

ACCÈS AUX SOINS :

LE GUIDE PRATIQUE POUR LES ÉLUS



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE
DE LA COHÉSION
DES TERRITOIRES
ET DES RELATIONS
AVEC LES
COLLECTIVITÉS
TERRITORIALES

ACCÈS AUX SOINS :

LE GUIDE PRATIQUE POUR LES ÉLUS



De plus en plus de Français rencontrent des difficultés pour trouver un médecin traitant, obtenir rapidement un rendez-vous, accéder à des soins médicaux spécialisés dans un délai approprié à leurs besoins. La stratégie « Ma santé 2022 » annoncée par le président de la République en septembre 2018 vise à déployer des outils nouveaux pour améliorer l'accès aux soins en tout point du territoire.

Ces outils ne sauraient, toutefois, se décliner de manière uniforme quels que soient les territoires. Les solutions, dans ce domaine, ne sauraient se décréter depuis Paris : elles doivent se construire au plus près des besoins, et reposent toujours sur l'engagement et la mobilisation des acteurs de terrain. Les élus locaux, en particulier, occupent dans ces dynamiques un rôle central. Au contact direct des attentes et des besoins des habitants de leur territoire, ils sont les animateurs par excellence du dialogue territorial, capables de faire converger les points de vue et de fédérer les initiatives pour permettre l'émergence des solutions les plus pertinentes. Ils détiennent d'ailleurs souvent une part de ces solutions eux-mêmes, au travers des compétences

qu'ils exercent, qu'il s'agisse de l'aménagement urbain ou de la gestion des services publics locaux.

Pour jouer pleinement ce rôle, ils doivent disposer de toutes les informations nécessaires sur les dispositifs existants, la réglementation et ses évolutions, ainsi que les interlocuteurs divers – professionnels de santé, structures de soins – dont les attentes, les représentations, les cultures professionnelles, se différencient parfois profondément des leurs. Les agences régionales de santé ont à cœur de les accompagner dans ce travail particulièrement difficile. La récente création de l'agence nationale de la cohésion des territoires vise, par ailleurs, à mettre à leur disposition un accès plus simple aux services de l'Etat et aux différents opérateurs qui interviennent dans les territoires pour soutenir les projets qu'ils portent ou soutiennent.

L'élaboration de ce guide poursuit le même objectif : apporter aux élus confrontés aux inégalités territoriales en matière d'accès aux soins, une vision d'ensemble du cadre législatif et réglementaire et des dispositifs publics mobilisables, leur proposer des éléments méthodologiques concrets pour guider leurs initiatives, mettre en valeur les démarches portées avec succès par d'autres collectivités territoriales.

**La ministre des solidarités et de la santé
AGNÈS BUZYN**

**La ministre de la cohésion
des territoires et des relations
avec les collectivités territoriales
JACQUELINE GOURAULT**



PARTIE I

LES ENJEUX DE LA RÉUSSITE D'UN ACCOMPAGNEMENT TERRITORIAL DE PROJET RELATIF À L'ACCÈS AUX SOINS

- 6 Comment aborder les politiques d'accès aux soins ?
- 14 Quels sont les partenaires des collectivités locales en matière d'accès aux soins ?
- 20 Comment et pourquoi contractualiser avec l'Etat en matière de santé ?

PARTIE II

LES LEVIERS D'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS DANS LES TERRITOIRES

- 32 Pourquoi et comment soutenir les futurs médecins dès le stade de leurs études ?
- 36 Pourquoi et comment favoriser l'accueil des stagiaires en médecine ?
- 40 Comment inciter les médecins à venir s'installer dans mon territoire ?
- 48 Pourquoi et comment soutenir les maisons et centres de santé ?
- 58 Pourquoi et comment miser sur de nouvelles formes d'exercice médical ?
- 64 Pourquoi et comment développer la télémédecine dans mon territoire ?
- 70 Comment libérer du temps médical ?
- 74 Qu'attendre des futurs hôpitaux de proximité ?
- 80 Pourquoi et comment s'appuyer sur les communautés professionnelles territoriales de santé ?

- 88 Annexe I : Récapitulatif des aides facultatives locales
- 90 Annexe II : Les certificats médicaux
- 92 Annexe III : Les certificats médicaux

PARTIE I

LES ENJEUX DE LA RÉUSSITE D'UN ACCOMPAGNEMENT TERRITORIAL DE PROJET RELATIF À L'ACCÈS AUX SOINS

La première partie de ce guide vise à apporter quelques clés de réussite méthodologiques pour conduire un projet territorial en matière d'accès aux soins.

Au préalable, il est important que chaque territoire puisse **identifier ses besoins en matière d'offre de soins de premier recours**, au regard de sa situation territoriale. La démographie des professionnels de santé, l'implantation de structures collectives sur le territoire, les mobilités et parcours des patients, gagnent à être analysés avec précision (*fiche n°1*).

Cette analyse mérite d'être travaillée en partenariat avec les collectivités situées aux alentours dans le cadre d'un diagnostic partagé, par exemple au niveau intercommunal, afin d'identifier les forces et fragilités du « territoire de vie » des habitants, au sens large. Ce travail partagé pourra aller jusqu'à un portage en commun du projet entre plusieurs collectivités.

Si les difficultés que rencontrent les habitants du territoire à accéder aux soins constituent souvent le point de départ de ces démarches, elles sont souvent plus riches et plus fructueuses lorsqu'elles s'ouvrent **à une vision plus transversale**, qui interroge la santé dans ses différentes composantes (soins, prévention, éducation à la santé...) en lien avec les autres politiques publiques portées sur le territoire. En effet, l'éducation à la santé, la prévention, sont également des dimensions importantes de la santé, ainsi que des leviers pour réduire, à terme, le recours aux soins de premier recours. De la même manière, l'accès aux soins ne se réduit pas à des considérations géographiques : l'existence de dispositifs d'allers-vers, tels que la médiation sanitaire ou l'interprétariat professionnels pour des personnes allophones, peut constituer par exemple des leviers déterminants dans certains territoires. Comme tout projet d'implantation d'une activité professionnelle, les enjeux d'aménagement du territoire, de mobilité, d'accès à des équipements publics (scolaires, éducatifs, culturels, ou sportifs) constituent autant de facteurs d'attractivité qu'il convient de prendre en compte. Les **contrats locaux de santé**, ainsi que les autres dispositifs contractuels entre l'Etat et les collectivités (contrats de ville, de ruralité...) peuvent constituer des cadres particulièrement adaptés pour impulser cette transversalité (*fiche n°3*).

Lorsqu'une collectivité souhaite impulser ou accompagner un projet d'accès aux soins, il est nécessaire de s'assurer de la pertinence et de la **qualité du caractère médical du projet** en question. Les différents acteurs sanitaires, au premier rang desquels l'agence régionale de santé (ARS), sont en capacité d'aider la collectivité porteuse, ou chef de file, à ce titre. L'implication des professionnels de santé du territoire dès l'émergence et la conception du projet constitue également un gage de sa pertinence et une clé de sa réussite.

Enfin, le **coût financier** d'un projet d'accès aux soins suppose la mobilisation de plusieurs financeurs publics. L'Etat et ses opérateurs sont pleinement mobilisés pour contribuer utilement au déploiement de solutions sur tous les territoires *fiche n°3*.

Vous trouverez dans ce guide un ensemble de pistes, d'outils financiers et d'interlocuteurs identifiés pour vous soutenir dans l'accompagnement financier de ces projets.



ACCÈS AUX SOINS :
**LE GUIDE PRATIQUE
POUR LES ÉLUS**



Comment aborder les politiques d'accès aux soins ?

Il est difficile de décliner de manière uniforme sur tout le territoire des solutions nationales en matière d'accès aux soins. Les besoins, les possibilités, les contraintes, sont différents selon les territoires. Les plans et stratégies nationaux (plan d'accès aux soins, stratégie Ma santé 2022) sont conçus avant tout comme des boîtes à outils à destination des acteurs locaux.

Les solutions sont donc à inventer à partir des besoins de chaque territoire, sur la base d'un diagnostic partagé entre acteurs : les collectivités territoriales peuvent jouer dans ce cadre un rôle déterminant.

I LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES PEUVENT JOUER UN RÔLE PRÉCIEUX DANS L'ÉMERGENCE ET LA MISE EN ŒUVRE DE PROJETS LOCAUX EN MATIÈRE D'ACCÈS AUX SOINS

Analyser l'offre et les besoins

Pour mener une politique pertinente en matière d'accès aux soins, il convient souvent au préalable de disposer d'une vision précise des besoins et des difficultés et des ressources dans le territoire.

En premier lieu, connaître les caractéristiques démographiques de la population médicale, voire paramédicale, est souvent indispensable. Ce diagnostic gagne à intégrer une dimension prospective : au-delà de la démographie des professionnels de santé, il est en effet utile de pouvoir identifier leur pyramide des âges et les flux de départs en retraite attendus dans les années à venir, afin de pouvoir ainsi anticiper les difficultés.

Ce diagnostic doit être conduit à une échelle suffisamment large pour prendre en compte la mobilité des patients. Selon les spécialités médicales concernées, par exemple, les flux de patients peuvent s'organiser à l'échelle communale ou intercommunale, départementale, voire régionale.

Cette analyse de l'offre de soins gagne à être mise en relation avec les besoins de soin, que l'on peut appréhender au travers des caractéristiques sanitaires, mais aussi sociales, économiques et démographiques de la population. En effet, les besoins en soins varient selon la structure de la population et de son niveau de vie notamment. A titre d'exemple, les enfants et les personnes âgées ont besoin en moyenne de plus de consultations annuelles que les personnes jeunes ou adultes. Les données disponibles sur l'observatoire des territoires permettent ainsi de structurer une analyse territoriale et prospective au service des politiques publiques nationales et locales.

COMMENT SITUER MA COLLECTIVITÉ PAR RAPPORT AUX INÉGALITÉS TERRITORIALES DANS L'ACCÈS AUX SOINS ?

L'ARS peut fournir à la demande des élus la plupart des éléments statistiques et diagnostiques dont ils ont besoin. Plusieurs sources en accès direct sur internet peuvent toutefois permettre aux services de la collectivité territoriale d'approfondir certains aspects.

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), chargée des statistiques au sein du ministère des solidarités et de la santé, met à disposition des données et cartographies (accès aux soins, consommation de santé, conditions de vie, etc.) : <http://dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr>

Le conseil national de l'ordre des médecins publie chaque année un atlas de la démographie médicale, qui présente des données consolidées à partir des inscriptions à l'Ordre des médecins. Ces données sont très détaillées mais elles présentent deux limites :

- leur échelle, uniquement départementale : les données intercommunales ou communales sont toutefois disponibles sur demande auprès du conseil départemental de l'ordre des médecins
- les indicateurs utilisés, centrés sur la densité et l'âge des médecins, alors que d'autres variables entrent en ligne de compte dans l'accès aux soins (le temps de travail des médecins, l'âge de la population par exemple).

Le conseil départemental de l'ordre des médecins constitue un partenaire utile pour réaliser un diagnostic local de la démographie médicale car il dispose de données précises et actualisées sur les caractéristiques des professionnels du territoire, qui sont tous enregistrés (« tableau de l'ordre ») auprès de lui.

L'outil **Cartosanté**, disponible en ligne (<http://cartosante.atlasante.fr>) permet quant à lui de disposer d'une grande variété de données (déjà présentées sous forme de tableaux, de schémas, voire de cartes) relatives à l'offre de soins mais aussi à la consommation de soins. Celles-ci peuvent être déclinées à l'échelle de la commune, de l'intercommunalité, du bassin de vie et même du bassin d'emploi.

L'outil **Rézone de l'assurance maladie**, également disponible en ligne (<http://rezone.ameli.fr/rezone/>) propose à l'échelle de la commune ou du territoire de vie santé des données sur la démographie des patients et des professionnels de santé mais également un simulateur des aides possibles pour une installation en libéral dans le territoire.

Les observatoires régionaux de la santé, organismes scientifiques indépendants financés par les ARS, mettent généralement à disposition des acteurs des données et des



cartographies sur l'état de santé, ses déterminants, les inégalités de santé et les difficultés d'accès aux soins. Leur fédération nationale a créé le site d'information en santé SCORE Santé (<https://scoresante.org>) pour mettre à disposition des décideurs des informations fiables, homogènes et comparables sur la santé de la population et ses déterminants.

Enfin, l'**observatoire national de la politique de la ville** permet d'objectiver les difficultés des quartiers prioritaires de la politique de la ville, où résident 5,4 millions d'habitants. Le **site SIG Ville** (<http://sig.ville.gouv.fr>) met à disposition un ensemble de données territorialisées à l'échelle des quartiers prioritaires de la politique de la ville, permettant d'objectiver les difficultés de ces territoires fragilisés.

Prendre en compte les besoins exprimés par les habitants des territoires

Pour garantir la pertinence du diagnostic, il est souvent utile de croiser cette approche statistique avec une dimension plus qualitative, fondée sur l'écoute des acteurs du territoire, et tout particulièrement des habitants.

Les difficultés d'accès aux soins en tant que telles, ainsi que l'attractivité médicale du territoire, sont plus délicates à appréhender, faute d'indicateurs statistiques pertinents. En effet, il n'existe pas, par exemple, d'indicateur comparant aujourd'hui les temps d'attente pour un rendez-vous médical selon les territoires. Il convient alors de s'appuyer sur le ressenti des patients, ainsi que celui des professionnels (difficultés ou non à trouver un remplaçant, par exemple).

Pour cela, il est possible de s'appuyer sur les dispositifs existants en matière de participation citoyenne¹, qui ciblent d'ailleurs souvent la santé comme un enjeu fort du territoire. Dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, en particulier, les conseils citoyens peuvent constituer un espace pertinent pour organiser cette participation des habitants.

LES CONSEILS CITOYENS

Instaurée par la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine du 24 février 2014, dans le cadre des contrats de ville, la **mise en place de conseils citoyens dans l'ensemble des quartiers prioritaires permet de :**

- conforter les dynamiques citoyennes existantes
- garantir la place des habitants dans toutes les instances de pilotage des contrats de ville
- favoriser l'expertise partagée
- créer un espace de propositions et d'initiatives à partir des besoins des habitants.

Chaque conseil citoyen comprend deux catégories de membres : des habitants du quartier concerné et des représentants d'associations et acteurs locaux. A ce jour, 1 157 conseils citoyens sont dénombrés.

Plateforme des conseils citoyens : <https://www.conseilscitoyens.fr/>

La mobilisation des habitants dans la co-construction du projet lui permet de gagner en pertinence et en efficacité. Elle est souvent désignée, en matière de santé publique,

L'ACCOMPAGNEMENT DES DÉMARCHES PARTICIPATIVES EN SANTÉ

Un accompagnement à la méthodologie de projet par des structures spécialisées sur les thématiques de la « santé communautaire » et de la « médiation en santé » peut être apporté en direction des élus, des techniciens des collectivités, des professionnels de santé (notamment centres et maisons de santé) et des collectifs d'habitants.

- **l'association Institut Renaudot** propose sur l'ensemble du territoire national des formations et accompagnements méthodologiques sur site permettant de renforcer la co-construction des projets entre habitants, élus et professionnels. Elle propose un premier niveau de conseil par entretien téléphonique.

- **le centre de formation en santé communautaire** repose sur l'expérience de terrain du centre de santé « La Place santé » (Seine-Saint-Denis), ayant vocation à former, dès 2020, les acteurs des territoires à la santé communautaire sur l'ensemble du territoire national (professionnels de santé, agents des collectivités, habitants...). Il vise à faciliter le transfert des pratiques qualitatives et participatives vers des centres et maisons de santé d'autres territoires.

¹. Plusieurs dispositifs existent en matière de démocratie locale, consacrés par la loi constitutionnelle du 28 mars 2003, afin de prendre en considération l'avis des habitants d'un territoire, tel le référendum local (articles L.O. 1112-1 à L.O. 1112-14 du code général des collectivités territoriales), la consultation pour avis des électeurs (articles L1112-15 à L1112-22 du code général des collectivités territoriales), ainsi que les conseils de quartiers (article L2143-1 du code général des collectivités territoriales).



III LEUR INTERVENTION PROPRE GAGNE À S'INSCRIRE DANS UNE DÉMARCHE INTERSECTORIELLE ET TRANSVERSALE

Les collectivités territoriales disposent des compétences strictement définies en matière d'accès aux soins stricto sensu

Les collectivités disposent de compétences limitativement énumérées, en matière de santé (hygiène de l'habitat et contrôle de la qualité des eaux de baignade et de l'air dans le cas des communes, protection maternelle et infantile pour les départements, organisation des formations paramédicales pour les régions...). Celle-ci demeure en effet très largement une compétence de l'État.

En matière d'accès aux soins, toutefois, le code général des collectivités territoriales² leur reconnaît la possibilité d'intervenir, par l'attribution d'aides financières facultatives, tout en délimitant leur champ d'intervention. Quatre types d'interventions sont énumérées :

- les aides « *destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé* » dans des zones médicalement sous dotées
- les aides « *visant à financer des structures participant à la permanence des soins* »
- « *les indemnités de logement et de déplacement aux étudiants de troisième cycle de médecine générale* » lorsqu'ils effectuent leurs stages dans des zones médicalement sous dotées
- « *une indemnité d'étude et de projet professionnel* » à tout étudiant, titulaire du concours de médecine, « *s'il s'engage à exercer en tant que médecin généraliste, spécialiste ou chirurgien-dentiste au moins cinq années* » dans une zone sous - dotée.

Attention, les textes prévoient souvent des conditions de zonage ainsi qu'un plafonnement de ces différentes aides, qu'il est important de respecter pour garantir leur légalité, et donc leur sécurité juridique. Le tableau en annexe 1 récapitule les conditions qui s'appliquent pour chacun de ces quatre domaines d'intervention prévus par la loi.

Cet enjeu interroge en réalité de nombreux champs d'intervention des collectivités territoriales et de leurs groupements

La problématique de l'accès aux soins est intrinsèquement liée à celle, bien plus large, de l'attractivité du territoire. Au-delà de l'attribution d'aides financières, les collectivités peuvent

². Article L 1511-8 du code général des collectivités territoriales

³. Attention, seuls les investissements réalisés dans certaines zones (zones sous-denses, zones de revitalisation rurale) seront éligibles au Fonds de compensation pour la taxe sur la valeur ajoutée.

donc favoriser l'accès aux soins sur leur territoire par l'intermédiaire de leurs politiques de promotion du territoire, d'aménagement du cadre de vie ou de développement économique local.

Par exemple, les compétences des communes et des EPCI en matière d'aménagement de l'espace leur permettent de soutenir les projets immobiliers destinés à l'installation de professionnels de santé (cabinet médical, maison de santé, etc.)³.

De la même manière, les compétences des communes ou intercommunalités en matière de cadre de vie, de services de proximité, de sécurité, voire de voirie et de stationnement, les mettent en première ligne pour répondre aux besoins concrets des professionnels de santé et contribuent donc à l'attractivité médicale de leur territoire.

Cela appelle souvent un portage politique fort de la part des élus locaux, afin de garantir une prise en compte transversale de l'enjeu de l'accès aux soins, aux côtés de celui de la prévention, dans l'ensemble des politiques publiques portées par la collectivité territoriale.

Elles jouent souvent un rôle clé pour animer le partenariat et coordonner les acteurs

Les politiques locales d'accès aux soins nécessitent de conjuguer les énergies et les compétences de plusieurs acteurs : professionnels de santé, agence régionale de santé, voire établissements de santé ou médico-sociaux et usagers du système de santé. Les élus locaux sont souvent en mesure d'impulser ces dynamiques de travail en commun et d'animer le travail partenarial sur le territoire.

LA COORDINATION ENTRE ACTEURS D'UN TERRITOIRE AUTOUR DES PROJETS D'INSTALLATION : L'EXEMPLE DE LA NIÈVRE

Dans la Nièvre, la « cellule d'installation » est une réunion tenue à Nevers environ une fois par trimestre depuis trois ans. Elle rassemble, pendant plus de deux heures, la délégation départementale de l'ARS, la chargée de mission aux installations de la délégation départementale de l'ARS, la direction de la santé du département, les deux animateurs santé des pôles d'équilibre territorial et rural, la CPAM et l'ordre des médecins. Cette réunion permet le partage d'informations locales concernant le recrutement, l'installation, l'exercice, le regroupement, le départ ou futur départ de médecins généralistes, ainsi que la recherche de solutions communes – par exemple pour l'accompagnement des projets d'installation – et le suivi des actions menées dans ce domaine par chacun des acteurs (bourses, week-end des internes...).



LA COORDINATION À L'ÉCHELLE DÉPARTEMENTALE AUTOUR DES PROJETS D'EXERCICE COORDONNÉ : L'EXEMPLE DU CANTAL

Dans le département du Cantal, une instance nommée espace de concertation départemental (ECD) a été mise en place afin que l'ensemble des acteurs du département, impliqués dans l'organisation des soins, partagent les informations et l'évolution du maillage des soins coordonnés (ESP, MSP, CPTS). Cette instance se réunit autant de fois que nécessaire en fonction des projets portés par des professionnels de santé du territoire. En effet, chaque nouveau projet lui est présenté pour avis. Au niveau régional, un comité technique régional consolide les réflexions menées dans chaque département et notamment valide la décision de labellisation des projets de santé.

Leur implication permet d'articuler étroitement projet territorial et projet de santé

En matière de santé, notamment d'accès aux soins, il est délicat pour une collectivité d'intervenir sans s'appuyer sur les professionnels de santé présents sur le territoire. Leur mobilisation est en effet indispensable pour accueillir des étudiants en stage sur le territoire, créer une maison de santé, déployer un projet de télémédecine ou réfléchir à l'optimisation des parcours des patients. Quant à l'implantation de nouveaux professionnels de santé sur le territoire – qu'elle prenne la forme de l'ouverture d'un cabinet secondaire, de l'arrivée d'un médecin étranger ou de la création de postes salariés – elle gagne à s'opérer en étroite concertation avec eux, au risque, dans le cas contraire, d'être perçue comme une concurrence nouvelle et indésirable.

Pour les élus, le dialogue avec les professionnels de santé présente des spécificités réelles. Les professionnels de santé libéraux, en particulier, sont souvent attachés à leur autonomie, peu habitués au langage administratif et à la conduite de projet, et rarement disponibles en journée et en semaine, consacrées à leurs activités de soins. Un dialogue réussi implique souvent pour les élus la prise en compte de ces spécificités.

En outre, il peut être compliqué d'engager un dialogue avec chacun des professionnels de santé du territoire, surtout s'il est étendu et/ou très peuplé. Pour contourner cette difficulté, elles peuvent s'appuyer sur les maisons ou centres de santé, qui regroupent en leur sein plusieurs professionnels de santé et sont souvent force d'impulsion pour conduire des projets à l'échelle de leur territoire, ou sur les communautés professionnelles territoriales de santé, là où il en existe.





Quels sont les partenaires des collectivités locales en matière d'accès aux soins ?

Lorsqu'un élu local désire s'engager dans des projets en matière d'accès aux soins, il a comme premier interlocuteur la délégation départementale de son agence régionale de santé, établissement public en charge de mettre en œuvre au nom de l'Etat la politique nationale de santé ⁽¹⁾. Mais au-delà de ce partenariat privilégié, d'autres acteurs peuvent apporter leur appui et leur expertise dans la conception et la mise en œuvre du projet ⁽²⁾.

