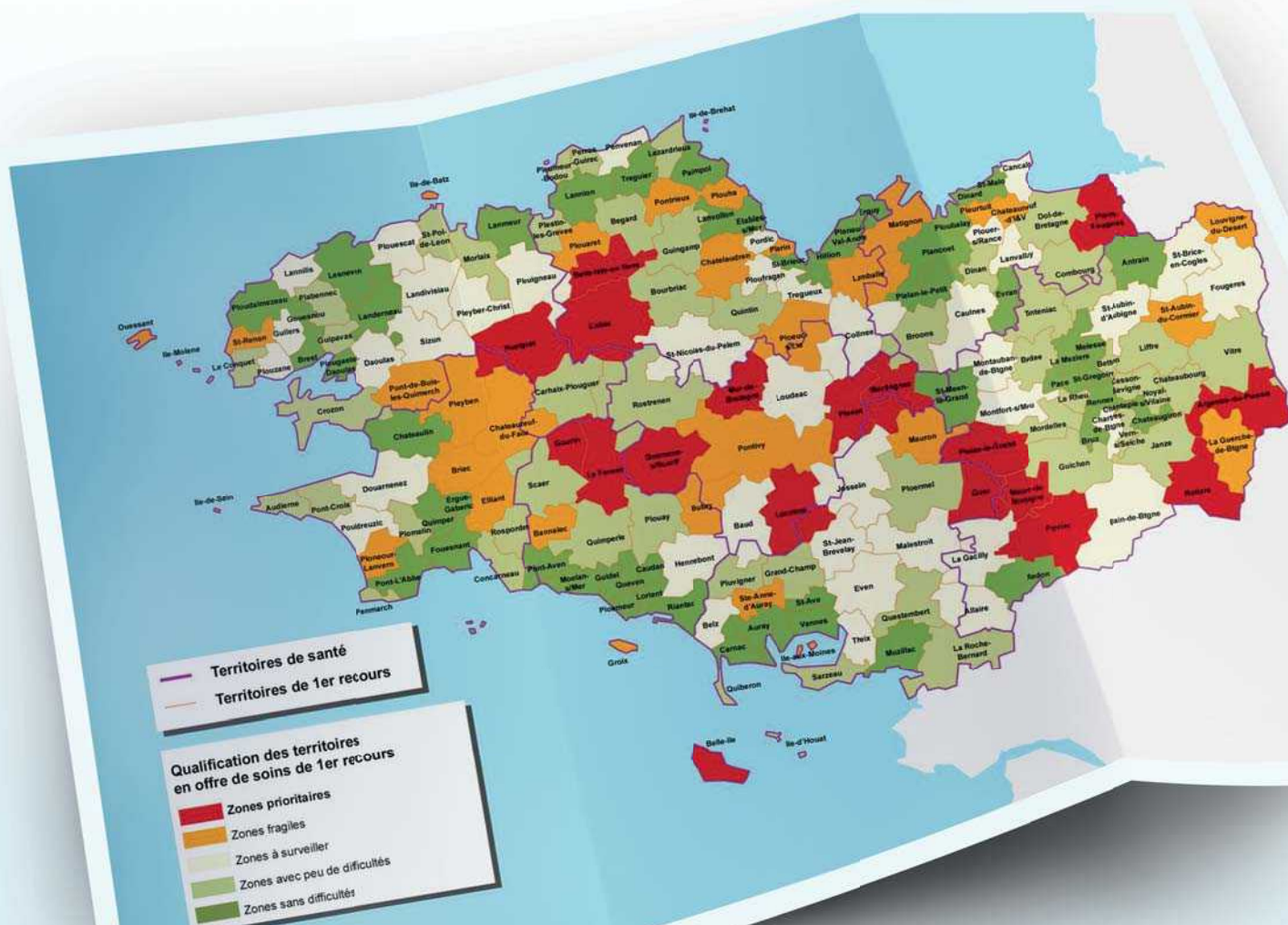


PACTE TERRITOIRE DE SANTÉ

EN BRETAGNE

12 ENGAGEMENTS

POUR LUTTER CONTRE LES DÉSERTS MÉDICAUX



LE PACTE TERRITOIRE SANTÉ : L'ARS BRETAGNE À LA RENCONTRE DES ACTEURS DE TERRAIN

De plus en plus de français sont touchés par la désertification médicale. Les inégalités entre les territoires ne cessent d'augmenter. Les délais pour accéder à un médecin spécialiste sont de plus en plus longs... Cet état des lieux a incité Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la Santé à lancer le Pacte Territoire Santé, un plan de lutte global contre les déserts médicaux. La Bretagne n'échappe pas à ces constats. Ainsi, l'ARS Bretagne a lancé, fin février, une vaste concertation autour des propositions de la Ministre, auprès de tous les acteurs de la santé. 4 réunions locales ont été organisées pour informer et sensibiliser les acteurs du territoire, identifier leurs attentes, évaluer les freins, afin de définir des axes d'amélioration dans la mise en œuvre du Pacte Territoire Santé.

Lors de ces réunions, l'ARS Bretagne était représentée par :

M. Alain Gautron, directeur général ;
M. Pierre Bertrand, directeur général adjoint ;
M. Hervé Goby, directeur de l'offre de soins et de l'accompagnement ;
M. Thierry de Laburthe, directeur adjoint démocratie sanitaire et communication ;
Mme Marine Chauvet, directrice adjointe offre de soins ambulatoire et coordination des acteurs ;

Mme Bénédicte Simon, directrice adjointe des professions de santé et des cadres en établissements ;
M. Antoine Bourdon, directeur de la délégation territoriale du Finistère ;
M. Annick Vivier, directrice de la délégation territoriale des Côtes d'Armor ;
M. Pierre Leray, directeur de la délégation territoriale du Morbihan ;
Mme Nathalie Le Formal, directrice de la délégation territoriale d'Ille-et-Vilaine ;
Mme Sémya Thour, référente installation.

Finistère, le lundi 25 février 2013 à Brest, en présence de Mme Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la santé.

300 personnes présentes, avec la participation de :

M. Aldric Lucas, représentant des internes de médecine générale de Brest ;
Professeur Christian Berthou, doyen de la Faculté de médecine de Brest ;
Dr Hervé Le Néel, président de l'union régionale des professionnels de santé - Médecin (URPS) ;
Dr Yvon Lucas, médecin et président de la maison de santé pluri professionnelle de Melgven (Finistère) ;
M. Frédéric Le Gars, maire du Palais - Belle-Île-en-Mer (Morbihan) et président du conseil de surveillance du CH du Palais ;
M. Bernard Dupont, directeur général du CHU de Brest.



Ille-et-Vilaine, le mardi 19 mars 2013 à Rennes

120 personnes présentes, avec la participation de :

Professeur Philippe Delaval, doyen de la Faculté de médecine de Rennes ;
Mme Maud Lecoustey, présidente de l'association des internes de médecine générale de Rennes ;
Dr Béatrice Allard Coualan, directrice de l'union régionale des professionnels de santé-Médecin (URPS) ;
Dr Béatrice Delamarre, médecin généraliste à Bain de Bretagne (Ille-et-Vilaine) ;
M. André Fritz, directeur général du CHRU de Rennes et délégué régional de la FHF ;
Dr Ricono, médecin généraliste à Antrain (Ille-et-Vilaine), président de CME et président de l'association des professionnels de santé du secteur.

Morbihan, le mardi 26 mars 2013 à Grand-Champ

100 personnes présentes, avec la participation de :

Professeur Philippe Delaval, doyen de la Faculté de médecine de Rennes ;
Mme Claire Hermant, représentante des internes de médecine générale de Rennes ;
Dr Éric Henry, représentant de l'union régionale des professionnels de santé-Médecin (URPS) ;
Dr Martial Le Pense, médecin généraliste à Plouay (Morbihan) ;
M. Frédéric Le Gars, maire du Palais - Belle-Île-en-Mer (Morbihan) et président du conseil de surveillance du CH du Palais ;
M. Alain Latinier, directeur du centre hospitalier Bretagne Atlantique (Morbihan).



Côtes d'Armor, le mercredi 27 mars à Plédran

100 personnes présentes, avec la participation de :

Professeur Jean-Yves Le Reste, directeur du département de médecine générale - Faculté de Brest ;
M. Pierre-Antoine Moinard, représentant des internes de médecine générale ;
Dr Éric Van Melkebé, représentant de l'union régionale des professionnels de santé-Médecin (URPS) ;
Dr Roland Briand, médecin généraliste à Chatelaudren (Côte d'Armor) ;
Mme Katell Nicolas, chargée de mission à Lamballe Communauté (Côte d'Armor) ;
M. Jean-Pierre Péron, directeur du centre hospitalier de Saint-Brieuc (Côte d'Armor).

SYNTHÈSE GÉNÉRALE DES 4 RENCONTRES LOCALES

Le Pacte Territoire Santé propose un ensemble de mesures de lutte contre les déserts médicaux, qui peut être mis en œuvre, à adapter selon les situations et les besoins des territoires.

D'une façon générale, les outils du pacte ont déjà été largement mis en pratique par les professionnels de santé du territoire. Les 4 rencontres ont permis de les diffuser et de les rendre plus lisibles. Il ressort des échanges que la dynamique territoriale est le fondement de l'action conjointe de tous les acteurs (élus, pouvoirs publics, professionnels de santé) : « *Les outils sans la volonté collective de réussir, cela ne marche pas* » confirme le directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

Le projet de santé doit partir des territoires (professionnels et élus) pour que l'ARS puisse réorganiser l'offre de soins et conseiller les acteurs dans la construction de leur projet. Mais comme le souligne Marisol Touraine, Ministre des affaires sociales et de la santé, « *Il n'y aura pas demain de médecins partout là où il y en avait hier* ». Il est donc important que les élus s'emparent du projet avec les professionnels de santé. Cette volonté collective permettra de consolider notre système de santé et ainsi renforcer l'attractivité des territoires bretons.

