

SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS

VOLET AMBULATOIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
DÉCLOISONNEMENT.....	6
DIAGNOSTIC.....	8
PLATEFORME D'APPUI AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ	12
PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES (PDSA).....	15
REGROUPEMENT PROFESSIONNEL.....	17
RÉSEAUX.....	20
TRANSPORT	22
ANNEXES.....	24

INTRODUCTION

Le volet ambulatoire qui est présenté ci-après illustre l'une des innovations majeures apportées aux anciens schémas régionaux d'organisation des soins. La loi HPST a en effet étendu le champ d'application du SROS à **l'offre de soins ambulatoire**.

La partie ambulatoire du SROS, non opposable, a trois ambitions :

- elle détermine la stratégie régionale d'organisation des soins ambulatoires en définissant des **priorités d'actions** en matière de structuration de l'offre de soins de premier recours,
- elle constitue un outil central pour permettre aux ARS de **mobiliser les professionnels de santé libéraux autour des priorités régionales en matière de santé publique** et de les impliquer dans la construction de l'offre de soins ambulatoires régionale,
- elle contribue à la modernisation de l'offre, notamment par le **développement de structures ou de modalités d'exercice coordonné**.

L'élaboration de ce volet constitue donc un exercice nouveau : nous sommes en présence d'un SROS de première génération. La démarche et le pilotage sont novateurs, et se fondent sur trois principes d'action, rappelés dans le guide méthodologique et dont les éléments sont repris ci-dessous :

- une construction du projet en concertation avec les acteurs de terrain. De cette dynamique de construction, nous espérons en retirer la pertinence du propos, et donc les conditions de mise en œuvre les plus favorables. Le volet ambulatoire du SROS n'est pas opposable : le choix a été fait de travailler aux seules priorités partagées avec les professionnels de santé libéraux et les élus locaux, condition nécessaire à la légitimité des actions sur le terrain.
- Une approche pragmatique dans un contexte de libre choix du patient et de liberté d'installation des médecins.
- Enfin, pour ce premier exercice, un ciblage des priorités d'action sur les zones fragiles où l'offre doit être consolidée et resserrée sur quelques projets structurants.

A ce stade, il convient de poser les termes que recouvre l'expression « premier recours », qui s'articule autour de trois grandes fonctions :

- l'entrée dans le système de soins (diagnostic, orientation, traitement),
- le suivi du patient et la coordination de son parcours (y compris dans le secteur médico-social),
- le relais des politiques de santé publique (dont la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé).

Défis et enjeux

Il n'est pas question ici de reprendre l'état des lieux de l'offre et des besoins de soins en Poitou-Charentes, mais plutôt de rappeler le contexte général dans lequel s'inscrit le premier exercice de ce volet ambulatoire du SROS.

De grandes tendances se dessinent en effet dans l'évolution de l'organisation des soins. La toile de fond est parfaitement connue, à savoir une répartition géographique de l'offre qui n'est plus en adéquation avec l'équation « un canton, un médecin ». On pourrait tout aussi bien

écrire que les lieux de vie « historiques » des français n'ont pas suivi, ni géographiquement, ni socialement, les nouvelles aspirations sociales de celles et ceux qui avaient les moyens de leurs ambitions.

Nous vivons une situation paradoxale, à savoir une desserte médicale (le nombre d'habitants par médecin) qui n'a jamais été aussi basse, mais aussi des zones délaissées par les services et donc par les professionnels de santé.

Encore faut-il s'entendre sur le terme « délaissé » : la distance euclidienne entre certains usagers (notamment ruraux) et l'offreur de soins s'est accrue avec la disparition du « médecin traitant habitant le village ». Mais c'est, bien plus préoccupante, la distance sociale entre certains usagers, les plus démunis, et le système de soins, son coût, sa complexité, qui s'est accrue, notamment dans les zones périurbaines.

De récents travaux menés par un important syndicat d'internes en médecine général a montré que, loin de délaissier l'exercice médical rural ou encore les contraintes de l'exercice ambulatoire (notamment les astreintes), les jeunes médecins souhaitent au contraire peser sur les conditions de travail : horaires sans limite, exercice isolé et loin de tout centre d'expertise, famille délaissée, charges de cabinet croissantes et modalités de rémunération figées n'ont plus cours et ce, quel que soit le sexe de l'étudiant.

Ces futures générations de soignants montrent la voie : celle de la qualité des soins, de la qualité de vie, de l'exercice regroupé et coordonné afin de répondre non pas à la demande de soins, mais aux besoins du bassin de vie.

La diversité des pratiques, qu'il s'agisse des infirmiers ou des médecins, est également un axe fort qu'on aurait tort de délaissier. Le médecin généraliste de demain exercera tantôt en structure hospitalière, tantôt en cabinet libéral. Il sera rémunéré à l'acte bien sûr, mais une part de moins en moins négligeable de son activité concernera des missions de santé publique, de coordination des soins, toutes rémunérées par forfait et répondant à son désir de voir évoluer son rôle pivot du système de santé.

Pour répondre à ces enjeux, pour coordonner les professionnels entre eux, une échelle doit être fixée : celle du bassin de vie est apparue pertinente, c'est d'ailleurs le choix fait il y a quelques années en Poitou-Charentes par l'URCAM. C'est donc naturellement que nous avons axé les travaux du SROS ambulatoire sur la notion de bassin de vie fragile.

Le premier mouvement des actions du SROS ambulatoire consiste en l'émergence d'un projet médical de territoire : ou comment rassembler, en une unité de lieu et de temps, des projets professionnels au départ non concertés.

Seuls l'échange, la concertation, la collaboration autorisent les professionnels d'un bassin de vie de se rassembler autour d'un projet de santé commun. C'est pourquoi, dans nombre des fiches-actions qui constituent le SROS ambulatoire de Poitou-Charentes, vous retrouverez des leviers d'action contribuant à l'échange et à la coopération.

Mais avant tout, c'est l'exercice du diagnostic partagé qui fertilise de tels échanges, les rend possibles, puis réels. Deux fiches-actions en particulier tentent de réunir les conditions propices au diagnostic partagé : la fiche Diagnostic propose d'élaborer le système d'observation et d'analyse de l'offre et des besoins, afin de faire entrer le système de santé dans une ère nouvelle, celle de l'information sincère et bien comprise. Quant à la fiche PAPS (plateforme d'appui aux professionnels de santé), elle élabore l'outil de la lisibilité et de la communication des informations : outil à l'interface entre les candidats à l'installation (dont on dit qu'ils se raréfient... mais n'est-ce pas plutôt une raréfaction de la lisibilité de leur avenir, qu'on leur offre ?), et les responsables des collectivités locales et des institutions, redevables devant leurs

mandants d'une organisation des soins équitable (et qui, tout comme les professionnels, ont besoin d'un diagnostic clair, simple, partagé).

