

Contributions Ségur de la Santé

*Collectif des CPTS de la région Centre-Val de Loire
Fédération des URPS Centre-Val de Loire
Fédération des Maisons et Pôles de Santé Centre Val-de Loire*

Contexte : une structuration progressive des acteurs de l'ambulatoire en région Centre Val de Loire

Les réflexions engagées en région Centre-Val de Loire en termes d'organisation et de coordination pluriprofessionnelle sont anciennes et ont débouchées en 2012 sur la création de la Fédération des URPS, association regroupant les différentes URPS de la région. Cet espace d'échange a permis d'engager des premières réflexions organisationnelles sur le développement de l'exercice pluriprofessionnel (ex : projet PAERPA). Simultanément à la création de la Fédération des URPS a été mise en place la Fédération régionale des maisons et pôles de santé dont l'objectif était d'accompagner les porteurs de projets de maisons de santé.

A l'été 2016, suite à la Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS), la Fédération des URPS s'est intéressée aux CPTS, à ce nouveau mode d'organisation pouvant permettre d'approfondir la coordination pluriprofessionnelle sur les territoires. Le retour d'expérience du Pôle de santé du Sud Lochois mais également l'écoute des besoins croissants sur la structuration des parcours de soins et notamment l'amélioration de la coordination entre l'ambulatoire et l'hospitalier ont conforté cette volonté de s'investir sur cette nouvelle forme d'exercice coordonné. Pour ce faire, l'URPS Médecins Libéraux, en collaboration avec la Fédération des URPS, a élaboré une étude des pôles d'attraction des médecins spécialistes libéraux puis des bassins de patientèle des centres hospitaliers afin d'identifier, de manière objective, les territoires qui pourraient correspondre à des territoires de CPTS. En se basant sur une logique de flux et de parcours, la cartographie qui a résulté de ce travail a permis de rendre compte de territoires par ailleurs cohérents avec les habitudes de travail des professionnels de santé. Cette démarche cartographique témoigne d'une part de la volonté de développer une stratégie régionale en matière de déploiement des CPTS, d'autre part du pragmatisme que la région a souhaité promouvoir en matière d'accompagnement des CPTS. C'est la raison pour laquelle, dès l'automne 2016, la Fédération des URPS a souhaité aller au-delà de cette réflexion cartographique en définissant et en expérimentant une méthode d'accompagnement des projets de CPTS et en allant sur les différents territoires de la région pour exposer la plus-value d'une telle organisation. Cette démarche d'information et d'accompagnement à la création, enrichie au fur et à mesure par le retour d'expérience des premières CPTS de la région, a été d'autant plus pertinente qu'elle est fondée sur

l'autonomie des territoires et la confiance dans les professionnels de santé pour définir leurs propres besoins, actions et rythme de travail.

Aujourd'hui, sur les 32 CPTS projetées, 16 sont en fonctionnement dont 12 ayant déjà signé l'Accord Conventionnel Interprofessionnel, 16 autres sont en projet avec des degrés différents d'avancement. Un lien très fort s'est progressivement tissé entre les différentes CPTS de la région et entre CPTS d'un même département, quel que soit leur niveau d'avancement, grâce à plusieurs facteurs : la coordination régionale et les rencontres régionales bi-annuelles, organisées par la Fédération des URPS, pour favoriser le retour d'expérience et renforcer la cohésion entre territoires et professionnels de santé, par le collectif des coordinateurs de CPTS, par les négociations autour de l'ACI et par la création de collectifs départementaux et d'un collectif régional. La crise sanitaire actuelle est venue d'autant plus renforcer ces liens et semble avoir rendu évidente la collaboration des CPTS au niveau départemental et régional, mais également avec les autres acteurs de l'ambulatoire.

Depuis 2019, l'ensemble de ces acteurs, CPTS, FMPS et Fédération des URPS, se sont également investis dans l'accompagnement des équipes de soins primaires, sur le modèle d'ESP-CLAP en région Pays de Loire. La crise sanitaire récente a renforcé le besoin et la légitimité de ce nouveau chantier qui sera lui aussi collectif.

