



Dynamiques territoriales de santé (ASV, CLS, CLSM) et exercice coordonné (CPTS, MSP, CdS)

BIBLIOGRAPHIE COMMENTÉE

Octobre 2022

Bibliographie réalisée par Marjorie Cambon et Hélène Martin, documentalistes

Avec la relecture de Margaux Fête, Cathy Jarroux (Ireps Occitanie) et Évangéline Bonnerot (ARS Occitanie)



SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
1. TEXTES DE LOI ET RESSOURCES A CONNAITRE	4
2. DYNAMIQUES TERRITORIALES DE SANTE (DTS) ET EXERCICE COORDONNE : DONNEES DE CADRAGE ET ETAT DES LIEUX.....	7
2.1. L'accès à la santé, aux soins et à la prévention : un enjeu majeur auquel doivent répondre les dynamiques territoriales de santé (DTS) et les organisations d'exercice coordonné	7
2.2. Les dynamiques territoriales de santé (DTS).....	14
2.2.1. Les Ateliers Santé Ville (ASV)	15
2.2.2. Les Contrats Locaux de Santé (CLS)	17
2.2.3. Les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM).....	21
2.3. L'exercice coordonné	25
2.3.1. Les Centres de santé.....	27
2.3.2. Les MSP.....	28
2.3.3. Les CPTS.....	30
3. ARTICULATIONS POSSIBLES ENTRE DYNAMIQUES TERRITORIALES DE SANTE ET EXERCICE COORDONNE.....	34
4. SITES-RESSOURCE NATIONAUX ET REGIONAUX.....	38
5. ANNEXE : GLOSSAIRE ET DEFINITIONS	39

Astuces PDF :

- Utilisez les signets pour naviguer dans le document.
- Cliquez sur la flèche en bas de page pour retourner au sommaire.

INTRODUCTION

Il y a une vingtaine d'années émergeaient les premières dynamiques territoriales de santé (DTS) portées par des collectivités : les Ateliers santé ville (ASV), les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) puis, à partir de 2010, les Contrats locaux de santé (CLS). Ces trois dynamiques se déploient sur l'ensemble du territoire avec le même objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) et la mise en place de parcours de santé plus cohérents tenant compte des réalités locales. L'accès aux soins y occupe une place majeure depuis de nombreuses années.

Depuis 2016, la loi de modernisation du système de santé (LMSS) fait apparaître un nouvel acteur territorialisé associatif porté par des soignants : la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), visant à renforcer la coordination des professionnels de santé et à améliorer la prise en charge de la population de leur territoire. (39) La CPTS est une forme d'exercice coordonné, au même titre que les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et les Centres de santé (CdS), à la différence que ces deux derniers sont des regroupements de professionnels qui se coordonnent autour d'une patientèle, là où la CPTS, elle, se coordonne au niveau d'un territoire. (31)

Tous ces dispositifs ayant des objectifs en commun et étant souvent amenés à cohabiter sur un même territoire, **la question de leur articulation se pose**, avec les difficultés qu'elle soulève.

Sans avoir l'ambition d'être exhaustive, **la présente bibliographie commentée rassemble des ressources sélectionnées dans l'objectif d'apporter un éclairage sur ces différents dispositifs, sur le contexte dans lequel ils s'inscrivent et sur les enjeux de leur articulation.**

La bibliographie se divise en **cinq grandes parties** :

- **La première partie** signale les textes législatifs et fondateurs à connaître.
- **La seconde partie** apporte des données de cadrage et fait un état des lieux des dynamiques territoriales de santé (DTS) et de l'exercice coordonné en France.
- **La troisième partie** se concentre plus particulièrement sur la question de l'articulation entre les DTS et l'exercice coordonné, en évoquant notamment les freins rencontrés et les leviers susceptibles de la favoriser.
- **La quatrième partie** propose une sélection de sites-ressource nationaux et régionaux à connaître.
- **La cinquième partie** consiste en un glossaire des dispositifs et des acteurs fréquemment mentionnés dans les documents rassemblés dans la présente bibliographie, accompagné de définitions.

I. TEXTES DE LOI ET RESSOURCES A CONNAITRE



(1) LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST) [Consulter...](#)

Dans une volonté de répondre aux attentes et aux besoins des citoyens en matière de santé, le gouvernement a élaboré et voté en 2009 une loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Ce texte propose une modernisation globale du système de santé et apporte des réponses aux grands enjeux que sont l'accès de tous aux soins, le décloisonnement entre l'ambulatoire, l'hôpital et le médico-social, l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques, la santé des jeunes et, d'une manière générale, la coordination du système de santé. La loi HPST est notamment à l'origine de la création des agences régionales de santé (ARS), chargées du pilotage régional du système de santé, ainsi que des contrats locaux de santé (CLS). Il donne également aux ateliers santé ville (ASV) la possibilité d'être intégrés dans ces derniers.



(2) LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Consulter...](#)

Le Gouvernement a voté cette loi dans une volonté de renforcer le système français de santé et de relever les défis touchant à la prise en charge des maladies chroniques, au vieillissement de la population et aux difficultés financières d'accès aux soins. Elle répond également à un enjeu de simplification des organisations et d'efficacité de la gestion des ressources. Cette loi s'inscrit dans la lignée de la « Stratégie nationale de santé » initiée par le Gouvernement en 2013. Le texte s'articule autour de trois axes : la prévention, l'accès aux soins et l'innovation. Il est notamment à l'origine de la création des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et impacte également le cadre juridique des conseils locaux de santé mentale (CLSM) et des contrats locaux de santé (CLS).



(3) Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (1), Légifrance, 2021-04-26 [Consulter le document...](#)

Cette loi dite "loi Ségur" a été promulguée le 26 avril 2021, pour concrétiser les mesures non budgétaires du Ségur de la Santé. Elle aborde la thématique des professions paramédicales, propose une reformulation de la gouvernance des hôpitaux et permet de déployer les services d'accès aux soins (SAS) ainsi que la plateforme "Mon Parcours Handicap".



(4) CHAUVIN Franck, Dessiner la santé publique de demain, Ministère des Solidarités et de la santé, 2021-11, 157 p.

[Consulter le document...](#)

Ce rapport vise à tracer les contours et les aspects institutionnels de l'organisation de la santé publique de demain, notamment sous ses aspects de métiers, formations, recherche, expertise et intervention de terrain. Au détour de propositions concrètes, c'est l'ensemble du système de santé publique qui est repensé et simplifié. De multiples exemples viennent illustrer le rôle majeur des CPTS et de l'exercice coordonné. Parmi ces exemples, on retrouve notamment le développement des réseaux de veille au niveau local, par le biais de référents au sein des CPTS ou autres, qui s'avère essentiel et « constitue une nécessité » pour faire face aux crises majeures, en cours ou à venir.



(5) Conseil des ministres du 22 décembre 2021. Résultats. Les réformes prioritaires du ministère des solidarités et de la santé en matière de santé., Texte intégral, Vie publique, 2021-12-22

[Consulter le document...](#)

Ce texte, issu du conseil des ministres du 22/12/21, présente les 6 réformes prioritaires du ministère de la Santé et des Solidarités. Parmi ces réformes, on retrouve celle du doublement des structures de soins coordonnés, ainsi que celle de la relance de l'investissement du quotidien dans les établissements de santé. Les données chiffrées précises et les mesures concrètes viennent illustrer une volonté de faciliter l'accès aux soins pour les patients et d'améliorer les conditions de travail des professionnels.



(6) « Ma santé 2022 » : un engagement collectif, Ministère de la santé et de la prévention, 2022

[Consulter le document...](#)

Ce dossier synthétise la stratégie « Ma Santé 2022 » proposée par le ministère à travers quelques points-clés, comme la mise en place d'une meilleure organisation des professionnels de santé, la création de nouvelles fonctions (assistant médical) ou encore la mise en place d'un réel parcours de soins. Quelques infographies, mais aussi un dossier de presse et d'information viennent compléter ce document.

Pour aller plus loin :



(7) SAFON Marie-Odile, La loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé : ma santé 2022. Synthèse documentaire, IRDES, 2021-05, 70 p.

[Consulter le document...](#)

Cette synthèse documentaire retrace la chronologie des propositions de loi successives sur cette thématique de la santé. Le détail de chaque article de loi y est traité. En plus de ces éléments règlementaires, ce document propose en complément une bibliographie commentée.



(8) SAFON Marie-Odile, Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires. Synthèse documentaire, IRDES, 2021-05, 49 p.

[Consulter le document...](#)

Cette synthèse propose une chronologie des différentes étapes de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) et présente son contenu structuré en quatre parties : modernisation des établissements de santé ; accès de tous à des soins de qualité ; prévention et santé publique ; organisation territoriale du système de soins. Elle expose également les modifications apportées à la loi HPST par la loi Fourcade en 2011. Une bibliographie et des références électroniques

complètent la publication. [Résumé Bib-Bop]



(9) CALVEZ Catherine, Le Ségur de la Santé et la Loi n°2021-502 du 26 avril 2021 (dite Loi RIST). Dossier documentaire, EHESP, 2022-06-02, 24 p.

[Consulter le document...](#)

Réalisé par le service documentation de l'EHESP, ce dossier documentaire propose de revenir sur les principaux textes du Ségur de la Santé et présente une sélection de documents (rapports, dossiers de presse, articles...) en fonction des différentes thématiques du Ségur : ressources humaines, investissement, offre de soins...

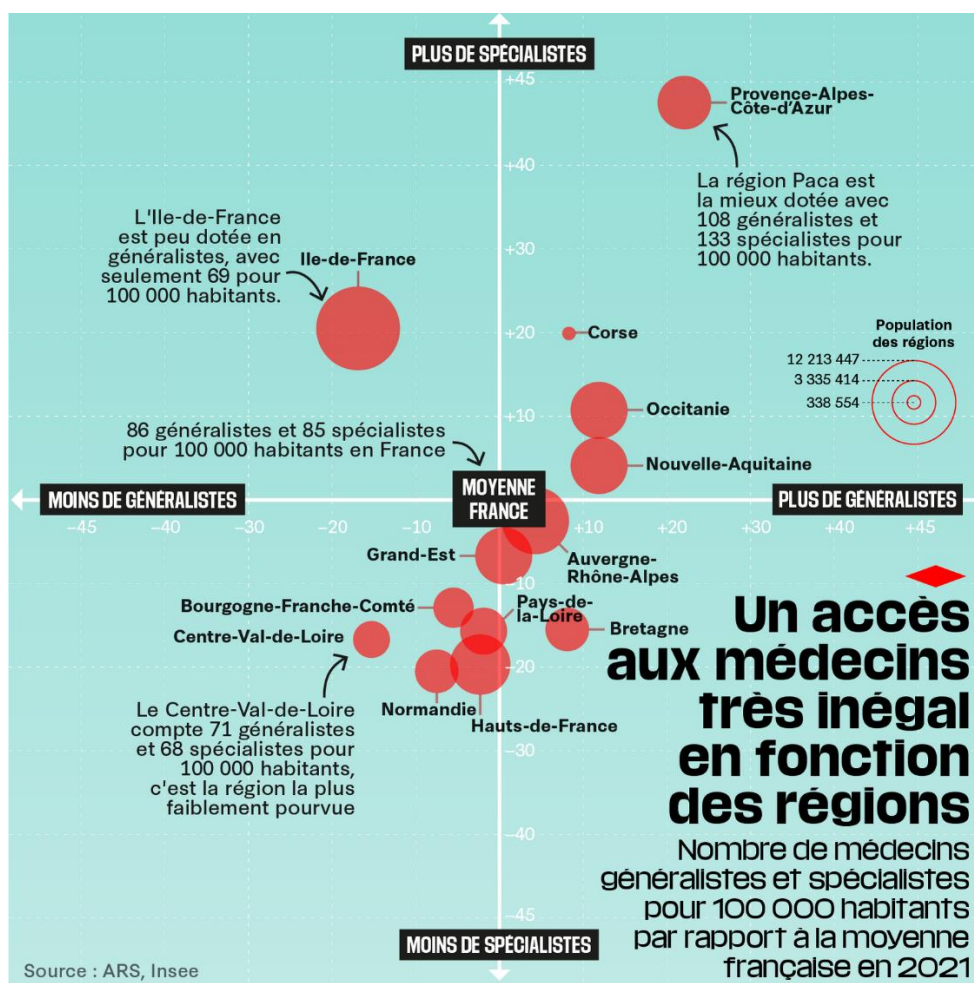
2. DYNAMIQUES TERRITORIALES DE SANTE (DTS) ET EXERCICE COORDONNE : DONNEES DE CADRAGE ET ETAT DES LIEUX

2.1. L'accès à la santé, aux soins et à la prévention : un enjeu majeur auquel doivent répondre les dynamiques territoriales de santé (DTS) et les organisations d'exercice coordonné

En France, **les inégalités territoriales d'accès aux soins et à la prévention continuent de se creuser et une partie croissante de la population éprouve de grandes difficultés à organiser son parcours de soins dans de bonnes conditions** : renoncement aux soins, délais d'attente, Français sans médecin traitant... (13) Par ailleurs, la récente crise sanitaire de Covid-19 a eu un impact majeur sur les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Si certains effets étaient en lien direct avec le virus, d'autres étaient indirects et à l'origine d'une crise sanitaire globale : santé mentale, violences intra-familiales, sédentarité, insécurité et comportements alimentaires, difficultés d'accès aux soins, déprogrammations... autant d'éléments qui ont des conséquences variables selon les groupes sociaux et les territoires. (14) Ce contexte oblige à envisager des solutions innovantes pour réduire les ISTS et les fractures médicales entre les territoires.

