

I. Commission « Accès aux Professionnels de Santé »

APS : ACCÈS AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ



1. Responsable de la commission

Dr TRYNISZEWSKI Frédéric, médecin généraliste libéral et Président de la CPTS MA.

2. Objectifs de la commission

Action 01 : maintenir le dispositif d'aide à la recherche de médecin traitant.

Action 02 : mettre en place une démarche individualisée à destination des médecins généralistes et spécialistes partant à la retraite.

Action 05 : développer une consultation d'accès aux soins pour les patients les plus vulnérables (C2S, ALD, +70 ans) afin de leur permettre de disposer d'un MT : mise en œuvre.

Action 06 : évaluer les freins à la mise en œuvre du protocole national dans le cadre des binômes médecin traitant – soignant référent.

Action 07 : organiser l'accès direct aux orthophonistes adhérents à la CPTS selon les textes en vigueur.

Action 08 : identifier les leviers permettant d'offrir un accès aux soins à domicile, dans les cas le justifiant, dans le domaine de la médecine et de la masso-kinésithérapie.

Action 09 : réduction du % de patients sans médecin traitant pour les patients en ALD.

3. Dates des réunions

GROUPE 1 – mettre en place une démarche individualisée à destination des médecins généralistes et spécialistes partant à la retraite :

- le 18/03 de 20h00 à 21h00,
- le 17/09 de 19h45 à 21h45,
- le 26/11 de 20h00 à 21h15.

GROUPE 2 – évaluer les freins à la mise en œuvre du protocole national dans le cadre des binômes médecin traitant – soignant référent :

- le 02/01 de 19h30 à 21h30.

GROUPE 3 – organiser l'accès direct aux orthophonistes adhérents à la CPTS selon les textes en vigueur :

- le 29/05 de 19h30 à 21h15.

GROUPE 4 – identifier les leviers permettant d'offrir un accès aux soins à domicile, dans les cas le justifiant, dans le domaine de la médecine et de la masso-kinésithérapie :

- le 21/10 de 20h00 à 21h30.

4. Rapport d'activité

MAINTENIR LE DISPOSITIF D'AIDE A LA RECHERCHE DE MEDECIN TRAITANT

Résultat à obtenir :

- **Action 01** : mise à jour de la liste anonymisée des médecins généralistes acceptant de nouveaux patients, nombre de demandes traitées par la CPTS [7 500€ part variable]

La mise à jour du listing des médecins généralistes acceptant de nouveaux patients a été réalisée par deux salariées de la CPTS Mulhouse Agglomération : Marie SIMET – chargée de mission prévention en janvier 2024, et Eva ZATTI – assistante administrative en janvier et juillet 2024.

Elles ont contacté par téléphone l'ensemble des médecins généralistes de l'agglomération mulhousienne pour leur demander s'ils acceptaient des nouveaux patients et s'ils assuraient des visites à domicile.

Les derniers résultats sont les suivants :

MÉDECINS TRAITANTS	
Nombre de MG pouvant être MT à Mulhouse	60
Nombre de MG à Mulhouse acceptant des nouveaux patients en tant que MT	3
Nombre de MG à Mulhouse se déplaçant à domicile	1
Nombre de MG M2A pouvant être MT hors Mulhouse	100
Nombre de MG M2A hors Mulhouse acceptant des nouveaux patients en tant que MT	12
Nombre de MG M2A hors Mulhouse se déplaçant à domicile	6
Nombre total de MG pouvant être MT (Mulhouse et hors Mulhouse) en activité	160
Nombre total de MG (Mulhouse et hors Mulhouse) acceptant des nouveaux patients en tant que MT	15
Nombre total de MG (Mulhouse et hors Mulhouse) se déplaçant à domicile	7

La liste anonymisée des médecins généralistes de l'agglomération mulhousienne acceptant de nouveaux patients en tant que médecin traitant est présente en **annexe 1**.

La CPTS Mulhouse Agglomération aide les patients de l'agglomération mulhousienne à trouver un médecin traitant grâce à un formulaire de demande figurant sur la page d'accueil de son site internet : <https://www.cpts-mulhouse-agglo.fr/formulaire-de-contact-de-demande-de-medecin-traitant/>.

Ce formulaire est à compléter par le patient (ou par un aidant du patient).

