



Un observatoire territorial de la Santé  
**Une vision à co-construire**  
POPSU - décembre 2019



## 01

### Approches globales ou « systémiques »

- ☾ Production d'articles
- ☾ Recherches d'informations
- ☾ Compréhension et analyse des systèmes

## 02

### La mobilisation d'outils construits

- ☾ La ville des proximités

## 03

### Construire et/ou mobiliser nos bases de données...

- ☾ Agréger localisation et statistiques... et rendre compréhensible

## 04

### ...Ou moissonner dans celles de nos partenaires

- ☾ Comparer, analyser, ...et utiliser ou produire des indicateurs

## 05

### Poser des éléments de prospectives

- ☾ Explorer par des analyses plus poussées et révéler des enjeux

## 06

### Analyses géographiques des compétences et de la gouvernance à différentes échelles

## 07

### Développer de l'animation

- ☾ Rencontrer les acteurs
- ☾ Proposer des outils
- ☾ Et des partenariats



## 1. – Approches globales ou « systémiques »

# L'accès aux soins n'est déterminant que pour 20% de l'état de santé d'un individu\*

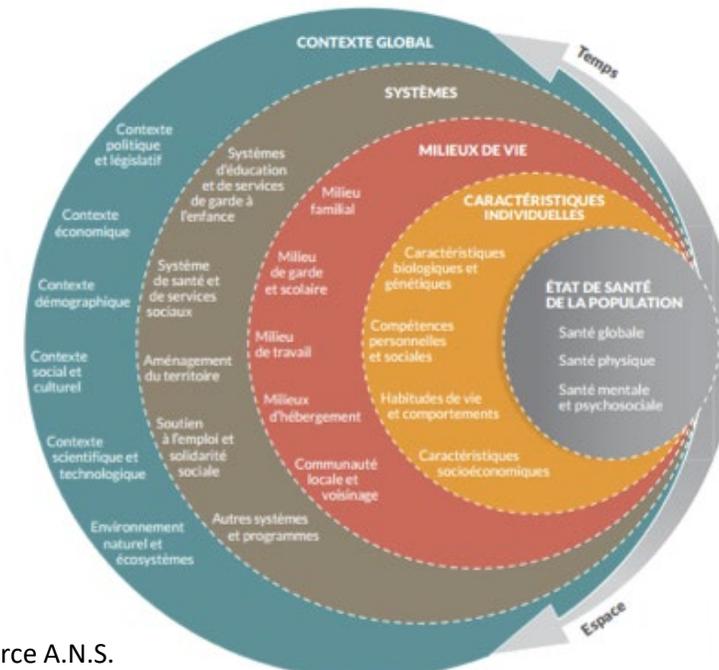
1986 – OMS  
 Charte d'Ottawa, Programme Villes-santé

## Article en cours d'édition - Point FNAU- Éd. Gallimard Le SCoT d'Orléans Métropole : une approche systémique mais implicite des déterminants de la santé

*La tentation législative de rajouter dans la longue liste des attendus d'un SCoT des questions directes sur la santé est présente, en complément de tout l'enrichissement récent sur les questions environnementales. Mais l'approche systémique d'un SCoT, par l'intégration du concept de développement durable, apporte déjà de nombreuses tentatives de réponse. Tentatives, car aujourd'hui comment évaluer le bienfait de telles ou telles prescriptions, quand la véracité scientifique de l'analyse des usages et comportements humains sur la santé est bousculée par la combinaison d'autres facteurs (apport de la pratique des modes actifs en milieux urbains et pollution des axes de desserte par les véhicules motorisés par exemple !)?*

Géraldine DUVALLET, directrice TOPOS  
 Hervé OLLIVIER, directeur adjoint, directeur des études TOPOS

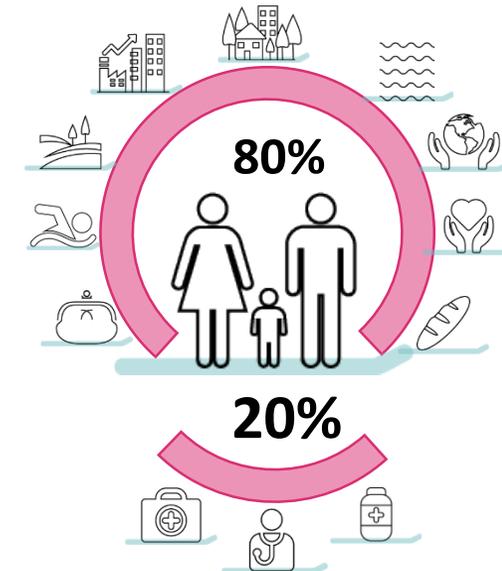
Les déterminants de la santé



Source A.N.S.

\*Source :

<https://www.cairn.info/revue-l-information-geographique-2011-2-page-99.htm>



1986 – Charte d'Ottawa, :  
 « la santé est engendrée et vécue dans les divers cadres de la vie quotidienne : là où l'individu s'instruit, travaille, se délasse ou se laisse aller à manifester ses sentiments ».



## 2. – La mobilisation d'outils construits

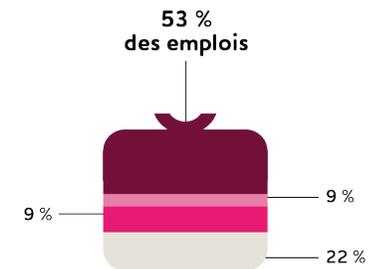
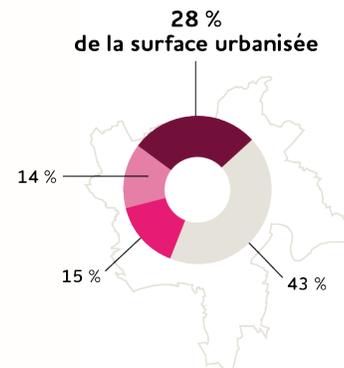
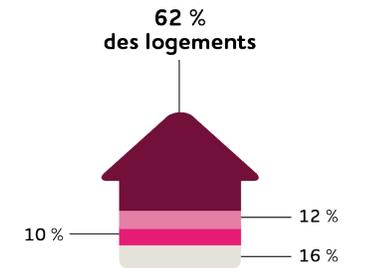
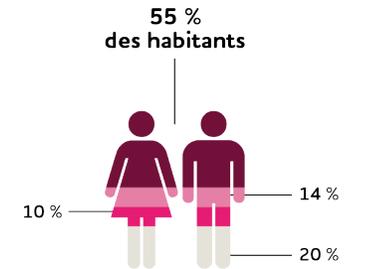
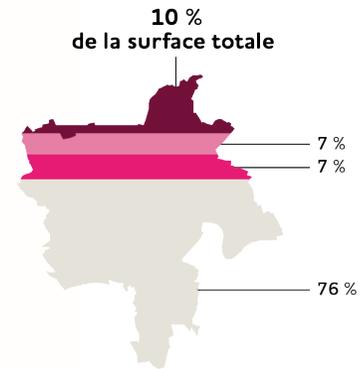
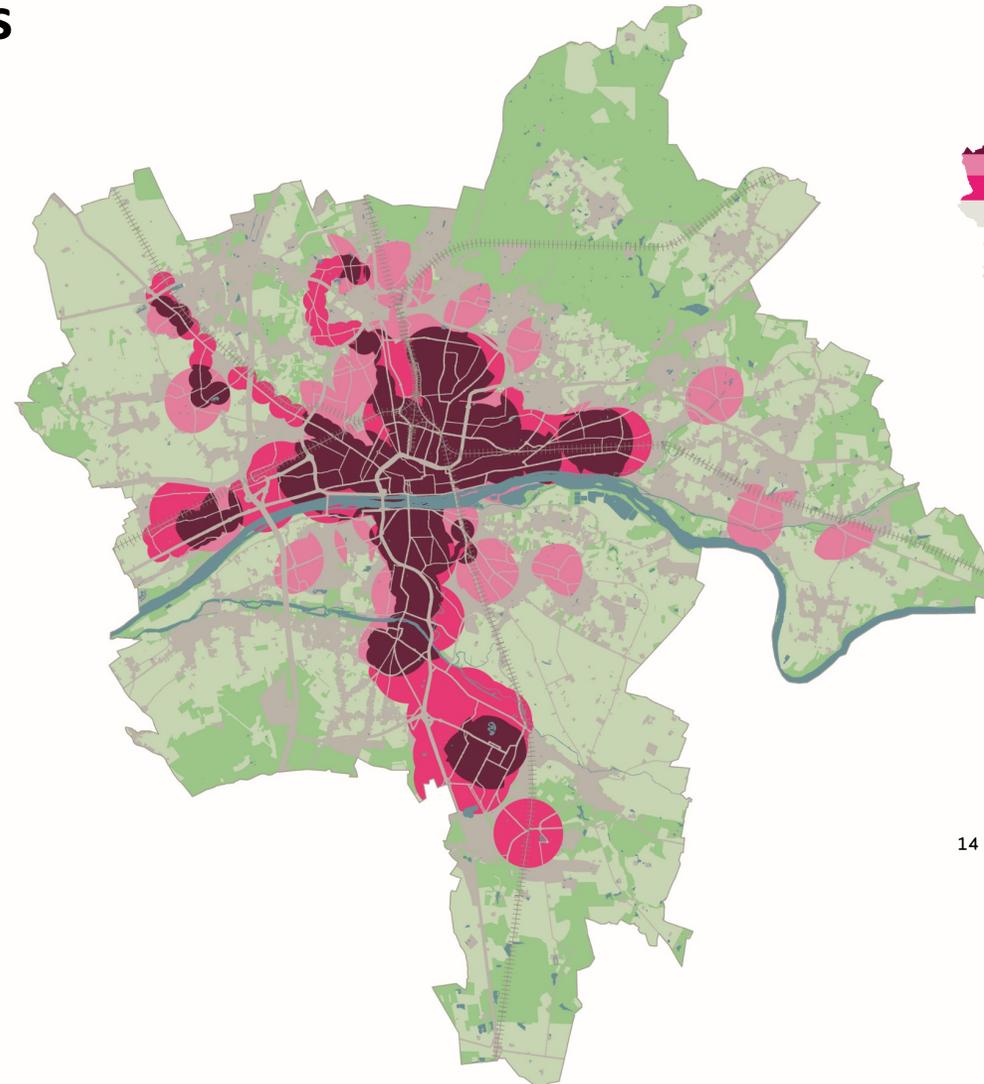
### La ville des proximités

