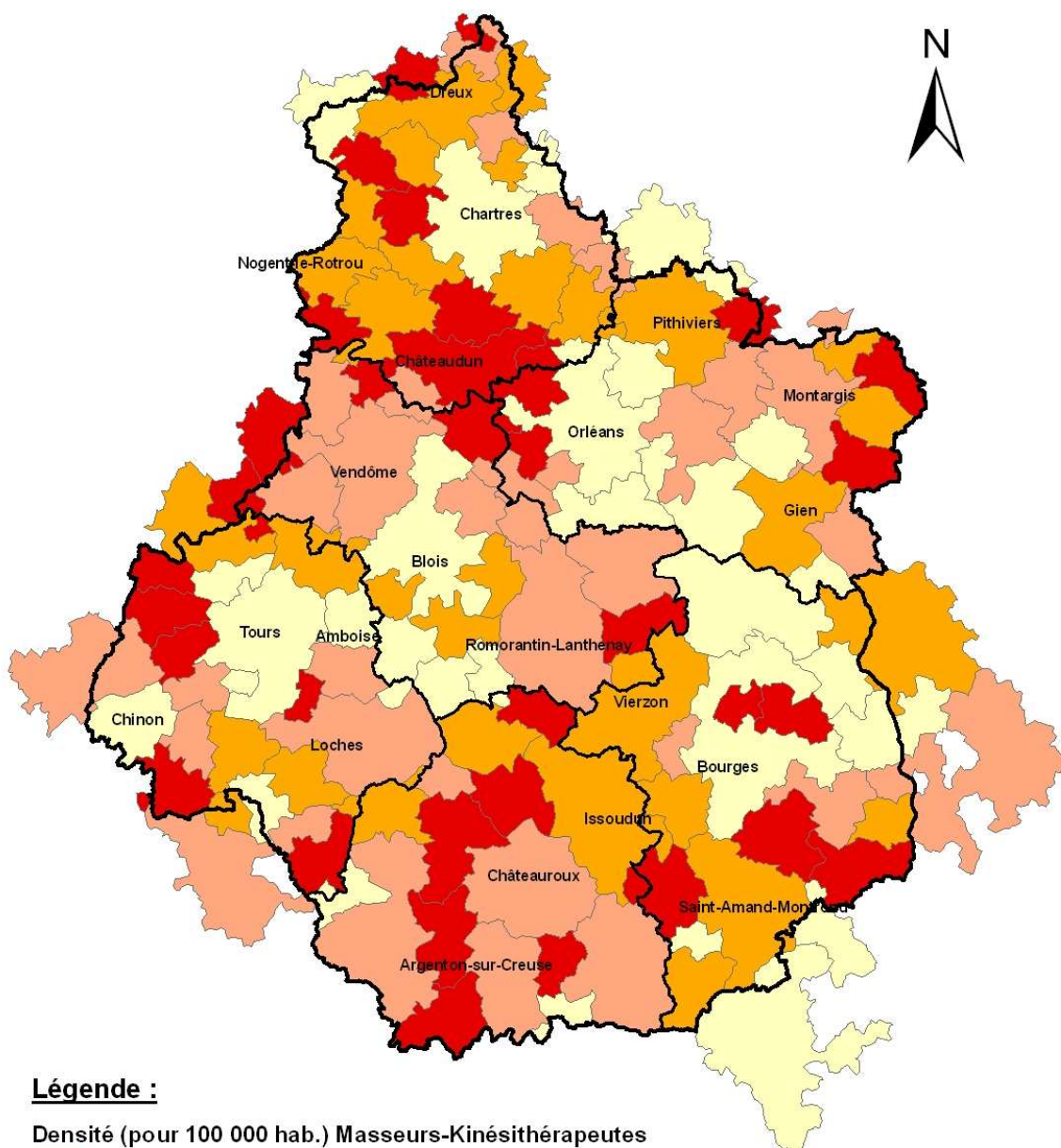
Source : ARS du Centre (ERASME et SNIR) - INSEE RP 2008 - IGN©

Densité d'infirmiers libéraux en région Centre par bassins de vie (au 01.01.2011)



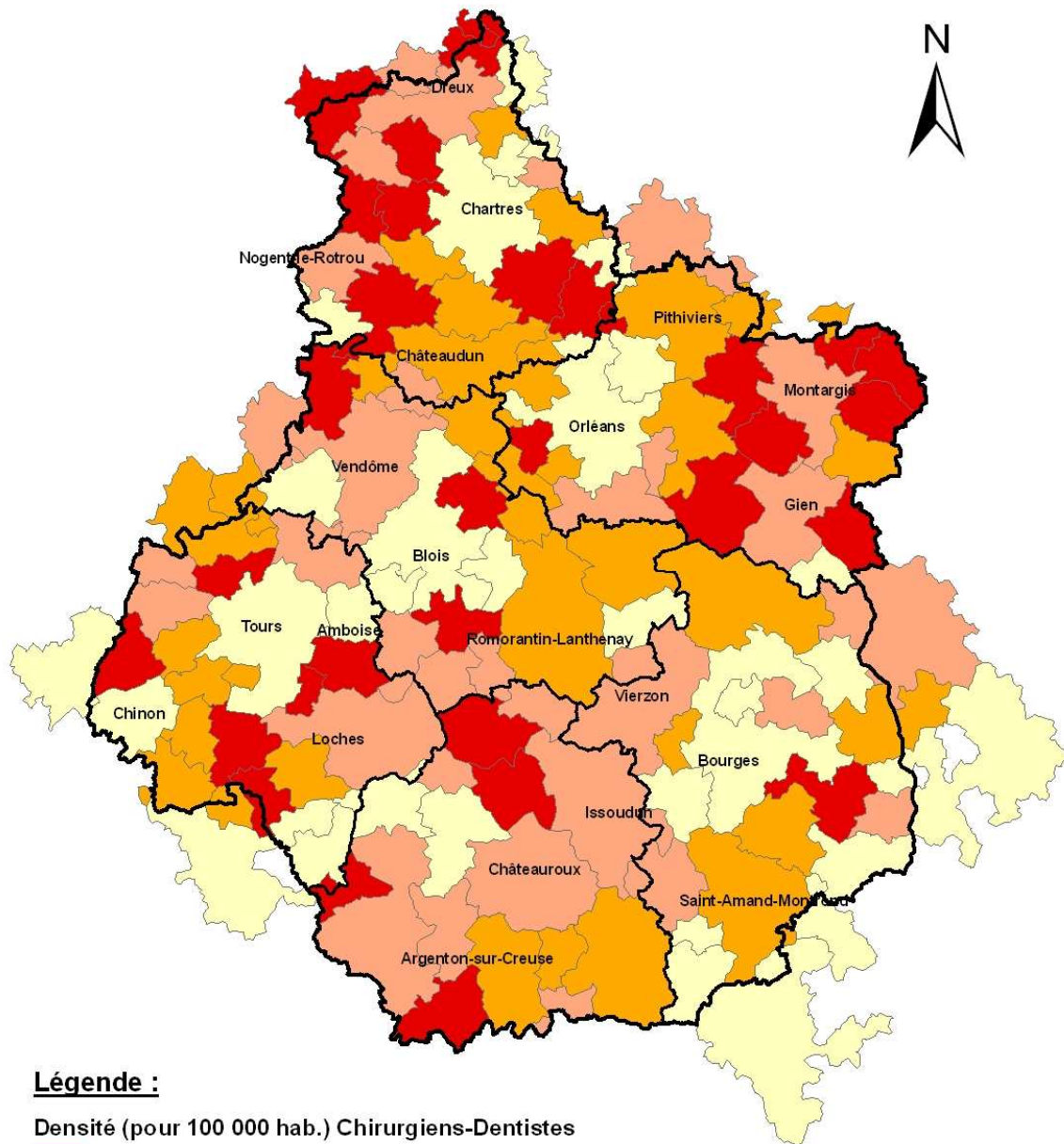
Source : ARS du Centre (ERASME et SNIR) - INSEE RP 2008 - IGN©

Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux en région Centre par bassins de vie (au 01.01.2011)



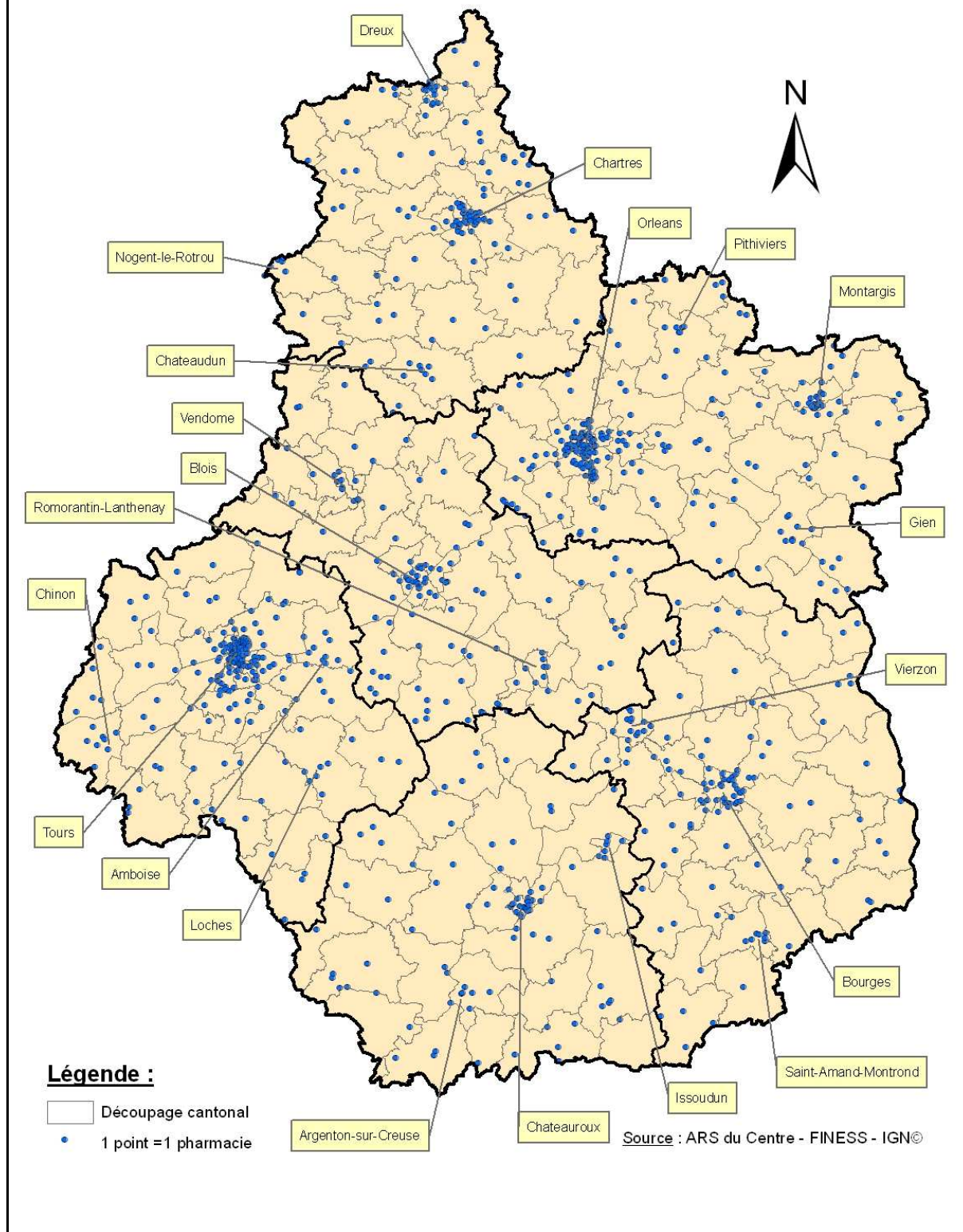
Source : ARS du Centre (ERASME et SNIR) - INSEE RP 2008 - IGN©

Densité de chirurgiens-dentistes libéraux en région Centre par bassins de vie (au 01.01.2011)



Source : ARS du Centre (ERASME et SNIR) - INSEE RP 2008 - IGN©

Implantation des pharmacies d'officine en région Centre (septembre 2011)



2 LA PLANIFICATION D'UNE ORGANISATION CIBLE A CINQ ANS

A partir de l'évaluation des besoins et de l'offre de santé effectuée dans le Plan stratégique régional de santé, le schéma régional d'organisation des soins a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique.

Dans son volet ambulatoire, objet du présent document, il précise les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les centres de santé, les structures et professionnels de santé libéraux. Il prend en compte également les difficultés de déplacement des populations, ainsi que les exigences en matière de transports sanitaires, liées en particulier aux situations d'urgence. Il signale à cet effet les évolutions nécessaires dans le respect des compétences dévolues aux collectivités territoriales (art.1434-7 CSP).

Ses objectifs sont de :

- répondre aux besoins de santé de la population ;
- prendre en compte l'accessibilité (géographique et financière) ;
- préciser les modalités de coordination de toute nature autour du patient, assurant une offre de soins suffisante aux tarifs des honoraires prévus par le code de la sécurité sociale et répondant aux aspirations des professionnels de santé ;
- améliorer l'efficacité de l'offre de soins.

2.1 IDENTIFIER DES TERRITOIRES DE PROXIMITE A CONSOLIDER

La question des territoires de proximité est centrale dans le volet ambulatoire du schéma d'organisation des soins, son enjeu étant l'organisation des soins de premier recours en garantissant l'accessibilité en tout point du territoire de la région Centre. De la définition de ces territoires va dépendre toute une série d'actions à mettre en œuvre visant à renforcer l'attractivité de la région Centre.

Les territoires de proximité, qui constituent le cadre géographique retenu pour la planification de l'offre de 1^{er} recours (et par incidence du 2nd recours), sont les bassins de vie. Ils se distinguent des territoires de santé, ces derniers étant constitués par les départements.

Un bassin de vie peut être commun à deux départements ou deux régions, ce qui est conforme aux réalités observées (flux de patients et attractivité des régions limitrophes en la matière).

Le territoire de proximité peut être défini comme :

- un territoire partant de l'ordonnateur, c'est-à-dire du médecin généraliste, en tant que pivot de l'organisation des soins, mais en prenant en compte les autres professionnels de santé du premier recours qui jouent un rôle fondamental dans le maillage du territoire ;
- un réseau de professionnels de santé qui ont l'habitude de travailler ensemble en pluridisciplinarité ;
- une zone où l'offre de soins de premier recours a vocation à être complète ;
- un territoire où existent des structures de proximité (services de soins à domicile) ;
- un territoire où sont présentes des conditions d'accueil satisfaisantes offertes par les collectivités territoriales pour les professionnels de santé.

Le territoire de proximité est déterminé aujourd'hui mais doit être adaptable aux évolutions prévisibles (départs massifs à la retraite des professionnels, phénomène de regroupement des professionnels de santé, accessibilité acceptable, déplacements et évolution des comportements des patients).

2.1.1 Définir les zones « fragiles » en professionnels du premier recours

L'arrêté du 20 décembre 2006 pris par le Directeur de la Mission Régionale de Santé (MRS) définit 42 zones prioritaires, car déficitaires en médecins généralistes.

De même, l'arrêté du 28 avril 2009 pris par le Directeur de la MRS détermine 15 zones très sous-dotées et 19 sous-dotées en infirmiers.

Ces deux arrêtés s'inscrivent dans le cadre de dispositifs permettant l'octroi d'aides à l'installation et/ou au maintien lié au caractère déficitaire de la zone.

Pour les infirmiers, l'avenant n°1 de la convention nationale des infirmiers libéraux du 17 octobre 2008 prévoit différentes mesures permettant de contribuer au rééquilibrage de l'offre de soins infirmiers entre des zones, précisément délimitées, qualifiées de « très sous dotées » et de « sur dotées » (ainsi dans ces dernières zones, l'accès au conventionnement d'un infirmier n'est possible que si il y a cessation définitive d'activité d'un infirmier libéral dans la zone concernée).

L'article L.1434-7 du Code de la Santé publique dispose que le SROS ambulatoire détermine les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé.

Le nouveau zonage est ensuite défini par arrêté du Directeur général de l'ARS en tenant compte des priorités d'actions prévues dans le présent schéma en matière de répartition géographique.

L'attribution des aides financières de l'Assurance maladie, des collectivités territoriales (article L.1511-8 du Code général des collectivités territoriales et article 151 ter du code général des impôts) et de l'Etat se fonde sur le zonage ainsi défini par l'ARS.

Le zonage défini par l'ARS est pluriprofessionnel : il concerne, en effet, les médecins généralistes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les dentistes.

Il s'agit d'identifier des zones « en fragilité » en termes d'effectifs de professionnels.

Ces zones tiennent compte de la répartition infra-régionale des professionnels de santé (offre de soins) mais également des besoins de santé de la population.

Pour apprécier l'offre de soins existante, il est nécessaire d'avoir une approche complémentaire : quantitative (densité médicale notamment) et qualitative (âge des médecins, par exemple).

Le zonage servira également de référence pour prioriser les implantations des structures d'exercices regroupés de premier recours.

Modalités de définition du zonage :

Le niveau national détermine pour chaque région, la part maximale de la population pouvant être considérée comme vivant en zone fragile, en se fondant sur les bassins de vies dans lesquels la densité médicale de médecins généralistes est inférieure de 30% à la moyenne nationale. Pour la région Centre, cette part représente 15,5 % de la population totale (2 531 588), soit 393 364 habitants..

Il revient ensuite à chaque ARS de choisir le territoire de référence en concertation avec les partenaires impliqués : l'ARS du Centre a retenu le bassin de vie, territoire défini par l'INSEE.

Le bassin de vie intègre la notion d'accessibilité puisqu'il constitue le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements de la vie courante et à l'emploi. Le découpage de la France "en bassins de vie" a été réalisé pour faciliter la compréhension de la structuration du territoire de la France métropolitaine et mieux qualifier l'espace à dominante rurale. Les services et

équipements de la vie courante servant à définir les bassins de vie comportent quatre catégories dont les équipements de santé (notamment le médecin et les professionnels de santé paramédicaux). Trois catégories de critères sont ensuite prises en compte.

- les caractéristiques de la population, c'est-à-dire les besoins de santé :
 - part des personnes de 75 ans et plus et des personnes ayant eu une ALD ;
 - taux standardisé des personnes de 20 ans et plus (par âge, sexe, ALD, CMU-C) des personnes n'ayant pas déclaré de médecin traitant ;
 - taux d'évolution de la population entre 1999 et 2008,
 - part des 0-6 ans n'ayant pas consulté un pédiatre en 2010 et part des femmes de 20 à 59 ans n'ayant pas consulté une spécialité gynécologique dans l'année 2010 ;
 - part des personnes bénéficiaires de la CMU-C.

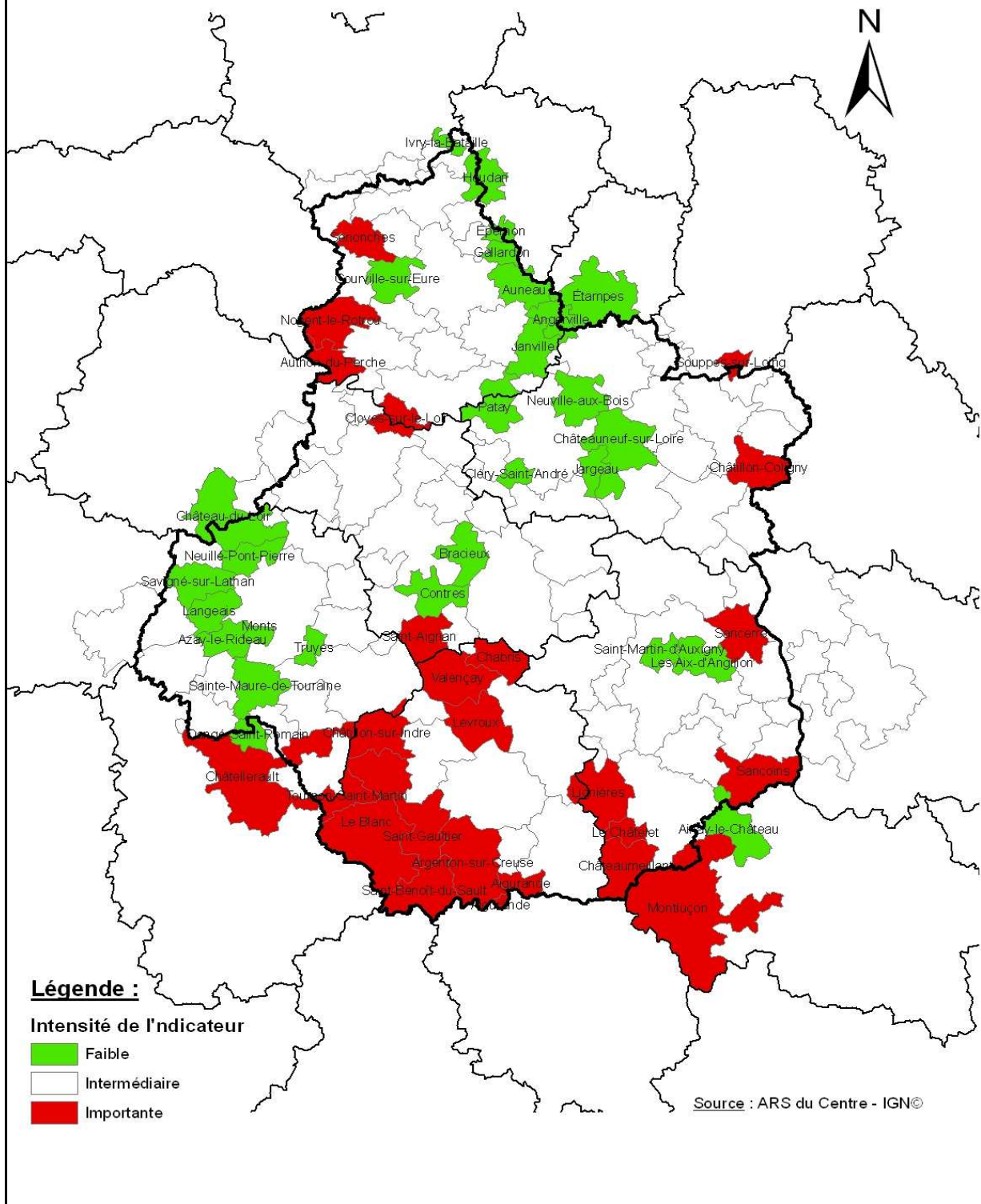
- les caractéristiques de l'offre de soins (données quantitatives) :
 - densité d'omnipraticiens libéraux*,
 - densité des omnipraticiens libéraux* de 55 ans ou plus,
 - densité d'infirmiers libéraux,
 - densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux,
 - densité de chirurgiens-dentistes.

**Les omnipraticiens représentent ici les médecins généralistes + les médecins à exercice particulier (MEP), avec l'hypothèse que l'activité de premier recours de deux MEP équivaut à celle d'un ETP de médecin généraliste.*

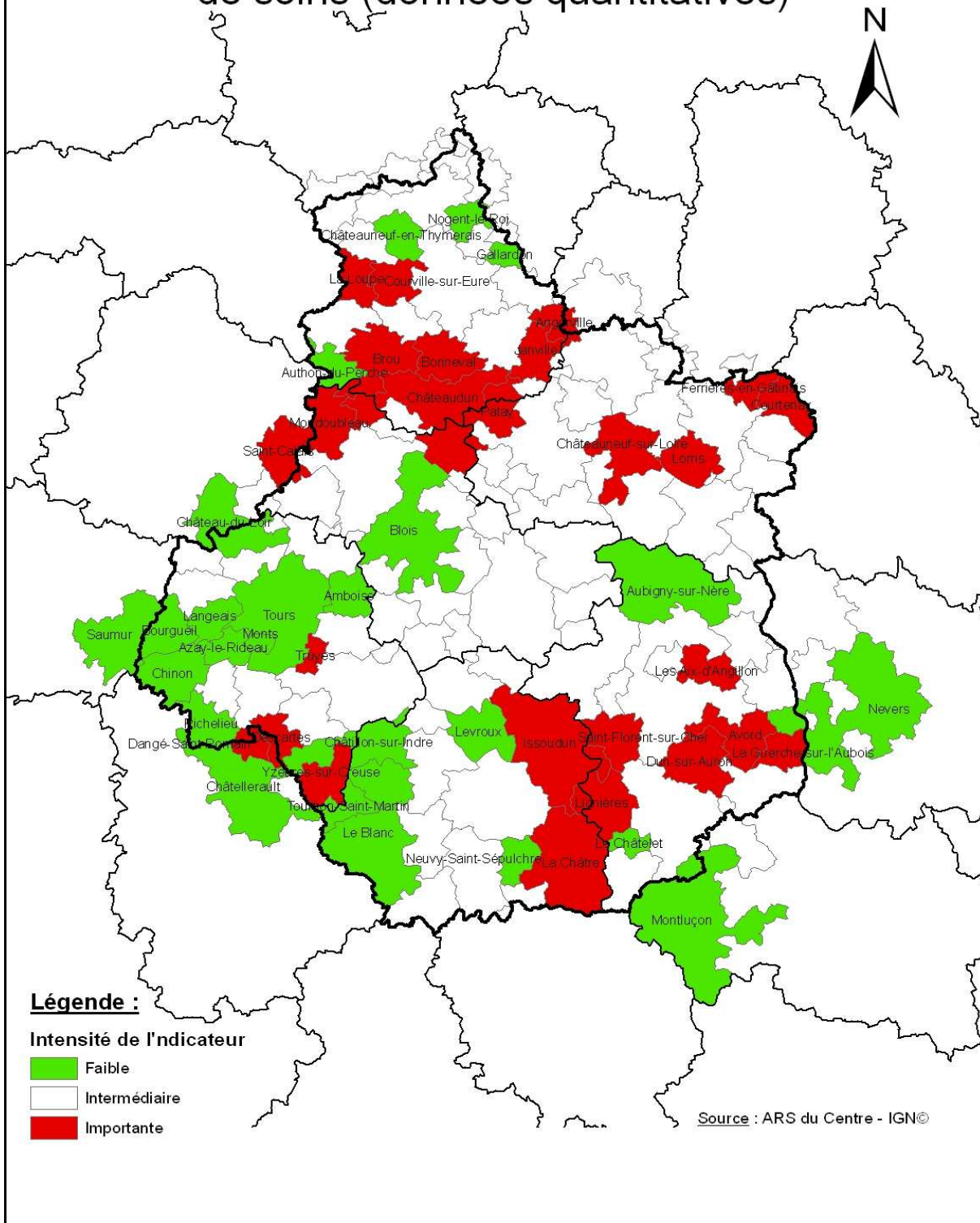
- les caractéristiques de l'offre de soins (données qualitatives) :
 - activité moyenne des médecins généralistes libéraux,
 - évolution de l'activité moyenne des médecins généralistes libéraux,
 - activité moyenne des infirmiers libéraux,
 - activité moyenne des masseurs-kinésithérapeutes libéraux,
 - activité moyenne des chirurgiens-dentistes.

Les cartes présentées ci-après reprennent ces trois indicateurs en leur conférant une intensité : faible, intermédiaire ou importante.

