



# RÉALITÉS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN ACTIVITÉ DANS UNE ZONE SENSIBLE, REPRÉSENTATION DES FUTURS PRATICIENS ET EXERCICE COORDONNÉ

## Bibliographie

Anne Sizaret, Ireps Bourgogne-Franche-Comté  
Septembre 2023



# AU SOMMAIRE

<b>AU SOMMAIRE</b> .....	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>5</b>
<b>1 - DE QUOI PARLONS-NOUS ? DÉFINITIONS</b> .....	<b>6</b>
SANTÉ.....	6
SANTÉ PUBLIQUE .....	7
SANTÉ COMMUNAUTAIRE.....	7
PROMOTION DE LA SANTÉ .....	8
INÉGALITES SOCIALES DE SANTÉ .....	9
DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ .....	9
ACTION DE SANTÉ.....	10
PARTICIPATION .....	11
EMPOWERMENT.....	11
LITTÉRATIE .....	12
SOINS PRIMAIRES .....	13
EXERCICE COORDONNÉ PLURIPROFESSIONNEL.....	14
ÉQUIPE DE SOINS PRIMAIRES (ESP).....	15
MAISON DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLE (MSP) .....	15
COMMUNAUTÉ PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTÉ (CPTS) .....	16
ATELIERS SANTÉ VILLE .....	18
CONTRAT LOCAL DE SANTÉ .....	18
CONSEIL LOCAL DE SANTÉ MENTALE .....	19
<b>2 – ÉLÉMENTS CONTEXTUELS</b> .....	<b>20</b>
2.1 – L’organisation du système de santé .....	20
2.2 – Soins primaires et politiques publiques.....	21
<b>3 – DYNAMIQUES TERRITORIALES ET COORDINATION DES SOINS</b> .....	<b>26</b>
3.1 – Les pratiques de coopération et de coordination en santé .....	26
3.2 - Les communautés professionnelles territoriales de santé .....	29
2.4 – La question de la participation – Santé communautaire .....	35
2.5 – La littératie en santé pour faciliter l’accès aux soins.....	39

<b>4 - PRÉFÉRENCES DES MÉDECINS DANS LEUR CHOIX D'INSTALLATION ET PRINCIPAUX DÉTERMINANTS DE LEUR INSTALLATION.....</b>	<b>44</b>
4.1 - Données nationales .....	44
4.2 - Données internationales .....	48
<b>5 – À L'ACTION ! .....</b>	<b>55</b>
5.1 – Référentiels et recommandations .....	55
5.2 – Exemples d'actions .....	56
<b>6 – SITES RESSOURCES.....</b>	<b>61</b>
6.1 – Quelques bases d'actions inspirantes .....	61
6.2 – Environnement institutionnel et associatif .....	63

# INTRODUCTION

Cette bibliographie présente une sélection de références de documents importants sur les pratiques des professionnels de santé dans le cadre d'un exercice coordonné. Elle répond à une demande de la Communauté professionnelle territoriale de santé **CaPaciTÉS Besançon & Métropole** dont un des objectifs est de promouvoir l'exercice coordonné. Ont été retenus des documents récents, voire très récents, accessibles en ligne et/ou consultables au Centre de documentation de l'Instance régionale en éducation et promotion de la santé Bourgogne Franche-Comté.

La bibliographie est structurée en six grandes rubriques :

- la première propose **DES DÉFINITIONS SOURCÉES** de concepts importants entrant dans la problématique des soins primaires et de l'exercice coordonné, sous l'angle de la promotion de la santé sur le territoire : santé, santé publique, santé communautaire, promotion de la santé, inégalités sociales de santé, déterminants de la santé, action de santé, participation, empowerment, littératie, soins primaires, exercice coordonné pluriprofessionnel, équipe de soins primaires, maison de santé pluriprofessionnelles, communauté professionnelle territoriale de santé, ateliers santé ville, contrat local de santé, conseil local de santé mentale.
- la deuxième partie présente **QUELQUES ÉLÉMENTS DE CONTEXTE** : l'organisation du système de santé en France, les politiques publiques et la question des soins primaires.
- La troisième partie est plus particulièrement axée sur **LES DYNAMIQUES TERRITORIALES ET LA COORDINATION EN SANTÉ** : pratiques de coopération et de coordination en santé, fonctionnement des communautés professionnelles territoriales de santé, les pratiques de santé communautaire et la participation des usagers, la littératie en santé pour faciliter l'accès aux soins.
- La quatrième partie est centrée sur **LES PRÉFÉRENCES ET LES DÉTERMINANTS DANS LE CHOIX D'INSTALLATION** des médecins généralistes, à partir de données nationales et internationales.
- Les deux dernières parties du dossier concernent **LA MISE EN ŒUVRE D' ACTIONS**. Elles proposent des référentiels, des guides de bonnes pratiques et des recommandations ; des exemples d'actions rapportés dans la littérature, et enfin des sites ressources complémentaires.

Les notices sont présentées par ordre ante-chronologique ; les pages internet citées ont été consultées pour la dernière fois le 26 septembre 2023.

Bonne lecture,

Anne Sizaret, [a.sizaret@ireps-bfc.org](mailto:a.sizaret@ireps-bfc.org)

---

Cette bibliographie s'appuie sur celle réalisée pour le module PRIM de l'Université d'été francophone en santé publique de Besançon 2023 (Sandon Agathe. Soins primaires, promotion de la santé et prévention : développer des approches populationnelles. Bibliographie. Dijon : Ireps BFC, 2023, 35 p. En ligne : [https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/20230700\\_uete\\_moduleprim\\_as.pdf](https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/20230700_uete_moduleprim_as.pdf))

# 1 - DE QUOI PARLONS-NOUS ? DÉFINITIONS

Cette première partie propose des définitions sourcées de concepts importants entrant dans notre problématique : d'abord concernant la promotion de la santé, puis les soins primaires et leur organisation (ESP, MSP, CPTS), et enfin les dynamiques territoriales de santé (ASV, CLS, CLSM)  
Les définitions sont parfois complétées par des illustrations.

## SANTÉ

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. En ligne : <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>



La santé c'est aussi [Affiche]. Bruxelles : Cultures et santé, 2012. En ligne : <http://www.cultures-sante.be/component/phocadownload/category/12-pdf-ps-2012.html?download=210:la-sante-c-est-aussi-affiche>

## SANTÉ PUBLIQUE

« La santé publique ? Ce n'est pas simplement une considération collective, qui tient à des visions globales, à des facteurs de risque, à une économie de la santé des grandes masses, et à la prévention. C'est plus que cela : le souci de soi et des autres comme disait Michel Foucault. C'est une vision générale et collective, une appropriation intellectuelle et économique mais aussi une approche individuelle, familiale, nationale, européenne, internationale de la santé. La santé publique, pour moi, c'est un résumé du monde, le versant positif de la globalisation, l'exigence d'avoir les yeux plus grands que le ventre. [...] »

Kouchner Bernard. L'aventure de la santé publique : préface  
In : Bourdillon François, Brücker Gilles, Tabuteau Didier (Editeurs). Traité de santé publique.  
Paris : Flammarion (Médecine-Sciences), 2004, p. XVI

## SANTÉ COMMUNAUTAIRE

La santé communautaire est le processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités.

Les soins de santé primaires Alma-Ata 1978. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 1978.  
p. 56. (Santé pour tous ; n° 1).  
En ligne : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39243/924280001.pdf?sequence=1>

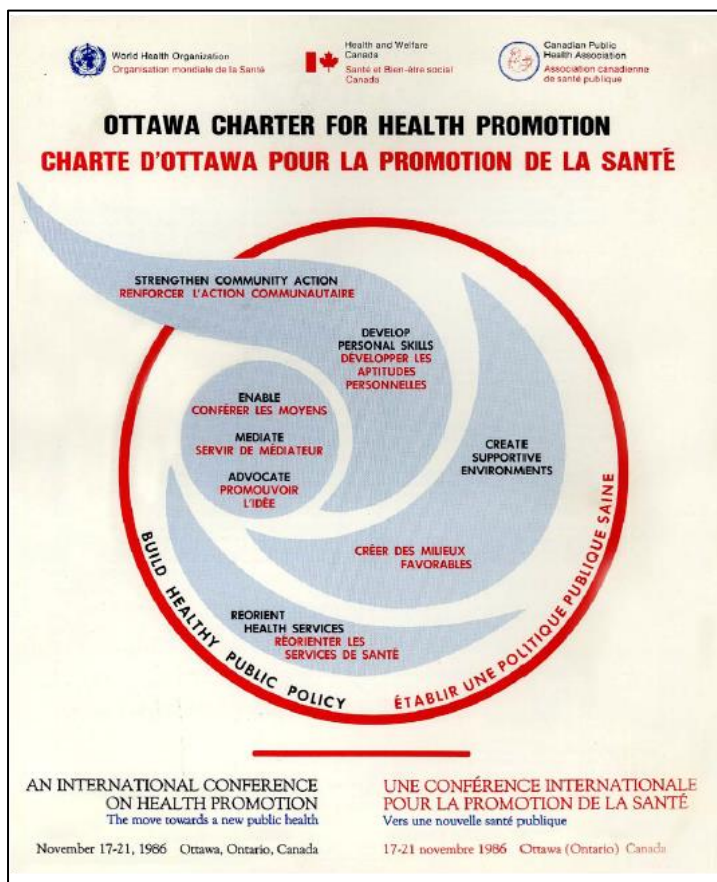
Il y a santé communautaire quand les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissant en commun sur leurs problèmes de santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des actions les plus aptes à répondre à ces priorités. L'action communautaire en santé désigne les efforts entrepris collectivement par une communauté pour augmenter sa capacité à agir sur les déterminants de sa santé et ainsi améliorer son état de santé.

Hamel Emmanuelle. Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ?  
Guide d'autoévaluation construit par et pour des associations  
Saint-Denis : Inpes, 2009, p. 34.  
En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/comment-ameliorer-la-qualite-de-vos-actions-en-promotion-de-la-sante-guide-d-autoevaluation-construit-par-et-pour-des-associations>

# PROMOTION DE LA SANTÉ

« La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

La Charte d'Ottawa définit cinq domaines d'action prioritaires : Élaborer une politique publique saine ; Créer des milieux favorables ; Renforcer l'action communautaire ; Acquérir des aptitudes individuelles ; et Réorienter les services de santé. »



Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé

Genève : Organisation mondiale de la santé, 1986, 5 p.

En ligne : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/chartre.pdf>



## INÉGALITES SOCIALES DE SANTÉ

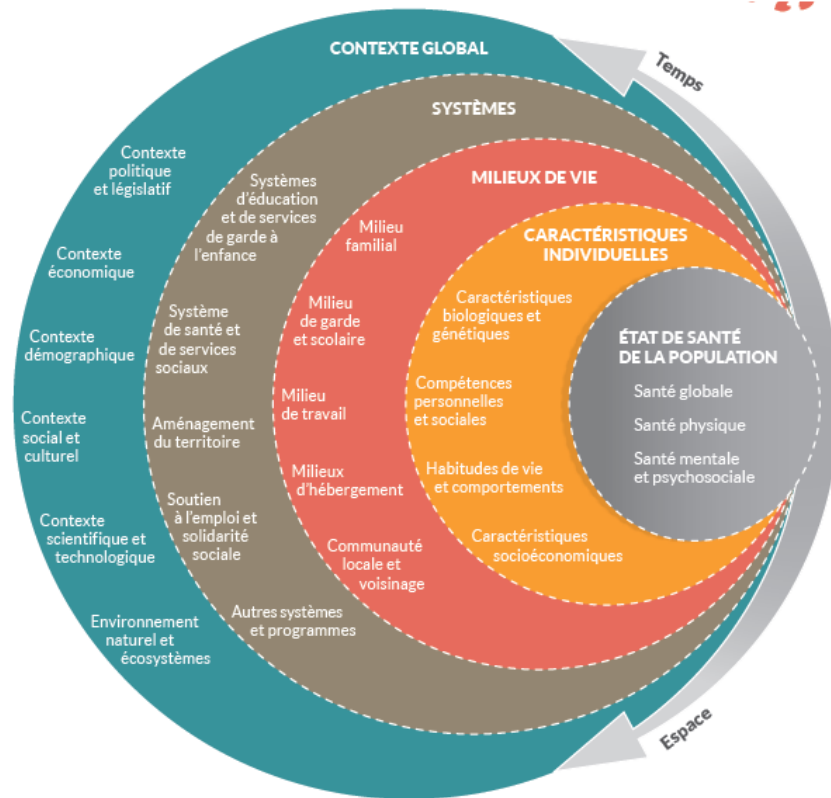
« Il existe donc un lien entre l'état de santé d'une personne et sa position dans la hiérarchie sociale. Ce constat ne concerne pas seulement les personnes les plus défavorisées, en situation de précarité ou de pauvreté. Les inégalités sociales de santé ne se réduisent pas à une opposition entre les personnes pauvres et les autres. Même si les écarts entre la population la plus favorisée et celle la plus défavorisée sont les plus grands, les épidémiologistes ont pu objectiver des écarts existant pour l'ensemble de la hiérarchie sociale. Les inégalités sociales de santé suivent une distribution socialement stratifiée au sein de la population. En d'autres termes, chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité, de morbidité plus élevé que la classe immédiatement supérieure. Ce phénomène est résumé par le terme de " gradient social " des inégalités de santé. Il n'existe pas une définition universelle des inégalités sociales de santé, terme qui n'est pas répertorié dans les lexiques ou glossaires de santé publique ou de promotion de la santé disponibles. Si l'on se réfère à la définition des inégalités de santé de la BDSP, par similitude, on pourrait écrire que les inégalités sociales de santé sont des " *différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé* " observées entre des groupes sociaux. »

Moquet Marie-José. Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples. La santé de l'homme 2008 ; 397 : 17-19  
En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/140776/2116071>

## DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

« Les déterminants sociaux de la santé (DSS) peuvent être compris comme les conditions sociales dans lesquelles les personnes vivent et travaillent. Leur étude s'attache à montrer l'impact du contexte social sur la santé mais aussi les mécanismes par lesquels ces déterminants l'affectent. Ce concept trouve ses sources dans les années 1970, à partir de critiques suggérant que la recherche et l'action publique devraient être dirigées plus vers les sociétés dans lesquelles les individus vivent que vers les individus eux-mêmes. Il s'agissait de passer d'un service fourni aux personnes lorsqu'elles étaient malades à un programme de santé publique qui les aiderait à rester en bonne santé. Les DSS conditionnent la façon dont une personne dispose des ressources physiques, sociales, économiques et personnelles pour satisfaire ses besoins, ses aspirations et s'adapter à son environnement. Si la question des DSS évoque les ISS, il est important de faire une distinction entre DSS et déterminants sociaux des ISS. Certaines interventions peuvent avoir pour effet d'améliorer l'état de santé moyen d'une population, tout en aggravant dans le même temps les inégalités sociales de santé. Les exemples, liés à l'introduction d'innovations qui ont eu pour résultat d'accroître les inégalités, ne manquent pas. »

Lang Thierry. Inégalités sociales de santé. Les tribunes de la santé 2014 ; 43 : 31-38  
En ligne : <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2014-2-page-31.htm>



### Carte de la santé et de ses déterminants.

In : Pigeon Marjolaine. La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir. Montréal : Ministère de la santé et des services sociaux – Direction des communications, 2012, p. 7

En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>

## ACTION DE SANTÉ

« Toute pratique visant le maintien, l'amélioration ou le recouvrement de la santé (éducation sanitaire, prévention des risques, soins de santé...) est fondé sur un choix de définition de la santé. Ce choix oriente la nature des pratiques, influence les méthodes et stratégies qu'elles emploient, ainsi que les publics qu'elles visent et les acteurs impliqués. Lorsque la santé est définie en termes biophysiques, elle s'évalue uniquement par des mesures objectives (ou objectivées) du même type, principalement en terme de normalité ou de risque, et exclut les aspects de bien-être, ou la capacité d'action. Dans ce cas, les objectifs des actions de santé sont aussi définis dans les mêmes termes, ainsi que leurs indicateurs d'effets et d'efficacité, et la santé y est surtout l'affaire des professionnels de santé et de soins. Lorsque la santé est perçue à la fois comme un état et comme une dynamique, une «capacité à...», elle s'évalue aussi en termes de pouvoir de mobilisation, de capacité d'action et d'interaction avec autrui, de prise de conscience... Dans ce cas, l'action de santé ne se limite pas à la gestion ou l'apprentissage des risques de maladie ou d'accidents et des dangers, des comportements protecteurs ou préventifs. Elle s'étend à d'autres éléments comme les interactions sociales, le bien-être, le rôle et le pouvoir sur sa propre santé, la conscience des déterminants de santé, la réflexion sur la place et la priorité de la santé dans la vie... L'action de santé devient alors le rôle conjoint des professionnels de la santé et des éducateurs. »

Éducation pour la santé des jeunes : concepts, modèles, évolution  
In : Arwidson Pierre, Bury Jacques, Choquet Marie. Éducation pour la santé des jeunes : démarches et méthodes. Paris : Inserm, 2001, pp. 16. En ligne : <https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01570634/document>

## PARTICIPATION

« Une approche participative préconise une implication active du public aux processus décisionnels, le public concerné dépendant du sujet abordé. Il peut regrouper des citoyens lambda, les parties prenantes d'un projet ou d'une politique en particulier, des experts et même des membres du gouvernement ou des entreprises privées. En règle générale, les processus décisionnels peuvent être perçus comme un cycle en trois étapes comprenant la planification, la mise en œuvre et l'évaluation ; l'approche participative peut être utilisée dans toutes ces étapes ou pour certaines d'entre elles.

On distingue différents niveaux de participation selon que l'objectif est : la transmission d'informations (unidirectionnelle) ; la consultation (bidirectionnelle, mais la partie consultante délimite la question) ; la participation active, fondée sur un partenariat dans lequel les citoyens, les parties prenantes, les experts et/ou les politiciens participent activement à un débat. Toutes les parties impliquées peuvent délimiter la question dans une plus ou moins grande mesure.

[...]La participation aux processus participatifs développe également les capacités du public en l'(in)formant et en créant des réseaux de personnes qui peuvent continuer à aborder les questions politiques lorsqu'elles évoluent. Toutefois, le public n'est pas le seul qui ait besoin d'apprendre. Le meilleur moyen pour les décideurs de savoir comment améliorer leurs 'produits et services' est de recevoir un feed-back direct des usagers. Plutôt que d'agir d'abord, puis de corriger, il est plus efficace que les utilisateurs finaux soient impliqués d'emblée dans la conception et la planification. »

Méthodes participatives : un guide pour l'utilisateur  
Bruxelles : Fondation Roi Baudoin, 2015, 204 p.  
En ligne : <https://bel.uqtr.ca/id/eprint/187/1/6-19-1160-20061013-1.pdf>

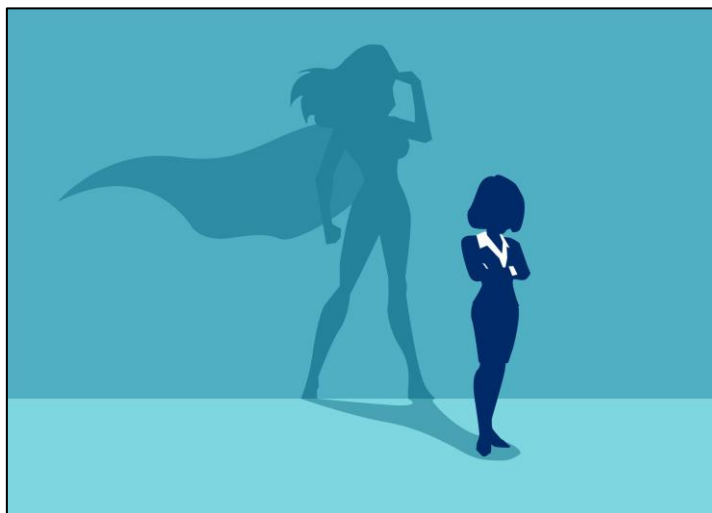
## EMPOWERMENT

« On recense généralement plusieurs typologies d'empowerment. L'une des plus connues, proposée par William Ninacs, identifie trois types d'empowerment :

- l'empowerment individuel comporte quatre composantes essentielles : la participation, la compétence, l'estime de soi et la conscience critique. Dans leur ensemble et par leur interaction, elles permettent le passage d'un état sans pouvoir d'agir à un autre où l'individu est capable d'agir en fonction de ses propres choix ;
- l'empowerment communautaire renvoie à un état où la communauté est capable d'agir en fonction de ses propres choix et où elle favorise le développement du pouvoir d'agir de ses membres. La participation, les compétences, la communication et le capital communautaire sont les quatre plans sur lequel il se déroule. L'empowerment individuel contribue à réaliser celui de la communauté ;
- l'empowerment organisationnel, qui correspond aux deux fonctions d'une organisation sur le plan du développement du pouvoir d'agir : d'une part, elle sert de lieu d'empowerment pour les personnes qui y participent, et revêt en ce sens une fonction d'empowerment

communautaire ; d'autre part, le cheminement permettant à l'organisation de développer son propre pouvoir d'agir constitue sa deuxième fonction. Ce cheminement s'exécute sur quatre plans en interaction : la participation, les compétences, la reconnaissance et la conscience critique. À l'instar du pouvoir d'agir des individus qui contribue à réaliser celui de la communauté, c'est-à-dire l'empowerment communautaire, l'empowerment des organisations en fait autant. »

Cité dans : L'empowerment. Bruxelles : Cultures & santé absI, 2014, 27 p. En ligne : <http://cultures-sante.be/component/phocadownload/category/3-pdf-ep-2009.html?download=22:dt-lempowerment>



© Stocklib / Feodora Chiosea

## LITTÉRATIE

La littératie en santé permet au public et au personnel travaillant dans des domaines liés à la santé de trouver, comprendre, évaluer, communiquer et utiliser de l'information. La littératie en santé est l'utilisation d'une vaste gamme de compétences qui aident les gens à agir selon l'information reçue pour être en meilleure santé. Ces compétences comprennent la lecture, l'écriture, l'écoute, la communication orale, le calcul et l'analyse critique, de même que des compétences en communication et en interaction.