I L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ, PREMIER INTERLOCUTEUR DES ÉLUS LOCAUX EN MATIÈRE DE SANTÉ

Les agences régionales de santé sont des établissements publics créés en 2010 et placés sous la responsabilité du Ministère des Solidarités et de la santé. Elles sont chargées de définir et d'animer les politiques de santé au niveau régional, dans tous les domaines : prévention, veille et sécurité sanitaire, organisation de l'offre de soins dans les cabinets de ville, en établissements de santé et dans les structures médico-sociales.

Elles travaillent en concertation avec les **acteurs de santé, les usagers et les élus**. Ces derniers sont d'ailleurs représentés au sein du conseil de surveillance de l'ARS, une instance qui formule un avis sur les grandes orientations de l'agence, approuve son budget et son compte financier. L'outil majeur de déclinaison de la politique de santé au niveau régional est le projet régional de santé (PRS), un document de planification établi qui constitue le document de référence pour l'organisation des soins, notamment pour planifier les moyens, les ressources et l'organisation des services hospitaliers sur le territoire. Le PRS est défini par l'ARS tous les 5 ans à l'issue d'une concertation large associant son conseil de surveillance, les préfetures, les collectivités territoriales et les instances de démocratie sanitaire au niveau régional. Depuis la loi organisation et transformation du système de santé du 24 juillet 2019, le directeur général de l'ARS doit rendre compte de la mise en œuvre du PRS sur le territoire au moins une fois par an, devant les élus de chaque département¹.

Les élus locaux sont également associés dans le cadre des instances consultatives régionales et départementales (démarches de « démocratie sanitaire »). Toutefois, les ARS recherchent aujourd'hui de plus en plus leur implication directe dans les projets structurants de leur territoire, bien au-delà de ces instances formelles de concertation.

LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

La démocratie sanitaire est une démarche associant l'ensemble des acteurs du système de santé, dont les élus locaux, dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation. Au niveau territorial, elle repose principalement sur deux instances de dialogue, **le conseil territorial de santé (CTS) et la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)**.

Les conseils territoriaux de santé (CTS) constituent les instances de démocratie sanitaire au niveau local. Ils participent à la déclinaison locale du PRS, en particulier sur l'organisation des parcours de santé en lien avec les professionnels du territoire. Ils s'organisent à une échelle départementale ou infra-départementale (« territoire de démocratie sanitaire »). Ils sont organisés en 5 collèges dont l'un est consacré aux élus locaux² et les autres aux acteurs de santé, usagers, représentants de l'Etat et personnalités qualifiées.

La conférence régionale de la santé et de l'autonomie est une instance consultative de niveau régional. Composée de 4 commissions spécialisées et d'une commission permanente (108 membres au maximum), elle formule des avis sur le projet régional de santé, le respect des droits des usagers et participe aux débats et aux discussions sur la politique de santé régionale. Là encore, les élus locaux siègent dans un collège spécifique des représentants des collectivités territoriales.

Les ARS sont représentées dans chaque département par une délégation départementale. Celle-ci remplit les missions de proximité de l'agence et l'interlocuteur privilégié des partenaires extérieurs : préfet, établissements de santé, élus locaux, et constituent l'interface locale.

¹. Président du conseil départemental, conseillers départementaux, président du conseil régional, présidents des EPCI et cinq représentants des maires du département (désignés par l'association départementale des maires).

². Ce collège comprend **quatre à sept membres**, désignés par arrêté du DG ARS sur proposition des présidents des collectivités concernées et des associations nationales d'élus.



II DES ACTEURS MOBILISÉS POUR ACCOMPAGNER LES PROJETS TERRITORIAUX EN MATIÈRE D'ACCÈS AUX SOINS

Les acteurs institutionnels

Les caisses primaires d'assurance maladie sont responsables des prestations de l'Assurance Maladie à ses assurés, mais aussi du conventionnement et des rémunérations des professionnels de santé. Elles contribuent au financement des maisons et centres de santé ainsi que des CPTS et à ce titre proposent un accompagnement aux porteurs de projet, conjointement avec les ARS.

Les GRADES constituent les opérateurs des agences régionales de santé pour élaborer et mettre en œuvre la politique de e-santé sur le territoire. Leur rôle est d'animer, de fédérer les acteurs de la e-santé dans la région, de promouvoir l'usage des services numériques et santé et d'apporter leur expertise aux acteurs régionaux.

L'agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT) a pour mission, en tenant compte des particularités, des atouts et des besoins de chaque territoire, de conseiller et de soutenir les collectivités territoriales et leurs groupements dans la conception, la définition et la mise en œuvre de leurs projets, notamment en matière d'accès aux soins, conformément à la loi du 22 juillet 2019. Sur le terrain, le préfet est le délégué territorial de l'ANCT et constitue l'interlocuteur de référence des élus locaux.

PEUT-ON MOBILISER DES FINANCEMENTS DÉDIÉS À L'AMÉNAGEMENT ET AU DÉVELOPPEMENT SOCIAL DES TERRITOIRES ?

Des projets centrés sur l'amélioration de l'accès aux services dans les territoires urbains et périurbains peuvent relever de l'aménagement du territoire, sous réserve des règles d'emploi précisées dans la circulaire du 11 mars 2019 relative aux dotations et fonds de soutien à l'investissement en faveur des territoires en 2019

- dotation de soutien à l'investissement local (DSIL), notamment sur le renforcement de l'accessibilité aux soins et des projets inscrits dans les contrats de plan État région
- dotation de soutien à l'investissement des départements (DSID), notamment sur des projets concourant à l'amélioration de la qualité et de l'accès aux services publics en matière sociale dans les petites villes

- fonds national d'aménagement et de développement du territoire (FNADT), notamment sur les actions concourant à renforcer l'attractivité des territoires cumulant des difficultés économiques et sociales et sur les opérations multi-acteurs
- dotation d'équipement des territoires ruraux (DETR) dans les territoires éligibles.

Au titre de la politique de la ville, plusieurs leviers peuvent être mobilisés : les exonérations de taxe foncière sur les propriétés bâties pour l'accompagnement de projet, la dotation politique de la ville (pour les centres de santé municipaux ou intercommunaux), les crédits spécifiques du BOP 147 pour l'ensemble des actions d'accès aux soins et de prévention, arbitrées dans le cadre des comités de pilotage du contrat de ville (1 300 actions chaque année dont celles portées par les centres et maisons de santé).

L'agence nationale du renouvellement urbain (ANRU) met en œuvre des projets de renouvellement urbain au travers du nouveau programme national de renouvellement urbain et du programme national de requalification des quartiers anciens dégradés. Elle intervient notamment sur les logements, les espaces publics, et les équipements publics et commerciaux (dont les centres et maisons de santé). Elle apporte son concours financier aux opérations de création et d'extension d'équipements publics ou collectifs de proximité, bénéficiant principalement aux habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville faisant l'objet d'une convention pluriannuelle de renouvellement urbain. Contact : le préfet, délégué territorial de l'ANRU

La banque des territoires (<https://www.banquedesterritoires.fr/>) est un opérateur du groupe de la caisse des dépôts et consignations, qui vise à constituer un guichet unique pour les collectivités territoriales notamment, visant à regrouper toutes les offres de financement du groupe, notamment pour des projets de centres et maisons de santé.

Les acteurs professionnels

AVEC Santé, anciennement fédération nationale des maisons et pôles de santé (FFMPS) comporte 15 fédérations régionales et peut être mobilisée pour faciliter la création d'une MSP, par un appui méthodologique aux porteurs dans la définition du projet de santé.

La fédération nationale des centres de santé (FNCS) dispose d'une représentation nationale uniquement et peut proposer également un accompagnement aux porteurs de projets de centres de santé. La FNCS a développé une expertise en santé communautaire et conseille également les gestionnaires de centres de santé souhaitant faire évoluer leurs centres en mono-activité (dentaire ou infirmiers) vers la polyvalence.

Les unions régionales des professionnels de santé (URPS) constituent des instances représentatives des professionnels de santé au niveau régional. Il en existe cinq : médecins, infirmiers, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens. Elues par leurs pairs sur liste syndicale, elles ont pour mission de représenter et d'accompagner les professionnels libéraux dans leur région, et de faire le lien avec les institutions.



Enfin, les **ordres professionnels** sont responsables de la déontologie et de la régulation de la profession auxquels ils sont rattachés. Ils sont au nombre de sept en France³ et disposent d'une structure nationale ainsi que de conseils régionaux et départementaux. Il est l'interlocuteur décisionnaire en matière de déontologie et de régulation de la profession (licences de remplacement, autorisations d'exercice, autorisations d'ouvertures de cabinets secondaires, autorisations relatives à la médecine itinérante...).

TEXTES DE RÉFÉRENCE

Décret n° 2016-1024 du 26 juillet 2016 : article R1434-33

Composition du CTS

Code de la Santé Publique : article D1432-28

Composition de la CRSA

Code de la Santé Publique : article D1432-15

Composition du conseil de surveillance de l'ARS

³. Masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, médecins, pharmaciens, infirmiers, chirurgiens-dentistes et pédicures-podologues



Comment et pourquoi contractualiser avec l'État en matière de santé ?

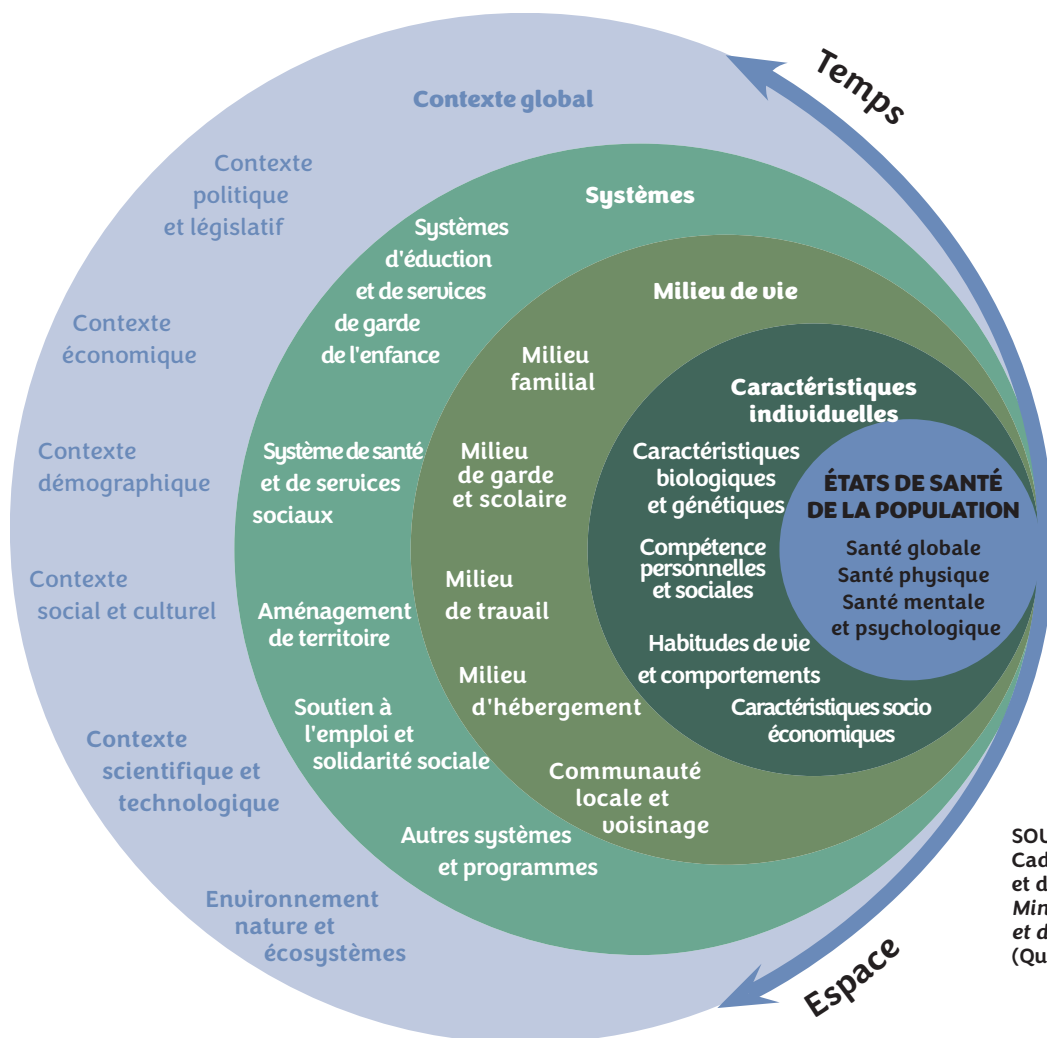
Les politiques portées ou soutenues par les collectivités territoriales en matière d'accès aux soins gagnent souvent à s'inscrire dans un cadre contractuel, qui permet à la fois de planifier la politique sur le moyen terme, de mobiliser plusieurs acteurs et d'organiser des cofinancements, notamment avec l'État. Le contrat local de santé constitue à cet égard un cadre privilégié mais l'accès aux soins et, plus largement, la santé, peuvent également constituer l'une des dimensions de démarches contractuelles globales: contrats de ville, contrats de ruralité, contrats de plan État-région ou encore schémas départementaux d'amélioration de l'accessibilité des services au public.

I LE CONTRAT LOCAL DE SANTÉ CONSTITUE UN CADRE PRIVILÉGIÉ POUR ORGANISER UNE POLITIQUE LOCALE EN MATIÈRE D'ACCÈS AUX SOINS ET DE SANTÉ PUBLIQUE

L'élaboration d'un contrat local de santé (CLS) avec l'agence régionale de santé constitue pour une collectivité territoriale ou un EPCI une opportunité intéressante pour structurer une politique locale d'accès aux soins, et plus largement, une politique de santé publique. Le CLS porte une vision globale et intersectorielle de la santé et de ses déterminants sociaux et environnementaux.

LES CLS : UNE APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ

La santé d'une personne est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles : il est donc important d'élargir la notion de santé au-delà d'une vision purement « médicale » en intégrant les facteurs sociaux et environnementaux qui la conditionnent.



SOURCE
Cadre conceptuel de la santé
et de ses déterminants,
Ministère de la santé
et des services sociaux
(Québec, 2010)

On sait, désormais, que l'organisation sanitaire est loin d'être le seul facteur déterminant l'état de santé d'une population. Il est donc déterminant d'agir aussi sur l'environnement social et économique pour améliorer la qualité et l'espérance de vie. Les collectivités disposent à cet égard de leviers multiples et très transversaux au travers de leurs compétences en matière d'aménagement urbain, de transport, de logement, de politique de la ville, voire d'animation locale et de vie associative.

LE DÉVELOPPEMENT DE DÉMARCHES INNOVANTES QUI TOUCHENT À L'URBANISME, À LA MISE EN RÉSEAUX DES PROFESSIONNELS EST UN LEVIER D'ATTRACTIVITÉ DES TERRITOIRES

MIRAMAS : UNE DÉMARCHE D'URBANISME FAVORABLE À LA SANTÉ (UFS)

Pour garantir une meilleure intégration des enjeux de santé et permettre l'acculturation entre acteurs santé et aménagement, cette démarche UFS s'est attachée à cartographier les impacts sur la santé du renouvellement urbain. Une charte et des fiches à destination des acteurs ont permis d'apporter des recommandations précises pour la conception du projet ou encore le suivi du chantier.



Un travail de co-construction a été engagé avec les habitants pour le projet lié au NPNRU. Différents scénarios sont à l'étude et intègrent une démarche d'urbanisme favorable à la santé. Il était en effet apparu que les impacts du premier PRU mené à la Maille II sur la qualité de vie étaient difficiles à quantifier.

Grâce à l'appui du CRES PACA et de l'EHESP, un diagnostic est en cours dans les quartiers de la Maille I et du Mercure. Il permettra de suivre l'évolution de critères sur des dimensions prioritaires pour améliorer l'état de santé de la population du quartier (alimentation et activité physique, qualité de l'air extérieur et intérieur, etc.), qui seront inscrites dans la convention liée au NPNRU pour garantir leur pérennité.

LILLE : CONCORDE, UN QUARTIER « À SANTÉ POSITIVE »

Fort du constat de populations particulièrement exposées aux nuisances environnementales, le nouveau PRU du secteur Concorde (Lille Sud) fait l'objet d'une démarche opérationnelle d'excellence autour de la santé et soutenue dans le cadre du Programme Investissement d'Avenir. Inspirée de l'approche UFS, elle vise une conception urbaine qui intègre de manière croisée des objectifs de qualité de l'air, d'acoustique et de bien-être alimentaire, et qui se traduit par des opérations pilotes de logements, d'équipements et d'aménagements comprenant des prescriptions architecturales spécifiques, l'animation d'une démarche multi-acteurs autour de l'agriculture urbaine, un écran acoustique multi-usages et un dispositif test de communication engageante.

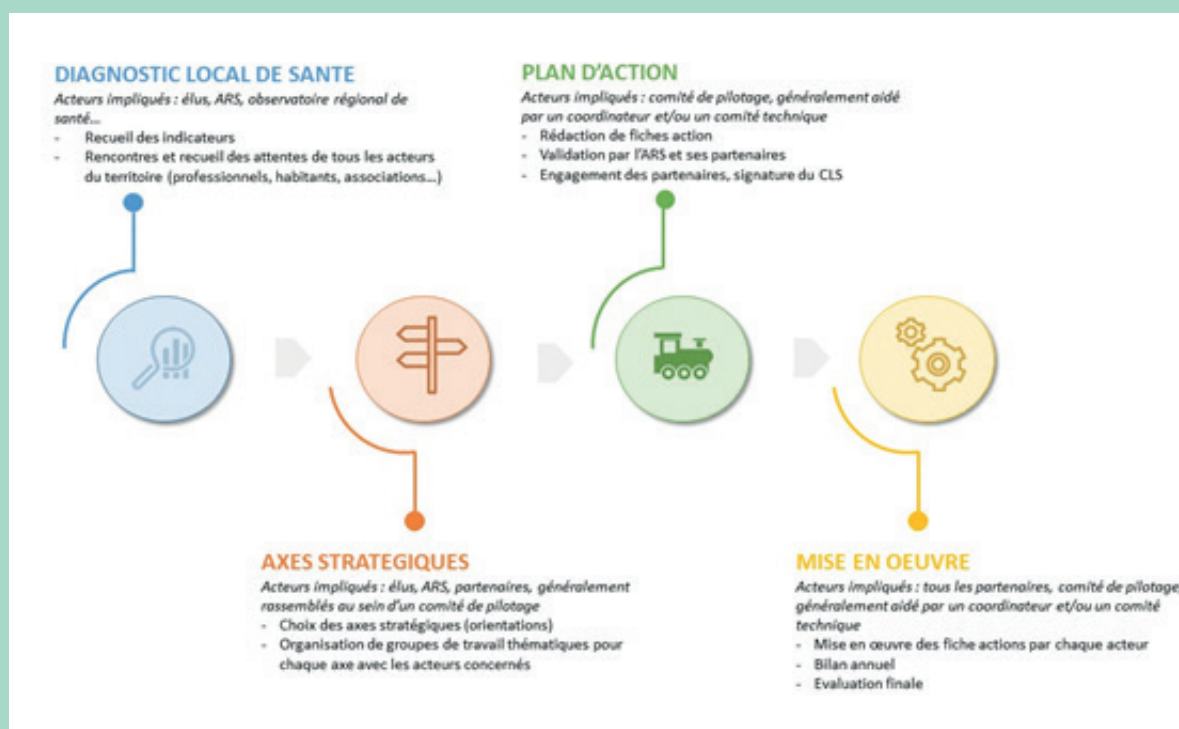
Le contrat local de santé permet la rencontre du projet porté par l'ARS et des aspirations d'une collectivité locale ou un groupement de collectivités locales. Il peut s'agir d'une commune (notamment pour les plus grandes), ou, le plus souvent, d'une intercommunalité, voire d'un parc naturel régional. Le périmètre d'un CLS peut varier d'un territoire à l'autre et n'est pas figé à l'avance. Le CLS peut être signé par d'autres acteurs : les autres niveaux de collectivités territoriales, la préfecture, l'université, des établissements sociaux ou médico-sociaux, des associations de prévention, etc.

L'élaboration d'un CLS est l'occasion de rassembler les acteurs du territoire autour d'un diagnostic partagé, qui permet d'identifier les besoins et les demandes de santé sur le territoire en croisant les regards des différents acteurs du territoire.



Cette phase doit permettre d'articuler un plan d'action global pensé dans la durée. Les signataires définissent en commun une stratégie et des objectifs qui peuvent porter sur l'accès aux soins, mais également sur la promotion de la santé, la prévention ou l'accompagnement médico-social. Le programme d'action fait l'objet d'un suivi et d'évaluation réguliers et conjoints.

L'ÉLABORATION D'UN CONTRAT LOCAL DE SANTÉ : COMMENT FAIT-ON ?



Exemple de démarche de conduite de projet pour l'élaboration d'un CLS



QUELQUES EXEMPLES

Le contrat local de santé de la ville de Nantes a été conclu pour la première fois en 2012 pour une période de 5 ans, avant d'être prolongé par avenant dans l'attente de l'élaboration d'un nouveau contrat. Il associe la ville, l'ARS, la préfecture et la métropole, et constitue le volet santé du contrat de ville métropolitaine signé en 2015 pour la ville de Nantes. Il se structure en six axes stratégiques : observation locale de la santé, accès aux droits des personnes vulnérables, santé mentale, prévention et promotion de la santé, santé environnement, parcours santé des personnes âgées à domicile. Chaque année, l'ARS, la préfecture, la ville et la métropole proposent aux associations du territoire un appel à projet commun, sur des thématiques prioritaires du CLS. Les actions inscrites dans le contrat local de santé ont bénéficié de financements à hauteur de 1,1 millions € sur la période de 5 ans, principalement financées par l'ARS, la préfecture (dans le cadre des fonds de la politique de la ville) et la ville de Nantes.

Le contrat local de santé de Châteauroux Métropole conclu en 2016 associe l'ARS, la préfecture, l'inspection académique, la CPAM, le centre hospitalier de Châteauroux ainsi que le centre départemental gériatrique de l'Indre. Il fait suite à un premier CLS signé en 2011 avec la ville de Châteauroux, et dont l'évaluation réalisée en 2014 avait mis en évidence l'intérêt d'une extension du contrat à l'échelle de l'agglomération (14 communes, 74 000 habitants). Un nouveau diagnostic a été réalisé à cette échelle avec l'appui de l'observatoire régional de santé et d'un cabinet de conseil.

Le premier axe de ce CLS vise à développer l'attractivité du territoire pour faciliter l'accès aux droits et aux soins de premier recours. Il comporte notamment des actions portées par l'association des médecins du territoire ou le centre hospitalier afin de favoriser l'accueil et l'intégration des professionnels de santé sur le territoire, une démarche de promotion du territoire à destination des internes de médecine, ainsi que le soutien immobilier apporté par la ville de Châteauroux aux projets de regroupement de professionnels de santé sur le territoire. Le deuxième axe porte sur l'amélioration des parcours de santé et des parcours de vie. Il comporte, à titre d'exemple, des actions de communication autour des dépistages, des séances délocalisées de dépistage et de vaccination, ou encore des actions conduites dans le cadre de l'atelier santé ville autour de la nutrition et du soutien à la parentalité.