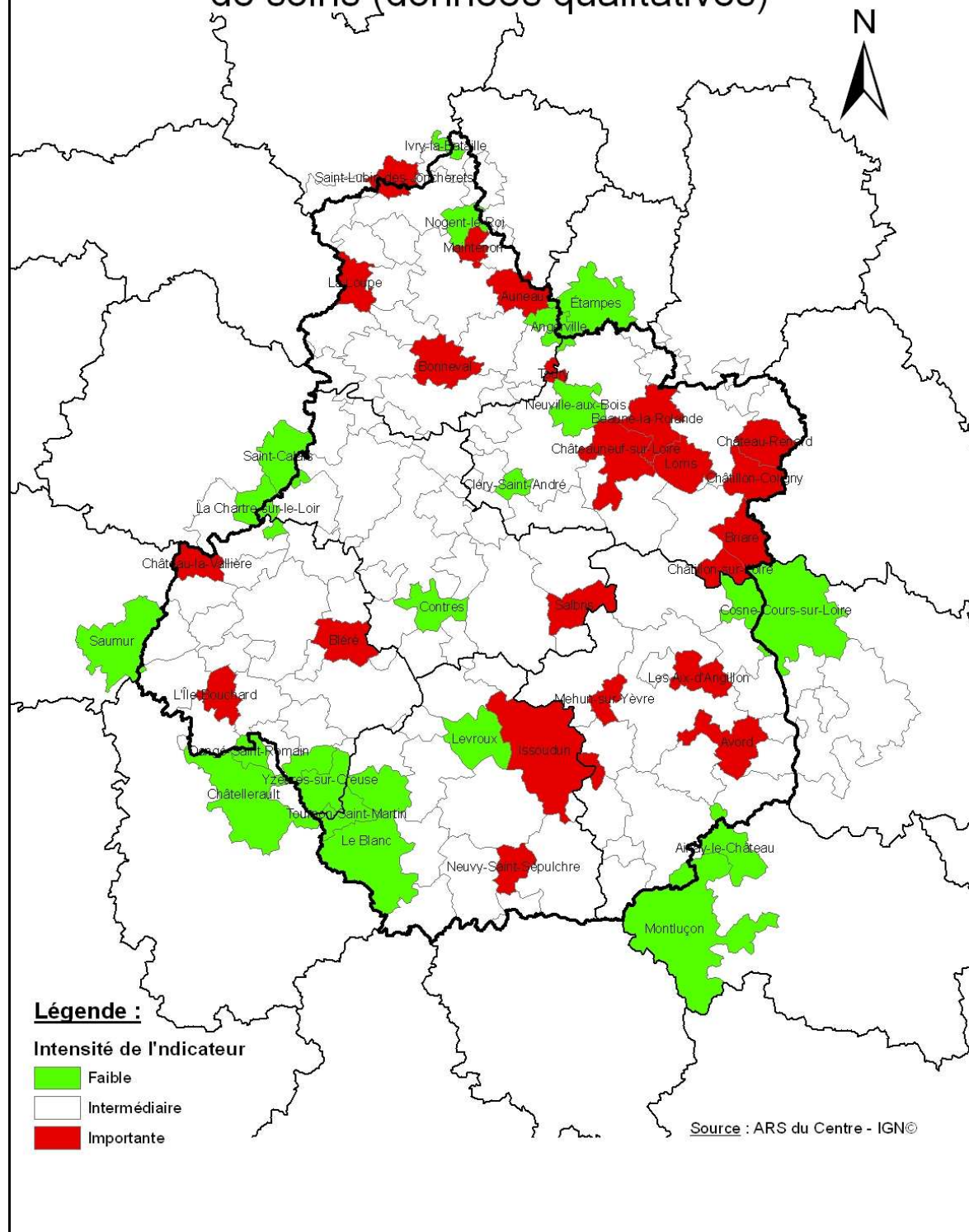
Indicateur "Caractéristiques de la population"



Indicateur "Caractéristiques de l'offre de soins (données quantitatives)"



Indicateur "Caractéristiques de l'offre de soins (données qualitatives)"



2.1.2 Prioriser des territoires de projets

La définition des zones fragiles en offre de soins de premier recours permet de privilégier des territoires pour l'implantation de nouvelles structures fondées sur le regroupement et la coordination des actions des professionnels.

Cet espace d'organisation des soins de proximité constitue un territoire de projet.

La loi du 16 décembre 2010 portant réforme des collectivités territoriales prévoit l'élaboration par le préfet de département en concertation avec les élus d'un schéma départemental de coopération intercommunale qui a vocation à étendre l'intercommunalité à l'ensemble du territoire en créant des communautés de communes de plus de 5000 habitants et en organisant les créations ou les regroupements autour de territoires pertinents.

Une fois arrêtés, les six schémas de la région devront être pris en compte dans la réflexion menée par l'ARS et ses différents partenaires pour déterminer ces territoires de projet.

L'émergence de projets de regroupement, lourds à conduire et mettre en œuvre nécessite une démarche basée sur une approche globale de la problématique du territoire concerné qui tient compte notamment :

- des caractéristiques et des besoins de la population,
- des professionnels de santé, médicaux et paramédicaux présents sur le territoire,
- des acteurs sociaux souvent impliqués dans les prises en charge de proximité,
- des établissements de santé et médico-sociaux,
- des acteurs de la prévention intervenant sur le territoire, par le biais des associations ou des réseaux de santé.

L'analyse des besoins d'une part et des forces et des faiblesses du territoire, d'autre part, doivent faire l'objet d'une large concertation avec des acteurs locaux impliqués et motivés afin de définir une stratégie à moyen et long terme pour le territoire impacté, dans le domaine du service de santé rendu à la population.

C'est pourquoi, au-delà de la détermination de zones fragiles, il est essentiel de prioriser des territoires de projets comprenant une ou plusieurs zones fragiles. A charge, pour les promoteurs de s'inscrire en cohérence avec la démarche décrite ci-dessus, afin de garantir la viabilité et la pérennité des projets d'organisation de l'offre et l'accès aux soins mis en œuvre sur un territoire.

De même, certaines zones qui ne sont pas confrontées à la problématique de la ruralité mais qui présentent des caractéristiques spécifiques (précarité, problématiques de santé publique prégnantes, inégalités de santé et sociales, désertification) feront l'objet d'une attention particulière de l'ARS.

Cette démarche consistant dans la priorisation de territoires de projets, par une approche réaliste et dynamique, adaptée aux particularismes locaux (réseau de professionnels de santé solide, implication et motivation des différents acteurs, analyse du comportement des patients par l'étude de leurs flux, attractivité d'un territoire, lien interdépartemental et /ou interrégional), doit permettre de dépasser une vision simplement statique pour proposer une hiérarchisation des solutions à mettre en œuvre sur le territoire en termes de régulation de l'offre de soins. Elle doit également contribuer à faire émerger des projets, là où il n'y en a pas encore mais où les besoins de la population sont importants.

Toutes les zones fragiles ne peuvent constituer lesdits territoires de projets mais des configurations déjà définies tels que les communes de tailles suffisantes, les communautés de communes ou les pays qui sont à même de conduire ce type de démarche s'inscrivant dans une véritable politique d'aménagement du territoire : ainsi, un pays ou une communauté de communes, ayant une ou plusieurs zones fragiles sur son territoire pourra développer un projet conduisant à la création d'un pôle de santé composé d'une maison de santé pluridisciplinaire principale autour de laquelle graviteront des cabinets « antennes » avec des permanences assurées. L'ensemble de cette démarche s'inscrivant dans un même projet de santé).

2.2 MAINTENIR ET ATTIRER DES PROFESSIONNELS DE SANTE SUR UN TERRITOIRE

Rendre attractive notre région pour les professionnels de santé est un des principaux enjeux de ce volet « ambulatoire » du schéma de l'offre de soins. Cela passe notamment par des actions à développer ou mettre en place dès la phase de formation initiale des médecins et des autres professions.

2.2.1 Sensibiliser à l'exercice libéral de la médecine et des autres professions

D'une manière générale, il conviendrait de développer en lien avec les organismes de formation et les facultés, la promotion des professions médicales et paramédicales auprès des lycéens au moment des orientations scolaires.

- Du numerus clausus des études médicales à l'internat

Les études médicales durent de 9 à 11 ans selon les spécialités. Elles sont organisées en trois cycles : le premier dure 2 ans, le deuxième 4 ans et le troisième, l'internat, de 3 à 5 ans. Le numerus clausus détermine chaque année, le nombre d'étudiants autorisés à passer de la 1^{ère} à la 2^{ème} année du premier cycle au niveau national et par faculté de médecine. Le numerus clausus de la faculté de Médecine de Tours est actuellement à 233 (arrêté ministériel du 5 novembre 2010)

Il a évolué de 220% entre 2001 et 2011 (+180% au niveau national). Malgré cela, il reste insuffisant et ne représente que 3 % du numerus clausus national. Au regard du poids de la population régionale par rapport à la métropole qui est de 4 %, le numerus clausus régional pourrait être augmenté à 300.

- Sensibiliser à la médecine générale et à l'exercice libéral

Durant le deuxième cycle, les étudiants effectuent divers stages dans les services hospitaliers et depuis 3 ans, la possibilité leur est offerte d'effectuer un stage de 6 semaines auprès d'un médecin généraliste agréé « maître de stage » par la faculté de médecine pour découvrir le mode d'exercice de la médecine générale en milieu libéral et notamment en milieu rural. Actuellement une trentaine d'étudiants choisissent de faire ce stage par année.

Ce type de stage présente un intérêt majeur pour faire connaître la médecine générale et le mode d'exercice libéral avec ses contraintes mais aussi ses atouts ; il conviendrait qu'il devienne obligatoire et soit généralisé.

A l'issue du deuxième cycle, les étudiants passent les Epreuves Classantes Nationales (ECN) et choisissent, en fonction de leur rang de classement, leur spécialité, dont la médecine générale et le centre hospitalier universitaire de la région où ils vont poursuivre leur internat. Le nombre de postes ouverts par discipline et le lieu d'affectation est fixé annuellement par un arrêté ministériel sur proposition du comité régional de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

S'agissant de la médecine générale, spécialité au cœur de ce schéma, le nombre de postes non pourvus à la faculté de médecine de Tours est important. Cet état de fait s'explique par l'inadéquation nationale entre le nombre de postes ouverts et le nombre d'internes choisissant une affectation. La médecine générale reste une spécialité moins choisie, bien que l'on observe une augmentation lente

mais régulière ces dernières années. C'est toujours dans cette spécialité et dans les régions moins attractives géographiquement (Centre, Picardie, Bourgogne, ...) que les postes restent non pourvus.

Pourtant, si l'on examine le nombre d'étudiants issus de la faculté de médecine ayant choisi la médecine générale, on constate qu'une part importante, 55 sur 88 en 2010, font le choix de suivre leur internat dans une autre région.

Ainsi, sur les postes ouverts en médecine générale pour la région Centre, les postes pourvus sont :

- Ouverts en 2008 : 125 ; pourvus : 46
- Ouverts en 2009 : 110 ; pourvus : 44
- Ouverts en 2010 : 120 ; pourvus : 72 dont 33 issus de Tours
- Ouverts en 2011 : 107 auxquels s'ajoutent 4 postes réservés à des étudiants ayant signé un contrat d'engagement de service public.

Des actions de sensibilisation des étudiants en médecine durant le deuxième cycle, conduites conjointement avec les représentants des internes de médecine générale et la faculté, doivent être développées pour redonner de l'attractivité à cette forme d'exercice en région Centre.

Postes réservés, dans des zones où l'offre médicale fait défaut, aux étudiants ayant signé un contrat d'engagement de service public

Depuis l'automne 2011, l'ARS est chargée d'élaborer une liste des lieux d'exercice proposés aux étudiants et internes signataires d'un contrat d'engagement de service public (CESP), dans un objectif de réduction de l'inégalité d'accès aux soins.

Compte tenu de la mise en place récente de ce dispositif, le nombre de lieux sera, dans un premier temps, supérieur au nombre d'étudiants et internes concernés dans la région.

En région Centre, le bassin de vie est le territoire retenu pour identifier les lieux d'exercice qui seront proposés aux signataires d'un CESP ; la liste des postes est établie en prenant en compte différents critères, dont notamment :

- le classement du bassin de vie en zone fragile
- le ratio effectif de population / effectif de médecins généralistes
- la présence ou non d'une MSP sur le territoire

Cette méthodologie permet de retenir une vingtaine de bassins de vie, répartis sur les 6 départements de la région Centre.

Par la suite, une régulation nationale du nombre de lieux d'exercice proposé pourra, le cas échéant, être effectuée afin d'éviter tout risque de concurrence entre les régions.

2.2.2 Favoriser les stages en médecine générale et développer le réseau des maîtres de stages

Durant leur internat, les internes de médecine générale effectuent un stage pratique de 6 mois obligatoire auprès d'un médecin généraliste agréé par la faculté. Pour ceux qui le souhaitent et qui envisagent de s'installer ou d'exercer en tant que généraliste, ils peuvent effectuer un SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé). Ce stage est vivement recommandé par la faculté et de plus en plus d'internes l'effectuent.

Pour accueillir les stagiaires, la faculté dispose d'un réseau d'environ 200 maîtres de stages répartis sur le territoire régional.

Afin d'éviter la saturation des professionnels et de diversifier l'offre de stage, le réseau des maîtres de stages doit être développé et renforcé. Les actions de sensibilisation des médecins généralistes et la formation de maîtres de stage doivent être soutenues en lien avec l'Union régionale des professionnels de santé des médecins et le département universitaire de médecine générale.

Il convient de souligner que le financement de la formation médicale, la rémunération des internes effectuant un stage auprès d'un médecin généraliste ou dans un service extra hospitalier, la rémunération des internes effectuant une « année- recherche » et l'indemnisation des étudiants de deuxième cycle effectuant un stage de découverte auprès d'un médecin généraliste, est remboursée au Centre Hospitalier Régional Universitaire sur les crédits alloués au budget de l'ARS (Programme 204).

De même, l'ARS rembourse à la faculté de médecine la rémunération des médecins généralistes agréés « maîtres de stage » lorsqu'ils accueillent un interne en médecine ou un étudiant de deuxième cycle.

- Faciliter l'accueil et les déplacements des internes et des étudiants

L'un des points faibles en matière d'attractivité de la région Centre est sa géographie, premièrement par ses dimensions, 400 km du nord au sud et 300 km d'est en ouest, et deuxièmement par la grande proportion des territoires ruraux. Ces éléments sont régulièrement mis en avant par les étudiants qui craignent de voir faire des déplacements importants et de se retrouver isolés en milieu rural.

Aussi pour que les stages aient lieu dans de bonnes conditions, il est indispensable de faciliter l'accueil des étudiants notamment en proposant des aides au logement et/ou aux transports en lien avec les collectivités territoriales (cf. ANNEXE 1)

Il y a lieu de favoriser l'implantation des maîtres de stages dans des formes d'exercice regroupé, par exemple dans les maisons ou les pôles de santé pluridisciplinaires. Ainsi, le stagiaire n'est pas isolé, il peut être en contact avec d'autres professionnels de santé et selon la capacité, le site peut accueillir plusieurs stagiaires. En effet, la sensibilisation à la pluridisciplinarité doit se faire dès les études.

Aussi, l'offre de logements et l'information sur les logements disponibles est un facteur d'attractivité important, les internes changeant de lieu de stage tous les six mois : les collectivités territoriales sont à cet égard des acteurs déterminants. L'offre doit se diversifier, notamment en zone rurale.

De manière générale, les mesures à prendre doivent assurer "l'environnement de la vie du médecin", qu'il s'agisse de logement, de transports, d'écoles ou de garde d'enfants...

L'équipement des sites et des lieux de stages en matériel de visioconférence pourra faciliter l'accès à la formation à distance et limiter les déplacements sur la faculté.

2.2.3 Travailler sur le développement des lieux de stage en milieu rural des professions paramédicales

Si l'accueil en milieu rural des futurs médecins nécessite d'être amélioré, il en est de même pour les professions paramédicales : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens, ce d'autant plus que mise à part l'action des instituts de formation et des conseils de l'ordre de ces professions respectives, il n'existe aucune aide spécifique (telle la rémunération de maître de stage) susceptible d'encourager activement le développement de ces lieux de stage.

Dans ce domaine, un travail partenarial est donc indispensable entre l'Agence, les Conseils départementaux de l'ordre, les URPS et la Fédération des URPS.

Au même titre, ce partenariat est également nécessaire avec les collectivités territoriales (notamment le Conseil régional et les Conseils généraux), afin d'améliorer les conditions matérielles des stages, en mettant à disposition des étudiants des logements en milieu rural (comme dans certaines MSP), en instaurant des colocations pluridisciplinaires grâce à une centralisation de l'offre aux différents instituts de formation concernés, ainsi qu'en développant des transports.

2.2.4 Favoriser les exercices regroupés en fonction de besoins identifiés

Le présent schéma propose des zones d'implantation souhaitables des professionnels de santé regroupés en maisons de santé et pôles de santé pluridisciplinaires.

Cette cartographie des implantations est importante et doit contribuer à rendre attractives les modalités d'exercice en milieu rural.

C'est un travail complexe, qui nécessite de prendre en compte tout un environnement qui gravite autour du cabinet du médecin généraliste et des professions paramédicales du 1^{er} recours.

Les regroupements peuvent être envisagés de diverses manières : dans le cadre des maisons ou pôles de santé pluridisciplinaires, mais également par un travail en réseau. Quant aux médecins généralistes, ils trouvent dans ce dispositif des avantages professionnels (lutte contre l'isolement, facilitation des remplacements...), économiques mutualisation des coûts de fonctionnement, du secrétariat..) et intellectuels de qualité d'exercice (échanges de pratiques, réunions pluridisciplinaires à partir des dossiers patients).

Ces structures permettent, d'une part, aux professionnels de santé de travailler ensemble, notamment en zone rurale où la démographie médicale baisse régulièrement, et, d'autre part, la mutualisation des locaux, des moyens humains et techniques, afin de gagner en efficacité et en efficience.

Ces structures doivent s'inscrire dans un véritable projet territorial de santé, en adéquation et en cohérence avec la politique d'aménagement du territoire d'une collectivité territoriale et les autres acteurs de santé projets médicaux de territoire.

Par conséquent, préalablement à toute création, il est nécessaire de s'interroger sur les éléments structurant de motivation justifiant un tel projet, en particulier, au regard des besoins de soins de la population, de l'offre de soins existante, en réalisant une étude d'opportunité et de diagnostic de santé (un certain nombre d'éléments sont pris en compte comme les infrastructures, services publics présents sur le territoire, le dynamisme local, les établissements médicaux et médico-sociaux).

Le projet de santé (Article L6323-3) : nouveau cadre d'organisation de l'offre de soins de proximité

Le projet de santé est le garant de la pérennité de la structure, il constitue la plus-value médicale pour le territoire tant en termes de service rendu au patient, que d'amélioration des conditions d'exercice des professionnels. Il est évolutif.

Il comporte deux volets : le projet professionnel et le projet de prise en charge des patients.

Le projet professionnel

Les prérequis sont :

- un exercice pluriprofessionnel avec noyau dur comprenant au minimum deux médecins généralistes et un infirmier (l'idéal étant à moyen-terme de parvenir à quatre /cinq médecins et deux/trois infirmiers, afin d'assurer la continuité des soins et d'optimiser les conditions de travail des professionnels) ;
- la formalisation d'une organisation du travail entre les différents professionnels de la structure (coordination et pluridisciplinarité, coopérations, fonctionnement du secrétariat, modalités d'échanges des données et des informations médicales, planning congés et absences, ...),
- la rédaction d'une charte (nomination d'un coordonnateur, choix d'un statut juridique, engagements écrits des professionnels à faire partie de la structure),
- l'engagement à accueillir et encadrer des professionnels de santé en formation (étudiants en médecine en stage de 2^{ème} cycle, internes, étudiants infirmiers, etc.)

Le projet de prise en charge des patients

Il décrit :

- les mesures destinées à favoriser l'accès de tous aux soins ;
- la mise en œuvre d'actions de prévention et de santé publique (promotion de la santé, éducation thérapeutique) ;
- les modalités d'orientation et d'information des patients qui doivent être adaptées en fonction de leurs demandes et de leurs besoins (organisation d'un accueil, secrétariat) ;
- une prise en charge pluriprofessionnelle et coordonnée mettant en avant la qualité des soins (réunions de concertation, échanges d'information, suivi des patients en maladie chronique, rédaction de protocoles de prise en charge,...) ;
- la coordination des soins avec les autres acteurs de santé du territoire, sous forme de partenariats (hôpital, SSIAD, autres MSP, CLIC), d'intégration ou d'articulation avec les réseaux de santé présents sur le territoire ;
- le dispositif de continuité des soins avec la mise en place d'une organisation permettant de répondre aux demandes de soins non programmées en journée (large amplitude des horaires d'ouverture, une organisation de permanences de consultations non programmées) ;
- le dispositif d'information : la structure s'engage à mettre en place un dispositif de partage d'informations sécurisé ; ce dispositif favorise la continuité des soins, la coordination des professionnels autour du patient, la qualité des soins et de la prise en charge,
- les modalités de participation ou non à la permanence des soins ambulatoires sur le secteur concerné.

La phase de rédaction du projet de santé qui nécessite plusieurs rencontres et entretiens entre les acteurs concernés doit associer également l'architecte, afin que le projet architectural intègre bien les spécificités de chaque catégorie de professionnel, mais aussi les exigences d'un exercice pluridisciplinaire.

Le projet de santé pourra s'appuyer sur le diagnostic de santé préalablement établi. Ce projet de santé partagé et élaboré avec l'ensemble des professionnels de santé de la structure est le pivot et le garant de l'exercice pluridisciplinaire pérenne. Il se construit dans un cadre d'échange démocratique et de partage d'expérience afin de favoriser les collaborations pluridisciplinaire en interne mais aussi en externe par une bonne connaissance du maillage des acteurs de santé du territoire. A ce niveau, une consultation des représentants des usagers sur le volet des besoins serait susceptible de l'enrichir. L'appui de la Fédération des maisons et pôles de santé pluridisciplinaire de la région Centre peut être un atout notamment en termes de partage d'expérience, de conseil et de dynamique régionale des MSP et PSP.

- Encourager, avec cohérence, la création de Maisons de Santé Pluridisciplinaires

Inscrites dans la loi HPST comme l'une des priorités (art. 39) et souvent présentées comme le pivot de l'organisation de la médecine générale de demain, les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) suscitent un vif intérêt.

La maison de santé apporte une sécurité par le regroupement en un seul lieu et ce critère est fondamental tant pour les étudiants en médecine que pour les élèves se destinant aux professions paramédicales.

Les MSP constituent un cadre facilitateur pour une nouvelle façon d'exercer fondée sur la pluridisciplinarité, la coordination, l'échange de pratiques, la coopération pour une prise en charge globale de la santé en offrant une articulation entre prévention et soins. .

Elles permettent de maintenir, voire de développer l'offre de soins, en facilitant la succession des professionnels cessant ou en voie de cesser leur activité et en offrant un cadre sécurisé d'exercice via le regroupement.

Les MSP s'insèrent dans un territoire en même temps qu'elles en modifient la logique et l'organisation : elles ont, en effet, vocation à irriguer un territoire plus vaste, avec un bassin de population significatif (de 5 000 à 10 000 habitants en moyenne dans la région Centre).

Il existe plusieurs modes de réalisation de ces opérations :

- création sur des fonds propres des professionnels (autofinancement),
- création sur des fonds publics des collectivités territoriales (Conseil Régional, Conseils généraux), de l'Etat et de l'Assurance Maladie.

Elles sont constituées entre des professionnels de santé (médecins, des auxiliaires médicaux, des pharmaciens) avec la possibilité d'associer des professionnels sociaux.

Elles assurent des activités de soins sans hébergement.

Elles peuvent participer à des actions :

- de santé publique,
- de prévention et d'éducation pour la santé,
- sociales.

Ces actions participent aux missions de service public.

Afin de contribuer de manière efficiente au maillage territorial et garantir la pérennité des projets, le portage intercommunal d'un projet est à privilégier et est fortement recommandé.

Telles sont les orientations contenues dans le cahier des charges régional de financement, révisé en 2011.

Ce cahier des charges élaboré par l'Etat, la Région et l'ARS s'inscrit dans le cadre du Contrat de Projet Etat/ Région (CPER) qui finance depuis 2007 l'investissement des opérations de création de MSP, à condition que le portage soit public (collectivités territoriales).

Pour l'éligibilité des projets de MSP, l'Etat et la Région ont élaboré une carte des zones « carencées » (cf. Annexe 2). Il s'agit de zones où la densité médicale est faible et l'âge moyen des médecins plus élevé qu'ailleurs. Cette carte constitue une « grille de lecture » pour la détermination des projets à prioriser en termes d'opportunité. Elle s'apprécie également au regard d'autres critères comme le contenu du projet de santé et l'implication des professionnels de santé. La carte des zones carencées concerne uniquement les projets d'exercice regroupés type MSP pour le versement de subventions d'investissement par l'Etat et la Région.

Le zonage arrêté par l'ARS (zones fragiles), est, quant à lui, un dispositif à part, opposable juridiquement, servant de base à l'octroi d'aides financières individuelles à l'installation et au maintien à destination des médecins généralistes (notamment, aides conventionnelles et aides des collectivités territoriales de l'article 1511-8 du code général des collectivités territoriales).

La loi Fourcade du 10 août 2011 précise dans son article 2 (article L.6323-3 du Code de la santé publique : « Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. »

Lorsque le porteur de projet d'une MSP sollicite un financement public (CPER, Contrat régional de Pays ou autre), le projet de santé est transmis à l'agence pour avis.

L'ARS participe à l'instruction des dossiers et donne un avis plus particulièrement sur le contenu du projet de santé. Toutefois, une évolution de cette instruction des dossiers dans le cadre d'un comité technique régional associant l'Etat, la Région, la Fédération régionale et l'ARS serait favorable à un échange sur les projets à venir et à une vision globale de l'implantation de ces structures. Par ailleurs, la constitution d'un binôme référent comprenant une personne des DT/ARS et un membre de la fédération régionale (tiers facilitateur) permettrait au porteur d'avoir un appui de professionnels ayant une bonne connaissance du territoire.

Par ailleurs, l'association de la MSA au comité technique régional a été retenue dans d'autres régions. Le projet de santé permet de mesurer le degré d'implication et de motivation des professionnels de santé concernés qui doivent en être les auteurs. Bien souvent, la réflexion, en amont de ces acteurs, est négligée et, pourtant, elle détermine la viabilité de la structure à moyen et long-terme.

Le projet de santé témoigne d'un exercice coordonné et pluridisciplinaire ; il doit être compatible avec les orientations du présent schéma.

Les membres de la maison de santé doivent adhérer à ce projet de santé. Il peut également être signé par tout professionnel de santé, dont la participation est explicitement prévue.

Il est soumis à l'ARS pour avis lorsqu'il existe une demande de financement public.

A mi-parcours du bilan de l'utilisation des fonds CPER et parce que l'implantation des MSP n'est pas sans conséquence sur les territoires (délai de mise en œuvre, coût, moyen adapté ou non pour lutter contre la pénurie médicale), les projets de MSP doivent se développer de façon cohérente sur le territoire régional et il est donc primordial qu'il y ait une priorisation des projets, seule garante de leur pérennité, ce dans l'intérêt de tous les acteurs de terrain.

Dans ce cadre, l'Agence souhaite associer davantage les représentants des professionnels de santé au niveau local (conseils de l'ordre départementaux) et au niveau régional (Union Régionale des Professions de Santé, Fédération des Maisons et Pôles de Santé), aussi bien en amont des projets (phase de lancement) qu'en aval (phase d'instruction).

Il est indispensable de prévoir un accompagnement spécifique des projets de MSP, car ce sont des structures lourdes à mettre en place qui nécessitent :

- du temps (notamment du temps de rencontre des différents acteurs de santé du territoire),
- des formations spécifiques (gestion de projet, management opérationnel,...),
- la mise à disposition de personnes ressources (si possible, un tiers extérieur non partie prenante au projet mais qui connaît bien le territoire et les problématiques locales), ce qui pourrait correspondre au « binôme référent »
- un vrai leader parmi les professionnels de santé, partageant des valeurs communes et ayant des qualités d'écoute, de synthèse et force de proposition
- une concertation forte élus / professionnels de santé dès le départ,
- une équipe pluridisciplinaire soudée (ayant eu l'habitude de travailler ensemble par exemple dans un réseau ou, à défaut, acceptant un exercice fondé sur l'échange, le respect et la coordination).

Au-delà de la phase de création des MSP, il importe de les faire vivre (sur différents aspects comme la prévention et la santé publique, les coopérations, les systèmes d'information), et l'ARS et ses partenaires peuvent apporter leur appui. C'est un objectif pour les cinq années à venir.