Méthodologie

La méthodologie employée pour l'élaboration des fiches-actions s'est réalisée en deux temps. Nous avons constitué autour de l'équipe projet de l'ARS, un groupe régional d'expertise (GRE – *cf. liste des membres en annexe*) chargé de co-construire les bases du diagnostic partagé, l'ébauche d'un zonage cible et les priorités d'actions réunies en sept fiches-actions, déclinant les priorités énoncées dans le plan stratégique régional en santé (PSRS).

En amont de ce travail, nous avons utilisé la méthode Metaplan avec le groupe régional d'expertise, pour identifier les freins à l'action et les leviers. De la même manière, nous avons structuré la réflexion sur 2 champs : « Concilier projet professionnel et projet de territoire », et « Maisons et pôles de santé : vraie solution ? ». Les résultats de ces séances de réflexion partagée figurent en annexe.

Ce n'est qu'après ce temps de réflexion et d'échange sur les grandes thématiques proposées par le guide méthodologique du SROS ambulatoire et par le PSRS, que nous avons lancé la co-construction, à travers onze puis sept fiches-actions déclinant le PSRS.

L'élaboration de ces fiches a suivi un plan identique :

- S'appuyer sur des priorités d'action (*) partagées avec les PS libéraux et les élus, présents au sein du GRE
- (*) Priorité d'action = projets de pôles de santé, Maisons de santé pluri professionnelles (MSPP), d'organisation de médecins libéraux autour d'un hôpital local, centres de santé...etc.
- Cibler sur les zones fragiles, l'idée étant de consolider l'offre de premier recours, en élaborant des projets structurants (« FAR » : fidélisation, attractivité, regroupement)
- Indiquer l'état des lieux, l'analyse des besoins, le diagnostic partagé (besoins en implantations pour le 1er recours, par territoires de santé/bassins de vie)
- Choisir des priorités d'action autour de 10/15 projets d'exercice fidélisé, attractif, regroupé
- Proposer des actions (*) ciblées sur ces priorités (point 2), à mettre en œuvre dans des territoires où les besoins en implantations ne sont pas satisfaits (point 1)
- (*) action = mesure d'accompagnement du regroupement des PS, de fidélisation sur un territoire, de mobilisation autour des besoins de santé (à l'aide des leviers figurant dans la loi HPST ou encore le rapport d'E. Hubert)
- Enfin évaluer : préciser, lorsque c'est possible, les données de cadrage financier et les indicateurs de suivi.

DÉCLOISONNEMENT

Domaine stratégique : Amélioration de la qualité du système de santé

Priorités : Accroître la performance attendue du système de santé : soutenir les nouveaux processus relationnels entre les acteurs du système de santé, la démarche d'amélioration continue, l'humanisation de la prise en charge.

Objectif général :

Décloisonner les différents processus de prise en charge et d'accompagnement ambulatoire, hospitalier et médico-social, gérer les interfaces et transmettre l'information au médecin traitant dans l'attente du dossier médical partagé (DMP).

Rappel de la problématique / Contexte

Décloisonner l'exercice des professionnels de santé de proximité est un enjeu majeur de ce schéma. L'amélioration de la qualité des soins, les aspirations des professionnels à disposer de nouvelles possibilités d'évolution de leurs carrières, rencontrent l'évolution de la demande de soins tout comme la recherche d'efficience et les enjeux démographiques.

Les progrès technologiques permettent d'apporter des réponses à cette confrontation, mais ils ne suffisent pas. Les freins juridiques, le cadre d'exercice, la formation des professionnels se devaient d'évoluer aussi.

Le parcours, la trajectoire du patient au sein du système de santé doivent pouvoir en bénéficier, grâce à l'efficience de ces nouveaux modes d'exercice.

A la suite de l'arrêté du 13 décembre 2004, des expérimentations de coopération et de délégation des tâches ont été suivies et évaluées. Si en 2005 seules deux expérimentations concernaient l'exercice ambulatoire, la coopération professionnelle est désormais opérationnelle : l'article 51 de la loi HPST offre enfin les conditions juridiques, économiques et de formation telles que souhaitées par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans son rapport. Les premiers projets instruits par la HAS montrent que l'offre de soins de premier recours échappe encore à ce nouveau mode d'exercice.

Les objectifs opérationnels ci-dessous tentent d'installer en région Poitou-Charentes les conditions pérennes, partagées par les professionnels de santé ambulatoires, de ce décloisonnement.

Objectifs opérationnels

- Favoriser la délégation de tâches en développant les protocoles de coopérations (acteurs de soins/HAS/ARS)
- Aider les professionnels de santé à diversifier leur exercice professionnel pour rompre l'isolement, dynamiser les parcours professionnels, maintenir voire accroître l'attractivité de l'exercice, et développer les coopérations pluri professionnelles.
- Rompre l'isolement professionnel
- Mettre en place une analyse médico-économique comparative ou avant-après, de l'impact de la coopération professionnelle

Transversalité / modalités d'articulation avec les autres SROS

Le schéma régional directeur des systèmes d'information en santé (SDRSI), pour sa réponse au besoin des professionnels à partager une information adaptée et pertinente (et non pas forcément toute l'information), lorsqu'un protocole de coopération est en place. Ces protocoles doivent élaborer cette partie du cahier des charges.

Le schéma régional des ressources humaines (SRRH) en santé pour le cursus de formation et les passerelles possibles entre différentes spécialités.

Le volet hospitalier du SROS pour les coopérations entre spécialités professionnelles (lien hôpital/ville pour télé expertise, lien ville/hôpital dans le cadre des réseaux de santé).

Le schéma régional de prévention (SRP), en particulier l'éducation thérapeutique du patient : l'ETP doit inscrire ses actions régionales au sein du système d'information en santé, afin d'offrir aux professionnels impliqués le retour d'information et la lisibilité des trajectoires des patients.

Lien également avec le programme régional de gestion du risque

- DPC
- Promotion des bonnes pratiques

D'une manière générale, tous outils de développement de l'efficience du système de soins

- **Action 1 :** Favoriser la coopération professionnelle et la délégation de tâches.

- Identifier en région les thèmes et les ressources professionnelles liés à de possibles délégations et coopérations. Utiliser la plateforme régionale d'appui aux professionnels de santé, pour recueillir les besoins et les initiatives
- Accompagner techniquement ces promoteurs dans la constitution du dossier HAS de coopération professionnelle, notamment grâce à l'information divulguée par la plateforme d'appui aux professionnels de santé
- Encourager (en priorité sur les zones cibles du SROS ambulatoire) les coopérations validées par la HAS.
- Poursuivre le dispositif *Asalée* par une reconnaissance sous la forme d'un protocole HAS et offrir les conditions de la continuité et de la pérennité par l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération.