“ Réussir tous ensemble, pour faire quelque chose de mieux que ce qu'on vit à l'heure actuelle. Que le métier devienne plus intéressant, pour attirer de jeunes médecins et que la population soit certaine qu'elle aura une offre de soins au moins aussi bonne, voire meilleure ”

MÉDECIN GÉNÉRALISTE À CHÂTELAUDREN

À l'occasion de sa venue à Brest le 25 février 2013 pour la présentation du pacte territoire santé, Marisol Touraine, Ministre des affaires sociales et de la santé a rencontré des étudiants de la faculté de médecine de Brest. Les échanges ont porté sur l'information fournie au regard des enjeux liés à l'installation et sur les dispositifs incitatifs, notamment le CESP (Contrats d'Engagement de Service Publics) et sur le rôle important des maîtres de stages en médecine ambulatoire dans une installation future.



LES AXES DE PROGRÈS ET LES ACTIONS À MENER

OBJECTIF 1 - CHANGER LA FORMATION ET FACILITER L'INSTALLATION DES JEUNES MÉDECINS

ENGAGEMENT N°1

- Sensibiliser et accompagner les internes dès le début de leur formation, sur le thème de l'exercice libéral.
- Renouveler les formations sur l'installation tout au long du cursus des étudiants.
- Développer le travail en petits groupes sur des projets personnels d'internes, pour proposer des accompagnements personnalisés.
- Accroître les aides au logement et au transport pour inciter les étudiants à sortir des grandes villes pour faire leurs stages.
- Poursuivre la mobilisation des médecins généralistes pour les inviter à accueillir des stagiaires.
- Favoriser une organisation entre les cours et les périodes de stages qui permette de réaliser des stages éloignés du lieu de formation et/ou de résidence.

ENGAGEMENT N°2

- Donner la possibilité de proposer de façon systématique 2 campagnes annuelles de signature de CESP dans chaque université.
- Apporter une clarification quant à la possibilité, pour les signataires de CESP, de commencer par une phase de remplacement à l'issue de la fin du dernier semestre d'internat et installation effective au 1^{er} anniversaire de cette échéance en zone prioritaire.
- Préciser si le dispositif est à visée prioritaire envers les futurs médecins généralistes ou si les spécialistes peuvent y prétendre.

- Supprimer les pénalités de sortie du dispositif CESP si le signataire de CESP a signé durant le second cycle ou en 2^e année de médecine et si le désengagement est lié au fait qu'il choisit finalement une spécialité autre que la médecine générale.
- Permettre la suspension de la bourse durant l'internat pour les personnes ayant signé un CESP avant l'ECN et qui le souhaitent, afin de leur offrir la capacité de limiter la durée de leur engagement.
- Les assouplissements introduits par la LFSS 2013 laissant davantage de marges d'appréciation aux ARS quant aux zones d'installation sont facilitatrices, le décret en CE n'est cependant pas pris à ce jour.
- Poursuivre les efforts d'informations et assurer une meilleure communication auprès des étudiants en médecine et des internes, pour valoriser ce dispositif et les aider à penser leur projet professionnel.
- Informer les étudiants sur la situation démographique et sur l'implantation des maisons/pôles de santé.
- Création d'une cellule régionale afin d'accompagner de manière personnalisée les signataires du CESP.

ENGAGEMENT N°3

- Mieux informer sur les outils et incitations « financières ».
- Mettre en œuvre le contrat de praticien territorial de médecine générale dès la parution des décrets d'application.
- À la parution des décrets, proposer une dizaine de contrats aux

internes, à l'association régionale des remplaçants, aux établissements, en fonction de leur implantation géographique.

- Poursuite des actions de formation/information avec les facultés de médecine de Rennes et Brest incluant ce dispositif incitatif à l'installation.

ENGAGEMENT N°4

- Faire connaître le nouvel interlocuteur « référent installation de l'ARS » aux futurs médecins, par l'intermédiaire des facultés de Rennes et Brest, mais également par l'intermédiaire des maîtres de stages.
- Intégrer dans les programmes de formation des étudiants et internes en Médecine Générale (MG) des modules sur leur environnement professionnel potentiel que sont le monde de la santé et le monde libéral.
- Organiser la fonction de référent installation avec les partenaires compétents (assurance maladie, ordres professionnels, administration fiscale, URSSAF...).
- Travailler en partenariat avec les représentants des étudiants et des internes, les facultés et les départements de médecine générale pour compléter si nécessaire les journées de formation organisées en faculté de médecine sur l'installation.
- Informer régulièrement sur la plateforme d'appui aux professionnels de santé (PAPS) de l'avancée du dispositif et mettre en ligne les supports utiles aux projets d'installation.

OBJECTIF 2 - TRANSFORMER LES CONDITIONS D'EXERCICE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

ENGAGEMENT N°5

- Soutenir ces nouvelles organisations de manière pérenne.
- Poursuivre les réflexions sur les modes de rémunération pour pouvoir financer le temps de coordination.
- Proposer des formations continue de travail en équipe, pas uniquement par profession.
- Organiser un colloque fin 2013 sur la valorisation des nouvelles organisations, les expériences et les perspectives.
- Développer un mode d'intervention spécifique dans les zones dépourvues d'initiatives locales, en s'appuyant sur les structures qui participent à l'animation des territoires.
- Poursuivre les groupes qualité en médecine générale.
- Poursuivre l'accompagnement méthodologique et financier des pôles et des maisons de santé pluri professionnelle.

ENGAGEMENT N°6

- Clarifier, ce qui est particulièrement attendu d'une Maison de Santé Pluri professionnelle Universitaire (MSPU)

- Augmenter le nombre de postes de chefs de clinique en médecine générale.
- Identifier des sites potentiels pour l'implantation d'une MSPU en lien avec les facultés de médecine.
- Encourager des projets de recherche associant le réseau des médecins généralistes et soutenir l'enseignement de médecine générale en faculté.

ENGAGEMENT N°7

- Faire évoluer la tarification pour permettre la prise en charge des actes réalisés en télémédecine.
- Définir des schémas territoriaux des systèmes d'information et accompagner les projets de professionnels de santé.
- Poursuivre la montée en charge des projets engagés dans le cadre du PRS autour de la télémagerie, télémédecine et AVC, télédialyse et télécardiologie.
- Lancer des appels à projet régionaux en télémédecine pour déployer les activités structurantes et soutenir les pratiques innovantes sur 3 priorités : plaies chroniques, diabétologie et soins dans les EHPAD.
- Mettre en œuvre de projets innovants pilotés par le GCS e-Santé : la télémédecine dans les territoires

insulaires et dans les établissements pénitenciers.

- Organiser la 3^e journée régionale consacrée aux systèmes d'information et à la télémédecine le 28 juin 2013.

ENGAGEMENT N°8

- Stabiliser le système économique par rapport au transfert de compétence pour déléguer des tâches.
- Faire reconnaître le statut des professionnels de santé aux assistants dentaires.
- Recenser les protocoles ambulatoires validés par la HAS et prospecter auprès des structures pluri professionnelles, en partenariat avec les URPS, pour voir si elles sont intéressées par un déploiement.
- Mettre à jour et étendre le dispositif Asalée (Action de Santé Libérale En Équipe) dont l'objectif est d'améliorer la qualité des soins par la délégation aux infirmières, des consultations d'éducation à la santé concernant le diabète, l'hypertension artérielle, le dépistage des troubles cognitifs après 75 ans.

OBJECTIF 3 - INVESTIR DANS LES TERRITOIRES ISOLÉS

ENGAGEMENT N°9

- Définir les outils pour la mise en place de médecins correspondants du SAMU.
- Formaliser une stratégie de développement du transport hélicoptéré.

ENGAGEMENT N°10

- Informer et sensibiliser les professionnels de santé sur les nouvelles possibilités qui pourraient être ouvertes dans le cadre de cet engagement.
- Recenser les besoins en accès à des temps de médecins de spécialités des sites bretons et favoriser l'appui des praticiens salariés sur ces sites.

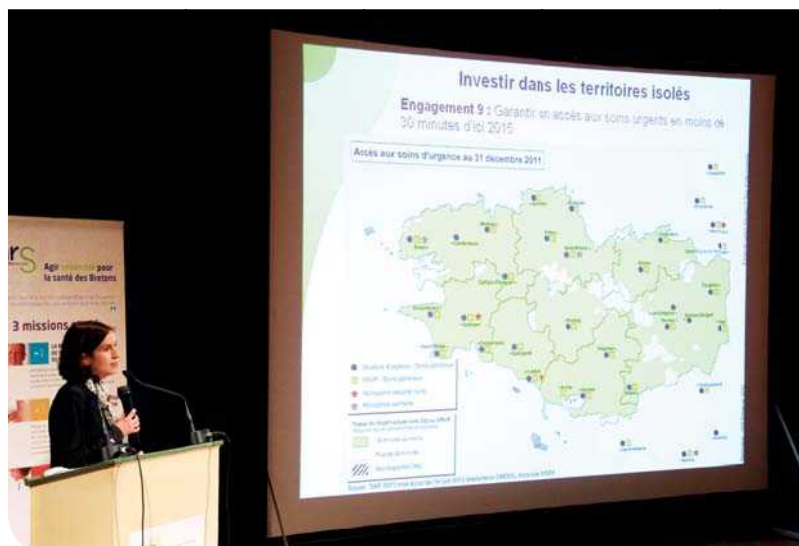
ENGAGEMENT N°11

- Informer et sensibiliser les professionnels de santé sur l'exercice mixte.
- Poursuivre le développement des coopérations reposant sur des projets médicaux de territoire, de communautés hospitalières de territoire, des directions communes d'établissements et de « contrats hospitaliers de territoire ».
- Renforcer la démarche pour les médecins assistants spécialistes partagés.

