Projet national d’accès aux soins de proximité

Organisation territoriale Parcours médicaux Budget et évaluation

Contribution de Dominique Large à l’attention de David Lisnard
19 novembre 2026 — version révisée le 21 novembre 2026

Le sondage de novembre 2026

L’enquête Ifop Fiducial pour TF1 LCI Le Figaro et Sud Radio, réalisée en ligne du 13 au 16 novembre 2026, porte sur 1 690 inscrits sur les listes électorales, issus d’un échantillon représentatif de 1 823 adultes constitué par quotas. Parmi les inscrits ayant l’intention de voter au premier tour de 2027, les proportions jugeant les sujets suivants déterminants sont les suivantes. [S01]

Sujet	Réponse déterminant
Santé	79 %
Salaires et pouvoir d’achat	75 %
Sécurité et lutte contre la délinquance	70 %

Ces résultats justifient de travailler sur l’accès aux soins. Ils ne mesurent ni l’adhésion au présent projet ni son effet sur un vote. Les pourcentages ne doivent pas être présentés comme un soutien à une réforme précise.

Ma démarche personnelle

Monsieur Lisnard, ce sujet me tient à cœur depuis au moins cinq à six ans. Ma réflexion s’est nourrie de discussions avec différents médecins, dans les hôpitaux et dans d’autres lieux d’exercice. À la faveur de votre progression dans le débat public, je souhaite vous apporter une contribution concrète pour améliorer l’accès aux soins.

Je propose une organisation pour accompagner les patients et soutenir les médecins. Mes échanges éclairent cette démarche personnelle, sans valoir avis formel des praticiens. Les choix et le chiffrage restent des hypothèses à expertiser médicalement, juridiquement et économiquement avant engagement. La présente vérification est documentaire et arithmétique ; elle ne constitue pas une validation professionnelle du projet.

Dominique Large

Repères de lecture

1 Décision proposée et synthèse budgétaire....3
2 Besoin sanitaire et population concernée....4
3 Implantation territoriale et gouvernance....4
4 Référent local et équipe de proximité....5
5 Médecins référents et qualifications....6
6 Parcours du patient en médecine générale....8
7 Accès aux spécialités et continuité des soins....9
8 Situations nécessitant une adaptation....10
9 Engagements de service et garanties....10
10 Effectifs et capacité clinique....11
11 Budget national prévisionnel....12
12 Hypothèses de coût et double financement....14
13 Financement et mise en œuvre juridique....17
14 Calendrier et conditions de généralisation....18
15 Évaluation indépendante et indicateurs....19
16 Protection des données et responsabilités....20
17 Risques et mesures correctrices....21
18 Application illustrative dans l’Yonne....22
19 Décisions à prendre avant le lancement....23
A Registre de référencement des professionnels....24
B Cahier contractuel et contrôle des recrutements....25
C Formules budgétaires et analyse de sensibilité....25
D Glossaire et sources....27

Lecture des chiffres. Montants en euros constants de 2026. A1 à A5 désignent les années du programme après lancement financé et autorisé, non des années civiles engagées. ETP : équivalent temps plein. Les formules de l’annexe C priment sur les arrondis. La cohérence arithmétique du modèle ne démontre pas sa faisabilité ni son coût réel.

1 Décision proposée et synthèse budgétaire

Je propose d’expérimenter puis, si les résultats sont satisfaisants, de généraliser un service territorial d’accompagnement vers les soins. Chaque demande recevrait un responsable de suivi identifié. Le médecin garderait la responsabilité de l’évaluation médicale, du diagnostic, de la prescription et de l’orientation spécialisée. La coordination serait hébergée autant que possible dans une organisation de santé existante.

L’unité de proximité proposée est le bassin de vie sanitaire. À l’échelle départementale, un pilotage sanitaire organise la coopération et le traitement des blocages, sans transfert automatique de compétence au conseil départemental. La circonscription législative ne constitue pas le périmètre de soins. Les déplacements des patients et les réseaux professionnels priment, y compris au-delà des limites administratives.

Paramètre central	Hypothèse de projet
Déploiement initial	100 unités dans 10 départements
Extension conditionnelle	400 unités dans 40 départements puis 1 000 unités dans une base de 101 départements
Équipe d’une unité	1 coordinateur + 1 agent de parcours + 0,5 ETP infirmier + 0,1 ETP médecin généraliste
Appui départemental	0,5 ETP généraliste + six référents spécialistes à 0,05 ETP chacun + fonctions support
Assistants médicaux supplémentaires (ETP)	500 en A1 puis 2 000 au total en A2 et 5 000 en A3
Objectif de suivi durable	1 million de prises en charge supplémentaires à confirmer avant généralisation
Budget public brut A1	110 481 000 €
Budget public brut A3	828 553 100 €
Budget annuel stabilisé A5	742 853 100 €

Le scénario central représente 1 287,208 millions d’euros sur trois ans et 2 792,714 millions d’euros sur cinq ans. Il inclut le démarrage et une réserve de 10 % sur les seules charges récurrentes. Les budgets existants des partenaires ne sont pas ajoutés en bloc.

Il s’agit d’un budget public brut avant audit des moyens déjà financés et réaffectables. Aucun gain hypothétique sur les urgences ou hospitalisations n’en est retranché. Aucune ressource nouvelle n’est acquise à ce stade : les autorisations, arbitrages et contrats restent à obtenir. La disponibilité réelle des médecins et la soutenabilité du financement conditionnent le lancement.

Votre programme propose déjà des maisons de santé, des incitations dans les territoires sous-dotés et une augmentation des capacités de formation médicale. Cette contribution précise le suivi individuel des demandes, les responsabilités, le temps médical et les conditions d’évaluation de cette organisation. [S30]

2 Besoin sanitaire et population concernée

La Cour des comptes estime qu’en 2025, 6,3 millions d’assurés adultes n’avaient pas de médecin traitant déclaré. Elle souligne aussi que la déclaration ne garantit pas toujours un suivi effectif. Ce nombre ne constitue donc ni une liste nominative immédiatement exploitable ni le nombre exact de personnes demandant à intégrer ce projet. [S02]

L’Assurance Maladie indique qu’au 30 juin 2026, 4,1 % des patients en affection de longue durée étaient sans médecin traitant. La patientèle médecin traitant moyenne des généralistes libéraux, hors modes d’exercice particulier, était de 1 048 personnes. Ces indicateurs nationaux ne s’appliquent pas mécaniquement à chaque territoire. [S03]

L’APL de la Drees combine activité, âge des habitants et proximité. En 2024, elle est de 3,3 consultations, téléconsultations ou visites accessibles par habitant et par an, en France hors Mayotte, pour les généralistes de 65 ans ou moins, libéraux ou salariés en centres de santé. Cet indicateur aide à prioriser les territoires ; il ne mesure ni un délai de rendez-vous ni les soins effectivement consommés. [S04]

Périmètre du service

Le service accompagne les personnes sans médecin traitant qui en recherchent un, celles dont le suivi est interrompu, ainsi que les patients orientés par un soignant pour un problème d’accès spécialisé. L’entrée reste possible par téléphone, accueil physique, professionnel de santé ou démarche numérique. Le numérique ne constitue jamais une condition d’accès.

Les besoins des enfants sont suivis séparément des données adultes. Les priorités sont définies médicalement selon le risque de rupture de soins, la maladie chronique, la dépendance, le handicap, la sortie d’hospitalisation et la situation sociale. La liste de priorité ne dépend pas de l’ordre d’arrivée seul. Les situations urgentes sont immédiatement réorientées vers la régulation médicale existante.

L’état initial doit distinguer les personnes qui n’ont pas déclaré de médecin par choix, celles qui ne consultent pas, celles qui cherchent effectivement un praticien et celles qui disposent déjà d’une solution. Cette qualification évite de créer un objectif artificiel à partir de la seule absence de déclaration.

3 Implantation territoriale et gouvernance

Une fonction de proximité dans les structures existantes

Le projet renforce les communautés professionnelles territoriales de santé lorsqu’elles disposent d’un contrat et d’une capacité d’accueil adaptés. Leur mission comprend déjà l’accès à un médecin traitant. Pour les parcours complexes, l’articulation avec le dispositif d’appui à la coordination doit être organisée, sans réinstruire le même dossier dans deux structures. Le service d’accès aux soins conserve la régulation des demandes urgentes ou non programmées. [S05 S06 S07]

Échelle	Responsabilité proposée	Lieu de fonctionnement
Bassin sanitaire	Suivre la demande et obtenir une réponse documentée	CPTS ou opérateur de santé existant conventionné
Département	Conventions de coopération et résolution des blocages	Pilotage conjoint caisse compétente et délégation territoriale de l’ARS

Échelle	Responsabilité proposée	Lieu de fonctionnement
Région	Péréquation et recours spécialisés interterritoriaux	ARS et réseaux régionaux existants
National	Financement suivi des indicateurs et évaluation	Équipe de programme au sein des institutions compétentes
Élus et usagers	Accessibilité physique et contrôle public des résultats	Comité territorial recevant seulement des données agrégées

La cible de 1 000 unités est un paramètre de dimensionnement, pas une décision de créer 1 000 établissements ou 1 000 nouvelles CPTS. Une même CPTS peut porter plusieurs points de proximité ; plusieurs petites organisations peuvent mutualiser une équipe. Le nombre et les limites définitifs sont arrêtés après examen de l’offre, des déplacements, des besoins et des moyens déjà financés.