Le troisième axe vise à renforcer l'information, la communication et l'animation des politiques de santé sur le territoire.

Un comité de pilotage réunit les signataires du contrat, il est préparé par un comité technique ainsi que par des groupes de travail. Une coordinatrice territoriale de santé a pour missions de mobiliser les acteurs locaux dans la mise en œuvre des actions, d'appuyer les porteurs de projet, de veiller à l'implication de la population et des usagers et d'assurer le suivi et l'évaluation du contrat.

Le deuxième **contrat local de santé de Limoges** a impliqué des habitants dans son élaboration, en s'appuyant sur le conseil économique social et environnemental régional. Un questionnaire a été diffusé auprès de 1000 habitants par les services de la ville, les associations ont été consultées et un forum a été consacré à cette démarche. Au total, près de 350 personnes ont contribué à l'écriture du nouveau CLS et 80 habitants, de tous âges, se sont portés volontaires pour devenir des « ambassadeurs de santé » dans leur quartier et, plus généralement, sur l'ensemble de la ville.

Les territoires ayant signé en 2015 un contrat de ville – dont l'un des enjeux est la mise en place d'une stratégie de réduction des inégalités socio-territoriales de santé sur le territoire intercommunal ou communal ont également la possibilité de mettre en place un CLS à l'échelle qui sera estimée pertinente localement. Dans le cadre de l'Agenda rural du gouvernement, le CLS peut également constituer le volet santé dans les contrats de ruralité, dont la prochaine génération sera mise en œuvre au printemps 2020. Quel que soit le périmètre territorial du CLS, il garde l'objectif prioritaire de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

II LA SANTÉ PEUT ÉGALEMENT ÊTRE PRISE EN COMPTE DANS DES SCHÉMAS OU CONTRATS TERRITORIAUX À VOCATION PLUS TRANSVERSALE

Des inégalités persistantes, dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, au cœur des grandes agglomérations, que dans les espaces périurbains, dans les petites villes ou dans les zones rurales, obligent à faire évoluer les politiques territoriales et à renforcer la cohésion des territoires et de leurs populations. Les démarches contractuelles ou de planification élaborées à cette fin par ou avec l'État peuvent comporter un volet consacré à la santé.

Au niveau régional, certains investissements nécessaires en matière de santé peuvent être financés dans le cadre des contrats de plan État-Région

Les contrats de plan État-Région (CPER) favorisent la mise en cohérence des politiques publiques sur les territoires et un cadre de partenariat privilégié entre l'État, les régions et les collectivités infrarégionales. Le contrat de plan État-Région est un document par lequel l'État et une région s'engagent sur la programmation et le financement pluriannuels de projets importants tels que la création d'infrastructures ou le soutien de filières d'avenir.



S'y ajoutent les financements des collectivités associées aux projets (Départements, métropole, intercommunalités et communes), ceux des fonds européens (FEDER, FSE, FEADER), ainsi que diverses sources de financement tels que les apports de BPI France dans le cadre de programmes nationaux d'investissements.

En 2018, ce sont ainsi 88 projets de MSP portés par des communes et des intercommunalités qui ont été financés par différents acteurs. L'Etat pour sa part y a contribué via ses subventions d'équipement (DETR, DSIL, FNADT) pour un montant total de près de 30 millions €, soit 29,21 % du coût total des investissements.

Au niveau départemental, les schémas départementaux d'amélioration de l'accessibilité des services au public portent souvent des actions d'amélioration de l'accès aux soins

Les schémas départementaux d'amélioration de l'accessibilité des services au public (SDAASaP), prévus par la loi NOTRe, constituent un outil d'amélioration de l'accès aux services publics, particulièrement dans les territoires ruraux.

LE SCHÉMA DÉPARTEMENTAL D'AMÉLIORATION DE L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES AU PUBLIC (SDAASaP)

Piloté par le préfet de département et le président du conseil départemental, le SDAASaP définit :

- un diagnostic de l'offre et des besoins de services, publics et privés, permettant d'identifier les points forts et les points faibles du département
- un programme d'actions d'une durée de six ans comportant d'une part, des objectifs quantitatifs et qualitatifs de renforcement de l'accessibilité des services au public et, d'autre part, des mesures permettant d'atteindre ces objectifs dans les territoires présentant un déficit d'accessibilité.

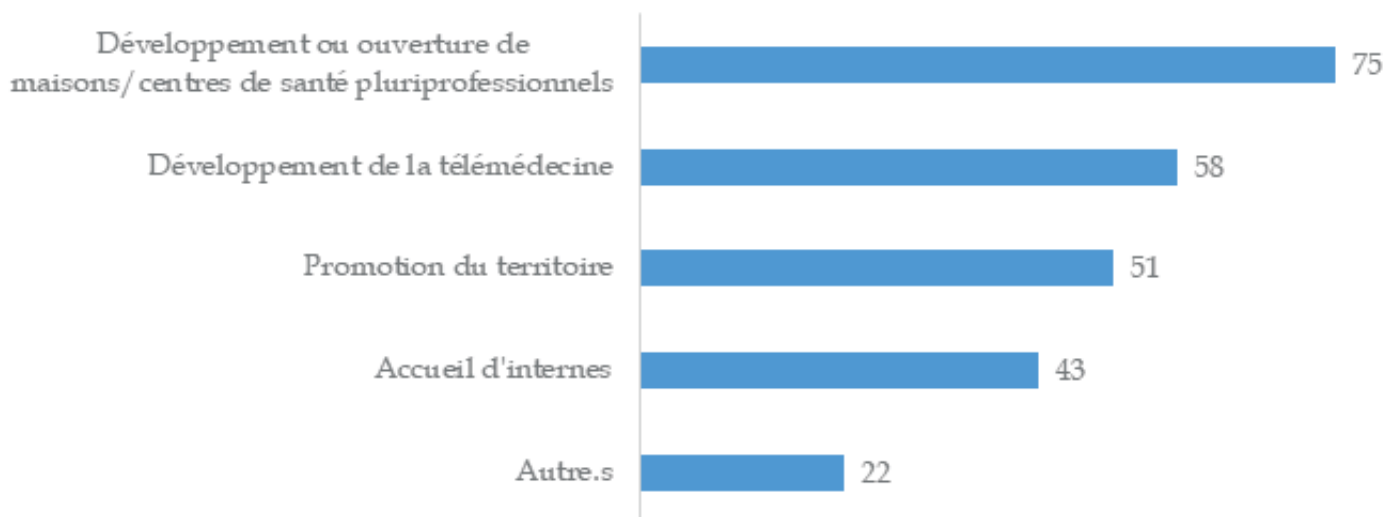
Le SDAASaP comprend un plan de développement de la mutualisation des services sur l'ensemble du territoire départemental. Il est soumis pour avis aux conseils communautaires, au conseil régional et à la conférence territoriale de l'action publique (CTAP) et pour approbation au conseil Départemental. Il est ensuite arrêté par le préfet. Une convention conclue entre les parties intéressées finalise sa mise en œuvre.

Au-delà de réponses aux enjeux de l'accès aux soins, il s'agit d'une méthode de travail reposant sur une approche pragmatique des enjeux territoriaux et s'appuyant sur les besoins exprimés par les territoires.

La démarche du SDAASaP constitue une occasion d'amener les organisations (collectivités territoriales – le département en premier lieu ; services déconcentrés de l'État et opérateurs nationaux et locaux de service) à mieux prendre en compte les destinataires de leurs actions. Ce positionnement par rapport aux besoins des usagers a pu ainsi conduire à des changements organisationnels, pour placer le public au centre des services proposés.

Chaque SDAASaP est singulier, à l'image des acteurs et des territoires qui les ont portés. L'accès aux soins apparaît toutefois comme une thématique très récurrente au sein de ces schémas, comme en témoigne le graphique ci-dessous.

**Les actions d'amélioration de l'accès aux soins dans les SDAASaP
(78 schémas arrêtés mi 2019)**





LA SANTÉ DANS LES SDAASAP : L'EXEMPLE DU TARN-ET-GARONNE

Dans le département du Tarn-et-Garonne, l'un des axes retenus prévoit de faciliter l'installation des professionnels de santé en vue d'améliorer la couverture d'accès aux soins. Plusieurs actions ont été conduites dans ce cadre avec l'ARS :

- mise en place d'une mission accueil au sein de la direction solidarité et attractivité territoriales du conseil départemental : ligne téléphonique et adresse mail dédiée pour informer et orienter, en lien avec l'ARS, les internes et les jeunes médecins (logement, questions administratives, accueil du conjoint...)
- organisation des soirées accueil des internes (2 fois/an) au conseil départemental : soirées conviviales auxquelles participent les élus, les médecins maîtres de stages, l'association des internes, l'ARS, le conseil de l'ordre, les partenaires institutionnels... afin d'échanger autour des attentes et motivations des internes et des médecins en exercice
- déploiement d'actions de communication et de promotion pour faire connaître le département aux jeunes internes : édition d'un livret, tenue d'un stand promotionnel lors du choix de stage des internes en faculté sur Toulouse
- nouveau dispositif de financement en faveur de la création de "maisons des internes", lieu de vie collectif pour accueillir les internes pendant leur stage.

Dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, la santé peut constituer l'un des volets du contrat de ville

Dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, les habitants rencontrent fréquemment des problématiques de santé liées à la précarité. Le renoncement aux soins y est plus fréquent notamment pour des raisons économiques, et le recours aux dépistages moins élevé que dans le reste de la population.

Ces éléments à la fois quantitatifs et qualitatifs sont précisés dans le **volet santé du contrat de ville** dans les territoires comportant un ou plusieurs quartiers de la politique de la ville et dans le **contrat local de santé** dans les territoires concernés.

435 CONTRATS DE VILLE SIGNÉS EN 2015

Élaborés dans un cadre partenarial et institutionnel large incluant l'ARS et les CPAM, les contrats de ville 2015-2022 s'appuient sur un diagnostic local des problématiques identifiées dans le ou les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) du territoire.

Le volet Santé détermine une stratégie locale en matière de résorption des inégalités sociales et territoriales de santé. Le volet santé du contrat de ville est le cadre d'impulsion et de soutien de près de 1 300 actions chaque année renforçant l'accès aux soins et la prévention dans les QPV. Les contrats de ville s'appuient sur plus de 1100 conseils citoyens conseils citoyens composés d'habitants et d'acteurs locaux.

Enfin, les contrats de ruralité peuvent également porter des actions en matière d'accès aux soins

Les contrats de ruralité coordonnent les moyens financiers et prévoit l'ensemble des actions et des projets à conduire en matière d'accessibilité aux services et aux soins, de développement de l'attractivité, de redynamisation des bourgs-centres, de mobilité, de transition écologique ou, encore, de cohésion sociale.

Les contrats de ruralités sont conclus entre l'État (représenté par le préfet de département) et les présidents de pôle d'équilibre territorial et rural (PETR) ou d'établissement public de coopération communale. Au sein d'un même département, plusieurs contrats pourront ainsi être signés.

Au 1er janvier 2019, 485 contrats de ruralité au total, conclus entre l'État et les acteurs locaux, ont été signés.

TEXTES DE RÉFÉRENCE

Article 98 de la loi du 7 août 2015 portant Nouvelle Organisation Territoriale de la République (dite loi NOTRe) – Schémas départementaux d'amélioration de l'accessibilité des services au public (SDAASaP)

Article L 1434-17 du code de la santé publique
– Contrats locaux de santé

PARTIE II

LES LEVIERS D'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS

Depuis quelques années, les collectivités territoriales sont de plus en plus souvent interpellées sur la question de l'offre de soins de premier recours, à la fois par la population et par des soignants libéraux, qui témoignent de leurs difficultés d'exercice au quotidien.

La politique nationale mise en place pour renforcer l'offre de soins de proximité comporte de nombreux outils dont les collectivités peuvent se saisir pour les déployer sur leur territoire, voire les compléter par des dispositifs propres.

Il s'agit ainsi souvent de miser sur l'accueil, le soutien et la fidélisation de jeunes médecins dans les territoires dès le stade de leurs études (*fiche n° 1*), de leurs stages (*fiche n°2*), ou au moment de leur installation (*fiche n°3*). L'implication des collectivités peut prendre la forme du versement d'aides financières – au risque d'alimenter un phénomène de surenchère avec les collectivités limitrophes – ou viser les autres déterminants à l'installation des jeunes médecins, tels que la qualité du cadre de vie ou l'emploi du conjoint.

Il peut également s'agir du soutien apporté au regroupement des professionnels de santé dans un même lieu d'exercice, dans le cadre d'une organisation coordonnée telle qu'une maison ou un centre de santé (*fiche n°4*). Ces structures permettent le maintien d'une offre de soins primaire de proximité, participent du dynamisme du territoire et deviennent souvent des points d'appui pour conduire des actions de promotion de la santé, de prévention, ou de coopération avec l'hôpital.

De plus en plus, toutefois, les politiques publiques en matière d'accès aux soins tendent à dépasser la seule question de l'implantation ou du maintien de professionnels de santé dans le territoire, au profit d'une approche en termes de temps médical. Le développement de nouvelles formes de présence médical (*fiche n° 5*), y compris la téléconsultation (*fiche n°6*), le recours à d'autres professionnels de santé pour certains actes de soins courants (*fiche n°7*), deviennent dès lors des leviers stratégiques.

Enfin, les politiques locales gagnent à s'inscrire et à s'appuyer sur les nouvelles formes d'organisation territoriale qui émergent à la faveur de la stratégie « Ma santé 2022 », qu'il s'agisse des communautés professionnelles territoriales de santé (*fiche n°8*) ou, demain, des hôpitaux de proximité (*fiche n°9*).

Si une vaste palette d'outils est disponible, les solutions doivent évidemment être adaptées aux caractéristiques locales. Une maison de santé, par exemple, n'est pas un projet pertinent pour tout territoire. En particulier, il nécessite l'engagement fort de professionnels libéraux : s'il n'y a pas de candidats, mieux vaut envisager une autre solution, au risque de se retrouver avec des locaux vides. Vous trouverez dans cette seconde partie du guide un ensemble d'informations et de pistes de réflexion pour inventer le projet d'accès aux soins le plus pertinent localement.



ACCÈS AUX SOINS :
**LE GUIDE PRATIQUE
POUR LES ÉLUS**



Pourquoi et comment soutenir les futurs médecins dès le stade de leurs études ?

Une des solutions mises en œuvre par les pouvoirs publics pour attirer les jeunes professionnels de santé dans certains territoires consiste à leur apporter un soutien financier pendant leurs études de médecine en contrepartie d'un engagement d'installation en zone fragile pour une durée déterminée. L'Etat a mis en place un dispositif national de ce type, le contrat d'engagement de service public (I) ; les collectivités peuvent également proposer des bourses similaires pour attirer les jeunes médecins sur leur territoire (II).

I. AU TRAVERS DU CONTRAT D'ENGAGEMENT DE SERVICE PUBLIC (CESP), L'ETAT PROPOSE UNE BOURSE D'ÉTUDES EN CONTREPARTIE D'UNE INSTALLATION FLÉCHÉE SUR CERTAINS TERRITOIRES

Le contrat d'engagement de service public (CESP) permet aux étudiants de médecine et d'odontologie de bénéficier d'une allocation pendant leurs études en contrepartie d'un engagement d'installation dans une zone sous-dense de la région.



Ce contrat, financé par l'Etat, s'adresse aux étudiants en médecine (deuxième année minimum jusqu'à l'internat), odontologie (dès la première année) et aux internes. Il donne droit à une allocation mensuelle de 1 200 €. Il engage son signataire à s'installer en contrepartie dans une zone sous-dotée (ZIP ou ZAC) pour une durée d'exercice étant équivalente à celle durant laquelle il a touché l'allocation (au minimum deux ans). Concrètement, en dernière année d'études, le signataire choisit son futur lieu d'exercice au sein d'une liste nationale de postes, établie en fonction des besoins recensés par les ARS. L'installation peut être salariée, libérale ou mixte mais doit respecter les tarifs conventionnés (secteur 1) dans tous les cas.

II LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES PEUVENT FINANCER LEURS PROPRES BOURSES D'ÉTUDES PARALLÈLES OU COMPLÉMENTAIRES

Les collectivités territoriales et les intercommunalités peuvent également financer des « indemnités d'études et de projet professionnel »¹. Celles-ci doivent, pour être légales, répondre à plusieurs conditions :

- elles peuvent être proposées aux étudiants ou internes en médecine ou en odontologie (de nombreuses collectivités les proposent aux seuls internes en médecine générale)
- ceux-ci doivent s'engager à s'installer, pour au moins cinq ans, dans une zone fragile. Le contrat qui est conclu entre eux et la collectivité qui attribue l'aide doit prévoir des sanctions précises : remboursement total de l'indemnité en cas de non-installation dans une zone déficitaire, remboursement partiel si la durée d'installation est inférieure à 5 ans²
- leur installation doit avoir lieu dans une zone considérée comme sous-dense par l'Agence régionale de santé (zone d'intervention prioritaire ou zone d'action complémentaire) : un conseil départemental ne peut pas, par exemple, se contenter d'exiger une installation sur son territoire départemental, il doit cibler l'engagement sur les zones sous-denses
- le montant des bourses et l'échelonnement de celles-ci sont laissées à la discrétion de la collectivité, mais les bourses versées pendant le troisième cycle (internat) doivent respecter un plafond national. Leur montant annuel « ne peut excéder les émoluments annuels de troisième année d'internat » soit environ 25 500 € par an³.

EXEMPLE DE BOURSE : CONSEIL DÉPARTEMENT DE LA VIENNE

La Vienne propose, aux étudiants de la quatrième à la neuvième année de médecine, une bourse de 600€ par mois en moyenne⁴ destinée à toutes les spécialités médicales. L'étudiant perçoit le reliquat entre le montant maximum de la bourse et le montant total qu'il a perçu pendant ses études ; en contrepartie, celui-ci s'engage pendant une durée de sept ans minimum dans la zone sous-dotée concernée par la bourse.

Aucun texte n'interdit en principe le cumul de ces bourses locales avec le contrat d'engagement de service public. Toutefois, la réalisation des deux obligations d'exercice est difficile à conjuguer en pratique⁵ : ce cumul n'est donc pas recommandé.

¹ Article L 1511-8 du code général des collectivités territoriales

² Article D1511-56 du code général des collectivités territoriales

³ Article D1511-54 du code général des collectivités territoriales

⁴ En moyenne car dégressive pour la 8ème et 9ème année : le montant total s'élève à 38 400 €

⁵ En effet, il se peut qu'aucun lieu d'exercice prioritaire dans le département ou la région qui a versé une bourse « collectivité territoriale » ne soit offert à un interne qui aurait cumulé les deux dispositifs en fin de cursus, dans le cadre du contrat d'engagement de service public. Le futur médecin, lors de sa dernière année d'études, se trouverait donc dans l'obligation de choisir un poste dans le département ou la région au titre de sa 1^{ère} bourse mais également un lieu d'exercice prévu dans la liste nationale. Il lui serait alors impossible de remplir simultanément ses deux obligations et il devrait rembourser la totalité des sommes dues au titre de la rupture de l'un des deux dispositifs.



III DES INTERVENTIONS EN AMONT DES ÉTUDES DE MÉDECINE, AFIN DE FAVORISER L'ENGAGEMENT DANS CE CURSUS D'ÉTUDIANTS EUX-MÊMES ISSUS DE TERRITOIRES FRAGILES, PEUVENT ÉGALEMENT ÊTRE ÉTUDIÉES

Une autre stratégie, alternative ou complémentaire, vise à intervenir auprès des lycées de zones fragiles afin de lever les obstacles matériels, scolaires ou sociaux (manque d'ambition et de confiance, défaut de soutien familial...) à l'entrée dans les études de médecine, voire à leur réussite universitaire pendant les premières années du cursus. Il est en effet démontré qu'il est plus facile de fidéliser un jeune médecin sur un territoire rural ou urbain défavorisé lorsqu'il en est lui-même originaire.

Quelques dispositifs ont été mis en place en ce sens, avec le soutien des collectivités territoriales. Ils reposent le plus souvent sur des cours de remise à niveau ou de méthodologie dispensés pendant le lycée, associés à un dispositif de tutorat par des étudiants en médecine.

Dispositif

« Filière d'excellence »
de l'université
Jules Verne en Picardie

Dispositif

14 lycées picards
sélectionnés dès
la seconde sur des
critères sociaux,
scolaires et de
motivation

Dispositif

Labellisé « cordées
de la réussite »

Dispositif

Enseignements
spécifiques par un
binôme formé entre
un enseignant du
secondaire et un
médecin généraliste :
cours de renforcement
spécifique et de
méthodologie
Stage de découverte de
l'université au cours de
l'année de terminale.
Depuis peu, le
dispositif accompagne
également ces lycées
après leur inscription
dans les études de
santé (résidence
étudiante, tutorat
spécifique...).

Dispositif « Ambition PACES » en Centre-Val-de-Loire	Dispositif 14 lycées situées en zone rurale ou en quartier prioritaire de la politique de la ville	Dispositif Partenariat ad hoc entre le rectorat, l'université et l'ARS	Dispositif Module d'environ 1h30 par semaine proposé à des élèves volontaires par des enseignants du secondaires, tutorat par des étudiants en médecine, réalisation de supports vidéos par des professeurs et étudiants en médecine de l'université de Tours
Année préparatoire aux études en santé (APES) en Seine - Saint- Denis	Bacheliers du 93, exclusivement, prioritairement ceux issus de la filière scientifique, avec une sélection sur dossier	Filière universitaire, reconnue comme une formation de l'enseignement supérieur et dispensée par l'université de Paris XIII	Année de remise à niveau scientifique et de préparation aux méthodes de travail universitaires, avant une inscription en PACES ou en licence scientifique

TEXTES DE RÉFÉRENCE

Article L.632-6 du Code de l'éducation
Cadre juridique du CESP
Décret n° 2010-735 du 29 juin 2010
relatif au contrat d'engagement de service
public durant les études médicales
Article D1511-54 du Code général
des collectivités territoriales
Montant de l'indemnité d'étude



Pourquoi et comment favoriser l'accueil des stagiaires en médecine ?

L'accueil d'étudiants ou d'internes en médecine pour la réalisation de leurs stages est devenu un enjeu important pour les territoires qui connaissent des difficultés en matière de démographie médicale. En effet, pour ces futurs professionnels, les stages sont une occasion de découvrir différents modes d'exercice et types de territoires, première étape pour concevoir plus tard un projet d'installation.

La stratégie Ma santé 2022 ambitionne de développer les stages de médecine en milieu ambulatoire, et prioritairement dans les territoires fragiles, un objectif récemment réaffirmé par la loi santé du 24 juin 2016. Les collectivités territoriales et leurs groupements participent de façon croissante à cet effort, qu'il prenne la forme d'indemnités financières (I), de mesures destinées à améliorer leurs conditions matérielles d'accueil sur ces territoires (II) ou encore d'un soutien à la labellisation des médecins du territoire comme maîtres de stage (III).

I. LES COLLECTIVITÉS PEUVENT, EN COMPLÉMENT DES AIDES PROPOSÉES PAR L'ÉTAT, PROPOSER DES INDEMNITÉS FINANCIÈRES AUX ÉTUDIANTS RÉALISANT UN STAGE EN ZONE SOUS-DENSE SUR LEUR TERRITOIRE

La réalisation d'un stage ambulatoire, a fortiori dans une zone fragile, peut impliquer des surcoûts pour les étudiants : celui-ci suppose des frais de logement ainsi que des déplacements fréquents entre le lieu de stage et le lieu d'études. Plusieurs dispositifs, portés par l'Etat ou les collectivités locales, ont été mis en place pour lever ces obstacles financiers.