Coleman Clifford, Kurtz-Rossi Sabrina, McKinney Julie, Pleasant Andrew, Rootman Irving, Shohet Linda. La charte de Calgary pour la littératie en santé : justification et principes fondamentaux du développement de programmes de littératie en santé. Montréal : Centre d'alphabétisation, 2009, 4 p. En ligne : [https://bv.cdeacf.ca/RA\\_PDF/148807.pdf](https://bv.cdeacf.ca/RA_PDF/148807.pdf)

La littératie en santé implique "la connaissance, la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information de santé en vue de porter des jugements et prendre des décisions dans la vie de tous les jours en ce qui concerne la santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé, de manière à maintenir ou améliorer la qualité de vie.

Sørensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012; 12:80. En ligne : <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>

## LA LITTÉRATIE EN SANTÉ



La littératie en santé. Dossier. Le Chaînon 2022 ; 61 : 4-21.  
En ligne : <https://www.luss.be/wp-content/uploads/2022/12/202212-chainon-61.pdf>

## SOINS PRIMAIRES

« L'OMS définit les soins primaires (également appelés « soins de premiers recours » en France comme « le premier niveau de contacts des individus avec le système national de santé » (Conférence d'Alma-Alta, 1978).

Cette définition est porteuse d'une « ambition de justice sociale » (Bourgueil et al., 2012, 2009) avec pour objectif d'assurer l'accès de tous aux soins de première nécessité. Elle renvoie également à de nouveaux principes d'organisation des systèmes de santé, notamment en matière d'accessibilité pour les patients, de coordination entre professionnels, de suivi des patients et d'articulation entre la prévention, les soins curatifs et les soins de suivi (Macinko et al., 2003 ; Starfield, 1994).

En France, les soins de « premier recours » sont définis pour la première fois par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009. Ils se distinguent du « second recours » qui renvoie aux soins de spécialités. Cette réorganisation du système de santé en différents niveaux de recours s'accompagne d'une volonté de décloisonner les secteurs hospitalier, ambulatoire et médico-social. »

Moyel Anne, Bergeron Henri  
Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France ? : synthèse du séminaire pluridisciplinaire coordonnée par la Chaire santé de Sciences po.  
Paris : Presses de Sciences Po, 2019, 76 p.  
En ligne : <https://hal-sciencespo.archives-ouvertes.fr/hal-02189198/document>

« Premier niveau de contact des individus, des familles et des communautés avec le système de santé d'un pays, apportant les soins de santé aussi près que possible de l'endroit où les gens travaillent et vivent. Selon l'OMS, l'organisation des soins primaires dépend des caractéristiques socio-économiques et politiques du pays, mais devrait offrir des services de prévention, des services curatifs et des services de réadaptation, et comprendre l'éducation de la population au sujet de problèmes de santé majeurs ainsi que la façon de les prévenir et les contrôler. De tels soins sont fournis par un large éventail de professionnels de la santé, agissant ensemble en équipe, en partenariat avec la communauté locale ».

Crismer André, Belche Jean-Luc, Van Der Vennet Jean-Luc. Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne... Santé Publique 2016 ; 3(28) : 375-379. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-3-page-375.htm?contenu=article>

## EXERCICE COORDONNÉ PLURIPROFESSIONNEL

« Plusieurs professionnels de professions différentes et/ou acteurs de santé s'organisent pour travailler ensemble dans un cadre formalisé autour d'objectifs communs au service d'une patientèle commune ou de la population d'un territoire. L'exercice coordonné vise à :

- Renforcer les liens entre les acteurs de santé
- Fluidifier et sécuriser les parcours de soins
- Améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé
- Favoriser l'expérimentation et l'innovation en santé
- Développer des actions de prévention et d'éducation à la santé
- Favoriser l'installation de professionnels notamment dans les zones où l'offre de soin est insuffisante »

**L'exercice coordonné pluriprofessionnel.** Association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel en Pays de la Loire, s.d, 6 p. En ligne : <https://www.apmsl.fr/files/plaquette-ECP-web.pdf>

## ÉQUIPE DE SOINS PRIMAIRES (ESP)

« Une équipe de soins primaires 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 ou d'une maison de santé. L'équipe de soins primaires 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." (Article L1411-11-1 du Code de la Santé Publique) »

**Code de la santé publique : article L1411-11-1**

Paris : République française, 2019

En ligne : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038886353/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886353/)

## MAISON DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLE (MSP)

« La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. [...]

Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'Agence Régionale de Santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. »

**Code de la santé publique : Article L6323-3**

Paris : République française, 2021

En ligne : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038886477/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886477/)

« Un projet commun : le projet de santé

Il est défini et porté par les professionnels de santé libéraux. Il décrit les objectifs communs et les modalités d'amélioration du service aux patients : continuité des soins, prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, coopération interne et externe. Il détaille la coordination pluriprofessionnelle : partage de l'information, réunions pluriprofessionnelles...

La MSP s'organise sur un territoire pour apporter une réponse de proximité. Elle peut être mono-site ou multisite. »

**La Maison de santé Pluriprofessionnelle (MSP).** Association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel en Pays de la Loire, s.d, 6 p. En ligne :

[https://www.apmsl.fr/files/plaquette\\_MSP\\_2019\\_web.pdf](https://www.apmsl.fr/files/plaquette_MSP_2019_web.pdf)

# COMMUNAUTÉ PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTÉ (CPTS)

« Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) traduisent un mode d'organisation et de coordination dans un territoire défini. Parce qu'elles fédèrent des professionnels différents – libéraux, hospitaliers, médico-sociaux voire sociaux – et donc des compétences variées, elles permettent d'améliorer l'accès aux soins des usagers et de recentrer l'exercice de ces mêmes professionnels sur leur cœur de métier.

Concrètement, une CPTS associe tous les professionnels de santé (médecins généralistes et spécialistes, pharmaciens, infirmiers, sages-femmes...) qui souhaitent s'organiser ensemble pour répondre à des besoins de santé identifiés dans un même territoire. Elle a vocation à être la plus inclusive possible en rassemblant des acteurs du premier et du second recours, des établissements de santé, des EHPAD et autres structures médico-sociales voire sociales.

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. »

**CPTS : s'organiser sur un territoire pour renforcer les soins aux patients** [Page internet]

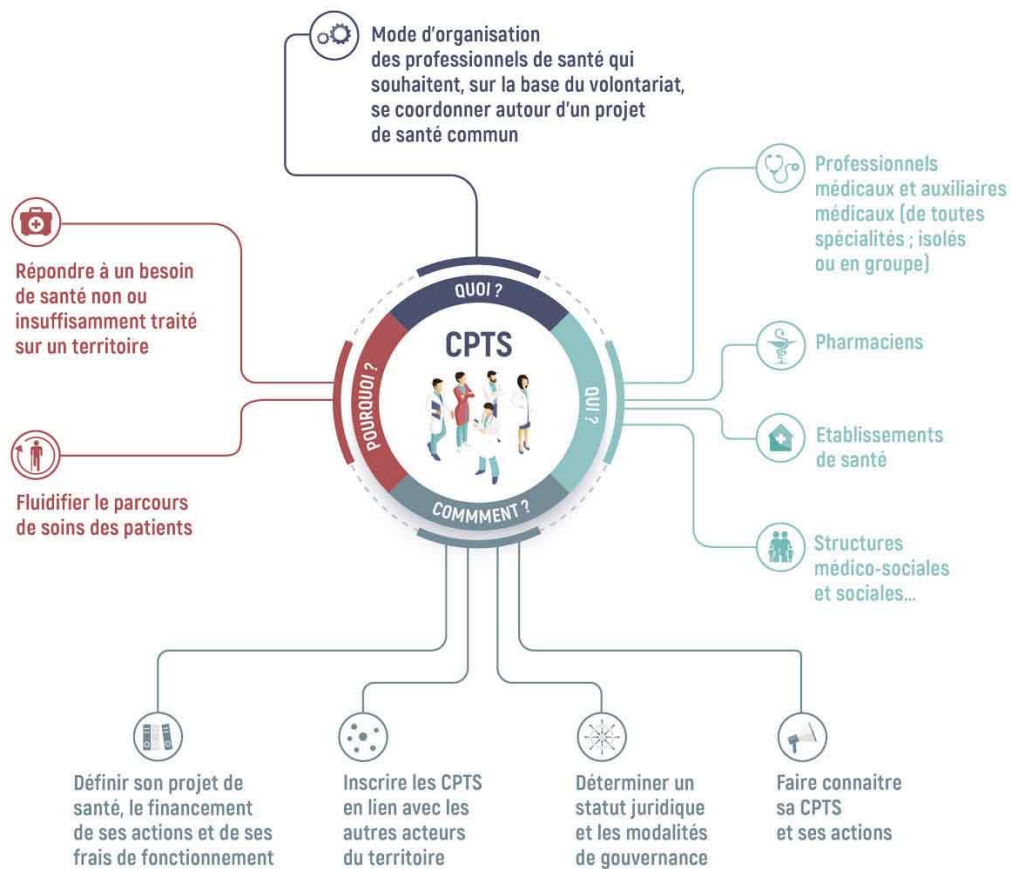
Paris : Ministère des Solidarités et de la santé, 2022

En ligne : <https://cutt.ly/ZKX6RBH>





# La communauté professionnelle territoriale de santé en 4 questions



Gachignat Marion, Couedel Gaetan. La communauté professionnelle territoriale de santé en 4 questions [Page internet]

Paris : Mascf, sd

En ligne : <https://www.mascf.fr/exercice-liberal/exercer-en-groupe/cpts-definition>

## ATELIERS SANTÉ VILLE

« La démarche Atelier Santé Ville (ASV) est fondamentalement une dynamique de coordination d'acteurs et d'actions avec une fonction dédiée à ce titre, au service de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, sur les quartiers prioritaires de la politique de la ville. Elle est fondée sur une ingénierie de projet devant soutenir le processus d'élaboration d'une programmation locale de santé. L'implication effective des habitants est une des stratégies à inclure au titre de la lutte contre les exclusions. La démarche contribue au développement des politiques de droit commun dans une double dynamique « local-régional » : les villes ont des spécificités et apports à faire valoir (connaissance des territoires, émergence de problématiques, modes opératoires ajustés...) ; la démarche ASV ne peut se réduire à la seule déclinaison des priorités régionales de santé publique. Le positionnement du coordonnateur ASV dans l'organigramme de la ville est déterminant pour que la démarche de programmation de l'ASV soit la plus pertinente. »

### **Démarche Atelier santé ville et programmation locale de santé : plan local de santé et contrat local de santé. Mémo version longue**

Saint-Denis : Profession Banlieue, 2011, 5 p.

En ligne : [https://www.fabrique-territoires-sante.org/sites/default/files/ressources/memoprofession\\_banlieue\\_asv\\_cls\\_vlongue.pdf](https://www.fabrique-territoires-sante.org/sites/default/files/ressources/memoprofession_banlieue_asv_cls_vlongue.pdf)

## CONTRAT LOCAL DE SANTÉ

« Le contrat local de santé est un outil de contractualisation entre les ARS et les collectivités territoriales. Il permet d'associer les acteurs autour des enjeux d'un territoire portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. C'est un outil au service d'une stratégie locale en santé qui s'inscrit dans la durée et vise à apporter, en proximité, une meilleure réponse aux besoins de la population. Il constitue également une opportunité pour permettre une meilleure articulation avec les politiques publiques pilotées par les partenaires dans une logique de cohérence, de coordination et de décloisonnement. »

### **Quels bilans pour les contrats locaux de santé ?**

Paris : Décision publique, 2016, p. 4

En ligne : <https://docplayer.fr/52036631-Quels-bilans-pour-les-contrats-locaux-de-sante.html>

# CONSEIL LOCAL DE SANTÉ MENTALE

« Le Conseil Local de Santé Mentale est une plateforme de concertation et de coordination d'un territoire défini par ses acteurs, présidée par un élu local, co-animée par la psychiatrie publique, intégrant les usagers et les aidants. 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.

Ses objectifs stratégiques dont les points communs sont la prévention et la promotion de la santé mentale

- mettre en place une observation en santé mentale,
- permettre l'accès et la continuité des soins
- favoriser l'inclusion sociale, l'autonomie et la pleine citoyenneté des usagers
- participer aux actions contre la stigmatisation et les discriminations
- promouvoir la santé mentale

Ses objectifs opérationnels

- prioriser des axes de travail en fonction des besoins
- développer une stratégie locale qui réponde aux besoins tant sur le plan de la prévention, de l'accès et de la continuité des soins, que de l'inclusion sociale
- mettre en œuvre des actions pour répondre aux besoins et favoriser la création de structures nécessaires
- développer et conforter le partenariat nécessaire et efficace à la réalisation des actions »

## Définition du CLSM [Page internet]

Hellemmes : Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale, s.d

En ligne : <http://clsm-ccoms.org/quest-ce-quun-clsm/definition-du-clsm/>

## 2 – ÉLÉMENTS CONTEXTUELS

### 2.1 – L'organisation du système de santé



La boîte à outils sur les dispositifs territoriaux en santé  
[Page internet]

Paris : Fédération Addiction, 2023

En ligne : <https://www.federationaddiction.fr/actualites/politique-publique/la-boite-a-outils-sur-les-dispositifs-territoriaux-en-sante/>

Cette boîte à outils est le fruit d'une démarche participative au sein du réseau des adhérents de la Fédération. Elle comporte pour chaque dispositif, une fiche synthétique, l'interview d'un adhérent retraçant son implication dans ce dispositif, le recueil des textes juridiques, ainsi que des articles et rapports publiés sur ce sujet. Sont présentés notamment le Système de santé, les Agences régionales de santé, les Collectivités territoriales, les Ateliers santé ville, les Contrats locaux de santé, les Conseils locaux de santé mentale, les Communautés professionnelles territoriales de santé, les Projets territoriaux de santé mentale, et les Dispositifs d'appui à la prévention.



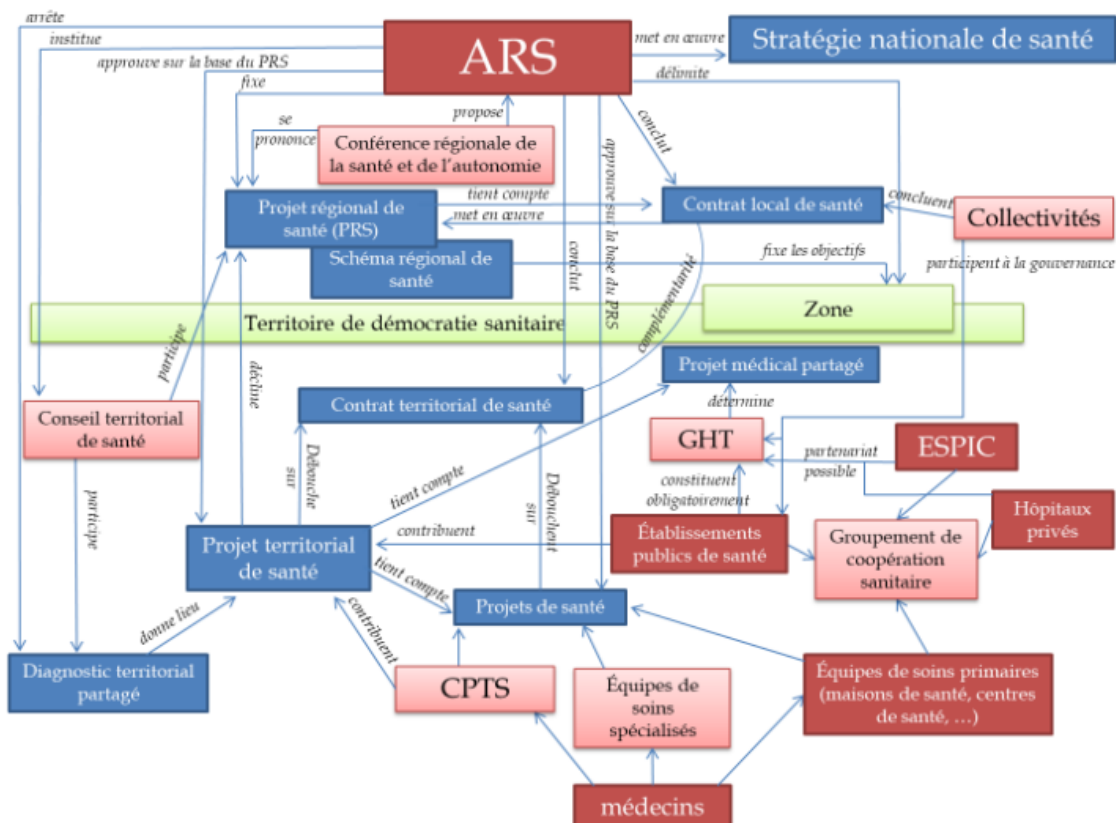
Jomier Bernard, Deroche Catherine

**La situation de l'hôpital et le système de santé en France**

Paris : Sénat, 2022, p. 253. (Rapport ; 587)

En ligne : <https://www.senat.fr/rap/r21-587-1/r21-587-11.pdf>

**Schéma « simplifié » de l'organisation territoriale des soins**



## 2.2 – Soins primaires et politiques publiques



### Plan d'action : 4 000 maisons de santé pluriprofessionnelles.

Ministère de la santé et de la prévention

Paris : ministère de l'Organisation territoriale et des professions de santé, 2023, 14 p.

En ligne : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp\\_msp.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_msp.pdf)

Un médecin qui exerce en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) reçoit plus de patients qu'un médecin en exercice isolé : une maison de santé pluriprofessionnelle ouverte, ce sont environ 600 patients de plus vus chaque année. Ces structures sont clairement identifiées par les patients et suscitent l'adhésion de celles et ceux qui vivent à proximité. En proposant de nouveaux outils, de nouvelles formes d'accompagnement des porteurs de projets et près de 50 millions d'euros de moyens supplémentaires, ce plan vise à répondre aux enjeux d'aujourd'hui et apporte des solutions concrètes pour soutenir les acteurs de terrain.



Ginot Luc, Verdier Amélie

### La fabrique territoriale de la santé

Esprit 2023 ; 6 : pp. 45-55.