L'action de l'ARS et de ses partenaires passe également par un suivi systématique (au niveau régional et sur place) et une évaluation des sites en fonctionnement, afin d'identifier les facteurs de réussite et les leviers dans la mise en œuvre des projets mais aussi les freins et les difficultés rencontrées.

Les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens ambulatoires (CPOM ambulatoires), signés entre l'ARS et le regroupement de professionnels de santé, finançant des frais de fonctionnement dans le cadre du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), constitueront un des supports de ce suivi et cette évaluation.

Il s'agit de capitaliser les expériences positives et innovantes et de les faire connaître.

En région Centre, la Fédération des Maisons et Pôles de Santé créée en juin 2011 et réunissant les professionnels de santé peut contribuer à cette action, en concertation avec l'ARS.

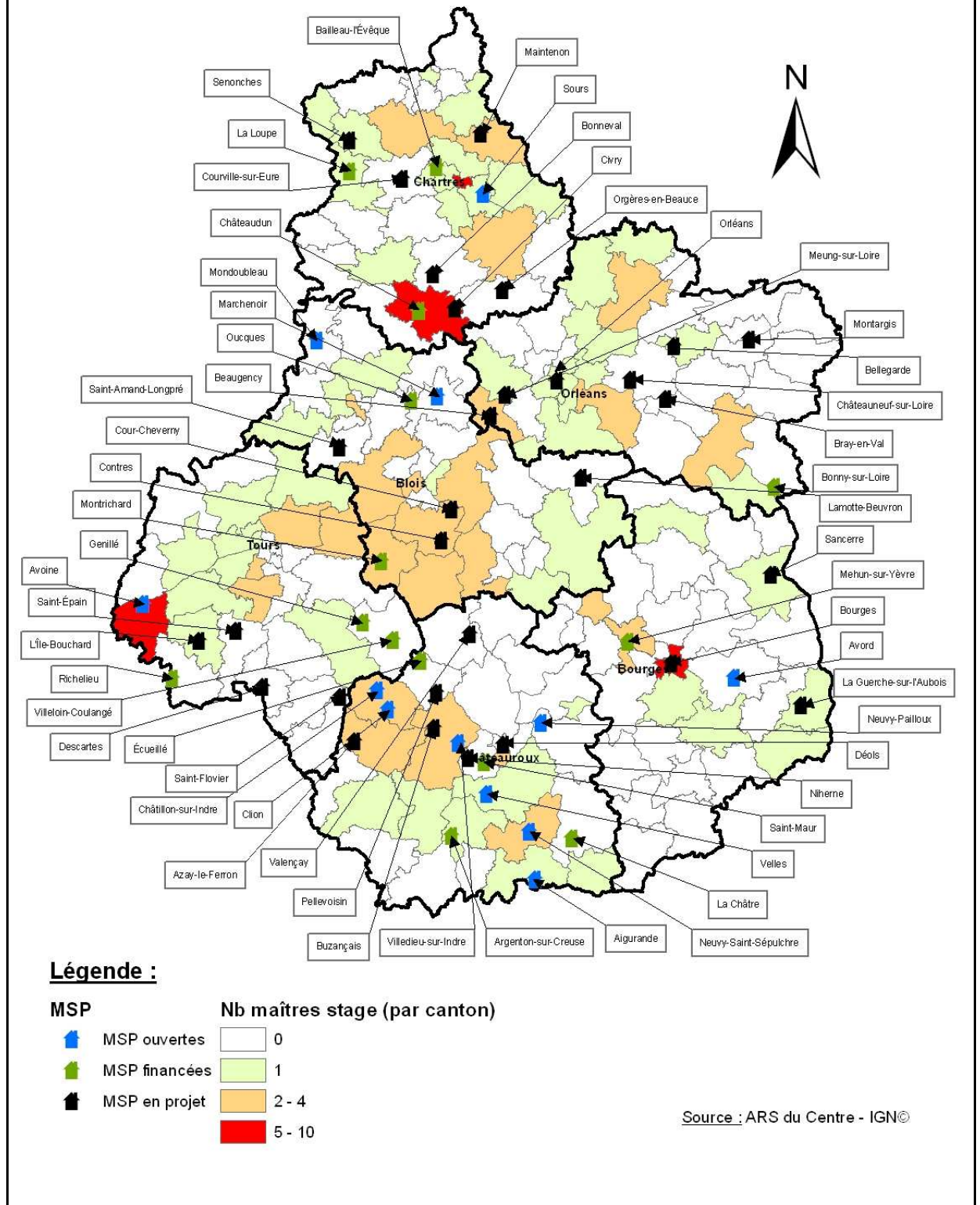
Les MSP, à terme (et dans le meilleur des cas, dès le début), via leur projet de santé, doivent contribuer à la construction d'un projet de santé plus global qui permettra de tenir compte de l'ensemble des acteurs de santé sur un territoire donné (en particulier, les pharmaciens, les laboratoires de biologies médicale, les structures médico-sociales comme les associations de maintien à domicile, les réseaux de santé, les centres de santé, les structures de collectivités territoriales comme les PMI) et à limiter les situations de déséquilibre d'un territoire au profit d'un autre.

Tout en reconfigurant la géographie des territoires, l'ARS, aux côtés de ces partenaires, doit veiller à ce que les structures d'exercice regroupé n'appauvrissent un territoire.

Elles ne peuvent fonctionner de manière optimale que si, dès le départ, elles réussissent à attirer de nouveaux professionnels sur un territoire, par exemple par le biais des stages, intéressés par cette pratique professionnelle pluridisciplinaire et donc prêts à s'installer. Elles n'ont pas vocation à maintenir seulement l'offre de soins existante, déjà fragilisée.

De plus, elles peuvent offrir des possibilités pour les professionnels de santé de diversification de l'exercice lorsqu'elles sont adossées à des établissements de santé (hôpital local) ou des établissements médico-sociaux (Etablissements d'Hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes).

Implantation des MSP couplée avec les maîtres de stage



- Les pôles de santé pluridisciplinaires : vers un projet territorial de santé global ?

La maison de santé est un mode d'organisation du premier recours attractif, elle n'est cependant pas la seule réponse possible dans tous les territoires fragiles en offre de soins si les professionnels de santé n'adhèrent pas à ce type de démarche.

Les pôles de santé pluridisciplinaires (PSP) ont été créés par la loi du 21 juillet 2009 (article L.6323-4 du Code de santé publique).

Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des établissements de santé et des services médico-sociaux, des GCS et des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

Ils assurent des activités de soins de 1^{er} recours, le cas échéant, de second recours pour les soins non couverts par le 1^{er} recours.

Ils peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma régional de prévention.

La définition de ces structures suffisamment large et non contraignante, ne fixe pas de forme précise à ce mode d'exercice pluridisciplinaire.

Ainsi, un PSP peut se constituer autour d'une MSP ou pas, mettant en œuvre dans ce dernier cas une organisation commune entre plusieurs cabinets médicaux et paramédicaux, en lien avec d'autres structures présentes sur le territoire.

Un PSP repose sur un projet de santé (volet professionnel et volet patient) de proximité. Il a vocation à organiser des territoires plus vastes que les MSP (de 10 000 à 15 000 habitants).

Il s'agit d'une organisation ayant pour objectif une prise en charge globale du patient se fondant sur la continuité des soins, la coordination et la coopération pluridisciplinaire.

Les éléments structurants d'un pôle sont :

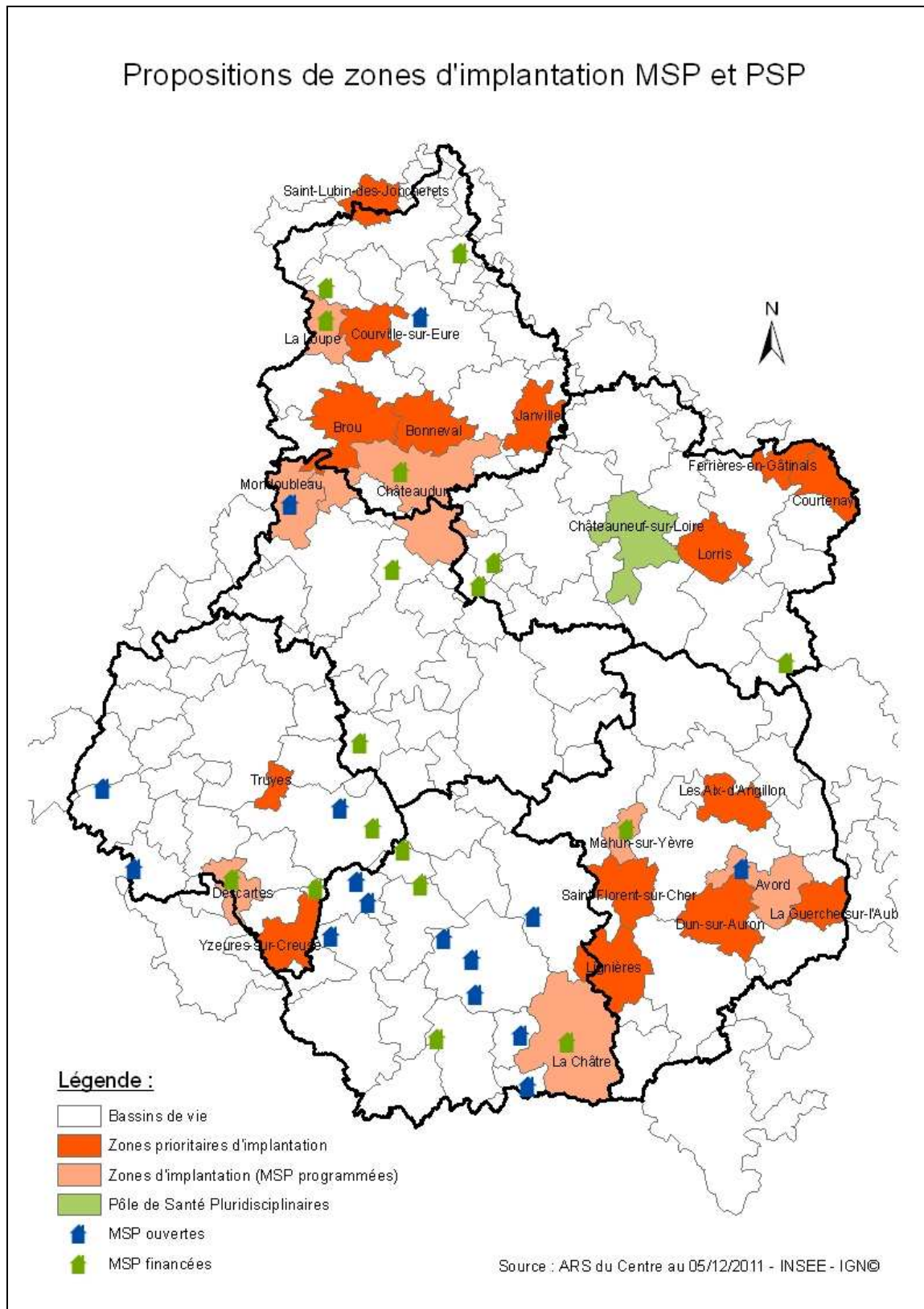
- un élargissement de l'offre de soins et un renforcement de l'accessibilité,
- l'organisation d'un accueil commun (secrétariat) et d'un dispositif systématique d'information à l'égard du patient,
- le développement des prises en charges globales et coordonnées (concertation, échanges d'informations, réunions locales) pour la gestion des situations complexes (maintien à domicile des personnes âgées,...),
- l'amélioration de la prise en charge des pathologies chroniques (élaboration de protocoles, partenariats avec les réseaux de santé thématiques),
- développement de la prévention et de la promotion de la santé,
- les coopérations avec d'autres acteurs sanitaires ou médico-sociaux (PMI).

Un pôle de santé ne doit pas s'envisager comme un ultime recours pour maintenir une offre de soins existante déjà fortement fragilisée (difficultés à trouver des successeurs pour les professionnels en exercice, départ(s) à la retraite proche(s) d'un ou des professionnels de santé de la zone concernée) ou se justifier par divers motifs (refus de professionnels de santé propriétaires de leurs cabinets d'intégrer les murs d'une MSP ou de déménager car cela n'est pas de leur intérêt).

Il doit se concevoir comme une véritable dynamique pour le territoire impacté, comme un moyen de mettre en réseau les professionnels de santé autour des éléments structurants précités, afin de faire évoluer l'organisation de l'offre de proximité face à certains enjeux (échanges de pratiques, simplification par la délégation de certaines tâches administratives et amélioration des conditions d'exercice, dossier médical, gestion des soins non programmés).

L'ARS préconise des implantations de PSP dans des territoires suffisamment importants (moyennes agglomérations et territoires semi-ruraux et/ou semi-urbains) et où une dynamique de coordination entre les divers acteurs de santé existe, où les équilibres existants (recours à l'offre de soins, réponse aux besoins de soins) sont satisfaisants, mais nécessitent d'évoluer du fait, notamment, d'une démographie médicale et paramédicale déclinante ou fragilisée.

Propositions de zones d'implantation MSP et PSP



Cette carte illustre une proposition indicative de l'ARS, qui est bien entendu, non sélective : en effet, le critère de fragilité, de taille de la zone (notamment, attractivité et population), de densité médicale ne doivent pas être appréciés de manière isolée ; l'implication et la motivation des professionnels de santé, le dynamisme des élus et surtout le respect de cahier des charges (projet de santé finalisé) restent des éléments de choix incontournables.

Ainsi, il est possible qu'une zone pressentie comme pertinente pour l'implantation d'une structure d'exercice regroupé n'ait pas de projet consistant ou n'ait pas les acteurs locaux pour le porter et ne

soit pas retenue. A l'inverse, si ces propositions servent à prioriser des territoires, dans le cadre d'une enveloppe financière fermée et devant la multiplication de ce type de projet, il est possible que la localisation d'une MSP ou un PSP en zone non considérée comme fragile soit acceptée si le projet est pertinent dans le territoire.

- Les autres modes d'organisation de l'offre de soins de proximité

D'autres modes d'exercice sont possibles contribuant à rendre attractifs les territoires comme l'insertion dans un réseau de santé, le développement des sites d'exercice secondaires sous forme d'interventions ponctuelles, la possibilité de diversifier son exercice et d'effectuer des vacations à l'hôpital.

Une MSP, par le regroupement qu'elle impose, n'est pas toujours adaptée à tous les territoires, parce qu'elle nécessite une implication, un dynamisme et un investissement très importants des acteurs de santé, ou parce qu'elle n'est pas pertinente là où la densité de population est faible, l'habitat dispersé. D'autres structures peuvent permettre de limiter la désertification médicale.

C'est pourquoi, face à cette réalité et au vu de son expérience, l'ARS, en lien avec les différents partenaires et financeurs (Etat, Région, Conseils généraux), entend favoriser d'autres modes de regroupement, plus adaptés à certaines spécificités locales.

Pour ce faire, il a été convenu d'élaborer une feuille de route allégée par rapport au cahier des charges des MSP, devant présider à la sélection des dossiers.

Ces modes d'organisation de l'offre de soins de proximité peuvent consister en :

- des pôles paramédicaux,
- des cabinets secondaires.

Concernant les pôles paramédicaux, cinq aspects sont examinés :

- l'opportunité : adaptation du regroupement au projet territorial de santé (problématique particulière), réponse aux besoins de soins,
- un noyau consistant de plusieurs paramédicaux présentant une diversité de professions (au moins 3),
- l'élaboration d'un projet de santé minimal prévoyant un rapprochement du pôle avec un ou plusieurs médecins généralistes, avec un hôpital local, d'autres structures (type médico-sociales) et la déclinaison de quelques actions (prévention et santé publique, prise en charge et suivi du parcours du patient, coordination des professionnels, échanges d'informations et de données),
- l'incitation à une organisation commune de la structure, avec mise en place de secrétariat partagé quand un secrétariat existe (peu de besoins identifiés de la part des paramédicaux).

De même, les cabinets secondaires peuvent représenter un mode de structuration de l'offre de soins. Il y a cabinet secondaire lorsqu'un médecin reçoit en consultation de façon régulière ou habituelle des patients dans un lieu différent du cabinet principal ; la création ou le maintien d'un cabinet secondaire, sous quelle que forme que ce soit, n'est possible qu'avec l'autorisation du conseil départemental de l'ordre intéressé.

Cette autorisation doit être accordée si l'éloignement d'un médecin de même discipline est préjudiciable aux malades et sous réserve que la réponse aux urgences, la qualité et la continuité des soins soient assurées.

Sont envisagés tout particulièrement les cabinets secondaires comme « annexes » ou « satellites » pour des permanences médicales, c'est-à-dire avec :

- des permanences assurées par les praticiens des MSP concernées, sur des communes où n'exercent plus de praticiens,
- une intégration au sein de ces cabinets d'actions de santé menées dans le cadre du projet de santé de la MSP,
- un rattachement au fonctionnement administratif et au secrétariat commun partagé de la MSP (appels téléphoniques, heures d'ouverture, informations diverses).

Ces divers projets peuvent être financés par la Région, notamment dans le cadre des contrats régionaux de Pays. Dans ce cadre, l'ARS est consultée sur l'opportunité du projet et sa plus-value en termes d'accès aux soins.

Cette action favorise des projets parfois moins ambitieux que les MSP mais tout aussi importants pour les territoires et les acteurs locaux (collectivités territoriales, les usagers et les professionnels de santé) dans le maintien de l'offre de soins et son renouvellement.

A côté de ces possibilités, il existe des structures sanitaires de proximité beaucoup plus anciennes, dispensant principalement des soins de 1^{er} recours : les centres de santé (article L.6323-1 du code de la santé publique et décret n°2010-895 du 30 juillet 2010 relatif aux centres de santé).

Un centre de santé peut être constitué en association loi 1901, intégré à des services municipaux ou relevant d'une mutuelle, d'un organisme de sécurité sociale, d'une congrégation, d'un établissement de santé.

Concernant leur champ de compétence :

- ils assurent des activités de soins sans hébergement ;
- ils mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales ;
- ils pratiquent la délégation du paiement du tiers (art. L 322-1 CSS) ;
- ils peuvent pratiquer des IVG par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention.

Ils constituent des lieux de stage pour la formation des différentes professions de santé.

Ils peuvent soumettre à l'ARS et appliquer les protocoles de coopération.

Ils élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.

Ils offrent aux médecins un statut de salarié.

Ce projet est arrêté par le gestionnaire du centre de santé qui associe l'ensemble des professionnels du centre et le porte à la connaissance du Directeur général de l'ARS, lors de l'ouverture du centre et lorsqu'il fait l'objet de modifications, portant notamment sur son activité, son implantation ou son gestionnaire. Le Directeur général de l'ARS en accuse réception.

Ce sont des structures d'exercice regroupé de 1^{er} recours plus anciennes que les maisons et pôles de santé, au sein desquelles le tiers-payant permet l'accès aux soins de tous ; ainsi, ce type de structure peut-être une réponse adaptée à la problématique de l'accès aux soins de proximité et réduire, en particulier, les inégalités sociales de santé.

Les centres de santé peuvent contribuer à favoriser le travail en équipe, la coopération et la promotion de la santé (vaccinations, dépistage,...).

Ils constituent un maillage complémentaire (surtout, en milieu urbain) aux autres exercices regroupés pour ce qui concerne l'offre de soins de proximité et une offre de services complétant l'action du médecin traitant (éducation en santé, éducation thérapeutique).

Si le volet ambulatoire doit prévoir l'implantation de ces structures, pour l'heure, compte tenu de leur hétérogénéité et de la diversité des réalités qu'elles recouvrent, un bilan des centres de santé existants sera établi dans les deux ans de mise en œuvre du présent schéma.

2.2.5 Développer la fonction d'information et de conseil auprès des professionnels de santé pour faciliter leur exercice quotidien

Dans un objectif de maintien et d'attrait des professionnels de santé sur le territoire, l'agence régionale de santé se positionne comme un acteur de la relation avec les professionnels de santé, par une fonction d'information et de conseil.

A cet effet, un nouveau service a été créé : la Plate-forme d'appui aux professionnels de santé (PAPS).

L'enjeu principal est de faciliter le quotidien du professionnel de santé, qu'il soit notamment médecin, infirmier, masseur kinésithérapeute, étudiant ou médecin installé...

L'objectif de l'ARS est d'instaurer une relation de confiance, fiable, fondée sur la disponibilité, l'écoute et une démarche proactive de simplification et de cohérence globale.

La Plate-forme d'appui aux professionnels de santé (PAPS)

Mise en place depuis le 1^{er} juillet 2011, la PAPS représente un outil régional important pour favoriser l'installation et le maintien des professionnels en région Centre (www.centre.paps.sante.fr).

Pilotée par l'ARS en coordination avec tous ces partenaires (unions régionales des professionnels de santé, conseils de l'ordre, collectivités territoriales, organismes d'Assurance maladie, Université de médecine, représentants des internes et des remplaçants, Instituts de formation...), la PAPS vise à :

- Informer et préparer l'installation des futurs professionnels
- Aider à l'installation de tous les professionnels
- Faire émerger et accompagner les projets d'exercice coordonné
- Suivre le développement des professionnels et de leurs projets

Ce dispositif s'adresse aux étudiants, aux professionnels de santé et aux porteurs de projets.

Il convient de promouvoir ce nouveau dispositif et de mobiliser les partenaires pour alimenter le contenu et améliorer l'offre de services à destination des étudiants ou professionnels.

2.3 MOBILISER LES PROFESSIONNELS DE SANTE AUTOUR DE PROJETS LOCAUX DE SANTE

Les projets locaux de santé mobilisant des professionnels de santé volontaires doivent s'inscrire dans le respect des droits des usagers.

Cette problématique regroupe plusieurs aspects :

- l'éthique du soin et de la santé,
- le libre-choix du patient,
- le droit à l'information (transparence de l'organisation et du système)
- le partage d'informations entre plusieurs professionnels de santé et intervenants,
- le Dossier médical personnel,

Mais aussi l'accessibilité des soins (géographique, financière).

En outre, l'article L.1110-4 du Code de la santé publique, modifié par les dispositions de la Loi Fourcade, dispose que : « toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins, a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant (...).

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. »

Il est donc primordial d'informer l'usager et le patient sur le fonctionnement de système de santé, ses évolutions (possibilités offertes par la télémédecine, mise en œuvre du DMP) et de le responsabiliser. Le responsabiliser, c'est le rendre acteur de sa santé et l'orienter au mieux dans le parcours de soins.

Il est fortement conseillé d'intégrer dans la charte du projet professionnel des MSP la problématique du respect des droits des usagers (notamment, inscrire le libre choix des PS par le patient au sein de la MSP comme un droit et un prérequis).

L'article L.110-4 du code de la santé publique qui affirme le droit du patient au secret médical et qui régit le partage de l'information médicale doit être concilié avec l'évolution des exercices, en particulier, le développement des pratiques coopératives de soins et le travail au sein d'une équipe de soins pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.

L'objectif étant de respecter les droits des patients tout en promouvant les nouvelles pratiques médicales par l'organisation d'un accès partagé entre plusieurs professionnels (dont des paramédicaux) à l'information sur le patient (dossier).

2.3.1 Contribuer à faciliter l'exercice au quotidien et rompre l'isolement des professionnels de sante

- Système d'information et télémédecine : vers une évolution structurante de l'offre de soins de proximité ?

La région Centre doit relever le défi de l'égalité de l'accès aux soins dans un contexte de prévisible pénurie médicale et de répartition inégale sur le territoire régional des professionnels de santé. Les systèmes d'informations de santé (SI) et plus particulièrement les systèmes de télémédecine sont un des moyens de répondre à cette préoccupation permettant le développement des échanges entre professionnels, le développement de nouvelles pratiques de collaboration et contribuant à rompre leur isolement. En relativisant les distances géographiques, ces technologies permettent de délimiter les inégalités territoriales d'accès aux services de santé au bénéfice des patients.

Il y a donc un enjeu tout particulier dans notre région à leur développement : pour l'ambulatoire, leur mise en œuvre concerne, dans un premier temps, les structures d'exercice regroupé pluridisciplinaires (MSP et PSP).

Le système d'information cible qui s'organise dans les exercices regroupés autour d'un dossier médical partagé, est un élément structurant du projet de santé, favorisant l'atteinte de ses objectifs en termes de coordination, de qualité et de sécurité des soins, de coopérations, d'échanges et de fiabilisation des informations médicales, d'organisation et de mutualisation des ressources, d'optimisation du temps des professionnels.

Ainsi, un projet de MSP solide ne peut se concevoir sans un système d'information développé et partagé par les différents intervenants. En effet, le SI donne une réalité à l'exercice (pour partie) commun d'une telle structure. Le même raisonnement s'applique aux pôles de santé.

En fonctionnement optimum et bien intégré par l'ensemble des intervenants au sein d'une structure d'exercice regroupé pluriprofessionnel, il peut contribuer à valoriser le rôle et les compétences de chacun dans la prise en charge et les faire évoluer dans le cadre des coopérations.

Le SI comporte deux volets :

- un volet lié à la pratique individuelle de chaque professionnel,
- un volet touchant à l'organisation pluriprofessionnelle.

Comme le précise le cahier des charges de l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP santé), le partage d'informations médicales s'opère entre deux professionnels de santé ou plus et pour un patient particulier.

Or, à l'heure actuelle en ambulatoire (hors établissements de santé), le partage d'informations est limité : il est possible entre professionnels de santé exclusivement, à l'exclusion des personnels administratifs, assistantes sociales, psychologues....

Aux termes de l'article L.1110-4 du code de la santé publique : « les informations concernant une personne prise en charge par un professionnel de santé au sein d'une maison ou d'un centre de santé sont réputées confiées par la personne aux autres professionnels de santé de la structure qui la prennent en charge ». Donc, seules les informations nécessaires pour la continuité des soins ou la meilleure prise en charge sanitaire possible peuvent être partagées.

Deux conditions doivent être respectées :

- le recueil du consentement exprès du patient, par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée,
- de l'adhésion des professionnels concernés au projet de santé.

En outre, la transmission de telle ou telle information relève, à l'heure actuelle, de la responsabilité individuelle du professionnel, le but étant d'opérer un tri des informations qu'il a recueillies, afin de ne transmettre que celles qui sont utiles à la prise en charge du patient.

Cette situation fortement liée aux questions de responsabilité juridique est confortée avec la création récente de la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA).

Il faut donc prévoir, sous réserve du consentement exprès du patient, le partage de données au sein d'une équipe de soins, c'est-à-dire des professionnels de santé qui participent à la prise en charge du patient (coordination et coopération) et qui assurent la continuité des soins, dans le respect des missions et des compétences de chacun et du principe de confidentialité des données du patient qui régit l'activité de chaque professionnel. Dans un exercice libéral encore plus que dans un établissement de santé, les intervenants de la prise en charge ne sont pas tous membres de la même structure (MSP ou pôle). Les modalités d'échanges devront être ouvertes et s'appuyer sur les référentiels nationaux (principalement, le DMP).

La stratégie régionale de mise en œuvre des SI au sein des exercices regroupés pluridisciplinaires donnera lieu à la rédaction d'un document de cadrage proposant des solutions adaptées aux exercices regroupés des libéraux de ville et des normes de référence (installations préconisées, aménagements, échelles de coûts,...).

Le système d'information de la MSP doit adopter, dès sa conception, le cadre d'interopérabilité défini par l'ASIP-Santé, en particulier :

- une DMP compatible des dossiers médicaux ;
- un respect du cadre Messagerie Sécurisée de Santé Unifiée (terme de l'ASIP-Santé), concernant les systèmes de messagerie utilisés pour les échanges d'informations de santé à caractère personnel,
- un agrément des services d'un hébergeur externe (lorsqu'il y est fait recours), en tant qu'hébergement de données de santé à caractère personnel.

