

**Volet ambulatoire du SROS
et
Permanence des soins ambulatoire**

Café URPS

13 décembre 2011



— L'ambulatoire et le 1^{er} recours : une priorité pour l'ARS

Le recours aux soins ambulatoires : marqueur fort de l'organisation du système de santé et de la réponse aux besoins

— Fréquence → Taux de remboursement → Reste à charge pour le patient

— Proximité → Répartition géographique → Accessibilité

— Coordination → Médecin traitant → Parcours de soins

Secteur majeur de la réduction des inégalités de santé

— Le 1^{er} volet ambulatoire du SROS

Un volet ambulatoire inscrit dans le PSRS

- Développer et valoriser une offre ambulatoire et de 1^{er} recours sur l'ensemble de la région
- Développer l'accessibilité aux soins (géographique, temporelle financière)
- Favoriser un parcours de soins efficient, gradué et lisible

— Le SROS dans HPST

Les objectifs du SROS - [Article L1434-7](#)

Prévoir et susciter **les évolutions nécessaires de l'offre de soins** afin de **répondre aux besoins de santé** de la population, aux exigences **d'efficacité** et **d'accessibilité** géographique

- Il précise les **adaptations et les complémentarités** de l'offre de soins, ainsi que les **coopérations** entre les offreurs de soins
- Il indique, par territoire de santé, **les besoins en implantations** pour l'exercice des soins
- Il détermine les **zones** de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure **répartition géographique** des PS

— Principes d'action du volet ambulatoire

- Le volet ambulatoire du SROS a une valeur essentiellement **indicative**
- **Le zonage** prévu par l'article L.4134-7 du code de santé publique fait partie du SROS et est quant à lui **opposable**.
- Seules des **priorités partagées avec les partenaires** (représentants des professionnels de santé, usagers, structures, collectivités territoriales, A.M....) ont la légitimité nécessaire à leur mise en œuvre sur le terrain
- L'ampleur du champ d'intervention et les moyens disponibles conduisent à cibler les **priorités d'action en terme de thèmes, de territoires, ...**
- ... nécessité de **programmer et hiérarchiser**, mais également de ne pas exclure de soutenir des **projets/actions de qualité** au-delà des priorités

Modalités d'élaboration du volet Ambulatoire

Le comité de pilotage régional (COFIL)

- Echanges, Partage des orientations, Concertation

Les groupes de travail

- **Régionaux** : 3 thématiques prioritaires ont été identifiées :

- L'aide à l'installation des professionnels de santé
- Les structures d'exercice collectif
- Le développement de l'exercice coordonné

- **Territoriaux** composés des acteurs de santé concernés de chaque département.

- Validation du diagnostic de l'offre.
- Déclinaison des thématiques régionales
- Espace d'échange sur les problématiques territoriales et de réflexions sur les pistes d'amélioration envisageables dans le Schéma.

Propositions d'orientations (axes stratégiques, objectifs opérationnels) et d'actions mises en œuvre sur la durée du volet ambulatoire soit 5 ans.

— Le premier recours, une priorité au sein du volet ambulatoire

Trois grandes fonctions

:

- L'entrée dans le système de soins : diagnostic, orientation, traitement
- Le suivi du patient et la coordination de son parcours
- Le relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé

— **Le premier recours, une priorité au sein du volet ambulatoire**

L'offre de soins de premier recours s'est fragilisée en Ile de France

— Evolutions importantes : démographie des PS, sociologie de l'activité, vieillissement et transition épidémiologique

— Difficulté croissante de réponse aux besoins de la population

— Risque d'être mal suppléée par des recours plus coûteux et moins performants

→ Véritable défi organisationnel au secteur ambulatoire

— Les zones déficitaires et fragiles

— HPST a modifié les modalités de définition des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des PS dorénavant déterminées par volet ambulatoire du SROS (art. L1434-7 CSP)