- **Action 2 :** Rompre l'isolement et dynamiser les coopérations professionnelles

Mener les actions suivantes pour dynamiser l'exercice pluri professionnel :

- Intégrer dans le programme régional de Développement Professionnel Continu (DPC) des actions de formation dédoublées entre ville/médoco-social/hospitalier et entre type de professionnels. Des formations médecins généralistes/paramédicaux, généralistes/spécialités doivent être proposées dans le cadre de filières de prise en charge ou de trajectoires de soins des patients.
- Assurer la promotion de l'exercice coordonné et de la coopération entre professionnels, via les URPS et la fédération régionale des maisons et pôles de santé

Indicateurs de suivi

- Nombre de protocoles de coopération utilisés en région
- Nombre de professionnels inclus dans des formations pluri professionnelles
- Evolution du nombre de groupes d'échange de pratiques, induisant toutes les formes d'échange confraternel

Cadrage financier

- FIQCS
- NMR
- DPC/Formation continue

DIAGNOSTIC

Domaine stratégique : Tous

Priorités : Permettre à toute personne de la région Poitou-Charentes d'accéder à une offre de premier recours en santé (prévention, médical, médico-social, pharmaceutique, paramédical et odontologique), quelle que soit sa situation géographique sur le territoire

Objectif général

Améliorer le maillage territorial de l'offre de soins et des officines, sur la base d'un diagnostic partagé avec les acteurs de terrain

Rappel de la problématique / Contexte :

Certaines zones rurales (et dans une moindre mesure en Poitou-Charentes, urbaines) présentent un accès aux soins fragile voire insuffisant. Le temps médical disponible s'y amenuise, l'activité des professionnels de santé y est importante, et leur vieillissement n'est plus contrebalancé par le renouvellement et l'installation de jeunes générations de professionnels, peu attirés par des conditions d'exercice difficiles.

Dans le même temps, le vieillissement de la population (dans ces zones où la désertification des services est la règle), est un facteur d'accroissement de la demande de soins. Et cette population est souvent plus démunie et moins mobile.

L'effet ciseaux qui résulte de l'accroissement de la demande et de la diminution de l'offre, fait peser une perspective menaçante à brève échéance.

Pour offrir des soins de qualité à tous, il faut à la fois repenser la notion de proximité par de nouvelles habitudes de déplacement et d'accès, et attirer, fidéliser, regrouper les professionnels sur ces territoires fragiles.

C'est sur la base d'un diagnostic local partagé entre collectivités locales et professionnels, que se construira une nouvelle organisation des soins de premier recours.

La carte des bassins de vie fragiles proposée dans l'état des lieux du volet ambulatoire du SROS, est un premier exercice en direction du diagnostic partagé. Il a pour seul objectif d'apporter un premier éclairage sur le ciblage des actions proposées par le SROS ambulatoire. Ce zonage SROS est construit à partir d'un indicateur synthétique rapprochant l'effectif médical et paramédical, l'activité des professionnels, leur âge, le solde cessation/installation, ainsi que les caractéristiques démographiques de la population.

La valeur seuil retenue permettra de déterminer les zones fragiles (prioritaires pour les actions du SROS) : ces zones devront concerner au maximum une taille de population n'excédant pas la taille de la population des bassins de vie de la région dont la densité médicale est inférieure de 30% à la moyenne nationale.

Remarque : le zonage national (CNAMTS) qui servira de base aux futures aides conventionnelles à l'installation, sera revu au plus tôt à la fin de l'année 2011 ; il pourra être cohérent avec le zonage SROS.

Objectifs opérationnels

- Développer des outils dynamiques, simples et compréhensibles, sur l'offre de soins et les besoins de santé, partagés par l'ensemble des acteurs concernés (professionnels de santé, réseaux, associations, élus et institutions), sur la base d'un zonage régional : il s'agit ici d'identifier de manière continue et non plus figée, les territoires cibles des actions.
- Afin de ne pas se couper des réalités du terrain, cette identification sera large, pour permettre :

- soit une démarche anticipatrice : les territoires prioritaires sont repérés par l'algorithme du zonage en raison de leur plus grande fragilité
- soit une démarche d'opportunité : les territoires dans lesquels la volonté des collectivités locales rencontre le désir des professionnels d'élaborer un projet de santé, sont des cibles optimales pour les actions.

Transversalité / modalités d'articulation avec les autres SROS

Le système de santé s'organise autour du premier recours : c'est l'entrée principale dans la filière de soins. L'offre de premier recours est le pivot de l'offre de soins curatifs, de prévention, et des accompagnements médico-sociaux. Par conséquent l'articulation de l'objectif opérationnel est réalisée au sein :

- du schéma régional de prévention : décrire l'offre de soins, c'est décrire l'offre de soins curatifs et de prévention. L'accès aux soins de prévention repose sur l'accès au dépistage, au repérage, à l'information, à l'éducation thérapeutique : plusieurs de ces modalités reposent sur les professionnels de santé du premier recours (mais pas exclusivement).
- du volet hospitalier du SROS : la Biologie Médicale, la médecine d'urgence, l'imagerie, la périnatalité, la psychiatrie sont parmi les volets les plus articulés avec l'offre de soins ambulatoire. Ils devraient à ce titre, dans leur élaboration puis leur évolution, bénéficier de l'analyse de l'offre et des besoins qui fait ici l'objet de plusieurs actions.
- du schéma régional d'organisation médico-sociale Personnes Agées : le lieu de vie de la personne âgée (structures d'accueil ou domicile) est un enjeu fort pour la continuité des soins et la permanence des soins. En particulier, les EHPAD sont un élément structurant dans l'organisation de l'offre de soins de premier recours : dans l'analyse de l'offre, il est classique de prendre en compte ces structures.
- du Schéma Directeur Régional des Ressources Humaines en Santé : dans une logique de description du temps paramédical, il est nécessaire que le SDRHS puisse déterminer les différents temps dans les parcours professionnels, et l'activité qui leur correspond.

- Action 1 : Construire une typologie de l'offre de soins (et des offreurs de soins) basée sur :

- les effectifs et leurs caractéristiques sociodémographiques : âge/sexes/région d'origine/d'étude
- le temps médical et paramédical : exercice exclusif ou mixte
 - 1^{ère} sous-action : concevoir un indicateur permettant de passer d'une logique comptable du temps médical, à une logique de service médical rendu
 - 2nde sous-action (cf. la fiche Dédoisonnement : travail sur les passerelles d'exercice et la simplification fiscale)
- les conditions d'exercice et les modes d'organisation :
 - % d'exercice isolé
 - nombre de regroupements sous forme de cabinets de 3 et plus, ou de pôles, ou de MSPP (et nombre de PS impliqués, rapportés à l'effectif sur le bassin de vie, et exprimé en termes de desserte médicale)
 - le temps de trajet moyen des professionnels entre lieu de vie et lieu de travail
 - modalités et ressources de permanence des soins ambulatoires (PDSA)
 - descripteurs quantitatifs et qualitatifs (délai de prise de rendez-vous, secteur conventionnel) de l'offre des 4 spécialités traceuses de second recours, spécialités utiles à un exercice de la médecine générale réaliste et de qualité (IPCB : imagerie, psychiatrie, cardiologie, biologie).

