



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

DÉPARTEMENT D'EURE-ET-LOIR Enquête relative à l'organisation territoriale des soins de premier recours

Exercices 2017 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 16 mars 2023.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE.....	5
RECOMMANDATIONS.....	7
INTRODUCTION.....	8
1 UN TERRITOIRE MARQUÉ PAR LA DÉGRADATION DE L'OFFRE DE SOINS DE PREMIER RECOURS.....	10
1.1 Des déterminants sociaux de santé contrastés à l'échelle du territoire eurélien	10
1.2 Une démographie médicale caractérisée par la sous-densité et la décroissance.....	15
1.3 Une offre de soins restructurée par l'évolution des modalités d'exercice	19
1.4 Le département n'a pas établi de diagnostic prenant en compte les disparités de son territoire	22
2 UNE STRATÉGIE FONDÉE SUR DES MESURES D'ACCOMPAGNEMENT VISANT À RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ DU TERRITOIRE EURÉLIEN.....	24
2.1 Une intervention de longue date du département pour améliorer l'accès aux soins de premier recours	24
2.1.1 L'intervention croissante des collectivités territoriales dans l'organisation de l'accès aux soins de premier recours.....	24
2.1.2 Le département d'Eure-et-Loir a défini dès 2009 une politique volontaire qui gagnerait à être mieux formalisée	28
2.2 Le département a fondé sa stratégie sur le renforcement de l'attractivité du territoire eurélien	29
2.3 L'intervention du département s'inscrit dans une logique de complémentarité et de coopération avec les autres collectivités.....	30
2.3.1 L'action du département s'inscrit dans une logique de complémentarité avec le bloc communal	31
2.3.2 Les relations partenariales du département avec d'autres collectivités.....	32
3 DES DISPOSITIFS D'AIDES DU PLAN SANTÉ 28 DE PORTÉE INÉGALE.....	35
3.1 Des aides individuelles ciblées sur l'accompagnement	35
3.1.1 L'aide à l'hébergement est sollicitée de façon constante	36
3.1.2 Des aides aux déplacements dont le règlement mérite d'être précisé.....	38
3.1.3 La formation de maître de stage des universités suscite un regain d'intérêt	39
3.1.4 Un dispositif d'aide aux adjoints de médecin très peu sollicité	41

3.2 Les aides au bénéfice des territoires et acteurs locaux pour développer l'offre de soins de premier recours ne parviennent pas à atteindre les objectifs de la politique départementale	42
3.2.1 Un soutien financier aux projets immobiliers à reconnecter à la politique santé du département.....	42
3.2.2 Une aide aux projets de télémedecine qui n'a pas atteint son public	43
3.2.3 Le soutien du département à l'essor des CPTS doit être poursuivi.....	44
4 UNE POLITIQUE À ÉVALUER DANS LA PERSPECTIVE DE SON RENFORCEMENT.....	48
4.1 Des moyens modestes mais croissants, malgré une absence de suivi financier.....	48
4.2 Une politique non évaluée	50
4.3 Un pilotage à renforcer dans la perspective d'une nouvelle impulsion de la politique du département	52
ANNEXES.....	54
Annexe n° 1. Tableau récapitulatif de la procédure	55
Annexe n° 2. Données sanitaires et socio-économiques	56
Annexe n° 3. Données sur l'offre de soins dans le département d'Eure-et-Loir	57
Annexe n° 4. Part de la population sans médecin traitant en 2019	62
Annexe n° 5. Glossaire.....	63
Annexe n° 6. Réponse	64

SYNTHÈSE

L'essentiel

Confronté à une dégradation de l'accès aux soins de proximité, le département d'Eure-et-Loir a adopté dès 2009 une politique se voulant volontaire pour contrer cette évolution. Avec l'objectif de rendre son territoire attractif pour les professionnels de santé, son plan santé 28 comprend essentiellement des dispositifs d'accompagnement. Dans la perspective d'un renforcement de sa politique, le département doit s'attacher à mieux définir sa stratégie et à évaluer régulièrement la cohérence et l'efficacité de son action.

Une politique départementale ciblant principalement les futurs professionnels de santé pour répondre à la pénurie en Eure-et-Loir

Marqué par une démographie médicale et paramédicale parmi les moins denses du territoire français, le département d'Eure-et-Loir connaît depuis de nombreuses années une situation dégradée en termes d'accès aux soins de premier recours. En 2020, avec une densité de 59 médecins généralistes pour 100 000 habitants, il dispose de la plus faible densité de médecins généralistes de la région Centre-Val de Loire, elle-même caractérisée comme disposant de la densité de généralistes la plus faible de France hexagonale. Il se situait en 96^e position en termes de densité de médecins généralistes.

Ce phénomène risque de s'intensifier dans les prochaines années, du fait de la moyenne d'âge élevée des médecins généralistes euréliens, dont les cessations d'activité vont s'accroître dans les années à venir, concomitamment au vieillissement de la population, dont les besoins en offres de soins seront amenés à augmenter.

L'organisation territoriale des soins de premier recours relève des agences régionales de santé (ARS). Cependant de plus en plus de collectivités adoptent des politiques volontaires pour contribuer à son amélioration sur leurs territoires.

Face à la pénurie de professionnels de santé, le département a ainsi institué dès 2010 le plan santé 28, visant à réduire les problèmes de démographie médicale en favorisant l'installation de professionnels de santé sur le territoire eurélien. Il cible principalement les étudiants et jeunes praticiens des professions de santé, avec l'objectif d'une installation durable en Eure-et-Loir à l'issue des études. Dans cette optique, le plan santé 28 met l'accent sur des dispositifs d'accompagnement plutôt que d'incitation financière.

Son approche s'appuie toutefois sur un diagnostic très succinct qui ne rend pas compte des disparités du territoire eurélien à un niveau infra-départemental.

Le budget annuel moyen de 238 985 € consacré à ces interventions est modeste au regard du budget du département, représentant moins de 1 % de ses dépenses de fonctionnement.

Une politique insuffisamment formalisée et non évaluée qui se traduit par des actions de portée inégale

Malgré une ambition sans cesse réaffirmée, le département n'a pas élaboré de document pluriannuel présentant sa stratégie, déclinée en objectifs et actions précis, assortis d'indicateurs lui permettant d'évaluer régulièrement la pertinence et l'efficacité de son action.

Résultante de cette lacune, le plan santé 28 n'est pas évalué, malgré son étoffement et un renforcement des moyens qui lui sont dédiés sur la période récente. Le département n'est pas non plus en mesure de s'assurer de la bonne adéquation des moyens alloués au regard des objectifs fixés, faute de bilans annuels et de suivi des ressources financières.

Le plan santé 28 comporte trois types d'interventions : des aides individuelles, des aides aux territoires et acteurs de santé et des actions de communication visant à faire la promotion du territoire eurélien. L'absence de cadrage de la stratégie du département se traduit par des actions de portée inégale.

Certaines aides individuelles constituent un socle de dispositifs sollicités de façon régulière par un public d'étudiants bien informés de leur existence par divers canaux formels et informels et contribuent à maintenir la venue de stagiaires et de remplaçants en Eure-et-Loir, sans toutefois réussir à résorber la sous-densité des professions de santé.

En revanche, les principaux dispositifs de soutien financier aux territoires et acteurs locaux ne parviennent pas à s'inscrire dans les objectifs portés par le plan santé 28. Les soutiens financiers alloués aux projets d'immobilier de santé se sont éloignés de leur ambition initiale et sont accordés sans approche spécifique quant à l'offre de soins de proximité. L'aide à l'accompagnement du déploiement de la télémedecine n'a pas atteint son public, faute d'un examen préalable approfondi des usages du numérique dans le domaine de la santé.

Dans la perspective ouverte par la loi du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale, dite « 3Ds », qui légitime l'intervention des départements pour promouvoir l'accès aux soins de proximité sur leur territoire, le département souhaite donner une nouvelle envergure à son action en adoptant un « Plan santé pluriannuel renforcé ». La réussite de ce nouveau plan dépendra de l'effectivité de son pilotage et de sa bonne insertion au sein des multiples acteurs œuvrant dans l'organisation territoriale des soins de premier recours.

A l'issue de son contrôle, la chambre a émis quatre recommandations. Elle examinera leur mise en œuvre dans un délai d'une année, après présentation devant le conseil départemental, conformément aux dispositions de l'article L. 243-9 du code des juridictions financières (CJF).

RECOMMANDATIONS

Recommandation n°1 : Réaliser un diagnostic complet en termes d'état de santé de la population et de démographie des professionnels de santé à l'échelle départementale et infra départementale ou s'appuyer sur les diagnostics existants pour permettre une réflexion territorialisée de la stratégie du département [cf. page n° 22].

Recommandation n°2 : Formaliser la stratégie du département en matière d'organisation de l'accès aux soins de premier recours dans un document de cadrage pluriannuel fixant des objectifs et axes d'intervention, assortis d'indicateurs permettant d'en évaluer l'efficacité et les moyens nécessaires [cf. page n° 29].

Recommandation n° 3 : Prendre en compte les objectifs du plan santé dans l'attribution de financements aux projets immobiliers [cf. page n° 43].

Recommandation n°4 : Évaluer à échéance régulière la politique de santé du département [cf. page n° 52].

INTRODUCTION

La chambre régionale des comptes Centre-Val de Loire a procédé au contrôle des comptes et de la gestion du département d'Eure-et-Loir, sur le fondement des articles L. 211-3 et L. 211-4 du code des juridictions financières (CJF). Son examen porte sur les exercices 2017 et suivants. Ce contrôle est circonscrit aux travaux menés dans le cadre de l'enquête commune des juridictions financières relative à l'organisation territoriale des soins de premier recours.

La santé n'étant pas une compétence décentralisée, l'organisation des soins de premier recours relève, en vertu de l'article L. 1411-11 du code de la santé publique (CSP), des agences régionales de santé (ARS), en conformité avec le schéma régional de santé. Les collectivités territoriales sont cependant des parties prenantes de plus en plus impliquées dans la politique d'amélioration de l'offre de soins, en réponse aux préoccupations de leurs administrés. Dans le cadre de leurs compétences et dans le respect des règles régissant l'intervention des collectivités territoriales dans le domaine concurrentiel, de nombreuses collectivités toutes catégories confondues mettent en place des outils et dispositifs d'intervention pour rendre leur territoire attractif vis-à-vis des professionnels de santé, au premier chef desquels les médecins généralistes.

Jusqu'en 2022, les départements ne disposaient que de moyens d'intervention limités et indirects pour œuvrer à l'amélioration de l'offre de soins de proximité sur leur territoire : les dispositions de l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales (CGCT) leur permettent d'instituer des dispositifs d'aides aux professionnels de santé, et leurs compétences en matière de solidarités et de cohésion territoriale constituent une base juridique pour les actions relatives à l'amélioration du maillage territorial de l'offre de soins de proximité. La loi 3Ds¹ est venue légitimer l'intervention des départements pour promouvoir l'accès aux soins de proximité sur leur territoire, ouvrant de nouvelles perspectives pour leurs actions dans ce domaine.

Le département d'Eure-et-Loir souffre d'une dégradation continue de l'offre de soins de proximité depuis de nombreuses années. La faible démographie des professionnels de santé du territoire eurélien en fait l'un des départements où l'accès aux soins de premier recours est aujourd'hui le plus difficile. En 2020, avec une densité de 59 médecins généralistes pour 100 000 habitants, l'Eure-et-Loir se situait en 96^e position en termes de densité de médecins généralistes. Cette sous-densité s'est aggravée ces dernières années et la situation risque de se détériorer davantage dans les années à venir au regard de l'âge des médecins généralistes euréliens : 64 % d'entre eux avaient plus de 55 ans en 2020.

Cette situation a incité le département d'Eure-et-Loir à adopter une politique de santé volontaire dès 2009 avec la création d'un plan santé visant à « réduire les problèmes de démographie médicale dans le département » en « favorisant l'installation de professionnels de santé » sur le territoire eurélien. Dans ce cadre, le département poursuit un triple objectif : attirer les étudiants en santé pour effectuer des stages en Eure-et-Loir, accompagner les

¹ Loi n°2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale.

professionnels pour faciliter les remplacements et les installations, améliorer les conditions de travail des professionnels de santé en favorisant les pratiques professionnelles de réseaux.

Depuis 2020, le département a augmenté progressivement les moyens financiers et humains dédiés à cette politique, prévoyant de lui donner une envergure nouvelle dans les années à venir au regard de l'aggravation prévisible de la pénurie d'offre de soins.

Le présent rapport s'attache à examiner la stratégie du département, l'efficacité et l'efficience de sa mise en œuvre et l'insertion de cette politique dans le panel des différents acteurs œuvrant à l'amélioration de l'offre de soins de premier recours.

Soins de premier recours : définitions

Les **soins de premier recours**, parfois dénommés soins primaires ou soins de proximité, représentent le premier niveau d'accès au système de santé. En application de [l'article L. 1411-11 du code de la santé publique](#) (CSP), ils comprennent ;

« 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;

« 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;

« 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;

« 4° L'éducation pour la santé ».

Ils peuvent être délivrés par des professionnels de santé de proximité ([l'équipe de soins primaires](#)), par des structures en exercice regroupé, parfois en lien avec des établissements ou des services de santé, sociaux et médico-sociaux, ou par des acteurs de santé réunis au sein de « coopérations organisées », telles que les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

L'accès aux soins de premier recours et la prise en charge continue des malades « sont organisés par **l'agence régionale de santé** » conformément au schéma régional de santé.

Si le médecin généraliste constitue le pivot de l'équipe de soins primaire, le périmètre des autres professionnels de santé participant à l'organisation des soins de premier recours est discuté. Une première définition consiste à en limiter les contours aux professionnels accessibles par le patient sans adressage préalable du médecin traitant (ophtalmologue, gynécologue, dentiste, pédiatre ou sages-femmes). Il existe cependant des professionnels de santé de proximité dont les soins nécessitent une prescription du médecin traitant et dont l'intervention relève des soins primaires (infirmiers, kinésithérapeutes, etc.).

1 UN TERRITOIRE MARQUÉ PAR LA DÉGRADATION DE L'OFFRE DE SOINS DE PREMIER RECOURS

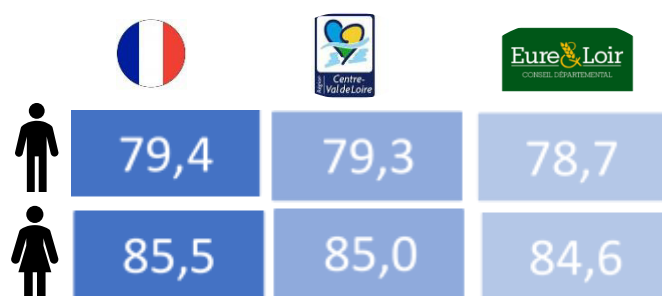
En l'absence de diagnostic établi par la collectivité, la chambre a rassemblé de premiers éléments de connaissance des déterminants de santé et de la démographie médicale du département d'Eure-et-Loir.

1.1 Des déterminants sociaux de santé contrastés à l'échelle du territoire eurélien

Si les indicateurs relatifs à l'état de santé de la population du département présentent des valeurs comparables à celles observées en moyenne aux niveaux national et régional, ils sont cependant contrastés à l'échelle infra-départementale.

En 2021, le département d'Eure-et-Loir enregistrait une espérance de vie à la naissance² pour les hommes comme pour les femmes légèrement en dessous des moyennes régionales et hexagonales.

Schéma n° 1 : Espérance de vie à la naissance (en années)



Source : Données Insee 2021.

Le taux de mortalité prématurée³ en Eure-et-Loir s'établit à 182,7 cas pour 100 000 habitants sur la période 2012-2016, soit un niveau légèrement inférieur à la moyenne régionale. C'est le département de la région Centre-Val de Loire qui présente le taux le plus proche du taux hexagonal.

À l'exception des décès dus aux maladies cardiovasculaires, plus élevés en Eure-et-Loir, les principales causes de mortalité prématurée dans le département se situent à des niveaux comparables aux moyennes hexagonales et régionales.

² L'espérance de vie à la naissance représente « la durée de vie moyenne d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année » (Insee).

³ La mortalité prématurée concerne le nombre de décès survenu avant l'âge de 65 ans.

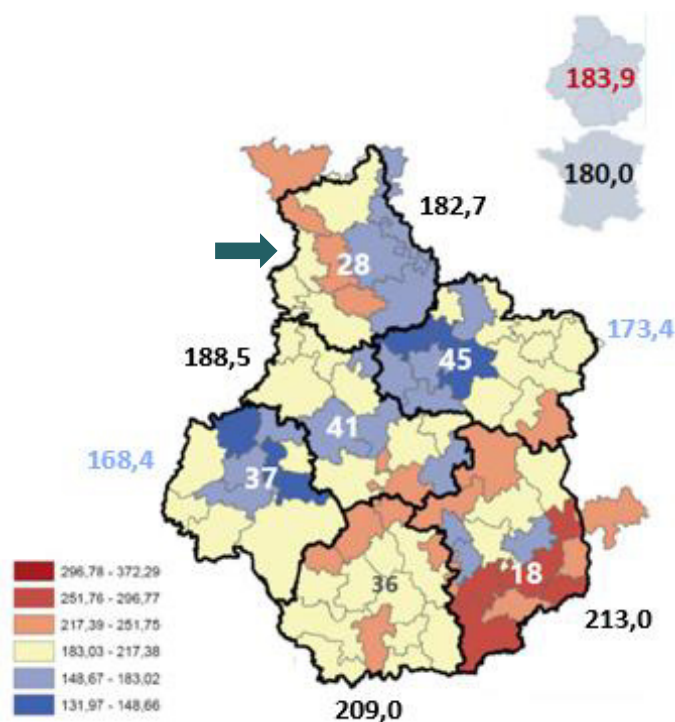
**Tableau n° 1 : Taux standardisés de mortalité prématurée (2012-2016)
du département d'Eure-et-Loir**

Données sanitaires et médicales (Cas pour 100 000 hab.)	Taux standardisé de mortalité prématurée	Maladies cardiovasculaires	Cancers	Diabète	Pathologies liées au tabac	Maladies de l'appareil respiratoire
Moyenne France hexagonale	180	176,5	216,4	45,8	112,7	48,5
Moyenne région Centre-Val de Loire	183,9	175,9	222,3	48,3	110,2	43
Département d'Eure-et-Loir	182,7	180,4	224,9	42,4	107,8	45,1

Source : ARS Centre-Val de Loire, « La santé en Centre-Val de Loire – Caractérisation de la population et de ses besoins au travers de quelques chiffres clés », 30 juin 2022.

Ce taux de mortalité prématurée recouvre cependant des disparités au niveau infra-départemental. Les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) disposant des taux les moins élevés se situent dans la moitié est du département, notamment autour de l'agglomération chartraine (taux compris entre 148,67 et 183,02), alors que les EPCI situés plus à l'ouest connaissent des taux supérieurs à la moyenne régionale, située à 183,9 cas pour 100 000 habitants.

Carte n° 1 : Taux standardisés de mortalité prématurée pour 100 000 habitants en région Centre-Val de Loire (2012-2016)



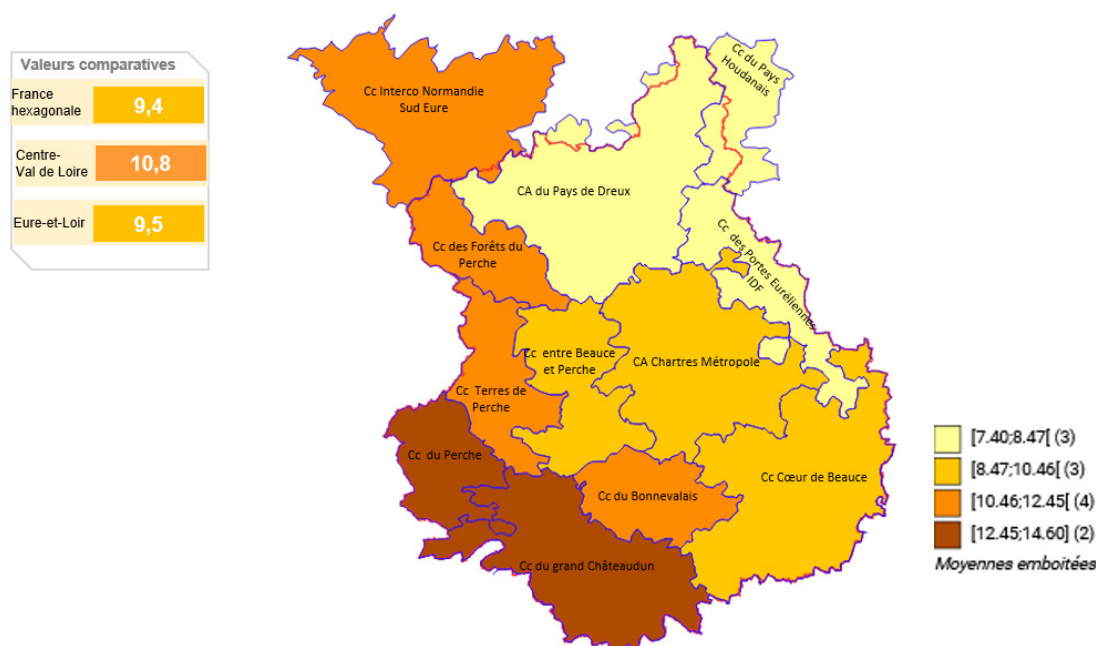
Source : ARS Centre-Val de Loire, « La santé en Centre-Val de Loire », 30 juin 2022.

Les cas d'affections de longue durée (ALD) sont moins nombreux dans le département d'Eure-et-Loir (2 510 cas pour 100 000 habitants) pour la période 2017-2019 qu'aux niveaux national (2 657 cas pour 100 000 habitants) et régional (2 551 cas pour 100 000 habitants).

La part des personnes de 75 ans et plus de la population départementale, qui influe également sur la demande de soins de proximité, est comparable aux moyennes nationale et régionale.

Cependant, la population du sud-ouest du département est plus âgée que celle du reste du territoire départemental.