Localiser les services du quotidien pour révéler une ville intense accessible à pied ou à vélo



#### Armature urbaine de la métropole orléanaise

- Ville des mobilités (seulement)
- Ville des proximités (ville des mobilités + ville élémentaire)
- Ville élémentaire (seulement)
- Espace urbanisé et routes
- Espace agricole
- Espace naturel et forestier
- Eau
- Voie ferrée





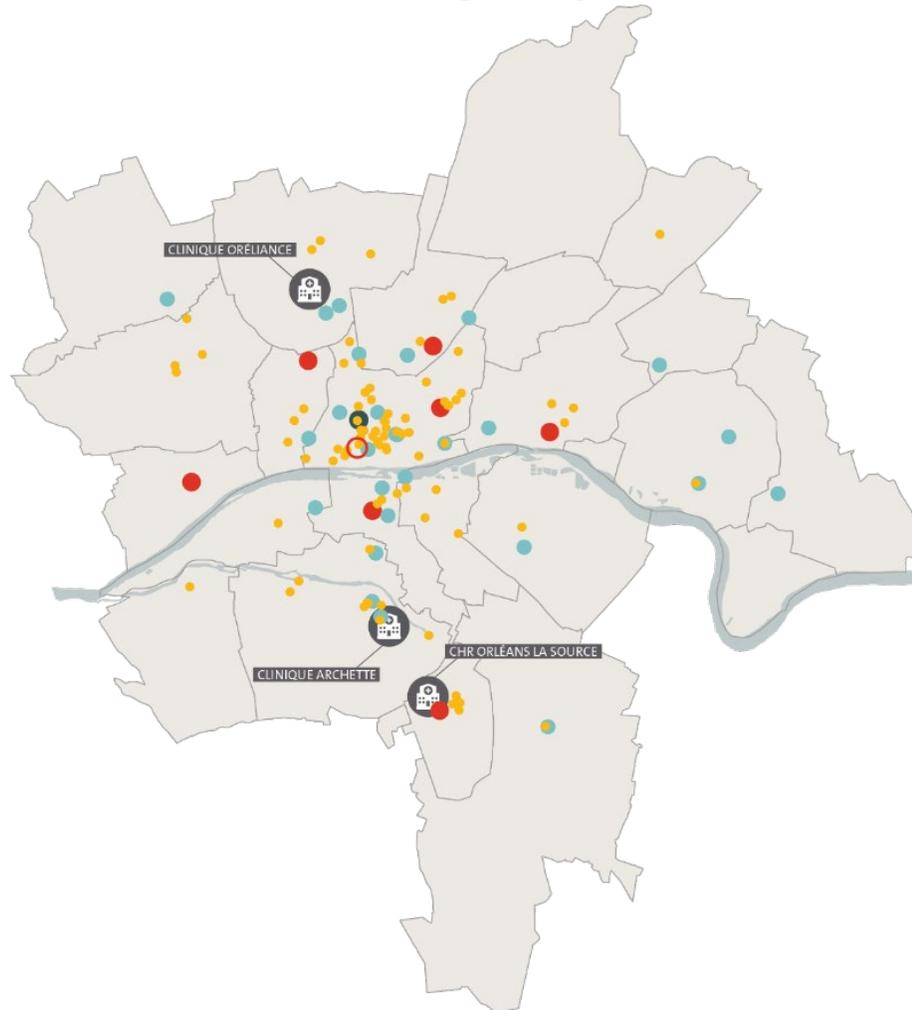
### 3. – Construire et/ou mobiliser nos bases de données...

## Agréger localisation et statistiques...Et rendre compréhensible

### Plus d'un médecin sur deux travaille en regroupement

L'introduction propose d'élargir la réflexion aux professions de la médecine de ville.

Cependant nous abordons la question de la répartition de l'offre par la médecine générale. Elle est aujourd'hui une des pierres angulaires de l'organisation de l'offre de soins.

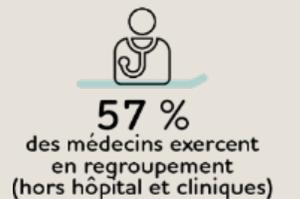
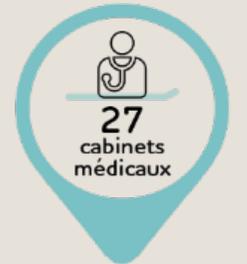


#### TYPE D'EXERCICE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX DANS LA MÉTROPOLE ORLÉANAISE

-  Hôpital / Clinique
-  Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP)
-  Maison médicale / cabinet médical (au moins 2 généralistes)
-  SOS médecins
-  Médecin seul

Sources données : ARS - mars 2019.

Traitement données : TOPOS - octobre 2019.



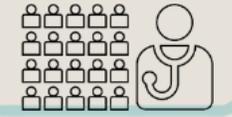
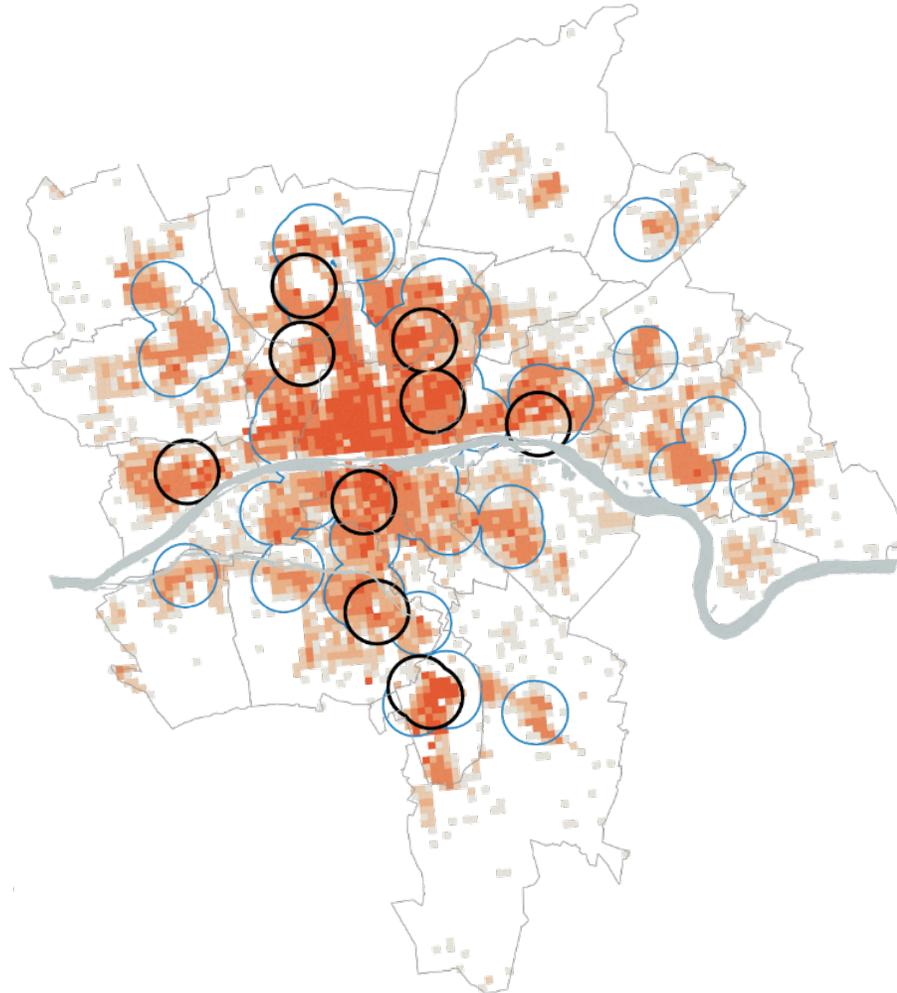


## 4. – ...Ou moissonner celles de nos partenaires

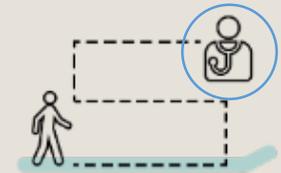
# Comparer, analyser, ...et utiliser ou produire des indicateurs

## Une couverture du territoire qui peut paraître satisfaisante...

L'observation de la répartition de la densité de population par rapport à la présence de médecins est à poursuivre. Elle doit intégrer leur spécialisation, leur spécificité démographique...notamment pour anticiper les effets de fin d'exercice, les nouveaux besoins en fonction de l'accueil de population...