Ces démarches successives conduisent aujourd'hui ces acteurs, qu'ils soient issus directement des territoires (CPTS, MSP-ESP) ou des représentations professionnelles (URPS), à réfléchir ensemble au renforcement de leur collaboration via leur regroupement au sein d'une fédération régionale. En effet, chacun avec leurs particularités, ils accompagnent au quotidien les professionnels de santé dans l'évolution de leur mode d'exercice, avec pour ambition de renforcer l'accès, la coordination des soins, et la qualité de la prise en charge. Réfléchir et partager au sein d'une même structure la réalité de l'exercice de chacun contribuera à mettre en œuvre une politique régionale de santé des plus pertinentes en prenant en considération à la fois les réalités territoriales et professionnelles des acteurs de l'ambulatoire.

Pour construire ce « manifeste » des professionnels de santé de l'ambulatoire de la région, la Fédération des URPS en partenariat avec le collectif régional des CPTS et la Fédération régionale des maisons et pôles de santé, a réalisé une enquête auprès des professionnels de santé afin de voir comment ceux-ci envisageaient la reprise de leur activité et les nécessaires évolutions organisationnelles à envisager suite à la crise sanitaire. Une seconde réflexion propre aux représentants de ces différentes structures (URPS, CPTS et MSP) a permis d'enrichir cette contribution au Plan Ségur.

Nos messages-clés

- **Faire confiance** aux professionnels de santé et aux territoires pour être à l'initiative et mener les actions nécessaires à la bonne organisation des soins ambulatoires et des parcours ;
- Leur laisser l'**autonomie et leur donner les ressources suffisantes** pour s'organiser et ce, dans un cadre souple ;
- **Pérenniser les expérimentations et les organisations** ayant fait leur preuve dans les territoires sans chercher à plaquer un modèle unique ;
- **Accompagner les réorganisations en cours dans le monde ambulatoire et entre les différents secteurs** notamment sur les chantiers suivants :
 - L'organisation de la réponse aux demandes de soins non-programmés dans l'ensemble des professions concernées et en lien avec les services d'urgences dans le cadre de la mise en place du SAS, en s'assurant d'une gouvernance partagée ;
 - La coordination pluriprofessionnelle par la reconnaissance et valorisation du temps et espaces de coordination (ex : équipes de soins primaires, CPTS) et par la mise à disposition d'outils numériques sécurisés, interopérables et construits pour répondre aux besoins du terrain ;
 - La coopération entre les secteurs ambulatoire (1^{er} et 2^{ème} recours), hospitalier (public et privé), médico-social et social en confortant l'existant (lettre de liaison, dispositif d'appui à la coordination, etc.) et en incitant à plus de transversalité ;
 - Le déploiement de la télémédecine dans toutes les professions par un réel soutien technique et financier.
- **Simplifier et rendre plus efficace** la gouvernance territoriale et régionale en limitant les instances et en adoptant une démarche davantage ascendante et compréhensive dans le pilotage des politiques publiques

Des propositions concrètes par pilier du Ségur de la Santé

Pilier n°1 « Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent »

L'évolution des métiers et des compétences en santé

- Conforter le champ de compétences de chaque profession dans le respect du périmètre d'intervention de chacun.
 - Pédicure-podologues : reconnaître l'aspect préventif dans les soins de pédicurie.
 - Diététiciens : création d'actes NGAP conventionnés.
 - Infirmiers de Pratique Avancée (IPA) : accompagner leur déploiement en offrant plus de places de formation si les possibilités de stage de spécialisation en ambulatoire sur les territoires le permettent, mais aussi et surtout, en accompagnant leur projet professionnel en lien avec les autres professionnels de santé du territoire pour favoriser leur implantation et un travail coordonné. Rendre cette formation réellement accessible pour les infirmiers libéraux en les soutenant financièrement (généraliser la prise en charge des frais d'inscription et la compensation pour perte de revenus comme cela se fait par certaines ARS)