A) Les enjeux relatifs à la démographie médicale et à la densité médicale

Depuis près de 10 ans, **la densité des professionnels de santé de 1^{er} recours – libéraux et mixtes – diminue**, à l'exception de celle des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes. (10) **Du côté des médecins généralistes, 45% sont en situation de burnout et leur nombre a diminué en moyenne de 1% par an entre 2017 et 2021.** (13) **Cette baisse devrait s'accroître encore davantage au cours des prochaines années**, notamment en raison du départ en retraite de près d'un quart des effectifs. À cette tendance s'ajoute le **bascullement d'un mode d'exercice libéral de la médecine vers un autre, salarié ou mixte (libéral et salarié)**. Près de 63% des 8600 nouveaux médecins inscrits à l'ordre en 2017 sont salariés. Quant à ceux qui choisissent l'exercice libéral, ils sont plus des deux tiers à être remplaçants. Or, les médecins libéraux effectuent un nombre d'heures de consultation plus important que celui des médecins salariés. Ils constituent la principale offre de soins de premiers recours, et sont un maillon essentiel du parcours de soins des patients. (15) À cela s'ajoute la problématique du *numerus clausus*, mis en place en 1972 afin de réguler le nombre de professionnels médicaux, qui déterminait le nombre d'étudiants autorisés à entrer en formation de santé (médecin, pharmacien, chirurgien-dentiste, sage-femme, masseur-kinésithérapeute...) : bien que supprimé en 2020 et remplacé par un autre système (le *numerus apertus*), **le *numerus clausus* impacte la démographie médicale actuelle**. Par ailleurs, les jeunes professionnels de santé aspirent aujourd'hui à un rythme de travail permettant un meilleur équilibre entre la vie professionnelle et la vie familiale et personnelle. De ce fait, si dans les générations précédentes certains professionnels pouvaient exercer jusqu'à 70h par semaine, leur temps de travail se rapproche aujourd'hui d'une durée hebdomadaire plus classique. **Ainsi, au-delà de la baisse du nombre de professionnels de santé, il faut aussi prendre en compte la baisse du temps médical par professionnel.** (42)

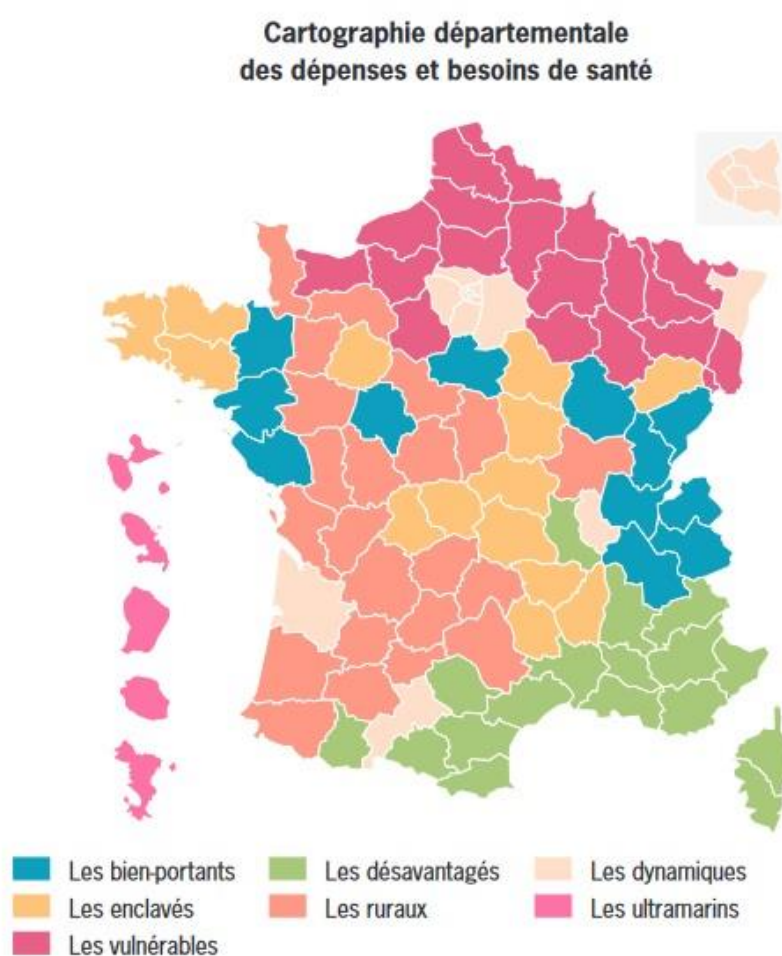


Source : CLAIR Alice, GUILLOT Julien, DE RIVET Savinien, **Près d'un quart des Français vivent dans un désert médical**, Libération, 2022-01-21 : [Accéder à l'article...](#)

Côté population, 30 % des Français vivent dans un « désert médical », 1,6 million d'entre eux renoncent chaque année à des soins médicaux et 11% des Français de 17 ans et plus n'ont pas de médecin traitant. (13) De grandes disparités existent entre les territoires, tant en ce qui concerne les besoins des populations vieillissantes que l'offre de services, notamment de santé, mobilisable localement. L'analyse des disparités territoriales en matière de vieillissement met en évidence des contrastes importants entre zones densément peuplées et les autres, mais aussi entre l'intérieur des terres et les littoraux atlantique et méditerranéen. Quant à l'analyse de l'accessibilité des soins de santé, cruciale pour la prévention de la perte d'autonomie comme pour sa prise en charge, elle met également en évidence de fortes disparités en fonction de la densité de peuplement. (11)

B) Une évolution de la demande de la population

Le vieillissement de la population, lié à l'allongement de l'espérance de vie, induit un **accroissement du nombre et de la proportion de personnes âgées** au sein de la population. En constante évolution, cette hausse touche inégalement les territoires. Par ailleurs, **Les maladies chroniques**, principale cause de décès et d'incapacité dans le monde, pèsent sur le système de santé. Ainsi, **la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie ou dépendantes, l'augmentation de la population et le poids des maladies chroniques se traduisent par une augmentation de la demande de soins de santé primaires et de longue durée, donc par un besoin constamment grandissant de professionnels, de services et de structures adaptées aux besoins des populations**. Ces enjeux de santé, associés aux inégalités sociales et territoriales de santé influent le système de soin et son accès. **Les besoins de recours aux soins et de main d'œuvre formée ne cessent d'augmenter.** (42)



Source : Institut Montaigne avec Kanopy Med, 2022.

Note de lecture : le travail de cartographie met en avant les disparités départementales d'allocation des dépenses de santé au regard des besoins. Les départements ont été regroupés selon les besoins de santé. Par exemple, les territoires « enclavés » se caractérisent par une population en moyenne rurale, relativement âgée, dont les besoins de santé sont forts, et où la consommation d'alcool pèse sur l'état de santé de certains habitants. Les territoires « dynamiques » sont eux caractérisés par une population en moyenne jeune, urbaine et favorisée, dont les besoins de santé sont faibles, mais dominés par certaines maladies chroniques et le cancer, et où on observe une natalité forte.

Source : Santé : faire le pari des territoires, Institut Montaigne, 2022-05, 142 p. : [Accéder au document...](#)

C) Les stratégies mises en œuvre pour répondre à ces enjeux

Depuis les années 2000, des mesures ont été prises pour adapter le nombre d'étudiants aux besoins et pour attirer les jeunes médecins dans des zones sous-médicalisées. En 2005, la loi relative au développement des territoires ruraux permet aux collectivités territoriales d'attribuer des aides à des professionnels de santé pour les inciter à s'installer dans ces zones. De son côté, la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de 2009 crée le contrat d'engagement de service public (CESP) qui permet aux étudiants de médecine qui le signent de recevoir une bourse durant leurs études en contrepartie de laquelle ils s'engagent à exercer dans les zones de revitalisation rurale et les zones urbaines sensibles. Par ailleurs, l'APL (accessibilité potentielle localisée) a été développé par la DREES et l'IRDES afin de mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin.¹ En 2012, l'Etat définit le premier Pacte territoire santé, plan global de lutte contre les déserts médicaux suivi rapidement d'un second, en 2015. Outre une augmentation du nombre de CESP et un objectif de 1000 médecins installés grâce aux contrats de praticien territorial, ce deuxième pacte propose la **création de 1000 maisons de santé d'ici 2017**. Présentée en 2018, la **stratégie nationale de santé « Ma santé 2022 » comprend de nouvelles mesures pour corriger les inégalités dans l'accès aux soins**. Parmi elles, le **déploiement de 1000 communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)** pour mailler le territoire national à l'horizon 2022. (15)

En parallèle, **l'implication des collectivités locales dans le pilotage de la santé s'est renforcée**, notamment en période d'épidémie de Covid-19, où leur collaboration efficace avec les établissements de santé (publics et privés) a permis de déployer rapidement des solutions innovantes pour faire face à la crise. (12) En effet, **le niveau territorial rassemble la connaissance de terrain et anime un service public de proximité dans une logique d'amélioration de l'accès à la santé et de réduction des inégalités**. (42) Par ailleurs, **Le travail de coordination des dynamiques territoriales de santé (DTS) d'un réseau très large d'acteurs locaux a fait émerger la notion de « projet local ou territorial de santé »**, ces projets constituant le socle sur lequel se sont formalisés des partenariats entre les communes (et leurs groupements), l'Etat, des centres hospitaliers, etc. Plus récemment, **la crise COVID a agi comme un révélateur de la plus-value des logiques de dialogue et de coopération qu'animent les coordinations de DTS au quotidien**. En effet, largement au-delà de la prise en charge médicale stricto sensu, **les réseaux des DTS ont pu être activés pour traiter une multitude d'aspects de la vie quotidienne impactés par la crise**. Ce constat est venu conforter la volonté de développer des CLS et des CLSM et a pu inciter davantage d'élus à initier des dynamiques sur leur territoire. (39)

L'accès aux soins, à la santé et à la prévention pour tous est donc un enjeu majeur des politiques publiques de santé. Pour les soins de premier recours, des politiques publiques visent à lutter contre la désertification médicale, **les institutions encouragent les pratiques collectives et coordonnées ainsi que le décroisement entre sphères d'intervention (ville, hôpital, médico-social et social) ou entre acteurs (contractualisation avec les collectivités territoriales notamment)**. (10) L'ampleur des problèmes d'accès aux soins et leurs conséquences en termes de renoncement aux soins sont telles que **cette question devient centrale dans nombre de dispositifs de santé publique, notamment dans les Ateliers Santé Ville (ASV), les Contrats Locaux de Santé (CLS) et les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)**. Les élus, directement interpellés par la population, attendent des

¹ BARLET Muriel, COLDEFY Magali, COLLIN Clémentine (et al.), **L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux**, *Études et résultats*, n°175, 2012-03, 8 p.

dispositifs « santé » de leur territoire qu'ils se saisissent de ces questions et apportent des réponses à court et moyen termes. **Le soutien à l'exercice coordonné (méthodologie et équipements notamment) occupe une place importante parmi les priorités relevées par ces dynamiques. (39)**

Documents à consulter



(10) Accès aux soins de 1^{er} recours, *Épitomé*, n°3, FNORS, 2022-06, 4 p.

[Consulter le document...](#)

Cette revue a pour ambition annoncée est d'offrir un condensé de l'observation de la Fnors et des ORS et d'en extraire les tendances majeures de l'action en santé sur les territoires, en mettant en avant la qualité scientifique du réseau et son agilité en termes de méthodologie et de coopération. Son objectif est d'inspirer et éclairer les décideurs, les acteurs, au-delà du seul champ de la santé, et la société civile. Le présent numéro propose ainsi une synthèse sur le thème de l'accès aux soins de premier

recours à travers de nombreux chiffres-clés et données scientifiques. Deux études ont été menées par le réseau des ORS : la première, en région Centre Val de Loire, vient mesurer les besoins des populations éloignées du système de santé. L'autre étude est une enquête sur les perceptions et pratiques des médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire au sujet des soins non programmés. Ce document illustre aussi cette thématique de l'accès aux soins avec une sélection bibliographique, un témoignage et des infographies récentes.



(11) CHATAIGNER Nathalie, DARRIGUE Clémence, Les disparités territoriales en matière de vieillissement et d'accès aux soins, *QSP – Les études*, n°3, 2022-05, 15 p.

[Consulter le document...](#)

Cette analyse, complétée par une bibliographie en fin de document, présente un panorama complet sur la problématique des disparités territoriales d'accès aux soins pour les populations vieillissantes. Plusieurs cartes, tableaux et graphiques mettent en évidence les contrastes régionaux et départementaux, grâce aux données actualisées de la DREES et de l'INSEE. Il apparaît clairement, au regard de ces informations, que

l'impact sur les dynamiques territoriales de santé est conséquent, et qu'il serait intéressant d'intégrer ces données dans une réflexion plus globale sur l'exercice coordonné.



(12) Santé : faire le pari des territoires, Institut Montaigne, 2022-05, 142 p.

[Consulter le document...](#)

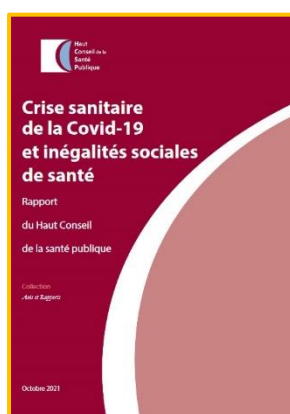
Ce rapport de l'Institut Montaigne, think tank indépendant, propose un ensemble de pistes d'évolutions de la politique de santé française, avec pour ambition affichée de changer en profondeur la culture du système sanitaire, en plaçant la liberté, la subsidiarité et la responsabilité comme des valeurs cardinales, et en faisant des territoires l'échelle privilégiée pour construire l'offre de soins. La première et la deuxième partie du document sont le reflet des constats, des ressentis et des retours collectés sur le terrain auprès des différents acteurs du système de santé, ainsi que des discussions qui ont eu lieu au sein du groupe de travail contributeur du présent rapport. La troisième partie, quant à elle, explicite les objectifs à atteindre.



(13) ROJOUAN Bruno, Régionaliser l'offre de soins : agir avant qu'il ne soit trop tard. Rapport d'information n° 589 (2021-2022), Sénat, 2022-03-29, 91 p.

