

- COMITE TECHNIQUE REGIONAL -

Réunion du jeudi 01 juin 2017

Membres présents :

BLANC Gwénaëlle	CIROSF
BURTSCHHELL Anouk	GRCS
CHARRETON Lucie	Élue UFR Lyon Est
DALLEVET Charles-Antoine	AMEUSO
DUBOIS Jacques	URPS pharmaciens
FANJAT Hervé	CRO masseurs-kinésithérapeutes
GUILLAUMÉE Théodore	ACLE
LEBAKOALI-BARTHEL Chantal	DCGDR
LEREEC Aude	FemasAURA
NAVETTE Jean-Michel	CRO médecins
ROYER Marie-Pierre	URPS sages-femmes
VOISIN Luc	Conseil Régional
GRANGE Angélique	ARS Auvergne-Rhône-Alpes
LALLE Dominique	ARS Auvergne-Rhône-Alpes
KERNEIS Anaëlle	ARS Auvergne-Rhône-Alpes
De LAROCQUE Bénédicte	ARS Auvergne-Rhône-Alpes
HOURRIG Manel	ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Ordre du jour

- 1) Projet régional de santé
- 2) Désertification officinale (axe du PRS)
- 3) Travaux sur la PDSA
- 4) Projet de MSP
- 5) NMR et présentation du futur ACI
- 6) Points divers

1. Projet régional de santé

Présenté par Angélique GRANGE.

Lors du dernier comité technique régional PAPS du 23 mars 2017, une présentation a été faite sur les différents objectifs du Pacte territoire santé lancé en 2012. C'est désormais une présentation des actions engagées et des perspectives déclinées au niveau de la région qu'A. GRANGE expose.

■ **Installation des médecins, répartition et accès à l'offre de soins sur le territoire**

Depuis 2012, la région comptabilise **241 contrats d'engagement de service public (CESP)**, **190 praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG)**, **214 contrats signés de médecins correspondants du SAMU** et **un nombre important de structures favorisant l'exercice regroupé** (145 MSP et 223 CDS). La région Auvergne-Rhône-Alpes occupe ainsi la première place dans le bilan de l'exercice regroupé en France.

Le développement de l'accompagnement des professionnels de santé dans leur installation sur le territoire, et plus particulièrement sur les communes qualifiées de fragiles (prochainement les « bassins de vie ») reste une priorité pour l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes. Actuellement, le zonage des médecins est en cours de révision. N'ayant pas encore été publié, il est probable que celui-ci ne soit effectif qu'à la fin de l'année 2017. Des remarques ayant été prononcées sur la méthodologie employée (voir le CR du 23.05.2017).

Le travail se poursuit également sur la communication autour des dispositifs d'aides à l'installation, notamment par le biais du PAPS (<http://www.auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr>).

Dans les perspectives d'actions permettant d'optimiser l'accès aux soins pour tous, la volonté de l'Agence consiste à faire converger le cahier des charges des médecins correspondants du SAMU des deux anciennes régions (Auvergne et Rhône-Alpes).

■ **Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)**

145 maisons de santé pluriprofessionnelles sont en fonctionnement dans la région. Les perspectives d'actions sont de maintenir cette dynamique tout en renforçant un accompagnement des professionnels à trois voies : Assurance Maladie, ARS et FemasAURA.

Présenté lors du CTR PAPS du 23.03.2017, la MSPU (MSP universitaire) est un dispositif émergent qui a vocation à se développer. Dans un premier temps, l'objectif pour la région Auvergne-Rhône-Alpes est de formaliser la création de 4 à 5 MSPU sur la région.

■ **Centres de santé (CDS)**

La région dénombre 223 centres de santé en fonctionnement, dont 70 sont des centres de santé polyvalents. L'appui des professionnels de santé est renforcé par le partenariat entre le groupement régional des centres de santé (GRCS) et l'ARS.