ENGAGEMENT N°12

- Rechercher davantage l'implication des centres de santé dans les projets de santé d'exercice coordonné.
- Soutenir la création de centres de santé médicaux dans des secteurs où l'offre libérale ne propose pas de réponse et si le projet est viable économiquement.

Lors de la rencontre du pacte territoire santé dans le Morbihan, Bénédicte Simon, directrice adjointe des professions de santé et des cadres en établissements présente les engagements relatifs à l'objectif 3 « Investir dans les territoires isolés ».





OBJECTIF

CHANGER LA FORMATION ET FACILITER L'INSTALLATION DES JEUNES MÉDECINS

À travers cet objectif, le Pacte Territoire Santé souhaite valoriser l'exercice de la médecine générale libérale auprès des étudiants et des internes (par la réalisation de stages chez un praticien) tout en les accompagnant dans leur projet professionnel au moment de son élaboration (Contrat d'engagement de service public, accompagnement du référent régional à l'installation), mais également de sa mise en œuvre (contrat de praticien territorial et rôle du référent régional à l'installation).

ENGAGEMENT N°1

RÉALISER DES STAGES EN MÉDECINE GÉNÉRALE POUR SE FAMILIARISER AVEC L'EXERCICE LIBÉRAL

Actuellement, quasiment 100 % des étudiants des deux facultés de médecine de la région, Rennes et Brest, font un stage en médecine générale libérale au cours du second cycle de leur formation (entre la troisième et la sixième année d'étude). On constate, vraisemblablement en conséquence de la mise en œuvre de ces stages et du dynamisme des départements de médecine générale de nos deux facultés, que la totalité des postes proposés aux futurs internes à l'issue de l'Examen National Classant sont pourvus, alors que dans d'autres Régions, les facultés pâtissent d'une désaffectation pour la médecine générale. Cependant, le recours à des maîtres de stage qui exercent en cabinets situés en zone prioritaire ou fragile est assez faible s'agissant des étudiants de second cycle, alors même que la réalisation de stages dans ces zones est un levier pour y favoriser les installations et ainsi mieux répartir l'offre de soins. Les frais occasionnés pour les stagiaires lorsque leur lieu de stage se trouve très éloigné et non desservi par les services de transport en commun des agglomérations, mais également l'organisation du temps dédié au stage à la faculté de médecine de Rennes (cours l'après-midi, le chantier de la réorganisation de l'articulation cours/stage au cours de la journée a été ouvert par la Faculté de médecine de Rennes, avec une mise en œuvre pluri annuelle), constituent des freins à une

plus grande mobilité des étudiants. Les stages réalisés durant l'internat donnent lieu plus facilement à des stages éloignés.

PLAN D' ACTIONS 2013 DE L'ARS

- Poursuivre la mobilisation des médecins généralistes pour les inviter à accueillir des stagiaires avec l'aide des deux départements de médecine générale des facultés de Rennes et Brest, qui font preuve d'un réel dynamisme.
- Envisager les aides financières possibles pour les étudiants lorsqu'ils choisissent un

stage dans des zones prioritaires, éloignées de leur lieu de résidence, avec les partenaires potentiellement concernés. La qualité du département en médecine générale (un enseignement théorique de qualité et des enseignants très impliqués sur le territoire) explique en grande partie la situation très favorable de la Bretagne dans le domaine des stages.

- Spécifiquement pour les étudiants du second cycle, favoriser une organisation entre les cours et les périodes de stages qui permette de réaliser des stages éloignés du lieu de formation et/ou de résidence.



RETOUR DE LA CONCERTATION

La mesure est perçue de façon très positive, son intérêt est confirmé par les témoignages des représentants de facultés et des représentants d'internes. En Bretagne, ces stages de second cycle en médecine générale libérale sont généralisés et vraisemblablement en conséquence, les postes d'internes en médecine générale sont quasi tous choisis.

Ainsi, les représentants des universités soulignent que les étudiants doivent être formés à la complexité du métier de médecin généraliste libéral et son quotidien, au-delà de la pratique de la médecine. En suscitant des vocations, ces stages vont également permettre de pérenniser l'attractivité de la médecine générale en Bretagne. En effet, selon le directeur du département de médecine générale (Faculté de Brest), « *c'est l'apprentissage des compétences de médecine générale qui rend les internes heureux, pour répondre aux besoins de la population, bien plus que les rémunérations et les conditions de travail* ».

La réalisation de stages accroît l'intérêt des internes pour la médecine générale et réduit le délai d'installation après l'internat. « *On ne peut faire quelque chose que si on le connaît* », reconnaît un représentant des internes, qui constate que ces derniers connaissent mal l'exercice en milieu rural et donc en ont peur : « *La gestion, l'administratif, ça fait peur. On a l'impression d'être démuni face au gouffre. Les étudiants ont besoin de savoir à qui s'adresser, par où commencer...* ».

FREINS ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉS

Les freins identifiés ne concernent pas la réalisation de stages en médecine générale ambulatoire pour tous les étudiants du second cycle, puisque celle-ci est effective en Bretagne, mais la possibilité de réaliser ces stages à distance des villes universitaires avec une difficulté liée aux distances à parcourir et concernant une des deux subdivisions bretonnes dont les stages se déroulent en demi-journées avec des cours sur

l'autre demi-journée : « *Les étudiants ne peuvent pas aller à 100 km en centre Bretagne pour revenir l'après-midi suivre leurs cours* » (Professeur Delaval, Faculté de Rennes). Les stages des internes en médecine générale sont, en revanche, mieux répartis sur tout le territoire breton.

AXES DE PROGRÈS ET ACTIONS À MENER

- Sensibiliser et accompagner les internes dès le début de leur formation, sur ce thème de l'exercice libéral.
- Renouveler les formations sur l'installation (aspects matériels, juridiques et comptables) tout au long du cursus, pour suivre l'évolution des questionnements des étudiants.
- Développer le travail en petits groupes sur des projets personnels d'internes, pour proposer des accompagnements personnalisés.
- Accroître les aides au logement et au transport pour inciter les étudiants à sortir des grandes villes pour faire leurs stages.

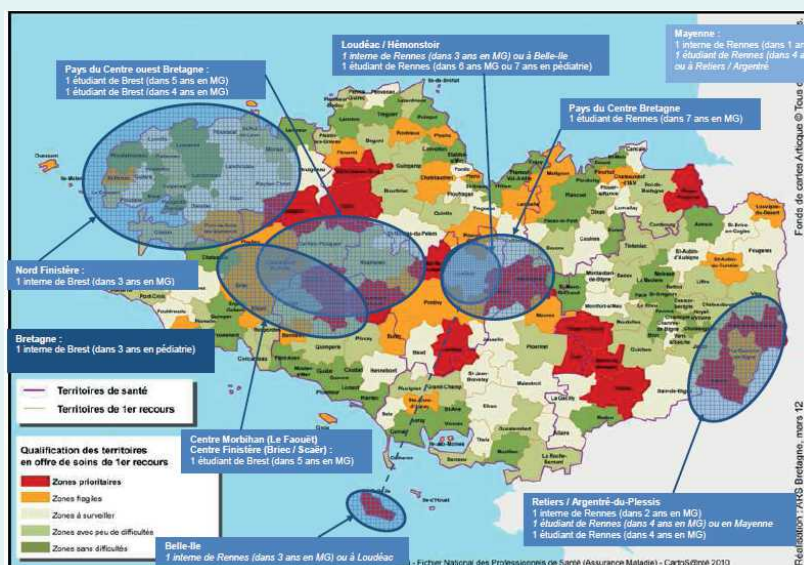
ENGAGEMENT N°2

DES BOURSES POUR INCITER LES INSTALLATIONS EN ZONES PRIORITAIRES

12 étudiants en médecine ont signé un Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) depuis la création du dispositif en 2010. L'ARS a mené des opérations d'informations pour faire connaître le dispositif et pour rectifier un bon nombre d'informations erronées et d'a priori quant au CESP. Les étudiants font état de plusieurs freins à la signature du CESP qui relèvent essentiellement de l'absence de certitude sur leur projet professionnel au moment de l'engagement.

PLAN D' ACTIONS 2013 DE L'ARS

- Poursuivre les efforts d'informations et assurer une meilleure communication auprès des étudiants en médecine et des internes, pour valoriser ce dispositif et les aider à penser leur projet professionnel (un film de sensibilisation a été réalisé par l'ARS Bretagne au cours du premier trimestre 2013).



- Informer les étudiants sur la situation démographique et sur l'implantation des maisons/pôles de santé.
- Création d'une cellule régionale afin d'accompagner de manière personnalisée les signataires du CESP.

RETOUR DE LA CONCERTATION

Les participants ont fait état d'une relative méconnaissance du dispositif au niveau des étudiants et d'une complexité du dispositif ressentie de leur part. Cette méconnaissance mise en avant est corrélée à :

- la difficulté de toucher l'ensemble des étudiants et internes en médecine, qui sont nombreux, dispatchés en promotions et modules différents, ainsi que sur des lieux de stage éclatés ;
- la faible mobilisation des étudiants lors des points d'information.