- Orthophonistes : créer des actes de prévention et d'accompagnement des aidants (pour limiter l'impact et la chronicisation de certains troubles) dans le cadre de la psycho-éducation.
- Rendre plus simple et effectif l'exercice mixte entre le libéral et l'hospitalier en accompagnant les professionnels et en identifiant les besoins des territoires. Les dispositifs des assistants partagés ou des 400 médecins généralistes sont intéressants mais restrictifs eu égard des critères retenus (uniquement sur la patientèle prise en charge et pas sur la qualité de la prise en charge), et complexes à mettre en œuvre.
- Accompagner et penser le modèle économique de l'intégration dans les pratiques d'une démarche qualité pour toutes les professions : capitaliser sur l'expérience des groupes qualité ou sur la méthodologie du patient traceur, valoriser les groupes d'analyse de pratiques etc.

Développer la formation dans une démarche pluriprofessionnelle et pour consolider l'offre de soins dans tous les territoires

- Promouvoir en formation initiale et continue sur l'apprentissage spécifique de la coopération pluriprofessionnelle et inclure une formation sur les nouvelles formes d'exercice coordonné ;
- Adapter les besoins de formation en fonction des réalités territoriales en ouvrant notamment des formations en d'autres points du territoire régional (pour les chirurgiens-dentistes, la création d'une faculté d'odontologie dans la région CVL) ;
- Généraliser la maîtrise de stage en libéral pour les spécialités autres que la médecine générale et l'ensemble des professions avec une formation et des financements permettant de valoriser ce temps dédié ;
- Accompagner à la mise en place des stages en libéral pour l'ensemble des professions de santé conventionnés tout en donnant la possibilité de découvrir différents types d'exercice (rural/urbain, exercice en groupe/coordonné) ;
- Accompagner à la mise en place des stages en libéral pour l'ensemble des professions de santé conventionnés ; étendre aux zones intermédiaires/sous-dotées du zonage (orthophonistes). Promotion des mesures incitatives de l'avenant 16 à la Convention Nationale des Orthophonistes auprès des professionnels et des centres de formation.
- Promouvoir et développer la formation continue pluriprofessionnelle.

Conforter et reconnaître plus largement le rôle des équipes de soins

- Clarifier le processus de reconnaissance des équipes de soins primaires tout en laissant une grande souplesse dans leur constitution (ex : retour d'expérience en Pays de Loire et Centre Val de Loire sur l'aspect souple de l'accompagnement/validation des ESP) et sans obligation de structuration juridique ;
- Pérenniser/généraliser le financement des ESP : créer et dédier une enveloppe ESP dans l'ACI CPTS (en sus du financement actuel) pour conserver de la souplesse et éviter la création de structure juridique pour les ESP.
- Reconnaître l'investissement et l'apport des professions règlementées dans les exercices coordonnés ;
- Accompagner la mise en place et le fonctionnement des Equipes de soins spécialisés via un financement pérenne dédié

- Généraliser le financement d'une prise en charge collective (forfait sur les parcours, généraliser le financement des réunions de concertations hors MSP, etc.) cf. propositions dans le pilier 4 sur coopération ambulatoire, hospitalier, médico-social.
- Travailler sur l'identification des équipes de soins traitantes (médecin/ infirmier/ pharmacien/ etc.)

Soutenir les territoires en sous-densité médicale et paramédicale

- Travailler davantage sur l'attractivité du secteur ambulatoire ;
 - L'attractivité ne peut se développer qu'avec l'édification et la promotion d'une qualité des soins spécifique en territoire sous dense : responsabilité territoriale, coopération avec les collectivités locales, parcours de soins optimisé par une équipe pluriprofessionnelle.
 - Développer le concept que la qualité des soins n'est pas une performance individuelle d'un professionnel de santé, mais doit devenir la responsabilité et la performance collective d'une équipe médico-socio-hospitalière centrée autour du patient.
- Faciliter la création de cabinets secondaires et les consultations avancées ;
- Réactualiser plus régulièrement les zonages et étendre les zonages à toutes les professions et spécialités ;
- Accompagner de manière similaire ces professions dans les aides à l'installation, accueil des stagiaires etc.
- Aider à l'embauche des assistants médicaux (pérenniser les aides conventionnelles à l'embauche, créer des groupements d'employeurs)
- Indemniser les stagiaires pour leurs déplacements en zones sous-denses et étendre aux zones intermédiaires.