Les informations sont directement transmises au télésecrétariat « CADUCEE OFFICE », mis en place depuis la fin de l'année dernière, qui traite ces demandes en se référant au fichier des médecins généralistes acceptant encore de nouveaux patients en tant que médecin traitant, que la CPTS MA met à jour deux fois par an.

Le télésecrétariat opère également une permanence téléphonique de 09h00 à 12h00 et de 13h30 à 18h00 du lundi au vendredi.

L'assistante administrative reçoit encore des appels de patients de l'agglomération mulhousienne qui sont à la recherche de médecin traitant : elle les redirige en indiquant le formulaire disponible sur notre site internet ou en donnant directement le numéro de téléphone du télésecrétariat.

Au 28 novembre 2024, ce télésecrétariat a orienté les patients de l'agglomération mulhousienne ayant pris contact avec eux, soit 2010 patients. Parmi ces 2010 patients, le télésecrétariat a orienté 670 patients en ALD sans MT.

La liste anonymisée des patients de l'agglomération mulhousienne ayant été orientés vers un médecin traitant grâce au télésecrétariat est présente en [annexe 2](#).

METTRE EN PLACE UNE DEMARCHE INDIVIDUALISEE A DESTINATION DES MEDECINS GENERALISTES ET SPECIALISTES PARTANT A LA RETRAITE

Résultat à obtenir :

- **Action 02** : synthèse du questionnaire auprès des médecins, production d'une note à destination des médecins partant à la retraite, description de l'accompagnement individualisé et nombre de médecins accompagnés **[7 500€ part variable]**

En début d'année, le groupe a revu légèrement le questionnaire [\(annexe 3\)](#) et a produit une présentation de la démarche [\(annexe 4\)](#), en vue de sa diffusion. Cela a été réalisé en mai 2024, via les canaux suivants : liste de médecins adhérents de la CPTS MA, URPS de Médecins Libéraux et Ordre des Médecins. Deux relances ont été faites : via la lettre d'information de la CPTS MA en juin, et via une campagne mail spécifique en septembre.

Ces communications ont permis de récolter 15 réponses, parmi lesquelles 11 médecins ont indiqué envisager de partir à la retraite dans les deux ans à venir. La moitié des médecins ayant répondu au questionnaire ne sait pas si elle va poursuivre une activité médicale et pour ceux qui comptent poursuivre, il s'agira d'une activité libérale. Les résultats complets anonymisés figurent en [annexe 5](#).

Voici l'accompagnement proposé :

Faciliter la poursuite de l'activité libérale

Il est proposé d'orienter les médecins vers des cabinets de groupe, avec possibilité d'intégrer une activité à temps partiel en association avec les médecins en place. Il resterait à gérer le problème éventuel du coût des droits d'entrée en association par rapport à une activité volontairement réduite.

Il est également possible de proposer une activité médicale au sein du centre de santé CASAM, qui recherche régulièrement des médecins.

Point de vigilance : ces propositions ne résolvent pas le problème d'un nombre non négligeable de patients demeurant sans médecin traitant lors de la transition de leur médecin vers une activité à temps partiel. Toutefois, en regard de la population totale de patients du territoire, cela reste avantageux par rapport à une cessation d'activité totale.

Apport d'un soutien administratif par la CPTS MA

Nous proposons l'élaboration d'une fiche synthétique disponible sur le site de la CPTS MA listant :

- Les démarches administratives à mettre en œuvre auprès des différents organismes, ainsi que les délais de préavis pour les différentes démarches.

- Les obligations légales du médecin.
- Les informations à transmettre aux patients (notamment : transmission des dossiers médicaux).
- Les diverses solutions et leurs modalités, pour continuer une activité partielle.

Apport de réponses individualisées

Etant donné le faible nombre de réponses obtenues, nous nous sommes orientés vers la possibilité d'apporter une réponse de façon individualisée à chaque médecin répondeur, après un contact par mail ou téléphone.

Un renvoi annuel du questionnaire semble pertinent, malgré le faible nombre de réponses obtenues.

A ce jour, aucun médecin n'a encore pu être accompagné.