Remarques :

- Le sexe, variable démographique classique, n'est plus la variable explicative pure qu'on a cru responsable des changements de comportement. Car si on observe, en effet, un écart en termes de temps de travail hebdomadaire (50h chez la femme médecin contre 60h chez l'homme – cf. *panel d'observation de la médecine générale, Aulagnier et al., 2007*), c'est en réalité la pyramide des âges qui explique le temps médical. Et encore, n'y a-t-il pas de corrélation entre temps de travail et adéquation de l'offre aux besoins.
 - l'âge reste la seule variable d'anticipation des départs en retraite. Le seuil des 55 ans permet d'obtenir un indicateur projetant la fragilité d'une zone à une échéance de 10 ans, délai dans lequel il est possible d'envisager une action.
 - On peut tenter la description de l'offre dans un bassin de vie, par l'équivalent temps plein libéral : une semaine de MG représente 33h de consultations et 22h de conseils, travail administratif, coordination, gestion de cabinet, astreintes (cf. *l'enquête emploi INSEE de Breuil-Genier, 2005*).
 - Distinguer les différentes spécialités, les secteurs conventionnels, les actes traceurs pour l'accessibilité aux soins (tel qu'IVG).
- **Action 2 : Construire une typologie des besoins (en termes d'état de santé), basée sur**
- les déterminants socio-économiques de la santé (âge, niveau socio-économique, gradient social, facteurs d'accessibilité sociale / financière à la prévention et aux soins (comme le taux de CMU, le PIB moyen par tête ou l'écart à la moyenne du PIB).
 - A partir de ces déterminants, utiliser une matrice des besoins en offre de soins curatifs et de soins de prévention.
 - Principe de la continuité territoriale : se baser sur un choix national d'indicateurs (pour garantir la continuité territoriale entre régions).
- **Action 3 : A partir des actions 1 et 2, concevoir l'indicateur synthétique permettant d'identifier les territoires de proximité sensibles,**
- afin d'y proposer prioritairement des projets de regroupement et d'incitation à l'installation (= zonage SROS Ambulatoire).
 - Sur les zones contour, indure l'offre des régions limitrophes pour vérifier qu'elles restent dans leur catégorie sensible ou non.
- **Action 4 : Suivre et faire évoluer l'indicateur synthétique**
- en partenariat avec le Comité Régional de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (CR ONDPS), et l'organe de gouvernance de la Plateforme d'Appui aux Professionnels de santé (ces deux instances réunissant les acteurs, promoteurs et accompagnateurs).
- **Action 5 : Soutenir la réalisation de diagnostics santé-social**
- afin de couvrir l'ensemble du territoire de Poitou-Charentes, ces diagnostics servant utilement de base de réflexion aux projets de santé sur les territoires pour les acteurs locaux (professionnels de santé, réseaux, associations, élus, ...). Etablir un parallèle entre ces diagnostics et le résultat du zonage (zonage SROS ambulatoire).

Indicateurs de suivi

- Ceux du zonage SROS, et des travaux du CR ONDPS
- Confrontation entre les résultats de l'indicateur synthétique et le diagnostic de territoire porté par les conférences de territoire

Cadrage financier

Etudes ORS – partenariat INSEE – travaux ARS/Cellule statistique

PLATEFORME D'APPUI AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Domaine stratégique : Tous

Priorités :

- Permettre à toute personne de la région Poitou-Charentes d'accéder à une offre de premier recours en santé (prévention, médical, médico-social, pharmaceutique, paramédical et odontologique), quelle que soit sa situation géographique sur le territoire
- L'amélioration de la qualité du système de santé
- Gestion des ressources humaines

Objectifs généraux :

- ***Mettre en place la plateforme d'appui aux professionnels de santé, afin de les accompagner dans l'élaboration de leur projet professionnel, leur mode d'exercice et leur projet d'installation.***
- ***Accompagner les professionnels installés dans l'évolution de leur exercice.***
- ***Favoriser les recrutements et les formations des professionnels de santé la perspective des évolutions d'activités attendues.***

Rappel de la problématique / Contexte :

L'article L.1431-2 de la loi HPST définit le service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé : il s'agit d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé.

Son appellation est désormais officielle : il s'agit de la Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS).

La PAPS a vocation à répondre à des attentes exprimées par les professionnels de santé en exercice et en formation :

- les différentes enquêtes menées auprès des étudiants et des internes montrent une méconnaissance des conditions d'exercice en libéral, des aides à l'installation existantes et la difficulté à identifier le bon interlocuteur.
- Les professionnels de santé qui s'installent, ou qui ont un projet de regroupement font également l'expérience d'une offre de services à l'installation édatée entre de nombreux acteurs (Conseil départemental de l'ordre des médecins - CDOM, Caisse primaire d'assurance maladie - CPAM, l'Union régionale des professionnels de santé - URPS...) et variable selon les régions.

La plate-forme doit permettre une meilleure orientation du professionnel parmi les informations et services proposés par les acteurs locaux et nationaux. A ce titre, la plate-forme est un outil de facilitation, de « mise en réseau » qui doit permettre de rendre l'offre de services mise à disposition des professionnels cohérente, compréhensible et accessible.

La PAPS doit permettre d'accompagner les professionnels dans les moments clés de leurs carrières :

- Présenter les formations initiales des futurs professionnels de santé : sensibilisation des étudiants aux différents modes d'exercice (promotion des stages et de la filière ambulatoire, information sur les aides et les bourses disponibles etc.) et notamment délivrer une information sur le contrat d'engagement de service public (CESP)

- Aider au choix du mode d'exercice de tous les professionnels de santé : étude préalable, présentation du volet ambulatoire du SROS, des zones d'installation prioritaires et des aides disponibles, promotion de l'exercice coordonné, facilitation des démarches administratives, etc.
- Faire émerger et accompagner les projets d'exercice coordonné : accompagnement des porteurs de projet (étude de faisabilité, présentation des financements possibles...), promotion du travail pluridisciplinaire et des protocoles de coopération, etc.
- Suivre le développement des professionnels et leurs projets : organisation de formations et d'échanges entre personnels des maisons de santé pluri professionnelles, suivi des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, information des professionnels (changements d'orientation professionnelle et évolution de carrière), suivi du développement professionnel continu - DPC, etc.

En résumé, la PAPS doit contribuer à rendre lisible et visible pour les professionnels la politique régionale de santé, notamment en matière de répartition des professionnels sur le territoire (cartographie des professionnels, mise en œuvre du SROS ambulatoire...).

