



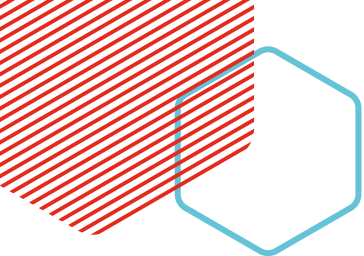
BANQUE des
TERRITOIRES



Lutter contre les déserts médicaux

Etat des lieux des initiatives
territoriales

Avril 2024



EDITORIAL



Gisèle Rossat-Mignod

Directrice du Réseau de la Banque des Territoires

Dans un contexte d'inquiétude forte des élus, citoyens et professionnels de santé face aux inégalités croissantes d'accès aux soins dans les territoires, la Banque des Territoires a choisi de densifier son positionnement en faisant de la lutte contre les déserts médicaux une mesure phare de son plan stratégique à horizon 2028.

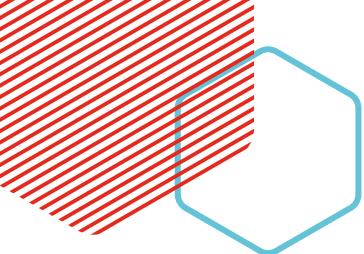
Afin de confirmer son engagement aux côtés des collectivités territoriales en tant que financeur d'intérêt général et d'ancrer son positionnement de tiers de confiance dans un écosystème complexe, il est apparu urgent de consolider la connaissance du contexte en dressant un premier état des lieux des initiatives existantes dans les territoires.

Ainsi, quelles réponses les collectivités inventent-elles pour faire face aux déserts médicaux ? L'étude dresse un panorama large des solutions expérimentées à travers le pays pour réduire les difficultés d'accès aux soins. Les résultats sont légion : en se basant sur le recensement de près de 170 expérimentations publiques et privées, ce travail d'investigation permet de comprendre combien les territoires sont actifs et les acteurs impliqués sur ce sujet aux enjeux sociétaux et locaux déterminants qui touche tous les types de territoires (périurbains, ruraux, quartiers prioritaires de la Ville).

Par cette étude, la Banque de Territoires souhaite contribuer à enrichir l'écosystème. En offrant un panorama critique des initiatives conduites dans les territoires, elle met entre les mains des acteurs publics et privés un état des lieux partagé et porte une réflexion sur les pistes à engager ensemble. Comment ces initiatives locales peuvent-elles être partagées et passées à l'échelle pour celles qui ont démontré leur impact ? Quels sont les leviers et les freins à ces expérimentations pour enclencher une dynamique durable de transformation dans les territoires ? L'accès aux soins nécessite que l'on s'organise collectivement et rapidement pour faire face à cet enjeu désormais incontournable pour nos territoires.

Je vous souhaite une bonne lecture.

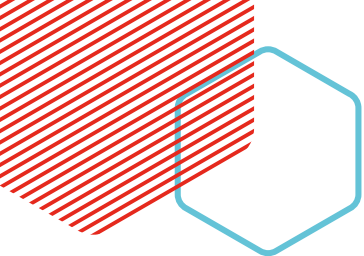




SOMMAIRE

Introduction	4
Synthèse de l'étude	6
Des initiatives publiques, privées et partenariales foisonnantes et durables	12
Panorama des initiatives territoriales observées	13
Illustration d'initiatives clés	22
La prise en compte des enjeux de prévention	23
La prévention : agir avant le soin	24
Un équilibre à trouver pour amplifier les impacts des dispositifs de prévention	29
De nouveaux modèles d'exercice des soins	31
Une explosion des initiatives de centres de santé (CDS) et maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)	32
Un contexte national propice aux innovations	36
L'essor des dispositifs itinérants	41
La transformation numérique pour faciliter l'accès à la santé	43
La télémédecine : un besoin de transformation maîtrisée	44
Des solutions à faire mûrir et adapter selon les contextes	48
Combiner formation et attractivité pour fidéliser les professionnels	53
L'attractivité du territoire : un levier à double tranchant	54
Accompagner les futurs professionnels de santé	58
Conclusion	62
Remerciements	64
Annexes	64
Bibliographie qualifiée des principales ressources mobilisées	65
Tableau détaillé de présentation des initiatives territoriales approfondies dans le cadre de l'étude	68
Cartographie des initiatives par région	85





INTRODUCTION

Plus de 37% des Français estiment vivre dans un désert médical¹, **plus d'un tiers d'entre eux placent la santé comme sujet de préoccupation**² et le niveau de satisfaction vis-à-vis des soins médicaux se dégrade progressivement³. Le recours devant le Conseil d'Etat déposé à l'automne 2023 par l'UFC Que choisir pour inaction symbolise la cristallisation des préoccupations sur le sujet.

La santé est par définition liée aux conditions de vie, si l'on se réfère à la définition portée par l'OMS, articulée autour de la santé globale, « *one health* », et la reconnaissance de sa **composante environnementale** fait consensus : habitat, urbanisme, transports, qualité de l'air, de l'eau... Pour autant, les compétences des collectivités territoriales, notamment des communes, restent limitées en termes de politique publique de santé. D'un point de vue économique, leurs **investissements financiers sont restreints** (la Cour des comptes les estime à environ 150 M€⁴ de dépenses annuelles nettes, ce qui ne représente que 0,5 % du montant des soins de premier recours financé par l'Assurance maladie). En prospective, le constat est similaire : les collectivités territoriales ne placent la santé qu'à la 14ème place en termes de projet de dépenses d'investissement⁵.

Pourtant, face à l'urgence d'action et le *statu quo* sur les leviers à la main de l'Etat (régulation de l'installation des professionnels, évolution des parcours de formation, etc.), les initiatives de collectivités territoriales se développent dans plusieurs champs d'action, en particulier la mise en place de maisons et centres de santé, la prévention et la télémédecine. Certaines d'entre elles ont fait la preuve de leur efficacité, avec par exemples des impacts positifs sur **l'accès à un médecin traitant, la réduction des délais pour trouver un rendez-vous, la diminution des passages aux urgences...** A contrario, la complexité de la gouvernance en santé, le manque d'acculturation et la difficulté de porter une vision globale conduisent parfois à des **initiatives en silo**, qui renforcent la **concurrence entre territoires sans bénéfice sur l'accès aux soins**. De **nouvelles formes de soutien** pourraient être envisagées pour faciliter les projets, à travers notamment de **l'ingénierie, la mise en réseau des acteurs et la facilitation d'accès à des sources de financement adéquates**.

La présente étude constitue un état des lieux des initiatives observées au niveau territorial en matière de lutte contre les déserts médicaux. Elle mobilise les **nombreux travaux récents et prises de position sur le sujet**, à la fois au niveau parlementaire et institutionnel comme au niveau des porteurs de projets (élus locaux, mutuelles, association, fédérations de professionnels et établissements de santé...), ainsi que les points de vue d'acteurs clés de l'écosystème,

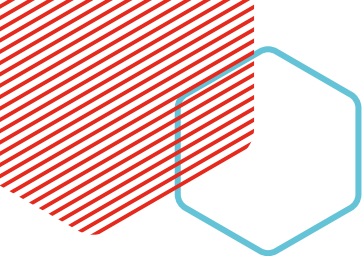
1 Institut Montaigne, *Parcours patient : parcours du combattant ?*, septembre 2021

2 Enquête ISPOS pour le CESE, "Etat de la France en 2023", septembre 2023

3 Rapport public annuel 2023, Cour des Comptes

5 Etude Kantar Public pour la Banque des territoires, Septembre 2023





recueillis dans le cadre d'entretiens. Les analyses sont également basées sur un **recensement large d'initiatives territoriales**, au prisme de l'implication des collectivités territoriales sur le sujet et les résultats d'un questionnaire en ligne complété par des porteurs et parties prenantes de projets locaux.

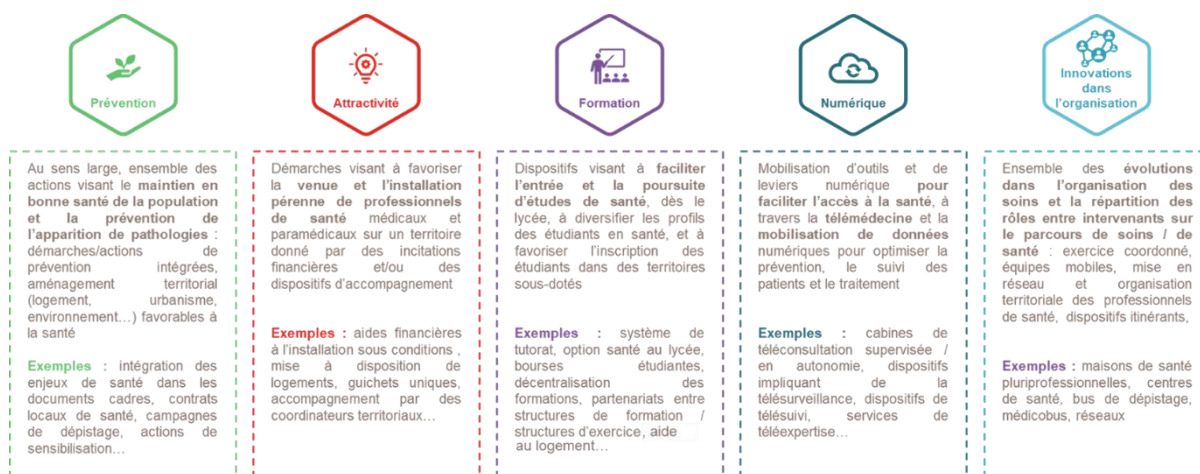
L'enjeu de ce travail est double : d'une part **rendre compte de la diversité et de la richesse des projets, dans une logique de prise de recul**. D'autre part, pour les différents types d'initiatives et de dynamiques à l'œuvre, l'étude des freins et des facteurs clés de succès des projets permet de **détourner des besoins spécifiques ou transverses et leurs conditions de répliquabilité**, en particulier pour ceux qui ont fait la preuve de leur efficacité en matière d'amélioration de l'accès à la santé.



SYNTHESE DE L'ETUDE

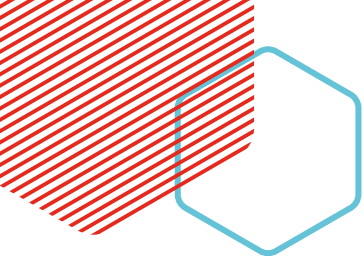
Constats clés issus du panorama des initiatives territoriales

L'étude fait état d'un **foisonnement d'initiatives** (167 expérimentations recensées dans le cadre de l'étude), qui confirme l'implication des collectivités territoriales dans la lutte contre les déserts médicaux.



Positionnement des collectivités territoriales

- ❖ Près de **40% des initiatives recensées portées ou co-portées par des collectivités**, notamment des communes ou intercommunalités et des départements (le portage s'entend ici au sens d'initiative, sans que cela embarque le portage financier).
- ❖ Des initiatives qui voient en général le jour sur la base de **partenariats multi-acteurs** (ordres professionnels déclinés au niveau local, URPS, CPTS, professionnels de santé...).
- ❖ **3 types d'intervention privilégiés** par les collectivités au niveau commune / EPCI et départements :
 - Le soutien à l'exercice coordonné (maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé départementaux ou communaux)
 - L'attractivité des territoires d'exercice (incitations financières pour la réalisation de stages ou l'installation, accompagnement individualisé des étudiants et nouveaux professionnels).
 - Les actions de prévention
- ❖ Des initiatives **d'ampleur très variable**, certaines restant à l'échelle purement locale, mais de nombreuses initiatives s'inscrivent également dans le cadre de dispositifs nationaux (AAP, AMI...)



Ces initiatives sont regroupées principalement autour de **5 grands champs d'action**, qui vont au-delà des compétences des collectivités territoriales

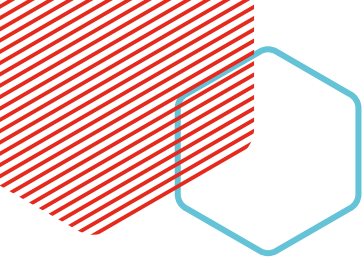
Enseignements clés, par champ d'action

Prévention & Sensibilisation

- L'inflexion dans l'orientation curative du système de santé français est incarnée également par les initiatives territoriales portant sur la prévention et la sensibilisation : **la prévention peut être un levier majeur pour juguler localement la demande en soins** et repose de manière directe ou indirecte sur des champs d'action à la main des collectivités territoriales (transports et mobilité, logement, urbanisme, enseignement primaire et secondaire...).
- Les démarches de prévention appellent un **niveau de coopération particulièrement élevé**, à la fois au sein des collectivités et par la **mise en réseau** avec d'autres acteurs institutionnels publics et privés, au sein d'une gouvernance dédiée.
- L'élaboration de **programmes de prévention intégrés** s'observe donc principalement dans les villes et intercommunalités de taille critique suffisante pour intégrer des directions / services santé et coordonner un écosystème d'acteurs dans la durée, ou au sein de collectivités de taille plus modeste faisant preuve d'un fort volontarisme. Ils permettent d'aboutir localement à la réduction des risques en santé et doivent donc à ce titre être renforcés et encouragés.
- L'**acculturation** à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des initiatives de prévention au niveau territorial reste néanmoins encore faible, au vu de la complexité d'objectiver ses impacts et du manque de ressources financières et d'outils dédiés.
- En outre, un levier clé en matière de prévention est la **bonne diffusion de la connaissance** des solutions existantes, qui peut également incomber aux collectivités territoriales. Celles-ci ont un rôle clé à jouer dans la mise en visibilité de certains dispositifs existants, tant auprès des médecins que des usagers (campagne de communication, relai via les services lo-

Numérique

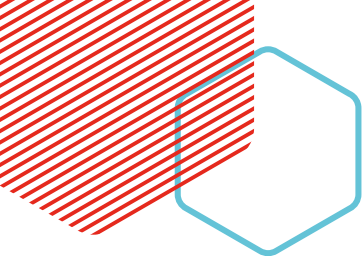
- La **télé médecine** a connu un fort essor pendant la pandémie, mais ses usages et modèles économiques restent à maturer, ce qui en fait un levier parfois complexe à mobiliser notamment pour les collectivités territoriales.
- Malgré des difficultés à généraliser la téléconsultation, la télé médecine tend à se structurer autour de la **télé surveillance** (avec une entrée dans le droit commun en 2023, pour répondre à des besoins de santé bien identifiés autour de la prise en charge des maladies chroniques), la **télé expertise** (avec des offres physiques et concrètes de soins à travers l'essor de réseaux de spécialistes) et la **télé consultation** (dont l'entrée en vigueur d'un régime d'agrément devrait clarifier la situation et engendrer un élan de développement), avec de grands enjeux organisationnels.
- La téléconsultation est **mobilisée directement par certaines collectivités territoriales**. Lorsqu'elle est bien intégrée dans les parcours de soins locaux, elle permet d'augmenter l'offre de manière pertinente. Néanmoins son utilisation par les populations les plus éloignées du soin (personnes âgées, personnes en situation de handicap...) reste faible et elle bénéficie essentiellement à des populations urbaines et jeunes.
- La **télé expertise** constitue un levier intéressant pour assurer une prise en charge des patients plus rapide et plus adaptée dans les zones dotées en médecins généralistes, mais en manque de spécialistes.



- Les solutions proposées doivent être adaptées en fonction des besoins et contexte, avec par exemple :
 - Des téléconsultations autonomes rapides via des plateformes pour certains besoins simples et pour les patients à l'aise avec cette modalité
 - Des consultations physiques auprès de professionnels de santé qui ne soient pas des médecins via la délégation de tâches, comme cela est déjà entamé avec les pharmaciens pour la vaccination, les sage-femmes ou encore les Infirmiers en Pratique Avancée (IPA)
 - De la télésurveillance, asynchrone, permettant au médecin de suivre les informations de ses patients au moment qu'il choisit
 - Des téléexpertises, là encore asynchrones, quand le besoin s'y prête, qui permettent d'optimiser le temps médical et d'obtenir l'avis d'experts
 - Des téléconsultations accompagnées par un professionnel au chevet du patient en plus du médecin distant, pour des besoins plus complexes.
- De manière générale, la **collecte facilitée de données** permettra le développement des pratiques médicales par l'IA et des débouchés dans la recherche, tandis que, l'utilisation des données de santé en tant que levier majeur et transverse pour l'ensemble des champs d'action, permettra une meilleure prévention, une médecine plus adaptée et des gains de temps.

Innovations dans l'organisation

- Le **développement de lieux d'exercice coordonné**, telles les initiatives de Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) et Centres de Santé (CDS), est en forte croissance. Ils permettent à la population de retrouver un médecin traitant et sont **attractifs pour les professionnels de santé**. Certains lieux d'exercice coordonné présentent en outre un caractère innovant (intégration d'actions de prévention, ciblage de populations spécifiques, recours à des organisations flexibles...) et **tendent à devenir des « tiers-lieux » de santé intégrés**, capables d'agréger des initiatives plus larges et une action de santé publique.
- Le modèle des MSP et CDS reste à renforcer et la **place des collectivités territoriales dans ces projets doit être accompagnée**, au vu de leur coût important et du niveau d'ingénierie qu'ils requièrent pour être pertinents. Sans cela, le risque est de faire advenir des lieux attendant parfois des années avant qu'un collectif de professionnels ne vienne s'y installer.
- L'évolution des formes de soins (équipes mobiles, dispositifs itinérants...) constitue une dynamique amenée à prendre de l'ampleur et appelle des réponses en termes **d'appui logistique, de financement des équipements**, car les modèles restent à ce stade peu pérennes.
- Les évolutions dans les métiers et les formes d'exercice en santé doivent aussi permettre une libération du temps médical (infirmières de pratique avancée, assistants médicaux, infirmières Asalée). L'enjeu est de réussir à **assurer le passage à l'échelle** de ces professions en les intégrant aux équipes médicales et parcours de soins déjà en place et en



Attractivité

- Les dispositifs d'attractivité purement financiers mis en place par les collectivités (principalement par les communes / EPCI et départements) ont essaimé sur les 15 dernières années mais n'ont **pas fait la preuve de leur efficacité**.
- Ils amènent en outre des **dynamiques de concurrence entre territoires** et un **risque de « saupoudrage »** de moyens. La Cour des comptes souligne que les aides des collectivités territoriales sont en général **mal articulées par rapport aux interventions des Agences Régionales de Santé (ARS) ou de l'Assurance maladie** (doublet, ciblage mal calibré...).
- A l'inverse, les **démarches d'attractivité pensées globalement et outillées** (guichet unique, interlocuteurs dédiés, démarches d'accompagnement des professionnels de santé) peuvent permettre d'apporter des réponses efficaces localement, à condition de créer des synergies avec d'autres leviers existants.

Formation

- La **diversification du profil des étudiants en médecine** constitue un levier d'action important pour les collectivités. Des initiatives émergent dès le lycée, pour acculturer les lycéens au domaine de la santé, puis les accompagner dans leur parcours d'étude.
- Les initiatives de **décentralisation de la formation médicale** peuvent être accompagnées par les collectivités, qui peuvent contribuer à créer des conditions favorables à l'accueil des stagiaires sur leur territoires (logement, transport, bourses...).
- **De nombreuses synergies sont à trouver en termes de formation supérieure**, notamment au niveau des régions, pour accompagner les étudiants en santé et structurer l'émergence de nouvelles professions clés pour dégager du temps médical.

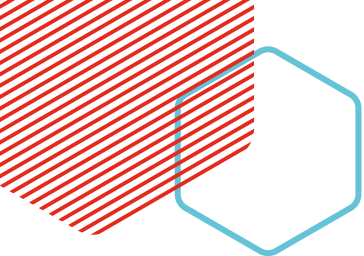
Méthodologie

Démarche

La présente étude a été réalisée grâce à la mobilisation de sources de natures diversifiées et complémentaires :

- Recensement et qualification de 167 initiatives territoriales de lutte contre les déserts médicaux, portées par des acteurs publics et privés sur l'ensemble du territoire français ;
- Réalisation d'une étude comparative de projets visant à garantir l'accès à la santé, à l'étranger ;
- Réalisation de 10 entretiens exploratoires auprès de parties prenantes de l'écosystème de santé (fédérations d'élus locaux, Caisse nationale d'Assurance Maladie, Fédération Hospitalière de France, agences régionales de santé, etc.)
- Approfondissement de 15 initiatives-clés identifiées au cours des entretiens exploratoires et à l'issue de la première phase analytique ;
- Exploitation de 44 réponses à un questionnaire quantitatif en ligne, transmis à plus de 200 destinataires qualifiés ;
- Tenue d'un atelier collectif rassemblant des porteurs de projets et des acteurs institutionnels.





Qu'est-ce qu'un désert médical ?

Le périmètre de ce qui constitue un désert médical nécessite d'être précisé. En effet, cette notion, du fait de son **caractère multidimensionnel**, peine à rassembler les acteurs de la santé autour d'une définition commune. Faut-il considérer uniquement le nombre de médecins d'un territoire rapporté à sa population, ou bien également prendre en compte le degré de sollicitation par les habitants du territoire et par conséquent le **délai d'attente** nécessaire à l'obtention d'un rendez-vous ? Un territoire bénéficiant d'une implantation de médecins généralistes permettant de répondre aux demandes de soins de premier recours, bien que sous-doté en professionnels spécialistes, peut-il être considéré comme un désert médical ? A partir de quelle maille administrative territoriale peut-on parler de désert médical ? Une commune, au même titre qu'une région, peuvent-elles toutes deux être désignées sous cette même dénomination ?

La Banque des Territoires a décidé de retenir, dans le cadre de cette étude, une **définition élargie de la notion de déserts médicaux** afin de prendre en compte la diversité des situations possibles et un panorama inclusif des solutions territoriales mises en place. Ainsi, les initiatives présentées dans les pages qui suivent s'inscrivent principalement dans des territoires pouvant être qualifiés de **territoires fragiles en santé**. Il s'agit des zones dont l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) aux médecins généralistes de moins de 65 ans est inférieure à 2,5 ainsi que des Zones d'Intervention Prioritaire (ZIP) et des Zones d'Action Complémentaires (ZAC). Cumulés, ces territoires englobent 78% des communes françaises et 56% de la population. Au niveau des quartiers prioritaires de la ville, 52% sont situés dans des communes en situation de désert médical¹.

La notion de santé est également à comprendre ici dans son sens large, de manière intégrée. Par conséquent, bien que le travail d'analyse ait principalement porté sur les thématiques des soins primaire et médico-social, des initiatives relevant de la prévention et du domaine hospitalier ont également été prises en compte, quoique dans une moindre mesure.

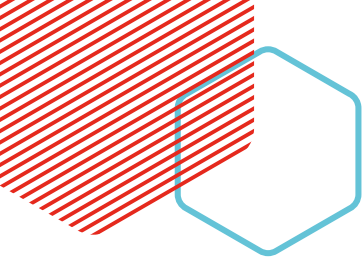
¹ Estimation Banque des territoires.

Sources

Plusieurs rapports ont nourri le **socle de l'analyse pour la présente étude**, notamment :

- Rapport « Santé – Faire le pari des territoires », Institut Montaigne (2022)
- Rapport public annuel, Chapitre 7 « Mieux coordonner et hiérarchiser les interventions des collectivités territoriales dans l'accès aux soins de premier recours », Cour des Comptes (mars 2023)
- Rapport du Sénat « Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard », Sénat (2022)
- Rapport « Les zones sous-denses, dites « déserts médicaux », en France. Etats des lieux et propositions concrètes » de l'Académie Nationale de Médecine (avril 2018)
- Rapport « 50 propositions concrètes pour accélérer la transition » de la Fédération Hospitalière de France (novembre 2023)





Une **volonté de diversification des sources documentaires** a néanmoins présidé, dans l'optique de pouvoir aller au-delà des sources institutionnelles, afin de dresser un panorama des initiatives aussi large que possible, amenant à une analyse de plus d'une soixantaine de documents. Ainsi, des **articles de presse en ligne** ont également été mobilisés afin d'enrichir le contenu de l'étude.

L'étude a vocation à **accélérer la diffusion des ressources relatives à l'intervention des collectivités territoriales en matière de déserts médicaux**. Une bibliographie qualifiée est donc disponible en annexe p. 60, selon les champs d'action identifiés.

Légende

- Les encadrés bleus correspondent à des initiatives françaises.

La Haute-Saône, territoire pionnier de l'expérimentation de la responsabilité populationnelle



- Les encadrés violets correspondent à des initiatives internationales.

Making Every Contact Count (MECC) - Sensibilisation aux déterminants de la santé via les professionnels paramédicaux – Royaume-Uni



**Des initiatives
publiques, privées et
partenariales
foisonnantes et
durables**

Panorama des initiatives territoriales observées

Éléments de méthodologie

Le recensement effectué dans le cadre de cette étude met en lumière une certaine **proactivité des collectivités territoriales** en matière d'initiatives de lutte contre les déserts médicaux. En effet, les travaux ont abordé l'enjeu des déserts médicaux sous l'angle **d'analyse prioritaire de l'action publique territoriale**. Ainsi, cette étude, en prenant le parti d'identifier en première intention les projets s'inscrivant dans la sphère d'action des collectivités territoriales, **crée un « effet loupe » sur le rôle joué par ces acteurs**. Les dispositifs relevant de la politique nationale, déclinés au niveau local par les ARS et les CPAM, sont de fait exclus de l'analyse. Pour autant, rares sont les collectivités qui agissent seules ou sur leur initiative propre et unique et **la plupart des initiatives étudiées voient le jour sur la base de partenariats multi-acteurs** (ordres professionnels déclinés au niveau local, URPS, CPTS, professionnels de santé...).

Par ailleurs, la **notion de porteur de projet nécessite d'être clarifiée** en amont. Sont ici désignées comme porteuses de projet les entités qui sont responsables de la conception, du suivi et du bon fonctionnement des dispositifs. Ainsi, un porteur de projet n'est pas nécessairement son instigateur, mais plutôt **l'acteur qui prend en charge la mise en œuvre** du dispositif – un certain nombre de projets étant conçus par des professionnels de santé, puis appuyés et portés par des collectivités territoriales. De même, le porteur de projet n'est **pas nécessairement la structure qui est à l'origine de l'effort financier** ayant permis la mise en place du projet. Ce parti pris s'explique par la volonté de mettre en lumière le rôle joué par les acteurs de terrain dans l'émergence d'initiatives de lutte contre les déserts médicaux ; identifier les principaux financeurs des projets comme en étant les porteurs comporte en effet le **risque d'invisibiliser la source de l'innovation**, souvent issue d'acteurs aux capacités financières limitées.

ZOOM - Les compétences juridiques des collectivités territoriales en matière de santé



La santé est restée marginalement concernée par les politiques de décentralisation, ce qui peut contribuer à expliquer la faible marge de manœuvre des collectivités territoriales en la matière. Pour autant, certaines compétences sont de leur ressort.

La **région définit des objectifs de santé** (dans le cadre de feuilles de route santé, intégrant notamment un volet prévention / sensibilisation) et détermine les actions correspondantes ainsi que leur mise en œuvre, collabore aux commissions exécutives des agences régionales de santé (ARS), contribue au **financement et à la réalisation d'équipements** sanitaires pouvant intervenir dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, attribue des aides pour l'installation ou le maintien des professionnels de santé dans les zones sous-dotées en offres de soins

>> Focus – Les Agences régionales de santé

Créées par la loi "Hôpital, patients, santé et territoires" (HPST) de 2009, elles constituent le relais du ministère de la santé à l'échelon régional. Leurs missions sont centrées sur la déclinaison de la politique de santé publique à l'échelle régionale, la veille sanitaire, la promotion de la santé et la réponse aux situations d'urgence ou de crise.

Le **département** détient une **compétence de droit commun en matière d'aide sociale**, en vertu de l'article L. 121-1 du Code de l'action sociale et des familles. A ce titre, il élabore et met œuvre des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale, coordonne les actions sociales sur son territoire, autorise la création ou de la transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux fournissant des prestations relevant de la compétence du département, préside le conseil d'administration des établissements publics spécialisés.

Si la **commune** ne détient pas de compétences obligatoires en la matière et intervient généralement au titre de sa clause générale de compétences, elle peut attribuer des **aides, notamment financières, en matière sanitaire** et détient des **compétences en aides sociales** facultatives par la présence des centres communaux d'actions sociales. Un EPCI peut exercer les compétences en matière de santé d'un département en fonction de la convention de délégation de compétences signée.

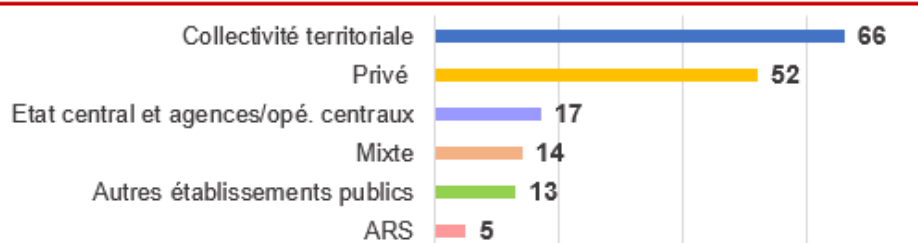
Source : [Action sociale et santé : répartition des compétences | collectivites-locales.gouv.fr](https://collectivites-locales.gouv.fr)

Des collectivités très engagées, en dépit de compétences en santé limitées

L'étude a permis de **confirmer que les collectivités territoriales sont largement représentées** parmi les porteurs d'initiatives de lutte contre les déserts médicaux ; près de 40% des initiatives recensées sont portées ou co-portées par des communes, EPCI, départements et régions. Ce chiffre est élevé compte tenu du caractère marginal des compétences des collectivités en matière de santé. On constate également une représentation importante des acteurs du secteur privé : mutuelles, associations, fondations, organisations professionnelles mais également entreprises. La majorité des initiatives reste portée par des organisations dédiées, de statut privé : mutuelles, associations, fondations, organisations professionnelles mais également entreprises.

De manière générale, l'échelle de portage privilégiée se situe au **niveau communal ou intercommunal**. La maille du bassin de vie (plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants) semble en effet constituer un échelon d'action très approprié pour la mise en place des initiatives, du fait du degré élevé de connaissance du public cible qu'elle offre. Une compréhension approfondie des enjeux de santé locaux, construite à partir de diagnostics mais également d'échanges nourris et continus avec les usagers, constitue un élément fondamental pour élaborer des projets proposant une réponse effective aux enjeux de désertification médicale ; cela est d'autant plus vrai dans certains territoires, tels les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV).

Répartition des initiatives recensées, par type de porteur



Répartition des initiatives recensées, par échelle de déploiement



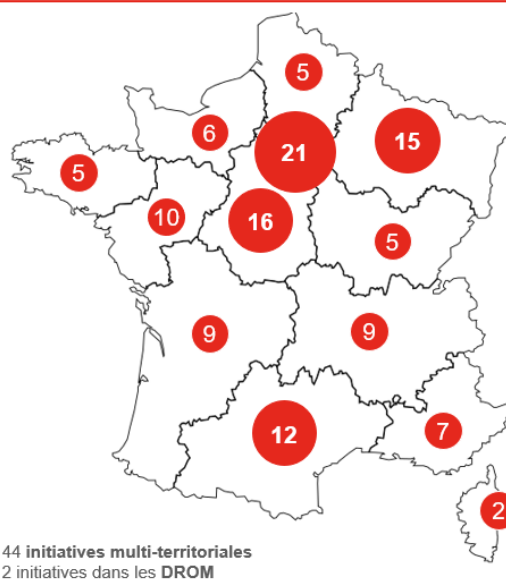
La répartition géographique des initiatives est diversifiée ; le recensement relève a minima cinq expérimentations implantées dans chacune des régions métropolitaines. Trois régions se distinguent néanmoins ; l'Île-de-France, le Centre-Val de Loire et le Grand Est, abritant à elles seules cinquante-deux initiatives, soit environ 30% du total des initiatives recensées.

Ce constat est cohérent avec l'analyse de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), qui révèle par exemple qu'en 2023, « outre Mayotte avec 50 médecins généralistes pour 100 000 habitants, l'Eure-et-Loir (86), la Seine-et-Marne (89), l'Eure (90), le Val-d'Oise (95), le Cher (97), la Seine-Saint-Denis (99), l'Ain et l'Aisne (99) présentent des densités de médecins inférieures à 100 [pour 100 000 habitants] », pour une moyenne nationale de 147. Toutefois, les territoires ruraux ne sont pas les seuls à être touchés par la désertification médicale. Ainsi, l'Île-de-France est le premier désert médical de France et de nombreux quartiers prioritaires de la ville sont frappés par ce phénomène. Si la notion de désert médical est en partie géographique, elle implique aussi des enjeux temporels, tels que les délais d'attente permettant d'obtenir un rendez-vous médical, ou la disponibilité des soins en période de week-end, nuit, congé, etc.

Les difficultés rencontrées par ces territoires sous-dotés en accès aux soins expliquent que certains territoires se soient positionnés de longue date sur le sujet et fassent aujourd'hui figure de proue dans l'innovation pour lutter contre les déserts médicaux. Ainsi, le Centre-Val de Loire figure parmi les territoires pionniers sur le sujet.

L'étude des initiatives n'a néanmoins **pas de vocation statistique** et ne saurait se superposer strictement à la carte des déserts médicaux en France.

Répartition des initiatives recensées, par région



En termes de champs d'actions, la typologie des initiatives portées au niveau local est variée, le schéma ci-dessous présente les principales catégories prises en compte dans le cadre de l'étude.

Parmi les leviers d'action principaux observés, il apparaît que les collectivités territoriales privilégient **trois types d'interventions** :

- **L'attractivité des territoires d'exercice** (incitations financières pour la réalisation de stages ou l'installation, accompagnement individualisé des étudiants et nouveaux professionnels) – *Une trentaine d'exemples analysés dans le cadre de l'étude*
- **Les actions de prévention** – *Une vingtaine d'exemples analysés dans le cadre de l'étude*
- **Le soutien à l'exercice coordonné** (maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé départementaux ou communaux) - *Une quinzaine d'exemples analysés dans le cadre de l'étude*

Des initiatives d'ampleur variée

Périmètre des initiatives : Les initiatives portées sont de **périmètre et d'ampleur variés**. Le recensement permet de constater l'existence d'une multiplicité d'initiatives reposant sur des budgets et des temporalités à l'ampleur variable localisées à l'échelle intercommunale ou départementale, qui peuvent être retrouvées sous une forme quasi-similaire dans de nombreux territoires : incitations financières pour les étudiants en médecine, déploiement de dispositifs de téléconsultation dans les maisons France services, mise en place d'un service de bus santé pour répondre à la problématique du dernier kilomètre : ces « petites » initiatives sont souvent conçues comme des projets de portée relativement modeste, visant à proposer une **réponse ponctuelle à un besoin du territoire**. A l'inverse, d'autres initiatives ont été initialement pensées en veillant à intégrer plusieurs leviers d'action complémentaires, afin de favoriser la **mise en place d'une réponse intégrée**, porteuse d'une ambition de résolution plus pérenne des inégalités territoriales en santé.