**1 généraliste** (2019)  
pour  
**1 090 habitants** (2015)



environ **87 %** de la population  
d'Orléans Métropole à moins de  
**900 m**  
d'un médecin généraliste



environ **33 %** de la population  
d'Orléans Métropole à moins de  
**900 m**  
d'un lieu d'offre de soins pluridisciplinaire

**OFFRE DE SOINS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX  
PAR HABITANT DANS LA MÉTROPOLE ORLÉANAISE**

### NOMBRE D'HABITANTS DANS UN CARRÉ DE 200 MÈTRES

- Moins de 10 habitants
- 10 - 35 habitants
- 35 - 70 habitants
- 70 - 200 habitants
- Plus de 200 habitants



## 4. – ...Ou moissonner celles de nos partenaires

# Comparer, analyser, ...et utiliser ou produire des indicateurs

## Le potentiel d'accès au médecin généraliste

### Accessibilité Potentielle Localisée

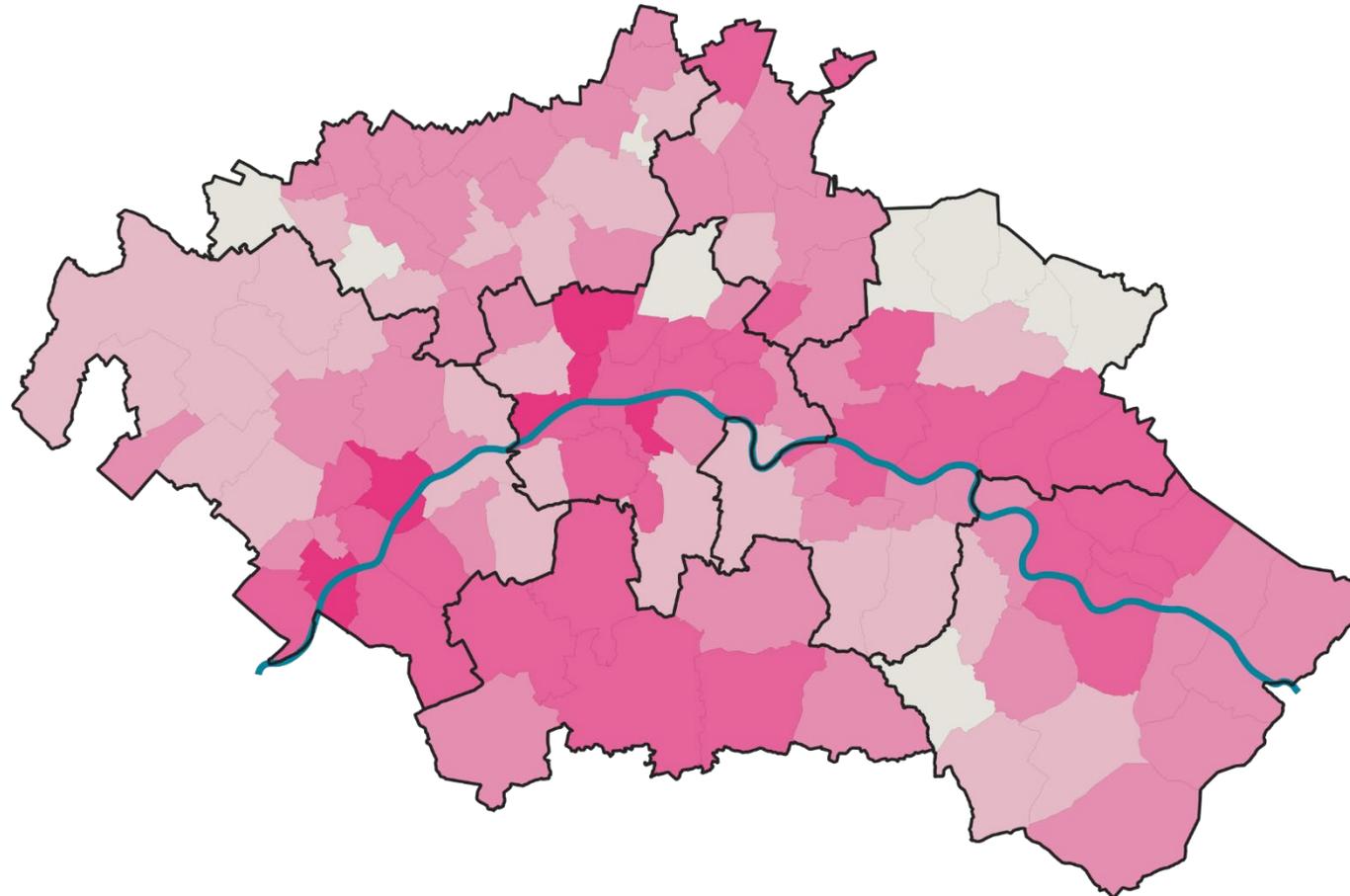
Il correspond au nombre potentiel maximum de visites chez le généraliste qu'un habitant du territoire peut réaliser au cours d'une année. Cet indice est calculé à la commune, au niveau national.



### INDICE A. P. L 2016



Sources : INSEE BD TOPO, D.R.E.S.S.  
 Traitements données TOPOS - décembre 2019



Indice 2016 moyen **APL** aux échelles

métropole :



Interscot : **2,7**  
visites par an

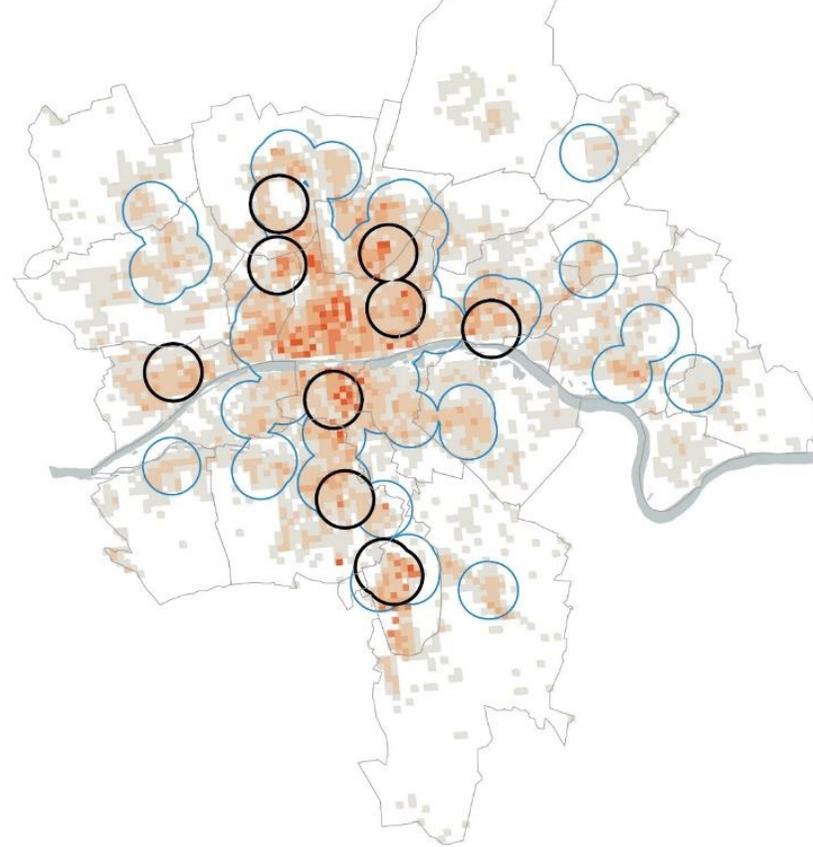
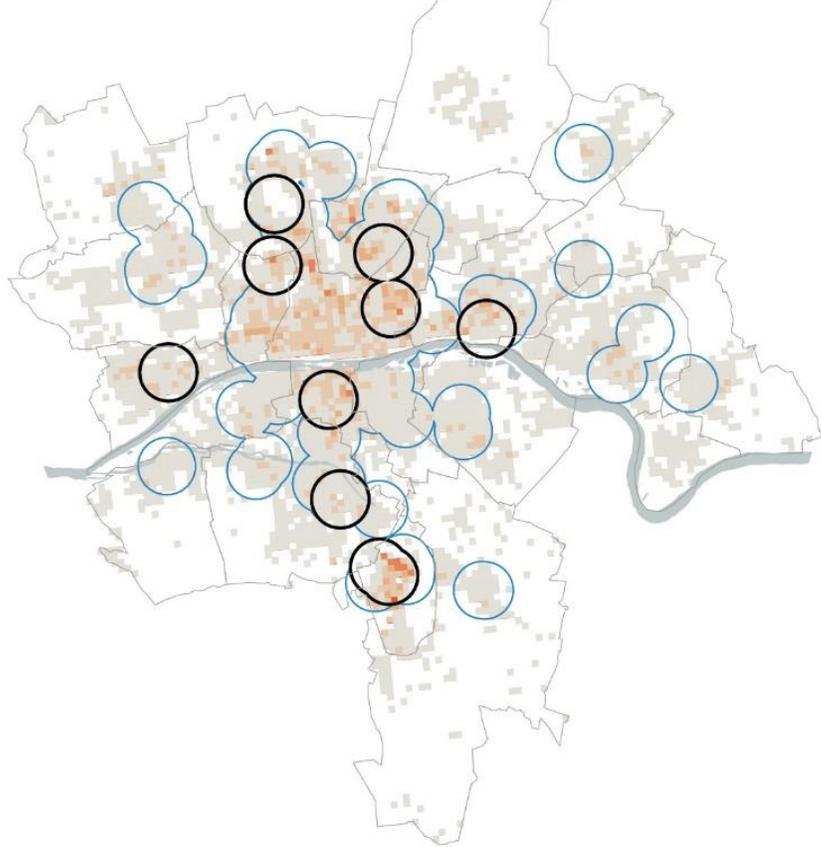
Nationale : **4,1**  
visites par an

Scs : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/l-indicateur-d-accessibilite-potentielle-localise-apl/article/l-indicateur-d-accessibilite-potentielle-localisee-apl>



## 5. – Poser des éléments de prospectives

### Explorer par des analyses plus poussées et révéler des enjeux



Ces deux cartes abordent les enjeux d'accès à une offre de soins de premier recours selon la fragilité des populations considérées.

