

Présents

Albi Gilbert Hangard, **Angers** Gérard Boussin et Léa Potin, **Brest** Sabine Kerros et Esther Nohé, **Châteauroux** Tiphaine Delétang, **Grenoble** Pierre-André Juven, **Guyancourt** Annabel Gilliet et Dominique Salone, **Lille** Carole Malaquin, **Metz** Coralie Lemoine-Falgas, **Nice** Annick Martin et Emmanuelle Soummer, **Nîmes** Catherine Vigoureux, **CA Paris-Vallée de la Marne** Ilhame Kadi, **Poitiers (CCAS)** Juliette Tanty, **Rennes** Rose Fonteneau, **Rouen** Sophie Carpentier, **Saint-Brieuc** Marie-Laure Dumont, **Saint Etienne-du-Rouvray** Chloé Stephan, **Schoelcher (Fort-de-France)** Audrey Jean-Jacques, **Valence** Nadia Aftisse, **Villeurbanne** Pascale Colom.

Equipe RfVS Nina Lemaire et Maude Luherne.

Les personnes inscrites [via le framaform](#) recevront les CR de toutes les réunions du GT par email.

Une [Page dédiée au GT](#) a été créé dans l'espace réservé du site du réseau (nom d'utilisateur et mot de passe : villesante)

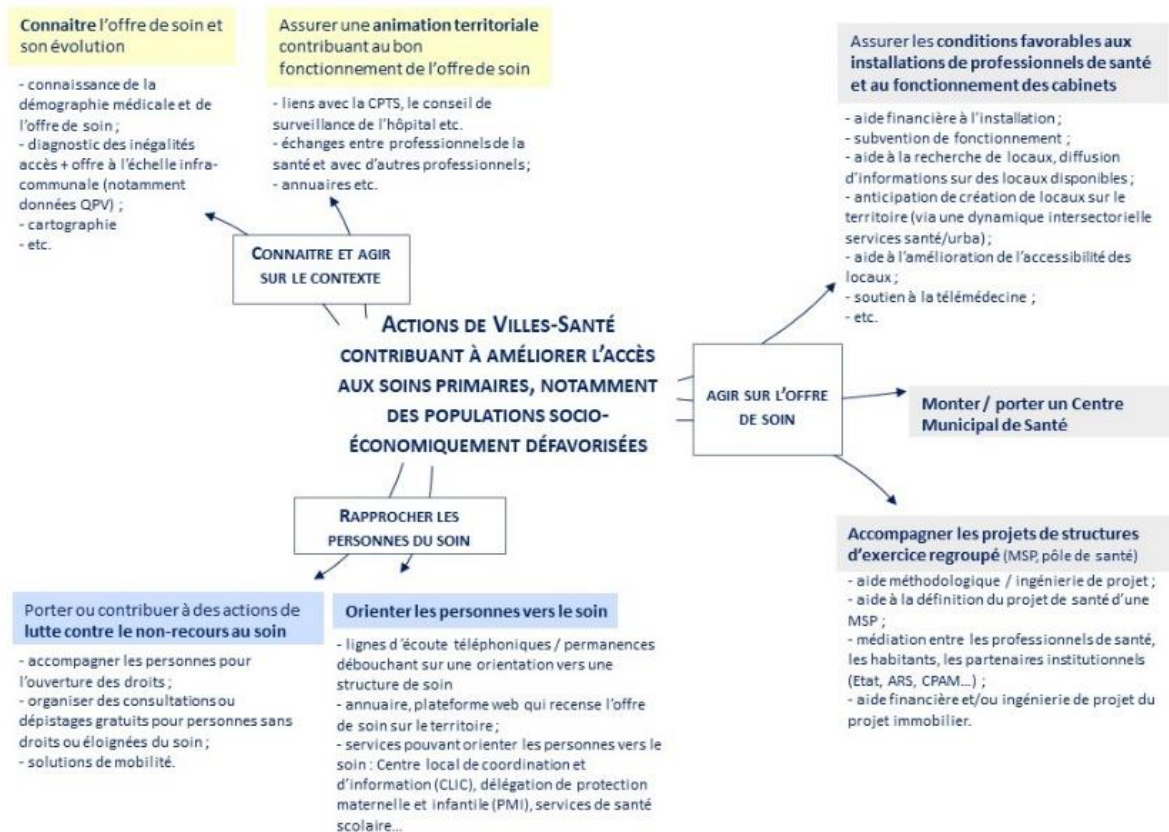
Introduction du GT (Nina Lemaire, RfVS)

[Cf. support de présentation](#)

Le GT fait partie d'un projet visant à produire des fiches méthodologiques sur les rôles et actions des Villes et EPCI sur l'offre et l'accès aux soins primaires, mené par le réseau dans le cadre d'une convention avec la Banque des territoires.