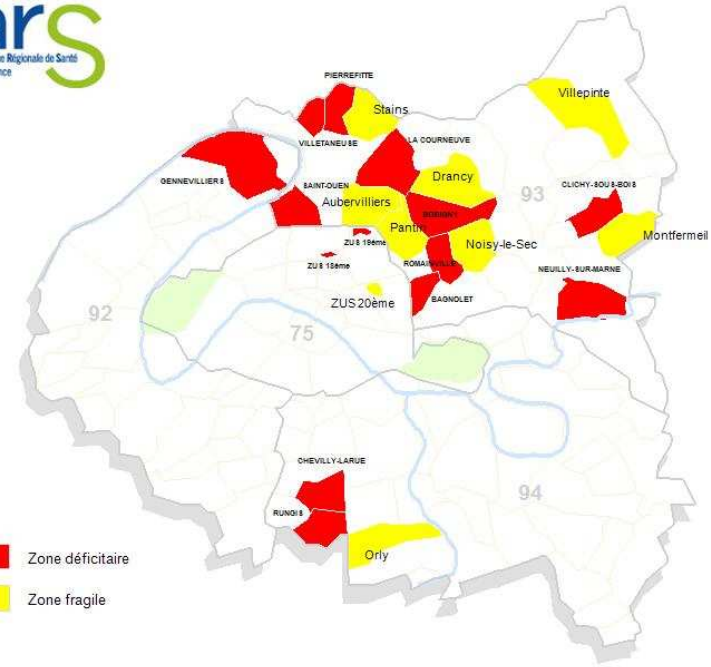
— **Résultat du zonage déficitaire en Ile-de-France**

Conformément au seuil de population fixé par le ministère, ces territoires regroupent **817 559** habitants (**7,01** % de la population)

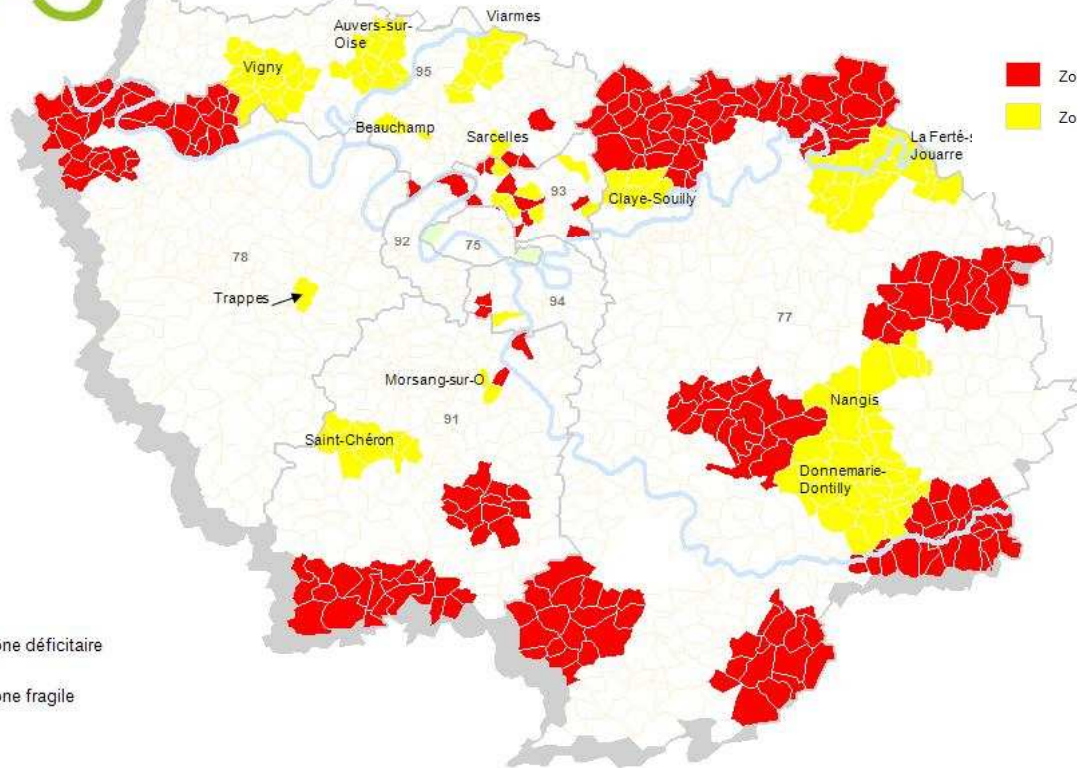
Au total, **29 territoires franciliens** sont identifiés comme déficitaires, regroupant **251 communes et 2 ZUS..**

— L'ARS Ile-de-France publie **une seconde liste de territoires considérés comme « fragiles »** dans le volet ambulatoire du SROS. Ces zones fragiles seront également suivies tout au long de la durée du SROS et les actions de l'agence, en complément des dispositifs portant sur les territoires déficitaires, seront également déployées au sein de ces territoires.