Des synergies avec des dispositifs nationaux

Les initiatives de lutte contre les déserts médicaux s'inscrivent dans une pluralité de cadres d'action, notamment au **niveau national**, où différents programmes (appels à projet, appels à manifestation d'intérêt...) cohabitent. L'encadré ci-dessous détaille les principes du dispositif article 51, qui permet des innovations organisationnelles et le schéma en page suivante présente une vue synthétique des **principaux dispositifs existants**.

ZOOM – Le dispositif article 51



Le dispositif article 51 introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2018 vise à promouvoir l'innovation en santé en soutenant les organisations innovantes qui améliorent le parcours des patients, l'accès au soin et l'efficacité globale du parcours de santé, en partant du constat que les financements segmentés existants atteignent leurs limites.

Ainsi, le dispositif permet la mise en place d'expérimentations dérogatoires aux modes de tarification de droit commun, afin de tester de nouvelles approches à l'échelle nationale ou régionale. Le dispositif est ouvert sur initiative locale, à tout acteur du système de santé qui souhaite tester un projet innovant, dans une démarche partenariale et une approche collaborative, le tout dans un cadre expérimental et permissif au niveau des dérogations.

Les expérimentations sont évaluées en amont afin de déterminer leur éligibilité et concernent notamment la coordination du parcours de santé, la pertinence et la qualité des soins, l'accès au soin...

ZOOM – Les dispositifs nationaux portés par la Banque des territoires



Petites Villes de demain

A partir d'un constat selon lequel des villes de moins de 20 000 habitants montrent des signes de fragilité (offres de logement inadaptées, érosion commerciale...) et dans la continuité du Plan de relance, le programme Petites Villes de demain lancé le 1^{er} octobre 2020 vise à permettre aux villes de moins de 20 000 habitants de bénéficier d'un soutien de l'Etat et de ses partenaires pour mettre en place des projets de revitalisation. Ce programme a été créé afin de renforcer les moyens des élus des villes éligibles sur des projets multithématiques, avec un appui sur l'ingénierie, avec des outils et des expertises sectorielles et avec un accès à un réseau professionnel innovant.

Le programme concerne aujourd'hui plus de 1 600 communes et bénéficie d'un investissement de l'Etat et de ses partenaires de 3 Milliards d'euros. L'impact du programme se situe au niveau de l'installation et du renforcement des équipements et des services structurants et durables des villes afin de renforcer leur rôle dans la transition écologique et peut inclure des projets portant sur des enjeux de santé.

Action Cœur de Ville

En tenant compte du fait que les villes moyennes concentrent un quart de la population française et que la vitalité et l'attractivité de celles-ci sont très disparates, le programme Action Cœur de Ville mis en place pour la période 2023-2026 vise à réaffirmer le rôle des villes moyennes dans le paysage territorial, dans une logique de réduction des fractures territoriales

5 enjeux prioritaires animent le programme : proposer une offre attractive en matière d'habitat, favoriser le développement économique, développer l'accessibilité, valoriser les bâtiments, les espaces et le patrimoine public et garantir des services de qualité, y compris des services de santé.

Le programme concerne 234 communes et bénéficie d'un investissement de l'Etat et de ses partenaires de 5 Milliards d'euros.

Les impacts attendus du projet concernent l'accélération de la rénovation énergétique, le renforcement de la place de la nature en ville, l'amélioration des services de mobilité durables, l'adaptation au vieillissement de la population ou encore la réintroduction des activités en centre-ville.

Quartiers prioritaires de la Ville

Dans une volonté de simplification des zonages établis et dans une logique de réduction des inégalités territoriales, les Quartiers prioritaires de la Ville (QPV), ont été délimités par le décret n° 2014-1750 du 30 décembre 2014, en remplacement des ZUS et des CUCS. Une mise à jour de la géographie prioritaire a été publiée dans le Journal officiel du 29 décembre 2023 dans la continuité des contrats de ville « Engagements Quartiers 2030 » qui fixent « le cadre partenarial de l'engagement des acteurs publics et privés dans ces quartiers, au service de la transition écologique, des services publics et de l'émancipation des habitants ».

L'objectif étant de concentrer les moyens d'interventions de la politique de la ville, le critère unique du revenu par habitant a été utilisé pour la création de ce zonage. Les domaines d'actions concernent l'éducation, le logement, l'emploi, le renforcement du lien social et la sécurité.

Avec la mise à jour de la géographie prioritaire, 1362 quartiers sont concernés.

Les bénéfices attendus concernent une amélioration des conditions de vies à partir des domaines cités précédemment, afin de réduire à long termes les inégalités sociales et d'améliorer les conditions de vie des habitants de ces quartiers, de nombreux projets incluent donc des équipements de santé et portent une démarche d'aménagement en santé dès la phase de conception.

Dispositifs nationaux publics et privés soutenant ou favorisant l'émergence d'initiatives de lutte contre les déserts médicaux

Légende



Dispositif soutenu par la Banque des Territoires / la Caisse des Dépôts

Administration centrale

Article 51 (loi de financement de la sécurité sociale de 2018)

Dispositif générique d'expérimentation permettant de tester en vie réelle des organisations innovantes en santé - *~ 50 initiatives analysées dans l'étude*



Incitation à une prise en charge partagée (IPEP)

Dispositif Article 51, visant à soutenir des nouveaux modèles de financement de la santé. *2 initiatives analysées dans l'étude*



Paiement en équipe de professionnels de santé en ville

Dispositif Article 51, visant à expérimenter une nouvelle rémunération PS en ville. *1 initiative analysée dans l'étude*



Interministériel

Nouveau Programme National de Renouvellement Urbain

Porté par l'ANRU. Renforcement de la politique de la ville de l'Etat : habitat social, cohésion sociale, développement économique.



Fonds de co-investissement QPV

Porté par l'ANRU. S'inscrit dans le quatrième programme d'investissement d'avenir (PIA). Améliorer l'attractivité des QPV.



Petites Villes de Demain

Porté par l'ANCT ; renforcement des moyens pour les villes/EPCI majeurs de moins de 20 000 habitants.



Fabriques Prospectives

Porté par l'ANCT. Accompagnement en ingénierie des territoires souhaitant être soutenus dans la conception de politiques / projets intégrant les enjeux de transition (écologique, démographique, etc.).



AAP « Tiers lieux d'expérimentation »

Dispositif France 2030. Financer des tiers-lieux afin de créer des terrains d'expérimentation pour la filière numérique en santé. *2 initiatives analysées dans l'étude*



Territoires d'innovation

Porté par le Secrétariat général pour l'investissement, dans le cadre de France 2030 et du 3e programme d'investissement d'avenir (PIA). Nouveaux modèles de développement territorial. *2 initiatives analysées dans l'étude*



Action Cœur de Ville

Porté par le Ministère de la Cohésion des territoires. Programme à destination des collectivités territoriales pour conforter le rôle moteur des villes moyennes et y améliorer le quotidien des habitants.



Acteurs privés

Fonds de dotation Make.org Foundation

Appels à projet pour les initiatives éligibles aux Grandes Causes nationales de Make.org, porteuses d'un fort potentiel de transformation de la société française à horizon trois ans. *1 initiative analysée dans l'étude*



Fabrique Territoires Santé

Porté par l'association éponyme. Capitalisation sur les démarches territorialisées de santé (notamment en QPV et zones rurales) et diffusion des réflexions. *1 initiative analysée dans l'étude*



AAP Fondation Crédit Agricole Solidarité et Développement

Appel à projet annuel, dédié à la réduction des inégalités territoriales en santé : prévention, e-santé, soin mobile, médiation médicale, etc.



Réseau français Villes-Santé

Créé dans le cadre du Programme Villes-Santé de l'OMS (1987). 104 villes et EPCI engagés pour une amélioration de la santé.



Fabrique de Territoire

Porté par le GIP France Tiers-Lieux. Appui à l'émergence, au développement et à la pérennisation des tiers-lieux.




Fonds Patient Autonome

Porté par Bpifrance. Outil 100% numérique qui accompagne financièrement les startups de la santé connectée.



	Dispositifs / Leviers	Exemples de formes observées
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> Aménagement territorial Démarche de prévention intégrée Actions de prévention primaire 	<ul style="list-style-type: none"> Documents cadres (PLU, plan de mobilité...), conduite d'évaluation d'impact en santé. CLS, mise en place de services de prévention transverse au sein des collectivités, plans municipaux de santé, guides d'évaluation des projets de promotion de santé. Campagnes de dépistage, sensibilisation en milieu professionnel, scolaire, étudiant, etc.
Innovations organisationnelles	<ul style="list-style-type: none"> Exercice coordonné Organisation territoriale des professionnels / établissements Bus / dispositifs itinérants Equipes mobiles Systèmes de transport 	<ul style="list-style-type: none"> Maison de santé pluriprofessionnelle, centre de santé départemental ou communal, comité territorial d'organisation des soins. Parcours de soins coordonnés, évolution de la répartition des rôles / responsabilités entre professionnels (ex. pharmaciens, infirmiers Asalée ou en pratique avancée...), systèmes d'astreinte. Médicobus, bus dentaire, bus de dépistage. Policlinique mobile en EHPAD, infirmière mobile. Covoiturage solidaire pour les personnes éloignées du soin, service de bus / taxi.
Numérique	<ul style="list-style-type: none"> Télémédecine 	<ul style="list-style-type: none"> Cabines de téléconsultation en autonomie ou avec accompagnement, dispositifs de télésurveillance, services de téléexpertise, outils numériques de dépistage.
Attractivité	<ul style="list-style-type: none"> Incitations financières Accompagnement des pro. 	<ul style="list-style-type: none"> Aides à l'installation conditionnées, bourses étudiantes, solutions de logement et de transport Guichets uniques / plateformes, coordinateurs territoriaux, aides à l'intégration (logement, etc.), mise en réseau avec les professionnels du territoire.
Formation	<ul style="list-style-type: none"> Accompagnement des lycéens Facilitation de l'accès aux études et aux stages pour les étudiants en santé 	<ul style="list-style-type: none"> Système de tutorat, options santé, bourses. Partenariats université / structures d'exercice, création de départements de médecine, organisation d'événements de sociabilité.

Légende
 Champs / leviers d'action principaux observés parmi les initiatives existantes

La gouvernance comme outil

Quant aux **dispositifs de gouvernance locale en santé**, ils diffèrent grandement en fonction du territoire étudié.

Il est par ailleurs intéressant de noter que dans certains territoires, les **communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)** contribuent fortement à la structuration d'initiatives locales. Les CPTS renvoient aux organisations formées par des professionnels de santé d'un même territoire, toutes spécialités confondues, autour d'un projet de santé commun. Structurées dans l'optique de répondre à des problématiques de santé spécifiques au territoire qu'elles maillent, elles émanent de la **volonté des professionnels qui y participent**. Les CPTS sont financées par les ARS et l'élaboration d'un projet de santé par la CPTS est un prérequis à la contractualisation avec ces dernières.

ZOOM - Les contrats locaux de santé (CLS) : des outils favorables à l'émergence d'initiatives territoriales, mais à la couverture territoriale et aux impacts encore limités

Introduits par la loi hôpital, patients, santé, territoires (dite loi HPST) en 2009, les contrats locaux de santé sont des outils **portés conjointement par les agences régionales de santé et les collectivités territoriales et leurs groupements**, visant à mettre en œuvre le projet régional de santé à l'échelle de la collectivité. Les CLS, dont 470 versions étaient signées ou en cours de négociation en septembre 2021, définissent un programme d'actions communes ayant pour but de réduire les inégalités territoriales et sociales en santé dans les zones déficitaires en offre de soins (AMF, 2023). Ils portent sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social et social.

Ces Contrats constituent un **cadre normatif souple**, dont l'élaboration se nourrit d'un diagnostic des besoins en santé des habitants du territoire. Initialement signés à la maille de la ville, ils se déploient

progressivement à l'échelle intercommunale, dynamique encouragée par l'association Intercommunalités de France ainsi que par la Cour des Comptes dans son rapport annuel de 2023. Ils constituent donc des vecteurs potentiels d'innovation en santé à l'échelle des territoires, dont les collectivités sont invitées à se saisir pour expérimenter de nouvelles solutions.

Leur potentiel d'impact se trouve néanmoins limité par l'absence de budget pérenne dédié à leurs activités, ainsi que par leur manque de pilotage dans la durée, une fois la période de mise en place du dispositif révolue. En outre, **l'absence d'une démarche d'évaluation systémique des impacts** ne permet pas d'affirmer que ces dispositifs soient systématiquement opérationnels.

A l'image des CLS, mais sur le volet de la santé mentale, les conseils locaux de santé mentale (CLSM), pilotés par les élus locaux, constituent des espaces de concertation et de coordination rassemblant les représentants de la psychiatrie publique, les usagers des services de santé mentale et leurs aidants.

Châteauroux : un CLS de troisième génération

Pionnière dans la mobilisation de l'outil, la **ville de Châteauroux** a adopté son premier CLS dès 2011, sur sollicitation de l'ARS. La démarche est progressivement **élargie à l'échelle de l'agglomération**, suivant les préconisations issues de l'évaluation du dispositif, réalisée en 2016. En 2021, un CLS de troisième génération, couvrant la période 2021-2026, est signé par Châteauroux Métropole, le préfet de l'Indre, l'Education nationale, la CPAM, le Centre Hospitalier de Châteauroux - Le Blanc, le Centre départemental gériatrique de l'Indre, la CPTS Châteauroux & Co, le Conseil territorial de santé de l'Indre et l'ARS de Centre Val de Loire.

Cette nouvelle version du CLS porte sur trois axes : déterminants de la santé, santé mentale et santé environnementale. Les champs d'action sont coordonnés entre les différentes mailles territoriales : tandis que la ville investit les enjeux de démographie médicale, l'intercommunalité identifie et articule **les actions de prévention à l'échelle du bassin de vie**.

Source : site de l'ARS Centre Val de Loire

Face à ce foisonnement d'initiatives et de cadres d'action, il semble utile de s'interroger sur la **typologie de projets vers lesquels les efforts d'accompagnement pourraient être dirigés en priorité**. Les initiatives conçues ou ayant été intégrées a posteriori à un programme national bénéficient souvent des moyens nécessaires à leur bon dimensionnement et passage à l'échelle : soutien financier, évaluation, visibilité médiatique et intérêt des acteurs de santé. A l'inverse, un positionnement prioritaire auprès d'initiatives encore peu matures ou nécessitant un fort appui externe paraît risqué, au regard de l'objectif recherché de passage à l'échelle de solutions viables et autonomes. Ainsi, dans le but de proposer une réponse de long terme aux enjeux de désertification médicale, il semble particulièrement intéressant de **cibler les initiatives qui, tout en ayant démontré leur impact, leur faisabilité et la robustesse de leur modèle économique**, auraient besoin d'un soutien complémentaire pour permettre leur industrialisation et ainsi favoriser leur réplique à grande échelle.

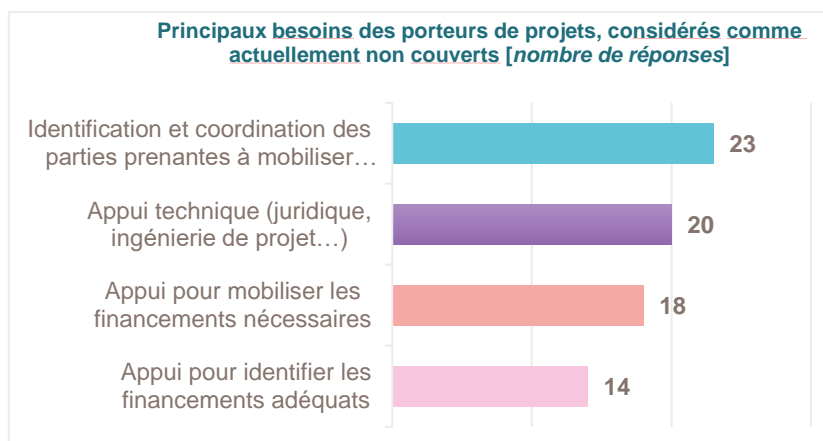
En synthèse

Un questionnaire sur les initiatives de lutte contre les déserts médicaux a été adressé dans le cadre de l'étude à des acteurs de santé et porteurs de projets qualifiés. 44 réponses ont pu être recueillies et analysées, dont une majorité provenant de représentants de collectivités territoriales et la moitié provenant de porteurs de projets.

Parmi les répondants, 25 sont issus de collectivités territoriales, 8 émanent d'organisation à but non lucratif, 3 SEM, 4 de structures médicales, 2 d'entreprise privées.

Les principaux facteurs de réussite identifiés par les participants sont les suivants :

- le **portage politique et le « sponsorship » des projets**, qui a également été cité par des porteurs de projets interrogés en entretiens comme le déterminant principal du succès d'une initiative. Ce facteur constitue également un point de fragilité, dans la mesure où il rend les projets très dépendants d'individus (qu'ils soient élus, professionnels de santé, membres d'associations, d'entreprises privées...)
- Les compétences **en suivi et ingénierie de projet**, qui se révèlent clés à la fois en phase de conception (diagnostic, définition du périmètre, mise en programme, identification et mobilisation des parties prenantes adéquates,...) et en phase de déploiement et pérennisation
- L'accès à des **sources de financement adéquates** pour les projets, notamment dans la mesure où la santé n'est pas une priorité en termes de budget pour les collectivités,



En miroir, les participants estiment que l'appui disponible en terme d'identification des parties prenantes, d'appui technique et pour mobiliser des financements est actuellement insuffisant.





Ces constats font écho à certains des freins formulés par des porteurs de projet rencontrés :

- Des **difficultés à cadrer les projets de manière pertinente** : l'étape d'élaboration préalable d'un diagnostic territorial (ou a minima la mobilisation d'éléments de diagnostic pré-existants) et des études de faisabilité / opportunité, est parfois négligée faute de connaissance de l'écosystème et des méthodologies et compétences propres au champ de la santé, ce qui entraîne des risques sur la pérennité des initiatives.
- Au vu de la diversité (thèmes, formats....) des dispositifs d'appui (programmes d'AAP, AMI, etc. à la fois au niveau régional et national), il existe de réelles difficultés pour les porteurs de projet à **identifier les leviers pertinents à activer** et à disposer des ressources d'ingénierie nécessaires (recherche, analyse, montage de dossiers...).
- Initiatives complexes à mettre en œuvre, avec des **temps de construction parfois longs**.

Illustration d'initiatives clés

Dans le cadre de l'étude, 15 initiatives particulièrement intéressantes ont été approfondies afin d'illustrer l'action territoriale. La cartographie en page suivante présente leurs principales caractéristiques, également détaillées dans des zooms dans la suite de l'étude et présentées de manière plus détaillée en annexe du présent rapport.

Légende :

-  Dispositifs soutenus par la Banque des Territoires
-  Dispositifs portés par des associations
-  Dispositifs portés par des acteurs publics
-  Dispositifs portés par des acteurs privés



**La prise en compte
des enjeux de
prévention**

La prévention : réduire le besoin en soins

Les données épidémiologiques démontrent l'**impact de l'environnement et des modes de vie sur la santé**, à la fois :

- Sur les pathologies aiguës : 40% de nouveaux cas de cancers sont ainsi attribués à des facteurs environnementaux (alimentation, sédentarité, pollution...) et environ 238 000 personnes sont par exemple décédées prématurément dans l'UE en 2020 en raison d'une exposition à la pollution de l'air¹
- Sur les pathologies chroniques (diabète, asthme, obésité...)

Ce constat contribue à l'**inflexion dans l'orientation curative du système de santé français**, incarnée également par les initiatives territoriales portant sur la prévention et la sensibilisation. Les collectivités territoriales ont en effet à leur main de nombreuses politiques publiques et champs d'action qui ont un impact direct sur le cadre de vie (logement, urbanisme, transports, restauration collective...).

De nombreux territoires accordent une place grandissante à des démarches visant à faire évoluer les déterminants de santé et **ainsi in fine alléger la pression sur le système de santé**, par la diminution des besoins en soins. S'il est compliqué de quantifier ce mouvement, certaines dynamiques montrent l'intérêt des collectivités territoriales pour le sujet, le nombre de membres de la Société française de santé publique issus de collectivités territoriales est ainsi passé de 2 à 8 entre 2003 et 2013².

Les politiques de santé et prévention à l'échelle locale ne sont pas récentes (on peut citer par exemple les mouvements hygiénistes apparus au milieu du XIX^{ème} siècle), mais un **changement « culturel » profond est en cours**. Ce type de démarche appelle un niveau de coopération particulièrement fort, à la fois au sein des collectivités et par la mise en réseau avec d'autres acteurs institutionnels publics et privés. La démarche partenariale et intégrée est en effet l'une des clés de l'efficacité des actions de prévention, à l'image de la démarche portée par la Ville de Lille à travers son **plan de Promotion de la Santé 2023-2026**. L'élaboration de **programmes de prévention intégrés** s'observe donc principalement dans les villes et intercommunalités de taille critique suffisante pour intégrer des directions / services santé (Nantes, Paris, Strasbourg, Lille...) et coordonner un écosystème d'acteurs dans la durée.

A Lille, un plan de promotion de la Santé 2023-2026 coconstruit et porté en lien avec les associations locales



Les indicateurs de santé (taux de mortalité prématurée, addiction, prévalence des maladies chroniques...) pour la Ville de Lille, à l'image d'indicateurs pour le département du Nord, sont en-dessous de la moyenne nationale. Sa population compte proportionnellement beaucoup d'étudiants, de personnes âgées et de personnes à faibles revenus, qui sont en moyenne plus éloignées des soins que la population générale. Face à ce constat, la ville a entrepris un **travail de diagnostic et co-construction avec différents partenaires** (médecins de ville, ARS Hauts-de-France, CHU de Lille, Université de Lille...) afin d'identifier les spécificités et besoins de la population.

Sur la base de ce travail a été défini un plan d'action, centré sur une **approche « d'aller vers »**, **s'appuyant sur le riche tissu associatif local**, à l'échelle des quartiers (action pour la couverture santé pour tous via la mise à jour des droits, l'information sur la mutuelle solidaire, sensibilisation sur la nutrition et l'activité physique, via les établissements éducatifs, etc.). Le plan intègre également un **volet santé mentale dédié** et un **volet environnemental** (action sur les perturbateurs endocriniens, pollution de l'air, gestion des épisodes de canicule...).

Source : <https://www.lille.fr/Actualites/Plan-local-de-promotion-sante-2023-2026>

¹ European Environment Agency

² Flore Lecomte-Aumaitre, Santé publique, SFSP et collectivités territoriales, 2013

Néanmoins, ce type de plan d'action global est également mobilisé par des intercommunalités de taille plus modestes qui font le constat que leur **territoire constitue un échelon propice à l'animation d'une vision globale en santé** sur différents volets, avec la mobilisation des acteurs de proximité et une vision transverse, cadre adéquat pour développer, outiller et mettre en œuvre une « culture de la prévention ». C'est la vision qui porte le « **réseau français des Villes-Santé** » de l'OMS, qui rassemble 104 villes, dont une majorité de villes moyennes, notamment des villes accompagnées dans le Programme Action cœur de ville (Albi, Cherbourg, Bourges, Saint-Brieuc, Quimper...).

Plan municipal de santé de Cherbourg



En 2019, la ville de Cherbourg-en-Cotentin adopte un **plan municipal de Santé pour deux ans**. Coconstruit avec de nombreux acteurs du territoire (habitants, associations, institutions, élus de la Ville, Centre Communal d'Action Sociale), il cherche à agir sur les déterminants de la santé par le biais de 130 actions, dont l'impact doit être régulièrement mesuré.

Parmi les mesures mises en place, on note la **création du rôle d'ambassadeur de santé**, chargé d'aller à la rencontre des habitants du quartier, ou la prescription de sport sur ordonnance par le médecin traitant pour les personnes en affection de longue durée.

Source : Site de la Ville de Cherbourg

Des petites communes, dans lesquelles les élus locaux font preuve d'un volontarisme fort, peuvent également déployer ce type d'initiative, notamment dans le cadre de programmes d'appui national, comme le réseau « **Petites villes et santé environnementale** ». Ce programme est porté par l'Agence nationale de cohésion des territoires (ANCT) dans le cadre de sa « Fabrique prospective » et apporte **un soutien individuel et collectif auprès de petites villes, sur une thématique de transition, en l'occurrence écologique**.

ZOOM – Le programme « Petites villes et santé environnementale », porté par l'ANCT et l'Association des petites villes de France

En 2019, le Commissariat général à l'égalité des territoires a lancé, en partenariat avec l'Association des petites villes de France, une Fabrique Prospective sur le thème : « Petites villes et santé environnementale : quelles attentes, quelles mutations et quelles ressources ? ». Les quatre petites villes bénéficiaires du programme bénéficient de l'accompagnement de l'Agence nationale de la cohésion des territoires afin de développer une politique de santé environnementale.

Programme de prévention de Ramonville Saint-Agne



Depuis octobre 2019, dans la commune de Haute-Garonne, un groupe de travail, porté par une **adjointe au maire et médecin**, a mobilisé différentes parties prenantes au niveau de la commune (élus, agents, représentants d'établissements éducatifs, associations...). Il s'agit de réfléchir à un plan d'action d'accompagnement en particulier des publics, en particulier les plus précaires, vers le **développement de pratiques favorables (nutrition, activité physique...)** à une bonne santé.

Saint-Péray : développement d'une politique de santé environnementale

Saint-Péray, commune d'Ardèche, a pu renforcer ses **actions en faveur de l'installation d'agriculteurs aux pratiques vertueuses pour l'environnement**. Elle a également mis en place des dynamiques de « santé relationnelle », axée sur la cohésion sociale, pour accompagner l'adoption du concept de santé environnementale : élaboration d'une charte locale de la santé environnementale avec des



acteurs locaux, extinction de l'éclairage public ponctuelle pour alimenter les débats au sein de la commune, réhabilitation des ruelles et chemins ruraux, etc.

Source : Petites villes et santé environnementale : quelles attentes, quelles mutations, quelles ressources ? ANCT, 2021

De manière plus spécifique, sur les enjeux environnementaux (pollution, qualité de l'eau, qualité des sols, etc.), des services plus structurés et pérennes peuvent être directement intégrés par les villes et intercommunalités, à l'image du « Service parisien de santé environnementale » créé par la Ville de Paris.

Service parisien de santé environnementale (SPSE)



Le **Service parisien de santé environnementale**, créé par la ville de Paris en septembre 2016, promeut un cadre de travail adapté en matière de lien entre santé et environnement. Issu d'une démarche volontaire de l'équipe municipale, il a pour but d'assurer plus de visibilité, de cohérence et de légitimité aux actions menées par la Ville.

Le SPSE compte **trois laboratoires et deux départements scientifiques et techniques**. Grâce à ses capacités d'étude et d'expertise, il apporte son soutien aux directions de la Ville qui mettent en œuvre des politiques publiques (urbanisme, biodiversité, construction publique, action sociale...). Il dispose en outre de capacités d'intervention et d'analyse sur le terrain, pour assurer que l'environnement des établissements de la ville et des espaces publics extérieurs ne présentent pas de risques inacceptables pour la santé des usagers et des travailleurs.

Il promeut également une culture de la santé environnementale auprès des services de la Ville et **peut intervenir directement auprès des Parisiens** : interventions contre les punaises de lit pour les bénéficiaires de l'aide sociale et conseil en environnement intérieur sur prescription du médecin.

Source : Site de la ville de Paris, <https://www.paris.fr/pages/sante-environnementale-2082>

A l'étranger, il est possible d'observer des démarches de prévention globale innovantes, basées sur l'intégration au tissu médical et social préexistant. Le programme « **Making Every Contact Count** » mis en place en Angleterre, constitue une illustration intéressante d'action collective et coordonnée en matière de prévention.

Making Every Contact Count (MECC) - Sensibilisation aux déterminants de la santé via les professionnels paramédicaux – Royaume-Uni



Contexte et principe du projet

Les interactions entre professionnels de la sphère médico-sociale et patients sont nombreux et adviennent quotidiennement : passage routinier d'une infirmière à domicile, contact entre un pharmacien et un usager doté d'une prescription médicale, assistantes médicales assurant le standard téléphonique de cabinets médicaux... Face à ce constat, a émergé l'idée selon laquelle ces interactions régulières peuvent être **mises à profit pour faire passer de brefs messages clés individualisés sur les déterminants de la santé dans un cadre extra-médical**, basé sur un contact plus personnel avec le patient. En outre, les personnels de santé peuvent également se saisir de cette opportunité afin d'orienter les patients vers les bons interlocuteurs et services.

La montée en compétences proposée par le programme MECC est rapidement orientée vers des enjeux considérés prioritaires : affections de longue durée, tabagisme, prévention des chutes, abus d'alcool, gestion de l'obésité, gestion des médicaments, santé physique, mentale et bien-être émotionnel.

Un **outil de signalement en ligne a été créé à cette occasion** ; il permet aux intervenants d'effectuer une mise en relation entre, d'une part, les usagers en souffrance et, d'autre part, les dispositifs en mesure de répondre au besoin d'accompagnement exprimé auprès des relais. Les Centres de soins primaires de la région, où exercent dentistes, pharmaciens et généralistes, sont les premiers à adopter la méthode.

Démarche d'évaluation et qualification de l'impact

Une évaluation du dispositif pilote a été conduite en 2013 et a notamment démontré :

- La très bonne réception parmi les intervenants ; renforcement de leur capacité à intervenir dans le cadre de leurs missions quotidiennes (connaissances, compétence et assurance)
- L'augmentation du nombre d'intervenants en capacité de conseiller les usagers sur des questions de santé
- L'augmentation de la capacité de réponse du système aux besoins de santé des usagers (augmentation de 70% de l'utilisation du service de désaccoutumance au tabac dans certaines zones)

Dès 2012, le NHS a souhaité généraliser le dispositif à toutes les organisations de soins ; en 2016, l'élaboration et le maintien d'un plan MECC par les services de santé est devenue obligatoire.

Sources : cf. bibliographie

Sur des pathologies spécifiques, en lien avec les enjeux de prévention secondaire, des approches mobilisant les **leviers de la « santé populationnelle »** sont également observées. Elle consiste à prendre en compte les déterminants et caractéristiques globales de santé d'une population, à l'aide d'une démarche d'analyse de données et de développer des programmes et des actions spécifiques, **portés par des acteurs mis en réseau, en fonction de ce diagnostic.**

La démarche de **« responsabilité populationnelle »** (Monographie détaillée p.79) portée par la Fédération Hospitalière de France est une incarnation de ce principe. L'approche a émergé au Canada dans les années 2010 ; elle s'attache à refonder le système de santé, en passant d'un modèle basé sur la prise en charge des malades à un modèle visant le **maintien en santé et la prévention**. La Belgique, l'Angleterre, le Danemark ou encore le Pays-bas espagnol se sont par la suite saisis du sujet et ont testé leurs propres modèles.

En France, la démarche est introduite en 2017, avec le lancement d'expérimentations territoriales portant sur le diabète de type 2 et l'insuffisance cardiaque dès 2018. Cinq territoires, intégrant nécessairement un Groupement Hospitalier de Territoire, ont été sélectionnés en tant que « territoires pionniers » dans le cadre de ce projet, à l'échelle d'intercommunalités ou de départements.

La Haute-Saône, territoire pionnier de l'expérimentation de la responsabilité populationnelle



Contexte et principes du projet

Le dispositif de Responsabilité Populationnelle en Haute-Saône expérimente une nouvelle approche d'intégration clinique du diabète de type 2, engageant l'ensemble de la communauté de santé du territoire.

La population de la zone d'action du dispositif est **divisée en quatre strates**, représentant chacune un niveau d'exposition à la pathologie. Pour chaque strate, un programme d'action et des objectifs cliniques communs sont élaborés par les acteurs de santé du territoire, pour mettre en œuvre le triple objectif : meilleure santé, meilleure prise en charge, meilleur coût.

Le projet a été sélectionné dans le cadre du dispositif « Incitation à une **prise en charge partagée » (IPEP) de l'Article 51** : l'expérimentation porte donc également sur un système de financement novateur, qui vise à restituer aux acteurs de santé le fruit de leurs efforts en cas d'impact favorable.

Résultats et répliquabilité

Une procédure d'analyse en continu à l'aide d'indicateurs d'impact a été mise en place avec le concours de la FHF Data, un service de la FHF réalisant des études quantitatives sur les établissements adhérents, visant à appuyer leur politique stratégique.

Le Triple objectif est atteint, avec en complément une meilleure satisfaction des usagers et des acteurs de santé (temps médical retrouvé). En 3 ans, une diminution des admissions par les urgences pour des séjours hospitaliers causés pour un motif de diabète a été constatée dans 4 territoires sur 5, avec une baisse très importante dans deux territoires. **En Haute-Saône, ce taux est passé de 21% en 2019 à 3% en 2022.**

Le modèle a été conçu dès le départ pour être transposable à d'autres territoires et d'autres typologies de patients. Dans les faits, les indicateurs d'impact permettent de constater que le modèle s'adapte aux réalités territoriales. En 2019, le principe de responsabilité populationnelle a été intégré dans la loi du 24 juillet (reconnaissance législative).

Trois nouveaux territoires ont été inclus dans l'expérimentation en 2023 en dehors du dispositif Article 51 : les Hautes-Alpes, Belfort et le Sud-Lorraine, avec une expérimentation sur une nouvelle population : les personnes âgées.

Source : FHF- Monographie détaillée p. 79

A plus grande échelle, l'approche de responsabilité populationnelle a également infusé les principes de fonctionnement du système **d'organisation des soins intégrée d'Euskadi** (pays-basque espagnol).

Organisation des Soins Intégrée de Bidasoa : la santé populationnelle en Euskadi



Contexte et principe du projet

En 2011, en réponse à la « Stratégie pour affronter le développement de la chronicité en Euskadi » publiée l'année précédente par le ministère de la Santé du Pays basque, un projet pilote est lancé dans le territoire de Bidasoa, en région Euskadi ; son ambition est de tester un **nouveau modèle de réponse à la demande croissante de prise en charge des maladies chroniques**. Le projet, d'une durée de trois ans, englobe un périmètre géographique comprenant 85 000 usagers.