Le Système d'Information, pour être crédible et légitime, doit répondre aux besoins des professionnels de santé, être partagé (pour certains éléments) et faciliter l'exercice quotidien en optimisant le temps médical (échanges de données sécurisés et rapides, allègement et délégation des tâches administratives)

Concernant les SI, leur mise en place généralisée doit être progressive et adaptée en fonction de chaque projet (crainte de la part des professionnels de santé de la dépossession des données patient et par les multiples applications avec les solutions métier de la perte de leur indépendance professionnel).

Trois points sont essentiels pour l'offre de soins de proximité :

- utilisation d'une messagerie sécurisée,
- optimisation du temps médical,
- communication efficace entre professionnels.

Le développement des systèmes d'information au sein des structures d'exercice regroupés conduite par l'Agence s'inscrit en cohérence avec les orientations définies dans la nouvelle convention médicale signée entre l'Assurance Maladie et les Syndicats représentatifs des médecins libéraux : en effet, via la fixation d'indicateurs liés à l'organisation du cabinet et à la qualité de service (dont l'atteinte permet le versement d'une rémunération dite « à la performance »), les médecins (dans un premier temps, les généralistes, médecins traitants) sont incités à :

- utiliser des logiciels métiers pour la gestion des données du dossier médical ;
- utiliser un logiciel d'aide à la prescription certifié.

Comme il est rappelé dans cette convention, l'enjeu est la tenue d'un dossier médical patient actualisé et d'évoluer vers un dossier communicant qui pourra, à terme, bénéficier d'un accès partagé, afin de faciliter le travail en équipe et les échanges avec les autres professionnels.

Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires constituent des structures de regroupement des professionnels de santé de proximité, bénéficient d'un fort soutien des collectivités publiques et sont un terrain favorable au développement de la télémédecine.

Dans une moindre mesure les pôles de santé peuvent également y être favorables bien qu'ils se distinguent des MSP par l'absence de regroupement des professionnels en un seul lieu favorisant la mutualisation des équipements.

La télémédecine constitue dans cet environnement un outil de choix pour résister à l'isolement des professionnels de santé. L'offre de proximité pluridisciplinaire par essence sera avantageusement épaulée par un accès facilité aux avis spécialisés ou la possibilité d'organiser sur place un contact avec des spécialités dont la présence (ou la permanence) n'est peut être assurée.

Le bénéfice immédiat pour le patient sera de pouvoir bénéficier d'une expertise sans les inconvénients de déplacements plus ou moins lointains et confortables.

La télémédecine peut également être mise à profit pour réduire l'impact négatif sur la proximité des ressources médicales et de soins que peut induire l'installation d'une MSP. Quand plusieurs professionnels de santé dispersés dans plusieurs communes voisines déjà en voie de désertification

décident de se regrouper, la commune dans laquelle la MSP est installée voit sa densité d'offre de soins de proximité confortée mais les communes environnantes voient au contraire leur situation s'aggraver. La situation d'isolement des professionnels restant dans ces communes encouragera certains d'entre eux à accueillir des dispositifs de télé-médecine maintenant la coopération avec ceux des professionnels qui auront choisis d'exercer dans la MSP.

C'est par exemple le souhait des pharmaciens dont certains souhaitent équiper une pièce de confidentialité dans leur officine et assister les patients qui viennent leur demander conseil.

Les professionnels de la MSP peuvent devenir à leur tour prestataires de télé-médecine, éviter des déplacements tout en gardant une relation de proximité avec leurs patients qui se déplacent difficilement.

Voici des exemples de binômes de télé-médecine comme par exemple :

- Médecin - infirmier
- Neurologue- Urgentiste
- Psychiatre-psychologue
- Ophtalmologue-Orthoptiste
- Radiologue-Manipulateur en radiologie

Plus la densité du premier est faible et celle du second forte, plus le terrain est propice à développer une activité de télé-médecine. Il en va de même des consultations avancées de spécialistes quand elles existent.

Le mode le plus immédiat de mise en relation de l'offre et de la demande sera probablement dans ce domaine le renfort de réseaux de relations existantes.

Quand une MSP assure dans une commune voisine des consultations avancées, le lieu constituera probablement un lieu potentiel d'installation d'un dispositif de télé-médecine.

Ce diagnostic est partagé par l'ensemble des acteurs et collectivités et pouvoirs publics de la région qui, chacun dans son rôle et sur son périmètre d'action, se mobilise pour trouver des réponses appropriées.

Le cadre du recours à la télé-médecine est défini par le décret du 19 octobre 2010

L'activité de télé-médecine sera définie dans le Programme Régional de Télé-médecine (PRTL), partie intégrante du PRS.

Elle doit tenir compte de l'offre de soins dans le territoire considéré et faire appel à des professionnels de santé exerçant régulièrement, dont les compétences sont reconnues.

Cette activité doit être encadrée par une contractualisation entre acteurs de santé et ARS, d'une part, et par des conventions entre acteurs de santé, d'autre part.

Voici quelques exemples d'applications possibles dans l'ambulatorio

- transmission d'images à distance,
- suivi grossesses,
- fond d'œil pour les diabétiques,
- avis spécialisés de dermatologie.

Pour que le système soit opérationnel, il conviendra de veiller à réunir :

- un territoire d'application adéquat, répondant à des besoins de santé et un programme médical,
- un réseau et des dispositifs techniques adaptés,
- une ergonomie facilitant l'accès à chacun des utilisateurs,
- une formation adaptée des intervenants, et une qualification des acteurs garantissant la qualité des actes et prestations,
- des organisations adaptées (prise de rendez-vous, partage d'informations, etc.),
- un fonctionnement en routine,
- une clarification des conditions de tarification et de financement (définie par contrat).

Le relationnel auprès du patient est un aspect fondamental, afin de limiter sa méfiance et sa crainte d'une pratique de « sous-médecine ».

Pour ce faire, il faut une information systématique (éthique, droit à l'image, liens avec les associations de patients) et élaborer des protocoles de coopérations entre professionnels de santé, car il y a une traçabilité de tous les échanges (compte-rendu, d'où la difficulté d'archivage des données)

2.3.2 Accompagner des actions améliorant la qualité et la sécurité des soins

Le nombre et l'éclatement sur les territoires, des ressources sanitaires, sociales et médico-sociales, n'incitent pas à une prise en charge coordonnée et graduée des patients.

Ils rendent nécessaire l'amélioration de la lisibilité de l'offre de soins de premier recours existante, pour les patients comme pour les professionnels de santé, afin d'améliorer la qualité des prises en charge par le développement de pratiques pluridisciplinaires et complémentaires entre les soignants.

Dans la perspective d'une mise en place de la politique régionale globale de santé, autour des enjeux de la proximité et d'équité d'accès aux soins issus de la loi HPST, il convient de favoriser les actions améliorant l'accessibilité, la qualité et la coordination des soins de premier recours autour du patient :

- les réseaux de santé,
 - les groupes qualité,
 - les nouveaux modes de rémunération.
- Poursuivre le développement de la coordination ville / hôpital : un axe fort des réseaux de santé

Les réseaux de santé, définition

L'article L 6321-1 du Code de la santé publique précise les missions des réseaux de santé : « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de santé de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. »

A l'heure du décroisement de la ville et de l'hôpital, les réseaux ont su proposer des solutions innovantes en termes d'actions spécifiques, de formation ou de relations entre professionnels, fondées sur la créativité des professionnels, autour d'un projet de santé commun.

Il existe 2 types de réseaux :

- **les réseaux régionaux** : qui concernent essentiellement la cancérologie, la périnatalité ou les soins palliatifs, ont pour objectif de décliner et d'organiser, en région, les politiques de santé publique, de manière structurée, avec mutualisation d'outils et de ressources qui ne peuvent être disponibles dans chaque territoire.

Ils inscrivent un maillage solide entre tous les acteurs, en particulier les établissements de santé, avec les protocoles et les référentiels de bonne pratique.

Ils sont alors des outils ressources et d'expertise pour développer la qualité des pratiques sur les territoires, tant au domicile du patient qu'en établissement de santé.

- **les réseaux de proximité** : à dimension territoriale ou infra-territoriale, s'impliquent dans l'organisation et la coordination des soins et de la prévention, entre la ville et l'hôpital, en soutien à la médecine de 1^{er} recours, et cela dans une perspective d'amélioration des

pratiques. En effet, pour que le médecin de 1^{er} recours remplisse ses missions données par la loi, de soins primaires et de coordination, il doit pouvoir s'appuyer sur les réseaux.

Cependant, les réseaux sont encore trop souvent monothématiques, fonctionnent de manière cloisonnée et ne couvrent que partiellement les territoires de leurs actions. Or, ils doivent avant tout être un outil d'accompagnement d'une politique territoriale de santé, avec une répartition au service des malades qui soit équitable.

Il importe de les faire évoluer dans le but d'améliorer l'efficacité des soins dispensés en ville.

Compte-tenu du vieillissement de la population et des enjeux de la prise en charge des maladies chroniques et de la dépendance, une réflexion a été engagée en région, pour que les réseaux de santé évoluent vers des réseaux plurithématiques de proximité, comme interlocuteurs visibles et bien identifiés :

- avec une prise en charge globale du patient : une mutualisation des moyens et des expertises pour créer un socle de services communs, et des services spécifiques par pathologie,
- en articulation avec les dynamiques nouvelles existantes, telles les maisons de santé pluridisciplinaires.

Cette évolution devra répondre à plusieurs problématiques, tels que les patients pluripathologiques, une sous densification médicale et par corrélation, une forte sollicitation et une usure des professionnels de santé, la prise en compte de la dimension médico-sociale, une couverture territoriale inégale et une enveloppe budgétaire fermée.

Dans ces conditions, les avantages apparaissent clairement :

- pour le patient et son entourage, le réseau plurithématique est un guichet unique qui lui facilite l'accès aux différentes compétences et lui assure une complémentarité d'expertises immédiate, puisque des échanges peuvent se faire au sein de l'équipe ;
La polyopathie d'un patient âgé, par exemple, concerné par un réseau gériatrique, peut inclure l'existence d'un cancer, et ses besoins de santé peuvent évoluer vers les soins palliatifs.
- pour les professionnels de santé, le guichet unique facile d'utilisation, garantit l'obtention d'une réponse et une mise en relation rapide avec des spécialistes de plusieurs disciplines participant à la prise en charge globale de leur patient.

L'objectif d'un rapprochement territorial entre réseaux autour de projets de santé communs, consiste à utiliser et coordonner toutes les ressources existantes au service des patients quel que soit leur parcours de soins.

La démarche a pour ambition de réunir autour d'une dynamique commune sur un même département, l'ensemble des acteurs impliqués avec une coordination renforcée, et à s'appuyer sur une mutualisation : professionnels, locaux, matériels, dossier réseau partagé, harmonisation des programmes d'éducation thérapeutique....

D'une manière générale, l'évaluation des situations grâce à une expertise plurithématique est un avantage important et le coût financier est bien évidemment réduit : un seul local, une seule équipe administrative, des postes transversaux (ex : psychologue, ergothérapeute,...).

Par ailleurs, il est à préciser que l'implication des établissements existants (hôpitaux locaux, cliniques, CH, HAD,...) sera déterminante dans cette perspective de développement.

Un travail sera initié sur une coordination renforcée, (ex : nomination d'une équipe spécialisée intégrant les responsables des réseaux des thématiques concernées et un référent coordinateur), sous la forme de « maison des réseaux » à portée départementale ou de GCS à visée régionale.

Le succès de réalisation de leurs fonctions de coordination est inhérent au développement des modes de travail et outils de fonctionnement suivants :

- les nouvelles coopérations organisées sous forme de protocoles,
- la concertation pluridisciplinaire,
- les systèmes d'information : enjeu d'avenir, ils permettent de recentrer les médecins sur leur cœur de métiers par des échanges interprofessionnels concernant tant la recherche d'informations, que la prise en charge du patient au sein d'une filière de soins organisée (pas forcément en exercice regroupé), aux moyens de :
 - un dossier médical partagé ;
 - une messagerie internet sécurisée ;
 - des logiciels de gestion compatibles ;
 - un annuaire des ressources ;
 - la télémédecine.

Pour faire face à ces nouveaux enjeux des réseaux, et afin de garantir la continuité des soins par la gestion des dossiers multi-pathologies et multi-réseaux (hébergement des données de santé), il a été créé la Plate-forme régionale de Télésanté Centre, qui a pour objet de mettre en place une organisation et des outils nécessaires à la création d'un système d'informations partagé, sécurisé, accessible à tous les professionnels de santé concernés et respectant les droits du patient. A ce titre, elle propose des espaces collaboratifs, notamment pour le dossier générique des réseaux et l'hébergement de sites internet, un répertoire opérationnel des ressources, une messagerie sécurisée,...

- les plans personnalisés de santé (PPS) qui leur incombe de réaliser et de réviser, afin d'aider le médecin traitant (et comme service du DMP). Ils permettent de mettre en place un véritable parcours de soins, appuyé sur des référentiels, élaboré et suivi en coopération des professionnels concernés (il faut parler de parcours personnalisé d'accompagnement ou de prise en charge pour les réseaux de soins palliatifs ou de précarité).

La tâche de l'ARS est d'améliorer l'efficacité de l'offre de soins en associant les réseaux à des démarches participatives. Elle appellera au déploiement de l'expertise de ces réseaux de coordination de proximité, grâce à une articulation accrue entre les réseaux et les maisons et pôles de santé, et à la réalisation de projets locaux communs à travers les CPOM.

L'introduction des CPOM ambulatoires est une nouveauté de la Loi HPST. L'ARS peut conclure ces contrats avec les réseaux, centres, pôles et maisons de santé, pour 5 ans. La signature des CPOM conditionne la dotation financière allouée par l'ARS aux réseaux, notamment celle du FIQCS.

Le contenu des CPOM est décrit par le décret du 4 octobre 2010 (art. 6114-11 à D. 6114-17 du code de la santé publique) ; il détermine :

- les principales orientations de son projet de santé (dans le respect des orientations du PRS et du programme pluriannuel de gestion du risque) ;
- les conditions d'organisation et de fonctionnement de la structure, ainsi que ses engagements en termes de coordination avec les professionnels de santé et les structures sanitaires, sociales et médico-sociales sur le territoire de santé en vue d'améliorer le parcours de soins des patients ;
- les engagements en termes d'accès aux soins, de continuité des soins et de service rendu au patient ;
- les engagements en vue d'améliorer la qualité et la sécurité des soins ;
- les engagements en vue de renforcer l'efficacité de l'organisation et de disposer d'outils de suivi et d'évaluation de la performance attendue ;

- les engagements en termes de développement des systèmes d'information et de transmission des données informatisées et, le cas échéant, les activités de télémédecine développées.

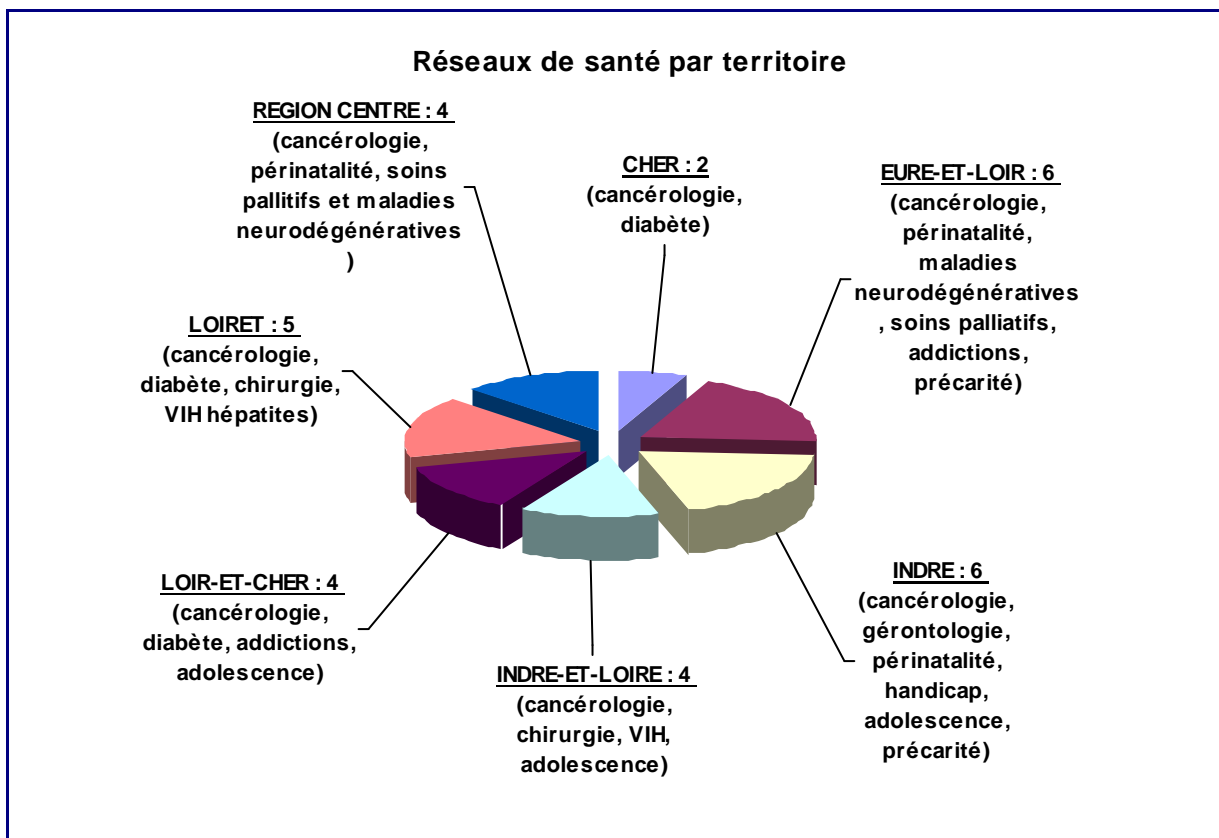
Pour ce qui concerne le FIQCS, le contrat fixe les contreparties financières associées aux engagements contractuels. A ce titre, les objectifs individuels opérationnels doivent être détaillés et précis. Ils faciliteront la mesure des résultats.

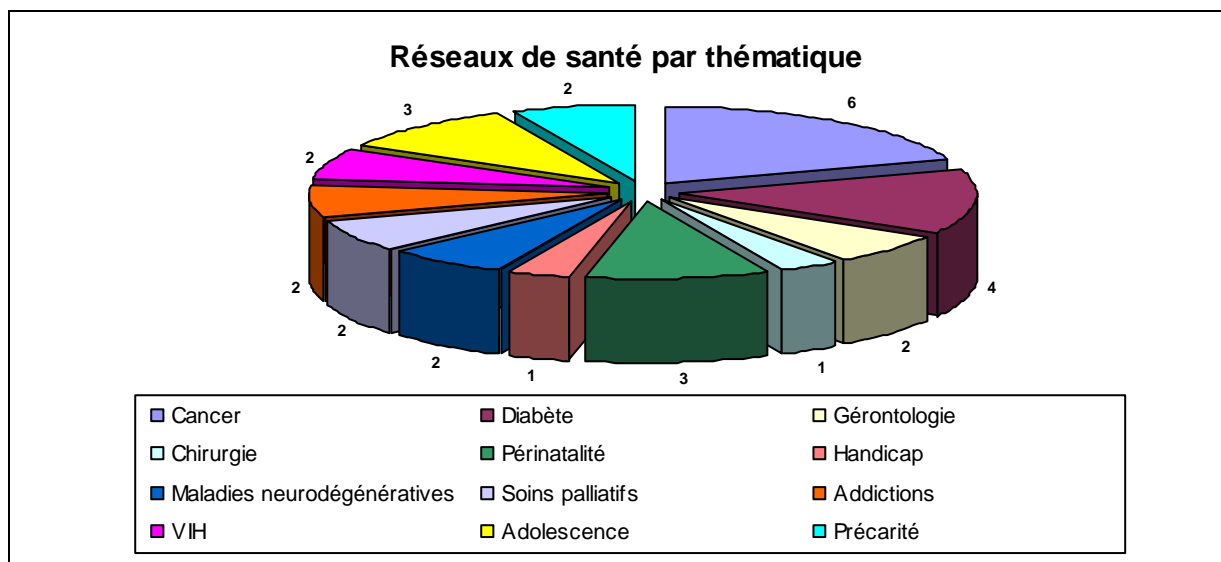
L'ARS privilégie une concertation avec l'ensemble des promoteurs pour déterminer les indicateurs de suivi, dont les indicateurs médicaux, qui en découleront. Ils comprennent a minima ceux définis par le Ministère de la santé et la CNAMTS.

Les CPOM sont évalués selon des modalités définies préalablement, en fonction de l'exécution des engagements et de l'atteinte des objectifs. Les résultats de cette évaluation figurent dans un rapport d'étape et dans un rapport final, ce dernier étant joint à la demande de renouvellement du contrat qui est adressée à l'ARS.

Les résultats des évaluations conditionneront la poursuite des financements FIQCS et recentreront, par conséquent, les aides sur les dispositifs ayant démontré la plus-value de leurs actions sur la qualité de la prise en charge des patients, et de leur état de santé, au bénéfice du plus grand nombre. Cette rationalisation des coûts permettra également de soutenir de nouveaux projets émergents.

- **Réseaux en région Centre en 2011**





- Favoriser une diffusion des bonnes pratiques par les groupes qualité

La constitution de groupes d'échanges de pratiques professionnelles ambulatoires, entre médecins généralistes d'une même zone géographique, accompagne une démarche réflexive qui vise à l'amélioration continue de l'exercice de la profession, par l'optimisation de la qualité des soins et par l'obtention d'une efficience des prescriptions.

Ces groupes offrent un nouveau mode d'organisation collective de ces professionnels, par la confrontation de leurs points de vue et de leurs pratiques, qui permet de rompre leur isolement.

Créés depuis 2008 en région Centre, ils comportent une centaine de médecins participant régulièrement. Ils travaillent autour des 4 thèmes nationaux obligatoires (dépression, douleurs et opiacés, asthme et hygiène au cabinet) et de thèmes libres parmi : Diabète type 2, Ménopause et ostéoporose, AVC, Suivi de la grossesse, Cancer du col, Polymédications et personnes âgées, AINS, Antibiothérapie, Anxiolytiques Hypnotiques, Lombalgies.

Les indicateurs de suivi étant déterminés dans le cadre d'un comité technique régional, les groupes travaillent alors dans le cadre d'une cohésion territoriale de la politique de santé publique régionale (à la différence des groupes de pairs).

Ces groupes fonctionnent dans une logique d'évaluation des pratiques continue, qui permet de structurer une politique de santé sur un territoire. A titre d'exemple, ils déclinent le plan cancer sur des thématiques telles le tabac, l'obésité,...

Ce sont des relais locaux d'actions sur le territoire auprès de l'ensemble des médecins généralistes.

Suite à la création de nouvelles institutions (ARS, URPS), une nouvelle association promotrice, composée uniquement de 7 médecins généralistes libéraux, porte cette expérimentation en région, depuis le 30 juin 2011.

Depuis, une réflexion est initiée, afin que soient rapidement déterminés :

- un nouveau partenariat tripartite équilibré, aux participations techniques et financières équitablement partagées : ARS - URPS médecins libéraux - Assurance maladie,
- une politique régionale à 3 ans définissant :
 - un plan de financement permettant d'inclure de nouveaux participants à budget constant,
 - un plan de diffusion des bonnes pratiques et de l'enseignement acquis, aux autres médecins généralistes de la région, hors des groupes qualité,
 - des thèmes communs aux 3 partenaires et intéressant les médecins généralistes,
 - les priorités de nouveaux groupes qualité à constituer sur certaines zones.
- Accompagner les évolutions de l'organisation de l'offre de proximité par les nouveaux modes de rémunération

L'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2008 a ouvert la possibilité de procéder à des expérimentations de nouveaux modes de rémunération jusqu'en 2012, pour favoriser la qualité et l'efficacité des soins de premier recours, en incitant les professionnels à s'organiser différemment et en valorisant le développement de certaines pratiques innovantes, notamment en matière de prévention.

Ces nouveaux modes de rémunération visent à favoriser la répartition des tâches entre professionnels de santé et le développement de nouveaux services adaptés aux besoins des patients, en complétant ou en se substituant au paiement à l'acte.

Ces expérimentations concernent toute structure ambulatoire pluridisciplinaire de premier recours qui a formalisé un projet de santé :

- les maisons de santé
- les pôles de santé
- les centres de santé
- les réseaux de santé pluri thématiques.

Elles concernent 3 modules :

- le module « **missions coordonnées** » qui consiste à verser un forfait pour l'activité coordonnée, conditionné par l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficacité, en plus du paiement à l'acte.
- le module « **éducation thérapeutique** » qui vise à expérimenter un paiement forfaitaire pour rémunérer l'activité d'éducation thérapeutique du patient (ETP) en médecine de ville.
- Le module « **coopération entre professionnels de santé** » qui recherche la rémunération adéquate des professionnels libéraux engagés dans des protocoles de coopération.

En région Centre, un seul site s'est engagé dès 2011 dans l'expérimentation dans le cadre du premier module, et avec une perspective d'intégrer le second les années suivantes.

L'ARS a pour objectif de développer la mise en œuvre du troisième module auprès des professionnels libéraux, pour lequel l'ARS du Centre participe au groupe pilote national.

L'ARS contractualise avec les structures libérales qui s'engagent dans ces nouveaux modes de rémunération et s'assure de l'atteinte des objectifs de qualité des pratiques. Elle sera vigilante dans le suivi du dispositif, à participer à son évaluation dans l'attente de sa généralisation éventuelle

Une évaluation nationale des sites est engagée, en lien avec les ARS, dès leur première année d'adhésion, dans le but de modéliser, à terme, le dispositif.

2.3.3 Favoriser l'émergence de protocoles de coopération permettant le transfert d'activités entre professionnels de santé

Prévue par l'article 51 de la loi (article L4011-1 du code de la santé publique), la coopération entre professionnels de santé permet à des professionnels de santé, par dérogation aux conditions légales d'exercice, de s'engager à leur initiative dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins, ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient.

Le protocole de coopération est un outil innovant permettant de relever le défi de la démographie des professionnels de santé et de l'accès aux soins.

Les enjeux de la coopération entre professionnels de santé sont principalement d'améliorer la qualité de prise en charge des patients et d'optimiser les parcours de santé et de soins. En outre, la coopération permet de favoriser l'évolution de l'exercice et des pratiques professionnelles, tout en augmentant l'efficacité du système de soins.

Tous les professionnels de santé mentionnés à l'article L4011-1 du code de la santé publique sont concernés par les protocoles de coopération.

L'évolution défavorable actuelle ainsi que les projections relatives à la démographie médicale en région Centre rend nécessaire le développement des coopérations entre professionnels de santé. Les besoins croissants de prise en charge sanitaire (augmentation des maladies chroniques, et des polyopathologies...) justifient également la coopération entre professionnels.

Compte tenu de leur composition et de leur mode d'organisation, les structures d'exercice regroupé représentent un levier important pour le développement de ces coopérations ; elles offrent de nouvelles opportunités pour réorganiser les pratiques et définir de nouvelles règles de partage entre professionnels de santé.

Au regard du retour d'expérience des acteurs de terrain, la coopération est opérationnelle et réaliste lorsqu'elle s'appuie sur des relations de confiance et la connaissance des missions et rôles de chacun, avec l'utilisation d'un langage commun facilité par le regroupement.

Sans s'intégrer dans le champ des coopérations à proprement parler, les décrets d'actes relatifs au droit de prescription (pharmaciens, infirmiers) vont dans le sens d'un plus grand partage des tâches entre professionnels de santé.

Pour illustrer ce propos, quelques exemples de délégations (non exhaustives) peuvent être cités.

Ainsi, en soins primaires, des infirmiers(e)s clinicien(ne)s pourraient participer au sein de cabinets de groupe de médecine générale à la prise en charge de patients dans le cadre du conseil, de l'éducation, de la prévention, du suivi de traitements.