Critères de choix du périmètre

La population indicative est de 40 000 à 100 000 habitants par unité. La densité, les temps de trajet, les files d’attente, la disponibilité des soignants et les besoins sociaux priment sur ce repère. Les territoires insulaires, ultramarins, montagneux et très ruraux peuvent justifier une unité plus petite ou plusieurs permanences itinérantes. Les limites des CPTS existantes et les filières hospitalières sont privilégiées lorsqu’elles correspondent aux parcours réels.

Un périmètre ne sera pas défini par une circonscription électorale. Un député ou un maire peut signaler une difficulté d’organisation et soutenir des locaux accessibles ; il ne sélectionne pas les patients et n’a pas accès aux dossiers médicaux.

Responsabilités décisionnelles

L’opérateur conventionné emploie ou met à disposition les agents et assure le fonctionnement quotidien. Le médecin responsable valide l’organisation clinique et les procédures de sécurité. La caisse compétente contrôle l’articulation conventionnelle et les paiements. L’ARS vérifie l’intégration territoriale dans le cadre de ses compétences actuelles. Les représentants des usagers participent à l’évaluation de l’accueil et de l’accessibilité.

Le pilote est décrit dans le droit en vigueur en novembre 2026. Le programme de Nouvelle Énergie propose la suppression des ARS. Si cette réforme était adoptée, les textes devraient désigner les autorités reprenant chaque compétence et assurer la continuité des contrats, financements et traitements de données avant leur transfert. Cette articulation reste à définir. [S30]

4 Référent local et équipe de proximité

La personne identifiée par le patient est le **coordinateur territorial de l’accès aux soins**, fonction proposée dans ce projet. Il organise et suit le parcours. Le diplôme de coordination ne lui donne pas la qualité de médecin. Le répertoire ministériel du métier de coordinateur de parcours en santé mentionne un master 2 et au moins trois années d’expérience en santé ; ce repère inspire ici le profil recherché. [S08]

Fonction dans une unité	ETP	Coût complet annuel retenu
Coordinateur territorial	1,00	65 000 €
Agent administratif de parcours	1,00	45 000 €
Infirmier de liaison	0,50	37 500 €
Médecin généraliste superviseur	0,10	20 000 €
Total personnel	2,60	167 500 €
Locaux outils courants téléphonie déplacements	Forfait	15 000 €
Total unité en année pleine		182 500 €

Les coûts correspondent à des hypothèses employeur ou de mise à disposition incluant les charges. Ils ne sont pas des salaires nets, ni des grilles réglementaires, ni des tarifs opposables. La convention locale précise la quotité de temps, l’employeur, les frais inclus et le mode de remplacement.

Profil du coordinateur

Le profil recherché associe un master de santé publique, de management des parcours ou une formation équivalente appréciée sur dossier, une expérience de coordination et une connaissance du territoire. Un professionnel de santé expérimenté peut accéder au poste avec formation complémentaire adaptée. La validation des acquis et les compétences réellement démontrées sont examinées ; le seul intitulé d’un diplôme ne suffit pas.

Il tient la liste de travail, identifie les obstacles pratiques, recherche les disponibilités, organise les échanges autorisés et vérifie que la prise en charge s’est réalisée. Il suit les dossiers ouverts et les relance selon un calendrier. Il organise les remplacements, les permanences et les réunions de résolution des situations bloquées. Il ne pose pas de diagnostic et ne modifie pas une prescription.

Répartition quotidienne

L’agent de parcours assure l’accueil, les rendez-vous, l’aide administrative et la traçabilité ; le projet exige une formation médico-sociale et au secret. L’infirmier possède un diplôme d’État ou un titre ou une autorisation reconnus permettant l’exercice, avec enregistrement et situation ordinale conformes. Il agit dans ses compétences. La pratique avancée suppose le diplôme et les conditions d’exercice correspondants, ainsi que des missions effectivement prévues. [S09 S11]

L’accueil ouvre au moins 35 heures par semaine les jours ouvrés, avec plages de rappel et mutualisation des absences. La permanence médicale d’urgence reste assurée par les dispositifs compétents. Le financement de réserve peut couvrir les remplacements ponctuels, selon un suivi distinct des dépenses.

5 Médecins référents et qualifications

Supervision locale, responsabilité départementale et appui spécialisé sont des fonctions, non de nouvelles spécialités. Les médecins doivent remplir les conditions légales d’exercice correspondant à leurs missions, avec inscription à l’Ordre lorsqu’elle est requise. Identité, qualification et activité sont contrôlées dans les sources professionnelles officielles. [S10 S12]

Le médecin généraliste superviseur du bassin

Profil proposé : diplôme de docteur en médecine et qualification reconnue en médecine générale, obtenue par DES ou par une voie reconnue pour les générations antérieures ou les diplômes autorisés. Une expérience clinique récente d’au moins cinq ans est un critère de recrutement du projet, non une obligation légale générale. Ce médecin valide les procédures de repérage des besoins, évalue les dossiers qui nécessitent son avis et échange avec les médecins accueillants.

Le temps réservé est de 0,10 ETP par unité, évalué à 20 000 € par an sur une base économique de 200 000 € par ETP. Les heures de coordination ainsi rémunérées ne sont pas simultanément facturées comme des consultations. Les soins accomplis à un autre moment relèvent de leur mode de rémunération habituel.

Le médecin responsable départemental

Le poste est confié à un généraliste qualifié, expérimenté dans l’exercice coordonné, à 0,50 ETP. Une formation complémentaire en santé publique, qualité ou management est souhaitée. Son coût conventionnel de projet est de 100 000 € par an. Il organise les filières avec les établissements et les spécialistes, vérifie les situations de saturation et conduit les retours d’expérience. Il ne remplace pas le médecin traitant et ne devient pas le supérieur hiérarchique clinique de tous les praticiens du département.

Les six référents spécialistes départementaux

Le socle budgété comprend six fonctions à 0,05 ETP chacune, soit 0,30 ETP au total par département. Chaque spécialité dispose d’une enveloppe de 11 000 € par an, sur une base économique de 220 000 € par ETP. Il s’agit du temps d’organisation des filières et d’appui collectif. Les consultations et téléexpertises individuelles sont budgétées séparément. [S13]

Spécialité de référence	Qualification médicale attendue	Mission de coordination
Cardiologie	DES médecine cardiovasculaire ou qualification reconnue	Accès au recours et articulation des examens
Dermatologie	DES dermatologie et vénéréologie ou équivalent reconnu	Orientation des demandes documentées
Ophtalmologie	DES ophtalmologie ou qualification reconnue	Accès aux examens et filières urgentes
Psychiatrie	DES psychiatrie ou qualification reconnue, avec compétence adaptée au public	Coordination ville hôpital et santé mentale
Pédiatrie	DES pédiatrie ou qualification reconnue	Parcours des enfants et articulation familiale
Gériatrie	DES gériatrie ou qualification ordinale reconnue	Fragilité et coordination des polypathologies

Le collège peut être adapté aux besoins, par exemple pour la gynécologie, la neurologie, la cancérologie ou la pneumologie, avec transfert explicite de temps ou augmentation budgétaire

documentée. Six référents ne couvrent pas toutes les disciplines et ne rendent pas tous les avis individuels. Le réseau des praticiens en activité fournit les consultations, avec accord de ses membres.

Direction nationale et expertise économique

Le pilotage national comprend une direction médicale pouvant relever de la médecine générale ou de la santé publique selon ses actes, et une direction de programme. Un économiste de la santé de niveau master 2 ou doctorat examine le modèle budgétaire. Des compétences en évaluation, droit de la santé, données et représentation des usagers complètent l’équipe. Ces fonctions sont incluses dans la ligne de pilotage national ; elles ne sont pas ajoutées une seconde fois au budget.

6 Parcours du patient en médecine générale

Le parcours commence par une demande unique, dédoublonnée, recueillie avec les seules informations nécessaires. L’opérateur vérifie l’identité et les coordonnées, le souhait du patient, l’existence d’un médecin traitant et les démarches déjà engagées. Les informations médicales sont recueillies par les professionnels habilités, sans les exposer dans un fichier administratif général.