Carte n° 2 : Part de la population ayant 75 ans et plus en 2019 par EPCI

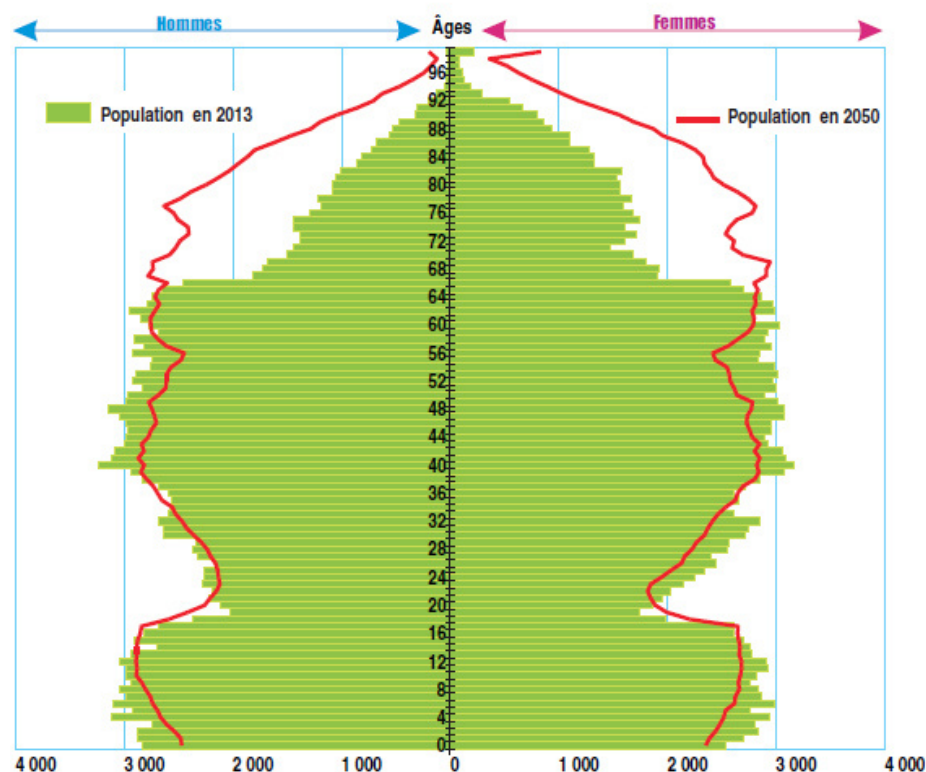


Source : Insee - Aide à la lecture : la part des 75 ans et plus représente entre 7,40 et 8,47 % de la population de la CC des Portes Euréliennes IDF. Pour la CC du Perche, cette proportion est comprise entre 12,45 et 14,60 %.

Le vieillissement de la population est amené à s'accroître à long terme, selon les projections réalisées par l'Insee à l'horizon 2050, qui montrent que le département d'Eure-et-Loir pourrait connaître un accroissement de la population départementale de 8 %, inégalement réparti sur le territoire⁴ et un vieillissement marqué par l'augmentation importante des personnes de 65 ans et plus.

⁴ Dans cette étude, le département est divisé en trois bassins démographiques qui enregistrent des taux d'accroissement de population non homogènes : Chartres avec 12,6 %, Dreux 5,6 % et Dunois – Perche : 1,6 %.

Schéma n° 2 : Pyramide des âges du département d'Eure-et-Loir en 2013 et 2050



Source : Insee⁵- Note de lecture : En 2013, dans le département d'Eure-et-Loir, 2768 femmes ont 14 ans. Selon le scénario de projection central, le nombre s'élèverait à 2 668 en 2050.

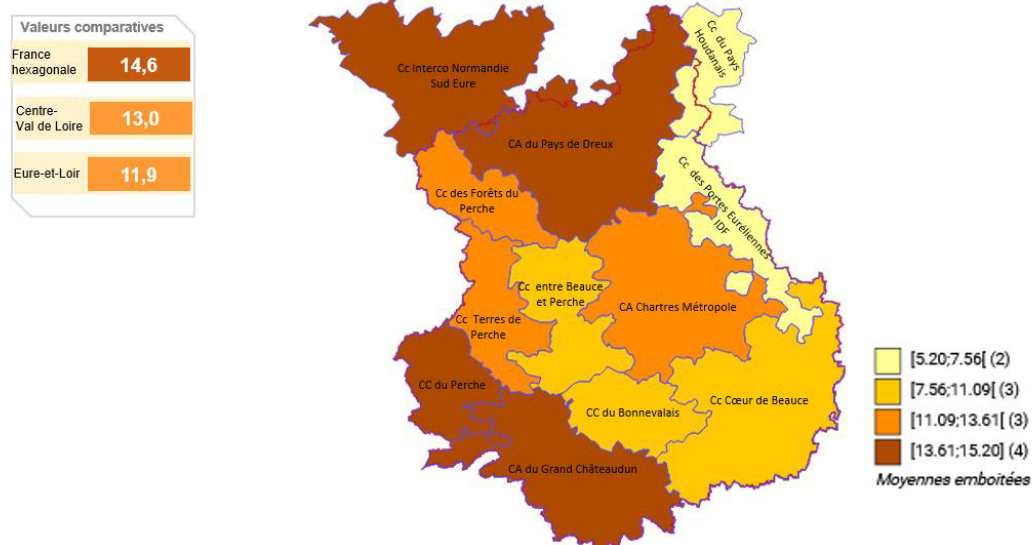
Certains indicateurs relatifs au niveau de vie des euréliens qui constituent des déterminants sociaux dans la demande de soins font apparaître un contraste entre la zone des franges franciliennes située au nord-est, à la limite de la région Ile-de-France, et le reste du département.

Les territoires présentant les taux de pauvreté les plus élevés se situent au nord et dans le sud-ouest du département.

La part des foyers fiscaux euréliens non imposés est également plus importante à l'ouest du département, les EPCI enregistrant les parts les plus importantes de foyers fiscaux non imposés formant un axe à l'ouest du département, de la communauté de communes (CC) des Forêts du Perche à la communauté d'agglomération (CA) du Grand Châteaudun.

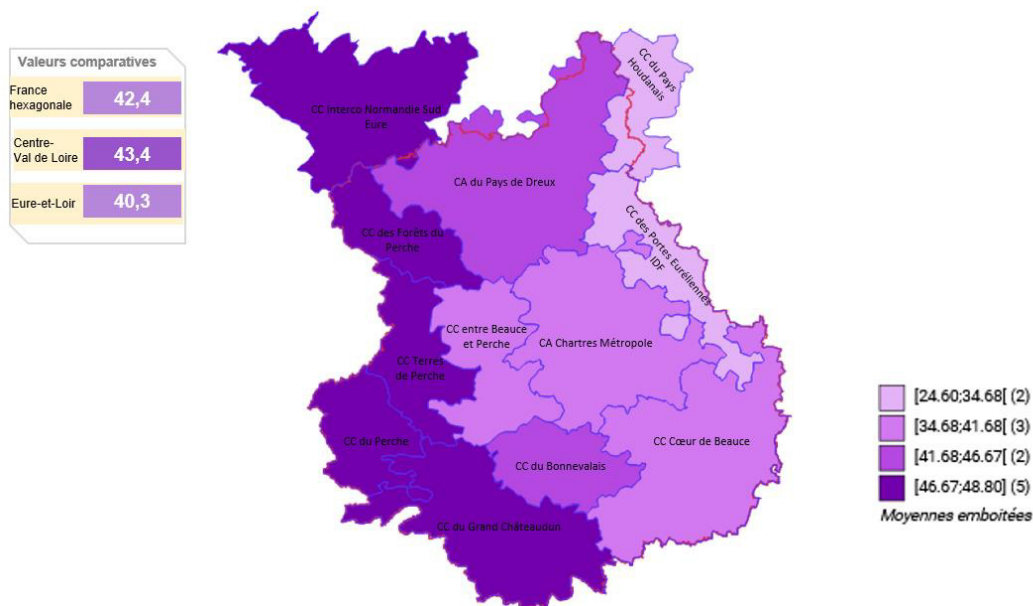
⁵ Insee Dossier Centre-Val de Loire n°3, octobre 2018. Selon cette projection : « En 2050, un tiers de la population du Centre-Val de Loire aurait plus de 65 ans. »

Carte n° 3 : Taux de pauvreté 2019 par EPCI en Eure-et-Loir



Source : Insee Aide à la lecture : la CA du Pays de Dreux présente un taux de pauvreté compris entre 13,61 et 15,20 % et celui de la CC des Portes Euréliennes IDF entre 5,20 et 7,56 %.

Carte n° 4 : Part des foyers fiscaux non imposés par EPCI en Eure-et-Loir (en 2019)



Source : Insee Aide à la lecture : la part des foyers fiscaux non imposés de la CC du Grand Châteaudun est comprise entre 46,67 et 48,80 % et celui de Chartres Métropole entre 34,68 et 41,68 %.

Une étude de l'Insee⁶ sur les besoins de santé, déterminants de santé et accès aux équipements en Centre-Val de Loire identifie huit territoires cumulant des fragilités en lien avec l'état de santé en Centre-Val de Loire. Ce diagnostic repose sur la combinaison de douze indicateurs en lien avec les déterminants sociaux de santé, répartis en quatre grandes catégories : niveau et conditions de vie, diplôme et catégorie socioprofessionnelle, marché du travail et risques professionnels.

Trois des huit territoires de la région identifiés comme présentant un fort score de fragilités se situent en Eure-et-Loir. Il s'agit de l'agglomération drouaise au nord du département, du nord de l'agglomération chartraine et d'une zone s'étendant du Perche au Casteldunois au sud-ouest du département. Malgré leurs tailles et leur natures différentes (le drouais et le nord de l'agglomération chartraine sont des aires urbaines alors que le territoire s'étendant du Perche au Casteldunois est rural), ces territoires sont caractérisés par l'accumulation de faibles niveaux de vie, d'une proportion importante de personnes non-diplômées, d'ouvriers et de salariés exposés à de forts risques professionnels, et de difficultés d'accès à l'emploi. Les données relatives au vieillissement de la population et à la concentration de la pauvreté permettent d'identifier les mêmes zones que celles identifiées par l'étude.

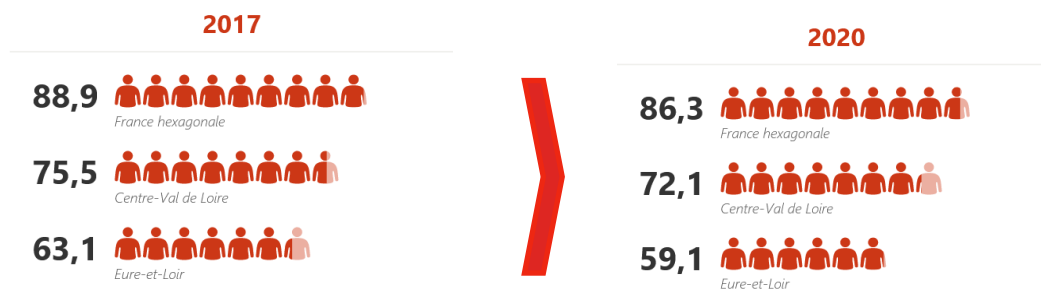
1.2 Une démographie médicale caractérisée par la sous-densité et la décroissance

Le département d'Eure-et-Loir est caractérisé par une sous-densité et un vieillissement de ses professionnels de santé (cf. annexe n° 3).

Avec une densité de médecins généralistes⁷ passée de 63,1 à 59,1 pour 100 000 habitants entre 2017 et 2020, l'Eure-et-Loir est le département qui dispose de la plus faible densité de médecins généralistes de la région Centre-val de Loire, elle-même caractérisée comme disposant de la densité de généralistes la plus faible de France hexagonale.

Au niveau national, cette faible densité positionne le département d'Eure-et-Loir à la 96^e place en termes de démographie médicale en 2020.

Schéma n° 3 : Densité des médecins généralistes omnipraticiens libéraux pour 100 000 habitants



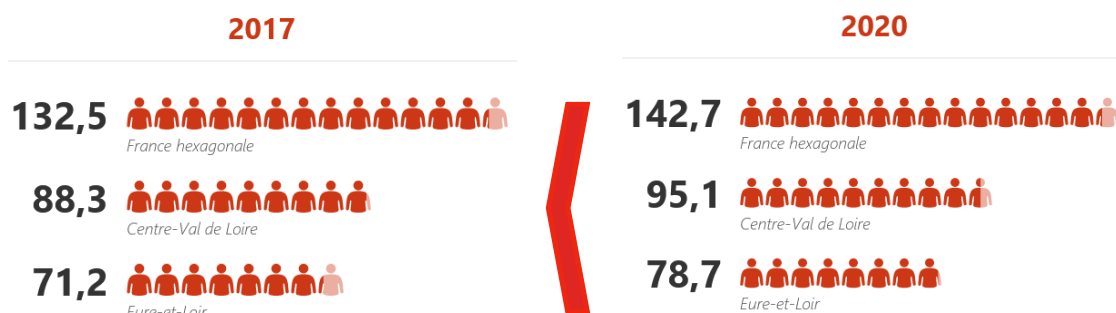
Source : CRC d'après les données disponibles de l'assurance maladie.

⁶ Insee Dossier, Centre-Val de Loire, « Besoins de santé, déterminants de santé et accès aux équipements en Centre-Val de Loire », décembre 2019.

⁷ Les données utilisées sont celles de l'assurance maladie dont la catégorie des médecins généralistes omnipraticiens libéraux recouvre les médecins généralistes et ceux qui disposent d'un mode d'exercice particulier, notamment l'allergologie, l'acupuncture et l'homéopathie.

Cette pénurie départementale concerne également les autres professions de santé, notamment les infirmiers libéraux. Bien que la densité départementale ait progressé depuis 2017, elle reste inférieure aux moyennes nationale et régionale. En 2020, le département d'Eure-et-Loir occupait la 92^e place au niveau national.

Schéma n° 4 : Densité des infirmiers en exercice libéral pour 100 000 habitants



Source : CRC d'après les données disponibles de l'assurance maladie.

Les sages-femmes font également partie des professions de santé présentant une démographie déficitaire en Eure-et-Loir. De plus, la densité des sages-femmes du département affiche une progression moindre qu'au niveau national entre 2017 et 2020.

Schéma n° 5 : Densité des sages-femmes en exercice libéral (nombre pour 100 000 habitants)



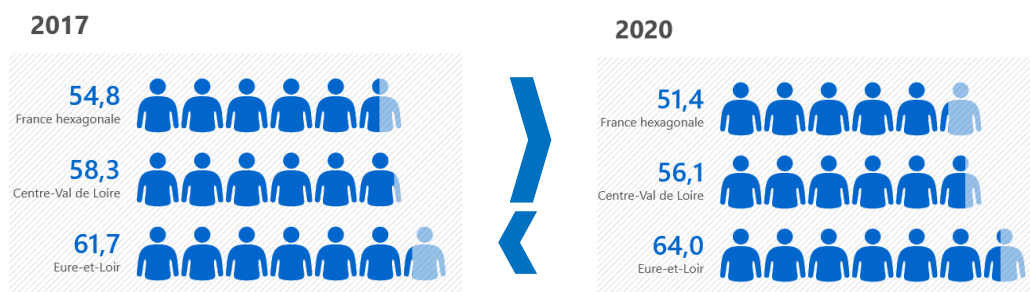
Source : CRC d'après les données disponibles de l'assurance maladie.

La situation du département est également difficile au regard du nombre de pédiatres, d'ophtalmologistes, de masseurs-kinésithérapeutes et de chirurgiens-dentistes pour lesquels les densités de chaque profession se situent également en dessous des moyennes régionales et nationales.

La démographie médicale d'Eure-et-Loir est également caractérisée par le vieillissement des professionnels de santé, notamment des médecins généralistes libéraux. Dans le département, 64 % des médecins généralistes libéraux avaient plus de 55 ans en 2020,

contre 51 % au niveau national, et 56 % au niveau régional, faisant craindre une accélération de la dégradation de la démographie médicale dans les prochaines années.

Schéma n° 6 : Part des médecins généralistes libéraux de 55 ans ou plus (en pourcentage)

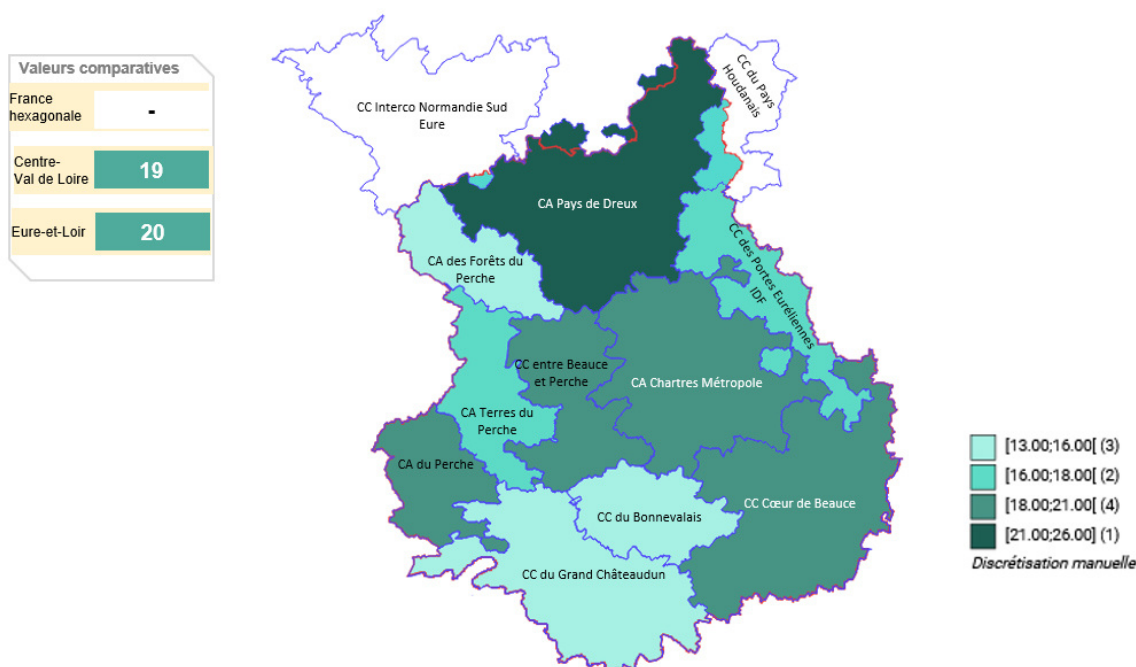


Source : CRC d'après les données disponibles de l'assurance maladie.

Une part importante de la population eurélienne, 20 %, est dépourvue de médecin traitant. Cette proportion varie entre les EPCI euréliens. Ainsi, plus d'un quart de la population (26 %) de la CA du Pays de Dreux ne dispose pas de médecin traitant, alors que cette proportion tombe à 13 % dans la CC du Bonnevalais.

Dans la majorité des EPCI du département d'Eure-et-Loir, la part de population privée de médecin traitant est supérieure à 16 %.

Carte n° 5 : Part de la population sans médecin traitant en Eure-et-Loir en 2019



Source : CRC, à partir des données de la région - CESER (Cf. annexe n° 4).

L'accès de la population aux soins de ville est mesuré par l'accessibilité potentielle localisée (APL), calculée à l'échelle du territoire communal. Construit par la Direction de la recherche, de l'évaluation et des statistiques (Drees), cet indicateur tient compte de l'offre et de la demande issues des communes environnantes, du niveau d'activité des professionnels en exercice ainsi que de la structure par âge de la population de chaque commune qui influence les besoins de soins.

L'accessibilité potentielle localisée

L'APL est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville. Il permet de mesurer à la fois la proximité et la disponibilité des professionnels de santé. Calculé au niveau de la commune, il tient compte de l'offre et de la demande issues des communes environnantes, de façon décroissante avec la distance. Il intègre en outre une estimation du niveau d'activité des professionnels en exercice, sur la base des observations passées, ainsi que des besoins de soins de la population locale, en fonction des consommations de soins moyennes observées par tranche d'âge. Pour les médecins généralistes, l'APL s'exprime en nombre de consultations accessibles par habitant et par an à moins de 20 minutes du domicile. Au niveau supra communal (territoire de vie-santé ou bassin de vie par canton-ou-ville), l'APL est égal à la moyenne des APL communales, pondérée par la population standardisée par la consommation de soins par tranche d'âge.

L'indicateur d'APL peut être illustré comme suit. Un patient a dans son entourage plusieurs médecins accessibles. Plus le médecin est éloigné, plus son accessibilité est faible voire nulle au-delà d'un seuil. Chaque médecin accessible peut délivrer un certain nombre de consultations/visites aux patients susceptibles de le solliciter. Ce nombre est égal au nombre total d'actes que le médecin effectue dans l'année (prise en compte de l'activité réelle) divisé par le nombre de patients susceptibles de le solliciter. Ces derniers sont pondérés par leur âge pour tenir compte des besoins de soins différenciés ainsi que par leur éloignement. Au final, pour connaître l'accessibilité d'un patient, on somme le nombre de consultations par visites que peuvent lui proposer les médecins accessibles. On obtient ainsi un nombre de consultations par visites accessibles pour chaque habitant et par an.

Mesuré par professionnel – médecin généraliste ou autre -, il ne dit rien des temps d'attente pour obtenir un rendez-vous, ni de la réalité des mobilités des patients qui peuvent avoir développé des stratégies propres pour accéder aux soins. Il ne prend pas non plus en compte la coopération entre professionnels de santé, ni l'accessibilité des autres offres (hôpitaux, pharmacies...) qui peuvent influencer sur le ressenti des habitants d'un territoire.

Source : Documentation de la Drees.

La Drees calcule une APL aux médecins généralistes de moins de 62 ans, qui permet de mieux anticiper les évolutions à venir compte-tenu des perspectives de démographie médicale. Selon les données disponibles de la Drees, entre 2015 et 2019, 90 % des communes d'Eure-et-Loir ont enregistré une baisse de l'APL aux médecins généralistes de moins de 62 ans.

En 2019, 86 % des communes euréliennes ont une APL aux médecins généralistes de moins de 62 ans inférieure à la moyenne nationale (2,4 consultations accessibles par an par

habitant) dont 15% ont une APL inférieure à 1,2 consultations soit deux fois moins que la moyenne nationale.

1.3 Une offre de soins restructurée par l'évolution des modalités d'exercice

De plus en plus de professionnels de santé aspirent à exercer leur activité en équipe. Cette aspiration à l'exercice regroupé des soins de ville est encouragée par les pouvoirs publics par des mesures incitatives au bénéfice des structures d'exercice regroupé que sont les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et les centres de santé (CDS).

En Eure-et-Loir, près de la moitié des médecins généralistes libéraux exerçaient au sein de structures d'exercice regroupé en 2017.