Le dispositif, axé sur la réorganisation des soins, peut être décomposé en deux pans :

- **Intégration organisationnelle** : restructuration de l'offre de soins autour de nouvelles cellules, les Organisations des Soins Intégrées (OSI). Ces unités nouvellement créées s'articulent autour d'un centre hospitalier de référence et de plusieurs centres de soins primaires associés, couvrant un périmètre cohérent avec la zone géographique d'influence de l'hôpital. Les entités composant l'OSI sont soumises à un plan stratégique unique et doivent ainsi répondre à des objectifs communs. Dans le cadre de l'expérimentation de Bidasoa, trois centres de soins primaires et un hôpital ont fusionné, se dotant par conséquent d'une unique structure managériale.
- **Intégration clinique et fonctionnelle** : recherche de coordination de nouveaux parcours de soins primaires et secondaires pour les maladies chroniques, coordonnés par les médecins du centre de soins primaires ; introduction de nouveaux rôles (infirmières de liaisons, infirmières gestionnaires de patients complexes) ; utilisation de nouvelles technologies (dossier médical numérique, téléconsultation pour solliciter l'avis du personnel hospitalier depuis le centre de soins primaires...).

Le projet introduit également un nouveau modèle de financement, basé sur une approche populationnelle (principe de capitation collective). Cela conduit à la signature, entre les OSI et la Région, de **contrats de financement élaborés en fonction des caractéristiques du territoire**. Les collectivités locales viennent compléter le dispositif en finançant les prestations sociales adossées à la prise en charge médicale. Les prestations sont gratuites pour les usagers.

Démarche d'évaluation et qualification de l'impact

Les études réalisées pour évaluer l'efficacité du projet relèvent, entre autres :

- Une amélioration constante de la collaboration entre les professionnels de santé des différents niveaux de soins ;
- Une amélioration de l'expérience usager, les patients comprenant davantage l'imbrication des différents types de soins (87% des patients jugent que la coordination entre hôpital et premiers soins est bonne/très bonne) ;
- Une baisse de la sollicitation des services hospitaliers par les patients (baisse de 7% des admissions et de 24% des réadmissions en deux ans) ; cela est particulièrement vrai pour les patients atteints de maladies chroniques ;
- Une meilleure maîtrise des coûts, en termes de dépenses par habitant.

En 2013, l'Euskadi publie son « Plan de soins intégré pour le Pays basque », enclenchant ainsi le processus de transformation des structures de la région en 13 OSI, auprès de 2,19 millions de personnes.

Sources : cf. bibliographie

Un équilibre à trouver pour amplifier les impacts des dispositifs de prévention

Les démarches et actions de prévention sont **complexes à évaluer et leurs impacts apparaissent sur le temps long**.

Les indicateurs mobilisés dans le cadre des démarches d'analyse de résultats **portent souvent davantage sur les moyens** (nombre d'ateliers réalisés, nombre de partenariats engagés, nombre de personnes touchées par les actions...) que sur les bénéfices réels sur la santé de la population. C'est particulièrement vrai pour les démarches de prévention primaire, qui désigne d'après l'OMS l'ensemble des actions visant à « empêcher l'apparition d'une maladie ».

La prévention portant sur des personnes porteuses de pathologies spécifiques peut faire l'objet d'une évaluation plus simple, via les indicateurs hospitaliers notamment, comme ceux qui sont mobilisés par la FHF (évolution des taux de séjours hospitaliers au bénéfice des patients diabétiques, part d'admission via les urgences pour les patients diabétiques...). Ces difficultés ne sont pas spécifiques aux collectivités territoriales, mais sont **renforcées par le fait qu'elles ne possèdent pas de compétences en santé** et donc la plupart du temps, de ressources dédiées à même de développer des protocoles et des méthodologies (médecins de santé publiques, épidémiologistes...). Pour appuyer les porteurs de projet, les **ressources mises à disposition par les ARS peuvent être utiles dans ce cadre**. L'ARS Hauts-de-France a par exemple structuré un guide à destination des porteurs de projet de prévention, y compris les collectivités territoriales, pour les appuyer dans l'élaboration de démarches d'évaluation.

Guide « Évaluez votre projet en prévention / promotion de la santé », de l'ARS Hauts-de-France

Le guide de l'ARS comporte plusieurs rappels relatifs aux démarches d'évaluation des projets de prévention. Il rappelle ainsi la **définition d'une démarche d'évaluation**, revenant sur ses objectifs et sur les différents niveaux d'évaluation d'un projet : efficacité du projet, impacts, efficience basée sur le rapport entre les résultats obtenus et les moyens utilisés, etc. Il revient également sur les indicateurs-type par objectifs sur lesquels baser l'évaluation, en rappelant les différents types d'objectifs existants dans le déploiement d'un projet et en synthétisant les questions principales guidant l'évaluation en fonction des différentes dimensions du projet (politique, budget, etc.).



Il développe aussi des indicateurs-type de résultats attendus par typologie d'action, comme le public cible, la mise en œuvre, le suivi du programme et les moyens utilisés pour les actions relatives au travail en réseaux et à la coordination des acteurs. Enfin, le guide met en exergue d'autres outils utiles à la structuration d'une démarche d'évaluation (outils de recueil des données d'évaluation, etc.) et comporte des fiches thématiques visant à appuyer le porteur de projet dans la réalisation de son bilan annuel et de l'évaluation pluriannuelle de son projet.

Source : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/117722/download?inline>

Au vu des difficultés à mesurer et objectiver l'impact de la prévention, la **priorisation de ces démarches par les collectivités territoriales ne va pas de soi**, à la fois en termes d'ingénierie et d'effort financier. Cela induit le risque que le sujet reste investi par des territoires disposant de moyens importants et de populations plus favorisées (métropole notamment), **alors même que la prévention bénéficie particulièrement aux populations précaires**.

L'approche partenariale nécessaire aux démarches de prévention doit en outre **être outillée et faire l'objet d'une gouvernance dédiée**, qui ne prenne pas le pas sur les actions. De nombreux acteurs rencontrés dans le cadre de cette étude soulignent en effet le **risque d'une accumulation de plans, contrats, au niveau local, qui entraînent un coût de coordination important** et le risque de déporter l'effort et les ressources sur le pilotage au détriment des projets.

En synthèse

- L'inflexion dans l'orientation curative du système de santé français est incarnée également par les initiatives territoriales portant sur la **prévention et la sensibilisation** : la prévention peut être un levier majeur pour juguler localement la demande en soins et repose de manière directe ou indirecte sur des champs d'action à la main des collectivités territoriales (transports et mobilité, logement, urbanisme, enseignement primaire et secondaire...).
- Les démarches de prévention appellent **un niveau de coopération particulièrement élevé**, à la fois au sein des collectivités et par la mise en réseau avec d'autres acteurs institutionnels publics et privés, au sein d'une gouvernance dédiée.
- L'élaboration de programmes de prévention intégrés s'observe donc principalement dans les villes et intercommunalités de taille critique suffisante pour intégrer des directions / services santé et coordonner un écosystème d'acteurs dans la durée, ou au sein de collectivités de taille plus modeste faisant preuve d'un fort volontarisme. Ils permettent **d'aboutir localement à la réduction des risques en santé** et doivent donc à ce titre être renforcés et encouragés.
- L'acculturation à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des initiatives de prévention au niveau territorial reste néanmoins encore faible, au vu de la complexité d'objectiver ses impacts, du **manque de ressources financières et d'outils dédiés**.

**De nouveaux modèles
d'exercice des soins**

Une explosion des initiatives de centres de santé (CDS) et maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)

Des dispositifs mobilisés de manière privilégiée par les collectivités territoriales

Les collectivités territoriales et leurs élus se trouvent en première ligne face aux sollicitations des usagers, inquiets de constater la difficulté croissante d'obtention d'un rendez-vous médical. Pour tenter de pallier la désertification médicale, ces acteurs ont tendance à privilégier le recours à la mise à disposition de locaux d'exercice médical pour les professionnels de santé. Deux types de structures d'exercice coordonné sont à distinguer en la matière : les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et les centres de santé (CDS).

A horizon 2027, le ministère de la Santé et de la Prévention souhaite l'ouverture de 4000 **maisons de santé pluriprofessionnelles**. Ces MSP regroupent des médecins généralistes et spécialistes aux côtés d'autres professionnels de santé, parmi lesquels se trouvent nécessairement des paramédicaux. Les professionnels de santé de la MSP exercent à titre libéral. Les MSP reposent sur le principe de coordination des soins, formalisé par un projet de santé. Au cours des dix dernières années, plus de 2 000 MSP ont ouvert, le plus souvent à l'aide du soutien des collectivités, par le financement ou le subventionnement de la construction des locaux. Le niveau global de la charge financière assurée par les différents niveaux de collectivités et les ARS avoisine 200 M € par an (Cour des Comptes, 2023). En revanche, ces coûts peuvent être amoindris à terme selon les modalités d'utilisation accordées aux professionnels, notamment en matière de loyer ; l'effort financier réel reste donc fortement variable en fonction de la politique adoptée par la collectivité. Il n'en reste pas moins que l'objectif d'ouverture de 1 000 MSP, initialement fixé par l'Assurance Maladie, a été largement dépassé, témoignant de l'engagement des acteurs publics pour le dispositif.

Les **centres de santé** sont des structures sanitaires de proximité, sans hébergement ; elles disposent des soins de premier et/ou de second recours et pratiquent des activités de prévention, diagnostic et soins au sein du centre ou au domicile des patients. Très hétérogènes par leur taille et leurs activités, les CDS se distinguent des MSP par la nature du statut des professionnels de santé qui y exercent : ces derniers sont en effet salariés. Les CDS pratiquent des tarifs opposables et le tiers payant ; ils participent à ce titre à l'accessibilité des soins. Les centres de santé gérés par des collectivités territoriales sont majoritairement implantés dans les territoires où la densité en médecins libéraux est dégradée.

Des dispositifs efficaces sous certaines conditions

Les nombreux exemples de lieux d'exercice coordonné bénéficiant de locaux neufs, dotés d'un équipement moderne, attendant parfois des années avant qu'un collectif de professionnels ne vienne s'y installer, sont devenus un « anti-exemple » en matière d'intervention des collectivités territoriales en santé. La simple mise à disposition de locaux est en effet très souvent insuffisante et peut entraîner des difficultés additionnelles pour les communes ayant investi une part importante de leur budget dans la construction de bâtiments onéreux.

Il est donc nécessaire que les collectivités territoriales **réfléchissent de manière globale, en mode projet et en relation avec les différents professionnels de santé du territoire, aux différents leviers qu'elles peuvent mobiliser** afin de s'assurer que les locaux proposés aux professionnels de santé ne se transforment pas en coquilles vides. Cela passe par la mise en place d'une équipe-projet dédiée, compétente pour analyser les besoins territoriaux et mobiliser en fonction des résultats relevés les ressources pertinentes à favoriser l'installation des professionnels de santé. Les expériences les plus favorables témoignent en effet de la mobilisation par les collectivités de plusieurs actions complémentaires, venant enrichir la politique de santé du territoire, parmi lesquelles l'articulation avec des politiques d'attractivité (aides financières à l'installation, accompagnement individualisé pour l'implantation de la famille du médecin, etc.), l'action sur les sujets de prévention ou encore la densification des réseaux professionnels. Par ailleurs, les guides pratiques publiés par la Banque des Territoires mettent en avant qu'un projet porté par les EPL (notamment les SEM) met en moyenne 4 ans à se monter, impliquant la nécessité d'une co-construction des projets entre les différents acteurs concernés.

L'enjeu d'intégration des MSP et CDS n'est cependant pas le seul aspect de ces dispositifs à interroger. Les CDS, qui se développent prioritairement dans les zones sujettes à la désertification médicale, emploient des professionnels salariés, dont le temps travaillé est moins important que celui des libéraux (en général limité à 40 heures par semaine). De plus, les CDS accueillent plus facilement des publics éloignés des soins ou des patients complexes, allongeant les temps de consultation. Par conséquent, les CDS sont porteurs d'un **risque important de déséquilibre financier**, engageant la capacité financière des collectivités territoriales les finançant par le paiement des salaires des professionnels ou le paiement du loyer.

L'OSAT de Châteauroux, une solution temporaire pour les patients sans médecin traitant (Monographie détaillée p.75)

Contexte et principes du projet

L'Office de Soins Alternatifs et Transitoires (OSAT) de Châteauroux est un centre de santé rassemblant trois médecins salariés, des infirmières en pratique avancée (IPA) et des assistants médicaux. Il offre à des usagers dont la situation est considérée comme prioritaire la possibilité de retrouver un médecin traitant. Ainsi, les patients souffrant d'affections longue durée (ADL) constituent 60% de la patientèle du CDS, contre 15 à 20% pour les autres CDS de la région Centre-Val de Loire. D'un point de vue qualitatif, **l'impact de l'OSAT est jugé positif en matière d'accès aux médecins traitants** - bien que cela le dispositif ne permette pas, à lui seul, de répondre à la demande au niveau de l'agglomération (15 000 habitants sans médecin traitant).

Modèle économique

La Commune de Châteauroux prend en charge le loyer et les charges associées au centre de santé, implanté au sein de la maison de santé (MSP) de la commune appartenant à un bailleur social. La région Centre-Val de Loire finance les salaires des quatre médecins exerçant dans le centre de santé.

Source : entretiens

La Cour des comptes souligne que le modèle de CDS peut néanmoins être viable, citant l'exemple du GIP de Vierzon, dans le Cher, qui a dégagé des excédents dès sa première année de fonctionnement. Des modèles innovants, à l'instar de celui porté par l'association Bouge ton Coq, se sont également révélés efficaces en matière d'équilibre financier ; ainsi, le montage du dispositif intitulé « **Médecins Solidaires** » (monographie détaillée p.83) permet, en demandant une concession financière très ponctuelle à des médecins libéraux, d'assurer l'autonomie financière d'un CDS ouvert en continu.

Médecins solidaires, la solution du temps partagé dans des territoires ruraux



Contexte et principes du projet

Implanté en premier lieu à Ajain, dans la Creuse, le projet a pour objectif de proposer un suivi médical à des usagers sans médecin traitant déclaré, grâce à la mobilisation d'un réseau de médecins partenaires accueillis dans un centre de santé (CDS).

Ce dernier fonctionne sur le **concept du Temps Médical Partagé** : plutôt que de chercher à favoriser l'installation des professionnels de santé dans les déserts médicaux pour plusieurs années, des médecins généralistes mettent à disposition ponctuellement une semaine de leur temps d'exercice.

Ainsi, cinquante-deux médecins membres du collectif nouvellement créé Médecins Solidaires se relayent pendant une année, semaine après semaine, au sein du centre de santé.

Le projet innove donc dans la solution qu'il propose face à l'enjeu d'installation des médecins dans les déserts médicaux : le suivi des patients s'organise non plus autour de la figure du médecin de famille, mais à partir d'une « **famille de médecins** ».

Résultats

La quasi-totalité des objectifs définis en début d'expérimentation sont aujourd'hui atteints : 25 consultations par jour et par médecin, recrutement de 400 médecins, deux modèles de CDS testés (différent par le nombre de lignes de consultation, la présence d'une infirmière « Asalée » et les modalités de recrutement des équipes support), 750 patients - dont un certain nombre en affectation longue durée - ayant choisi le CDS d'Ajain comme médecin traitant six mois après l'ouverture. Un objectif initial reste à remplir : celui de l'ouverture de cinq nouveaux CDS par an dès 2023.

D'un point de vue qualitatif, l'impact de Médecins Solidaires est donc jugé **très positif en matière d'accès aux médecins traitants et de continuité des soins**.

Modèle économique et financier

L'effort financier initial est réparti entre plusieurs acteurs du territoire : la commune d'Ajain, la Communauté d'Agglomération du Grand Guéret, la Préfecture de la Creuse, l'ARS Nouvelle-Aquitaine et la Région Nouvelle-Aquitaine.

La commune met à disposition de l'association les locaux et le matériel médical.

Le CDS devient autonome d'un point de vue financier une fois passée la phase d'amorçage, à partir de 18 mois de fonctionnement. Cette autonomie financière repose sur la capacité des médecins à accepter une réduction de revenus temporaire, le modèle repose donc en partie sur l'engagement individuel de professionnels de santé.

Source : entretien et site internet de « Bouge ton Coq »

L'impact des MSP et les CDS est très variable. Du point de vue des professionnels, ces structures ont le potentiel de faciliter des regroupements de médecins, entraînant des dynamiques favorables à la constitution d'équipes de soins sous des formes plus complémentaires et plus souples. Les partenariats avec les CPTS sont également favorisés par le regroupement sous l'égide de structures communes. En matière d'accès aux soins, les MSP et CDS contribuent à la mise en place de la permanence des soins.

Néanmoins, ces dispositifs restent fragiles. Ainsi, la Cour des comptes souligne que, si une MSP est fondée sur un projet médical solide ainsi que sur l'engagement volontaire et effectif des professionnels, son impact peut se révéler très bénéfique pour la population ; les résultats peuvent être décevants dans le cas contraire. **L'impact peut également se révéler plus nuancé quand les collectivités territoriales se contentent de jouer le rôle d'intermédiaires immobiliers.** En effet, si elles ne se dotent pas d'indicateurs de suivi et limitent leur action au rôle de financeur, il existe un risque d'effet d'aubaine, bénéficiant aux médecins déjà installés sur le territoire.

L'impact des CDS varie selon les contextes. Les CDS permettent notamment de prendre en charge un public cible éloigné du soin, à l'instar de l'**OSAT**, dont les patients souffrant d'affections longue durée constituent 60% de la patientèle. L'ouverture de deux modèles testés par l'association **Médecins Solidaires**, à Ajain et au sein d'un second centre ouvert à Bellegarde-en-Creuse, permet en outre de déterminer les modalités d'un fonctionnement optimal pour une duplication à grande échelle. La Cour des Comptes souligne que certains CDS, s'ils réussissent à atteindre l'efficacité, le font parfois au détriment de l'efficience, faute d'une gestion suffisamment rigoureuse ; le cas du **CDS multisites de Saône-sur-Loire** (Monographie détaillée p.80) constitue un exemple intéressant en la matière.

Le Centre départemental de santé de Saône-sur-Loire, une réponse du Département reposant sur un maillage de l'ensemble du territoire



Contexte et principes du projet

Le nombre de médecins généralistes a baissé de 11 % entre 2007 et 2020 dans le département de Saône-et-Loire et les difficultés d'accès aux soins risquent d'être exacerbées par de nombreux départs à la retraite imminents (31 % des médecins ont plus de 60 ans). Face à ce constat, le Conseil départemental a créé un Centre de santé proposant le salariat aux médecins (complémentaire à l'exercice libéral), en maillant le territoire du département. Le Centre départemental de santé est constitué de sept Centres de santé territoriaux (CST) et de 26 antennes, implantées dans des locaux mis à disposition à cet effet par les communes ou les EPCI. Le Centre départemental de santé propose différents types de consultation (généralistes, spécialistes, etc) et des visites à domicile ou en établissements médico-social, notamment pour des patients âgés rencontrant des difficultés de déplacement ou souffrant de maladies chroniques.

Points forts

- Multiplicité des acteurs contactés et impliqués dans la conception (ARS, facultés de médecine, etc) et association des professionnels de santé au montage du projet
- Diagnostic territorial sur un an et demi avec l'ARS avant de déployer le projet
- Portage politique solide en interne et en externe

Résultats et répliquabilité

- En 2023 : 139 000 consultations sur le département, 33 000 personnes ont retrouvé un médecin traitant pour 60 000 personnes qui n'ont pas de médecin traitant sur le territoire.
- Parmi les patients du Centre départemental de santé, 30 % ont une maladie de longue durée, 12 % ont plus de 80 ans et 15,8 % sont bénéficiaires de la complémentaire santé solidarité.
- Le modèle paraît répliquable sur d'autres territoires mais implique un diagnostic territorial pour adapter le modèle aux spécificités locales.

Source : entretiens

Dans la durée, les lieux d'exercice coordonné, en particulier les MSP, sont aussi **confrontés à des enjeux d'animation et de gestion qui ne sont pas nécessairement anticipés en phase de conception**. Les compétences en termes de gestion des ressources humaines, d'animation de collectif, de gestion des outils notamment SI sont citées parmi les plus critiques pour ce type de structure. Faute de compétences dédiées, certaines structures se trouvent en difficulté au bout de quelques années d'existence.

ZOOM - Rôle des Sociétés d'Economie Mixte (SEM) dans les projets de santé



Les SEM peuvent jouer au niveau local différents types de rôles dans les projets de santé et peuvent constituer le bras armé des collectivités, notamment sur :

- L'amélioration de la qualité de vie : environnement de santé, logement, transports, salubrité publique (gestion des déchets, etc.), santé alimentaire (cantine, etc.), culture et loisirs (pratique du sport, etc.)
- Le développement économique en santé, par exemple l'AMO pour la construction d'une maison de santé

Pour aller plus loin :

- *Etude Economie mixte et santé* : https://www.banquedesterritoires.fr/sites/default/files/2023-10/EPL_ET_SANTE_VF120923.pdf
- *Guide EPL et Santé* : <https://www.banquedesterritoires.fr/sites/default/files/2023-10/EPL%20ET%20SANTE%20VF120923.pdf>
- *Replay de l'évènement « Les EPL, acteurs des politiques de santé » au Hub des Territoires du 21 novembre de 14h à 15h30* : <https://www.youtube.com/watch?v=pd3a5NDIDiE>

Bonnes pratiques – Conception et gestion d'un lieu d'exercice coordonné

1. Fonder le projet sur un diagnostic territorial multidimensionnel et partagé (contexte géographique, évolutions sociodémographiques, état de santé de la population, attentes de la population et des professionnels de santé...)
2. Co-construire le projet en lien avec les professionnels de santé déjà présents sur le territoire, si possible en lien avec les CPTS
3. Penser les synergies entre les professionnels de santé cibles (exemple : peu de synergies a priori entre un dentiste et un médecin généraliste)
4. Penser la programmation du lieu en intégrant les besoins de nouveaux métiers / nouvelles formes de soins (ex. IPA, assistants médicaux, téléexpertise...)
5. Assurer l'animation de la structure dans la durée (mise en place d'un coordinateur, organisation de temps collectifs mobilisant les professionnels de santé...)

De nouveaux métiers permettant une libération du temps médical

Depuis vingt ans, des métiers paramédicaux innovants font l'objet de mesures de soutien et de développement nationales.

Ces métiers permettent en effet d'assurer un meilleur partage de compétences entre les médecins et les paramédicaux. Certains, à l'instar des assistants médicaux, sont relativement anciens, bien qu'encore trop peu ancrés dans l'exercice médical. D'autres sont le résultat d'innovations fonctionnelles plus récentes, tels les infirmiers Asalée et les Infirmiers en Pratique Avancée (IPA). L'enjeu, ici, est de réussir à assurer le passage à l'échelle de ces professions en les intégrant aux équipes médicales et parcours de soins déjà en place.

Les **assistants médicaux** secondent les professionnels de santé dans un certain nombre de tâches administratives et soignantes : accueil des patients, mise à jour de leur dossier, facturation, protocoles, etc. Le travail réalisé en tandem avec les généralistes permet de libérer du temps de consultation et donc d'accroître la capacité d'accueil des médecins tout en assurant un meilleur suivi des patients. Au 1^{er} février 2022, on dénombre 2 809 contrats d'assistants médicaux, pour 1 486 ETP, répartis entre 2 150 généralistes et 560 spécialistes (Sénat, 2023). L'augmentation du nombre de patients dans la file active est estimée à 1 077 156 personnes. L'objectif de 4 000 assistants en 2022, fixé par le gouvernement, reste cependant encore loin d'être atteint.

Le dispositif des **Infirmiers Asalée** (Actions de Santé Libérale En Equipe), créé en 2004, vise à proposer un accompagnement individuel à des patients atteints de maladies chroniques par un infirmier spécifiquement formé. Les infirmiers Asalée exercent au sein d'un cabinet médical. En 2019, on comptait 700 infirmiers Asalée travaillant en collaboration avec 3 000 médecins.

Quant aux **infirmiers en pratique avancée** (IPA), rémunérés au forfait, ils se situent à l'interface des exercices infirmier et médical. Disposant de compétences élargies, ils assurent le suivi de certains patients et peuvent réaliser des tâches traditionnellement dévolues aux médecins : prescription d'examen complémentaires, renouvellement de prescriptions médicales... Le Sénat estimait que 1 700 IPA exerçaient sur le territoire en juillet 2022.

Pouvoir bénéficier d'un relai auquel déléguer les tâches qui ne relèvent pas du périmètre médical à proprement parler, ou qui ne nécessitent pas l'expertise du médecin, constitue un fort enjeu d'attractivité des médecins. L'impact de ces nouveaux métiers est également jugé très favorable du point de vue du patient, car ils permettent de favoriser le suivi des malades chroniques tout en réduisant les délais d'accès aux soins non programmés. Ces professions peuvent également contribuer à la coordination du parcours des patients entre la médecine de ville et l'hôpital.

Au Canada, une expérimentation introduisant un nouveau rôle médical, l'infirmière pivot en oncologie, a été menée au début des années 2000. Les résultats probants du dispositif ont ainsi mené à sa duplication à grande échelle.

L'intégration de ces métiers innovants dans les parcours de soins implique de nouveaux enjeux (immobiliers, organisationnels...), encore rarement pris en considération dans les projets de lutte contre les déserts médicaux, au niveau territorial.

Infirmières pivots en oncologie

MONTÉRÉGIE

Contexte et principe du projet

Au Québec, à la fin des années 1990, il n'existe pas d'établissements spécialisés dans la prise en charge des cancers, à l'image des *Cancer center* aux Etats-Unis. Les expertises et ressources en oncologie sont dispersées, entraînant des difficultés d'accessibilité aux dispositifs spécialisés pour les patients et leurs médecins. On constate également que les infirmières, qui jouent un rôle de premier plan dans la compréhension globale de la situation des patients, sont souvent issues de filières généralistes et manquent de compétences propres à l'oncologie. Or, disposer d'une telle expertise permettrait pourtant d'assurer un suivi de meilleure qualité, notamment dans un contexte d'évolution rapide des connaissances et de la pratique en oncologie.

Émerge alors l'idée de spécialiser certaines infirmières dans le suivi des patients atteints d'un cancer. Le concept d'Infirmière Pivot en Oncologie (IPO) est progressivement développé. Intervenant à la croisée des mondes de l'oncologie et des soins infirmiers, les IPO seraient l'intermédiaire de confiance au rôle clef dans la coordination des soins donnés aux patients en oncologie. Par la suite, le Programme Québécois de Lutte contre le Cancer, publié en 1997, encourage l'établissement du rôle de l'infirmière pivot pour remédier aux difficultés identifiées.

Un projet pilote est lancé en 2002, pour une durée de deux ans, en Montérégie, la deuxième plus grande région administrative du Québec (1,37 millions d'habitants), en collaboration avec un centre hospitalier régional et onze centres de santé et de services sociaux (CSSS). Le dispositif se dote d'un réseau de dix IPO, formées à leur entrée dans le programme.

L'IPO est intégrée à une équipe pluridisciplinaire et possède les compétences nécessaires pour évaluer l'ensemble des besoins de la personne malade ainsi que de ses proches. En complément de son rôle d'accompagnement et de soutien émotionnel, son rôle comporte une forte dimension d'enseignement au patient. Elle contribue à humaniser le processus de soins grâce à son expertise biomédicale et psychosociale.

Démarche d'évaluation et qualification de l'impact

Plusieurs études réalisées sur le dispositif pilote mettent en lumière la satisfaction des patients, mais également des équipes de professionnels de santé, sur plusieurs dimensions :

- Amélioration de la qualité de vie des patients dans sa dimension émotionnelle ;
- Augmentation de la satisfaction par rapport aux soins ;
- Meilleure compréhension par les équipes médicales de la situation du patient ;
- Meilleur suivi et qualité de l'information des équipes.

Face aux résultats probants de l'expérimentation, la Direction de la lutte contre le cancer au Canada soutient, dans la foulée, la priorisation de l'implantation de ces infirmières au Québec, notamment via ses Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer. Le dispositif est aujourd'hui largement répliqué sur le territoire ; en 2018, deux-cent-cinquante IPO exerçaient au Québec.

Sources : cf. bibliographie

Une nécessité de mieux tirer parti du maillage professionnel existant

En 2019, on dénombrait 488 communes qui, à défaut d'accueillir un médecin, étaient équipées d'une pharmacie – le maillage territorial des pharmacies étant par ailleurs également régulé. D'après certains élus locaux rencontrés, il serait donc nécessaire de mobiliser davantage les officines, dans l'accès aux soins de proximité. Des expérimentations (dans le cadre de l'article 51), comme le projet **Osys en Bretagne**, agissent déjà sur ce levier : 74 pharmacies en Bretagne sont ainsi impliquées dans l'expérimentation « prise en charge des petits maux », qui consiste à apporter un conseil encadré sur 6 pathologies bénignes et orienter le patient vers le médecin ou les urgences si nécessaire. De même, les Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE), exerçant en soins généraux, constituent également un vivier de professionnels de santé déjà fortement implantés au sein des territoires.

Dans cette logique, le **Dispositif Renforcé de soutien au Domicile pour les personnes âgées** du Hameau du Buis s'appuie, pour sa part, sur des IDE référents personnes âgées / personnes handicapées historiquement présents sur le périmètre du dispositif. Ces intervenants sont chargés d'identifier des profils cibles pertinents auxquels il pourrait être proposé de rejoindre le programme. Outre la mise à profit du maillage territorial préexistant, cette solution entraîne d'autres co-bénéfices : les familles et usagers accordent plus aisément leur confiance au nouveau dispositif et les acteurs publics, en leur qualité d'employeurs des référents, sont dès lors investis dans le processus opérationnel.

A l'étranger, l'appui sur le maillage territorial des paramédicaux a été expérimenté notamment au Royaume-Uni. La méthode **Making Every Contact Count** (MECC) permet ainsi d'élargir le champ d'intervention d'un large éventail de professions au contact du public : sage-femmes, pharmaciens, secrétaires médicales, mais également travailleurs sociaux, enseignants ou acteurs associatif. Les professionnels intéressés sont invités à se former à la promotion de la santé au détour de conversations anodines ; ils sont aussi outillés pour pouvoir rediriger vers les services de santé pertinents en cas de besoin. Ainsi, un maillage territorial très dense, offert par les acteurs sociaux et médicaux au contact du public, est mis à profit pour promouvoir le maintien en bonne santé de la population.

Le Dispositif Renforcé de soutien au Domicile pour les personnes âgées (DRAD), un EHPAD hors-les-murs (Monographie détaillée p.85)



Contexte et principes du projet

Le DRAD du Hameau du Buis est un dispositif favorisant le maintien à domicile de personnes âgées résidant sur 12 communes de Haute-Vienne. Adossé à un EHPAD, il met à disposition des bénéficiaires une équipe pluriprofessionnelle chargée de leur accompagnement au quotidien. Le DRAD axe une partie importante de ses actions sur la sécurité des dix usagers bénéficiaires du programme.

Le projet est initialement intégré à une démarche portée par la Mutualité Française, visant à favoriser la mise en place d'un nouveau modèle d'accompagnement des seniors porté par la Fédération. La sélection du dispositif dans le cadre de l'Article 51, aux côtés de projets similaires portés par la Croix-Rouge française et le Groupe Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve, permet d'affiner la nature du projet de maintien à domicile : le concept de DRAD est adopté. Les porteurs de projets sont dotés des financements nécessaires au lancement de l'expérimentation dans 23 sites pilotes, dont 11 relevant de la Mutualité Française.

Résultats

Les résultats des dispositifs DRAD portés par la Mutualité Française sont probants tant du point de vue des usagers que de celui des professionnels. Les usagers sont 99% à considérer que le DRAD fournit une réponse effective à leurs besoins ; la quasi-totalité d'entre eux reconnaît la qualité de l'équipe du DRAD, notamment concernant le respect de l'intimité et la disponibilité pour les échanges (99%) et la réponse aux demandes / remarques (96%). Quant aux professionnels, 95% d'entre eux sont satisfaits de leur travail au sein du DRAD et se projettent sur ce type de poste/mission pendant

les deux prochaines années. 87% indiquent que la relation avec les bénéficiaires a été améliorée par le dispositif.

L'intérêt du dispositif DRAD a été validé par le législateur, qui l'a pérennisé sous la forme juridique du Centre de Ressources territoriales (CRT).

Parmi les facteurs clefs de réussite du projet, figure le travail réalisé en hybridation public/privé, à partir de l'existant, pour optimiser le maillage du territoire. Le dispositif du Hameau du Buis s'appuie notamment sur sa collaboration avec les référents personnes âgées / personnes handicapées du Département, historiquement présent au contact du public cible, pour identifier des bénéficiaires potentiels du programme, ainsi qu'avec le DAC-PTA.

Source : Mutualité Française

Une marge de manœuvre certaine pour les collectivités territoriales

Si les collectivités n'ont pas de compétences sur l'organisation des soins, il leur est néanmoins possible de proposer un **accompagnement logistique** pour favoriser l'émergence et la consolidation des rôles paramédicaux innovants (assistants médicaux, infirmiers Asalée et IPA). En effet, elles ont la capacité d'actionner le levier immobilier afin de s'assurer de mettre à disposition de ces nouveaux arrivants des locaux, par exemple en attribuant d'emblée certains espaces d'un CDS à l'exercice de ces professions. Elles peuvent également contribuer à financer le personnel de gestion des centres de santé (secrétariat, entretien...).

Les collectivités territoriales peuvent également jouer le **rôle d'animation de réseau** entre les différents acteurs de santé, afin de favoriser les synergies entre les différents services, notamment entre la médecine de ville et l'hôpital. A titre d'exemple, la ville de Châteauroux a procédé à la création d'un **Comité d'Organisations des Soins** (COS), groupe de travail rassemblant des élus et des acteurs de la santé (présidence de la CPTS, direction de la clinique et du centre hospitalier, représentants des usagers, etc.), dans l'objectif d'assurer une démarche territoriale coordonnée de santé. Cet espace de discussion, animé par les élus, permet de favoriser le dialogue entre l'ensemble des parties prenantes en santé du territoire.

La responsabilité d'assurer la **bonne connaissance des solutions existantes** peut également incomber aux collectivités territoriales. Celles-ci ont un rôle clé à jouer dans la mise en visibilité de certains dispositifs existants, tant auprès des médecins que des usagers. Les infirmiers Asalée et les IPA gagneraient en effet à bénéficier du soutien des pouvoirs publics pour valoriser leur potentiel auprès de la communauté médicale. En complément, les régions, départements et communes peuvent également disséminer une information médicale actualisée et pertinente aux usagers. En 2023, les pharmaciens ont été autorisés à prescrire et administrer l'ensemble des vaccins du calendrier vaccinal aux patients de plus de 11 ans ; les communes dépourvues d'une offre suffisante en médecins traitants peuvent par exemple mener des campagnes de communication pour s'assurer que cette information soit bien parvenue à ses administrés.