Reconnaitre l'investissement dans l'animation d'un projet de santé

- Questionner/repenser davantage les notions de « manager » ou de « leader » : le fonctionnement des CPTS/MSP n'est ni pyramidal ni hiérarchique malgré l'investissement important de certains professionnels qui ont, de fait, une position d'animation d'équipe (au sein d'un conseil d'administration, en tant que référents d'une profession ou d'une action).
- Cet investissement nécessite néanmoins une juste rémunération du temps dédié et qui prend souvent le pas sur l'activité de soins. Revoir les montants ACI qui ne sont pas aujourd'hui suffisants pour permettre ces rémunérations et accélérer les modifications réglementaires nécessaires à la rémunération des professionnels sur fonds conventionnels.
- Valoriser l'investissement individuel en ESP et CPTS par la généralisation du COSCOM à toutes les professions conventionnées.

Pilier n°2 « Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins »

Les projets et investissements immobiliers en ambulatoire

- Financement de l'immobilier pour des locaux dédiés aux soins non-programmés et aux filières infectieuses/non-infectieuses dans les structures ambulatoires ne permettant pas cette distinction des flux (retour d'expérience du COVID) ;
- Aider financièrement les structures ambulatoires dans la restructuration des locaux sur la distinction des filières et l'équipement nécessaire ;
- Aider financièrement à l'évolution des structures pour inclure les infirmières Asalée, IPA, assistants médicaux, internes/accueil de stagiaires, collaborateurs, la réalisation de consultations avancées, coordinateurs etc. Aider les MSP et toutes les structures qui ne sont pas calibrées pour accueillir l'ensemble de ces professionnels.

Penser des modèles de financement complémentaires et non-substitutifs au paiement à l'acte

- Financement/rémunération au parcours, enveloppe partagée entre les professionnels de santé de l'ambulatoire.
- Plus d'autonomie et de souplesse sur les financements expérimentaux, à l'opposé de ce qui se fait actuellement avec le financement article 51 LFSS. Dédier des enveloppes pour les CPTS et les MSP pour qu'elles mènent des projets expérimentaux.
- Renforcer le forfait structure pour inclure les frais d'investissement en matériel de protection et le généraliser à l'ensemble des professions conventionnées.
- Elargir la possibilité de signer les contrats liés à l'implication dans une démarche de coordination (ex : type COSCOM) à l'ensemble des professions de santé conventionnées.
- Augmenter les enveloppes ACI CPTS et MSP pour inclure les frais associés à l'investissement en matériel de télémédecine.
- Formaliser le financement du temps de coordination (ou les staffs) autour des patients dans le cadre des ESP/CPTS/MSP (ACI ou rémunération conventionnelle par profession? Cf. ci-dessus) ou revalorisation de l'acte
- Reconnaître, valoriser et financer de manière pérenne les groupes de pairs mono et pluriprofessionnels développant une démarche qualité.
- Revaloriser les honoraires liés à la maîtrise de stage en médecine générale et dans les autres spécialités ;
- Valoriser financièrement les autres professionnels de santé maîtres de stage en libéral.