Structures d'exercice regroupé dans le domaine des soins de premier recours

Les **maisons de santé pluridisciplinaires** (MSP) accueillent une équipe de soins de premier recours composée d'au moins deux généralistes et d'un auxiliaire médical. Gérées sous forme associative ou dans le cadre d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa), ces structures garantissent l'exercice regroupé des professionnels de santé libéraux. Ces derniers sont tenus de définir un projet territorial de santé validé par l'ARS, lorsque la MSP fonctionne « en exercice coordonné » et bénéficie en conséquence d'une rémunération forfaitaire de l'Assurance maladie sur la base d'indicateurs, notamment d'accessibilité aux soins (amplitude horaire, existence de créneaux réservés aux soins non programmés, etc.).

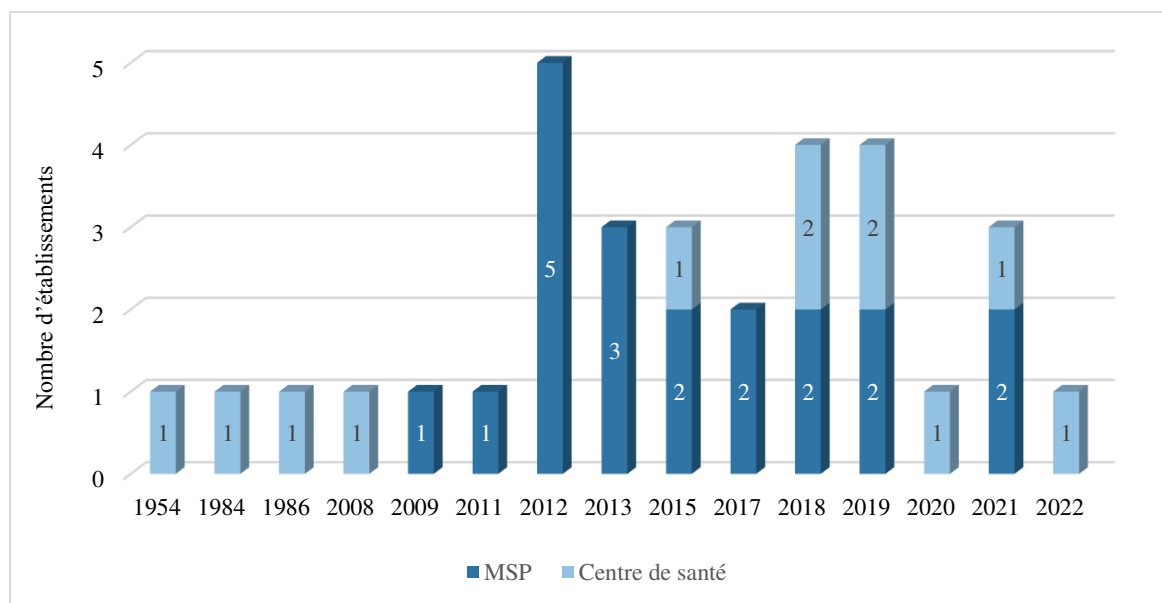
Les **centres de santé** (CDS) sont des structures sanitaires de proximité dispensant des soins de premier recours. Ils peuvent assurer des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent une prise en charge pluriprofessionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux. Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif (mutuelles, associations, etc.), soit par des collectivités territoriales (communes, établissements publics de coopération intercommunale, etc.), soit par des établissements de santé publics ou privés. Les professionnels qui y exercent sont salariés et peuvent être des agents des collectivités ou de leurs groupements gérant le centre de santé.

D'autres structures d'exercice regroupés, aux dénominations diverses (**pôles de santé**, maisons médicales, etc.) existent par ailleurs. Elles réunissent en un même lieu des professionnels de santé ayant différents modes d'exercice. Mais elles diffèrent des MSP et des centres de santé en ce qu'elles ne partagent pas de projet professionnel commun et ne sont pas financées par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM).

Au 31 juillet 2022, le département d'Eure-et-Loir comptait 32 structures en exercice coordonné dont 20 MSP et 12 CDS.

La création de ces structures s'est développée principalement à compter de 2012. Jusqu'en 2011, il n'existait que six structures (quatre CDS et deux MSP).

Tableau n° 2 : Année d'ouverture des centres et maisons de santé en activité au 31/07/2022



Source : CRC d'après les données de la base Finess.

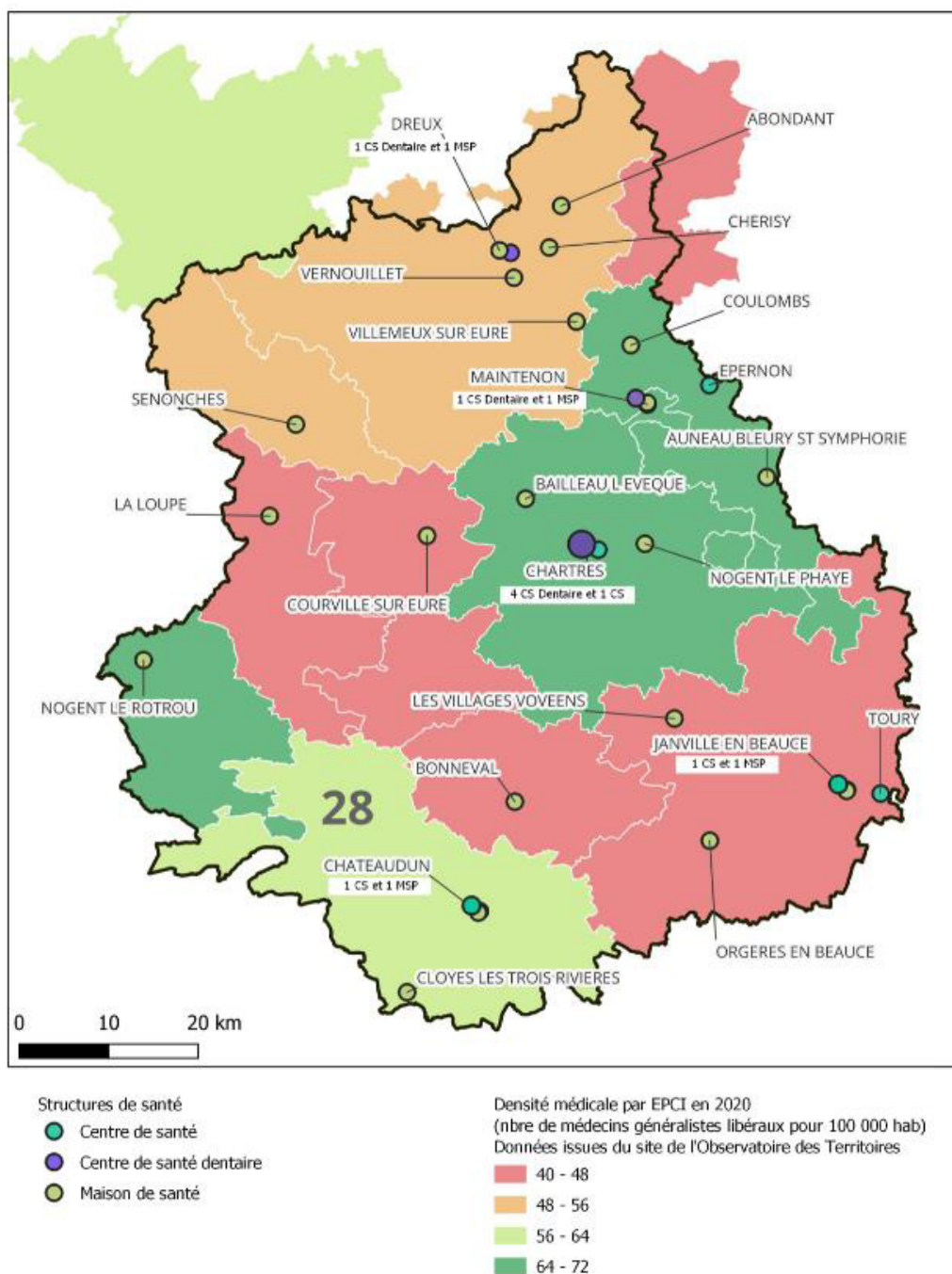
Les MSP sont gérées majoritairement sous forme de Sisa, pour onze d'entre elles, ou d'associations régies par la loi 1901, pour cinq d'entre elles. Les autres MSP sont gérées sous d'autres formes d'entités relevant du droit privé⁸.

Sur les douze CDS du département, la moitié est gérée sous forme associative. Seuls deux centres de santé sont gérés par des communes et le centre de santé de Janville en Beauce, mis en service en 2020, est géré par un groupement d'intérêt public (GIP). Par ailleurs, la moitié des CDS ont pour principale activité (voire pour seule activité) les soins dentaires, et deux d'entre eux sont des centres de soins infirmiers et de maïeutique.

Ces structures d'exercice coordonné ne sont pas réparties uniformément sur l'ensemble du territoire, beaucoup d'entre elles étant concentrées sur le quart nord-est du département, notamment sur les CA du Pays de Dreux et de Chartres Métropole.

⁸ Société civile de moyens, institut de prévoyance, comité d'entreprise.

Carte n° 6 : Implantation des maisons et centres de santé en Eure-et-Loir



Source : CRC Centre-Val de Loire, à partir de la base Finess.

1.4 Le département n'a pas établi de diagnostic prenant en compte les disparités de son territoire

Le département ne dispose pas d'un diagnostic territorialisé de l'état de santé de la population eurélienne et de la démographie des professionnels de santé de son territoire à un niveau infra-départemental.

S'il s'est appuyé en 2009 sur un diagnostic réalisé à partir de données⁹ faisant état d'une démographie médicale et paramédicale déficitaire dans le département, avec quelques données au niveau intercommunal, pour décider d'instituer un plan visant à contribuer à la résorption de ce déficit, il n'a depuis lors pas réitéré ces travaux pour faire évoluer ses axes d'intervention.

Des compilations de données statistiques relatives à la démographie des professionnels de santé sont réalisées ponctuellement mais, outre le fait qu'elles ne sont pas systématiquement formalisées, celles-ci restent sommaires et ne présentent que des données agrégées au niveau départemental, comparées aux moyennes nationales.

Le département ne s'est pas non plus appuyé sur le diagnostic territorial partagé réalisé par l'ARS en 2017, qui présente un éventail de données au niveau infra départemental, tant sur l'état de santé de la population eurélienne que sur la démographie des professionnels de santé et également des données environnementales¹⁰. Bien que la réalisation de ce document, prévu par l'article L. 1434-10 du code de la santé publique, soit pilotée par l'ARS, les collectivités territoriales sont associées à son élaboration par l'intermédiaire du conseil territorial de santé (CTS) dont le législateur a prévu qu'il participe à son élaboration, et dont le conseil départemental est membre. En l'espèce, la dernière version en vigueur a été examinée par le CTS d'Eure-et-Loir en mars 2017.

Or, le territoire eurélien présente des disparités socio-économiques et démographiques marquées qui peuvent avoir une incidence sur les besoins de la population en termes de besoins de soins. Le département gagnerait à réaliser un diagnostic complet de son territoire, ou, à tout le moins, à s'appuyer sur les diagnostics disponibles, en demandant leur actualisation le cas échéant, afin d'affiner sa stratégie pour atteindre pleinement son objectif de contribution à la résorption de la sous-densité de l'offre de soins de premier recours sur son territoire. L'ordonnateur reconnaît le bien-fondé de ces observations.

Recommandation n° 1 : Réaliser un diagnostic complet en termes d'état de santé de la population et de démographie des professionnels de santé à l'échelle départementale et infra départementale ou s'appuyer sur les diagnostics existants pour permettre une réflexion territorialisée de la stratégie du département.

⁹ Le diagnostic a été réalisé sous l'égide d'un groupe de travail réunissant élus et représentants des professions de santé. Les données utilisées pour réaliser ce diagnostic émanaient de la DREES, de la mission régionale de santé et de l'URCAM.

¹⁰ Telles que la qualité de l'eau potable, l'habitat indigne, les risques liés au monoxyde de carbone, la pollution de l'air extérieur, les territoires multi-exposés aux facteurs environnementaux.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le département d'Eure-et-Loir est marqué par une démographie médicale et paramédicale parmi les moins denses du territoire français, qui le place parmi les départements aux situations les plus critiques en termes d'accès aux soins. Ce phénomène risque de s'intensifier dans les prochaines années, du fait de la moyenne d'âge élevée des médecins, dont les cessations d'activité vont s'accélérer dans les années à venir, en parallèle du vieillissement de la population, dont les besoins en soins seront amenés à augmenter.

Concomitamment, l'organisation et les modalités d'exercice de la médecine de ville connaissent des mutations structurelles, dues aux aspirations des nouvelles générations de soignants qui sont de plus en plus nombreux à choisir l'exercice regroupé en structures collectives, dont le déploiement s'est accéléré ces dix dernières années sur le territoire eurélien. Ce maillage n'est cependant pas homogène et tend à se concentrer dans la zone jouxtant la région Ile-de-France, risquant à terme, si cette tendance se poursuit, de fragiliser un peu plus les territoires ruraux du sud et de l'ouest du département.

La collectivité ne dispose pas d'un diagnostic présentant les déterminants de santé de la population eurélienne et la démographie médicale et paramédicale du département. Elle gagnerait à établir un tel diagnostic, présentant les disparités de son territoire, pour pouvoir atteindre pleinement son objectif de contribution à la résorption de la sous-densité de l'offre de soins de premier recours en Eure-et-Loir.

2 UNE STRATÉGIE FONDÉE SUR DES MESURES D'ACCOMPAGNEMENT VISANT À RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ DU TERRITOIRE EURÉLIEN

2.1 Une intervention de longue date du département pour améliorer l'accès aux soins de premier recours

2.1.1 L'intervention croissante des collectivités territoriales dans l'organisation de l'accès aux soins de premier recours

En complément de l'action de l'État et de l'Assurance maladie, les collectivités territoriales, dans le cadre de leurs compétences, œuvrent avec des degrés d'implication divers dans l'organisation de l'accès aux soins de premier recours sur leur territoire.

La structuration de l'offre de soins est organisée au niveau régional et repose sur le projet de santé, élaboré par l'ARS. Les collectivités territoriales sont associées à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé dans le cadre des instances de démocratie sanitaire, qui rassemblent l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire. Les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA)¹¹ et les conseils territoriaux de santé (CTS)¹², principales instances de démocratie sanitaire dans les territoires, comprennent chacune un collège de représentants de chaque catégorie de collectivité.

Au-delà de l'implication dans le fonctionnement de la démocratie sanitaire, la loi fixe le cadre des interventions en propre des collectivités territoriales dans l'organisation de l'accès aux soins de premier recours.

Le législateur a ainsi progressivement renforcé le rôle des régions, qui peuvent « définir des objectifs particuliers à la région en matière de santé »¹³. Les collectivités du bloc communal, du fait de la clause de compétence générale des communes, peuvent également intervenir dans ce domaine, dans le respect des règles régissant l'intervention des collectivités territoriales dans le domaine concurrentiel, les professionnels de santé réalisant les soins de premier recours exerçant majoritairement dans un cadre libéral.

En revanche, jusqu'à la loi dite « 3Ds » du 21 février 2022¹⁴ donnant aux départements pour nouvelle mission de « promouvoir l'accès aux soins de proximité sur le territoire départemental », leurs possibilités d'intervention dans l'organisation des soins de premier recours étaient limitées et indirectes. Elles reposaient principalement sur les dispositions de l'article L. 1511-8 du CGCT encadrant les aides attribuées aux professionnels de santé dans les zones sous-dotées en professionnels de santé. Cependant, les compétences

¹¹ Prévue par l'article L. 1432-4 du code de la santé publique.

¹² Prévu par l'article L. 1434-10 du code de la santé publique.

¹³ Article L. 1424-1 du code de la santé publique.

¹⁴ Loi n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale.

qui leur sont dévolues par l'article L. 3211-1 du CGCT en matière de solidarité et de cohésion territoriale¹⁵ permettaient d'inscrire dans ce cadre les actions menées pour renforcer l'attractivité de leur territoire sur des sujets structurants.

Schéma n° 7 : L'organisation des soins de premier recours



Source : CRC Centre-Val de Loire.

Le zonage fondant toute intervention des collectivités territoriales au titre de l'article L. 1511-8 du CGCT est défini par arrêté du directeur général de l'ARS pour l'attribution des aides de l'État (article L. 1434-4 du CSP).

¹⁵ Article L. 3211-1 du CGCT.

Le zonage de l'ARS

Dans les zones de faible démographie médicale, les professionnels de santé peuvent bénéficier d'aides à l'installation de la part de l'État, de l'assurance maladie et des collectivités territoriales. Ces zones sont déterminées par les ARS dans le cadre d'un zonage arrêté pour trois ans, qui peut être actualisé dans l'intervalle si la situation locale le nécessite. Pour déterminer ces zones, l'ARS s'appuie sur une méthodologie nationale définie par un arrêté du ministre de la santé¹⁶ reposant sur l'indicateur accessibilité potentielle (APL). Cet arrêté distingue deux catégories : les zones d'intervention prioritaire (ZIP), constituées des territoires les plus en tension selon le classement de l'ARS, et les zones d'action complémentaires (ZAC), constituées des territoires en tension à un niveau moins important que les ZIP. Six professions font l'objet du zonage : les médecins généralistes, les infirmiers, les dentistes, les sages-femmes, les masseurs-kinésithérapeute et les orthophonistes.

Le classement en ZIP et en ZAC permet aux praticiens d'accéder à des dispositifs d'aides financières pour inciter à l'installation, à l'exercice regroupé ou coordonné, au recrutement de stagiaires, à la réalisation d'une partie de l'activité au sein de zones sous-dotées, à la participation à la permanence des soins ambulatoires etc.¹⁷ Ces aides sont destinées aux praticiens et aux centres de santé.

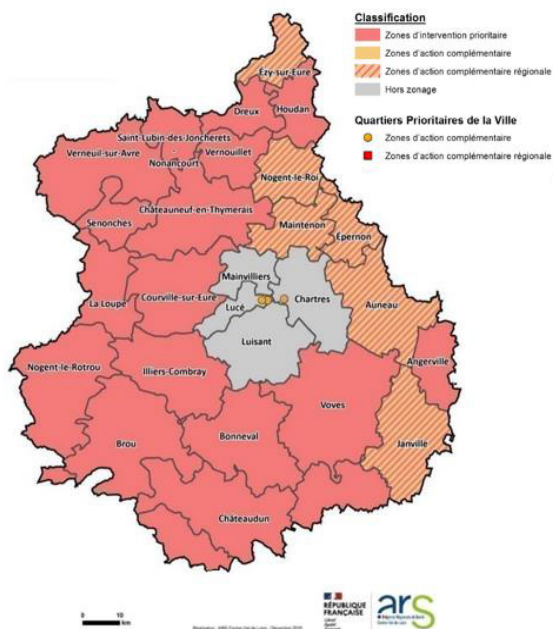
Conséquence d'un indicateur APL dégradé, le dernier zonage médecin de l'ARS Centre-Val de Loire, arrêté le 13 janvier 2022, classe la quasi intégralité du territoire en ZIP, à l'exception de Chartres et son agglomération, classée en ZAC.

¹⁶ Arrêté du 1^{er} octobre 2021 modifiant l'arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

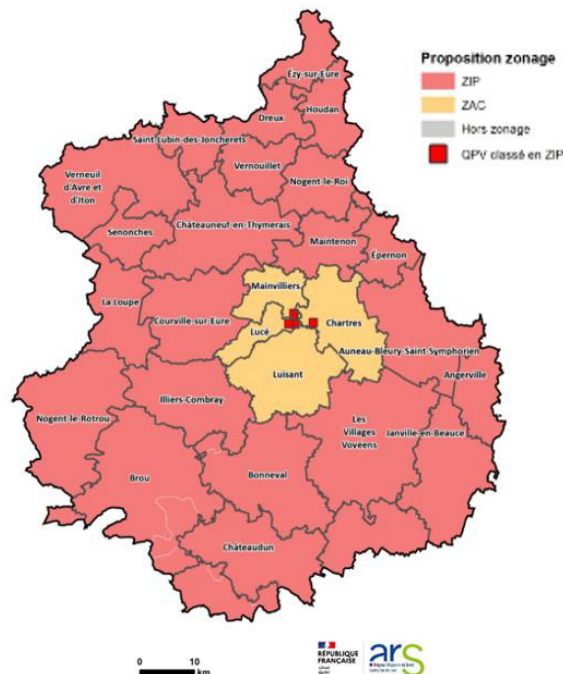
¹⁷ Tous ces dispositifs sont prévus par le code de la sécurité sociale, le code de la santé publique, le code général des collectivités territoriales, le code général des impôts et le code de l'éducation.

Carte n° 7 : Zonage intermédiaire de 2020 et révision du zonage pour la période 2021 – 2023

Révision du zonage médecin en Eure-et-Loir – Décembre 2020



Révision du zonage médecin en Eure-et-Loir – Décembre 2021



Source : ARS Centre-Val de Loire¹⁸.

Ce classement en ZAC est contesté par le département qui considère qu'il est de nature à aggraver la sous-densité médicale de l'agglomération chartraine en ce que l'absence de droit aux dispositifs incitatifs d'aide à l'installation (réservés au ZIP) ferait échouer de nombreux projets d'installation libérale. Le département a sollicité la révision du zonage sur le bassin chartrain auprès de l'ARS en septembre 2022, afin que l'intégralité du territoire eurélien soit classée en ZIP. Cette demande a été portée au niveau national en janvier 2023 par un courrier adressé au ministre de la santé, cosigné par les députés et sénateurs d'Eure-et-Loir, le président du conseil départemental et le président de Chartres Métropole, dans lequel les élus euréliens demandent également un ensemble de mesures dont la mise en place relève des pouvoirs publics nationaux.

Ce zonage ne limite cependant pas la capacité d'intervention du département dans la mesure où l'intégralité de son territoire est classée en zone sous-dense au sens de l'article L. 1434-4 du CSP, ce qui lui permet de déployer des dispositifs d'aides sur le fondement de l'article L. 1511-8 du CGCT, indifféremment du classement en ZIP ou en ZAC. Par ailleurs, généraliser le classement en ZIP reviendrait à remettre en cause le principe même du zonage, quand bien même des disparités territoriales subsistent.