Etapes réalisées de ce projet (septembre 2020 – février 2021) :

- Analyse et catégorisation des actions de Villes-Santé déjà connues par le secrétariat (travaux 2013-2015 ; ville-à-ville) pour identifier le panel d'actions à intégrer au livrable



RfVS, document de travail 07/12/2020

- Travail avec quelques membres du CA : méthodologie, préfiguration du livrable etc.
- [Nouvelle enquête / recueil d'action](#) lancée en décembre-février
- Mise en forme d'un [recueil d'action provisoire](#)

- Lancement du GT

Poursuite du projet (mars-juillet 2021) :

- Réunions du GT :
 - Echanges entre les membres (actions réalisées et projets à venir), au-delà des fiches méthodologiques.
 - Les discussions nourriront le livrable (rédaction par le secrétariat)
 - Emettre des recommandations et revendications
- En parallèle des réunions du GT :
 - Le secrétariat approfondit certaines actions (entretiens tel/visio) et rédige des versions de travail des fiches, en y incluant vos actions et les réflexions issues du GT.
 - Les participants au GT peuvent :
 - rajouter / mettre à jour une action dans le [recueil d'actions](#) (utiliser le [formulaire d'enquête](#))
 - s'impliquer dans la production du livrable : idées d'éléments à ajouter, références, relecture des fiches et éventuellement les retravailler.

Pierre-André Juven (Grenoble) : Est-il possible pour le réseau de réaliser un panorama un peu plus large pour penser un peu mieux les situations locales ?

- Synthèse des enjeux sur la démographie médicale au niveau national et enjeux de recrutement des professionnels de santé
- Comment penser les inégalités territoriales ? par ex. Grenoble a un CHU qui lui donne des ressources supplémentaires. Avantages, difficultés des uns et des autres
- Synthèse sur l'efficacité ou non des aides financières à l'installation.

Pascale Colom (Villeurbanne) : partage cette demande pour étoffer le livrable, en particulier sur les résultats des aides financières : savoir ce qui marche et ce qui ne marche pas, intégrer des éléments d'analyse nationaux et de retours d'études.

> Ces éléments seront intégrés au livrable.

> Tout envoi de documents et références bibliographiques au secrétariat sera fortement appréciée (nina.lemaire@villes-sante.com)

Retour d'expérience de Villeurbanne (Pascale Colom, Villeurbanne)

[Cf. support de présentation](#)

Les thématiques qui seront abordées dans le GT sont couvertes par ce retour d'expérience de Villeurbanne. L'accès aux soins avait été une priorité du mandat de l'élue précédente. Ce sujet est inscrit dans le CLS 2 et le sera dans le CLS 3.

Contexte :

- ville urbanisée, 145 000 habitants en 2010 avec une densité de population très importante.
- une évolution démographique très forte.
- Population CMU et RSA plus importante que le reste du Rhône

Contexte « santé » en 2014 : démographie médicale en berne et contexte social défavorable

- Population jeune mais avec des maladies chroniques (diabète, cancer, consommation de psychotropes et d'antihistaminiques) dans un contexte pollué (qualité de l'air dégradé) et d'une ville traversée par le périphérique.
- Départ en retraite de médecins généralistes non remplacés, qui de plus travaillaient énormément et nécessiteraient deux nouveaux médecins pour assurer la même patientèle
- Certaines zones : faible densité médicale alors que les patients sont présents et sollicitent le maire : ils n'ont pas de médecin généraliste, pas de médecin référent. Les nouveaux arrivants le signifient très clairement.
- Personnes âgées et personnes handicapées avec des dossiers lourds : lorsque le médecin généraliste part en retraite, les nouveaux médecins n'acceptent pas de reprendre ces dossiers
- Problématique du stationnement (payant) pour les visites à domicile : des médecins généralistes avaient écrit à leurs patients pour indiquer qu'ils arrêtent les visites à domicile

- Maison pluridisciplinaire en montage mais difficultés
- Données 2015 : presque un désert médical, grosse différence par rapport à la région ; forte proportion de professionnels de santé > 50 ans,

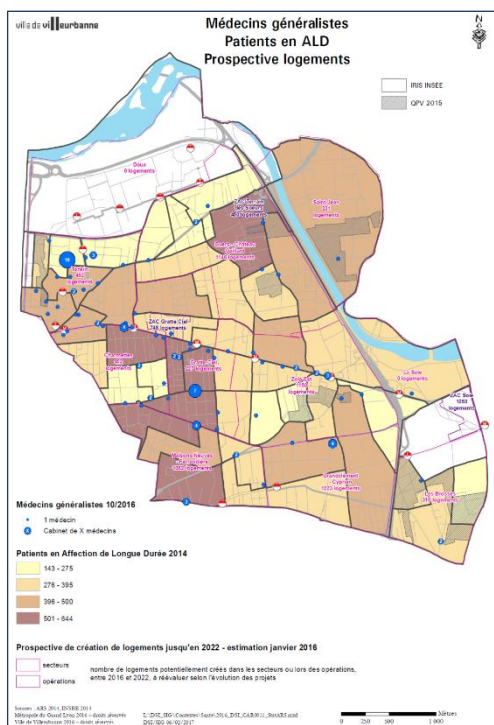
Leviers :

- **Volonté politique** importante (l'accès au soin est une priorité du mandat 2014-2020)
- **L'accès au soin est un axe du CLS 2017-2020** avec un objectif de lutte contre les ISS qui implique une offre médicale de proximité.
 - Lors de l'élaboration du CLS, l'appui sur un stagiaire en santé publique (qui était pharmacien) et sur les collègues a permis d'aller plus loin et de **s'appuyer sur les données épidémiologiques sur chaque thématique**, qui sont incluses dans les fiches.
 - Dans chaque fiche du CLS sont précisées **les actions existantes, les nouvelles actions du CLS, les actions en perspective pour les années suivantes** (après les 3 ans du CLS) -> ces perspectives permettent de parfois dépasser les actions prévues et de partager un horizon commun avec les signataires du CLS.