Cette approche est à poursuivre en y intégrant des notions de ressources, de handicap...

Elle doit également être menée en terme de prospective.

**t** OFFRE DE SOINS ET POPULATION DE 0 À 3 ANS

ACCESSIBILITÉ 15 MINUTES À PIED (900 M)

- d'un médecin généraliste
- d'un lieu d'offre de soins pluridisciplinaire (hôpital, clinique, MSP)

**t** OFFRE DE SOINS ET POPULATION PLUS DE 65 ANS

NOMBRE D'HABITANTS DANS UN CARRÉ DE 200 MÈTRES

- Moins de 8 habitants
- 8-30 habitants
- 30-60 habitants
- 60-100 habitants
- Plus de 100 habitants

Sources données : Carroyage 2015 Insee, ARS - mai 2019.  
 Traitement données : TOPOS - octobre 2019.



## 6. – Analyses géographiques des compétences et de la gouvernance à différentes échelles

### Échelle départementale : première incise ?

Le territoire de santé départemental est une des déclinaisons du Projet Régional de Santé.

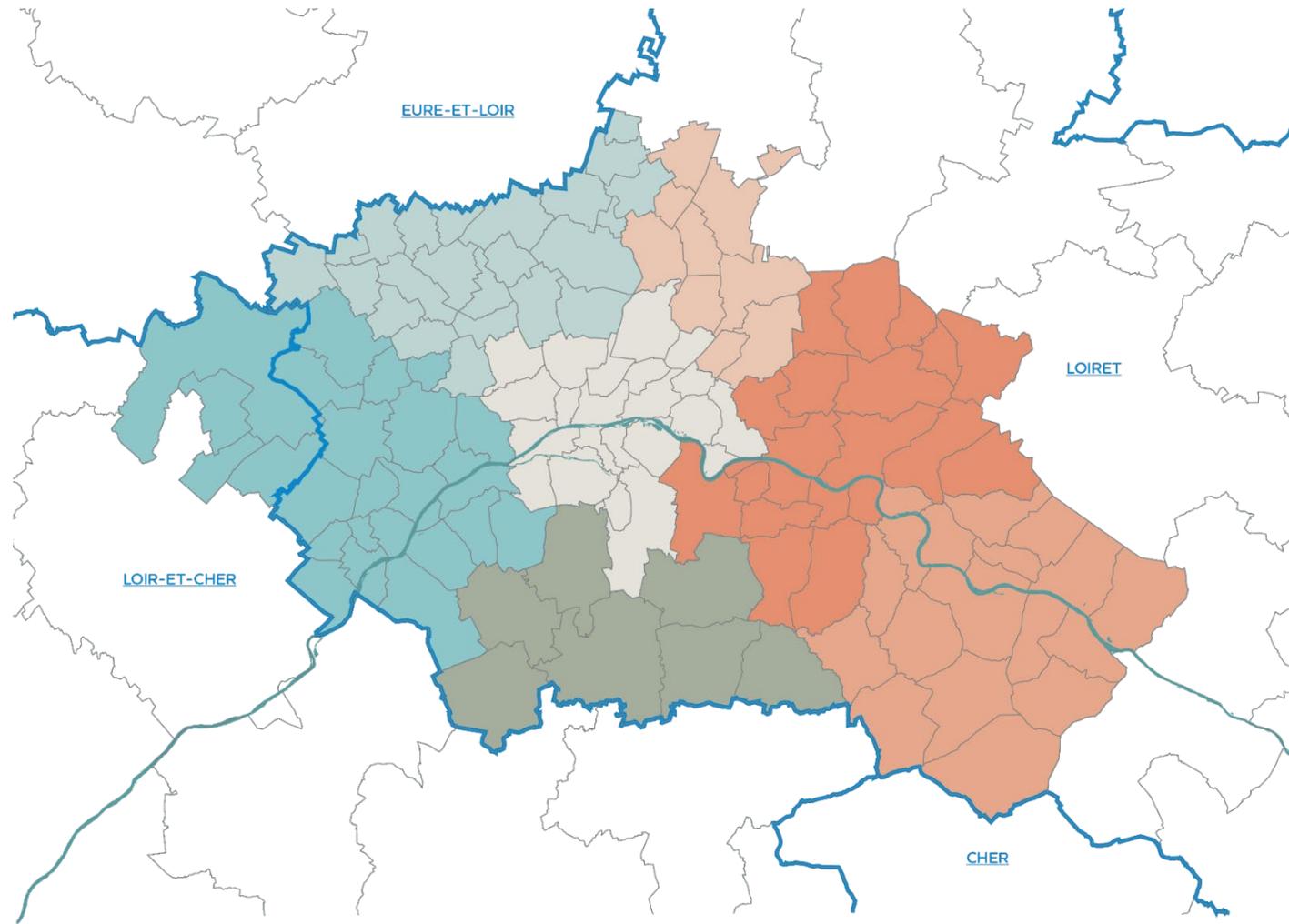
Une incohérence apparaît, la CC des Terres du Val de Loire est coupée en 2. Elle reste mineure compte tenu de la continuité entre schéma régional et schéma départemental.

 **LES TERRITOIRES DE SANTÉ**

#### EPCI 2019

-  Orléans Métropole
-  CC de la Beauce Loiretaine
-  CC de la Forêt
-  CC des Loges
-  CC des Portes de Sologne
-  CC des Terres du Val de Loire
-  CC du Val de Sully

 Limites des territoires de santé



L'interSCoT  
sur 2 territoires  
de santé



Orléans Métropole  
sur 1 territoire  
de santé



## 6. – Analyses géographiques des compétences et de la gouvernance

### Les CLS des limites cohérentes, mais...

Les contrats locaux de santé sont cohérents avec les EPCI et PETR qui les portent.

La différence notée dans la carte précédente reste valable.

Des effets sont possibles sur la cohérence des politiques de prévention, voire d'accueil.

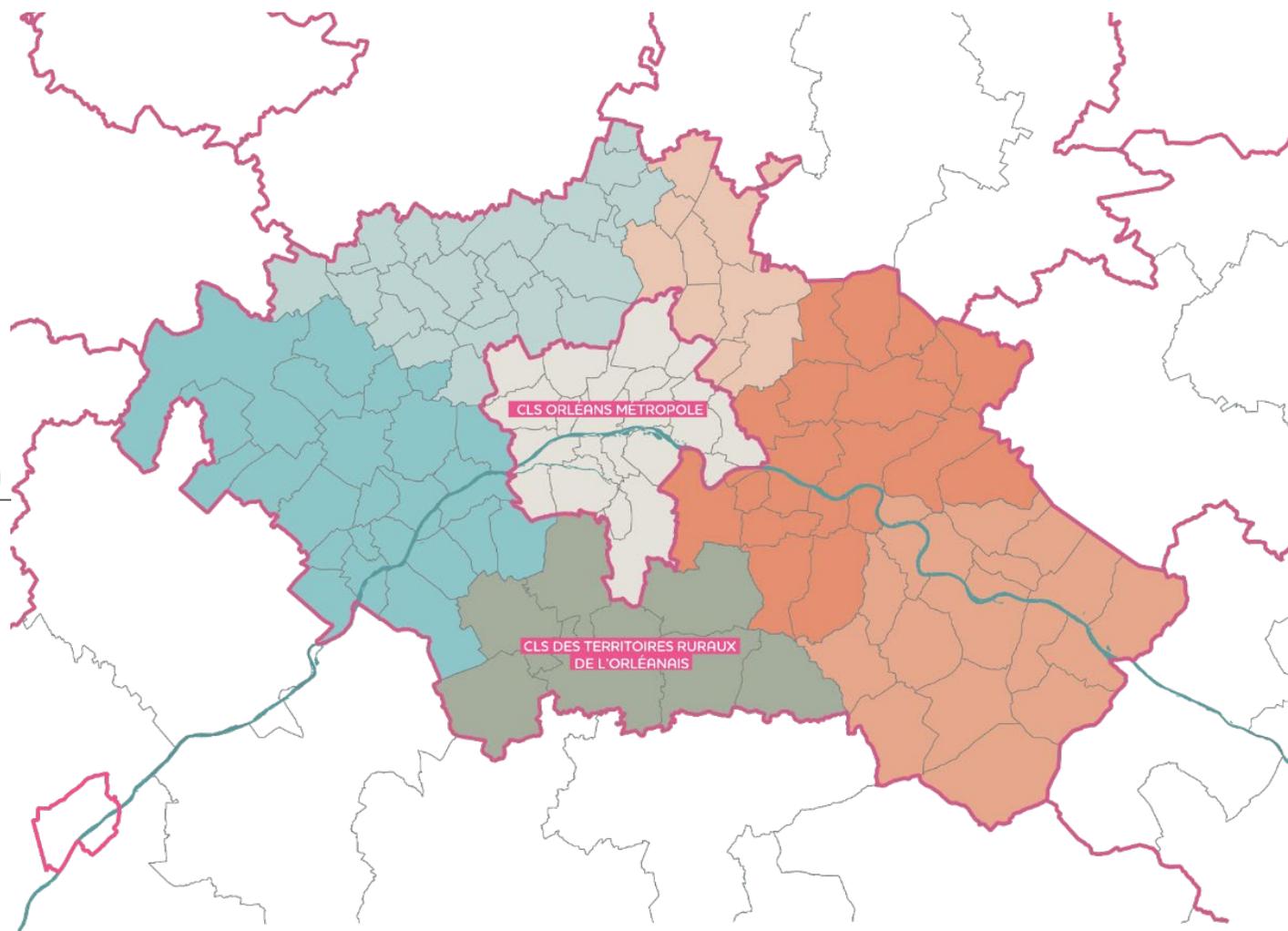
Par ailleurs sur la métropole 10 communes sur 22 ont signé le CLS.