Investissement sur le numérique et la télémédecine

- Accompagner les équipes dans l'évolution numérique, avec le déploiement et la mise en place d'outils adaptés aux besoins des professionnels
- Financer le temps de structuration du volet de synthèse médical qu'elle soit assurée par les médecins eux-mêmes ou par du personnel administratif

- Accompagner financièrement les professionnels de santé libéraux dans la migration vers des logiciels métiers pluriprofessionnels
- Accélérer le déploiement d'e-Parcours notamment sur les outils suivants : outil de coordination centré patient, agendas partagés, MSS, DMP...
- Le déploiement des outils numériques doit s'accompagner d'une accélération de la couverture numérique des territoire (4G, 5G...), les zones blanches étant encore trop nombreuses...
- Accompagner financièrement les professionnels de santé à s'équiper et à se former à l'utilisation des outils numériques.
- Création d'actes en télésoin, télé-expertise, télé-assistance pour d'autres professions de santé (orthophonie, diététicien, etc.).

Pilier n°3 « Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes »

Gagner du temps de soin par la simplification administrative

- Faire de la simplification administrative une priorité pour donner du temps aux soignants : exemple du dossier administratif médical « unique » (ex : VMS en incluant les troubles cognitifs et le degré de dépendance) et/ou unification des formulaires médicaux/médico-sociaux
- Simplifier la nomenclature des actes ;
- Simplifier la gestion administrative du cabinet pour une meilleure organisation des secrétariats (formation, renforts humains, simplification des démarches d'embauche etc.).
- Elargir l'embauche des assistants médicaux à temps plein pour chaque médecin même dans les territoires non déficitaires
- Centralisation des différentes caisses
- Simplification et garantie du paiement en tiers-payant
- Mise en place d'une aide conventionnelle pour les SISA pour le recrutement de l'assistant médical

Pilier n°4 « Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers »

Renforcer et accélérer la coopération entre l'ambulatoire, l'hospitalier et les secteurs médico-sociaux et sociaux

- Inciter les hôpitaux et les cliniques à s'investir dans la coordination avec l'ambulatoire, à consacrer du temps à la structuration et communication des informations nécessaires au suivi/parcours du patient.
- Inciter les professionnels libéraux à s'investir dans la coordination avec le secteur hospitalier
 - Création de nouveaux actes NGAP pour valoriser les visites du patient à l'hôpital avant sa sortie et la participation aux RCP.
 - Financer la participation des équipes de soins primaires aux staffs hospitaliers, à des formations communes ville-hôpital.

- Organiser les admissions directes dans les services et les sorties des établissements de santé publics et privés.
- Faire en sorte que les admissions directes deviennent la règle pour les patients chroniques, polyopathologiques ou fragiles.
 - Identifier dans chaque service ou en inter-service des personnes en charge de la coordination du parcours au sein de l'établissement et faisant le lien avec l'équipe de soins traitante du patient
 - Généraliser la messagerie sécurisée et inciter à son utilisation
 - Généraliser les outils numériques de partage/transmission d'informations et les rendre interopérables au sein d'une même région
 - Généraliser les lignes directes/annuaire dans chaque service à destination des équipes soignantes
- Les CPTS doivent être reconnues comme l'interlocuteur ambulatoire de l'hôpital, des cliniques, du médico-social et de l'ensemble des acteurs et être représentées dans les instances territoriales (Conseil territorial de santé, PTSM, etc.) ;
- Favoriser l'outil pour la téléconsultation entre EHPAD et médecin traitant
- Travailler les projets d'hôpitaux de proximité en étroite collaboration avec les CPTS ;
- Développer et faciliter le portage commun (établissements de santé/ambulatoire, médico-social et social) d'actions de santé publique communes ;
- Développer les postes d'assistants partagés dans toutes les spécialités entre la ville et les établissements de santé et accompagner financièrement ces postes pour les structures ambulatoires au-delà du coût salarial (secrétariat, équipement...);
- Conforter les missions et la place des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) et éviter de créer de nouveaux doublons, en subsidiarité et à l'interface entre les différents secteurs.

Les outils numériques au service de ces coopérations

- Développer et financer les outils de coordination centrés patient et les agendas partagés, en faire une priorité dans e-Parcours ;
- Généraliser et pérenniser les réseaux sociaux des professionnels de santé (expérimentation d'e-CPTS en région CVL) ;
- Intégrer des outils de gestion de projet au réseau social nécessaires aux coordinateurs et porteurs de projet ;
- S'assurer que les choix d'outils soient partagés au niveau régional et confortés dans chaque secteur (ambulatoire, établissements de santé privés et publics, médico-social) avec une incitation à les rendre interopérables avec les systèmes d'information de chaque acteur.