Exemples :

- en gastro-entérologie : suivi des maladies chroniques (hépatite C, patients cirrhotiques, patients atteints de maladies inflammatoires chroniques et de l'intestin, des patients atteints de cancers digestifs).
- en cardiologie : éducation, dépistage, coordination de réseaux de soins des pathologies cardiovasculaires notamment l'insuffisance cardiaque chronique.
- en néphrologie : suivi de paramètres cliniques et biologiques préalablement définis, dans l'insuffisance rénale chronique, éducation, information dans la dialyse, surveillance des paramètres cliniques et biologiques avec alerte aux médecins en cas d'anomalies préétablies.

- en cancérologie : surveillance post thérapeutique pour les patients en rémission complète selon un protocole clairement établi par le médecin spécialiste.

- En diabétologie : selon un protocole préétabli par le médecin spécialiste, prendre en charge une partie du suivi des patients diabétiques avec une action centrée sur l'éducation, le conseil et la surveillance de paramètres biologiques simples.

L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (module 3) contribuera efficacement à la mise en œuvre et au financement de telles coopérations.

L'ARS promeut le développement des coopérations auprès des professionnels de santé exerçant en libéral et les incite à s'engager dans ces démarches. L'ARS accompagne les promoteurs dans l'élaboration de leur protocole.

3 PLAN D' ACTIONS

Objectifs opérationnels	Population cible de l'action ?	Territoire concerné de l'action ?	Acteurs concernés par l'action ?	Indicateur(s) permettant de mesurer la réalisation de l'action
Maintenir et attirer des professionnels de santé sur un territoire				
1. Inciter les médecins généralistes à devenir maîtres de stages	Les médecins généralistes de la région.	La région	Le DUMG et le réseau des coordonnateurs locaux L'URPS ML L'ISNAR-IMG	Nombre de maîtres de stages formés par an et par département
2. Informer les lycéens sur les métiers dans le domaine médical et paramédical.	Les lycéens lors de l'orientation (salon étudiant)	La région	FAC et les instituts et les lycées, Conseil régional	Nombre de participations aux salons et nombre d'informations dans les lycées
3. Sensibiliser les étudiants en médecine à la médecine générale	Les Internes de Médecine Générale	La région	DUMG ISNAR-IMG	Nombre d'étudiants de l'UFR de Tours choisissant la médecine générale à l'Examen Classant National
4. Travailler sur les lieux de stages en milieu rural pour l'accueil des étudiants paramédicaux.	Les élèves des instituts de formation paramédicaux.	La région	Instituts de formations des paramédicaux	Nombre de lieux de stages créés en milieu rural.
5. Développer l'information des professionnels de santé et faciliter la mise en réseau des partenaires de l'ARS engagés dans des services de relation aux professionnels.	Les PS, les élus, les porteurs de projets	En priorité, sur les zones fragiles	La PAPS L'ARS, le Conseil régional, les URPS, la Fédération Régionale des Maisons de Santé	Bilan quantitatif et qualitatif du service rendu dans le cadre de la PAPS (nombre de demandes traitées, délai, qualité des réponses)

<p>6. En fonction de l'évaluation des besoins en implantations de l'offre de 1^{er} recours, proposer un contrat dit « santé solidarité », conforme au modèle national, à des médecins exerçant dans des zones particulièrement bien dotées, afin de pourvoir à un déficit constaté en zones caractérisées par une sous-densité médicale.</p>	<p>Les médecins généralistes libéraux</p>	<p>Zones sous-denses et zones sur-denses</p>	<p>DG ARS Avis de la CRSA URPS-ML Organisations représentatives des étudiants en médecine</p>	<p>Nombre de contrats conclus dans les zones identifiées comme ayant des besoins en implantations de l'offre de 1^{er} recours.</p>
<p>7. Définir une stratégie régionale d'implantation des MSP et PSP</p>		<p>Zones fragiles et territoires de projets</p>	<p>Réseau des financeurs (Etat/ Région)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Respect du cahier des charges régional de financement version 2011. - Cohérence de la cartographie de planification avec le nouveau zonage et avec les projets retenus.
<p>8. Mettre en relation les divers acteurs de santé et donner une visibilité sur les différents financements, en lien avec les partenaires</p>	<p>-Professionnels de santé de l'offre de 1^{er} recours. -Elus</p>	<p>Zones fragiles et territoires de projets.</p>	<p>L'ARS (PAPS) et équipe instruction MSP + 6 DT</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de réunions et rencontres sur place avec les acteurs concernés, en lien avec les financeurs. - Qualité de réponse de la PAPS
<p>9. Professionnaliser l'aide à l'élaboration de projets de MSP et PSP (opportunité, ingénierie) en lien avec les partenaires</p>	<p>-Professionnels de santé de l'offre de 1^{er} recours. -Elus.</p>	<p>En priorité, les zones fragiles et de manière générale, zones où des besoins sont identifiés. Un prérequis : l'implication et la motivation des PS.</p>	<p>Equipe en charge des MSP à l'ARS (Siège et 6 DT) + partenaires + FRMPSP Centre</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de projets soutenus. - Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire pour 100 000 habitants. - Nombre de professionnels exerçant en structure d'exercice coordonnée soutenue et évolution (nouvelles installations).
<p>10. Suivre et évaluer les MSP à partir d'une grille d'indicateurs (annexe du cahier des charges régional de financement)</p>	<p>Professionnels de santé libéraux membres d'une MSP</p>	<p>A terme, les 6 départements.</p>	<p>Equipe instruction ARS en lien avec les 6DT, les partenaires (financeurs) et la FRMSP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de sites de MSP en fonctionnement suivis et évalués.

Mobiliser les professionnels de santé autour de projets locaux de santé				
11. Accompagner le développement des systèmes d'information et de la télémédecine au sein des structures d'exercice regroupé de proximité.	Professionnels de santé libéraux membres d'une structure d'exercice coordonnée.	Ensemble des structures d'exercice regroupé soutenues.	Equipe MSP + responsable systèmes d'information et télémédecine de l'ARS.	-Rédaction d'un document de référence pour les systèmes d'information. -Pour la télémédecine, reprise des actions relatifs au SROS ambulatoire dans le programme spécifique prévu à cet effet (PRTLM) ; -Nombre de sites de MSP conseillés. -Dans le cadre du suivi et de l'évaluation des sites en fonctionnement, nombre de MSP ayant développé un système d'information commun et DMP compatible.
12. Favoriser l'émergence de protocoles de coopération et la délégation de tâches, dans le respect de l'article 51 de la loi HPST.	Professionnels de santé libéraux membres d'une structure d'exercice coordonnée.	La région	ARS (groupe de travail pluridisciplinaire chargé de l'instruction et du suivi des protocoles), en lien avec la HAS	- Nombre de protocoles déposés auprès de l'ARS, dans le champ ambulatoire - Nombre de protocoles autorisés par l'ARS, après avis favorable de la HAS - Nombre de structures appliquant ce protocole
13. Favoriser le regroupement des réseaux en « maisons des réseaux » de proximité ou en GCS régionaux	Réseaux de santé	La région	ARS Promoteurs des réseaux	- Nombre de « maisons des réseaux » et de GCS régionaux créés - Nombre de réseaux mutualisés
14. Développer la diffusion des bonnes pratiques à l'ensemble des médecins généralistes, via les groupes qualité	Médecins généralistes	La région	ARS URPS-ML Association Médical Centre Assurance-maladie	- Nombre de médecins généralistes participants
15. Encourager les expérimentations de nouveaux modes de rémunération	Professionnels de santé libéraux	La région	ARS URPS Conseils de l'ordre	- Nombre de sites expérimentateurs - Nombre de modules expérimentés

4 ARTICULATION AVEC LES AUTRES SCHEMAS

4.1 ARTICULATION AVEC LE SCHEMA REGIONAL PREVENTION

L'articulation entre le schéma ambulatoire et le schéma de prévention qui est proposée ici sera amenée à évoluer tout au long de la durée de mise en œuvre des schémas.

L'article L.4130-1 du code de la santé publique indique que les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment de contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé.

Ces missions doivent s'inscrire dans une véritable dimension de santé publique ; la santé publique a pour but de protéger et d'améliorer le bien être des individus par le moyen d'une action concertée visant notamment à organiser les services sanitaires en vue de la prévention, du dépistage, du traitement et de la réadaptation, de mettre en œuvre les mesures propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec la conservation et la promotion de la santé.

La pluridisciplinarité des professionnels au sein des structures d'exercices regroupés constitue un véritable levier pour de la mise en place de ces actions autour d'un projet médical fédérateur.

La coopération et la délégation de tâches entre professionnels médicaux et para médicaux, dans le respect de l'article 51 de la loi HPST peut favoriser la mise en place d'actions de prévention (vaccination, suivi de pathologies chroniques...).

Le tableau joint en annexe apporte un éclairage sur des actions qui peuvent être mises en place ainsi que sur les partenaires susceptibles d'apporter leur concours à la réussite des actions initiées par les professionnels de santé des structures d'exercices regroupés, comme les maisons et pôle de santé pluridisciplinaires.

La Fédération régionale des maisons de santé du Centre tiendra une place toute particulière dans l'appui à la conception, l'organisation, la mise en place de ces actions, et la formation des professionnels de santé.

L'articulation entre le schéma de prévention et le schéma régional d'organisation des soins (SROS) ambulatoire s'organise autour des objectifs suivants :

- mettre en place des actions de prévention collectives, en partenariat avec les structures et les ressources locales ;
- améliorer le repérage et le dépistage des facteurs de risque ;
- promouvoir les actions d'éducation thérapeutique du patient dans le cadre du suivi et de la prise en charge des maladies chroniques.

Ces objectifs doivent être mis en œuvre en étroite relation entre les professionnels des structures d'exercices regroupés et l'ensemble des partenaires et ressources de proximité (réseaux de santé, hôpitaux locaux, associations, ...).

Dans un cadre collaboratif, les partenariats peuvent se développer autour :

- de l'ingénierie de projet (IREPS, l'URPS, la MSA, la Mutualité française et les collectivités territoriales...),
- de la formation de personnes relais notamment en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique (réseaux de santé, Université...),
- de la conception et l'utilisation d'outils de prévention (IRSA, IREPS, Assurance maladie...).

**Articulation entre le SROS ambulatoire et le schéma de prévention
Propositions d'actions de santé publique au sein des structures d'exercices regroupés**

Déterminant	Pathologie	Population cible	Professionnels de santé	Actions			Structures ressources potentielles	Outils Formations
				Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire		
Nutrition	Hypertension artérielle (HTA)	Tout public	Médecin généraliste Infirmier Diététicien	Information, sensibilisation animation auprès des patients (actions collectives)	Dépistage et repérage des populations à risque (surpoids, obésité) (prise de la tension, suivi alimentaire...)	Education thérapeutique Délégation de tâche (prise de tension par les infirmières, automesure de la tension, surveillance du poids, suivi des prises en charge...)	IREPS MSA CPAM	Outils IRSA (QUANTAL, NAQA, AQAP)
Nutrition	Diabète	Diabétiques de type I et II	Médecin généraliste Diététicien Infirmier	Information et sensibilisation (individuelle et collective)	Repérage et dépistage des personnes à risque de diabète	Accompagnement et éducation thérapeutique du patient	Réseaux de santé Services hospitaliers Assurance maladie (Sophia...)	
Nutrition	Obésité	Tout public, avec une attention particulière pour les personnes précaires et les enfants	Médecin généraliste Diététicien Infirmier Masseur kinésithérapeute Pédiatre Psychologues	Information, sensibilisation, conseils individuels ou collectifs sur l'alimentation et l'activité physique ainsi que sur les troubles alimentaires	Dépistage de l'obésité (IMC) et des comorbidités associées et repérage des troubles alimentaires	Education thérapeutique du patient (ateliers diététiques, activités physiques de groupe, groupes de parole...)	- IREPS - Médecins spécialistes - Réseaux de santé - Filière de soins obésité (centres spécialisés de prise en charge de l'obésité, réseaux, SSR...) - Comité régional olympique sportif - Fédérations et associations sportives	Outils IRSA (QUANTAL, NAQA, AQAP) PNNS 2012-2015 Plan Obésité 2011-2013 Programme National pour l'Alimentation Programme pour la santé des élèves 2011-2015

Déterminant	Pathologie	Population cible	Professionnels de santé	Actions			Structures ressources potentielles	Outils Formations
				Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire		
Nutrition	Allaitement maternel	Femmes enceintes	Médecin généraliste Gynécologue Sages femmes	Améliorer l'information autour de l'allaitement maternel			-Mutualité -Sages femmes libérales - Maternités - PMI	Guide de l'allaitement maternel (PNNS) - INPES
Périnatalité	Contraception, grossesses à risques	Mineures, jeunes femmes, femmes enceintes, publics vulnérables	Médecin généraliste Gynécologue Sage femme	Information, sensibilisation à la contraception et au recours à l'IVG Sensibilisation à la vaccination en cas de projet de grossesse			- Mouvement Français du Planning familial (MFPF) - Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) - Services hospitaliers - Pharmaciens d'officine - Réseaux de santé de périnatalité - PMI	
Périnatalité	Addiction	Femmes enceintes	Médecin généraliste Gynécologue Sage-femme	Sensibilisation avant le projet de grossesse et information des facteurs de risque en cas de grossesse (substances toxiques)	Repérage précoce des facteurs de risque chez les femmes enceintes (addictions...)		- CSAPA - ANPAA - Association SAF France	
Addiction	Alcool	Tout public	Médecin généraliste Infirmier	Information, sensibilisation collective ou individuelle	Repérage précoce et d'intervention brève (RPIB)		- ANPAA	Outils IRSA ANPAA (RPIB)

Déterminant	Pathologie	Population cible	Professionnels de santé	Actions			Structures ressources potentielles	Outils Formations
				Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire		
Addiction	Tabac	Tous les âges mais particulièrement les adolescents et les pré-adolescents	Médecin généraliste Infirmier	Information sensibilisation au sevrage tabagique	Repérage par auto questionnaire		- ANPAA - Services hospitaliers (consultations de tabacologie)	Outil IRSA (TACADO 15-25 ans, Le tabac et vous) Entretien motivationnel
Addiction	Substances illicites	Adolescents et préadolescents	Médecin généraliste	Information, sensibilisation			- ANPAA - CAARUD - CSAPA - Association d'usagers - Gendarmerie	
Addiction	Addictions sans produit		Médecin généraliste Infirmier	Information, sensibilisation			- ANPAA - CAARUD - CSAPA	
alimentation saine et lutte contre la sédentarité Comportements addictifs (alcool et tabac)	Cancers	Hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans	Médecin traitant	Sensibilisation et promotion des dépistages organisés des cancers du sein et colo rectal (mise en place d'une alerte patient lors d'une consultation) Double signature des lettres d'invitation			Structures de gestion du dépistage organisé des cancers Assurance maladie	Outils Inca

Déterminant	Pathologie	Population cible	Professionnels de santé	Actions			Structures ressources potentielles	Outils Formations
				Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire		
Comportements addictifs (alcool et tabac)	Cancers	Hommes et femmes	Médecin traitant Infirmier Assistante sociale		Repérage des patients à fort tabagisme et alcoolisme Orientation vers un dentiste ou ORL pour un dépistage des cancers buccaux		ORL, stomatologues Dentistes du réseau UFSBD formés	Expérimentation INCa en Indre et Loire (résultats attendus en 2014)
Prévention des risques infectieux	Cancers	Population générale jeune et population à risque selon recommandation du calendrier vaccinal	Médecin	Promotion de la vaccination Hépatite B				
Prévention des risques environnementaux	Cancers	Hommes et femmes tout âge	Médecin traitant Infirmier Masseur kinésithérapeute	Sensibilisation au risque solaire et UV artificiels	Repérage des patients à risque du fait de leur peau ou de leurs activités professionnelles ou de loisir et orientation vers un dermatologue pour suivi		Dermatologue	Outils INPES (1) Expérimentation INCa dans les Pays de Loire (2) (résultats attendus en 2012)
Prévention des risques professionnels	Cancers	Hommes femmes n'ayant plus d'activité et ayant eu une exposition à des substances chimiques CMR	Médecin traitant Assistante sociale	Sensibilisation à l'intérêt de rentrer dans un suivi post professionnel		Aide à la reconnaissance de la pathologie professionnelle chez un patient présentant un cancer	CPAM (1) Médecin du travail (1) Centre universitaire de pathologie professionnelle (2)	Information des professionnels sur les procédures à suivre

Déterminant	Pathologie	Population cible	Professionnels de santé	Actions			Structures ressources potentielles	Outils Formations
				Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire		
Nutrition	Dénutrition	Personnes âgées	Médecin généraliste Diététicien Chirurgien dentiste	Information, sensibilisation	Repérage et dépistage des troubles alimentaires	Programmes d'éducation thérapeutique « dénutrition » en ambulatoire	-EPGV - IREPS - Structures d'aides à domicile (SSIAD, aides ménagères, portage de repas) - Filières gériatriques	Outils PNNS Outil IRSA (NAQAPA) Recommandations HAS Outil MNA (Mini Nutritional Assessment)
Nutrition	Prévention de la perte d'autonomie	Personnes âgées	Médecin généraliste Diététicien Masseur kinésithérapeute	Ateliers collectifs équilibre (activité physique) et nutrition			- Mutualité - MSA - EPGV	Outils PNNS Outil IRSA (AQAP)
Maladies transmissibles	Vaccination			Information sur le calendrier vaccinal et sensibilisation des adultes à la vaccination		Transfert et la délégation de compétences entre professionnels médicaux et para médicaux, dans le respect des textes	Centres de vaccination	

4.2 ARTICULATION AVEC LE VOLET HOSPITALIER DU SROS

Dans un premier temps, le schéma ambulatoire s'intéresse à la filière de soins « maladies chroniques ». L'articulation avec le volet hospitalier du SROS est à développer afin de favoriser la fluidité du parcours de soins.

L'articulation développée, ci-dessous, est centrée autour du patient atteint de maladie chronique, sans cibler de manière spécifique une pathologie. Ces éléments sont développés plus particulièrement par les groupes thématiques (maladies cardio-vasculaires, diabète, insuffisance rénale, cancers, BPCO...).

La prise en charge des malades chroniques en ambulatoire, dans le cadre d'un dispositif pluridisciplinaire et coordonné, est essentiel pour développer l'éducation thérapeutique du patient et limiter le recours à l'hospitalisation.

Structures ressources

- De 1^{er} niveau : structures d'exercice coordonné, pluriprofessionnelles ambulatoires qui ont formalisé un projet de santé visant à favoriser l'accès aux soins (maisons, pôle et centres de santé)
- De 2nd niveau : réseaux de santé ou autre structure de prise en charge des patients, disposant d'un plateau technique et de compétences spécifiques, en relation avec le médecin traitant (prise en charge des patients les plus lourds)

Les moyens favorisant la qualité et la sécurité des soins

- Prise en charge du patient adaptée par la mise en place de plans personnalisés de santé (PPS) et l'accès facilité à des soins de support et des spécialistes
- Amélioration des pratiques par l'application des protocoles et des référentiels
- Développement des systèmes d'information (dossier médical patient, messagerie sécurisée, télémédecine)

Perspectives

- La création de maisons des réseaux territoriale facilitera la prise en charge des patients souffrant de polyopathologies.
- Les associations de patients doivent être impliquées dans le circuit de prise en charge du malade chronique.

ANNEXE – Articulation entre le SROS ambulatoire et la filière de soins « Maladies chroniques »
Propositions d'actions à mettre en place auprès des médecins libéraux ou des structures d'exercices regroupés

Objectif Général	Objectifs opérationnels ou Actions à mener	Population cible de l'action ?	Territoire concerné par l'action ?	Partenaires concernés par l'action ?	Indicateur(s) permettant de mesurer la réalisation de l'action
Améliorer l'information des malades chroniques, de leurs aidants et des acteurs de santé ainsi que leur communication	Créer sur le portail de la Plateforme Télésanté Centre, un répertoire opérationnel des ressources d'aide et de prise en charge des malades chroniques par pathologie et par territoire	Professionnels libéraux Réseaux de santé Population générale	Région	GCS Télésanté Centre Associations de malades Professionnels de santé et sociaux Etablissements de santé et médico sociaux	1- Rédaction d'un cahier des charges (contenu par pathologie et modalités d'utilisation) 2- Liste des pathologies mises en ligne par territoire de santé ; 3- Nombre d'acteurs de santé inscrits par territoire de santé et par pathologie ; 4- Nombre de connexions annuelles 5- Enquête annuelle de satisfaction
Limiter le recours à l'hospitalisation	Rédiger pour les malades chroniques pris en charge par un réseau de santé, un «plan personnalisé de soins»	Malades chroniques	Région	Réseaux de santé, en lien avec le médecin traitant	1- Nombre de malades chroniques du réseau bénéficiaires 2 – Nombre de PPS élaborés

<p>Limiter le recours à l'hospitalisation</p>	<p>Renforcer l'efficacité des réseaux de santé en créant sur chaque territoire de santé une « maison des réseaux » fédérant l'ensemble des réseaux de santé du territoire et proposant un socle de services communs, ainsi que des services spécifiques par pathologie.</p>	<p>Réseaux de santé</p>	<p>Région</p>	<p>Réseaux de santé Ministère (DGOS) et UNRSanté</p>	<p>1 - Création d'un cahier des charges régional commun, conforme au modèle d'organisation national (élaboré par le Ministère et l'Union nationale des réseaux de santé)</p> <p>2 – Nombre de mutualisations opérées</p>
<p>Réduire l'incidence et la prévalence des maladies chroniques ainsi que la survenue de leurs complications en proposant aux malades chroniques des filières de soins adaptées et qualifiées.</p>	<p>Améliorer la prise en charge des diabétiques par l'application de recommandations de bonne pratique, validées au niveau national, auprès des professionnels de santé</p>	<p>Professionnels libéraux</p>	<p>Région</p>	<p>URPS Etablissements sanitaires, médico-sociaux</p>	<p>1 - Nombre annuel, par territoire de santé, de professionnels libéraux et d'établissements sanitaires et médico-sociaux mettant en œuvre le dépistage du pied diabétique par la pratique du test du monofilament.</p> <p>2 - Nombre annuel d'amputations de pied diabétique par territoire de santé</p>

Objectif Général	Objectifs opérationnels ou Actions à mener	Population cible de l'action ?	Territoire concerné par l'action ?	Partenaires concernés par l'action ?	Indicateur(s) permettant de mesurer la réalisation de l'action
<p>Réduire l'incidence et la prévalence des maladies chroniques ainsi que la survenue de leurs complications en proposant aux malades chroniques des filières de soins adaptées et qualifiées.</p>	<p>Favoriser l'accès des diabétiques à des podologues agréés par l'Assurance Maladie</p>	<p>Patients diabétiques</p>	<p>Région</p>	<p>Podologues URPS Réseaux de santé Assurance maladie</p>	<p>1 - Nombre annuel de pédicures-podologues agréés par territoire de santé. 2 - Nombre de patients ayant bénéficié d'un dépistage et d'un programme de soins podologiques</p>
<p>Réduire l'incidence et la prévalence des maladies chroniques ainsi que la survenue de leurs complications en proposant aux malades chroniques des filières de soins adaptées et qualifiées.</p>	<p>Améliorer la prise en charge des patients souffrant de Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive en renforçant l'accès aux épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR)</p>	<p>Patients atteints de BPCO</p>	<p>Région</p>	<p>Médecins généralistes et pneumologues Kinésithérapeutes Ecole du souffle Structures d'exercices regroupés Réseaux Etablissements de santé</p>	<p>1 - Nombre de sites impliqués dans la réalisation d'EFR. 2 – Nombre de patients ayant bénéficié d'EFR</p>

4.3 ARTICULATION AVEC LE SCHEMA REGIONAL MEDICO-SOCIAL

L'enjeu du schéma d'organisation des soins dans son volet ambulatoire est d'améliorer et de garantir l'accès à des soins de proximité de la population dans son ensemble.

Cependant, la prise en charge des personnes âgées et l'accès aux soins des personnes handicapées méritent une attention toute particulière et constituent des points d'articulation avec le schéma régional d'organisation des soins médico-social.

4.3.1 Améliorer la prise en charge des personnes âgées

Compte-tenu de la structure démographique caractérisant les populations les plus fragiles, un point de vigilance particulier doit être individualisé à cet effet, touchant aux différentes modalités de prise en charge du grand âge.

Le schéma ambulatoire constitue l'un des interfaces privilégié de la coordination restant à instituer entre le domaine sanitaire hospitalier et le secteur médico-social dont les EHPAD constituent l'une des cibles.

C'est d'ailleurs ce que vient de rappeler l'IGAS et ce thème est constitutif du programme de gestion du risque de l'ARS du Centre.

En ce sens, parmi les recommandations de l'IGAS et les thèmes d'actions retenus, nous relèverons plus particulièrement de façon non limitative, ceux de nature à favoriser l'efficacité de la continuité des soins en EHPAD en vue notamment de réduire les hospitalisations injustifiées ou de faciliter les retours d'hospitalisation :

- Intégrer les EHPAD et leurs équipes soignantes aux éléments constitutifs de la filière gériatrique et aux réseaux gérontologiques

Les équipes mobiles gérontologiques, les dispositifs de télésanté et de télémedecine avec les EHPAD environnants ainsi que la domotique au domicile des personnes âgées peuvent en être les outils dont le minimum est la construction d'un système d'information transversal EHPAD/ville/hôpital (action 3 du thème "efficacité en EHPAD" du programme de GDR de l'ARS du Centre).

Les données médicales régulièrement actualisées par chaque professionnel de santé, accessibles 24h sur 24, sont l'une des clés de ce dispositif notamment en cas d'urgence.

Cette préoccupation centrale confère une responsabilité organisationnelle primordiale au médecin coordonnateur en lien avec les médecins traitants des personnes âgées.

- Améliorer la fluidité des dispositifs de prise en charge
 - Généraliser un numéro d'appel téléphonique dédié aux médecins traitants et coordonnateurs pour les établissements disposant d'une filière gériatrique pour faciliter les échanges et les prises en charge hospitalières de courte durée ;
 - Equiper les EHPAD de chariots d'urgence normalisés avec dotation pharmaceutique standard conçus en lien avec les services d'aide à l'urgence et le court séjour gériatrique (disponibilité in situ de certains antibiotiques par exemple) ;
 - Etablir des protocoles de fins de vies prévisibles susceptibles d'éviter certains transferts ;
 - Procéder au conventionnement avec l'HAD de proximité en prévision d'intervention en EHPAD ;

- Organiser la disponibilité qualitative et quantitative des personnels infirmiers en fonction du niveau de médicalisation des hébergés (données PATHOS) ;
- Former l'ensemble des personnels de veille des EHPAD à l'identification des situations devant conduire à l'appel du 15 et à la collecte des données cliniques minimales à porter à la connaissance de la régulation ;
- Faire face à la rareté de la ressource médicale en rationalisant son emploi

L'ensemble des activités de soins situées au sein, à la périphérie ou en amont de l'EHPAD et gravitant autour de la prise en charge des personnes âgées constitue, plus encore que pour d'autres catégories de population, des gisements de productivité par transferts potentiels de tâches tant sont nombreux les actes répétitifs à caractère non spécifiquement médicaux que les médecins ne parviennent pas à déléguer faute de mise en place d'une organisation adaptée et de disponibilité de personnels dédiés.

Priorité est donc de commencer par le repérage institutionnel et individuel de ces situations ou activités déléguables les plus chronophages, notamment dans les domaines des secrétariats, des relations avec les différents acteurs et organismes de la vie et de la protection sociale, des transports sanitaires, de la gestion des rendez-vous spécialisés, etc....

La recherche en commun de dispositifs facilitateurs, l'étude de leur mise en place et de leur financement éventuel doit s'inscrire en complément de cette première étape.