Le souhait est de poursuivre le soutien apporté aux centres de santé et de favoriser le développement vers la polyvalence des centres monothématiques afin d'offrir une alternative dans les territoires fragiles. Parmi les perspectives d'actions à venir, l'Agence désire engager une réflexion sur les centres de santé portés par un établissement de santé dans le but de renforcer le lien ville-hôpital. Un cahier des charges a d'ores et déjà été mis en place en ARS Ile-de-France.

■ **Transports sanitaires**

Depuis 2016, le département de l'Isère expérimente l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale. Par ce biais, il essaie d'améliorer et de faire converger les moyens pour une meilleure organisation des transports sanitaires privés. Un suivi est en place pour les 5 années à venir.

Dans les 5 ans à venir, l'ARS souhaite poursuivre les travaux sur l'article 66 ainsi qu'organiser les sorties d'hospitalisation et utiliser les transports sanitaires comme un outil d'accompagnement au service des réorganisations hospitalières et notamment dans le cadre de la mise en place des GHT.

■ Réseaux de santé

Un travail est en cours sur le regroupement des réseaux de l'ex région Rhône-Alpes afin de favoriser une meilleure visibilité. De 26 réseaux de santé, la région ex-Rhône-Alpes compte désormais 10 plateformes de réseaux polyvalents. La deuxième phase consistera à faire évoluer les réseaux auvergnats vers un dispositif similaire, en tenant compte des spécificités de chacun et du territoire.

Une contractualisation pluriannuelle ainsi qu'une procédure d'évaluation sont envisagées.

■ La permanence des soins (PDSA) et les soins non programmés

La révision du cahier des charges de la PDSA est en cours. L'objectif est de définir une politique régionale dans un seul cahier des charges pour la nouvelle région (contre deux actuellement). Il sera parallèlement, déterminé une stratégie au sujet des soins non programmés en journée.

■ ESP/ CPTS

Ces nouveaux dispositifs ont été présentés au cours des deux derniers CTR PAPS. L'ARS souhaite promouvoir et accompagner les professionnels de santé désirant s'engager dans l'un de ces dispositifs et monter un projet.

Pour rappel une graduation existe entre ESP, MSP et CPTS.

Une **ESP** est le premier échelon de coordination autour d'un projet de santé succinct/allégé. Pour monter une équipe de soins primaires il faut être au moins un médecin généraliste et un paramédical. La reconnaissance d'une ESP se concrétisera par une labellisation de l'ARS. A ce stade, l'ARS ne prévoit pas de financement attribué aux ESP. Les ESP pourront évoluer vers des modes plus aboutis d'organisation type MSP ou centres de santé.

Une **CPTS** est constituée autour d'un projet visant l'amélioration de l'accès aux soins et la continuité du parcours de soins sur un territoire. La logique dépasse donc la patientèle. Le lien entre les acteurs de premier et second recours est accentué.

L'accompagnement d'une CPTS se fera en 2 temps :

- Un financement pourra être octroyé dans le cadre du pré-projet
- Un financement pour la mise en œuvre du projet si le contenu de ce dernier correspond à une action prioritaire pour l'agence.

6 thématiques ont été retenues comme prioritaires :

- 1- Les soins non programmés en journée
- 2- Le retour à domicile
- 3- La santé mentale
- 4- La prévention
- 5- L'accès aux soins pour les personnes handicapées
- 6- La qualité / sécurité des soins

Les projets de CPTS seront présentés en CTR PAPS.

Vous trouverez en **Annexe 1**, le power point qui reprend le bilan du PRS.

ÉCHANGE :

Des précisions ont été demandées au sujet des **CESP**. Ces derniers peuvent être signés après deux ans d'étude. Constat : des étudiants signent un CESP dans l'optique d'obtenir certaines spécialités (le classement des CESP étant à part). Pour pallier à ce biais, il a été convenu de réduire les spécialités accessibles au CESP. Il sera désormais axé principalement sur la médecine générale.