[Consulter le document...](#)

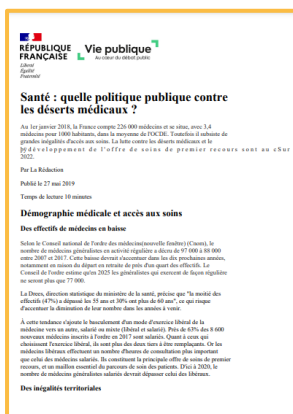
Ce rapport dresse un état des lieux alarmant sur la problématique de la désertification médicale et propose un ensemble d'actions autour de trois grands axes : optimiser le temps médical disponible au bénéfice des patients, promouvoir et faciliter l'exercice dans les zones « sous-denses » et enfin accroître les capacités de formation universitaire et déconcentrer une partie des décisions en matière d'offre médicale. Ces mesures doivent, selon le rapporteur, permettre d'agir efficacement et rapidement sur les fractures médicales entre les territoires.



(14) Crise sanitaire de la Covid-19 et inégalités sociales de santé. Rapport, HCSP, 2021-10, 142 p.

[Consulter le document...](#)

Cet avis fait le constat de l'impact majeur de la crise sanitaire de la Covid-19 sur les inégalités sociales de santé (ISS) et les inégalités territoriales de santé (ITS). Il procède à l'analyse de la place des ISS et des ITS dans les recommandations des sociétés savantes, des collèges nationaux de professionnels de santé, des différents conseils scientifiques mis en place pour la pandémie de la COVID-19, dans les décisions prises par la Direction générale de la santé (DGS) et le Ministère des Solidarités et de la Santé et enfin les interventions et politiques mises en œuvre. Le HCSP fait 22 recommandations pour la prise en compte effective des ISS et des ITS en période de crise à caractère global, et pour une politique sanitaire dans le long terme, en amont des possibles crises futures. [Résumé Bib-Bop]



(15) Santé : quelle politique publique contre les déserts médicaux ? Vie publique, 2019-05-27

[Consulter le document...](#)

Ce document s’articule autour de deux grands axes : la présentation de la démographie médicale en lien avec l’accès aux soins, et dans un second temps la politique d’accès aux soins. Le premier axe propose un bilan chiffré de cette démographie par le prisme de la densité médicale ou encore celui des délais d’attente (par spécialités). La seconde partie énumère de façon chronologique les différentes évolutions des politiques d’accès aux soins : les pactes territoriaux Santé dans les années 2000, aujourd’hui remplacés par la stratégie « Ma Santé 2022 ». Toutes ces mesures sont destinées à lutter

efficacement contre les inégalités dans l’accès aux soins et proposent en outre un maillage territorial au travers des CPTS.

2.2. Les dynamiques territoriales de santé (DTS)

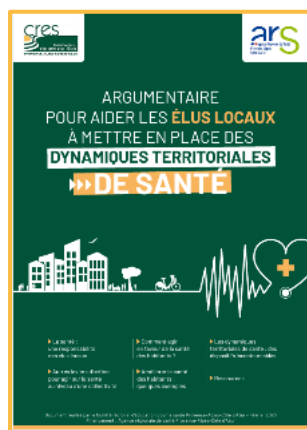
Les dynamiques territoriales de santé (ASV, CLS, CLSM...) sont une réponse stratégique et opérationnelle à la territorialisation de la santé en œuvre ces dernières années. Elles ont pour objectif d'agir en faveur de la santé, du bien-être et de la qualité de vie des habitants dans un objectif global de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Ce sont des outils mis à disposition des collectivités pour leur permettre, selon une démarche projet, de co-construire, structurer et planifier une stratégie locale de santé publique déclinée en un ensemble d'actions. Leur mise en œuvre est facultative et dépend de la volonté politique d'une collectivité. **Les champs d'intervention sont larges et en faveur d'une approche globale de la santé : ils portent sur la prévention et la promotion de la santé, l'accès aux soins, les parcours de santé, l'accompagnement médico-social, etc.** Les DTS défendent une approche transversale et intersectorielle de la santé et sont fondées sur la contractualisation et sur la mobilisation partenariale locale. **Ce sont des démarches ascendantes qui partent des besoins des habitants, construites à partir d'un diagnostic local partagé, ce qui leur permet d'être au plus près des problématiques locales et de s'adapter aux spécificités du territoire.** (17) Si l'objectif principal des DTS est d'agir sur les déterminants de santé, l'accès aux soins, qui en est une composante, y occupe une place majeure depuis de nombreuses années. Cela inclut autant l'offre de santé et sa répartition spatiale que les multiples déterminants psycho-sociaux susceptibles de rendre cette offre plus accessible (accès à l'information, mobilité, droits Santé ouverts, etc.). (39)

Documents à consulter



(16) LANGLOIS Géraldine, **Les perspectives des démarches territorialisées de santé 20 ans après leur création**, Club Santé Social, 2021-12-18 [Consulter le document...](#)

Cet article dresse un bilan sur l'efficacité des ateliers santé ville, au travers de plusieurs questions posées à un panel d'experts. Ce bilan proposé sur les ASV mais aussi sur les CLS / CLSM met en perspective le rôle essentiel des élus locaux et aborde la question des moyens. Enfin, il rappelle l'importance de l'articulation de ces dispositifs avec les CPTS dans le futur, pour agir efficacement sur les inégalités de santé.



(17) **Argumentaire pour aider les élus locaux à mettre en place des dynamiques territoriales de santé**, CRES Provence-Alpes-Côte d'Azur, ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2020-02, 12 p. [Consulter le document...](#)

Cet argumentaire est destiné aux élus locaux qui souhaitent mettre en œuvre une politique de santé efficace dans leur collectivité et qui s'interrogent sur la pertinence d'une telle démarche. Il a vocation à guider la réflexion, à permettre de savoir comment agir, à quel niveau et avec quels outils. Il met en lumière trois exemples de programme et d'action probants menés en région Provence Alpes Côte d'Azur ainsi que les ressources disponibles. [Résumé BIB-BOP].

2.2.1. Les Ateliers Santé Ville (ASV)

Dans la suite de la Charte d'Ottawa², la politique de la ville – qui vise à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) et s'intéresse aux quartiers prioritaires qui cumulent difficultés sociales, économiques et urbaines – s'est saisie de la santé, initialement considérée comme une question strictement médicale et individuelle. **La création des Ateliers Santé Ville (ASV) en 1999 a permis de formaliser une démarche visant à réduire les ISTS. À l'interface entre l'intervention sociale urbaine et l'action de santé, la démarche ASV met en œuvre des actions de promotion de la santé et de santé communautaire dans les territoires urbains les plus défavorisés : les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV).** Son cadre de référence a été pensé de façon très flexible afin de pouvoir s'adapter aux réalités locales. Dans ce cadre, les ASV développent des coordinations d'acteurs, des mises en lien avec les habitants et une programmation d'actions locales. Ils sont dépendants des orientations politiques municipales et des financements « politique de la ville ». (18) Les ASV se

reposent sur une approche contractualisée entre le bloc communal et l'Etat. Fondé sur une approche intersectorielle de proximité, **le positionnement de l'ASV implique particulièrement le niveau communal**, quand bien même les municipalités n'ont pas de compétence dédiée en matière de santé et que la politique de la ville relève aujourd'hui de l'échelle intercommunale. (39) Au fil des années, les ASV ont vu évoluer le contexte réglementaire et organisationnel dans lequel ils s'inscrivent et ont connu un développement qui, selon Fabrique Territoires Santé, peut être caractérisé en 5 étapes : le lancement (2000-2001), la montée en charge (2002-2005), l'expansion (2006-2008), la transition (2009-2010) et la stabilisation (2011-aujourd'hui). L'année 2009 marque notamment leur inscription dans le nouveau contexte issu des dispositions de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), qui leur a permis d'être **intégrés aux contrats locaux de santé (CLS)** élaborés entre les agences régionales de santé (ARS) et les collectivités locales.³

Documents à consulter

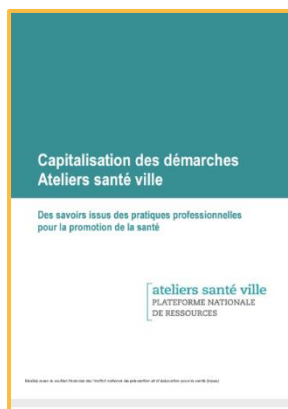


(18) MOTARD Clémentine, TESSIER Stéphane, **Les démarches Ateliers santé ville : la promotion de la santé à l'œuvre dans les territoires, Santé publique**, vol. 28, n°6, 2016-11, pp. 729-733 [Consulter le document...](#)

Après quinze années de développement des Ateliers Santé Ville (ASV), il est apparu utile de capitaliser les expériences et d'analyser leurs effets. Menée en 2015 par la Plateforme nationale de ressources des ASV, cette enquête démontre la plus-value des ASV qui ont permis la création de dynamiques territoriales favorables à la santé et de stratégies locales de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. [Résumé auteur]

² Charte d'Ottawa, 1986, 6 p. [Consulter...](#)

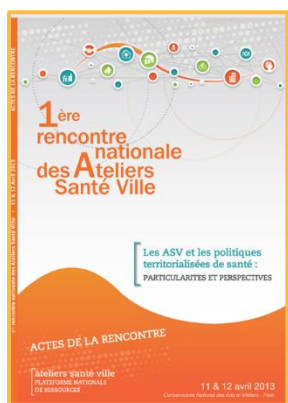
³ Historique des ASV. Développement et évolution du cadre législatif et réglementaire des ateliers santé ville, Fabrique Territoires Santé, s.d. [Consulter...](#)



(19) MOTARD Clémentine, Capitalisation des démarches. Ateliers santé ville. Des savoirs issus des pratiques professionnelles pour la promotion de la santé, Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville, 2016-04, 127 p.

[Consulter le document...](#)

Ce travail de recensement des démarches se décompose en deux parties. La première est une note d'analyse qui présente les cadrages théoriques et méthodologiques inhérents au sujet, mais apporte aussi des éléments d'analyses complémentaires sur les savoirs et expériences des Ateliers Santé Ville (ASV). Dans la seconde partie, ce sont les récits d'expérience de l'ensemble des acteurs (habitants, professionnelles, institutions et collectivités) qui sont proposés.



(20) BENSUSSAN Agnès, ROVERE Olivier, Les ASV et les politiques territorialisées de santé : particularités et perspectives. 1^{ère} rencontre nationale des Ateliers santé ville. Actes de colloque, Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville, 2013-11, 118 p.

[Consulter le document...](#)

Ce document est une synthèse des actes de la 1^{ère} rencontre nationale sur les Ateliers Santé Ville (ASV) mettant en lumière les apports des démarches de promotion de la santé et de proximité portées par les ASV. Après un bref rappel du contexte de création des ASV, ces actes retranscrivent dans un premier temps les travaux effectués, notamment sur la plateforme nationale de ressources des ASV. Dans un second temps, les propos de trois tables rondes sont restitués. La première concernait l'apport des démarches ASV à la réduction des inégalités sociales de santé (ISS). La seconde traitait des besoins en santé des territoires prioritaires et le pilotage partenarial. La troisième table ronde quant à elle était centrée sur le point de vue des élus des collectivités locales sur les contrats des politiques de santé et de la ville. Enfin, des ateliers parallèles ont été menés et ont abouti à la proposition de leviers susceptibles d'interagir sur la démarche ASV dans les politiques de santé.

2.2.2. Les Contrats Locaux de Santé (CLS)

Créé par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) en 2009, **le Contrat Local de Santé (CLS) est un outil de mise en œuvre du Projet Régional de Santé (PRS)**. Conclu entre l'Agence Régionale de Santé (ARS) et les collectivités territoriales, **il est porteur d'une dynamique transversale à tous les champs de santé, de la prévention à l'offre de soins**. Il constitue un **instrument de la consolidation du partenariat local sur les questions de santé ; un instrument visant à soutenir les dynamiques locales de santé pour améliorer les contextes environnementaux et sociaux, pour favoriser l'accès, en particulier pour les personnes démunies, aux soins, aux services et à la prévention, et pour permettre la promotion et le respect des droits des usagers du système de santé.** (25) Le CLS constitue un **outil permettant une approche globale et intersectorielle de la santé**, au moyen duquel les collectivités locales peuvent actionner et coordonner les différents leviers dont elles disposent par le biais de leurs compétences dans des domaines autres que la santé, tel que la politique de ville, le logement ou la petite enfance. **Les CLS n'ont pas vocation à se substituer aux dispositifs locaux de santé existants, comme les Ateliers Santé Ville (ASV) ou les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), mais au contraire à s'articuler avec eux.** C'est dans cet esprit, notamment, que depuis la loi du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine, dite loi « Lamy », le CLS constitue le volet « santé » des contrats de ville, concrétisant ainsi l'inscription des CLS dans l'objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). (21) Dans un article publié en 2018 dans la revue *Santé publique*, Françoise Jabot et Anne Laurent dressent un bilan en demi-teinte des premières générations de CLS, expliquant que

tant l'emboîtement de multiples dispositifs sur les territoires de proximité que la diversité des découpages, selon les domaines et les politiques, contribuent à brouiller le paysage et rendent particulièrement complexes la réflexion et l'action intersectorielle. À l'issue de cette première vague de CLS, certains questionnements apparaissent, tels que la vraie place des coordonnateurs, celle des usagers et la question de la réduction des ISTS. Cependant, en dépit des faiblesses identifiées, les auteurs soulignent **l'opportunité que représentent les CLS pour permettre, entre autres, de créer des passerelles entre des institutions, des milieux, des secteurs de politiques souvent cloisonnés et des cultures parfois éloignées, d'articuler un ensemble des dispositifs et de progresser dans la mise en œuvre de la démocratie en associant les habitants à la réflexion.** En perspectives, l'article ajoute qu'instruits d'une première expérience, **les CLS de seconde génération, voire de troisième, s'annoncent mieux structurés et plus recentrés**, mais qu'il reste nécessaire de poursuivre un travail de plaidoyer auprès des élus afin que les contrats locaux prennent tout leur sens et jouent pleinement leur rôle d'interface. (24) Le déploiement des CLS dans les territoires s'est poursuivi et intensifié au cours des dernières années. **En 2021, La France comptait 10 862 communes et arrondissements avec un CLS signé et en projet, soit 65% de l'ensemble.**⁴ **En région Occitanie, au 14 janvier 2022, on dénombre 28 CLS signés actifs et 10 CLS en projet.**⁵ Aujourd'hui, l'expertise et le rôle de facilitation voire de médiation des coordinateurs de CLS sont largement reconnus, tout comme la prise en compte et la réduction des ISTS est affichée comme l'ADN et le fil rouge des ASV, CLS et CLSM. (39)