En ligne : <https://www.cairn.info/revue-esprit-2023-6-page-45.htm>

Agir sur les besoins de santé et la réponse sanitaire à l'échelle d'un territoire permet de prendre en compte les inégalités, notamment par la participation des habitants, la médiation en santé et les cadres partenariaux.



Polton Dominique, Bourgueil Yann

### Rapport du HCAAM. Organisation des soins de proximité : garantir l'accès de tous à des soins de qualité

Paris : HCAAM, 2022, 120 p.

En ligne : <https://www.securite->

[sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/HCAAM/2022/Rapport%20Hcaam%20Organisation%20soins%20proximite.pdf](https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/HCAAM/2022/Rapport%20Hcaam%20Organisation%20soins%20proximite.pdf)

Ce rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, qui rassemble l'ensemble des parties prenantes du système de santé, propose des solutions urgentes à la crise actuelle de l'accès aux soins ambulatoires et au-delà, une stratégie pour construire les soins de proximité de demain, capables de répondre aux défis de la santé publique, des pathologies chroniques, du grand âge, des inégalités de santé. Il formule des propositions relatives à l'organisation de la responsabilité collective de l'accès aux soins dans les territoires, aux formes d'organisation des soins de proximité les plus pertinentes, axées sur l'exercice en équipe pluriprofessionnelle structurée et sur des pratiques innovantes et l'usage d'outils numériques. Il identifie également de nombreux leviers pour faciliter et réussir la transformation de la première ligne de soins à court terme, pour la gestion de la crise actuelle, ainsi qu'à moyen/long terme.



Schweyer François-Xavier, Vezinat Nadège, Nous Camille

## Penser la santé autrement : le défi de l'intégration sociale

Sociologies pratiques 2022 ; 45 : pp. 1-7.

En ligne <https://www.cairn.info/revue-sociologies-pratiques-2022-2-page-1.htm>

La gestion de la crise sanitaire Covid-19 a révélé les inégalités dans les prises en charge selon les territoires, une action publique centrée sur l'hôpital et plus largement sur l'offre de soins sanitaires, laissant de côté le secteur médico-social. La crise a ainsi montré combien il était nécessaire de replacer la santé, et notamment les soins primaires au cœur des préoccupations. Le principe de la liberté d'installation explique que, contrairement aux soins hospitaliers, il n'y a jamais eu de planification ni de carte sanitaire en la matière : le modèle français se caractérise par l'absence de projet global explicite des soins primaires, mais également par l'absence d'organisation populationnelle et territoriale des soins ambulatoires, notamment au regard du secteur hospitalier. Ce dossier a pour but d'étudier comment la santé peut être mise « au centre » des politiques publiques et des territoires. Dans cette optique, il s'agit d'analyser comment la réduction des inégalités sociales de santé est pensée, organisée et mise en pratique au travers des politiques nationales et territoriales. La politique de la ville, avec la création des ateliers santé ville par exemple, a été un puissant vecteur d'initiatives locales et urbaines. Leur traduction différenciée au niveau des villes, des départements et des régions s'est conjuguée au développement de structures d'exercice coordonné ayant un projet de santé (centres de santé ou maisons pluriprofessionnelles de santé) par exemple.



Chauvin Franck

## Dessiner la santé publique de demain

Paris : Ministère des solidarités et de la santé, 2021, 157 p.

En ligne : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_chauvin.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chauvin.pdf)

Ce rapport commandé par le ministre des solidarités et de la santé propose une évolution en profondeur du système de santé publique français. À partir d'un modèle cible à atteindre, de l'analyse de l'environnement international, des retours d'expérience de la crise liée à la pandémie de Covid-19, d'auditions et de contributions des acteurs de la santé publique, il détermine 10 chantiers pour refonder la santé publique et détaille 40 propositions. Il explicite les 4 valeurs piliers de la refondation (l'équité, la solidarité, la transparence et l'efficacité) et les principes d'action à mettre en œuvre : repositionner la lutte contre les inégalités territoriales et sociales de santé au cœur des politiques ; établir la santé en tant que paramètre d'intervention et d'évaluation de toutes les politiques publiques ; renforcer la mise en œuvre territoriale de la santé publique ; promouvoir la démocratie en santé ; appliquer le concept d'une seule santé (One Health).



## Offre et accès aux soins primaires. Quels rôles des villes et intercommunalités ?

Rennes : Réseau français des villes santé de l'OMS, 2021, 21 p.

En ligne : <https://villes-sante.com/publications/offre-et-acces-aux-soins-primaires-quels-roles-des-villes-et-intercommunalites/>

Interpellées par les habitants, les professionnels de santé, et soucieuses de l'équité en santé, les Villes et Intercommunalités agissent et s'engagent en faveur de l'amélioration de l'offre et de l'accès aux soins primaires. Réalisé avec le soutien de la Banque des territoires, cet ouvrage

a pour objectif de rassembler les pratiques des Villes-Santé en la matière. Celles-ci y témoignent de leurs retours d'expériences via des exemples d'actions et des conseils pratiques.



## Les réformes de l'organisation des soins primaires

Revue française des affaires sociales 2020 ; 1 : 408 p.

En ligne : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1.htm>

Le fonctionnement de notre système de santé est particulièrement mis en lumière par l'épidémie du SARS cov2. Elle offre un nouvel angle de lecture du contenu de ce numéro, même si les soins primaires ont été, dans les médias, les grands absents de la première phase de l'épidémie et de la période du confinement. D'un point de vue systémique, les observateurs se sont concentrés sur l'absence d'anticipation et de préparation de l'État et sur ses difficultés à mettre en œuvre ses décisions sur le terrain. Cela conduit le lecteur à interroger l'efficacité de la coordination entre les différentes instances de régulation administratives (préfecture, agence régionale de santé), politiques (collectivités territoriales) et professionnelles (fédérations nationales et régionales, ordres départementaux) renvoyant aux évolutions de la gouvernance du système des soins primaires analysées dans ce numéro.



Moyal Anne, Bergeron Henri

## Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France ? : synthèse du séminaire pluridisciplinaire coordonné par la Chaire santé de Sciences Po.

Paris : Presses de Sciences Po, 2019, 76 p.

En ligne : <https://hal-sciencespo.archives-ouvertes.fr/hal-02189198/document>

La Chaire Santé de Sciences Po, avec ses partenaires le LIEPP (Laboratoire interdisciplinaire d'Évaluation des Politiques Publiques), le CSO (Centre de Sociologie des Organisations) et la FFMPs (Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé), ont organisé en 2018 un séminaire pluridisciplinaire sur les enjeux de la réorganisation des soins primaires en France et l'avenir des organisations pluriprofessionnelles dans ce secteur (maisons, pôles et centres de santé, équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé). Sa synthèse est déclinée en trois grandes thématiques : pratiques professionnelles en soins primaires, coopération et coordination, et place des soins primaires dans le système de santé.



## Ma santé 2022. Un engagement collectif

Paris : Ministère des solidarités et de la santé, 2018, 52 p.

En ligne : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma\\_sante\\_2022\\_pages\\_vdef\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf)

Ce dossier de presse fait le point sur la stratégie de transformation du système de santé. Elle commence par fournir l'état des lieux du système actuel, présente les transformations qui seront mises en place, les objectifs visés, les engagements pris, les investissements réalisés ainsi que les 10 mesures phares de cette transformation.



Cardoux, JN, Daudigny Y

## Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires. Rapport d'information sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées

Paris : Sénat, 2017, 129 p. (Rapport n° 686)

En ligne : <https://www.senat.fr/rap/r16-686/r16-6861.pdf>

Ce rapport s'est centré, d'une part, sur les soins primaires, ou de premier recours, et donc essentiellement les soins de ville au sein desquels l'enjeu de la présence médicale, singulièrement celle du médecin généraliste, occupe une place centrale. D'autre part, la situation générale des zones rurales est principalement abordée, à l'exclusion de celle plus spécifique de l'outre-mer, des quartiers prioritaires de la ville ou de zones isolées.

Synthèse des propositions

- Construire une approche concertée au niveau des territoires de proximité avec les professionnels et les élus
- Bâtir une démarche d'accompagnement personnalisé des professionnels de santé
- Rendre l'accès à l'exercice libéral plus attractif, en favorisant les modes d'exercice souples et diversifiés
- Soutenir la création des maisons de santé pluri-professionnelles et leur fonctionnement
- Accompagner les mutations de l'exercice libéral
  - Proposition n° 11 : Aider à la structuration de réseaux de professionnels de santé et accompagner toute initiative - alternative aux maisons de santé - offrant des réponses plus adaptées aux besoins de certains territoires (permanence dans des cabinets distincts, exercice multi-sites...)
  - Proposition n° 12 : Favoriser le développement des coopérations entre professionnels de santé (délégations d'actes, pratiques avancées) par la définition, dans un cadre conventionnel interprofessionnel, d'un régime de financement incitatif
  - Exploiter le potentiel offert par la télémédecine
  - Développer les stages ambulatoires dans les zones sous-dotées, pour créer l'ancrage géographique des futurs praticiens dès le stade décisif de la formation
    - Proposition n° 16 : Engager une campagne de recrutement de maîtres de stage dans les zones sous-dotées et revaloriser le montant de l'indemnité compensatrice
    - Proposition n° 17 : Généraliser le stage de médecine générale de ville au cours de l'externat et en allonger la durée
    - Proposition n° 18 : Introduire dans la formation initiale une préparation concrète aux différents modes d'exercice de la médecine de ville (gestion administrative et financière du cabinet, animation d'équipe, relations avec les interlocuteurs...)
    - Proposition n° 19 : Assouplir les conditions d'agrément des lieux de stage hors de la subdivision de rattachement, pour répondre aux besoins des territoires situés dans des zones « frontières »





Crismer André, Belche Jean-Luc, Van Der Vennet Jean-Luc

### **Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne »**

Santé Publique 2016 ; 3(28) : pp. 375-379

En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-3-page-375.htm?contenu=article>

Les soins de santé primaires sont souvent évoqués, mais rarement définis. Cet article explore ce concept compris parfois différemment et révèle deux conceptions distinctes des soins de santé primaires, toutes deux issues de la Déclaration d'Alma Ata. Tant que l'expression « soins de santé primaires » pourra faire référence à deux types de contenus distincts, soit un niveau de soins, soit une approche globale du système de santé, il sera utile, en attendant un consensus sur sa définition, de la clarifier lors de son utilisation.



Chevillard G, Mousques J, Lucas-Gabrielli V, Bourgueil Yann, Rican Stéphane, Salem Gérard

### **Mesure de l'impact d'une politique publique visant à favoriser l'installation et le maintien de médecins généralistes : L'exemple du soutien au développement des maisons et pôles de santé en France**

Revue d'économie régionale & urbaine 2015 ; 4 : 657-694

Doi : <https://doi.org/10.3917/reru.154.0657>

Cet article propose une première évaluation des maisons et pôles de santé à travers une démarche mobilisant des outils géographique et économétrique. L'objectif de cette double démarche est l'analyse de l'implantation de ces structures, puis une analyse de l'impact de celles-ci sur la densité de médecins généralistes libéraux. La méthodologie repose sur l'élaboration de typologies spatiales, puis d'une analyse cas-témoin comparant l'évolution de la densité de médecins généralistes dans les espaces avec et sans maisons de santé, avant et après la généralisation de cette politique. Les résultats obtenus mettent en évidence une implantation davantage rurale de ces structures, de surcroît dans des espaces fragiles, ainsi qu'une moindre diminution de l'offre dans certains espaces ruraux et périurbains dotés de maisons et pôles de santé.

# 3 – DYNAMIQUES TERRITORIALES ET COORDINATION DES SOINS

## 3.1 – Les pratiques de coopération et de coordination en santé



Morize Noémie, Schlegel Vincent

### Les usages des financements expérimentaux Ipep et Peps dans cinq Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Vers une redéfinition des frontières professionnelles autour de la division du travail de soin ?

Questions d'économie de la santé 2023 ; 275 : 8 p.

En ligne : [https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/275-les-usages-des-financements-experimentaux-ipep-et-peps-dans-5-maisons-de-sante-](https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/275-les-usages-des-financements-experimentaux-ipep-et-peps-dans-5-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-msp.pdf)

[pluriprofessionnelles-msp.pdf](https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/275-les-usages-des-financements-experimentaux-ipep-et-peps-dans-5-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-msp.pdf)

Au sein de Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), de nouveaux modes de rémunération collectifs, alternatifs au paiement à l'acte, sont mis en place dans le cadre d'expérimentations issues de l'article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018. Deux expérimentations nationales, nommées Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) et Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps), visent à renforcer des dynamiques de coordination, pour la première, entre le secteur de la ville et de l'hôpital, pour la seconde, entre professionnels de santé et, notamment, entre médecins et infirmières d'une même équipe. En introduisant de nouveaux modes de financement collectifs au sein des MSP, les expérimentations pourraient accompagner des transformations de l'organisation des soins primaires. Comment les usages de ces financements participent-ils d'une redéfinition des frontières professionnelles autour de la division du travail de soin ? Cette enquête permet de caractériser les différents usages des expérimentations au sein des équipes de santé, particulièrement en matière d'organisation du travail. Des transformations plus larges dans le secteur des soins primaires sont ainsi éclairées, telles des redéfinitions des rôles et du travail entre groupes professionnels.



Denise T, Divay S, Dos Santos M, Fournier C, Girard L, Luneau A

### Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques

Paris : Irdes, 2022, 488 p. (Série sociologie ; 8)

En ligne : <https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/sociologie/008-pratiques-de-cooperation-en-sante-regards-sociologiques.pdf>

Fruit des journées d'études organisées les 28 et 29 mars 2019 à Paris dans le cadre de rencontres sous l'égide de l'Association française de sociologie (AFS) entre les chercheur-e-s des réseaux thématiques RT1 « Savoirs, travail et professions » et RT19 « Santé, médecine, maladie et handicap », cet ouvrage collectif a pour objet d'aller voir, au plus près des situations de terrain, ce qui se joue sous le couvert des injonctions à la coopération en santé, tout en prenant en compte leurs effets. Il s'agit par exemple d'observer les effets de la coopération sur les frontières professionnelles, sur l'autonomie des protagonistes, ou encore sur la légitimation ou l'invalidation des savoirs tant professionnels que profanes.

Les 32 contributions réunies dans cet ouvrage offrent l'occasion de réinterroger la notion de « coopération » en mobilisant une pluralité d'approches théoriques et méthodologiques. Car même centrée sur les pratiques en santé, cette notion renvoie à un ensemble de significations et d'usages sociaux des plus variés, tant de la part des

sociologiques que des enquêtés. Inscrite dans des rapports de pouvoir, la coopération suppose des mécanismes de régulation pour perdurer. Aussi, s'interroger sur les logiques sous-jacentes à ces mécanismes est-il particulièrement stimulant en termes de réflexion sur les pratiques et leurs possibles évolutions. Comment et par qui les modalités de la coopération et, à travers elles, l'activité de travail, sont-elles construites ? Qui tente ou est sommé de coopérer, qui s'exécute ou non, et avec quelles motivations ? Comment les pratiques de coopération sont-elles mobilisées, instrumentalisées, affichées ou effacées dans les luttes pour la maîtrise des savoirs et de la division du travail de santé ?



### **Enquête exploratoire. : l'articulation entre les dynamiques territoriales de santé (CLS, CLSM et ASV) et les CPTS : enjeux et questionnements**

Paris : Fabrique Territoires Santé, 2022, 16 p.

En ligne : <https://www.fabrique-territoires-sante.org/wp-content/uploads/2022/06/Dynamiques-territoriales-de-sante-et-CPTS-160622.pdf>

Cette note de Fabrique Territoires Santé s'appuie sur les témoignages de coordonnateur-ices de dynamiques territoriales de santé (DTS) – Ateliers santé ville (ASV), Contrats locaux de santé (CLS) et Conseils locaux en santé mentale (CLSM) – et de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Plus de 50 personnes ont partagé leurs expériences, questionnements et réflexions dans le cadre de l'enquête exploratoire menée entre novembre 2021 et mars 2022.



### **Les soins primaires face à l'épidémie de Covid-19. Entre affaiblissement et renforcement des dynamiques de coordination territoriale**

Fournier Cécile , Michel Lucie, Morize Noémie, et al.

Questions d'économie de la santé 2021 ; 260 : 6

En ligne : <https://www.irdes.fr/recherche/2021/qes-260-les-soins-primaires-face-a-l-epidemie-de-covid-19.html>

Ce premier volet de l'enquête Exercice coordonné en soins primaires face à l'épidémie de Covid-19 (Execo) concentre le regard sur les reconfigurations de l'organisation des soins primaires durant la première vague de l'épidémie (mars à juin 2020), au sein de six territoires de France hexagonale aux caractéristiques contrastées. Cette enquête sociologique qualitative repose sur une étude de cas comparative, fondée sur une connaissance préalable des territoires investigués et sur des entretiens, menés entre mars et décembre 2020, auprès de membres d'équipes pluriprofessionnelles de soins primaires et de leurs partenaires dans la réponse à l'épidémie.

La crise, en suspendant les routines de travail, agit comme un révélateur des territoires d'action des soins primaires faisant sens localement, qui apparaissent distincts des territoires administratifs officiels. Selon les contextes, l'épidémie suspend, active ou amplifie des coopérations pluriprofessionnelles et des coordinations intersectorielles préexistantes, plus qu'elle n'en crée de nouvelles. S'observent deux mouvements antagonistes d'affaiblissement ou de renforcement des dynamiques préexistantes.



## Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire

Sebai Jihane, Yatim Fatima

Revue française d'administration publique 2017 ; 164 : pp.887-902

En ligne : <https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2017-4-page-887.htm>

En France, les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sont présentées comme une réponse efficace aux nouveaux besoins en matière de santé. Le but de cet article est de proposer des éléments d'analyse pour un premier bilan de l'ensemble des structures de ce type en France, et plus particulièrement sur le plan organisationnel. Nous nous appuyons sur les données de l'enquête nationale réalisée en 2014 par la Direction générale de l'offre de soins. Nous montrons ainsi qu'il existe une réelle dynamique d'implantation des Maisons de santé pluriprofessionnelles sans que cette dynamique ne s'accompagne des évolutions organisationnelles attendues.



## L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes : résultats de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR)

Mousquès Julien, Daniel Fabien

Questions d'économie de la santé 2015 ; 211 : 6

En ligne : <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/211-l-impact-de-l-exercice-regroupe-pluriprofessionnel-sur-la-qualite-des-pratiques-des-medecins-generalistes.pdf>

Quels impacts l'exercice pluriprofessionnel a-t-il dans les maisons, pôles et centres de santé ayant participé aux Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) ? La qualité des pratiques et l'efficacité de la prescription des médecins généralistes des sites ENMR sont-elles améliorées comparativement à l'exercice isolé ? Des différences entre maisons, pôles ou centres de santé apparaissent-elles ? Les analyses montrent-elles un impact des ENMR ? Autant de questions qui sont explorées dans ce sixième volet de l'évaluation des sites regroupés pluriprofessionnels ayant participé aux ENMR. La qualité et l'efficacité des pratiques des généralistes des sites ENMR sont comparées à des témoins sur quatre ans, entre 2009 et 2012. Les analyses portent sur quatre grandes dimensions de la pratique : le suivi des patients diabétiques de type 2, la vaccination, le dépistage et la prévention, ainsi que l'efficacité de la prescription.

## 3.2 - Les communautés professionnelles territoriales de santé



Certain MH, Lautman A, Gilardi

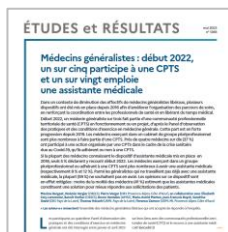
### Rapport « Tour de France des CPTS ». Bilan et propositions pour le déploiement et le développement des communautés professionnelles territoriales de santé

Paris : Ministère de la santé et de la prévention, 2023, 99 p.