#### LES CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ (CLS)

##### EPCI 2019

- Orléans Métropole
- CC de la Beauce Loirétaine
- CC de la Forêt
- CC des Loges
- CC des Portes de Sologne
- CC des Terres du Val de Loire
- CC du Val de Sully

Limites des CLS



Sources données : ARS-CLS - septembre 2018.  
 Traitement données : TOPOS - octobre 2019.



L'interSCoT  
sur 2 CLS



Orléans Métropole  
sur 1 CLS

10 communes sur 22  
 8 partenaires (Préfecture,  
 Région, Département,  
 Métropole, CPAM, ARS,  
 CHRO, EPSM)

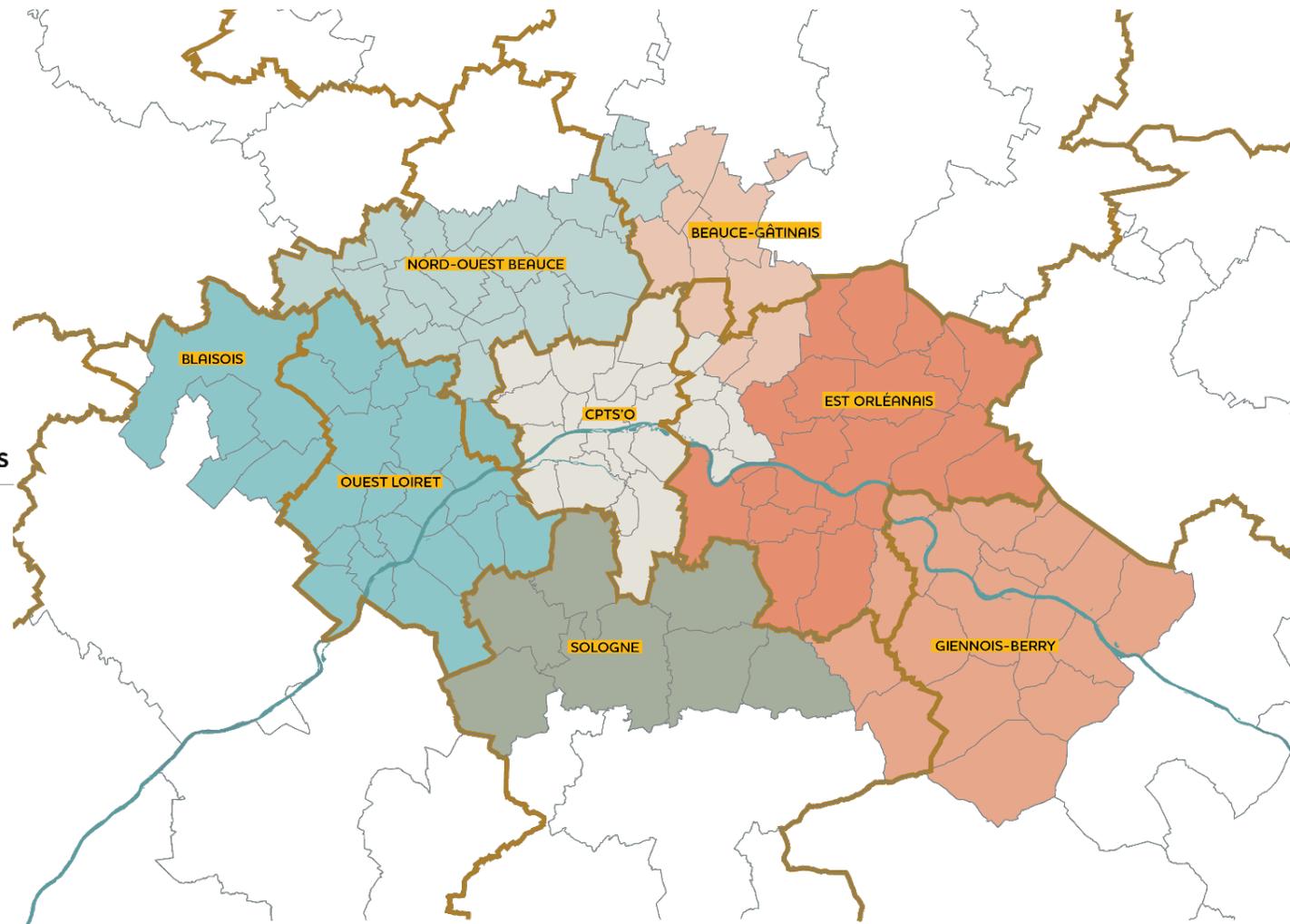
**Doit être revu pour 2020**



## 6. – Analyses géographiques des compétences et de la gouvernance

### Des enjeux de coordination sur des territoires spécifiques

Les CTPS réunissent les professionnels qui y adhèrent (régime du volontariat). Elles sont le point de départ de la stratégie de coordination des soins. Des premières questions de logiques de coordination entre approches politiques et professionnelles se posent.



**LES COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES**

**TERRITORIALES DE SANTÉ (CPTS)**

**EPCI 2019**

- Orléans Métropole
- CC de la Beauce Loiraine
- CC de la Forêt
- CC des Loges
- CC des Portes de Sologne
- CC des Terres du Val de Loire
- CC du Val de Sully
- Limites des CPTS



L'interSCoT  
sur 8 CPTS



Orléans Métropole  
sur 2 CPTS



## 6. – Analyses géographiques des compétences et de la gouvernance

### Un découpage complexe défini sur des territoires de vie « INSEE »

Les territoires de vie-santé sont dessinés par l'Agence Régionale de Santé. Le découpage retenu s'appuie sur une étude réalisée par l'INSEE Centre-Val-de-Loire

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285307>

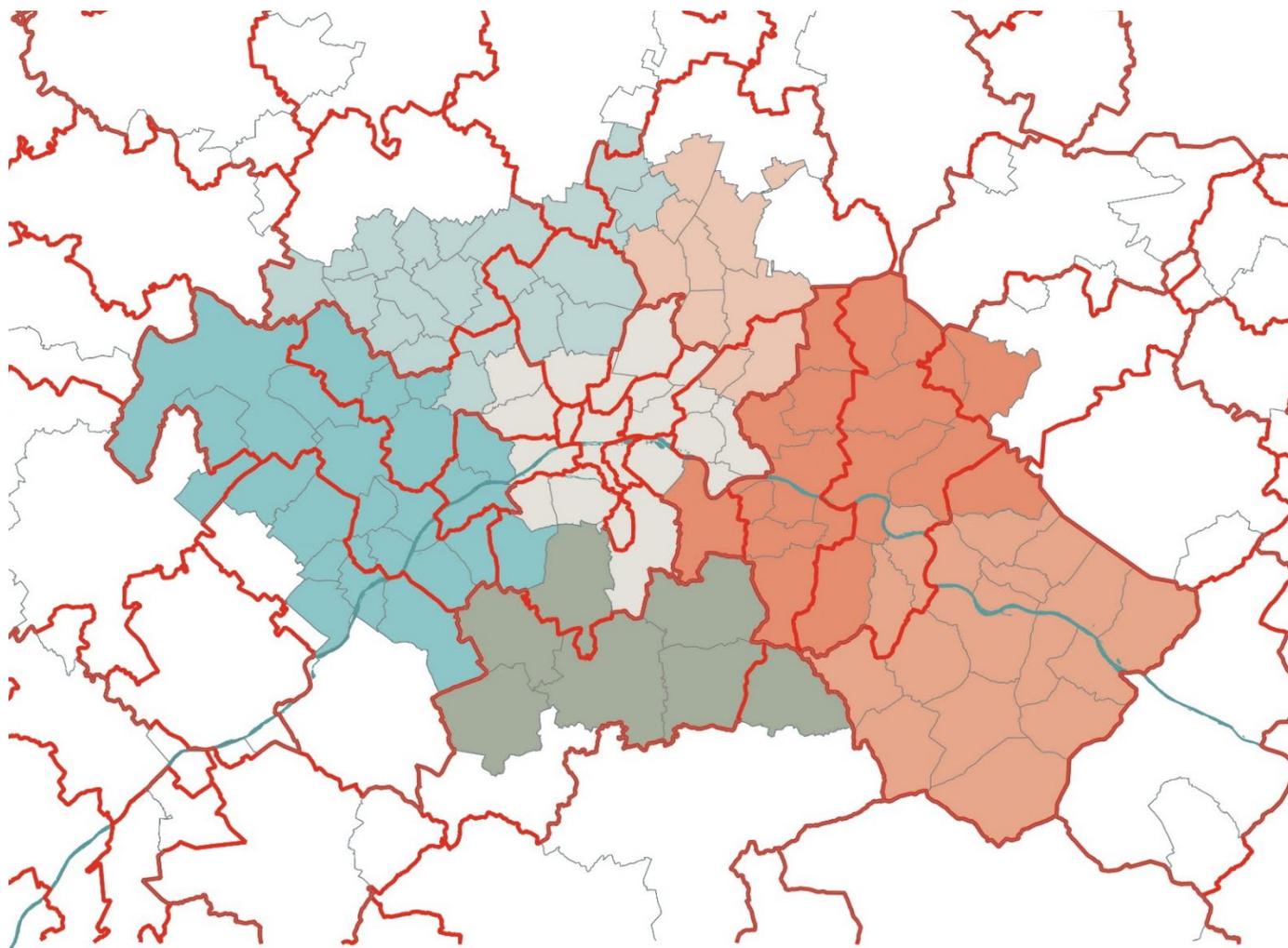
Ce découpage sert à qualifier l'accès aux soins (indicateur APL) dans ces territoires de vie. Il permet à l'ARS de définir les territoires d'urgences.