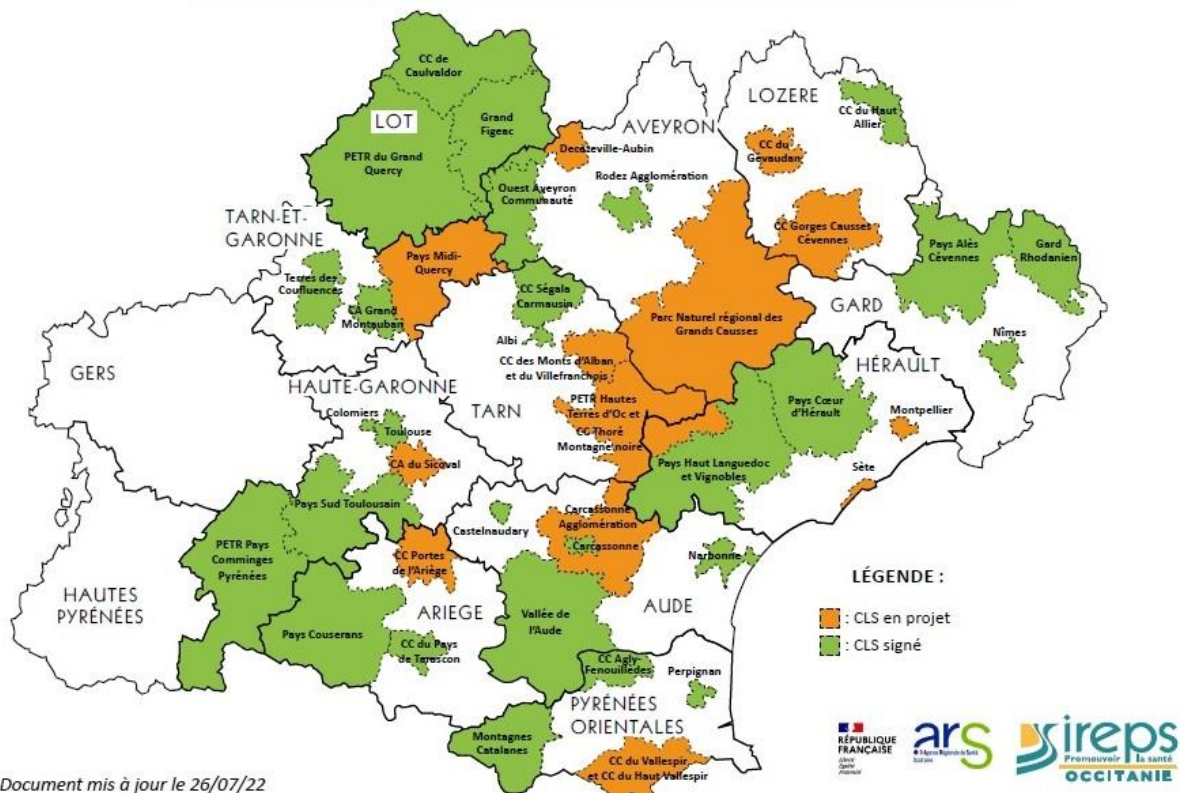
⁴ Les contrats locaux de santé, ARS, 2022-04-21 [Consulter...](#)

⁵ Contrats locaux de santé, ARS Occitanie, 2022-06-14 [Consulter...](#)



Source : Contrats locaux de santé, ARS Occitanie, 2022-08-08 : [Consulter la page...](#)

Les Contrats Locaux de Santé (CLS) en Occitanie



Documents à consulter



(21) Elaborer un contrat local de santé en 8 étapes, Club Santé Social, 2021-03-10 [Consulter le document...](#)

Cet article liste les 8 étapes préalables à la mise en place d'un CLS. Après avoir précisé les objectifs, il détaille la démarche de lancement d'un CLS (la plupart du temps à l'initiative d'une collectivité territoriale et toujours en partenariat avec l'ARS). Ensuite, ce sont l'articulation du CLS en phase de création avec les dispositifs existants, la réalisation du diagnostic local de santé et la définition d'axes prioritaires qui sont décrites comme des étapes incontournables. Ensuite, l'établissement d'un plan d'action et la mobilisation de moyens permettent de finaliser la mise en place de ce dispositif. Enfin, l'ultime étape consiste à assurer le pilotage du contrat avec la mise en place d'un comité de pilotage chargé de formuler les orientations stratégiques du CLS et d'assurer l'articulation avec les cadres spécifiques à chacun des signataires. Un coordinateur peut également être désigné avec une mission d'animation de la démarche projet et de mobilisation partenariale visant à assurer la transversalité du CLS.



(22) Stratégies locales de prévention primaire et de promotion de la santé : une étude du dispositif « Contrat Local de Santé » en France. Dossier, L'Etude Cloterres santé & territoire, 2019-03, 4 p. [Consulter le document...](#)

Compte-tenu de l'évolution des modes de vie et du vieillissement de la population, la promotion de la santé à tout âge et la prévention des maladies chroniques sont plus que jamais un enjeu de société. Au niveau local, la contribution que peuvent avoir les collectivités pour créer des environnements plus favorables à la santé est indéniable. En France, cette contribution s'organise de plus en plus par le biais des Contrats Locaux de Santé (CLS), dispositif fédérateur associant les collectivités locales, les Agences Régionales de Santé (ARS) et de nombreux acteurs interpellés par les questions de santé environnementale, de prévention et de promotion de la santé mais aussi d'offre de soins et d'action médico-sociale. Près de 10 ans après le lancement des CLS, quelle est l'ampleur de ce dispositif sur le territoire français ? Quelle place occupe la prévention et la promotion de la santé (PPS) dans leurs actions ? Qu'est ce qui influence cet investissement aux niveaux local et régional ? C'est ce sur quoi se penche l'étude CLoterres (2017-2020), dont ce bulletin résume les avancées. [Résumé éditeur]



(23) HINCELIN Luc, Le contrat local de santé au service des parcours de santé, Rubrique repères pour agir en promotion de la santé, n°36, 2018-11, 2 p.

[Consulter le document...](#)

Ce document fait la promotion du dispositif des CLS en synthétisant plusieurs éléments. L'auteur nous propose un rappel du contexte, mais aussi des définitions (rappel du parcours de santé par exemple). Au travers de plusieurs exemples, ce sont également l'efficacité et les interactions entre tous les acteurs qui sont mis en lumière. Une page est consacrée au rôle du coordonnateur de CLS, élément pivot du dispositif.



(24) JABOT Françoise, LAURENT Anne, Les contrats locaux de santé en quête de sens, Santé publique, vol. 30, n°2, 2018-03, pp. 155-156 [Consulter le document...](#)

Après un bref rappel des objectifs initiaux des CLS, cet article dresse un bilan en demi-teinte concernant les premières générations de contrats locaux de santé. L'hétérogénéité des dispositifs et les résultats inégaux semblent atténuer l'intérêt et l'efficacité des CLS. À l'issue de cette première vague, certains questionnements apparaissent, tels que la vraie place des coordonnateurs, ainsi que celles des usagers. Enfin, cet article nuance ce propos au travers de perspectives plus favorables. L'ambition des CLS dits « de seconde ou troisième génération » sera de renforcer les dynamiques enclenchées mais également de proposer des outils mieux adaptés aux acteurs et aux réalités du terrain.



(25) MOLAS GALI Nathalie, Les démarches locales en santé : des ateliers santé ville aux contrats locaux de santé, Global health promotion, vol. 21, n°1 suppl., 2014-03, pp. 46-49

[Consulter le document...](#)

Après 10 ans de partenariat avec les principales communes du département pour développer les ateliers santé ville, la Délégation Territoriale des Bouches de la Rhône de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de la région Provence-Alpes Côte d'Azur aborde le dispositif des contrats locaux de santé (CLS). Cela dans le but de passer d'une démarche de programmation et de planification locale en santé, à une démarche transversale à l'ensemble des champs de la santé. La prévalence de la démarche des ateliers santé ville a permis, en 10 années de collaboration avec les communes, d'instaurer des habitudes de partenariat au service d'une démarche conjointe, ainsi qu'une bonne connaissance de champ de la prévention. Le passage à une démarche plus transversale à l'ensemble des champs de la santé sera facilité par cette riche expérience commune. Les CLS sont à la fois un défi pour l'ARS et un objet de concrétisation du concept nouveau d'animation territoriale. [Résumé de l'auteur]

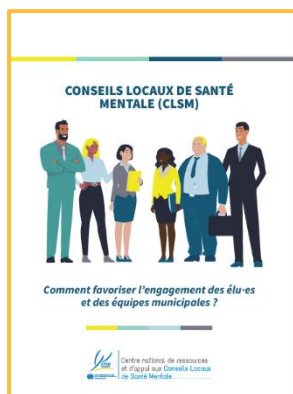
2.2.3. Les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)

Le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) prend sa source en 1972, avec la circulaire relative à la lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies. Cependant, c'est la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé qui lui donne une base juridique. La généralisation et la consolidation des CLSM font ensuite l'objet d'une instruction en septembre 2016. **(17) Les CLSM sont des instances de concertation et de coordination autour de la santé mentale à l'échelle locale. (26) Ils instaurent une démarche sanitaire autour de la santé mentale, fondée sur l'égalité participation des personnes concernées et d'acteurs locaux variés. (39)** Si tous les acteurs de chaque territoire couvert par un CLSM sont invités à y participer, l'engagement des élus locaux, des représentants de la psychiatrie publique, des usagers et des aidants constituent une condition sine qua non pour pouvoir se définir comme CLSM. **(26) Le CLSM contribue à ce que les collectivités prennent en compte et agissent sur les déterminants sociaux et territoriaux de la santé mentale.** Il a pour objectif de **promouvoir une vision globale de la santé mentale et de lutter contre la stigmatisation.** Le CLSM constitue, lorsqu'il existe, le volet santé mentale des CLS. **(30)** L'article 122 de la loi 3DS⁶ (pour différenciation, décentralisation, déconcentration et simplification de l'action publique locale), adoptée en février 2022, prévoit l'obligation d'inscrire un volet dédié à la santé mentale dans les contrats locaux de santé (CLS). Le CLSM est associé à l'élaboration du Projet territorial de santé mentale (PTSM), coordination territoriale de « second niveau » visant à définir la politique de santé mentale, et à sa mise en œuvre opérationnelle. La coordination du CLSM peut être cofinancée par la commune et l'Agence régionale de santé (ARS). **(17)**

Depuis le lancement en 2007 du Programme national d'appui au développement des CLSM, porté par le Centre collaborateur de Lille (CCOMS) avec le soutien de l'association « Elus, santé publique et territoires » (ESPT) et plusieurs partenaires institutionnels et associatifs, la démarche CLSM a bénéficié d'une dynamique d'essaimage exponentielle sur l'ensemble du territoire national. **En 2019, La France compte plus de 220 CLSM fonctionnels, couvrant plus de 2000 communes et une quarantaine de CLSM en projet. (29)** En 2020, lors de la pandémie de covid, les CLSM ont été placés en première ligne, et ce pour deux raisons : leur domaine d'action a été fortement impacté et mis en lumière par la crise sanitaire ; leur échelle d'intervention, locale, a été largement mobilisée. Ces dispositifs ont continué à fonctionner et à s'améliorer toute au long de la crise, devenant de vrais baromètres locaux de l'état de santé mentale de la population. En parallèle, la crise a permis d'impulser une réelle appropriation du sujet par les acteurs du champ politique. Ainsi, au niveau local, l'investissement des élus au sein des CLSM pour ces questions a été massif : 48 % des coordinateurs ont constaté un investissement plus important de leur part. **(38)**

⁶ LOI n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale (1) [Consulter...](#)

Documents à consulter



(26) PASTANT Fanny, GAC Maureen, ROELANDT Jean-Luc, Conseils locaux de santé mentale (CLSM). Comment favoriser l'engagement des élu.es et des équipes municipales ? Centre national de ressources et d'appui aux Conseils locaux de santé mentale, 2022-01, 23 p.

[Consulter le document...](#)

Ce guide, réalisé par le Centre national de ressources et d'appui aux Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), est destiné aux élus locaux et collectivités. Il propose des outils concrets pour aider à développer les CLSM. Il est scindé en 10 recommandations qui résultent des remontées de terrain émises lors de la création de différents CLSM.



(27) PASTANT Fanny, GAC Maureen, ROELANDT Jean-Luc, Conseils locaux de santé mentale (CLSM). Comment favoriser l'engagement des usagères et usagers des services de santé mentale ? Centre national de ressources et d'appui aux Conseils locaux de santé mentale, 2022-01, 31 p.

[Consulter le document...](#)

Ce guide, réalisé par le Centre national de ressources et d'appui aux Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), propose des recommandations, présente des expériences et des pistes de réussite afin de favoriser l'engagement des usagères et usagers des services de santé mentale. Il s'adresse aux élus locaux, aux représentants du secteur de la psychiatrie, aux usagers, aux aidants et aux professionnels de terrain. [Résumé Bib-Bop]



(28) Etat du fonctionnement des conseils locaux de santé mentale (CLSM) pendant l'épidémie de Covid-19 en France, Centre national de ressources et d'appui aux Conseils locaux de santé mentale, 2021-10, 31 p.