En ligne :

[https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_mission\\_tour\\_de\\_france\\_des\\_cpts\\_28062023\\_vf.2\\_2.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_mission_tour_de_france_des_cpts_28062023_vf.2_2.pdf)

Ce rapport, réalisé à la demande de la Ministre déléguée chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé, fait un diagnostic des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en mesurant leur apport sur les territoires. Il identifie les facteurs clé de leur succès ainsi que les freins et met en lumière les leviers qui pourraient contribuer à accélérer leur généralisation d'ici fin 2023. Construit à partir d'une enquête menée après des 273 CPTS sur le territoire national et d'entretiens avec de nombreux acteurs de terrain, le rapport formule 24 propositions articulées autour de 5 objectifs : 1. expliciter la place et le rôle des CPTS au sein d'une organisation territoriale cohérente ; 2. faciliter le travail des CPTS au quotidien afin de remplir leurs missions ; 3. assurer un financement pérenne et transparent ; 4. optimiser la gouvernance et les fonctions supports des CPTS ; 5. aller vers un objectif de couverture sur tous les territoires.



### Médecins généralistes : début 2022, un sur cinq participe à une CPTS et un sur vingt emploie une assistante médicale.

Bergeat Maxime, Vergier Noémie, Verger Pierre.

Etudes et résultats 2023 ; 1268 : 5 p.

En ligne : [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-05/ER%201268%20-%20Panel%20des%20m%C3%A9decins%20g%C3%A9ralistes%20%20-%20BAT2_1.pdf)

[05/ER%201268%20-](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-05/ER%201268%20-%20Panel%20des%20m%C3%A9decins%20g%C3%A9ralistes%20%20-%20BAT2_1.pdf)

[%20Panel%20des%20m%C3%A9decins%20g%C3%A9ralistes%20%20-%20](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-05/ER%201268%20-%20Panel%20des%20m%C3%A9decins%20g%C3%A9ralistes%20%20-%20BAT2_1.pdf)

[%20BAT2\\_1.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-05/ER%201268%20-%20Panel%20des%20m%C3%A9decins%20g%C3%A9ralistes%20%20-%20BAT2_1.pdf)

Dans un contexte de diminution des effectifs de médecins généralistes libéraux, plusieurs dispositifs ont été mis en place depuis 2016 afin d'améliorer l'organisation des parcours de soins, en renforçant la coordination entre les professionnels de santé et en libérant du temps médical. Début 2022, un médecin généraliste sur trois fait partie d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) en fonctionnement ou en projet. Cette part est en forte progression depuis 2019. Les médecins exerçant dans un cabinet de groupe pluriprofessionnel sont plus nombreux à faire partie d'une CPTS. Près de quatre médecins sur dix ont participé à une action organisée par une CPTS dans le cadre de la crise sanitaire due au Covid-19, qu'ils adhèrent ou non à une CPTS. Les médecins exerçant dans un groupe pluriprofessionnel ou adhérant à une CPTS sont plus nombreux à avoir une assistante médicale. Les opinions sur ce dispositif sont mitigées : moins de la moitié des médecins (41 %) estiment que les assistantes médicales constituent une solution pour mieux répondre aux sollicitations des patients.



Aumaréchal L, Lebeau JP, Lebleu M

## **Intégrer les infirmières en pratique avancée dans les soins premiers ambulatoires : représentations et attentes des médecins généralistes**

Recherche en soins infirmiers 2022 ; 150 : 66-78

En ligne : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2022-3-page-66.htm>

Introduction : la pratique avancée infirmière a été récemment introduite dans le système de soins français, suscitant des réactions très variées des professionnels du soin. Beaucoup de travaux se sont intéressés aux bénéfices de l'infirmière en pratique avancée (IPA), aux étapes à suivre pour favoriser son implantation. Très peu, en revanche, ont exploré le ressenti des médecins généralistes (MG). L'objectif de ce travail était d'explorer les représentations, ressentis et attentes des MG d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) vis-à-vis de la pratique avancée infirmière. Méthode : une étude qualitative avec une approche inspirée de la théorisation ancrée a été conduite, à partir d'entretiens semi-directifs, individuels ou en *focus groups*, auprès des MG d'une CPTS. Résultats : 12 MG ont été interrogés. L'analyse axiale a permis de construire et caractériser deux catégories : « Être deux » et « Définir le métier ». Discussion : les propriétés situées à l'intersection de ces deux catégories avaient notamment trait à la question du « pouvoir médical ».



Cécile Fournier

## **L'ordre négocié du travail d'articulation dans les maisons de santé pluriprofessionnelles**

In : Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques

Denise T, Divay S, Dos Santos M, Fournier C, Girard L, Luneau A

Paris : Irdes, 2022, pp. 123-38 (Série sociologie ; 8)

Développer les coopérations en soins primaires est l'une des ambitions poursuivies par certains professionnels et par les pouvoirs publics à travers la création de Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). La majorité de ces regroupements de professionnels libéraux reçoit aujourd'hui des financements collectifs dédiés à la mise en œuvre de pratiques coopératives au service de leur patientèle et des habitants de leur territoire. Cependant, coopérer ne va pas de soi. Comme dans tout projet collectif, cela nécessite un travail d'articulation impliquant nécessairement tous les membres de l'équipe. L'enquête par entretiens, répétée entre 2013 et 2019, avec une cinquantaine de professionnels exerçant dans trois MSP, diverses dans leur projet, leur composition et leur organisation, permet d'une part d'explorer les coopérations développées, et, d'autre part, de saisir la nature et la division des tâches sur lesquelles repose le travail d'articulation, et la manière dont elles se négocient et se transforment au fil du temps. Dans ces trois MSP, où les coopérations s'accroissent et se diversifient, les tâches liées au travail d'articulation se heurtent à leur manque de légitimité dans le champ de la santé, et ce malgré les financements qui leur sont dédiés. Face aux perturbations qui émaillent la vie des projets et des équipes, un soutien mutuel dans l'accomplissement de ce travail d'articulation s'avère pourtant crucial. Les négociations qui le sous-tendent touchent en effet à la fois aux représentations et aux rôles professionnels en matière de soin et de santé, à la division du travail entre les membres de l'équipe et avec des partenaires, ainsi qu'aux hiérarchies et statuts professionnels. Déjà complexes à l'échelle d'une MSP, ces négociations le seront plus encore lorsqu'il s'agira de développer le travail d'articulation sur des territoires de soins primaires élargis, dans le cadre de Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) par exemple.



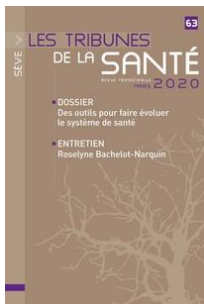
Gauthier Ludivine

## Déploiement des CPTS : les stratégies mises en œuvre par les acteurs de l'exercice coordonné. Master 2 Mention Santé Publique – EHESP, Parcours : pilotage des politiques et actions en santé publique 2020-2021

Rennes : Sciences Po, 2021, 91 p.

En ligne : [https://documentation.ehesp.fr/memoires/2021/ppasp/ludivine\\_gautier.pdf](https://documentation.ehesp.fr/memoires/2021/ppasp/ludivine_gautier.pdf)

Sujet de recherche : Comment les stratégies d'accompagnement des ARS contribuent-elles au déploiement des CPTS ?



Rist S, Rogez R

## Les CPTS : de l'ambition politique à la réalité territoriale

Les Tribunes de la santé 2020 ; 63 : 51-55

En ligne : <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2020-1-page-51.htm>

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont été créées par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 pour participer à l'amélioration de l'accès aux soins. Pivots de la stratégie de réorganisation du système de santé présentée dans le cadre du plan « Ma santé 2022 », ces CPTS devraient être au nombre de 1 000 en 2022. Les CPTS ont vocation à devenir un outil indispensable à la réorganisation du soin autour du patient, incitant à la coopération interprofessionnelle, au dialogue et laissant place à l'initiative de terrain. Elles sont le reflet d'un changement de paradigme dans la construction de la politique de santé et dans l'organisation des professionnels. Pour autant, l'ambition de ce vaste déploiement de 1 000 CPTS se heurte à certains obstacles.



Bourgeois I, Fournier C

## Contractualiser avec l'Assurance maladie : un chantier parmi d'autres pour les équipes des maisons de santé pluriprofessionnelles

Revue française des affaires sociales 2020 ; 1 : 167-93

En ligne : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-167.htm?contenu=resume>

Les principaux enjeux que soulève le développement des maladies chroniques se matérialisent de façon très concrète pour les professionnels de santé du premier recours, par une gestion de prises en charge de plus en plus complexes au moment où, dans certains territoires, de nombreux médecins généralistes partent à la retraite sans succession. Localement, depuis plus d'une dizaine d'années, des professionnels de santé libéraux s'engagent ainsi dans une transformation de leur manière de travailler ensemble au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). La moitié des équipes engagées dans ces projets contractualisent avec l'Assurance maladie afin de financer leur activité collective, au moyen de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI). Ces transformations engagent les professionnels dans trois types de « chantiers » qu'ils investissent de manière conjointe. Le chantier central est celui de la constitution d'un collectif de santé pluriprofessionnel. Viennent s'y imbriquer les chantiers que représentent, d'une part, l'intégration d'impératifs gestionnaires et, d'autre part, l'invention d'un travail partenarial avec d'autres secteurs d'activité, des élus et

des institutions de santé publique. Ces chantiers, qui s'inscrivent dans un temps long, engagent les professionnels dans des négociations et des apprentissages et reposent sur des transformations culturelles et organisationnelles qui s'avèrent fragiles, instables et exposées à de nombreux aléas. Au fil de l'avancée de ces chantiers, la contractualisation avec l'Assurance maladie se présente comme une opportunité parmi d'autres, que certaines équipes rejettent d'emblée, que d'autres aimeraient pouvoir atteindre sans y parvenir et dont d'autres encore hésitent à s'emparer, pesant le pour et le contre au regard de l'organisation et du sens qu'elles donnent à leur travail, au sein d'environnements toujours singuliers.



Ray M, Bourgueil Y, Sicotte C

### **Les maisons de santé pluriprofessionnelles : un modèle organisationnel au carrefour de multiples logiques**

Revue française des affaires sociales 2020 ; 1 : 57-77

En ligne : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-57.htm>

En France, le champ organisationnel des soins primaires connaît des transformations significatives depuis une vingtaine d'années, avec l'émergence de nouvelles formes de régulation et de nouveaux modèles organisationnels. Parmi ces derniers, les maisons de santé pluriprofessionnelles ont bénéficié du soutien des pouvoirs publics depuis le milieu des années 2000. À travers l'étude rétrospective de documents d'archive sur les politiques de développement des maisons de santé en France, nous proposons une analyse logique de ces politiques publiques et de ce modèle organisationnel. Nous caractérisons ensuite, en nous appuyant sur les théories néo-institutionnelles, les logiques qui sous-tendent la diffusion de ces nouvelles organisations formelles et discutons l'utilité de ce cadre d'analyse pour appréhender les transformations associées aux réformes de l'organisation des soins primaires.



Vezinat Nadège

### **La promotion conjointe des maisons de santé pluriprofessionnelles : une « communauté d'intérêt » entre association professionnelle et autorités sanitaires**

Revue française des affaires sociales 2020 ; 1 : 79-101

En ligne : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-79.htm>

Cet article étudie la fédération française des maisons et pôles de santé en tant que groupe d'intérêt qui se situe à une échelle intermédiaire entre l'État et les maisons de santé pluriprofessionnelles. En se positionnant comme un interlocuteur des pouvoirs publics, la fédération a permis leur légitimation mutuelle. Si les maisons pluriprofessionnelles de santé étaient il y a une dizaine d'années un mode d'exercice encore atypique dans l'offre de soins primaires, leur fédération a su, par le développement d'une dialectique partenariale, résoudre la tension entre logiques ascendante et descendante en instaurant une instrumentalisation réciproque avec les autorités sanitaires.





Moyal A

## **L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médial**

Revue française des affaires sociales 2020 ; 1 : 103-123

En ligne : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-103.htm>

Cet article se propose d'étudier la forme que prend la coordination entre professionnels de santé qui exercent en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). À travers une étude qualitative dans cinq MSP signataires de l'ACI, nous montrons que les nouvelles procédures de coordination qui formalisent la division du travail en MSP, ainsi que les pratiques informelles de coordination entre professionnels, reconfigurent les territoires professionnels. Les professionnels non médecins voient notamment leurs périmètres d'activité s'étendre, sous l'effet de délégations de tâches des médecins généralistes, qui peuvent être volontaires ou contraintes par le contexte organisationnel. Nous soutenons que ces délégations soient volontaires ou contraintes par le contexte organisationnel, elles demeurent sous le contrôle des médecins généralistes, qui s'affirment ce faisant comme les orchestrateurs des prises en charge pluriprofessionnelles en soins primaires.



Ramond-Roquin A, Allory E, Fiquet L

## **La concertation pluriprofessionnelle au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles : pratiques hétérogènes et stratégies locales**

Revue française des affaires sociales 2020 ; 1 : 125-141

En ligne : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-125.htm>

La création des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) vise le développement des pratiques interprofessionnelles en soins primaires. Le soutien financier des MSP depuis 2017 *via* l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) implique que les équipes rendent compte de leurs activités, en particulier de concertation pluriprofessionnelle (CPP) dont la nature et les formes développées en soins primaires restent encore largement méconnues. Un projet de recherche interdisciplinaire intitulé Concert-MSP est en cours de déploiement pour analyser en profondeur les activités de concertation pluriprofessionnelle développées par les équipes dans les MSP. Cet article se propose de présenter la démarche du projet puis, à partir des résultats de l'enquête exploratoire du projet auprès de six MSP, d'illustrer la diversité des pratiques labellisées CPP par les équipes ainsi que leurs stratégies de valorisation, puis d'analyser comment la spécificité des soins primaires oblige à repenser la notion de concertation pluriprofessionnelle. L'hétérogénéité des pratiques révèle la nouveauté de l'instauration de ces concertations, une volonté de s'adapter au contexte local et le souhait d'amener progressivement les professionnels de santé vers un changement de pratiques. La mise en œuvre de ces CPP oblige à repenser la place des différents acteurs de soins primaires et les mécanismes de coordination au sein des équipes de MSP.



Leicher Claude

## CPTS et territoire

Regards 2019 ; 56 : 81-92

En ligne : <https://www.cairn.info/revue-regards-2019-2-page-81.htm>

Avec la création des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), se met en place une organisation territoriale de proximité du secteur ambulatoire. Généralisant le principe de la coordination pluri professionnelle autour des besoins de santé des patients, permettant de répondre aux services attendus par la population, organisée autour des équipes de soins primaires, sur un territoire qu'elle définit, la CPTS est un outil qui crée un interlocuteur visible pour les autres acteurs, et qui en rééquilibrant l'organisation du système de santé, permettra à terme d'aider le secteur de l'hospitalisation à surmonter la crise liée à son utilisation inadéquate.



Falcoff H, Gasse AL, Berraho-Bundhoo Y, Dubois S

## Retour d'expérience : la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du 13ème arrondissement de Paris

Regards 2019 ; 56 : 93-104

En ligne : <https://www.cairn.info/revue-regards-2019-2-page-93.htm>

En 2010, le programme « Expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR) » a ouvert la possibilité aux professionnels de soins primaires de bénéficier de quelques moyens pour développer des innovations organisationnelles. À l'initiative d'un cabinet de médecine générale du 13e arrondissement de Paris, une trentaine de professionnels de santé se regroupent autour d'un « Acte de bonne foi », puis créent l'Association pour le Développement du Pôle de Santé Paris 13e Sud-Est, rapidement désignée « Pôle santé Paris 13 ». L'association dépose auprès de l'ARS Île-de-France une demande de participation à l'ENMR. Une convention est signée avec l'ARS Île-de-France et la Cpm de Paris en mars 2011.



Faucher-Magnan E, Wallon V

## Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé

Paris : Igas, 2018

En ligne : [https://igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-041R\\_.pdf](https://igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-041R_.pdf)

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), créées par la loi du 26 janvier 2016, associent des professionnels de santé et des acteurs sociaux et médico-sociaux d'un même territoire, sur la base d'un projet de santé, pour une meilleure organisation des parcours des patients et un meilleur exercice des professionnels de santé de ville (médecins, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, orthophonistes, pédicures-podologues, sages-femmes...). La ministre des Solidarités et de la Santé a demandé à l'IGAS un premier bilan et des propositions pour une stratégie de déploiement des CPTS, en appui à la direction générale de l'offre de soins. Ce rapport présente le contexte de leur création et la situation deux ans plus tard. Il propose des éléments de cadrage, des principes d'action et des leviers pour renforcer le déploiement des CPTS.

## 2.4 – La question de la participation – Santé communautaire



### Engagement des usagers dans les maisons, centres et territoires de santé

La plaine Saint-Denis : Haute autorité de santé, 2023,

En ligne : [https://www.has-sante.fr/icms/p\\_3451526/fr/engagement-des-usagers-dans-les-maisons-centres-et-territoires-de-sante-avis-n-1-2023-du-conseil-pour-l-engagement-des-usagers](https://www.has-sante.fr/icms/p_3451526/fr/engagement-des-usagers-dans-les-maisons-centres-et-territoires-de-sante-avis-n-1-2023-du-conseil-pour-l-engagement-des-usagers)

Ce guide s'adresse aux professionnels des centres de santé, des maisons de santé et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ainsi qu'aux usagers de ces structures. Inscrit dans le champ de la démocratie en santé, il apporte des repères méthodologiques et pratiques pour augmenter la participation des usagers dans les soins primaires. Le but est d'améliorer la qualité des soins délivrés aux patients et la qualité de vie au travail des soignants.



Ménéard Didier

### Santé communautaire : une alternative crédible

Raison présente 2022 ; 223-224 : 101-111

En ligne : <https://www.cairn.info/revue-raison-presente-2022-3-page-101.htm>

[Extrait] - Présenter la Santé Communautaire en France revient à décrire une organisation de l'offre de santé encore marginale, développée surtout dans les quartiers populaires. Elle se réfère à un modèle d'organisation promu par l'Organisation Mondiale de la Santé et largement effective dans différents pays, comme la Belgique, la Suisse, le Canada, le Brésil, l'Argentine... Ce n'est pas une organisation de l'offre de santé spécifique pour les gens précaires, mais un modèle d'organisation de démocratie sanitaire.



Julie Cachard

## Pratiques participatives en quartier populaire, quelles résistances au renouvellement des rapports entre les médecins généralistes et leurs patients dans la construction et la mobilisation de savoirs sur la santé ?

In : Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques  
Denise T, Divay S, Dos Santos M, Fournier C, Girard L, Luneau A  
Paris : Irdes, 2022, pp. 385-396. (Série sociologie ; 8)

Comment contribuer à réduire les inégalités sociales de santé ? C'est une des questions que se posent des médecins libéraux exerçant dans des maisons de santé pluriprofessionnelles implantées en quartier populaire. Ces médecins affirment vouloir rétablir une forme de justice sociale par la reconnaissance de la parole des patients, notamment ceux qu'ils perçoivent comme les plus vulnérables sur le plan social et médical. Leur façon de concrétiser cet objectif passe en partie par la mise en œuvre de pratiques participatives, en construisant trois types d'espaces pour susciter la contribution active des patients : des consultations individuelles longues, des séances collectives de prévention et d'éducation thérapeutique, ainsi que des groupes de travail pour élaborer le contenu pédagogique de ces séances. Dans ce chapitre, nous analysons le sens que ces médecins généralistes donnent à leurs pratiques participatives lorsqu'elles mettent en jeu l'expression et la circulation des savoirs sur la santé. Nous mobilisons un cadre théorique interactionniste et le concept d'« injustices épistémiques » afin de mettre en lumière l'articulation entre positions sociales et légitimité des savoirs. Nous montrons comment, dans les espaces participatifs, certains profils de patients sont sélectionnés et comment la régulation de leurs contributions vient renforcer le paradigme médical. Réussir un pas vers plus de justice sociale supposerait de dépasser les causes structurelles de cette domination sociale et d'engager une remise en question des logiques épistémiques qui sous-tendent ces pratiques médicales. Nous discutons des leviers sur lesquels certains médecins s'appuient pour progresser dans ce sens.