Les zones déficitaires et fragiles



- Zone déficitaire
- Zone fragile



- Zone déficitaire
- Zone fragile

— Axes stratégiques du volet Ambulatoire

- Promouvoir et faciliter l'**installation de professionnels** de santé notamment dans les zones fragiles
- Favoriser la promotion, l'implantation et le maintien des **structures d'exercice collectif**
- Garantir l'**accessibilité** d'une offre de soins
- Garantir la **disponibilité** d'une offre de soins ambulatoire **sur l'ensemble du territoire**
- Développer la **transversalité** et favoriser la **fluidité du parcours de soins**
- Renforcer la **qualité et la performance** de l'offre de santé en ville
- Favoriser la participation des professionnels de santé aux activités et programmes de **pratiques cliniques préventives**
- Impliquer les acteurs ambulatoires collectifs et individuels dans les dispositifs de **veille et de gestion des alertes et crises sanitaires**

— **Les priorités d'actions et de calendrier**

Lancement immédiat ou début 2012 des actions concernant :

— **Le renforcement de l'offre de 1^{er} recours :**

- Aide à l'installation des PS, structures d'exercice collectif, développement des stages ambulatoires, participation des PS autres que médecins à l'offre de 1^{er} recours, promotion du métier d'infirmière

— **L'accessibilité aux soins**

- Favoriser les territoires en difficulté, observatoire de l'accès aux soins et actions ciblées, développement de l'offre à tarif opposable (CdS et MSP), accès aux PMR,...

Poursuite courant 2012

- des travaux relatifs **au développement de l'exercice coordonné** en lien avec l'élaboration du SROS sanitaire



— Calendrier et Modalités de concertation

— Fin 2011 et 2012

- Poursuite des travaux territoriaux et régionaux dans le sens des axes et objectifs du volet
- Finalisation du volet ambulatoire dans le cadre du SROS PRS fin 2012
- 2ème phase de concertation formelle à partir de fin 2012 pour avis officiel et qui s'achèvera avec la parution des arrêtés sur le PRS



Permanence des soins ambulatoire en Ile de France



Etat des lieux en Ile-de-France

- Une région contrastée (centre dense urbain, problématique semi-rurale en grande couronne) aux spécificités marquées
- Un peu moins d'un million d'actes par an réalisés aux horaires de la PDSA par les médecins libéraux
- Estimation de 22% de passages aux urgences relevant d'une consultation sans examen complémentaire, aux horaires de la PDSA (>30% chez les enfants)
- 1300 médecins ont perçu un forfait d'astreinte et 200 ont participé à la régulation médicale (sur 10 000 MG)

Etat des lieux en Ile-de-France

La régulation médicale

- Des **médecins généralistes** participent à la régulation médicale des appels, **dans les 8 SAMU-C15** de la région

Cependant,

- **Hétérogénéité des organisations**
- **Variabilité du nombre des médecins régulateurs** selon les départements



— Etat des lieux en Ile-de-France

L'effectif

Des départements inégalement couverts

- Pour les visites à domicile : présence forte des associations type SOS médecins, mais quelques zones non couvertes ou avec difficultés de couverture
- Pour les maisons médicales de garde : **40 MMG** inégalement réparties (pour exemple : 2 dans le 95, 12 dans le 94), aucune MMG après minuit, aucune MMG en semaine dans certains départements

Sur 1 million d'actes (C et V) facturés aux horaires de la PDSA

- **45%** => les samedis, dimanches et jours fériés
- **12%** => la nuit de 0h à 8h
- **56%** des actes (V) effectués par des associations de visites dont SOS médecins
- **11%** des actes (C) effectués au sein d'une MMG
- **33%** des actes effectués par d'autres médecins libéraux

Enjeux

Dans la logique HPST

- Développer la composante ambulatoire de la PDS
- Limiter les recours non pertinents aux services d'urgence