[Consulter le document...](#)

Ce document recueille des échanges avec des coordonnateurs de Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) ainsi que des enquêtes effectuées à la suite du premier confinement. Après une description du fonctionnement des CLSM lors de la crise COVID, ce rapport propose un état des lieux des relations entre les divers acteurs de terrain et les évolutions de ces relations suite à la crise. Enfin, ce rapport détaille plusieurs actions menées à l'issue du premier confinement et met en perspective les pistes pour l'avenir du fonctionnement des CLSM.



(29) Les CLSM, 12 ans après : qu'est-ce qui a changé ? Actes de colloque, Elus, Santé Publique & Territoires, CCOMS, 2021, 149 p.

[Consulter le document...](#)

Ces actes issus de la 5^{ème} rencontre nationale des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) et de la 22^{ème} journée nationale d'étude de l'association Elus, santé publique et territoires mettent en

perspective l'esprit de la démarche, les idéaux qu'elle porte, en particulier en termes de coopération en santé mentale, et la pratique concrète des acteurs sur les territoires. A travers trois tables rondes, les acteurs rappellent le rôle et les enjeux futurs pour les CLSM, mais ils tentent aussi de répondre à plusieurs problématiques liées au dispositif (organisation de la coordination, comment agir sur les représentations et les ISS...). Enfin, la dernière table ronde propose une série d'outils et d'exemples issus d'actions locales, nationales et internationales.

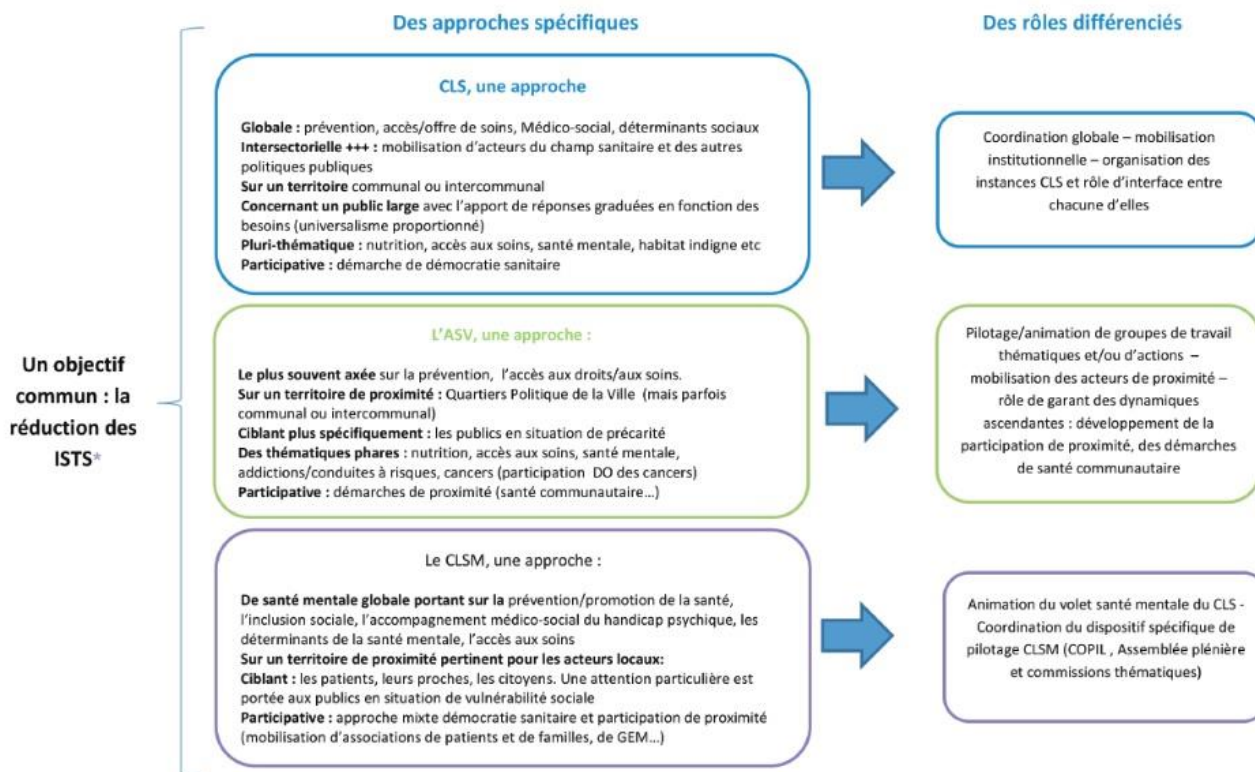


(30) Instruction n°DGS/ SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville, Légifrance, 2016-10-12

[Consulter le document...](#)

Le comité interministériel à l'égalité et à la citoyenneté du 6 mars 2015 a fixé l'objectif d'assurer un suivi social et de santé renforcé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville. Cette mise en œuvre passe par un déploiement et un renforcement des comités locaux de santé mentale. Cette instruction précise dans un premier temps ce qu'est un CLSM en proposant une définition, puis elle développe les objectifs à atteindre avant de se recentrer sur l'ancrage territorial des CLSM. Enfin, elle détaille les instances des CLSM tels que l'assemblée plénière et les COPILS.

Rôle des coordinateurs en configuration CLS/ASV/CLSM.



* ISTS = Inégalités sociales et territoriales de santé

Source : ARS Île-de-France, référentiel CLS, 2015

Source : ASV, CLS, CLSM, politique locale en santé... Quelles évolutions des démarches territoriales de santé en Auvergne-Rhône-Alpes ? Labo cités, Fabrique Territoires Santé, 2019-07, 9 p. : [Consulter le document...](#)

2.3. L'exercice coordonné

L'exercice coordonné est un cadre formel, une structure ou une organisation qui regroupe physiquement (ou pas) des acteurs de la santé pour se coordonner entre eux en vue de répondre aux besoins de santé de tous et de prendre en charge les patients nécessitant l'intervention conjointe ou successive de plusieurs acteurs du soin ou du social. Cette formalisation de la coordination répond à des besoins de santé qui évoluent, du fait du vieillissement de la population et de la présence accrue de poly pathologies et pathologies chroniques. Elle vise également à renforcer l'intérêt des professionnels de santé et notamment des jeunes médecins pour les soins de premier recours.

Il existe deux formes d'exercice coordonné :

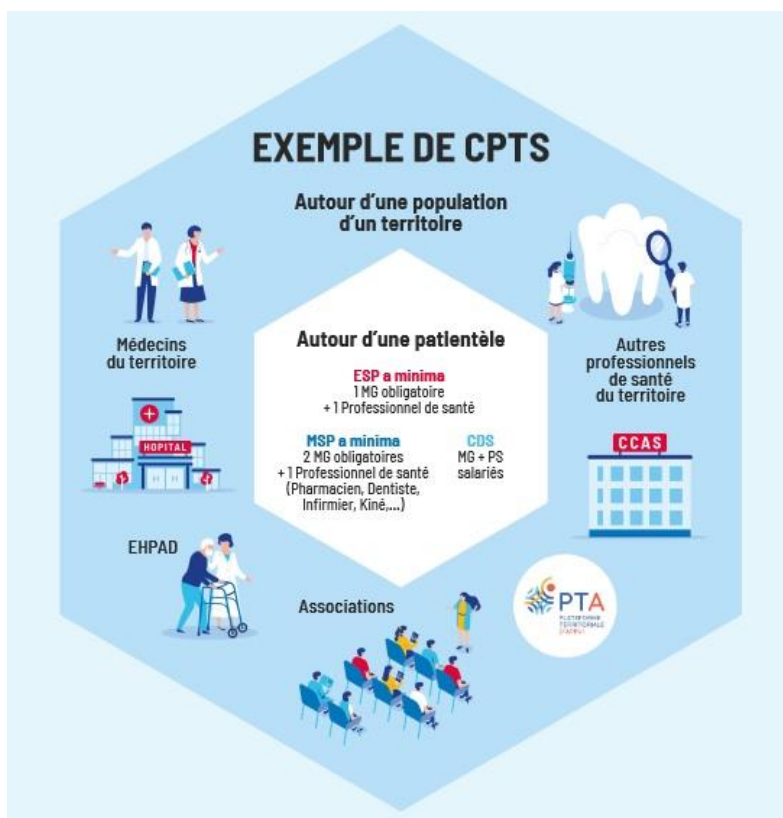
- Le **regroupement de professionnels autour d'une patientèle**, principalement représentée par les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et les centres de santé (CdS), dans laquelle l'on retrouve également les équipes de soins primaires (ESP) et les équipes de soins spécialisés (ESS)⁷.
- La **coordination au niveau d'un territoire**, incarnée par les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). (31) La CPTS se distingue des structures d'exercice coordonné du type maison et centre de santé par le fait qu'elle répond aux besoins de la population d'un territoire et non d'une patientèle attirée. (39)

Les acteurs de la santé peuvent être accompagnés dans leur projet via les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) dont le cadre a été posé par la loi de modernisation de notre système de santé en 2016. Celui-ci est défini localement, sur proposition des professionnels qui ont vocation à le piloter et en fonction de la structuration de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante. Les DAC viennent prioritairement en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des situations complexes liées notamment à des personnes cumulant diverses difficultés. Ils permettent d'apporter des réponses davantage adaptées et coordonnées entre les professionnels, quels que soient la pathologie, l'âge de la personne qu'ils accompagnent ou la complexité de son parcours de santé. Ils peuvent également répondre aux demandes des personnes et de leurs aidants et ainsi faciliter leur parcours en apportant une réponse coordonnée à l'ensemble de leurs besoins. Depuis juillet 2022, les différents dispositifs existants (MAIA, plateformes territoriales d'appui – PTA⁸, coordinations territoriales d'appui - CTA...) ont été unifiés sous la forme de DAC qui, à terme, couvriront tous les territoires.⁹

⁷ Cf. partie 5. Annexe : Glossaire et définitions, p.36.

⁸ Cf. partie 5. Annexe : glossaire et définitions, p.36.

⁹ Les dispositifs d'appui à la coordination – DAC. Un interlocuteur unique pour les parcours de santé et de vie complexes, Ministère de la santé et de la prévention, Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, māj 2022-03-25 [Consulter...](#)



Source : Guide de l'exercice coordonné, URPS ML Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2021-01 : [Accéder au document](#)

Document à consulter



(31) Guide de l'exercice coordonné, URPS ML Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2021-01, 15 p.

[Consulter le document...](#)

Rédigé par l'URPS ML PACA, ce guide pratique s'adresse principalement aux professionnels de santé libéraux travaillant (ou souhaitant travailler) sur projets d'exercice coordonné. Le document présente dans un premier temps les différentes formes d'exercice coordonné et leurs fonctions puis, dans un second temps, se penche plus spécifiquement sur les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et sur les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), dont il détaille les étapes de création et de mise en œuvre. Une présentation brève des dispositifs d'appui à la coordination

(PTA) conclut le guide.

2.3.1. Les Centres de santé

Les Centres de santé (CdS) en France, héritiers des dispensaires du début du XX^{ème} siècle, se sont depuis écartés de ce modèle, tout en conservant un **souci de réduction des inégalités d'accès aux soins**. Par définition légale, ce sont des **structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours**. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et **mènent des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et des actions sociales**. Les CdS sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales ou des établissements publics de coopération intercommunale, soit par des établissements de santé. De nouveaux CdS ont vu le jour ces dernières années. Leur création, dans des territoires à faible démographie médicale, a aussi vocation à y attirer des médecins. **(33)**

Les conditions de création et de fonctionnement des centres de santé ont été clarifiées et simplifiées par l'ordonnance n°2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des CdS, prise en application de l'article 204 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Cette ordonnance a pour principal objet de **renforcer l'offre de soins de premier recours en favorisant l'accroissement du nombre de centres de santé**. **(32)** Ainsi, en 2022, on compte plus de 2200 CdS (dont 455 pluriprofessionnels) ouverts en France. À l'exception des centres de soins infirmiers, les CdS sont implantés majoritairement en milieu urbain.¹⁰

Documents à consulter



(32) Direction générale de l'offre de soins, **Guide relatif aux centres de santé**, Ministère des solidarités et de la santé, 2018, 21 p.

[Consulter le document...](#)

Ce guide a pour objectif d'explicitier les mesures mises en place par l'ordonnance n°2018-17 du 12 janvier 2018 et ses textes d'application, ces derniers révisant les missions des centres de santé (CdS), les modalités de leur création et de leur fonctionnement ainsi que leur gestion et leur organisation. Une annexe synthétise le contenu du document en dix points-clés.

¹⁰ **Les centres de santé**, Ministère de la santé et de la prévention, Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, 2022-03-03 [Consulter...](#)



(33) RIDARD Elise, SOMME Dominique, **Les motivations des médecins généralistes en centres de santé**, *Santé publique*, vol. 30, n°3, 2018-05, pp. 361-382

[Consulter le document...](#)

Cette étude qualitative, réalisée dans le cadre d'une thèse d'exercice de médecine générale, a pour objectif de connaître les motivations des médecins à exercer en centres de santé afin de déterminer s'il est possible d'amplifier le phénomène de recrutement de ces professionnels de santé dans les territoires en situation de désertification médicale. L'étude réalisée cherche à préciser les raisons qui orientent vers ce choix d'exercice et leurs motivations puis formule des recommandations en conclusion.