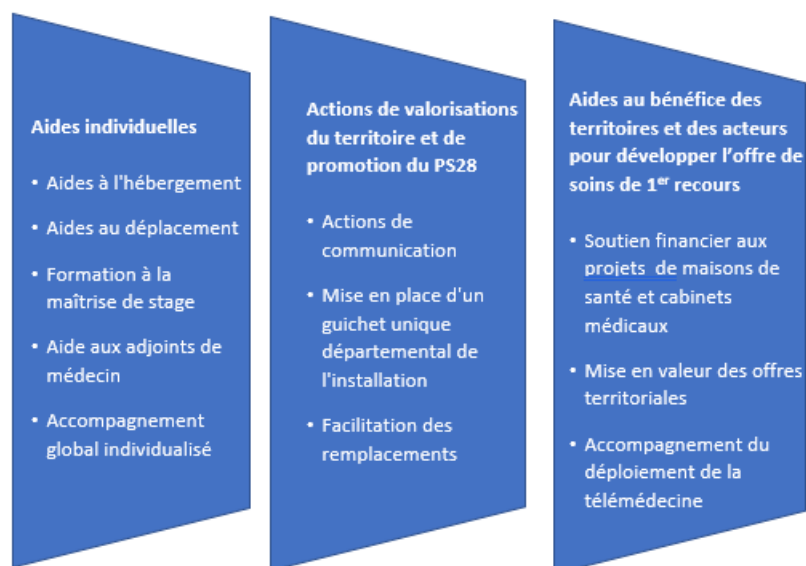
¹⁸ Cartes annexées respectivement aux arrêtés des 3 décembre 2020 -n°2020 – DOS – DM - 0136 et du 13 janvier 2022 n°2022 – DOS – DM – 0003.

2.1.2 Le département d'Eure-et-Loir a défini dès 2009 une politique volontaire qui gagnerait à être mieux formalisée

Le département d'Eure-et-Loir a adopté dès 2009 un Plan santé 28 portant l'ambition de « réduire les problèmes de démographie médicale » dans le département, décliné en trois objectifs : favoriser l'accueil d'étudiants et l'installation de professionnels de santé en Eure-et-Loir, rendre le territoire plus attractif pour attirer de nouveaux professionnels et favoriser les pratiques professionnelles de réseaux.

Un premier bilan de la mise en œuvre du Plan Santé 28 a été réalisé en 2017, portant sur la période 2010-2017. Il fait ressortir les principaux instruments d'intervention mis en place : aides individuelles aux étudiants et praticiens, actions de promotion du territoire et dispositifs de soutien aux territoires pour développer l'offre de soins de premier recours.

Schéma n° 8 : Axes d'intervention et principaux dispositifs du département pour soutenir l'offre de soins de premier recours



Source : CRC Centre-Val de Loire à partir des délibérations des budgets primitifs des années 2017 à 2022.

Les documents budgétaires et bilans réalisés depuis 2017 laissent apparaître que le plan santé est en constante évolution, tant dans le nombre de dispositifs que dans leur contenu. Le périmètre des bénéficiaires ciblés a également évolué dans le temps.

En 2020, tout en confortant certains dispositifs « historiques » tels que les aides à l'hébergement et aux déplacements, le département a fait évoluer le contenu du plan santé en élargissant le bénéfice de certains dispositifs à de nouveaux bénéficiaires et en définissant de nouveaux axes d'intervention. Il a notamment décidé d'accompagner le déploiement du numérique dans les usages médicaux.

La présentation des axes d'intervention et des actions qui leurs sont associées dans les documents budgétaires¹⁹ diffère chaque année. Ce foisonnement d'actions successivement raccrochées à différents axes d'intervention permet difficilement de dégager une cohérence d'ensemble et est de nature à nuire à la lisibilité de la stratégie du département.

La stratégie du département en matière d'organisation de l'accès aux soins de premier recours gagnerait à être formalisée dans un document de cadrage pluriannuel fixant des objectifs et axes d'intervention, assortis d'indicateurs permettant d'évaluer l'efficacité de son action et les moyens nécessaires à sa mise en œuvre. Souhaitant donner une nouvelle impulsion à cette politique, l'ordonnateur envisage de formaliser une stratégie pluriannuelle de santé et de se doter des moyens nécessaires pour la définir.

Recommandation n° 2 : Formaliser la stratégie du département en matière d'organisation de l'accès aux soins de premier recours dans un document de cadrage pluriannuel fixant des objectifs et axes d'intervention, assortis d'indicateurs permettant d'en évaluer l'efficacité et les moyens nécessaires.

2.2 Le département a fondé sa stratégie sur le renforcement de l'attractivité du territoire eurélien

Les principaux axes du plan santé 28 ciblent principalement les étudiants et jeunes praticiens en jouant sur les leviers d'attractivité du territoire.

Le département œuvre à renforcer l'attractivité de son territoire vis-à-vis des professionnels de santé et se positionne dans un rôle de facilitateur pour « favoriser l'installation » des professionnels de santé. Plutôt que de créer des aides incitatives financières, le département a privilégié des dispositifs d'accompagnement plus individualisés.

Les critères de choix d'installation des jeunes médecins généralistes sont aujourd'hui multiples. Plusieurs études²⁰ ont mis en exergue que depuis les années 2000, ces derniers cherchent davantage à concilier carrière professionnelle et épanouissement personnel dans un cadre de vie de qualité. Ils orientent ainsi le choix de leur lieu d'installation en fonction de critères liés aux conditions de vie, aux possibilités d'emploi du conjoint sur le territoire, à la présence de services, équipements et infrastructures. L'environnement de travail revêt également une importance accrue, les jeunes médecins aspirant aujourd'hui à pouvoir exercer en équipe, avec d'autres professionnels de santé. L'existence d'un projet professionnel collectif comme une maison de santé pluriprofessionnelle, la présence d'autres médecins et services médicaux et paramédicaux, ou l'accompagnement dans les démarches d'installation sont donc également des critères de choix importants.

Conscient que l'attractivité d'un territoire est appréciée par les jeunes médecins à l'aune de la combinaison de ces différents critères, le département a déployé essentiellement

¹⁹ Rapports pour les budgets primitifs des années 2017 à 2022.

²⁰ Insee Dossier, Centre-Val de Loire, « Besoins de santé, déterminants de santé et accès aux équipements en Centre-Val de Loire », décembre 2019.

des dispositifs d'accompagnement dans l'optique d'attirer des étudiants et jeunes praticiens, remplaçants notamment. Ce public est une cible privilégiée du département dans la mesure où une expérience réussie peut amener ces jeunes praticiens à s'installer durablement sur le territoire eurélien. Les dispositifs d'aides à l'hébergement et aux déplacements, l'accompagnement individualisé ou encore la formation délivrée pour l'obtention de l'agrément de maître de stage visent donc à créer des conditions favorables pour la réalisation de stages et de remplacements.

De même, les actions de communication prévues par le plan santé sont développées à destination des étudiants et remplaçants, et s'appuient sur différents relais : écoles²¹, conseil départemental de l'ordre des médecins d'Eure-et-Loir, associations d'étudiants. Outre la page dédiée au plan santé sur son site internet, le département a créé un groupe sur un réseau social pour assurer la promotion de ses dispositifs, en lien avec les bénéficiaires du plan santé.

Pour augmenter la visibilité de ces dispositifs, le département participe également régulièrement à divers événements, notamment les cérémonies de remise des diplômes de la faculté de médecine de Tours, des congrès de praticiens, des matinales d'accueils dans les centres hospitaliers, les journées consacrées aux choix de stage organisées par la faculté de médecine. Ces événements permettent au département de faire la promotion de son territoire et de faire connaître les dispositifs d'aides proposés aux étudiants et jeunes diplômés. La collectivité a, par ailleurs, organisé en 2019 et 2020 des soirées d'internat pour accueillir les internes susceptibles de venir effectuer un stage en Eure-et-Loir.

Si la crise sanitaire a restreint cette action, le département a cependant recommencé en 2022 à participer activement aux divers événements intéressant les étudiants en santé, comme le congrès du Collège national des généralistes enseignants (CNGE) ou celui de la faculté de Bichat à Paris.

Bien que les principaux dispositifs du plan santé soient largement ouverts, ils bénéficient en quasi-intégralité aux étudiants en médecine et, dans une moindre mesure, aux étudiants en masso-kinésithérapie. Dès lors que l'exercice regroupé et coordonné, plébiscité par les jeunes professionnels, peuvent associer toutes les professions de santé (infirmiers, dentistes, sages-femmes, etc.), le département gagnerait à identifier des actions à destination des autres professions de santé.

2.3 L'intervention du département s'inscrit dans une logique de complémentarité et de coopération avec les autres collectivités

Le département d'Eure-et-Loir a développé des relations partenariales à des degrés d'approfondissement divers avec d'autres collectivités concernant ses interventions dans le domaine de l'accès aux soins de proximité. Ses relations avec les collectivités du bloc communal sont développées dans un souci de complémentarité des interventions. Les relations avec d'autres départements sont plutôt de l'ordre de la coopération. Selon la collectivité, les relations partenariales avec la région Centre-Val de Loire sont peu développées.

²¹ Principalement la faculté de médecine de Tours et l'école universitaire de kinésithérapie Centre-Val de Loire.

2.3.1 L'action du département s'inscrit dans une logique de complémentarité avec le bloc communal

Le département a développé trois types d'intervention en soutien des collectivités du bloc communal : l'aide à la recherche de professionnels de santé, l'aide à la pierre pour la construction de structures de soins de premier recours et la participation aux contrats locaux de santé.

Pour apporter un appui aux communes dans leurs recherches de professionnels de santé et dans la définition de leurs projets de mise à disposition de locaux à ces professionnels et aux étudiants, le département conçoit des fiches²² d'opportunité d'installation comportant toutes les informations utiles à un projet d'installation sur le territoire (locaux, modalités d'exercice, professionnels de santé présents, accessibilité en transports, cadre de vie etc.). Ces fiches sont accessibles sur le site du département à partir d'une carte interactive et font également partie des supports de communication utilisés par le département lors de sa participation à divers événements.

Ayant fait le choix de ne pas créer de centres de santé, le département apporte également son soutien financier aux projets immobiliers de création ou rénovation de structures de soins de proximité (maisons de santé, cabinets médicaux, centres de santé etc.) des communes et intercommunalités qui en font la demande au travers du fonds départemental d'investissement (FDI).

Le département participe également aux contrats locaux de santé (CLS) lorsque les intercommunalités le sollicitent.

Le contrat local de santé

Introduit par la loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009, le contrat local de santé est un outil partenarial porté conjointement par l'agence régionale de santé et une collectivité territoriale pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé et mettre en œuvre des solutions pour une offre de santé de proximité. Il a vocation à soutenir l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan local de santé, porté par les élus locaux, en veillant à son articulation et sa cohérence avec les priorités et objectifs du projet régional de santé. Le CLS recouvre des enjeux multiples : l'accès aux soins, aux services, et à la prévention, notamment pour les personnes vulnérables, et aux enjeux d'amélioration des contextes environnementaux et sociaux qui déterminent, à plus ou moins long terme, l'état de santé des populations. En raison de leur dimension intersectorielle, les CLS associent souvent d'autres acteurs : les préfets, les services de l'État, les acteurs de santé et les associations.

La région Centre-Val de Loire compte actuellement 22 CLS signés et sept en cours d'élaboration, tous portés par des intercommunalités. Ces 29 démarches couvrent près de 79 % de la population régionale.

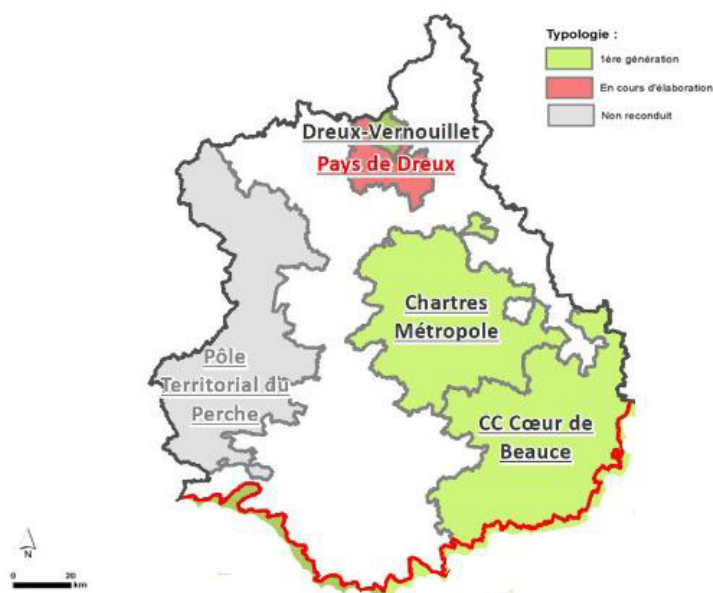
Source : ARS²³.

²² Brou, Châteaudun, Chérisy, Thiron Gardais, Tremblay-les-villages, Voves.

²³ Les Contrats locaux de santé | Agence régionale de santé Centre-Val de Loire (sante.fr).

Trois contrats locaux de santé (CLS) sont en vigueur sur le territoire eurélien en avril 2022 : celui de la communauté de communes Cœur de Beauce et son avenant (2018-2022), et ceux de Chartres Métropole (2020-2025) et de Dreux-Vernouillet, ce dernier étant en cours de redéfinition lors du contrôle de la chambre.

Carte n° 8 : Les contrats locaux de santé (CLS) en Eure-et-Loir



Source : ARS Centre-Val de Loire – Périmètre des CLS en avril 2022.

Le département est signataire des CLS de la communauté de communes Cœur de Beauce et de Chartres Métropole. Il indique participer systématiquement aux différentes réunions de travail et de pilotage des CLS, et faire, dans certains cas, partie des porteurs d'actions.

Il participe ainsi à trois des vingt-cinq actions prévues par le CLS de la communauté de communes Cœur de Beauce et à dix-huit des cinquante-six actions prévues dans celui de Chartres métropole. Il est systématiquement partenaire des actions portant sur l'amélioration de l'accès aux soins de proximité.

Toutes ces actions du département sont mises en œuvre ponctuellement, sur sollicitation des communes et intercommunalités. Pour renforcer son rôle de facilitateur dans le maillage territorial, il gagnerait à faire connaître plus largement et systématiquement ses actions auprès des collectivités euréliennes.

2.3.2 Les relations partenariales du département avec d'autres collectivités

Le département d'Eure-et-Loir indique échanger régulièrement avec d'autres départements de la région. Ces échanges ne sont pas formalisés et reposent pour l'essentiel sur des échanges inter-services sur les dispositifs existants et les bonnes pratiques. Il participe

dans ce cadre à des actions coordonnées, telle notamment la participation commune à des événements en 2022²⁴ comme les salons ISNAR²⁵, Bichat, REAJGIR²⁶, où les collectivités présentent les attraits de leurs territoires respectifs aux futurs praticiens.

Ces échanges ont également permis au département d'approfondir sa connaissance des instruments d'aides utilisés par les collectivités pour renforcer l'attractivité de leur territoire vis-à-vis des professionnels de santé en réalisant en 2017 un panel des dispositifs existants sur le territoire national, mis en place par les autres départements et par certaines communes et intercommunalités particulièrement actives dans ce domaine.

À l'échelle régionale, un partenariat plus formel a été engagé avec la ville d'Orléans, la Métropole d'Orléans et le département du Loiret autour des projets d'installation d'une antenne de la faculté de médecine de Zagreb et de l'implantation d'un campus santé à Orléans à partir de septembre 2022. A l'initiative de la ville d'Orléans, ces collectivités ont créé l'association « Loire & Orléans en santé », régie par les dispositions de la loi du 1^{er} juillet 1901, pour créer un partenariat avec la faculté de Zagreb et tirer parti de l'implantation du futur Campus santé d'Orléans. La création de cette association en juin 2022, s'inscrit dans la continuité de l'action menée conjointement par des élus de la région Centre-Val de Loire, dont ceux du conseil départemental, auprès du Premier ministre au début de l'année 2022 pour la création d'un second campus de formation médicale dans la région, situé à Orléans.

Le département d'Eure-et-Loir, figurant parmi les membres fondateurs de cette association dont l'objet est d'accompagner toute initiative en faveur de la santé et de soutenir le développement des formations de professionnels de santé, acquittera une cotisation annuelle de 10 000 € pour le fonctionnement de l'association et pour financer les actions de soutien aux étudiants déployées par cette dernière. L'adhésion à cette association, intervenue en juin 2022, permettra au département de participer à la définition des projets soutenus par l'association et de créer des synergies avec ses propres interventions.

Les relations partenariales avec la région Centre-Val de Loire sont, selon le département, « assez peu développées dans le domaine de la santé ». Ce dernier n'a notamment pas souhaité, à ce stade, intégrer le GIP Pro Santé, créé par la région en 2020 comme instrument de lutte contre la désertification médicale pour porter la création et l'animation de centres de santé sur le territoire régional, bien que plusieurs intercommunalités euréliennes se soient déclarées candidates à l'accueil de médecins recrutés par le GIP²⁷. Le département n'a pas précisé les raisons pour lesquelles il n'a pas souhaité intégrer ce GIP.

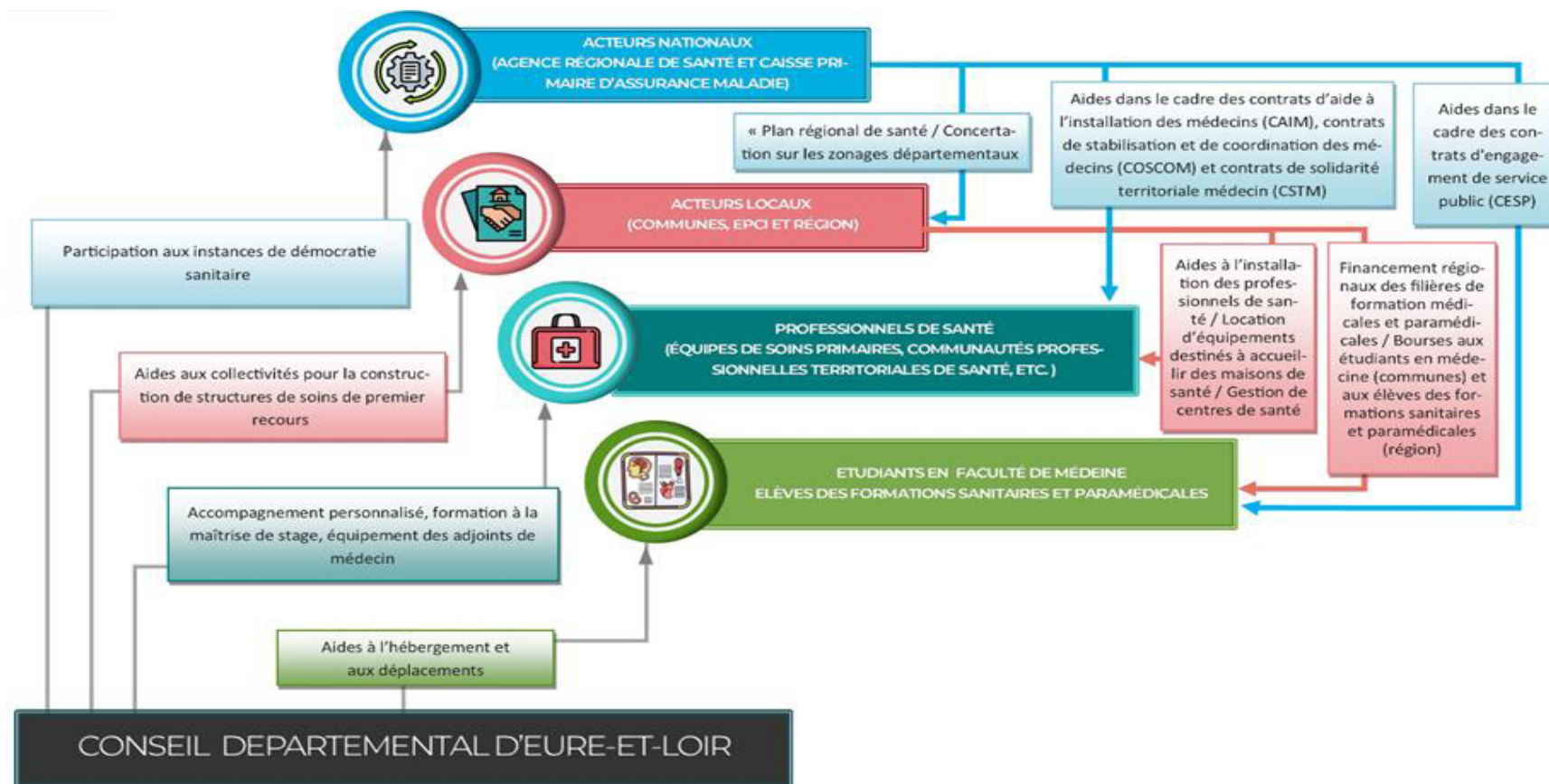
²⁴ À l'exception du département d'Indre-et-Loire, tous les départements de la région Centre-Val de Loire se sont joints à l'Eure-et-Loir pour participer à ces événements en 2022.

²⁵ Intersyndicale nationale autonome représentative des internes.

²⁶ Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants.

²⁷ Notamment les communautés de communes entre Beauce et Perche, Cœur de Beauce, Terres de Perche et Perche.

Schéma n° 9 : L'action du département parmi les acteurs de l'organisation territoriale des soins de premier recours



Source : CRC Centre-Val de Loire.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Au regard de la démographie médicale du territoire eurélien, le département s'est attaché dès 2010 à créer des conditions d'attractivité de son territoire pour les professionnels de santé en se dotant d'un plan constitué de dispositifs d'aides individuelles, d'aides aux territoires et acteurs de santé et d'actions de communication visant à faire la promotion du territoire eurélien. Conscient que les études, notamment les stages, sont une période cruciale dans le choix d'installation des praticiens, le département oriente ses dispositifs d'aide principalement à destination des étudiants et jeunes praticiens. Plutôt que de créer des aides incitatives financières, le département a privilégié des dispositifs d'accompagnement plus individualisés.

Bien que le département réaffirme régulièrement les objectifs du plan santé dans ses documents budgétaires et dans les supports de communication présentant ses dispositifs, il n'a cependant pas élaboré de document-cadre présentant sa stratégie à moyen et long terme.

Le département veille à inscrire son action en complémentarité de celles des autres collectivités, se positionnant en soutien des collectivités du bloc communal, et développant des relations partenariales avec d'autres départements pour ses actions de promotion du territoire.

3 DES DISPOSITIFS D'AIDES DU PLAN SANTÉ 28 DE PORTÉE INÉGALE

3.1 Des aides individuelles ciblées sur l'accompagnement

À l'exception de trois instituts de formations aux soins infirmiers (Ifsi), le département d'Eure-et-Loir ne compte aucune école de formation aux professions de santé sur son territoire. Réaliser un stage en Eure-et-Loir suppose, pour les étudiants, d'effectuer d'importants trajets ou de trouver un logement sur place, souvent en plus du logement occupé dans la ville où ils suivent leurs études. Il s'agit donc d'un coût, venant s'ajouter aux frais déjà engagés dans le cadre de leurs études. Pour cette raison, le département a mis en place des dispositifs destinés à prendre en charge leur frais de déplacement et à trouver des logements à moindre coût pour les étudiants désireux de venir accomplir leur stage en Eure-et-Loir.