4.3.2 Garantir l'accès aux soins des personnes handicapées

L'accès aux soins des personnes en situation de handicap comporte deux dimensions :

- accessibilité « physique » avec une mise aux normes progressive de cabinets des professionnels de santé libéraux et un critère obligatoire pour toute structure d'exercice regroupé nouvellement créée (type maisons de santé pluridisciplinaire) ;
- accessibilité quant à la prise en charge.

Il s'agit de contribuer par territoire à l'amélioration de l'accès aux soins des personnes handicapées en :

- Renforçant les complémentarités entre les établissements médico-sociaux et le secteur libéral, en particulier concernant les rééducations prises en charge par les professionnels libéraux (par exemple, complétude des dossiers médicaux, échanges d'informations,...).
- Contribuant à faciliter la continuité des soins, en cas de prise en charge à domicile et la coordination des acteurs : définition d'actions de proximité pour renforcer les complémentarités des dispositifs, que ceux-ci soient caractérisés par une proximité dans l'offre proposée (SSIAD/SAMSAH-IDEL) ou qu'ils fonctionnent dans une optique de filière (sorties d'hospitalisations) et pour renforcer les articulations avec le sanitaire (HAD...), développement des réseaux de professionnels paramédicaux et médicaux formés à la problématique du handicap et intervenant à domicile par territoire.

5 ANNEXES

ANNEXE 1 : Tableau des aides au maintien et à l'installation.

Aides financières destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé

Ce tableau ne comporte que les dispositifs en vigueur au 31/09/2011.

	AIDE	BENEFICIAIRE	ZONE	NATURE ET MONTANT DE L'AIDE	DUREE	REFERENCES
AIDES A L'INSTALLATION OU AU MAINTIEN	Option démographique	Médecin exerçant au sein d'un groupe formé entre médecins, d'un groupe pluridisciplinaire ou dans le cadre d'un pôle de santé	Zone où les besoins en implantations de professionnels de santé ne sont pas satisfaits ou à proximité immédiate (5km en zone rurale et 2km en zone urbaine)	<p>Aide à l'investissement : Forfait annuel de 5 000 € pour les professionnels exerçant au sein d'un groupe. Forfait annuel de 2 500 € pour les professionnels membres d'un pôle de santé.</p> <p>Aide à l'activité : - Pour le praticien adhérent exerçant au sein d'un groupe, l'aide représente 10 % de son activité (C+V) dans la zone dans la limite d'un plafond fixé à 20000€. - Pour le praticien adhérent membre d'un pôle de santé, elle représente 5 % de son activité (C+V) dans la zone dans la limite d'un plafond fixé à 10000€.</p>	3 ans	Convention médicale (Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie signée le 26 juillet 2011)
	Option santé solidarité territoriale	Médecins libéraux conventionnés	Réalisation de consultations dans une zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits, pendant au minimum 28 jours par an	<p>Prise en charge des frais de déplacement</p> <p>Rémunération complémentaire correspondant à 10 % de l'activité (C + V) dans la zone, dans la limite d'un plafond fixé à 20 000€.</p>	3 ans	Convention médicale (Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie signée le 26 juillet 2011)

	Exonération impôt sur le revenu dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires	Médecins ou remplaçants participant à la permanence des soins ambulatoire	Zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique (zonage du SROS)	Exonération d'impôt sur le revenu des rémunérations à hauteur de 60 jours de permanence par an		Article 151 ter du code général des impôts
	Moratoire médecin traitant	Professionnel installé dans une zone déficitaire (article L. 162-47) Professionnel exerçant dans un centre de santé nouvellement agréé dans une zone définie par l'ARS Professionnel installé pour la première fois en exercice libéral	Zone mentionnée à l'article L. 162-47 et définies par l'ARS	Non application de différentes dispositions, prises en application du 18° de l'article L. 162-5, du cinquième alinéa de l'article L. 162-5-3 et du troisième alinéa de l'article L. 162-26	5 ans	Articles L.162-5-4 et D.162-1-8 du code de la sécurité sociale
EXONERATIONS FISCALES	Exonération des cotisations patronales	Salarié au sein d'un cabinet	Zones de redynamisation urbaine ou de revitalisation rurale	Exonération d'une partie des cotisations patronales Sécurité Sociale, pour l'embauche d'un salarié dans un cabinet installé en zone de revitalisation rurale ou urbaine	12 mois	Article L 131-4-2 du code de la sécurité sociale
	Exonération taxe professionnelle	Médecins et auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral	Zones de revitalisation rurale Communes de moins de 2000 habitants	Exonération de la cotisation foncière des entreprises, à compter de l'année qui suit celle de leur établissement, les médecins ainsi que les auxiliaires médicaux soumis à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéficiaires non commerciaux	La durée des exonérations ne peut être inférieure à deux ans et supérieure à 5 ans	Article 1464 D du code général des impôts

AIDES AU REMPLACEMENT	Contrat de bonne pratique « Exercice en milieu rural »	Médecin généraliste	Cabinet médical situé dans un canton dont la densité de médecins généralistes par habitant est inférieure à 3 pour 5000. Cabinet éloigné de plus de 20 minutes d'un service d'urgence	Complément de rémunération de 300 € par jour de remplacement, dans la limite de 10 jours par an, et sous réserve du respect des engagements suivants : - participer à au moins une action de formation professionnelle conventionnelle (FPC) d'une durée minimale de deux jours, centrée sur des problématiques rurales - ne pas cesser son activité ou changer de lieu d'implantation (sauf cas de force majeure).	<i>Jusqu'au 31/12/2012</i>	Article L162-12-18 du code de la sécurité sociale
	Contrat de bonne pratique « Exercice en zones franches urbaines »	Médecins généralistes conventionnés	Médecins exerçant en zone franche urbaine (Z.F.U) ou prévoyant de s'y installer dans les deux mois	Aide technique dans les domaines administratif, médical et social par un correspondant médico-social Indemnité de remplacement de 300 € par jour (dans la limite de 18 jours par an). Prise en charge des vacances dans le cadre d'intervention sur la prévention et la coordination médico-sociale à raison de 240 € par demi-journée (maximum 12 par an) <u>Sous réserve du respect de certains engagements</u>	<i>Jusqu'au 31/12/2012</i>	Article L162-12-18 du code de la sécurité sociale
	Contrat de bonne pratique « Exercice en station de sports d'hiver »	Médecins de montagne	Dans ou à proximité immédiate d'une station de sports d'hiver de certains départements	Rémunération forfaitaire annuelle de 2 000 € <u>Sous réserve du respect de certains engagements</u>	<i>Jusqu'au 31/12/2012</i>	Article L162-12-18 du code de la sécurité sociale
AIDES AUX ETUDIANTS	Contrat d'engagement de service public (CESP)	Etudiants en médecine admis à poursuivre des études médicales à l'issue de la première année du premier cycle ou ultérieurement au cours des études Internes en médecine	Zones où l'offre médicale est insuffisante et où la continuité des soins fait défaut → Liste des lieux d'exercice établie par l'ARS	1200€ bruts par mois	Durée d'exercice égale à la durée du versement de l'allocation	Article L. 632-6 du code de l'éducation
<p>Pour consulter toutes les aides (indemnités de logement, de déplacement ...) aux étudiants allouées par le Conseil Régional et les Conseils généraux de la région Centre :</p> <p>www.centre.paps.sante.fr</p>						

ANNEXE 2 : Cahier des charges régional de financement des Maisons de santé santé pluridisciplinaires (MSP) - version révisée de 2011

Compte-tenu de la situation de la démographie médicale particulièrement critique en région Centre, l'Etat et le Conseil régional ont inscrit parmi les priorités du volet territorial du contrat de projets Etat/Région 2007-2013 le soutien à la création de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), dans les territoires rencontrant des difficultés en matière de démographie médicale.

Il s'agit de soutenir par des aides en investissement, les projets de maisons de santé pluridisciplinaires portés par des collectivités publiques.

Pour garantir l'efficacité de cette intervention, qui doit être articulée avec les différents dispositifs concourant à l'amélioration de la démographie médicale, les projets soutenus devront respecter le présent cahier des charges.

Celui-ci a été établi en tenant compte des enseignements des deux premiers appels à projets lancés en juillet 2007 et 2009, de la circulaire du 27 juillet 2010 relative au lancement d'un plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural, et en concertation avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) chargée de l'élaboration du Plan Régional de Santé (PRS) qui d'autre part contribue à l'instruction des dossiers et apporte des aides spécifiques pour l'ingénierie ou le fonctionnement.

Cette intervention n'est pas exclusive des financements que peuvent apporter les autres collectivités territoriales.

OBJECTIFS

Les objectifs principaux sont :

- d'offrir à la population sur un même site une offre médicale de proximité principalement de premier recours, diversifiée sur des plages horaires étendues;
- de répondre aux difficultés constatées ou prévisibles en matière de démographie médicale;
- de renforcer les modes de pratiques coopératives entre professionnels de santé (activités médicales et paramédicales), entre médecine de ville et hôpital et de contribuer ainsi à rompre l'isolement des professionnels de santé, à favoriser une prise en charge coordonnée et de qualité des patients.

Les MSP constituent une réponse à l'évolution des modes d'exercice souhaitée par de nombreux professionnels et apparaissent comme une solution concourant au maintien (notamment en facilitant la succession des professionnels cessant leur activité), voire au développement de l'offre de soins.

1- Améliorer la qualité de la prise en charge des patients

- Apporter une réponse aux besoins de soins;
- Renforcer la coordination des soins;
- Garantir l'offre de soins pendant les heures ouvrées;
- Favoriser la mise en œuvre d'actions de santé publique;
- Développer les actions d'éducation thérapeutique;
- Permettre l'innovation dans les modes de prise en charge à des fins de meilleure efficacité du système.

2- Améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé dans les zones fragilisées

- Organiser la complémentarité et l'interdisciplinarité des interventions des professionnels de santé de la MSP;
- Mutualiser les connaissances et les savoirs : échange de pratiques dans un cadre multi-professionnel, rupture de l'isolement des professionnels de santé;
- Faciliter la diversification de l'activité professionnelle : lien avec tous les acteurs du système de soins, participation à des actions de santé publique dans le cadre des priorités régionales de santé;

- Définir une organisation garantissant la mutualisation des fonctions administratives au sein de la MSP et mutualiser les coûts des locaux, du matériel et du personnel (standard téléphonique, secrétariat, informatique);
- Faciliter la mise en place d'un système d'information.

3- Attirer de nouveaux professionnels de santé sur la zone

- Encourager les futurs professionnels de santé à s'installer dans les zones en difficulté par l'organisation de l'accueil des étudiants de deuxième et troisième cycle auprès d'un généraliste enseignant;
- Inciter les professionnels de la MSP à accueillir des stagiaires (présence de maîtres de stage agréés et organisation des conditions d'hébergement), aussi bien pour les étudiants en médecine que pour les étudiants des professions paramédicales.

CRITERES DE SELECTION

En amont du montage de tout dossier de candidature, il est vivement souhaité que le porteur de projet prenne l'initiative d'une réunion de cadrage associant notamment l'ARS, l'Etat (préfecture de département et SGAR) et le Conseil Régional afin que les attendus vis à vis du projet puissent être exposés.

Le dossier de candidature sera élaboré **sous la forme du dossier type de présentation** qui reprend les différents points qui seront examinés pour la programmation des dossiers.

Les parties IV (projet médical) et V (projet professionnel) seront signées de tous les membres de la maison de santé.

En particulier, les critères de sélection discriminants sont les suivants:

1- Critères géographiques et environnementaux

a) Zones rencontrant des difficultés en matière de démographie médicale

Les contributions financières de l'Etat et de la Région sont accordées aux MSP implantées **dans ou à proximité immédiate des zones carencées (carte évolutive au 01/07/2011 en annexe 2-MSP)** au regard de la faible densité médicale, d'un nombre moyen d'actes élevé, ou de la forte proportion de professionnels âgés de plus de 55 ans.

Il convient toutefois de souligner que l'appréciation de la carence n'est pas figée et qu'elle pourra être mise à jour pour tenir compte des évolutions annuelles observées par l'ARS.

Conformément aux orientations nationales, les MSP peuvent être également situées dans des zones périurbaines, des zones urbaines sous dotées en offre de soins, ou des zones urbaines sensibles, où existe un « atelier santé ville » en lien avec les plans locaux de santé.

Au sein des territoires carencés, l'ARS définira une cartographie des zones prioritaires sur lesquelles il est nécessaire, pour pouvoir espérer attirer de nouveaux professionnels, de cumuler des aides à l'investissement et des aides en fonctionnement, telles que les aides de l'ARS (FIQCS), les incitations fiscales, les majorations d'honoraires.

b) Contribution au maillage du territoire

Les MSP ont vocation à irriguer **un territoire élargi et/ou un bassin de population significatif** (5 000 à 10 000 habitants ou usagers du territoire), correspondant à un temps maximum d'accès à l'offre de 20 mn en voiture.

Une vigilance particulière sera accordée à **l'absence de concurrence entre deux projets de MSP**, qui schématiquement se traduira par le respect d'une distance de l'ordre de 20 km entre deux MSP en milieu rural, à apprécier selon la réalité des bassins de patientèle. De la même façon, un projet de MSP devra tenir compte des cabinets de groupe existants sur le territoire.

Une MSP privilégiera une localisation dans un **bourg-centre** (de l'ordre de 2000 habitants) **proposant une gamme significative de services et commerces** (établissements scolaires, bancaires, gamme complète des commerces de base ...) et bénéficiant d'une desserte par des transports adaptés (transports collectifs, transport à la demande ...).

C'est ainsi que la localisation dans un pôle qui ne serait pas situé dans une zone fragile pourra être jugée opportune pour desservir les zones carencées limitrophes.

c) Justification des besoins et cohérence du projet

Les projets doivent s'inscrire dans un véritable projet territorial de santé, se traduisant par une approche globale en adéquation avec les projets d'aménagement du territoire et les projets médicaux du territoire.

Ainsi, **l'étude d'opportunité**, préalable nécessaire à la création de toute MSP, doit permettre de justifier le besoin d'une telle structure sur le bassin de patientèle et au regard des bassins limitrophes. Elle doit prendre en compte l'environnement socio-économique du territoire : caractéristiques de la population (pyramide des âges, évolutions et projections démographiques, au regard notamment de projets connus d'urbanisation, pathologies localisées, etc.), effectifs et âge des professionnels de santé de la zone et à proximité, offre sanitaire, indicateurs sanitaires.

Par ailleurs, sont privilégiés les projets s'inscrivant dans un **projet territorial de santé**, conduit à une échelle intercommunautaire, de l'ordre du pays ou du bassin d'emploi pour les zones rurales en associant largement l'ensemble des acteurs locaux concernés : professionnels de santé (locaux et via les Ordres et les Unions Régionales de Professionnels de Santé), établissements de soins, collectivités locales, syndicat de pays, communauté d'agglomération, ARS, services de l'Etat, Région, Département associations, établissements scolaires, etc.

Enfin, afin de favoriser le maillage et la pérennité des projets, un **portage intercommunal** est encouragé.

2- Critères organisationnels

a) Constitution et fonctionnement:

La MSP doit proposer :

- a minima un noyau dur de 2 médecins et 1 infirmier (avec l'objectif de tendre vers un socle de 4/5 médecins et 2/3 infirmiers) et si possible un masseur-kinésithérapeute;
- la continuité des soins et s'articuler avec le dispositif de permanence des soins;
- une coopération avec les autres structures médicales voisines (pharmacies, EHPAD, hôpitaux, etc.);
- l'accueil de stagiaires avec la nécessité de l'engagement d'au moins un professionnel dans la démarche et une solution de logement meublé sur place ou à proximité de la MSP;
- la coopération et la mutualisation: dossier médical partagé, salle de réunion, secrétariat commun, non multiplication des salles d'attente).

b) Les locaux

Outre les locaux de base nécessaires à l'exercice professionnel (cabinets pour les professionnels de santé, accueil/secrétariat, sanitaires, salle d'attente, éventuellement une salle de soins de 1^{er} recours pour la gestion des petites urgences,...), le projet immobilier intègre :

- des possibilités d'extension et de modularité future en fonction des évolutions du mode d'exercice de la médecine de ville;
 - une salle de réunion permettant la tenue des réunions de coordination interprofessionnelles ainsi que l'organisation d'actions thérapeutiques collectives;
- un logement au sein de la MSP ou à proximité de la commune permettant d'accueillir des remplaçants et des étudiants (*accueil de stagiaires dans la perspective d'inciter les futurs médecins à s'installer dans les zones fragilisées*). Cette initiative est encouragée financièrement.

Les locaux doivent respecter les normes / référentiels en vigueur relatifs à l'hygiène, la sécurité, l'environnement, la consommation en matière d'énergie (label BBC pour les constructions neuves, étiquette D minimum pour les réhabilitations) l'ergonomie, la protection incendie et l'accessibilité et être facilement accessibles aux personnes âgées et à mobilité réduite.

PORTEURS DE PROJETS CONCERNES

Seuls les porteurs publics sont éligibles. La fixation d'un loyer compatible avec le prix du marché est obligatoire.

MODALITES FINANCIERES

L'Etat et la Région s'engagent à apporter, dans la limite des crédits disponibles et toutes sources de financement confondues (CPER, DETR, Contrats territoriaux ...), **50% d'une dépense subventionnable plafonnée à 100 000 € par professionnel de santé dans la limite de 20 professionnels pris en compte.**

Les professionnels de santé éligibles pour déterminer la dépense subventionnable restent ceux définis lors de l'appel à projets de juillet 2009 (médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, ergothérapeutes, psychomotriciens, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes, diététiciens, psychologues, médecins spécialistes), dans la mesure où ils exercent leur activité au moins à mi-temps dans le cadre de la MSP.

La subvention est partagée à parité entre l'Etat et la Région (25% pour chaque partenaire).

Le plafond de dépenses est augmenté de 60 000 € si le projet comporte un logement pour un stagiaire.

La subvention de 50% pourra le cas échéant être complétée d'une aide pour les projets relatifs à des territoires en zone de revitalisation rurale ou retenus comme prioritaires par le SROS une fois ce dernier validé, dès lors qu'une enveloppe additionnelle nationale serait obtenue dans le cadre du programme national de financement de 250 maisons de santé pluridisciplinaires sur la période 2010-2013.

SUIVI ET EVALUATION DU DISPOSITIF

Les MSP s'engagent à transmettre annuellement à l'Etat (préfecture de département et SGAR), au Conseil régional et à l'ARS la grille figurant [en annexe 3-MSP](#) complétée des indicateurs retenus dans le document de candidature.

Elle permettra au niveau régional de mesurer les facteurs de réussites ou les difficultés, et de les partager dans le cadre du réseau, et d'infléchir au besoin le dispositif d'aide aux MSP pour en assurer la réussite.

Enfin l'Etat, le Conseil Régional et l'ARS s'attacheront à faire vivre un réseau régional des MSP, qui sera réuni physiquement au moins une fois par an pour favoriser le portage d'expériences et d'échanges, ainsi que l'évaluation des projets.

[Document téléchargeable sur le site de la Préfecture de la région Centre \(appel à projets CPER\)](#)

LE VOLET BIOLOGIE MEDICALE

1 LA REGLEMENTATION

1.1 LE CONTEXTE REGLEMENTAIRE

L'article 69 de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire, dite loi HPST, du 21 juillet 2009 a permis au gouvernement de réformer, par voie d'ordonnance, les conditions de création, d'organisation et de fonctionnement des laboratoires de biologie médicale.

L'ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010, relative à la biologie médicale, est une réforme qui d'une part renforce la médicalisation de la discipline, et, d'autre part, impose une garantie de qualité par une obligation d'accréditation pour tous les laboratoires de biologie médicale.

Cette ordonnance entreprend également un changement en profondeur des conditions d'implantation et d'organisation des laboratoires et vise à préparer l'avenir de la biologie médicale. Elle conjugue la pluralité de l'offre, garantie par une organisation territoriale, avec la pluridisciplinarité et le dialogue entre biologistes et cliniciens. La réglementation devient identique pour l'hôpital et la ville. Elle offre des options de coopération différentes et graduées en matière de biologie médicale, soit par la voie de contrat de coopération, soit par la possibilité offerte à un groupement de coopération sanitaire d'exploiter un laboratoire, ceci afin de permettre certaines restructurations.

Jusqu'au 13 janvier 2010, l'implantation des laboratoires de biologie médicale était donc libre, bien que soumise à autorisation, liée au respect de critères techniques, pour les laboratoires privés. L'implantation des laboratoires résultait ainsi, d'une part de la réponse aux besoins des établissements de santé et, d'autre part, de l'équilibre commercial et concurrentiel entre l'offre et la demande, pour ce qui concerne le secteur libéral.

Il s'agit désormais de bâtir le premier SROS de biologie, sur la base des dispositions de l'ordonnance du 13 janvier 2010, laquelle bouleverse l'organisation de la biologie médicale. Ce SROS concerne aussi bien l'offre hospitalière que l'offre ambulatoire.

1.2 LES TEXTES

- Ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale. Celle-ci comporte notamment des règles dites prudentielles (articles L6222-2, L6222-3, L6223-4) concernant la répartition de l'offre de soins en biologie médicale.
- Arrêté du 5 août 2010 fixant les références des normes d'accréditation applicables aux laboratoires de biologie médicale
- Arrêté du 14 décembre 2010 définissant les conditions justificatives de l'entrée effective d'un laboratoire de biologie médicale dans une démarche d'accréditation

Des textes d'application sont attendus et principalement ceux relatifs aux conditions d'implantation et d'organisation des laboratoires de biologie médicale.²

² Parution des textes à surveiller

2 L'ETAT DES LIEUX

L'ordonnance favorisant la réorganisation des laboratoires, la situation évolue constamment : le présent état des lieux reflète celle de fin avril 2011.

Cet état des lieux est axé sur l'activité à la fois programmée et en urgence avec une obligation de permanence de soins. Il ne s'intéresse donc pas aux plateaux techniques de recours régionaux ou interrégionaux prenant en charge des activités spécifiques telles que AMP, DPN, examens de caractéristiques génétiques, examens de biologie moléculaire....

2.1 MAILLAGE : REPARTITION ET DIVERSITE DE L'OFFRE

Le maillage doit être cohérent avec la nouvelle définition des territoires de santé et les besoins actuels pour garantir une accessibilité géographique en laboratoires ouverts au public et la pérennité de l'offre en biologie médicale.

2.1.1 Répartition

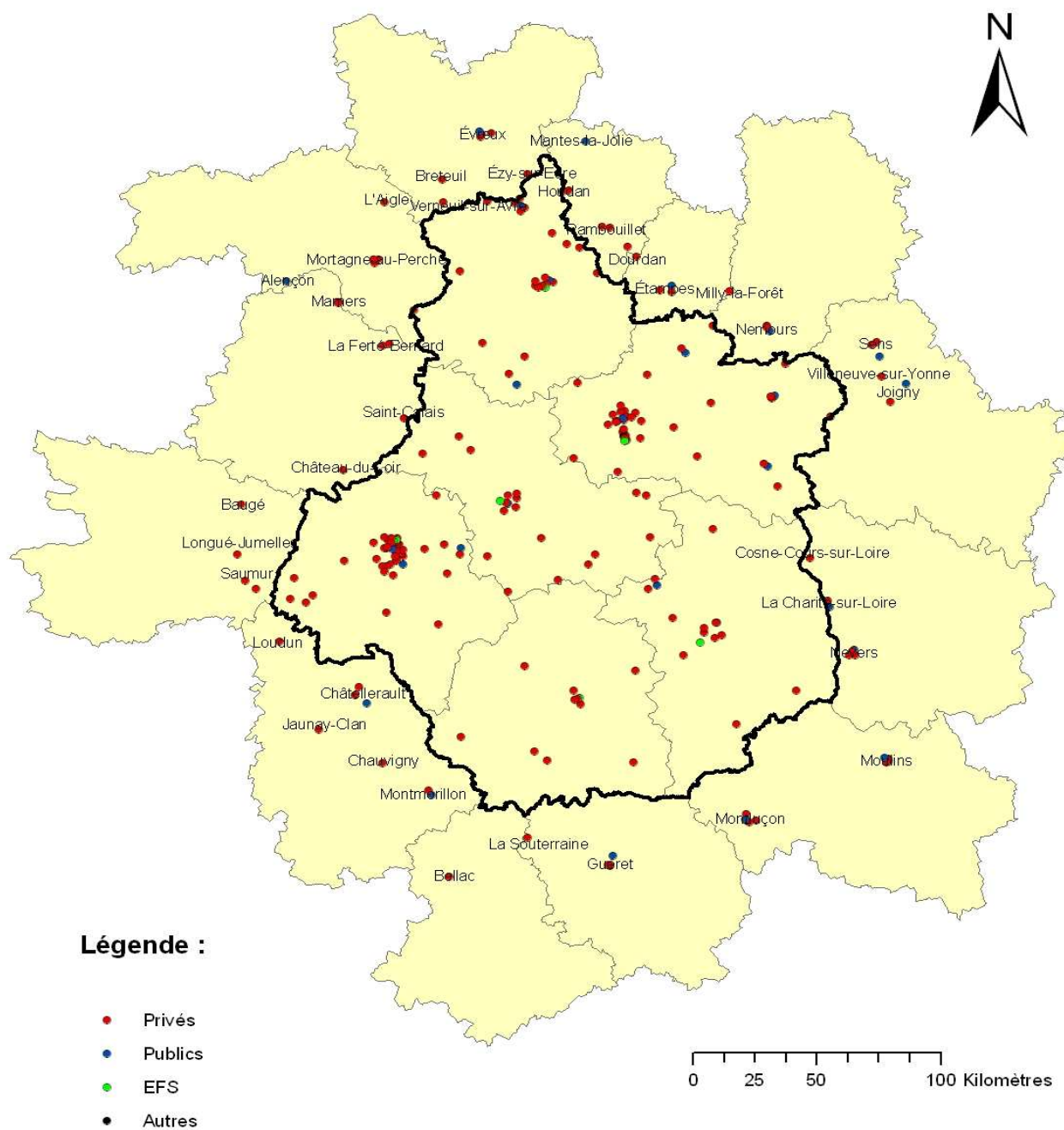
La région Centre compte sur ses 6 territoires de santé³ 131 sites de laboratoires privés, 14 sites de laboratoires publics (pour 12 établissements de santé publics), 8 sites de laboratoire Etablissement Français du Sang (EFS), 1 laboratoire de la CPAM assurant les examens de santé pour les départements 41 et 45, 1 laboratoire de l'IRSA⁴ assurant les examens de santé pour les départements 18, 36, 37.

Aucune « zone blanche » (aucun laboratoire accessible à une distance supérieure à 50 km) n'apparaît dans la région (cf carte ci-après).

³ Arrêté 10-ESAJ-008 du 23 juillet 2010 du Directeur général de l'ARS du Centre

⁴ IRSA : Institut inter Régional pour la SAnté ; association loi 1901 ayant pour objet le développement de la médecine préventive, de la santé publique et de la promotion de la santé

Implantation des laboratoires en région Centre et en limitrophe



Source : ARS du Centre - Enquête sur la biologie médicale - IGN©

2.1.2 Densité

En France, il y a environ 1 laboratoire privé ou site de laboratoire privé pour 16 000 habitants. La région Centre présente une densité conforme à la moyenne nationale avec 1 laboratoire pour 16332 habitants (hors labo des CPAM, IRSA).

2.1.3 Les regroupements

Ils doivent être réalisés dans le respect des règles prudentielles permettant de limiter les positions dominantes et les ouvertures susceptibles de faire dépasser l'offre de biologie fixée par le SROS⁵. Quatre projets de regroupement/rapprochement public/privé, public/public sont envisagés en région Centre.