L'État propose des aides financières sous certaines conditions pendant la réalisation des stages

Deux types d'indemnités, cumulables entre elles, sont aujourd'hui proposées par l'Etat pendant les stages réalisés en ambulatoire :

– une indemnité de transport de 130 € bruts mensuels est proposée aux étudiants et aux internes¹, dès lors qu'ils réalisent un stage ambulatoire dont le lieu est situé à une distance de plus de 15 km, tant du CHU de rattachement que de leur domicile – que ce lieu soit situé ou non en zone sous – dotée

¹. Les étudiants en pharmacie et en odontologie peuvent également y prétendre.

- une indemnité d'hébergement de 200 € bruts mensuels est proposée aux internes effectuant leur stage dans une zone sous-dotée, à plus de 30 km de leur CHU de rattachement et de leur domicile, sauf lorsqu'ils sont logés à titre gracieux sur place, notamment par une collectivité locale. Les étudiants (premier et second cycle) n'y sont pas éligibles.

Les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent également proposer des bourses de stage afin de rendre leur territoire attractif auprès des étudiants et des internes

Les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent verser une bourse de stage (ou « indemnité de logement et de déplacement ») aux internes de médecine générale² lorsqu'ils effectuent leurs stages dans des zones sous-dense telles qu'elles ont été définies par l'ARS. Cette indemnité n'est pas cumulable avec la mise à disposition d'un logement à titre gratuit et doit respecter un plafond, fixé à 5 100 € par an par voie réglementaire. Elle est versée pendant toute la durée du stage.

EXEMPLE DE BOURSE : CONSEIL DÉPARTEMENT DE LA VIENNE

La Région Auvergne-Rhône-Alpes encourage, par l'attribution de bourses de stage, les étudiants de 3^{ème} cycle en médecine générale à effectuer leur stage chez le praticien dans les zones menacées de pénurie médicale (zone prioritaire). Ces bourses sont d'un montant de 3 000 € pour un semestre de stage et peuvent bénéficier au maximum à 150 internes par an. Une liste de terrains de stage éligibles est arrêtée par la Région, sur proposition des universités, en privilégiant notamment les structures d'exercice coordonné.

Le conseil départemental de l'Ardèche propose une aide de 400 € par mois aux internes de médecins des facultés de Lyon ou de Saint-Étienne lorsqu'ils réalisent un stage de 6 mois dans un cabinet situé en zone prioritaire de l'ARS.

II LES COLLECTIVITÉS PEUVENT ÉGALEMENT FAVORISER DE BONNES CONDITIONS MATÉRIELLES D'ACCUEIL AUX STAGIAIRES SUR LEUR TERRITOIRE

Les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent mettre à disposition une offre de logements adaptée

Pour inciter les étudiants en médecine à réaliser un stage sur leur territoire, les collectivités peuvent leur mettre à disposition une offre de logement, à titre gracieux ou à loyer adapté. Il peut s'agir de logements appartenant à la collectivité ou à un bailleur social, dans le diffus ou regroupés dans un même lieu : c'est le cas des « maisons des internes » ou « internats ruraux » mis en place par certaines collectivités.

². Les collectivités territoriales n'ont pas la faculté de financer des bourses ou indemnités de ce type aux étudiants de second cycle (externes) ou d'autres spécialités que la médecine générale.



Ces internats favorisent la solidarité, le partage d'expérience et les rencontres entre étudiants ; ce dispositif permet d'éviter un isolement lors de l'arrivée d'un étudiant sur un territoire qu'il ne connaît pas. Souvent ouverts à l'ensemble des étudiants en santé (infirmiers, kinésithérapeutes...), ils permettent également de tisser des liens, voire de favoriser les projets communs, entre plusieurs types de futurs professionnels.

L'AIDE AU LOGEMENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DU CHER

Le Cher met à disposition d'étudiants en troisième cycle (internes) des logements meublés dans le cadre d'un stage de 6 mois chez un médecin généraliste libéral. L'hébergement est mis à disposition sans aucun loyer à charge, excepté un montant mensuel forfaitaire de 40 €.

LA MAISON DES INTERNES DU ROANNAIS

Née en 2011 d'un partenariat entre l'association de la médecine générale du pays roannais, la commune de Roanne et le centre hospitalier de Roanne. Les habitants ont également été impliqués, participant à meubler et aménager la villa. Elle accueille quatre internes de médecine générale, et a permis de modifier leur regard sur le territoire et de le rendre plus attractif pour des projets d'installation.

Découvrir le territoire et accompagner l'installation pour favoriser l'installation des internes en médecine

L'installation de futurs médecins dépend en partie de leur connaissance du territoire et de ses attraits, ainsi que de leur capacité à y nouer des réseaux professionnels. Certaines collectivités proposent donc aux internes réalisant un stage sur leur territoire des programmes d'accompagnement ou de découverte du territoire. Ces dispositifs permettent notamment aux étudiants en médecine de rencontrer des professionnels installés et de les accompagner dans la mise en œuvre de leur projet professionnel.

LES PARADIS DE CHERBOURG

En Normandie, les établissements de santé du Nord-Cotentin soutiennent Les Paradis de Cherbourg : il s'agit d'un week-end découverte avec de nombreuses activités visant à faire découvrir le territoire aux internes en médecine afin de les inciter à s'y installer.

III LES COLLECTIVITÉS PEUVENT ÉGALEMENT SOUTENIR LA FORMATION ET L'AGRÈMENT DE NOUVEAUX MAÎTRES DE STAGE SUR LEUR TERRITOIRE

L'un des freins au développement des stages ambulatoires, en particulier dans les territoires fragiles, est le manque de professionnels de santé en capacité d'accueillir des stagiaires, c'est-à-dire disposant de l'agrément de « maître de stage des universités » délivré par la faculté de médecine la plus proche.

Pour bénéficier de cet agrément, les médecins doivent être installés depuis au moins un an³ et avoir suivi une formation continue spécifique. Cet agrément lui permet de toucher, lorsqu'il accueille des stagiaires, une indemnité pédagogique de la part de l'université (600 € par mois et par terrain de stage)⁴.

Les collectivités territoriales et leur groupement peuvent faciliter l'obtention de cet agrément de diverses manières :

- elles peuvent, tout d'abord, conditionner certains de leurs dispositifs de soutien à l'installation à un engagement du médecin de devenir à court terme maître de stage
- elles peuvent également participer aux coûts associés à la formation de maître de stage : si le coût de la formation, notamment en prenant en charge les frais de déplacement sur le site de la formation
- elles peuvent, enfin, soutenir l'organisation de formations à la maîtrise de stage délocalisées sur leur territoire, dans le but de la rendre plus accessible.

CONSEIL DÉPARTEMENTAL D'EURE-ET-LOIR

Le conseil départemental d'Eure-et-Loir prend en charge les coûts de formation, l'indemnisation des médecins pour perte de ressources ainsi que les repas du midi lors de la formation des MSU. Doté de 25 000 euros par an (pour un effectif compris entre 10 et 15 médecins), ce dispositif se double d'un plan de communication auprès des médecins qui vise à expliquer la formation, son intérêt ou les conditions de maîtrise, notamment lors des matinales d'accueil d'internes à chaque semestre.

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DRÔME

Le conseil départemental de la Drôme a conclu en 2018 un partenariat avec l'université Claude Bernard de Lyon pour organiser dans le département une session de formation à la maîtrise de stage, autrefois dispensée uniquement à Lyon. Une trentaine de médecins généralistes ont pu en bénéficier à chaque session.

TEXTES DE RÉFÉRENCE

Article R6153-10 du code de la santé publique

Indemnités de transport et d'hébergement

Article L 1511-8 du code général des collectivités territoriales

Indemnités de logement et de déplacement

Arrêté du 18 novembre 2015 relatif aux stages accomplis auprès de praticiens agréés maîtres de stage des universités au cours du deuxième cycle des études de médecine

³ 2 ans pour accueillir des internes

⁴ Il peut également prétendre à une rémunération de l'assurance maladie (300 € par mois au titre du contrat COSCOM) s'il est installé dans une zone sous-dense.



Comment inciter les médecins à venir s'installer dans mon territoire ?

De nombreuses études ont été menées ces dernières années pour mieux cerner les facteurs qui influencent le choix du lieu d'installation chez les professionnels de santé libéraux. Celles-ci montrent que les facteurs financiers – telles que les aides fiscales ou les aides à l'installation – peuvent jouer un rôle important, mais rarement déterminant.

Les aides à l'installation ne sont pas les premiers motifs d'implantation des professionnels de santé : plusieurs déterminants de l'installation peuvent également favoriser une arrivée sur un territoire. On distingue trois domaines particulièrement importants pour les jeunes médecins :

- les conditions d'accueil sur le territoire. La qualité de vie dans la zone d'installation (logement, stationnement, place en crèche et autres services collectifs), le cadre de vie et l'accompagnement notamment administratif et logistique lors de l'installation sont parmi les premières préoccupations lors de l'installation des professionnels de santé libéraux.
 - l'environnement professionnel. À ce titre, les professionnels de santé libéraux, notamment les médecins, sont susceptibles de s'installer dans des zones dotées de projets collectifs de professionnels de santé (structures d'exercice coordonné, voir fiche 3.4.) et où il existe déjà une présence d'autres confrères comme de services et d'équipements médicaux conséquents.
 - la conciliation avec le projet personnel. En particulier, la capacité à employer le conjoint quand celui-ci n'exerce pas dans une profession de santé peut être déterminante et certaines collectivités proposent sur ce sujet des démarches d'accompagnement.
- Aux côtés des aides financières à l'installation, financées par l'Etat, l'assurance maladie ou les collectivités territoriales (I), d'autres politiques peuvent être mises en œuvre en matière de promotion du territoire, de cadre de vie et d'accompagnement à l'installation (II).

I LES MÉDECINS PEUVENT SE VOIR PROPOSER DES AIDES FINANCIÈRES LORSQU'ILS S'INSTALLENT DANS CERTAINS TYPES DE TERRITOIRES

Un certain nombre de dispositifs nationaux permettent d'inciter à l'installation des professionnels de santé dans les zones fragiles par l'octroi d'aides financières. Ces aides varient selon la profession et le type de territoire : les aides de l'assurance maladie (dites « aides conventionnelles ») ne peuvent être perçues que dans les territoires présentant les difficultés les plus aiguës en matière d'accès aux soins (les zones d'intervention prioritaire). En revanche, les aides de l'Etat sont proposées sur l'ensemble des zones fragiles (zones d'intervention prioritaire et zones d'action complémentaire). Les collectivités territoriales peuvent également financer des aides financières sur ce type de territoires.

LE « ZONAGE MÉDECINS » : QU'EST-CE QUE C'EST ? COMMENT ÇA MARCHE ?

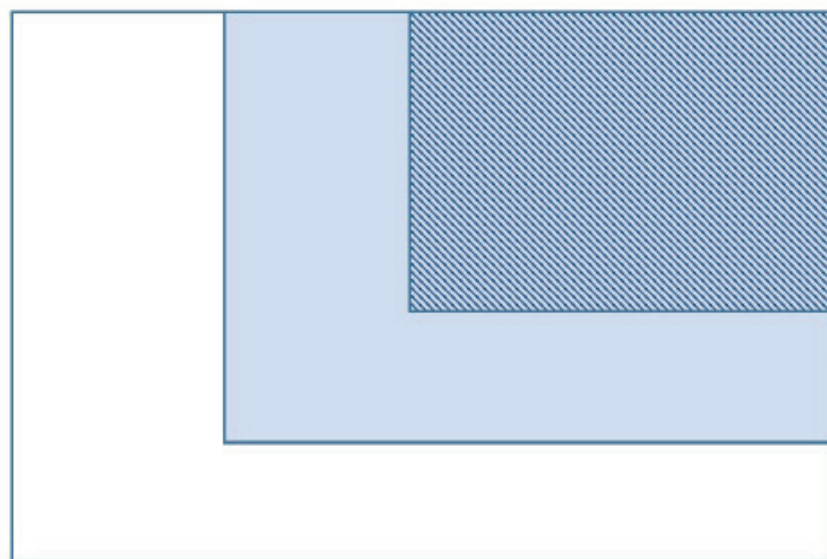
Le zonage est un outil permettant de définir des territoires où des inégalités en matière d'accès au soin sont constatées (manque de professionnels, de centres de santé, etc.). Les zones sont définies par arrêté du DGARS après concertation avec les professionnels de santé concernés.

Pour les médecins : sa méthodologie s'appuie sur plusieurs indicateurs, dont l'activité des médecins généralistes, la consommation de soins ou le nombre moyen de consultations. Deux types de zones sont définies :

Les zones d'intervention prioritaires (ZIP). Les ZIP représentent la première catégorie de zonage des médecins. Ce sont les zones les plus durement touchées par le manque de médecins. Elles permettent à ceux-ci d'accéder à la plupart des aides de l'ARS, des aides dites conventionnelles (versées par l'Assurance maladie), des aides des collectivités territoriales et des exonérations fiscales disponibles

Les zones d'action complémentaire (ZAC). Les ZAC sont des territoires moins touchés que les ZIP par la désertification médicale mais sujettes à certaines difficultés ou fragilités en matière d'accès aux soins : elles sont éligibles à une partie des aides seulement.

Les professionnels de santé autres que les médecins disposent également d'un zonage spécifique, servant de cadre de référence pour les aides conventionnelles et celles des collectivités. Elles sont aussi une référence concernant le conventionnement sélectif des professions paramédicales, empêchant l'installation sauf en cas de cessation d'activité par un praticien conventionné au préalable. Le classement s'établit en 5 niveaux : « très sous-dotée », « sous-dotée », « intermédiaire », « très dotée » et « surdotée ».



Zones d'Intervention Prioritaire

Les médecins y sont éligibles à toutes les aides, y compris les **aides de l'Assurance maladie** (contrats conventionnels) et les **aides fiscales** (exonération d'impôt sur les revenus issus de la permanence des soins).

Zones d'Action Complémentaire

Les médecins y sont éligibles uniquement aux **aides de l'Etat** (contrat de débuts d'exercice) ainsi qu'aux aides facultatives susceptibles d'être proposées par les **collectivités territoriales** ou leurs groupements.

Sur les territoires les plus fragiles (ZIP) : les aides de l'assurance maladie

Sur les territoires les plus en difficulté (zones d'intervention prioritaire), les médecins sont éligibles aux aides de l'Assurance maladie, dites aides conventionnelles. Il existe aujourd'hui quatre contrats conventionnels qui permettent de soutenir les médecins qui contribuent à renforcer l'offre de soins dans les ZIP de différentes façons (voire présentation détaillée en Annexe 2).



Installation dans une ZIP

(Sous conditions : tarifs opposables, exercice regroupé ou coordonné...)

Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins

Prime forfaitaire pouvant atteindre 50 000 €



Exercice dans une ZIP

(Sous conditions : tarifs opposables, exercice regroupé ou coordonné...)

Contrat de Stabilisation et de coordination

Prime forfaitaire de 5 000 € avec des majorations possibles, par exemple en cas d'accueil de stagiaires



Arrêt d'activité en ZIP

Médecins conventionnés qui arrêtent leur activité et accueillent un autre praticien pour reprendre leur cabinet

Contrat de Transition pour les médecins

Majoration des honoraires de 10%



Consultations régulières en ZIP

Médecins installés dans un autre territoire mais proposant des consultations en ZIP au moins 10 heures par mois

Contrat de Solidarités Territoriales Médecins

Majoration de 25% sur les honoraires réalisés en ZIP

Le plus connu est le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM), qui permet de bénéficier d'une aide financière pouvant s'élever à 50 000 € lors d'une installation dans une ZIP.

LES AIDES FISCALES EN ZIP : PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES (PDSA) ET IMPÔT SUR LE REVENU

La PDSA désigne l'organisation mise en place par les médecins libéraux pour répondre aux demandes de soins en soirée, le week-end et les jours fériés. Elle repose sur une régulation des demandes des patients par les centres 15 et sur des systèmes de gardes assurées de manière volontaire par les médecins du territoire. Les revenus issus de la PDSA sont exonérés d'impôt sur le revenu, pour les médecins installés dans des ZIP.

Sur l'ensemble des territoires fragiles : les aides de l'État

L'État finance en parallèle, sur un périmètre géographique plus étendu (zones dites « d'action complémentaire »), ses propres aides contractuelles. Ces aides ne prennent pas la forme de primes forfaitaires mais reposent sur des mécanismes de garantie financière permettant de sécuriser les médecins pendant la période d'amorçage de leur patientèle ou pendant leurs éventuels congés maladie ou maternité. Il existe aujourd'hui quatre aides différentes financées par l'État, présentées en annexe 2. Elles seront fusionnées en 2020 dans un dispositif unique, le contrat de débuts d'exercice.

LES AIDES FISCALES EN ZIP / ZAC : EXONÉRATION DE COTISATION FONCIÈRE DES ENTREPRISES (CFE)

Les médecins peuvent disposer de plusieurs cabinets simultanément. Ils sont alors tenus de s'acquitter deux fois de la cotisation foncière des entreprises (CFE), une fois pour leur cabinet principal et une pour leur cabinet secondaire.

Les collectivités territoriales situées en zone de revitalisation rurale, zone franche urbaine, zone sous-dense au sens de l'ARS (ZIP ou ZAC) ou encore les communes de moins de 2 000 habitants, les collectivités territoriales peuvent adopter une délibération pour exonérer les cabinets secondaires¹ de CFE². Cette exonération étant un acte volontaire de la collectivité territoriale, elle n'est pas compensée financièrement par l'État.

¹. Cette exonération ne s'adresse pas aux auxiliaires médicaux mais aux médecins, dentistes, infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et diététiciens.

². L'article L 1464D du code général des impôts



Sur l'ensemble des territoires fragiles : les aides facultatives des collectivités territoriales

Les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent également financer des aides pour inciter les professionnels de santé à s'installer ou à se maintenir dans un territoire, à condition que celui-ci soit considéré par l'ARS comme une zone fragile (zone d'intervention prioritaire ou zone d'action complémentaire).

Ces aides peuvent consister en la prise en charge de frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins (par exemple, la construction d'une maison médicale), en la mise à disposition de locaux ou d'un logement. Elles peuvent également prendre la forme d'une prime d'installation, voire même d'une prime d'exercice forfaitaire.

Pour être légales³, ces aides doivent respecter plusieurs conditions :

- elles doivent faire l'objet d'une convention entre le bénéficiaire, la collectivité et l'agence régionale de santé
- le professionnel bénéficiaire doit s'engager, en contrepartie de l'aide, à exercer dans une zone fragile (ZIP ou ZAC) pendant au moins trois ans ; à défaut, il doit rembourser tout ou partie des aides perçues
- les aides doivent prendre fin si le professionnel bénéficiaire dans une zone qui n'est pas considérée comme fragile.

EXEMPLES

Dans le département des Ardennes, la communauté de communes Ardenne Rives de Meuse propose une aide de 50 000 € maximum aux médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes qui s'engagent à exercer sur son territoire pendant au moins cinq ans. Il s'agit d'une avance financière remboursable, transformable en subvention, destinée à construire, acquérir, aménager ou équiper des locaux, un véhicule professionnel ou à acheter des parts dans une société d'exercice.

Le département de l'Oise propose deux dispositifs : jusqu'à 40 000 € de subvention, à concurrence de 50% des dépenses engagées pour une installation professionnelle dans le département, et un prêt à 0% d'un montant de 8 000 à 50 000 €, pour une durée de deux à cinq ans avec possibilité de différer le premier remboursement jusqu'à douze mois, ce afin de favoriser l'acquisition de locaux ou le besoin en fonds de roulement.

³. Article L 1511-8 du CGCT et décrets d'application

Le versement de ce type d'aides fait courir le risque d'une concurrence entre collectivités locales pour attirer des médecins sur leur territoire, voire d'une surenchère qui s'avérerait au final coûteuse en argent public sans plus-value véritable pour les patients. Il est donc conseillé pour mettre en place ce type d'aides :

- de privilégier le niveau intercommunal ou départemental, afin d'éviter les concurrences entre communes
- d'engager une concertation avec les autres collectivités territoriales du territoire, afin d'harmoniser les éventuelles modalités d'intervention.

Trois communes de la métropole d'Orléans (Saint-Denis en Val, Saint-Jean de la Ruelle et Chécy) ont signé 2018 une « charte solidaire et responsable » au travers de laquelle elles s'engagent à ne pas concurrencer les villages avoisinants dans le recrutement de médecins. Le texte leur interdit de procurer des avantages financiers directs aux candidats à l'installation et de surenchérir sur les aides qui leur sont proposées. Cette charte pourrait s'élargir progressivement à d'autres communes de la métropole.

II L'INTERVENTION SUR LE CADRE DE VIE ET L'ACCOMPAGNEMENT À L'INSTALLATION PEUVENT ÉGALEMENT S'AVÉRER DÉTERMINANTS

Les collectivités, en particulier les départements, proposent des leviers d'action parallèles aux aides conventionnelles et à celles de l'Etat. Outre les dispositifs incitatifs d'ordre financier, ces collectivités proposent ainsi des services d'accompagnement lors de l'installation ou des aides logistiques, comme la recherche de locaux au moment d'une installation sur le territoire. Ces services portent sur des déterminants – cadre de vie, épanouissement personnel – complémentaires lors d'une installation influant grandement sur le choix des nouveaux médecins.

Certaines collectivités territoriales ont ainsi mis en place des outils spécifiques d'accueil des futurs médecins qui auraient un projet d'installation. L'objectif est de mettre en valeur le département et ses atouts en organisant un temps professionnel et un temps de découverte du territoire. Ces dispositifs peuvent ainsi comprendre des journées itinérantes dans le lieu de vie ou la présentation de l'environnement professionnel et culturel à l'installation.



EXEMPLES

En Saône-et-Loire, le conseil départemental a introduit l'Instal' Box en 2015.

C'est une « box » d'accueil qui comprend 4 circuits thématiques de découverte du territoire, un programme avec une demi-journée consacrée au projet professionnel avec visite d'une structure médicale, une rencontre des acteurs locaux et deux jours consacrés à la découverte de la Saône-et-Loire avec visite d'un site attractif et mise à disposition d'une documentation sur le département (remise par certains acteurs locaux et destinée à montrer les atouts du cadre de vie) et de produits du terroir ;

En Loir-et-Cher, il existe un guichet unique pour connaître les communes qui cherchent un médecin en mutualisant l'ensemble des informations disponibles sur l'environnement général (logements, écoles, hôpitaux locaux, services publics), le réseau professionnel disponible (démographie des professions de santé, syndicats de médecins, associations d'étudiants en médecine) et l'accompagnement proposé par le Conseil départemental.

Aux côtés de ces dispositifs, certaines collectivités proposent des supports logistiques dans la recherche de locaux. Ces dispositifs peuvent prendre aspects : mise à disposition de logements, loyers attractifs ou subventions pour des travaux d'aménagement ou de mise aux normes.