FICHE THEMATIQUE 1 : ACCES AUX SOINS ET OFFRE DE SOINS DE PREMIERS RECOURS		
<p>Contexte - Villeurbanne connaît un fort dynamisme démographique qui tend à s'amplifier les prochaines années du fait de la programmation de nouvelles constructions. On assiste dans le même temps au déclin de la densité médicale avec une offre de soins de premiers recours inégalement répartie sur le territoire. L'implantation des médecins généralistes se concentre principalement sur les grands axes et peu dans les Quartiers Politiques de la Ville (QPV). C'est pourtant dans ces quartiers que les habitants rencontrent le plus de problèmes de santé et sur lesquels il y a de grandes perspectives de logements. L'accès aux soins pour tous suppose une répartition et une organisation de l'offre de soins adaptée pour résorber les inégalités de santé. C'est dans ce contexte que la Ville de Villeurbanne souhaite anticiper la tension liée à la diminution de la densité médicale, améliorer l'accessibilité aux soins de premiers recours, promouvoir la création de structures attractives pour des professionnels de santé désireux de s'installer sur le territoire et renforcer via le tissu associatif, les orientations vers les soins de premiers recours.</p>		
<p>ACTIONS EXISTANTES A RENFORCER</p>	<p>NOUVELLES ACTIONS</p> <p><i>CONCEVOIR</i> Une communication partenariale (ARS, Ordre, Ville) pour inciter l'implantation des médecins dans les zones sous-denses</p> <p><i>ETUDIER</i> L'opportunité de créer une maison médicale de garde</p> <p><i>FAVORISER</i> L'émergence d'une thématique facilitant la co-construction d'un parcours de soin avec l'ensemble des acteurs ville-hôpital</p> <p>ACTIONS EN PERSPECTIVE</p> <p><i>ETUDIER</i> L'opportunité de créer un « centre de santé » ou une forme d'exercice regroupée innovante</p>	<p>Données épidémiologiques -</p> <ul style="list-style-type: none"> • Densité en médecins généralistes libéraux à Villeurbanne (variation 2007-2016 : -4,5%) : 71 pour 100 000 habitants versus 96,1 en région Rhône Alpes. • Part des professionnels en exercice > à 55 ans : 55% à Villeurbanne versus 51% en Rhône-Alpes. • % d'assurés AME/total assurés CPAM : 0.78 à Villeurbanne versus 0.44 dans le Rhône. • % de bénéficiaires CMU (base et/ou complémentaire)/total bénéficiaires CPAM : 9.69 à Villeurbanne versus 6.48 dans le Rhône. • % d'assurés RSA/total assurés CPAM : 3.15 à Villeurbanne versus 1.86 dans le Rhône. <p><i>Données 2015 ARS-CPAM source Baïsses Rhône Alpes</i> <i>Données CDOM 2016</i></p> <p>Dynamiques existantes - Leviers d'action -</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présence du Médipôle (nov. 2018) • Dynamique de partenariat avec les médecins généralistes • Mobilisation du Conseil de l'Ordre des médecins • Projet de création d'une MSP universitaire • Présence sur le territoire de médecins généralistes, professeurs de médecine générale • Offre associative d'évaluation et d'orientation : médecins du monde, forum réfugiés, planning familial...
<p>POUR SUIVRE ET STRUCTURER L'identification et le repérage de lieux pour l'implantation de nouveaux cabinets, en lien avec la DDEI et la DU de la Ville de Villeurbanne</p>		

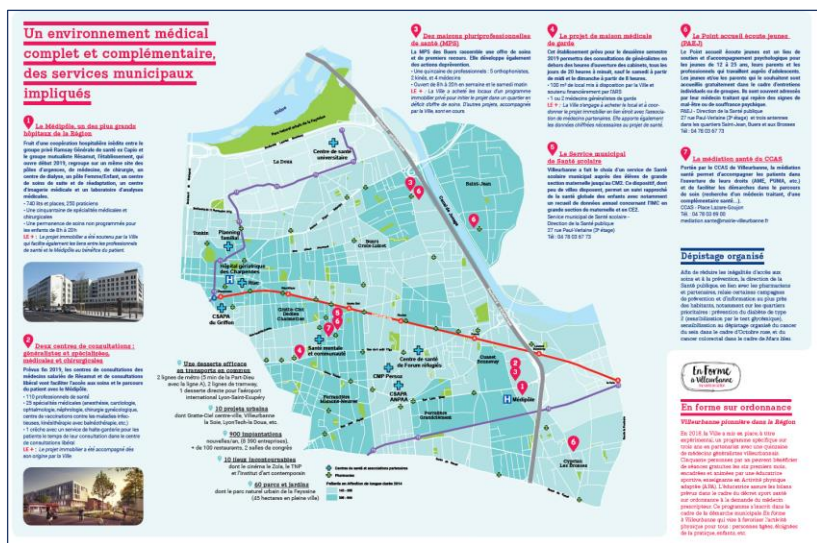
- Chance d'avoir un projet de rapprochement entre le privé et l'associatif : pôle hospitalier de 700 lits, gros pôle pour la région avec une approche privée et associative (2019)
- Elue investie sur d'autres projets, notamment relevant de l'Economie Sociale et Solidaire (adjointe à la santé à l'ESS) et qui est allée à la rencontre de porteurs de projets innovants dans ce secteur. Dynamique qui a beaucoup inspiré et permis de sortir des problématiques classiques de santé.
- 2 thèses de médecine générale accompagnée (sur le sport sur ordonnance et sur le non-recours aux soins). Elle sont permis un lien avec la partie de l'université dédiée à la médecine générale
- Intégration d'une interne de santé publique dans la Direction Santé Publique (-> lien avec la partie de l'université dédiée à la médecine de santé publique)
- Compétences présentes et regroupées au sein de la Direction Santé Publique de la Ville : médecine scolaire, SCHS, etc. donnent une vision précise et globale sur les déterminants de la santé dans la ville, plus large que l'accès aux soins (habitat par ex.). Elles permettent d'avoir un poids pour défendre et argumenter les projets et la vision large de la santé [y compris dans le CLS].