La MSP Bellevue à Nantes : une programmation inclusive, enjeux de soins et de prévention (Monographie détaillée p.74)



Contexte et principes du projet

Implanté dans un quartier prioritaire de la ville à Nantes, la maison de santé, qui accueille 17 professionnels (six médecins généralistes, cabinet infirmier, kinésithérapeutes, sages-femmes, orthophonistes...) a été pensée comme un lieu ouvert, à la croisée du soin, de la médiation en santé et de la prévention. La MSP travaille en lien avec les associations locale, sur différents axes (nutrition, sport-santé...) et accueille des infirmières Asalée. Elle intègre également des espaces ouverts aux habitants, dans l'objectif d'organiser des formats collectifs autour de la santé.

Résultats

Une autre MSP, également portée par la foncière Novapôle (soutenue en investissement par la Banque des Territoires, au niveau de la SEM en charge du projet, doit ouvrir au Nord de Nantes sous le même modèle fin 2023.

Source : Métropole de Nantes et évaluation des Impacts sur la Santé de l'intégration d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSPP) dans le projet « Grand Bellevue » Rapport final de l'EHESP

Une démarche d'innovation organisationnelle en santé portée au niveau national

De nombreuses initiatives recensées au niveau territorial et parfois embarquées dans des dispositifs larges, comme le dispositif « [Strasbourg territoire de santé de demain](#) » (Monographie détaillée p.78), sont intégrées dans le **cadre expérimental de l'Article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2018**, qui permet des modalités de financement dérogatoires, favorables à la mise en place d'organisation de soins innovantes. **Les projets intégrés dans l'Article 51 doivent tester des modes de financement inédits, proposer des solutions d'amélioration de l'efficience du système de santé ou de l'accès aux soins, en encore améliorer la pertinence des prescriptions de produits de santé.**

En 2021, sept régions comptabilisaient plus de 80 projets déposés à l'initiative d'acteurs ; l'Île-de-France, la Bretagne et les Pays-de-la Loire étaient celles totalisant le plus grand nombre de projets déposés.

Parmi ces sept régions, quatre ont vu plus de 20 projets recevoir l'autorisation d'intégrer l'Article 51 : l'Occitanie (34), l'Île-de-France (30), le Grand Est (20) et les Hauts-de-France (20).

Bien que ces initiatives ne portent pas exclusivement sur la problématique des déserts médicaux, un certain nombre d'entre elles promeuvent, directement ou non, des solutions d'accès aux soins dans les territoires. Les dispositifs de [Responsabilité Populationnelle](#), du [DRAD](#) ou encore [S É SAME](#) (Monographie détaillée p.78) s'inscrivent par exemple dans cette dynamique et impliquent des collectivités territoriales, en tant que parties prenantes.

Le dispositif SÉSAME, modèle de soins d'équipe coordonnés en santé mentale

Contexte et principes du projet

Le dispositif SÉSAME, porté par l'association Quartet Santé en partenariat avec l'Institut Montaigne et le Centre Hospitalier de Versailles, a pour objectif de **de favoriser le dépistage par la médecine générale des troubles anxieux et dépressifs**, en se basant sur un questionnaire PHQ2 adressé au patient par le médecin généraliste qui, en fonction des résultats, peut lui proposer de bénéficier du dispositif. Le questionnaire PHQ2 correspond à une première grille d'analyse permettant de détecter les patients possiblement atteints de troubles anxieux ou dépressifs.

Le dispositif est organisé autour du travail d'une équipe médicale (psychiatre, médecin généraliste et infirmier collaborateur), un registre de suivi de la file active des patients, des revues de cas régulières et des outils permettant d'évaluer l'état des patients.

Résultats

Depuis 2021, le modèle pilote, dans les Yvelines, a impliqué 17 médecins généralistes, 3 infirmiers et 3 psychiatres référents. En septembre 2023, près de 700 patients avaient bénéficié des soins proposés par le dispositif des Yvelines, pour une prise en charge moyenne de 6 à 12 mois.

Le projet SÉSAME va s'élargir dans 4 départements supplémentaires d'Île-de-France avec 12 sites, 59 généralistes, 8 infirmiers et 8 psychiatres, avec l'objectif de suivre plus de 2 900 patients sur la période 2023-2026.

Modèle économique

Le projet bénéficie d'un **financement dans le cadre de l'Article 51** pour une durée de trois ans, avec pour objectif à long-terme de proposer un modèle de tarification. Le modèle économique repose sur deux forfaits différents par prise en charge :

- Un soin « SÉSAME classique » de trois mois, renouvelable trois fois (12 mois maximum) d'un montant de 608€. De 2023 à 2026, le montant total de ce soin devrait s'élever jusqu'à 2,5M€ ;
- Un soin « SÉSAME léger » d'un montant de 245€ non renouvelable. De 2023 à 2026, le montant total devrait s'élever à 92 610€.

Le montant total du financement est évalué à 3M€ à horizon 2026.

Source : Institut Montaigne

L'essor des dispositifs itinérants

Différents types de dispositifs itinérants (bus ou camions) se sont développés ces dernières années, sous une variété de formats : bus de dépistage/prévention, vaccinobus, bus de consultation médicale (généralistes / spécialistes). Cette dynamique est soutenue au niveau national, dans le cadre du projet gouvernemental de création de 100 médicobus à horizon fin 2024, **via un appel à projet débouchant sur une labellisation d'une durée de trois ans.**

A l'image du dispositif **MarSoins** (Monographie détaillée p.73), dans l'Ouest, ces dispositifs souffrent souvent d'un modèle de financement précaire, basé sur des sources annuelles, qui nécessitent pour les porteurs de consacrer un temps important au montage de dossiers de financement et à la recherche de partenaires. En outre, parmi les leviers évoqués par les porteurs de projet pour favoriser la pérennité des modèles, certains besoins sont liés à l'ingénierie particulière que nécessite le fonctionnement d'un dispositif itinérant (communication, logistique, gestion des partenariats...), qui peuvent constituer des axes d'accompagnement intéressant pour ce type de projet.

Le MarSoins : un dispositif « d'aller vers » en matière de prévention et dépistage

Contexte et principes du projet

A la suite du lancement en 2014 d'un centre de santé infirmier à Saint-Nazaire par l'association MarSoins, un diagnostic est réalisé sur le territoire de la commune en 2016 sur la situation sanitaire de la population. En 2017, l'association « A vos soins » lance le projet MarSOINS, une unité mobile de prévention qui propose des dépistages gratuits et ouverts à tous pour réduire les inégalités en santé. Des dépistages dentaire, optique, auditif, sage-femme, dermato, cardio sont réalisés dans des quartiers prioritaires, lors de distribution alimentaire, sur des marchés... C'est sur cette base que le projet s'est étoffé puisque plusieurs camions mobiles couvrent désormais 4 territoires.

Le MarSOINS est un dispositif ayant pour objectif d'agir sur la prévention comme moteur de la réduction des inégalités sociales en santé, il va vers les publics éloignées, précaires, isolés. Il propose une solution innovante qui trouve dans des déserts médicaux des professionnels de santé alors que le système de santé peine à remplacer les départs en retraites. Il propose des programmes de prévention, en complément des dispositifs de santé existants.



Résultats

Depuis 2017, 921 actions de prévention et 7 345 dépistages ont été réalisés, avec 3 141 personnes réorientées vers des soins, dont 474 personnes orientées vers un soin d'urgence. Malgré son impact, la répliquabilité à plus grande échelle du dispositif se heurte à la solidité financière du modèle et à la dépendance au système de bénévolat (le fort niveau d'implication des bénévoles et des professionnels de santé est un facteur clé de succès du dispositif).

Selon les territoires, entre 3% et 15% des personnes accueillies pour un dépistage n'ont pas de médecin traitant et entre 4% et 18% des personnes orientées vers le parcours de soin sont dans le même cas.

Source : entretien avec Nicolas Blouins Co-directeur A vos soins, le 01/12/2023 et site de MarSoins

En synthèse

- Les lieux d'exercice coordonné (MSP, CDS) permettent à la population de **retrouver un médecin traitant et sont attractifs pour les professionnels de santé**. Certains lieux d'exercice coordonné présentent en outre un caractère innovant (intégration d'actions de prévention, ciblage de populations spécifiques, recours à des organisations flexibles...) et tendent à devenir des « tiers-lieux » de santé intégrés, capables d'agréger des initiatives plus larges et une action de santé publique.
- Le modèle des MSP et CDS reste à renforcer et la place des collectivités territoriales dans ces projets doit être accompagnée, au vu de leur coût important et du niveau d'ingénierie qu'ils requièrent pour monter des projets pertinents. Sans cela, le **risque est de faire advenir des lieux attendant parfois des années avant qu'un collectif de professionnels ne vienne s'y installer**.
- L'évolution des formes de soins (équipes mobiles, dispositifs itinérants...) constitue une dynamique amenée à prendre de l'ampleur et appelle des réponses en termes d'**appui logistique, de financement des équipements**, car les modèles restent à ce stade peu pérennes dans le temps.
- Les évolutions dans les métiers et les formes d'exercice en santé doivent aussi permettre une **libération du temps médical** (infirmières de pratique avancée, assistants médicaux, infirmières Asalée). L'enjeu est de réussir à assurer le passage à l'échelle de ces professions en les intégrant aux équipes médicales et parcours de soins déjà en place et en leur **offrant des conditions d'exercice (locaux, outils...) adéquates**.

Bonnes pratiques – Conception et gestion d'un lieu d'exercice coordonné

6. Fonder le projet sur un diagnostic territorial multidimensionnel et partagé (contexte géographique, évolutions sociodémographiques, état de santé de la population, attentes de la population et des professionnels de santé...)
7. Co-construire le projet en lien avec les professionnels de santé déjà présents sur le territoire, si possible en lien avec les CPTS
8. Penser les synergies entre les professionnels de santé cibles (exemple : peu de synergies a priori entre un dentiste et un médecin généraliste)
9. Penser la programmation du lieu en intégrant les besoins de nouveaux métiers / nouvelles formes de soins (ex. IPA, assistants médicaux, téléexpertise...)
10. Assurer l'animation de la structure dans la durée (mise en place d'un coordinateur, organisation de temps collectifs mobilisant les professionnels de santé...)

**La transformation
numérique pour
faciliter l'accès à la
santé**

La télémédecine : un besoin de transformation maîtrisée

Etat des lieux de l'utilisation de la télémédecine

Le décret du 10 octobre 2010, pris en application de la loi HPST, décline la télémédecine en **cinq types d'actes médicaux** : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance et la régulation (réponse médicale des SAMU). Depuis la fin de la dernière décennie, nous connaissons un contexte favorable au déploiement de solutions numériques en santé, qui sont progressivement apparues comme un levier de désenclavement des déserts médicaux à fort potentiel.

Ainsi, le remboursement d'actes de téléconsultation et de téléexpertise par l'Assurance maladie a été adopté en 2018 et 2019. L'usage du numérique en santé a été décuplé au cours de la période post-Covid-19, à l'image de l'essor de la numérisation des usages dans tous les secteurs. Ces deux facteurs ont largement contribué à la généralisation des actes de télémédecines : en 2021, plus de 9,4 millions de téléconsultations ont été réalisées chez les praticiens libéraux, contre 80 000 en 2019 (DREES, 2022). Certains acteurs se sont imposés comme des incontournables du système de santé, au premier rang desquels la plateforme de prise de rendez-vous et téléconsultation Doctolib, via laquelle sont délivrées 500.000 téléconsultations par mois en 2024.

Le numérique, souvent perçu au premier abord comme un levier de solution efficace pour amener le soin aux patients, peut néanmoins conduire à la **mise en place de dispositifs peu opérants dans la pratique**. L'enjeu pour les initiatives territoriales est d'éviter toute posture « technosolutionniste ».

En effet, son intégration aux pratiques de santé ne fait pas l'unanimité ; la téléconsultation, solution emblématique de la télémédecine depuis la fin du Covid, est régulièrement pointée du doigt par les acteurs du secteur. En témoigne la prise de position du syndicat Médecins Généralistes France début décembre 2023, qui indique, en se basant sur une étude chiffrée de la CPAM d'Ile-de-France, que « la téléconsultation a surtout permis le développement d'une offre commerciale souvent couteuse et qui n'apporte le plus souvent aucun bénéfice au système de santé ».

On constate un certain essor du nombre d'acteurs privés qui s'emparent du sujet pour proposer une solution aux dysfonctionnements des services publics en matière d'accès aux soins. Or, ces dispositifs, pourtant plébiscités par certains acteurs publics, sont porteurs d'un risque d'inefficacité s'ils ne sont pas adaptés aux spécificités des territoires et menacent de faire peser un poids supplémentaire sur les finances de santé publique (rupture des parcours de soins, prises en charge inadaptées, coûts des solutions...). L'enjeu du lien entre le secteur public et le secteur privé est donc fondamental pour l'élaboration et la mise en œuvre de solutions adéquates, efficaces et pérennes.

Des initiatives comportant une dimension numérique majeure se structurent à différents niveaux, notamment sous l'impulsion de dispositifs nationaux qui encouragent la mise en place de solutions innovantes de santé basées sur le numérique (ex : Territoires de soins numérique, Ségur du numérique en santé...). Le projet **Strasbourg Territoire de santé de demain**, porté par l'Eurométropole de Strasbourg et lauréat du programme Territoires d'Innovation de France 2030, en constitue un bon exemple. Il fédère trente-quatre projets à forte composante numérique autour d'une vision commune : développer une démarche territoriale de santé intégrée, axée sur la prévention.

Strasbourg Territoire de santé de demain



Contexte et principes du projet

Le projet consiste à développer un modèle de démarche territoriale de santé intégrée, axé sur la prévention. Plusieurs diagnostics de santé ont été réalisés en amont du projet (ARS, Conseil Départemental, Eurométropole et Ville de Strasbourg, PETR du pays de Saverne, Plaine et Plateau) et ont fait ressortir des problématiques propres au territoire : importance de la prévention des pathologies par l'alimentation, l'activité physique, l'environnement, les conditions de travail et les rythmes de vie, prédominance des affections dues au vieillissement, au cancer, au diabète et à l'insuffisance cardiaque, disparités dans l'accès aux soins de proximité.

L'Eurométropole a porté une candidature à l'appel à projets Territoires d'Innovation et a été sélectionnée. Par la suite, elle a elle-même publié un appel à manifestation d'intérêt s'adressant aux porteurs d'initiatives permettant de corriger les inégalités territoriales en santé et de répondre aux enjeux du vieillissement et des maladies chroniques. Trente-quatre projets, portés par des acteurs publics et privés de diverses natures (entreprises, associations, université) ont été sélectionnés pour faire partie du dispositif final. Bien que le projet initial ne cible pas les déserts médicaux, son extension au-delà de la métropole l'a amené à répondre à cette problématique.

Points forts

- Elaboration de plusieurs diagnostics territoriaux permettant d'adapter le dispositif aux besoins caractéristiques du territoire
- Travail partenarial variés et croisement des compétences (ARS, CPTS, Eurométropole, etc)
- Indicateurs d'évaluation basé sur les caractéristiques propres des projets soutenus

Source : Eurométropole de Strasbourg et entretiens avec Fanny LOUX Cheffe de projet Territoires d'innovation à la Ville et Eurométropole de Strasbourg et Rémy BANULS, Chargé de mission santé intégrée, le 18/12/2023

Deux formes de télémédecine favorisées : la téléconsultation et la téléexpertise

Les actes de téléconsultation et de téléexpertise ont été les premiers dont les remboursements par l'Assurance Maladie sont entrés dans le droit commun, à la fin des années 2010 ; de ce fait, un certain nombre d'initiatives portent sur ces domaines, ou se sont dotées d'un volet en la matière.

Si la **téléconsultation** peut être réalisée depuis le téléphone portable de l'utilisateur, de plus en plus de villes se dotent de cabines de téléconsultation, mises à disposition des habitants de la commune. Cette dynamique est par ailleurs également portée par un nombre croissant d'entreprises. Une assistance est parfois proposée aux usagers pour les aider à utiliser ces dispositifs, ce qui s'avère fondamental pour les publics peu à l'aise avec les outils numériques. Ce modèle est porté, à large échelle, par le réseau **France services**, qui bénéficie de ressources humaines dédiées à l'accompagnement des usagers.

Zoom expérimentation téléconsultation en France services



En 2021, à la suite des remontées des agents France services exerçant au contact d'un public en recherche de médecins disponibles, l'Agence nationale de la cohésion des territoires, en partenariat avec la Banque des Territoires, a déployé deux dispositifs de téléconsultation au sein du réseau France services. Dix-sept structures ont pu expérimenter ces solutions pendant douze mois.

Dans certains territoires, des bornes fixes de téléconsultation médicale ont été installées par l'entreprise Medadom ; elles permettent aux usagers de consulter un médecin généraliste sans rendez-vous préalable. Ailleurs, c'est la solution portée par TokTokDoc qui a été favorisée : elle consiste à proposer un accès à la téléconsultation accompagné par une infirmière mobile diplômée d'Etat, en permanence dans le réseau, afin de se déplacer auprès des publics fragiles. Des médecins généralistes ou spécialistes peuvent être consultés.

Le coût des offres varie grandement en fonction des dispositifs et des prestataires.

Les retours d'expérience apparaissent contrastés. Les citoyens ont dans l'ensemble peu fréquenté les dispositifs et aucune corrélation n'a pu être établie entre nature du territoire et utilisation du dispositif. Certains écosystèmes de santé locaux ont pu opposer une résistance à l'intégration des expérimentations sur leur territoire. En revanche, les usagers ayant utilisé ces dispositifs et les agents

s'en disent très satisfaits (notes de 8,4/10 pour Medadom et 9,5/10 pour TokTokDoc). Une majorité de patients n'avaient pas de médecin traitant.

Le dispositif des bornes se heurtait par ailleurs à l'enjeu de l'illectronisme, mobilisant parfois les agents France services 40 minutes au lieu des 3 minutes escomptées.

Source : Bilan – Expérimentations relatives à la téléconsultation médicale en Frances services. Cf. bibliographie

D'autres territoires, comme Le Favril (commune d'Eure-et-Loir), ont fait le choix de proposer un accès à la téléconsultation en autonomie complète, via le dispositif des « [Consultstations](#) ».

Les « consultstations » du Favril : un cabinet médical connecté



Dans la commune du Favril, en Eure-et-Loir, les délais de consultation des médecins s'élèvent à quinze jours. Pour pallier leur manque de disponibilité, la commune a installé une cabine de télé-médecine au sein de la mairie, expérimentée pendant deux ans ; pour ce faire, elle a fait appel à l'expertise de H4D, qui développe les « consult-stations », dispositif déjà déployés au sein d'une quarantaine d'entreprises.

La cabine permet au patient de réaliser en autonomie 22 mesures, immédiatement envoyées au médecin : se peser, prendre sa tension, faire son électrocardiogramme, etc. Les médecins peuvent ainsi surveiller les patients chroniques et renouveler les ordonnances.

D'octobre 2019 à décembre 2020, 122 consultations ont été réalisées dans la cabine du Favril. 35% des utilisateurs ont plus de 60 ans. Alors qu'ils constituaient 27% des utilisateurs à la mise en service du dispositif, les moins de 30 ans n'en constituaient plus que 12% fin 2020. Le bilan du dispositif est donc mitigé, pour un coût élevé puisque le budget de fonctionnement de la cabine revient à 15 000 € par an à la commune.

Source : Site de l'AMFR <https://www.amfr.fr/2021/10/28/installation-dune-cabine-de-telemedecine-le-favril-28/?cn-reloaded=1>

D'autres formes de téléconsultation, par exemple avec un médecin traitant, déjà connu, dans le cadre d'un suivi ou d'une pathologie bénigne, permet d'économiser du temps médical et du temps de déplacement pour le patient.

La **téléexpertise**, moins connue du grand public, tend également à prendre de l'ampleur. Elle offre des possibilités de mise en relation entre professionnels, de manière immédiate ou différée, pour échanger sur un cas patient. La téléexpertise permet par exemple à un médecin de solliciter l'avis d'un confrère, généraliste ou spécialiste, en cas de difficultés lors de la pose d'un diagnostic ou de la recommandation d'un traitement. L'échange est effectué hors présence du patient.

Cette solution constitue un levier majeur pour assurer une prise en charge des patients plus rapide et plus adaptée dans les zones dotées en médecins généralistes, mais en manque de spécialistes. Le patient n'a pas à planifier un rendez-vous chez un spécialiste pour compléter l'intuition de son généraliste ; le spécialiste consulté a accès à toutes les informations requises pour partager son avis, sans avoir à recevoir le patient. En Belgique, pays pionnier de la télémédecine, une expérimentation est menée depuis un an pour tester les possibilités ouvertes par la téléexpertise en dermatologie. Cette discipline qui, par nature, nécessite un examen visuel potentiellement réalisable par voie dématérialisée, semble susciter l'intérêt des professionnels de santé.

Projet pilote de dermatologie en Belgique

Contexte et principes du projet

Parmi les sujets d'innovation d'accès aux soins qui intéressent les acteurs de la santé belge figure la télémédecine. L'intérêt des Belges pour cette thématique a mené au déploiement d'un certain nombre de dispositifs expérimentaux portant sur l'utilisation du numérique en santé, au rang desquels une initiative en téléexpertise, lancée en février 2021 par l'INAMI (institution publique de sécurité sociale belge). Ce dispositif a été doublé d'un projet d'étude observationnelle prospective, d'une durée maximale d'un an.

Le projet consiste à mettre en œuvre une nouvelle méthode de téléexpertise, jusqu'alors peu utilisée en Belgique : la télédermatologie. Le dispositif déployé permet aux médecins généralistes partenaires de transmettre des données cliniques à des experts en dermatologie via des canaux de communication sécurisés. La sollicitation des dermatologues par le biais numérique répond à deux besoins identifiés : obtenir un second avis médical complétant celui du médecin généraliste et éviter une consultation du patient chez le médecin spécialiste.

Les données médicales, consultables en asynchrone par les dermatologues, permettent en effet de dresser des diagnostics, confirmer le traitement proposé par le médecin généraliste et peuvent également prévenir les affections cutanées.

Résultats

Dès sa conception, le projet incorpore un dispositif d'évaluation d'impact. L'évaluation dure onze mois et incorpore 2000 téléconsultations. Elle révèle les éléments suivants : 83 % des patients interrogés estiment que le problème avait été bien traité ; 95% des médecins estiment que le dispositif contribue positivement à la qualité des soins. Pour trois téléconsultations sur quatre, l'avis d'un dermatologue était nécessaire et/ou utile pour parvenir à un diagnostic.

A la suite de cette expérimentation, débute une réflexion sur un projet visant à établir un cadre de téléexpertise sur un périmètre professionnel plus large.

Certains dispositifs tentent une synthèse des deux types de télémédecine ; c'est le cas de **Domoplaies**, un dispositif qui s'inscrit dans le cadre de l'Article 51 et qui porte également sur la dermatologie.

Domoplaies, faire usage de la téléconsultation pour le traitement des plaies complexes

DOMOPLAIES

Déployé dans le Languedoc-Roussillon, Domoplaies est un service de téléconsultation programmée, à destination des patients souffrant de plaies complexes, soit une population estimée à 11 000 personnes. Le dispositif est porté par l'association CICAT Occitanie, en partenariat avec un grand nombre d'acteurs, dont le CHU de Montpellier, huit centres hospitaliers, trois cliniques et cent-cinquante EHPAD. L'Article 51 assure le financement de l'expérimentation pour une durée de quatre ans.

Le patient formule une demande d'examen par l'intermédiaire de son téléphone portable, donnant lieu à l'organisation d'une séance de téléconsultation réunissant, d'une part, le patient et son médecin ou infirmière, et, d'autre part, les professionnels spécialistes des plaies. Le recours à de la téléexpertise différée et à de la téléassistance est également possible.

Source : <https://www.occitanie.ars.sante.fr/media/40031/download?inline>

Des solutions à faire mûrir et adapter selon les contextes

Les dispositifs basés sur le numérique peuvent donc contribuer à réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins. Cependant, en complément de la prise en compte des bonnes pratiques en matière d'élaboration de projet, exposées précédemment, une attention particulière doit être portée aux difficultés propres à l'outil numérique. De tels dispositifs soulèvent en effet la question de l'intégration dans le système de santé, du modèle économique, de l'interopérabilité et des données de santé. L'enjeu sera donc de sécuriser ces différents aspects, pour proposer des solutions robustes, acceptables par les médecins et les patients, tout en étant pérennes.

Intégration au système de santé et réduction des inégalités territoriales de santé

Il apparaît que les « plateformes » de téléconsultations manquent en partie leur cible initiale : elles sont en majorité mises à profit par des populations jeunes et urbaines. Ainsi, une étude réalisée par la CPAM d'Ile-de-France démontre que 82% des téléconsultations permettent de prendre en charge des patients âgés entre 16 et 39 ans. Or, ces derniers représentent seulement 51,8 % des consultations chez les médecins libéraux. Les personnes atteintes d'ALD ne représenteraient par ailleurs que 10% des téléconsultations.

Quant à la géographie de la téléconsultation, elle ne correspond pas non plus aux cibles anticipées : une étude de la DREES souligne que sept téléconsultations sur dix sont réalisées avec des patients vivant dans des grands pôles urbains (DREES, 2022). L'étude révèle que les schémas d'accès aux soins sont identiques, téléconsultation ou non : « 23,3 % des téléconsultations sont faites avec les 20 % de la population les mieux dotés en médecins généralistes (23,4 % des consultations), tandis que 17,9 % sont réalisées avec les 20 % les moins bien dotés (17,2 % des consultations). »

Ces différentes données expliquent que seulement un tiers des praticiens estiment que la téléconsultation peut constituer une solution de prise en charge des patients vivant dans des zones faiblement dotées en médecins. Il conviendrait de renforcer l'accès des populations plus éloignées du soin à ces solutions, pour ne pas contribuer à renforcer les inégalités.

En complément, il est possible de constater, chez les médecins, une certaine réticence à l'incorporation de ces solutions dans les pratiques. L'intégration du numérique vient en effet bouleverser des équilibres préexistants et les questionne quant à la prise en charge des patients complexes ou en ALD, désormais discontinu. Les professionnels de santé admettent que la téléconsultation peut venir pallier les difficultés d'accès aux soins dans certains territoires, mais plaident pour une adoption mesurée des dispositifs à grande échelle.

e-Meuse Santé, la e-santé intégrée (Monographie détaillée p.77)

e-meuse
— S A N T É —

Contexte du projet

L'initiative e-Meuse Santé, accompagnée par la Banque des Territoires, voit le jour en 2019, sur un horizon de 10 ans, avec pour mission de développer l'innovation numérique en santé afin de faciliter l'accès aux soins. Elle se déploie sur trois départements : la Haute-Marne, la Meuse et la Meurthe-et-Moselle. Sélectionnée parmi les 24 projets d'alliances territoriales retenues pour le Programme Territoire d'Innovation de France 2030 opéré par la Banque des Territoires, elle vise notamment à fournir aux patients sans médecin traitant ou ne pouvant trouver un rendez-vous dans un délai raisonnable une solution sans rendez-vous grâce à la téléconsultation. Le projet souhaite favoriser l'installation des innovations technologiques en santé dans un modèle organisationnel efficace.

Le dispositif s'articule autour de 3 axes : définition, par expérimentation, des conditions optimales de déploiement de l'innovation numérique en santé, test de modèles organisationnels et de services innovants issus des expérimentations et évaluation des résultats sanitaires, économiques et sociaux de cette double approche sur la prise en charge des citoyens. Il est doté d'un budget de 26 millions d'euros, dont 8,4 millions d'euros apportés par l'Etat via le Programme Territoires d'Innovation.

Sa mise en œuvre a été rendue possible grâce à la collaboration de 42 partenaires, dont un certain nombre d'acteurs publics, dans une recherche de solution n'entraînant pas une concurrence délétère entre les territoires.

Résultats

En 2021, ont été sélectionnés sur les départements de la Meuse, de la Haute-Marne et de Meurthe-et-Moselle 9 sites expérimentaux qui seront équipés d'outils de télémedecine sur le territoire.

Une dizaine de sites en projet supplémentaires ont été également sélectionnés. Ces sites seront équipés d'une salle permettant la téléconsultation médicale, ouverte aux usagers ne pouvant pas bénéficier d'un rendez-vous médical dans un délai adapté ou n'ayant pas de médecin traitant.

Le projet préconise par ailleurs une ouverture, sur du long-terme, de l'initiative à la médecine spécialisée.

Enfin, il a permis de mettre en place de l'outil « COVID19-Meuse », par le Conseil départemental de la Meuse avec l'appui des partenaires d'e-Meuse Santé fournissant au médecin un suivi des patients infectés (nombre et gravité).

Source : département de la Meuse et Banque des Territoires

Modèle économique des solutions

Le modèle économique des solutions basées sur le numérique constitue un élément à sécuriser afin de pouvoir pérenniser ces dispositifs.

Les solutions de télémedecine, qui nécessitent l'intervention d'un prestataire pour l'installation et la maintenance, peuvent se révéler onéreuses, notamment pour des petites communes rurales dont le budget est restreint. Rappelons ici que les communes et EPCI ne sont pas investis de la compétence santé ; ainsi, investir dans une cabine de téléconsultation nécessite de mobiliser un budget dévolu en théorie à une autre activité. Cet investissement fait par ailleurs souvent l'objet d'une communication importante auprès des usagers, fragilisant la collectivité s'il s'avère peu efficace, à l'image des CDS et MSP vides de personnel médical.

De plus, dans son étude, la CNAM Ile-de-France indique que les actes médicaux qui ont été réalisés en téléconsultation ont été régulièrement facturés avec des majorations, sauf lorsque la caisse diligente des contrôles sur ces facturations. En outre, 17% des téléconsultations ont été doublées d'une nouvelle consultation dans la semaine suivante, réalisée six fois sur dix en présentiel.

Si les coûts entraînés par l'adoption de tels dispositifs peuvent être trop conséquents à l'échelle d'une commune ou d'un EPCI, notons cependant que les régions peuvent jouer, par le biais de financements à l'innovation, le rôle de catalyseur pour accélérer le déploiement de solutions numériques innovantes

sur le territoire. Elles peuvent notamment permettre leur expérimentation et la validation de leur faisabilité. La région Grand Est a par exemple impulsé la création de l'agence **Grand E-Nov+**, chargée de favoriser l'innovation dans les territoires.

Les modèles économiques de ces solutions gagneront malgré tout à être consolidés au niveau national. En effet, certaines difficultés se posent de manière récurrente. Le dispositif **e-Meuse** a dû proposer un modèle suffisamment attractif financièrement parlant pour inciter les professionnels de santé à s'impliquer. Le modèle économique du domaine de la téléexpertise pourrait notamment faire l'objet d'un effort de consolidation. En Belgique, un des freins principaux de l'expérimentation de télédermatologie consiste à réussir à répartir correctement l'effort financier entre le médecin généraliste et le spécialiste. La réception et le traitement du retour de téléexpertise s'ajoute en effet à la charge de travail quotidienne des généralistes, sans que les patients ne payent pour autant une nouvelle consultation pour récolter le fruit de l'échange entre professionnels.

Des fractures numériques à lever

Le territoire français est inégalement doté en matière d'accès à internet : ainsi, certaines zones ne bénéficient pas d'un accès à internet suffisamment fiable pour pouvoir développer une solution numérique. Les solutions numériques s'adressant aux déserts médicaux ne sont donc pas opérables dans les zones blanches des déserts numériques. A titre d'illustration, en 2018, 5% de la population française était dans une situation d'exclusion numérique (en zone blanche) et 10% dans une situation de semi-exclusion, privée d'une connexion de qualité¹. Le **DRAD** du Hameau du Buis, par exemple, a été contraint à renoncer à certains équipements domotiques de surveillance à domicile, inefficaces en cas de dysfonctionnement du réseau.

De plus, le recours au numérique suppose l'utilisation d'un réseau, afin d'assurer la bonne transmission d'informations. Or, la mise en place des initiatives peut être freinées par des soucis d'interopérabilité. Ainsi, le DRAD du Hameau du Buis a constaté que seul un des deux opérateurs du territoire proposait un réseau compatible avec la solution de télésurveillance à domicile proposée. Cela a conduit les équipes du DRAD à faire du passage chez l'opérateur en question une condition sine qua non de l'entrée dans le dispositif.

En outre, la facture numérique est également présente au sein de la population d'un même territoire, en fonction de l'âge, le niveau de ressources, la situation (handicap, exclusion...). Les populations les plus éloignées du soin sont celles pour lesquelles le recours aux outils numériques est le plus compliqué.²

Des freins encore présents en matière d'interopérabilité et de partage des données

Enfin, le sujet de la production et du partage des données doit également être adressé. Tout d'abord, le passage par le numérique suppose de produire des données, qui risquent d'être multipliées au fur et à mesure que de nouveaux producteurs de données entrent sur le marché. Un effort de rationalisation de la donnée, appuyé par une politique de gouvernance intégrée de la donnée, doit être mis en œuvre pour limiter autant que possible l'éparpillement des informations entre différentes bases de données, dont les conséquences sont diverses: multiplication des sollicitations envers les usagers, information incomplète des professionnels de santé, consommation d'énergie et de ressources inutiles pour stocker les doublons, etc.

¹ <https://www.radiofrance.fr/franceinter/podcasts/le-debat-de-midi/les-deserts-numeriques-sont-ils-inevitables-8559676>

² *Rapport Concertation nationale CNR Numérique*, Volet Inclusion numérique, 21 avril 2023 et *Feuille de route Numérique en santé 2023 – 2027*, ministère de la Santé et de la Prévention, 2023

En complément, plusieurs acteurs ont remonté des difficultés concernant le partage de données entre différents services et professionnels. Les différentes équipes de professionnels de santé ayant rejoint le dispositif de **Responsabilité Populationnelle**, soutenu dans le cadre de l'Article 51, sont dans cette situation ; cela interroge quant à la capacité de déploiement à très grande échelle du dispositif, lorsqu'il s'agira de piloter le suivi de plusieurs dizaines de milliers de personnes. L'initiative **Médecins Solidaires** se heurte, pour sa part, à l'impossibilité de mettre en commun le suivi d'un patient entre plusieurs médecins exerçant ponctuellement auprès d'une population donnée, concept pourtant au cœur de son concept de Temps Médical Partagé. En Belgique, le dispositif de télédermatologie, basé sur le partage de photographies entre professionnels de santé, témoigne d'une qualité d'image insuffisante pour confirmer certains diagnostics.