 **LES TERRITOIRES DE VIE-SANTÉ**

#### EPCI 2019

- Orléans Métropole
- CC de la Beauce Loiraine
- CC de la Forêt
- CC des Loges
- CC des Portes de Sologne
- CC des Terres du Val de Loire
- CC du Val de Sully
- Limites des territoires de vie-santé

Sources données : ARS / Insee 2014.  
 Traitement données : TOPOS - octobre 2019.



L'interSCoT  
 sur 23 territoires  
 de vie-santé



Orléans Métropole  
 sur 11 territoires  
 de vie-santé



## 7. – Développer de l'animation

### Rencontrer les acteurs

#### 10 acteurs, 1 comité technique

---

- ☪ ORS : Observatoire Régional de la Santé
- ☪ ARS : Agence Régionale de Santé
- ☪ ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources
- ☪ CAF 45 : Caisse d'allocations familiales
- ☪ CLS Orléans Métropole : Contrat Local de Santé
- ☪ CLS des territoires ruraux de l'orléanais
- ☪ CPTS'O : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
- ☪ Le Département du Loiret
- ☪ Orléans Métropole
- ☪ Coordination POPSU

#### 5 axes clés identifiés par chacun

---

- ☪ Acculturation/Coordination des acteurs
- ☪ Établir une observation de l'offre et de la demande
- ☪ Créer une plateforme de discussion commune
- ☪ Pénurie durable de médecins
- ☪ Révolutions culturelles



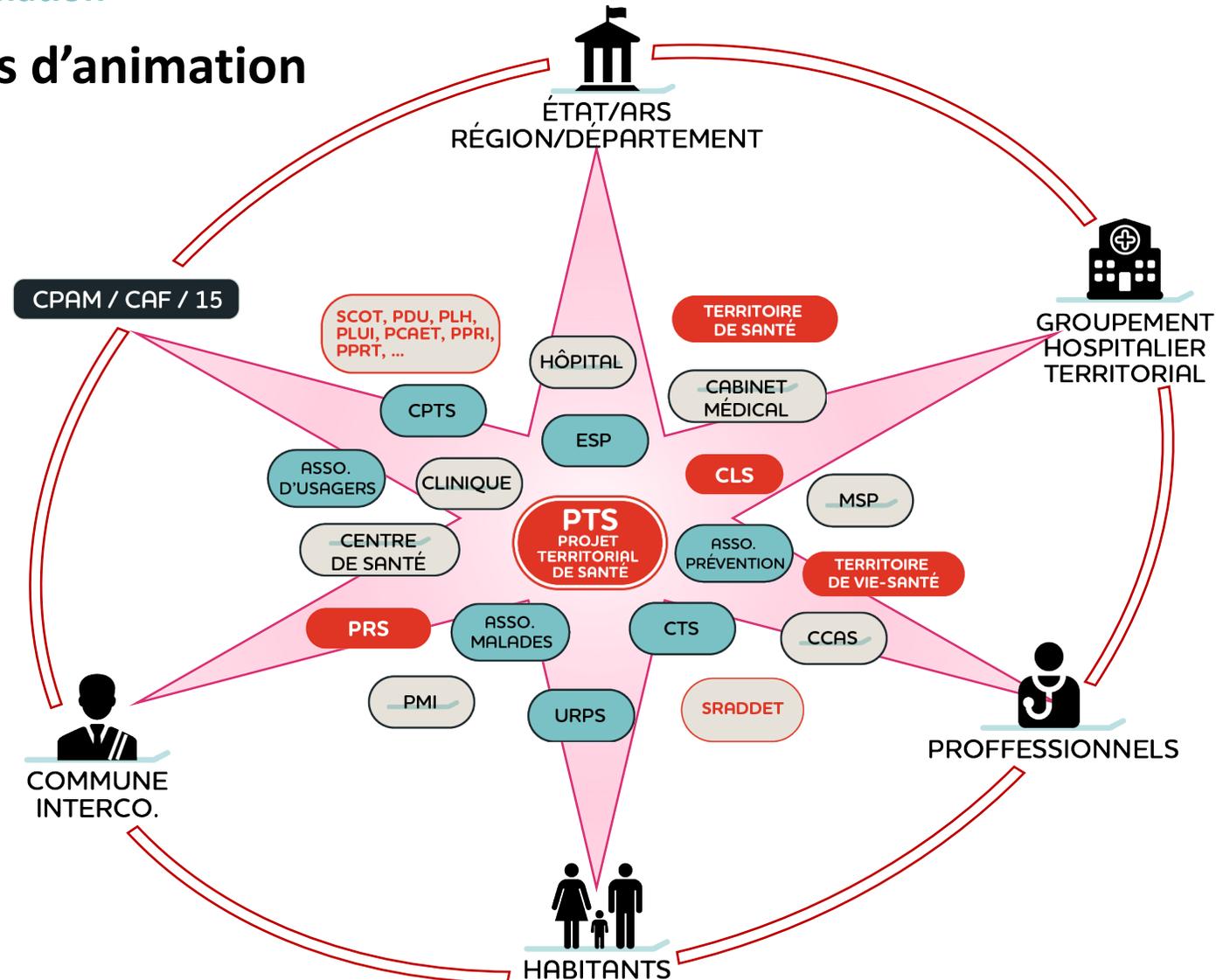
## 7. – Développer de l'animation

### Proposer des outils d'animation

**t** ACCÈS À LA MÉDECINE « DE VILLE »  
 SCHÉMA DES ACTEURS DE SANTÉ

- Schéma de coordination
- Autre schéma
- Groupement / Assemblée
- MSP Équipement médical
- Coordonne Actions/Lieux/Schémas
- À l'initiative de
- Participe à
- Utilise de fait
- Se regroupe

La reconnaissance réciproque des acteurs, de leur périmètre d'action, de leurs prérogatives et ce qu'ils mettent en œuvre est le point de départ nécessaire à la coordination.



- APL** : Accès Potentiel Localisé (indicateur)
- ARS** : Agence régionale de santé
- CCAS** : Centre communal d'action sociale
- CTS** : Conseil territorial de santé
- CPTS** : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
- ES** : Équipes de soin primaire
- GHT** : Groupement hospitalier de territoire
- MSP** : Maison de santé pluridisciplinaire
- PR** : Programme régional de santé
- URPS** : Union régionale des professionnels de santé



OUTILS

- ORS** : Observatoire régional de la santé
- CAF** : Caisse d'allocations familiales
- ROR** : Répertoire Opérationnel des Ressources
- CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie



## 7. – Développer de l'animation

### Proposer des outils

#### Des enjeux à l'échelle d'un interscot

---

- ☺ Comprendre et définir le rôle des acteurs
- ☺ Organiser une gouvernance d'ensemble
- ☺ Trouver une géographie d'actions communes
- ☺ S'appuyer sur l'expertise et les outils existants  
(renforcer le lien avec POPSU ?, rôle de TOPOS ?,  
quelle collaboration avec l'ORS ?)
- ☺ Développer les outils existants
- ☺ Participer aux nécessaires (r)évolutions culturelles

#### Des enjeux à l'échelle métropolitaine

---

- (Ces enjeux s'ajoutent à ceux précédemment cités)
- ☺ Suivre les évolutions socio-démographiques autour des questions de la santé
  - ☺ Être le moteur d'une réflexion prospective à moyen terme (2035) et au-delà (2050)
  - ☺ Un nouveau CLS en 2020

MERCI POUR VOTRE ATTENTION !





## 6. – Annexes-définitions

**18 - Le ROR**

**19 - Un Conseil territorial de santé (CTS)**

**19- Un Contrat local de santé (CLS)**

**20 - PTS : Projet territorial de santé**

**20 - Territoire de vie-santé - zonage médecin**

**21- Composition de la CPTS**

**21 - E.S.P : équipe de soin primaire**

**21 - Equipe de soins primaires, communauté professionnelle territoriale de santé, plateforme territoriale d'appui : quelles différences ?**

**22 – Méthodologie d'observation TOPOS**

**23 – Observer la médecine de ville**

**24 – Bilan des premiers entretiens**

**25 – idem**



## Annexes – Définitions Textes de Lois

### Le ROR

Le répertoire opérationnel des ressources - ROR - est l'outil de description des ressources de l'offre de santé pour une région. Il propose une information exhaustive de l'offre de santé régionale et extra-régionale, sans cloisonnement entre la ville et l'hôpital, sur le champ du sanitaire, du médico-social, et à terme du social.

Le programme ROR s'inscrit dans les axes de la stratégie nationale de santé - SNS - en contribuant au développement des systèmes d'information de santé pour répondre à une meilleure prise en charge dans le cadre du parcours de santé du patient qui s'appuie sur de multiples acteurs et professionnels. La coordination entre ces acteurs et professionnels, fondée sur l'échange et le partage d'information, requiert une bonne connaissance de l'offre de santé disponible sur le territoire sur les champs sanitaire, médico-social et social.

Le répertoire opérationnel des ressources - ROR - est le référentiel de description des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales de chacune des régions. C'est un outil destiné à aider les professionnels à connaître l'offre de santé disponible afin d'améliorer le parcours du patient.