Exemples d'outils développés : La carte de Villeurbanne : où sont les patients ? où sont les malades ?



- Localisation des médecins généralistes dans le territoire : constat que les médecins s'installent le long de l'axe central Est-Ouest de Villeurbanne (axe du métro) et à proximité de l'hôpital
- Représentation, par IRIS, du nombre de patients en ALD (gradient de jaune à marron = proportion moindre à proportion élevée de patients en ALD)
- Projection (en rose) des grosses opérations de logement, où un nombre important de nouveaux habitants est à venir.
- -> Constat d'une enclave au Nord-Est : des patients jeunes nombreux en ALD et un seul médecin mais qui est parti.
- -> Les médecins généralistes ne sont pas toujours là où sont les malades.
- -> outil très utile, pas très compliqué à faire. Permet de conseiller les médecins qui arrivent et orienter les projets.

Plaquette destinée aux professionnels de santé « Professionnels de santé libéraux, bienvenue ! »



- Montre l'implantation des médecins, des pharmaciens, des pôles santé, la maison médicale de garde etc. et la proportion de patients en ALD. La présence d'un hôpital avec des médecins spécialistes est assurée pour les généralistes : ils savent qu'ils pourront adresser leurs patients.
- Décrit les services supports existants (médiation santé du CCAS, point accueil écoute jeunes, service municipal de santé scolaire etc.)

-> mettre en avant l'environnement médical quand on s'installe pour exercer à Villeurbanne, territoire dont le besoin de nouveaux professionnels de santé n'est pas très connu.

La plaquette a beaucoup servi. Elle a rencontré un franc succès auprès des pharmaciens et des médecins qui s'installaient. C'est un bon document pour expliquer où se trouvent les patients/malades.

Projets en 6 ans (2014-2020) :

- Importante concertation sur un projet de MSP qui a duré 8 ans, la ville a pris sa place
- Travail sur le stationnement dans le cadre des visites à domicile avec les médecins généralistes et les ordres : obtention d'1h30 de stationnement gratuit pour ces visites. Néanmoins la visite à domicile demeure freinée par la rémunération pour les médecins de ces visites face aux coûts et au temps nécessaires.
- Organisation du tour de garde en mairie
- Ouverture du Médipôle en 2019, mise en lien avec les médecins généralistes (besoins, liens avec un CH)
- Binôme efficace entre la Direction du développement économique et la Direction santé publique pour repérer des locaux pour les installations : une dizaine de cabinets ont été aidés pour s'installer. Néanmoins, sur une réflexion plus

globale, les collègues de l'urbanisme ne comprennent pas toujours l'intérêt de la DSP à travailler sur les installations de professionnels de santé.

- Concertation avec l'ARS sur la redéfinition des périmètres des Zones d'intervention prioritaire, des Zones d'Action Complémentaire (ZAC) et des Zones de vigilance (ZV) : jusqu'ici seuls les quartiers prioritaires de la ville (QPV) étaient réputés en densité plus faible. A partir de 2018, tout le territoire de Villeurbanne est passé en ZAC.
- Ouverture d'une maison médicale de garde : projet porté par la ville, sujet important car c'est un facteur favorable aux installations de professionnels de santé (savoir qu'après 19h il y a un relais)
- Accompagnement de 4 projets de MSP : la première va être universitaire (chef de clinique présent), projet aidé par les liens construits avec l'Université (notamment via les thèses de médecine).
- Centre de soins non programmés à Villeurbanne : repérage par des professionnels, se sont installés et peut bénéficier à d'autres communes
- Développement du Sport-santé sur ordonnance, (implication d'une vingtaine de médecins) qui fait partie des projets thématiques fédérateurs et qui ont des effets sur d'autres sujets / d'autres thématiques, dont les installations, d'où l'intérêt de travailler sur ce type de projet « plus petit » et connexe au soin.
- La gestion de la crise COVID s'est faite très en lien avec les médecins : centre de dépistage, centre de consultation (qui n'a finalement pas ouvert), centre de vaccination où les médecins généralistes interviennent
- La Ville invite les professionnels de santé à aller sur une CPTS. Néanmoins, c'est le même noyau dur de 15 médecins qui travaille sur tous ces projets, et qui peuvent donc difficilement s'engager dans un projet supplémentaire. La Ville pourrait contribuer à financer un coordinateur mais les professionnels de santé devraient tout de même y consacrer un certain temps, ce qui est difficile, d'autant que les dossiers à monter (pour l'ARS et la CPAM) sont très lourds.