DEVELOPPER UNE CONSULTATION D'ACCES AUX SOINS POUR LES PATIENTS LES PLUS VULNERABLES AFIN DE LEUR PERMETTRE DE DISPOSER D'UN MT : MISE EN ŒUVRE

Résultat à obtenir :

- **Action 05** : tout document attestant de l'implication de la CPTS dans la mise en œuvre du développement de la consultation d'accès aux soins (CR, émargements...) à l'exclusion de l'accompagnement par le consultant [3 000€ part variable] **(annexe 6, 7, 8, 9 et 10)**



Comme dans beaucoup de territoires en France, la Ville de Mulhouse et son agglomération sont confrontées à une importante vague de départ à la retraite des médecins généralistes, non compensée par de nouvelles installations. Ceci a pour corollaire l'augmentation du nombre de patients sans médecin traitant dans l'agglomération.

Au 22/11/2024 Données CPAM	Nb personnes de 17 ans et +	Nb total de patients sans MT	Nb de patients en ALD sans MT	Nb de patients non ALD sans MT
Ville de Mulhouse seule	92 360	18 918 soit 20%	1 088	17 830
Toute l'Agglomération mulhousienne	222 000	33 286 soit 15%	2 115	31 171

Depuis fin 2022, la CPTS Mulhouse Agglomération est engagée dans un projet d'ouverture de consultation d'accès aux soins, à l'instar de consultations de même type ouvertes dans d'autres départements. Ce projet est appuyé, depuis le début des réflexions, par l'ARS Grand-Est, la Ville de Mulhouse et la CPAM du Haut-Rhin.

Le principe est de proposer aux patients sans MT – jusqu'à ce qu'ils retrouvent un médecin traitant – les consultations nécessaires dans le cadre de leur pathologie. Ces consultations sont réalisées dans un centre de santé qui peut endosser temporairement la fonction de médecin traitant.

L'année 2023 avait permis de réaliser une étude de faisabilité avec l'aide d'un cabinet de conseil mandaté par l'ARS. Cette démarche a abouti à la validation de la faisabilité du projet, notamment du point de vue économique et financier.

Pour mettre en œuvre concrètement le projet, ont été proposés plusieurs modes d'organisation juridique pour la structure portant le centre de santé. Parmi ces propositions, il a semblé que seul le format associatif était possible pour les acteurs de notre territoire. La CPTS MA a demandé que soit privilégié le format associatif regroupant des personnes morales, afin que la CPTS MA puisse être présente dans les membres fondateurs de cette association loi 1908.

Le Conseil d'Administration de la CPTS MA a donné mandat le 28 novembre 2023 au Président de la CPTS MA pour mener les discussions en vue de créer cette association loi 1908, en compagnie des personnes morales intéressées.

Après la confirmation (début 2024) de la possibilité juridique pour la CPTS MA d'être membre du Conseil d'Administration de cette nouvelle structure, a été entamée la recherche de partenaires pour créer l'association porteuse. Cette recherche fut laborieuse mais a abouti à la rédaction des statuts par la CPTS MA et la constitution de l'association CASAM (Consultation d'Accès aux Soins dans l'Agglomération Mulhousienne) le 3 juillet 2024.

Les étapes se sont enchaînées ensuite très rapidement, sous la direction de la CPTS MA chargée par le bureau de l'association CASAM de la mise en œuvre opérationnelle du centre de santé, puis de la gestion au quotidien :

- Dès mars 2024 ; recherche de 5 médecins séniors souhaitant s'engager dans le projet puis formation à la maîtrise de stage d'interne en septembre 2024.
- En août 2024 ; projet de santé du centre validée par l'ARS Grand-Est.
- En septembre 2024 ; accord par la faculté de médecine de Strasbourg de 5 terrains de stage d'internes en médecine générale au futur centre de santé CASAM (1 interne par jour) et validation par le CA de l'association CASAM de la viabilité économique et de la date d'ouverture du centre de santé.
- En octobre 2024 ; choix du comptable et du responsable de la gestion sociale de l'association, recrutement du personnel, définition de l'organisation avec les médecins séniors, acquisition et installation du matériel, installation des locaux du centre, agrément du centre avec la CPAM, ouverture d'une ligne de trésorerie à la banque.
- Le 4 novembre 2024 ; ouverture au public du centre de santé, gestion des internes, formations séniors/internes à l'utilisation des logiciels.



Ce planning très contraint n'aurait pas pu être tenu sans l'engagement fort de l'ARS Grand-Est et de la CPAM du Haut-Rhin. Le consultant mandaté par l'ARS a rédigé le projet de santé et apporté son appui pour l'agrément par la CPAM, l'obtention des cartes CPS et la réalisation de projections financières ayant permis d'obtenir le prêt auprès de la banque. L'ARS a également apporté son appui lors des discussions avec la faculté de médecine.