2.3.2. Les MSP

Une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) est une personne morale qui assure des activités de soins sans hébergement de premier et, le cas échéant, de second recours. Elle peut également participer à des actions de santé publique, prévention, éducation à la santé et actions sociales. C'est une structure de proximité composée de professionnels de santé de ville – a minima deux médecins généralistes et un paramédical – qui œuvrent autour d'une même patientèle. **(31)** Introduites dans le code de la santé publique en 2007 (loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007) pour ouvrir aux professionnels libéraux un mode d'exercice collectif, les MSP sont apparues comme une réponse efficace aux nouveaux besoins en matière de santé, dans un contexte de croissance des maladies chroniques et de crise de la démographie médicale. **Le but de ces structures est double : améliorer la qualité des soins et maintenir une offre de santé suffisante sur les territoires tout en bonifiant les conditions d'exercice pour les professionnels.** L'enjeu pour les MSP est donc de développer de nouvelles pratiques en interne mais également en externe, en favorisant des relations de coopération interprofessionnelle avec les autres structures sanitaires, médico-sociales et sociales, et de participer aux actions de santé publique en matière de prévention et d'éducation. Une MSP peut recruter un coordinateur, professionnel de santé ou non, pour assurer des missions variées allant de planification de réunions au suivi d'actions de santé publique, en passant par la gestion comptable. **En juin 2021, 1889 maisons en fonctionnement et 366 maisons en projet étaient recensées en France.** ¹¹ **(35) La région Occitanie fait face à une baisse de la densité des médecins généralistes**, liée au vieillissement des omnipraticiens installés. **De fortes disparités existent entre les départements** ce qui justifie la densification des mesures proposées dans le pacte territoire santé pour maintenir ou tendre vers le niveau d'accès aux soins primaires nécessaire à une bonne prise en charge de la population sur l'ensemble du territoire. Dans ce but, **le PRS2 Occitanie 2022 prévoit d'appuyer la création de nouvelles MSP**, notamment dans les quartiers prioritaires de la ville et de faciliter le travail en équipe, principalement dans les territoires ruraux et péri-urbains. **La progression du déploiement des MSP a été particulièrement rapide sur la région : de 10 MSP en 2010, l'Occitanie comptait 126 MSP déclarées ouvertes en 2018.** **(34) En 2020, ce sont 233 MSP qui sont labellisées dont 14 nouveaux projets validés.** ¹²

¹¹ **Les maisons de santé**, Ministère de la santé et de la prévention, Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, 2022-03-03 [Consulter...](#)

¹² **Maisons de santé pluriprofessionnelles en Occitanie**, ARS Occitanie, 2020-12-15 [Consulter...](#)

Documents à consulter



(34) BRINGER L., KABANTCHENKO A., MANUELLO P. (et al.), Etat des lieux de l'exercice des médecins en Maison de Santé Pluriprofessionnelle. Région Occitanie. Enquête quantitative, URPS Médecins Libéraux Occitanie, 2019-05, 74 p.

[Consulter le document...](#)

Mené par l'URPS Médecins Libéraux Occitanie, cet état des lieux répondait à un besoin d'une meilleure visibilité de l'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) en région. Ses objectifs étaient de réaliser un état des lieux de la mise en œuvre concrète des MSP et de restituer un panorama

de la diversité des MSP ; de faire une analyse des obstacles rencontrés afin d'identifier les points d'amélioration dans le développement des MSP ; de proposer une typologie des MSP à travers l'analyse fine de l'exercice en MSP ; de questionner la satisfaction des médecins exerçant en MSP. L'étude fait ainsi état d'une hétérogénéité des MSP, d'une acculturation au modèle et tend à montrer la MSP comme un moyen de s'engager dans de nouveaux modes d'exercice de la médecine générale libérale et d'organisation du premier recours. La coordination apparaît comme étant au cœur des enjeux de l'exercice médical en MSP. Quant à l'exercice coordonné, il se présente comme une tendance forte soutenue par différentes formes d'organisation. Enfin, si la MSP paraît comme le modèle le plus intégré d'exercice coordonné, l'étude note une forme graduée d'organisation pluri professionnelle, avec les Equipes de Soins Primaires (ESP) et les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Ces différentes propositions permettent aux professionnels d'avoir un choix sur la forme d'exercice coordonné qui leur paraît la plus adaptée.



(35) SEBAI Jihane, YATIM Fatima, Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire, Revue française d'administration publique, n°164, 2017, pp. 887-902

[Consulter le document...](#)

En s'appuyant sur les données de l'enquête nationale réalisée en 2014 par la Direction générale de l'offre de soins, cet article a pour but de proposer des éléments d'analyse pour un premier bilan de l'ensemble des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) en France. Il montre qu'il existe une réelle

dynamique d'implantation des MSP sans que cette dynamique ne s'accompagne des évolutions organisationnelles attendues. Structuré en trois parties, l'article présente dans un premier temps le cadre conceptuel et les conditions d'émergence des structures de coordination des soins de premier recours à l'échelle internationale, en précisant le schéma et les enjeux en France. La seconde partie présente la méthodologie, les données exploitées et expose les résultats de l'analyse des auteurs. Enfin, la troisième partie analyse et confronte les résultats de ce bilan national aux travaux et études de cas menées sur les MSP puis inscrit cette analyse dans une perspective plus large qui est celle des dynamiques professionnelles propres au secteur de soins de premier recours.

2.3.3. Les CPTS

Les CPTS ont été **créées en 2016** par la loi de modernisation de notre système de santé **afin de transformer les logiques de prise en charge médicale des patients et des populations**. Une telle transformation était jugée nécessaire et urgente : pour permettre le maintien ou le retour à domicile et les soins ambulatoire, plutôt qu'à l'hôpital ou en établissement ; pour adapter la prise en charge médicale au développement du caractère chronique de nombreuses pathologies, dans un système de santé conçu pour traiter les épisodes de soins aigus et spécialisés ; pour retrouver du temps médical au sein de l'exercice ambulatoire, et de l'attractivité pour la profession de médecin de ville.¹³

Les CPTS constituent un dispositif à la main des professionnels qui veulent travailler ensemble pour répondre aux besoins de santé spécifiques d'un bassin de population. Composées de professionnels des soins du premier et/ou du second recours, mais également hospitaliers, médico-sociaux et sociaux, les CPTS ont vocation à rassembler les « acteurs de santé » d'un territoire et **contribuent à une meilleure coordination de ces professionnels ainsi qu'à la structuration des parcours de santé des usagers, patients et résidents.**¹⁴ La CPTS se distingue des structures d'exercice coordonné du type maison et centre de santé par le fait qu'elle répond aux besoins de la population d'un territoire, et non d'une patientèle attirée. Elle remplit six missions reconnues « de service public » depuis 2019 : faciliter l'accès aux soins, notamment à un professionnel de santé pour les patients sans médecins traitant afin d'améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville ; mettre en place des parcours répondant aux besoins des territoires

pour renforcer la prise en charge et le suivi des patients, éviter les ruptures de parcours et favoriser le maintien à domicile de patients complexes, handicapés, âgés... ; **initier des actions territoriales de prévention, de dépistage, de promotion de la santé en fonction des besoins du territoire** ; contribuer au développement de la qualité et de la pertinence des soins pour favoriser l'échange de bonnes pratiques médicales et soignantes ; accompagner les professionnels de santé sur leur territoire ; participer à la réponse aux crises sanitaires par un plan d'action adapté.¹⁵

La force de ce dispositif est d'être avant tout porté par des professionnels, de regrouper une ou plusieurs équipes de soins primaires (ESP), des acteurs de soins de premier ou de second recours, et/ou des acteurs médico-sociaux et sociaux, et de permettre la mise en place d'un dispositif souple et adaptatif, à la main des professionnels. Sur la base des projets des équipes et communautés, une contractualisation (l'accord conventionnel interprofessionnel – ACI) est organisée avec les agences régionales de santé (ARS) et l'Assurance Maladie, en cohérence avec les diagnostics réalisés par les conseils territoriaux de santé. **Les projets de CPTS sont envisagés en cohérence avec les priorités du projet régional de santé (PRS) ainsi qu'avec les autres ressources et projets du territoire concerné, comme les contrats locaux de santé (CLS).** Un coordinateur peut être recruté afin d'assurer des missions diverses telle que la planification et l'organisation de réunions, la mise en lien entre les membres de la CPTS, la mise en place des actions de prévention, etc. **(36)**

¹³ FAUCHIER-MAGNAN Emilie, WALLON Véronique, **Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé. Appui à la DGOS, IGAS, 2018-08, 88 p. [Consulter...](#)**

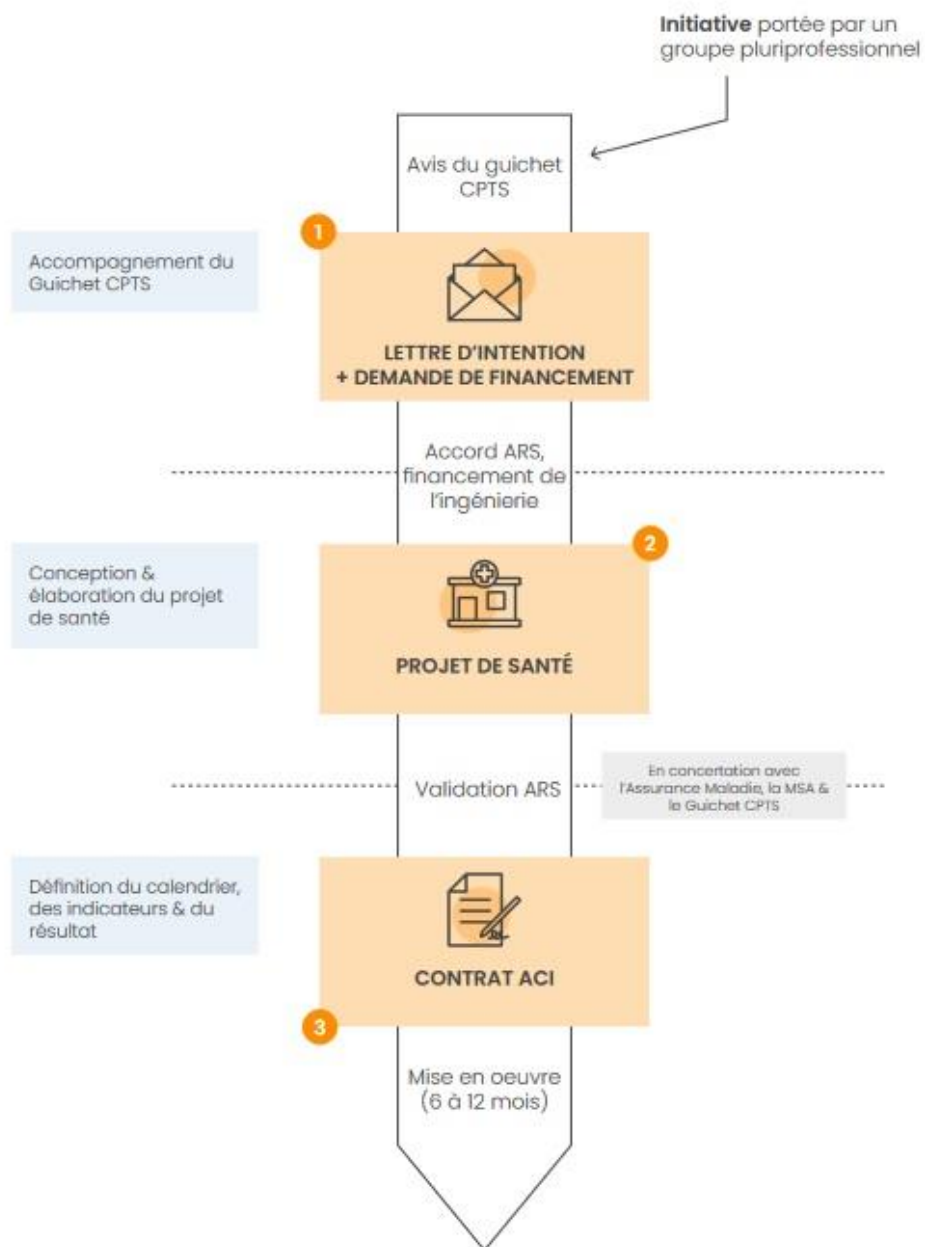
¹⁴ **Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)**, Ministères des Solidarités et de la Santé, 2022-01 [Consulter...](#)

¹⁵ **CPTS : s'organiser sur un territoire pour renforcer les soins aux patients**, Ministère de la santé et de la prévention, Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, 2022-01-19 [Consulter...](#)

Les étapes de création d'une CPTS

La création d'une CPTS est une véritable démarche projet.

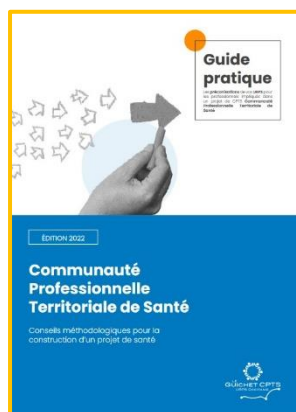
Elle est jalonnée par trois étapes : la rédaction d'une lettre d'intention, l'élaboration d'un projet de santé et la signature d'un contrat pluriannuel tripartite avec l'ARS et l'Assurance Maladie.



Source : PLANTROU Jonathan, MAURY Laure, PERRIN Carole (et al.), **Communauté Professionnelle Territoriale de Santé. Conseils méthodologiques pour la construction d'un projet de santé. Guide pratique, Le guichet CPTS – URPS Occitanie, 2022-08, 112 p. : [Consulter le document...](#)**

Le déploiement des CPTS est en cours depuis 2016. En 2019, le plan **Ma santé 2022** a endossé ce rôle, en fixant notamment un **objectif de 1000 CPTS couvrant l'ensemble du territoire national, à l'horizon 2022**. Selon l'Atlas des CPTS produit par la Direction générale de l'offre de soins¹⁶, on compte fin juin 2021, **238 CPTS en fonctionnement (ACI signé), 27 en cours de signature et 221 en projet (lettre d'intention validée)**.