Recommandations techniques et politiques :

- Connaître précisément son territoire (beaucoup d'éléments à disposition : cartosanté, CPAM met à disposition des indicateurs, site Balises en Région AURA etc.)
- Elue et techniciens :
 - Aller à la rencontre des professionnels de santé (tour de garde, RDV dans leurs cabinets), pharmaciens, cabinet infirmier, sages-femmes etc. qui apportent des éléments concrets
 - se faire connaître des ordres, de l'ARS, des URPS, des professionnels de santé, de la CPAM de l'université animer ce partenariat et faciliter les liens entre prof de santé et ces institutions. La présence de l'élu est importante lors de ces rencontres.
- Identifier leurs besoins et les actions possibles de la ville, bouger les lignes, innover, leur faciliter la tâche,
- Les locaux : identifier les besoins qui sont divers, le lien avec la direction de l'urbanisme est essentiel, orienter conseiller les investisseurs, les promoteurs (nombre de m2 total et par cabinet agencement). La DSP porte une expertise sur ce sujet, a appris à repérer un cahier des charges qui tient la route pour une MSP, anticiper les possibilités d'agrandissement.
- Aller chercher les expériences ailleurs qui correspondent aux besoins du territoire, par ex. bus dans territoires ruraux, mais aussi dans les QPV
- Coconstruire avec les professionnels de santé : MMG, sport sur ordonnance, gestion de la COVID 19.
- Trouver les modes de coopération possibles sur des projets fédérateurs (sport sur ordonnance, MMG, lien avec l'hôpital)
- Identifier les moyens d'échanger et de communiquer : conférences téléphoniques/visio entre 19 et 20h fonctionnent bien, plaquettes etc.
- Être réactif : le trinôme élu/technicien/DGA doit être opérationnel, permet d'aller plus vite et gagner en efficacité
- Elu :
- Rôle de l'élue : prendre en compte l'environnement, le connaître, le décrire, le mettre en avant, rendre compte des évolutions ; au fil de l'eau, créer un écosystème en reliant les projets entre eux, en portant une vision

Bilan en 2020 : chiffré, à voir dans le PPT

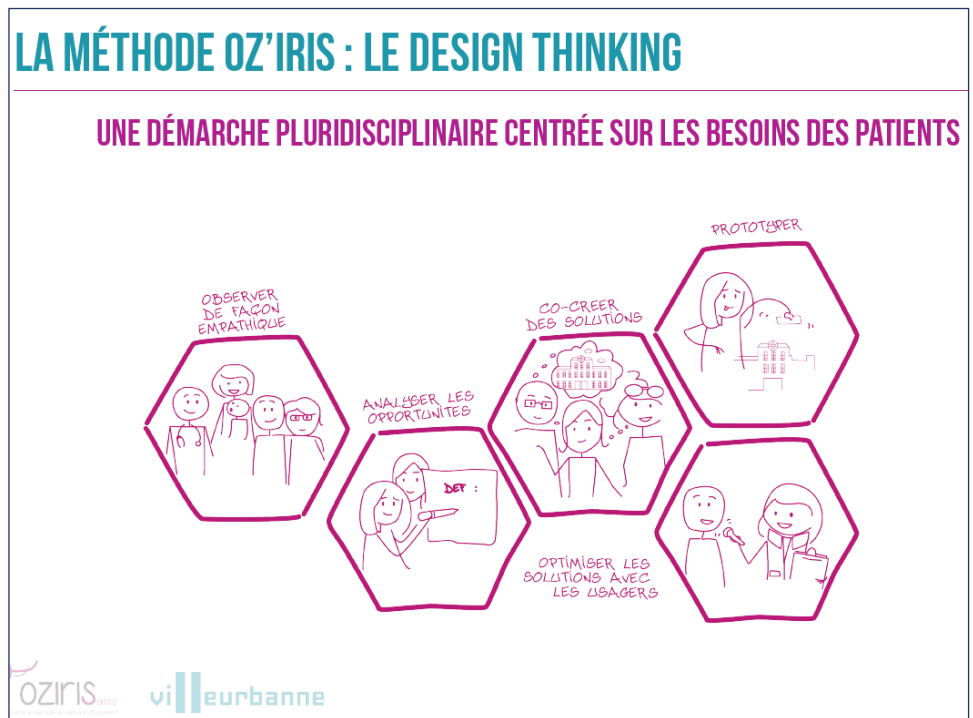
- Démographie médicale à 81 pour 100 000 h. On compense tout juste les départs en retraite
- ZAC à défendre auprès de l'ARS
- Des liens renforcés avec les habitants sur les sujets d'accès aux soins
- Crise du COVID gérée avec tous les professionnels de santé volontaires libéraux et hospitaliser : centre de dépistage, centre de consultations, centre de vaccination
- MMG avec 60 médecins adhérents sur 110
- 4 MSP dont 1 universitaire 2 projets en cours

- Projet d'installation de 2 généralistes
- Projet Centre de santé avec soins non programmés et petite chirurgie
- Projet centre de santé INWE'Care
- Projet d'un Bus santé pour faciliter l'accès aux soins
- A terme CPTS – lien ville Médipôle à renforcer ?

Projet de point santé dans un QPV financé par la Banque des territoires

Travail en cours avec un prestataire (Oziris) pour définir le cahier des charges du point santé (définir les soins au sens large, préciser les éléments d'architecture, préciser l'organisation de cet espace mutualisé). L'objectif est d'avoir une démarche et un cahier des charges transposables à d'autres quartiers. La démarche repose sur une concertation avec les professionnels et les habitants. L'étude est financée par la Banque des Territoires.