## Faire exister une démarche participative en santé publique. Enquête sur les coordinatrices Atelier santé ville en Île-de-France

Ahnich Myriam, Aranda Mauricio, Froger-Lefebvre Juliette

In : Denis Thomas, Divay Sophie, Dos Santos Marie (et al.). Pratiques de coopération en santé : regards sociologiques. Paris : Irdes, 2022, pp. 179-194

En ligne : <https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/sociologie/008-pratiques-de-cooperation-en-sante-regards-sociologiques.pdf>

Constitutif du volet santé publique de la politique de la ville, le dispositif de l'Atelier santé ville est porté localement par un service de santé municipal ou une association sur un territoire dit prioritaire. Il assure, en principe, la mise en réseau des différents acteurs locaux de santé (associations, professionnels, établissements, etc.), ainsi que la « participation active » des habitants dans la définition de leurs propres besoins en matière de santé. Résultant d'une enquête collective par entretiens et observations auprès des coordinatrices en Île-de-France, nous revenons ici sur la manière dont celles-ci tentent de s'approprier les principes de la démarche participative propre au dispositif.



## Manifeste pour refonder les soins primaires : passer de l'exercice solitaire à l'exercice solidaire

Paris : AVEC Santé, France Assos Santé, 2021, 12 p.

En ligne : <https://www.avecsante.fr/wp-content/uploads/2021/11/manifeste-soins-primaires-avecsante-france-assos-sante-12pw.pdf>

Dans leur activité de plaidoyer, AVEC Santé et France Assos Santé s'associent pour promouvoir un modèle de soins novateur, basé sur les pratiques pluriprofessionnelles et l'implication des usagers de la santé. Étant donné que les soins primaires font face à des défis inédits (pandémie, vieillissement de la population, complexification des parcours...), et que la place des patients et usagers de la santé tend à s'accroître, les deux organisations 10 propositions pour développer des soins de proximité à destination du plus grand nombre et contribuer à résorber les déserts médicaux.



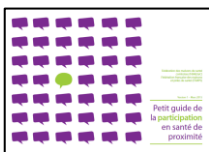
Cachard Julie

## Développer des démarches participatives dans les maisons de santé pluriprofessionnelles : quels enseignements tirer des expériences menées en quartier populaire ?

Revue française des affaires sociales 2020 ; 1 : pp. 143-165

En ligne : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-143.htm>

Les pouvoirs publics, s'appuyant sur des recommandations de santé publique, affichent l'importance de développer des démarches participatives dans le domaine de la santé. En soins primaires, de telles démarches existent dans des maisons de santé pluriprofessionnelles en quartiers populaires. À partir d'une enquête sociologique au sein de neuf d'entre elles, nous analysons les objets autour desquels ces pratiques se développent, les types d'acteurs impliqués et leurs modes d'engagement, puis nous décrivons les dynamiques et les effets qu'elles produisent. Ces pratiques participatives, qui engagent à la fois des professionnels de santé, des usagers et des décideurs politiques, nécessitent néanmoins des conditions difficiles à réunir, surtout si l'on se place dans une perspective d'extension à d'autres maisons de santé, au-delà des quartiers populaires.



Vuattoux Patrick

## Petit guide de la participation en santé de proximité

Besançon : Fédération des maisons de santé comtoises ; Paris : Fédération française des maisons et pôles de santé, 2015, 87 p.

En ligne : <https://www.avecsante.fr/wp-content/uploads/2018/11/le-petit-guide-de-la-participation-en-sante-de-proximite-ffmps.pdf>

Ce guide est destiné à tous ceux qui souhaitent s'engager dans une démarche participative en santé de proximité. Une première partie fournit des définitions, un état des lieux de la participation en santé en France et les principes de la participation en santé de proximité. La seconde partie donne des outils pratiques pour la mettre en œuvre au travers d'éclairages, d'outils et d'expériences.



## Action communautaire en santé. Un outil pour la pratique

Bruxelles : Fédération des maisons médicales, Santé Communauté Participation, Centre local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin, 2013, 56 p.

En ligne : [https://www.clpsct.org/wp-content/uploads/2018/07/SEPSAC2013\\_6\\_tma-1.pdf](https://www.clpsct.org/wp-content/uploads/2018/07/SEPSAC2013_6_tma-1.pdf)

Ce document s'adresse à tous les acteurs locaux qui sont engagés ou qui souhaitent s'engager dans des démarches communautaires en santé. Il rappelle les fondements théoriques de l'action communautaire, les points de repère utiles pour s'inscrire dans cette démarche et propose des pistes concrètes tel un outil pratique permettant aux acteurs de s'orienter dans leurs actions, et de nombreuses références d'outils soutenant la réflexion et la construction de projets.

## 2.5 – La littératie en santé pour faciliter l'accès aux soins



### Littératie en santé [Page web]

Bruxelles : Cultures & Santé, 2023

En ligne : <https://www.cultures-sante.be/nos-outils/focus-sur-une-thematique/955-litteratie-en-sante-3.html>

Cette page web de l'asbl Cultures & santé réunit les différents supports en lien avec la littératie en santé créés par l'association belge. Ces ressources permettent de mieux comprendre le concept et les enjeux liés à l'accès, à la compréhension, à l'évaluation et à l'utilisation des informations pour la santé. S'informer, prendre en compte et renforcer les compétences individuelles, tout en agissant sur les systèmes et ses acteurs, tel est l'enjeu de ces outils de promotion de la santé.



### La littératie en santé. Dossier

Le Chaînon 2022 ; 61 : 4-21

En ligne : <https://www.luss.be/wp-content/uploads/2022/12/202212-chainon-61.pdf>

Ce dossier permet de mieux comprendre ce qu'est la littératie en santé, ce qu'elle favorise, à quoi elle sert, quels en sont les facteurs déterminants. Il permet aussi de détecter les obstacles et de faire la lumière sur les conséquences d'un faible niveau de littératie en santé. Il éclaire aussi sur l'importance d'un partenariat efficace entre le patient et le professionnel. Il propose des pistes pour améliorer le niveau de littératie en santé des publics fragilisés. Il explique aussi comment l'expertise des patients peut se mettre au service de l'amélioration des habilités relationnelles des soignants, quelle posture adopter en tant que professionnel pour permettre la littératie en santé, comment la formation des patients formateurs permet de sensibiliser à l'expertise du vécu, à la façon dont est reçue l'information en tant que patient.



Margat Aurore

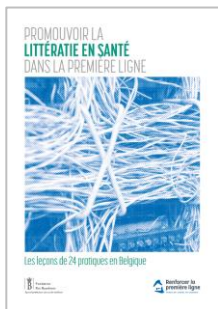
### Comment mieux prendre en compte la littératie en santé des personnes en éducation thérapeutique ?

Marseille : CRES Provence-Alpes-Côte d'Azur, ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2021, 4 p. (Les fiches synthèse en éducation du patient ; 3)

En ligne : <https://www.cres-paca.org/fichier/17875/544>

patient.

Cette fiche ressource vise à aider les soignants à repérer le niveau de littératie des patients en santé dans le cadre d'une démarche d'éducation thérapeutique du



Van den Broucke Stephan, Vandebroek Philippe, Boon Kaat  
**Promouvoir la littératie en santé dans la première ligne. Les leçons de 24 pratiques en Belgique**

Bruxelles : Fondation Roi Baudouin, 2021, 72 p.

En ligne : [https://media.kbs-frb.be/fr/media/8618/2021\\_PUB\\_3820\\_LitteratieSant%C3%A9](https://media.kbs-frb.be/fr/media/8618/2021_PUB_3820_LitteratieSant%C3%A9)

Ce rapport présente 24 initiatives sélectionnées pour un appel à projets lancé en 2019 sur le renforcement de la littératie en santé dans la première ligne, c'est à dire les soins directement accessibles, ambulatoires et généralistes et les services de soutien dans le domaine de la santé et de l'aide sociale. Il met en lumière d'importantes conclusions dans trois domaines de la pratique : permettre à chacun d'apprendre ; cartographier le paysage de l'offre et des besoins ; approfondir les contacts dans la pratique quotidienne. Dans une première partie, les auteurs dressent une esquisse de la littératie en santé au niveau international et en Belgique. Les deuxième et troisième parties sont consacrées aux enseignements et aux conclusions tirés des 24 initiatives de renforcement de la littératie en santé. Le cinquième chapitre présente une vision synthétique des initiatives soutenues, et la dernière partie du rapport propose des fiches de présentation plus précises des actions sélectionnées.



**Comment rendre un lieu d'accueil favorable à l'exercice de la littératie en santé ?**

Bruxelles : Cultures & Santé, 2019, 4 p.

En ligne : <https://www.cultures-sante.be/component/phocadownload/category/26-fiche-lisa.html?download=351:fiche-lisa-5>

Chaque jour, de nombreuses personnes patientent en salle d'attente ou traversent le lieu d'accueil de services. Plus ou moins long, ce temps précède l'entretien, la consultation... Que se joue-t-il dans ces lieux ? Pourquoi est-il important d'y prêter attention ? En rendant ces espaces adaptés, vous pouvez créer des points de repères et un climat qui faciliteront l'accès aux informations pour la santé, leur compréhension, leur évaluation voire leur application.

Cette fiche vous invite à considérer l'environnement comme un levier pour faciliter l'exercice des compétences de littératie en santé des personnes. Cela passe par une réflexion à mener sur l'organisation du service dans une optique de renforcement de la littératie en santé. Nous vous proposons ensuite quelques pistes pour l'aménagement et l'organisation de la salle d'attente, vu comme lieu stratégique des structures sociales ou médicales.



Bülent Kaya, Marti Mariana  
**Autonomisation des personnes ayant un faible niveau de littératie en santé**

Berne : Office fédéral de la santé publique, Croix-Rouge Suisse, 2019, 2 p.

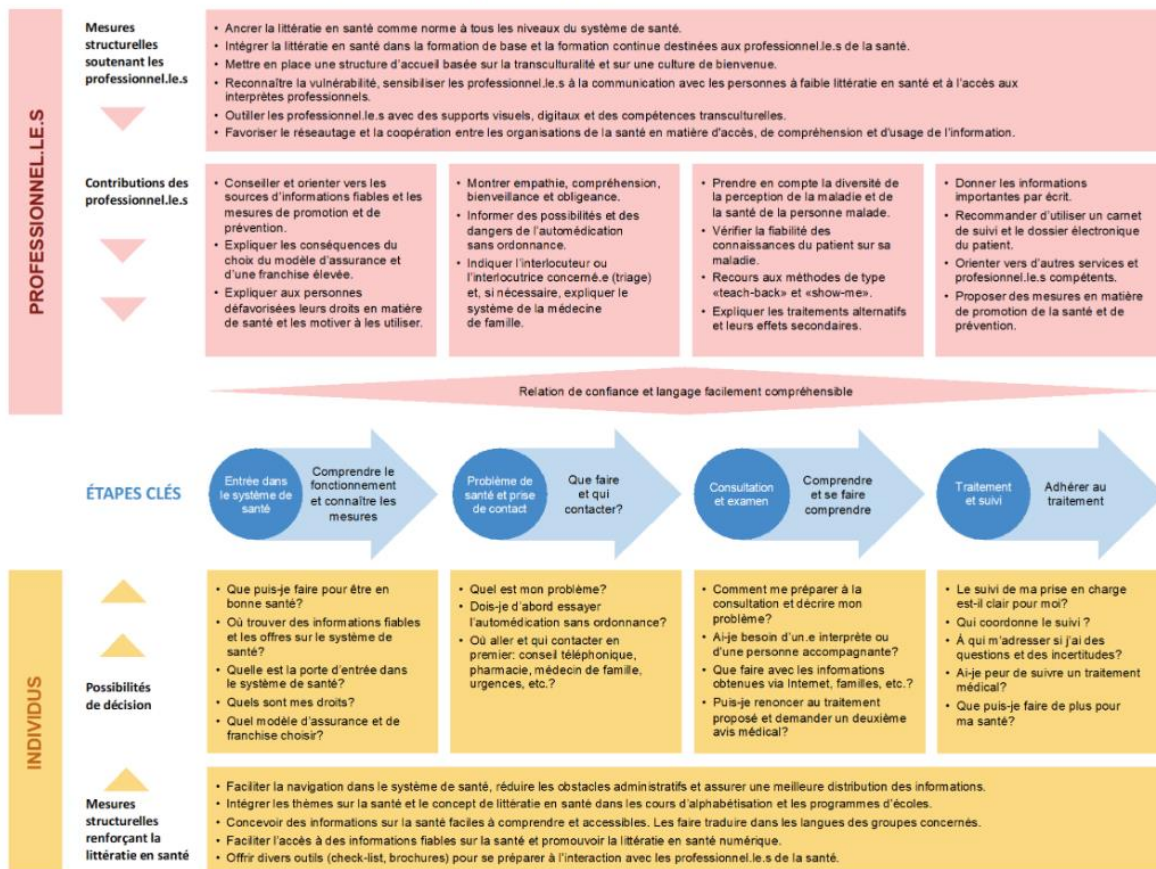
En ligne : [https://assets.ctfassets.net/fclxf7o732gj/6WehvmfyfijyGqd90zHb8/341f91ff535934ee25199b12e12352fd/Autonomisation\\_des\\_personnes\\_avec\\_faible\\_litt\\_ratie\\_en\\_sant\\_.pdf](https://assets.ctfassets.net/fclxf7o732gj/6WehvmfyfijyGqd90zHb8/341f91ff535934ee25199b12e12352fd/Autonomisation_des_personnes_avec_faible_litt_ratie_en_sant_.pdf)

Les professionnels de la santé et du domaine social jouent un rôle central dans la transmission d'informations et, partant, dans le renforcement de la littératie en santé des personnes défavorisées. Afin de les sensibiliser et de les soutenir dans cette tâche, une infographie



«Autonomisation des personnes ayant un faible niveau de littératie en santé» est maintenant à leur disposition. Elle indique les besoins d'action, d'intervention et d'approche axées sur les patients pouvant soutenir le développement de la littératie en santé interactive et critique.

## Autonomisation des personnes ayant un faible niveau de littératie en santé



Henrad Gilles, Ketterer Frédéric, Giet Didier, Vanmeerbeek Marc, Belche Jean-Luc, Buret Laetitia

### La littératie en santé, un levier pour des systèmes de soins plus équitables? Des outils pour armer les professionnels et impliquer les institutions

Santé publique 2018 ; Hors-série 1 (S1) : pp. 139-143

En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-HS1-page-139.htm>

Cet article rappelle brièvement en quoi de trop faibles niveaux de littératie en santé peuvent être considérés comme un problème de santé publique. Il positionne ensuite le concept de littératie en santé comme possible levier pour amener les systèmes de soins à une meilleure prise en compte des inégalités sociales de santé. Il tente enfin de donner des pistes d'actions concrètes aux travailleurs de terrain, qu'ils soient cliniciens ou responsables de la qualité des soins, en insistant sur l'intérêt d'une approche organisationnelle de la littératie en santé.



Debussche Xavier, Balcou-Debussche Maryvette

## **Analyse des profils de littératie en santé chez des personnes diabétiques de type 2 : la recherche ERMIES-Ethnosocio**

Santé publique 2018 ; Hors-série 1(S1) : 145-156

En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-HS1-page-145.htm>

La littératie en santé se réfère aux compétences et ressources nécessaires aux individus pour répondre aux demandes complexes de santé de la société moderne. La présente contribution décrit et analyse les profils et les variations individuelles de la littératie en santé de personnes diabétiques de type 2 participant à un programme d'intervention éducative sur deux ans.



Ruel Julie, Allaire Cécile

## **Communiquer pour tous. Guide pour une information accessible**

Saint-Maurice : Santé publique France, 2018, 116 p.

En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/communiquer-pour-tous-guide-pour-une-information-accessible>

Alors que l'environnement propose au quotidien un flot d'informations, pour utiliser un transport, suivre un traitement médical, participer à une réunion de parents d'élèves ou encore choisir une assurance, traiter les informations requiert la mobilisation de nombreuses compétences telles que chercher, lire, comprendre ou comparer. Or, une partie de la population rencontre des difficultés pour accéder à l'information pourtant utile à la prise de décision et à la participation sociale et citoyenne. Ce guide est le fruit d'un travail mené par des acteurs publics, des chercheurs et des associations impliqués sur les questions de littératie, d'accès à l'information, de participation sociale et de citoyenneté. Il suggère des pratiques à tous ceux qui souhaitent concevoir une information accessible à tous. [Résumé auteurs]



Loureiro Soares Cynthia, Burton-Jeangros Claudine, Martins-Dominati Elisabeth, Jackson Yves

## **Précarité et compétences en santé. Présentation d'une étude menée à Genève sur le transfert de compétence en santé de professionnels à des patients très précaires [Page internet]**

Lausanne : REISO.Org revue d'information sociale, 2017

En ligne : <https://www.reiso.org/articles/themes/soins/1702-precarite-et-competences-en-sante>

[Extrait] - Cette recherche menée auprès d'une population particulièrement précaire caractérisée par de nombreuses difficultés d'accès aux soins, démontre que le transfert de compétences est un processus complexe où il n'est pas seulement question de transmettre des informations et de s'assurer que le patient les ait saisies. Le préalable à ce transfert est non seulement un accès aux soins adéquat et global, mais également la création d'un socle relationnel thérapeutique individualisé et prenant en compte les facteurs contextuels des individus. Par cela, il est entendu que pour soigner au mieux, le professionnel de la santé doit appréhender le patient dans son fonctionnement global, évaluer ses capacités et ses contraintes dans son contexte de vie afin de transmettre les conseils les plus adaptés. En raison de la distance sociale entre les professionnels et les soignants, ce travail de rapprochement représente un défi particulier et nécessite un important travail de réflexivité de la part des soignants.



Ferron Christine

## **La littératie en santé : synthèse bibliographique**

Saint-Denis : Fnes, 2017, 39 p.

En ligne : [https://www.fnes.fr/wp-content/uploads/2018/01/Litt%C3%A9ratie-en-sant%C3%A9-Synth-biblio-Fnes\\_VDEF2.pdf](https://www.fnes.fr/wp-content/uploads/2018/01/Litt%C3%A9ratie-en-sant%C3%A9-Synth-biblio-Fnes_VDEF2.pdf)

Cette synthèse bibliographique pose les bases théoriques, conceptuelles et méthodologiques de la littératie en santé. Elle explore les liens entre littératie en santé et promotion de la santé, ainsi que les mesures et interventions favorables au développement de la littératie en santé. Elle présente les déterminants de la littératie en santé mais la positionne également comme un déterminant majeur de la santé et un médiateur des inégalités sociales de santé.

# 4 - PRÉFÉRENCES DES MÉDECINS DANS LEUR CHOIX D'INSTALLATION ET PRINCIPAUX DÉTERMINANTS DE LEUR INSTALLATION

## 4.1 - Données nationales



Schlegel Vincent

### Des médecins entrepreneurs de la transformation des soins primaires : une analyse des conditions d'engagement des porteurs libéraux dans les expérimentations Ipep et Peps

Questions d'économie de la santé 2022 ; 273 : 8 p.

En ligne : <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/273-des-medecins-entrepreneurs-de-la-transformation-des-soins-primaires.pdf>

Les expérimentations d'une Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) et d'un Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps), introduites dans l'article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) en 2018, permettent aux professionnels de soins primaires de déroger aux règles de droit commun en matière de financement. La participation à ces dispositifs expérimentaux a reposé sur un appel à manifestation d'intérêt, invitant les professionnels de santé intéressés à constituer un dossier de candidature et à présenter un projet à mettre en œuvre. La sélection opérée par les équipes nationales a abouti à la forte présence de représentants professionnels et syndicaux.

Issue du volet sociologique de l'enquête Evaluation d'expérimentations article 51 de rémunération alternative à l'acte (Era2), cette étude s'appuie sur des entretiens réalisés auprès des médecins désignés comme porteurs de projet Ipep ou Peps qui exercent en libéral. En s'intéressant à leur trajectoire professionnelle, il est possible de comprendre comment celle-ci façonne leur capacité à se saisir de telles opportunités et à répondre aux exigences des autorités publiques. L'enquête montre que ces médecins présentent un goût marqué pour le changement institutionnel et une capacité à penser la transformation structurelle des soins primaires comme une succession de projets. Leur connaissance fine du système de santé et leur participation à de précédentes expérimentations facilitent leur engagement dans Ipep ou Peps. Finalement, cette étude révèle les conditions qui doivent être réunies pour répondre aux attentes des autorités publiques et initier le projet imaginé, ce qui interroge la généralisation et la répliquabilité de ce type d'expérimentation.