ZOOM - Les apports du Ségur du numérique en santé pour fluidifier le parcours des patients



Le programme Ségur du numérique en santé, lancé en 2021 par le ministère de la Santé et de la Prévention, avec l'Agence du numérique en santé (ANS), constitue un levier de réponse aux problématiques techniques qui freinent certaines des initiatives en télémédecine.



Il vise en effet à généraliser le partage sécurisé des informations de santé entre professionnels dans tous les champs du système de santé (premiers recours, paramédicaux, hôpital, médico-social...). Avec 2 milliards d'euros de financement sur trois ans, pour permettre la mise à niveau technique et fonctionnelle des logiciels utilisés par les professionnels de santé, il doit agir comme un accélérateur pour l'interopérabilité et la convergence des systèmes d'information.

La modernisation s'articule autour de « services socles » (messagerie sécurisée de santé, dossier médical partagé, identifiant national de santé...), mobilisés par les professionnels de santé dans le parcours de soins et dans le cadre de leurs échanges avec les patients et usagers.

A l'issue de la première phase du programme, environ 2 000 établissements de santé (représentant environ 80% de l'activité hospitalière du pays et 51 000 médecins libéraux) ont pu bénéficier de l'installation d'un logiciel permettant de transmettre des données au dossier médical partagé, fonctionnalité principale de « Mon espace santé », l'espace numérique de santé qui permet aux usagers de stocker leurs documents et données de santé de façon gratuite et sécurisée et de les partager avec des professionnels de santé.

En termes d'usage, l'alimentation du dossier médical partagé est croissante (18 millions de documents ont par exemple été transmis en novembre 2023).

Source : La vague 1 du Ségur numérique clôturée avec succès dans le secteur sanitaire | e-sante.gouv.fr

En synthèse

- La télémédecine a connu un fort essor pendant la pandémie, mais ses usages et modèles économiques restent à maturer, en faisant un levier parfois complexe à mobiliser notamment pour les collectivités territoriales.
- Malgré des difficultés à généraliser la téléconsultation, la télémédecine tend à se structurer autour de la télésurveillance (avec une entrée dans le droit commun en 2023, pour répondre à des besoins de santé bien identifiés autour de la prise en charge des maladies chroniques), la téléexpertise (avec des offres physiques et concrètes de soins à travers l'essor de réseaux de spécialistes) et la téléconsultation (dont l'entrée en vigueur d'un régime d'agrément devrait clarifier la situation et engendrer un élan de développement), avec de gros enjeux organisationnels.

- La téléconsultation est mobilisée directement par certaines collectivités territoriales. Lorsqu'elle est bien intégrée dans les parcours de soins locaux, elle permet d'augmenter l'offre de manière pertinente. Néanmoins son utilisation par les populations les plus éloignées du soin (personnes âgées, personnes en situation de handicap...) reste faible et elle bénéficie essentiellement à des populations urbaines et jeunes. La téléexpertise constitue un levier intéressant pour assurer une prise en charge des patients plus rapide et plus adaptée dans les zones dotées en médecins généralistes, mais en manque de spécialistes.
- Les solutions proposées doivent être adaptées en fonction des besoins et contextes, avec par exemple :
 - Des téléconsultations autonomes rapides via des plateformes pour certains besoins simples et les patients à l'aise avec cette modalité
 - Des consultations physiques auprès de professionnels de santé qui ne soient pas des médecins via la délégation de tâches, comme cela est déjà entamé avec les pharmaciens pour la vaccination, les sage-femmes ou encore les Infirmiers en Pratique Avancée (IPA)
 - De la télésurveillance, asynchrone, permettant au médecin de suivre les informations de ses patients au moment qu'il choisit
 - Des téléexpertises, là encore asynchrones, quand le besoin s'y prête, qui permettent d'optimiser le temps médical et d'obtenir l'avis d'experts
 - Des téléconsultations accompagnées par un professionnel au chevet du patient en plus du médecin distant, pour des besoins plus complexes.
- De manière générale, la collecte facilitée de données permettra le développement des pratiques médicales par l'IA et des débouchés dans la recherche, tandis que, l'utilisation des données de santé en tant que levier majeur et transverse pour l'ensemble des champs d'action, permettra une meilleure prévention, une médecine plus adaptée et des gains de temps.

**Combiner formation
et attractivité pour
fidéliser les
professionnels**

L'attractivité du territoire : un levier à double tranchant

Les collectivités territoriales, actrices centrales de l'attractivité du territoire

Les élus locaux, en première ligne face aux usagers ne parvenant pas à trouver de médecins, sont conscients que la difficulté d'accès aux soins entache l'attractivité du territoire au sens large. En effet, l'impossibilité de pouvoir bénéficier d'une proximité des soins alimente un sentiment d'insécurité sanitaire diffuse, tant pour les patients demandeurs de prise en charge que pour ceux qui ne le sont pas dans l'immédiat (Sénat, 2023). Les territoires ruraux, déjà fragilisés par la concentration des activités économiques dans les pôles urbains, voient leur attractivité encore amoindrie par le contexte de désertification médicale. Ces inégalités ne sont pas nouvelles, mais se doublent aujourd'hui du risque d'entraîner les territoires dans une dynamique de déclin plus globale.

Les collectivités territoriales activent donc massivement les leviers du ressort de leurs compétences pour augmenter leur visibilité et leur attractivité auprès des professionnels de santé. En cela, elles s'inscrivent dans une complémentarité d'action avec les politiques menées par l'Etat et l'Assurance maladie, mettant à profit leur connaissance approfondie des territoires pour mieux cibler les actions.

Le levier traditionnellement actionné par les collectivités territoriales consiste à distribuer des aides financières à l'installation d'acteurs de la santé, conditionnées à une durée d'exercice minimale exigée. Trois types d'aides sont ainsi prévues par le Code général des collectivités territoriales :

- Celles dirigées aux professionnels de santé qui s'engagent à exercer au moins trois ans dans une zone déficitaire ;
- Celles ciblant les étudiants qui s'engagent à exercer au moins cinq ans dans une zone déficitaire ;
- Celles à destination des étudiants de troisième cycle de médecine générale qui effectuent un stage dans une zone déficitaire.

Notons tout de même que le montant des aides des collectivités territoriales sont peu significatives, en comparaison avec celles de l'Etat et de l'Assurance maladie ; il représente ainsi seulement 0,5% du montant des soins de premier recours pris en charge par cette dernière (Cour des comptes, 2023).

Des résultats inégaux

Néanmoins, la portée des dispositifs est très variable et dépend, une fois encore, de la capacité à créer des synergies avec d'autres leviers existants. Un levier d'attractivité mobilisé de manière ponctuelle, non intégré à une initiative plus riche, manque d'efficacité. En outre, la Cour des comptes souligne que les aides des collectivités territoriales sont en général mal articulées par rapport aux interventions des ARS ou de l'Assurance maladie (doublon, ciblage mal calibré...).

Les aides à l'installation et au maintien qui sont versées directement aux professionnels de santé, loin d'être efficaces, peuvent entraîner les territoires dans une dynamique de concurrence, où chaque commune essaye de proposer un soutien plus généreux que sa voisine. La Cour de Comptes recommande à ce titre de réserver les aides financières des collectivités territoriales uniquement aux investissements mobiliers et immobiliers.

De plus, les aides et de manière plus générale les solutions pour augmenter l'attractivité des territoires sont souvent peu lisibles ou manquent de visibilité. Les montants réellement mobilisés pour les aides sont donc souvent bien inférieurs aux montants prévus (Cour des comptes, 2023). En outre, un manque de pertinence dans les méthodes de communication employées par les collectivités territoriales a également été relevé. Le partage de l'information à destination des professionnels n'est pas toujours optimal ; il peut être réalisé via des réseaux sociaux inutilisés par la population médicale cible, par exemple. Ainsi, des stagiaires et médecins cherchant à exercer dans des territoires comptant parmi les plus grands déserts médicaux rencontrent parfois des difficultés à identifier un poste vacant.

Néanmoins, certains dispositifs intégrés parviennent à surmonter ces écueils et témoignent d'une capacité d'attraction importante ; sur des modèles différents, [Présence Médicale 64](#) (Monographie détaillée

p.84) et le dispositif **d'accueil des médecins en Aveyron** (Monographie détaillée p.81) en constituent chacun des exemples probants.

Présence Médicale 64



Contexte du projet

Le dispositif réunit un collectif d'acteurs de la santé et des territoires en Pyrénées-Atlantiques, afin de faciliter l'installation des internes et médecins généralistes dans le département. Il propose un service d'accueil unique et un suivi personnalisé pour accompagner leurs projets professionnels et personnels.

Il vise ainsi notamment à faciliter les démarches administratives, mobiliser les aides financières existantes, proposer un exercice coordonné et mettre les réseaux professionnels en contact, aider à la recherche du logement, accompagner à la recherche d'emploi du conjoint et à la scolarisation et garde des enfants, faire découvrir le territoire...

Le projet a été mis en place à la suite d'une expérimentation réalisée sur deux bassins de vie en 2017 par le Département Pyrénées-Atlantiques en partenariat notamment avec l'ARS, sous couvert de la préfecture et généralisé en 2019 sur l'ensemble du territoire départemental.

Points forts

- Dispositif innovant par les leviers d'attractivité mobilisés : pas d'aide/prime financière ni de salariat des professionnels de santé, mais création d'un accompagnement sur mesure, capitalisant sur les compétences de l'ensemble des parties prenantes du dispositif
- Démarche de diagnostic territorial initial et co-construction d'un plan d'action pragmatique en s'appuyant sur les forces, compétences et savoir-faire de chaque partie prenante, pour ancrer le projet dans la durée
- Démarche visant à un accompagnement humain, basé sur les rencontres et sur l'adéquation de l'installation du professionnel de santé avec ses souhaits personnels et professionnels (appui sur le compagnonnage générationnel)

Résultats et répliquabilité

- Inversion de la courbe de démographie médicale entre 2021 et 2022 (+2,1% de médecins généralistes installés)
- Inscription du dispositif dans la durée par la mise en place d'une gouvernance structurée, la création d'un véhicule juridique dédié et l'adaptation aux nouvelles sollicitations (médecins généralistes remplaçants, spécialistes, établissements de santé...)
- Dispositif inspirant pour d'autres institutions et territoires, notamment des départements qui étudient la possibilité de répliquer le dispositif

Source : Site internet Présence Médicale 64

Accueil Médecin Aveyron



Contexte du projet

Le département de l'Aveyron soutient une politique globale d'attractivité sur son territoire, dans laquelle s'inscrit le projet. Le dispositif s'attèle à organiser un accueil favorable des internes via une aide logistique et financière, la promotion de postes à pourvoir en Aveyron (en remplacement et en

installation), l'accompagnement des médecins souhaitant s'installer sur le territoire (salons de promotion hors du département via un guichet/stand) et l'accompagnement des projets de création d'équipes de soins pluridisciplinaires. Concrètement, les actions suivantes ont été mises en place :

- Un site Internet réunissant des informations utiles pour les médecins (remplacements, demandes d'aides dématérialisées) ;
- Des soirées d'accueil à l'arrivée et pendant le stage, permettant aux internes de rencontrer le tissu médical local et les étudiants ;
- Des activités sportives ou en pleine nature.

Résultats

Les résultats obtenus par le dispositif sont probants : 9% des internes restent en Aveyron à l'issue de leur stage, contre 1% en moyenne au niveau national dans les territoires ruraux. Ainsi, depuis 2011, 105 jeunes médecins se sont installés en Aveyron, nombre à mettre en regard des 250 médecins généralistes libéraux exerçant sur le territoire. Depuis 2013, il y a eu 80 installations de médecins généralistes libéraux pour 67 départs. Le nombre de maîtres de stages a également été démultiplié, passant de 11 en 2006 à 57 en 2015.

Source : département de l'Aveyron et <https://accueilmedecins.aveyron.fr/>

En complément de la mise à disposition d'aides financières, il apparaît donc fondamental que les collectivités territoriales recourent à une boîte à outils large, conjuguant une diversité de mesures allant de la promotion du territoire, à l'accompagnement individualisé à l'installation, en passant par le développement de conditions d'exercice attractives pour les professionnels de santé.

Une boîte à outils fournie, à penser de manière intégrée

Les collectivités peuvent travailler de concert avec des acteurs privés pour assurer une meilleure **dissemination de l'information**. Ainsi, la plateforme **Soigner dans le 28** (Monographie détaillée p.74) propose aux communes d'Eure-et-Loir de republier leurs offres à destination des professionnels de santé. Les communes peuvent directement y publier des demandes de remplacements, des propositions de stage et des annonces en matière de logement ; elles peuvent aussi partager aux animateurs du site le contenu qu'elles souhaitent faire apparaître.

Soigner dans le 28

Contexte du projet

La plateforme Soigner dans le 28 joue le rôle d'intermédiaire entre les différents acteurs de santé du département d'Eure-et-Loir, afin d'accroître la visibilité des demandes de soutien médical (remplacement ponctuel, garde, départ à la retraite, propositions de stages) et des offres d'accompagnement des collectivités (hébergement gratuit, ou à faible coût). Elle dote le territoire d'un forum partagé, où l'information en matière d'opportunités professionnelles et de proposition de facilitation par les collectivités est centralisée sur un site unique, bien référencé et accessible gratuitement. Le site contribue également à valoriser les initiatives locales

Résultats

Le dispositif, introduit en 2022, est encore trop récent pour permettre de déterminer si les conditions facilitantes d'installation auront un impact sur l'implantation durable des stagiaires. En revanche, la quasi-totalité des demandes de remplacements ponctuels publiées sur la plateforme ont été pourvues ; le dispositif a également permis d'assurer la succession de kinésithérapeutes.

Source : entretiens et www.sdl.com

Cette communication redessinée peut également constituer une nouvelle occasion d'informer les médecins des avantages mis à leur disposition par les collectivités territoriales. Si le site internet de **Soigner**

dans le 28 liste les logements disponibles pour les internes à l'échelle d'un département, la plateforme **Médecins Solidaires** informe les professionnels intéressés de la mise à disposition d'une **solution de transport et d'hébergement** le temps de leur passage. L'aide au transport et à l'hébergement constitue en effet un volet important d'attractivité du territoire pour les exercices ponctuels, comme les remplacements et les stages.

La crainte d'exercer de manière isolée sans pouvoir bénéficier du soutien de collègues en cas de besoin constitue également un facteur de réticence à l'installation des médecins dans les déserts médicaux. Les collectivités territoriales doivent donc rassurer les médecins qui s'installent, en dressant en amont un état des lieux des forces médicales et médico-sociales sur lesquelles il pourra s'appuyer dans le cadre de son exercice : médecine du travail, EHPAD, infirmiers... Etablir un **panorama du tissu de soins** du territoire peut permettre aux communes de faire prendre conscience aux internes qu'ils rejoignent une communauté professionnelle existante, bien qu'amoindrie.

L'accueil des jeunes médecins s'installant dans une commune doit néanmoins être réalisé avec le **bon niveau d'engagement de la part des institutions**. En effet, de jeunes médecins, craignant l'exercice dans un territoire trop isolé et peu habitués aux rouages de la communication politique, peuvent être déstabilisés par les conditions d'accueil qui leur sont parfois réservées à leur arrivée. Célébrer l'installation des nouveaux arrivants lors d'un événement réunissant les habitants du village et les élus locaux, départements et régionaux met un niveau de pression trop important sur les épaules des jeunes médecins et peut s'avérer, in fine, contre-productif.

Enfin, les **guichets uniques**, regroupant les acteurs institutionnels (ARS, collectivités territoriales), peuvent assumer le rôle crucial de point d'entrée des professionnels de santé dans les territoires en centralisant l'information disponible. Ils permettent en effet de soutenir les projets d'installation en améliorant la lisibilité des dispositifs d'appui et, éventuellement, en mettant à disposition des professionnels de santé un accompagnement individualisé. Les guichets peuvent couvrir différents champs de l'installation : aides financières disponibles à différents niveaux administratifs, partage d'informations relatives à la vie professionnelle et familiale, aide à la recherche d'un nouvel emploi pour le conjoint...

Le bien-fondé des efforts d'attractivité doit néanmoins faire l'objet d'une remise en perspective. Ainsi, les départements les plus actifs sur le plan du soutien à l'attractivité ne sont pas nécessairement les moins bien dotés en matière de démographie médicale. Par conséquent, ce levier reste à manier avec parcimonie, la mise en valeur d'un lieu d'exercice impliquant la mobilité d'une ressource rare d'un territoire vers un autre. Il s'agit donc, pour les collectivités territoriales, de chercher à valoriser leur territoire sans entrer dans une dynamique de compétition délétère. Plusieurs porteurs de projets ont par ailleurs souligné que le succès de leur initiative s'explique en partie par le caractère exclusif de la solution, dotant le territoire d'un avantage comparatif sur ses voisins.

Les collectivités territoriales souhaitant favoriser l'implantation de personnel de santé peuvent donc explorer un certain nombre de leviers alternatifs pour valoriser leur territoire. En complément des mesures d'attractivité, un levier additionnel à la main des régions, encore peu évoqué jusqu'ici, paraît prometteur : la facilitation de la formation des futurs professionnels de santé.

En synthèse

- Les dispositifs d'attractivité purement financiers mis en place par les collectivités (principalement par les communes / EPCI et départements) ont essaimé sur les 15 dernières années mais **n'ont pas fait la preuve de leur efficacité**.
- Ils amènent en outre des dynamiques de **concurrence entre territoires** et un risque de « saupoudrage » de moyens. La Cour des comptes souligne que les aides des collectivités territoriales sont en général mal articulées par rapport aux interventions des ARS ou de l'Assurance maladie (doublet, ciblage mal calibré...).
- A l'inverse, les **démarches d'attractivité pensées globalement et outillées** (guichet unique, interlocuteurs dédiés) peuvent permettre d'apporter des réponses localement, à condition de créer des synergies avec d'autres leviers existants.

Accompagner les futurs professionnels de santé

La formation compte parmi les compétences des régions ; ces dernières peuvent à ce titre faciliter les parcours d'études et œuvrer pour stimuler l'intérêt des futurs professionnels médicaux et paramédicaux pour l'exercice en milieu sous-doté. Plusieurs pistes d'action ont été identifiées : agir dès le lycée, décentraliser les formations universitaires et accompagner davantage les étudiants en médecine et paramédical et faciliter les stages dans les déserts médicaux.

L'apport de l'accompagnement dès le lycée

La démographie des étudiants en médecine témoigne d'une sur-représentativité des élèves issus de classes sociales favorisées, enfants de cadres ou de professions intellectuelles supérieures. Seuls 8% des étudiants sont enfants d'ouvriers (Sénat, 2022). Cette forte homogénéité des profils socioéconomiques se traduit par des envies d'implantation similaires, ne répondant pas aux besoins des zones en sous-densité médicale.

Certaines initiatives tentent de répondre à cet enjeu en agissant en amont de l'entrée en études supérieures. Ainsi, le lycée Jean Lurçat de Saint-Céré, dans le Lot, a proposé dès 2018 à ses élèves de suivre **une option Santé**. Le dispositif a essaimé : en septembre 2023, sept établissements supplémentaires de l'académie de Toulouse s'en sont inspirés et ont ouvert leur propre option Santé. La région Occitanie verse désormais 5 000 euros d'aide annuelle à chaque établissement.

Option santé, lycée Jean Lurçat de Saint-Céré



Contexte du projet

En 2018, sous l'impulsion de la communauté de communes Cauvaldor, le lycée Jean Lurçat de Saint-Céré, situé dans le département du Lot, ouvre un cours optionnel visant à préparer les élèves de première et terminale aux études de santé. Les lycées volontaires suivent un parcours de renforcement et d'approfondissement en biologie et en chimie à raison de 2h30 par semaine. Des visites de services hospitaliers et des rencontres avec des professionnels sont également organisées. Des ateliers de méthodologie sont également proposés.

Résultats

En 2020, sur les 350 élèves accueillis par l'établissement, 32 se sont inscrits à l'option Santé. Pour le moment, le dispositif ne dispose que de quelques années de recul ; une évaluation menée dans la durée sera nécessaire pour qualifier son impact sur l'implantation des professionnels de santé. Néanmoins, un premier bilan dressé est très encourageant. L'initiative a mené à la constitution d'un écosystème d'acteurs et a été dupliquée à tous les départements de l'académie de Toulouse en 2023. Des discussions visant à lui faire intégrer le programme des Cordées de la réussite, agissant pour une plus grande équité sociale dans l'orientation et l'accès aux formations du supérieur, sont en cours.

Source : <https://www.cauvaldor.fr/famille-et-solidarite/sante/etudes-sante-lycee-jean-lurcat/?L=0>

Le système de décentralisation des formations

Une fois les élèves inscrits dans un cursus de santé, les futurs médecins gravitent souvent autour des Centres Hospitaliers universitaires, localisés dans des villes bénéficiant déjà d'une certaine attractivité. L'initiative Territoires universitaires de Santé, portée à l'échelle de la région des Pays de la Loire, permet

aux étudiants de réaliser leur stage au sein de Centres Hospitaliers de villes moyennes, situées sur des territoires fragiles en santé. C'est également l'initiative portée par la Région Centre-Val de Loire, avec **l'ouverture d'un département de formation médicale à Orléans.**

Territoires universitaires de santé, Pays de la Loire (Monographie détaillée p.71)

Contexte du projet

En 2020, la Faculté de santé d'Angers, le Centre Hospitalier Universitaire d'Angers et les centres hospitaliers du Mans, de Cholet et de Laval joignent leurs forces pour « universitariser » les centres hospitaliers de Laval, Le Mans et Cholet, trois villes situées sur des territoires fragiles en santé. Il s'agit de décentraliser un enseignement en médecine et en recherche jusqu'alors proposé uniquement sur le site du CHU d'Angers. Des postes hospitalo-universitaires sont ouverts dans les centres hospitaliers des trois villes, permettant d'accueillir des étudiants en médecine pour leur stage et de favoriser, à terme, leur installation dans ces territoires.

L'initiative gagne rapidement le soutien de l'ARS des Pays de la Loire, mais également de la région et des collectivités des trois départements concernés. La région, les départements et les agglomérations se partagent l'effort de financement des nouveaux postes créés (chefs de cliniques, de maîtres de conférences et de professeurs).

Résultats

Le premier bilan du dispositif, réalisé en 2023, indique que 30% des élèves de la faculté de santé d'Angers sont en stage en dehors du CHU.

Fin 2023, treize postes ont été créés : dix postes en Centre Hospitalier (sept au Mans, un Laval, deux à Cholet) auxquels s'ajoutent trois postes territoriaux (un chef de clinique en médecine générale au Mans, un chef de clinique assistant en santé publique entre la Sarthe et la Mayenne et un professeur associé en radiothérapie à Angers). Au Mans, le dispositif permet d'encadrer chaque année quatre cent internes et trois cents externes ; il a également permis d'attirer deux jeunes médecins.

Les parties prenantes souhaitent augmenter la taille du dispositif et accueillir plus de postes hospitalo-universitaires dans les années à l'avenir ; c'est le sens de la candidature envoyée à l'appel à projets « Excellence sous toutes ces formes ».

Source : site internet de l'Université d'Angers

Département de formation médicale à l'université d'Orléans

Contexte du projet

En septembre 2022, l'Université d'Orléans a ouvert un département de formation médicale, spécialité jusqu'alors offerte uniquement à l'Université de Tours. Pour l'année universitaire 2022-2023, 105 élèves de première année y étaient attendus dans le cadre de la filière PASS (Parcours Accès Santé Spécifique). En complément, des moyens supplémentaires ont été alloués à l'Université de Tours. Les capacités régionales de formation hospitalo-universitaires des étudiants en 2^e année de médecine devraient être ainsi augmentées de 300 à 500 places par an.

Le projet prévoit, pour ce faire, de recruter 25 postes d'Hospitalo-Universitaires pour Orléans.



Cette démarche, portée par le président de la Région Centre-Val de Loire ainsi que par le Conseil économique, social et environnemental régional (CESER), a reçu le soutien de nombreux élus : parlementaires, présidents de département, présidents d'Agglomération et Métropole, maires de grandes villes de la région. Une cellule d'appui a par ailleurs été créée pour suivre le projet : elle est composée de représentants de l'administration et des collectivités.

Source : https://www.centre-valde Loire.fr/sites/default/files/media/document/2022-04/COMMUNIQUE_SANTE_Annonce%20Mission%20PM_Fac%20M%C3%A9decine_R%C3%A9gion%20Centre-VDL_2022_04_19.pdf et <https://www.centre-valde Loire.fr/lactualite-de-la-region-centre-valde Loire/orleans-une-nouvelle-formation-en-medecine-des-la-rentree>

Stages des étudiants en santé

Lors de la quatrième année de médecine générale, les étudiants doivent réaliser un stage de médecine générale (depuis la réforme de 2023). De même, à la fin des concours de sixième année, lorsque l'étudiant entre dans le 3^e cycle de médecine et devient interne, un certain nombre de stages doivent être validés. Des initiatives permettant aux étudiants d'accéder facilement à un recensement des opportunités existantes dans certains territoires sous-dotés en médecins, à l'image de la solution proposée par **Soigner dans le 28**, se révèlent fort utiles pour mieux cerner les postes ouverts ainsi que les propositions de soutien des collectivités territoriales en matière de logement.

Les collectivités, qui peuvent fournir un logement temporaire à des stagiaires, peuvent également lever les freins liés aux déplacements de l'étudiant une fois sur place. Elles peuvent par exemple proposer une indemnité kilométrique, offrir à l'étudiant un forfait mobilité ou mettre un moyen de locomotion à disposition de l'étudiant.

Une solution combinant plusieurs mesures facilitatrices pour les stagiaires de 3^e cycle a été mise en place par le Conseil Départemental de l'Aisne. Se trouvant parmi les cinq départements les moins bien lotis en matière de densité médicale, avec 91,6 médecins par 100 000 habitants (pour une moyenne nationale de 126,7), l'Aisne a lancé en 2019 son Plan Santé.

Plan Santé de l'Aisne



Ce plan, doté de plusieurs volets, porte notamment sur l'accueil des stagiaires de 3^e cycle. Une convention a été signée avec l'ARS Grand-Est, permettant aux étudiants de la faculté de Reims de réaliser leur stage dans l'Aisne.

Plusieurs actions sont entreprises pour faire découvrir les potentialités d'exercice sur le territoire aux futurs médecins. Pour alléger le poids financier du séjour, le Conseil Départemental propose une prime incitative de stage d'un montant de 1 000 euros, qui peut être cumulée avec l'aide régionale Hauts-de-France à la mobilité (0,25 €/km) ; l'hébergement est pris en charge par les collectivités partenaires, selon le principe du 0 € reste à charge de l'étudiant. En complément, le guichet unique sera élargi en direction des stagiaires et la promotion territoriale des stages sera rendue obligatoire, en lien avec le Conseil de l'Ordre.

Ces actions sont entreprises grâce à un partenariat entre le département, les collectivités locales, l'Ordre des médecins et l'ARS.

Source : https://aisne.com/sites/default/files/2020-01/2019-aisne_plan_sante.pdf

En synthèse

- La diversification du profil des étudiants en médecine constitue un levier d'action important pour les collectivités, des initiatives émergent dès le lycée, pour acculturer les lycéens au domaine de la santé, puis les **accompagner dans leur parcours d'étude**.
- Les initiatives de décentralisation de la formation médicale peuvent être accompagnées par les collectivités, qui peuvent contribuer à créer des conditions favorables à l'accueil des stagiaires sur leur territoires (logement, transport, bourses...).
- De nombreuses synergies sont à trouver en termes de formation supérieure, notamment au niveau des régions, pour **accompagner les étudiants en santé et structurer l'émergence de nouvelles professions clés (infirmiers, assistants médicaux, aide-soignants...)** pour **dégager du temps médical**.

Conclusion

En se basant sur une observation empirique d'initiatives territoriales et l'analyse de la documentation existante, l'étude permet de mettre en lumière **certaines des dynamiques clés qui caractérisent l'action locale en matière de lutte contre les déserts médicaux**. En termes de positionnement, certaines collectivités territoriales, notamment au niveau départemental et communal / intercommunal, sont fortement impliquées en tant que porteuses ou co-porteuses d'initiatives, puisque la plupart des projets sont structurés sur la base de **partenariats multi-acteurs** (ordres professionnels déclinés au niveau local, URPS, CPTS, professionnels de santé...). Les collectivités s'illustrent particulièrement en matière de **soutien à l'exercice coordonné** (maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé départementaux ou communaux), **d'attractivité** et **d'actions de prévention**.

L'étude permet également de détourner des initiatives qui paraissent intéressantes à soutenir et évaluer, afin de permettre leur généralisation :

- Le **développement de lieux d'exercice coordonné, dans une logique intégrée** et adaptés aux besoins des territoires, reposant sur une organisation innovante et intégrant des espaces dédiés à l'accueil de professions permettant de libérer du temps médical (assistants médicaux, dispositif Asalée...) ainsi qu'à l'organisation de temps de prévention
- Les **programmes de prévention partenariaux** (collectivité, CPAM, ordres professionnels, tissu associatif...) : la prévention peut être un levier majeur pour juguler localement la demande en soins, qui repose de manière directe ou indirecte sur des champs d'action à la main des collectivités territoriales (transports et mobilité, logement, urbanisme, enseignement primaire et secondaire...)
- Les leviers liés à la télémédecine, en **les intégrant de manière pertinente et concertée (en co-construction avec les professionnels de santé) dans les parcours de soins locaux** et en travaillant leur accessibilité pour les populations les plus éloignées du soin (personnes âgées, personnes en situation de handicap...), pour ne pas renforcer cette fracture
- Au niveau de l'attractivité et en l'absence de résultats probants des dispositifs purement financiers, les **démarches d'attractivité pensées globalement et outillées (guichet unique, interlocuteurs personnels dédiés à l'accompagnement des internes et professionnels de santé)** peuvent permettre d'apporter des réponses localement, à condition de créer des synergies avec d'autres leviers existants.

Les porteurs de projet locaux soulignent leurs difficultés à concevoir et mener à bien les initiatives, faute d'appui et d'outils suffisants et pensés pour leurs besoins. L'apport de ressources en termes de **compétences en suivi et ingénierie de projet, l'accès à des sources de financements adéquates** sont donc clés pour le succès des actions.

Les dynamiques qui caractérisent l'action locale en matière de lutte contre les déserts médicaux souligne la mobilisation des acteurs des territoires, qu'ils soient des ordres professionnels déclinés au niveau local, des CPTS, des professionnels de santé à titre individuel ou des collectivités territoriales, réunis pour la plupart des projets en partenariat multi-acteurs, est un enseignement important, au vu de la difficulté d'accès aux sources de financement et de la marginalité des compétences des collectivités.

Cette proactivité enjoint à **considérer les collectivités comme des partenaires clé de l'action publique en santé** et à mobiliser davantage contre les déserts médicaux le levier par lequel elles sont le plus légitimes pour la santé de leurs administrés : la prévention. Par l'urbanisme, le logement, la mobilité, l'enseignement... les collectivités peuvent contribuer à réduire le besoin en soins et donc juguler la pression sur les établissements et personnels de santé, particulièrement dans les déserts médicaux. Il s'agit renforcer les thématiques de santé et notamment de santé environnementale au sein de l'action des collectivités, et de penser les actions de prévention de manière partenariale (CPAM, ordres professionnels, tissu associatif...).

L'étude met néanmoins en lumière des besoins d'accompagnement des acteurs pour garantir une réponse plus efficiente aux déserts médicaux, et que la cartographie des initiatives ne se réduise pas aux intercommunalités de taille critique ou aux collectivités particulièrement volontaristes.

Il est également **essentiel, aux côtés des collectivités, de continuer à structurer l'écosystème des acteurs de la santé dans les territoires** pour penser les initiatives de lutte contre les déserts médicaux de manière intégrée, clé du bon dimensionnement des expérimentations, de l'adéquation entre offre et besoin, et d'accompagner les porteurs de projet dans l'évaluation de leurs dispositifs pour mieux penser la répliquabilité et le passage à l'échelle.

Remerciements

La Banque des Territoires remercie tous les interlocuteurs qui ont contribué à cette étude pour leur temps et le partage de leurs réflexions, ainsi que les répondants au questionnaire, et en particulier les porteurs de projet interrogés (liste non exhaustive) :

- Rémy BALNUS, Chargé de mission santé intégrée - Direction du développement économique et de l'attractivité, porteur du projet Ville et Eurométropole de Strasbourg
- Nicolas BLOUIN, Co-directeur de l'association A Vos Soins (MarSOINS)
- Alexandre CHEURET, Directeur adjoint du projet Présence médicale 64
- Julien COTTER, Médecin spécialisé, Porteur du projet Soigner dans le 28
- Corentin EMERY, Co-fondateur de l'association Bouge ton Coq
- Nadine HIALE-GUILHAMOU, Directrice du projet Présence médicale 64
- Fanny LOUX, Cheffe de projet Territoires d'innovation, Porteuse du projet Ville et Eurométropole de Strasbourg
- Antoine MALONE, Responsable Pôle Prospective, Europe, International à la Fédération hospitalière de France
- Maxime RICHARD, Responsable du programme Centre de santé multisite de Saône-et-Loire

Annexes

Bibliographie qualifiée des principales ressources mobilisées

La bibliographie suivante, au-delà de la mise en lumière des ressources utilisées dans le cadre de l'étude, vise à mettre en avant des documents-clés à destination des collectivités territoriales et de leurs partenaires.