Le département organise également régulièrement des sessions de formation pour les médecins souhaitant devenir maître de stage et accroître ainsi l'offre de stage en médecine de ville du département.

Enfin, suite à la création du statut d'adjoint de médecin pour les étudiants ayant terminé leurs études de médecine mais n'ayant pas encore soutenu leur thèse, le département a également créé un dispositif d'aide à l'installation en faveur de ces jeunes professionnels.

Toutes ces actions ont pour objectif de « faciliter la venue des étudiants » dans le département, premier contact qui pourrait ensuite les inciter à s'y installer durablement.

3.1.1 L'aide à l'hébergement est sollicitée de façon constante

L'aide à l'hébergement vise à proposer aux étudiants venant faire un stage en Eure-et-Loir une solution d'hébergement à loyer modéré et dans de brefs délais. Cette aide s'adresse à tous les étudiants des professions de santé, mais également aux professionnels de santé venant effectuer des remplacements en Eure-et-Loir.

Dans cette optique, le département a constitué une offre de « logements dédiés aux étudiants en santé à des niveaux de loyers modérés » avec un ensemble de partenaires publics sur son territoire (centre régional des œuvres universitaires (Crous), collectivités, offices publics de l'habitat (OPH), MSP). Dans le cadre de ces partenariats, le département examine les dossiers de demande d'aide des étudiants ou professionnels puis les met en relation avec le bailleur qui met à disposition un logement meublé.

Quatre de ces partenariats sont formalisés par conventions. Il s'agit des partenariats noués avec le CROUS de Chartres, les OPH du logement Dunois à Châteaudun et de l'habitat Drouais à Dreux, et la ville de Brou. Ces conventions portent sur 19 logements, réservés par le bailleur pour les étudiants et professionnels adressés par le département. En contrepartie²⁸, le département fournit le mobilier et les équipements nécessaires.

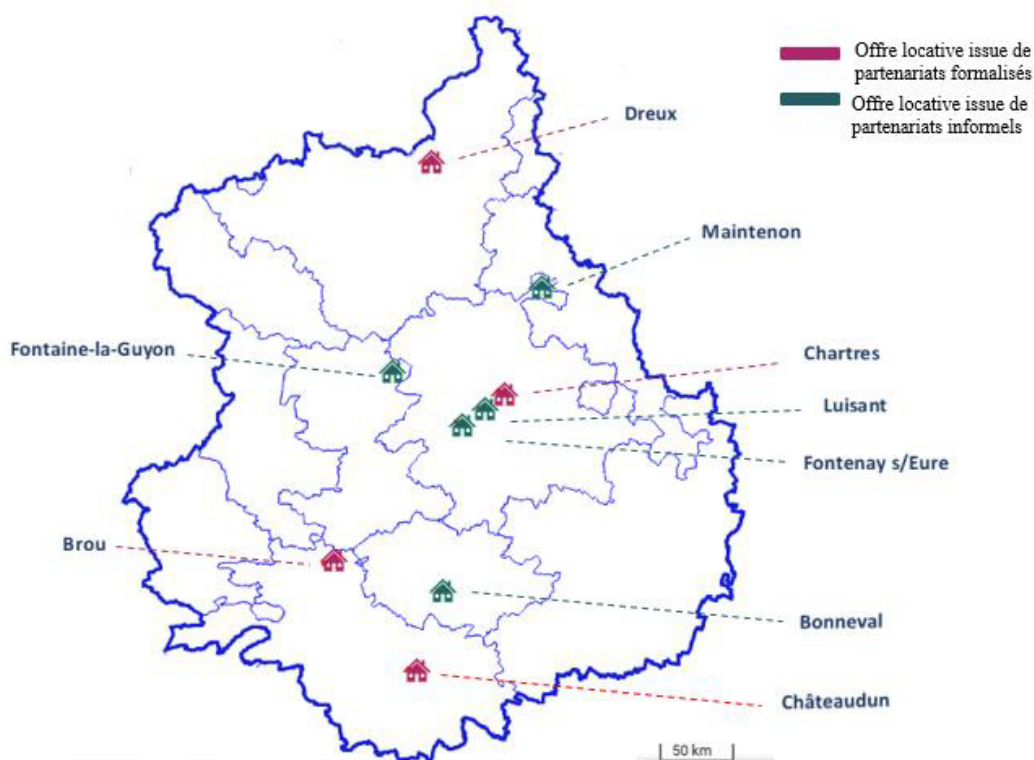
À la différence des partenariats avec la ville de Brou et les OPH, le partenariat avec le CROUS comporte des flux financiers. Le département prend en charge la location de six logements, en acquittant un tarif mensuel de 310 € par logement réservé, et refacture ensuite une redevance forfaitaire de 154 € par mois aux bénéficiaires.

En marge de ces partenariats formalisés, le département a également développé des partenariats informels lui permettant de compléter l'offre locative potentielle du dispositif avec six logements supplémentaires dans les communes de Fontenay sur Eure, Bonneval, Luisant, Fontaine la Guyon et Maintenon. Dans ce cadre, il met en relation l'étudiant demandeur et le bailleur, sans instruction du dossier.

Au total, le département propose donc une offre locative potentielle de 25 logements.

²⁸ Les bailleurs ne demandent pas de compensation financière au conseil départemental en cas de vacances des logements.

Carte n° 9 : Localisation des hébergements



Source : Carte CRC, d'après les informations transmises par l'ordonnateur.

En parallèle de ces partenariats, le département indique trouver également des solutions ponctuelles lorsque le lieu de stage se situe dans une ville autre que celles couvertes par le dispositif. Des étudiants ont ainsi pu être logés au sein des MSP de Nogent-le-Rotrou et de Coulombs ou encore dans l'école de codage Wild Code School de la commune de La Loupe qui proposait des colocations.

Le développement des terrains de stage sur l'ensemble du territoire eurélien incite le département à rechercher en permanence de nouveaux logements pour pouvoir répondre à cette demande. Une réflexion est également menée sur le plan qualitatif pour « mieux répondre à la demande et prendre en considération [...] les besoins des étudiants en santé », raison pour laquelle « les logements isolés dans les milieux ruraux doivent faire exception, pour éviter aux étudiants de se trouver isolés, sans toutefois être trop éloignés de leurs lieux de stage ».

Sur la période 2017-2021, le département a reçu 308 demandes, dont 221 ont donné lieu à une réservation de logement. Le département a donc été en mesure de répondre favorablement en moyenne à près de 72 % des demandes d'hébergement reçues. Les demandes non satisfaites correspondent à des désistements des demandeurs pour diverses raisons (changement du lieu de stage, logement proposé non adapté aux attentes ou besoins du bénéficiaire etc.).

Tableau n° 3 : Nombre de demandes reçues et de logements réservés de 2017 à 2021

	2017	2018	2019	2020	2021	Total
<i>Nbre de demandes reçues</i>	38	60	74	57	79	308
<i>Nbre de logements réservés</i>	34	45	55	30	57	221
<i>% logements réservés/demandes reçues</i>	90 %	75 %	74 %	53 %	72 %	72 %

Source : CRC à partir des données transmises par l'ordonnateur.

Ce dispositif est peu coûteux pour le département puisque seule la convention avec le CROUS induit des flux financiers. Entre 2017 et 2021, ce dispositif a coûté près de 107 113 € au département.

Bien que ce dispositif soit ouvert aux étudiants et aux remplaçants de toutes les professions de santé, ce sont principalement les étudiants en médecine (80 %) qui en bénéficient, suivis par les étudiants en masso-kinésithérapie (19 %). Le département, conscient de cette limite, indique réaliser une évaluation de ce dispositif au moment de l'instruction, en vue de proposer une adaptation et une extension à d'autres professionnels de santé. Il indique également que « l'offre d'hébergement aux étudiants en médecine et en kinésithérapie en Eure-et-Loir bénéficie d'une notoriété assez positive auprès des écoles et des associations d'étudiants et fait de l'Eure-et-Loir, un département facilitateur ».

Si le département se fonde sur les échanges informels avec les bénéficiaires, les écoles et associations d'étudiants pour afficher ces éléments de bilans, il ne fait en revanche pas d'enquête de satisfaction formelle auprès des bénéficiaires pour s'assurer que le dispositif répond en tous points à leurs attentes ou, si au contraire, certaines attentes restent insatisfaites et quelles pourraient en être les raisons.

3.1.2 Des aides aux déplacements dont le règlement mérite d'être précisé

L'aide aux déplacements poursuit le même objectif de faciliter la venue, l'accueil et l'intégration des étudiants des professions de santé sur le territoire eurélien. Dans le cadre de ce dispositif, le département propose aux étudiants un remboursement partiel des frais engagés pour les déplacements effectués entre leurs lieux de stage chez des praticiens euréliens et leur domicile durant le stage. Le bénéfice du dispositif a également été ouvert aux remplaçants en 2020. Ces derniers doivent effectuer des remplacements d'une durée équivalente à deux mois à temps plein sur six mois consécutifs pour être éligibles au dispositif. En revanche, le département indique que le bénéfice de ce dispositif n'est pas ouvert aux étudiants en médecine, qui peuvent bénéficier d'autres aides de l'État.

Conformément au règlement du dispositif, cette indemnité de déplacement est versée dans un cadre conventionnel « engageant le bénéficiaire à effectuer tout ou partie de ses stages sur le département ». Elle est calculée en fonction du nombre de jours de stage (ou de remplacement), du nombre de kilomètres séparant le lieu d'hébergement situé en Eure-et-Loir du lieu de stage et d'un tarif kilométrique, établi à 0,29 €.

Entre 2017 et 2021, le service en charge du plan santé 28 a reçu 47 demandes dont 30 ont donné lieu à une indemnité de déplacement (63,8 %) pour un montant total de 12 020 €.

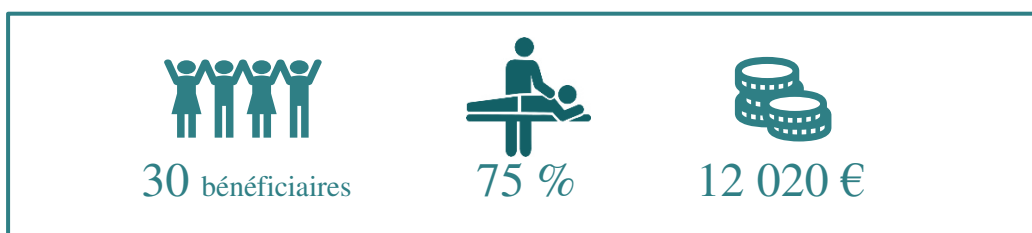
Si la mise en œuvre de ce dispositif n'appelle pas d'observation particulière, le règlement du dispositif nécessite toutefois d'être complété sur deux points.

En premier lieu, ce règlement prévoit un montant maximum d'indemnisation de 2 600 €, mais ne prévoit en revanche pas de montant minimum. Or, l'examen de la chambre a mis en exergue qu'en deçà d'un montant de 100 €, les demandes des étudiants en kinésithérapie ne sont pas traitées par le département, ces sommes étant prises en charge par leur école. Le règlement du dispositif mériterait d'être complété sur ce point pour apporter une information complète aux potentiels demandeurs, et éviter ainsi le dépôt de demandes inéligibles, la majorité des demandes rejetées par le département l'étant pour ce motif.

Les autres motifs de rejet relevés concernent le lieu de stage (un stage non effectué auprès d'un praticien libéral contrairement à ce qui est prévu par le règlement) et la date de dépôt de la demande : deux rejets concernent des demandes envoyées après le début du stage or les échanges de courriel attestent que les services n'instruisent que les demandes déposées préalablement au stage. Cette disposition n'est pas mentionnée clairement dans le règlement qui mériterait d'être également précisé sur ce point.

Le dispositif est majoritairement utilisé par les étudiants en kinésithérapie. Sur les 30 bénéficiaires attributaires de l'indemnité entre 2017 et 2021, 24 étaient des étudiants issus de l'école de masseurs-kinésithérapeutes d'Orléans (soit 75 %), qui fait la promotion de ce dispositif auprès de ses étudiants. Souhaitant étendre le recours à ce dispositif à d'autres professionnels de santé, l'ordonnateur a indiqué son intention de transformer cette aide en bourse, permettant de couvrir d'autres dépenses liées au stage que les seules dépenses de transport. Le montant de cette bourse, qui serait désormais versée en début de stage, serait modulé en fonction de la profession et du niveau d'aides perçues par ailleurs, dans un double objectif : soutenir davantage les étudiants de professions percevant peu d'aides par ailleurs et favoriser les professions les plus en tension dans le département.

Schéma n° 10 : Chiffres clés de l'aide aux déplacements – période 2017-2021



Source : Données transmises par l'ordonnateur.

3.1.3 La formation de maître de stage des universités suscite un regain d'intérêt

Les études de médecine sont jalonnées de stages pratiques, parmi lesquels un stage de médecine générale, en deuxième cycle, et deux stages en troisième cycle, dits de « niveau 1 » et « niveau 2 ».

Ces stages sont encadrés par des maîtres de stage des universités (MSU) agréés par la faculté de médecine dont relèvent les étudiants accueillis pour les stages de deuxième cycle²⁹, et par le directeur général de l'ARS³⁰ pour les étudiants de troisième cycle.

Afin d'augmenter le nombre d'étudiants accueillis en stage de médecine générale sur son territoire, le département œuvre au développement d'un vivier de maîtres de stage des universités en organisant chaque année depuis 2011 une session de formation à la maîtrise de stage de deux jours dans ses locaux. Cette formation à l'accueil, à l'encadrement et à l'évaluation d'un étudiant est obligatoire pour obtenir l'agrément de MSU³¹ ; elle doit être suivie auprès d'une université ou d'un organisme habilité³². Pour éviter aux médecins euréliens intéressés par la maîtrise de stage de devoir se rendre à la faculté de médecine de Tours pour suivre cette formation, le département leur propose donc de la suivre à Chartres avec un organisme habilité à cet effet par la faculté de médecine de Tours.

Dans ce cadre, le département finance l'intervention des formateurs, la restauration des stagiaires et une indemnisation pour perte de ressources des professionnels privés de revenus durant leur temps de présence. Le département fait appel au Collège national des généralistes enseignants (CNGE), seule structure habilitée par la faculté de médecine de Tours, et qui assure une prestation intégrée comprenant le volet pédagogique et le versement de l'indemnisation pour perte de ressources, correspondant à un forfait de 750 € pour deux jours, calculé sur la base de 15 consultations par jour.

Depuis 2011, 76 médecins ont été formés, dont 34 pour la période 2017-2022. Toutefois, aucune session de formation n'a été tenue en 2020 et 2021, faute de médecins candidats en période de crise sanitaire. L'offre de formation du département semble toutefois susciter un regain d'intérêt en 2022 où une première session de formation a permis de former 19 médecins.

Cette action a coûté 43 780 € au département sur la période 2017-2021.

Tableau n° 4 : Bénéficiaires et coût de la formation à la maîtrise de stage au 30 juin 2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
<i>Nombre de médecins formés</i>	11	9	9	0	0	19	34
<i>Nombre de sessions</i>	1	1	1	0	0	2	4
<i>Coût</i>	18 110 €	13 590 €	12 080 €	0€	0 €	13 590 €	57 370 €

Source : CRC à partir des données transmises par l'ordonnateur.

Ce dispositif, porteur d'un effet de levier pour maintenir et augmenter le vivier de médecins généralistes, constitue avec les aides à l'hébergement et aux déplacements un socle

²⁹ Article R. 632-1-2 du code de l'éducation.

³⁰ Article R. 632-28-3 du code de l'éducation.

³¹ Articles R. 632-1 et R. 632-28-1 du code de l'éducation.

³² Articles R. 632-1-1 et R. 632-28-2 du code de l'éducation.

de dispositifs pérennes qui, malgré des fluctuations, ont trouvé leur public et permettent de maintenir la venue d'étudiants en stage sur le territoire eurélien.

3.1.4 Un dispositif d'aide aux adjoints de médecin très peu sollicité

L'article L. 4131-2 du CSP, dans sa version antérieure à la loi du 24 juillet 2019, autorisait les étudiants en médecine qui remplissaient un certain nombre de conditions, à exercer la médecine notamment comme adjoints de médecins « en cas d'afflux exceptionnels de population, constaté par un arrêté du représentant de l'État dans le département ». Le caractère déficitaire de l'offre de soins sur un territoire³³ n'étaient pas encore un critère permettant l'exercice en tant qu'adjoint de médecin.

Toutefois, la pénurie de médecins sur le territoire eurélien a conduit les députés d'Eure-et-Loir, à demander une interprétation extensive de ces dispositions afin d'obtenir une dérogation permettant le recours au statut d'adjoint de médecin en Eure-et-Loir³⁴. C'est ainsi que, dès 2017, le conseil départemental de l'ordre des médecins d'Eure-et-Loir a pu, sur autorisation du préfet³⁵, délivrer une autorisation d'exercer comme adjoint de médecin aux étudiants remplissant les conditions, avant même que cette possibilité ne soit généralisée « aux zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés de l'accès aux soins » par l'article 10 de la loi³⁶ du 24 juillet 2019 précitée.

Les adjoints de médecins ne remplacent pas les médecins mais exercent à leurs côtés. Leur arrivée nécessite donc pour les médecins accueillant d'équiper leur cabinet en conséquence. Le dispositif d'aide mis en place par le département depuis 2020, consiste à apporter un soutien financier aux investissements et équipements induits par l'arrivée d'un adjoint.

Le dispositif a fait l'objet de modifications chaque année depuis sa création en 2020, tant sur les bénéficiaires de l'aide que sur le périmètre des dépenses éligibles ou encore le seuil minimal d'intervention.

Ces ajustements traduisent la difficulté à atteindre le public cible de ce dispositif, dont le bénéfice n'a été sollicité que deux fois depuis sa création en 2020, pour un montant total de 1 580 €. Le recours à ce dispositif est cependant tributaire, selon le département, du nombre d'adjoints de médecin qui viennent exercer dans le département, six à l'heure actuelle, et du fait que certains disposent déjà du matériel nécessaire.

³³ Cf. Réponse faite à la question n° 1165 de M. Olivier Marleix (député d'Eure-et-Loir) publiée au Journal officiel le 9 décembre 2015.

³⁴ A la suite de la demande des députés d'une analyse des dispositions de l'article L. 4131-2 du code de la santé publique encadrant le recours aux adjoints de médecin, la direction générale de l'offre de soins a publié une instruction donnant une interprétation extensive de « l'afflux exceptionnel de population » permettant de recourir à ce statut dans les zones carencées en offre de soins.

³⁵ Arrêté du préfet d'Eure-et-Loir du 9 janvier 2017.

³⁶ Le recours aux adjoints de médecins est désormais encadré par les dispositions de l'article 10 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, codifiées à l'article L. 4131-2-1 du code de la santé publique.

Le faible nombre d'adjoints sur le territoire eurélien et le faible engouement pour le dispositif qui ne semble pas être déterminant dans le choix de venir exercer aux côtés d'un médecin eurélien, doit amener le département à questionner la pertinence de cette action.

3.2 Les aides au bénéfice des territoires et acteurs locaux pour développer l'offre de soins de premier recours ne parviennent pas à atteindre les objectifs de la politique départementale

3.2.1 Un soutien financier aux projets immobiliers à reconnecter à la politique santé du département

Le département participe au financement des structures de soins de proximité construites sous maîtrise d'ouvrage des communes et intercommunalités de son territoire au travers de son fonds départemental d'investissement (FDI). Cet instrument d'intervention, fondé sur les dispositions de l'article L. 1111-10 du CGCT régissant les aides financières entre collectivités, a pour objectif d'apporter un soutien à l'investissement des communes et intercommunalités, à l'économie locale et à la dynamisation des territoires ruraux.

Doté en moyenne de 12 M€ par an, le FDI comporte une enveloppe dévolue aux « projets structurants » portés par les communes de moins de 10 000 habitants et les EPCI dont elles sont membres, et s'inscrivant dans des domaines d'interventions spécifiques³⁷, au nombre desquels figure la santé.

Au cours de la période 2017-2021, le département a financé 15 projets de création, rénovation ou extension de structures de soins de ville, pour un montant total de 809 351 €³⁸.

Ce soutien est cependant apporté sans aucun lien avec le plan santé. Les projets des demandeurs sont en effet examinés selon les mêmes règles et critères que tous les autres projets, sur le fondement de règles classiques d'attribution de subventions d'équipement. Les règlements du FDI pour la période contrôlée ne comportent aucune exigence spécifique quant au respect des critères de labellisation d'exercice coordonné de l'ARS et de la CPAM, notamment l'existence d'un projet de santé porté par des professionnels souhaitant se regrouper.

Le département indique qu'initialement, lors de la création du plan santé, l'objectif de ce soutien financier était de mailler le territoire et de favoriser l'exercice regroupé pluriprofessionnel, tout en faisant le constat que, pour la période contrôlée, les projets financés ont été réalisés sans suivi autre que le suivi administratif et financier classique, et sans coopération particulière avec la CPAM.

Malgré un affichage systématique du soutien du FDI aux structures de soins de ville dans les délibérations budgétaires relatives au plan santé et dans les bilans, cette action et les montants affichés ne s'inscrivent pas toujours dans les objectifs du plan santé. Ainsi les montants affichés comprennent aussi bien les financements attribués à des projets de créations

³⁷ Voirie – sécurité, urbanisme et cadre de vie, scolaire, tourisme, équipements publics, déplacements etc.

³⁸ Ce montant ne prend en compte que les dépenses relatives à la création, la rénovation ou l'extension de bâtiment, à l'exclusion des dépenses liées à la seule amélioration du bâti (installation de VMC etc.).

de MSP que ceux attribués aux travaux d'amélioration de cabinets médicaux ou paramédicaux existants (installation de climatisation, rénovation de fenêtres ou de stores etc.).

En tant qu'instrument d'intervention dédié au soutien des investissements des territoires, le FDI peut constituer pour le département un outil contribuant à favoriser le maillage territorial de structures de soins de premier recours. Cette utilisation du FDI suppose une reconnexion à la politique de santé du département qui pourrait consister en la création d'une enveloppe spécifique avec des critères propres, comme par exemple de conditionner l'attribution d'une subvention à l'existence d'un projet de santé. Il pourrait également être prévu un échange systématique en cours d'instruction entre le porteur de projet et l'équipe en charge du plan santé. Des synergies pourraient être créées avec les autres actions du plan santé, notamment celles en faveur du développement d'un réseau de maîtres de stage. L'ordonnateur souscrit à ce constat.