L'étude et le projet pourront être valorisé au sein du GT et du livrable du Réseau sur les soins primaires.



Echanges

Marie-Laure Dumont, Saint Briec : Par quels outils aviez-vous récupéré les données sur les besoins de la population ? Aviez-vous utilisé un questionnaire ?

Pierre-André Juven, Grenoble : comment les besoins en santé de la population sont-ils identifiés ?

Pascale Colom, Villeurbanne :

- Retours statistiques liés à de multiples projets
- Trois canaux de remontées qualitatives d'habitants et de professionnels : les demandes adressées au Maire, les médecins généralistes qui font état des besoins, les remontées des assistantes sociales et de la médiation santé dans les QPV.
- Remontées aussi via le dispositif « Territoire Zéro chômeurs » (repérage des besoins de personnes qui n'ont pas de travail pour cause de santé).
- Ces remontées ne sont pas exhaustives, mais sont valables car il s'agit déjà de plusieurs sources.

Gérard Boussin, Angers : quid des soins non programmés ? SOS médecins ?

Pascale Colom, Villeurbanne : SOS médecins est présent mais débordé. Au bout d'un mois d'installation, les nouveaux médecins sont déjà débordés.

Gérard Boussin, Angers : On a du mal à comprendre les freins à l'installation des médecins. Y compris les médecins installés ont du mal à les identifier :

- Collaborateurs : moins en moins de médecins, donc pas de collaborateurs. Certains professionnels ne veulent pas s'installer s'il n'y a pas de collaborateurs et on n'a pas le temps d'en trouver [avant que le professionnel ait refusé de s'installer]
- De nombreux jeunes médecins restent longtemps dans une situation de remplacements
- On a beau essayé d'inciter, les espaces disponibles ne correspondent pas aux attentes car il faut être en amont de l'installation pour que ça corresponde aux besoins. Or, le temps des projets de renouvellement urbain (5-6 ans) n'est

pas celui du professionnel de santé qui souhaite s'installer. De nombreuses villes ont construit des maisons de santé et n'ont pas réussi ensuite à y installer des professionnels.

- Malgré le fait qu'on ait une faculté de médecine et un CHU sur notre territoire, on manque aussi de médecins
- On va de plus en plus vers de la médecine salariée, mais même sous cette forme on a du mal à trouver des professionnels
- Aide financière à l'installation : quelle efficacité ?
- Représentations sur les revenus des médecins : on pense encore que les médecins ont beaucoup de revenus mais ils ont aussi des charges importantes -> frein supplémentaire.

-> **les jeunes médecins ne s'installent pas de manière traditionnelle. Comment travailler avec eux ?**

Sur les plaquettes / communication envers la population : **jusqu'où les villes ont-elles juridiquement le droit de faire de la publicité pour des professionnels ?**

Ilhame Kadi, CA Paris Vallée de la Marne : Des villes ont-elles fait appel à l'URPS (offre de faire une analyse) ?

Sophie Carpentier, Rouen : Nous les avons rencontrés, mais ils ont un problème de légitimité / de représentation (nouvelles élections actuellement). Pas de réalisation du diagnostic territorial de santé. Il serait intéressant d'interroger les internes qui commencent à s'installer, nous sommes une ville universitaire mais pas forcément un terrain de stage et d'installation qui suit. Les jeunes se forment et partent malgré les opportunités qui se présentent pour l'installation

Pascale Colom, Villeurbanne : Une enquête a été menée. **Ils ont tous des demandes différentes (salaire/libéral, achat/location, services famille/ou pas, s'installer mais repartir, service avec location du local (compta par ex.) avec un service (avec secrétariat par ex).** Leurs demandes changent très vite, parfois une personne change de projet 6 mois. **C'est difficile d'avoir un projet stable**, ils malmènent les promoteurs ! Parfois des médecins refusent in fine des projets qui étaient déjà bien engagés. C'est un problème rencontré sur une MSP récemment : il y avait un engagement, un travail engagé avec l'architecte, et les médecins ont finalement envoyé un courrier de renoncement au projet. **On doit être divers dans l'offre, pour répondre à une diversité de besoins.** On n'est plus sur un médecin qui s'installe sur 30 ans, la visibilité est de 5 ans, voire moins... certains veulent pouvoir se désengager très rapidement.

Sophie Carpentier, Rouen : La santé comme bien de consommation se retrouve aussi du côté des patients pour qui les professionnels de santé deviennent on est des prestataires de service. S'il n'est pas content, le patient change. Changement de mentalités, dans les attentes... cependant une part de la population reste très attachée à son médecin généraliste.

Pascale Colom, Villeurbanne :

- L'accès aux soins est une problématique à remonter au niveau national. L'Etat reste très ambivalent sur la médecine libérale.
- **Le montage des MSP et des CPTS sont très lourds** (ex. : dossier pour obtenir un coordonnateur CPTS), c'est de la folie d'en demander autant à des médecins libéraux, qui de plus ne sont pas formés pour ça -> **faire baisser le niveau d'attente des ARS sur ces dossiers**, avoir des cahiers des charges moins lourds et améliorer l'accompagnement.
- Sur les CPTS, les villes ne peuvent pas trop s'impliquer mais doivent garder une veille
- Assistants médicaux : réponse pertinente mais vision à améliorer sur leur rôle (vision pour le moment très classique du rôle des MG)
- On voit de nouveaux projets de centres de santé émerger, pensés différemment : des investisseurs prennent les affaires en main, pas les médecins.
- Difficulté à parfois amener les médecins à réfléchir autrement.