Objectifs opérationnels :

- Accompagner précocement les étudiants dans leur projet professionnel
- Offrir une tribune exhaustive et attrayante des offres de services et des aides, en direction des professionnels candidats à l'installation
- Améliorer l'accès aux informations sur les zones déficitaires (avoir une meilleure visibilité géographique par cartographie)
- Améliorer l'accès au remplacement
- Faciliter l'émergence de projets de santé collectifs (« fertilisation du terrain »)
- Attirer les jeunes vers l'exercice en zone fragile
- Fidéliser l'exercice en zone fragile
- Améliorer les conditions de travail et de protection sociale des professionnels libéraux
- S'assurer de l'application des principes de la PDSA régionale, particulièrement en secteur fragile, au besoin en renforçant le dispositif grâce à la mixité des effecteurs
- S'appuyer sur les outils de télémédecine pour créer des cliniques virtuelles et rendre l'expertise plus facilement accessible
- Accompagner le dispositif des Contrats d'Engagement de Service Public
- Favoriser les passerelles d'exercice à l'échelle d'un bassin de vie
- **Action 1 : Reprendre InstalSanté et CartoSanté Pro comme base du futur portail régional d'aide à l'installation et à l'exercice**
- **Action 2 : Réaliser des fiches par territoires/bassins de vie**
 - Offre sanitaire globale existante (MSPP, plateaux techniques...), indicateurs de santé, indicateurs d'activité (pour aider le professionnel à se projeter dans son exercice futur), mais aussi environnement socio-économique (attraits du bassin de vie, pour aider le professionnel et son entourage du professionnel à se projeter dans sa vie future),
 - Proposer ces fiches aux collectivités locales, pour qu'elles puissent connaître leurs besoins en offre de soins, et qu'elles puissent attirer le cas échéant les professionnels de santé
- **Action 3 : Installer l'organe de validation de la PAPS :**
 - Les URPS
 - Les Ordres professionnels (médecins, infirmiers, pharmaciens, sages-femmes, pédicures podologues, masseurs kinésithérapeutes, chirurgiens dentistes)

- Les organismes d'Assurance maladie
- La faculté de médecine (doyen et département de médecine générale - DMG)
- Un représentant du Conseil Régional (politique régionale de formation des professions paramédicales)
- Des représentants des étudiants
- Et l'agence régionale de santé

Indicateurs de suivi :

- Statistiques de fréquentation du site internet de la PAPS
- Statistiques d'appel au référent régional et aux délégations territoriales
- Nombre de fiches « Votre Bassin de vie » élaborées

PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES (PDSA)

Domaine stratégique : Amélioration de la qualité du système de santé

Priorités : Accroître la performance attendue du système de santé : soutenir les nouveaux processus relationnels entre les acteurs du système de santé, la démarche d'amélioration continue, l'humanisation de la prise en charge.

Objectif général :

Organiser la permanence des soins ambulatoires

Rappel de la problématique / Contexte :

La région Poitou-Charentes comporte actuellement 54 secteurs de permanence des soins ambulatoires (PDSA). L'objectif cible régional de 56 secteurs fixé par le Ministère de la Santé est d'ores et déjà atteint, mais cet objectif quantifié, certes atteint, ne traduit pas les disparités sur le terrain : certains secteurs sont extrêmement fragilisés en raison du très faible nombre de praticiens disponibles.

Les modalités d'effecton, jusque là différentes d'un département à l'autre et même au sein d'un même département, entre secteurs, sont en cours d'harmonisation régionale, avec en particulier l'arrêt de l'astreinte à minuit, le relai étant assuré ensuite par le médecin régulateur libéral au Centre 15, qui bénéficie dorénavant de nouveaux outils (notamment la télé prescription) pour prendre en charge les soins non urgents.

Pour les patients qui ne peuvent se déplacer par leurs propres moyens, de nouvelles modalités de transport vers les lieux fixes de consultation (maison médicale de garde ou cabinet du médecin d'astreinte, voire service d'accueil des urgences en nuit profonde) doivent être étudiées.

La régulation est le pivot du dispositif : son renforcement peut s'avérer nécessaire aux périodes de grande activité, notamment estivale pour les secteurs du littoral.

Il est également souhaitable d'harmoniser les procédures et l'outil informatique de gestion des tableaux de PDSA afin de faciliter le suivi régional du dispositif.

Le renforcement de la pratique du conseil médical téléphonique et de la prescription téléphonique doit être encouragé. Cette pratique devra se faire en lien avec les pharmaciens de garde selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, quant aux modalités, conditions et limites dans le cadre de la régulation médicale (renforcement de la formation).

Pour améliorer la lisibilité du dispositif, l'opportunité d'instaurer régionalement l'appel unique au centre 15 a été décidée.

Enfin, à côté de la nécessaire harmonisation régionale (qui tiendra compte des particularités départementales et de l'historique des dispositifs), l'autre priorité est l'information des usagers : il est apparu évident que les tensions sur le terrain, comme les dysfonctionnements, provenaient pour une large part du mésusage de la permanence des soins : une communication large sur le bon usage de la PDSA viendra étayer la mise en route du nouveau dispositif.

Objectifs opérationnels :

- Organiser la migration vers une mise en cohérence régionale, à travers le cahier des charges régional
- Promouvoir le bon usage de la PDSA
- Organiser la PDSA via la mixité des acteurs et des structures dans les secteurs fragiles
- Promouvoir l'effecton en point fixe de consultation
- Informer et former le personnel intervenant en EHPAD aux horaires de PDSA et en nuit profonde
- Etudier la faisabilité et les conditions de mise en place d'une interconnexion des centres 15 des 4 départements

Transversalité / modalités d'articulation avec les autres SROS :

SROS hospitalier – volet Urgences

- **Action 1 : Installer des tableaux de bord de suivi de l'activité de régulation et d'effecton.**
Coût du dispositif intégrant la rémunération de l'effecton, l'activité de l'effecton, le transport (y compris la garde ambulancière, les carences)
- **Action 2 : Instaurer le 15 comme numéro unique d'appel régional de la permanence des soins**
- **Action 3 : Etudier les conditions de mise en place d'une interconnexion des quatre centres de régulation des appels (Centres 15)**
- **Action 4 : Sur le secteur de PDSA de l'île d'Oléron, expérimenter un tableau d'astreinte mixte (libéral/hospitalier) et utilisation conjointe d'une maison médicale de garde adossée à l'hôpital local.**
Expérimenter avec l'assurance maladie des modalités novatrices de rémunération de l'activité de permanence des soins ambulatoires, quand cette activité est réalisé indifféremment par des praticiens libéraux, hospitaliers, ou encore libéraux sous contrat avec le centre hospitalier.
- **Action 5 : Piloter la sectorisation et les modalités d'effecton (horaires, point de consultation),** en fonction de l'évolution de la démographie médicale du secteur, et de son activité de Permanence des soins, en partenariat étroit avec les coordonnateurs de secteur et les conseils de l'Ordre départementaux
- **Action 6 : Dans chaque MSPP, créer un cabinet d'astreinte comme point fixe de consultation en horaires de PDSA**
Ouvrir ces cabinets aux horaires de PDSA, à destination des médecins du secteur résidant à une distance raisonnable de la maison de santé, qu'ils y exercent ou non dans la journée.
- **Action 7 : Promouvoir la formation des personnels travaillant en EHPAD aux heures de PDSA et en nuit profonde,** afin de les aider à utiliser l'appel au centre 15 et les informer sur le rôle et les domaines d'intervention de la PDSA, le rôle du médecin coordonnateur et l'importance du projet de soins pour chaque patient, en concertation avec le médecin traitant.
- **Action 8 : Expérimenter un dispositif dédié aux constats de décès aux horaires de PDSA,** régulé par le centre 15, et rémunéré de manière spécifique