Comme prévu dans le projet de santé du centre, la CPTS MA assure la coordination complète du centre de santé et rend compte régulièrement au bureau de l'association CASAM :

- Gestion de l'offre de soins du centre de santé.
- Gestion des ressources médicales ; recrutement, planning d'intervention, interface avec les médecins du centre de santé, paye, gestion des plannings.
- Coordination avec les acteurs locaux ; ARS DT68, CPAM68.
- Animation du projet de santé.
- Gestion des rapports d'activité du centre de santé ; déclaration annuelle des indicateurs d'activité du centre de santé (Accord national, plateforme nationale de l'ATIH).
- Développement partenarial ; coordination avec les acteurs locaux et les potentiels partenaires du centre de santé (SAS, Centre Hospitalier, professionnels de santé libéraux...).

La CPTS Mulhouse Agglomération assure également le suivi et la gestion de l'association CASAM. Comme demandé par l'ARS Grand-Est, aucun flux financier n'existe entre l'association CPTS MA et l'association CASAM.

Néanmoins, le personnel et le bureau de la CPTS MA ont été fortement sollicités pour la mise en œuvre de ce projet et poursuivront leur engagement en 2025 pour le maintien de ce dispositif.

Comme prévu dans le projet de santé validé par l'ARS Grand-Est, l'organisation du centre de santé CASAM est la suivante :

- Ouverture du lundi au vendredi de 8h à 18h.
- Un interne SASPAS présent tous les jours de 8h à 16h, pouvant joindre à tout moment le médecin sénior MSU qui l'encadre.
- Un sénior présent sur place au centre de 13h à 17h pour des consultations et le debriefing de l'interne.
- Une assistante médicale présente tous les jours de 8h à 16h.
- Une prise de rendez-vous pour les patients soit via MAIIA, soit par téléphone (secrétariat téléphonique déporté de 8h à 9h tous les jours), soit lors de sa consultation.
- Une activité cible de 30 consultations par jour.

Au 4 décembre 2024, après un mois d'ouverture, le centre de santé poursuit son activité sur la base d'une organisation qui se rode progressivement.

Sur un mois, 334 consultations ont été assurées sur 20 jours d'ouverture.

2025 permettra d'asseoir l'activité du centre, de chercher d'autres médecins séniors pour accroître l'activité du centre et la possibilité d'accepter des patients temporairement en tant que médecin traitant et de créer si possible, en lien avec les associations et la ville, des activités de prévention dans le centre.

EVALUER LES FREINS A LA MISE EN ŒUVRE DU PROTOCOLE NATIONAL DANS LE CADRE DES BINOMES MEDECIN TRAITANT – SOIGNANT REFERENT

Résultat à obtenir :

- **Action 06** : rapport d'évaluation [2 000€ part variable]

L'année dernière, nous avons réussi à constituer 3 trinômes médecin traitant – infirmier(ère) – patient(e) dans le cadre du protocole de coopération entre médecins et infirmiers pour la prise en charge à domicile des patients âgés ou en situation de handicap et en difficulté pour se déplacer aux cabinets des médecins. Malheureusement ces équipes n'ont pas pu aboutir en raison de l'hospitalisation ou du décès des patients.

Nous avons donc relancé en 2024 la recherche de patient(e)s, infirmier(ère)s et médecins susceptibles d'intégrer le protocole. Cette recherche a été vaine. En effet, certaines contraintes ont largement freiné la mise en œuvre du protocole :

- Conditions d'exclusion / inclusion très strictes.
- Formation des professionnels de santé très longue.
- Non rémunération puis faible rémunération du protocole.

Conditions d'exclusion et d'inclusion très strictes

Le critère d'inclusion « le médecin s'est déplacé au moins 3 fois au domicile l'année précédente et/ou ayant un score modifié < 1 pour les déplacements sur l'échelle » est très compliqué à remplir. En effet sur notre territoire, rares sont les médecins pratiquant encore des visites à domicile, voire pas du tout pour les nouveaux praticiens s'installant sur le territoire. Lorsque c'est le cas, les visites sont programmées au minimum 2 à 3 semaines à l'avance et sont de toute façon peu nombreuses (2 à 3 par an maximum).