Cassou M, Mousques J, Franc C

### Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes

Questions d'économie de la santé 2021 ; 258 : 8 p.

En ligne : <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/258-l-exercice-en-maison-de-sante-pluriprofessionnelle-a-un-effet-positif-sur-les-revenus-des-medecins-generalistes.pdf>

Entre 2008 et 2020, 1 300 Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ont été créées en France ; elles sont très majoritairement implantées dans les territoires médicalement défavorisés. Le profil des médecins généralistes y exerçant est aussi particulier. Ainsi, ceux qui

ont rejoint une MSP entre 2008 et 2014 étaient un peu plus jeunes en moyenne que leurs homologues et exerçaient plus fréquemment une activité salariée en sus de leur activité libérale. Au cours de la période 2008-2014, les revenus des médecins généralistes ayant choisi d'exercer dans une MSP progressent plus rapidement que ceux de leurs confrères. Cela s'explique notamment par une augmentation plus rapide de la taille de leur file active et donc des rémunérations forfaitaires qui y sont associées. Pour autant, l'évolution du nombre de leurs consultations et visites n'apparaît pas significativement différente. La capacité des médecins en MSP à accroître leur patientèle sans augmenter le nombre d'actes dispensés peut s'interpréter comme un effet direct de la coordination entre professionnels de la MSP. Compte tenu de l'implantation géographique des MSP, plutôt en zone faiblement dotée en médecins généralistes, cette hausse de la taille de la patientèle peut également s'interpréter comme une amélioration de l'accès aux soins. Par ailleurs, cette croissance plus rapide de la patientèle pour les médecins exerçant en MSP ne semble pas avoir été réalisée au détriment de la qualité évaluée au sens de la Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp).

Diot Patrice

## Les déterminants des choix d'implantation des jeunes médecins

In : Les ressources humaines en santé, levier de la transformation du système de santé. Actes des séminaires du HCAAM 2019-2020

Paris : Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 2021, pp. 85-86

En ligne : [https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/ouvrage\\_rh\\_-\\_hcaam\\_-\\_mel.pdf](https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/ouvrage_rh_-_hcaam_-_mel.pdf)



Chevillard G, Mousques J

## Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ?

Questions d'économie de la santé 2020 ; 247 : 8 p.

En ligne : <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/247-les-maisons-de-sante-attirent-elles-les-jeunes-medecins-generalistes-dans-les-zones-sous-dotees-en-offre-de-soins.pdf>

L'accessibilité géographique aux médecins généralistes diminue et les inégalités territoriales s'aggravent. Les territoires où l'accessibilité diminue le plus sont aussi les plus éloignés des pôles d'emplois, des équipements et des services. L'implantation des médecins généralistes s'inscrit donc dans une problématique territoriale plus générale. Elle est aussi, compte tenu de l'importance des questions de santé pour la population, un élément clé de la politique d'aménagement du territoire. Dans ce contexte, cette étude mesure l'impact des maisons de santé pluriprofessionnelles sur l'évolution de la densité des médecins généralistes en distinguant les effets selon les territoires et les catégories d'âge des médecins. Dans les territoires avec une faible accessibilité aux soins, l'ouverture de maisons de santé favorise-t-elle l'installation et le maintien de nouveaux médecins généralistes ? Permet-elle la consolidation et le maintien d'une offre de médecins ? L'étude compare l'évolution dans le temps de la densité de médecins généralistes entre des territoires avec maisons de santé et des territoires aux caractéristiques voisines mais sans maison de santé. Les résultats montrent que les territoires de vie avec une faible accessibilité aux soins et dans lesquels sont implantées des maisons de santé connaissent une meilleure évolution de l'offre de soins et attirent davantage les jeunes médecins généralistes de moins de 40 ou 45 ans. Ainsi, dans les espaces périurbains ayant une moindre accessibilité aux soins primaires, leurs arrivées sont supérieures aux départs et les

maisons de santé participent donc à rééquilibrer la répartition de l'offre de soins. Dans les marges rurales peu attractives et aux populations fragiles, elles ont un effet positif en atténuant la diminution de l'offre due aux départs en retraite, mais cet effet est à lui seul insuffisant pour inverser la dynamique démographique défavorable. D'autres mesures complémentaires sont donc nécessaires dans ces territoires.



Fournier C

## Travailler en équipe en maison de santé : un questionnement éthique renouvelé

La Sante en action 2020 ; 453 : 35-38

En ligne :

<https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/304620/2859325?version=1>

Une part croissante de la population fait face à des problématiques de santé chroniques, souvent rendues plus complexes par leur intrication avec les situations sociales des personnes. Insatisfaits des réponses qui peuvent être apportées à ces problèmes dans des conditions d'exercice solitaire, certains professionnels de santé libéraux de premier recours s'engagent depuis une quinzaine d'années dans des pratiques différentes, au sein de nouvelles organisations qui reçoivent un soutien des pouvoirs publics : les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Ils réinventent ainsi d'une certaine manière une médecine sociale pratiquée par les professionnels de santé salariés des centres de santé, restée longtemps minoritaire et combattue par la plupart des syndicats de médecins, mais qui connaît aussi aujourd'hui un renouveau. L'exercice en MSP implique des transformations de pratiques qui présentent pour les professionnels un choc culturel et des questionnements éthiques. Dans certains territoires, la situation de crise liée à la pandémie de Covid-19 a conduit les professionnels des MSP à travailler autrement ensemble et au sein de collectifs élargis. Quelles transformations de l'organisation territoriale des soins primaires peut-on attendre de ces nouvelles pratiques et de ces nouvelles organisations ? Quels enjeux politiques révèlent-elles ?



## Étude sur l'installation des jeunes médecins. Enquête sur les déterminants de l'installation chez les internes, les remplaçants exclusifs et les installés

Paris : Conseil national de l'Ordre des médecins, 2019, 27 p.

En ligne : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/1thxouu/cnom\\_enquete\\_installation.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1thxouu/cnom_enquete_installation.pdf)



Dumontet M, Samson AL, Franc C

## Comment les médecins choisissent-ils leur lieu d'exercice ?

Revue française d'économie 2016 ; 31(4) : 221-267.

Doi : <https://doi.org/10.3917/rfe.164.0221>

À partir d'une base de données exhaustive, restreinte aux médecins généralistes installés en libéral entre 2005 et 2011, cet article étudie les déterminants du choix de leur lieu d'installation au sein d'une région, en distinguant quatre zones : banlieue, ville centre, ville isolée, rurale. Si les variables individuelles influencent relativement peu le choix d'une zone, les caractéristiques de

l'offre et de la demande locale de soins, les dispositifs d'exonérations fiscales éventuellement offerts et les équipements disponibles dans chaque zone, expliquent significativement leur choix. Ces résultats sont mobilisés pour simuler l'impact de trois mesures visant à augmenter le nombre de généralistes s'installant en zone rurale.



Mangeney C, Grémy I

## Les déserts médicaux en Île-de-France, de quoi parle-t-on ? Quels leviers d'action ?

Paris, France : Observatoire régional de santé Île-de-France, 2018, 134 p.

En ligne : [https://www.ors-](https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/Etude_1490/ORS_deserts_medicaux_vf.pdf)

[idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/Etude\\_1490/ORS\\_deserts\\_medicaux\\_vf.pdf](https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/Etude_1490/ORS_deserts_medicaux_vf.pdf)

A l'heure où s'amorce le virage ambulatoire, la question des difficultés d'accès aux soins de premier recours en ville est un sujet majeur qui concerne la quasi-totalité des régions françaises.

Dans ce contexte, un grand nombre d'acteurs, y compris hors champ de la santé publique, s'en emparent. Cette publication examine la situation de la démographie médicale francilienne, présente les méthodologies et découpages réglementaires, et dresse un panorama des leviers d'action visant à résorber les déserts médicaux.

Parmi les résultats marquants :

- Des besoins de soins de ville en augmentation et une baisse de l'offre médicale libérale de premier recours, en Île-de-France comme ailleurs en France ;
- Une inégale répartition de l'offre de soins sur le territoire régional ;
- Une nouvelle délimitation des zonages déficitaires, cibles des aides publiques ;
- Une multitude de mesures et d'actions qui restent à mieux articuler et faire connaître, à reconfigurer pour certaines, à mieux cibler pour d'autres ;
- Des leviers d'actions, déjà diversifiés, qui peuvent encore être complétés.



Louyot Thomas

## Quels sont les déterminants à l'installation des jeunes médecins généralistes en Lorraine ? Une étude rétrospective quantitative réalisée auprès des jeunes médecins généralistes français primo-installés en Lorraine [Thèse de médecine]

Nancy : Faculté de médecine, 2016, 137 p.

En ligne : [http://docnum.univ-](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2016_LOUYOT_THOMAS.pdf)

[lorraine.fr/public/BUMED\\_T\\_2016\\_LOUYOT\\_THOMAS.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2016_LOUYOT_THOMAS.pdf)

### RÉSUMÉ DE LA THÈSE

L'installation des médecins généralistes est devenue un enjeu politique majeur. Les instances publiques, de tutelle ainsi que les professionnels se demandent : « pourquoi les jeunes médecins généralistes ne s'installent pas ? ». A cette interrogation, nous avons trouvé pertinents de répondre en posant la question contraire : « Pourquoi les jeunes médecins s'installent-ils ? ». L'objectif de cette étude a été de déterminer et d'analyser les déterminants à l'installation des jeunes médecins généralistes en Lorraine. L'objectif secondaire a été de faire un état des lieux de l'installation des jeunes médecins généralistes en Lorraine. Une étude de faisabilité a d'abord été réalisée puis en s'appuyant sur elle, une étude rétrospective quantitative a été dirigée vers la totalité des 209 jeunes médecins généralistes français primo-installés en Lorraine depuis le premier janvier 2010. Parmi les 162 médecins interrogés, 137 ont

répondus au questionnaire. Un profil type du jeune médecin généraliste récemment installé en Lorraine a été établi. Des déterminants à l'installation des jeunes médecins généralistes ont pu être mis en évidence : l'exercice en groupe, de bonnes conditions d'exercice, un accès au travail pour le conjoint, la présence d'une école pour les enfants et la proximité de structures de proximité adaptées au mode de vie et d'exercice des jeunes médecins installés. Une classification des déterminants à l'installation a été établie et va pouvoir permettre à d'autres études de compléter les constatations faites dans ce travail. A cause de certains biais, le profil du jeune médecin généraliste lorrain nécessite d'être précisé sur plusieurs points. Il semble nécessaire d'accentuer l'information faite aux jeunes médecins généralistes, de favoriser l'exercice en groupe, par exemple au sein de Maisons de Santé Pluri professionnelles, de renforcer les territoires en voie de désertification et de mieux cibler certaines aides à l'installation. Malgré des biais de recrutement et une faible population étudiée, cette étude a permis de définir et catégoriser les déterminants à l'installation des jeunes médecins généralistes français primo-installés depuis moins de 5 ans en Lorraine. Peut-être que d'autres études pourront aider à préciser ces déterminants

## 4.2 - Données internationales



Safon Marie-Odile

### Les politiques de lutte contre la désertification médicale : les enseignements français et étrangers. Bibliographie thématique

Paris : Irdes, 2022, 406 p.

En ligne : <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-politiques-de-lutte-contre-la-desertification-medicale.pdf>

L'objectif de cette bibliographie est de recenser des sources d'information (articles, ouvrages, rapports, littérature grise) sur les mesures mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale dans les pays de l'OCDE.

Elma A, Nasser M, Yang L, Chang I, Bakker D, Grierson L

### Medical education interventions influencing physician distribution into underserved communities : a scoping review

Hum Resour Health 2022 ; 20(1) : 31

Doi : 10.1186/s12960-022-00726-z

Contexte et objectif : La mauvaise répartition des médecins est un problème mondial qui entrave l'accès des patients aux services de santé. La formation médicale offre la possibilité d'inciter les médecins à répondre aux besoins de santé des communautés mal desservies lorsqu'ils s'installent. Il est essentiel de comprendre l'impact des interventions éducatives conçues pour compenser la mauvaise répartition des médecins afin d'éclairer les stratégies de ressources humaines en santé visant à garantir que la disposition du personnel médical réponde au mieux aux besoins diversifiés de tous les patients et de toutes les communautés.

Méthodes : Une étude exploratoire a été réalisée à l'aide d'un cadre en six étapes pour aider à cartographier les preuves actuelles sur les interventions éducatives conçues pour influencer les décisions ou l'intention des médecins d'établir leur pratique dans des zones mal desservies. Une stratégie de recherche a été élaborée et utilisée pour effectuer des recherches dans les bases de données. Les données ont été synthétisées en fonction des types d'interventions et de la position dans la trajectoire de développement professionnel de l'enseignement médical, qui



influencent l'intention ou la décision des médecins de s'établir dans des zones rurales ou mal desservies.

Résultats : L'analyse a porté sur 130 articles, classés en quatre catégories : critères d'admission préférentiels, formation de premier cycle dans des régions mal desservies, formation postdoctorale dans des régions mal desservies et incitations financières. Une cinquième catégorie a été créée pour refléter les initiatives comprenant diverses combinaisons de ces quatre interventions. La plupart des études ont démontré un impact positif sur le lieu d'exercice, suggérant que la sélection d'étudiants issus de zones rurales ou mal desservies, l'obligation de fréquenter des campus ruraux et/ou de participer à des stages ou des rotations en milieu rural contribuent à répartir les médecins dans des zones rurales ou mal desservies. Toutefois, ces études peuvent être faussées par divers facteurs, notamment l'origine rurale, l'intérêt préexistant pour la pratique rurale et le mode de vie. Les articles présentaient également diverses limites, notamment un biais d'autosélection et l'absence de définition standard de la notion de zone mal desservie.

Conclusions : **Diverses interventions éducatives peuvent influencer le lieu d'exercice des médecins : critères d'admission préférentiels, expériences rurales au cours de la formation médicale de premier et de deuxième cycle, et incitations financières.** Les éducateurs et les décideurs politiques doivent tenir compte de l'identité sociale, des préférences et des motivations des aspirants médecins, car elles ont un impact considérable sur l'efficacité des initiatives éducatives conçues pour influencer la répartition des médecins dans les zones mal desservies.



Polton Dominique, Chaput Hélène, Portela Mickaël, Laffeter Question, Millien Christelle

### **Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques : les leçons de la littérature internationale**

Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2021, 78 p. (Les dossiers de la Drees ; 89)

En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/DD89.pdf>

[Extraits de la synthèse] - L'objectif de ce Dossier de la DREES est, à partir d'une analyse de la littérature internationale, de décrire ces politiques, de rassembler les éléments d'évaluation de leurs impacts et de dégager quelques réflexions pour alimenter le débat sur la situation française. Ce dossier comporte également un état des lieux des préférences des médecins dans leur choix d'installation et des principaux déterminants de leur installation et de leur maintien sur leur lieu d'exercice, autant de leviers potentiels pour l'action publique.

Cette littérature est abondante, mais il faut en garder à l'esprit ses limites. Elle reflète essentiellement l'expérience d'un petit nombre de pays (les États-Unis, l'Australie et le Canada représentent 80 % des références). Les contextes d'organisation du système de santé, mais aussi les caractéristiques géographiques (vastes étendues très peu peuplées, avec des problématiques d'éloignement, d'isolement et de conditions climatiques, auxquelles s'ajoute parfois la question des peuples autochtones) ne sont pas comparables avec la situation française. La problématique est en général centrée sur les zones rurales, la question des zones urbaines défavorisées est beaucoup moins abordée. Par ailleurs, le niveau de preuve sur l'efficacité des politiques est modeste, faute d'évaluations robustes (par exemple avec des expérimentations « randomisées »). Il faut donc se garder de transpositions hâtives. Pour autant, un certain nombre d'enseignements peuvent être dégagés de cet ensemble d'expériences qui, même si elles s'inscrivent dans des contextes spécifiques différents du nôtre, amènent à des réflexions convergentes et de portée assez universelle.

Il ressort de la littérature internationale que le choix de s'installer dans une zone mal desservie est lié en premier lieu à un ensemble **de facteurs personnels** : les liens qu'on peut avoir avec ce type de territoire, parce qu'on y a grandi ou qu'on y a des attaches familiales ou amicales, le souhait d'exercer la médecine de famille. **La formation** (par des contenus ou des lieux de stage spécifiques) peut contribuer, dans des proportions difficiles à estimer, à renforcer ces orientations. L'évolution avec le temps de ces facteurs personnels, et en particulier de la situation familiale, influe sur la décision de rester ou de partir au bout d'un certain nombre d'années d'exercice. Au-delà des facteurs personnels, **les conditions d'exercice**, notamment la possibilité de maîtriser la charge de travail et surtout de ne pas être isolé professionnellement sont aussi, et de plus en plus, déterminants dans le choix d'un lieu de pratique ; l'expérience vécue sur ce plan a un poids important dans la décision de continuer à exercer dans ce territoire. Les aspects financiers ont aussi leur importance. Mais celle-ci est variable selon les caractéristiques des systèmes de santé et des zones concernées, et leur poids apparaît secondaire par rapport aux autres conditions de l'épanouissement professionnel.

Enfin, **le contexte du territoire** lui-même, les commodités et la gamme de services éducatifs, culturels, récréatifs qu'il peut fournir pèsent dans les décisions d'installation, et peuvent prendre une importance plus ou moins grande en fonction du moment du cycle de vie

Pour mieux comprendre les déterminants du choix d'installation des médecins **des études ont été menées dans six pays, dont cinq européens, visant à expliciter la valeur que les médecins accordent à différents aspects de leur vie professionnelle** (essentiellement le niveau de revenu, l'environnement rural ou urbain, la durée de travail, les permanences de soins). Ces travaux cherchent ce que les économistes appellent **la « disposition à payer »**, c'est-à-dire la somme que l'on est prêt à sacrifier en échange d'un avantage non monétaire – ou, à l'inverse, le montant de revenu supplémentaire qui serait de nature à compenser un désavantage.

L'analyse de l'expérience internationale permet de dégager **quatre grands registres d'intervention pour attirer et garder des médecins dans les zones mal pourvues : les incitations financières, la formation initiale, la régulation (contraintes sur le choix de localisation) et le soutien professionnel et personnel**

Goodfellow A, Ulloa JG, Dowling PT, Talamantes E, Chhedo S, Bone C, Moreno Gerardo

## **Predictors of Primary Care Physician Practice Location in Underserved Urban or Rural Areas in the United States: A Systematic Literature Review**

Academic Medicine 2016 ; 91(9) : 1313-1321

Doi : <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001203>

Les auteurs ont procédé à une analyse systématique de la littérature médicale afin de déterminer **les facteurs les plus fortement associés à la localisation des médecins de premier recours dans les zones urbaines ou rurales mal desservies des États-Unis.**

Méthode : En novembre 2015, les auteurs ont consulté des bases de données (MEDLINE, ERIC, SCOPUS) et Google Scholar pour identifier les études publiées et évaluées par des pairs qui se concentraient sur les PCP et rapportaient les résultats de la localisation de la pratique qui incluait les zones urbaines ou rurales mal desservies des États-Unis. **Les études portant sur les intentions de pratique**, les non-médecins, la composition du panel de patients ou la rétention/le roulement ont été exclues. Ils ont examiné 4 130 titres et 284 articles complets.

Résultats : Soixante-douze études observationnelles ou cas-témoins répondaient aux critères d'inclusion. Elles ont été classées en quatre grands thèmes correspondant à la littérature antérieure : 19 études portaient sur les caractéristiques des médecins, 13 sur les facteurs financiers, 20 sur les programmes d'études des facultés de médecine et 20 sur les programmes de formation médicale supérieure. **Les études ont mis en évidence des relations significatives entre la race/l'ethnie et la langue des médecins et le fait qu'ils exercent dans des zones mal desservies. Plusieurs études ont mis en évidence des associations significatives entre les facteurs financiers (par exemple, les dettes ou les incitations) et la pratique dans les zones mal desservies ou rurales, indépendamment des caractéristiques préexistantes du stagiaire. Il a**

également été prouvé que les écoles de médecine et les programmes de formation médicale continue étaient efficaces pour former des PCP qui s'installent dans des zones mal desservies.