Indicateurs de suivi :

- Suivi de l'effectif des médecins participant à la PDSA, dans chaque secteur
- Activité de régulation et modalités de réponses par les centres 15
- Activité des secteurs aux horaires de PDSA
- Nombre de carences d'ambulances privées

Cadrage financier :

- Enveloppe régionale de PDSA – enveloppe de PDSES
- Assurance Maladie : actes de permanence des soins ambulatoires et garde ambulancière/carences ambulancières

REGROUPEMENT PROFESSIONNEL

Domaine stratégique : Tous

Priorités :

- L'amélioration de la qualité du système de santé

Objectif général :

- ***Favoriser les coopérations entre les établissements de santé et les professionnels de santé.***
- ***Promouvoir les modes d'exercice regroupé, coordonné et les nouveaux modes de rémunération.***

Rappel de la problématique / Contexte :

Sous la pression de la démographie médicale et des aspirations des plus jeunes, le regroupement des professionnels de santé devient le choix électif du cadre d'exercice.

Pour autant, ce regroupement doit être accompagné. Regroupement de professionnels de disciplines différentes, regroupement de médecins et de paramédicaux, regroupement de générations différentes : les facettes sont multiples et rendent complexe un cadre d'exercice pourtant trivial.

Les enjeux sont nombreux : exercer de manière regroupée, c'est pouvoir mettre en œuvre un projet de santé partagé et se donner les moyens d'une meilleure coordination. C'est aussi optimiser les déplacements des usagers.

L'exercice pluri professionnel en pôles ou en maisons de santé, réunit au sein d'un cadre rénové d'organisation au travail, toutes ces conditions.

Dans le même temps, afin de combattre l'apparition de zones blanches en termes d'offre de soins de premier recours, mais aussi afin de rénover l'exercice pour accroître son attractivité, de nouvelles modalités de rémunération, de nouveaux dispositifs conventionnels doivent voir le jour : l'incitation reste la modalité de choix pour attirer les nouvelles générations de professionnels de santé. L'innovation dans la réglementation doit aussi offrir les conditions de cette attractivité : l'exercice en multisite doit être facilité.

C'est par l'amélioration des conditions de travail et les dispositifs incitatifs (quand on les compare aux autres modes d'exercice, notamment hospitalier), que nous favoriserons l'installation des professionnels de santé.

L'appel à projets des Maisons de Santé et le dispositif des nouveaux modes de rémunération ont permis à plusieurs acteurs de trouver un écho à leurs aspirations.

Il reste à promouvoir d'une manière plus large l'exercice regroupé, notamment au travers des pôles de santé, qui constituent bien souvent la première étape de l'exercice coordonné : élaborés à partir de la mise en commun d'un projet médical de territoire, ces pôles aident les professionnels à prendre en charge, de manière collective, organisée, donc optimale, les problématiques de santé publique de leur bassin de vie. Et la qualité de vie au travail n'est alors pas le moindre des bénéfices qu'ils en retirent.

Objectifs opérationnels :

- Faciliter l'émergence de projets de santé en cohérence avec le zonage du SROS ambulatoire
- Instaurer la culture de l'analyse des besoins de santé d'un territoire, par les professionnels de santé y exerçant : développer une politique contractuelle autour d'objectifs de santé publique
- Développer les outils (managériaux, organisationnels et techniques) de prise en charge globale et coordonnée des patients
- Accompagner le montage juridique du regroupement pluri professionnel

- Installer le réseau des MSPP et Pôles de Santé dans la sectorisation de l'effectif de PDSA et dans le maintien de la continuité des soins (expérimentation de la mutualisation des Samedis matins en Deux-Sèvres avec le Conseil de l'Ordre des Médecins)
- Mettre en place une analyse médico-économique comparative ou avant-après, de l'impact du regroupement professionnel
- Expérimenter l'exercice en multisite, dans les zones prioritaires cibles, en proposant un cadre réglementaire et fiscal attractif, et un cahier des charges de cet exercice multisite.

Transversalité / modalités d'articulation avec les autres SROS :

Schéma directeur des systèmes d'information dans le cadre du partage de données de santé : pour le déploiement du DMP, le développement de la télémédecine, le développement des services de l'Espace Numérique Régional en Santé

Action 1 : Expérimenter la forfaitisation de l'indemnisation du temps de trajet des professionnels

Pour améliorer l'attractivité de l'exercice en zone éloignée/en multisite, ou en zone à sujétion particulière.

Action 2 : Proposer (via un cahier des charges) aux professionnels la possibilité d'un exercice multisite attractif dans son mode d'organisation comme dans les charges en résultant

Par exemple, en expérimentant un forfait « multisite » fiscalement attractif ou avantageux au niveau des charges sociales, via le zonage conventionnel s'il le permet.

Action 3 : Créer un « forum itinérant du regroupement professionnel » et un colloque d'information régionale pour :

- susciter la réflexion au sein des communautés professionnelles de territoire, apporter les éléments de discussion qui mènent à terme à un projet de santé commun, diffuser les recommandations de bonne pratique en matière de coordination des soins, ou encore le guide MSPP/Pôles de santé.
- Utiliser le portail de la Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS) pour la diffusion. La PAPS et son organe de gouvernance piloteront les actions Forum et Colloque.

Action 4 : Appuyer la création d'une fédération régionale des MSPP et Pôles de santé en Poitou-Charentes qui aura pour mission de :

- former une équipe de facilitateurs chargés d'accompagner les porteurs de projet de regroupement,
- d'assurer la continuité des coopérations par le biais d'outils juridiques, contractuels et de suivi.

Action 5 : Développer les groupes d'échange de pratiques en s'appuyant prioritairement sur les professionnels exerçant en Maisons de Santé Pluri Professionnelles ou en Pôles de Santé.