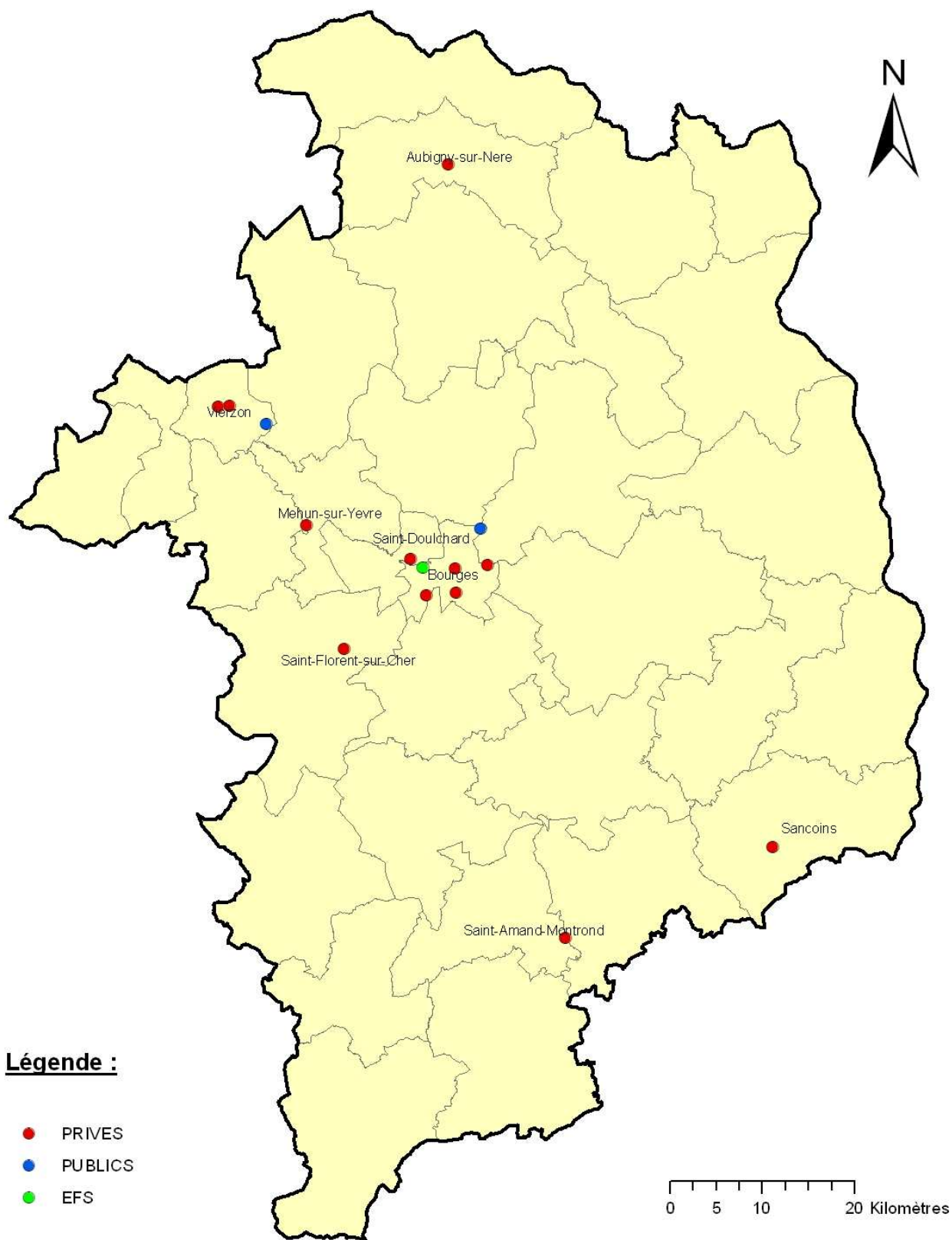
Neuf regroupements de laboratoires en LBM ont été autorisés, concernant 35 sites situés en région Centre. Deux laboratoires de la région sont rattachés à un LBM dont le siège social est situé hors région. Sept demandes sont en cours d'instruction.

2.1.4 Situations particulières

Une forte disparité est à noter au sein de la région puisque les départements du Cher et de l'Indre sont sous dotés en laboratoires de biologie médicale avec une densité respective de 1 site pour 20 833 habitants et 1 site pour 21 091 habitants. Par ailleurs, le département de l'Indre est caractérisé également par l'absence d'offre de biologie médicale hospitalière.

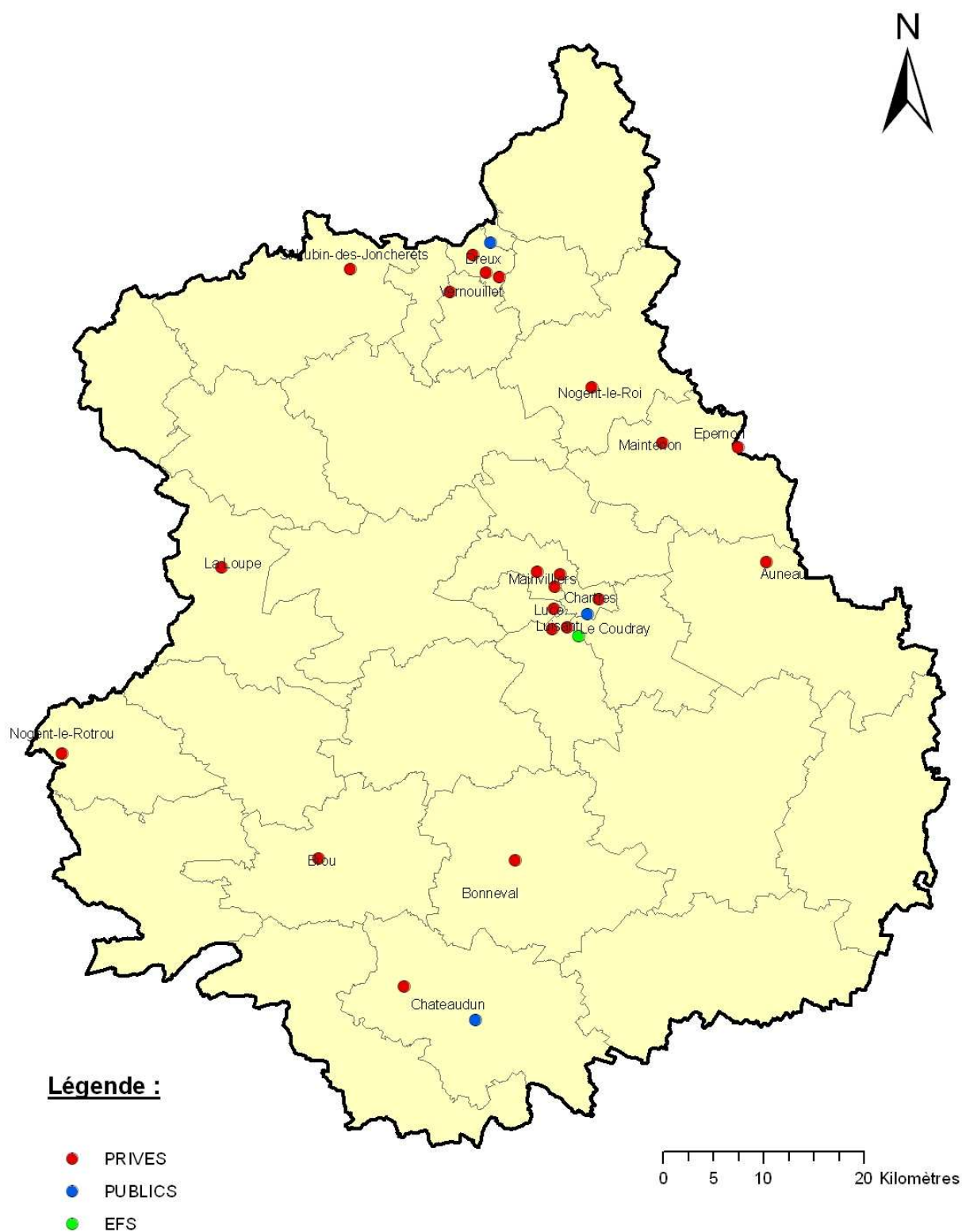
⁵ Articles L.6222-2, L 6222-3 et L 6223-4 du code de la santé publique

Implantation des laboratoires - Cher (18)



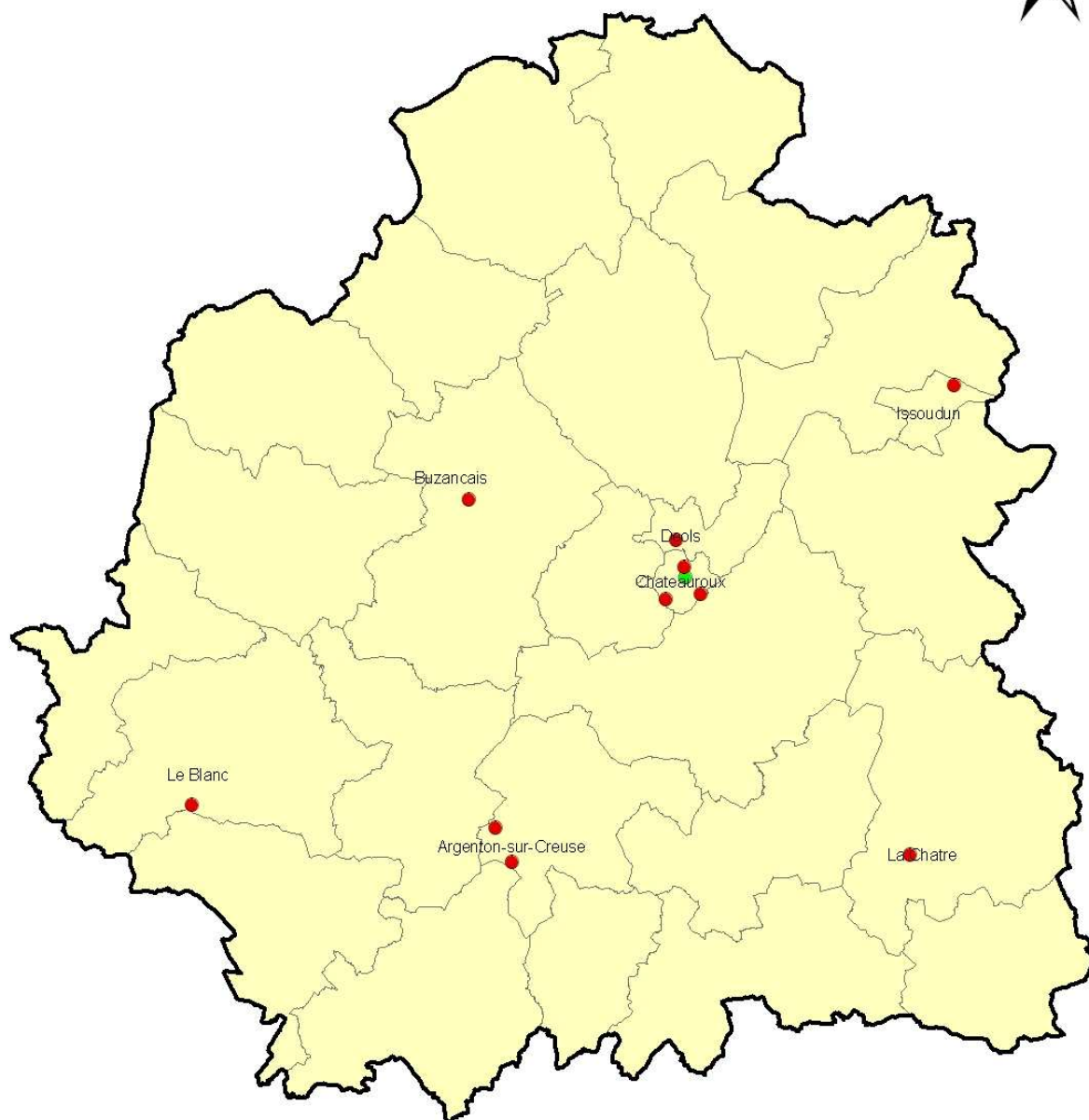
Source : ARS du Centre - Enquête sur la biologie médicale - IGN©

Implantation des laboratoires - Eure-et-Loir (28)



Source : ARS du Centre - Enquête sur la biologie médicale - IGN©

Implantation des laboratoires - Indre (36)



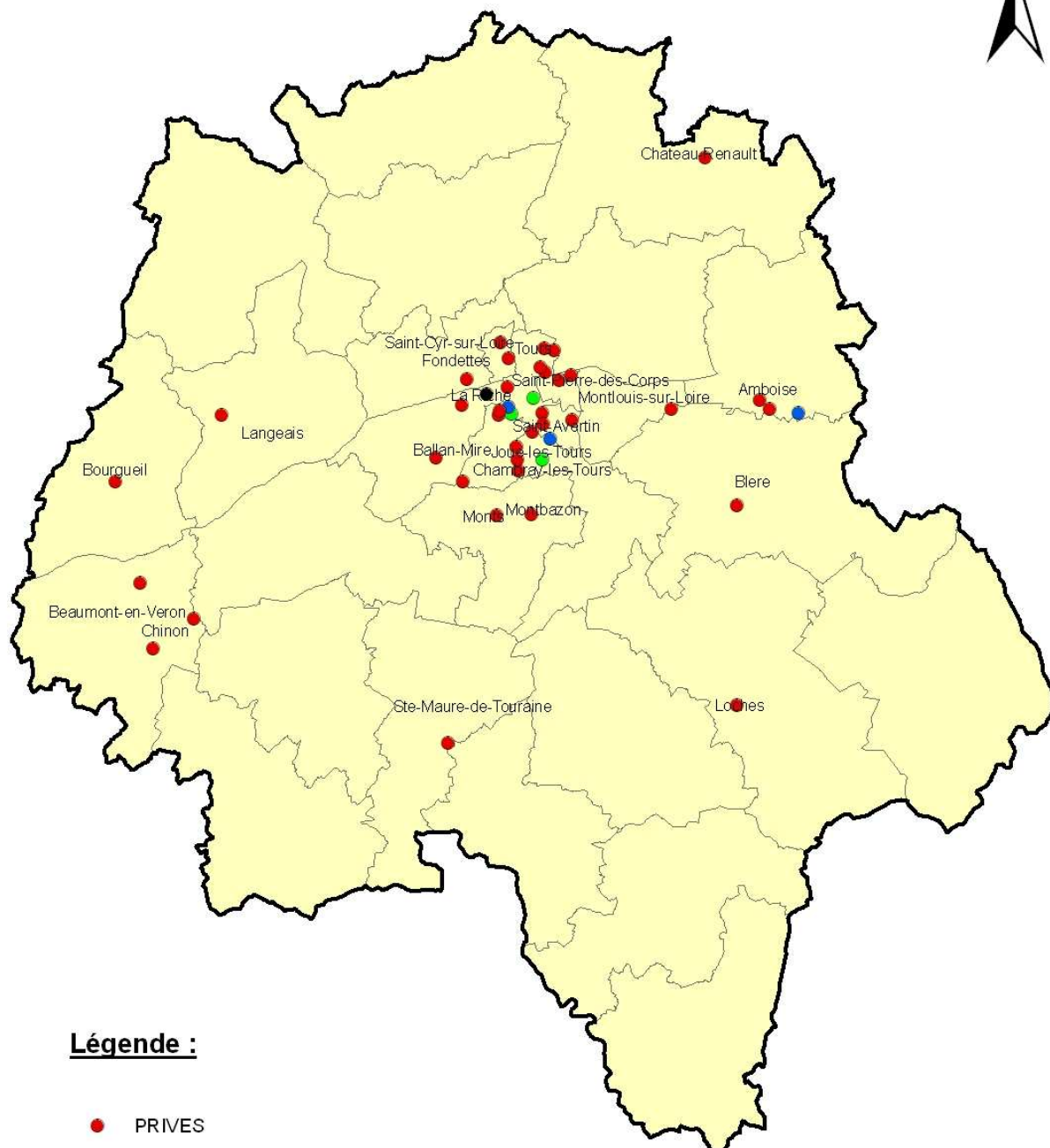
Légende :

- PRIVES
- EFS

0 5 10 20 Kilomètres

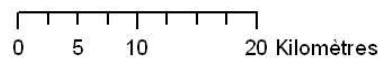
Source : ARS du Centre - Enquête sur la biologie médicale - IGN©

Implantation des laboratoires - Indre-et-loire (37)



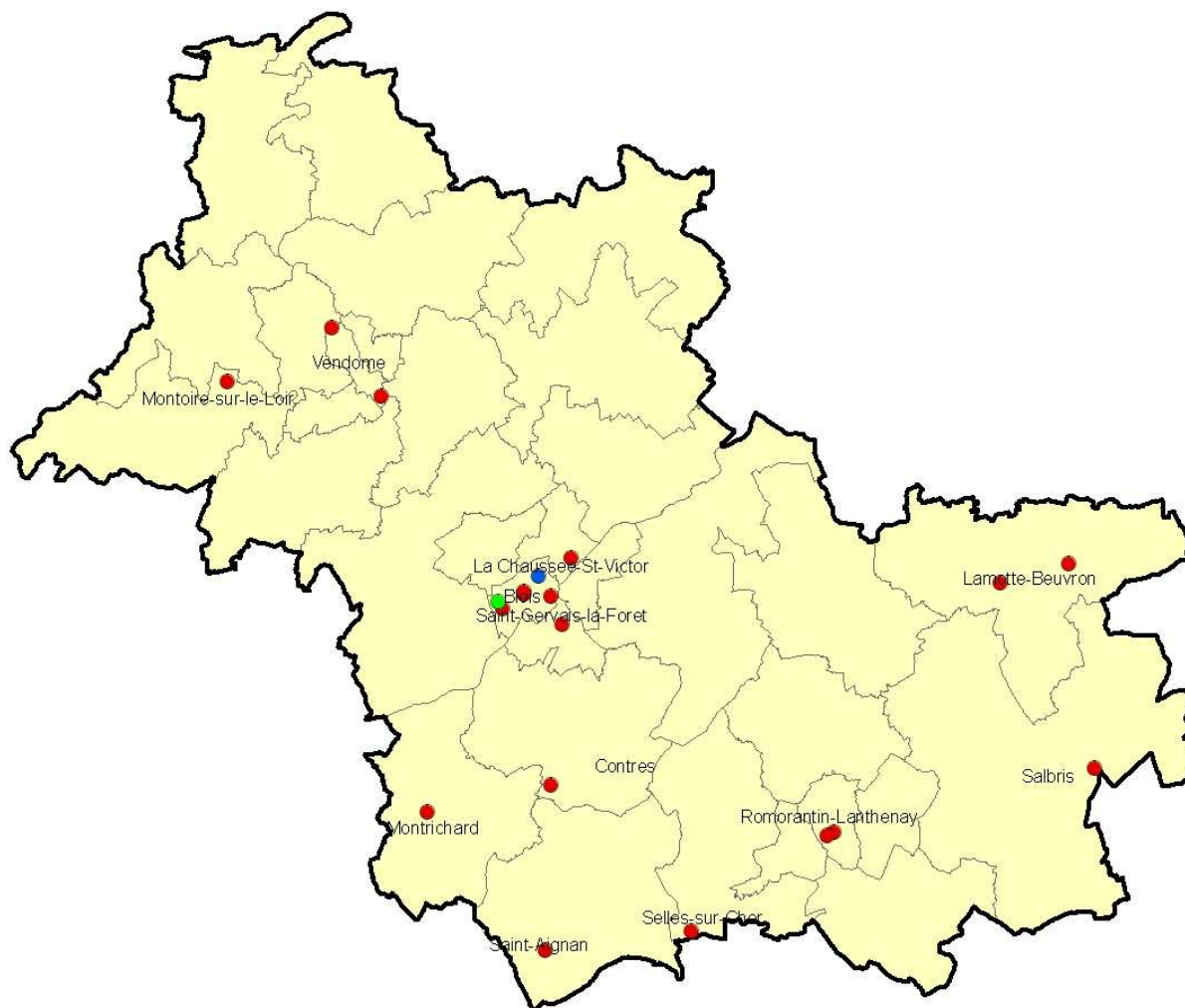
Légende :

- PRIVES
- PUBLICS
- EFS
- AUTRES



Source : ARS du Centre - Enquête sur la biologie médicale - IGN©

Implantation des laboratoires - Loir-et-Cher (41)



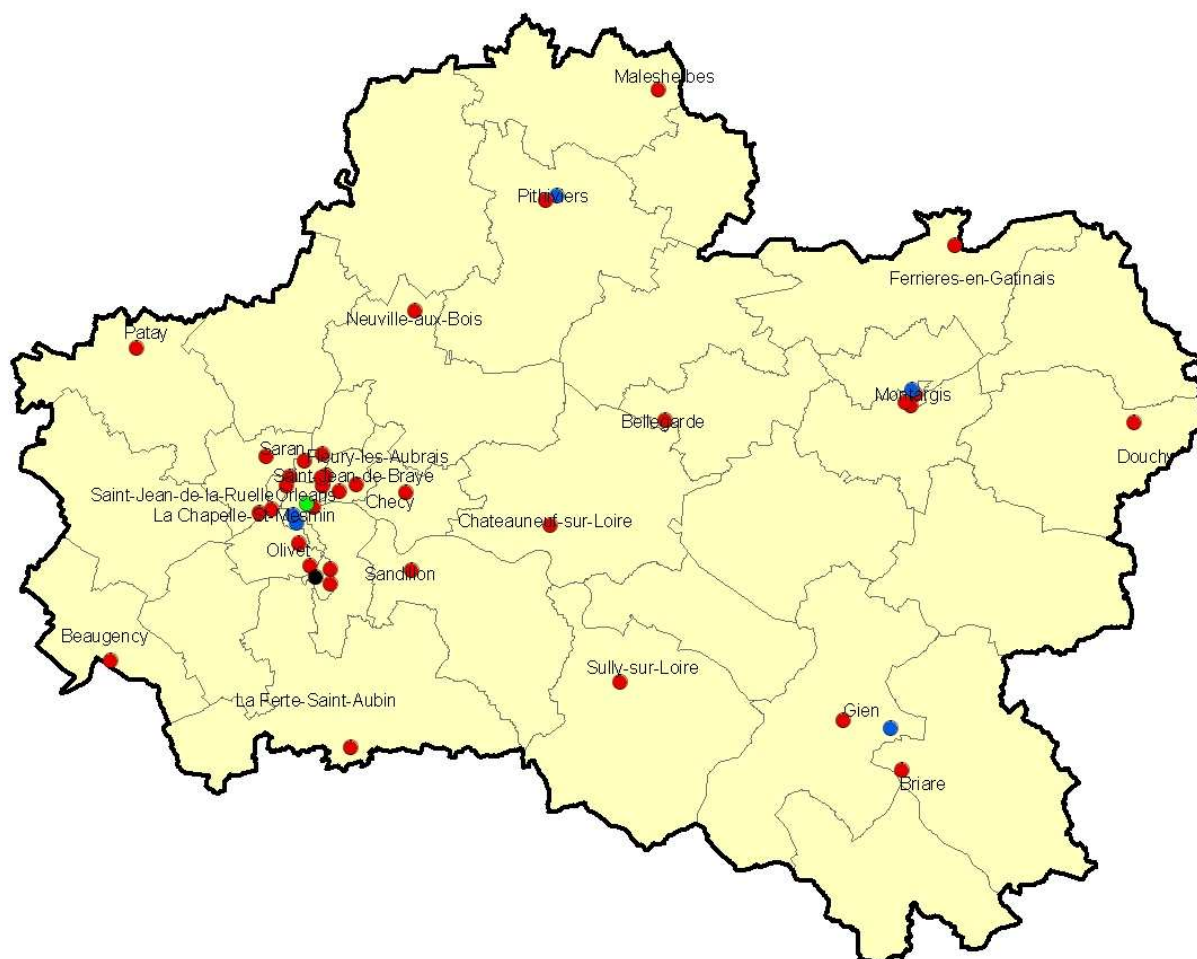
Légende :

- PRIVES
- PUBLICS
- EFS

0 5 10 20 Kilomètres

Source : ARS du Centre - Enquête sur la biologie médicale - IGN©

Implantation des laboratoires - Loiret (45)



Légende :

- PRIVES
- PUBLICS
- EFS
- AUTRES

0 5 10 20 Kilomètres

Source : ARS du Centre - Enquête sur la biologie médicale - IGN©

2.2 DEMOGRAPHIE ET FORMATION

Au 1^{er} janvier 2011, la région Centre comptait 92 médecins biologistes dont 10 âgés de 60 ans et plus⁶ et 222 pharmaciens biologistes dont 45 âgés de 60 ans et plus⁷.

Le numerus clausus en région Centre en faculté de pharmacie reste fixé à 106 depuis 2007-2008

Le numerus clausus en région Centre en faculté de médecine est passé de 214 en 2007-2008 à 233 en 2010-2011.

Au 1^{er} mai 2011, 36 internes en biologie (10 internes en médecine et 26 internes en pharmacie) sont en cours de formation en région Centre dans 36 services, exclusivement publics, agréés pour l'année 2010/2011. Ces lieux de stage couvrent les domaines bactériologie-virologie (3), biochimie (3), hématologie (4), immunologie (2), parasitologie (1), biologie polyvalente (6), pharmacologie-toxicologie (1), génétique (1), biologie de la reproduction (1), thérapie cellulaire-thérapie génique (1) et stages cliniques (13) soit 25 lieux au sein du CHU et 11 lieux hors CHU.

2.3 L'ACCREDITATION

La réforme de la biologie médicale correspond à une transformation des obligations de qualité des examens qui doivent répondre à des exigences de preuve et de traçabilité de leur réalisation. Ainsi est-on passé du Guide de Bonne Exécution des Analyses de biologie médicale (GBEA) à une accréditation par le Comité Français d'accréditation (COFRAC). Cette accréditation porte, non seulement sur la phase analytique, mais également sur les phases pré-analytique et post-analytique.

La preuve d'entrée dans l'accréditation, selon des critères définis par l'arrêté du 14 décembre 2010, devra être apportée au plus tard le 1^{er} novembre 2013. L'accréditation complète du laboratoire devant être réalisée au plus tard le 1^{er} novembre 2016.⁸

Le SROS risque d'être impacté par les conséquences de la démarche d'accréditation puisqu'à chacune de ces deux échéances, les laboratoires ne respectant pas ces critères devront cesser leur activité et le maillage territorial en sera donc modifié.

La preuve d'entrée dans l'accréditation peut se faire selon deux voies. L'état d'avancement des laboratoires de la région est le suivant :

Voie A : Au 1^{er} avril 2011 en région Centre, un seul site de laboratoire déclare être accrédité partiellement selon la norme NF EN ISO 15 189 et 74 déclarent préparer cette accréditation partielle.

Voie B : Au 1^{er} avril 2011, 54 sites déclarent avoir obtenu l'attestation de « qualification 36 mois » délivrée par BioQualité et 32 déclarent être en cours d'obtention de cette attestation.

2.4 LA PERMANENCE DES SOINS DANS SA DIMENSION INFRA REGIONALE

Lorsqu'un établissement de santé ne possède pas de laboratoire, il doit organiser la réponse à ses besoins de biologie médicale. La permanence des soins concerne quasi exclusivement les soins relevant de la pratique en établissements de santé.

Actuellement, ces besoins sont assurés :

- par un laboratoire hospitalier,
- par un contrat avec un laboratoire de biologie privé.

De plus s'il dispose d'un service d'urgence ou de maternité, le laboratoire de proximité assurant des prestations doit assurer une permanence 24h/24 de l'offre de biologie médicale (articles D6124-24 et 43 du CSP).