Conclusions : Des incitations financières et des programmes de formation spéciaux pourraient être utilisés pour soutenir les stagiaires présentant les caractéristiques personnelles associées à la pratique dans les zones rurales ou mal desservies. L'expansion et la reproduction des programmes d'études des facultés de médecine qui ont fait leurs preuves pour former des cliniciens qui exercent dans des zones urbaines ou rurales mal desservies devraient constituer un investissement stratégique pour l'éducation médicale et la recherche future.

Verma P, Ford JA, Stuart A, Howe Amanda, Everington S, Steel N

## A Systematic Review of Strategies to Recruit and Retain Primary Care Doctors

BMC Health Services Research 2016 ; 16 : 25 p.

Doi : <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1370-1>

Contexte : Les soins primaires connaissent une crise de main-d'œuvre. Des recherches antérieures ont examiné les raisons sous-jacentes aux problèmes de recrutement et de fidélisation, mais peu de recherches se sont penchées sur ce qui fonctionne pour améliorer le recrutement et la fidélisation. L'objectif de cette revue systématique est d'évaluer les interventions et les stratégies utilisées pour recruter et fidéliser les médecins de premier recours au niveau international.

Méthodes utilisées : Une étude systématique a été réalisée. MEDLINE, EMBASE, CENTRAL et la littérature grise ont fait l'objet d'une recherche depuis le début jusqu'à janvier 2015. Les articles évaluant les interventions visant à recruter ou à retenir les médecins dans les pays à revenu élevé, applicables aux médecins de premier recours, ont été inclus. Aucune restriction quant à la langue ou à l'année de publication n'a été imposée. Le premier auteur a examiné tous les titres et résumés et un deuxième auteur en a examiné 20 %. L'extraction des données a été effectuée par un auteur et vérifiée par un second. Une méta-analyse n'a pas été possible en raison de l'hétérogénéité.

Résultats : Cinquante et une études évaluant 42 interventions ont été extraites. Les interventions ont été classées en treize groupes : incitations financières (n = 11), recrutement d'étudiants ruraux (n = 6), recrutement international (n = 4), stages de premier cycle axés sur les soins ruraux ou primaires (n = 3), formation postuniversitaire en milieu rural ou mal desservi (n = 3), initiatives de bien-être ou de soutien par les pairs (n = 3), marketing (n = 2), interventions mixtes (n = 5), soutien au développement professionnel ou à la recherche (n = 5), programmes de rétention (n = 4), programmes de réintégration (n = 1), recruteurs spécialisés ou gestionnaires de cas (n = 2) et partenariats différés (n = 2).

Les études étaient de faible qualité méthodologique, aucun essai contrôlé randomisé n'ayant été réalisé et seules 15 études comportaient un groupe de comparaison. Des preuves peu convaincantes soutiennent l'utilisation de stages postuniversitaires dans des zones mal desservies, de stages ruraux de premier cycle et le recrutement d'étudiants en médecine issus de zones rurales. Les preuves concernant les incitations financières sont mitigées. Une campagne de marketing a été associée à un recrutement plus faible.

Conclusions : Il s'agit de la première étude systématique des interventions visant à améliorer le recrutement et la fidélisation des médecins de premier recours. Bien que la base de données probantes sur le recrutement des médecins de premier recours soit faible et que des recherches de haute qualité soient nécessaires, cette étude a trouvé des preuves en faveur des stages de premier et de deuxième cycle dans les zones mal desservies, et du recrutement sélectif des étudiants en médecine. D'autres initiatives couvertes peuvent potentiellement améliorer le recrutement et la rétention des praticiens de soins primaires, mais leur efficacité n'a pas été établie.

Grobler L, Marais BJ, Mabunda S, Reuter H, Volmink J

## Interventions for Increasing the Proportion of Health Professionals Practising in Rural and Other Underserved Areas

Cochrane Database Syst Rev 2015 ; 2015(6) : CD005314

DOI : <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005314.pub2>

La répartition inéquitable des professionnels de la santé, au sein des pays et entre eux, constitue un obstacle important à la réalisation de l'objectif d'une santé optimale pour tous. Les objectifs de l'étude étaient d'évaluer l'efficacité des interventions visant à augmenter la proportion de professionnels de la santé travaillant dans les zones rurales et autres zones mal desservies. Il n'existe aucune étude dans laquelle les biais et les facteurs de confusion sont réduits au minimum pour étayer les interventions mises en œuvre pour remédier à la répartition inéquitable des professionnels de la santé. Des études bien conçues sont nécessaires pour confirmer ou infirmer les résultats de diverses études d'observation concernant les interventions éducatives, financières, réglementaires et de soutien susceptibles d'influencer le choix des professionnels de la santé d'exercer dans des zones mal desservies.

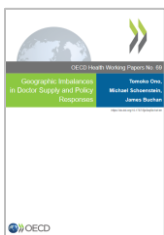
Holte JH, Kjaer T, Abelsen B, Olsen JA

## The Impact of Pecuniary and Non-pecuniary Incentives for Attracting Young Doctors to Rural General Practice

Social Science & Medicine 2015 ; 128 : 1-9

Doi : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.022>

La pénurie de médecins généralistes dans les zones rurales constitue un grave problème de politique de santé dans le monde entier. Les preuves de l'efficacité des différents programmes d'incitation, qui peuvent être spécifiquement mis en œuvre pour stimuler le recrutement de médecins généralistes dans les zones rurales, sont généralement considérées comme médiocres. Cet article étudie les préférences des jeunes médecins pour les principales caractéristiques de l'emploi en médecine générale, en particulier en ce qui concerne le lieu et le revenu, à l'aide d'une expérience de choix discret (ECD). Les sujets étaient tous des étudiants en médecine de dernière année et des internes en Norvège (N = 1562), dont 831 (53%) ont accepté de participer à l'ECD. Les données ont été collectées en novembre-décembre 2010. Des simulations politiques ont été réalisées pour évaluer l'impact potentiel de diverses initiatives pouvant être utilisées pour attirer les jeunes médecins dans les zones rurales. Plus intéressant encore, les simulations soulignent la nécessité d'envisager des programmes politiques conjoints contenant plusieurs incitations si l'on veut que les politiques aient un impact suffisant sur la motivation et la probabilité de travailler dans les zones rurales. En outre, nous constatons que l'augmentation des revenus semble avoir moins d'impact que l'amélioration des attributs non pécuniaires. Nos résultats devraient intéresser les décideurs politiques des pays dont les systèmes de médecine générale sont financés par l'État et qui peuvent avoir des difficultés à recruter des médecins généralistes dans les zones rurales.



Ono, T., Schoenstein, M., Buchan, J

## Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses.

Paris : OECD, 2014, 66 p. (Health Working Papers ; 69)

En ligne : [https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5jz5sq5ls1wl-](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5jz5sq5ls1wl-en.pdf?expires=1695374111&id=id&accname=guest&checksum=36C01E2552ED91C68924958C98A4C677)

[en.pdf?expires=1695374111&id=id&accname=guest&checksum=36C01E2552ED91C68924958C98A4C677](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5jz5sq5ls1wl-en.pdf?expires=1695374111&id=id&accname=guest&checksum=36C01E2552ED91C68924958C98A4C677)

La répartition des médecins entre les régions est inégale dans pratiquement tous les pays de l'OCDE, et cela pose la question de savoir comment continuer de garantir l'accès aux services de santé partout. L'accès aux services dans les régions rurales préoccupe tout particulièrement les responsables publics, même si, dans certains pays, les régions urbaines et suburbaines pauvres posent aussi un problème. En dépit d'importants efforts, les inégalités dans la répartition des effectifs médicaux persistent. Le présent document de travail examine, dans un premier temps, les critères déterminants, pour les médecins, dans le choix de leur lieu d'exercice et, dans un second temps, les réponses apportées par les pouvoirs publics dans un certain nombre de pays de l'OCDE...

Günther OH, Kürstein B, Riedel-Heller SG, König HH

## The Role of Monetary and Nonmonetary Incentives on the Choice of Practice Establishment: A Stated Preference Study of Young Physicians in Germany

Health Services Research 2010 ; 45(1) : 212-229

Doi : <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2009.01045.x>

Introduction. L'étude visait à quantifier les préférences des jeunes médecins pour différentes caractéristiques relatives à l'établissement d'un cabinet en Allemagne. Méthodes. Des entretiens qualitatifs approfondis ont été menés auprès de 22 médecins afin d'identifier les caractéristiques pertinentes de la pratique. Sur la base de ces informations, un questionnaire a été élaboré, contenant une expérience de choix discret comprenant une tâche d'évaluation du meilleur et du pire (BWS). Le questionnaire a été envoyé à un échantillon représentatif de 14 939 jeunes médecins qui étaient sur le point de prendre une décision concernant l'établissement de leur cabinet. Une analyse de régression a été utilisée pour estimer les poids d'utilité quantifiant les préférences des médecins pour les attributs du cabinet. Résultats. Les entretiens qualitatifs ont permis d'identifier six caractéristiques : "coopération professionnelle", "revenus", "opportunités de carrière du partenaire", "disponibilité de services de garde d'enfants", "activités de loisirs" et "obligations de garde". Pour la tâche BWS, 5 026 questionnaires retournés ont été analysés. Les résultats ont montré qu'un changement de revenu entraînait le changement d'utilité le plus important par rapport à des changements dans d'autres attributs. Le revenu net supplémentaire pour compenser la désutilité d'une pratique rurale par rapport à une pratique urbaine était de 9 044 €/mois (11 938 \$ US). Cependant, des attributs non monétaires tels que la disponibilité d'une garderie sur place et moins de gardes diminueraient le revenu supplémentaire nécessaire pour compenser la désutilité d'une pratique rurale.



Bourgueil Yann, Mousquès Julien, Tajahmadi Ayden

## Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature

Questions d'économie de la santé 2006 ; 116 : 6 p.

En ligne : <https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes116.pdf>

La capacité des systèmes de santé des pays développés à garantir l'accessibilité aux soins et services de santé sur l'ensemble du territoire se posera avec acuité face à la diminution attendue du nombre de professionnels de santé, notamment des médecins, dans les années à venir. La répartition géographique et la productivité des professionnels de santé seront également touchées par des modifications déjà perceptibles – faible investissement dans la médecine générale, difficultés d'installation dans certaines zones, attrait pour l'exercice en groupe ou en institution –, ces changements étant liés notamment à une évolution des arbitrages entre vie professionnelle et vie privée. La plupart des travaux se limitent à une description des inégalités de répartition géographique en fonction de critères principalement démographiques ou professionnels, et analysent plus rarement les politiques visant à améliorer la répartition géographique des professionnels de santé et leurs résultats. Sur ce dernier point, la littérature étrangère ne permet pas de mettre en évidence de « remède miracle ». Néanmoins, tout en rendant compte d'une grande diversité de mesures intervenant à différents moments du parcours professionnel, elle souligne les limites des deux mesures les plus mobilisées : d'une part, l'augmentation globale du nombre de médecins, jugée inefficace, et d'autre part, les mesures financières, considérées comme insuffisantes.



### Facteurs déterminant le choix d'installation des médecins et mesures publiques incitatives

	Avant l'installation		Après l'installation	
<b>Facteurs déterminant le choix du lieu d'exercice du médecin en zone déficitaire*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caractéristiques personnelles (connaissance de l'environnement, vie en couple, sexe masculin...)</li> <li>• Attentes professionnelles (pratique de groupe, maîtrise de la charge de travail, qualité des relations professionnelles...)</li> <li>• Attentes en termes de conditions de vie (taille minimum de la communauté, infrastructures (scolaires, culturelles...), emploi du conjoint)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caractéristiques personnelles (sentiment d'efficacité, de défis...)</li> <li>• Attentes professionnelles (charge de travail stable, qualité des relations professionnelles, satisfactions...)</li> <li>• Conditions de vie (constitution d'un réseau social, équilibre vie professionnelle et vie familiale, appartenance à la communauté...)</li> </ul>	
	Pendant la formation	À l'installation	Au cours de l'exercice	
<b>Mesures publiques visant à améliorer la répartition des médecins**</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numerus clausus</li> <li>• Recrutement des étudiants selon leur origine</li> <li>• Formation à la pratique en zone éloignée</li> <li>• Bourses d'études</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitations à l'installation</li> <li>• Aides financières (primes, majorations, aides fiscales)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aides financières (majorations de rémunération en zones déficitaires, +/- minorations en zones de surplus)</li> <li>• Aides en nature (indemnisation de la formation continue et du déplacement, soutien à la télémédecine et à la pratique de groupe ou en réseau...)</li> </ul>	

\* d'après Bilodeau *et al.*, 2006; Barer et Stoddart, 1999; Simoens et Hurst, 2006

\*\* mesures identifiées dans la littérature

Rapport complet de l'étude : <https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2006/rap1635.pdf>

# 5 – À L'ACTION !

## 5.1 – Référentiels et recommandations



### La coordination en équipes de soins primaires

Paris : AVECSanté, 2022, 51 p.

En ligne : <https://www.avecsante.fr/wp-content/uploads/2022/02/guide-coordination-22-web.pdf>

Le mouvement des MSP, porté par AVECSanté, innove quotidiennement en inventant de nouvelles pratiques professionnelles et interprofessionnelles. Dans cet élan de transformation des soins primaires, la fonction de coordination est vite apparue aux équipes comme nécessaire et bénéfique. Afin d'en définir les contours et les enjeux, et d'illustrer ses atouts, la « commission coordination » d'AVECSanté publie un guide pratique de la coordination.



### Construire une CPTS : guide pratique 2<sup>ème</sup> édition

Paris : AVECSanté, 2020, 42 p.

En ligne : <https://www.avecsante.fr/wp-content/uploads/2020/03/guide-cpts-pages.pdf>

Ce guide pratique est à destination de toute personne ayant un projet de Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). Il rappelle ce que signifie élaborer un projet commun, comment définir le territoire et les objectifs, mobiliser les acteurs et trouver sa place dans l'existant. Il explique comment conventionner et comment faire fonctionner la CPTS, les projets de statuts, le cas des maisons de santé qui souhaiteraient se lancer dans la création d'une CPTS et comment se faire accompagner. Une partie est également consacrée aux actions de santé publique.



### Comment mettre en œuvre des actions de santé publique ?

Benisvy Carole, Berthon Chrystelle, Bray Renaud (et al.).

Paris : FEMASIF, 2019, 40 p.

En ligne : <https://www.femasif.fr/wp-content/uploads/sites/3/2019/11/guide-sp-vf-novembre-2019.pdf>

Ce guide s'adresse aux maisons de santé pluri-professionnelles et équipes de soins primaires. Il vous apporte un soutien pour la mise en œuvre de vos actions de santé publique, permet de développer votre dynamique d'équipe, promeut l'approche globale de la santé, vous sensibilise à l'importance de la participation des usagers.



### Place des offreurs de soins dans la prévention : rapport

Paris : Haut Conseil de la Santé Publique, 2018, 83 p.

En ligne : [http://www.fhpmco.fr/wp-content/uploads/2018/10/rapport\\_HCSP.pdf](http://www.fhpmco.fr/wp-content/uploads/2018/10/rapport_HCSP.pdf)

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi par Direction générale de la santé (DGS) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) sur la place de la prévention auprès des offreurs de soins. Le HCSP propose des pistes d'évolution pour structurer les pratiques préventives, améliorer leur qualité et leur pertinence, en articulation avec le secteur non soignant. Il a centré sa réponse sur les offreurs de soins en exercice regroupé (établissements de santé,

centres, maisons et pôles de santé), et souligne l'importance que les offreurs de soins s'engagent à la fois par le développement des pratiques cliniques préventives ou soins de santé préventifs, et une responsabilité populationnelle renforcée et partagée avec les autres opérateurs du territoire.

## 5.2 – Exemples d'actions



### Développer une politique territoriale en santé : retour d'expérience de six intercommunalités

Boulay Floriane, Briot Romain

Paris : Intercommunalités de France, 2023, 29 p.

En ligne : <https://www.intercommunalites.fr/publications/developper-une-politique-territoriale-en-sante/>

A partir du retour d'expériences de six intercommunalités aux profils différents, le focus investigate :

- les étapes de la construction d'une stratégie en santé à l'échelle intercommunale ;
- le rôle de l'intercommunalité dans le cadre actuel d'intervention ;
- le développement d'une vision intégrée de la santé globale au sein des politiques publiques intercommunales

Ces visites et échanges soulignent des enseignements communs, des pistes pour enrichir (nourrir ?) la palette des solutions devant être collectivement déployées.



### « La santé au cœur des territoires » - Episode 1 : Investir dans l'accès aux soins, l'exemple de la Brie Nangissienne [Vidéo]

Albi : Elus, santé publique & territoires (ESPT), 2023

En ligne : <https://www.espt.asso.fr/la-sante-au-coeur-des-territoires-episode-1-investir-pour-lacces-aux-soins-lexemple-de-la-brie-nangissienne/>

Cette vidéo se penche sur la question de l'accès aux soins en milieu rural et aux enjeux de désertification médicale. L'exemple de la communauté de communes de la Brie Nangissienne (77) donne à voir des pistes intéressantes : en créant une maison de santé et en travaillant à la coordination des acteurs de la santé (médecins mais aussi paramédicaux), cette communauté de communes est parvenue à améliorer l'accès aux soins sur son territoire.



### Inspir'actions. Accès aux soins : réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins

Aubervilliers : Fabrique territoires santé, 2023, 146 p.

En ligne : [https://www.fabrique-territoires-sante.org/wp-content/uploads/2023/03/InspirAction\\_recueil\\_acces-aux-soins-VF\\_.pdf](https://www.fabrique-territoires-sante.org/wp-content/uploads/2023/03/InspirAction_recueil_acces-aux-soins-VF_.pdf)

Depuis 2014, Fabrique Territoires Santé capitalise les dynamiques territoriales, outils, méthodes et actions développés localement pour réduire les inégalités de santé. La capitalisation vise à valoriser les acquis des expériences locales, les diffuser et identifier des bonnes pratiques. Les Inspir'actions sont des fiches-actions synthétiques. Elles sont réalisées en collaboration avec les acteurs locaux porteurs de l'action.





Chevassu Maggie, Moreau Séverine, Bouhier Frédéric

## **Renforcer l'accès aux dépistages des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus des personnes en situation de précarité : Littératie et participation action**

Laxou : Portail CAPS - Capitalisation des expériences en promotion de la santé, 2022, 11 p.

En ligne : <https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/renforcer-laccs-aux-depistages-des-cancers-du-sein-colorectal-et-du-col-de-luterus-des-personnes-en-situation-de-precarite-litteratie-et-participation-action/>

L'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) Bourgogne-Franche-Comté, en collaboration avec la coordination du Contrat Local de Santé du Pays Lédonien dans le Jura, a développé un modèle d'action afin de renforcer l'accès aux dépistages des cancers (sein, colorectal et utérus). Il s'agissait de déterminer, au moyen de la méthode de Design Thinking, quelle serait l'action la plus pertinente à mettre en place dans un Quartier Prioritaire de la Ville (QPV). Au cours de 10 séances, un groupe composé de professionnels et d'Habitants-Usagers-Citoyens (HUC), accompagné par la chargée de projet de l'antenne de l'Ireps dans le Jura, a pu déterminer le modèle de communication à mettre en œuvre et les messages à y adjoindre. La forme et le résultat de l'action ont bénéficié d'une valorisation dans les médias ainsi qu'auprès d'organisations s'intéressant à la mobilisation des publics. Cette intervention a modifié les perceptions des uns et des autres sur le dépistage. Un dialogue a été engagé entre personnes précaires et professionnels de santé. Des compétences ont été acquises pour aborder la mobilisation des publics.



Dufour Delphine, Gadaud Danielle, Lescure Violaine, Pirame Hélène, Bouhier Frédéric

## **Dispositif d'Accompagnement du Parcours de Santé en ONcologie : DIAPASON**

Laxou : Portail CAPS - Capitalisation des expériences en promotion de la santé, 2022, 11 p.