Développer les usages de la télésanté (télé médecine et télésoin) pour réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins et les délais de prise en charge

- Développer la téléconsultation assistée (en particulier au domicile des patients à autonomie réduite), la téléexpertise et le télésuivi (prolonger/pérenniser les dérogations obtenues pendant l'état d'urgence sanitaire)
- Disposer d'outils simples proposant une réelle interopérabilité avec les logiciels métiers et les outils numériques socles (MSS, DMP...);

- Revaloriser ou donner les moyens aux professionnels de santé de s'équiper pour la réalisation d'actes de télémedecine ;
- Conforter et pérenniser le cadre de la rémunération des actes de télémedecine et l'étendre aux consultations téléphoniques (médecins) et au conseil téléphonique (médecins, chirurgiens-dentistes...) comme cela a pu par exemple être le cas pendant le COVID.
- Elargir la possibilité aux professionnels de santé conventionnés de pouvoir pratiquer la télémedecine quand elle est possible et prévoir les rémunérations correspondantes quand elles n'existent pas, les revaloriser quand elles existent (ex: téléexpertise) ;
- Remboursement intégral par l'assurance maladie obligatoire de la téléconsultation ;
- Accompagner les professionnels de santé dans l'usage de la télémedecine (formation...) ;
- Accompagner davantage la téléconsultation en EHPAD (infirmiers, dentistes et médecins) avec une cotation spécifique pour éviter les déplacements inutiles mais également permettre une démarche préventive (exemple de l'hygiène dentaire où le trio médecin-infirmier-dentiste peut être mis en œuvre)
- Accélérer la couverture haut débit à l'ensemble des territoires mais également amélioration du réseau téléphonique dans les zones rurales

Organisation de la réponse à la demande de soins non programmés et du SAS pour une réponse adaptée

- Organisation de la réponse aux demandes de soins non programmés en respectant la structuration et les échelons territoriaux suivants :
 - En premier lieu, les médecins traitants et les exercices coordonnés (ESP et MSP) ;
 - Les CPTS dans le cadre d'une organisation territoriale complémentaire aux cabinets et structures ;
 - Le service d'accès aux soins (SAS) au niveau départemental ou supra-départemental : sollicité soit parce qu'il s'agit du secours/urgence immédiate soit parce qu'il n'y a pas de réponses en ville. Le SAS doit s'appuyer sur l'existant et donc renvoyer, pour l'ambulatoire, vers les organisations existantes type CPTS.
- Garantir l'autonomie des professionnels de santé et des structures d'exercice coordonné pour organiser cette réponse et penser la gouvernance des SAS comme devant être équilibrée entre les acteurs ;
- Mise en place d'une régulation libérale des demandes de soins non programmées en journée s'appuyant sur un numéro d'appel spécifique, un agenda voire un secrétariat partagé (en fonction des besoins/des territoires) que ce soit en médecine ou pour d'autres professions :
 - Chirurgiens-dentistes : organisations départementales existantes le weekend et étendues, pendant le COVID, à la semaine qui pourraient être généralisées mais nécessitent d'être financées.
 - Masseurs-kinésithérapeutes :
 - Faciliter la mise en place d'organisations locales/départementales de SNP pour certains types de pathologies comme la kiné respiratoire ;
 - Orthophonistes : création de plateformes régionales permettant de préciser et d'orienter les demandes de soins ; développement d'une solution de géolocalisation pour mieux orienter les patients dans certaines zones et créer un dynamisme de réponse à la demande de soins ; développement d'une solution d'adressage des patients à leur sortie d'hôpital (solution de géolocalisation).
 - Pédicures-podologues