FREINS ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉS

Les éléments déterminants en vue de la signature d'un CESP sont, d'une part, la conviction tôt dans le cursus universitaire de l'intérêt pour la médecine générale pour les étudiants qui n'ont pas encore passés les Épreuves Classantes Nationales (ECN) et, d'autre part, la compatibilité du projet d'exercice dans le cadre du CESP avec le projet professionnel du conjoint/ de la conjointe. Le fait que les projets professionnels des futurs médecins restent longtemps non aboutis conduit à avoir faiblement recours au CESP, qui requiert justement de s'engager « *tout de suite* » en sortant de la faculté. De ce fait, les internes ne sont pas enclins à s'engager « *naturellement* » dans ce dispositif.

Les autres freins évoqués :

- le souhait de commencer par des périodes de remplacement pour tester

une zone d'installation (la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) indique qu'il n'est pas prévu que les obligations de service en zone prioritaire au titre d'un CESP soient réalisées sous le mode de remplacement mais que cela peut faire l'objet de dérogations exceptionnelles) ;

- pour les candidats à la signature d'un CESP qui sont intéressés par le dispositif pour financer un projet immobilier ou parce que leur conjoint(e) travaille en zone prioritaire, l'absence de certitude au moment de la signature du CESP sur la possibilité de s'installer à l'issue de l'internat sur une zone donnée (puisque la possibilité effective de s'installer dans une zone dans le cadre d'un CESP est appréciée à l'issue de l'internat et pas au moment de la signature du contrat) ;
- plus spécifiquement pour les étudiants de deuxième cycle, la crainte de passer à côté d'une spécialité qui les intéresserait dans le cas où ils réussiraient bien les ECN et l'impossibilité de suspendre le versement de l'indemnité pendant l'internat, pour n'être engagé que pour la durée pendant laquelle l'indemnité durant la période pré-internat a été perçue.

AXES DE PROGRÈS ET ACTIONS À MENER

- Donner la possibilité de proposer de façon systématique 2 campagnes annuelles de signature de CESP dans chaque université.

- Apporter une clarification quant à la possibilité pour les signataires de CESP de commencer par une phase de remplacement (par exemple possibilité d'exercer comme remplaçant en zone prioritaire pendant un an – voire moins ? - à l'issue de la fin du dernier semestre d'internat et installation effective au 1^{er} anniversaire de cette échéance en zone prioritaire).
- Préciser si le dispositif est à visée prioritaire envers les futurs médecins généralistes ou si les spécialistes peuvent y prétendre. Aujourd'hui la communication institutionnelle est avant tout sur le premier cas de figure.
- Supprimer les pénalités de sortie du dispositif CESP si le signataire de CESP a signé durant le second cycle ou en 2^e année de médecine et si le désengagement est lié au fait qu'il choisit finalement une spécialité autre que la médecine générale.
- Permettre la suspension de la bourse durant l'internat pour les personnes ayant signé un CESP avant l'ECN et qui le souhaitent afin de leur offrir la capacité de limiter la durée de leur engagement.
- Les assouplissements introduits par la LFSS 2013 laissant davantage de marges d'appréciation aux ARS quant aux zones d'installation sont facilitatrices, le décret en CE n'est cependant pas pris à ce jour.

ENGAGEMENT N°3

LE STATUT DE PRATICIEN DE MÉDECINE GÉNÉRALE POUR GARANTIR UN REVENU MINIMUM PENDANT LES DEUX PREMIÈRES ANNÉES D'INSTALLATION

Pour faciliter l'exercice de la médecine libérale les premières années de l'installation en zone fragile démographiquement, le Pacte propose de garantir aux jeunes médecins une part de leurs revenus pendant deux ans. Le

dispositif concerne également les médecins remplaçants et les assistants hospitaliers ayant accompli moins de deux ans de services effectifs au sein d'un établissement de santé. Des contrats pourront également être

proposés à des professionnels de santé pour leur permettre de partager une activité salariée avec l'exercice, en parallèle, de la médecine générale dans les territoires en voie de démedicalisation.



PLAN D' ACTIONS 2013 DE L'ARS

- Mettre en œuvre le contrat de praticien territorial de médecine générale (dès la parution des décrets d'application). Ce contrat incite les jeunes médecins à s'installer dans des zones médicalement sous dotées en leur garantissant des revenus pendant deux ans. Le dispositif concerne également les médecins remplaçants et les assistants hospitaliers

ayant accompli moins de deux ans de services effectifs au sein d'un établissement de santé. Des contrats pourront également être proposés à des professionnels de santé pour leur permettre de partager une activité salariée avec l'exercice, en parallèle, de la médecine générale dans les territoires en voie de démedicalisation.

- À la parution des décrets, l'ARS souhaite proposer une dizaine de contrats aux internes, à l'association régionale des remplaçants, à des établissements, en fonction de leur implantation géographique.
- Poursuite des actions de formation/information avec les facultés de médecine de Rennes et Brest incluant ce dispositif incitatif à l'installation.

RETOUR DE LA CONCERTATION

Une perception partagée : la garantie d'un revenu minimum grâce au statut de praticien territorial n'est pas un élément déterminant pour les jeunes médecins : *« ce n'est pas tant le revenu qu'il est nécessaire de garantir, puisque l'activité devrait être au rendez-vous dans les zones sous dotées, mais ce sont bien les conditions d'exercice qui sont importantes »* (jeune médecin généraliste).

FREINS ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉS

- Attente de la parution des textes précisant les modalités.
- Le dispositif est jugé plutôt pertinent même s'il vise à garantir un revenu sécurisé pendant la période d'installation dans les zones sous dotées alors que les professionnels n'ont pas réellement d'inquiétude quant au niveau d'activité dans ces sites géographiques, leurs attentes portant davantage sur la qualité des conditions d'exercice.

AXES DE PROGRÈS ET ACTIONS À MENER

Mieux informer sur les outils et incitations « financières ».

ENGAGEMENT N°4

UN RÉFÉRENT INSTALLATION POUR ORIENTER LES JEUNES INTERNES ET FAVORISER LEURS PARCOURS À L'INSTALLATION



Semiya Thouir, référent installation ARS Bretagne et Mme Marisol Touraine, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé

La désignation d'un référent régional installation unique est effective au sein de l'ARS Bretagne. Il assure cette fonction en lien avec les facultés de médecine sur les questions relatives à la démographie et l'organisation des professionnels de santé libéraux. Une adresse électronique générique a été mise en place pour centraliser les demandes. La fonction de référent installation nécessite cependant de se construire avec les partenaires compétents sur certaines étapes du parcours d'installation.

PLAN D' ACTIONS 2013 DE L'ARS

- Organiser la fonction de référent installation avec les partenaires compétents (assurance maladie, ordres professionnels, administration fiscale, URSSAF,...) sur une partie du parcours à l'installation de façon à le clarifier et le rendre plus fluide.
- Travailler en partenariat avec les représentants des étudiants et des internes, les facultés et les départements de médecine générale pour compléter si nécessaire les journées de formation organisées en faculté de médecine sur l'installation.
- Informer régulièrement sur la plateforme d'appui aux professionnels de santé (PAPS) de l'avancée du dispositif et mettre en ligne les supports utiles aux projets d'installation.



RETOUR DE LA CONCERTATION

Les internes se disent très satisfaits de la nomination récente d'un référent installation en Bretagne, qu'ils voient comme une sorte de « guichet unique » avec une bonne connaissance du territoire et des démarches administratives pour les « orienter vers les bonnes structures, faire une check list des choses à faire » (représentante des internes).

FREINS ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉS

La fonction de référent installation nécessite de s'organiser avec les partenaires compétents sur une partie du parcours à l'installation des futurs et jeunes installés (CPAM, Ordres, Impôts, URSSAF...). Il ne peut répondre directement à l'ensemble des questions mais se positionne comme porte d'entrée dans le système de santé. L'entrée dans les facultés de médecine doit être facilitée pour réaliser des interventions coordonnées sur l'environnement de ces futurs installés.

AXES DE PROGRÈS ET ACTIONS À MENER

Désormais, il s'agira de :

- faire connaître ce nouvel interlocuteur aux futurs médecins, par l'intermédiaire des facultés de Rennes et Brest, mais également par l'intermédiaire des maîtres de stages qui peuvent inciter leurs stagiaires à s'adresser au référent installation pour les accompagner dans leur réflexion et la maturation de leur projet ;
- intégrer dans les programmes de formation des étudiants et internes en Médecine Générale (MG) des modules sur leur environnement professionnel potentiel que sont le monde de la santé et le monde libéral (organisation de la santé, problématiques économiques, démographie, organisations de professionnels, convention médicale, gestion d'un cabinet...).

Pour cela, l'ARS doit aller dans les universités à la rencontre des futurs médecins, pour mieux connaître leurs besoins et leurs attentes et les informer sur :

- les domaines de compétences de l'ARS et son rôle spécifique auprès des internes ;
- les outils qui existent pour les accompagner dans leurs projets d'installations, quels qu'ils soient ;
- les différents modes d'installation et de rémunération et les expériences de diversification des modes de rémunération.