Recommandation n° 3 : Prendre en compte les objectifs du plan santé dans l'attribution de financements aux projets immobiliers.
--

3.2.2 Une aide aux projets de télémédecine qui n'a pas atteint son public

Dans l'objectif de participer au déploiement des outils de télémédecine sur le territoire eurélien, le département a décidé en 2020 de participer au financement des projets de télémédecine de son territoire, en complément du soutien financier accordé par l'ARS et la Région Centre-Val de Loire dans le cadre d'un dispositif figurant au contrat de plan État-Région (CPER). Une autorisation de programme de 40 000 € a été inscrite au budget primitif pour 2020, reconduite en 2021 et ramenée à 30 000 € en 2022.

Ce dispositif, dont le bénéfice est ouvert aux établissements médico-sociaux, aux maisons de santé et aux structures publiques et privées, a vocation à financer l'adaptation des équipements des professionnels à des activités de télémédecine, la création d'un poste dit « expert », les équipements biomédicaux à raccorder au matériel expert ainsi que les services d'installation et d'accompagnement. Ces équipements doivent être conformes aux choix techniques réalisés en région Centre-Val de Loire, la validation préalable par l'ARS étant une condition de recevabilité des demandes. Le règlement du dispositif ne précise toutefois pas si l'obtention du financement du CPER est une condition de recevabilité des demandes.

Depuis la création de ce nouveau dispositif du plan santé en 2020, aucun crédit n'a été consommé, aucun dossier de demande de subvention n'ayant été déposé.

Le département explique cette situation par la combinaison de plusieurs facteurs, notamment un problème de pilotage du dispositif³⁹, un manque de communication entre cofinanceurs, un manque de communication sur le dispositif et le recentrage des activités des professionnels de santé durant la crise sanitaire.

Au regard de cette situation et pour mieux accompagner le déploiement du numérique auprès des professionnels de santé du territoire, le département prévoit l'élaboration d'un

³⁹ La proposition du département de création d'un comité technique pour suivre de manière collégiale et concertée l'évolution des projets et anticiper les demandes de financements n'a pas été suivie.

schéma départemental du numérique en santé, dont il envisage de confier la réalisation à un prestataire. Le dispositif de cofinancement des outils de télémedecine sera ajusté au regard des résultats de l'étude. Le département ne tire cependant pas toutes les conséquences du non recours à ce dispositif puisqu'il maintient une ouverture de crédits pour ce dispositif en 2022, dans l'attente de sa refonte.

La chambre invite le département à questionner la pertinence d'un tel dispositif qui, s'il a le mérite de s'inscrire dans une logique de complémentarité, souffre d'une définition opérationnelle floue et, plus généralement, de la lenteur du déploiement du numérique dans les usages médicaux et paramédicaux, qui nécessite une appropriation de tous les acteurs. Dans une démarche plus globale, le département gagnerait donc à procéder à un examen plus large des modalités et conditions de développement du numérique dans le domaine de la santé pour repenser son approche. Si l'élaboration d'un schéma départemental du numérique en santé semble procéder de cette démarche, elle doit être faite avec vigilance quant au positionnement du département par rapport aux autres acteurs locaux œuvrant au déploiement du numérique dans le domaine de la santé. L'ordonnateur partage le constat de la chambre que le dispositif d'aide aux projets de télémedecine n'a pas trouvé son public et indique conserver néanmoins son intérêt pour la e-santé.

3.2.3 Le soutien du département à l'essor des CPTS doit être poursuivi

Constituées à l'initiative des professionnels de santé, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), créées par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, ont vocation à rassembler les professionnels de santé d'un bassin de population qui souhaitent s'organiser collectivement pour répondre aux besoins de santé identifiés pour ce territoire, en assurant une meilleure coordination de leur action et en concourant à la structuration des parcours de santé⁴⁰. Prenant la forme d'associations régies par la loi du 1^{er} juillet 1901, elles sont composées de professionnels des soins de premier et second recours mais aussi hospitaliers, médico-sociaux et sociaux d'un même territoire. Les membres de la CPTS formalisent à cet effet un projet de santé, transmis à l'ARS.

La création des CPTS sur le territoire national a été accélérée à compter de 2019 suite à l'impulsion donnée par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé⁴¹. Le plan national « Ma santé 2022 » prévoit la création de 1000 CPTS d'ici 2022. Les CPTS remplissent trois missions soeles pour faciliter l'accès aux soins, organiser les parcours de soins, développer des actions de prévention sur le territoire et deux missions complémentaires optionnelles que sont le développement de la qualité et de la pertinence des soins, ainsi que l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire.

L'exercice de ces missions est prévu par une convention conclue avec l'ARS et la CPAM, l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) ouvrant à la CPTS le bénéfice d'aides spécifiques de l'État et de la CPAM, ainsi que des exonérations fiscales⁴². L'aide versée par la CPAM est proportionnelle au bassin de population couvert par la CPTS et à l'étendue des

⁴⁰ Articles L.1434-12 à L.1434-13 du code de la santé publique.

⁴¹ Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

⁴² Il s'agit des exonérations prévues au 1 de l'article 207 (impôt sur les sociétés) et à l'article 1461 A (contribution économique territoriale) du code général des impôts.

missions conduites. Elle va de 287 500 € par an pour les plus petites communautés à 580 000 € pour les plus grandes.

La région Centre-Val de Loire est celle dont le territoire comporte le plus de CPTS en fonctionnement, dont l'ACI est signé⁴³.

Le département d'Eure-et-Loir compte six des trente-trois CPTS de la région. A l'exception de la CPTS Cœur de Beauce, en cours de création, toutes les CPTS d'Eure-et-Loir sont en fonctionnement en juin 2022.

Conscient de l'effet de levier que peut constituer l'essor des CPTS en termes d'attractivité du territoire pour les professionnels de santé, le département indique avoir souhaité proposer un accompagnement technique et financier en complément de l'aide apportée par l'ARS et la Région Centre-Val de Loire pour le soutien à la préparation du projet de santé ainsi qu'à la mise en œuvre des actions des CPTS.

Le soutien du département s'est jusqu'alors matérialisé par la participation aux réunions d'assemblée générale des CPTS, la mise à disposition de locaux et de matériel de projection pour des réunions⁴⁴, la coopération avec des CPTS sur des actions ciblées comme la réalisation avec l'une d'entre elle⁴⁵ d'un état des lieux sur les pratiques d'accueil de stagiaires toutes professions de santé confondues. Le département échange également avec l'URPS qui accompagne, voire impulse les créations de CPTS, pour connaître l'état d'avancement des constitutions de CPTS. L'ordonnateur indique avoir prévu au budget pour l'année 2023 des crédits à hauteur de 80 000 € dédiés aux CPTS pour accompagner le développement d'une offre de soins non programmés et soutenir des actions de prévention et de promotion de la santé.

Le déploiement des CPTS est récent et la plupart d'entre elles sont encore en phase de démarrage. Si la crise sanitaire a pu freiner leur constitution et leur développement, certaines d'entre elles ont au contraire déjà démontré leur capacité à répondre aux besoins de la population dans le contexte de la crise sanitaire.

⁴³ L'atlas des CPTS - Ministère des Solidarités et de la Santé (solidarites-sante.gouv.fr).

⁴⁴ A titre d'illustration ce fut le cas pour la réunion de lancement de la CPTS de Chartres en 2019.

⁴⁵ La CPTS Nord Ouest Eure-et-Loir (NOEL).

La CPTS Sud 28 : un exemple de dynamique territoriale des CPTS

Première CPTS constituée dans le département d'Eure-et-Loir, la CPTS Sud 28 a signé son ACI en janvier 2020, trois ans après le lancement de la démarche par son président. Elle couvre 64 communes⁴⁶, situées dans les bassins de vie de Châteaudun, Brou et Bonneval.

Alors en pleine phase de structuration, la CPTS Sud 28 s'est montrée très réactive dès le début de la crise sanitaire en ouvrant dès mars 2020 dans chacun des cinq cantons du territoire qu'elle couvre, et en liens avec leurs élus, des centres de diagnostic et de prélèvement. Ces centres ont fonctionné de mars à juin et ont permis d'accueillir plus de 1200 personnes et d'orienter vers les structures adéquates les personnes nécessitant une prise en charge médicale. Dans la continuité, la CPTS a également mis en place avec la préfecture, de la fin de l'année 2020 au début de l'année 2022, trois centres de prélèvements puis en parallèle trois centres de vaccination. Les volontaires de la CPTS ont ainsi réalisé sur cette période plus de 24 000 tests et plus de 120 000 vaccins. Cette organisation mise en place pour répondre à l'urgence de la crise sanitaire a renforcé la structuration de la CPTS, qui déploie depuis septembre 2022 un système d'accès aux soins non programmés sur son territoire. Un numéro dédié reposant sur un outil de régulation téléphonique permet à toute personne nécessitant des soins non urgents mais ne pouvant attendre plusieurs jours d'accéder à une consultation dans la journée chez un médecin du territoire de la CPTS. Les médecins du territoire volontaires pour participer au système de soins non programmés consacrent chacun leur tour quelques créneaux horaires d'astreinte, permettant de dégager au total deux heures de consultation non programmées par jour.

Outre ce projet répondant à la première mission de l'ACI (accès aux soins), la CPTS a également développé des outils de communication entre professionnels pour permettre l'organisation de parcours de soins cohérents à l'échelle de son territoire, que ce soit au niveau des soins de premiers et second recours que des soins hospitaliers. Une pochette contenant le dossier médical est remise à chaque patient suivi dans le cadre des services de soins infirmiers et aides à domicile (SSIAD) afin de permettre le partage des informations entre chaque professionnel suivant le patient. La CPTS a également développé l'usage d'une plateforme collaborative entre professionnels (Jamespot), utilisée comme un intranet par les professionnels membres de la CPTS.

Des actions en matière de prévention sont également développées depuis 2020, réunissant différents professionnels autour d'une thématique, comme le forfait Psy Diet Sophro pour les personnes en souffrance n'ayant pas les ressources pour accéder à un psychologue, les Actions physiques et sportives adaptées (Apsa), faisant l'objet d'une prescription par ordonnance, ou encore l'Action en parentalité, pilotée par une orthophoniste pour les familles d'enfants âgés de moins de six ans.

⁴⁶ Réparties sur le territoire de trois communautés de communes : Grand Châteaudun, Bonnevalais et Cœur de Beauce. Sont également incluses deux communes des groupements de communes du Perche, d'une part, et du Perche et Haut Vendômois, d'autre part.

Acteurs locaux en première ligne pour apporter des réponses à la sous-densité médicale et paramédicale, la création des CPTS est fortement encouragée au plan national et localement par les ARS pour apporter des solutions en termes d'accès aux soins de premier recours. Selon le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), leur développement « doit se poursuivre pour qu'elles maillent l'ensemble du territoire et matérialisent réellement l'engagement de tous les professionnels de proximité dans la mission de service public de l'accès aux soins ». Il recommande de donner aux CPTS déjà constituées et les plus matures « une mission prioritaire, mission de crise sur l'accès aux soins, en leur allouant des ressources pour qu'elles puissent jouer leur rôle de manière efficace, selon des modalités dont les principes auront été adoptés collégialement dans le cadre de la concertation départementale »⁴⁷.

Partie intégrante de l'organisation territoriale des soins et poursuivant des objectifs similaires à ceux portés par les collectivités territoriales mettant en œuvre des actions pour l'amélioration de l'offre de soins, l'essor des CPTS en Eure-et-Loir peut constituer une opportunité pour le département de nouer des partenariats avec les acteurs de terrains de première ligne en accompagnant leur montée en puissance. Ces partenariats permettraient ainsi de favoriser le maillage du territoire par des initiatives portées par des équipes de professionnels, au plus proche des besoins de la population.

La chambre invite donc le département à continuer d'accompagner les initiatives des CPTS.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'action du département d'Eure-et-Loir en matière d'organisation de l'accès aux soins de premier recours prend la forme d'aides individuelles à destination des étudiants et professionnels de santé et de dispositifs de soutien financier aux collectivités du bloc communal et aux acteurs locaux œuvrant au développement des soins de premier recours. Les aides à l'hébergement et aux déplacements forment un socle d'aides sollicitées de façon régulière par un public d'étudiants bien informés de leur existence par divers canaux formels et informels et contribuent, avec la formation à la maîtrise de stage délivrée aux médecins euréliens, à maintenir la venue de stagiaires en Eure-et-Loir. Il n'en va pas de même en revanche pour les dispositifs de soutien financier aux territoires et acteurs locaux qui ne parviennent pas à s'inscrire dans les objectifs portés par le plan santé 28.

Les soutiens financiers alloués aux projets d'immobilier de santé sont accordés sans approche spécifique quant à l'offre de soins de proximité, et l'aide à l'accompagnement du déploiement de la télémedecine n'a pas atteint son public. Enclin à accompagner le déploiement des CPTS sur son territoire, le département gagnerait à poursuivre son soutien aux initiatives de ces dernières pour favoriser le maillage de son territoire par des initiatives portées par des équipes de professionnels, au plus proche des besoins de la population.

⁴⁷ Avis du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), « Organisation des soins de proximité : garantir l'accès de tous à des soins de qualité », septembre 2022.

4 UNE POLITIQUE À ÉVALUER DANS LA PERSPECTIVE DE SON RENFORCEMENT

4.1 Des moyens modestes mais croissants, malgré une absence de suivi financier

Le département a consacré chaque année en moyenne 238 985 € de crédits en coût complet au plan santé entre 2017 et 2021, ce qui représente une somme particulièrement modeste au regard du budget départemental, soit moins de 1 % de ses dépenses réelles de fonctionnement.

Tableau n° 5 : Dépenses réalisées au titre du plan santé

	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses consolidées du plan santé	294 584 €	359 966 €	272 677 €	87 515 €	180 181 €
dont dépenses de fonctionnement	24 567 €	29 100 €	42 500 €	21 865 €	53 301 €
dont dépenses d'investissement ⁴⁸	217 412 €	308 765 €	206 369 €	7 780 €	69 025 €
dont masse salariale	52 605 €	22 101 €	23 808 €	57 870 €	57 855 €
Total Dépenses réelles de fonctionnement	359 302 499 €	341 912 691 €	357 256 750 €	362 035 234 €	372 288 197 €

Source : CRC à partir des données transmises par l'ordonnateur et des comptes administratifs.

Le département ne réalise pas de suivi financier exhaustif des sommes dédiées au plan santé. Si les délibérations des budgets primitifs permettent de reconstituer les masses financières qui lui sont consacrées chaque année hors investissement⁴⁹ et masse salariale, en revanche aucun document budgétaire ne retrace l'exécution budgétaire des actions réalisées.

Les crédits de fonctionnement votés au titre du plan santé dans le cadre du budget primitif sont en augmentation sur la période contrôlée. D'un montant de 61 000 € en 2017, ils s'élèvent à 240 000 € en 2022, témoignant de la volonté du département de renforcer son intervention dans l'organisation des soins de premier recours.

⁴⁸ Ce montant ne prend en compte que les dépenses relatives à la création, la rénovation ou l'extension de bâtiment, à l'exclusion des dépenses liées à la seule amélioration du bâti.

⁴⁹ Les crédits d'investissement consacrés au plan santé le sont au titre du fonds départemental d'investissement et ne sont pas connus lors de l'élaboration du budget primitif, du fait des règles de fonctionnement du fonds, réparti en cours d'année.

**Tableau n° 6 : Crédits de fonctionnement votés pour le Plan santé 28
dans le cadre du budget primitif**

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Crédits votés au titre du plan santé</i>	61 000 €	61 000 €	67 000 €	123 900 €	166 000 €	240 000 €

Source : CRC à partir des données de l'ordonnateur.

Au regard de l'augmentation des sommes allouées au plan santé, qui pourraient croître du fait de la volonté du département de renforcer son action dans ce domaine, il est nécessaire que le département formalise le suivi budgétaire et financier des sommes allouées à sa politique en matière d'accès aux soins de premier recours.

Ces montants ne traduisent cependant pas l'intégralité des moyens dédiés à la politique santé du département. En effet, le plan santé est mis en œuvre par deux agents à temps plein en 2022, une cheffe de projet et une gestionnaire, encadrées par une cheffe de service qui a auparavant occupé les fonctions de cheffe de projet du plan santé. Cet effectif a été progressivement renforcé depuis 2017, avec des fluctuations sur la période.

Tableau n° 7 : Moyens humains dédiés au Plan santé 28

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<i>ETP</i>	1,8	0,8	0,9	1,9	1,9	2
<i>Composition</i>	1A + 0,8 C	0,8 C	0,9 C	1B + 0,9 C	1B + 0,9C	1B + 1C
<i>Masse salariale</i>	52 605 €	22 101 €	23 808 €	57 870 €	57 855 €	

Source : CRC à partir des données de l'ordonnateur.

Ces moyens humains doivent être mis en regard des montants affectés au plan santé dans la mesure où certaines actions ne génèrent pas de dépenses mais nécessitent du temps agent de par leur nature. C'est notamment le cas de l'accompagnement individualisé à l'installation qui recouvre la transmission d'informations pratiques et une aide aux démarches administratives. L'aide à l'hébergement est également un dispositif nécessitant dans certains cas un suivi approfondi pour aider le demandeur à trouver une solution appropriée. L'absence de réalisation de certaines actions entre 2018 et 2020 due, selon le département, à des moyens humains insuffisants, doit amener le département à questionner la bonne adéquation des moyens humains et financiers assignés à ces dispositifs, eu égard à leur nature.

La chambre invite le département à retracer l'exécution budgétaire du plan santé en coût complet et à questionner la bonne adéquation des moyens dédiés au plan santé au regard de ses objectifs.

4.2 Une politique non évaluée

L'incidence des dispositifs du plan santé sur le nombre d'installations des professionnels de santé en Eure-et-Loir est difficilement mesurable. En recoupant le nom des bénéficiaires du plan santé 28 avec celui des installations de médecins, le département identifie 44 médecins installés dans le département ayant bénéficié du plan santé 28 depuis 2017. Cependant, en l'absence de témoignage de ces bénéficiaires, rien ne permet d'établir un lien de causalité entre les aides du plan santé et les installations, cela d'autant que les facteurs déterminants dans l'installation des professionnels de santé sont multiples et que le département ne dispose pas de la capacité à intervenir sur l'intégralité de ces facteurs - notamment s'agissant de l'emploi du conjoint, figurant parmi les critères déterminants. Ce chiffrage n'a, par ailleurs, été effectué que pour les médecins, les données n'étant pas connues notamment pour les autres professionnels de santé dont les kinésithérapeutes.

Pour autant, si l'incidence de la politique du département est difficilement mesurable dans les choix d'installation, la mise en œuvre des dispositifs doit être évaluée pour vérifier qu'elle répond aux attentes des bénéficiaires. La réalisation de bilans réguliers doit permettre de s'assurer de la pertinence des actions. Le premier bilan réalisé en 2017 présente brièvement les résultats d'une enquête d'évaluation en ligne réalisée auprès d'environ 800 étudiants accueillis dans le département. Malgré un taux de réponse modeste (12 %), ce sondage a permis au département de recueillir des retours d'expérience des bénéficiaires sur leur satisfaction quant au dispositif, de recenser les éventuels besoins non satisfaits et d'avoir des précisions sur les « freins et leviers pour un stage en Eure-et-Loir ». Malgré l'intérêt d'une telle démarche pour évaluer l'action du département, celle-ci n'a pas été réitérée depuis.

Les évolutions successives du plan santé depuis 2017 n'ont pas été précédées d'évaluations des dispositifs. Les bilans, pourtant prévus par les délibérations budgétaires depuis 2020, ne sont pas produits chaque année : aucun bilan n'a été produit pour l'année 2019, et les documents produits au titre des années 2020 et 2021⁵⁰ s'apparentent plus à des présentations du plan santé mettant en perspective quelques données relatives aux réalisations qu'à des bilans.

Les documents produits à titre de bilan depuis 2017 ne portent pas sur l'année écoulée mais présentent les données d'exécution des dispositifs depuis la création du plan santé. S'ils comprennent systématiquement un volet de propositions de nouveaux dispositifs relativement fourni, le volet relatif au bilan qui précède ne présente que des données de réalisation succinctes, sans véritable analyse de l'efficacité des actions mises en œuvre, faute d'indicateurs définis au préalable dans un document-cadre fixant la stratégie et les axes d'intervention.

Des ouvertures de crédits sont ainsi reconduites d'une année sur l'autre malgré des taux d'exécution budgétaires faibles, voire nuls pour certaines actions. Cette inexécution budgétaire recouvre différentes raisons. Dans certains cas, malgré l'absence d'exécution budgétaire, des actions ont été réalisées. C'est le cas des actions de communication, pour beaucoup réalisées par les services du département et diffusées par des canaux de communication ne nécessitant pas d'engagement de dépense. Pour la mise en place du guichet unique et la création du mini

⁵⁰ Le département indique que « l'année 2020 a été fortement perturbée et il n'a pas été possible de faire un réel bilan pour cette année. Concernant l'année 2021, le bilan du plan santé et de ses perspectives n'ont pas été présentés en commission technique ».

site internet dédié au plan santé 28, le département indique que ces actions n'ont pu être mises en œuvre faute de moyens humains suffisants entre 2018 et 2020. S'agissant du dispositif de renforcement de l'attractivité pour les remplacements fondé sur un partenariat avec une start up, c'est le changement de modèle économique du partenaire qui est avancé. Enfin pour le dispositif d'accompagnement au déploiement de la télémedecine, qui concentre le tiers des crédits de fonctionnement prévus annuellement pour le plan santé (40 000 €), l'absence de porteurs de projets demandeurs est imputée à une combinaison de facteurs, principalement un défaut de pilotage des différents partenaires et une communication défailante sur le dispositif. Ces différentes raisons ne sont exposées (ou de façon très succincte) ni dans les bilans ni dans les rapports produits à l'appui des délibérations budgétaires.

Par ailleurs, les crédits votés pour certains dispositifs connaissent des évolutions dont les raisons ne sont pas apparentes. C'est le cas de l'aide aux déplacements, dont les crédits ont été augmentés en 2020, passant de 5 000 € à 10 000 €. Cette augmentation n'est pas expliquée dans le rapport présenté à l'appui de la délibération relative au budget du plan santé 28 pour 2020 et ne semble pas justifiée par les niveaux de crédits consommés précédemment, qui n'ont pas excédé 2 172 € les trois années précédentes.