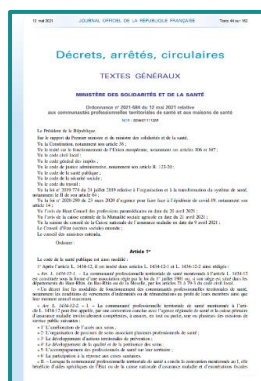
Documents à consulter



(36) PLANTRON Jonathan, MAURY Laure, PERRIN Carole (et al.), Communauté Professionnelle Territoriale de Santé. Conseils méthodologiques pour la construction d'un projet de santé. Guide pratique, Le guichet CPTS – URPS Occitanie, 2022-08, 112 p.

[Consulter le document...](#)

Proposé par le guichet CPTS (URPS Occitanie), ce guide pratique apporte des conseils méthodologiques pour la construction d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). Son objectif annoncé est d'apporter des outils pratiques permettant à une équipe de médecins de construire un projet de santé en vue d'une contractualisation avec l'agence régionale de santé (ARS) et l'Assurance Maladie. Une première partie précise le cadre d'élaboration du projet, suivie d'une seconde se présentant sous la forme d'une « boîte à outils du projet de santé ». La troisième partie apporte quant à elle des éléments méthodologiques pour la construction des missions de la CPTS. Pour chacune de ces parties, une page synthétise en introduction l'essentiel à retenir. Enfin, une quatrième partie rassemble diverses annexes utiles ainsi qu'un glossaire.



(37) Ordonnance du 12 mai 2021 relative aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux maisons de santé, Légifrance, 2021-05-13

[Consulter le document...](#)

Cette ordonnance a pour but d'encourager le développement de l'exercice coordonné en concrétisant les engagements du Ségur de la Santé et du programme « Ma Santé 2022 ». En réalité, cela se traduit par une plus grande souplesse sur les plans juridiques et fiscaux, notamment pour les CPTS et les MSP. Des mesures spécifiques pour ces deux entités doivent permettre, entre autres, d'apporter un meilleur accès et une meilleure organisation des soins, mais également une réponse aux problématiques de désertification médicale.

¹⁶ Atlas des CPTS, Ministère de la santé et de la prévention, 2022-01 [Consulter...](#)



(38) PARVAIS Audrey, Les CPTS en pratique, quel mode de fonctionnement pour quels enjeux ? Infirmiers.com, 2021-05-12

[Consulter le document...](#)

En se basant sur l'expérience d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) déployée en PACA, Itinéraire Santé, cet article apporte quelques éléments pratiques sur les CPTS, de leur création à leur mise en œuvre en passant par les enjeux qu'elles doivent couvrir.

3. ARTICULATIONS POSSIBLES ENTRE DYNAMIQUES TERRITORIALES DE SANTE ET EXERCICE COORDONNE

Pour le président de la Fabrique Territoires Santé, **la question de l'articulation entre les dynamiques territoriales de santé (ASV, CLS, CLSM) et l'exercice coordonné (MSP, CPTS) est importante et se pose tant sur le plan opérationnel que de leur gouvernance.** La directrice générale adjointe de la DGOS a, pour sa part, estimé lors d'un webinaire en décembre 2021 qu'il était « important que les communautés professionnelles se connectent avec les autres acteurs et puissent partager les priorités d'un CLS quand il existe ». Cependant, aucun texte n'oblige ou n'incite ces différentes dynamiques à s'articuler ni, a fortiori, n'explique comment le faire. Le monde des collectivités et celui de la médecine libérale se connaissant assez mal, fonctionnant différemment et communiquant généralement peu, l'articulation entre DTS et CPTS se repose donc sur la bonne volonté des uns et des autres. **Pourtant, si les liens peinent encore à se construire sur certains territoires, sur d'autres, CLS et CPTS travaillent déjà main dans la main. (40)**

Ces liens entre les dispositifs commencent par le **rôle précieux que les collectivités territoriales, pilotes des dynamiques territoriales de santé (DTS), peuvent jouer dans l'émergence et la mise en œuvre de projets locaux en matière d'accès aux soins,** notamment dans l'analyse de l'offre et des besoins ainsi que dans la prise en compte des besoins exprimés par les habitants des territoires. **(43)** Le réseau des villes-santé de l'OMS identifie ainsi **trois rôles des villes et des intercommunalités, en matière d'offre et d'accès aux soins : un rôle d'observateur des réalités locales et d'animateur territorial de santé,** notamment grâce aux CLS, ASV ou CLSM ; **un rôle d'incitation et de facilitation à l'installation des professionnels de santé et**

de mise en lien avec les acteurs, avec par exemple l'appui sur des dispositifs partenariaux ; **un rôle d'accompagnement des projets d'exercice regroupé/coordonné** (ex : accompagnement d'une CPTS dans le cadre d'un CLS). **(42)** Par ailleurs, les collectivités territoriales disposent des compétences strictement définies en matière d'accès aux soins stricto sensu, et la problématique de l'accès aux soins est intrinsèquement liée à celle, plus large, de l'attractivité du territoire. **Ainsi, les autorités locales peuvent favoriser l'accès aux soins sur leur territoire par l'intermédiaire de leurs politiques de promotion du territoire, d'aménagement du cadre de vie ou de développement économique local. Cela appelle souvent un portage politique fort de la part des élus locaux, afin de garantir une prise en compte transversale de l'enjeu de l'accès aux soins, aux côtés de celui de la prévention, dans l'ensemble des politiques publiques portées par la collectivité territoriale. (43)**

Pour aborder plus spécifiquement l'articulation des dispositifs entre eux, il faut jeter un œil sur ce qui se passe concrètement sur le terrain. Une enquête exploratoire menée par Fabrique Territoires Santé entre novembre 2021 et mars 2022 avait justement pour objet de réaliser un état des lieux de l'articulation entre les DTS et les CPTS, d'en identifier les freins, les leviers et de dégager des pistes susceptibles de favoriser cette articulation. Elle fait ainsi apparaître que **la prise en compte et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) est affichée comme l'ADN et le fil rouge des DTS** et que lorsqu'ils sont associés et consultés par les acteurs des CPTS, les coordinateurs de DTS incarnent fortement ces questions. Les DTS portent le « sens du service » public dans les

espaces de réflexions impliquant des médecins libéraux et partenaires privés, qui leur reconnaissent aisément cette légitimité. Par ailleurs, l'enquête montre aussi que **l'expertise et le rôle de facilitation voire de médiation des coordinateurs de DTS sont aujourd'hui largement reconnus par les acteurs des CPTS**. Les coordinateurs de DTS sont perçus comme de réels atouts et points d'appui pour le déploiement des CPTS, au point que leur implication, notamment via l'appui à l'ingénierie, est identifiée comme un des facteurs décisifs qui vont influencer sur la phase d'amorçage d'un CPTS. **Quant aux coordinateurs de DTS, ils font le constat d'une**

meilleure interconnaissance entre professionnels suite à la mise en place d'une CPTS, favorisant l'exercice de tous et l'interdisciplinarité. De leur point de vue, les CPTS représentent également un facteur d'attractivité médicale, l'accès à des financements, une meilleure complémentarité entre les dispositifs, un outil de dialogue entre professionnels de santé et ARS ainsi que l'accès potentiel à des données. Des freins à la coordination des différentes dynamiques sont également identifiés et détaillés, mais l'enquête dégage, en guise de conclusion, quelques pistes pour les lever. (39)

Documents à consulter



(39) Enquête exploratoire. L'articulation entre les dynamiques territoriales de santé (CLS, CLSM et ASV) et les CPTS : enjeux et questionnements, Fabrique Territoires Santé, 2022-06-16, 16 p. [Consulter le document...](#)

Cette enquête exploratoire a été réalisée par Fabrique Territoires Santé entre novembre 2021 et mars 2022 suite à de nombreuses interpellations de la part de son réseau qui s'interrogeait quant à l'implication des collectivités territoriales (élus et professionnels) dans la mise en place des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et l'articulation avec des dynamiques déjà en place : Ateliers santé ville (ASV), Contrats locaux de santé (CLS), Conseils locaux de santé mentale (CLSM).

Pour répondre à ces interrogations, la note s'appuie sur les témoignages de coordinateurs de DTS et de CPTS qui ont partagés leurs expériences, questionnements et réflexions. Après un apport d'éléments de contexte sur l'émergence et le déploiement des DTS et des CPTS, le document fait part des principaux constats issus de l'enquête avant d'ouvrir la réflexion sous la forme d'une liste de questionnements puis de proposer des pistes pour lever les freins à l'articulation des dynamiques.



(40) LANGLOIS Géraldine, CPTS, CLS : bien différentes, ces démarches territoriales de santé peuvent s'articuler, Club Santé Social, 2022-03-01

[Consulter le document...](#)

En s'appuyant sur les propos de différents acteurs concernés (directeurs et présidents d'organismes publics et associatifs, coordinateurs de CLS...), ce court article s'attèle à montrer que si rien n'oblige les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) à travailler avec les dynamiques territoriales de santé (DTS) implantées dans les collectivités que sont les contrats locaux de santé (CLS), elles se conjuguent déjà étroitement dans certains territoires.



(41) MARTINACHE Igor, VEZINAT Nadège, La santé est-elle l'affaire des municipalités ? La vie des idées, 2022-02-15

[Consulter le document...](#)

Dans cet essai, les auteurs réfléchissent à la manière dont les municipalités peuvent se saisir des préoccupations sanitaires et à connaître quels sont leurs moyens pour agir sur les questions de santé. Ils cherchent notamment à savoir comment les structures d'exercice coordonné peuvent constituer l'instrument principal d'une politique de santé locale.



(42) Offre et accès aux soins primaires. Quels rôles des villes et intercommunalités ? Réseau français des villes santé de l'OMS, 2021, 101 p.

[Consulter le document...](#)

Réalisé avec le soutien de la Banque des territoires, cet ouvrage a pour objectif de rassembler les pratiques des Villes-Santé de l'OMS en faveur de l'amélioration de l'offre et de l'accès aux soins primaires. Celles-ci y témoignent de leurs retours d'expériences via des exemples d'actions et des conseils pratiques. En guise de conclusion, l'ouvrage ouvre des perspectives et apporte des recommandations à divers acteurs.



(43) Accès aux soins : Le guide pratique pour les élus, Ministère des solidarités et de la santé, Ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales, 2019-11, 93 p.

[Consulter le document...](#)

Destiné aux élus locaux, ce guide propose un tour d’horizon complet et accessible des outils disponibles pour renforcer l’accès aux soins avec des points de repères pratiques, des conseils juridiques et des exemples concrets. Il aborde dans une première partie les enjeux de la réussite d'un accompagnement territorial de projet relatif à l'accès aux soins, puis il présente dans une seconde partie les différents leviers de l'amélioration de l'accès aux soins dans les territoires. [Résumé Bib-Bop]

4. SITES-RESSOURCE NATIONAUX ET REGIONAUX



Atlas des CPTS, ministère de la Santé et de la prévention, 2022-01

[Consulter l'atlas...](#)



Agence Régionale de Santé (ARS) Occitanie

[Consulter le site...](#)



Base bibliographique et base d'outils pédagogiques (BIB-BOP)

[Consulter la base de données...](#)



Centre national de ressources et d'appui aux Conseils Locaux de Santé Mentale

[Consulter le site...](#)



Elus, santé publique & territoires

[Consulter le site...](#)



Fabrique Territoires Santé

[Consulter le site...](#)



Le Guichet CPTS Occitanie – URPS Occitanie

[Consulter le site...](#)



Ministère de la santé et de la prévention – Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées

[Consulter le site...](#)



Oscars santé

[Consulter la base de données...](#)



Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé (PAPS) Occitanie

[Consulter le site...](#)



Réseau français des Villes-Santé de l'OMS

[Consulter le site...](#)



Union Nationale des Professionnels de Santé (UNPS)

[Consulter le site...](#)



Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Médecins libéraux Occitanie

[Consulter le site...](#)

5. ANNEXE : GLOSSAIRE ET DEFINITIONS

- Accord conventionnel interprofessionnel (ACI)

Approuvé par les arrêtés du 24 juillet 2017¹⁷ et du 21 août 2019¹⁸, et mis à jour en 2022¹⁹, l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) encadre le financement des Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et/ou des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) en fonction de critères socles et optionnels déterminés. L'ACI est un contrat tripartite d'une durée de 5 ans, signé par la structure ou le dispositif, sa CPAM de rattachement et l'Agence Régionale de Santé (ARS) dont elle dépend.²⁰

- Agence Régionale de Santé (ARS)

Créées par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) du 21 juillet 2009²¹, Les agences régionales de santé (ARS) sont chargées du pilotage régional du système de santé. Ce sont des établissements publics de l'Etat à caractère administratif (EPA) sous tutelle ministérielle directe mais disposant d'une part d'autonomie²². Elles définissent et mettent en œuvre la politique de santé en région, au plus près des besoins de la population.²³

- Atelier santé ville (ASV)

Mis en place par le Comité interministériel des villes en 1999²⁴, les Ateliers santé ville (ASV) visent à promouvoir le développement de programmes locaux de santé, en cohérence avec la démarche stratégique utilisée pour les programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS).²⁵ L'ASV a pour vocation de participer à l'amélioration de l'état de santé des populations et en particulier des habitants des quartiers les plus défavorisés, et vise à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). La démarche est basée sur trois piliers : une approche globale de la santé à partir des déterminants de santé ; une approche de proximité, au plus près des besoins des populations, et basée sur la participation citoyenne ; une démarche de coordination des acteurs et des actions de santé sur les quartiers.²⁶

¹⁷ Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles [Consulter...](#)

¹⁸ Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019 [Consulter...](#)

¹⁹ Avis relatif à l'avenant 2 à l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des Communautés professionnelles territoriales de santé, signé le 20 décembre 2021 [Consulter...](#)

²⁰ L'ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel, FémasIF, s.d. [Consulter...](#)

+ Ce que prévoit l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du déploiement des CPTS, L'Assurance Maladie, 2022-03-31 [Consulter...](#)

²¹ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Consulter...](#)