Le programme ROR est piloté par la direction générale de l'offre de soins - [DGOS](#).

### Stratégie nationale de déploiement.

L'[instruction N° DGOS/PF5/2015/114 du 7 avril 2015](#) relative au déploiement du répertoire opérationnel de ressources interopérable dans chaque région engage l'ensemble des agences régionales de santé - [ARS](#) - à s'équiper d'un répertoire, à minima sur le service d'orientation et le champ sanitaire (MCO, SSR, PSY), ainsi qu'à mettre en place l'organisation nécessaire à sa mise en œuvre et à son exploitation, avant fin 2015.

[...]Ce répertoire s'appuie sur des référentiels nationaux existants tels que le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) et le répertoire opérationnel partagé des professionnels de santé (RPPS).

les priorités nationales de déploiements validées en comité de pilotage du 8 juillet 2015 sont : 1) l'orientation du patient en aval de l'hospitalisation, 2) l'orientation de la personne âgée en perte d'autonomie, l'orientation de la personne en situation de handicap, 3) l'orientation du patient en situation d'urgence, 4) l'orientation de la personne en filière spécifique.

### Démarche de co-construction pour la mise en place du répertoire opérationnel des ressources

Le programme ROR mobilise un grand nombre d'acteurs à des échelons à la fois nationaux et territoriaux.

Débuté en 2007, un premier état des lieux mené par la DGOS, trois ans après le lancement des projets régionaux, a souligné d'une part, l'hétérogénéité et le nombre limité de projet mis en œuvre et d'autre part, la possibilité de capitaliser sur les réalisations régionales les plus avancées.

Trois projets pilotes en régions ont ainsi été choisis pour capitaliser sur l'existant, il s'agit des projets des régions Ile-de France, Normandie et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

La DGOS a missionné l'agence des systèmes d'information partagés de santé - [ASIP Santé](#) - en mars 2012 pour mener les travaux complémentaires nécessaires au déploiement du ROR dans chaque région afin de garantir une généralisation du répertoire opérationnel des ressources interopérables : des répertoires opérationnels de ressources en capacité de communiquer entre eux, et partageant les mêmes référentiels de description de l'offre de santé afin qu'ils puissent être interrogés par des systèmes périphériques de façon standardisée. Le dossier de spécifications détaillées du service d'interopérabilité des ROR est accessible sur le site de l'[ASIP Santé](#).

L'ASIP Santé poursuit cette mission, et accompagne la généralisation du ROR dans les régions ainsi que l'enrichissement de son périmètre d'usage fixé par les priorités nationales.

La maîtrise d'ouvrage est assurée par chaque Agence régionale de santé.

#### Source :

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)  
 Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins (PF)  
 Bureau Système d'information des acteurs de l'offre de soins (PF5)  
 14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP  
 Courriel : DGOS-PF5[@]sante.gouv.fr

#### Site web consulté

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/article/repertoire-operationnel-des-ressources-ror>



## Un Conseil territorial de santé (CTS)

est institué dans chaque territoire de démocratie (loi 2016 de modernisation du système de santé).

Pour la région Centre-Val de Loire, [les territoires de santé](#) retenus correspondent au territoire des 6 départements : Cher, Eure-et-Loir, Indre, Indre-et-Loire, Loir-et-Cher et Loiret.

### **Le Conseil territorial de santé : une instance de « démocratie sanitaire »**

Constitué par arrêté de la Directrice générale de l'ARS, il a principalement pour mission d'établir le diagnostic territorial de santé et de contribuer à l'élaboration du Projet régional de santé de la région Centre-Val de Loire.

Plus précisément, ses missions sont de :

- participer à la réalisation d'un diagnostic territorial partagé,
- contribuer à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé, en particulier sur les dispositions concernant l'organisation des parcours de santé,
- être informé des créations de plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes, ainsi que de la signature des contrats territoriaux et locaux de santé,
- contribuer, d'une part, à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé et, d'autre part, de la qualité des prises en charge et des accompagnements.

### **La composition du Conseil territorial de santé**

Il est composé de 34 membres au moins et 50 membres au plus, nommés pour 5 ans, et répartis en 5 collèges : professionnels et offreurs des services de santé, usagers du système de santé, collectivités territoriales, représentants de l'Etat et des organismes de Sécurité sociale, personnalités qualifiées.

Il est constitué d'une assemblée plénière, d'un bureau, d'une commission spécialisée en santé mentale, d'une formation spécifique organisant l'expression des usagers.

<https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/system/files/2019-05/9-2019-DD45-CTS45-0001%20COMPOSITION%20CTS%2045.pdf>

Source : ARS Région Centre Val de Loire

<https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/conseils-territoriaux-de-sante-2>

## Un Contrat local de santé (CLS)

Introduit par la loi Hôpital, patients, santé et territoires, le [Contrat local de santé](#) est l'instrument de la consolidation du partenariat local sur les questions de santé dans ses différentes composantes : prévention, soin et médico-social.

Il incarne la dimension intersectorielle de la politique de santé dans le but de mieux répondre aux enjeux d'accès aux soins, aux services, et à la prévention, notamment pour les personnes vulnérables, et aux enjeux d'amélioration des contextes environnementaux et sociaux qui déterminent, à plus ou moins long terme, l'état de santé des populations au niveau local. En créant une synergie entre tous les acteurs de santé locaux, le CLS vise un objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Le Contrat local de santé a vocation à soutenir l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan local de santé, notamment porté par les élus locaux, en veillant à son articulation et sa cohérence avec les priorités et objectifs du projet régional de santé. Ce projet, qui repose sur un diagnostic local de santé, contribue à l'instauration d'un débat local sur les problématiques de santé du territoire entre institutions, professionnels, associations, population...

A travers le CLS, les différentes parties prenantes s'engagent sur des actions coordonnées à mettre en œuvre, à des coopérations, à des moyens à mettre à disposition, à un suivi et à une évaluation des résultats attendus.

En région Centre-Val de Loire, les premiers CLS ont été signés en 2012.

La dynamique s'est poursuivie pour arriver à une vingtaine de CLS signés en 2018 et d'autres en cours d'élaboration. Les contrats sont signés à l'échelle de Pays, Communautés de communes, Agglomérations ou Villes.

Source : ARS Région Centre Val de Loire

<https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/les-contrats-locaux-de-sante-11>



## PTS : Projet territorial de santé

On va regrouper tous les contrats locaux de santé déjà signés dans les territoires entre professionnels, collectivités et Agence régionale de santé (ARS) dans un **schéma général que l'on appelle projet territorial de santé**", a expliqué la ministre de la Santé Agnès Buzyn

**NB : ce sont les CPTS qui porteront le PTS. Celui-ci s'appuiera sur les CLS, GHT...Il sera validé par l'ARS.**

Le projet devra **tenir compte** « des projets de santé des CPTS, du projet médical partagé du GHT prévu à l'article L. 6132-1, du projet territorial de santé mentale, des projets médicaux des établissements de santé privés, des projets des établissements et services médico-sociaux et des contrats locaux de santé. »

le restreindre aux soins de proximité : « (II) décrit les modalités d'amélioration de l'accès aux soins et de la coordination des parcours de santé, notamment l'organisation de l'accès à la prévention, aux soins de proximité et aux soins spécialisés, sur tout le territoire. Il présente les propositions relatives à l'accès aux soins des personnes en situation de précarité et confrontées à des inégalités de santé. Il décrit les modalités d'organisation et d'amélioration de la permanence et de la continuité des soins, en lien avec l'ensemble des parties prenantes et des professionnels de santé concernés sur le territoire. Il peut également décrire les modalités de coopération interprofessionnelle relatives aux pratiques médicales ou de soins ».

### **Géographie des périmètres des PTS**

Le projet territorial de santé définit le territoire pertinent pour la mise en œuvre par ses acteurs de l'organisation des parcours de santé (...).

NB : Quelle sera la pertinence de ce périmètre si seule la CPTS –dont seuls les professionnels de santé sont membres- est l'organisme idoine pour définir et animer le PTS?

## Territoire de vie-santé - zonage médecin

Egalité d'accès aux soins : des zones fragiles mieux identifiées et plus nombreuses  
 Les aides au maintien et à l'installation des médecins dans les zones fragiles ont été renforcées par la convention médicale signée le 25 août 2016 avec l'assurance maladie. Pour que le dispositif soit réellement efficace, une révision du cadre permettant d'identifier les zones où ces mesures d'aides seront mobilisées était nécessaire pour être au plus près de la réalité des territoires.  
 Un important travail de refonte de la méthodologie a été engagé pour permettre aux agences régionales de santé (ARS) d'identifier les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins.

Cette nouvelle méthodologie vise plusieurs objectifs :

- **établir une définition harmonisée et prospective de la fragilité**, partagée par tous les acteurs de la santé
- **concentrer les aides au maintien et à l'installation des médecins** sur les territoires les plus en difficultés en termes de démographie médicale pour réduire les inégalités d'accès aux soins ;
- **favoriser un investissement plus important** dans davantage de territoires.

La nouvelle méthodologie s'appuie sur « **l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) au médecin** », qui recouvre 3 dimensions :

- l'activité de chaque praticien, mesurée par le nombre de ses consultations ou de ses visites
- le temps d'accès au praticien ;
- le recours aux soins des habitants par classe d'âge pour tenir compte de leurs besoins différenciés.