Étape	Responsable principal	Trace attendue
Accueil et vérification	Agent de parcours	Demande datée et moyen de contact choisi
Évaluation du besoin	Infirmier et médecin selon la situation	Priorité médicale et limite de délai si nécessaire
Recherche de solution	Coordinateur avec les professionnels	Propositions et refus documentés
Solution transitoire	Professionnel de santé accueillant	Consultation ou parcours de soins effectif
Suivi durable	Médecin choisi et patient	Accord des deux parties et déclaration lorsque pertinente
Vérification de continuité	Coordinateur	Confirmation à trois mois puis contrôle à douze mois

Lorsqu’un médecin accepte une nouvelle patientèle, le patient conserve le libre choix de son praticien. Le choix et la déclaration suivent les règles en vigueur. L’inscription sur une liste de coordination ne vaut pas déclaration de médecin traitant et ne modifie pas automatiquement les remboursements. [S14 S15]

Une solution transitoire peut consister en une consultation de proximité, un suivi organisé par une équipe existante ou une consultation avancée. Elle ne sera comptée comme médecin traitant retrouvé que si un praticien assume effectivement cette fonction, avec l’accord du patient. L’équipe doit expliquer clairement qui renouvelle les traitements, qui reçoit les résultats et qui assure les prochains rendez-vous.

Le coordinateur vérifie la réalisation du rendez-vous et les obstacles rencontrés, en respectant les informations qu’il est autorisé à connaître. Une absence au rendez-vous déclenche une proposition de contact et la recherche d’un obstacle de transport ou de compréhension ; elle ne conduit pas

automatiquement à l’exclusion. Les refus du patient et les demandes injoignables restent identifiés dans les statistiques.

Les agents administratifs ne donnent aucun conseil thérapeutique. En cas de doute sur une urgence, ils sollicitent immédiatement une réponse médicale et orientent vers le 15 ou le 112 selon la situation. Les délais administratifs du projet ne s’appliquent jamais aux urgences. [S06 S16]

7 Accès aux spécialités et continuité des soins

L’accès spécialisé est organisé autour d’une demande clinique documentée par le prescripteur : motif, éléments pertinents, examens déjà disponibles, question posée au spécialiste et délai médicalement acceptable. Les voies d’accès direct autorisées restent applicables. Le dispositif ne crée pas une consultation généraliste supplémentaire lorsque celle-ci n’est pas requise.

Un recours gradué sous responsabilité médicale

Le médecin décide si la situation nécessite un rendez-vous en présentiel, une téléexpertise ou une autre orientation. L’indication d’un examen clinique reste prioritaire. Une réponse à distance ne sera pas retenue comme solution définitive lorsque le praticien estime qu’une consultation ou un examen est nécessaire. Les recommandations de la HAS servent de référence pour les procédures de télémédecine. [S17]

Les partenaires proposent des créneaux réellement supplémentaires ou rendent visibles des créneaux existants jusque-là non mobilisables. Les deux catégories sont distinguées dans le suivi. Le secrétariat ne crée pas de priorité clinique ; celle-ci relève du prescripteur, du spécialiste ou de la régulation médicale.

Téléexpertise et consultations avancées

Le modèle suppose 500 000 téléexpertises annuelles supplémentaires, pertinentes et facturables. Pour deux médecins éligibles, 33 € correspondent à 23 € pour le requis et 10 € pour le requérant en 2026, pris en charge à 100 % par l’Assurance Maladie. S’appliquent notamment les plafonds de quatre actes par an, par médecin et par patient, les non-cumuls et les exclusions : un échange entre médecins d’une même MSP sur un même site géographique n’est pas facturable dans ce cadre. Chaque acte doit respecter l’ensemble des conditions. [S18]

Les consultations avancées se tiennent dans des locaux équipés et autorisés, selon des conventions précisant les professionnels, les moyens techniques, la facturation et la transmission des résultats. Les vacations d’un spécialiste hospitalier supposent l’accord de son établissement et le respect de ses règles d’activité. Une convention d’organisation ne crée pas de droit à prélever du temps sur une activité hospitalière déjà saturée.

Suivi des résultats et hospitalisation

Tout examen prescrit doit avoir un professionnel responsable de la réception et de l’interprétation. Le rendez-vous de restitution et le suivi des anomalies sont documentés par l’équipe soignante. Le coordinateur suit le statut du parcours ; il n’interprète pas les résultats. À la sortie d’une hospitalisation, le service vérifie avec les soignants la continuité du suivi et l’identité du professionnel destinataire des informations utiles.

Les diagnostics complexes, la cancérologie, les situations psychiatriques à risque et les parcours de dépendance utilisent les filières existantes. Aucun objectif administratif de rapidité ne remplace un protocole médical validé. Les six référents départementaux assurent la cohérence des circuits ; ils ne constituent pas un centre de consultation universel.

8 Situations nécessitant une adaptation

Personnes âgées et personnes en situation de handicap

L’accueil vérifie l’accessibilité des locaux, les difficultés de déplacement, le besoin d’un aidant et les moyens de communication adaptés. Une visite à domicile ou un transport est organisé seulement lorsqu’il est médicalement indiqué et selon les conditions de prise en charge. Les besoins complexes sont travaillés avec le DAC et les professionnels déjà engagés dans le suivi. Un accompagnement à la prise de rendez-vous ne justifie pas, à lui seul, une prescription de transport.

Enfants et adolescents

Les démarches prennent en compte les représentants légaux et les règles propres à l’information et au secret des mineurs. Le référent pédiatrique aide à organiser l’accès au recours, tandis que la médecine générale conserve son rôle de premier recours. Les indicateurs adultes sans médecin traitant ne sont pas utilisés pour fixer automatiquement les objectifs pédiatriques.

Santé mentale et précarité

Les orientations associent les médecins, les équipes de santé mentale et les structures de proximité. L’évaluation du risque appartient aux professionnels habilités. Les personnes en difficulté administrative ou sans accès numérique sont accompagnées vers leurs droits et les structures compétentes, sans retarder la réponse à une urgence. Le travailleur social intervient en lien avec les services existants ; une intervention nouvelle facturée doit être intégrée au contrat et au budget local.

Territoires isolés et outre-mer

En territoire isolé, le dimensionnement doit intégrer déplacements, logement, liaisons numériques et disponibilités locales. Les majorations de coûts devront être expertisées. La base nationale de 101 départements exige une adaptation aux régimes locaux ; les collectivités à compétence sanitaire propre nécessitent conventions et chiffrage distincts. Les coûts ultramarins ne sont pas supposés identiques aux coûts métropolitains.

9 Engagements de service et garanties

Le projet propose de garantir le suivi, une information loyale et un circuit de recours organisationnel. Il ne peut garantir la présence immédiate d’un médecin supplémentaire. Les délais ci-dessous sont des cibles contractuelles d’expérimentation, non des normes cliniques universelles ou des droits opposables déjà créés.

Engagement proposé	Cible initiale	Mode de contrôle
Accusé de réception avec contact identifié	95 % sous deux jours ouvrés	Horodatage de la demande et du retour
Premier contact qualifié non urgent	90 % sous cinq jours ouvrés	Dossier et appel ou accueil réalisé
Plan d’orientation pour une situation non urgente	85 % sous dix jours ouvrés	Plan communiqué et accepté ou refus tracé

Engagement proposé	Cible initiale	Mode de contrôle
Réponse transitoire effective non urgente	80 % sous trente jours	Consultation ou prise en charge réalisée
Recherche de suivi durable	Bilan de chaque dossier à trente puis quatre-vingt-dix jours	Réponse réelle ou escalade motivée
Recours spécialisé	Respect du délai défini médicalement	Prescription et rendez-vous effectif
Information sur une difficulté persistante	Aucune clôture silencieuse	Motif et prochaine action communiqués

Les situations urgentes sortent immédiatement de cette grille. Pour les autres demandes, le médecin peut imposer une échéance plus courte. Une demande sans réponse dans le délai prévu est transmise au médecin référent et au pilotage départemental, avec proposition de recours interterritorial si pertinente.

Garanties pour le patient

- La coordination et l’aide à la prise de rendez-vous sont gratuites. Aucun frais de dossier n’est facturé au patient.
- Les soins restent soumis aux règles de remboursement et de tiers payant en vigueur. Le projet ne promet pas la gratuité générale des consultations. Les restes à charge sont expliqués avant le rendez-vous quand ils sont connus.
- Le libre choix, le secret, l’accessibilité et la possibilité de renoncer à l’accompagnement sont respectés. Un refus n’interrompt pas les droits aux soins.
- Un référent et un remplaçant sont identifiés. Le patient dispose d’un moyen de réclamation et d’un retour sur le traitement de sa demande.
- La couverture d’assurance et la responsabilité de chaque opérateur et professionnel sont vérifiées avant l’ouverture. Aucun quota de réussite ne justifie l’exclusion d’un dossier difficile.

Garantie de qualité pour les professionnels

Le contrat protège le temps clinique et prévoit une rémunération distincte du temps de coordination. Il n’impose pas de dépasser une capacité de patientèle médicalement acceptable. Les procédures sont construites avec les professionnels et révisées sur les incidents et les retours des patients. Les engagements de résultat organisationnel ne se transforment pas en prescription imposée par un financeur.