²² Quel est le rôle des ARS dans la régulation du système de soins ? Vie publique, 2021-11 [Consulter...](#)

²³ Qu'est-ce qu'une agence régionale de santé, ARS, 2019-05-07 [Consulter...](#)

²⁴ Circulaire DIV/DPT-IEDE n° 2000-213 du 18 avril 2000 relative à la mise en place par appel à projets d'équipes emploi-insertion dans certains quartiers prioritaires de la politique de la ville conformément aux décisions du comité interministériel des villes du 14 décembre 1999 [Consulter...](#)

²⁵ Circulaire DGS/SP 2 n° 2000-324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire [Consulter...](#)

²⁶ Présentation des Ateliers santé ville, Fabrique Territoires Santé, s.d. [Consulter...](#)

- Centres de santé (CdS)

Les centres de santé sont des structures de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent, le cas échéant, une prise en charge pluriprofessionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux.²⁷

- Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)

Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé (PRS), des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). La CPTS est composée de professionnels de santé regroupés sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou deuxième recours et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du PRS.²⁸ Elle est encadrée par un accord conventionnel interprofessionnel (ACI). Les quatre missions prioritaires d'une CPTS sont de faciliter l'accès aux soins des patients ; l'organisation des parcours des patients ; la prévention²⁹ et, depuis la crise de la Covid-19, la participation à la réponse aux crises sanitaires.³⁰

- Conseils locaux de santé mentale (CLSM)

Un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) est un espace de concertation et de coordination entre les élus, la psychiatrie, les représentants des usagers, les aidants et l'ensemble des professionnels du territoire. Il a pour objectif de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées. Le CLSM permet une approche locale et participative concernant la prévention et le parcours de soins, il associe les acteurs sanitaires et sociaux et toute personne intéressée du territoire et définit des objectifs stratégiques et opérationnels.³¹

- Contrat local de santé (CLS)

Les Contrats locaux de santé (CLS) ont été mis en place par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) du 21 juillet 2009³² et renforcés par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016³³. La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé (CLS) conclus par l'agence régionale de santé (ARS), notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social³⁴. Le CLS est un outil porté conjointement par l'ARS et une collectivité territoriale pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Il est l'expression des dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires sur le terrain pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations.³⁵

²⁷ Ordonnance n°2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé [Consulter...](#)

²⁸ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Consulter...](#)

²⁹ Communautés professionnelles territoriales de santé : décryptage de l'accord signé et des 2 avenants, L'Assurance Maladie, 2022-03-30 [Consulter...](#)

³⁰ Ordonnance n° 2021-584 du 12 mai 2021 relative aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux maisons de santé [Consulter...](#)

³¹ Qu'est-ce qu'un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) ? Centre national de ressources et d'appui aux Conseils Locaux de Santé Mentale, s.d. [Consulter...](#)

³² LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Consulter...](#)

³³ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Consulter...](#)

³⁴ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Consulter...](#)

³⁵ Les contrats locaux de santé, ARS, 2022-04-21 [Consulter...](#)

- Démocratie sanitaire

La démocratie sanitaire vise à associer l'ensemble des acteurs de santé pour élaborer et mettre en œuvre la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation. Elle prend la forme d'instances de concertation dans lesquelles l'ensemble des acteurs du champ de la santé sont représentés. Elle implique une participation active des usagers à l'élaboration de politiques de santé ainsi qu'à l'élaboration d'un système de santé de meilleure qualité.³⁶

Dispositif d'Appui Coordonné (DAC)

Le dispositif d'appui à la coordination (DAC) des parcours de santé complexes assure, dans le cadre de ses activités d'intérêt général, un service polyvalent à tout professionnel qui le sollicite, pour la réalisation des missions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 6327-2, à savoir : Assurer la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels qui comprend l'accueil, l'analyse de la situation de la personne, l'orientation et la mise en relation, l'accès aux ressources spécialisées, le suivi et l'accompagnement renforcé des situation, ainsi que la planification des prises en charge ; Contribuer avec d'autres acteurs et de façon coordonnée à la réponse aux besoins des personnes et de leurs aidants en matière d'accueil, de repérage des situations à risque, d'information, de conseils, d'orientation, de mise en relation et d'accompagnement. Ce afin d'offrir à la personne prise en charge une réponse globale et coordonnée quels que soient son âge, sa pathologie, son handicap ou sa situation. Ces missions sont réalisées en concertation avec le médecin traitant. Le DAC participe à la coordination territoriale des acteurs, notamment par l'analyse des besoins et la structuration du parcours de santé complexe, par l'appui aux pratiques interprofessionnelles et par le soutien aux initiatives des professionnels.³⁷ Les Plateformes territoriales d'appui à la coordination (PTA), mises en place par les agences régionales de santé (ARS) sont des DAC.

- Dynamiques territoriales de santé (DTS)

Le terme de dynamiques territoriales de santé (DTS) fait ici référence aux trois dynamiques que sont les Ateliers santé ville (ASV), les Contrats locaux de santé (CLS) et les Conseils locaux de santé mentale (CLSM).³⁸

- Equipe de soins primaires (ESP)

Une équipe de soins primaires (EPS) est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé (CdS) ou d'une maison de santé (MSP). L'ESP contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS).³⁹

- Equipe de soins spécialisés (ESS)

Une équipe de soins spécialisés est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins spécialistes d'une ou plusieurs spécialités hors médecine générale, choisissant d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire, dont les équipes de soins primaires (ESP), sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent entre eux.⁴⁰

³⁶ **Démocratie sanitaire : définition et enjeux**, ARS Ile-de-France, 2022-05-04 [Consulter...](#)

³⁷ **Décret n°2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux** [Consulter...](#)

³⁸ **L'articulation entre les dynamiques territoriales de santé (CLS, CLSM et ASV) et les CPTS : enjeux et questionnements. Enquête exploratoire**, Fabrique Territoires Santé, 2022-06, 16 p. [Consulter...](#)

³⁹ **LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1)** [Consulter...](#)

⁴⁰ **Article L1411-11-1 du Code de la santé publique**, version en vigueur depuis le 27 juillet 2019 [Consulter...](#)

- Exercice coordonné

L'exercice coordonné est un cadre formel, une structure ou une organisation qui regroupe physiquement ou pas des acteurs de la santé pour se coordonner entre eux en vue de répondre aux besoins de santé de tous et de prendre en charge les patients nécessitant l'intervention conjointe ou successive de plusieurs acteurs du soin ou du social.⁴¹ Cette formalisation permet également d'offrir un cadre attractif d'exercice pour les professionnels de santé, notamment dans les territoires caractérisés par une démographie médicale insuffisante, tout en favorisant une meilleure accessibilité aux soins pour les patients.⁴²

- Inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS)

À la différence des inégalités de santé, qui incluent tout type de différences de l'état de santé entre groupes ou individus (facteurs génétiques, facteurs physiologiques...), les inégalités sociales de santé (ISS) sont exclusivement liées à des facteurs sociétaux extérieurs aux individus. Elles sont de ce fait considérées comme inévitables et injustes. Plus généralement, les ISS touchent des groupes sociaux, hiérarchisés selon des critères relevant du niveau de richesse, des occupations manuelle ou intellectuelle, du niveau d'éducation, de la culture, de la langue, du sexe, de l'orientation sexuelle, de la couleur de peau ou de la religion.⁴³ Les inégalités territoriales de santé, quant à elles, sont le reflet des disparités socioéconomiques des territoires, mais également des disparités dans l'offre et l'accessibilité locale de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux.⁴⁴

- Maison de santé pluriprofessionnelles (MSP)

Introduites dans le code de la santé publique en 2007⁴⁵, Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sont des structures pluri professionnelles dotées de la personnalité morale et constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Elles ont été introduites dans le code de la santé publique en 2007 pour ouvrir aux professionnels libéraux un mode d'exercice collectif. Les MSP sont des organisations d'exercice coordonné.⁴⁶

- Plateformes territoriales d'appui (PTA)

La loi de modernisation de notre système de santé⁴⁷ prévoit la mise en place de fonctions d'appui pour la coordination des parcours de santé complexes qui visent à apporter une réponse aux professionnels, et en particulier aux médecins traitants, dans la prise en charge des situations complexes, sans distinction d'âge ni de pathologie. Pour organiser ces fonctions d'appui sur les territoires, les agences régionales de santé (ARS) peuvent mettre en place des plateformes territoriales d'appui (PTA). Cet appui passe par trois types de services : information et orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leurs territoires ; appui à l'organisation des parcours complexes ; soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination.⁴⁸

⁴¹ **Qu'est-ce que l'exercice coordonné** In *Guide de l'exercice coordonné*, URPS ML Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2021-01, p.1 [Consulter...](#)

⁴² **L'exercice coordonné. Un cadre attractif pour les professionnels**, Ministère de la santé et de la prévention, Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, 2022-03-02 [Consulter...](#)

⁴³ LAMBERT Hélène, AUJOULAT Isabelle, DELESCLUSE Timothée (et al.), Agir pour la réduction des inégalités sociales de santé, In *Onze fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*, UCL-RESO, FNES, Promotion Santé Normandie, 2021-12, pp. 17-20 [Consulter...](#)

⁴⁴ **Les inégalités sociales et territoriales de santé. Dossier thématique**, Santé publique France, 2021-05-21 [Consulter...](#)

⁴⁵ **LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008** [Consulter...](#)

⁴⁶ **Les maisons de santé**, Ministère de la santé et de la prévention, Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, 2022-03-03 [Consulter...](#)

⁴⁷ **LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1)** [Consulter...](#)

⁴⁸ **Plateformes territoriales d'appui – PTA. Un soutien pour les professionnels dans l'organisation des parcours de santé complexes**, Ministère de la santé et de la prévention, Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, 2021-02-16 [Consulter...](#)

- Projet Régional de Santé (PRS)

Le projet régional de santé (PRS) s'inscrit dans une logique de planification et de programmation des moyens. Principal instrument de pilotage régional des politiques de santé, le PRS définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs de l'Agence régionale de santé (ARS) sur cinq ans, ainsi que les mesures pour les atteindre.⁴⁹

- Promotion de la santé (PS)

La promotion de la santé (PS) recouvre des pratiques spécialisées de santé publique visant le renforcement du pouvoir d'agir des personnes et des groupes sur leurs conditions de vie et de santé, à l'aide de stratégies d'interventions telles que l'éducation pour la santé, l'organisation communautaire, l'action sur les environnements, le plaidoyer politique, et la réorientation du secteur du soin. Plutôt que de se focaliser sur le changement des comportements individuels, la promotion de la santé s'attache à agir sur les déterminants qui impactent le plus fortement la santé des populations. Ces déterminants se situent au niveau des milieux de vie et de travail, des systèmes sociaux, éducatifs et sanitaires, ainsi que du contexte politique, économique et culturel dans lequel évolue la population. Se référant à la Charte d'Ottawa établie en 1986 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁵⁰, la promotion de la santé s'appuie sur des valeurs de solidarité et de justice sociale ; en accord avec ces valeurs, elle mobilise des principes d'intervention centrés sur la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS), sur la prise en compte des environnements et conditions de vie, sur des approches intersectorielles et pluridisciplinaires, et sur la participation des personnes et des groupes à des fins d'empowerment (pouvoir d'agir/autonomisation) en matière de santé.⁵¹

- Quartiers prioritaires de la ville (QPV)

Définis par la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine du 12 février 2014⁵², Les quartiers prioritaires de la ville sont des territoires d'intervention du ministère de la Ville. Ils ont été identifiés selon un critère unique, celui du revenu par habitant.⁵³

- Soins de premier recours

L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité, et sont organisés par l'Agence régionale de santé (ARS) conformément au schéma régional de santé. Ils comprennent : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ; l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; l'éducation pour la santé. Les professionnels de santé, dont les médecins traitants, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopération organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.⁵⁴

⁴⁹ **Le projet régional de santé 2018-2022**, ARS, 2018-10-30 [Consulter...](#)

⁵⁰ **Charte d'Ottawa**, 1986, 6 p. [Consulter...](#)

⁵¹ FERRON Christine, **Agir en promotion de la santé**, In *Onze fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*, UCL-RESO, FNES, Promotion Santé Normandie, 2021-12, pp. 6-10 [Consulter...](#)

⁵² **LOI n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine (1)** [Consulter...](#)

⁵³ **Quartiers prioritaires de la politique de la ville**, Insee, 2022-05-19 [Consulter...](#)

⁵⁴ **Article L1411-11 du Code de la santé publique**, version en vigueur depuis le 27 juillet 2019 [Consulter...](#)

- Soins de second recours

Les soins de second recours sont les soins qui ne peuvent être pris en charge par les médecins généralistes en raison de leur complexité : ils sont alors pris en charge par les médecins spécialistes. On distingue généralement un troisième niveau de soins qui se caractérise par la nécessité du recours à un plateau technique important ou à une médecine de pointe : il s'agit là de soins hospitaliers.⁵⁵ Les soins de second recours, non couverts par l'offre de premier recours, sont organisés dans les mêmes conditions que celles prévues au premier alinéa de l'article L. 1411-11 : ils sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité, et sont organisés par l'Agence régionale de santé (ARS) conformément au schéma régional de santé.⁵⁶

- Union Régionale des Professions de Santé (URPS)

Les Unions Régionales des Professions de Santé (URPS) représentent l'ensemble des professionnels exerçant à titre libéral au sein de leur région, et sont l'interlocuteur privilégié de l'Agence régionale de santé (ARS). Elles contribuent à l'organisation de l'offre de santé régionale.⁵⁷

⁵⁵ **Projet de loi de finances pour 2012 : Santé**, Sénat, 2011 [Consulter...](#)

⁵⁶ **Article L1411-12 du Code de la santé publique**, version en vigueur depuis le 28 janvier 2016 [Consulter...](#)

⁵⁷ **Présentation**, URPS (Médecins libéraux Occitanie), s.d. [Consulter...](#)