Le critère de non-inclusion « Patient dont l'état de dépendance a nécessité ou nécessite la mise en place d'une Démarche de Soins Infirmiers (DSI) ou d'un Bilan de Soins Infirmiers (BSI) » est également complexe. De nombreux patients ne pouvant plus se déplacer aux cabinets des médecins ont justement bénéficié d'un BSI, pour donner un peu plus de latitude aux infirmiers. Or, à notre sens, le BSI n'est pas incompatible mais bien complémentaire à un suivi dans le cadre de ce protocole. Il s'agit d'une évaluation à un instant T, alors que le protocole de coopération permet un suivi régulier du patient et de ses pathologies.

Formation des professionnels de santé très longue et complexe à mettre en œuvre

Le protocole de coopération requiert les formations suivantes :

- 2 demi-journées théoriques pour présenter le protocole et son fonctionnement (délégués et délégants).
- 2 demi-journées de visite à domicile par un médecin délégant auprès de patients éligibles au protocole (par les délégants pour les délégués).
- 60h pour toutes les 11 délégations (par les délégants, pour les délégués). À noter que la validation de la formation relative aux 9 premières dérogations est un préalable à la mise en œuvre du protocole. La validation des deux autres modules de formation sur la prise en charge d'une décompensation modérée d'insuffisance cardiaque et sur l'adaptation des AVK peut

Intervenir par la suite si les premiers patients pris en charge ne sont pas concernés par ces pathologies et traitements.

- Maintien des compétences ; il est assuré par la prise en charge minimale de 2 à 3 patients la première année, avec montée en charge les années suivantes, par délégué et par les actions de formation complémentaires décidées lors des réunions de révision des dossiers.

Ainsi, le démarrage du protocole nécessite minimum 1 jour de formation théorique, 44h de formation théorique spécifiques aux dérogations et 1 journée de formation pratique. Tous ces temps requièrent à la fois la participation de l'infirmier et du médecin.

Outre le volume horaire important requis et les difficultés à réunir les binômes sur ces temps, se posent d'autres soucis. La formation pratique est quasiment impossible à mettre en place, car comme indiqué précédemment, peu de médecins font encore de la visite à domicile et peu de patients sont éligibles au protocole. Réaliser 2 demi-journées de visite réunissant ces conditions est donc très complexe (et même si les patients incluables existaient, les combiner sur des demi-journées de visites pourrait ne pas être opportun et cohérent pour le médecin et le patient).

De plus, le maintien des compétences impose que chaque binôme prenne en charge minimum 2 à 3 patients la première année. Or nous avons vu que cibler ne serait-ce qu'un patient s'avère compliqué.

La longueur et la complexité de la formation sont donc un vrai frein à la mise en place du protocole. Selon les professionnels du groupe de travail, cela est injustifié car de nombreux contenus de formation sont déjà connus et pratiqués par les délégués.

Non rémunération puis faible rémunération du protocole

Depuis l'arrêté du 6 mai 2024, le protocole est rémunéré via un forfait annuel de 370 € couvrant :

- Les 2 visites annuelles du médecin à hauteur de 60 €.
- Le suivi par l'infirmier à hauteur de 310 € sur une base de 12 visites annuelles, en plus des visites pour des événements intercurrents.

Ce forfait inclut la coordination des professionnels de santé ainsi que les frais de déplacement et peut se cumuler avec les actes médicaux et infirmiers réalisés en dehors du protocole pour un même patient, à l'exception du bilan de soins infirmiers (BSI) et des indemnités de déplacement.

Ce forfait, qui a le mérite d'exister, n'est cependant pas suffisamment motivant pour les professionnels de santé.

Un sujet partagé par de nombreuses CPTS

Une réunion d'échange a été organisée entre une quarantaine de coordinateurs et coordinatrices de CPTS ayant travaillé le protocole ou souhaitant le mettre en place.

Le constat a été rapide et unanime : à ce jour, en raison des difficultés évoquées ci-dessus, aucune CPTS n'est parvenue à appliquer ce protocole de coopération.

À l'issue de la réunion, il a été décidé d'interpeller la FCPTS et l'Assurance Maladie pour leur faire part de ces complexités.

Le compte-rendu de la réunion figure en **annexe 11**, ainsi que les courriers d'interpellation (**annexe 12 et 13**).

La CPTS Mulhouse Agglomération a transmis le courrier par mail le 03/10/2024 à la CPAM du Haut-Rhin.