EXEMPLE DE PARIS

Le dispositif Paris Med' vise à lever tous les obstacles fonciers à l'installation de nouveaux médecins et de professionnels paramédicaux sur le territoire parisien, par un accès facilité à des locaux aménagés et abordables. Dans toutes les zones et quartiers d'intervention prioritaires, les parcs fonciers de la Ville et des bailleurs sociaux sont mobilisés à cette fin. Le cas échéant, la conclusion de conventions de subventionnement à destination des bailleurs sociaux est un des leviers d'action, dans ce cadre, en fonction de l'état initial des locaux identifiés. Par ailleurs, une participation peut être versée aux cabinets de santé entrant dans le dispositif afin de financer des travaux d'aménagement des locaux. L'aide du Département de Paris peut atteindre jusqu'à 15 000 € par professionnel installé. En contrepartie, les professionnels s'engagent à s'implanter localement pour une durée minimum de trois ans et à exercer en secteur 1.

Les départements peuvent également offrir des services relatifs à l'emploi du conjoint au moment de l'installation.

En Mayenne, le conseil départemental travaille en lien avec le CDOM qui oriente les candidats potentiels et avec les internes rencontrés en chaque début de semestre. Ce ciblage donne lieu à une rencontre avec le médecin et son conjoint au moment du projet d'installation afin d'identifier les freins éventuels ; dans le Lot-et-Garonne, un rapide bilan de compétences permet de faire le profil du conjoint demandeur d'emploi. Le dispositif existe depuis plus de cinq ans et permet au conjoint d'être mis par la suite en relation avec certains réseaux d'entreprises. Le conseil départemental de Mayenne fait aussi le lien avec certaines structures organisant des ateliers relatifs à la recherche d'emploi (rédaction de lettre de motivation ou de CV, préparation d'entretiens, etc.)

Le conseil départemental des Vosges a mis en place une convention de coopération avec Pôle Emploi, afin de coordonner les deux offres de service en accompagnant au mieux les entreprises qui recrutent, mais également les conjoints des techniciens et cadres nouvelle arrivés sur le territoire – notamment les professionnels de santé. La convention permet le partage d'informations sur le marché local de l'emploi, les besoins et les opportunités d'emplois qualifiés, et prévoit l'organisation systématique d'un rendez-vous à Pôle Emploi pour les conjoints des cadres arrivant sur le territoire, adossé à un accompagnement renforcé.

TEXTES DE RÉFÉRENCE

Article L1435-4-2, L1435-4-3, L1435-4-4 et L1435-4-5
du code de la santé publique
PTMG, PTMA, PTMR, PIAS

Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale
organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie

Article L1434-4 du code de la santé publique

Zones avec offre de soins insuffisante

Article 151 ter, 1464 D du code général des impôts

Relatifs aux aides fiscales perçues pour les médecins

Article L1511-8 du code général des collectivités territoriales

Aides destinées à l'installation ou au maintien des professionnels de santé
dans les zones sous-dotées

Article R1511-44 du code général des collectivités territoriales

Descriptif des aides prévues à l'article L1511-8



Pourquoi et comment soutenir les maisons et centres de santé ?

La médecine se pratique de moins en moins en solitaire. Les professionnels de santé tendent à se regrouper au sein de structures ou d'organisations communes, qui leur permettent non seulement de mutualiser certains moyens mais aussi d'échanger au quotidien autour de leurs pratiques et de se coordonner autour du suivi de leurs patients.

Cette dynamique de développement de l'exercice dit « coordonné » est aujourd'hui fortement soutenue par les pouvoirs publics car elle contribue à rendre l'exercice ambulatoire plus attractif – notamment dans les territoires fragiles – et favorise l'amélioration des prises en charge, en particulier pour les pathologies chroniques.

L'exercice coordonné peut revêtir différentes formes. Parmi celles-ci, les maisons et les centres de santé permettent une coordination de proximité autour des situations de patients suivis en commun. Ils reposent la plupart du temps sur le regroupement physique de professionnels de santé dans un même lieu d'exercice.

Les maisons de santé constituent des regroupements de professionnels de santé libéraux, auxquels les collectivités locales peuvent apporter un soutien logistique, financier ou immobilier (I). Les centres de santé rassemblent quant à eux des professionnels salariés, sous l'autorité d'un gestionnaire qui peut être la collectivité locale elle-même (II).



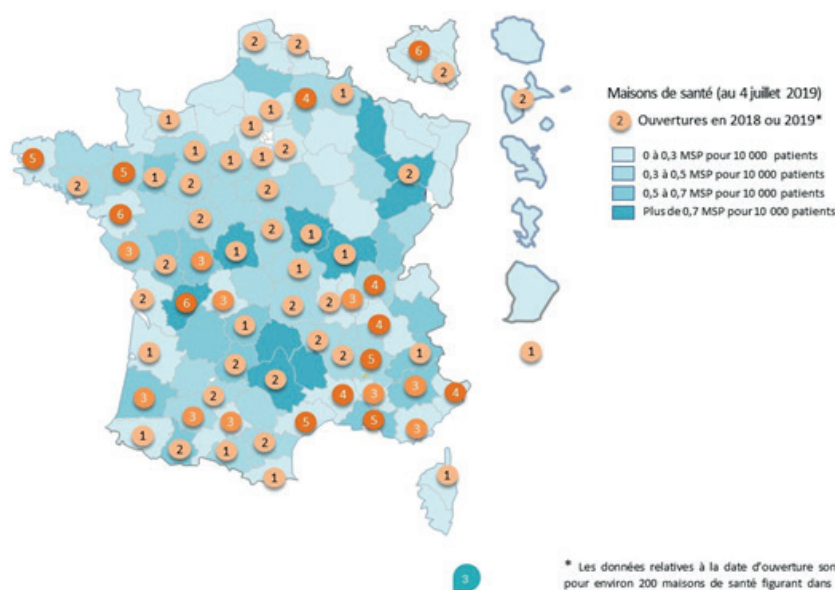
I. LA MAISON DE SANTÉ PLURI-PROFESSIONNELLE (MSP), STRUCTURE D'EXERCICE LIBÉRAL, PERMET LA COORDINATION DE PLUSIEURS PROFESSIONNELS DU PREMIER OU DU SECOND RECOURS

Qu'est-ce qu'une MSP ?

Les maisons de santé pluri-professionnelles regroupent des professionnels de santé libéraux exerçant de manière coordonnée, c'est-à-dire qu'ils sont réunis autour d'un projet de santé, dans une structure dotée de la personnalité morale. Elles proposent des activités de soins de premier recours – et parfois de second recours – sans hébergement, de prévention et d'éducation à la santé¹.

Une maison de santé implique le plus souvent le regroupement des professionnels de santé sur un même site immobilier. Est toutefois possible la constitution de maisons de santé « multi-sites » au sein desquels les professionnels de santé se coordonnent au quotidien sans partager les mêmes locaux.

Pour pouvoir bénéficier de financements de l'agence régionale de santé ou de l'assurance maladie, une maison de santé doit s'organiser sous la forme d'une société (la société interprofessionnelle de soins ambulatoires, ou SISA), ce qui implique de regrouper au moins deux médecins et un professionnel paramédical (infirmier, kinésithérapeute...). Ces exigences sont parfois plus élevées dans certaines régions, en fonction du cahier des charges publié par l'ARS. La présence de plusieurs médecins est jugée souhaitable, parce qu'elle favorise à la fois la continuité des soins sur le territoire (les médecins peuvent se remplacer mutuellement pendant leurs congés) et la pérennité de la structure dans le temps (les médecins restent moins longtemps sur un territoire lorsqu'ils sont isolés).



¹. Article L. 6323-3 du code de santé publique



Comment soutenir la création d'une MSP ?

Le montage d'une maison de santé pluri-professionnelle répond généralement aux grandes étapes suivantes :

- l'émergence : la constitution d'une équipe de professionnels intéressés, qui attestent de leur engagement dans le projet

S'ils ne peuvent faire à la place des professionnels de santé, les élus peuvent être facilitateurs en les soutenant dans leurs démarches, par exemple en leur mettant à disposition des salles de réunion, ou en les soutenant dans la mobilisation des autres professionnels de santé du territoire ou d'autres partenaires.

- la conception : la rédaction de l'étude de faisabilité, du diagnostic, du projet de santé et des statuts juridiques de la maison de santé

Une fois la dynamique lancée, les professionnels de santé intéressés devront rédiger un projet de santé qui s'appuie sur l'analyse de l'offre de soins sur un bassin de vie pertinent (le plus souvent au-delà de la commune, l'échelle cantonale ou intercommunale étant souvent la plus appropriée dans les territoires ruraux ou périurbains).

Elle peut bénéficier pour ce travail de conception d'un soutien de l'ARS, qui peut l'accompagner elle-même (analyse des besoins de santé du territoire, choix du statut juridique...) ou financer un accompagnement extérieur, par un consultant par exemple. Les collectivités territoriales peuvent participer en fournissant des données, ou en cofinçant l'ingénierie de projet par exemple.

- la réalisation : la conception et la mise en œuvre d'un projet immobilier

Cette étape intervient idéalement après la phase de conception du projet de santé. Les projets de maisons de santé sont en effet plus solides lorsqu'ils découlent d'une véritable dynamique professionnelle plutôt que d'une démarche principalement immobilière.

Les collectivités peuvent organiser l'explication de la démarche auprès des habitants (organisation de réunions publiques d'information ou d'échange). Elles peuvent également soutenir la conception du projet immobilier : choix du lieu d'implantation, recherche de locaux adaptés, mise à disposition de locaux en location, par exemple. S'il est fait le choix de construire ou de réhabiliter un bâtiment existant, elles peuvent participer au financement de l'investissement nécessaire. En pratique, les projets de MSP réunissent le plus souvent des cofinancements de plusieurs collectivités ; la plupart des Conseils régionaux proposent des aides dans ce domaine. Ces dépenses sont éligibles au fond de compensation de la TVA dès lors que la maison de santé est implantée dans une zone sous-dense au sens de l'ARS.

Les ARS n'ont pas vocation à financer un projet immobilier, mais peuvent parfois contribuer à financer l'équipement (SI partagé, petit équipement, aménagement des parties communes...).

AIDE DES COLLECTIVITÉS À L'EXERCICE COORDONNÉ

Dans l'**Indre**, le conseil départemental finance à hauteur de 25% du montant hors taxe des travaux hors VRD, foncier et étude, plafonné à 200 000 €, les créations de cabinets secondaires de MSP.

En **Haute-Savoie**, le conseil départemental soutient les projets de MSP à condition que ceux-ci remplissent certaines conditions (implantés sur un bassin de vie ne comptant que des généralistes de plus de 55 ans, situé à plus de trente minutes d'une autre offre de soins, soutenus y compris financièrement par les communes et intercommunalités d'implantation, reposant sur un projet de santé, comptant au moins trois médecins, s'engageant à devenir maîtres de stage universitaires...). Ce soutien consiste en la prise en charge à 20% du montant TTC (plafond à 500 000 € des dépenses des opérations d'acquisition, de création, de transformation et de rénovation immobilière ainsi que les dépenses de construction, de VRD et d'honoraires hors mobilier et équipement). D'autre part, le conseil départemental peut prendre en charge dans les mêmes proportions (20% de la dépense subventionnable TTC) le premier achat de matériel informatique ou de logiciel, hors frais de maintenance et de renouvellement.

La création d'une MSP peut également bénéficier sous certaines conditions de financements au titre de l'aménagement du territoire, tels que :

- la dotation d'équipement aux territoires ruraux, accordée par les préfetures pour soutenir l'investissement local et le maintien des services publics en milieu rural
- la dotation de soutien à l'investissement local², la dotation de soutien à l'investissement des départements³ ou le fonds national d'aménagement et de développement du territoire.

². Notamment sur le renforcement de l'accessibilité aux soins et des projets inscrits dans les contrats de plan État Région

³. Notamment sur des projets concourant à l'amélioration de la qualité et de l'accès aux services publics en matière sociale dans les petites villes

⁴. Notamment sur les actions concourant à renforcer l'attractivité des territoires urbains très dégradés cumulant des difficultés économiques et sociales et sur les opérations multi-acteurs



Et une fois que la MSP a été créée ?

Une maison de santé est un regroupement de professionnels de santé libéraux, qui perçoivent chacun les honoraires relatifs à leurs actes et consultations. Les dépenses communes (entretien des locaux, secrétariat...) sont financées par les professionnels de santé eux-mêmes. En principe, les pouvoirs publics n'interviennent pas dans l'équilibre économique de la structure.

Toutefois, pour valoriser financièrement le travail en équipe qui fait la spécificité de ces structures, l'assurance maladie a mis en place depuis plusieurs années des financements complémentaires pérennes. Ces financements peuvent atteindre 70 000 € par an et par structure. Pour en bénéficier, les maisons de santé doivent à satisfaire un certain nombre de prérequis en matière d'accès aux soins (par exemple, les amplitudes horaires), de travail en équipe et d'informatisation.

Les maisons de santé pluri-professionnelles peuvent également bénéficier de financements pour les projets qu'elles portent en matière d'accès aux soins ou de prévention : agence régionale de santé, contrat de ville lorsqu'elles sont situées dans un quartier de la politique de la ville.

II LE CENTRE DE SANTÉ REPOSE À L'INVERSE SUR LE SALARIAT DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Qu'est-ce qu'un centre de santé ?

Les centres de santé remplissent les mêmes missions que les MSP : ils fournissent des soins de premier recours, peuvent conduire des actions de santé publique, d'éducation à la santé, de prévention et proposer des soins de second recours (radiologie, médecins spécialistes, etc.), voire des IVG instrumentales. Ils réalisent à titre principal des prestations remboursées par l'assurance maladie et proposent à leurs patients le tiers payant, sans dépassements d'honoraires : c'est ce qui en fait souvent des points de référence pour l'accès aux soins des populations les plus fragiles. De plus, les centres de santé accompagnent souvent les patients dans l'accès à leurs droits en matière de santé.

LES CENTRES DE SANTÉ, UN POINT D'APPUI POUR L'ACCÈS AUX SOINS

Depuis 40 ans, la ville de Grenoble soutient cinq centres polyvalents installés dans quatre quartiers prioritaires de la politique de la ville, gérés par l'association de gestion des centres de santé. Dans ces centres, 24% des patients sont bénéficiaires de la CMU, et la durée moyenne de consultation est de 23 minutes (soit nettement supérieur à la moyenne nationale). Outre les activités de soins, ces centres assurent un service de garde de proximité, des actions d'éducation thérapeutiques et de prévention. Ils participent au diagnostic local de santé, en recueillant des données auprès de la population qu'ils reçoivent. Le budget de fonctionnement annuel est de 5,2 millions d'€ dont presque 850 000 € viennent de la municipalité.

À la différence des MSP, les professionnels de santé y sont salariés d'une personne morale gestionnaire. Cela peut constituer un facteur d'attractivité pour les jeunes professionnels de santé, et en particulier les jeunes médecins, qui manifestent un intérêt croissant pour les avantages de l'exercice salarié (couverture sociale, congés payés, etc.).

Le gestionnaire peut être un organisme privé à but non lucratif – tel qu'une association, une mutuelle, une collectivité locale ou une intercommunalité, un établissement de santé, voire une structure coopérative constituée par les parties prenantes du projet⁵. La gestion est non lucrative, c'est à dire que les éventuels bénéfices ne peuvent être utilisés par le gestionnaire qu'au profit du centre de santé concerné (ou d'une autre structure à but non lucratif dont il est gestionnaire).

Les centres de santé, contrairement aux MSP, ne sont pas forcément pluri-professionnels : ils peuvent regrouper uniquement des infirmiers, uniquement des dentistes ou encore uniquement des médecins d'une ou plusieurs spécialités médicales. La loi ne fixe pas de taille ou de composition minimale, mais si les agences régionales de santé ne soutiennent généralement les projets comptant un seul professionnel salarié qu'à titre dérogatoire ou transitoire.

Enfin, si dans la majorité des cas, les centres de santé regroupent l'ensemble de leurs activités au sein d'un même lieu, il leur est possible sous certaines conditions⁶ d'ouvrir une ou plusieurs antennes pour améliorer le maillage de leur territoire.

⁵. Sociétés coopératives d'intérêt collectif

⁶. En particulier, l'antenne ne doit pas être ouverte plus de 20 heures par semaine, elle doit être implantée à moins de 30 minutes du site principal et partager avec lui un même système d'information.



Comment soutenir la création d'un centre de santé ?

La création d'un centre de santé répond globalement aux mêmes étapes que celle d'une maison de santé. Le gestionnaire réalise un diagnostic territorial et élabore un projet de santé qui est ensuite transmis à l'ARS.

Ce travail de conception porte également sur le modèle économique du projet, le gestionnaire devant veiller à l'équilibre futur entre les actes qu'il pourra facturer à l'assurance maladie (ses recettes) et les charges de fonctionnement du centre (notamment les salaires des professionnels de santé).

Les différentes étapes de cette phase d'ingénierie et de dimensionnement du projet (projet de santé, déclinaison architecturale, choix du logiciel, étude de faisabilité...) peuvent bénéficier d'un soutien de la part de l'agence régionale de santé. Celle-ci peut également accorder au gestionnaire, parfois par le biais d'appels à projets, des aides à l'équipement du centre ou à son amorçage.

Les collectivités peuvent intervenir pour cofinancer l'ingénierie ou les aides à l'équipement ou à l'amorçage. Elles peuvent également mettre à disposition des locaux ou participer à l'investissement immobilier du gestionnaire. Elles peuvent, enfin, verser une subvention d'équilibre lorsque le projet s'avère déficitaire.

LES AIDES DU CONSEIL RÉGIONAL D'OCCITANIE

Le conseil régional d'Occitanie propose des subventions aux intercommunalités, établissements et organismes de santé à buts non lucratifs pour favoriser la création ou l'extension de centres de santé.

Celles-ci s'élèvent à 30% des travaux de construction et d'équipement, plafonnés à 100 000 € (pour les projets d'extension) ou 195 000 € pour les projets de création, avec une bonification prévue pour les projets situés en zone de montagne.

Pour obtenir cette aide, les gestionnaires doivent avoir élaboré un diagnostic territorial et un projet de santé, s'engager à l'accueil de stagiaires ou d'étudiants du service sanitaire et/ou à des actions de prévention. Les extensions doivent obligatoirement permettre d'accroître l'offre de santé de la structure d'au moins un professionnel. Enfin, l'intervention du Conseil régional n'est possible que pour les projets déjà soutenus financièrement par la commune et/ou l'intercommunalité du territoire d'implantation.

Comme les maisons de santé, les centres de santé peuvent bénéficier de financements au titre de l'aménagement au titre de l'aménagement et du développement social pour les projets qu'ils portent en matière d'accès aux soins ou de prévention.

À quelles conditions devenir gestionnaire de centre de santé ?

Un nombre croissant de collectivités locales et d'intercommunalités entreprennent de créer leur propre centre de santé, afin de répondre aux problématiques d'accès aux soins de leurs administrés.

Un centre de santé présente de nombreux intérêts pour une ville : il constitue le bras armé de sa politique de santé, permet l'accès aux soins du plus grand nombre, assure une bonne qualité des soins grâce à la coordination des professionnels et permet de développer des actions de promotion de la santé.

Il permet également de parier sur l'exercice salarié pour réimplanter une offre de soins dans des territoires fragiles, et proposer aux jeunes médecins des postes attractifs. L'implantation d'un centre participe directement à la dynamisation des territoires et constitue un lieu de formation pour les jeunes soignants.

QUELQUES EXEMPLES

La commune d'Amplepuis dans le Rhône a ouvert un centre municipal de santé depuis 2013 pour pallier le manque de médecins sur le secteur. La commune met à disposition les locaux équipés, les 4 médecins et le chirurgien-dentiste sont salariés de la commune tout comme les secrétaires médicales. Les communes voisines, Cublize, Ronno et Saint-Just-d'Auray ont signé une convention et participent au financement de la structure. La fréquentation du centre de santé a augmenté progressivement, pour atteindre en 2016 l'objectif fixé à son ouverture. Une antenne a été ouverte à Cublize.

La ville de Port-la-Nouvelle, dans l'Aude, a embauché trois médecins généralistes en CDD pour exercer dans un centre municipal de santé. Ces médecins exercent en tarif conventionnel, sans dépassement d'honoraires. Ils bénéficient, grâce à la mairie, d'une salle de pratique chacun et d'un service administratif équivalent à 0,7 ETP par médecin. Chaque médecin exerce 35 heures par semaine et est rémunéré selon la grille de salaire des praticiens hospitaliers, soit 4 500 € nets par mois. Leurs honoraires sont perçus directement par la municipalité via une régie municipale créée dans cette unique perspective. L'opération accuse jusqu'à présent un faible déficit et permet d'offrir 55 heures de consultations par semaine, du lundi au samedi, pendant toute l'année.



En devenant gestionnaire d'un centre de santé, la collectivité assume le risque économique associé à son fonctionnement, puisqu'elle devra prendre à sa charge tout éventuel déséquilibre d'exploitation.

LE MODÈLE ÉCONOMIQUE D'UN CENTRE DE SANTÉ

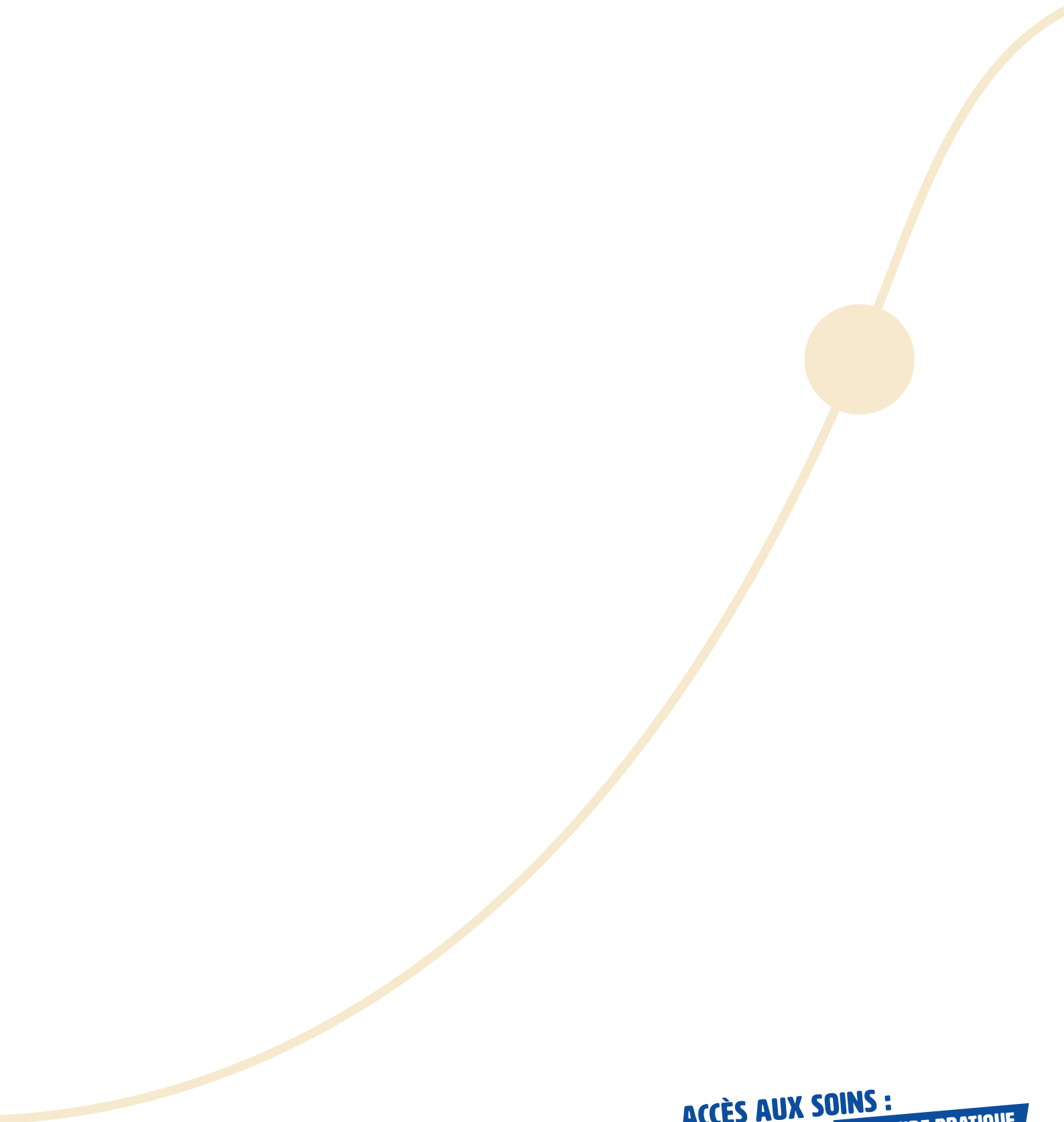
Les recettes du centre de santé :

- elles reposent avant tout sur la tarification à l'activité : lorsque les professionnels de santé du centre réalisent des actes de soin, celui-ci les facture à l'assurance maladie
- comme pour les maisons de santé, l'assurance maladie propose des financements forfaitaires collectifs (en vertu de l'accord national signé en 2015), au titre de la coordination des soins, en fonction d'objectifs et d'engagements précis ;
- enfin, des subventions peuvent être accordées pour la réalisation de projets précis en matière, notamment, de prévision (ARS, contrat de ville...).