- Capitaliser sur l'expérience des services d'urgences podologiques mis en place pendant la crise et qui pourraient être pérennisés. Ex : SUP de soins à domicile.
 - Sages-femmes
 - Dans le cadre de la disparition progressive du PRADO Maternité => organisation territoriale pour les sorties précoces mais nécessite un système similaire d'astreinte
- Elargir la réflexion sur les soins non-programmés aux autres professions concernées en adaptant les organisations à chaque profession et aux territoires : chirurgiens-dentistes, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes ;
- Réfléchir à l'organisation des SNP en termes de filière infectieuse/non infectieuse ;
- Consolider le financement de l'organisation des soins non programmés et rémunérer les professionnels de santé investis (création/valorisation d'un acte spécifique et/ou paiement des astreintes);
- Associer les médecins d'autres spécialités à cette réponse: exemple mise en place d'une liste de référents par spécialité pour répondre aux demandes des confrères en urgence, mise à disposition d'agendas partagés, etc.
- Renforcer les données de santé partagées entre SAU et médecine ambulatoire : rendre effectif la transmission automatique des données de passage au SAU au médecin traitant (par voie téléphonique, courrier, messagerie sécurisée, outil de partage en temps réel...).

Organisation de la permanence des soins ambulatoires

- La PDSA se base sur du volontariat et ne doit pas être en charge de répondre aux demandes de SNP ;
- Renforcer la régulation libérale en développant la possibilité de faire de la télérégulation, en réévaluant le niveau de rémunération des régulateurs, en étendant celle-ci au samedi matin, en facilitant la formation des médecins régulateurs libéraux ;
- L'effectif fixe doit être supprimée en semaine et le weekend après 20H (hors secteurs SOS ou organisation équivalente ou volonté d'un nombre suffisant d'effecteurs du secteur permettant le maintien d'une organisation pérenne). Son niveau de rémunération doit être réévalué et elle doit être étendue au samedi matin.
- Organisation d'une effectif mobile si besoin réel de maintenir une effectif de médecine générale après 20h00 et/ou en visite à domicile le week-end.
- Organiser une communication à la population sur le recours à l'offre de soins.

Pour une meilleure organisation générale de l'offre de soins, un meilleur pilotage des politiques publiques

- Respecter les particularités de chaque territoire dans les modes de coordination entre acteurs de la santé ;
- Les relations avec les ARS et les caisses primaires d'Assurance Maladie fonctionnent dès lors qu'elles sont fondées sur la confiance et une réelle démarche d'accompagnement. Les logiques d'instruction doivent laisser place à une posture d'appui/d'accompagnement qui nécessite une meilleure (re)connaissance du monde ambulatoire, une compréhension des enjeux qui lui sont propres et des réalités (très diverses) de terrain ;
- Accompagner financièrement et laisser l'autonomie aux professionnels de santé de l'ambulatoire et à leurs représentants pour organiser l'offre régionale de soins ambulatoires ;

- Alléger le nombre d'instances régionales et territoriales de coordination/de pilotage (CTS, PTSM, CLSM, CRSA, etc.). Simplifier et rendre davantage opérante et réactive la gouvernance régionale et territoriale en limitant le nombre d'instances et en privilégiant des modes de travail en commun (concrets et ancrés dans les territoires) plutôt qu'une démultiplication de structures/instances etc. Eviter les doublons en renforçant la communication, le retour d'expériences et la connaissance du terrain (cf. supra pour ARS).

Communiquer auprès des usagers et les associer pour un meilleur recours et accès aux soins

- Rappeler le rôle de chaque professionnel dans le parcours de soins et le recours à ceux-ci (ex: PDSA...) par le biais d'une communication commune associant les pouvoirs publics et les usagers ;
- Inviter les usagers à contribuer aux réflexions et à l'organisation des actions en santé portées par les professionnels de santé (accès aux soins, prévention...) ;
- Conforter l'utilisateur en tant qu'acteur de son parcours de soins ;
- Généraliser des actions prenant en compte l'expérience des usagers telles que la méthode du patient traceur ;
- S'assurer d'une bonne représentativité des usagers au sein des différentes instances.