Prévention et promotion de la santé

- *Développer une politique territoriale en santé : retour d'expérience de six intercommunalités*, Intercommunalités de France, 2023
- *Santé et bien-être dans les Quartiers prioritaires de la ville*, ANRU, 2021

Innovations organisationnelles

- *Favoriser l'émergence de centres et maisons de santé avec les Entreprises Publiques Locales*, Banque des Territoires, 2020
- *E-Meuse santé, un programme ambitieux pour la Meuse*, www.meuse.fr
- *Santé : quelles politiques publiques contre les déserts médicaux*, vie-publique.fr, 2023
- *Economie mixte et Santé : Panorama des interventions des entreprises publiques locales dans le champ de la santé*, Banque des territoires, 2023
- *Offre et Accès aux Soins Primaires : quels rôles des villes et intercommunalités ?*, Réseau français des Villes Santé
- *Rapport d'impact 2023*, www.lemarsoins.fr, 2023

Numérique

- *Bilan : Expérimentations relatives à la téléconsultation médicale en France Services*, 2023
- *Rapport Concertation nationale CNR Numérique, Volet Inclusion numérique*, 21 avril 2023
- *Projet Medtrucks (eMeuse santé) : déployer la e-santé en milieu rural*
- *La télémédecine et ses innovations au chevet des territoires*, La Tribune, 2023
- *Feuille de route Numérique en santé 2023 – 2027*, Ministère de la Santé et de la Prévention, 2023

Attractivité

- *25 mesures mises en place par les départements pour favoriser l'installation des médecins*, GRELIER Jean-Carles, Assemblée Nationale, 2022
- *Attraction des professionnels de Santé, Comment lutter contre les déserts médicaux*, CNER, 2023
- *Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques - Les leçons de la littérature internationale*, Les Dossiers de la DREES, 2021

Formation

- *Etude sur l'installation des jeunes médecins*, Ordre national des Médecins
- *Déserts médicaux : agir vraiment*, rapport d'information du Sénat

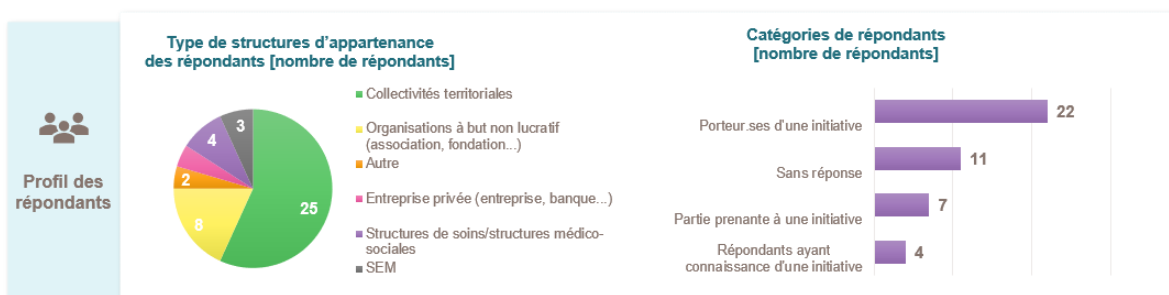
Documents transverses

- *Santé – Faire le pari des territoires*, Institut Montaigne, 2022
- *Rapport public annuel, Chapitre 7 « Mieux coordonner et hiérarchiser les interventions des collectivités territoriales dans l'accès aux soins de premier recours »*, Cour des Comptes, mars 2023
- *Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard*, Sénat, 2022
- *Les zones sous-denses, dites « déserts médicaux », en France. Etats des lieux et propositions concrètes*, Académie Nationale de Médecine, avril 2018
- *2^{ème} Baromètre santé-social*, Mutualité Française et Association des maires de France et des Présidents d'intercommunalités (AMRF), 2023
- *50 propositions concrètes pour accélérer la transition écologique*, Fédération Hospitalière de France, novembre 2023
- *Bien se soigner partout en France, nouveau défi pour les départements*, Assemblée des Départements de France, 2023
- *Accès aux soins : le guide pratique pour les élus*, Ministère de la santé et de la prévention, 2019

Résultats de l'enquête en ligne conduite par la Banque des Territoires du 02/11/2023 au 08/12/2023

Un questionnaire sur les initiatives de lutte contre les déserts médicaux a été adressé dans le cadre de l'étude à des acteurs de santé et porteurs de projets qualifiés

44 réponses issues de différentes catégories d'acteurs



Les réponses ont permis de dégager des facteurs clés de réussite des initiatives, ainsi que les besoins d'appui prioritaires

Les **principaux facteurs de réussite** identifiés par les participants sont les suivants :

- Le **portage politique et le « sponsorship » des projets**
- Les compétences **en suivi et ingénierie de projet**
- L'accès à des **sources de financement adéquates** pour les projets

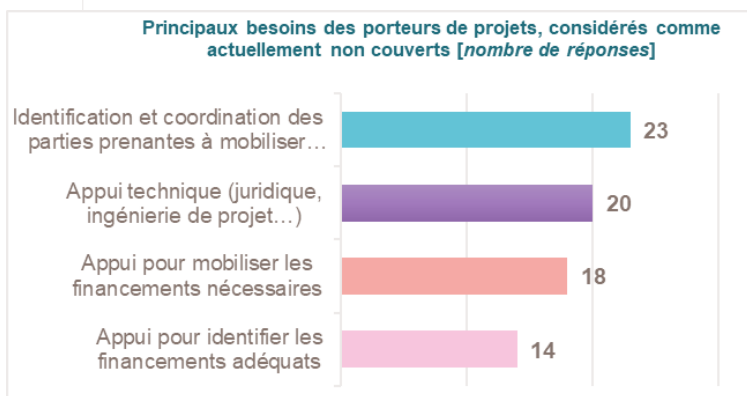
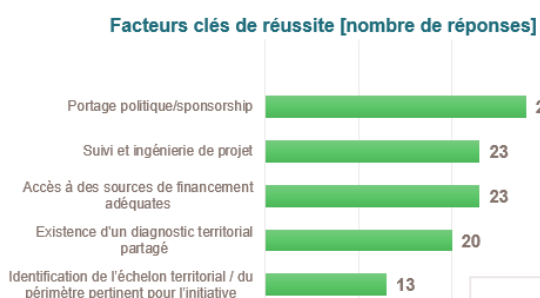












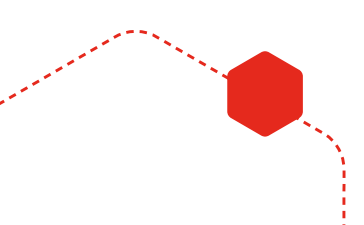














Tableau détaillé de présentation des initiatives territoriales approfondies dans le cadre de l'étude

Région	Intitulé de l'initiative	Porteur(s)	Descriptif de l'initiative	Contexte territorial	Leviers mobilisés	Date de lancement
Pays de la Loire	Territoires universitaires de santé	Université d'Angers	Mise en place du plan Territoires universitaires de santé, pour permettre à différentes structures de soins de délivrer une formation universitaire à des étudiants en médecine, notamment dans le cadre de leurs stages de deuxième et troisième cycle et attirer le flux de professionnels formés vers les zones en tension démographique les plus déficitaires en médecins.	  	Formation, Coordination des professionnels de santé	2020
Pays de la Loire	Maison de santé pluri-professionnelle Bellevue à Nantes	Ville de Nantes / SEM Loire Océan Développement	Construction d'une MSP intégrant un espace de prévention et de promotion de la santé dans un Quartier Prioritaire de la Ville à Nantes Métropole, à la suite d'une Evaluation d'Impact en Santé.		Lieu d'exercice coordonné	2021
Pays de la Loire	MarSOINS	Association « A vos soins »	Concept d'unités mobiles lancé à Saint-Nazaire, proposant des programmes de prévention, ouverts à tous et en particulier pour les personnes éloignées du parcours de soins.		Bus santé, Sensibilisation et prévention primaire	2017
Centre-Val de Loire	Soigner dans le 28	Département d'Eure-et-Loir	Plateforme Internet qui a pour vocation de centraliser toutes les informations sur les stages d'internat et d'externat, de remplacement, de contrats d'adjoints, de collaboration, de recherches de logement au niveau du département.		Guichet unique, Plateforme	2022
Centre-Val de Loire	Office de Soins Alternatifs et Transitoires de Châteauroux	Groupement d'intérêt public (GIP) Santé Pro	Centre de santé à l'initiative de la Communauté professionnelle territoriale de santé de Châteauroux, via un Groupement d'intérêt public (GIP) ciblant particulièrement les publics vulnérables et sans médecin traitant en affection longue durée		Lieu d'exercice coordonné	2021
Île-de-France	Dispositif SÉSAME (soins d'équipe en santé mentale)	Institut Montaigne, Association Quartet, Centre hospitalier de Versailles, AIMS Center, 4 centres de santé des Yvelines	Déploiement d'un modèle de soins collaboratifs en médecine générale, qui permet une prise en charge rapide, adaptée et globale des troubles mentaux les plus fréquents (troubles dépressifs et troubles anxieux).	  	Sensibilisation et Prévention	2020
Grand Est	E-Meuse Santé	Département de la Meuse, de la Meurthe-et-Moselle et de la Haute-Marne, Région Grand Est, Commune de Bar-le-Duc et Verdun	Création d'une filière e-santé Grand-Est : démarche d'expérimentation et d'innovations numériques pour généraliser l'usage de l'e-santé	 	Téléconsultation	2019



Grand Est	Strasbourg Territoire de Santé de de- main	Eurométropole de Strasbourg (et 31 partenaires)	Appui sur le numérique, sur des innova- tions et sur les talents du territoire, pour ap- porter de nouvelles réponses concrètes de santé aux besoins, qu'ils soient urbains ou ruraux. Soutien des actions visant à améliorer la qualité de l'air (ex. utilisation de vélos équi- pés de capteurs de qualité de l'air, expéri- menter des capteurs de pollution en Ville), favoriser l'activité physique adaptée (par exemple le dispositif Sport sur ordonnance) ... Expérimentation du suivi des patients à do- micile	 	Prévention pri- maire et secon- daire, Numérique	2019
Bour- gogne- Franche- Comté	Responsabi- lité popula- tionnelle	Fédération Hospita- lière de France	Dispositif permettant de faire travailler en- semble tous les acteurs d'un bassin de vie pour améliorer la santé de ses habitants par la prévention, via sur trois étapes : stra- tification de la population par niveau de be- soins / risques, élaboration d'un programme clinique pour cette population, lancement et suivi d'expérimentations		Prévention pri- maire et secon- daire, Organisation territoriale des professionnels de santé	2018
Bour- gogne- Franche- Comté	Centre de santé multi- site de Saône-et- Loire	Conseil départemen- tal de Saône-et-Loire	Salariat des médecins directement par le département en Saône-et-Loire au sein d'une structure d'exercice coordonné (centre de santé pluriprofessionnel)		Lieu d'exercice coordonné, Organisation territoriale des ES / PS	2017
Occitanie	Accueil Mé- decin Avey- ron	Conseil départemen- tal de l'Aveyron	Fidélisation du retour des internes en mé- decine ayant fait leur stage dans l'Aveyron sur le territoire une fois leur diplôme obtenu notamment via : Accès à des logements au loyer plafonnés, Aide à la recherche du logement, Aide à l'emploi du conjoint	 	Accompagne- ment des pro- fessionnels de santé	2011
Occitanie	Transports solidaires de l'Aude	Département de l'Aude, MSA, RSI	Mise en place d'un service de transports solidaires / taxis pour personnes âgées afin de leur faire bénéficier d'un transport gratuit pour consulter un médecin ou recevoir des soins.		Système de transports	2016
Nouvelle- Aquitaine	Médecins so- lidaire Creuse	Association « Bouge ton coq »	Création d'une filière e-santé Grand-Est : démarche d'expérimentation et d'innova- tions numériques pour généraliser l'usage de l'e-santé.		Organisation territoriale des professionnels de santé, Lieu d'exercice coordonné	2022
Nouvelle- Aquitaine	Présence médicale 64	Conseil départemen- tal des Pyrénées- Atlantiques, ARS	Guichet unique dédié à l'accueil et à l'ins- tallation des médecins généralistes, qui permet de mettre à disposition de chaque interne ou médecin généraliste un accom- pagnement sur-mesure dans la construc- tion de son projet de vie personnel et professionnel.		Guichet unique et plateforme, Accompagne- ment des pro- fessionnels de santé	2019
Nouvelle- Aquitaine	Dispositif renforcé de soutien au Domicile pour les per- sonnes âgées (DRAD)	Mutualité Française Limousine	Offre alternative de solution aux personnes âgées en situation de perte d'autonomie qui souhaitent rester à domicile, pour les- quelles un accompagnement "classique" des services du domicile n'est plus suffi- sant		Organisation territoriale des établissements de santé, Hébergement innovant, Télésurveil- lance	2020

Légende



Rural



Urbain



Périurbain



Quartier prioritaire
de la ville

Territoires universitaires de santé – Université d'Angers



Caractéristiques clés

Public cible : étudiants en médecine de 2^e et 3^e cycle

Territoire concerné : Laval, Le Mans, Cholet (Pays de la Loire)

Porteur : Université d'Angers

Niveau de déploiement : régional

Date de lancement : 2020

Thématiques : # formation; #coordination des professionnels de santé

Contexte et principes de l'initiative

- Le projet consiste à « **universitariser** » les **centres hospitaliers de trois villes** situées sur des territoires fragiles en santé : il s'agit de décentraliser un enseignement en médecine et en recherche jusqu'alors proposé sur le site du CHU d'Angers
- Des postes hospitalo-universitaires sont ouverts dans les centres hospitaliers périphériques, permettant d'accueillir des étudiants en médecine pour leur stage et de **favoriser, à terme, leur installation dans ces territoires**
- La région Pays de la Loire anticipe une forte demande en soins dans les années à venir, du fait des dynamiques démographiques de la région : augmentation de la population régionale et vieillissement de la population (10% des habitants ont plus de 75 ans en 2018, 17% prévu pour 2030 selon l'Insee)
- L'APL moyen en Pays de la Loire est de 3,4 ; il se situe très légèrement en dessous de la moyenne nationale (3,5). Cependant, les disparités entre les territoires y sont importantes ; en Mayenne et en Sarthe, l'APL est bien plus faible qu'à Angers et Nantes par exemple (respectivement 2,7 contre 3,9).

Genèse

- En 2020, la Faculté de santé d'Angers, le Centre Hospitalier Universitaire d'Angers et les centres hospitaliers du Mans, de Cholet et de Laval joignent leurs forces dans le projet. Celui-ci gagne rapidement le soutien de l'ARS des Pays de la Loire, mais également de la région et des collectivités des trois départements concernés.
- Trois premiers postes hospitalo-universitaires sont créés en 2020 et visent à assurer l'encadrement et la formation des étudiants en santé lors de leur stage ou en internat dans les centres hospitaliers de Cholet, du Mans et de Laval et non plus seulement au sein du Centre hospitalier universitaire d'Angers.

Evaluation et répliquabilité

- 30% des élèves de la faculté de santé d'Angers sont en stage en dehors du CHU en 2023 ; les porteurs de projets souhaitent augmenter encore cet impact en proposant de nouveaux lieux de stage.
- Au Mans, le dispositif permet d'encadrer chaque année quatre cent internes et trois cent externes ; il a également permis d'attirer deux jeunes médecins.
- Les parties prenantes souhaitent augmenter la taille du dispositif et accueillir plus de postes hospitalo-universitaires dans les années à l'avenir ; c'est le sens de la **candidature envoyée à l'appel à projets « Excellence sous toutes ces formes »**.

Points forts

- **Cohérence territoriale** : initiative pensée avec de nombreux partenaires, dont plusieurs niveaux de collectivités (région, départements, métropoles, agglomérations), qui permet d'éviter le phénomène de compétitivité au sein de la région.
- **Intégration avec d'autres dispositifs facilitateurs portés par les collectivités** :
 - Accompagnement des internes : rénovation d'internats, aides au logement, mise à disposition de solutions de transport, prise en charge à l'arrivée
 - Formation académique dès le début des études : ouverture de cours de première année de santé dans les Centres Hospitaliers, bourses pour les lycéens ambassadeurs des territoires, participation aux forums des métiers
 - Cadre de vie : amélioration de qualité de la vie étudiante, travail sur l'attractivité des villes, accompagnement à l'installation (places en crèche pour les enfants...)
- **Intégration du parcours de collaboration hôpital/médecine de ville** : le parcours des internes s'effectue en partie auprès de la médecine de ville.
- **Bénéfices réciproques** : le CHU bénéficie en retour des activités de soins et de recherche des partenaires
- **Création d'un esprit de corps** entre les internes permettant de fédérer sur la durée



Maison de Santé Pluridisciplinaire Bellevue - Nantes



Caractéristiques clés

Public cible : professionnels de santé (pluridisciplinaire)

Territoire concerné : ville de Nantes

Porteur : Ville de Nantes / SEM Loire Océan Développement

Niveau de déploiement : Communal

Date de lancement : 2022

Thématiques : # Lieu d'exercice coordonné

Contexte et principes de l'initiative

- La MSP Bellevue de Nantes a été ouverte dans l'optique de remédier aux déserts médicaux et a été accélérée par la crise sanitaire de 2020.
- Elle accueille 17 professionnels de santé en 2022 et est appuyée par l'Agence Régionale de Santé et la Ville de Nantes (présence d'un cabinet infirmier, de kinésithérapeutes, de sage-femmes, d'orthophonistes, d'une infirmière Asalée).

Genèse

- La ville de Nantes affiche un **déficit de médecins important**, avec 1 médecin pour 1 400 patients dans l'agglomération. Par ailleurs, 25% des médecins généralistes de Nantes ont plus de 60 ans et pourraient donc cesser leur activité prochainement. Le quartier de Bellevue compte 19 000 habitants et présente une forte précarité.
- Le projet de la MSP de Bellevue se situe en continuité du projet urbain Grand Bellevue. En 2012, **une étude sur les freins à l'accès aux soins** a été réalisée dans le quartier Bellevue, aboutissant au lancement du projet en 2014, avec l'implication des professionnels de santé dans la conception du projet. En mars 2016, le projet est validé par l'ARS et une démarche de participation sur la santé, le bien-être et sur l'ouverture d'une maison de santé à Bellevue est entamée. En septembre 2016, des recommandations émanant des citoyens sont remises aux élus de Nantes et de Saint-Herblain. En novembre 2016, l'étude de programmation du bâtiment est finalisée, aboutissant à l'ouverture de la maison de santé en fin 2019.

Evaluation et répliquabilité

- Dispositif répliquable, ayant inspiré une seconde MSP à Nantes Nord en 2023, **porté par la même SEM** (soutenue par la Banque des Territoires).

Points forts

- Mise en place de la MSP dans un quartier en déficit de professionnels de santé (Bellevue)
- Implication des professionnels de santé dans la conception du dispositif et implication des usagers en phase de diagnostic (évaluation d'impact sur la santé, en phase d'élaboration de la stratégie et au moment de l'élaboration du plan de la MSP, via une étude expérimentale menée par les étudiants de l'école de Design de Nantes.
- Etude de faisabilité réalisée par la Mission Santé Publique de la Ville de Nantes avec la diffusion d'un questionnaire aux professionnels de santé libéraux du quartier (21 répondants), permettant de cerner leurs attentes et d'y adapter le projet
- Constitution d'une association MSP Nantes Ouest facilitant les échanges entre les différentes parties prenantes (ARS, collectivités territoriales)
- Présence de professions de santé multiples (infirmières Asalée, spécialistes, etc)
- Mise en place d'un collectif destiné aux habitants leur permettant de se réunir afin d'échanger sur la santé
- Ouverture des recrutements pluridisciplinaires (psychologues, etc...)
- Recrutement dynamisé par la coordination des différents professionnels de santé

Unité mobile MarSOINS



Caractéristiques clés

Public cible : public rencontrant des difficultés d'accès aux soins

Territoire concerné : multi-territoires (Saint-Nazaire, Finistère, Châteaubriant-Derval...)

Porteur : Association « A vos Soins »

Niveau de déploiement : multi-territorial (échelons communaux, départementaux)

Date de lancement : avril 2017 (1^{ère} action)

Thématiques : # bus santé, # sensibilisation / prévention primaire

Contexte et principes de l'initiative

- Le MarSOINS est un **dispositif bénévole de déploiement d'unités mobiles** (bus) proposant des programmes de prévention, en complément des dispositifs de santé existants. Il offre aux usagers des dépistages individuels, gratuits, sans rendez-vous et anonymes, de différentes natures (auditifs, visuels, etc) ainsi que des actions d'information et d'orientation relatives aux dispositifs de droit commun.
- Il s'installe dans l'espace public (à proximité d'établissements publics) afin de permettre un **accès simplifié aux populations bénéficiaires**. Il propose un calendrier indiquant ses différentes dates de passage ainsi que les lieux auxquels il sera installé.
- Les territoires visés par MarSOINS (Mobilité, Accessibilité et Réduction des inégalités d'accès aux soins) se caractérisent par des seuils de pauvreté élevés et des difficultés d'accès aux soins, avec un pourcentage élevé de personnes vivants sous le seuil de pauvreté.

Genèse

- L'association A Vos Soins est créée en 2014, avec l'objectif de réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins sur la Communauté d'agglomération de la Région Nazairienne et de l'Estuaire (CARENE).
- Suite au lancement en 2014 d'un centre de santé infirmier à Saint-Nazaire par l'association, un diagnostic est réalisé sur le territoire de la commune en 2016 et sur la situation sanitaire de la population. Il en ressort que les actions du centre infirmier sont numériquement insuffisantes et un besoin de multiplication est décelé. C'est sur cette base que le projet d'une unité mobile de prévention est évoqué.
- L'offre, originaire de Saint-Nazaire en Loire Atlantique, s'est déployée et il existe à ce jour plusieurs MarSOINS : les MarSOINS de Saint-Nazaire, du Bout du Monde (Finistère), du Pays de Redon et de Châteaubriant-Derval.

Evaluation et répliquabilité

- 10% des personnes accueillies n'ont pas de médecin traitant et 20% d'entre elles sont en situation de précarité.
- MarSOINS utilise une application qui lui est propre pour recueillir des données et souhaiterait développer une méthode pour évaluer l'économie en santé réalisée par la prévention (ex : la prévention d'un cancer permet une prise en charge rapide, ce qui évite des coûts supplémentaires liés aux soins à un traitement tardif).
- En septembre 2023, l'association « A Vos Soins » a été sollicitée pour évaluer la répliquabilité des MarSOINS sur d'autres territoires.

Points forts

- Adaptation de l'initiative aux besoins territoriaux relevés** grâce à une expérience antérieure (centre infirmier)
- Déploiement des actions et des projets de l'association sur une temporalité réduite (entre 12 et 18 mois), permettant de conserver **sur la durée l'adhésion des partenaires et des bénévoles**
- Embarquement au projet des professionnels de santé, via une **mobilisation dès la phase de conception**
- Valorisation de l'initiative auprès des structures existantes ayant mis à disposition des professionnels de santé
- Contact avec les structures publiques tout en préservant la souplesse inhérente au fonctionnement associatif
- Appuis et partenariats avec des acteurs multiples (permettant de structurer/développer des outils, etc)
- Appuis solides sur les CPTS** et par les missions accompagnement santé des CPAM (conventionnement de l'association avec 4 CPAM)
- Adhésion des citoyens et des professionnels de santé et connaissance des acteurs majeurs en la matière, afin d'entretenir l'idée sur du long-terme.

Soigner dans le 28



Caractéristiques clés

Public cible : professionnels de santé
Territoire concerné : Département d'Eure-et-Loir
Porteur : Association Soigner dans le 28

Niveau de déploiement : départemental
Date de lancement : 2022
Thématiques : # Guichet unique #plateforme

Contexte et principes de l'initiative

- Le département d'Eure-et-Loir subit une pénurie de médecins généralistes : avec 59 médecins généralistes pour 100 000 habitants, il se classe à la 96^e place au niveau national en termes de densité
- L'association « Soigner dans le 28 » vise à mettre en relation les professionnels de santé présents sur le territoire ou souhaitant venir s'y installer et à améliorer leur coordination, grâce à une plateforme Internet centralisée proposant des hébergements, des remplacements, des successions et d'autres informations utiles propres au territoire d'Eure-et-Loir
- Ce dispositif est articulé avec le Plan Santé 28 du Conseil départemental et avec le CLS de l'agglomération de Chartres.

Genèse

- En Eure-et-Loir, 33 000 habitants vivent dans un désert médical, ce qui représente 7,6 % de la population. 230 000 Euréliens sont dans une situation d'accès aux soins complexe, soit 53,7 % des habitants du département. 51% des médecins généralistes refusent de prendre un nouveau patient en 2023.
- Soigner dans le 28 est une association créée par le Dr Julien Cottet, président du Conseil départemental de l'Ordre des médecins, visant à faciliter les échanges entre les réseaux de soins du département d'Eure-et-Loir. Elle part du constat réalisé sur le territoire en 2010 que les déserts médicaux résultaient non seulement du manque de médecins, mais aussi de la **complexité pour les professionnels de santé pour accéder aux annonces, éparpillées et cloisonnées en spécialités**. C'est ainsi qu'il a créé une plateforme de centralisation unique, proposant une alternative aux plateformes existantes, souvent payantes. L'association est en continuité d'une autre association créée par le Dr Cottet, « Jeunes médecins du 28 » et s'est inspirée d'une autre initiative, « Soigner en Île-de-France ».

Evaluation et répliquabilité

- 100% des remplacements mentionnés sur la plateforme ont été réalisés
- Un bon taux de succession des masseurs-kinésithérapeutes
- Difficultés à soutenir la succession des médecins généralistes
- Initiative existante dans d'autres territoires mais basées sur des modèles économiques différents, payants

Points forts

- Inscription de l'initiative dans la lignée d'une association préexistante (Jeunes Médecins du 28)
- Inspiration d'un outil préexistant et testé sur un autre territoire (Soigner en Île-de-France)
- Appui financier de l'Ordre des médecins et de sponsors
- Coordination du travail avec le Conseil départemental afin de centraliser sur la plateforme les offres d'hébergement
- Gratuité de la plateforme
- Pluridisciplinarité de la plateforme, s'adressant à plusieurs professionnels de santé

Office de Soins Alternatifs et Transitoires (OSAT) – Châteauroux



Caractéristiques clés

Public cible : personnes en affection longue durée (ALD)

Territoire concerné : Châteauroux (Indre, Centre-Val de Loire)

Porteur : Groupement d'intérêt public (GIP) Santé Pro

Niveau de déploiement : communal/intercommunal

Date de lancement : ouverture du centre en décembre 2021

Thématiques : # lieu d'exercice coordonné

Contexte et principes de l'initiative

- L'OSAT de Châteauroux est un **centre de santé (CDS)** rassemblant trois médecins salariés, des infirmières en pratique avancée (IPA) et des assistants médicaux.
- Il offre à des **usagers dont la situation est considérée comme prioritaire** la possibilité de retrouver un médecin traitant. Ainsi, les **patients souffrant d'affections longue durée (ALD) constituent 60% de la patientèle du CDS.**
- Le Centre-Val de Loire compte parmi les régions françaises les plus impactées par la désertification médicale ; en 2022, on y comptait 350 praticiens pour 100 000 habitants, dont 98 médecins généralistes seulement, contre 124 à l'échelle nationale. A Châteauroux, près d'un habitant sur trois n'a pas de médecin traitant déclaré.
- La difficulté d'accéder à un médecin traitant est rencontrée aussi bien dans les principales agglomérations de la région que dans les zones rurales. La commune de Châteauroux assiste au départ de nombreux retraités, quittant la ville pour s'installer dans des lieux mieux pourvus en matière d'accès aux soins.

Genèse

- En 2019, la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) de Châteauroux réalise, en s'appuyant sur le Contrat Local de Santé (CLS), un **diagnostic territorial de santé** dans le cadre de sa mission socle. Ce diagnostic identifie un préjudice important d'accès aux médecins traitants pour les patients souffrants de maladies chroniques.
- Dans le cadre de la rédaction du nouveau projet de santé de la CPTS, une initiative permettant la prise en charge de ces patients dans le périmètre de Châteauroux est élaborée ; l'ARS contribue à la réflexion sur le montage du projet et aiguille la CPTS vers la création d'un centre de santé.
- Un **accord est signé entre trois parties** : la Commune met à disposition un local pour implanter le CDS, la CPTS Châteauroux & Co en assure l'animation tandis que la région Centre-Val de Loire rémunère les médecins salariés par l'intermédiaire du groupement d'intérêt public (GIP) Pro santé, un dispositif régional d'intervention dédié au déploiement de CDS pour lutter contre les déserts médicaux.

Evaluation et répliquabilité

- D'un point de vue qualitatif, l'impact de l'OSAT est jugé positif en matière d'accès aux médecins traitants - bien que cela le dispositif ne permette pas, à lui seul, de répondre à la demande au niveau de l'agglomération (15 000 habitants sans médecin traitant).

Points forts

- **Diagnostic territorial réalisé en amont par la CPTS, en s'appuyant sur le CLS**, qui permet au projet de rencontrer sa patientèle
- Accompagnement en ingénierie de l'ARS afin d'identifier le montage le plus intéressant
- Montage juridique innovant : le groupement d'intérêt public (GIP) Santé Pro Centre-Val de Loire, créé par la Région en 2020 pour embaucher 300 médecins à horizon 2028, **permet de fédérer différents acteurs et s'appuyer sur leurs atouts respectifs**
- **Forte implication des différentes parties prenantes**
- Campagne d'attractivité du territoire ciblée sur les médecins et les internes, menée par le département et l'agence d'attractivité
- Recrutement d'internes auprès des médecins retraités du centre, afin de faciliter leur intégration dans le tissu local ; aide à l'installation ciblée sur les futurs médecins
- Création d'un **Comité d'Organisations des Soins (COS)**, groupe de travail rassemblant des élus et des acteurs de la santé (présidence de la CPTS, direction de la clinique et du centre hospitalier, représentants des usagers...), afin d'assurer une démarche territoriale coordonnée de santé.

Soins d'équipe en santé mentale (SÉSAME) – Institut Montaigne



Caractéristiques clés

Public cible : patients souffrant de troubles anxieux et dépressifs

Territoire concerné : région Île-de-France

Porteur : Institut Montaigne, association Quartet, Centre Hospitalier de Versailles en collaboration avec AIMS Center (Université de Washington) et 4 centres de santé des Yvelines

Niveau de déploiement : régional

Date de lancement : 2020 pour le projet pilote (Yvelines)

Thématiques : # Sensibilisation / prévention

Contexte et principes de l'initiative

- Le dispositif SÉSAME a pour objectif de **favoriser le dépistage par la médecine générale des troubles anxieux et dépressifs**, en se basant sur un questionnaire adressé au patient par le médecin généraliste qui, en fonction des résultats du questionnaire, peut proposer de bénéficier du dispositif.
- Il est organisé autour du travail d'une **équipe médicale** (psychiatre, médecin généraliste et infirmier collaborateur), un registre de suivi de la file active des patients, des revues de cas régulières et des outils permettant d'évaluer l'état des patients.
- Les médecins généralistes **orientent** le patient, lui prescrivent un traitement médical et ajustent ses traitements avec l'infirmier coordinateur et le psychiatre. A cette fin, un outil informatique est utilisé : eQuartet.

Genèse

- Une personne sur quatre (soit près de 17 millions de personnes) est touchée par une maladie psychiatrique chaque année et les troubles anxieux et dépressifs sont en augmentation depuis la crise de la Covid-19. Les troubles mentaux constituent le premier poste de dépenses par pathologie de l'Assurance Maladie (25 milliards d'euros, soit environ 13,5% des dépenses totales). Face à cet enjeu, l'Institut Montaigne lance le modèle SÉSAME, en collaboration avec le Centre hospitalier de Versailles et l'Association Quartet France. Basé sur un **système de soins collaboratifs expérimenté et développé par l'Université de Washington dans les années 1990**, le projet vise à mobiliser toutes les ressources pertinentes pour accompagner les patients touchés par des troubles mentaux à travers une coordination et une réflexion des rôles des professionnels de santé, au-delà du périmètre psychiatrique.
- Le projet a été retenu pour un financement Article 51 en juin 2023 et il a été déployé par le programme Santé de l'Institut Montaigne, dirigé par Johanna Couvreur. En juin 2023 et à la suite de 3 ans d'expérimentation dans les Yvelines, le comité technique d'innovation en santé approuve son extension à la région Île-de-France.

Evaluation et répliquabilité

- Le projet est **financé dans le cadre de l'Article 51 jusqu'en 2026** et pourra être considéré comme définitivement pérenne une fois inscrit dans le droit commun.
- Certains patients ont pu être redirigés vers un psychologue alors que beaucoup **n'auraient sans doute pas effectué la démarche d'eux-mêmes** (peur des stigmatisations)

Points forts

- **Inspiration d'un modèle étranger testé** pour répondre à la problématique de la santé mentale
- Financement pérenne assuré dans le cadre dérogatoire l'Article 51 (permettant un fonctionnement souple) et le soutien de multiples fonds
- **Présence de plusieurs porteurs de différentes natures** (Institut Montaigne, Association Quartet, etc)
- Forte coordination des différents professionnels de santé, leur permettant d'échanger et d'assurer un suivi des patients individualisé et d'éclairer le diagnostic du médecin généraliste par un avis psychiatrique favorisant le repérage des urgences psychiatriques
- **Présence d'un système d'informations dédié** entre les différents professionnels de santé, permettant de centraliser les suivis (eQuartet)
- Gain de temps pour les médecins généralistes et prise en compte de la préférence du patient (dont ceux n'osant pas aller consulter un psychologue)
- Appui par des infirmiers ayant entre 5 et 15 ans d'expérience en psychiatrie (services hospitaliers, prison ou urgences psychiatriques)
- Prise en charge plus rapide des patients et remboursement sans frais à leurs charges

E-Meuse Santé – Département de la Meuse



Caractéristiques clés

Porteur : Départements de la Meuse (porteur principal), de la Meurthe-et-Moselle, de la Haute-Marne, concours de la Région Grand Est et des communes de Bar-Le-Duc et Verdun, ainsi que 42 partenaires

Territoire concerné : Département de la Meuse (élargissement multi-départements, régional voire national sur le long-terme)

Public cible public présent en milieu rural et dont l'accès aux soins est limité

Niveau de déploiement : multi-territorial

Date de lancement : 2019

Thématiques : # Téléconsultation

Contexte et principes de l'initiative

- Selon l'APL (Accessibilité potentielle localisée), le département de la Meuse compte 3,3 consultations par an par habitant en 2023, avec une présence diminuée de certains spécialistes (par exemple, en gynécologie, au nombre de 2,6 médecins spécialistes pour 100 000 femmes en âge de consulter)
- Trois départements, la Haute-Marne, la Meuse et la Meurthe-et-Moselle constituent le Territoire d'Innovation d'e-Meuse Santé
- Le projet mobilise la **télé médecine pour lutter contre les déserts médicaux** et se construit autour de 5 principes :
 - Des actions favorables à une prise en charge large (de la prévention au suivi des patients)
 - Un accès facilité aux soins via un maillage territorial
 - Une approche systémique des soins (combinant des aspects techniques, de formation, etc)
 - Des expérimentations menées dans un cadre dérogatoire, avec 3 phases de déploiement par territoire
 - Une conduite du changement menée via l'innovation

Genèse

- A la suite d'une **première expérience du cabinet médical de téléconsultation de proximité** créé par le docteur Jean-Philippe Kern à Souilly dans Meuse et agréé par la Commission Paritaire Régionale des Médecins et à l'augmentation de la désertification médicale dans le département, le projet e-Meuse part de la volonté de développer l'innovation numérique en santé afin de faciliter l'accès aux soins.
- Après 18 mois de conception du projet, une enquête est réalisée en 2019 par l'institut TMO Régions sur le développement de la télé médecine, initiée par le département de la Meuse, sur son territoire. Les répondants sont de l'ordre de 5 200 habitants, 216 professionnels de santé et 157 professionnels de la communauté médicosociale, incluant ainsi une réflexion du projet basée sur des retours émanant tant de professionnels médicaux que de patients. Par la suite, la sélection du projet e-Meuse parmi les 24 projets d'alliances territoriales **retenues pour le Programme Territoire d'Innovation** et la crise de la Covid-19 ont accéléré le projet.