Lien avec le programme régional de gestion du risque :

DPC

Indicateurs de suivi :

- Ceux de l'appel à projet Maisons de santé et Pôles de santé
- Nombre de projets de santé pluri professionnels proposés en région

- Evolution de la desserte (nombre de patients par médecin, par infirmier...) des regroupements professionnels

Cadrage financier :

- Appel à projet Maisons de santé et Pôles de Santé
- Convention médicale et mesures incitatives d'installation en zone fragile (zonage national CNAMTS)
- Assurance Maladie (forfaitisation de la structure et du temps de partage de l'exercice multisite).

RÉSEaux

Domaine stratégique : Amélioration de la qualité du système de santé

Priorités : Accroître la performance attendue du système de santé : soutenir les nouveaux processus relationnels entre les acteurs du système de santé, la démarche d'amélioration continue, l'humanisation de la prise en charge.

Objectif général :

Favoriser et rationaliser les regroupements en réseau et filière

Rappel de la problématique / Contexte :

Si les réseaux sont maintenant une organisation reconnue de la prise en charge médicale et médico-sociale, leur couverture territoriale n'est pas homogène, leurs coûts varient et finalement, aucune stratégie n'a été définie : ils ne sont pas sortis de la logique expérimentale qui les a portés jusqu'ici. Leur place doit être mieux définie : condition pour envisager un financement pérenne, passer à une logique d'organisation des soins, homogénéiser leurs interventions et leurs coûts.

Les objectifs opérationnels ci-dessous tentent d'installer en région Poitou-Charentes les conditions pérennes de ce mode d'organisation du système de santé, partagées par les professionnels de santé ambulatoires, hospitaliers et du secteur médico-social.

Objectifs opérationnels :

- Redéfinir une stratégie de couverture régionale rationnelle des réseaux de santé : quand ils sont efficaces, étendre leur couverture, et quand ils sont moins efficaces que d'autres prises en charge notamment classique, effectuer la migration.
- Construire et valoriser des trajectoires de soins des patients en y associant les professionnels de santé : à partir de problématiques de santé bien identifiées, et des objectifs médicaux à atteindre, élaborer le rôle de chaque professionnel et structure, et s'appuyer sur un système d'information de type DMP pour aider les professionnels à suivre les trajectoires des patients

Transversalité / modalités d'articulation avec les autres SROS :

Le SDRSIS pour le déploiement du DMP, le développement de la télémédecine, le développement des services de l'Espace Numérique Régional en Santé.

Le volet hospitalier du SROS, qui doit tenir compte de l'offre des réseaux de santé dans son régime d'autorisations.

- Action 1 : Stratégie de couverture régionale des réseaux

- Définir la place des réseaux de santé dans l'offre de soins régionale (missions, populations prises en charges, couverture géographique, types de réseaux - proximité ou expert), par une analyse comparée médico-économique entre la prise en charge en réseau et les autres modes de prise en charge (réviser le *schéma cible des réseaux* établi par la Mission Régionale de Santé en 2007, pour passer d'une logique d'expérimentations à une logique d'efficacité).
- Définir les cahiers des charges régionaux pour les réseaux ayant fait la preuve de leur efficacité, pour harmoniser leurs missions, leurs pratiques, leurs cibles et objectifs, et donc leurs coûts.
- Étendre la couverture géographique des services offerts par les réseaux efficaces, notamment grâce aux économies réalisées.

- Développer le rôle de la fédération des réseaux de santé, notamment dans les dynamiques citées ci-dessus.

- **Action 2 : Visibilité et lisibilité des trajectoires de soins :**

- Promouvoir l'utilisation de système d'information partagée (tel le DMP) pour que tout professionnel de santé impliqué dans la prise en charge d'un patient accède au parcours du patient dans tous les secteurs et sur le territoire : basé sur ce partage d'informations, élaborer et évaluer des protocoles de suivi (l'éducation thérapeutique pourra représenter un domaine d'intervention pertinent).
- Développer l'information des usagers du système de soins, sur les fonctionnalités proposées par les réseaux, tout en rappelant le rôle pivot du médecin traitant (loi HPST)

Lien avec le programme régional de gestion du risque :

- DPC
- Promotion des bonnes pratiques
- D'une manière générale, tous outils d'efficience du système de soins (cf. place des réseaux)

Faire le lien dans la partie « transversalité »

Indicateurs de suivi :

- Couverture géographique (de type zone de chalandise) et nombre de patients suivis dans les réseaux thématiques et de proximité

Cadrage financier :

- FIQCS
- NMR
- Appels à projet Maisons de Santé
- DPC/Formation continue

TRANSPORT

Domaine stratégique : Tous

Priorités : Permettre à toute personne de la région Poitou-Charentes d'accéder à une offre de premier recours en santé (prévention, médical, médico-social, pharmaceutique, paramédical et odontologique), quelle que soit sa situation géographique sur le territoire

Objectif général :

Repenser le transport des usagers du système de soins

Rappel de la problématique / Contexte :

La réduction du temps médical disponible, la raréfaction des plateaux techniques, déplacent vers l'utilisateur du système de soins une part croissante de la charge de transport. L'accès aux soins ne peut plus trouver une réponse dans la seule mobilité des professionnels.

Les patients dépendants, le retour de plus en plus précoce au domicile, les familles recomposées, les patients âgés ou les plus démunis doivent, plus encore que les autres, faire face à des soins de plus en plus distants.

L'enjeu n'est ni plus ni moins que celui de l'aménagement du territoire : même en dehors des cas socialement ou médicalement reconnus, la qualité des voies de communication pèse fortement sur l'accès aux soins.

Dans ces conditions tendues (la démographie médicale d'un côté, la croissance de la demande de l'autre), une rénovation du transport à motif médical est nécessaire. Par transport sanitaire, il convient désormais de voir un champ large d'intervention : le déplacement du patient, mais aussi le déplacement de l'information.

Depuis les transports collectifs et intercommunaux aux horaires d'ouverture des cabinets, jusqu'au transport en véhicule sanitaire léger (VSL) pour amener le patient vers l'effecteur en horaires de permanence des soins (et le ramener en passant par la pharmacie de garde), les pistes de cette rénovation existent.

La télémédecine, à la fois par la télé expertise (qui rapproche l'acteur du soin de premier recours et le médecin spécialiste), la télé prescription (notamment par le médecin régulateur de la permanence des soins), et la télé consultation (modèle encore balbutiant en raison des freins juridiques) doivent nous aider à répondre à ces enjeux, chacun en ce qui les concerne, sans tomber dans le fantasme d'une médecine dématérialisée. Nous évoquons ici des réponses nécessairement circonscrites à des situations particulières, décrites avec précision (le développement de ces outils devrait bénéficier des mêmes étapes, des mêmes méthodes qui ont concouru à l'avènement de la coopération professionnelle).