ORGANISER L'ACCES DIRECT AUX ORTHOPHONISTES ADHERENTS A LA CPTS SELON LES TEXTES EN VIGUEUR

Résultat à obtenir :

- **Action 07** : description des conditions d'accès direct aux orthophonistes membres de la CPTS [5 000€ part variable]

Les conditions de l'accès direct aux orthophonistes sont fixées par l'article 4 de la LOI n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé.

Deux conditions sont à respecter :

- Un bilan initial et un compte-rendu des soins réalisés par l'orthophoniste sont adressés au médecin traitant du patient ainsi qu'à ce dernier et reportés dans le dossier médical partagé de celui-ci.
- L'orthophoniste doit exercer au sein d'une structure de soins (établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés, sociaux et médico-sociaux) ou être membre d'une organisation d'exercice coordonné (ESP, MSP, CDS et CPTS ayant inscrit l'accès direct dans son projet de santé).

Tous les actes de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) sont réalisables en accès direct, même les soins à domicile. Tous les patients peuvent en bénéficier.

Nous avons organisé une réunion avec les différentes parties-prenantes, majoritairement orthophonistes et médecins, dans le but de définir la stratégie de communication de ces conditions sur le territoire.

Plusieurs cibles de communication ont été établies :

- les orthophonistes,
- les autres professionnels de santé,
- les patients.

Concernant les orthophonistes, il a été décidé de réaliser un flyer (**annexe 14**) décrivant les conditions et le fonctionnement de l'accès direct.

Pour les autres professionnels et les patients, une affiche (**annexe 15**) a été élaborée pour être positionnée dans les salles d'attente des professionnels (médecins notamment).

Les informations et les documents de communication concernant l'accès direct ont été diffusées dans la lettre d'information de septembre (**annexe 16**) et figurent sur le site internet de la CPTS MA via le lien ci-dessous :

- <https://www.cpts-mulhouse-agglo.fr/documentation/acces-direct-aux-orthophonistes/>.

IDENTIFIER LES LEVIERS PERMETTANT D'OFFRIR UN ACCES AUX SOINS A DOMICILE, DANS LES CAS LE JUSTIFIANT, DANS LE DOMAINE DE LA MEDECINE ET DE LA MASSO-KINESITHERAPIE

Résultat à obtenir :

- **Action 08** : note de synthèse des réflexions menées et étude de faisabilité [5 000€ part variable]

Afin d'identifier les leviers permettant d'offrir un accès aux soins à domicile dans le domaine de la médecine et de la kinésithérapie, nous avons tout d'abord réuni un groupe de travail (composé de médecins et de kinés) pour élaborer une stratégie. Il a été décidé de tout d'abord réaliser une enquête afin d'obtenir une meilleure représentation des pratiques actuelles au sein de ces professions.

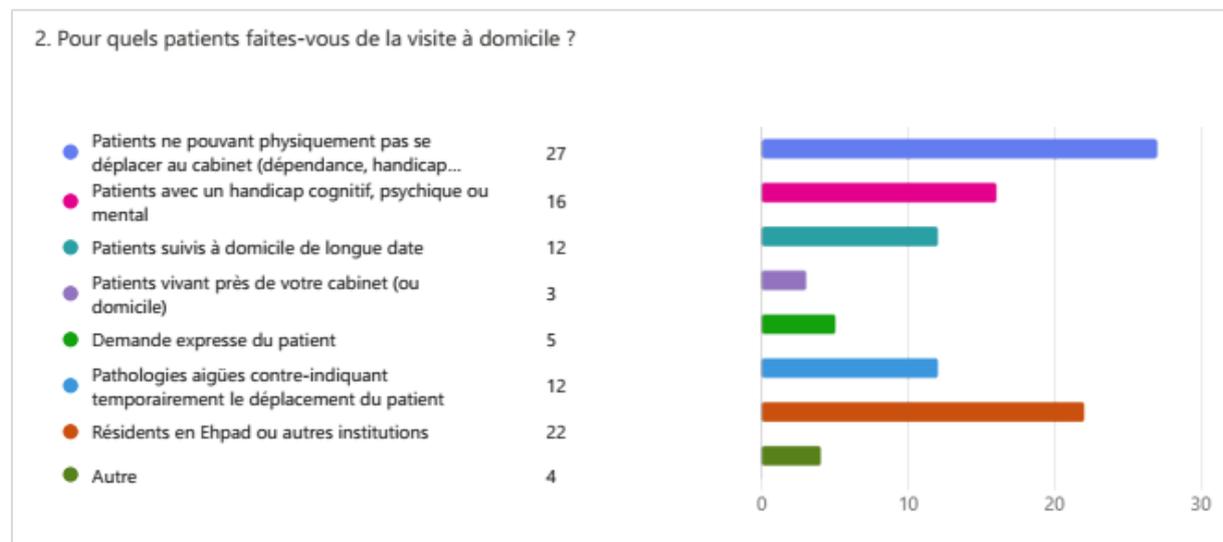
35 médecins généralistes et 26 kinésithérapeutes ont répondu à l'enquête.