OBJECTIF

TRANSFORMER LES CONDITIONS D'EXERCICE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

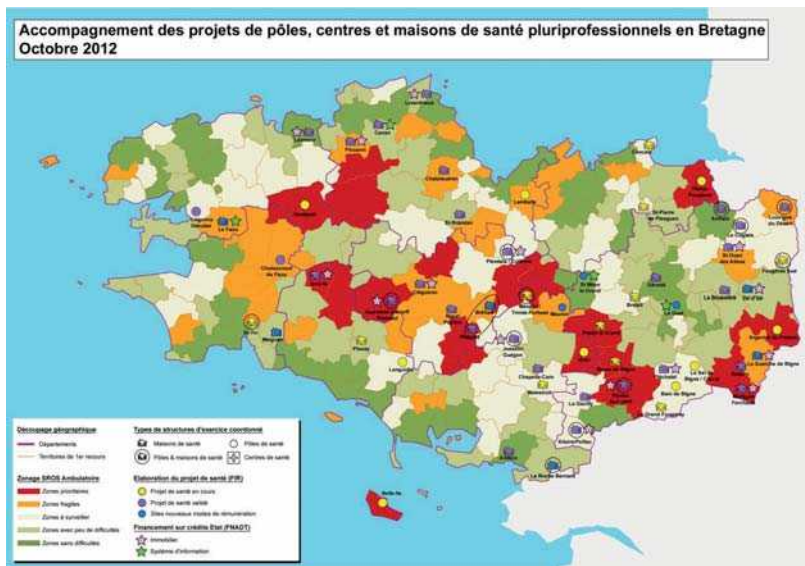
À travers cet objectif, le Pacte Territoire Santé recherche un maillage équilibré du territoire. Il s'agit de maintenir et développer une offre de soins de qualité et de proximité.

Cette exigence de qualité est une condition d'attractivité pour les jeunes médecins qui sont nombreux à vouloir travailler en équipe.

ENGAGEMENT N°5

TRAVAILLER EN ÉQUIPE POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DE L'OFFRE DE SOINS ET MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DES POPULATIONS

Le développement de l'exercice coordonné est une priorité en Bretagne tant il est évident que ce mode d'organisation constitue un levier important, à la fois pour attirer les jeunes médecins, mais aussi pour maintenir une offre de qualité. 123 contacts et/ou projets d'exercice coordonné sont recensés par l'ARS au 31 décembre 2012. 28 sites sont en fonctionnement (14 MSP ouvertes, 7 en construction, 7 pôles de santé) et 81 sont en réflexion. Si un consensus est possible dans le cadre de la négociation conventionnelle interprofessionnelle sur le sujet de la rémunération des équipes de soins en 2013, ce serait un accélérateur indéniable pour la mise en fonctionnement d'un grand nombre de sites. La politique d'accompagnement de l'ARS se fait en lien étroit avec les Unions régionales des professionnels de santé (URPS) et les préfetures. Les financements sont réservés aux projets situés dans les zones prioritaires et fragiles. Parallèlement, l'ARS continue de soutenir financièrement et d'inciter au développement de groupes qualité qui permettent des rencontres régulières et réflexives entre des médecins généralistes d'un même territoire qui échangent et sont évalués sur leurs pratiques professionnelles au regard des recommandations des agences sanitaires et de la Haute Autorité de Santé (HAS).



PLAN D' ACTIONS 2013 DE L'ARS

- Organiser un colloque fin 2013 sur la valorisation des nouvelles organisations, les expériences et les perspectives.
- Développer un mode d'intervention spécifique dans les zones dépourvues d'initiatives locales en s'appuyant sur les structures qui participent à l'animation des territoires.
- Poursuivre les groupes qualité en médecine générale.
- Poursuivre l'accompagnement méthodologique et financier des pôles et MSP.



RETOUR DE LA CONCERTATION

La construction et la mise en place de ces projets de santé pluri professionnels impliquent une évolution des mentalités, des organisations et des comportements.

Mais le développement de ces nouveaux modes d'activité est motivant pour les professionnels et traduit une nouvelle dynamique professionnelle. Il s'agit de mieux accompagner le patient devenu acteur de sa santé et d'envisager une nouvelle façon d'exercer.

Ces projets pluri professionnels améliorent le maillage du territoire parce qu'ils motivent les professionnels à venir s'installer et à rester sur un territoire, comme l'a souligné Marisol Touraine, Ministre de la Santé, à Brest : « Si on veut des médecins sur un territoire, il faut leur fournir du travail en équipe, le reste vient en renfort de cette transformation ».

FREINS ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉS

Des freins « culturels » et « psychologiques » ont été identifiés : « Se regrouper ne s'impose pas, il faut avoir envie », « les médecins n'ont pas tous l'habitude de travailler ensemble », témoignent un médecin généraliste présent dans la salle, comme un représentant de l'URPS.

Une autre difficulté réside dans la mission de coordination du parcours du patient. Aujourd'hui, il n'existe pas de fonction dédiée, ni de modalité précise d'indemnisation ou de rémunération.

Au-delà de la coordination se pose la question plus globale de la pérennité économique du système, notamment lorsqu'il y a un financement externe : « Ça coûte plus cher de travailler ensemble que tout seul ». Cette nouvelle organisation doit donc être soutenue pour pérenniser ce travail.

AXES DE PROGRÈS ET ACTIONS À MENER

- Soutenir ces nouvelles organisations de manière pérenne (lisibilité demandée).
- Poursuivre les réflexions sur les modes de rémunération pour pouvoir financer le temps de coordination (ex-recrutement assistante de gestion et temps de concertation pluri professionnel).
- Proposer des formations continue de travail en équipe, pas uniquement par profession.
- Créer les conditions du succès (facteurs clés page suivante).



AXES DE PROGRÈS ET ACTIONS À MENER (SUITE)

S'il n'existe pas de modèle unique pour aboutir à une organisation pluri professionnelle, prenant en charge une population sur un territoire donné, plusieurs facteurs clés ont cependant été identifiés par les professionnels de santé pour accompagner la réussite d'un projet, même si ce projet « *est avant tout une affaire humaine* » :

- la motivation des professionnels : « *Avoir une équipe soudée, qui en a la volonté* », « *un enthousiasme hors pair, voire un grain de folie* », « *les professionnels agissent, souvent militants pionniers passionnés au début, pour assurer les soins de la population et valoriser leur exercice professionnel* » ;
- le travail en équipe et les échanges : « *Se réunir régulièrement, partager les tâches, déléguer* » ;
- la qualité des échanges et des interactions avec l'université (proposer des stages, faire connaître le métier...) ;
- la présence d'une structure qui tient le rôle d'animation et d'accompagnement des projets sur le terrain pour faciliter la mise en place des actions ;
- l'existence de groupes d'échanges et d'analyse de pratique, des groupes qualité, pour bénéficier du retour d'expériences d'autres professionnels et acteurs engagés dans la démarche.



La mise en place de tels projets coordonnés signifie une réorganisation complète des soins primaires et prend donc du temps. Plusieurs expériences bretonnes illustrent la dynamique régionale dans ce domaine, avec une trentaine de projets réalisés et 80 en cours de réflexion et/ou de réalisation.

Les témoignages apportés lors des réunions de concertation sur le Pacte témoignent de cette dynamique.

Un projet de santé pluri professionnel, ce n'est pas simple et cela prend du temps, comme en témoigne un médecin généraliste à Bain-de-Bretagne : « *A Bain-de-Bretagne, 65 professionnels de santé représentent 14 professions. Pas simple, plusieurs années qu'on discute, qu'on avance. La communication est importante, sur ce qui se fait ou non. Il y a presque 2 ans, on s'est dit c'est le moment, des réunions, des groupes de travail, des plénières, ça avance* ».

« *Un projet de santé pluri professionnel, c'est motivant pour les acteurs du territoire* » souligne un médecin généraliste de Châtelaudren : « *A Châtelaudren, la quasi-totalité des professionnels de santé du territoire se réunissent régulièrement, construisent tous ensemble, soudés, puis une réflexion sur la maison de santé pluri disciplinaire a émergé. Le mode d'exercice devenait plus intéressant, ce qui a motivé tout le monde* ».

À Melgven, le projet de santé est un sujet de travail depuis 2000 : « *D'abord on a rassemblé les professionnels de santé locaux (2 médecins généralistes, 2 kinés, 9 infirmières). En 2009 un nouveau système de rémunération a notamment permis l'intégration d'une secrétaire de coordination. Cette année, après 1 an d'étude, on a procédé à un agrandissement : 4 nouveaux professionnels en 2012 (1 orthophoniste + 1 sage-femme + 1 dentiste + un 3^{ème} médecin généraliste). Et l'équipe est en train d'intégrer le pharmacien local, tout en créant une nouvelle entité* » (médecin généraliste, président de la MSP de Melgven).

Ce qui ressort de ces concrétisations professionnelles, que les sites se soient organisés en pôle de santé ou au sein d'une maison de santé pluri professionnelle, c'est un socle commun qui s'inscrit au sein de ce que l'on appelle un « *Projet de santé* ». Document formalisé entre tous les professionnels de santé du territoire couvert, ce projet de santé permet de décrire l'organisation du site et le projet de soins partagé : organisation entre les Professionnels de Santé impliqués, rôle de chacun, modalités de travail en commun, interactions avec les acteurs de santé, médico-sociaux et sociaux du territoire, en appliquant cette organisation à des thématiques que les professionnels estiment prioritaires pour la population couverte par le site.

La progression attendue est la mise en œuvre de ces projets de santé et leur inscription dans la pérennité de façon à poursuivre sur la structuration et la lisibilité de l'offre ambulatoire et pouvoir à moyen terme contractualiser avec ces sites ambulatoires.