Tableau n° 8 : Montant des crédits consommés par dispositif pour le plan santé 28 de 2017 à 2021

		2017	2018	2019	2020	2021
Aides individuelles	Aides à l'hébergement	4 422 €	13 338 €	22 320 €	20 460 €	46 573 €
	Aides au déplacement	2 035 €	2 172 €	2 100 €	1 405 €	4 308 €
	Formation MSU	18 110 €	13 590 €	12 080 €	0 €	0 €
	Aide aux adjoints de médecin				0 €	1 580 €
	Accompagnement global individualisé	nc	nc	nc	nc	nc
Actions de valorisation du territoire et de promotion du plan santé	Amélioration de la visibilité du PS et des territoires (communication)	0 €	0 €	6 000 €	0 €	840 €
	Mise en valeur des offres territoriales	nc	nc	nc	nc	nc
	Mise en place d'un guichet unique départemental de l'installation				0 €	0 €
	Faciliter les remplacements	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Création d'un mini site web dédié				0 €	0 €
Aides au bénéfice des territoires pour développer l'offre de soins de premier recours	Financement des MSP et cabinets médicaux	217 412 €	308 765 €	206 369 €	7 780 €	69 025 €
	Accompagnement du déploiement de la télémedecine				0 €	0 €
Total		241 979 €	337 865 €	248 869 €	29 645 €	122 326 €

Source : CRC à partir des données transmises par l'ordonnateur.

L'évolution du plan santé est fondée sur une démarche empirique qui, faute de document-cadre stratégique et d'évaluation, ne permet pas d'en apprécier l'efficacité d'ensemble. Cette démarche ne permet pas non plus d'apprécier l'efficience de la politique du département dans la mesure où la multitude de dispositifs, exécutés ou non, ne permet pas, en l'état, de déterminer la bonne adéquation des moyens dédiés au plan santé au regard des objectifs fixés.

Les documents produits à titre de bilan sont présentés uniquement devant la commission en charge des questions relatives à la solidarité, l'autonomie et la santé publique, mais pas à l'assemblée départementale qui adopte pourtant chaque année un budget pour le plan santé, sans visibilité sur son exécution.

La chambre recommande au département d'évaluer à échéance régulière les actions menées dans le cadre de la politique départementale d'organisation de l'accès aux soins de premier recours, sur la base d'indicateurs préalablement définis dans un document-cadre. Afin de donner une nouvelle impulsion à sa politique d'accès aux soins de premier recours, l'ordonnateur indique prévoir de mettre en place une évaluation systématique des dispositifs mis en œuvre dans le cadre de cette politique et d'y consacrer les moyens adéquats. Ces évaluations permettront aux conseillers départementaux de décider des orientations à donner à ces dispositifs sur la base d'éléments précis, faisant défaut jusqu'à présent.

Recommandation n° 4 : Évaluer à échéance régulière la politique de santé du département.

4.3 Un pilotage à renforcer dans la perspective d'une nouvelle impulsion de la politique du département

Conscient des limites du plan santé tel qu'il est constitué et dans la perspective d'un investissement renforcé, légitimé par les dispositions de la loi 3Ds, le département a revu le pilotage de sa politique d'organisation de l'accès aux soins de premier recours en désignant, à compter de 2021, une élue référente, issue de la commission Solidarité, autonomie et santé publique, ce qui n'était plus le cas depuis 2015. Celle-ci représente de manière effective le département aux réunions du conseil territorial de santé depuis son renouvellement en 2022, dont elle a intégré le bureau, alors qu'auparavant aucun représentant du département ne siégeait lors des séances plénières⁵¹. Un groupe de travail rassemblant quatre élus a également été constitué pour proposer un plan santé plus « offensif ».

L'organisation des services en charge du pilotage et de la mise en œuvre opérationnelle de cette politique est également revue. L'équipe en charge du plan santé, jusqu'alors rattachée à la direction générale en charge de l'aménagement et du développement, dont la direction a été vacante pendant plusieurs mois, a été transférée en fin d'année 2022 à la direction générale en charge des solidarités. Ces moyens humains seront renforcés par le recrutement en 2023 d'un directeur de la santé et de l'attractivité médicale qui aura pour mission de contribuer à la

⁵¹ Cf. Procès-verbaux des séances plénières des 12 décembre 2018, 25 septembre 2019, 25 juin 2020, 1^{er} octobre 2020, 13 septembre 2021.

définition d'une nouvelle stratégie visant à renforcer et fédérer l'action des multiples acteurs œuvrant dans ce domaine.

Portant l'ambition de donner une nouvelle envergure à sa politique, le département a également lancé une consultation, durant le contrôle de la chambre, pour sélectionner un prestataire dont la mission sera d'évaluer le plan santé, de produire une analyse de la situation particulière du département au sein de la région, et sur, cette base, de produire un « Plan santé pluriannuel renforcé ». Ce nouveau document stratégique sera assorti d'un plan de déploiement opérationnel et d'un plan de suivi-évaluation, ainsi que de plans de communication à destination des professionnels de santé et du grand public. Ce prestataire devra proposer un volet *e-santé* et expertiser plusieurs pistes identifiées par le département, notamment un accompagnement renforcé du déploiement des CPTS, des actions favorisant la venue de médecins d'autres régions et de ressortissants d'autres pays membres de l'Union européenne, la mise en place d'une « conciergerie premium⁵² ».

Quelle que soit la pertinence des actions qui seront proposées par le prestataire et sur lesquelles il n'appartient pas à la chambre de se prononcer, la réussite de sa mise en œuvre dépendra du pilotage qui aura été mis en place par le département pour insérer ce nouveau plan au sein de l'action des multiples acteurs œuvrant dans l'organisation territoriale des soins de premier recours et de sa capacité à en mesurer l'efficacité.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Pour répondre à la situation de plus en plus dégradée du territoire eurélien, en termes d'accès aux soins de premier recours, le département a progressivement étoffé les actions de son plan santé et augmenté les moyens dédiés à sa politique d'organisation de l'accès aux soins de premier recours. Ces évolutions n'ont cependant pas été précédées d'évaluations des actions mises en œuvre, et l'absence de suivi de ressources financières ne permet pas de s'assurer de la bonne adéquation des moyens alloués au regard des objectifs fixés.

La loi relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale offre un cadre juridique plus large aux départements pour promouvoir l'accès aux soins de proximité sur leur territoire. Dans cette perspective, le département souhaite donner une nouvelle envergure à son action en adoptant un « plan santé pluriannuel renforcé ».

A cette fin, le pilotage de cette politique départementale a commencé à être renforcé. Un prestataire sera chargé d'élaborer ce nouveau plan. La réussite opérationnelle de celui-ci dépendra de l'effectivité de son pilotage et de sa bonne insertion au sein de l'action des multiples acteurs œuvrant dans l'organisation territoriale des soins de premier recours.

⁵² Les conciergeries privées sont des prestations de services consistant en la prise en charge de la gestion des tâches quotidiennes du client pour lui permettre de dégager du temps pour d'autres occupations. Cette prestation peut être très large et englober également des tâches administratives, organisationnelles, etc.

ANNEXES

Annexe n° 1. Tableau récapitulatif de la procédure	55
Annexe n° 2. Données sanitaires et socio-économiques	56
Annexe n° 3. Données sur l'offre de soins dans le département d'Eure-et-Loir	57
Annexe n° 4. Part de la population sans médecin traitant en 2019	62
Annexe n° 5. Glossaire.....	63
Annexe n° 6. Réponse	64

Annexe n° 1. Tableau récapitulatif de la procédure

Le tableau ci-dessous retrace les différentes étapes de la procédure telles qu'elles ont été définies par le code des juridictions financières (articles L. 243-1 à L. 243-6) :

Objet	Dates	Destinataires	Dates de réception des réponses éventuelles
<i>Envoi des lettres d'ouverture de contrôle</i>	12 avril 2022 reçue le 13 avril 2022 12 avril 2022 reçue le 13 avril 2022 12 avril 2022 reçue le 13 avril 2022	M. Christophe Le Dorven (ordonnateur depuis le 1 ^{er} juillet 2021) M. Claude Terouinard (ordonnateur d'octobre 2017 au 30 juin 2021) M. Albéric de Montgolfier (ordonnateur jusqu'en octobre 2017)	
<i>Entretiens de fin de contrôle</i>	23 juillet 2022 28 septembre 2022 <i>Proposé par mail du 2 septembre 2022 resté sans suite</i>	M. Christophe Le Dorven M. Claude Terouinard M. Albéric de Montgolfier	
<i>Délibéré de la chambre</i>	14 novembre 2022		
<i>Envoi du rapport d'observations provisoires (ROP)</i>	13 décembre 2022	M. Christophe Le Dorven M. Claude Terouinard M. Albéric de Montgolfier	15 février 2023 - -
<i>Délibéré de la chambre</i>	16 mars 2023		
<i>Envoi du rapport d'observations définitives (ROD1)</i>	24 mars 2023	M. Christophe Le Dorven M. Claude Terouinard M. Albéric de Montgolfier	21 avril 2023 - -

Source : CRC Centre-Val de Loire.

Annexe n° 2. Données sanitaires et socio-économiques

Données sanitaires et sociales	Part de la population âgée de 75 ans et plus (en %) en 2019	Part des foyers fiscaux imposés en 2019 (en %)	Part des foyers fiscaux non imposés en 2019 (en %)	Médiane du revenu disponible par unité de consommation en 2019	Taux de pauvreté en 2019 (en %)	Taux* standardisé de mortalité prématurée (cas pour 100 000 habitants)	Taux* standardisé de nouvelles admissions en ALD (cas pour 100 000 habitants)
Moyenne France hexagonale	9,20	57,60	42,40	22 050 €	14,60	180	2 656,6
Moyenne région Centre-Val de Loire	10,70	56,60	43,40	21 710 €	13,00	183,9	2 550,7
Département Eure-et-Loir	9,50	59,70	40,30	22 180 €	11,90	182,7	2510,0
Communauté de communes Interco Normandie sud Eure	10,90	52,30	47,70	20 680 €	14,00	Données infra départementales non disponibles	Données infra départementales non disponibles
Communauté de communes du Perche	14,60	53,10	46,90	21 020 €	14,20		
Communauté d'agglomération de Chartres Métropole	8,90	63,60	36,40	23 000 €	11,50		
Communauté d'agglomération du Pays de Dreux	8,20	56,50	43,50	21 100 €	15,20		
Communauté de communes entre Beauce et Perche	9,20	60,40	39,60	22 400 €	7,60		
Communauté de communes des Forêts du Perche	12,20	52,20	47,80	20 910 €	12,60		
Communauté de communes des Portes Euréliennes IDF	7,40	68,70	31,30	24 440 €	7,00		
Communauté de communes du grand Châteaudun	13,90	51,20	48,80	20 600 €	14,40		
Communauté de communes Cœur de Beauce	9,70	58,50	41,50	22 060 €	9,00		
Communauté de communes Terres de Perche	12,30	51,80	48,20	20 580 €	13,40		
Communauté de communes du Bonnevalais	10,80	56,20	43,80	21 750 €	9,00		

Source : Insee, RP 2008, RP 2013 et RP 2019-DGFiP-Cnaf-Cnav-CCMSA.

* Pour la période 2012-2016

Annexe n° 3. Données sur l'offre de soins dans le département d'Eure-et-Loir

Tableau n° 9 : Médecins généralistes (densité pour 100 000 habitants)

	2017	2018	2019	2020
France hexagonale	88,9	88,4	87,3	86,3
Centre-Val de Loire	75,5	74,3	72,8	72,1
<i>Cher</i>	<i>71,9</i>	<i>67,3</i>	<i>65,1</i>	<i>65,0</i>
Eure-et-Loir	63,1	64,4	60,5	59,1
<i>Indre</i>	<i>70,9</i>	<i>67,2</i>	<i>64,5</i>	<i>64,1</i>
<i>Indre-et-Loire</i>	<i>94,3</i>	<i>94,7</i>	<i>95,1</i>	<i>95,3</i>
<i>Loiret</i>	<i>67,6</i>	<i>66,2</i>	<i>65,5</i>	<i>64,2</i>
<i>Loir-et-Cher</i>	<i>79,4</i>	<i>77,7</i>	<i>75,6</i>	<i>73,8</i>

Source : Données disponibles de l'assurance maladie.

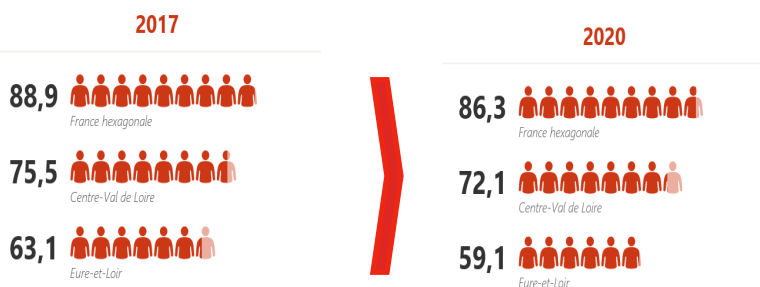


Tableau n° 10 : Infirmiers en exercice libéral (densité pour 100 000 habitants)

	2017	2018	2019	2020
France hexagonale	132,5	136,8	140,4	142,7
Centre-Val de Loire	88,2	91,2	93,4	95,1
<i>Cher</i>	<i>103,7</i>	<i>108,3</i>	<i>110,3</i>	<i>111,9</i>
Eure-et-Loir	71,2	74,2	76,6	78,7
<i>Indre</i>	<i>129,5</i>	<i>134,4</i>	<i>135,9</i>	<i>137,5</i>
<i>Indre-et-Loire</i>	<i>88,5</i>	<i>92,2</i>	<i>93,2</i>	<i>93,2</i>
<i>Loiret</i>	<i>75,1</i>	<i>76,5</i>	<i>80,1</i>	<i>81,7</i>
<i>Loir-et-Cher</i>	<i>95,6</i>	<i>98,0</i>	<i>100,1</i>	<i>104,5</i>

Source : Données disponibles de l'assurance maladie.

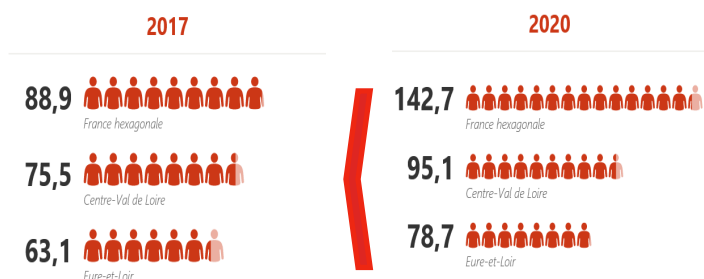


Tableau n° 11 : Sages-femmes libéral (densité pour 100 000 habitants)

	2017	2018	2019	2020
France hexagonale	8,4	8,9	9,4	9,9
Centre-Val de Loire	6,7	7,1	7,5	8,2
<i>Cher</i>	<i>4,3</i>	<i>5,0</i>	<i>5,4</i>	<i>6,1</i>
Eure-et-Loir	6,5	6,3	6,8	7,0
<i>Indre</i>	<i>3,7</i>	<i>4,6</i>	<i>5,1</i>	<i>5,1</i>
<i>Indre-et-Loire</i>	<i>9,7</i>	<i>10,2</i>	<i>10,1</i>	<i>11,8</i>
<i>Loiret</i>	<i>5,7</i>	<i>6,2</i>	<i>6,7</i>	<i>7,0</i>
<i>Loir-et-Cher</i>	<i>7,5</i>	<i>7,9</i>	<i>8,5</i>	<i>9,8</i>

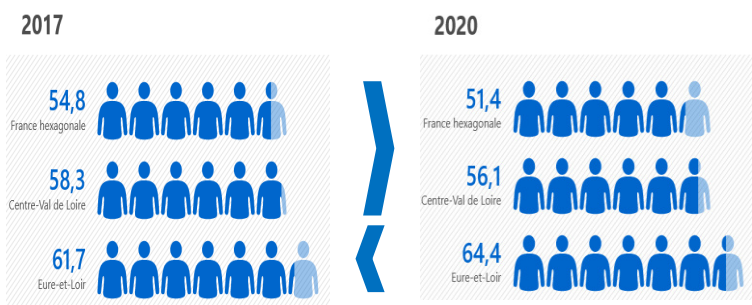
Source : Données disponibles de l'assurance maladie.



Tableau n° 12 : Part des médecins généralistes libéraux de 55 ans ou plus (en pourcentage)

	2017	2018	2019	2020
France hexagonale	54,8	54,0	52,9	51,4
Centre-Val de Loire	58,3	57,7	57,0	56,1
<i>Cher</i>	<i>59,8</i>	<i>60,4</i>	<i>63,2</i>	<i>62,2</i>
Eure-et-Loir	61,7	63,7	65,4	64,4
<i>Indre</i>	<i>61,3</i>	<i>59,6</i>	<i>59,3</i>	<i>59,7</i>
<i>Indre-et-Loire</i>	<i>50,3</i>	<i>49,1</i>	<i>46,5</i>	<i>45,4</i>
<i>Loiret</i>	<i>64,2</i>	<i>63,3</i>	<i>61,5</i>	<i>59,9</i>
<i>Loir-et-Cher</i>	<i>59,1</i>	<i>57,2</i>	<i>58,1</i>	<i>58,9</i>

Source : Données disponibles de l'assurance maladie.



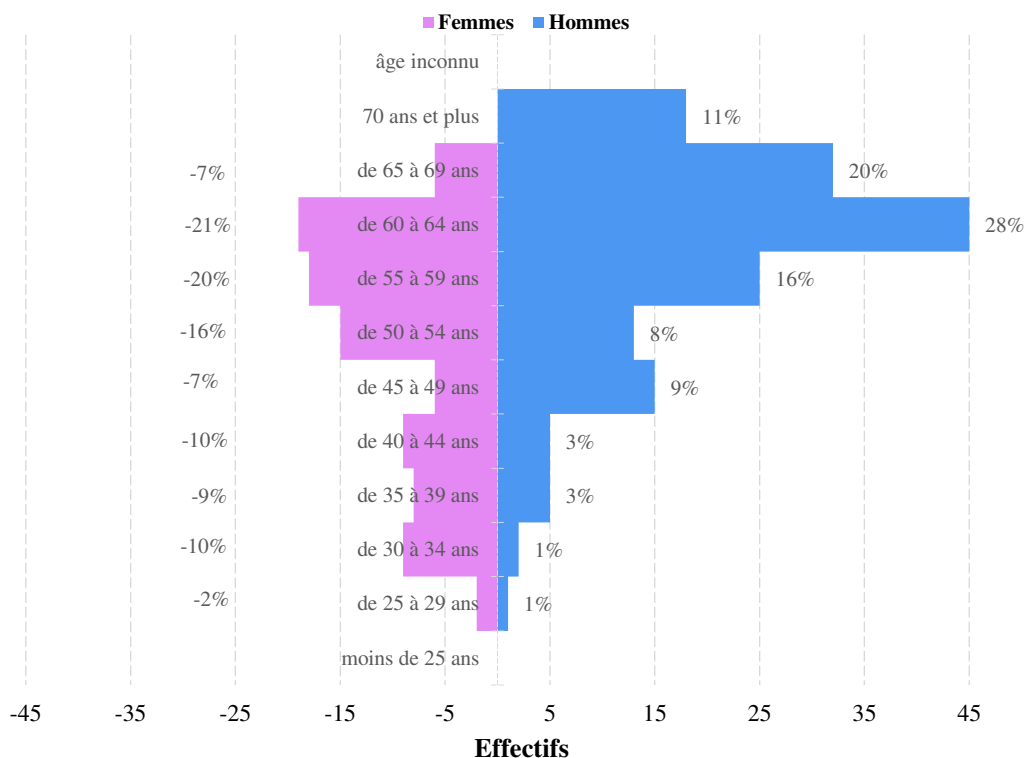
Situation des médecins généralistes (libéral)

Tableau n° 13 : Évolution des effectifs de médecins généralistes libéraux

	2017	2018	2019	2020	Densité 2020 pour 100 000 hab	% d'évolution brute 2017-2020	Var. annuelle moyenne 2017-2020
28- Eure-et-Loir	274	278	260	253	59,09	-7,7 %	-2,6 %
<i>M.E.P.</i>	24	23	19	17		-29,2 %	-10,9 %
<i>Médecine générale</i>	250	255	241	236		-5,6 %	-1,9 %
Région Centre-Val de Loire	1 949	1 908	1 864	1 846	72,07	-5,3 %	-1,8 %
<i>M.E.P.</i>	208	204	185	174		-16,3 %	-5,8 %
<i>Médecine générale</i>	1 741	1 704	1 679	1 672		-4,0 %	-1,3 %
France entière	59 417	58 900	58 266	57 948	86,06	-2,5 %	-0,8 %
<i>M.E.P.</i>	6 584	6 259	5 734	5 361		-18,6 %	-6,6 %
<i>Médecine générale</i>	52 833	52 641	52 532	52 587		-0,5 %	-0,2 %
France métropolitaine	57 798	57 280	56 630	56 310	86,32	-2,6 %	-0,9 %
<i>M.E.P.</i>	6 473	6 148	5 631	5 264		-18,7 %	-6,7 %
<i>Médecine générale</i>	51 325	51 132	50 999	51 046		-0,5 %	-0,2 %

Source : CRC d'après les données disponibles de l'assurance maladie – MEP : Médecins à exercice particulier ayant déclaré une compétence spécifique telle que l'acupuncture, l'allergologie, l'homéopathie, etc.

Schéma n° 11 : Pyramide des âges des médecins généralistes libéraux d'Eure-et-Loir en 2020



Source : CRC d'après les données disponibles de l'assurance maladie.

Tableau n° 14 : Évolution des effectifs de pédiatres libéraux

	2017	2018	2019	2020	Densité 2020 pour 100 000 hab	% d'évolution brute 2017-2020	Var. annuelle moyenne 2017-2020
28- Eure-et-Loir	5	5	5	7	1,63	40,0 %	11,9 %
Région CVDL	73	74	69	72	2,81	-1,4 %	-0,5 %
France entière	2 649	2 654	2 644	2 674	3,97	0,9 %	0,3 %
France métropolitaine	2 574	2 583	2 569	2 601	3,99	1,0 %	0,3 %

Source : CRC d'après les données disponibles de l'assurance maladie.