**L'indicateur APL s'exprime en nombre de consultations accessibles par an par habitant.** Il tient compte des médecins généralistes présents sur le territoire : leur âge est également pris en compte dans le calcul de l'APL afin d'anticiper les futurs départs en retraite, par exemple. Chaque région est constituée de **territoires de vie-santé qui constituent la maille territoriale de référence du zonage**.

Ces territoires sont composés eux-mêmes d'un ensemble de communes. L'indicateur APL est calculé au niveau du **territoire de vie-santé** comme étant la moyenne (pondérée par la population de chaque commune) des indicateurs APL des communes de ce territoire.



## Composition de la CPTS

**La CPTS** « est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours (...) et d'acteurs médico-sociaux et sociaux ».

Rôle CPTS :

article L. 1434-12 du CSP :

« Les compétences de la communauté professionnelle territoriale de santé s'exercent sur les champs relatifs à la **continuité** et à la **permanence des soins** ainsi qu'à **l'organisation des soins non programmés**.

Elles concourent notamment à :

« 1° Favoriser la coordination de l'ensemble des professionnels de santé, **indépendamment de leur statut** ;

2° Promouvoir **l'exercice coordonné de l'ensemble des structures sanitaires et médico-sociales du territoire** ;

3° Favoriser la promotion et l'éducation à la santé ainsi que la prévention en santé ;

4° Organiser une dynamique interprofessionnelle avec **l'instauration de délégations de tâches entre les professionnels** de la communauté professionnelle territoriale de santé, dans les cas prévus par la loi ;

5° **Organiser les activités de télémédecine et de télésoin.** »

**La CPTS est une forme de coordination plus large que l'ESP** : elle est constituée de l'ensemble des acteurs de santé (professionnels de santé de ville, qu'ils exercent à titre libéral ou salarié ; des établissements de santé, des acteurs de la prévention ou promotion de la santé, des établissements et services médico-sociaux, sociaux...) qui souhaitent se coordonner sur un territoire, pour répondre à une ou plusieurs problématiques en matière de santé qu'ils ont identifiées. Le projet de santé est un pré-requis à la contractualisation entre les professionnels et l'ARS.

Sc : <http://www.paps.sante.fr/Equipes-de-soins-primaires-et-communautés-professionnelles-territoriales-de-sante.41832.0.html>

## E.S.P : équipe de soin primaire

Constituées autour de médecins généralistes de premier recours, Les équipes de soins primaires contribuent à la structuration du parcours de santé des patients en coordination avec les acteurs du premier recours, dans une optique de prise en charge des besoins de soins non programmés et de coordination des soins.

Ces équipes permettent de contribuer fortement à structurer le parcours de santé notamment pour les patients atteints de maladies chroniques, les personnes en situation de précarité sociale et les personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie

Sc : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche\\_11-ps.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_11-ps.pdf)

**L'ESP est constituée de tout professionnel de santé de 1<sup>er</sup> recours et 2<sup>nd</sup> recours de ville**, dont au moins un médecin généraliste et un professionnel paramédical, regroupés ou non sur un même site, et qui souhaitent se mobiliser autour d'une thématique commune bénéficiant à leurs patients : comme par exemple la prise en charge de personnes vulnérables (précaires, handicapées ou atteintes de maladies chroniques ...), les soins palliatifs à domicile, la réponse aux demandes de soins non programmés aux heures d'ouverture des cabinets. \_

Sc : <http://www.paps.sante.fr/Equipes-de-soins-primaires-et-communautés-professionnelles-territoriales-de-sante.41832.0.html>

**Equipe de soins primaires, communauté professionnelle territoriale de santé, plateforme territoriale d'appui : quelles différences ?**

**ESP, CPTS, PTA sont des dispositifs visant à faciliter l'exercice des professionnels de santé, à améliorer l'organisation des prises en charge des patients.** Ils émergent avant tout à partir des initiatives des professionnels de santé eux-mêmes.

Les ESP et CPTS peuvent être à l'initiative d'une plateforme territoriale d'appui (PTA).

Qu'elles portent ou pas la PTA, ESP et CPTS peuvent bénéficier des services offerts par les PTA : notamment pour les missions d'information et d'orientation ainsi que celle concernant l'appui à l'organisation des parcours.

Sc : <http://www.paps.sante.fr/Equipes-de-soins-primaires-et-communautés-professionnelles-territoriales-de-sante.41832.0.html>



## 1. - Observer « l'offre de soins »



### Démarche d'observation

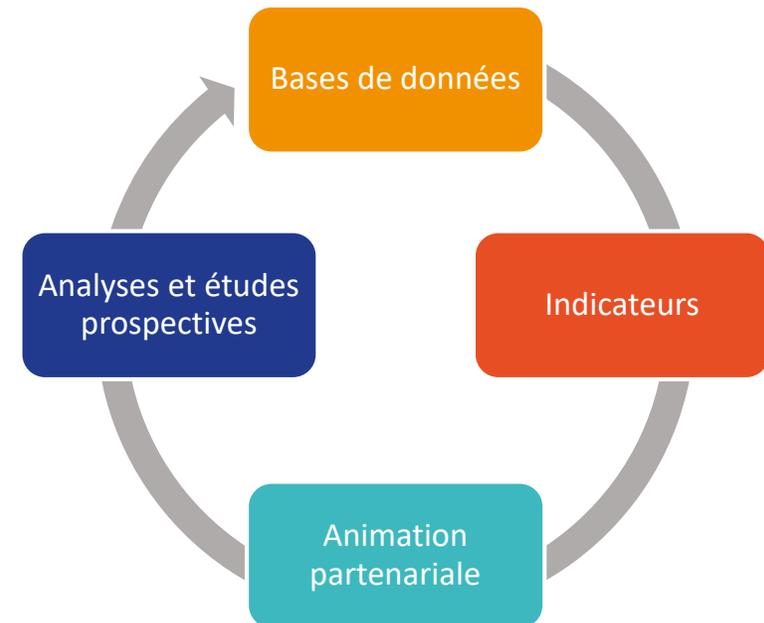
- 🍷 Animer
- 🍷 Co-produire les bases de l'observation
- 🍷 Analyser les indicateurs

🍷 Des expertises pointues pré-existantes

ORS : Observatoire Régional de la Santé

ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources

un processus à construire sur le long terme





## 2. – Observer la médecine « de ville »



### Pourquoi la médecine « de ville »?

#### Un champ prioritaire

C'est pour les spécialités qu'elle recouvre que les questions de **l'accès à une offre coordonnée** paraissent cruciales du point de vue des **élus, des habitants...actuels et futurs...mais aussi pour les médecins généralistes.**

#### Cibler et comprendre acteurs et pratiques

La complexité globale de la coordination de la santé contraint à entamer un exercice d'observation dans un champ particulier de l'offre de soins.

#### Élargir plus tard le périmètre d'observation

La mise en relation et la compréhension mutuelle de tous les acteurs sert de base à des élargissements futurs :

Santé mentale, santé au travail,...

### Liste des pratiques de la médecine « de ville »

CHIRURGIENS DENTISTES

DIETETICIENS

INFIRMIER(ES)

MASSEURS KINESITHERAPEUTES

MEDECINS GENERALISTES

MEDECINS SPECIALISTES

ORTHOPHONISTES

CENTRES DE SANTE DENTAIRES

MAISON DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRES - MSP

PHARMACIES

LABORATOIRES

ERGOTHERAPEUTES

ORTHOPTISTES

OSTEOPATHES

PEDICURES PODOLOGUES

CENTRE DE SOINS INFIRMIERS

PSYCHOLOGUES

PSYCHOMOTRICIENS

SAGE FEMMES

Liste des sage femmes libérales



### 3. – Bilan des premiers entretiens

## Des tendances lourdes

---

### ☪ Une pénurie durable

Vieillessement de la population

(accroissement du besoin)

+ Vieillessement de la population médicale

(baisse de l'offre)

+ Changement des modes d'exercices de la médecine

(baisse des ETP)

**= Pénurie durable**

### ☪ Une organisation très complexe pour y répondre

- 4 ensembles d'acteurs fondamentaux dont les prérogatives se superposent pour certains
- Un arsenal de schémas d'organisation
- Des géographies d'actions spécifiques...
- ...parfois multiples pour un même ensemble (exemple des médecins : MSP/ESP, CPTS, PTS)

### ☪ Des territoires en concurrence, des actions redondantes

**Une réelle difficulté de coordination et un déficit de (re?)connaissance mutuelle**



### 3. – Bilan des premiers entretiens

*Ces pistes ont été évoquées lors des entretiens ou résultent de l'analyse des évolutions législatives. Leur approfondissement par un exercice de prospective est nécessaire, notamment pour en objectiver d'autres*

## Des pistes de solutions

#### Des territoires qui s'organisent

Les communes définissent des projets de santé. Elles intègrent dans, ou en dehors d'un CLS des actions :

- de création de structures (MSP, maison de santé...)
- de prévention

La Métropole orléanaise se positionne pour coordonner la réflexion sur la santé à son échelle

#### Promotion, formation et accueil

Les différentes collectivités mettent en place des stratégies d'accueil de professionnels ou de futurs professionnels (aide à l'installation, la formation, aux logements...).

Ce faisant, elles créent de la concurrence entre les territoires à différentes échelles (entre Départements à l'échelle régionale, entre EPCI et entre communes à l'échelle infra départementale).

#### L'habitant premier acteur de sa santé

Dans les (r)évolutions abordées lors des entretiens, la régulation de la demande de soin est systématiquement évoquée. L'action de prévention est un des axes forts de changement.

#### Des évolutions technologiques

Télémédecine, alicaments, probiotiques

#### Des évolutions professionnelles

Nouvelle répartition des actes entre différentes professions de santé