Et il ne serait pas responsable, dans cette réflexion, d'omettre les problématiques de coût des transports : l'accidentologie, la raréfaction des énergies fossiles, le bilan carbone du transport sanitaire doivent, désormais, être pris en compte et nous conduire à une réorganisation de l'usage du système de soins français.

Objectifs opérationnels :

- Transporter le patient plutôt que déplacer l'acteur de soins
- Transporter l'information médicale, plutôt que de transporter le patient vers l'expert
- Réorganiser l'offre de transports sanitaires
- Faciliter la création de cliniques virtuelles, permettant l'accès à une expertise pour le médecin traitant en vue d'éviter certains déplacements de patients
- Introduire les VSL et les taxis privés dans le transport sanitaire en horaire de PDSA

- **Action 1 : Transporter le patient plutôt que déplacer l'acteur de soins**

- Avec les collectivités territoriales dans les milieux ruraux comme en ville, expérimenter des modes de transports collectifs optimisés aux horaires d'ouverture des cabinets médicaux, qui amènent le patient vers des points fixes de consultations (transports collectifs, transports individuels, consultations programmées) et passent, sur le trajet du retour, par les officines.

- **Action 2 : Réorganiser l'offre de transports sanitaires (voir programme de gestion du risque)**

Une nouvelle structuration des entreprises de transports sanitaires est nécessaire au regard du contexte économique du système de santé. Le fonctionnement des entreprises n'est plus adapté à la situation économique actuelle.

Ce changement est primordial pour pérenniser le système du transport des usagers du système de soins (voir le rapport Eyssartier de septembre 2010). Cette réforme associe autant les transporteurs sanitaires (ambulances, VSL) que les taxis, les établissements publics et privés, les Caisses d'Assurance Maladie.

Quatre pistes d'évolution sont étudiées :

- l'urgence pré-hospitalière car elle ne convient plus (ni aux établissements, ni aux transporteurs, ni aux malades),
- les sorties hospitalières,
- le transport itératif : favoriser l'organisation du transport partagé,
- la logistique des transporteurs sanitaires.

- **Action 3 : Transporter l'information médicale, plutôt que de transporter le patient vers l'expert**

- Expérimenter, sur l'île d'Oléron, l'apport de la télé radiologie et à terme de la télé biologie, d'abord aux horaires de permanence des soins (expérimentation de la « clinique virtuelle » : mise à disposition d'une télé expertise en radiologie, auprès des médecins effecteurs de la permanence des soins, compte tenu des particularités de la pathologie rencontrée, notamment en période estivale, et de l'éloignement au centre d'expertise).

- **Action 4 : Introduire les VSL et les taxis privés dans le transport sanitaire en horaire de PDSA**

- Expérimenter, sur un secteur où la PDSA est fragile (nombre de médecins effecteurs inférieur à 15 par exemple), le transport A/R des usagers vers le point fixe de consultation, par une contractualisation multipartite entre le conseil général et/ou la collectivité locale, la CPAM, et les professionnels du transport.

Le transport aller et retour des patients démunis de moyens de transport, soit en raison de leur situation sociale, soit en raison de leur dépendance/ de leur âge, doit pouvoir être proposé lors d'un appel au centre 15, sur la base d'un recensement annuel des personnes présentant les critères sociaux et/ou médicaux d'éligibilité au dispositif (tel celui des personnes âgées du plan Canicule, ou encore le fichier des Maisons Départementales des Personnes Handicapées).

Lien avec le programme régional de gestion du risque :

Lien avec le thème « transports » du programme qui prévoit l'expérimentation de nouvelles organisations de transports et la possibilité de contractualisation avec les établissements de santé sur ce thème.

Indicateurs de suivi :

Activité, coûts évités en transport (action 3)

Cadrage financier :

Expérimentation avec l'Assurance Maladie, les assurances complémentaires, la CMU complémentaire, CNSA, communautés de communes, conseils généraux et régional (action 4)

Annexes

1- Composition du groupe régional d'expertise

NOM	ORGANISME
Michel BEY	FNEHAD - Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile
Thierry BETIN	Conseil Régional de l'ordre des infirmiers
Elisabeth BIAIS CANHOYE A	Conseil Régional de l'ordre des infirmiers
Dr Matthieu BOISSON	Syndicat des internes en Médecine de Poitiers
Dr Stéphane BOUGES	ARS POITOU-CHARENTES
Pascal CHAUVET	Fédération nationale des maisons et pôles de santé
Véronique CARRENO	ARS POITOU-CHARENTES
Edwige DELHEURE	ARS POITOU-CHARENTES Déléguee Territoriale des DEUX SEVRES
Michel DELORD	ARS POITOU-CHARENTES
Dr Jean DESMAISON	C.N.S.D. (Confédération Nationale des Syndicats Dentaires) 79
Jacques DESSE	Conseil Régional de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes
Dr Jean-Pierre DEWITTE	Direction du CHU de Poitiers FHF - Fédération Hospitalière de France
Jean-François DUPOUY	ARS POITOU-CHARENTES
DR Serge DURIVALT	Maison Médicale de THOUARS - Médecin Généraliste
Dr François-Xavier FARISY	ARS POITOU-CHARENTES
Dr Philippe BOUTTIN	Médecin URPS
Professeur Bernard GAVID	Faculté de Médecine
NOM	ORGANISME
DR Thierry GODEAU	FHF - Fédération Hospitalière de France
Dr Bernard LEBRUN	Médecin URPS
Gilbert LE PICHON	FEHAP - Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne

Xavier LE SCOUR	Conseil Régional de l'Ordre des MASSEURS KINE
Jean-René MARTIN	ARS POITOU-CHARENTES
Hélène MARTIN	Conseil Régional POITOU-CHARENTES
Dr Jacques MASSONAUD	Conseil Régional de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes
Sylvie MERLIERE	ARS POITOU-CHARENTES
Danièle METAIS	Fédération des réseaux
Pr Michel MORICHAU-BEAUCHANT	Doyen de la faculté de Médecine et de Pharmacie de POITIERS
Eric PEZENNEC	SNIL - Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux
DR Daniel PICAUD	Conseil Régional de l'Ordre des médecins
Professeur Pascal ROBLOT	CHU POITIERS
Dr Jean-Louis RICHARD	Fédération des réseaux
Anne ROUSSEL	ARS POITOU-CHARENTES
Claude SICARD	Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens
Alain TEXIER	FHP - Fédération de l'Hospitalisation Privée
Dr Marie-Laure TISSANDIER	Conseil Régional POITOU-CHARENTES
Patrice THOMAS	ARS POITOU-CHARENTES
Isabelle VARLET	FNI - Fédération Nationale des Infirmiers
Estelle VIGO	CRPS - Centre Régional des Professions Libérales de santé Poitou-Charentes

2- Résultats des séances Metaplan

- 3 -

Carte des zones fragiles, prioritaires pour cibler les actions