Parce que les situations sont différentes dans chaque projet et sur chaque territoire, selon la densité des professionnels de santé, le profil de la population, les distances à parcourir, les structures existantes, etc., il n'existe pas d'organisation « *modèle* ».

Pour toutes ces raisons, l'ARS reste l'interlocuteur privilégié des acteurs du territoire qui veulent s'engager dans de tels projets et bénéficier d'un accompagnement terrain.

ENGAGEMENT N°6

RAPPROCHER LES MAISONS DE SANTÉ DES UNIVERSITÉS POUR DÉVELOPPER LES TERRAINS DE STAGE

Actuellement, 4 chefs de clinique en médecine générale exercent en Maison de Santé Pluri professionnelle (MSP). Une Maison de Santé Pluri professionnelle Universitaire (MSPU) a été créée à Lanmeur dans le Finistère.

PLAN D' ACTIONS 2013 DE L'ARS

- Identifier des sites potentiels pour l'implantation d'une MSPU en lien avec les facultés de médecine.
- Encourager des projets de recherche associant le réseau des médecins généralistes et soutenir l'enseignement de médecine générale en faculté.

RETOUR DE LA CONCERTATION

Ce point a été présenté par l'ARS au cours des 4 conférences départementales, sans donner lieu à questions ni échanges de la part de l'assistance (peu de retours d'expériences).

FREINS ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉS

Le contexte de hausse des effectifs d'internes en formation (en médecine générale comme dans les autres spécialités) engendre des tensions dans l'accès au statut de chef de clinique :

augmentation très forte des candidats toutes spécialités confondues avec un nombre de postes qui s'avère de plus en plus insuffisant.

AXES DE PROGRÈS ET ACTIONS À MENER

- Clarifier, ce qui est particulièrement attendu d'une MSPU par rapport à une autre MSP.
- Augmenter le nombre de postes de chefs de clinique en médecine générale.

ENGAGEMENT N°7

DÉVELOPPER LA TÉLÉMÉDECINE ET LES SYSTÈMES D'INFORMATION PARTAGÉS POUR FAVORISER L'ÉCHANGE D'EXPERTISES ET OPTIMISER LE TEMPS MÉDICAL

Le développement de la télémédecine et des systèmes d'informations partagés fait l'objet d'un programme spécifique au sein du PRS Bretagne. Plusieurs projets de télémédecine sont actuellement en cours dans le domaine de la dialyse et de la prise en charge du diabète. L'ARS s'appuie également sur le GCS e-Santé pour piloter plusieurs projets, comme le développement de la télémédecine dédié aux territoires insulaires et l'informatisation des maisons et pôles de santé pluri disciplinaires. La Bretagne est également très engagée dans le programme de déploiement du Dossier Médical Personnel (DMP) dans le

cadre d'un projet piloté par le GCS e-Santé, qui mobilise 139 médecins libéraux et 8 établissements de santé.

PLAN D' ACTIONS 2013 DE L'ARS

- Poursuivre la montée en charge des projets engagés dans le cadre du PRS autour de la téléimagerie, télémédecine et AVC, télédialyse et télécardiologie.
- Lancement d'appel à projet régional en télémédecine (octobre 2013) dont l'objectif est de déployer les activités structurantes et

soutenir les pratiques innovantes dans les territoires de santé sur 3 priorités : plaies chroniques, diabétologie et soins dans les EHPAD.

- Mise en œuvre de projets innovants pilotés par le GCS e-Santé : la télémédecine dans les territoires insulaires et dans les établissements pénitenciers.
- Des actions de communication auprès des acteurs de santé : tenue d'une journée régionale consacrée aux systèmes d'information et à la télémédecine : 28 juin 2013.

RETOUR DE LA CONCERTATION

Une perception partagée concernant la télémédecine, qui apparaît complémentaire de l'exercice pluri professionnel pour pallier notamment, sur certaines activités, à l'accès difficile à certaines spécialités.

FREINS ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉS

Le principal frein à la télémédecine réside dans la tarification de l'acte sans voir le patient.

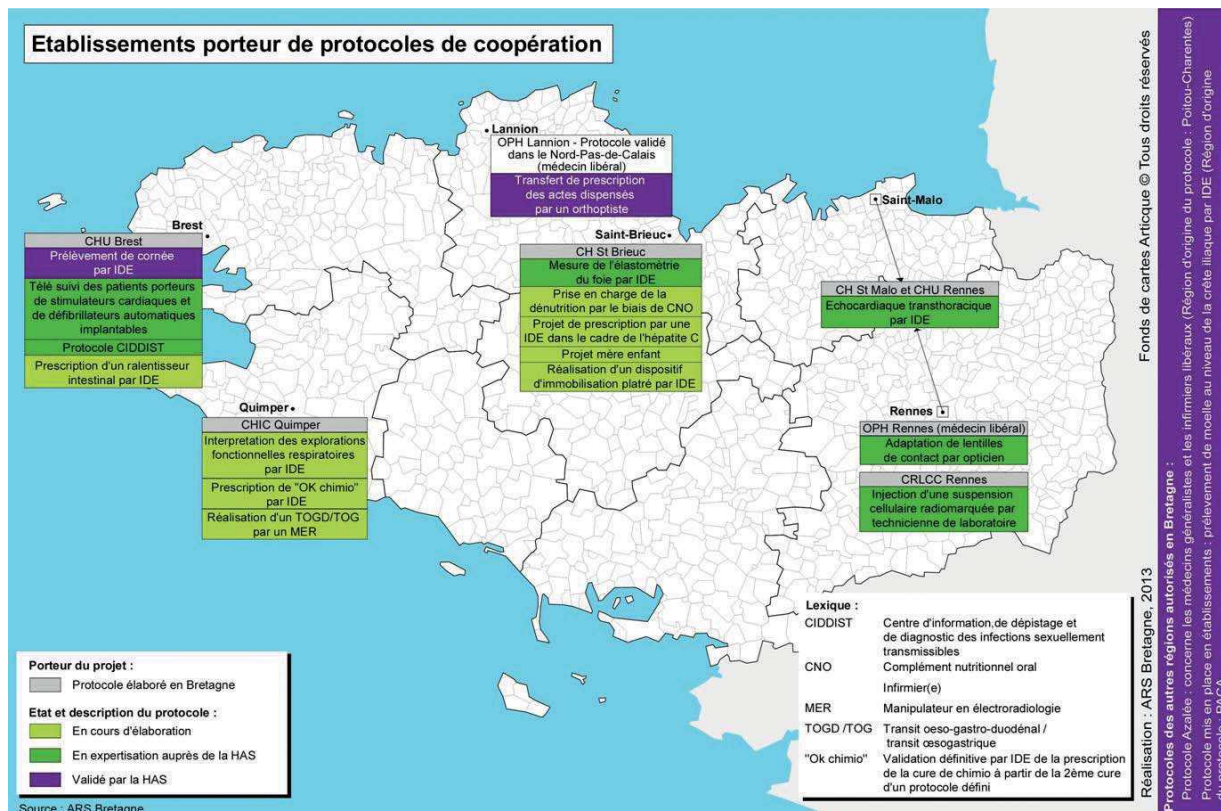
Sur les systèmes d'information partagés, la principale difficulté de mise en œuvre concerne les pôles de santé, aucun système n'étant complètement abouti aujourd'hui sur les plans techniques et juridiques. Ces systèmes sont pourtant nécessaires pour répondre aux besoins d'échanges d'informations entre les professionnels de santé intégrés dans un système pluri professionnel et au suivi du parcours de soins du patient.

AXES DE PROGRÈS ET ACTIONS À MENER

- Faire évoluer la tarification pour permettre la prise en charge des actes réalisés en télémédecine
- Définir des schémas territoriaux des systèmes d'information et accompagner les projets de professionnels de santé (rédaction des cahiers des charges, aides financières, choix du prestataire, formation des professionnels...).

ENGAGEMENT N°8

LE TRANSFERT DE COMPÉTENCES POUR DÉLÉGUER DES TÂCHES ET LIBÉRER DU TEMPS MÉDICAL



Selon la situation démographique (ex : sous-densité médicale/surdensité infirmière) ou pour faciliter l'accès à certaines spécialités, la délégation d'activités et de compétences est intéressante, à la fois pour recentrer les activités médicales et enrichir celles d'autres professions de santé. Pour atteindre cet objectif, il faut avancer concrètement sur la formalisation de protocoles de coopération entre les professionnels de santé. A titre d'exemple, en Bretagne, un protocole entre les ophtalmologistes et les opticiens a été

validé par la Haute Autorité de Santé concernant l'adaptation de lentilles de contact. Il est en cours de déploiement sur le bassin lannionnais.

PLAN D' ACTIONS 2013 DE L'ARS

- Recenser les protocoles ambulatoires validés par la HAS et prospecter auprès des structures pluri professionnelles, en partenariat avec les URPS, pour voir si elles sont intéressées par un déploiement.

- Mettre à jour et étendre le dispositif Asalée (Action de Santé Libérale En Équipe) qui a pour objectif d'améliorer la qualité des soins par la délégation aux infirmières, des consultations d'éducation à la santé concernant le diabète, l'hypertension artérielle, le dépistage des troubles cognitifs après 75 ans. Ce dispositif lancé et expérimenté en Poitou-Charentes fait l'objet d'une extension actuellement dans plusieurs régions dont en Bretagne.

RETOUR DE LA CONCERTATION

Il n'y a pas de retour d'expérience en place. Interrogation de l'URPS Médecin sur le modèle économique « *quid du financement des activités du MG déléguées à un autre professionnel ?* » : « *le médecin généraliste doit rester le professionnel de référence* ».