10 Effectifs et capacité clinique

À plein déploiement, les unités mobiliseraient 1 000 coordinateurs, 1 000 agents, 500 ETP infirmiers et 100 ETP de supervision généraliste. Le départemental ajouterait 50,5 ETP généralistes, 30,3 ETP spécialisés, 50,5 ETP de secrétariat et 25,25 ETP qualité et données. Le modèle suppose aussi 5 000 ETP d’assistants supplémentaires auprès de généralistes éligibles, distincts de ces équipes ; leur affectation conditionne le gain généraliste simulé.

Hypothèses de temps médical

Levier	Hypothèse à vérifier	Capacité annuelle théorique
Assistants médicaux	5 000 ETP auprès de généralistes, libérant chacun 0,20 ETP clinique net	1 000 ETP cliniques
Autres temps généralistes	500 ETP réellement additionnels par installations vacations et exercice coordonné	500 ETP cliniques
Total généraliste	4 000 consultations par ETP clinique et par an	6 millions de consultations
Réseau spécialisé	Environ 333 ETP cliniques nets à 3 000 consultations par ETP	1 million de consultations
Suivi des demandes	1 200 nouveaux dossiers par unité et par an	1,2 million de dossiers à plein déploiement

Ces ratios sont des hypothèses de planification, pas des rendements démontrés. Les 0,20 ETP par assistant doivent être mesurés **nets des réorganisations, des remplacements de secrétariat et du temps de coordination médical**. Les consultations longues, les visites et les temps de liaison réduisent la capacité brute. Le modèle doit être révisé si les gains ne sont pas observés.

La cible de six millions de consultations est une capacité annualisée après le déploiement complet, pas la promesse de six millions de consultations pendant une année de montée en charge. Le financement des actes ne crée pas automatiquement l’offre. Les 500 ETP généralistes et les 333 ETP spécialisés doivent faire l’objet d’engagements de temps et d’une vérification de leur caractère supplémentaire, sans prélèvement non compensé sur les urgences ou les consultations existantes.

Une unité traiterait environ cinq à six nouvelles demandes par jour ouvré. Pour un dossier simple, une hypothèse de 90 minutes cumulées de travail administratif et de coordination représente 1 800 heures annuelles pour 1 200 dossiers. Le temps restant couvre les suivis, la coordination, l’accueil, les formations et les dossiers plus complexes. Le DAC reprend les situations qui nécessitent un appui renforcé selon les modalités convenues.

La cible proposée est d’obtenir **un million de suivis durables supplémentaires à l’échelle nationale à l’issue du déploiement**, avec vérification à trois et douze mois. Elle doit être confirmée après le pilote. Les nouvelles ruptures liées aux départs de médecins sont comptées séparément : un résultat positif chez les personnes accompagnées ne démontre pas à lui seul une baisse équivalente du nombre national sans médecin traitant.

11 Budget national prévisionnel

Budget en euros constants de 2026, avant redéploiements vérifiés. La réserve de 10 % porte sur les charges récurrentes, non sur le lancement. A1 à A3 sont des enveloppes annualisées de capacité, à distinguer des paiements effectifs. Leur cumul est un scénario de dimensionnement ; un échéancier de trésorerie doit être établi selon les ouvertures réelles des sites et contrats.

Millions d’euros	A1	A2	A3
Personnel des unités	16,750	67,000	167,500

Millions d’euros	A1	A2	A3
Fonctionnement des unités	1,500	6,000	15,000
Généralistes départementaux	1,000	4,000	10,100
Référents spécialistes départementaux	0,660	2,640	6,666
Secrétariat départemental	0,250	1,000	2,525
Qualité et données départementales	0,200	0,800	2,020
Fonctionnement départemental	0,100	0,400	1,010
Pilotage national	4,000	5,000	6,000
Numérique et sécurité	3,000	6,000	9,000
Évaluation indépendante	2,000	2,500	3,000
Aides aux assistants, plafonds simulés	19,000	71,000	167,000
Consultations généralistes part AMO	16,800	67,200	168,000
Consultations spécialistes part AMO	4,800	19,200	48,000
Téléexpertises part AMO	1,650	6,600	16,500
Examens et prescriptions provision	8,000	32,000	80,000
Mobilité et interventions de proximité	2,000	8,000	20,000
Formation continue	1,000	4,000	10,000
Sous-total récurrent	82,710	303,340	732,321
Réserve de 10 %	8,271	30,334	73,232
Lancement et installation	19,500	14,500	23,000
Total public brut	110,481	348,174	828,553

Indicateur	A1	A2	A3	A4	A5
Unités financées	100	400	1 000	1 000	1 000
Départements base de calcul	10	40	101	101	101
Assistants médicaux cumulés en ETP	500	2 000	5 000	5 000	5 000

Indicateur	A1	A2	A3	A4	A5
Budget public brut en M€	110,481	348,174	828,553	762,653	742,853

Les dépenses d’actes sont prises en compte séparément de la coordination. Le modèle retient une part AMO moyenne de 80 % pour les consultations généralistes et spécialisées. Il s’agit d’une hypothèse de mix de patients et de soins, et non d’un taux réglementaire uniforme. Les tarifs, les exonérations et les participations en vigueur continuent de s’appliquer individuellement.

À plein déploiement, les consultations représenteraient 270 M€ au total, dont 216 M€ d’AMO dans cette simulation. Les 54 M€ entre complémentaires et patients, selon leurs droits, sont hors total public. Toute prise en charge publique supplémentaire exige un chiffrage distinct. Les dépassements d’honoraires ne sont pas financés par le projet.

Dépenses de lancement

Poste	A1 M€	A2 M€	A3 M€
Installation des nouvelles unités à 25 000 €	2,500	7,500	15,000
Formation initiale à 10 000 € par nouvelle unité	1,000	3,000	6,000
Interopérabilité et sécurisation initiales	15,000	4,000	2,000
Protocoles nationaux et préparation juridique	1,000	0,000	0,000
Total	19,500	14,500	23,000

L’installation couvre du matériel courant, l’adaptation de locaux et le démarrage. Le modèle ne finance pas la construction de nouveaux bâtiments, l’achat d’un plateau technique lourd ou une nouvelle plateforme nationale complète. Toute opération immobilière ou dotation spécialisée supplémentaire nécessite un budget distinct.

12 Hypothèses de coût et double financement

Coût des fonctions médicales et non médicales

Les bases annuelles retenues sont de 65 000 € pour le coordinateur, 45 000 € pour l’agent, 75 000 € pour un ETP infirmier, 200 000 € pour un ETP médical de coordination généraliste et 220 000 € pour un ETP de coordination spécialisée. Ce sont des valeurs économiques complètes de projet à confronter aux conventions, statuts, devis et coûts de remplacement. Elles ne décrivent pas le revenu d’un médecin.

Le secrétariat départemental est valorisé à 50 000 € par ETP ; la qualité et les données à 80 000 €. Le pilotage national passe de 4 à 6 M€ et inclut les fonctions médicales, économiques, juridiques et de gestion. Les frais de sécurité, de délégué à la protection des données et d’hébergement sont couverts par les enveloppes numériques selon la répartition contractuelle. Les déplacements courants des équipes relèvent du fonctionnement ; les actions de proximité auprès des patients relèvent de la ligne mobilité.

Détail du pilotage national stabilisé

Les fonctions suivantes constituent un dimensionnement proposé à plein déploiement. La direction médicale nationale est confiée de préférence à un médecin spécialiste en santé publique, titulaire du diplôme de docteur en médecine et du DES correspondant ou d’une qualification reconnue, avec expérience de soins territoriaux. Tout acte clinique requiert une qualification et une compétence adaptées. Le recrutement relève des institutions porteuses et ne vaut pas création automatique de postes statutaires.

Fonction nationale	ETP proposés	Coût annuel en €
Direction médicale spécialiste de santé publique	1	220 000
Direction du programme	1	140 000
Économistes de la santé	2	220 000
Médecin chargé de la qualité clinique	1	200 000
Juristes en droit de la santé et contrats	2	200 000
Statisticiens et gestionnaires de données	6	600 000
Coordination territoriale et péréquation	8	800 000
Gestion financière et contractuelle	6	540 000
Relations avec les usagers et accessibilité	2	180 000
Équipe technique interne et interopérabilité	6	600 000
Sous-total 35 ETP	35	3 700 000
Locaux déplacements et fonctionnement	Forfait	300 000
Expertises médicales et concertation	Forfait	1 000 000
Contrôle des contrats et conformité financière	Forfait	500 000
Information de service et supports accessibles	Forfait	500 000
Total pilotage national stabilisé		6 000 000

Les économistes disposent d’un master 2 ou d’un doctorat pertinent ; les statisticiens d’un diplôme en statistiques ou épidémiologie adapté ; les juristes d’un master de droit et d’une expérience sanitaire. Ces exigences sont des critères proposés de recrutement. Le médecin qualité pilote l’amélioration interne ; l’évaluation indépendante est assurée par une équipe distincte. L’information de service exclut les dépenses de communication politique.