Evaluation et répliquabilité

- Le projet e-Meuse est déployé sur 10 ans et 3 phases : à l'échelon du département de la Meuse, puis aux départements de la Haute-Marne et de la Meurthe-et-Moselle, enfin à la région Grand-Est.
- Par sa thématique (la télé médecine), e-Meuse santé apparaît aisément répliquable. Toutefois, le projet bénéficie de nombreux soutiens financiers dérogatoires, dont l'apport n'est pas assuré pour d'autres initiatives de même nature mais initiées dans un contexte différent.

Points forts

- Présence d'un **diagnostic territorial** ayant permis de cerner les besoins territoriaux (notamment post-Covid)
- Collaboration de plusieurs acteurs publics (Agence Régionale de Santé, l'Assurance Maladie, la région Grand Est, les départements de la Meurthe et Moselle et de la Haute-Marne et les agglomérations de Verdun et de Bar-le-Duc), autour de la problématique des déserts médicaux et volonté de trouver des solutions ne créant pas une concurrence entre les territoires dans leur politique d'attractivité
- Contact entre les porteurs de projet et le département de la Meuse et mise en exergue du rôle d'e-Meuse dans la politique départementale, se traduisant par des actions coordonnées sur la question
- Appui du Comité départemental de suivi de l'action de téléconsultation d'e-Meuse santé et du **soutien technique d'experts pour adapter des outils numériques à l'organisation territoriale**
- Présence d'un infirmier ou d'un assistant pour organiser la consultation, appuyer le médecin dans son diagnostic à distance et aider les patients avec les outils de télé médecine
- Recours aux professionnels de santé de proximité pour les consultations à distance, ce qui permet **d'équilibrer le dispositif avec leur propre activité (pas de concurrence)**

Strasbourg Territoire de santé de demain



Caractéristiques clés

Public cible : porteurs de projets visant à améliorer la santé et l'accès aux soins

Territoire concerné : 10 collectivités du Bas-Rhin

Porteur : Eurométropole de Strasbourg avec 31 partenaires (dont IHU de Strasbourg, Agence Innovation Grand E-nov +...)

Niveau de déploiement : intercommunal

Date de lancement : 2019

Thématiques : # prévention primaire et secondaire ;
numérique

Contexte et principes de l'initiative

- Le projet consiste à développer un modèle de **démarche territoriale de santé intégrée, axé sur la prévention**. Il rassemble 34 projets agissant sur cette thématique et comporte une forte dimension numérique
- Le territoire concerné par l'expérimentation rassemble ainsi l'Eurométropole de Strasbourg et plusieurs collectivités de plus petite taille, dont un certain nombre de communes rurales.
- Le projet a été lancé dans un **contexte d'investissement dans les technologies médicales depuis 2009 par l'Eurométropole**, avant d'être lauréat au programme Territoires d'Innovation.
- Il entend se baser sur les **CPTS pour piloter les enjeux d'intégration et de coordination des parcours** de soins sur le territoire et suit les critères du Secrétariat général pour l'investissement (SGPI) liés aux besoins de santé du territoire.

Genèse

- Plusieurs diagnostics de santé ont été réalisés en amont du projet et ont fait ressortir des **problématiques propres au territoire** : importance de la prévention des pathologies par l'alimentation, l'activité physique, l'environnement, les conditions de travail et les rythmes de vie, etc.
- L'Eurométropole a été sélectionnée lors de l'appel à **projets Territoires d'Innovation**. Par la suite, elle a publié un appel à manifestation d'intérêt s'adressant aux porteurs d'initiatives permettant de corriger les inégalités territoriales en santé. Trente-quatre projets, portés par des acteurs publics et privés ont été sélectionnés pour faire partie du dispositif final. Bien que le projet initial ne cible pas les déserts médicaux, son extension au-delà de la métropole l'a amené à répondre à cette problématique.
- La gouvernance du projet est assurée par un **consortium d'acteurs publics et privés** portant le projet sur le territoire. Quatre organes de gouvernance participent au pilotage du projet : équipe support dédiée, équipe projet, comité de pilotage et comité de pilotage élargi. Le projet est accompagné par l'Agence Innovation Grand Est sur certains thèmes (recensement des données numériques des professionnels de santé notamment) et une codécision sur les projets intégrés dans le dispositif a été faite avec des représentants de l'ARS, de Docaposte, etc.

Evaluation et répliquabilité

- Originellement, l'évaluation se base sur des **indicateurs d'impacts par type de projet**, centrés autour de la **réduction du nombre d'hospitalisations**. Cette approche a été complétée par une évaluation via des indicateurs de la plus-value de « Strasbourg Territoire de santé de demain » sur le territoire concerné.
- Le programme est **évalué en deux temps** :
 - Une évaluation intermédiaire 5 ans après le démarrage du programme (2026), qui portera sur la plus-value du programme en termes d'accélération, d'accroissement du nombre de projets et de leur facilitation,
 - Une évaluation finale 8 ans après le lancement du projet (2029), quantitative et relative aux bénéficiaires des projets accompagnés par le programme (développement économique et sur la santé de la population).

Points forts

- Cadrage du besoin en amont : réalisation de **plusieurs diagnostics de santé par différents acteurs** et tenue de trois « world cafés » afin de faire remonter les attentes des citoyens et adapter les projets.
- Organes de gouvernance rassemblant l'ensemble des compétences techniques et territoriales nécessaires pour la bonne conduite du projet.
- Répliquabilité du modèle à l'échelle nationale.
- Constitution d'une **action « accompagnement au changement »**, chargée de vérifier si la communication auprès des cibles est adéquate au niveau du contenu et de la forme et si les professionnels sont suffisamment outillés et formés à l'utilisation des outils mis à leur disposition.
- Appuis technique, politique et assistance à maîtrise d'ouvrage qui ont structuré le projet autour d'un collectif.
- Vocation à **s'associer à de nouveaux territoires**, au-delà des frontières du département (Saverne, Forlaque, etc...).
- Financement de parcours via la coordination des différentes professions médicales (IPA, etc) permettant de gagner du temps médical.

Responsabilité Populationnelle



Caractéristiques clés

Public cible : populations à risque ou directement impactées par le diabète de type 2 et l'insuffisance cardiaque

Territoire concerné : Haute-Saône (Bourgogne-Franche-Comté)

Porteur : Fédération Hospitalière de France (FHF)

Niveau de déploiement : communal/intercommunal

Date de lancement : 2018

Thématiques : # prévention primaire et secondaire ; # organisation territoriale des professionnels de santé

Contexte et principes de l'initiative

- Le dispositif de Responsabilité Populationnelle en Haute-Saône expérimente une nouvelle approche d'intégration clinique du diabète de type 2. Cette approche engage l'ensemble de la communauté de santé du territoire ainsi que les collectivités territoriales. Celles-ci participent au comité de pilotage et organisent des actions de sensibilisation, prévention, dépistage.
- La population de la zone d'action du dispositif est divisée en quatre strates, représentant chacune un niveau d'exposition à la pathologie, avec un programme d'action et des objectifs cliniques communs. Ces objectifs sont élaborés par les acteurs de santé du territoire, pour mettre en œuvre le triptyque meilleure santé, meilleure prise en charge, meilleur coût.

Genèse

- La démarche de responsabilité populationnelle émerge au Canada dans les années 2010. Elle s'attache à refondre le système de santé en **passant d'un modèle basé sur la prise en charge des malades, à un modèle visant le maintien en santé et la prévention.**
- En France, la démarche est introduite en 2017 par la Fédération Hospitalière de France (FHF). Le dispositif IPEP de l'Article 51 permet de soutenir le lancement d'expérimentations territoriales portant sur le diabète de type 2 et l'insuffisance cardiaque dès 2018. Cinq territoires, intégrant nécessairement un Groupement Hospitalier de Territoire, de taille moyenne (200 000 à 400 000 habitants) et confrontés à une situation de désertification médicale sont sélectionnés dans le cadre de ce projet : l'Aube/Sézannais, la Cornouaille, les Deux-Sèvres, le Douaisis et la Haute-Saône. Ces cinq territoires rassemblent 1,5 millions de personnes, dont 61 000 atteintes de diabète de type 2 ou d'insuffisance cardiaque et 300 000 à risque de développer l'une ou l'autre des pathologies.

Evaluation et répliquabilité

- Une **procédure d'analyse en continu à l'aide d'indicateurs** d'impact a été mise en place avec le concours de la FHF Data, un service de la FHF réalisant des études quantitatives sur les établissements adhérents, visant à appuyer leur politique stratégique.
- Le Triple objectif est atteint, avec en complément une meilleure satisfaction des usagers et des acteurs de santé (temps médical retrouvé)
- En 3 ans, une diminution des admissions par les urgences pour des séjours hospitaliers causés pour un motif de diabète a été constatée dans 4 territoires sur 5, avec une baisse très importante dans deux territoires. En Haute-Saône, ce taux est passé de 21% en 2019 à 3% en 2022.
- Le modèle a été conçu dès le départ pour être **transposable à d'autres territoires et d'autres typologies de patients.** Dans les faits, les indicateurs d'impact permettent de constater que le modèle s'adapte aux réalités territoriales : les acteurs de santé de Cornouaille choisissent par exemple d'orienter leurs efforts vers la prévention primaire.
- En 2019, le principe de responsabilité populationnelle a été intégré dans la loi du 24 juillet (reconnaissance législative).

Points forts

- Mise en place des CPTS : **l'existence des CPTS a joué un rôle-clef** en apportant son soutien en matière de coordination et fédération des professionnels de santé autour du projet territorial.
- Collaboration avec des institutions étrangères : la conception de la méthode d'animation clinique pour créer les programmes de santé a été réalisée avec une institution québécoise, permettant ainsi de mutualiser les ressources à disposition.
- **Outillage des professionnels** : la FHF a développé des outils médicaux mis à disposition des acteurs de santé.
- Mise en place d'une ligne directe entre la médecine de ville et l'hôpital, pour éviter le passage par le Service d'Accueil des Urgences (SAU).
- Création en 2021 d'un poste d'infirmière en santé publique pour dépister les personnes le plus éloignées du soin, bâtir une relation de confiance et suivre le parcours des usagers.

Le Centre départemental de santé multisite de Saône-et-Loire



Caractéristiques clés

Public cible : tout public (en priorisant les territoires en désert médical) et médecins cherchant à être salariés

Territoire concerné : Département de Saône-et-Loire

Porteur : Conseil départemental de Saône-et-Loire

Niveau de déploiement : 33 lieux de consultations dont 7 centres de santé territoriaux

Date de lancement : 2017

Thématiques : # Lieu d'exercice coordonné, # Organisation territoriale des ES / PS

Contexte et principes de l'initiative

- Le nombre de médecins généralistes a baissé de 11% entre 2007 et 2020 dans le département de Saône-et-Loire et les difficultés d'accès aux soins risquent d'être exacerbées par de nombreux **départs à la retraite imminents**.
- Face à ce constat, le Conseil départemental a créé le Centre départemental de santé de Saône-et-Loire, proposant le **saliariat aux médecins** (en complémentarité des libéraux exerçant sur le territoire), en maillant le territoire du département.
- Le Centre départemental de santé est constitué de sept **Centres de santé territoriaux (CST)** et de **26 antennes**, implantés dans les locaux dédiés à cet effet par les communes ou les EPCI.
- Le Centre départemental de santé propose **différents types de consultations** (généralistes, spécialistes, infirmiers en pratique avancée, psychologues, etc.) et des **visites à domicile** ou en établissements médico-sociaux, notamment pour des patients âgés, rencontrant des difficultés de déplacement ou souffrant de maladies chroniques.

Genèse

- Le projet de Centre départemental de santé de Saône-et-Loire a été initié en 2017 sur l'initiative du Président du Département, André Accary, pour faire face à la baisse importante des médecins dans le département et pour compléter les propositions d'aides à l'installation (1,3M€ accordés entre 2017 et 2021), à elles seules insuffisantes pour endiguer ce phénomène.
- Après un diagnostic territorial, des phases de rencontres individuelles puis collectives ont eu lieu à l'été 2017, aboutissant au vote du projet en septembre 2017. La première phase de recrutement des médecins s'est déroulée en fin d'année 2017. Les deux premiers Centres de santé territoriaux ont ouvert en début 2018 à Autun et Digoïn.
- Son activité est accélérée par l'ouverture des Centres de santé territoriaux (CST) de Montceau-les-Mines et Chalon-sur-Saône en 2018, Mâcon en 2019, Le Creusot en 2021 et de Louhans en 2023.

Evaluation et répliquabilité

- En 2023 : 139 000 consultations sur le département, 33 000 personnes ayant retrouvé un médecin traitant pour 60 000 personnes qui n'avaient pas de médecin traitant sur le territoire départemental.
- Parmi les patients du Centre départemental de santé, 30 % ont une affection de longue durée, 12 % ont plus de 80 ans et 18,5 % sont bénéficiaires de la complémentaire santé solidarité.
- 20 % de l'activité médicale du Centre de santé est consacrée à des missions de services publics relevant de la compétence de la collectivité territoriale : PMI, suivi des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance, participation aux évaluations de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), etc. Cette activité n'entraîne pas de facturation supplémentaire.
- Le modèle paraît répliquable sur d'autres territoires mais implique un diagnostic territorial.

Points forts

- Anticipation par le Conseil départemental des départs à la retraite, aboutissant à l'ouverture du Centre au moment opportun
- Multiplicité des acteurs contactés et impliqués dans la conception (ARS, facultés de médecine, etc) et association des professionnels de santé au montage du projet
- Diagnostic territorial sur un an et demi avec l'ARS avant de déployer le projet
- Portage politique solide en interne et en externe.
- Complémentarité des professionnels de santé présents dans le dispositif avec de nouveaux métiers médicaux (spécialistes, généralistes, présence d'infirmières Asalée et en pratique avancée, d'assistants médicaux, etc.)
- Répartition des Centres en fonction des besoins des territoires, du consensus local et de la disponibilité des locaux
- Présence de médecins coordinateurs pour animer des réunions et discuter de cas complexes au bénéfice de la qualité des soins
- Collaboration / mise en perspective avec les compétences de la collectivité territoriale : services publics de santé de compétence départementale réalisés via le Centre départemental de Santé, mise à disposition de locaux par des EPCI et communes, etc.
- Volonté par le Département (le porteur) de maintenir l'installation des médecins libéraux afin de couvrir la totalité des besoins de soins, maintenant une complémentarité des offres.

Accueil Médecin Aveyron



Caractéristiques clés

Public cible : internes et médecins souhaitant s'installer sur le territoire

Territoire concerné : département de l'Aveyron

Porteur : Conseil départemental de l'Aveyron

Niveau de déploiement : cellule d'accueil centralisée au niveau départemental informant sur les opportunités sur l'ensemble du territoire

Date de lancement : 2011

Thématiques : # Accompagnement professionnels de santé (instal.)

Contexte et principes de l'initiative

- Le département de l'Aveyron soutient une **politique globale d'attractivité** sur son territoire, dans laquelle s'inscrit le projet.
- Le dispositif comprend l'organisation d'un **accueil favorable aux internes** via une aide logistique et financière, la **promotion** de postes à pourvoir en Aveyron (en remplacement et en installation), la **communication** et l'**accompagnement** des médecins souhaitant s'installer sur le territoire, l'accompagnement des **projets de création d'équipes de soins** pluridisciplinaires. Cela se traduit notamment par les actions suivantes :
 - Un **site Internet** réunissant des informations utiles pour les médecins (accueilmedecin.aveyron.fr et abonnement Docndoc.fr permettant de trouver des remplacements), des demandes d'aides dématérialisées via le site,
 - Des **soirées d'accueil** aux internes à leur arrivée et pendant leur stage (rencontres entre les étudiants, les maîtres de stage et les médecins non maîtres de stages, ainsi que les élus locaux).

Genèse

- Le département de l'Aveyron se caractérise par une accessibilité aux soins inégale en fonction des territoires : 3,6 consultations par an par habitant, avec des seuils oscillants entre 2,4 et 4,1 consultations par an et par habitant selon les EPCI. 5,6% de la population se situe à plus de 20 minutes de services de soins de proximité, contre 1,4% en moyenne pour les habitants de la région Occitanie. L'Aveyron comprend une moyenne supérieure à la moyenne nationale de personnes souffrantes d'une ALD et attire beaucoup de sportifs réalisant des activités risquées.
- Afin de répondre à ces enjeux et après un diagnostic réalisé en 2000, soulignant le vieillissement des médecins, le département a déployé une **politique visant à développer la démographie médicale**.
- Accueil Médecins Aveyron a été créé en fonction des résultats des études sur les conditions influençant les choix d'installation des professionnels de santé : les conditions d'accueil sur le territoire, l'**environnement** et la **conciliation avec le projet personnel** sont déterminants.

Evaluation et répliquabilité

- 9% des internes restent en Aveyron à l'issue de leur stage, contre 1% en moyenne au niveau national dans les territoires ruraux, le dispositif peut donc être considéré comme efficace.
- Dispositif également développé par les départements d'Eure-et-Loir et du Gers.
- Le projet paraît aisément répliquable et constitue une **part négligeable du budget du département**. Toutefois, sa mise en place au niveau départemental interroge au vu du **risque de concurrence entre territoires** : les départements les plus actifs en termes de soutien à l'attractivité ne sont pas nécessairement les moins bien dotés en termes de démographie médicale.

Points forts

- Réalisation d'un **diagnostic territorial** permettant d'anticiper les départs à la retraite des médecins
- Mise en place d'actions **hors du département** (salons, etc), donnant la possibilité aux professionnels d'échanger avec l'agent animateur de la cellule d'accueil directement
- **Complémentarité** entre la formation des internes et la découverte du territoire
- **Formation des médecins généralistes aux urgences**, permettant de leur donner les compétences nécessaires pour soigner les patients éloignés des services des urgences
- Facilitation de la recherche des médecins à remplacer via une **plateforme centralisée** sur le site
- **Présence d'une référente sur le long-terme** assurant le suivi des internes et des demandes
- Mise en place d'**actions de formation** : information des étudiants sur les structures médicales, valorisation des métiers, etc.

Transports solidaires de l'Aude – Département de l'Aude



Caractéristiques clés

Public cible : personnes âgées de plus de 75 ans, isolées dans les communes visées par le dispositif

Territoire concerné : Département de l'Aude

Porteur : départements de l'Aude (porteur principal), en partenariat avec la MSA et le RSI

Niveau de déploiement : départemental

Date de lancement : 2016

Thématiques : # Système de transports

Contexte et principes de l'initiative

- Le département de l'Aude compte 402 médecins généralistes et 295 spécialistes en 2023, avec des déficits importants : le département entier ne compte que 9 gynécologues et 10 pédiatres en 2016.
- Pour renforcer l'accessibilité des soins, le département mène depuis 2016 **une expérimentation** dans deux cantons. Celle-ci consiste à **permettre aux personnes âgées isolées et en situation de précarité de bénéficier d'un transport gratuit** afin de consulter un médecin.
- L'aide concerne des **transports non remboursables par l'Assurance maladie**, à savoir des taxis conventionnés
- Les bénéficiaires ciblés doivent être âgés de plus de 75 ans, être affiliés à un organisme de Sécurité Sociale (CPAM, MSA, RSI) et être dans une situation d'isolement social, économique et géographique. Ils doivent résider à leur domicile, avoir des ressources modestes (1 200€ pour une personne seule, 1 695€ pour deux personnes maximum). Les bons de prises en charge sont délivrés 15 jours avant le rendez-vous par des partenaires du projet présents sur le territoire.
- Ces conditions remplies, **trois prises en charge sont possibles par an** chez le professionnel de santé spécialiste le plus proche de chez l'habitant.

Genèse

- Face à la désertification médicale qui frappe le département de l'Aude, ce dernier déploie depuis 2016 des dispositifs visant à améliorer l'accès aux soins pour les populations de son territoire. C'est dans ce contexte et à la suite du constat de certaines acteurs, comme les médecins de la Commission Paritaire locale du département de l'Aude par exemple, que les Transports Solidaires de l'Aude, ont été mis en place. Dans un premier temps déployé dans la Haute Vallée de l'Aude, le dispositif s'est **étendu** à plusieurs communes du canton des Corbières à la suite d'un diagnostic réalisé en septembre 2020 et ayant permis d'identifier des communes isolées.

Evaluation et répliquabilité

- Ce type de dispositif **se retrouve dans différents départements français** et pourrait constituer un réel levier d'accessibilité des soins, pour autant la complexité d'accès en tant que tel au dispositif questionne sur son impact.

Points forts

- Présence d'un **diagnostic territorial préexistant** permettant de cibler précisément les communes en difficulté
- Critères précis quant au public bénéficiaire de l'initiative permettant **d'encadrer les coûts**

Médecins Solidaires – Creuse



Caractéristiques clés

Public cible : usagers sans médecin traitant déclaré
Territoire concerné : Ajain et Bellegarde-en-Creuse (Creuse, Nouvelle-Aquitaine)
Porteur : Association Bouge ton Coq

Niveau de déploiement : communal/intercommunal
Date de lancement : octobre 2022
Thématiques : # organisation territoriale des professionnels de santé ; # lieu d'exercice coordonné

Contexte et principes de l'initiative

- Le projet a pour objectif de proposer un **suivi médical à des usagers sans médecin traitant déclaré, grâce à la mobilisation d'un réseau de médecins partenaires.**
- Ces médecins se relayent dans un Centre de Santé (CDS) par périodes d'une semaine et partagent un accès commun aux données médicales du patient. Le projet innove donc en développant un suivi des patients organisé à partir d'une « **famille de médecins** ».
- La Creuse, deuxième département le moins peuplé de France, a perdu un tiers de ses médecins en l'espace de dix ans. Actuellement, 22% des habitants vivent dans une commune où l'accès à un médecin généraliste est considéré difficile (APL<2,5). A Ajain, le départ du médecin généraliste de la commune en 2021, après quarante années d'exercice, a entraîné de très fortes difficultés d'accès aux soins de proximité pour plus de mille personnes.

Genèse

- L'idée émerge en janvier 2022, lorsque Martial Jardel, médecin généraliste rencontre **l'association Bouge ton Coq** (amélioration de la vie quotidienne dans le monde rural). Les échanges donnent naissance au concept de Temps Médical Partagé : plutôt que de rechercher l'installation des professionnels de santé pour plusieurs années, on demande aux médecins généralistes intéressés de mettre à disposition une **semaine de leur temps d'exercice.**
- La ville d'Ajain, dans la Creuse, est pré-identifiée car plus aucun médecin traitant n'y exerce depuis plus de deux ans. **Un projet de santé est déposé auprès de l'ARS** : il précise le diagnostic médical du territoire et prévoit le recrutement des professionnels de santé. Ajain devient le site pilote de l'expérimentation en octobre 2022 : le CDS est implanté dans des locaux temporaires, puis dans les locaux d'un EHPAD.
- Quelques mois plus tard, à l'issue d'un processus de validation identique auprès de l'ARS, un deuxième centre ouvre dans la commune de Bellegarde-en-Creuse.

Evaluation et répliquabilité

- La quasi-totalité des objectifs définis en début d'expérimentation sont aujourd'hui atteints : **25 consultations par jour et par médecin**, recrutement d'un pool de **400 médecins**, deux modèles de CDS testés (différent par le nombre de lignes de consultation, la présence d'une infirmière « Asalée » et les modalités de recrutement des équipes support). **750 patients** - dont un certain nombre en affectation longue durée - ont choisi le CDS d'Ajain comme médecin traitant six mois après l'ouverture. Un objectif initial reste à remplir : celui de l'ouverture de cinq nouveaux CDS par an dès 2023.
- Il est **complexe d'évaluer tous les impacts**, notamment ceux portant sur la **prévention** (ex : éviter le passage aux urgences).
- D'un point de vue qualitatif, l'impact de Médecins Solidaires est donc jugé très positif en matière d'accès aux médecins traitants et de continuité des soins.
- Du fait de sa capacité à **atteindre l'équilibre commercial en moins de deux ans**, le dispositif semble facilement répliquable à d'autres territoires, moyennant un certain apport financier en début de projet.

Points forts

- Projet basé sur un **diagnostic des besoins du territoire, validé par l'ARS**
- Soutien d'un grand nombre d'acteurs publics de niveaux territoriaux variés, réunis dans un COPIL régulier et mettant à disposition leur expertise ou soutien financier
- Organisation de **réunions publiques en amont de l'ouverture**, pour s'assurer du soutien des usagers face au changement de paradigme (« médecin de famille » / « famille de médecins »)
- Expérimentation de différents modèles de CDS**, pour répliquer les organisations les plus efficaces
- Capacité à fédérer autour de valeurs communes un large vivier de médecins, avec une diversité de profils permettant au CDS de s'émanciper d'une potentielle dépendance aux médecins retraités
- Soutien important des **coordinatrices et assistantes médicales**, permettant d'allouer la totalité du temps d'exercice du médecin à la consultation et d'assurer le suivi coordonné des dossiers
- Inclusion d'une **dimension préventive lors de la première consultation**, d'une durée de 40 minutes (20 minutes pour une consultation classique)
- Facilitation du séjour des médecins (hébergement, transport sur place...), invitation du médecin à des événements de la commune et valorisation des atouts de la région, afin d'encourager la création d'un lien avec le territoire et ses habitants

Présence médicale 64



Caractéristiques clés

Public cible : médecins libéraux et internes souhaitant s'installer sur le territoire

Territoire concerné : département des Pyrénées-Atlantiques

Porteur : Conseil départemental des Pyrénées-Atlantiques en copilotage avec l'ARS

Niveau de déploiement : départemental

Date de lancement : 2017 (expérimentation)

Thématiques : #Accompagnement professionnels de santé (instal.)

Contexte et principes de l'initiative

- Le dispositif réunit un collectif d'acteurs de la santé en Pyrénées-Atlantiques, afin de **faciliter l'installation des internes et médecins généralistes** dans le département. Il propose un service d'accueil unique et un suivi personnalisé pour accompagner leurs projets professionnels et personnels.
- Il vise aussi à faciliter les **démarches administratives**, mobiliser les **aides financières** existantes, proposer un exercice coordonné et mettre les **réseaux professionnels** en contact, aider à la recherche du **logement**, accompagner à la recherche d'emploi du **conjoint** et à la **scolarisation** et garde des enfants, à faire découvrir le territoire, etc.
- A cette fin, le dispositif mobilise ses différents **partenaires** afin d'activer et de mobiliser tous les leviers facilitant la réalisation du projet soumis.
- L'initiative adapte son service au diagnostic de la couverture de soin du territoire et **met également en contact les professionnels de santé**, leur permettant de réaliser leurs recrutements.

Genèse

- Le projet, accompagné par l'association Assist, a été mis en place à la suite d'une démarche réalisée en 2017 par le Département des Pyrénées-Atlantiques visant à **dynamiser la démographie médicale du territoire** via la réalisation d'une enquête auprès des professionnels de santé, afin de comprendre les leviers permettant de favoriser l'installation des internes.
- Le Conseil départemental des Pyrénées-Atlantiques et l'ARS sont les membres fondateurs du collectif, qui compte également la CPAM, la Mutuelle Sociale Agricole, la Région Nouvelle-Aquitaine, l'Université de Médecine de Bordeaux, le Collège des généralistes enseignants d'Aquitaine (CGEA), le Conseil départemental de l'ordre des médecins, l'Union régionale des professionnels de santé, le Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants (Aquireagjir) ou encore le Syndicat des internes de médecine générale d'Aquitaine (SIMGA).

Evaluation et répliquabilité

- Le dispositif est répliquable et a inspiré la mise en place d'une **initiative similaire dans une quinzaine de départements**, qui sollicitent PM 64 pour des retours d'expérience
- Le département utilise 3 indicateurs clés afin de mesurer l'impact du dispositif : le nombre d'installations réalisées, le nombre d'accompagnements en cours pour une installation à court et moyen-terme (2023-2024) et le nombre de candidats à l'installation pour du plus long terme (2024-2025). A ce jour, les chiffres sont les suivants depuis le lancement du dispositif :
 - 21 installations réalisées
 - 21 accompagnements en cours
 - 48 candidats à l'installation

Points forts

- Dispositif innovant par les leviers d'attractivité mobilisés : **pas d'aide/prime financière** ni de salariat des professionnels de santé, mais création d'un accompagnement sur mesure **capitalisant** sur les compétences de l'ensemble des parties prenantes du dispositif
- Démarche de **diagnostic territorial initial** et co-construction d'un plan d'action pragmatique en s'appuyant sur les forces, compétences et savoir-faire de chaque partie prenante, pour ancrer le projet dans la durée
- Démarche visant à un **accompagnement humain**, basé sur les rencontres et sur l'adéquation de l'installation du professionnel de santé avec ses souhaits personnels et professionnels (appui sur le compagnonnage générationnel)
- Appui sur le socle de compétences du Département (solidarités humaines, développement territorial, coopération...)
- Conception du projet **par et pour des professionnels de santé**
- Création d'un **collectif** rassemblant l'ensemble des acteurs de santé et partenaires institutionnels sur le territoire

Dispositif Renforcé de soutien au Domicile pour les personnes âgées (DRAD) – Pôle Le Hameau du Buis



Caractéristiques clés

Public cible : personnes âgées de 60 ans et plus, en perte d'autonomie

Territoire concerné : canton de Condat-sur-Vienne (Haute-Vienne, Nouvelle Aquitaine)

Porteur : Mutualité Française Limousine

Niveau de déploiement : communal/intercommunal

Date de lancement : démarrage des inclusions en juin 2021

Thématiques : # organisation territoriale des établissements de santé ; # hébergement innovant ; # télésurveillance

Contexte et principes de l'initiative

- Le DRAD du Hameau du Buis est un dispositif favorisant le **maintien à domicile** de personnes âgées résidant dans un canton de Haute-Vienne. Adossé à un EHPAD, il met à disposition des bénéficiaires une **équipe pluriprofessionnelle** chargée de leur accompagnement au quotidien. Le DRAD axe une partie importante de ses actions sur **la sécurité des dix usagers bénéficiaires** du programme.
- La Haute-Vienne est un département marqué par un **vieillessement** important de la population, facteur accroissant le risque de fragilisation de l'offre de soins existante. Le canton de Condat-sur-Vienne est inscrit sur la liste des zones d'action complémentaire (ZAC) de l'ARS. Bien que l'accès aux médecins généralistes y soit moins critique que dans d'autres collectivités du département, notamment dans les cantons du nord où de nombreuses communes sont identifiées en tant que zones d'intervention prioritaire (ZIP), l'offre en médecins généralistes y reste fragile et difficile d'accès.

Genèse

- Afin de répondre à l'enjeu de vieillissement de la population en Haute-Vienne, la Mutualité Française Limousine débute en 2015 un processus de réflexion sur un nouveau modèle d'accompagnement pour les personnes âgées qui établit le besoin d'une **offre de maintien à domicile**. Émerge alors l'idée d'un dispositif d'accompagnement intégré, composé de trois volets : construction d'un nouvel EHPAD, développement de l'habitat inclusif et mise en place d'une solution renforcée de maintien à domicile.
- Le projet est rapidement intégré à une démarche d'élaboration d'un cahier des charges visant à favoriser la mise en place d'un modèle d'EHPAD « **hors les murs** » porté par la Mutualité Française Limousine. La construction de l'EHPAD porteur débute en 2018 dans le département. La sélection du dispositif dans le cadre de l'Article 51, permet d'affiner la nature du projet de maintien à domicile : le concept de **DRAD** est adopté.
- En octobre 2020, le DRAD de l'EHPAD Le Hameau du Buis à Boisseuil, d'une capacité d'accompagnement de dix places, est officiellement ouvert ; le premier bénéficiaire rejoint le dispositif en juin 2021. L'apport de solutions de soins ne fait pas partie des champs d'action prioritaires du DRAD : il s'agit d'avantage d'une **solution de coordination renforcée à domicile, le médecin traitant reste au cœur du dispositif**.

Evaluation et répliquabilité

- L'intérêt du dispositif DRAD a été **validé par le législateur**, qui l'a pérennisé sous la forme juridique du **Centre de Ressources territoriales (CRT)** - le cahier des charges des DRAD s'inscrit en effet dans le volet 2 des CRT.
- A l'instar des autres structures, le DRAD du canton de Condat-sur-Vienne s'apprête donc à se transformer en CRT. Il sera, à cette occasion, **étendu à un périmètre géographique plus large** (de douze à trente-quatre communes) et verra son domaine d'intervention élargi avec l'ajout d'une dimension préventive.

Points forts

- Diagnostic territorial réalisé pour la création de l'EHPAD puis réactualisé pour l'Article 51, qui permet au projet d'assurer la **concordance entre offre de services et besoins** du public cible.
- Le **dispositif DRAD faisait partie intégrante du projet d'EHPAD** et n'a pas été pensé comme un élément contingent. Les professionnels de santé comprennent l'importance et les spécificités du dispositif et ne le traitent pas comme un module supplémentaire et optionnel.
- Portage du projet au niveau de la Fédération de la Mutualité Française : **collaboration et mise en commun de l'ingénierie pour proposer le projet à l'Article 51**.
- Travail en hybridation public/privé, à partir de l'existant, pour optimiser le maillage du territoire : collaboration avec les référents personnes âgées / personnes handicapées employés par le Département pour identifier des bénéficiaires potentiels, collaboration avec le DAC-PTA.
- Création d'un COPIL, avec les acteurs de la gouvernance territoriale**, dont certains membres sont aussi invités aux commissions d'admission des bénéficiaires (forte inclusion des parties prenantes).
- Densification progressive de l'offre** (ex : mise en place de solutions de transports pour les bénéficiaires, pour participer aux activités hors domicile ; augmentation du nombre d'animations proposées).



Cartographie des initiatives par région

Méthodologie

Accessibilité potentielle localisée

La catégorisation des départements en fonction de l'APL (accessibilité potentielle localisée) se base sur les données de la DREES pour l'année 2022, pour l'accès aux médecins généralistes de moins de 65 ans [Accessibilité potentielle localisée - DREES \(shinyapps.io\)](#).