Les dépenses sont quant à elles constituées des salaires bruts, qui bénéficient d'un allègement de cotisations (subvention dite « Teulade »), des autres frais fixes (loyers, secrétariat) ainsi que des investissements.

Le dimensionnement de la structure est souvent essentiel pour que le centre ne soit pas déficitaire. Les activités de soins, les missions des équipes non soignantes, mais aussi l'offre de prévention, doivent être calibrées soigneusement en rapprochant les besoins identifiés des financements mobilisables. Certaines villes ou intercommunalités considèrent que les apports pour les habitants justifient un financement d'équilibre de la part de la collectivité ; d'autres configurent le personnel et les activités du centre de façon à atteindre l'équilibre financier : il s'agit d'un choix politique.

Le dispositif « 400 médecins » mis en place dans le cadre de la stratégie Ma santé 2022 permet à un gestionnaire de centre de santé qui recrute un médecin généraliste dans un territoire fragile de bénéficier pendant deux ans d'une garantie financière, couvrant l'éventuel déséquilibre entre le salaire de ce médecin et les actes qu'il facture à l'assurance maladie.





Pourquoi et comment miser sur de nouvelles formes d'exercice médical ?

Lorsqu'un territoire peine à attirer des médecins, il peut être judicieux de s'appuyer sur d'autres formes de présence médicale. En effet, l'installation de plein exercice ne constitue plus l'alpha et l'oméga des politiques d'accès aux soins : la mobilisation d'autres viviers, tels que les médecins retraités ou les médecins installés à proximité, est une alternative étudiée par un nombre croissant de territoires.

Mobiliser les médecins retraités

La population des médecins est aujourd'hui vieillissante, avec de nombreux départs en retraite prévus dans les années à venir. Après leur retraite, les médecins peuvent choisir de prolonger leur activité sous le régime du cumul emploi retraite, un régime avantageux qui leur permet de cumuler leur pension de retraite et les honoraires tirés de leur activité. Au 1^{er} janvier 2018, 27% des médecins de plus de 60 ans exerçaient sous ce régime, pendant une période de 4 ans en moyenne.

Des incitations financières ont été mises en place dans les zones sous-denses définies par l'ARS, afin d'encourager les médecins à poursuivre leur activité. Elles prennent la forme d'une exonération de certaines cotisations sociales (les cotisations complémentaires vieillesse) pour les médecins dont le revenu d'activité est inférieur à 80 000 € par an.

De nombreuses initiatives ont été prises pour mobiliser les jeunes retraités : ceux-ci peuvent poursuivre leur activité antérieure avec un temps de travail réduit, intervenir en renfort quelques heures par semaine dans un cabinet de groupe ou une maison de santé installée à proximité, dans un territoire déficitaire, voire se regrouper à plusieurs dans un même cabinet, comme l'a expérimenté la ville de Laval, en Mayenne.

A noter que depuis la loi du 24 juillet 2019, les médecins retraités – de même que les internes peuvent établir des certificats de décès, même lorsqu'ils ont cessé d'exercer.

LA MOBILISATION DES MÉDECINS RETRAITÉS À LAVAL (MAYENNE)

A Laval, depuis la mi 2017, un cabinet de consultation regroupe quinze médecins généralistes retraités, qui consultent à tour de rôle et à temps partiel (deux à trois demi-journées par semaine en moyenne), ainsi que deux internes en stage ambulatoire et un médecin généraliste coordonnateur.

La mise en œuvre de cette initiative a bénéficié du soutien du conseil départemental de l'ordre des médecins, qui a relayé le projet auprès des retraités ou futur retraités du département afin de susciter des vocations.

Pour permettre aux retraités d'exercer en tant que salariés – ce qui permet de limiter leur charge de travail administrative – un centre de santé a été créé par la mutualité Anjou Mayenne. Une infirmière et une secrétaire ont été mises à disposition par la Ville de Laval et le conseil départemental.

Parier sur l'exercice multi-sites

Sans venir s'installer à temps plein dans un territoire fragile, certains médecins, généralistes ou spécialistes, peuvent accepter de venir y assurer des consultations quelques heures par semaine. Ce mode d'exercice dit « multi-site » s'inscrit dans des cadres différents selon que le médecin est libéral ou hospitalier.

S'il s'agit d'un médecin libéral, il doit déclarer un cabinet secondaire. Autrefois soumise à autorisation, cette démarche a été simplifiée au profit d'une simple déclaration auprès de l'ordre des médecins. Si ce cabinet secondaire est situé dans une zone d'intervention prioritaire, le médecin peut bénéficier d'une bonification de ses honoraires dans le cadre du contrat de solidarité territoriale médecins proposé par assurance maladie ¹. Par ailleurs, les collectivités territoriales peuvent décider de l'exonérer de la cotisation foncière des entreprises due au titre de ce cabinet secondaire.

¹. Depuis février 2019, les médecins exerçant au moins 10 jours par an dans une zone sous-dense peuvent voir leurs honoraires bonifiés de 25% lorsqu'ils sont réalisés dans ces territoires.



L'EXONÉRATION DE COTISATION FONCIÈRE DES ENTREPRISES SUR LES CABINETS SECONDAIRES

La cotisation foncière des entreprises (CFE) est un impôt local applicable à l'ensemble des professionnels exerçant à titre habituel une activité lucrative sous une forme non salariée. Elle est à ce titre applicable à l'ensemble des médecins libéraux exerçant sous le régime fiscal des bénéfices non commerciaux (BNC).

L'assiette de la CFE est constituée de la valeur locative des biens professionnels utilisés par le médecin dans le cadre de son exercice libéral, qu'il soit propriétaire ou locataire, titulaire ou collaborateur d'un autre confrère ².

Si le médecin possède plusieurs lieux d'exercice, il est en principe redevable d'autant de CFE que de lieux distincts d'exercice. Cette situation pose problème dans le cas de consultations exercées à temps très partiel dans un cabinet secondaire car cela conduit le médecin à s'acquitter d'une CFE élevée : celle-ci est calculée sur la valeur locative des locaux, alors même qu'il n'y exerce pas à temps plein et y génère peu de bénéfices.

L'article 173 de la loi de finances pour 2019, codifiée au second alinéa de l'article L 1464D du code général des impôts, instaure, pour répondre à cette difficulté, une nouvelle possibilité d'exonération de la CFE.

Il s'agit d'une exonération sur délibération, par les communes ou les EPCI. Pour mémoire, les exonérations sur délibération ne sont pas compensées par l'Etat.

Cette exonération cible les « médecins, ainsi que les auxiliaires médicaux (...) qui, exerçant leur activité à titre libéral, s'établissent ou se regroupent sur un site distinct de leur résidence professionnelle habituelle », dès lors que ce site est situé :

- dans une commune de moins de 2 000 habitants
- dans une zone de revitalisation rurale
- dans une zone sous-dense au sens du code de la santé publique (ZIP et ZAC).

². En cas de partage des locaux entre exercice professionnel et occupation personnelle (locaux à usage « mixte »), la répartition de la valeur locative se fait au prorata des surfaces effectivement occupées dans le cadre professionnel/personnel.

Si le médecin est hospitalier, il lui est également possible d'assurer des consultations dites avancées dans un territoire distinct de celui où il exerce habituellement. La plupart du temps, toutefois, ces consultations avancées sont réalisées dans un autre site hospitalier, appartenant au même établissement de santé ou au même GHT. Cela permet de proposer au sein des hôpitaux de proximité des consultations de spécialités diversifiées. Le médecin peut bénéficier d'une prime (la prime d'exercice territorial) dès lors que le site hospitalier secondaire est situé à plus de 15 kilomètres du site principal.

Expérimenter la médecine itinérante

De nombreuses collectivités se sont engagées au cours des dernières années dans des projets de médecine itinérante : ces projets s'appuient sur des médecins (médecins généralistes, ophtalmologistes...) voire des dentistes qui se déplacent au sein de camionnettes ou de bus spécialement équipés, dans des territoires sous-dotés en offre de soins.

SAINT-NAZAIRE : LE MARSOINS, LA SANTÉ POUR TOUS

L'association À Vos Soins a lancé en 2016 le Marsoins, projet mobile d'accès à la santé pour tous visant à réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins sur le territoire de Saint-Nazaire. Le Marsoins, c'est un camion équipé, une douche, un cabinet médical et un espace d'échanges et de dépistage, pour une santé accessible à tous.

En 2017, le Marsoins a dispensé plus de 300 check-up d'ostéopathie, près de 200 bilans auditifs, presque 150 dépistages dentaires, plus de 60 actions de prévention et d'éducation à la santé, pour des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté, ou dans des quartiers de la politique de la ville. Le Marsoins possède une douche qu'il met à disposition des personnes sans-abri ou mal logées.

Il convient toutefois de prêter une certaine vigilance à certains aspects de leur mise en œuvre. Tout d'abord, le code de déontologie médicale interdit la « médecine foraine », c'est-à-dire la médecine sans lieu d'exercice permanent. Cette interdiction se justifie par plusieurs motifs : la crainte de voir des médecins « volants » exercer une concurrence déloyale vis-à-vis de leurs confrères installés dans certains territoires ; la nécessité d'assurer une certaine qualité et sécurité des soins dispensés (ce qui implique des locaux adaptés) et enfin l'impératif de « continuité des soins », c'est-à-dire la possibilité pour le patient de bénéficier



d'un suivi régulier dans le temps et de pouvoir facilement joindre son médecin en cas de problème. Des exceptions sont toutefois possibles, puisque ce même article prévoit que « quand les nécessités de la santé publique l'exigent, un médecin peut être autorisé à dispenser des consultations et des soins dans une unité mobile » : il est donc possible d'obtenir une autorisation de l'ordre des médecins pour mettre en œuvre un projet de médecine itinérante, à condition que les lieux et horaires de consultations soient définis à l'avance et que des garanties soient apportées en matière d'équipement, de sécurité, de continuité des soins.

Par ailleurs, la médecine itinérante implique pour les professionnels de santé mobilisés des temps de trajet qui peuvent être importants. Les heures passées sur la route sont autant d'heures de consultations en moins, et elles ne sont pas facturables à l'assurance maladie. L'équilibre économique de ce type de dispositif est donc incertain. La plupart du temps, elle nécessitera le versement d'une subvention d'équilibre par les pouvoirs publics (ARS ou collectivités territoriales).

Ainsi, ce type de dispositif peut apporter une réponse intéressante aux patients peu mobiles (par exemple les résidents d'EHPAD) ainsi qu'aux territoires isolés, difficiles d'accès (communes rurales, communes de montagne par exemple) ou dont les populations sont particulièrement éloignées du soin. En dehors de ces situations, il est souvent recommandé de privilégier des lieux de consultation fixes (exercice multi-site), quitte à proposer aux patients les moins mobiles des solutions de déplacement adaptés, afin de maximiser le temps de consultation que les médecins sont susceptibles d'assurer.





Pourquoi et comment développer la télémédecine dans mon territoire ?

La télémédecine constitue un levier pour améliorer l'accès aux soins des patients. En abolissant les distances, elle simplifie l'accès à un médecin pour les patients rencontrant des problèmes de mobilité, et évite les déplacements inutiles. En facilitant le dialogue entre généralistes et spécialistes, elle permet d'accélérer la prise en charge et le suivi des patients qui le nécessitent.

La télémédecine est remboursée par l'assurance maladie depuis 2018 sous certaines conditions, qui visent notamment à garantir la qualité et la bonne organisation des soins (I). Les collectivités territoriales peuvent dès lors se saisir de ce levier afin d'apporter des réponses nouvelles aux patients de leur territoire (II).

I LA TÉLÉMÉDECINE EST REMBOURSÉE PAR L'ASSURANCE MALADIE DEPUIS 2018 SOUS CERTAINES CONDITIONS, QUI VISENT NOTAMMENT À GARANTIR LA QUALITÉ ET LA BONNE ORGANISATION DES SOINS

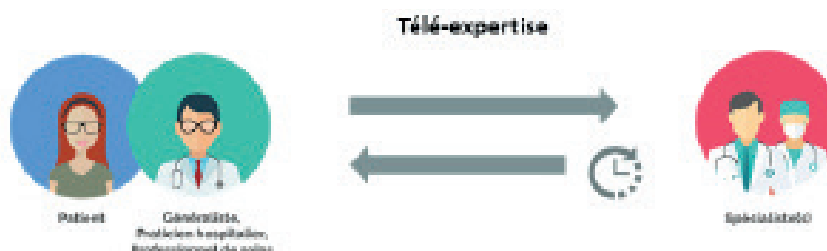
Téléconsultation et télé-expertise, quelles différences ?

Le terme « télémédecine » désigne toute pratique médicale effectuée à distance, en mobilisant les technologies de l'information et de la communication. En pratique, la télémédecine peut prendre plusieurs formes, dont deux sont aujourd'hui remboursées par l'assurance maladie :

- la **téléconsultation** est une consultation à distance entre un médecin et son patient via des moyens de vidéotransmission sécurisés. Concrètement, le médecin, suite à la demande de rendez-vous, envoie un lien l'invitant à se connecter vers un site ou une application sécurisée, via son ordinateur ou une tablette équipée d'une webcam. Les patients peuvent être assistés si besoin (par exemple pour utiliser les outils connectés, lorsqu'ils sont peu familiers de la technologie) par un professionnel de santé tels que des pharmaciens ou des infirmiers. Elle est facturée et remboursée au même tarif qu'une consultation classique.



- la **télé-expertise** permet à un médecin de solliciter par vidéo ou messagerie sécurisée l'avis d'un confrère face à une situation médicale donnée (lecture de diagnostic, analyses, avis sur un traitement...). La télé-expertise peut permettre de raccourcir les délais pour obtenir un avis de spécialiste sans solliciter de consultation parfois longue à obtenir, et donc d'accélérer la prise en charge et le suivi des patients. Elle n'est pas facturée au patient concernée, mais fait l'objet d'une facturation directement entre l'Assurance Maladie et les médecins qui y recourent, à la fois par le médecin qui demande un avis et par celui qui le donne. La télé-expertise concerne pour l'instant certains types de patients seulement : les patients en affection longue durée, atteints de maladie rare, détenus, résidant en structures médico-sociales ou en zones sous denses.



Quelles conditions au remboursement de la téléconsultation ?

La téléconsultation est ouverte à tous les patients, quels que soient leur lieu de résidence et leur pathologie, à condition qu'ils soient consentants. Toutefois, deux conditions ont été posées au remboursement par l'assurance maladie d'une téléconsultation :

- le patient doit avoir été vu physiquement par le médecin dans les douze derniers mois, sauf situation particulière. La téléconsultation doit ainsi intervenir dans une logique de suivi, alternant consultations de visu et téléconsultation en présentiel, et non pas se substituer totalement à la consultation en présentiel
- la téléconsultation doit s'inscrire dans le respect du parcours de soins coordonné : c'est-à-dire qu'elle est réalisée par le médecin traitant du patient, un spécialiste en accès direct¹, ou un autre spécialiste sur orientation du médecin traitant.

Toutefois, dans certaines zones les patients sont nombreux à ne pas disposer de médecins traitants, ou à éprouver des difficultés à avoir accès à une consultation dans un délai compatible avec leur état de santé. Il est alors possible de faire exception au principe de connaissance préalable du patient et de respect du parcours de soins, à condition que la téléconsultation soit proposée dans le cadre d'une organisation coordonnée entre les médecins du territoire (par exemple au sein d'une même maison de santé ou CPTS). L'objectif est en effet de s'assurer de la qualité du suivi proposé au patient, qui doivent pouvoir continuer à bénéficier d'un suivi global et dans la durée.

¹. Gynécologues, ophtalmologues, psychiatres, neuropsychiatres, stomatologues.



LA TELECONSULTATION

DEUX CONDITIONS

- 1 Le patient a été vu physiquement par le médecin au moins une fois dans les 12 derniers mois
- 2 Le parcours de soins coordonné est respecté



UNE EXCEPTION



Dans les zones sous-denses, ces conditions peuvent être assouplies dans le cadre d'une organisation coordonnée entre médecins d'un même territoire.

Il convient donc pour les collectivités territoriales qui souhaitent soutenir le développement de la télémédecine de s'assurer que l'offre proposée respecte bien les conditions de prise en charge par l'assurance maladie, d'autant que certaines offres commerciales « clé en main » sont peu explicites sur ce point.

II LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES PEUVENT SE SAISIR DE CE LEVIER AFIN D'APPORTER DES RÉPONSES NOUVELLES AUX PATIENTS DE LEUR TERRITOIRE

Comment soutenir le développement des lieux de téléconsultation ?

Les médecins libéraux bénéficient d'une aide de l'assurance maladie pour acquérir un logiciel de vidéotransmission ainsi que des appareils connectés. Toutefois, pour déployer la télémédecine à grande échelle sur un territoire, il est parfois utile de disposer de lieux dans lesquels les patients peuvent bénéficier d'une téléconsultation, ainsi que des équipements associés. facturée et remboursée au même tarif qu'une consultation classique.

Ces lieux doivent respecter les contraintes de confidentialité qui s'appliquent à tout lieu de consultation. Bien que la téléconsultation puisse théoriquement être réalisée dans des lieux de toute nature (local municipal, maison France Services...), il est vivement conseillé de privilégier les lieux des soins, afin de pouvoir s'appuyer sur la présence de professionnels de santé susceptibles

d'accompagner les patients : il peut ainsi s'agir des pharmacies², des EHPAD, des maisons et centres de santé, des hôpitaux de proximité. Cela permet en effet de positionner la télémédecine en complémentarité des actes en présentiel et dans une logique de prise en charge coordonnée entre plusieurs professionnels. Enfin, dans certains cas, la télémédecine est proposée de manière itinérante, par le biais d'un camion équipé qui se déplace au plus près des patients : là encore l'équipement de solutions mobiles doit favoriser l'adossé aux organisations existantes de professionnels de santé qui se déplacent fréquemment à domicile (infirmières notamment).

Les collectivités, notamment les municipalités, peuvent participer à cette recherche de locaux adaptés, voire mettre elles-mêmes à disposition des locaux. Elles peuvent également contribuer à financer l'équipement de ces lieux de téléconsultation, en complément de l'aide financière que l'assurance maladie ou les agences régionales de santé sont susceptibles d'apporter (souvent attribuées par le biais d'appels à projets). Il est conseillé de s'assurer que l'organisation et le type d'équipement choisis soient cohérents avec la stratégie numérique portée par l'agence régionale de santé, qui veille notamment à ce que les outils numériques déployés sur le territoire puissent être interopérables.

Enfin, même si tous les actes de télémédecine ne nécessitent pas forcément l'accès au très haut débit, il est essentiel pour la développer efficacement, de garantir une couverture numérique satisfaisante du territoire.

EXEMPLES D'INTERVENTIONS LOCALES

Le conseil départemental des Vosges propose des aides à l'équipement en informatique et en télémédecine aux professionnels de santé ou structures de soins exerçant dans le département. Les investissements éligibles doivent être d'au moins 500 € HT, et l'aide peut s'élever jusqu'à 5 000 € par professionnel ou par structure. Ce dispositif a par exemple permis de soutenir la création d'un espace de téléconsultation au sein d'une pharmacie. Il est également l'occasion pour le conseil départemental s'assurer une mission de conseil et d'accompagnement à destination des porteurs de projets du département.

Le conseil régional d'Ile de France peut participer au financement d'équipements de types télécabines, malles ou chariots de télémédecine, ainsi que des solutions technologiques ou informatiques innovantes. Cette aide est réservée aux professionnels de santé regroupés dans une structure collective (maison de santé, cabinet de groupe ou structure de coopération territoriale) ainsi qu'aux collectivités locales elles-mêmes. Elle peut prendre en charge jusqu'à 50% du coût de l'équipement à hauteur de 15 000 € pour les équipements mobiles et 50 000 € pour les équipements non mobiles.

D'autres collectivités interviennent en majorant leurs aides aux structures d'exercice coordonné (maisons et/ou centres de santé) dans le cas d'investissements liés à la télémédecine.

². Les pharmaciens disposent désormais d'une aide à l'équipement de téléconsultation de la part de l'assurance maladie.



Comment créer les conditions favorables au déploiement de la télémédecine ?

L'organisation de la télémédecine sur le territoire constitue, davantage que l'équipement matériel, le principal défi à relever pour garantir le succès de la démarche. Les collectivités territoriales peuvent jouer un rôle déterminant à cet égard, en relai ou avec le soutien de l'Agence régionale de santé, par exemple :

- en mobilisant et en mettant en réseau les professionnels ou établissements susceptibles de s'engager dans un projet de télémédecine ;
- en organisant l'information des habitants sur cette nouvelle possibilité, de manière à lever les représentations négatives qui perdurent parfois au sein de la population.

TEXTES DE RÉFÉRENCE

Convention médicale 2016-2021
- avenant n° 6 fixant les conditions
de remboursement de la télémédecine
Article L6316-1 du code de la santé publique
Portant sur la définition juridique
de la télémédecine
Article R6316-1 du code de la santé publique
Définissant les actes médicaux relevant
de la télémédecine



Comment libérer du temps médical ?

S'attaquer à la problématique de la désertification médicale impose de plus en plus de raisonner en termes de « temps médical » : de nombreuses mesures peuvent être prises pour permettre aux médecins de se concentrer sur les types de tâches et de consultations qui nécessitent le plus un regard médical, en limitant la charge administrative, en s'appuyant sur d'autres professionnels ou en limitant les consultations inutiles. Les collectivités territoriales peuvent intervenir de diverses manières pour soutenir ces démarches : soutien logistique, adaptation des services publics locaux, communication vis-à-vis du patient...