Détail des autres enveloppes nationales

Enveloppe stabilisée	Décomposition indicative en M€	Total M€
Numérique et sécurité	Hébergement et sauvegardes 2,5 ; logiciels et interfaces 4 ; assistance et conformité 1,5 ; continuité et tests 1	9
Évaluation indépendante	Analyse 1,2 ; accès et préparation des données 0,5 ; enquêtes 0,5 ; investigations de terrain 0,5 ; publication 0,3	3
Mobilité et actions de proximité	20 000 € par unité en moyenne selon les besoins validés	20
Formation continue	10 000 € par unité en moyenne pour les prestations et moyens pédagogiques	10

Ces ventilations sont des hypothèses de commande et de recrutement. Elles doivent être rapprochées des devis et contrats, sans payer deux fois les mêmes travaux. Les prestations numériques externes sont distinctes de l’équipe technique interne. La formation continue ne refacture pas le temps de travail déjà rémunéré des agents. Les frais initiaux d’installation et de formation figurent dans les dépenses de lancement, pas dans ces enveloppes récurrentes.

Aides aux assistants médicaux

Pour un ETP, les aides standard maximales sont de 38 000 € la première année du contrat, 28 000 € la deuxième, puis 22 000 €. Ces plafonds ne sont pas des droits automatiques : éligibilité, contrat de cinq ans renouvelable, objectifs de patientèle et modulation à partir de la troisième année s’appliquent. Les barèmes majorés ne sont pas universels. Le modèle suppose 5 000 ETP nouveaux chez des généralistes éligibles et le plafond standard ; le tableau représente des cohortes théoriques, non un échéancier acquis. [S19]

Cohorte de nouveaux contrats	A1	A2	A3	A4	A5
500 contrats ouverts en A1 en M€	19	14	11	11	11
1 500 contrats ouverts en A2 en M€	0	57	42	33	33
3 000 contrats ouverts en A3 en M€	0	0	114	84	66
Total aides en M€	19	71	167	128	110

À 45 000 € de coût employeur annuel par assistant, hypothèse à vérifier, 5 000 ETP coûtent 225 M€. En régime stabilisé, le plafond d’aide standard simulé est de 110 M€ ; le solde théorique de 115 M€ relève des employeurs et reste hors total public. Si l’aide est moindre, ce solde augmente. Le financement, les devis et l’intérêt économique des cabinets doivent être vérifiés avant signature ; leur adhésion ne peut être présumée.

La qualification contractuelle doit être obtenue dans les délais applicables : CQP, ou formation d’adaptation pour les soignants concernés ; les règles consultées prévoient la justification sous deux ans. Un assistant médical n’est pas, par cette fonction, un professionnel de santé. Le CQP n’autorise pas les actes réservés, notamment la réalisation d’un ECG. Les formations déjà financées ne sont pas payées une seconde fois. [S20]

Actes de soins et examens

La consultation simple de médecine générale en métropole est à 30 € dans la nomenclature 2026 consultée. Les montants de 35 € en médecine générale et 60 € en spécialité sont des paramètres de simulation : ni tarifs uniformes, ni moyennes nationales observées. Aucune pondération par actes n’est encore validée ; il faut la construire sur les parcours attendus et appliquer les règles territoriales. [S21]

Les 80 M€ annuels pour examens et prescriptions induits constituent une provision publique indicative, sans calibration empirique à ce stade. Elle doit être estimée à partir des parcours et des données autorisées du SNDS. Elle ne garantit pas la couverture de tous les besoins : les hospitalisations induites, notamment, peuvent nécessiter un financement complémentaire. Leur suivi est indispensable avant extension.

Contrôle préalable des lignes déjà financées

Chaque dépense porte un identifiant de contrat et une ventilation par source. Les salaires, le numérique, les actes et les aides sont rapprochés des financements CPTS, DAC, établissements, caisses et autres dispositifs. Un agent déjà rémunéré pour la même mission ne génère pas un second financement. Une même consultation ne peut être payée à la fois par un forfait couvrant l’acte et par une facturation séparée de cet acte.

Le crédit nouveau est égal au coût brut validé moins les dépenses déjà couvertes et juridiquement réaffectables. Le présent scénario retient une déduction nulle par prudence. Une économie de doublon ne sera inscrite qu’après suppression ou réduction effective du financement antérieur et maintien des obligations qu’il couvrait.

13 Financement et mise en œuvre juridique

Le projet nécessite un financement public explicite, voté et contractualisé. La coordination, les soutiens aux cabinets et les remboursements supplémentaires doivent être identifiés dans les enveloppes de l’État et de l’Assurance Maladie qui sont compétentes. Une partie peut relever des mécanismes conventionnels existants ; toute dérogation de financement ou d’organisation exige son fondement propre.

Un financement progressif

La décision initiale doit porter sur le pilote et ses moyens, soit une enveloppe centrale de 110,481 M€ en A1 dans ce modèle. Les crédits des extensions sont conditionnés à une évaluation et à des engagements de capacité médicale. Les dépenses autorisées et les dépenses constatées sont publiées séparément ; une capacité prévue mais non mobilisée ne doit pas être décrite comme une dépense ou un résultat réalisés.

Les 200 milliards d’euros d’économies annoncés par Nouvelle Énergie ne sont pas acquis et le programme les affecte déjà à d’autres objectifs. Ils ne financent pas automatiquement ce projet. Un arbitrage et une ressource autorisée restent nécessaires ; aucune économie future non démontrée n’est déduite du budget. [S22]

Véhicules juridiques

L’opérateur, la caisse et les autorités compétentes déterminent les contrats, avenants ou autorisations nécessaires. L’article L162-31-1 du code de la sécurité sociale, dans sa version en vigueur, peut être examiné si des dérogations le justifient ; il prévoit des expérimentations d’au plus cinq ans, sans éligibilité automatique de ce projet. La généralisation requiert les décisions financières et adaptations de droit commun correspondantes. [S23]

La coordination médicale doit rester indépendante de la décision administrative et du contrôle financier. Les actes des infirmiers, des infirmiers en pratique avancée et des autres professionnels suivent leurs compétences légales et leurs conditions d’exercice. Un contrat de projet ne peut pas attribuer à lui seul de nouveaux actes réservés. Le rôle des collectivités est précisé par convention lorsqu’elles apportent des locaux, du personnel ou des moyens.

Discipline de financement

- Un budget annuel par unité et département distingue personnel, fonctionnement, soins, aides et investissement.
- Les versements couvrant la capacité d’accueil sont articulés avec les règles conventionnelles ; toute part variable nouvelle est juridiquement validée avant signature.
- Les erreurs et indus font l’objet d’une procédure contradictoire. Les difficultés médicales des patients ne constituent pas un motif de sanction financière de l’équipe.
- Les dépenses induites et les restes à charge sont suivis ; l’amélioration de l’accès peut augmenter les soins nécessaires à court terme.

À ce stade, aucune baisse des dépenses hospitalières ni aucun rendement budgétaire ne sont revendiqués. Ces effets éventuels seront estimés par l’évaluation indépendante. La décision de généralisation devra rapprocher les résultats sanitaires, l’équité et le coût supplémentaire.

14 Calendrier et conditions de généralisation

Période à partir de M0	Travail à réaliser	Condition de passage
M0 à M3	Conventions audit initial et identification des équipes	Financement autorisé et responsabilités validées
M3 à M6	Recrutements formation tests de sécurité et premiers sites	Médecins disponibles et circuit urgence opérationnel
M6 à M12	Pilote jusqu’à 100 unités dans 10 départements	Suivi mensuel et audit des incidents
M12 à M24	Extension éventuelle jusqu’à 400 unités dans 40 départements	Évaluation intermédiaire favorable et capacités signées
M24 à M36	Extension éventuelle jusqu’à 1 000 unités	Financement soutenable et bénéfice confirmé
M36 à M60	Stabilisation et suivi à douze mois des cohortes	Contrôle indépendant et révision des moyens

M0 est la date d’ouverture juridique et financière du programme. Les budgets annualisés A1 à A3 constituent des plafonds de capacité et ne supposent pas que toutes les unités fonctionnent dès le premier jour de chaque année. Les résultats réalisés, la capacité annualisée et l’engagement budgétaire sont trois mesures distinctes.

Le recrutement ne commence pas par la nomination d’un référent isolé auquel aucune offre médicale n’est accessible. Chaque site doit présenter des conventions opérationnelles, un médecin superviseur

et un accord sur les modalités de réponse. Les absences et les fins de contrat sont anticipées pour éviter une nouvelle rupture de parcours.

Critères de décision avant extension

La généralisation exige une amélioration du suivi effectif par rapport à la situation de comparaison, l’absence de dégradation significative des autres files de patients, une sécurité acceptable, une analyse des surcoûts et un audit des financements. Une progression du nombre d’appels ou de rendez-vous proposés ne suffit pas. Le comité indépendant peut recommander de modifier le périmètre, de réduire l’extension ou de suspendre un site pour une raison de sécurité.