« L'APL est un indicateur local, disponible au niveau de chaque commune, qui tient compte de l'offre et de la demande issue des communes environnantes. Calculé à l'échelle communale, l'APL met en évidence des disparités d'offre de soins qu'un indicateur usuel de densité, calculé sur des mailles beaucoup plus larges (bassins de vie, départements...), aura tendance à masquer. L'APL tient également compte du niveau d'activité des professionnels en exercice ainsi que de la structure par âge de la population de chaque commune qui influence les besoins de soins. L'indicateur est calculé en nombre de consultations/visites accessibles par habitant standardisé. ».

Initiatives multi-territoires

Les initiatives mises en place sur plusieurs départements d'une même région sont placées au niveau du chef-lieu de ladite région.

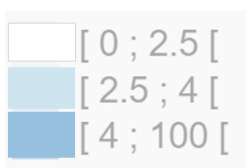
Catégories de projet

Certaines catégories de projet regroupent plusieurs sous-catégories :

- Attractivité du territoire : Accompagnement des professionnels de santé (PS) + Incitations financières (PS, étudiants), Plateformes
- Télémédecine : Télésurveillance + Téléconsultation + Téléexpertise
- Organisation territoriale : Equipes mobiles + Bus santé

Légende

Bornes d'APL



Porteur



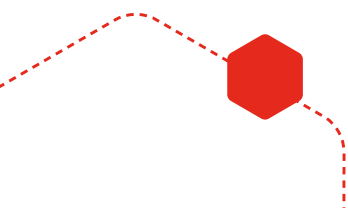
Catégorie de projet

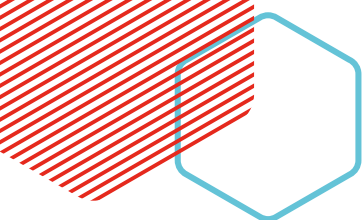
Attractivité du territoire

Télémédecine

Sensibilisation / prévention

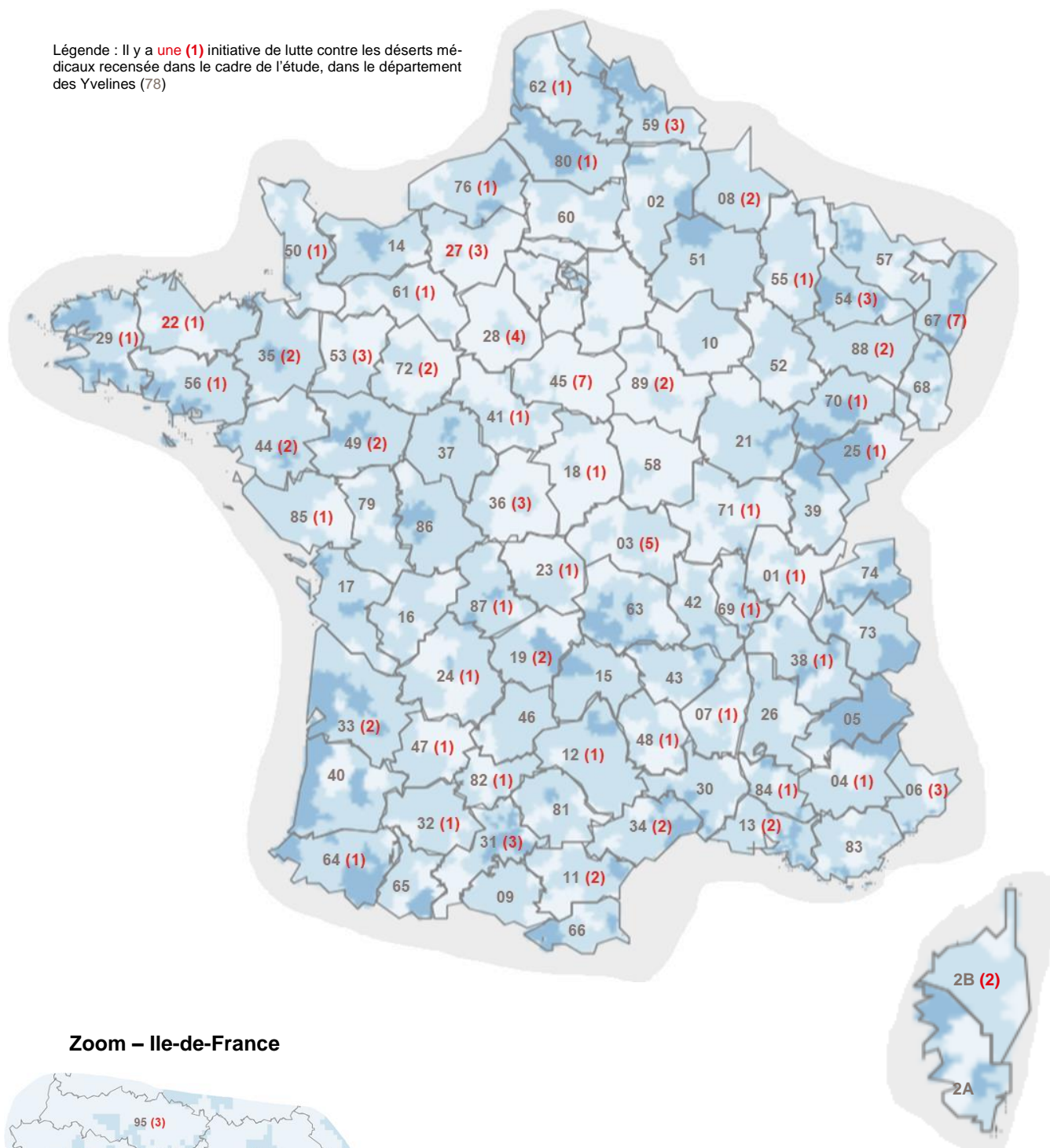
Lieu d'exercice coordonné



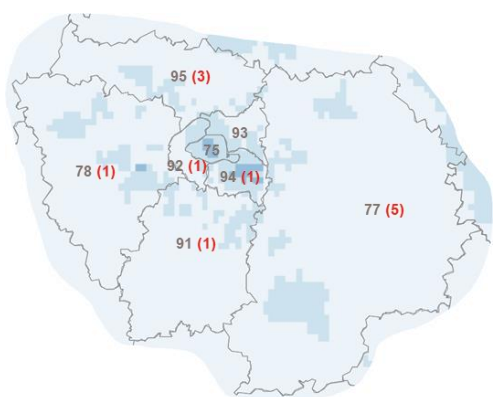


Vision nationale

Légende : Il y a une (1) initiative de lutte contre les déserts médicaux recensée dans le cadre de l'étude, dans le département des Yvelines (78)



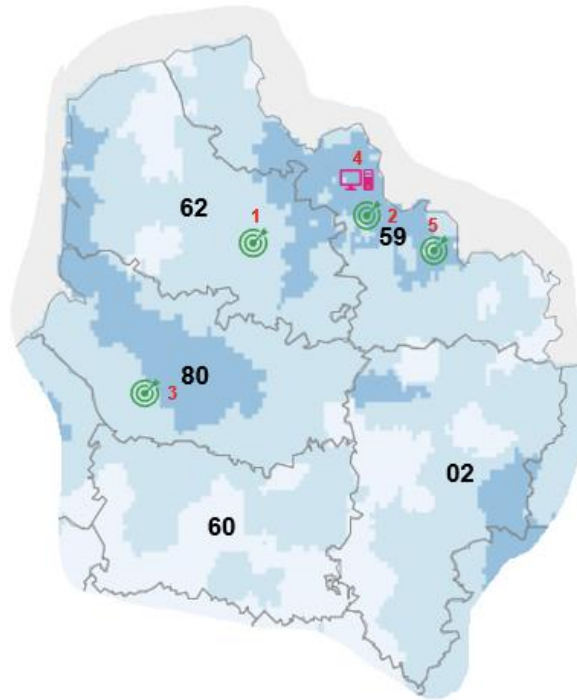
Zoom - Ile-de-France





Région Hauts-de-France

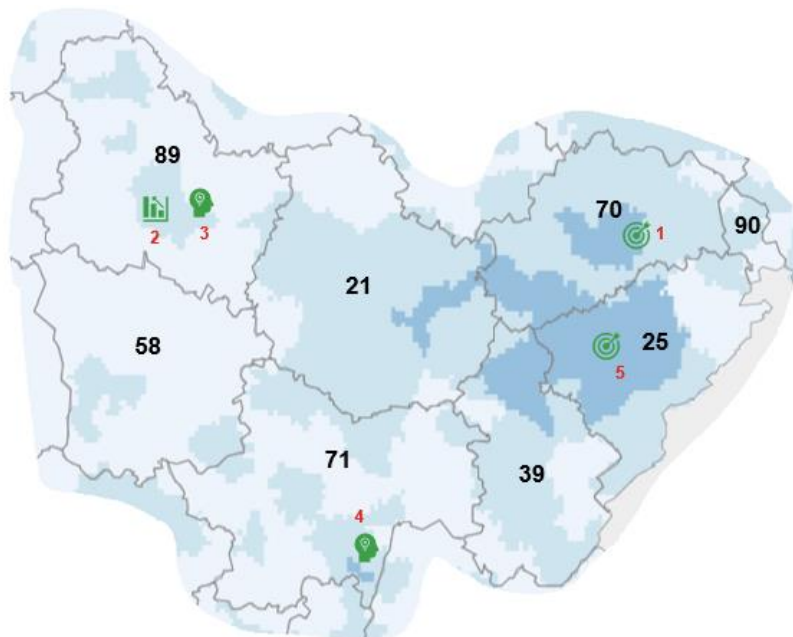
1. Communication par la PMI sur la pollution de l'air
2. Camion Nord santé prévention dépistage
3. Ambassadeurs santé & alimentation - Amiens
4. Innovations Citoyennes en santé numérique (IN CITU) - Lille
5. Plan local de promotion santé - Métropole de Lille



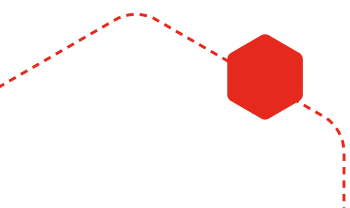
02 – Aisne
 59 - Nord
 60 – Oise
 62 – Pas-de-Calais
 80 - Somme

Région Bourgogne-Franche-Comté

1. Politique de prévention et lutte contre la désertification médicale – Pays Vesoul
2. Centre de santé départemental multisite - Yonne
3. Bourse étudiante pour l'installation des jeunes médecins - Yonne
4. Centre de santé multisite et pluriprofessionnel – Saône-et-Loire
5. CLS Tisser les liens entre santé et environnement – Grand Besançon Métropole



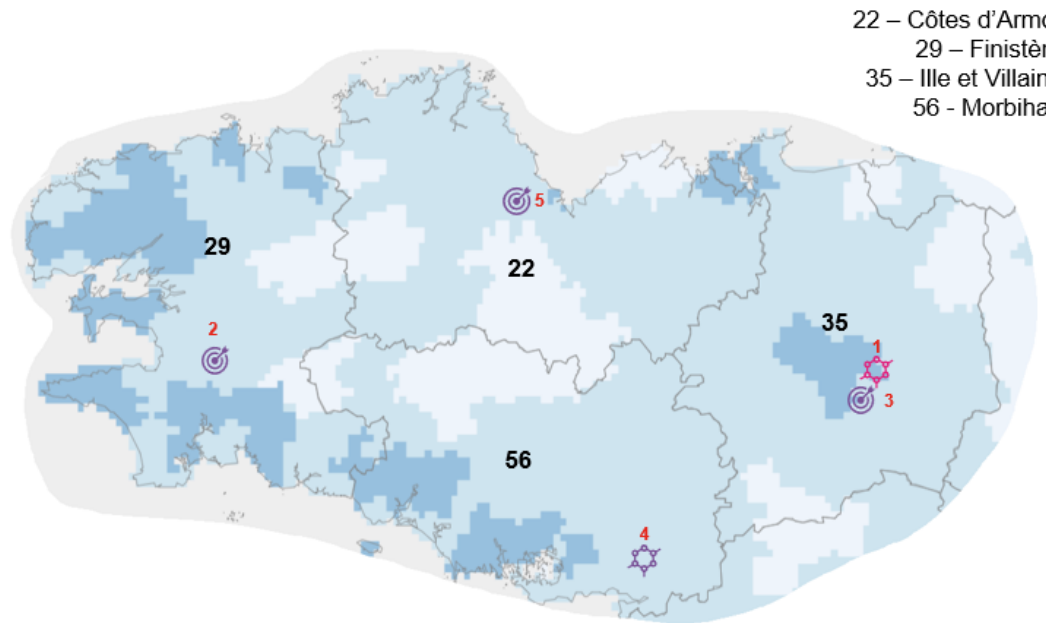
21 – Côte d'Or
 25 – Doubs
 39 – Jura
 58 – Nièvre
 70 – Haute Saône
 71 – Saône et Loire
 89 – Yonne
 90 – Territoire de Belfort





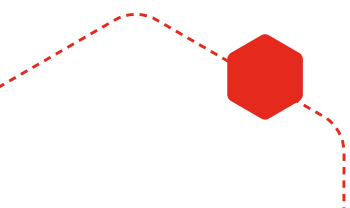
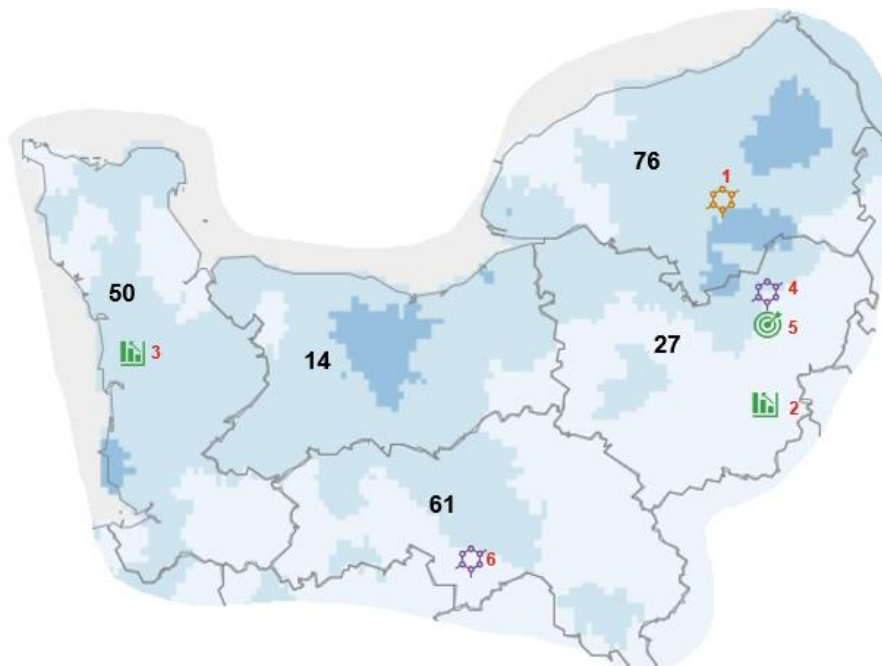
Région Bretagne

1. Parcours dénutrition Nutriker
2. ILDYS service de soins bucco-dentaires mobile
3. Démarche de prévention intégrée pour développer les mobilités durables pour atténuer les effets de l'environnement sur la santé des habitants - Chantepie
4. Organisation pérenne et innovante des soins « Belles îles en soins » - Morbihan
5. Atelier de prévention « A l'école du bien-manger » - Côtes d'Armor



Région Normandie

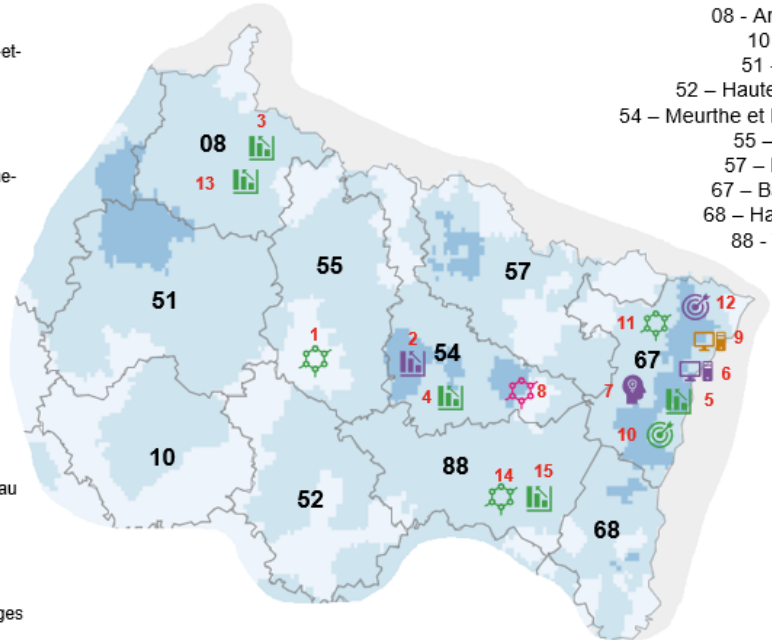
1. Infirmiers référents pour les personnes souffrant d'affections longue durée (ALD)
2. Service d'accueil à guichet unique pour les nouveaux médecins - Eure
3. Agence d'attractivité Attitude Manche
4. Société interprofessionnelle de soins ambulatoire Coordination Santé Seine-Eure (COSSE)
5. Acculturer à la santé globale pour renforcer l'autonomie de chacun – Seine-Eure Agglomération
6. Medicobus – Orne-est





Région Grand-Est

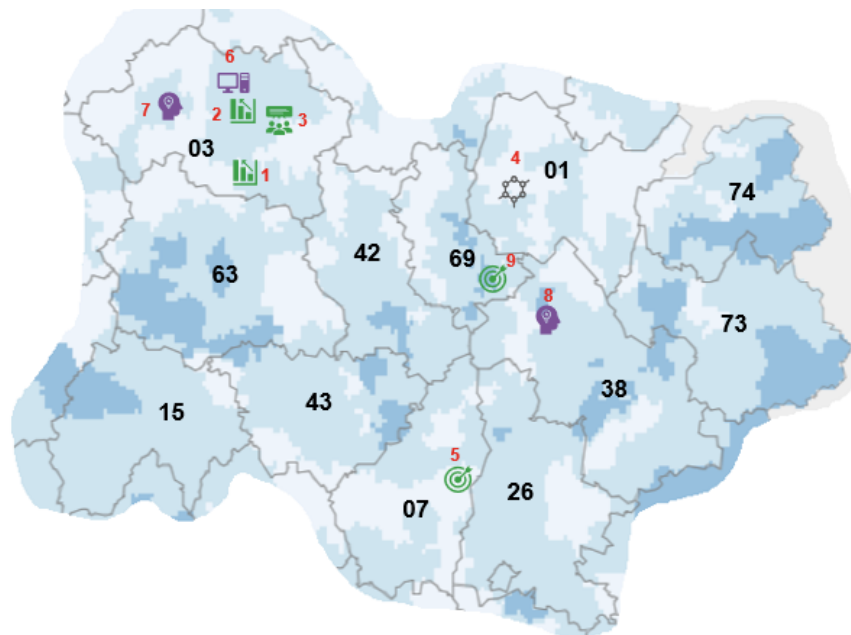
1. Projet E-Meuse Santé une filière e-santé
2. Projet "Passerelle" pour l'installation des jeunes médecins – Meurthe-et-Moselle
3. Aide de la Communauté de Communes à l'Installation des Médecins (ACCIM) - Communauté de communes Ardennes Rives de Meuse
4. Événement Tremplin 54 pour le remplacement des médecins – Meurthe-et-Moselle
5. Indemnités de déplacement pour les étudiants de 3ème cycle
6. Policlinique mobile TokTokDoc – Bas-Rhin
7. Dispositif de soins avec hébergement adossé à une Salle de Consommation à Moindre Risque (ARGOS 2)
8. Parcours de soins Medisis pour la sécurisation du parcours médicamenteux
9. AKO@dom/PICTO pour un accompagnement des cancers
10. Territoire de santé de demain - Strasbourg
11. Contrat local de santé médico-social- Pays de Saverne Plaine et Plateau
12. Dépistages Alsace-cardio
13. Echange CPAM / Dispositif d'appui à la coordination - Ardennes
14. Démarche santé Epinal pour diagnostiquer la situation du territoire
15. Plan actions santé pour l'installation des professionnels de santé- Vosges



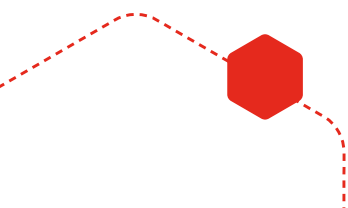
- 08 - Ardennes
- 10 – Aube
- 51 - Marne
- 52 – Haute Marne
- 54 – Meurthe et Moselle
- 55 – Meuse
- 57 – Moselle
- 67 – Bas Rhin
- 68 – Haut Rhin
- 88 - Vosges

Région Auvergne-Rhône-Alpes

1. Poste de coordonnateur de l'offre de soins de 1er recours - Allier
2. Dispositif WANTED pour l'installation des médecins - Allier
3. Aide aux stages pour les étudiants francophones - Allier
4. Convention de partenariat innovante (La Poste & Banque des Territoires) - Ain
5. Démarche de prévention intégrée pour la Santé relationnelle au cœur de la santé environnementale – Saint Péréy
6. Cabines de téléconsultation SNCF
7. Etude de faisabilité d'un Centre de Santé - Moulins
8. Construction d'une maison de santé pluriprofessionnelle - Isère
9. Tiers lieux en santé implanté dans une maison de santé pluridisciplinaire - Rhône



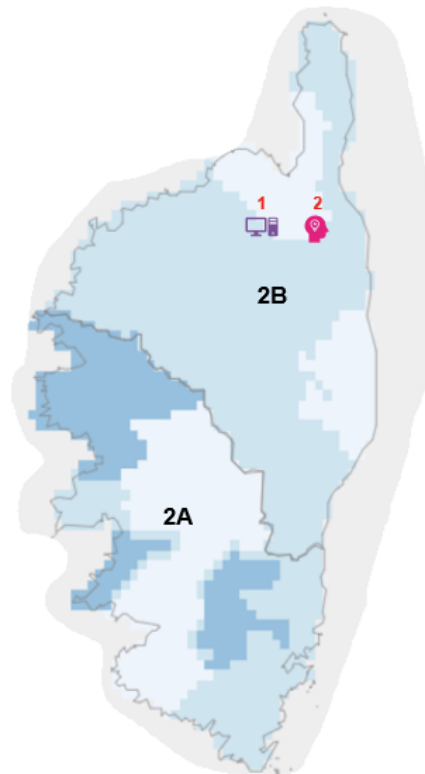
- 01 – Ain
- 03 – Allier
- 07 – Ardèche
- 15 – Cantal
- 26 – Drôme
- 38 - Isère
- 42 – Loire
- 43 – Haute Loire
- 63 – Puy de Dôme
- 69 – Rhône
- 73 – Savoie
- 74 – Haute Savoie





Région Corse

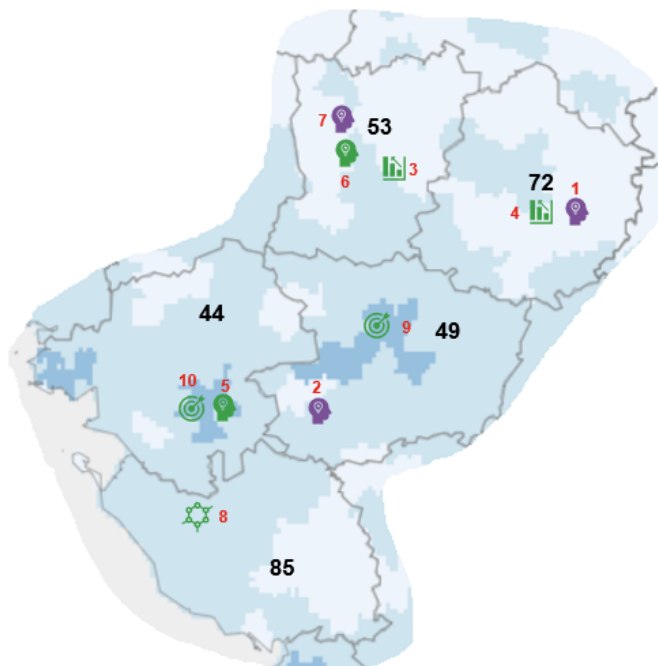
1. CICA-Corse Améliorer la prise en charge des patients atteints de plaie chronique complexe avec des outils numériques
2. EVA CORSE Modèle organisationnel qui permet une prise en charge hybride entre les services



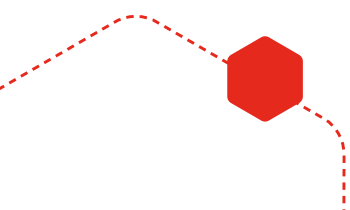
2A – Corse du Sud
2B – Haute Corse

Région Pays de la Loire

1. Suivi à domicile des personnes invalides et/ou âgées par les médecins traitants et les infirmiers - Réseau de Santé Le Mans Ouest (RSMO)
2. Service Médical de Proximité - Cholet
3. Enquêtes qualitatives pour l'attractivité du territoire - Mayenne
4. Campagnes de communication pour l'attractivité du territoire- Sarthe
5. Maison de Santé Pluriprofessionnelle Bellevue - Nantes
6. Maison de Santé Pluriprofessionnelles - Laval
7. Service Médical de Proximité (SMP) Henri-Dunant - Laval
8. Centre intercommunal d'action sociale (CIA) – Terres de Montaigu
9. Office Municipal des Sports - Angers
10. Semaine d'information sur la santé mentale - Nantes



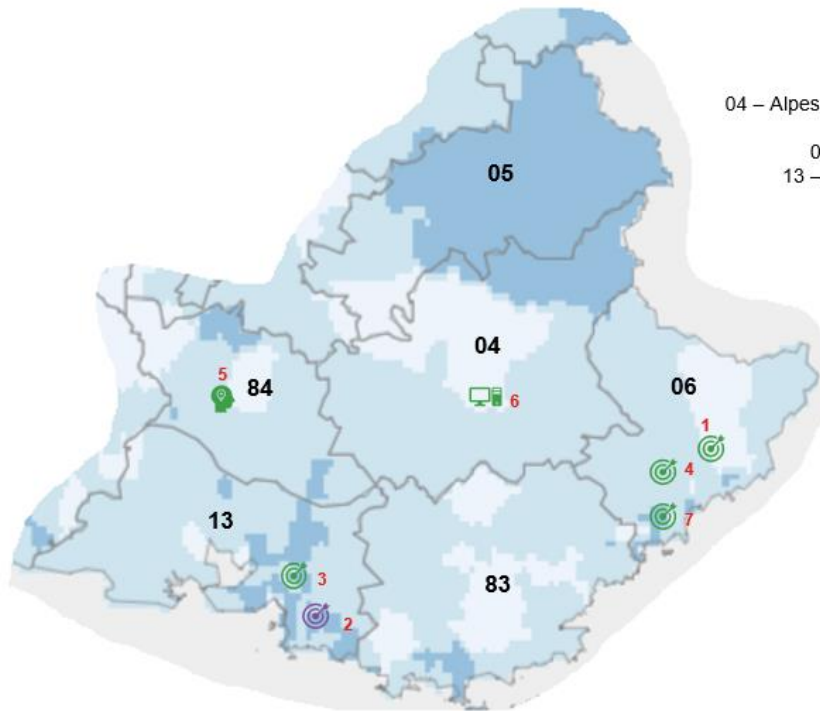
44 – Loire Atlantique
49 – Maine et Loire
53 – Mayenne
72 – Sarthe
85 - Vendée





Région Provence-Alpes-Côte d'Azur

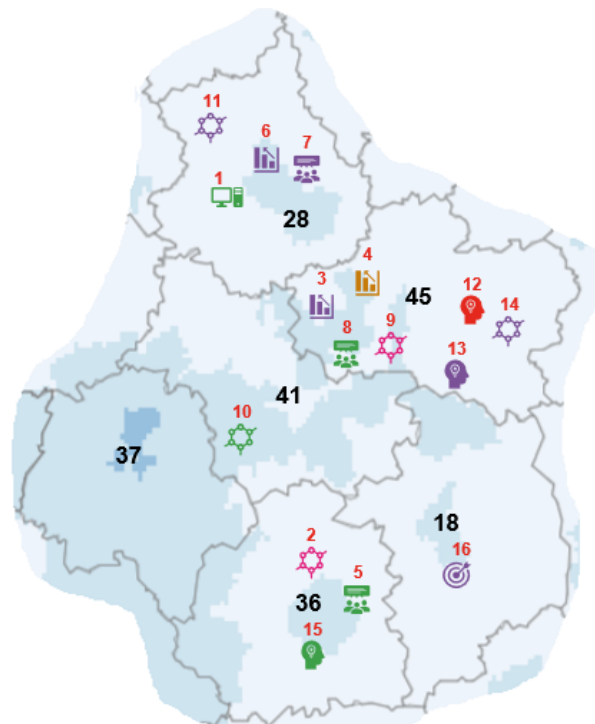
1. Charte Zéro pesticide – Alpes Maritimes
2. Installation de capteurs d'habitat indigne – Bouches du Rhône
3. Capteurs
4. Démarche de prévention intégrée pour la Santé environnementale comme bien commun – Mouans-Sartoux
5. Ingénierie d'accompagnement des soignants de la MSP – Vaison-la-Romaine
6. Cabinet de téléconsultation avec la présence d'une infirmière – Alpes de Haute Provence
7. Action flash de prévention du diabète en partenariat avec la CPTS et le syndicat des pharmaciens - Nice



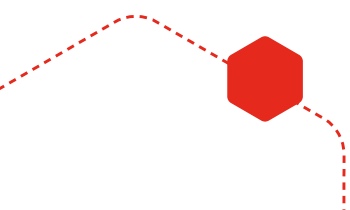
- 04 – Alpes de Haute Provence
- 05 – Hautes Alpes
- 06 – Alpes Maritimes
- 13 – Bouches du Rhône
- 83 – Var
- 84 - Vaucluse

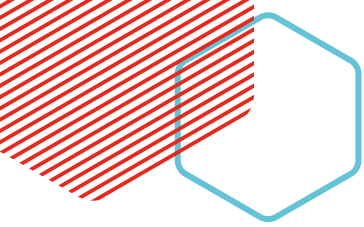
Région Centre-Val de Loire

1. Cabine de télémedecine – Eure-et-Loir
2. Service d'accès aux Soins de l'Indre (SAS 36)
3. Site d'information Instaloidoc
4. Plateforme de mobilisation pour la création d'emplois Région 100% Santé
5. Logements meublés & équipés pour les étudiants - Indre
6. Plateforme "Soigner dans le 28€ - Eure-et-Loir
7. Appui à la formation de maîtres de stage des université (MSU)
8. Aide aux étudiants allant faire leur stage au-delà de 15km de leur école
9. Territoire Obésité Parcours Autonomie Santé Ensemble (TOPASE)
10. Plateforme Alternative d'Innovation en Santé (PAÏS) – Loir et Cher
11. Cabinet Bucco-Dentaire Mobile (CBDM) – Eure-et-Loir
12. Centres de soins non programmés
13. Traitement Innovant Multi Évaluations de l'Obésité (TIMÉO)
14. Service infirmier d'orientation
15. Office de soins alternatifs transitoires (OSAT)
16. Dépistages bucco-dentaires pour personnes à mobilité réduite - Cher



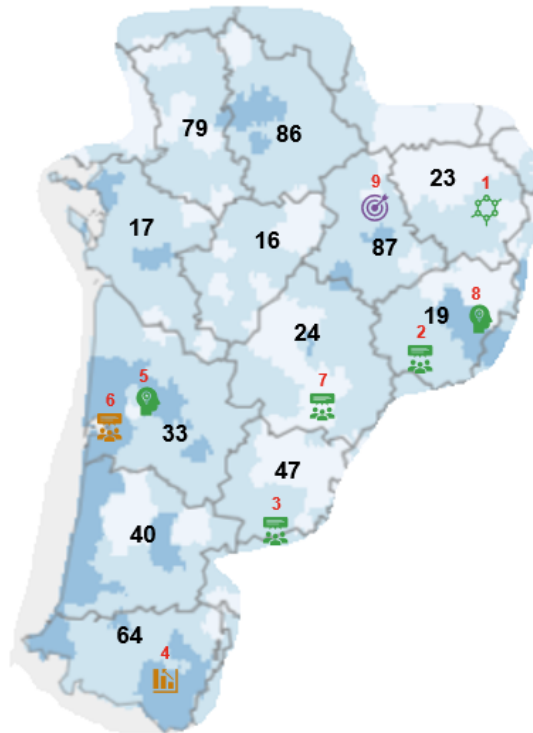
- 18 – Cher
- 28 – Eure et Loir
- 36 – Indre
- 37 – Indre et Loire
- 41 – Loir et Cher
- 45 - Loiret





Région Nouvelle-Aquitaine

1. Collectif Médecins solidaires pour l'ouverture de centres de santé - Creuse
2. Bourse étudiante - Corrèze
3. Aide aux internes - Lot-et-Garonne
4. Collectif Présence médicale 64 pour l'installation des médecins - Pyrénées-Atlantiques
5. Structure sur un même site d'une Maison de Santé et d'un Centre de Santé
6. Financement de formation d'Infirmiers en Pratique Avancée (IPA)
7. Création d'une option santé dans un lycée - Lot
8. Agir en complémentarité des professionnels de santé et autres collectivités territoriales - Haute-Corrèze Communauté
9. Ciné-débat autour du désert médical - Haute-Vienne



- 16 - Charente
- 17 - Charente Maritime
- 19 - Corrèze
- 23 - Creuse
- 24 - Dordogne
- 33 - Gironde
- 40 - Landes
- 47 - Lot et Garonne
- 64 - Pyrénées Atlantiques
- 79 - Deux Sèvres
- 86 - Vienne
- 87 - Haute Vienne

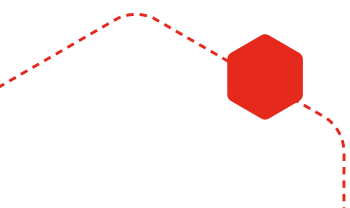
DROM

Mayotte

Dispositif intégré de protection Maternelle et Infantile (PMI), pour la sensibilisation / prévention, porté par la collectivité territoriale.

La Réunion

Projet d'établissement d'un CLS intercommunal, pour la sensibilisation / prévention, porté par un établissement public.





BANQUE des
TERRITOIRES



banquedesterritoires.fr



@BanqueDesTerr