Les deux questionnaires figurent en [annexe 17 et 18](#).

Concernant les médecins généralistes

86% indiquent réaliser des visites à domicile (VAD) régulièrement, principalement pour des patients ne pouvant pas se déplacer ou porteur de handicap psychique, mental, cognitif ou encore résidant en EHPAD. 47% des médecins se déplacent une fois par trimestre auprès de leurs patients dépendants, et 37% une fois par mois. En moyenne, une visite dure environ 43 minutes, déplacement compris. Parmi les médecins, réalisant des VAD actuellement, 67% n'acceptent plus de nouveaux patients pour des visites.

La principale motivation de continuer les VAD est de permettre la continuité de la prise en charge des patients ne pouvant pas se déplacer au cabinet. Une grande partie des répondants considère également que la visite à domicile fait partie du métier de médecin généraliste et qu'elle est nécessaire dans certaines situations. En revanche, 67% indiquent ne pas apprécier de devoir assurer des VAD.



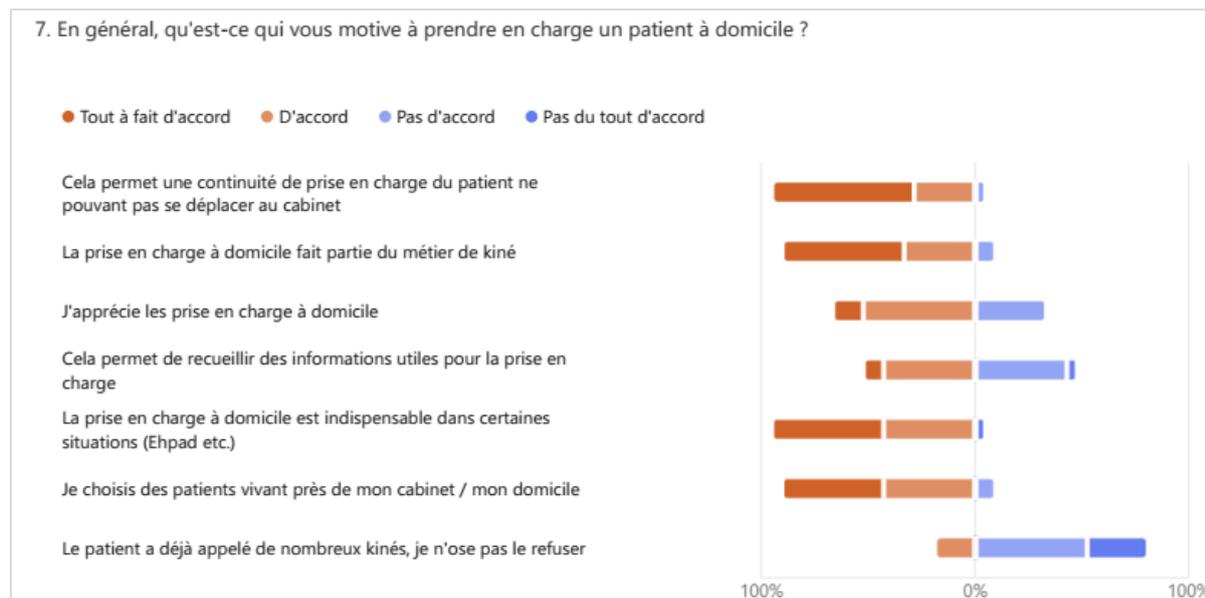
Les freins majeurs au développement des visites, autant chez les médecins réalisant des VAD que chez ceux n'en faisant pas : le manque de temps (91%) et une rémunération insuffisante (100%).