15 Évaluation indépendante et indicateurs

Une question sanitaire mesurable

La question principale est la suivante : le dispositif augmente-t-il l’accès effectif à un suivi durable, à coût explicite, sans déplacer la pénurie sur les patients déjà suivis ? L’évaluateur est choisi séparément de l’opérateur. Sa méthode, ses liens d’intérêts, ses indicateurs et les règles de publication sont arrêtés avant le premier bilan.

Un suivi durable est défini pour l’évaluation par l’accord réel d’un professionnel assurant la continuité, une première prise en charge réalisée et un dispositif de suivi confirmé. La déclaration de médecin traitant est enregistrée lorsqu’elle correspond à la situation. La stabilité à trois et douze mois est vérifiée. Les consultations épisodiques restent une catégorie distincte.

Méthode proposée

Le déploiement progressif permet une comparaison avec des territoires semblables qui conservent l’organisation habituelle pendant la phase initiale. Lorsque les conditions le permettent, l’ordre de mise en place est tiré au sort entre territoires éligibles, sans retarder les soins nécessaires. À défaut, les territoires de comparaison sont appariés sur la démographie médicale, les besoins, la précarité et la situation initiale.

L’analyse compare les évolutions, tient compte des départs et installations de médecins et examine les effets saisonniers. Elle distingue l’effet du projet de la tendance nationale. Le protocole scientifique et les traitements de données doivent obtenir les validations correspondant à leur nature ; aucune qualification automatique de recherche ou d’exemption réglementaire n’est présumée.

Indicateur	Définition du calcul	Fréquence
Demandes uniques	Personnes différentes demandant un accompagnement	Mensuelle
Délais de contact	Médiane et délai du neuvième décile depuis la demande	Mensuelle
Réponse effective	Acte ou prise en charge réalisé sur demandes éligibles	Trimestrielle
Suivi durable nouveau	Personnes sans solution initiale avec continuité vérifiée	Trimestrielle
Maintien du suivi	Part encore suivie à trois puis douze mois	Trimestrielle
Spécialités	Part des demandes satisfaites dans le délai médical fixé	Trimestrielle
Équité	Résultats par territoire fragilité et obstacle d’accès	Trimestrielle

Indicateur	Définition du calcul	Fréquence
Qualité et sécurité	Incidents ruptures et retards cliniquement significatifs	Mensuelle et alerte immédiate
Déplacement de pénurie	Évolution des délais pour les patients non inclus	Trimestrielle
Coût public	Dépenses effectivement payées nettes des doubles comptes	Trimestrielle
Charge professionnelle	Temps clinique net et charge administrative mesurés	Semestrielle
Expérience des patients	Enquête incluant les dossiers non résolus	Semestrielle

Les nombres agrégés de refus, décès, déménagements et pertes de contact sont publiés par catégories. Chaque taux indique son dénominateur. Les demandes sans réponse ne sont pas retirées pour améliorer le résultat. Les seuils de diffusion s’accompagnent d’un contrôle du risque de réidentification, notamment des petits groupes. Aucun événement individuel n’est publié.

Évaluation économique

L’évaluation présente le coût additionnel observé par suivi durable supplémentaire attribuable au projet, ainsi que les dépenses de soins à douze mois. Le budget total divisé par un objectif théorique n’est pas une preuve d’efficience : il inclut plusieurs missions et des dépenses de montée en charge. Le résultat doit être rapproché de l’état de santé, des difficultés évitées et de l’équité, sans valoriser fictivement des économies hospitalières.

L’hypothèse d’un million de suivis durables et l’enveloppe stabilisée de 742,853 M€ conduisent à un ratio comptable d’environ 743 € par personne cible et par an. Ce chiffre illustre un ordre de grandeur ; il n’est ni le prix d’un dossier individuel ni un coût causal démontré. Un coût par gain effectif ne sera calculable qu’après l’évaluation.

16 Protection des données et responsabilités

L’article L1110-4 du code de la santé publique protège le secret. L’échange entre professionnels identifiés participant à la prise en charge et le partage en équipe de soins portent sur les seules informations nécessaires, dans le cadre légal. Le partage hors équipe requiert le consentement préalable dans les conditions prévues. Information et droit d’opposition sont intégrés au parcours. [S24]

Le responsable est identifié par les finalités et moyens qu’il détermine ; responsabilités conjointes et sous-traitance sont formalisées si nécessaire. La documentation précise base légale (article 6 du RGPD), exception applicable aux données de santé (article 9), finalités, accès et conservation. Le consentement au partage médical est distinct de ces fondements. [S31]

Mesures de sécurité prévues

- Les agents administratifs accèdent aux informations de rendez-vous et de suivi nécessaires à leur mission, pas à l’ensemble du dossier médical.
- Les habilitations sont nominatives, revues régulièrement et retirées au départ d’un agent. Les accès et échanges sont journalisés.
- Les échanges médicaux utilisent des outils sécurisés adaptés. Les dossiers ne sont pas transmis par messagerie personnelle ou par un tableau grand public partagé.

- Le recours à un hébergeur certifié HDS est vérifié lorsque le champ réglementaire de cette obligation est applicable. La certification ne remplace pas les autres exigences de sécurité. [S25]
- Une analyse d’impact relative à la protection des données est menée avant traitement à grande échelle des données de santé, avec le délégué à la protection des données. [S26]

La durée de conservation du dossier de coordination est définie avant ouverture selon sa finalité et les obligations applicables. Elle ne se déduit pas automatiquement de celle du dossier médical d’un établissement. La clôture, l’archivage, les droits des personnes et la gestion des violations font l’objet de procédures écrites.

Les élus, responsables politiques et équipes de communication reçoivent exclusivement des indicateurs agrégés permettant un contrôle public. Aucun fichier de patients, coordonnées ou information de santé n’est utilisé à une fin électorale. Les représentants d’usagers n’accèdent à un dossier individuel que dans le cadre légal et avec les habilitations nécessaires.

Responsabilité clinique et institutionnelle

Le médecin demeure responsable de ses décisions médicales. Le coordinateur répond de l’organisation et de la traçabilité dans le cadre de son contrat. L’opérateur assure la sécurité des moyens et la continuité organisationnelle. Les responsabilités, assurances, procédures d’alerte et voies de recours sont inscrites dans les conventions ; leur validation juridique précède l’ouverture.

17 Risques et mesures correctrices

Risque	Signal à surveiller	Réponse prévue
Temps médical insuffisant	Créneaux non disponibles malgré financement	Reporter l’extension et revoir les conventions
Nouvelle couche administrative	Temps consacré à la coordination en hausse sans soins supplémentaires	Fusionner les tâches et supprimer les saisies redondantes
Double financement	Même poste ou acte dans deux lignes de financement	Rapprochement des contrats et correction contradictoire
Déplacement de la pénurie	Délais plus longs pour les personnes hors dispositif	Mesurer la capacité nette et corriger le contingentement
Sélection des dossiers simples	Écart de résolution lié à la fragilité	Analyse indépendante et moyens différenciés
Retard médical	Incident ou dépassement d’un délai médicalement fixé	Revue immédiate et procédure d’urgence adaptée
Sous-estimation des coûts induits	Hausse des examens prescriptions ou hospitalisations	Révision de la provision et décision du financeur
Reste à charge non anticipé	Renoncements après proposition de rendez-vous	Information préalable et accompagnement vers les droits
Absence ou départ du référent	Dossiers sans responsable	Remplacement et mutualisation de continuité

Risque	Signal à surveiller	Réponse prévue
Atteinte aux données	Accès injustifié incident ou fuite	Plan de réponse et obligations de notification
Inégalité territoriale	Résultats durablement inférieurs dans les zones isolées	Adapter l’allocation et les permanences mobiles
Faible adhésion des cabinets	Recrutements ou contrats assistants insuffisants	Revoir le modèle économique avant extension

Les conséquences d’une inflation, d’une révision conventionnelle, d’une crise sanitaire et d’une réforme institutionnelle sont examinées annuellement. Une réserve de 10 % n’est pas une garantie couvrant toute évolution de la dépense. Les décisions d’augmentation d’enveloppe restent explicites et publiées.

18 Application illustrative dans l’Yonne

L’Insee dénombre 332 267 habitants dans l’Yonne au recensement 2023, en géographie au 1er janvier 2026. Ce chiffre n’est ni une mesure des besoins de soins ni un décompte des personnes sans médecin traitant. Aucun taux national ne lui est appliqué pour fabriquer un nombre départemental. [S27]

Une hypothèse de six unités permet de tester l’organisation sur un département rural. Les pôles de travail indicatifs sont le Sénonais, le Jovinien et Migennois, l’Auxerrois, la Puisaye Forterre, le Tonnerrois et Chablisien et l’Avallonnais. Il s’agit de repères de discussion, à confronter aux périmètres et moyens existants, non d’une carte sanitaire arrêtée.