En lien avec les principes du PSRS

- Egal accès à une prise en charge adaptée pendant les horaires de PDSA, sur tous les territoires
- Permettre la réponse aux besoins
- Accroître la qualité du dispositif
- Optimiser son efficience



Nouveau contexte réglementaire

Nouveau dispositif issu de la loi HPST

- Pilotage régional
- Enveloppe régionale PDSA confiée au DGARS
- Cahier des charges régional

Ce qui est maintenu

- Notion de territoires de PDSA (anciens « secteurs »)
- Dimension départementale :
CODAMUPS-TS, co-présidence préfet/DGARS
- Compétence du Préfet pour les réquisitions



Le cahier des charges régional PDSA

- **Formalise l'organisation de la PDSA pour la région** (principes généraux d'organisation de la PDSA et déclinaisons territoriales)
- **Précise le montant des rémunérations forfaitaires** des médecins participant à la PDSA (forfaits de régulation et d'astreinte) dans le respect d'une enveloppe régionale dédiée et de montants minimum fixés par arrêté
- **A vocation à être révisé chaque année**



Le cahier des charges régional PDSA

Les principes soutenus par l'ARS

1/3

Pour la régulation

- **Affirmer le principe intangible d'une régulation médicale, conforme aux recommandations HAS, comme pivot du dispositif**
- **Renforcer et valoriser l'implication des médecins libéraux dans l'activité de régulation**
- **Promouvoir une régulation médicale de qualité (formation, conditions de travail, évaluation...)**
- **Privilégier l'unité de lieu des régulateurs par département dans les C15**

Le cahier des charges régional PDSA

Les principes soutenus par l'ARS

2/3

Pour l'effectation :

- **Inciter à la participation des médecins libéraux à la PDSA**
- **Favoriser le fonctionnement et le développement, lorsque nécessaire, des dispositifs de garde postée**
- **Formaliser le recours pour les zones actuellement non couvertes**
- **Accroître le niveau d'exigence auprès des effecteurs mobiles (délais, services rendus,...)**
- **Assurer l'accessibilité financière des dispositifs de PDSA par la généralisation du tiers-payant**
- **Favoriser la communication auprès du grand public sur le bon usage et le fonctionnement des dispositifs dans chaque département.**

Le cahier des charges régional PDSA

Les principes soutenus par l'ARS

3/3

Sur la gestion du dispositif

- Mettre en place un comité de suivi régional du dispositif (URPS, Ordre, SAMU, Assurance Maladie, ARS)**
- Assurer au niveau départemental un suivi permanent des activités de régulation par une instance associant les partenaires**
- Développer les conditions d'un suivi et d'une évaluation du dispositif sur la base de systèmes d'information modernisés.**



Éléments financiers

- Enveloppe PDSA IDF (gardes et astreintes) :
6,88 M€ sur 2011
(+10 % par rapport à 2009)
- Volonté d'accroître ce financement pour l'IDF
niveau de l'enveloppe IDF = 0,59 €/hab
moyenne nationale à 2,35 €/hab
- Besoin de financement complémentaire pour
 - Renforcer la régulation médicale
 - Maintenir une attractivité pour l'effection

Méthodologie de l'ARS

Avancée des travaux en Ile-de-France

1. La concertation avec les acteurs

Pilotage régional

- > arriver à un accord partagé avec les acteurs sur les principes généraux d'organisation

Déclinaisons départementales

- > concertation territoriale



2. La procédure réglementaire

Procédure non liée à celle du SROS-PRS

Consultations obligatoires d'instances

- **départementales : CODAMUPS-TS, CDOM,
Préfet (préfet de police à Paris)**
- **et régionales : URPS-médecins, CSOS de la CRSA**

Publication par arrêté du DGARS

- > **Fin de la période transitoire actuelle et entrée dans le nouveau dispositif**



Calendrier (sous réserve)

- **Mi-décembre 2011 : Finalisation des principes régionaux et calage financier régional**
- **Mi décembre- début février 2012 : travaux départementaux (sous-comités médicaux des CODAMUPS-TS)**
- **Mi-février : Envoi du cahier des charges pour la concertation réglementaire**
- **Réunion des CODAMUPS-TS à partir de mi-février 2012**
- **Finalisation du cahier des charges mars 2012 puis arrêté DGARS**