Sophie Carpentier, Rouen : (élue et médecin installée en libéral)

- L'approche des médecins dépend de leur génération : les professionnels >55 ans ont généralement un mode de fonctionnement très libéral, orienté vers sa propre patientèle, et dans une pratique individuelle. Ce n'est pas le mode de travail des nouveaux médecins, qui tendent vers l'exercice regroupé. Résultat d'un questionnaire de l'UNRL Normandie envers les jeunes internes :
 - **peur de s'installer seul et formatés à travailler en groupe**
 - **le temps médical n'est pas le même** (60-70h par semaine pour les professionnels plus âgés, ce n'est plus le cas maintenant)
- **Réduction du temps médical par rapport au temps passé au cabinet** : large part de temps consacré à l'administratif, le secrétariat, le courrier. On n'a plus les moyens d'avoir un secrétaire sur place, il est géré à distance, donc des tâches reviennent au médecin.
- Partage les propos sur la lourdeur des dossier MSP, CPTS etc. Ces dynamiques reposent sur un groupuscule de médecins, toujours les mêmes, on ne peut pas toujours leur demander car on les épuise, les aides qu'on peut leur

apporter sont minime. **On doit leur apporter une aide sur la logistique, sur le montage de projets**, sur lesquels les médecins ne sont pas formés.

- **Pools de médecins remplaçants qui n'ont pas de possibilité de travailler sur des postes** (par ex. en centre de vaccination) car ils n'ont pas de numéro AMELI, car ils n'ont pas de médecin référent. A Rouen, on va travailler sur le sujet. 70% des médecins qui prennent des gardes sont des médecins remplaçants. Ils ne peuvent pas travailler sans avoir un lien avec un médecin qui met un nom sur une liste. Pas de tiers payant car pas d'accès à la carte professionnelle. De fait, des patients ne vont pas à la maison médicale de garde mais vont aux urgences du CHU où il est possible de faire le tiers payant.
- **Problème de la tarification à l'acte** qui n'est plus adaptée à la médecine de ville.
- **Rôle des élus : aller à la rencontre**, entendre leurs demandes, leurs difficultés, est absolument nécessaire. Rouen va travailler en ce sens.

Pascale Colom, Villeurbanne : Le **pool de remplaçants a été évincé du volontariat** [pour la vaccination covid] car ils n'avaient pas de carte alors que leur présence aurait répondu à un besoin. En plusieurs mois, il n'y a pas eu d'évolution des ARS ou de la CPAM là-dessus. De fait, des médecins du travail ont été obligés d'annuler leurs consultations pour venir vacciner.

Marie-Laure Dumont, Saint-Brieuc : **Qu'en est-il de la corrélation entre les zones universitaires médicales et les installations des jeunes médecins ?** Y a-t-il sur ces territoires plus de facilité de trouver des médecins ?

Pascale Colom, Villeurbanne : Nous accueillons des médecins en formation pour médecine santé scolaire. L'accueil d'internes est récent, mais intéressants. Ils découvrent d'autres exercices de la santé. On fait connaître le territoire, je pense que cela aura des effets.

Annabel Gilliet, Guyancourt : Nous avons fait appel à l'URPS pour nous aider à concevoir un moyen d'attirer les médecins sur notre territoire et celui de l'Agglomération. Un projet de plaquette à destination des professionnels et notamment de ceux qui sortent des études (nous avons une fac de médecine sur le territoire) devait être envisagé mais le COVID a perturbé les échanges sur la question avec l'URPS.

Gerard Boussin, Angers : On essaye de faciliter l'installation, mais il y a une ambivalence : on est parfois accusés de concurrencer l'existant.

Ilhame Kadi, CA Paris Vallée de la Marne :

Problématique de désertification médicale sur le territoire. Les actions mises en place sont :

- Le développement de la communication en santé
- Service de développement économique qui suit les locaux disponibles (travail collaboratif)
- Accompagnement par l'URPS dans leur installation, les conseille... La Communauté d'Agglomération les appuie, les accompagne dans les démarches, dans la recherche de locaux.
- ARS/CPAM font des présentations auprès des étudiants (communication à développer). Elles aimeraient qu'une vidéo soit mise en place pour illustrer la présence médicale.
- Frein : un seul maître de stage sur le territoire. Une fois que les étudiants ont leur stage, ils ne veulent pas rester s'installer sur place, ils partent plutôt au centre de la région parisienne.
- Inwe'care s'installe aussi sur le territoire

Rose Fonteneau, Rennes : Inwe'care a également le souhait de développer un centre de santé à Rennes.