De façon plus générale, l'établissement des protocoles de coopération est jugé lourd par les acteurs du terrain. Les nombreux échanges avec la HAS s'étalant sur un calendrier trop long au vue de la mise en œuvre opérationnelle. De même, pour les projets de protocoles concernant plusieurs régions, l'organisation et le pilotage de la HAS seraient à simplifier.

FREINS ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉS

Les difficultés de ce type de protocole se concentrent sur :

- l'absence de valorisation financière des compétences/activités transférées ;
- l'organisation (temps nécessaire pour organiser les protocoles) ;
- la lourdeur de l'organisation dans la validation d'un projet de protocole de coopération par le niveau national.

AXES DE PROGRÈS ET ACTIONS À MENER

- La stabilisation du système économique représente le principal axe de progrès.
- Des attentes vont porter plus spécifiquement sur la population des personnes âgées, en situation de dépendance, afin de limiter la multiplicité des intervenants à domicile.
- Par ailleurs, la reconnaissance du statut de professionnels de santé aux assistants dentaires permettrait, le cas échéant, la mise en place de protocoles de coopération entre chirurgiens-dentistes et assistants dentaires, pour la réalisation de certains actes, dans les zones les moins favorisées en densité en chirurgiens dentistes.



OBJECTIF

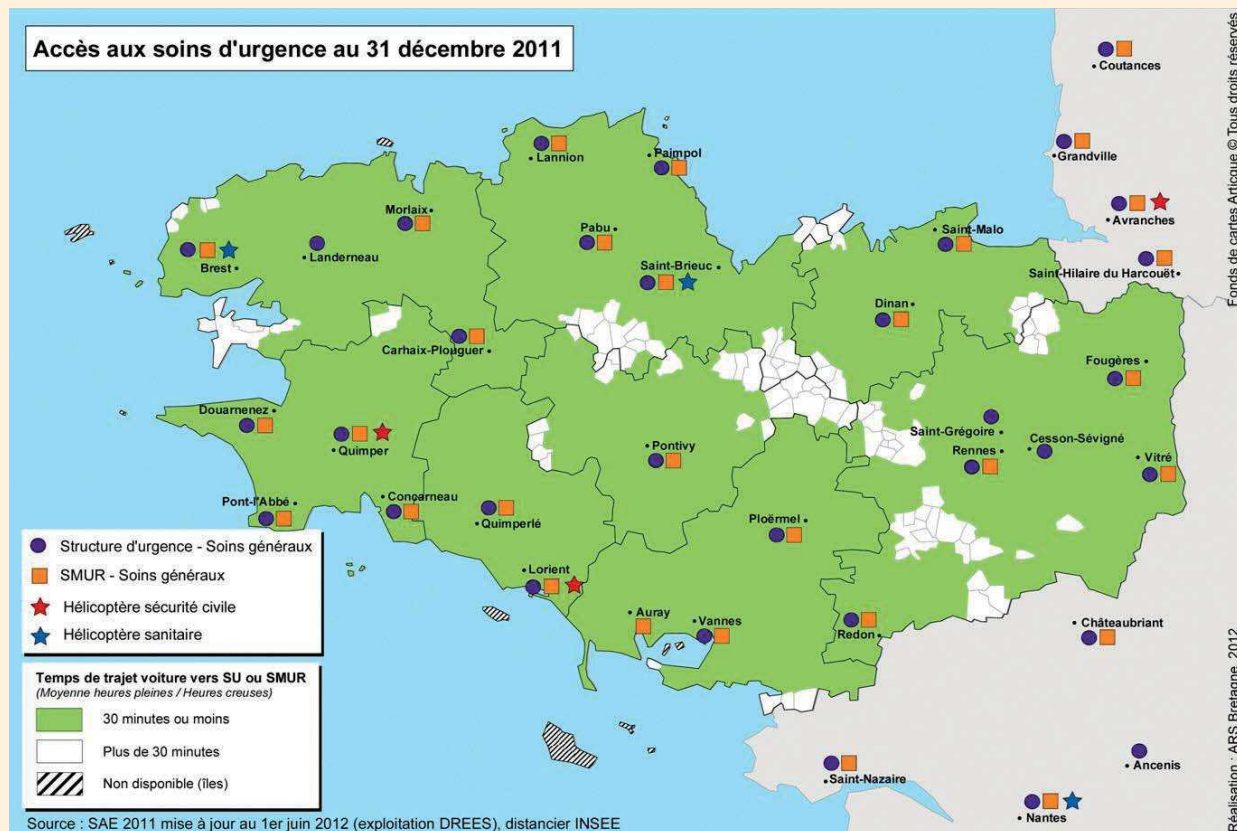
INVESTIR DANS LES TERRITOIRES ISOLÉS

À travers cet objectif, il s'agit d'améliorer l'accès aux soins urgents, notamment pour les populations situées dans des territoires isolés, soit 2 millions d'habitants qui sont à plus de 30 minutes d'accès de la prise en charge médicale d'une urgence vitale.

Par ailleurs, cet objectif doit permettre aux ARS de signer des conventions avec les établissements hospitaliers, les centres de santé ou des organismes mutualistes, prévoyant la mise à disposition de médecins salariés qui iront exercer en ambulatoire dans les territoires les plus fragiles. Enfin, il s'agit de conforter la place des hôpitaux de proximité et de mobiliser la responsabilité territoriale des centres hospitaliers de niveau régional pour appuyer l'action des hôpitaux de proximité.

ENGAGEMENT N°9

UN ACCÈS AUX SOINS URGENTS À MOINS DE 30 MINUTES GARANTI PAR LA FORMATION SPÉCIFIQUE À LA MÉDECINE D'URGENCE DE MÉDECINS VOLONTAIRES DANS LES ZONES NON COUVERTES



Une importante étude intitulée « Accès en 30 minutes » a été réalisée sur la région en 2012. Le diagnostic fait apparaître que 96,2 % de la population bretonne est à moins de 30 minutes d'une structure d'urgence ou d'un SMUR. Les zones blanches à plus de 30 minutes

concernent 3,5 % de la population et 0,3 % de la population sur les îles. Le temps moyen d'accès à ces zones est de 33,7 minutes pour 26 264 habitants. 0,008 % des Bretons sont à plus de 35 minutes. Ces zones sont bien identifiées (voir carte ci-dessus).

PLAN D' ACTIONS 2013 DE L'ARS

- Réflexion en cours sur la mise en place d'une fonction de « correspondant du SAMU » quand elle n'existe pas encore.

RETOUR DE LA CONCERTATION

Sur ces territoires non couverts, il s'agit d'identifier des correspondants SAMU et de mettre en place un mini-plateau technique. Cet engagement a été perçu positivement par les différents acteurs.

FREINS ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉS

Le directeur général du CHU de Rennes a souligné le paradoxe entre la nécessité d'être à proximité d'un service d'urgence et la nécessité qu'un généraliste soit installé où ils ne le sont pas suffisamment. « Aujourd'hui on sait que lorsqu'on va dans un service d'urgence hospitalier, on y va dans 80 % des cas de manière inappropriée et que la réponse qu'on va y trouver pouvait être apportée par un médecin généraliste ».

AXES DE PROGRÈS ET ACTIONS À MENER

- Définir les outils pour la mise en place de médecins correspondants du SAMU.
- Formaliser une stratégie de développement du transport hélicoptéré.

ENGAGEMENT N°10

PERMETTRE AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE DIVERSIFIER LEUR ACTIVITÉ ET D'EXERCER EN AMBULATOIRE DANS LES ZONES FRAGILES

Dans le cadre des 38 réseaux de santé implantés en Bretagne, des temps hospitaliers sont mis à disposition des équipes des réseaux destinés à appuyer/renforcer à la fois le temps médical (ou infirmier, diététicienne, psychologue, etc.) et favoriser la coopération ville/hôpital. A cela s'ajoute la possibilité de bénéficier du statut de Praticien Hospitalier Temps Partiel, qui permet une installation en libéral en parallèle d'un exercice hospitalier.

PLAN D' ACTIONS 2013 DE L'ARS

Recenser plus précisément les besoins en accès à des temps de médecins de spécialités des sites bretons et favoriser l'appui des praticiens salariés sur ces sites.

RETOUR DE LA CONCERTATION

Actuellement, en Bretagne, des établissements hospitaliers sont investis dans des réseaux de santé et mettent à disposition des personnels de santé qui peuvent participer aux structures ambulatoires (personnels hospitaliers à temps partiel).

FREINS ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉS

Des textes d'application sont encore attendus pour décliner l'engagement de façon opérationnelle.

AXES DE PROGRÈS ET ACTIONS À MENER

- Informer et sensibiliser les professionnels de santé sur les nouvelles possibilités qui pourraient être ouvertes dans le cadre de cet engagement.

ENGAGEMENT N°11

CONFORTER LA PLACE DE L'HÔPITAL DE PROXIMITÉ

L'objectif de cet engagement est de conforter la place des hôpitaux de proximité grâce :

- au développement de vacations de spécialistes ;
- au développement de stages ;
- à la continuité des soins primaires ;
- à l'amélioration du parcours de soins.