Les leviers potentiels indiqués par les répondants sont le pendant des freins évoqués : une meilleure rémunération des visites (94%) et la mise à disposition d'outils de travail plus adaptés à la VAD (65%).

Concernant les kinésithérapeutes

77% acceptent des patients pour une prise en charge à domicile, majoritairement pour des patients chroniques ou en incapacité de manière temporaire. Près de la moitié des kinés voient plus de patients par semaine à leur domicile (48%), à une fréquence d'environ 2 séances hebdomadaires par patient. Les kinés interrogés indiquent que la durée moyenne de prise en charge est d'environ 30mn.

Les motivations sont nombreuses et quasiment au même niveau : permettre une continuité de prise en charge du patient ; la prise en charge à domicile fait partie du métier ; la prise en charge à domicile est indispensable dans certaines situations (EHPAD, etc...) ; raisons géographiques (acceptation de patients vivant près du cabinet).



Les principaux freins sont la rémunération (100%), une prise en charge jugée moins bonne/efficace à domicile qu'au cabinet (77%) et des ordonnances mal libellées ne permettent ni une bonne prise en charge, ni une bonne rémunération (73%).

Ainsi, les leviers potentiels consisteraient en une meilleure incitation financière (100%), la promotion de la prise en charge à domicile dans les IFMK (81%), une organisation coordonnée des kinés entre eux pour une meilleure sectorisation (73%) ainsi que des ordonnances plus précises et complètes de la part des médecins (70%).

Etude de faisabilité

La CPTS, à son niveau, n'a pas la possibilité d'intervenir sur la rémunération des visites à domicile. Ceci entre dans le cadre des négociations conventionnelles. Il est également très complexe de contrecarrer le manque de temps des soignants, en tout cas de manière suffisante pour dégager du temps pour prendre en charge les nombreux patients qui auraient besoin de visite à domicile. Les seuls leviers qui pourraient être éventuellement approfondis sont :

- Pour les médecins : la mise à disposition d'outils de travail plus adaptés à la VAD. En effet, ce point pourrait rentrer dans la cadre de la mission optionnelle « Soutien aux professionnels de santé » des CPTS.
- Pour les kinés : des ordonnances plus précises et complètes de la part des médecins. Cet item pourrait correspondre à la mission optionnelle « Qualité et pertinence des soins ».

REDUCTION DU % DE PATIENTS SANS MEDECIN TRAITANT POUR LES PATIENTS EN ALD

Résultat à obtenir :

- **Action 09** : < 6,32% Requête CPAM – Source BDO du 29/12/2023 [5 000€ part variable]

Donnée à apporter par la CPAM.

5. Indicateurs contractuels

Action	Indicateurs	Part variable	Pièces justificatives concernant l'indicateur
1	Maintenir le dispositif d'aide à la recherche de médecin traitant	7500	Mise à jour de la liste anonymisée des médecins généralistes acceptant de nouveaux patients Nombre de demandes traitées par la CPTS
2	Mettre en place une démarche individualisée à destination des médecins généralistes et spécialistes partant à la retraite	7500	Synthèse du questionnaire auprès des médecins Production d'une note à destination des médecins partant à la retraite Description de l'accompagnement individualisé et nombre de médecins accompagnés
5	Développer une consultation d'accès aux soins pour les patients les plus vulnérables (C2S, ALD, +70 ans) afin de leur permettre de disposer d'un MT : mise en œuvre	3 000	Tout document attestant de l'implication de la CPTS dans la mise en œuvre du développement de la consultation d'accès aux soins (CR, émargements...) à l'exclusion de l'accompagnement par le consultant
6	Evaluer les freins à la mise en œuvre du protocole national dans le cadre des binômes médecin traitant - soignant référent	2000	Rapport d'évaluation
7	Organiser l'accès direct aux orthophonistes adhérents à la CPTS selon les textes en vigueur	5000	Description des conditions d'accès direct aux orthophonistes membres de la CPTS
8	Identifier les leviers permettant d'offrir un accès aux soins à domicile, dans les cas le justifiant, dans le domaine de la médecine et de la masso-kinésithérapie	5000	Note de synthèse des réflexions menées et étude de faisabilité
9	Réduction du % de patients sans médecin traitant pour les patients en ALD	5000	< 6,32% Requête CPAM - Source BDO du 29/12/2023