2. Désertification officinale (axe du PRS)

Présenté par Dominique LALLE.

Texte : L'instruction ministérielle 2014-70 du 7 mars 2014 relative au diagnostic régional des territoires pour l'accès aux pharmacies d'officine.

Il existe une hétérogénéité dans la méthode employée entre l'ex-Auvergne et l'ex-Rhône-Alpes. Voici un bilan de la situation :

- **Pour l'ex-Auvergne** : Raisonnement en bassin de population et définition de 5 niveaux de fragilité.
56% des communes sont concernées. Pour pallier à cette désertification officinale, un plan de lutte comportant 24 propositions d'actions a été publié en 2015. Celui-ci n'a pas été mis en œuvre en raison de la fusion des régions.
- **Pour l'ex Rhône-Alpes** : Raisonnement en communes avec définition de deux niveaux de fragilité.
13.1% des communes sont concernées.

Le ministère des finances et de la santé a missionné l'IGAS sur la régulation du réseau des pharmaciens d'officine en octobre 2016. Le constat est fonction du nombre d'habitants.

ATTENTION : la notion de population résidente n'est pas systématiquement le reflet des mouvements de population.

Une question se posera prochainement pour les communes de moins de 2500 habitants disposant d'une officine. Lorsque la licence de celle-ci prendra fin, il ne sera alors pas possible d'en ouvrir une autre (du fait du nombre insuffisant d'habitants).

Dans les préconisations de l'IGAS, l'ARS se voit doté de trois leviers d'intervention (traiter les difficultés et spécialités locales // moderniser le réseau en faisant émerger des officines plus robustes dans les zones surdensées // Dynamiser l'évolution des réseaux).

Quelques actions nationales en cours depuis les travaux de l'IGAS :

- Ordonnance officine relative à l'adaptation des conditions de création, transfert, regroupement et cession des officines de pharmacie => au Conseil d'Etat. Sous réserve du nouveau gouvernement, elle devrait être mise en œuvre en 2018.
- Bonnes pratiques via l'arrêté du 28 novembre 2016.
- Expérimentation de la vaccination par les pharmaciens en Auvergne-Rhône-Alpes et Nouvelle Aquitaine.

La définition des territoires fragiles sera arbitrée au niveau national. Il reste cependant la question des communautés de communes. En effet l'ordonnance ne parle que de « commune ».

En complément de la diapositive n°8 (voir support en Annexe), il est précisé qu'un transfert n'est pas limité géographiquement. De même que, dans la nouvelle législation, le regroupement pourra se faire dans une autre commune que celle de l'officine.

Le mode d'exercice officinal est en pleine évolution. La participation des pharmaciens à la vaccination de la grippe a pour objectif d'étendre la couverture vaccinale et de toucher une population plus large.
Limite de l'expérimentation : le patient doit disposer d'une ordonnance ou de son bon de prise en charge (si plus de 65 ans). De ce fait, la vaccination par les pharmaciens touche une part de la population ayant l'habitude de se faire vacciner.

Pour conclure, il est précisé que le plan régional de santé (PRS) ne donne pas d'objectifs quantitatifs (contrairement au volet hospitalier), mais consiste plutôt en une ligne de conduite à tenir.

3. Cahier des charges de la PDSA

Présenté par Angélique GRANGE.

Le cahier des charges de la PDSA est en cours de négociation, il devrait être arrêté au 1^{er} janvier 2018. Vous trouverez le support présenté en annexe de ce compte-rendu.

Quelques remarques/compléments d'information :

- Les tarifs de l'ex-Auvergne vont être alignés sur ceux de Rhône-Alpes
- Suppression de l'effectif dans les secteurs à faible activité, c'est-à-dire ceux comptabilisant moins d'un acte par semaine.
- Dans l'Allier et la Haute-Loire, la régulation s'opère de façon délocalisée. Le coût de l'interconnexion entre les systèmes d'information SAMU médecine générale est élevé.