Permettre aux médecins de s'appuyer sur des secrétaires ou assistants médicaux

Les enquêtes statistiques réalisées auprès d'un panel de médecins généralistes libéraux montrent que, sur une semaine de travail ordinaire (54 heures en moyenne), ceux-ci passent en moyenne 44,5 heures auprès des patients (soit des consultations de 18 minutes en moyenne) et consacrent 5, 5 heures à des tâches de gestion et de coordination... ce qui représente plus de 10% de leur temps de travail.

Le secrétariat médical

De longue date, certaines collectivités ont donc entrepris de mettre à disposition ou de financer, totalement ou partiellement, le secrétariat médical, afin de permettre aux médecins de leur déléguer certaines tâches de gestion, et donc de se consacrer davantage de temps au soin.

Le conseil départemental des Yvelines : aide au financement du secrétariat médical

Pour permettre aux professionnels qui exerceront dans les maisons médicales financées par le conseil départemental, de se concentrer sur leur cœur de métier, celui-ci finance le salaire brut dégressif d'un poste de secrétariat pour une durée de trois ans :

Première année : 100%

Deuxième année : 70%

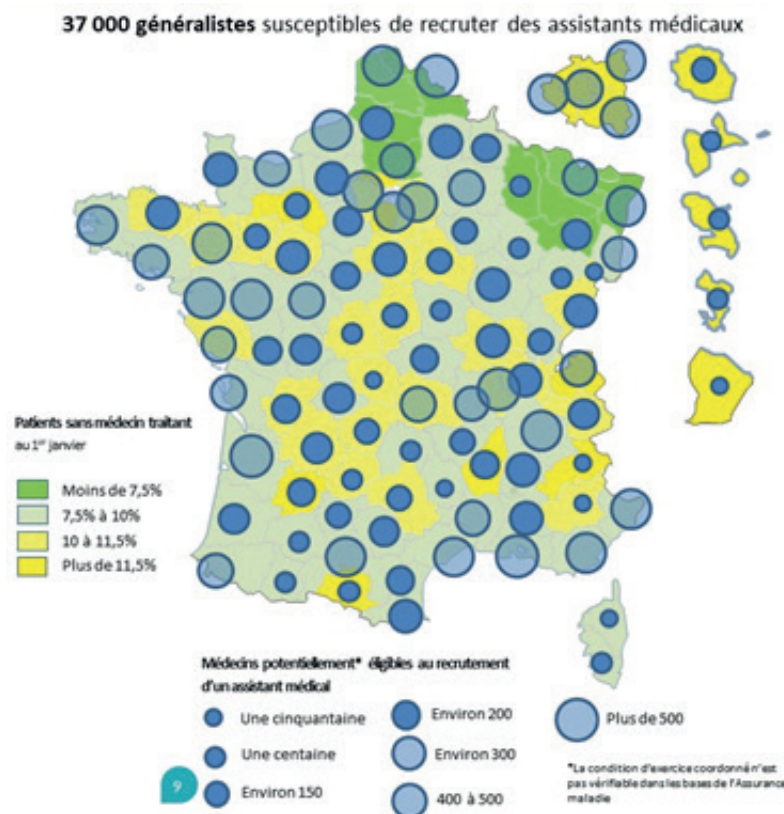
Troisième année : 40%

Le plafond des dépenses subventionnables est fixé à 30 000 € par an et limité à une seule subvention par maison médicale.

Les assistants médicaux

L'Assurance maladie vient, quant à elle, de permettre le financement de postes d'assistants médicaux. Placés auprès des médecins, ceux-ci pourront les appuyer, comme les secrétaires médicaux, dans certaines tâches administratives (accueil du patient, création du dossier patient...) ou d'organisation des soins (prises de rendez-vous pour le patient par exemple). Mais ils bénéficieront également d'une formation adaptée, ce qui leur permettra également de seconder le médecin dans certains gestes soignants directement liés à la consultation (par exemple, la prise du poids, de la tension, le déshabillage du patient...). L'objectif est à la fois de permettre aux médecins de consacrer moins de temps aux tâches administratives, mais également de réduire leur temps de consultation, afin de voir plus de patients.

Pour être éligibles aux financements de l'assurance maladie, les médecins devront remplir un certain nombre de critères, tels qu'exercer en secteur 1 ou limiter leurs dépassements d'honoraires, exercer dans certaines spécialités médicales, ou s'engager dans une démarche d'exercice coordonné. Ils devront également s'engager à augmenter progressivement leur nombre de patients. Les assistants médicaux travailleront pour plusieurs médecins travaillant sur un même site (un cabinet de groupe, une maison de santé...), sauf dans les zones sous-denses où ils pourront travailler à temps plein pour un même médecin.



L'embauche d'un assistant médical peut nécessiter des aménagements des locaux, afin de permettre à la consultation de se réaliser en deux temps (accueil par l'assistant médical puis examen par le médecin). Les collectivités peuvent soutenir techniquement ou financièrement les adaptations immobilières requises.



Promouvoir les coopérations et délégations de tâches entre professionnels de santé

De nombreuses mesures ont été mises en œuvre dans le but de développer les coopérations et les délégations de tâches entre professionnels de santé, afin de permettre aux médecins de se recentrer sur les tâches et les pathologies les plus complexes.

On peut citer par exemple :

- le **protocole ASALEE**, qui permet à des infirmiers de travailler en binôme avec un médecin généraliste pour suivre et accompagner des malades chroniques, notamment en matière de prévention secondaire et d'éducation thérapeutique

- la création d'un **diplôme d'infirmiers en pratique avancée**, qui disposent d'une formation plus poussée (Bac + 5) et donc de compétences plus étendues (en matière par exemple de prescription de certains médicaments), que les infirmiers classiques. Ce diplôme est ouvert depuis la rentrée 2018 en formation continue dans les universités de huit régions françaises. Ces futurs IPA se déploieront sur le terrain dans les deux ou trois prochaines années. Ils ont vocation à travailler en équipe avec des médecins, qui pourront leur confier le suivi de certains patients atteints de maladies chroniques stabilisées.

- les nouvelles compétences conférées aux pharmaciens. Depuis 2019, ils peuvent assurer la vaccination contre la grippe pour certaines catégories de patients.

En 2020, ils pourront également renouveler les prescriptions ou adapter les posologies pour les traitements chroniques, en lien avec le médecin traitant, dans le cadre du dispositif dit du « pharmacien correspondant ».

Les collectivités locales peuvent contribuer, en lien avec l'agence régionale de santé, à faire connaître ces dispositifs aux professionnels de santé et aux patients et à rendre plus lisible l'offre de santé de leur territoire.

Limiter les consultations inutiles

Un certain nombre de consultations chez le médecin généraliste sont aujourd'hui motivées essentiellement nécessité d'obtenir un certificat administratif, sans qu'un examen de santé ne s'avère indispensable ni même utile d'un point de vue médical.

Par exemple, les certificats médicaux ne sont plus exigibles aujourd'hui pour la réintégration d'un enfant à la crèche ou à l'école, sauf en cas de maladie contagieuse. Pourtant, de nombreux parents se voient demander un certificat, notamment pour justifier l'exonération des frais de repas dans les cantines scolaires. Cela occasionne des consultations sans réelle plus-value médicale, car elles concernent des pathologies bénignes et fréquentes (varicelle, gastro-entérite, etc.) qu'ils sont en mesure de prendre en charge seuls. Le tableau en annexe 3 récapitule les cas les plus fréquents.

Les collectivités, en tant que gestionnaires des services publics locaux (cantine scolaire, crèche...) peuvent veiller à l'adoption de règlements intérieurs limitant le recours aux certificats médicaux, et sensibiliser les parents d'élèves au respect de ces règles. Cela peut contribuer à désengorger les salles d'attente des médecins du territoire.

TEXTES DE RÉFÉRENCE

Arrêté du 14 août 2019 portant approbation de l'avenant n° 7
à la convention nationale organisant les rapports
entre les médecins libéraux
et l'assurance maladie signée le 25 août 2016
– texte fixant le cadre
de financement des assistants médicaux



Qu'attendre des futurs hôpitaux de proximité ?

Le renforcement des hôpitaux de proximité est l'une des mesures phares de Ma santé 2022, qui a connu ses premières traductions dans la loi d'Organisation et de transformation du système de santé du 26 juillet 2019. Celle-ci vient définir les missions des hôpitaux de proximité et proposer ainsi un nouveau modèle d'organisation, qui repose sur une responsabilité territoriale partagée entre ville et hôpital sur un même territoire.

La réforme en cours vise également à moderniser la gouvernance de ces établissements de santé et à leur permettre de bénéficier de modalités de financement sécurisantes et qui les incite, davantage qu'aujourd'hui, à la coopération avec d'autres acteurs.

Pour les élus, la présence d'un hôpital de proximité permettra de renforcer l'offre de soins de proximité au plus près des populations, d'organiser l'accès à des soins plus spécialisés et de renforcer l'attractivité des territoires.

I L'HÔPITAL DE PROXIMITÉ : TRAIT D'UNION ENTRE LA VILLE ET L'HÔPITAL

Un périmètre d'activités définis au sein de la loi

L'hôpital de proximité bénéficie désormais d'un positionnement clarifié dans l'offre de soins. Il assure tout d'abord la première ligne des soins hospitaliers en médecine. Cette activité a notamment vocation à permettre l'hospitalisation directe des patients ne nécessitant pas nécessairement un passage par les urgences, sur prescription du médecin traitant. Il s'agit également d'offrir à la population un accès en hôpital de jour pour réaliser des bilans, ou des séances de dialyse par exemple et de nombreuses prises en charge qui gagnent à être réalisées en proximité, notamment pour les populations vulnérables ou atteintes de maladies chroniques.

L'hôpital de proximité est également un lieu où sont proposées des consultations dans diverses spécialités grâce à des partenariats avec d'autres établissements de santé ou des professionnels libéraux. Elles peuvent être réalisées en présentiel ou grâce à des équipements de télésanté. De la même façon, les hôpitaux de proximité pourront s'appuyer sur les nouvelles technologies pour donner accès à des expertises en imagerie et en biologie.

EXEMPLE

Depuis 2013, le centre hospitalier Jacques Barrot d'Yssingeaux en Haute-Loire a mis en place un partenariat avec le centre Hospitalier Emile Roux du Puy en Velay pour offrir à la population des consultations de spécialités. Égalité d'accès aux soins pour tous, parcours fluidifié pour le patient et optimisation des ressources sont les principes qui ont guidés la démarche. Renforcé au fil des ans, ce partenariat permet aujourd'hui de donner accès aux patients hospitalisés et à la population du territoire à des consultations dans quatorze spécialités médicales et chirurgicales (endocrinologie, néphrologie, orthopédie, mémoire, gynécologie, ORL...).

En fonction des besoins du territoire, les hôpitaux de proximité, qui ne pratiqueront pas la chirurgie¹ et ne seront pas le siège de maternité, pourront exercer d'autres activités de soins, telles que la médecine d'urgence, les soins de réadaptation, la psychiatrie... Ils pourront également assurer le suivi de grossesse en étant porteur d'un centre périnatal de proximité ou encore dispenser des soins palliatifs.

Par des coopérations étroites avec les établissements de santé, dans le cadre notamment des groupements hospitaliers de territoire, ils permettront un accès facilité à des expertises ponctuelles sur place ou un accès facilité aux soins de recours, au sein d'une organisation lisible pour le patient et les professionnels.

Des missions qui dépassent le champ de l'hospitalisation

L'hôpital de proximité a également pour mission de s'inscrire dans la dynamique de structuration des soins de proximité, en tant que ressource pour les acteurs de la ville et du territoire, organisés d'ici 2022 en communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Sur la base des besoins identifiés par celles-ci et des projets de santé qu'elles élaboreront, les hôpitaux de proximité pourront contribuer à la réalisation de certaines missions. Cette participation sera très dépendante des besoins de la population et des organisations en place, mais sont notamment visés :

- des actions de prévention et de promotion de la santé : ateliers prévention des chutes, dépistage, accompagnement et formations des professionnels exerçant en EHPAD...
- des dispositifs pour favoriser le maintien à domicile : actions de repérage de la fragilité, participation à des équipes mobiles...
- la permanence et la continuité des soins : dispositif d'astreintes d'infirmières de nuit à destination des EHPAD, accueil d'une maison médicale de garde, plages de soins non programmés...

¹. À titre dérogatoire les hôpitaux de proximité, pourront dans certaines situations pratiquer certains actes chirurgicaux



EXEMPLE

Avec un service dédié, le **centre hospitalier de Paimpol (22)** est l'établissement de référence du territoire de santé pour la prise en charge des plaies présentant un retard de cicatrisation. Au regard de la demande croissante, le CH de Paimpol a souhaité proposer une nouvelle modalité de prise en charge aux patients et aux professionnels libéraux du bassin Paimpolais : l'équipe « Plaies Mobile ». Les objectifs : permettre aux patients présentant des plaies complexes de sortir de l'hôpital et d'avoir un suivi de qualité au domicile, optimiser les prises en charge hospitalières, apporter un soutien et une expertise aux partenaires libéraux.

L'équipe peut intervenir au domicile des patients, dans les différents services du Centre Hospitalier ou dans les structures extérieures (centres hospitaliers périphériques, EHPAD, foyer logement, ...). Activée en fonction des besoins identifiés par les professionnels, l'équipe dispense une mission d'expertise (évaluation, conseils aux infirmiers libéraux afin qu'ils puissent assurer eux-mêmes le suivi des patients, préconisations en matière de traitements médicamenteux locaux ou d'examens et avis complémentaires). Le médecin traitant reste le prescripteur des soins et est systématiquement informé des interventions de l'équipe.

Un fonctionnement spécifique et ouvert sur le territoire

Les hôpitaux de proximité se caractériseront également par un mode d'organisation spécifique. En effet, la réponse aux besoins de proximité implique de s'appuyer sur des instances souples et réactives. Des modalités de gouvernance permettant d'impulser des projets communs avec les acteurs de la médecine de ville seront mises en place en 2020. Elles visent à associer en premier lieu les CPTS, partenaires privilégiées des hôpitaux de proximité. Cette porosité avec les professionnels de ville sera également encouragée dans le fonctionnement quotidien des hôpitaux de proximité avec la promotion de l'exercice mixte. Cette organisation, particulièrement adaptée aux missions des hôpitaux de proximité, consiste pour les praticiens à exercer une partie de leur activité au sein d'une structure ambulatoire (cabinet, maisons de santé, centres de santé) et l'autre dans un établissement de santé. Facteur unanime de décloisonnement des pratiques, elle présente de nombreux avantages :

- en permettant aux professionnels de ville un suivi rapproché de leurs patients au cours d'un épisode hospitalier, elle facilite la prise en charge personnalisée des patients

- les échanges et partages de pratiques entre professionnels améliorent la connaissance mutuelle des professionnels et contribuent à la diffusion d'une culture de travail pluriprofessionnelle
- en combinant un exercice hospitalier et une pratique en ville, elle répond aux aspirations de diversification des pratiques des jeunes générations et contribue à l'attractivité des territoires.

EXEMPLE

Le centre hospitalier local du sud-ouest mayennais, situé sur un territoire marqué par de forts enjeux de démographie médicale, a la particularité de ne fonctionner qu'avec des médecins libéraux en exercice mixte. Sur chacun des deux sites de l'établissement, une maison de santé pluriprofessionnelle est adossée, favorisant les mutualisations de compétences et de moyens. Les médecins qui y exercent disposent ainsi en proximité du cadre hospitalier nécessaire à la poursuite de la prise en charge de leurs patients lorsqu'un besoin de surveillance ou de soins plus techniques est nécessaire. Ces liens privilégiés entre la ville et l'hôpital ont permis au fil du temps de développer conjointement de nombreux services pour une réponse intégrée aux besoins de la population. Pour les professionnels, cette organisation décroisée offre un exercice varié et l'assurance d'une réponse collective aux problématiques de santé du territoire.

II UNE MONTÉE EN CHARGE DES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ DÈS 2020

La labellisation des hôpitaux de proximité : une démarche volontaire

Au sein de chaque région, le directeur général de l'agence régionale de santé proposera aux établissements qui répondent aux missions d'être labellisés « hôpital de proximité ». La procédure sera précisée courant 2020 et s'appuiera sur le cadre de définition et le fonctionnement décrits dans la loi. Les établissements s'inscriront donc dans ce modèle de façon volontaire et s'engageront dans une démarche de travail décroisée avec les acteurs du territoire.

La montée en charge des hôpitaux de proximité fera l'objet d'actions d'accompagnement des agences régionales de santé et de leurs délégations départementales.



Des modalités de financement attractives dès 2020

Afin d'engager les hôpitaux de proximité dans une dynamique de prise en charge structurée des soins primaires, ils bénéficieront dès 2020 de modalités de financement spécifiques. L'activité de soins hospitaliers en médecine fera l'objet d'une garantie pluriannuelle de financement, permettant de sécuriser les ressources des établissements et de leur apporter davantage de visibilité. L'objectif est qu'ils puissent se projeter dans des organisations non tournées vers la seule production d'actes en allant au-devant des besoins d'hospitalisation des populations.

Cette garantie de financement sera complétée par une dotation de responsabilité territoriale qui vise à soutenir les missions élargies des hôpitaux de proximité. Elle contribuera à soutenir la mise en place de consultations, l'accès à des plateaux techniques et financera la participation à des projets territoriaux à l'initiative des acteurs. Cette dotation sera allouée par l'agence régionale de santé, garante de la complémentarité des actions menées sur le territoire.

Accompagner la montée en charge des hôpitaux de proximité : une démarche collective

Les nombreuses réformes portées par Ma santé 2022 partent du constat que les organisations les plus adaptées émanent des acteurs du territoire.

L'hôpital de proximité sera un acteur central de la déclinaison territoriale des politiques de santé portées au sein des projets régionaux de santé.

Dans ce contexte, les élus ont toute leur place pour participer à cette démarche collective :

- par leurs liens privilégiés avec le secteur médico-social et leur forte implication dans des projets de structures d'exercice coordonné, ils peuvent contribuer au rapprochement des acteurs. Ces rapprochements sont parfois même géographiques car certaines structures d'exercice coordonné sont d'ores et déjà adossées à de futurs hôpitaux de proximité, facilitant la mutualisation des ressources et l'impulsion de dynamiques de travail communes
- en facilitant l'accueil des professionnels de santé et des étudiants (hébergement par exemple)
- en intégrant l'hôpital de proximité au sein des contrats locaux de santé.

EXEMPLE

En 2018, le pôle d'équilibre territorial et rural du Pays Avallonnais, l'ARS de Bourgogne-Franche-Comté et leurs partenaires se sont engagés dans un second contrat local de santé. Fort d'un premier CLS qui a impulsé une dynamique de travail en réseau des professionnels et permis de monter un projet de maison des internes et des étudiants sur la ville d'Avallon, les acteurs d'horizons multiples poursuivent leur partenariat fructueux autour de plusieurs axes stratégiques. Parmi eux, le renforcement du lien ville-hôpital, auquel participera activement le centre hospitalier d'Avallon, grâce au développement d'outils de partage des informations (fiches parcours, dossier médical partagé) et la mise en place des services de retour à domicile des patients hospitalisés en lien avec la CPAM.

En pratique, l'hôpital de proximité est un atout pour les territoires :

- Il renforce l'accès aux soins de la population en offrant une palette d'activités et de services complémentaires à l'action des professionnels de ville
- Il facilite l'accès à des expertises ponctuelles et à la bonne orientation dans le secteur hospitalier
- Son fonctionnement modernisé sera un facteur d'attractivité pour les professionnels de santé

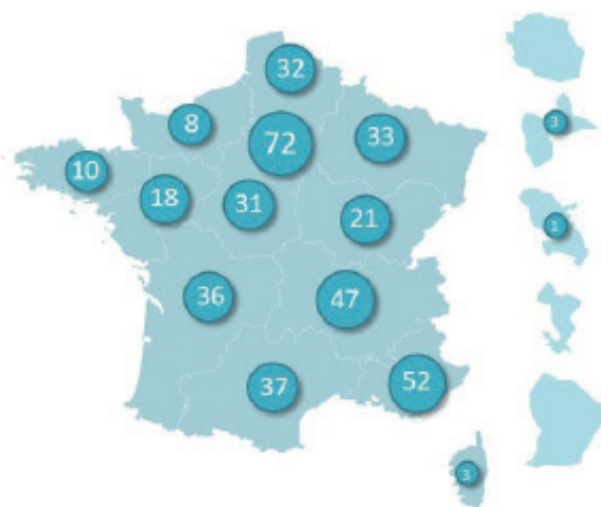


Pourquoi et comment s'appuyer sur les communautés professionnelles territoriales de santé ?

Créées par la loi de modernisation du système de santé, en 2016, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent un nouvel outil de coordination et d'organisation au sein du système de santé. La stratégie Ma santé 2022 fixe un objectif ambitieux : celui d'une couverture intégrale du territoire national en CPTS en 2022, grâce aux moyens financiers conséquents et pérennes qui leur sont désormais accordés ⁽¹⁾.

Pour les élus, la création des CPTS constitue une opportunité d'améliorer l'efficacité de leurs politiques locales en matière de santé publique ⁽²⁾.

400 projets de CPTS recensés dans les territoires (à des degrés de maturité différents)



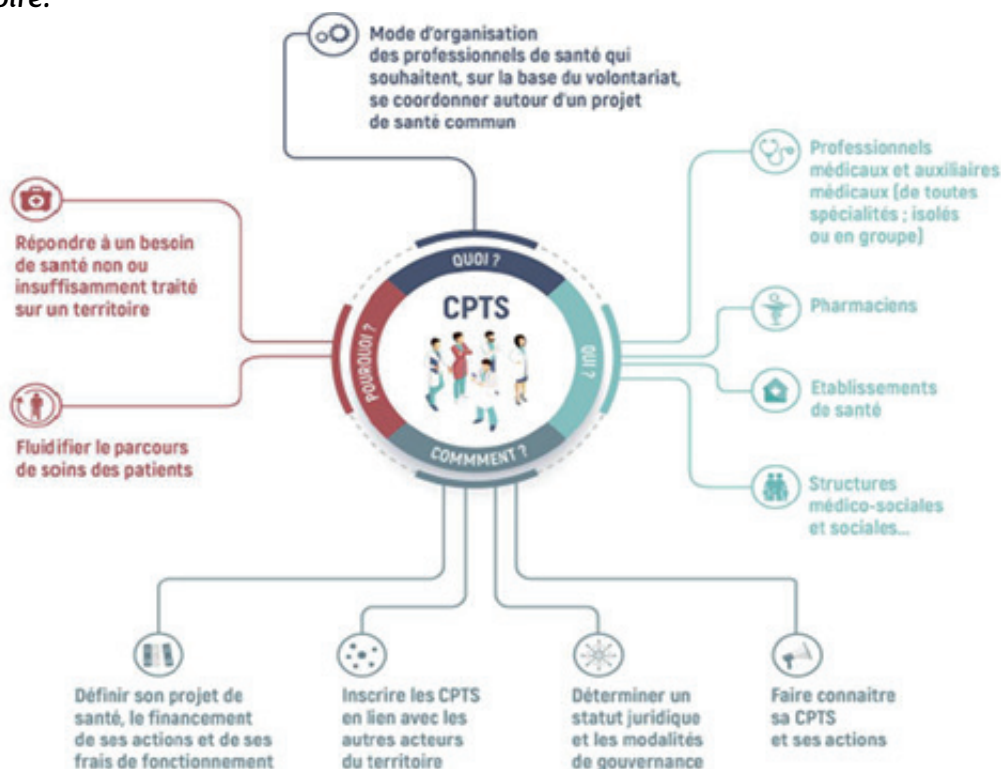
I LES CPTS SONT UN CADRE D'ORGANISATION COLLECTIVE POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ D'UN TERRITOIRE

Qu'est-ce qu'une CPTS ?