Dans le cadre de la politique de territoires, parmi les nombreux projets déjà identifiés et/ou mis en œuvre, on peut citer par exemple :

- un parcours pour les personnes âgées à Saint-Méen-Le-Grand. Un travail est en cours sur le lien entre le CHU de Rennes

et les trois hôpitaux situés à proximité du territoire (Hôpital local de St-Méen-Le-Grand, le CH de Ploërmel et le CH de Dinan) ;

- Dans le Finistère, la volonté du CHRU de Brest de développer une offre de soins de proximité s'est déjà illustrée au travers des actions de soutien auprès du site hospitalier de Carhaix, les rapprochements avec les centres hospitaliers de Landerneau, Saint-Renan et Lesneven, la constitution d'une Communauté Hospitalière de Territoire avec la mise en place d'équipes médicales communes. De nombreux postes bi-sites sont mis en place et permettent notamment de sécuriser et améliorer la qualité des pratiques médicales sur ces sites.

PLAN D' ACTIONS 2013 DE L'ARS

- Poursuivre le développement des coopérations reposant sur des projets médicaux de territoire, de communautés hospitalières de territoires, des directions communes d'établissements et de « contrats hospitaliers de territoire » (initiative bretonne menée sur le territoire de santé numéro 7 en 2012 pour la période 2013-2015).
- Renforcer la démarche pour les médecins assistants spécialistes partagés (enveloppe déléguée par l'ARS de 1,2 M€ sur l'année universitaire 2012-2013).

RETOUR DE LA CONCERTATION

Il s'agit d'adapter les hôpitaux de proximité et les responsabiliser vis-à-vis de l'ensemble de leur territoire pour tout ce qui ne saurait pas être transféré sur le centre hospitalier référent.

L'existence d'un hôpital local favorise l'installation de médecins à proximité. L'hôpital local est aujourd'hui une vraie opportunité de constituer un pôle de santé.

« S'il faut tout avoir à proximité, on ne va pas y arriver et quand bien même, le résultat ne sera pas forcément au rendez-vous. Si on va vers des zones moins peuplées, la clé de voûte c'est l'hôpital local : rencontre de l'hôpital et de la médecine libérale, appui pour les maisons et pôles de santé, lieux de prise en charge appropriés pour les personnes âgées » (directeur général CHU de Rennes).

FREINS ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉS

Aucune difficulté particulière n'a été évoquée lors des réunions locales.

AXES DE PROGRÈS ET ACTIONS À MENER

- Informer et sensibiliser les professionnels de santé sur l'exercice mixte.

LE CONTRAT LOCAL DE SANTÉ DE BELLE-ÎLE-EN-MER

À Belle-Île-en-Mer, la prise en charge des soins non programmés est devenue problématique depuis le passage à 3 praticiens au lieu de 5. Auparavant les généralistes se déplaçaient facilement à l'hôpital pour la prise en charge des patients qui s'y présentaient. Aujourd'hui, le constat est unanime au sein de la population et des acteurs de la santé : « On ne sait plus comment cela fonctionne », « les médecins sont moins disponibles », « l'activité estivale est difficile à assumer avec seulement 3 praticiens ».

Cette fragilité de la permanence des soins ambulatoires a conduit à la mise en place d'un Contrat Local de Santé (CLS) qui a été signé le 10 janvier 2013 entre la Communauté de Communes de Belle-Île-en-Mer, l'ARS Bretagne et le Conseil général du Morbihan et travaillé en partenariat avec l'URPS médecins.

L'objectif : mettre en place au niveau de la Communauté de communes de Belle-

Île-en-Mer une nouvelle organisation des soins, de l'offre médico-sociale, de la prévention et de la promotion de la santé qui s'appuie sur les priorités définies dans le projet régional de santé et les schémas départementaux, soit gérontologique, soit en faveur des personnes en situation de handicap et en tenant compte également des spécificités insulaires.

Le CLS de Belle-Île-en-Mer propose une approche organisationnelle du parcours du patient et du sujet âgé afin de favoriser la continuité des prises en charge, tant sur l'île que sur le continent. Le dispositif implique un lien fort avec le Pays d'Auray pour les aspects médico-sociaux et avec le centre hospitalier Bretagne Atlantique pour les aspects sanitaires.

Les signataires du CLS se sont engagés sur les 3 orientations stratégiques :

- contribuer à la continuité et à la permanence des soins ;
- favoriser les soins et le maintien à domicile ;

- développer des actions de prévention et de promotion de la santé en faveur des habitants de Belle-Île-en-Mer.

2 axes transversaux ont également été retenus :

- améliorer les dispositifs de transport interne et des patients de Belle-Île-en-Mer vers le continent ;
- réhabiliter le centre hospitalier Yves Lanco dont l'EHPAD.

« Le contrat local de santé a représenté une réponse à une vraie inquiétude de la population et a permis de définir des axes de travail. Une association s'est créée pour mobiliser tous les acteurs, les élus ont pris des engagements d'accompagnement. Toute une aventure ! Pour cela, la dynamique locale est primordiale au départ. La complicité entre les professionnels de santé et les élus est essentielle »,

Le Maire du Palais.

RAPPROCHEMENT DES HÔPITAUX DE CARHAIX ET DE BREST

Certains établissements de santé bretons ont amorcé une dynamique de coopération de relativement longue date et notamment d'appui d'un établissement référent de son territoire de santé auprès d'un établissement sanitaire périphérique

connaissant des difficultés ; c'est tout particulièrement le cas s'agissant du CHRU de Brest depuis sa fusion avec le CH Carhaix en 2009. Alors que le CH Carhaix connaissait des difficultés de couverture médicale satisfaisante de certaines de ses

activités, la coopération avec le CHRU de Brest a permis la mise en place progressive de postes médicaux partagés, de partage de protocoles médicaux de prise en charge, confortant progressivement la qualité et la sécurité des soins.

MISE EN PLACE DE COMMUNAUTÉ HOSPITALIÈRE DE TERRITOIRE

Conformément aux objectifs affichés dans le Projet régional de santé, l'Agence régionale de santé poursuit avec les établissements de santé et notamment ceux relevant de l'hospitalisation publique cette démarche de renforcement des coopérations hospitalières notamment motivées par la nécessité de faire face aux défis que constituent la qualité des soins, la démographie médicale, l'environnement budgétaire contraint et les besoins en santé croissants d'une population vieillissante.

Cela se traduit notamment par des expérimentations en cours sur les territoires de santé. Ainsi, le territoire de santé numéro 1 (Brest – Carhaix – Morlaix) et 4 (Vannes – Ploërmel – Malestroit) sont investis dans un chantier ambitieux de renforcement de leurs coopérations médicales visant, d'une part, à analyser les coopérations déjà existantes afin d'en tirer les principaux points saillants dans une logique de capitalisation des expériences et d'autre part à identifier les filières et parcours de soins pouvant faire

l'objet de coopérations plus poussées, en définir des plans d'actions et débiter la mise en œuvre, dans l'intérêt de l'ensemble des parties prenantes au premier rang desquels les établissements plus petits engagés dans la démarche, qui peuvent pâtir de davantage de difficulté à recruter des personnels médicaux. La mise en place d'un dispositif de diagnostic coordonné du cancer du sein en 1 jour à Brest, intégrant la participation de praticiens morlaisiens et la mise en place d'une organisation assurant la couverture pédiatrique de la maternité du CH de Ploërmel mobilisant l'équipe des pédiatres du CHBA de Vannes, constituent des exemples de réalisations concrètes nées de ces travaux.

Parmi les freins identifiés aux coopérations médicales, le financement à l'activité peut rendre les établissements référents moins disposés à venir en appui des établissements périphériques, a fortiori lorsque ces établissements référents ne disposent pas des ressources médicales leur permettant de répondre pleinement à leurs propres besoins de fonctionnement. Les

établissements de santé implantés sur le territoire de santé n° 7 (Saint-Brieuc, Lannion-Trestel, Guingamp, Paimpol et Tréguier) ont signé le 8 octobre 2012 la convention constitutive de la Communauté hospitalière de territoire d'Armor. Soutenue par l'ARS, cette démarche a bénéficié dans le cadre expérimental d'un contrat hospitalier de territoire d'un financement total de 1 527 000 euros, dont 848 000 euros au titre de la première année (2013), notamment pour le financement de postes médicaux partagés et porte sur plusieurs filières (urgences, chirurgie digestive...). L'octroi de financements spécifiques encourageant aux coopérations médicales et finançant conjonctuellement des postes médicaux partagés a permis ainsi d'accélérer les rapprochements des équipes médicales et de dépasser les freins inhérents à la tarification à l'activité dans le cadre de la recherche de l'équipe budgétaire pour chacune des structures hospitalières autonomes impliquées dans la coopération.

ENGAGEMENT N°12

CONFORTER LES CENTRES DE SANTÉ EN PRIVILÉGIANT LES PROJETS PLURI PROFESSIONNELS MOBILISATEURS

La Bretagne compte 78 centres de santé et annexes au 30/11/2012.

PLAN D' ACTIONS 2013 DE L'ARS

- Rechercher davantage l'implication des centres de santé dans les projets de santé d'exercice coordonné.
- Soutenir la création de centres de santé médicaux dans des secteurs où l'offre libérale ne propose pas de réponse et si le projet est viable économiquement.

RETOUR DE LA CONCERTATION

FREINS ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉS

Il s'agit à ce jour de centres mono professionnels. Très peu de centres médicaux, en raison notamment de la viabilité difficile du modèle économique.

AXES DE PROGRÈS ET ACTIONS À MENER

Aucune piste d'amélioration n'a été évoquée lors des réunions locales. Une réflexion nationale sur cet engagement est annoncée pour la fin juin 2013.



6 place des Colombes // CS 14253
 35042 RENNES CEDEX
 02 90 08 80 00

www.ars.bretagne.sante.fr

 www.facebook.com/arsbretagne