Le DAC 89 assure déjà un appui départemental aux parcours complexes. Le SAS 89 et les organisations de CPTS présentes sur le territoire doivent être associés dès le diagnostic initial. Le projet ne leur attribue aucun engagement, poste ou responsabilité nouvelle avant convention. [S28 S29]

Moyens locaux à plein déploiement	Volume ou coût annuel
Coordinateurs de bassin	6 ETP
Agents de parcours	6 ETP
Infirmiers de liaison	3 ETP
Généralistes superviseurs locaux	0,6 ETP
Généraliste départemental	0,5 ETP
Référents spécialistes	0,3 ETP réparti entre six disciplines
Personnel et fonctionnement des six unités	1 095 000 €
Appui départemental complet	221 000 €
Socle de coordination local	1 316 000 €

Moyens locaux à plein déploiement	Volume ou coût annuel
Assistants médicaux nouveaux	30 ETP dans les cabinets généralistes éligibles

L’hypothèse d’activité annualisée est de 7 200 nouveaux dossiers, 36 000 consultations généralistes supplémentaires, 6 000 consultations spécialisées et 3 000 téléexpertises. Ces volumes servent à tester le budget ; ils ne sont pas des besoins déjà constatés dans l’Yonne et ne sont pas garantis par l’ouverture des six unités.

Le coût public local de la première année pleine serait de **5 172 100 €**, incluant les soins supplémentaires du modèle, les aides aux assistants, une réserve de 10 % et 210 000 € d’installation et formation initiale. À partir de la troisième année de ces contrats, le coût local annualisé serait de **4 434 100 €**, avant redéploiements.

Hors quote-part nationale, ces montants ont le même périmètre limité que le modèle national. Une allocation illustrative au nombre d’unités ajouterait 1,554 M€ lors du pilote de 100 unités, puis 0,119 M€ au régime stabilisé. Le total serait alors d’environ 6,726 M€ en première année pleine et 4,553 M€ par an en régime stabilisé. Cette clé comptable ne crée aucune contribution obligatoire du conseil départemental.

Le recensement initial départemental doit fournir le nombre de demandeurs réels, la capacité des cabinets et établissements, les équipes disponibles, les créneaux par spécialité, les solutions de transport et les financements déjà engagés. Aucun recrutement nominatif n’est proposé sans vérification de la qualification et accord du professionnel.

19 Décisions à prendre avant le lancement

La première décision porte sur un pilote financé et évalué. Elle doit être accompagnée d’un responsable institutionnel, d’un cahier des charges, d’un protocole médical, d’un registre des coûts et d’un calendrier de revue. La décision de généraliser sera distincte de l’autorisation d’expérimenter.

Décision ou preuve attendue	Responsable proposé	Moment
Diagnostic et périmètre des bassins	Opérateur caisse ARS et professionnels	Avant engagement des sites
Capacité clinique et contrats signés	Médecins établissements et opérateur	Avant ouverture au public
Qualifications et assurances vérifiées	Employeur et responsable médical	Avant toute prise de fonction
Financements antérieurs rapprochés	Financeurs et contrôle financier	Avant paiement
Protocoles et circuit urgence validés	Responsable médical et partenaires SAS	Avant accueil des demandes
Protection des données et sécurité	Responsable de traitement et DPO	Avant traitement des données

Décision ou preuve attendue	Responsable proposé	Moment
Indicateurs et comparaison arrêtés	Évaluateur indépendant	Avant premier bilan
Information et réclamation accessibles	Opérateur et représentants des usagers	Dès l’ouverture

La présentation publique doit annoncer un service d’accompagnement, une capacité médicale contractualisée et des résultats vérifiables. Elle distingue les moyens votés, les objectifs proposés et les résultats réellement obtenus. Le projet ne crée pas, par sa seule rédaction, un droit opposable à un praticien disponible dans un délai uniforme.

Annexe A Registre de référencement des professionnels

Le registre de travail de l’opérateur contient les champs suivants. Il est renseigné lors du recrutement ou du conventionnement puis tenu à jour. Ce dossier décrit des fonctions et ne désigne aucun médecin déjà engagé dans le projet.

Champ	Vérification ou document attendu
Identité et fonction	Nom d’exercice fonction et structure signataire
Qualification	Diplôme autorisation d’exercice et spécialité reconnue
Référencement	Identifiant RPPS lorsque applicable et contrôle des références officielles
Situation ordinale	Inscription lorsqu’elle est requise et conditions compatibles avec les missions
Lieu et statut	Adresse professionnelle employeur ou activité libérale
Temps consacré	Quotité ETP horaires missions et remplaçant
Rémunération	Coût complet mode de paiement et absence de double facturation
Assurance	Attestation couvrant l’exercice et les missions
Indépendance	Déclaration des liens d’intérêts et règles d’orientation
Date de contrôle	Vérification initiale puis revue annuelle et à chaque changement

Les données professionnelles de référence sont vérifiées auprès de l’Ordre et de l’Annuaire Santé. Les agents non soignants sont enregistrés dans le registre RH interne avec leurs habilitations adaptées ; l’absence d’un identifiant de professionnel de santé ne leur ouvre aucun accès clinique supplémentaire. [S10 S12]

Annexe B Cahier contractuel et contrôle des recrutements

La convention de site décrit le périmètre, les partenaires, le responsable de suivi, les fonctions cliniques, les horaires d’accueil, les modalités d’urgence, les engagements de service et les exclusions de compétence. Elle comporte une annexe budgétaire, une annexe sur les données et un protocole de réclamation. Les contrats médicaux sont transmis aux autorités ordinales lorsque les règles applicables le requièrent.

Pièces du dossier de recrutement

- Fiche de poste et qualification attendue, en distinguant les obligations réglementaires des critères supplémentaires du projet.
- Copie des diplômes et autorisations utiles, contrôle des références et entretien par un jury incluant un professionnel compétent.
- Engagement écrit de temps, programme d’intégration, formation au secret et à la sécurité des données.
- Objectifs organisationnels, responsable hiérarchique et responsable médical identifiés, modalités d’évaluation.
- Procédure de remplacement, clauses de fin de contrat et transfert sécurisé des dossiers en cours.

Professionnels hospitaliers et libéraux

Le conventionnement d’un spécialiste hospitalier précise l’accord de son établissement, la nature du temps mobilisé, les moyens du site, la facturation et la responsabilité. Pour les libéraux, il distingue le temps collectif d’organisation, les actes de soins et les aides conventionnelles. La disponibilité d’un spécialiste n’est jamais déduite de sa seule présence dans un annuaire.

Formation et entretien des compétences

Le plan d’intégration porte sur les circuits locaux, les limites de compétence, les situations nécessitant une alerte, les droits des patients et la maîtrise des outils. La validation médicale des procédures précède leur utilisation. Les assistants médicaux disposent de leur parcours de qualification propre. Les professionnels soumis aux obligations de formation ou d’évaluation de leur profession les respectent dans leur cadre d’exercice.

Annexe C Formules budgétaires et analyse de sensibilité

Formules reproductibles

Pour N unités et D départements : personnel local = N × (65 000 + 45 000 + 0,5 × 75 000 + 0,1 × 200 000), soit N × 167 500 €. Fonctionnement local = N × 15 000 €.

Appui départemental = D × (0,5 × 200 000 + 6 × 0,05 × 220 000 + 0,5 × 50 000 + 0,25 × 80 000 + 10 000), soit D × 221 000 €.

À plein déploiement : consultations généralistes AMO = 6 000 000 × 35 × 0,80 = 168 M€. Consultations spécialistes AMO = 1 000 000 × 60 × 0,80 = 48 M€. Téléexpertises = 500 000 × 33 = 16,5 M€. Les volumes des étapes A1 et A2 sont pondérés respectivement par 0,10 et 0,40.

Sous-total récurrent = somme des lignes de personnel fonctionnement pilotage numérique évaluation aides actes provision mobilité et formation. Réserve = sous-total récurrent × 10 %. Budget public brut =

sous-total récurrent + réserve + lancement. Les droits et plafonds de facturation s’appliquent individuellement ; ces formules ne constituent pas une autorisation de facturer.

Année	Sous-total M€	Réserve M€	Lancement M€	Total M€
A1	82,710	8,271	19,500	110,481
A2	303,340	30,334	14,500	348,174
A3	732,321	73,232	23,000	828,553
A4	693,321	69,332	0,000	762,653
A5	675,321	67,532	0,000	742,853

Sensibilité du budget annuel stabilisé

Variation isolée toutes choses égales par ailleurs	Budget public M€
Scénario central	742,853
Paramètre généraliste de 35 à 40 €	769,253
Paramètre spécialiste de 60 à 80 €	760,453
Part AMO moyenne de 80 à 90 %	772,553
Provision examens et prescriptions doublée	830,853
Coûts du personnel local et départemental plus 15 %	774,007
35 % des assistants au barème stabilisé de 38 000 €	773,653

Chaque variation est appliquée isolément et inclut la réserve de 10 % sur le surcoût. Les scénarios ne sont pas des intervalles de confiance et ne doivent pas être additionnés sans reconstruire le modèle. Le barème majoré des assistants ne s’appliquerait qu’aux contrats qui en remplissent effectivement les conditions.