4. Projet MSP

Présenté par Anaëlle KERNEIS.

➤ **AIN**

MSP de Dagneux, labélisée le 21 Mai 2017. 10 professionnels de santé : 2 médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes, IDE, orthophoniste et un neuropsychologue.

Remarques : - un des médecins exerce en secteur 2 (demande pour passer en secteur 1).
- deux autres médecins exercent dans les murs de la MSP mais ne se rallient pas au projet de santé.

Financement : FIR + NMR

MSP Versonnex : projet porté par la mairie et le conseil régional. Composition de l'équipe : 2 médecins généralistes, 1 sage-femme, 4 masseurs-kinésithérapeutes, des IDE + un contact avec le pharmacien.

La **MSP de Saint Martin-du-Fresne et de Nantua** se scinde en deux.

La MSP Ferney-Voltaire résilie son contrat NMR. Ils n'ont pas de logiciel labélisé et le centre de santé infirmier va fermer alors qu'il était rattaché à la MSP.

➤ **CANTAL**

MSP de Saint Paul des Landes : validé. Limitrophe d'une zone fragile. 14 professionnels de santé : 3 médecins, 5 IDE, 2 masseurs-kinésithérapeutes, 1 psychologue, 1 diététicienne, 2 pédicures podologues.

➤ **ARDÈCHE**

Bourg Saint Andéol et de Satillieu présentées au CTR précédent, ont fait l'objet d'une validation en ECD le 10 avril 2017.

⇒ **REMARQUE** :

Échange sur la conduite à tenir au sujet des ostéopathes. La question concerne de manière générale les professionnels qui ne sont pas référencés comme professionnels de santé par le code de la santé publique.

Les textes au niveau national sont larges. Toutefois, Madame LEMBAKOALI-BARTHEL, représentant la DCGDR, assure que l'Assurance maladie prend comme texte de référence le code de la santé publique. La position de l'Assurance maladie et de la DGOS diffèrent donc au sujet des ostéopathes.

Position de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes : « un masseur-kinésithérapeute-ostéopathe souhaitant exercer dans une MSP peut poser sa plaque de masseur-kinésithérapeute-ostéopathe ou ses plaques de masseur-kinésithérapeute et d'ostéopathe, et peut dispenser des actes remboursables ou non remboursables dans le respect des règles conventionnelles et de la législation. »

La question des dérogations lorsque le territoire le justifie est également soulevée (ex : les psychologues et les assistantes sociales).

⇒ **Nécessité d'un échange entre l'Ordre, l'Assurance maladie et l'ARS pour définir une doctrine à développer sur l'ensemble des territoires.**

5. Accord conventionnel interprofessionnel (ACI)

Présenté par Anaëlle KERNEIS.

Signé le 20.04.2017.

Les nouveautés :

- Augmentation des rémunérations pour les MSP (entre 30 et 50%)
- Assouplissement des horaires d'ouverture (initialement 8h-20h). Lorsque l'amplitude horaire est inférieure à 12h par jour, la rémunération est plus faible (moins de points). L'accès au NMR est possible.

Objectif dans 5 ans : 3000 MSP en fonctionnement sur le territoire national. Pour éviter les dérives et les effets d'aubaine tout en optimisant l'accompagnement de ces projets, le lien entre l'ARS, l'Assurance maladie et la FemasAURA sera renforcé.

Ne sont concernés que les professionnels inscrits dans le code de la santé publique. Pour les autres, aucune rémunération n'est envisageable.

Une transposition de l'ACI est prévue pour les centres de santé. Le texte devrait paraître au JO fin Juin.



Prochaine réunion du Comité Technique Régional

**Jeudi 14 septembre 2017
14h30**

Salle FOURVIERE – dans les locaux de l'ARS

Calendrier à venir :

Le jeudi 16 novembre 2017