Une CPTS est une communauté d'acteurs de la santé sur un même territoire qui coordonnent leurs pratiques autour de besoins de santé qu'ils ont identifiés.

Contrairement aux maisons ou aux centres de santé, la CPTS n'a pas pour objet la coordination clinique, c'est-à-dire l'échange des visions de différents professionnels de santé autour du cas de leurs patients (approche par patientèle). Elle propose une coordination territoriale, c'est-à-dire qu'elle s'organise à une échelle plus large, sans regroupement physique, pour améliorer

l'organisation des soins et des parcours de l'ensemble des patients du territoire (approche dite « populationnelle »). Cela peut consister, par exemple, à mettre en place des protocoles pour formaliser et systématiser les échanges entre médecin traitant et services hospitaliers en amont et en aval de l'hospitalisation des personnes âgées, ou des plages réservées aux consultations sans rendez-vous assurées à tour de rôle par les médecins généralistes du territoire.



Quels sont les bénéfices de la CPTS ?

La CPTS n'est pas une obligation, elle est un outil de la stratégie Ma santé 2022, à disposition des professionnels, pour structurer l'offre de soins de proximité et la rendre plus lisible. Il s'agit d'un dispositif souple et adaptatif à la main des professionnels de santé eux-mêmes.

Les avantages d'un tel mode d'organisation sont multiples :

- un rapprochement entre professions médicales, paramédicales, permettant davantage de coordination et des échanges de bonnes pratiques et de savoirs
- un dialogue renforcé et un partage d'information amélioré entre professionnels et avec l'hôpital, ce qui permet de limiter les actes inutiles et les ruptures de parcours

Au final, grâce à une organisation collective plus efficace, la CPTS doit permettre à chaque professionnel de gagner du temps dans l'accueil et l'orientation du patient et de se recentrer sur son cœur de métier : le soin. En organisant un fonctionnement plus collectif leur permettant de ne pas se sentir isolés, elle peut aussi devenir un facteur d'attractivité du territoire auprès d'autres professionnels de santé.



Quelles conditions réunir pour créer une CPTS ?

Les professionnels de santé du premier recours sont à l'initiative de la CPTS. Celle-ci est obligatoirement pluri-professionnelle (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, médecins ...), et peut réunir en son sein une grande variété d'acteurs : les professionnels de santé quel que soit leur mode d'exercice (libéral, salarié, maisons de santé...), les établissements sociaux, médico-sociaux, la PMI, les établissements de santé...

Pour être reconnu comme CPTS, ces acteurs doivent :

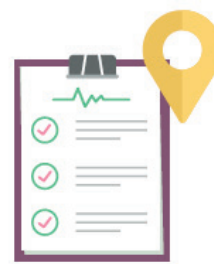
- créer une structure juridique, généralement une association
- rédiger un projet de santé, qui précise leur territoire d'intervention ainsi que leur plan d'action pour répondre aux besoins de la population du territoire en question
- contractualiser avec l'ARS et l'Assurance maladie pour obtenir un financement pérenne.



Une démarche
volontaire



Une équipe **pluridisciplinaire**
d'acteurs et de
professionnels de santé



Un projet de santé en
fonction des **besoins**
spécifique d'un territoire

Un accompagnement est proposé aux porteurs de projets dès l'émergence du projet de CPTS par les CPAM et les délégations départementales de l'ARS. Ces dernières peuvent également soutenir financièrement la rédaction du projet de santé.

Concrètement, sur quels champs d'action la CPTS est-elle amenée à intervenir ?

La CPTS a vocation à répondre aux besoins de santé de la population de son territoire. Les professionnels qui y sont regroupés demeurent donc libres d'intervenir sur tout sujet qui leur semble pertinent. Les financements accordés par l'assurance maladie supposent, en revanche, l'accomplissement sur le territoire de certaines missions bien définies. Trois d'entre elles sont obligatoires pour toute CPTS.



Il s'agit :

- de l'amélioration de l'accès aux soins, dans ses deux composantes : faciliter l'accès à un médecin traitant, d'une part, et à des consultations sans rendez-vous, d'autre part.

QUELQUES EXEMPLES

Sur le **territoire de l'agglomération de Saint-Dizier (52)**, plus de 8000 patients se retrouvent sans médecin traitant. Face à cette situation, la CPTS (en cours de constitution) met en place des téléconsultations entre des infirmières formées et des médecins qui se trouvent à distance. Les téléconsultations ont démarré début avril 2019 et le premier bilan réalisé est très positif.

La **CPTS de Vénissieux (69)**, prévoit de mettre en place des astreintes de médecins généralistes, masseurs kinésithérapeutes et infirmiers tous les après-midis de 14h à 20h, à tour de rôle, pour proposer un accès sans rendez-vous.



QUELQUES EXEMPLES

La **CPTS du Sud-Toulois (54)** prévoit :

- de développer des outils de repérage de la perte d'autonomie des personnes âgées, communs à tous les professionnels du territoire
- de former ces professionnels au repérage et à la prise en charge des conduites addictives
- de s'organiser pour repérer et prévenir l'épuisement des aidants familiaux
- de l'organisation d'actions de prévention et de promotion de la santé sur le territoire.

Les CPTS pourront également être financées par l'assurance maladie pour l'organisation d'actions dans le domaine de la qualité et de la pertinence des soins, ou encore de l'attractivité médicale¹. Globalement, en fonction de la taille des communautés et du nombre de missions qu'elles vont exercer, le financement accordé par l'assurance maladie variera de 185 000 à 380 000 € par an.

Quel est le territoire d'une CPTS ?

Ce territoire est défini par les professionnels de santé eux-mêmes dans leur projet de santé. Il correspond à leur « territoire vécu », c'est-à-dire au territoire qui leur semble pertinent pour initier des coopérations, en fonction des parcours des patients, c'est-à-dire des lieux au sein desquels ils sont le plus souvent hospitalisés ou pris en charge en second recours (soins spécialisés, biologie, radiologie...).

Ce territoire peut être infra-communal, communal ou intercommunal, mais il ne correspond pas toujours aux périmètres administratifs existants. Il peut évoluer dans le temps si la CPTS le souhaite et sous le contrôle de l'agence régionale de santé et de l'assurance maladie.

Dans un souci de visibilité, deux CPTS ne peuvent pas se superposer sur une même zone géographique.

¹. L'ARS pourra financer d'autres missions non prévues par l'assurance maladie en fonction des besoins spécifiques des territoires et en conformité avec le PRS.

Les élus locaux peuvent accompagner les projets de création de CPTS, qui constitueront ensuite un point d'appui pour conduire leurs propres politiques locales de santé

Comment les élus peuvent-ils soutenir les CPTS ?

Les CPTS reposent sur l'engagement des professionnels de santé et découlent de leur seule initiative. Il est important de préserver la liberté d'organisation et l'autonomie d'action de ces derniers pour créer les conditions propices à cette mobilisation. Les élus locaux peuvent donc difficilement se substituer aux initiatives professionnelles, car ils risquent alors de créer une « coquille vide ».

Ils peuvent, en revanche, les soutenir de multiples façons. Au stade de l'élaboration du projet :

- ils peuvent contribuer au diagnostic - notamment lorsqu'un diagnostic local a déjà été élaboré dans le cadre du CLS et à la réflexion autour du projet de santé
- ils peuvent jouer le rôle de facilitateur ou de relais auprès des partenaires du territoire, voire des professionnels de santé qui ne sont pas encore partie prenantes de la dynamique
- ils peuvent, très concrètement, faciliter l'organisation de réunions (prêt de salles par exemple), voire contribuer à financer les travaux d'élaboration du projet de santé (indemnisation et défraiement des réunions, appui d'un consultant...) dans l'attente des financements de l'Assurance maladie.

Comment les élus peuvent-ils s'appuyer sur les CPTS ?

Les CPTS sont pour les élus locaux des interlocutrices uniques permettant de rassembler des professionnels de santé isolés autour d'un projet de santé et d'un système d'information commun. Elles ont donc vocation à devenir pour eux des interlocuteurs majeurs, permettant de conduire ou de relayer des actions en matière de santé publique.

Certaines CPTS ont une constitution élargie, non seulement aux acteurs de santé du territoire mais également à d'autres types d'acteurs tels que les services sociaux, les habitants, ou les collectivités territoriales. Les élus locaux se voient donc parfois proposer de siéger dans les instances de gouvernance de la CPTS, ce qui peut faciliter et renforcer le partenariat avec elle.

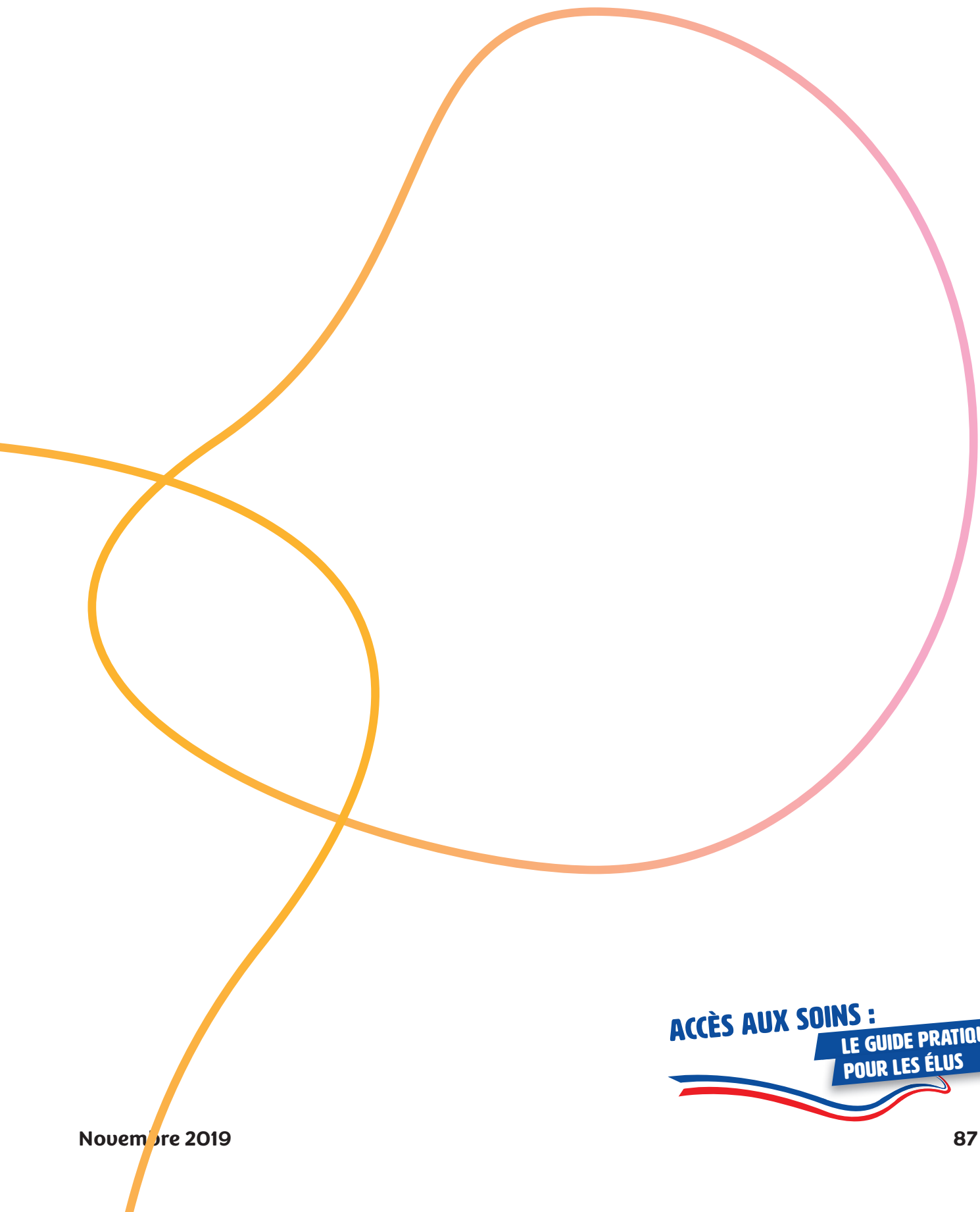
Quelle articulation avec les CLS ?

Les CPTS et les contrats locaux de santé peuvent parfois voir leur champ se recouper. L'accès aux soins de premier recours est un axe souvent retenu dans les programmes d'action des CLS et constitue, on l'a vu, un domaine d'intervention naturel pour la CPTS. De même, les actions de prévention proposées par la CPTS sont complémentaires de l'approche globale de la santé portées par les CLS. C'est la raison pour laquelle la loi prévoit que les CPTS « s'appuient sur les CLS » lorsqu'ils existent.



En pratique :

- les CPTS peuvent être signataires du contrat local de santé, au même titre que d'autres partenaires, et peuvent être désignées responsables de la mise en œuvre de certaines actions du programme d'action
- l'organisation de réunions régulières d'échanges entre coordonnateurs de CPTS et de CLS, voire la présence réciproque des coordinateurs au sein des instances de pilotage et de suivi des deux dispositifs, peut favoriser leur articulation.



ANNEXE I : RÉCAPITULATIF DES AIDES FACULTATIVES LOCALES

Domaine d'intervention	Zonage applicable	Modalités prévues par décret	Référence
Aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé	Zones dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins par l'ARS (zones d'intervention prioritaire, zones d'action complémentaires)	Ces aides peuvent consister en : 1° La prise en charge, en tout ou en partie, des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins (y compris le financement de centres de santé) 2° La mise à disposition de locaux destinés à cette activité (à destination de professionnels libéraux ou d'un centre de santé) 3° La mise à disposition d'un logement 4° Le versement d'une prime d'installation 5° Le versement, aux professionnels exerçant à titre libéral, d'une prime d'exercice forfaitaire. Ces aides peuvent être subordonnées à des modes d'exercice de groupe ou d'exercice pluri-professionnel. L'attribution de l'aide doit donner lieu à une convention entre la collectivité attributaire, l'Agence régionale de santé et le professionnel de santé ou centre de bénéficiaire. Cette convention précise notamment les engagements du bénéficiaire, « qui incluent obligatoirement l'engagement d'exercice effectif » pendant au moins trois ans dans une zone sous dense au sens de l'ARS. Elle mentionne également « les conditions des lesquelles les aides prennent fin », notamment en cas de changement de lieu d'installation, et les conditions du remboursement total ou partiel des aides perçues.	Article L 1511-8 du CGCT Article R1511-44 du CGCT Article R1511-45 du CGCT

Domaine d'intervention	Zonage applicable	Modalités prévues par décret	Référence
Aides « visant à financer des structures participant à la permanence des soins »	Pas de précision de zonage	Pas de modalité prévue par décret. L'article L 1511-8 du CGCT précise qu'il peut s'agir « notamment de maisons médicales »	Article L 1511-8 du CGCT
« Indemnités de logement et de déplacement aux étudiants de troisième cycle de médecine générale » pendant leur stage	Le stage doit être réalisé dans une zone dans laquelle est constaté un déficit en matière d'offre de soins par l'ARS (zones d'intervention prioritaire, zones d'action complémentaires)	Cette aide n'est pas compatible avec la mise à disposition d'un logement. Elle est plafonnée à 20% des émoluments forfaitaires mensuels de troisième année d'internat, soit 425 € bruts par mois. Ce plafond s'applique que la collectivité finance l'indemnité seule ou conjointement avec d'autres collectivités territoriales.	Article L 1511-8 du CGCT
« Indemnité d'étude et de projet professionnel »	Le bénéficiaire doit s'engager à exercer pendant au moins cinq années dans une zone dans laquelle est constaté un déficit en matière d'offre de soins par l'ARS (zones d'intervention prioritaire, zones d'action complémentaires)	Cette indemnité ne doit pas dépasser les émoluments annuels de troisième année d'internat, soit 25 500 € par an. Ce plafond s'applique que la collectivité finance l'indemnité seule ou conjointement avec d'autres collectivités territoriales.	Article D 1511-52 du CGCT

ANNEXE II : LES CERTIFICATS MÉDICAUX

Les aides à l'installation ou au maintien des médecins dans les zones sous-denses

Contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM)

Ce contrat concerne les médecins en secteur 1 installés en ZIP depuis moins d'un an ou s'apprêtant à s'installer. Il offre une aide forfaitaire destinée à l'investissement de 50 000€ si son signataire a une activité libérale de quatre jours minimum par semaine ; cette aide est inférieure en cas d'exercice plus limité. La contractualisation est soumise à trois conditions :

- être dans le cadre d'un exercice coordonné (CPTS ou ESP) ou d'un exercice de groupe
- avoir une activité libérale de 2,5 jours minimum par semaine
- participer au dispositif de permanence des soins ambulatoires (PDSA).

Le contrat est valable pour une durée de cinq ans, non renouvelable.

Contrat de stabilisation et de coordination (COSCOM)

Le COSCOM s'adresse à tout médecin conventionné installé en ZIP et travaillant dans le cadre d'un exercice coordonné ou un exercice de groupe. Il offre plusieurs avantages selon l'exercice du praticien :

- une base forfaitaire de 5 000 € par an
- un complément mensuel de 300 € dans le cadre de l'accueil d'un stagiaire
- un complément annuel de 1 250 € si le praticien exerce dans un hôpital de proximité.

Le contrat est signé pour trois ans (renouvelables).

Contrat de transition pour les médecins (COTRAM)

C'est un contrat s'adressant aux praticiens conventionnés installés en ZIP qui souhaitent arrêter leur activité et accueillir un autre praticien pour reprendre leur cabinet.

Il permet une valorisation de 10% des honoraires conventionnés avec un plafond de 20 000 € par an. Le contrat est signé pour trois ans et renouvelable une seule fois.

Contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM)

Le CSTM est un contrat adressé aux médecins n'exerçant pas habituellement en zone d'insuffisance d'offre de soins. Il est conditionné à un exercice libéral de dix jours par an dans une ZIP. Outre la prise en charge des frais de déplacement, il ouvre droit en 2019 à une majoration de 25% sur les honoraires conventionnés dans la zone concernée pour un plafond de 50 000€ par an.

Praticien territorial de médecine générale (PTMG)

Le contrat PTMG s'adresse aux médecins généralistes installés en ZIP et ZAC depuis moins d'un an ou ayant un projet de première installation dans ces zones sous-denses. Le médecin doit également respecter des tarifs opposables (secteur 1). D'une durée maximale de deux ans, il donne droit à une garantie de revenus (6 900 € bruts) et à une rémunération garantie en cas d'arrêt maladie ou de congé parental.

Praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA)

Ce contrat s'adresse aux médecins généralistes ou spécialistes installés ou ayant projet à s'installer en ZIP et ZAC. Sa durée s'étend sur trois ans, renouvelable une fois. S'il n'offre pas de rémunération complémentaire, il propose une rémunération forfaitaire en cas de congés maternité et paternité ainsi que d'arrêt maladie. Le contrat PTMA ne peut se cumuler avec le contrat PTMG mais peut lui succéder.

Praticien territorial de médecin remplaçant (PTMR)

Le contrat PTMR s'adresse aux médecins généralistes ayant soutenu leur thèse depuis moins de trois ans et aux étudiants en médecine générale autorisés à faire des remplacements.

Il offre des compensations financières sous forme de complément annuel aux médecins remplaçants si celui-ci remplace en ZIP/ZAC. Il donne aussi droit à une rémunération garantie en cas de congé parental ou d'arrêt maladie.

Dans les zones de montagne : praticien isolé à activité saisonnière (PIAS)

Le contrat PIAS s'adresse aux médecins généralistes exerçant une activité libérale dans des territoires isolés (situés à plus de trente minutes d'un service d'urgence), peu denses, et présentant une forte activité saisonnière. Il offre une rémunération annuelle sous forme d'aides :

- une aide à l'investissement de 2 300 €
- une aide à l'activité correspondant à 5% des revenus annuels (plafonné à 4 600 €).

Le contrat PIAS est cumulable avec le PTMG et le PTMA. Il est d'une durée minimale de trois ans, reconductible.

ANNEXE III : LES CERTIFICATS MÉDICAUX

QUI ?	POURQUOI ?	CERTIFICAT MÉDICAL		REMARQUES ET TEXTES DE RÉFÉRENCE
		Non	Oui	
Enfants	Prise de médicaments : - assistantes maternelles ; - crèches.	X		Dans le cas d'un médicament prescrit, lorsque son mode de prise ne présente pas de difficultés particulières ni de nécessité d'apprentissage et lorsque le médecin n'a pas prescrit l'intervention d'un auxiliaire médical, l'aide à la prise du médicament est considérée comme un acte de la vie courante. Ainsi, l'autorisation des parents, accompagnée de l'ordonnance médicale prescrivant le traitement, suffit à permettre aux assistantes maternelles d'administrer les médicaments requis aux enfants qu'elles gardent.
	Allergies : - absence d'allergie - régimes alimentaires spéciaux pour allergies dans les cantines scolaires.	X	Certificat médical en présence d'une pathologie lourde et dans le cadre du protocole d'accueil	Il est impossible médicalement d'exclure a priori toutes allergies. En cas d'allergie nécessitant un régime alimentaire spécial, un certificat médical est nécessaire. Bulletin officiel n° 34 du 18 septembre 2003, accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.
	Cantines scolaires		Certificat médical en cas de maladie	Il n'existe pas de textes législatifs ou réglementaires fondant la nécessité d'un certificat médical pour absence à la cantine scolaire en dehors des cas de maladies contagieuses. En pratique, il est toutefois fréquemment demandé un certificat médical pour justifier l'exonération des frais de repas.

QUI ?	POURQUOI ?	CERTIFICAT MÉDICAL		REMARQUES ET TEXTES DE RÉFÉRENCE
		Non	Oui	
Enfants	Crèches : - absences de moins de 4 jours - réintégration - absences ≥ 4 jours	X X -	 X	La production d'un certificat médical n'exonère pas la famille du paiement de la crèche (délai de carence de 3 jours appliqué). La production d'un certificat médical exonère la famille du paiement.
	Obligations scolaires : - absences à l'école	X (Hors maladie contagieuse)	Certificat en cas de maladie contagieuse.	L'exigence des certificats a été supprimée par l'éducation nationale depuis 2009 sauf en cas de maladie contagieuse.
	- entrée à l'école maternelle et à l'école élémentaire			L'exigence des certificats a été supprimée par l'éducation nationale depuis 2009. Seule l'attestation concernant les vaccinations obligatoires pour la scolarisation est exigée (carnet de vaccination, copie des pages « vaccination » du carnet de santé ou certificat médical).
	Obligations scolaires : - sorties scolaires - éducation physique - participation - inaptitude.	X - X	 X	Aucun certificat n'est nécessaire lors de sorties ou voyages collectifs dans le cadre scolaire. Un certificat médical doit préciser le caractère total ou partiel de l'inaptitude à l'EPS et mentionner sa durée.