En complément, un stress global de moins 20 % ou plus 20 % autour du budget stabilisé conduit à une fourchette arithmétique de **594 à 891 M€ annuels**. Elle sert à tester la soutenabilité ; elle ne mesure pas la probabilité du coût réel. L’inflation n’est pas comprise dans les euros constants : l’autorisation de dépense en euros courants devra l’intégrer année par année.

Financements consolidés et limites de périmètre

Le budget public stabilisé et les 54 M€ de consultations financées par les complémentaires ou patients totalisent environ 797 M€ par an : un sous-total, non un coût collectif complet. Les restes à charge des examens, prescriptions et transports ne sont pas chiffrés. Le solde employeur de 115 M€ des assistants ne s’ajoute pas mécaniquement : des honoraires déjà comptés peuvent le financer. La consolidation doit éliminer les transferts et doubles comptes.

Le modèle exclut l’immobilier neuf, les équipements lourds, le coût complet de la formation de nouveaux médecins et les effets économiques à long terme. Il comprend la coordination, les aides de la cohorte nouvelle, les consultations additionnelles estimées, une provision pour les examens et prescriptions, la mobilité, la formation du programme et la sécurité numérique. Le financement actuel des structures partenaires reste dans leurs comptes ; seule la part affectée au projet sera rapprochée pour éviter le double financement.

Annexe D Glossaire et sources

Terme	Signification
ALD	Affection de longue durée
AMO	Assurance Maladie obligatoire
APL	Accessibilité potentielle localisée
ARS	Agence régionale de santé
CPAM	Caisse primaire d’assurance maladie
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CQP	Certificat de qualification professionnelle
DAC	Dispositif d’appui à la coordination
DES	Diplôme d’études spécialisées
DPO	Délégué à la protection des données
ETP	Équivalent temps plein
HDS	Hébergeur de données de santé
IPA	Infirmier en pratique avancée
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
RPPS	Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé
SAS	Service d’accès aux soins
SNDS	Système national des données de santé

Sources contrôlées le 21 novembre 2026. Les références documentent constats, qualifications, dispositifs et tarifs. Effectifs, capacités, coûts de personnel, délais et budget sont des hypothèses du projet, sans validation des résultats futurs. Les échanges personnels rapportés par l’auteur ne sont ni une enquête représentative ni un avis médical formalisé.

[S01] Ifop Fiducial Présidentielle 2027 et déterminants du vote

Terrain du 13 au 16 novembre 2026 ; méthodologie p 2 et déterminants p 15. Base du résultat santé : inscrits ayant l’intention de voter.

https://www.ifopgroup.com/wp-content/uploads/2026/11/122919-petit-dejeuner-electoral-intentions-de-vote-et-determinants-du-vote.pdf

[S02] Cour des comptes Le dispositif du médecin traitant

Bilan publié en 2026 ; données adultes 2025.

https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-dispositif-du-medecin-traitant

[S03] Assurance Maladie Observatoire de l’accès aux soins

Publication du 22 octobre 2026 ; indicateurs au 30 juin 2026.

https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2026-10-22-cp-observatoire-de-l-acces-aux-soins

[S04] Drees Accessibilité aux soins de premier recours en 2024

Publication du 22 juillet 2026 ; définition et champ de l’APL.

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/jeux-de-donnees/260722-accessibilite-aux-soins-de-premier-recours-en-2024

[S05] Assurance Maladie Communautés professionnelles territoriales de santé

Missions conventionnelles dont l’accès au médecin traitant.

https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/Documents/accord-aci-cpts-integrant-avenant-2-version-consolidee.pdf

[S06] Ministère de la Santé Tout savoir sur le service d’accès aux soins

Accès au SAS par le 15 et régulation ; voir aussi la fiche Service Public [S16].

https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/article/tout-savoir-sur-le-sas-service-d-acces-aux-soins

[S07] Légifrance Dispositifs d’appui à la coordination

Code de la santé publique, article D6327-1 ; appui aux parcours complexes.

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043273900

[S08] Ministère de la Santé Coordinateur de parcours en santé

Répertoire des métiers ; repère master 2 et expérience en santé.

https://sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/le-repertoire-des-metiers-de-la-sante-et-de-l-autonomie-fonction-publique/soins/sousfamille/coordination-en-sante/metier/coordinateur-trice-de-parcours-en-sante

[S09] Légifrance Professions infirmières

CSP : R4311-1 et suivants ; pour la pratique avancée, L4301-1 et R4301-1 et suivants. Compétences à contrôler selon les missions.

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006145488/
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000051014940

[S10] Conseil national de l’Ordre des médecins Inscription au tableau

Mise à jour du 28 juillet 2026 ; contrôle de la qualification et des contrats.

https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/carriere/sinscrire-tableau-lordre

[S11] Légifrance Titres permettant l’exercice infirmier

CSP, article L4311-3 ; diplôme d’État français et titres reconnus, avec les conditions d’exercice applicables.

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000051561887

[S12] Agence du Numérique en Santé Annuaire Santé et RPPS

Référentiel des identités et qualifications professionnelles.

https://esante.gouv.fr/securite/annuaire-sante

[S13] Légifrance Diplômes d’études spécialisées de médecine

Arrêté du 21 avril 2017 modifié ; liste des DES et maquettes.

https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034502881/

[S14] Légifrance Libre choix du praticien

Code de la santé publique article L1110-8.

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000054137459

[S15] Assurance Maladie Choisir et déclarer son médecin traitant

Modalités de déclaration et accord des parties.

https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/principes/choisir-et-declarer-votre-medecin-traitant

[S16] Service Public Numéros d’urgence

Fiche vérifiée le 25 août 2026 ; 15 et 112.

https://www.service-public.gouv.fr/particuliers/vosdroits/F33954

[S17] Haute Autorité de santé Téléconsultation et téléexpertise

Guide de bonnes pratiques et outils d’évaluation ; dernière mise à jour consultée du 7 juin 2021.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2971632/fr/qualite-et-securite-de-la-teleconsultation-et-du-telesoin

[S18] Assurance Maladie Téléexpertise

Tarifs 2026 et conditions de prise en charge.

https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/telemedecine/teleexpertise

[S19] Assurance Maladie Aides à l’emploi d’assistants médicaux

Plafonds standard pour un ETP : 38 000, 28 000 puis 22 000 € ; éligibilité, objectifs, majorations et modulation.

https://www.ameli.fr/node/916285

[S20] Assurance Maladie Questions réponses sur l’emploi d’un assistant médical

Qualification CQP ou formation d’adaptation et limites d’exercice.

https://www.ameli.fr/node/916287

[S21] Assurance Maladie Tarifs conventionnels des médecins

Tableaux 2026 ; nomenclature, majorations et conditions de facturation.

https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/consultations-actes/tarifs/tarifs-conventionnels-medecins-generalistes-specialistes

[S22] Nouvelle Énergie Répartition des économies annoncées

Document politique de référence ; les économies annoncées ne financent pas d’office le présent projet.

https://www.unenouvelleenergie.fr/questions/que-ferait-david-lisnard-des-200-milliards-d-economies/

[S23] Légifrance Expérimentations d’organisation et de financement

CSS, article L162-31-1, version en vigueur depuis le 20 août 2026 ; éligibilité et autorisation à examiner.

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000054715108

[S24] Légifrance Secret et partage des informations de santé

Code de la santé publique article L1110-4.

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043895798/

[S25] Agence du Numérique en Santé Certification HDS

Cadre de la certification des hébergeurs de données de santé.

https://esante.gouv.fr/produits-services/cybersecurite/hds

[S26] CNIL Analyse d’impact pour les professionnels de santé

Traitements à grande échelle et protection des données.

https://www.cnil.fr/fr/cnil-direct/question/professionnels-de-sante-mener-une-analyse-dimpact-cest-obligatoire

[S27] Insee Population de l’Yonne

Population du recensement 2023 ; géographie au 1er janvier 2026.

https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=DEP-89

[S28] DAC 89 Gouvernance et missions

Dispositif départemental existant ; aucun engagement de sa part n’est présumé.

https://dac89.fr/notre-gouvernance/

[S29] CPTS Nord Yonne Service d’accès aux soins 89

Présentation du dispositif local existant.

https://cpts-nordyonne.fr/actions/le-service-dacces-aux-soins-sas/

[S30] Nouvelle Énergie Programme santé

Document politique : soins de proximité, incitations, formation et suppression proposée des ARS.

https://www.unenouvelleenergie.fr/notre-programme/sante/

[S31] CNIL RGPD : définitions et fondements des traitements

Articles 4 (responsabilités), 6 (base légale) et 9 (données sensibles) ; chapitres I et II.

https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees/chapitre1

https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees/chapitre2