En ligne : <https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/dispositif-daccompagnement-du-parcours-de-sante-en-oncologie-diapason/>

Le Dispositif d'Accompagnement du Parcours de Santé en ONcologie – DIAPASON – est déployé sur les trois départements du territoire du Limousin, en Nouvelle-Aquitaine, depuis plusieurs années. Il a pour objectif d'organiser un parcours personnalisé, fluide et sécurisé entre l'hôpital et la ville et de garantir la qualité de vie à toute personne concernée par une pathologie cancéreuse et/ou à leurs aidants, confrontée à un parcours chaotique, difficile ou de mauvais pronostic. Porté initialement par les Comités des Liges contre le cancer de ces territoires, il est aujourd'hui piloté par l'Association de Coordination Territoriale en Cancérologie. La particularité de ce dispositif consiste en un duo d'acteurs intervenant dans la prise en soin : une infirmière référente parcours et une assistante sociale implantées respectivement sur les sites hospitaliers et les antennes départementales de l'ACTC renforçant la pertinence de leur accompagnement mais aussi le maillage entre acteurs.



## Podcasts « La Braderie des idées » [Page internet]

Paris : AVEC Santé, 2022

En ligne : <https://soundcloud.com/user-364085349/sets/braderie-des-idees-rencontres>

À l'occasion des Rencontres de Lille 2022, AVEC Santé et ses adhérents ont interviewé des professionnels de MSP qui brillent par leur investissement et leur créativité. Plusieurs concernent des actions de santé publique, notamment sur le dépistage du cancer du sein, la prévention de l'obésité infantile, etc. D'autres podcasts relatant des retours d'expériences sont disponibles sur le site Internet d'AVECSanté (<https://www.avecsante.fr/tag/podcast/>).



Clerc P, Certain MH

## Innovation territoriale aux Mureaux

Revue française des affaires sociales 2020 ; 1 : 263-280

En ligne : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-263.htm>

Cette contribution vise à présenter un ensemble de réflexions sur les difficultés que rencontrent les professionnels libéraux dès lors qu'ils s'efforcent de transformer leurs pratiques et leur organisation des soins, afin de mieux remplir ce qu'ils considèrent comme leur mission et leur mandat. Ces réflexions sont issues d'une expérience, en cours de construction, d'un projet de pôle de santé, puis d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) et, enfin, d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) présentée sous forme d'une étude de cas réfléchi par les acteurs libéraux de soins primaires qui l'ont initiée et portée.



Fournier C

## Exercer en maison de santé, c'est vivre un choc culturel lié à plusieurs déplacements dans sa pratique professionnelle

In : Bergeron H, Moyal A (Eds.) :

Quel avenir pour l'organisation des soins primaires ? Synthèse du séminaire pluridisciplinaire coordonné par la Chaire santé de Sciences Po

Paris : Sciences Po, Chaire de santé, 2019, pp. 21-26

En ligne : [https://www.sciencespo.fr/chaire-sante/sites/sciencespo.fr/chaire-sante/files/Ebook-seminaire-Soinsprimaires-2019\\_1.pdf](https://www.sciencespo.fr/chaire-sante/sites/sciencespo.fr/chaire-sante/files/Ebook-seminaire-Soinsprimaires-2019_1.pdf)

[Extrait] : Le développement des MSP s'inscrit dans un mouvement ancien d'innovation organisationnelle, porté aujourd'hui par des professionnels de santé libéraux avec le soutien des pouvoirs publics, mouvement dont nous rappelons tout d'abord les racines dans une première partie de ce texte. Dans une seconde partie, nous décrivons le travail développé par ceux qui s'engagent dans ce mode d'exercice, avec des motivations variées. Cela nous amène, dans une troisième partie, à analyser le choc culturel vécu par ces professionnels. Ce choc apparaît encore en voie d'extension avec l'engagement des équipes des MSP dans le développement des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) prévues par la loi de modernisation du système de santé de 2016.



## Santé publique [Page internet]

Besançon : FeMaSCo-BFC, s.d.

En ligne : <https://femasco-bfc.fr/sante-publique.html>

Cette rubrique de la Fédération des Maisons de Santé et de l'exercice coordonné Bourgogne-Franche-Comté propose des exemples d'actions de prévention et promotion de la santé ayant eu lieu sur le territoire sur différentes thématiques (vaccination, prise en charge du surpoids, activité physique adaptée, etc.). Des outils d'animation sont proposés, ainsi que des fiches de cadrage (référentiels, exemples d'actions, financement, indicateurs) validées par l'ARS BFC.



## Cinq équipes de soins primaires face à la pandémie. Analyse des mobilisations territoriales

Schweyer François-Xavier, Fiquet Laure, Fleuret Sébastien, et al.

Revue francophone sur la santé et les territoires 2021 ; 25 p.

En ligne : <https://journals.openedition.org/rfst/pdf/976>

Cet article propose une lecture territoriale de la pandémie de Covid-19 en analysant sa gestion par cinq équipes de soins primaires organisées en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) dans deux régions, les Pays de la Loire et la Bretagne. L'étude présentée est issue d'un programme de recherche en cours et qui porte sur la concertation entre d'une part, les professionnels de différents secteurs médical, médicosocial, social et, d'autre part, entre le « lieu MSP » et le reste du territoire.



## Des projets innovants en MSP [Page internet]

Paris : AVEC Santé, 2021

En ligne : <https://www.youtube.com/playlist?list=PLKpgJ9-yS-bjJuxHXW4Ec60HAuv4zmPwt>

Sous forme de pitch de 2 minutes, ces vidéos, tournées à l'occasion des Rencontres de Bordeaux 2021, proposent de découvrir des projets remarquables mis en place dans de nombreuses maison de santé pluriprofessionnelles. Certaines concernent des actions de prévention et promotion de la santé (addictions, activité physique adaptée, vieillissement, santé sexuelle...)

## Podcast AvecSanté sur l'installation de jeunes professionnels en maison de santé. Déserts médicaux

Paris : AVEC Santé, sd

En ligne : <https://www.youtube.com/playlist?list=PLKpgJ9-yS-bh8RbIMyCCygu1ZmVc5pFDq>

Ils sont jeunes, ils sont pluripros, et ils partagent leur expérience ! Retrouvez nos interviews vidéo de jeunes pros, dont certains installés dans un désert de santé, réalisées pour les Rencontres de Lille.



## Santé mentale dans la première ligne. Exemples internationaux

Leys Mark

Bruxelles : Fondation Roi Baudoin, 2021, 88 p.

En ligne : <https://kbs-frb.be/fr/sante-mentale-dans-la-premiere-ligne-exemples-internationaux>

Cette publication présente une cartographie de bonnes pratiques internationales de collaboration entre les soins de première ligne considérés comme le premier niveau de soin ou le premier point de contact et le secteur de la santé mentale. Elle donne un aperçu de pratiques au Royaume-Uni, en Irlande, en France, aux Pays-Bas, en Italie, en Allemagne, en Espagne et en Norvège . L'objectif visé est le renforcement des compétences en santé mentale des professionnels de l'aide et des soins de santé de première ligne pour leur permettre de mieux gérer la vulnérabilité psychique, d'offrir des soins de meilleure qualité et mieux intégrés grâce à une collaboration entre les différents acteurs.



## Des facteurs influençant la mise en place d'actions de promotion de la santé dans les maisons médicales à Bruxelles

Moreau Anne

Santé conjugée 2009 ; n° 49 : pp. 34-44.

En ligne : <https://www.maisonmedicale.org/Des-facteurs-influençant-la-mise.html>

La promotion de la santé, enjeu majeur de l'amélioration de la santé des populations dans l'avenir, est un concept relativement neuf et son application n'est pas toujours aisée. Les maisons médicales ont acquis une véritable confiance de la population et une intégration exemplaire au sein des quartiers où elles se sont implantées. Elles devraient donc jouer un rôle important dans le domaine de la promotion de la santé. Or, à l'heure actuelle, le constat est que les projets en promotion de la santé sont inégaux en nombre comme en qualité d'une maison médicale à l'autre. Se pose donc la question des raisons expliquant ces inégalités.

## 6 – SITES RESSOURCES

Ces sites sont classés par ordre alphabétique.

### 6.1 – Quelques bases d'actions inspirantes



#### Base d'expériences de la Caisse des dépôts

>> <https://www.banquedesterritoires.fr/territoires-conseils-liste-des-experiences?thematic=Sant%C3%A9%2C%20m%C3%A9dico-social%2C%20vieillessement>

La Banque des territoires a pour mission de financer et accompagner des projets de territoires (entreprises publiques locales, collectivités territoriales, organismes de logement social, etc.). Elle propose une base d'expériences qui recense plus de 3200 actions sur toute la France. La recherche par thématique « Santé, médico-social, vieillissement » recense plus de 700 résultats.



#### CAPS – Capitalisation des expériences en promotion de la santé

>> <https://www.capitalisationsante.fr/>

Le Portail CAPS s'inscrit dans le dispositif national de coordination de la capitalisation des expériences en promotion de la santé, co-piloté par la SFSP et la Fnes. Il met à disposition de l'internaute des fiches de capitalisation d'expériences en promotion de la santé. La capitalisation s'appuie sur un principe : les savoirs issus de l'expérience en promotion de la santé sont utiles à l'action, à la valorisation du champ et des acteurs de la promotion de la santé, à l'analyse des politiques en promotion de la santé. Elle a pour objectif de faire apparaître les logiques à l'œuvre, de décrire finement les contextes, les savoirs issus de l'action, les stratégies déployées pour rendre opérationnel ce qui est décrit comme efficace dans la littérature. Elle vise ainsi à « transformer le savoir pratique en connaissance partageable ». La base de données est interrogeable notamment par public cible.



#### Inspir'Actions

>> <https://www.fabrique-territoires-sante.org/ressources/nos-publications/inspirations/>

Cette base de données de Fabrique Territoires Santé propose des synthèses d'actions inspirantes pour les acteurs locaux. Les actions présentées s'inscrivent dans un projet territorial de santé pour la réduction des inégalités sociales et territoriales (ASV, CLS ou autres). Elle est interrogeable à partir de l'intitulé des axes de la Charte d'Ottawa, par étapes de la méthodologie de projet, par thématique, par public cible ou par localisation.



## Observatoire régional de l'innovation en santé

>> <https://oris-nouvelle-aquitaine.org/>

L'Observatoire de l'innovation en santé est piloté par l'ARS, le Creai et l'ORS de Nouvelle-Aquitaine. Il a pour but de présenter des actions innovantes et pertinentes sur les thématiques sanitaires et médicosociales. Conçu comme un laboratoire d'idées néo-aquitain dédié à la santé, ORIS associe les structures susceptibles de faciliter l'accompagnement et la prise en charge des personnes dans leur parcours de santé.



## OSCARS (Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé)

>> <http://www.oscarsante.org>

Piloté par le Cres Paca, OSCARS permet d'accéder à une base de données détaillée des actions contribuant à l'atteinte des objectifs régionaux de santé publique, de déterminer la couverture territoriale de chacune d'entre elles, d'identifier les acteurs, les partenaires et les financeurs. Outil dynamique, OSCARS permet des recherches multicritères ainsi que des analyses croisées.



## Répertoire des interventions efficaces ou prometteuses en prévention et promotion de la santé

>> <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante/repertoire-des-interventions-efficaces-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante>

Ce répertoire piloté par Santé publique France, a pour but d'aider les décideurs et les acteurs locaux à choisir des interventions adaptées pour répondre à leurs besoins, à valoriser une prévention scientifiquement fondée et à permettre l'articulation entre la recherche et les pratiques de terrain. Il présente des programmes soit déjà implantés, soit en cours d'étude, d'expérimentation ou de déploiement. Certains titres renvoient à une fiche de synthèse contenant le résumé de l'intervention, les contacts, les ressources, les publications.



## Savoirs d'intervention

>> <https://www.savoirsdintervention.org/>

Conçu par l'Ireps Auvergne-Rhône-Alpes dans le cadre du dispositif Émergence, le site Savoirs d'intervention propose de concilier validité scientifique et prise en compte des savoirs professionnels, de manière à rendre accessibles des savoirs d'intervention qui soient utiles pour la pratique. Trois thématiques sont proposées : « Nutrition », « Écrans » et « Compétences psychosociales ».

## 6.2 – Environnement institutionnel et associatif



### AVECsanté

>> <https://www.avecsante.fr/>

Anciennement Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS), l'association Avenir des équipes coordonnées (AVECsanté) a pour objectif de promouvoir l'exercice pluriprofessionnel coordonné en soins primaires. En tant qu'experte, elle soutient la constitution des MSP, leur développement et leur participation aux projets de santé publique, locaux et territoriaux. Elle a une activité de développement des compétences et de formation. Enfin, elle mène une mission de représentation de ses adhérents et de plaider auprès des instances nationales.

La page "Publications" de son site (<https://www.avecsante.fr/category/publications/>) propose de nombreuses ressources. Certaines sont téléchargeables directement en ligne, d'autres sont à commander, notamment le livre *Prévention en exercice coordonné : avançons ensemble dans la Révolution des Soins Primaires*, qui au travers de témoignages, valorise la dynamique de transformation des soins primaires, la multiplication et la diversification des acteurs impliqués dans l'exercice coordonné.

Elle a réalisé en partenariat avec « Concours pluripro » une **série de vidéos** « Ne confondons pas tout » qui propose un éclairage sur les notions en lien avec l'exercice coordonné et les soins primaires.



### #Neconfondons pas tout, saison 1 :

<https://www.youtube.com/playlist?list=PLZJuLZJm1JG5Zv1ps6Asx1M95fZ-sVHL4>

### #Neconfondons pas tout volet 2 : Soins primaires, qui fait quoi ?

<https://www.youtube.com/playlist?list=PLZJuLZJm1JG7KtmgmzMcusiAI7kDRInGc>

AVECsanté rassemble les fédérations régionales :

- Bourgogne-Franche-Comté : FeMaSCo >> <https://femasco-bfc.fr/>
- Auvergne-Rhône-Alpes : FemasAURA >> <https://www.femasaura.fr/>
- Provence-Alpes-Côte d'Azur : Fepa SUD >> [coordinateur@fepsasud.fr](mailto:coordinateur@fepsasud.fr)
- Corse : FCCIS >> <https://www.fccis.fr/>
- Île-de-France : FémasIF >> <https://www.femasif.fr/>
- Occitanie : Forms >> <https://www.forms-etc.fr/>
- Grand Est : FEMAGE >> <https://www.femage.fr/>
- Normandie : FMPS Normandie >> <https://www.fmps-normandie.org/>
- Bretagne : ESSORT >> <https://essort.fr/>
- Pays de la Loire : APMSL >> <https://www.apmsl.fr/>
- Nouvelle-Aquitaine : AVEC Santé NA >> <https://avecsantena.fr/>
- Hauts-de-France : FEMAS Hauts-de-France >> <https://www.femas-hdf.fr/>
- Centre Val-de-Loire : FMPS-Centre-Val-de-Loire >> [contact@fmps-cvl.fr](mailto:contact@fmps-cvl.fr)
- Océan indien : GMPSOI >> <https://gmpsi.com/>
- Antilles et Guyane : FEMAG >> [mspducoc@gmail.com](mailto:mspducoc@gmail.com)



## Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT)

Cet établissement public a pour mission d'accompagner les collectivités territoriales et leurs agents dans leur mission de service public. Il propose, au travers de ses e-communautés, un espace d'échanges et d'information pour toute personne intéressée par l'action publique locale. Une thématique « Santé et collectivités territoriales » est ouverte, sur inscription.

>> <https://e-communautes.cnfpt.fr>

Il a également conçu une webradio, dont une série d'émissions consacrées à la santé sur les territoires est disponible à la réécoute en podcast. (ex. « Améliorer l'offre de soins de premier recours : stratégie mise en place par l'agglomération Grand Angoulême »)

>> <https://radio.cnfpt.fr/search/1-la%20sant%C3%A9%20sur%20les%20territoires>



## Élus, santé publique et territoires

>> <https://espt.asso.fr/>

Élus, santé publique & territoires (ESPT), association nationale des villes pour le développement de la santé publique, est un réseau national d'élus locaux souhaitant contribuer à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé par le développement d'une politique locale de santé, contractualisée avec l'État et les ARS.



## Fabrique Territoires Santé

>> <https://www.fabrique-territoires-sante.org/>

Fabrique Territoires Santé, extension de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville, s'adresse à l'ensemble des acteurs parties prenantes dans la fabrique de dynamiques territoriales de santé sur tout le territoire français y compris les territoires ultramarins, en particulier dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville et les territoires ruraux. Elle s'adresse aujourd'hui à l'ensemble des démarches territorialisées de santé (ASV, CLS, CLSM...) et aux porteurs de ces dynamiques dans les territoires, concernés par la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, notamment sur les territoires politiques de la ville.



## France Assos Santé

>> <https://www.france-assos-sante.org/>

France Assos Santé est une union d'associations agréées d'usagers du système de santé qui a pour mission de représenter les patients et défendre leurs intérêts. Elle a une approche interassociative et des déclinaisons régionales pour agir au sein de la démocratie sanitaire via la formation des représentants d'usagers (RU), l'évaluation et l'analyse de l'équité du système de santé, l'information des usagers sur leurs droits et les actions de plaidoyer.



## Institut Renaudot

>> <https://institut-renaudot.fr/>

L'Institut Renaudot est une association qui vise à promouvoir les démarches communautaires en santé. Il a pour objectif de développer, soutenir et renforcer les actions en santé afin d'associer tous les acteurs (habitants – professionnels – élus, Institutions) depuis l'évaluation des besoins de santé jusqu'à la réalisation des actions et leur évaluation.





## Réseau régional d'appui à la prévention et à la promotion de la santé (Rrapps)

>> <https://www.rapps-bfc.org/>

Le Rrapps est l'outil de la politique de prévention en Bourgogne-Franche-Comté. Il propose des stratégies d'intervention efficaces pour la mise en œuvre de la politique de santé régionale ; il développe une culture partagée entre les acteurs de la santé en région ; il systématise des pratiques basées sur des référentiels communs, lesquels participent au renforcement des savoirs experts des membres du réseau ; il construit en lien avec les délégations départementales de l'Agence régionale de santé une offre de prévention cohérente et adaptée aux besoins de chaque territoire.



## Santé publique France

>> <https://www.santepubliquefrance.fr/>

Établissement public administratif sous tutelle du ministère chargé de la santé, Santé publique France a pour mission d'améliorer et de protéger la santé des populations. L'agence produit une expertise scientifique sur laquelle elle fonde sa démarche de programmation et contribue à animer et coordonner les acteurs de terrain. Son site propose, classés par maladie, déterminant de santé ou âge, des données de connaissance, des récapitulatifs sur les enjeux de santé, des outils, exemples d'actions et publications.



L'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Bourgogne-Franche-Comté (Ireps BFC) rassemble dans ses centres de ressources documentaires spécialisés en santé publique des ouvrages, rapports et revues spécialisées en promotion de la santé, à disposition des professionnels et des futurs professionnels de la santé, de l'éducation et du social.

À Dijon, l'Ireps propose un fonds documentaire d'ouvrages, de rapports internationaux, nationaux et locaux, des revues spécialisées, des outils pédagogiques, des supports d'information diffusables en nombre, ainsi que des prestations documentaires personnalisées (recherches documentaires, bibliographies...).

Les autres antennes départementales de l'Ireps BFC (Doubs, Jura, Nièvre, Haute-Saône, Saône-et-Loire, Yonne et Nord Franche-Comté) disposent d'un fonds pédagogique composé d'outils d'intervention en promotion et éducation pour la santé ; elles assurent la diffusion de documents d'information en santé, pour l'essentiel édités par Santé publique France.

Ces différents fonds documentaires sont interrogeables sur les bases de données Bib-Bop (<http://www.bib-bop.org/>).

Chacun des centres de documentation possède un espace permettant la consultation sur place des documents du fonds documentaire (articles, ouvrages, outils, etc.) **Seuls les ouvrages et outils d'intervention sont empruntables.**

Pour en savoir plus : <http://www.ireps-bfc.org/>