Pascale Colom, Villeurbanne :

- Intéressée par le projet **Inwe'care** pour voir ce qui aboutit concrètement du projet qui semble intéressant <https://www.inwecare.fr/>. Ils font partie des nouveaux acteurs, qui ont bien réfléchi leur projet, qui promettent des salaires démesurés par rapport libéraux qui s'installent (8000 euros sur 35h et temps de formation pour un médecin généraliste). Inwe'care va probablement s'aligner sur ces montants. Ils investissent, ils s'installent comme un centre de santé, avancent l'ensemble des frais, font avancer la structure -> santé prise par des investisseurs. **Actuellement la santé est un bien de consommation repéré par les investisseurs.** Ils repèrent les territoires et se basent sur des analyses épidémiologiques (ils disposent des mêmes données que les villes) -> Que sera cette médecine de demain ? Ils vont tester des choses nouvelles et innovantes, avec l'ambition de répondre à la pratique des professionnels médicaux.
- Infirmières en pratique avancée : quelles missions vont leur être attribuées à côté des médecins généralistes et des infirmières ? Rôle développé notamment en Suède. Villeurbanne était dans cette optique avec Capiro (groupe de santé). Le rôle des infirmières azalées est similaire à une infirmière de pratique avancée : impliquées dans les cabinets

médicaux, reçoivent les patients pour accompagner les patients en maladie chronique (suivi dépistage, accès infos...) en marge de la consultation. Par exemple, elles dont le lien avec le Sport Santé, en parallèle de la consultation médicale, elles permettent une approche plus globale. Elles aident à avancer sur la prise en charge avec projet de vie et santé. C'est une des perspectives pour des modes d'exercice différents.

Gérard Boussin, Angers : Est ce que les médecins de Inwe'care feront des visites à domicile ? Feront-ils des tours de garde ? Sinon les autres professionnels du territoire se retrouveront à assurer ce qu'Inwe'care ne veut pas faire / ce qui n'est pas rentable.

Ilhame Kadi, CA Paris Vallée de la Marne : ils ne ferment pas la porte sur ça.

Pascale Colom, Villeurbanne : La visite à domicile n'est aujourd'hui pas rentable car elle demande un temps plus long. La solution avancée est la téléconsultation, mais elle ne peut répondre à tous les cas de figure.

Sophie Carpentier, Rouen : **On peut faire le parallèle avec les centres privés dentaires : pas de qualité car le temps accordé ne correspond pas aux soins.** Si ces nouvelles structures rémunèrent 8000 euros le médecin et font tout de même un bénéficiaire, combien d'actes font-ils par jour ? **quelle est la qualité des soins ?** Vigilance à avoir sur ce point. Qui doit porter la question de la qualité des soins ? L'ordre ? la CPAM ?

D'autres investisseurs se concentrent sur les constructions. Je ne suis pas convaincue, il n'y a pas de projet de santé. On doit être vigilants, on reçoit quotidiennement des offres de promoteurs pour faire des maisons de santé

Ilhame Kadi, CA Paris Vallée de la Marne : des villes ont-elles réussi à remplir des locaux avec des professionnels (médicaux ou paramédicaux) ?

Gérard Boussin, Angers : Tout le monde n'arrive pas à trouver de professionnels. Un lieu de 450m2 doit ouvrir à Angers en 2021, aujourd'hui on ne trouve pas de médecin (les autres professions oui mais pas de MG). Un MG était dans le projet mais ne souhaite pas rester car seul et est donc parti, avant qu'un second professionnel arrive. La somme des projets individuels n'est pas toujours transformée en projet collectif.

La ville accompagne 3 MG vers une MSP en prenant en charge 200m2 pour faire de la promotion de la santé.

Nina Lemaire, RfVS : Combien d'ETP dédiés à ce sujet dans vos villes / EPCI ? Comment ce sujet est partagé entre la ville et l'agglomération ?

Gérard Boussin, Angers : Etant donné qu'il n'y a pas de compétence officielle, on prend ce qui reste : le développement économique, on travaille sur la santé au fil de l'eau. C'est une question inévitable dans les années qui viennent !

Ilhame Kadi, CA Paris Vallée de la Marne : Actuellement il n'y a pas de ressource dédiée mais c'est une question qui devient inévitable pour développer une présence médicale sur un territoire. Le sujet est actuellement porté par les **services santé et développement économique**. Il y a 1ETP pour l'intercommunalité, et dans les villes de l'interco 0 ; 0.5 ou 1 ETP. **Pour les villes de l'intercommunalité, le CLS va être le moyen pour travailler sur l'offre médicale.**

Pascale Colom, Villeurbanne : il est important d'y dédier du temps. Je suis ce dossier, mais ça demande du temps, **il faudrait au minimum 0,5ETP**. Ç serait intéressant d'avoir un coordinateur qui ferait le lien avec la CPTS (0,5 ETP) et travaillerait sur l'accès aux soins (0.5 ETP). Personne qui ferait la coordination, la mise à jour, le lien avec les nouveaux projets qui se montent etc. Le service urbanisme n'a pas encore bien compris les projets de santé/d'installation. Il faut avoir la capacité d'activer tous les leviers en même temps et de travailler avec l' élu. Profil pas seulement chargé de mission, il faut être capable de prendre en compte toutes les opportunités qui se présentent. Avec Lyon, nous avons défendu l'idée d'avoir un chargé de mission santé à la métropole mais ça n'a pas été retenu. Un portage à l'échelle métropolitaine pourrait avoir plus de poids. Le CLS a un rôle clef pour fédérer les institutions (ARS, CPAM) sur ces questions.

Sophie Carpentier, Rouen : pas de ressource actuellement dédiée mais **0,5 ETP sont prévus dans le nouveau CLS**. Nous demandons le recrutement d'1ETP sur la coordination santé de tous les projets de la ville (santé, santé-environnement, urbanisme...) pour faire le lien avec tous les services et ne pas travailler en silo. Nous avons aussi le recrutement d'un coordinateur Sport-Santé (sous doté pour le moment).