⁶ Source ADELI au 01/01/2011

⁷ Source RPPS au 01/01/2011

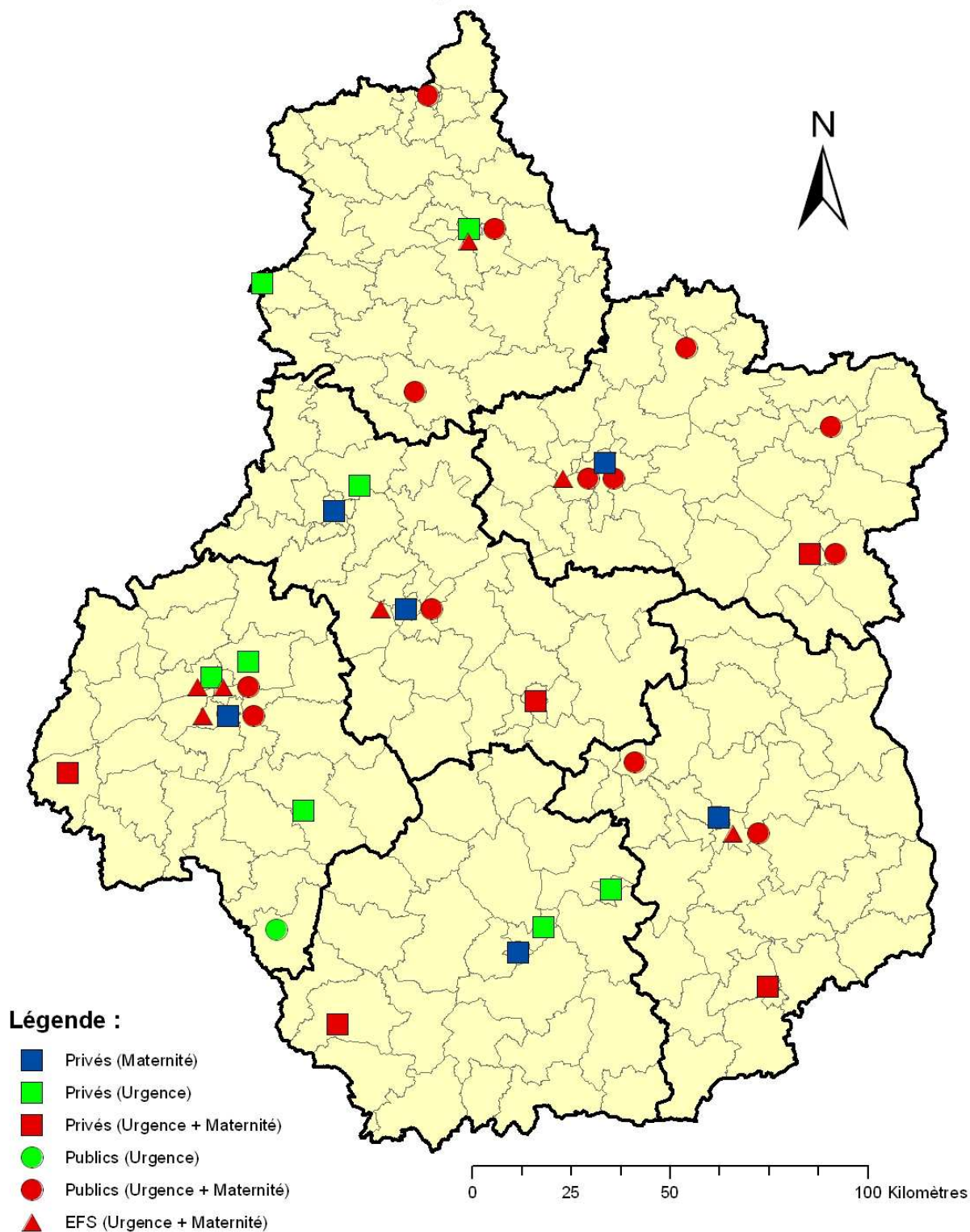
⁸ Un report des dates d'échéance est en projet

En région Centre, pour chaque établissement de santé exerçant une activité d'urgence ou de maternité au moins un laboratoire privé ou public a déclaré réaliser une permanence d'activité. Le total de ces permanences représente au moins 2.479.540 examens (chiffre sous-estimé).⁹

L'organisation des permanences des soins des établissements de santé fait l'objet d'une étude dans le cadre du schéma « missions de service public des établissements de santé » du volet hospitalier du SROS.

⁹ Certains laboratoires n'ont pas fait connaître le nombre d'examens réalisés durant les permanences

Laboratoires assurant une permanence pour les activités d'urgence et/ou maternité



2.5 DONNEES D'ACTIVITE

Une évaluation de l'activité des laboratoires publics et privés a été réalisée en région Centre sur la base de l'ordonnance citée ci-dessus.

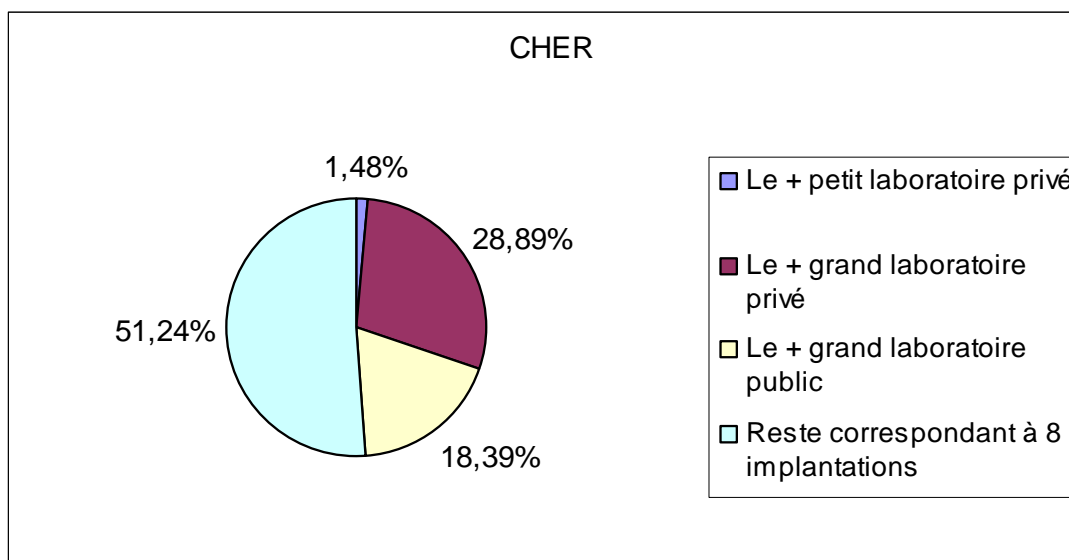
Elle a été effectuée grâce à un formulaire de déclaration d'activité 2010 adressé à tous les laboratoires de biologie, privés et publics, de la région. Une réponse en ligne était demandée, via « l'outil » SOLEN.

Il était demandé de renseigner distinctement l'activité prélevée sur place, (qu'elle soit analysée sur place ou transmise à un autre laboratoire), et l'activité réalisée sur place pour le compte d'un autre laboratoire. L'activité est exprimée en nombre total d'examens unitaires dont le résultat découle d'une phase analytique, que ces examens fassent, ou non, l'objet d'un remboursement, y compris lorsque cet examen fait l'objet d'une facturation par forfait.

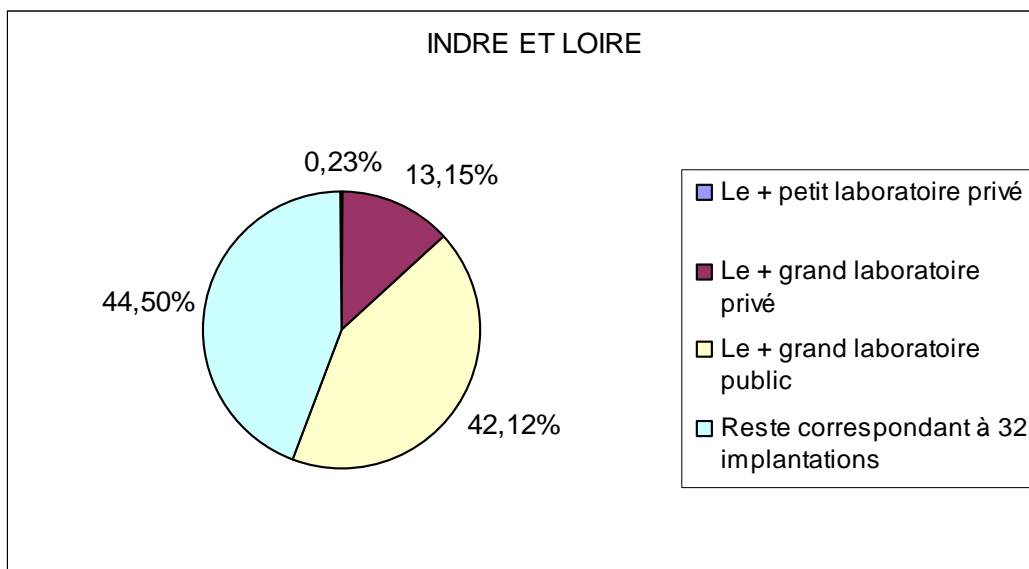
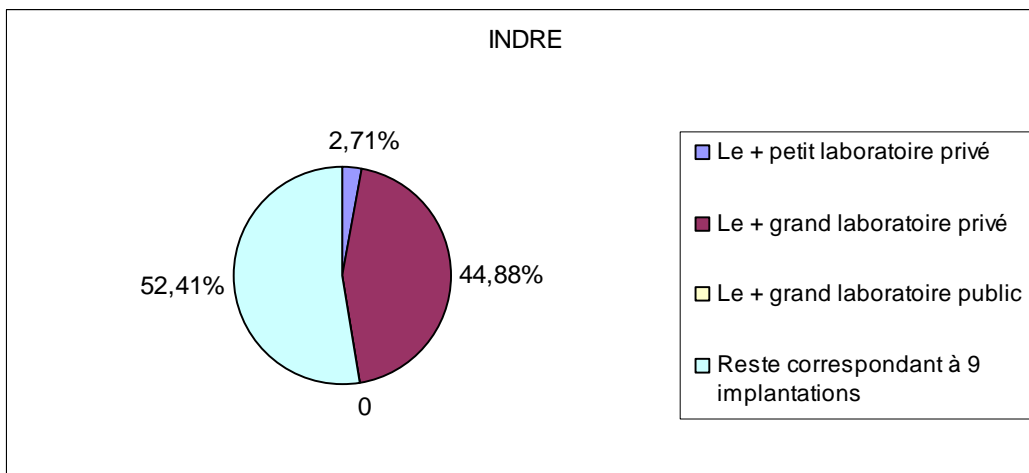
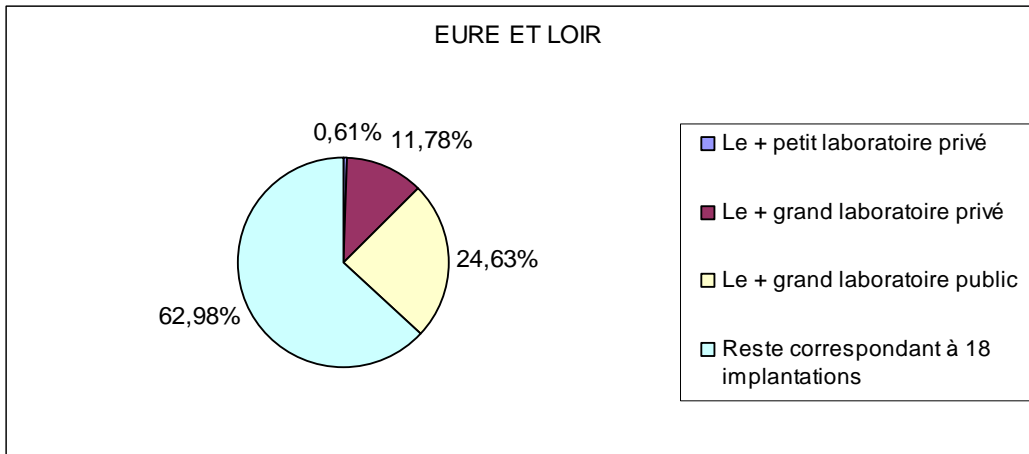
Ces données, cumulant les examens réalisés, à la fois par les laboratoires publics et le privés, devraient être utilisées pour définir, dans le SROS, le niveau de besoin de la population en nombre d'examens de biologie médicale, par territoire de santé, conformément à l'article L.6222-2 de l'ordonnance relative à biologie médicale. Le niveau de besoin ainsi déterminé limitera les possibilités d'ouverture de nouveaux laboratoires ou sites de LBM.

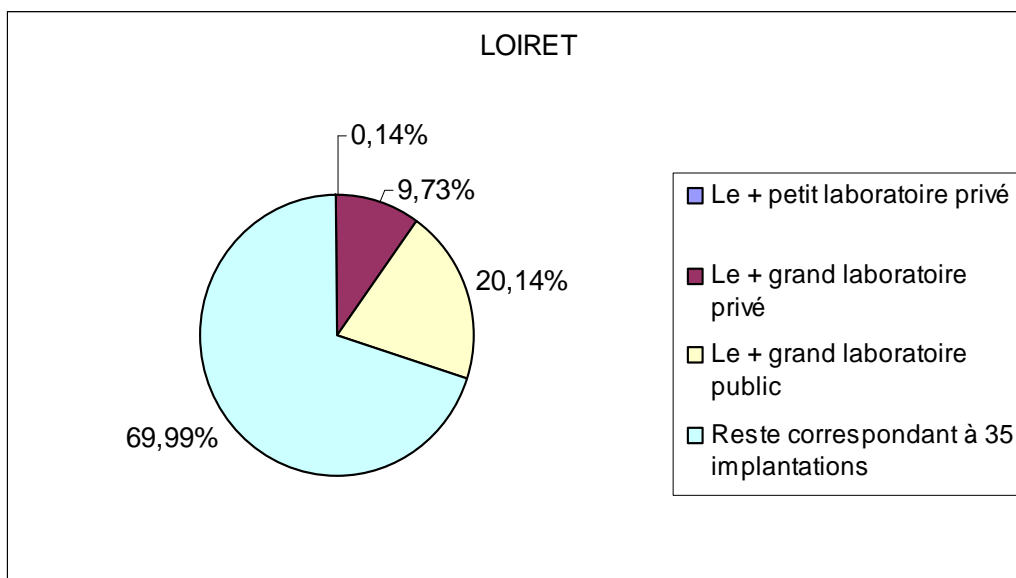
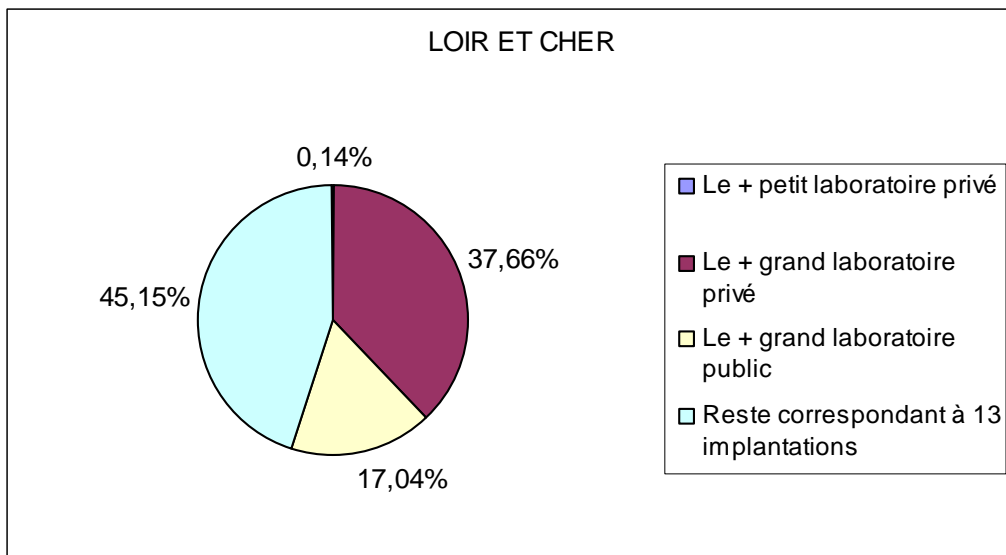
Ces données seront également utiles à la régulation des futures opérations de fusion, acquisition ou prise de participation pour assurer la continuité de l'offre de biologie médicale sur chaque territoire de santé (articles L.6222-3 et L.6223-4 du CSP).

*PARTS EXTREMES D'ACTIVITE DES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MEDICALE
SELON LES DECLARATIONS D'ACTIVITE RECUEILLIES¹⁰*



¹⁰ Selon l'état des regroupements des laboratoires en avril 2011





2.6 LES SYSTEMES D'INFORMATION

Des difficultés liés à un manque d'homogénéité des systèmes informatiques de rendu de résultats sont signalés par les professionnels de santé de la région (médecins libéraux et biologistes publics/privés).

Ces difficultés nuisent à la transmission des résultats entre établissements et peuvent être à l'origine d'erreurs médicales.

2.7 LES RELATIONS EFS/ETABLISSEMENTS DE SANTE

Ces relations sont citées dans une logique de schéma. Les laboratoires de l'EFS représentent une interface complémentaire car situés sur des sites d'établissements de santé autorisés pour la maternité/l'urgence.

Des discussions relatives au regroupement sur les lieux de délivrance des produits sanguins labiles (PSL) des activités d'immuno-hématologie transfusionnelle sont en cours entre l'EFS et le Ministère.

3 ORIENTATIONS ET ACTIONS ENVISAGEES

1 – Veiller au maillage (regroupements, ouverture de sites) dans le respect de la satisfaction des besoins de la population et de la continuité de l'offre tout en favorisant la mutualisation des moyens.

2 – Cas particulier de l'Indre : les règles prudentielles (25 et 33%) ne sont pas respectées dans ce département notamment en raison de l'absence d'offre de biologie hospitalière publique et des projets de regroupements de laboratoires privés conduisant à la constitution d'une offre bi-polaire.

Compte tenu de la population, de la typologie géographique du territoire de santé, de la densité des professionnels de santé, de l'organisation de l'offre de soin et des problématiques de santé publique, il est impératif de maintenir au moins trois offreurs de biologie médicale dans le territoire de l'Indre et souhaitable d'élargir la nature des offreurs en introduisant la possibilité d'implanter une offre de biologie hospitalière publique.

3 – Suivi de l'avancement de l'accréditation des laboratoires de la région et mise en place d'un système d'alerte.

La mutualisation de moyens doit être envisagée pour favoriser l'entrée dans le processus d'accréditation. Les laboratoires sont donc incités à se regrouper dans le respect des textes législatifs et réglementaires.

4 – Besoins de la population : actuellement on considère que le « réalisé » constitue les besoins.

La base initiale peut donc être le volume d'actes réalisés mis à jour annuellement. Cette approximation est à dépasser : volonté d'obtenir un mécanisme plus fiable et des indicateurs plus adaptés (taux de recours par territoire) par la mise place d'un groupe de travail avec l'échelon régional/national et l'assurance maladie pour établir une cartographie des besoins.

5 – Formation initiale et démographie:

La loi HPST (article 1^{er}), offre la possibilité pour les établissements privés de participer au service public. Dans ce cadre les laboratoires assurant une permanence de soins pour des établissements de santé pourraient demander leur agrément pour recevoir un interne.

L'ARS suivra l'évolution de cette réglementation et tiendra informés le cas échéant les laboratoires de biologie médicale concernés par cette possibilité.

De plus, l'ARS continuera de participer aux travaux impactant la démographie des biologistes, notamment par le biais du CRONDPS¹¹ et relatera le constat du déficit en biologistes exerçant dans la région et la demande d'augmentation du nombre d'internes en formation.

¹¹ CRONDPS : comité régional de l'observatoire national de la démographie des professions de santé

6 – Systèmes d'information des laboratoires (SIL) : promotion du DMP par l'ARS afin d'améliorer l'interopérabilité des différents SIL.

7 – Promotion de l'efficacité : améliorer les relations prescripteur/biologiste avec le concours de l'assurance maladie dans un souci d'améliorer la pertinence des examens réalisés (prise en charge des maladies chroniques....).

8 – Création d'un comité technique régional de biologie médicale sous pilotage ARS :

La dynamique induite par les réunions et rencontres du groupe de travail SROS biologie médicale pourrait être poursuivie par un groupe désigné par les professionnels.

Ce groupe pourrait poursuivre des réflexions sur les thèmes suivants :

- formation continue des biologistes / action du CHU ;
- évolution de l'offre de biologie ;
- offre spécifique pour assurer un recours régional de première intention (par exemple dans les domaines de la cancérologie, de l'infectiologie, de la pharmacotoxicologie, ...)
- étude annuelle des déclarations d'activité ;
- articulation avec les autres volets du SROS (caractéristiques génétiques, cancers, ...).

4 INDICATEURS

- Pourcentage de la population en région Centre ayant des difficultés d'accès à un site de laboratoire de biologie médicale (situé à une distance supérieure à 50 kms) ;
- Nombre de LBM publics ou privés partiellement accrédité ;
- Nombre de LBM publics ou privés ayant adressé au COFRAC¹² une demande d'accréditation partielle ;
- Nombre de LBM disposant d'un certificat bio qualité « 36 mois » d'une durée de validité restant à courir supérieure à un an ;
- Nombre de LBM publics ou privés sans preuve d'entrée dans la démarche d'accréditation 6 mois avant la 1^{ère} date couperet actuellement fixée au 1^{er} novembre 2013¹³.

¹² COmité FRançais d'ACréditation

¹³ Date susceptible d'évoluer puisqu'un report de cette date d'échéance est en projet

GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISES

Sigle	Intitulé
AAP	Autorisation d'Appel à Projet
AC	Accompagnement à la Contractualisation
AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
AJ/HT	Accueil de Jour – Hébergement Temporaire
AM	Assurance Maladie
AMP	Assistance Médicale à la Procréation
AMU	Aide Médicale Urgente
ANESMS	Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-Sociaux
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
ASV	Ateliers Santé Ville
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAQCS	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de la Coordination des Soins
CAQS	Contrat d'Amélioration de la Qualité des Soins
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CASP	Cellule Ambulatoire et Soins de Proximité
CBUM	Contrat de Bon Usage du Médicament
CDAG	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CDC	Comité Départemental Canicule
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CDSAE	Centre Départemental de Soins d'Accompagnement et d'Education
CESU	Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
CG	Conseil Général
CH	Centre Hospitalier
CHIC	Centre Hospitalier Inter Communal
CHRO	Centre Hospitalier Régional d'Orléans
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIDDIST	Centre d'Information de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles
CIRE	Cellule Institut de veille sanitaire en REgion(ancienne dénomination : Cellule InterRégionale d'Epidémiologie)
CLAT	Centre de Lutte AntiTuberculeux
CLIN	Centre de Lutte des Infections Nosocomiales
CLS	Contrats Locaux de Santé
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CODAMUPS	COmité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins et des transports sanitaires
CODES	COmité Départemental d'Education pour la Santé
CORRUS	Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPER	Contrat de Projet Etat-Région

CPGC	Cellule de Préparation à la Gestion de Crise
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRDS	Cellule Régionale de Défense et de Sécurité
CRIRC	Comité Régional de l'Insuffisance Rénale Chronique
CRONDPS	Comité Régional de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
CRRS	Centre de Réception et de Régulation des Signaux
CRS	Conférence Régionale de Santé
CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CRUQPC	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
CS	Conseil de Surveillance
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSP	Code de la Santé Publique
CT	Convention Tripartite
CTP	Convention Tripartite Pluri-annuelle
CUCS	Contrat Urbain de Cohésion Sociale
CVGAS	Cellule de Veille et Gestion d'Alertes Sanitaires
DCC	Dossier Communiquant de Cancérologie (dans le DMP Dossier Médical Personnel)
DDCSPP	Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations
DDI	Directions Départementales Interministérielles
DDT	Directions Départementales des Territoires
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DGS	Direction Générale de la Santé
DIRECCTE	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DMP	Dossier Médical Personnel
DO	Déclaration Obligatoire
DP	Dialyse Péritonéale
DRAAF	Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt
DREAL	Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
DRSM	Direction Régionale du Service Médical
DSS	Direction de la Sécurité Sociale
DT / DT-ARS	Délégation Territoriale de l'ARS
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPS	Etablissements Publics de Santé
ESAT	Etablissements et Services d'Aide par le Travail
ESMS	Etablissements (et services) Sociaux et Médico-Sociaux
EVC-EPC	Etat Végétatif Chronique - Etat Pauci Relationnel
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FINESS	Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
FIQCS	Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FNPEIS	Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire
FRAPS	Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé du Centre
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale ou Médico-Sociale
GDR	Gestion Du Risque
GIR/PATHOS	Groupes Iso Ressources /Système d'information qui permet d'évaluer les niveaux de soins nécessaires pour assurer les traitements des états pathologiques des Personnes Agées
GMPS	Gir Moyen Pondéré Soins
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé

HDAD	HémoDialyse A Domicile
HDJ	Hospitalisation De Jour
HL	Hôpital Local
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
IFMK	Institut de Formation de Masso-Kinésithérapie
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IMC	Indice de Masse Corporelle
IME	Institut Médico-Educatif
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
INVS	INstitut de Veille Sanitaire
IRC	Insuffisance Rénale Chronique
IRCT	Insuffisance Rénale Chronique Terminale
IRESDA	Institut Régional pour Sourd et Déficiants Auditifs
ISEMA	Internat Socio-Educatif Médicalisé pour Adolescents
IST	Infection Sexuellement Transmissible
ITEP	Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques
LMD	Licence Master Doctorat
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MDA	Maison Départementale des Adolescents
MDO	Maladies à Déclaration Obligatoire
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MERRI	Mission d'Enseignement, Recherche, Référence, Innovation
MIG	Missions d'Intérêt Général
MIGAC	Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
MMG	Maisons Médicales de Garde
MNASM	Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
NRBC	Nucléaire – Radiologique – Bactériologique - Chimique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPCA	Organisme Paritaire Collecteur Agréé
OQOS	Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins
ORS	Observatoire Régional de la Santé
OSCARS	Outil d'observation et de Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé
PA	Personnes Agées
PAI	Plan d'Aide à l'Investissement
PAIS	Plateforme Alternative d'Innovation en Santé
PASA	Pôles d'Activités et de Soins Adaptés
PATHOS	Système d'information qui permet d'évaluer les niveaux de soins nécessaires pour assurer les traitements des états pathologiques des Personnes Agées
PDS(A)	Permanence Des Soins (Ambulatoire)
PH	Personnes Handicapées
PH	Praticiens Hospitaliers
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI	Protection Maternelle Infantile
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PNNS	Plan National Nutrition Santé
PNSE	Plan National Santé Environnement

POSU	POle Spécialisé d'accueil et de traitement des Urgences
PPS	Programme Personnalisé de Soins
PPS	Prévention et Promotion de la Santé
PRAGSUS	Plan Régional d'Alerte et de Gestion des Situations d'Urgence Sanitaire
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention
PR GDR	Programme pluriannuel Régional de Gestion Du Risque
PRIAC	PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRIICE	Plan Régional Interdépartemental d'Inspection Contrôle et Evaluation
PRISME	Prévention des Risques - Inspection - Signalement de la Maltraitance en Etablissement social et médico-social
PRS	Projet Régional de Santé
PRSE	Plan Régional Santé Environnement
PSRS	Plan Stratégique Régional de Santé
PUI	Pharmacies à Usage Intérieur
RCP	Réunions de Concertation Pluridisciplinaire
REIN	Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie
ROR	Rougeole, Oreillons, Rubéole
ROR	Répertoire Opérationnel Ressources
RPU	Résumés de Passage aux Urgences
SAE	Statistique Annuelle des Etablissements de santé
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SESSAD	Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile
SIDA	Syndrome d'ImmunoDéficience Acquise
SIOS	Schéma Interrégional d'Organisation des Soins
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SNIIR-AM	Système National de l'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie
SROMS	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SRR	Service de Rééducation et de Réadaptation
SSIAD	Services de Soins Infirmiers A Domicile
SSR	Soins de Suite et de Rééducation
T2A ou TAA	Tarifification A l'Activité
TED	Trouble Envahissant du Développement
UCSA	Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires
UDM	Unité de Dialyse Médicalisée
UHR	Unités d'Hébergement Renforcées
UNV	Unité Neuro Vasculaire
URPS	Unions Régionales des Professionnels de Santé
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
USSAPB	Unité Sécurité Sanitaire des Activités Pharmaceutiques et Biologiques
VAGUSAN	Veille, Alerte et Gestion des Urgences SANitaires