Tableau n° 15 : Part des pédiatres de 55 ans et plus en Eure-et-Loir en 2020

	Femmes	Hommes	Tous	Répartition en %
55 ans et plus	2	3	5	72 %
Moins de 55 ans	1	1	2	28 %
Total	3	4	7	100 %

Source : CRC d'après les données disponibles de l'assurance maladie.

Tableau n° 16 : Evolution des effectifs des chirurgiens-dentistes (libéral)

	2017	2018	2019	2020	Densité 2020 pour 100 000 hab	% d'évolution brute 2017-2020	Var. annuelle moyenne 2017-2020
28- Eure-et-Loir	160	157	155	147	32,23	-8,1 %	-2,8 %
Chirurgiens-dentistes	148	145	143	138		-6,8 %	-2,3 %
Chirurgiens-dentistes, spécialistes O.D.F.	11	11	11	8		-27,3 %	-10,1 %
Chirurgie orale	0	0	0	0		-	-
Médecine bucco-dentaire	1	1	1	1		0,0 %	0,0 %
Région CVDL	1 050	1 032	1 016	1 014	37,63	-3,4 %	-1,2 %
Chirurgiens-dentistes	1 001	980	963	964		-3,7 %	-1,2 %
Chirurgiens-dentistes, spécialistes O.D.F.	47	50	51	48		2,1 %	0,7 %
Chirurgie orale	0	0	0	0		-	-
Médecine bucco-dentaire	2	2	2	2		0,0 %	0,0 %
France entière	37 129	37 134	37 152	37 188	51,92	0,2 %	0,1 %
Chirurgiens-dentistes	34 928	34 921	34 938	34 959		0,1 %	0,0 %
Chirurgiens-dentistes, spécialistes O.D.F.	2 120	2 128	2 114	2 116		-0,2 %	-0,1 %
Chirurgie orale	72	77	91	102		41,7 %	12,3 %
Médecine bucco-dentaire	9	8	9	11		22,2 %	6,9 %
France métropolitaine	36 192	36 176	36 169	36 190	52,11	0,0 %	0,0 %
Chirurgiens-dentistes	34 023	33 996	33 989	33 996		-0,1 %	0,0 %
Chirurgiens-dentistes, spécialistes O.D.F.	2 088	2 095	2 080	2 082		-0,3 %	-0,1 %
Chirurgie orale	72	77	91	101		40,3 %	11,9 %
Médecine bucco-dentaire	9	8	9	11		22,2 %	6,9 %

Source : CRC d'après les données disponibles de l'assurance maladie.

Tableau n° 17 : Évolution des effectifs des ophtalmologistes et des orthoptistes (libéral)

	2017	2018	2019	2020	Densité 2020 pour 100 000 hab	% d'évolution brute 2017-2020	Var. annuelle moyenne 2017-2020
28- Eure-et-Loir	24	26	26	28	4,44	16,7 %	5,3 %
Ophtalmologie	17	17	18	19		11,8 %	3,8 %
Orthoptistes	7	9	8	9		28,6 %	8,7 %
Région Centre-Val de Loire	190	195	202	206	5,43	8,4 %	2,7 %
Ophtalmologie	133	133	136	139		4,5 %	1,5 %
Orthoptistes	57	62	66	67		17,5 %	5,5 %
France entière	7 026	7 115	7 208	7 225	6,71	2,8 %	0,9 %
Ophtalmologie	4 640	4 611	4 581	4 521		-2,6 %	-0,9 %
Orthoptistes	2 386	2 504	2 627	2 704		13,3 %	4,3 %
France métropolitaine	6 860	6 943	7 037	7 051	6,78	2,8 %	0,9 %
Ophtalmologie	4 539	4 512	4 487	4 424		-2,5 %	-0,9 %
Orthoptistes	2 321	2 431	2 550	2 627		13,2 %	4,2 %

Source : CRC d'après les données disponibles de l'assurance maladie.

Tableau n° 18 : Évolution des effectifs des infirmiers (libéral)

	2017	2018	2019	2020	Densité 2020 pour 100 000 hab	% d'évolution brute 2017-2020	Var. annuelle moyenne 2017-2020
28- Eure-et-Loir	309	320	329	337	78,71	9,1 %	2,9 %
Région CVDL	2 279	2 341	2 390	2 435	95,06	6,8 %	2,2 %
France entière	90 630	93 206	95 870	98 014	145,56	8,1 %	2,6 %
France métropolitaine	86 174	88 659	91 106	93 075	142,67	8,0 %	2,6 %

Source : CRC d'après les données disponibles de l'assurance maladie.

Tableau n° 19 : Évolution des effectifs des sages-femmes (libéral)

	2017	2018	2019	2020	Densité 2020 pour 100 000 hab	% d'évolution brute 2017-2020	Var. annuelle moyenne 2017-2020
28- Eure-et-Loir	28	27	29	30	7,01	7,1 %	2,3 %
Région CVDL	172	182	191	211	8,24	22,7 %	7,0 %
France entière	5 773	6 060	6 415	6 798	10,10	17,8 %	5,6 %
France métropolitaine	5 479	5 763	6 098	6 470	9,92	18,1 %	5,7 %

Source : CRC d'après les données disponibles de l'assurance maladie.

Tableau n° 20 : Évolution des effectifs Masseurs-Kinésithérapeutes-rééducateurs (libéral)

	2017	2018	2019	2020	Densité 2020 pour 100 000 hab	% d'évolution brute 2017-2020	Var. annuelle moyenne 2017-2020
28- Eure-et-Loir	195	194	196	210	49,05	7,7 %	2,5 %
Région CVDL	1 676	1 675	1 723	1 815	70,86	8,3 %	2,7 %
France entière	65 953	67 860	69 342	71 831	106,68	8,9 %	2,9 %
France métropolitaine	63 500	65 252	66 695	69 128	105,97	8,9 %	2,9 %

Source : CRC d'après les données disponibles de l'assurance maladie.

Annexe n° 4. Part de la population sans médecin traitant en 2019

SIREN EPCI	Libellés de l'EPCI	Population	Nbre d'assurés CPAM sans médecin traitant	Nbre d'assurés MSA sans médecin traitant	Population totale sans médecin traitant	Part de la population sans médecin traitant
200006971	Communauté de communes du Perche	18 704	3 159	232	3 391	18 %
200033181	Communauté d'agglomération de Chartres Métropole	136 375	24 486	558	25 044	18 %
200040277	Communauté d'agglomération du Pays de Dreux	104 116	27 028	384	27 412	26 %
200058360	Communautés de communes entre Beauce et Perche	21 236	3 969	159	4 128	19 %
200069912	Communautés de communes des Forêts du Perche	7 940	1 125	68	1 193	15 %
200069953	Communautés de communes des Portes Euréliennes d'Ile de France	48 424	7 566	157	7 723	16 %
200069961	Communautés de communes du Grand Châteaudun	40 831	5 993	320	6 313	15 %
200070159	Communautés de communes Cœur de Beauce	24 806	4 381	400	4 781	19 %
200070167	Communautés de communes Terres de Perche	14 451	2 249	107	2 356	16 %
242852465	Communautés de communes du Bonnevalais	12 649	1 559	151	1 710	14 %
200066462	Communautés de communes Interco Normandie Sud Eure	261	40	3	43	16 %
247800550	Communauté de communes du Pays Houdanais	4 136	743	20	763	18 %
Total Eure-et-Loir		429 793	81 555	2 539	84 094	20 %
Total région Centre-Val de Loire		2 577 866				19 %

Source : Région Centre-Val de Loire – CESER « Pacte régional pour répondre aux enjeux de santé publique en Centre-Val de Loire » Février 2022.

Annexe n° 5. Glossaire

3DS	Différenciation, décentralisation, déconcentration, simplification
ACI	Accord conventionnel interprofessionnel
ALD	Affections de longue durée
APL	Accessibilité potentielle localisée
ARS	Agence régionale de santé
CA	Communauté d'agglomération
CC	Communauté de communes
CD	Conseil départemental
CDS	Centre de santé
CGCT	Code général des collectivités territoriales
CLS	Contrat local de santé
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNGE	Collège national des généralistes enseignants
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPER	Contrat de plan État-Région
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CROUS	Centre régional des œuvres universitaires
CRSA	Conférence régionale de santé et de l'autonomie
CSP	Code de la santé publique
CTS	Conseil territorial de santé
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EPCI	Etablissement public de coopération intercommunale
FDI	Fonds départemental d'investissement
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
GIP	Groupement d'intérêt public
HCAAM	Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
IFSI	Instituts de formations aux soins infirmiers
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
ISNAR	Intersyndicale nationale autonome représentative des internes
MSP	Maison de santé pluridisciplinaire
OPH	Offices publics de l'habitat
OSPR	Organisation territoriale des soins de premier recours
PS 28	Plan santé 28
REAJGIR	Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants
ROD	Rapport d'observations définitives
RPA	Rapport public annuel
SISA	Sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires
SNIIR	Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie
SSIAD	Services de soins infirmiers et aides à domicile
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
ZAC	Zone d'action complémentaire
ZIP	Zone d'intervention prioritaire

Annexe n° 6. Réponse



Le Président

Mme Cécile DAUSSIN-CHARPANTIER
Présidente de la Chambre Régionale des Comptes
du Centre-Val de Loire
15, rue d'Escures BP 2425
45032 ORLEANS CEDEX

Chartres,

Objet : réponse du Président du Conseil départemental d'Eure-et-Loir au rapport d'observations définitives relatives à l'organisation territoriale des soins de premiers recours

Madame la Présidente,

J'ai pris connaissance avec intérêt du rapport d'observations définitives relatif au contrôle des comptes et de la gestion du Département d'Eure-et-Loir, dans le cadre exclusif de l'enquête relative à l'organisation territoriale des soins de premiers recours pour les exercices 2017 et suivants.

Je réaffirme, comme souligné dans ma réponse du 14 février dernier au rapport d'observations provisoires, ma décision de renforcer le pilotage de cette politique publique. La définition et la mise en œuvre d'une nouvelle stratégie de santé constituent une priorité absolue de mon mandat, depuis mon élection en juillet 2021.

Cette priorité se traduit déjà dans le budget 2023. En effet, ce dernier comporte de nouvelles actions et en particulier un effort financier important au développement des CPTS (Communautés Professionnelles Territoriale de Santé), acteurs incontournables de l'accès aux soins de premiers recours qui participe activement au maillage territorial de l'offre de soins. Il est prévu d'apporter dès 2023 un soutien aux CPTS pour le développement des soins non programmés et pour soutenir des actions de prévention et de promotion de la santé. Un budget de 80 000 euros est prévu à cet effet.

Enfin, je me permets de rappeler que nous avons pris l'initiative avec les parlementaires d'Eure-et-Loir et le Président de Chartres Métropole, Président du GHT, d'interpeller le 5 janvier dernier le ministre de la Santé sur la situation de sous-densité médicale dont souffre notre département en proposant la mise en place de mesures urgentes pour y remédier. Vous voudrez bien trouver ci-joint copie de ce courrier ainsi que sa réponse parvenue le 28 mars 2023.

Tels sont les éléments que je souhaitais vous communiquer avant de reprendre les points plus précisément abordés dans votre rapport d'observations.

Je réaffirme que je souscris aux quatre recommandations émises par votre juridiction qui seront intégrées à la nouvelle stratégie.

1. Diagnostic de territoire et territorialisation du Plan santé

Je partage l'avis de la Chambre sur la nécessité de disposer de diagnostics infra-départementaux fins, tant en matière de démographie médicale que de niveau de santé général des populations. Ces données sont essentielles à l'élaboration de politiques efficaces, répondant aux besoins spécifiques des territoires. A ce titre, le Plan santé lancé par le Conseil départemental en 2010, fut élaboré sur la base d'un diagnostic établi par un groupe de travail composé d'élus locaux et de professionnels de santé euréliens. Le groupe de travail s'était appuyé sur un ensemble de données consolidées, fournies par la DREES, la mission régionale de santé et l'Union régionale des Caisses d'assurance maladie (URCAM).

La nécessaire mise à jour du diagnostic initial fut ensuite réalisée régulièrement à l'aide d'une littérature abondante, tant interne qu'externe : diagnostics socio-démographiques issus de schémas départementaux, Observatoire des territoires, c@rtosanté, rapport annuel de la Caisse primaire d'Assurance maladie, contrats locaux de santé, etc. Cumulées, ces différentes sources permettent déjà au Département de disposer d'une cartographie précise des disparités infra-départementales d'accès aux soins. Néanmoins, comme le suggère la Chambre, par souci de clarté, le Département gagnera de manière évidente à produire un document unique de diagnostic, rassemblant les données pertinentes issues des documents susmentionnés. Cela permettra d'élaborer la nouvelle stratégie de santé départementale, et de faciliter son actualisation et son évaluation régulière.

S'agissant de la recommandation visant à territorialiser davantage la stratégie santé du Département, je ne peux qu'y souscrire et je m'attacherai bien entendu à la mettre en œuvre. Toutefois, la sous-densité médicale et paramédicale étant généralisée à l'ensemble du département, il s'avère peu aisé de procéder à la distinction des zones qu'il conviendrait de soutenir plus que d'autres. Par ailleurs, les installations annuelles de professionnels de santé en Eure-et-Loir étant faibles, elles limitent la capacité du Département à influencer sur les décisions individuelles d'installation à l'échelle infra-départementale. Ainsi, bien qu'une meilleure répartition territoriale de l'offre médicale et paramédicale soit souhaitable, son impact éventuel sur l'accès aux soins de premiers recours ne doit pas être surestimée tant la situation reste tendue sur l'ensemble du département.

La question du zonage de l'ARS, bien que ne limitant pas la capacité d'intervention du Département, constitue un déterminant important pour l'installation de professionnels de santé. Je maintiens toutefois ma position sur le classement opéré en 2021 qui s'avère défavorable à l'agglomération chartraine qui voit les départs en retraite de médecins généralistes se multiplier (plus de 40% des médecins généralistes euréliens sont âgés de plus de 60 ans). En 2022, plus de sept médecins exerçant sur l'agglomération sont partis en retraite.

Eu égard à l'extrême rareté du personnel médical, chaque départ en retraite provoque le report d'une patientèle entière sur l'offre médicale restante, déjà éprouvée et dépassée par la demande. Le renoncement aux soins apparaît ainsi chaque année plus préoccupante, même au sein de l'agglomération chartraine, ce qui explique la demande de révision du zonage sur le bassin Chartrain portée auprès de l'ARS en septembre 2022. Cette question a été également abordée dans le courrier adressé au Ministre en janvier 2023.

2. Formalisation de la stratégie du département en matière d'organisation de l'accès aux soins dans un document cadre pluriannuel

La formalisation d'une stratégie pluriannuelle de santé est une priorité du Département. Pour ce faire, le département a engagé 2 actions importantes pour la définition de cette nouvelle stratégie sur 2023 :

La première consiste à recourir à un cabinet conseil spécialisé sur les questions d'attractivité médicale. Le recours à un consultant vise à obtenir une analyse et des réponses sur les raisons de cette situation singulière au regard des autres départements de la Région Centre. En faisant appel à l'expertise de spécialistes, le Département souhaite aussi capitaliser sur un benchmark extrêmement large des meilleures pratiques. Ceci afin de mieux cibler les dispositifs et d'accentuer l'effort sur des actions à forte valeur ajoutée. Le consultant a également pour mission d'évaluer finement la portée des mesures comprises dans le plan actuel pour permettre au département de l'amender le cas échéant.

La seconde mesure a résidé dans le recrutement d'un directeur de la santé et de l'attractivité médicale dont la mission consistera à contribuer à l'élaboration, à la mise en œuvre et l'évaluation d'un nouveau plan santé pluriannuel adossé notamment au diagnostic du consultant et aux recommandations de votre juridiction.

Ce professionnel aura pour mission également de proposer un mode de gouvernance et de coopération entre acteurs visant à favoriser les synergies et in fine améliorer la démographie médicale et paramédicale. Il travaillera aussi sur la mise en service d'une solution d'accompagnement à l'installation de type conciergerie. L'étude de 2019 de la commission « jeunes médecins » du CNOM insiste bien sur les déterminants que sont le bien-être et la qualité de vie et sur le fait que « l'accompagnement humain est au centre des déterminants à l'installation ».

Le nouveau plan santé départemental mettra par ailleurs l'accent sur l'évaluation des dispositifs. Chaque objectif opérationnel sera ainsi accompagné d'un ou de plusieurs indicateurs de résultat mesurables afin qu'un véritable suivi-évaluation puisse être organisé par l'équipe du Plan santé, ainsi qu'un reporting régulier auprès des élus.

3. Le dispositif d'aides individuelles et la prise en compte des objectifs du plan santé dans l'attribution des financements du FDI (fonds départemental d'investissement)

Le Département rejoint la Chambre sur l'ensemble des constats formulés sur le dispositif d'aides individuelles et notamment sur celui lié aux déplacements. Il était en effet prévu de remodeler le dispositif avant même le déclenchement du contrôle par la juridiction financière et de l'élaboration de la nouvelle stratégie.

Tout en maintenant l'objectif général d'attraction des étudiants en santé, il sera proposé prochainement à l'Assemblée départementale une refonte du dispositif d'aide au déplacement dont l'objet sera de répondre aux trois enjeux suivants :

1. *Un dispositif plus facilement accessible, plus réactif et, ce faisant, plus efficace* : alors que l'ancien dispositif ne prévoit le remboursement des frais de transport qu'*a posteriori*, c'est-à-dire le plus souvent plusieurs mois après la fin du stage, le nouveau dispositif prévoira le versement d'une allocation dès les premiers jours du stage, une fois la demande de

l'étudiant validée. Les étudiants seront ainsi pris en charge plus rapidement par le Département et leur budget moins contraint durant la durée de leur stage. Par ailleurs, la demande d'allocation pourra être effectuée directement en ligne, sur le site mesaides28.fr, ce qui devrait permettre un traitement accéléré des dossiers.

2. *Une allocation forfaitaire et globale, non limitée aux frais de transport* : effectuer un stage peut s'avérer coûteux, en particulier pour les étudiants ne bénéficiant que de très peu d'aides comme les orthophonistes ou les psychomotriciens. Le nouveau dispositif prévoit ainsi une aide financière forfaitaire globale visant à couvrir une partie des dépenses liées au transport et à l'hébergement.
3. *Un dispositif plus équitable et mieux ciblé* : conscient que certains étudiants en santé sont plus aidés que d'autres, comme c'est le cas des internes en médecine, le Plan santé ajustera les niveaux de bourse afin d'accompagner davantage ceux qui le sont un peu moins par ailleurs (ex : orthophonistes). En outre, le barème des aides a été élaboré afin de favoriser les professions pour lesquelles l'exercice de stage en Eure-et-Loir est le plus rare, comme les étudiants en pharmacie.

S'agissant du financement de projets immobiliers à travers le FDI, je rejoin la recommandation de la Chambre à savoir que les objectifs du plan santé doivent être pris en compte dans l'attribution des financements du FDI ; Le FDI peut contribuer à la territorialisation et au maillage de l'offre de soins en premier secours et en coopérant avec la CPAM, dans la mise en œuvre de ses contrats incitatifs pour faciliter l'exercice regroupé pluriprofessionnel.

Enfin et s'agissant de l'aide aux projets de télémédecine, le dispositif en question est un instrument piloté par l'ARS et la Région. Le Département n'y participe qu'en tant que contributeur. Néanmoins, force est de constater que si la e-santé constitue un levier d'action prometteur en matière d'accès aux soins, cet instrument en particulier n'a pas encore trouvé son public. La question de la refonte du dispositif devra assurément être posée lors des prochains échanges partenariaux.

Cela ne remet toutefois pas en cause la pertinence des technologies de la e-santé, dont le développement est encouragé aussi bien par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) que par le ministère de la Santé et de la Prévention dans la lutte contre le renoncement aux soins.

Le consultant en santé publique aura notamment la charge d'identifier les solutions e-santé les plus à même de renforcer l'agilité des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et de dégager un maximum de temps médical aux professionnels euréliens.

4. Une politique non évaluée

Il s'agit d'une commande passée au prestataire qui devra analyser chaque action du plan actuel pour mieux évaluer l'effet levier des aides ou mesures sur l'installation des professionnels de santé. Cette évaluation permettra aux élus de se positionner sur leur abandon, ou leur reconduction ou encore leur ajustement dans le cadre du futur plan santé.

L'évaluation continue des actions sera pleinement intégrée dans le nouveau document stratégique décliné en plan d'action pluriannuel. Il comportera des indicateurs de mesure qui permettront de présenter un bilan d'exécution annuel de ce plan à l'Assemblée départementale. L'approche quantitative sera complétée de témoignages des bénéficiaires pour mieux objectiver le lien de causalité entre les actions du plan et les futures installations.

Pour conclure, je souhaite vous indiquer que je soumettrai à l'automne prochain aux délibérations de mon assemblée un document stratégique décliné en plan d'action pluriannuel. Il comportera un mode de gouvernance et de coopération entre acteurs, des mesures ciblées et des actions impactantes. Il sera adossé d'indicateurs de mesure qui permettront de présenter un bilan d'exécution annuel de ce plan à l'Assemblée départementale.

Le Département entend à travers cette nouvelle stratégie jouer un rôle de fédérateur et de promoteur d'initiatives locales en répondant pleinement à ses missions premières : la solidarité envers les personnes et les territoires pour améliorer la démographie médicale du territoire.

En espérant que ces éléments permettront d'enrichir le rapport et dans l'attente de sa publication, je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de ma plus haute considération.

LE PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'C' followed by a horizontal line and a vertical stroke.

Christophe LE DORVEN



Eure-et-Loir
LE DÉPARTEMENT



Monsieur François BRAUN
Ministre de la Santé et de la Prévention
14 avenue Duquesne
75700 PARIS

N/réf: PV/ML/2023-0105-001

Le Jeudi 5 janvier 2023

Monsieur le Ministre

La désertification médicale est une problématique que vous connaissez très bien et qui concerne de très nombreux territoires métropolitains et d'outre-mer.

L'Eure-et-Loir est le département le plus touché par ce fléau et vous n'êtes pas sans savoir que la fin de l'année 2022 a été particulièrement difficile.

Face à un afflux de patients très important et à une augmentation sans précédent des actes de violence, les médecins qui assuraient les gardes de la maison médicale de garde du Coudray ont fait valoir leur droit de retrait.

Madame Françoise Souliman, Préfet d'Eure-et-Loir, a organisé dès le lundi 2 janvier, une réunion de concertation en présence de l'ensemble des parties prenantes : professionnels de santé, élus, parlementaires, représentants de l'ARS, de la CPAM ...

Devant l'urgence de la situation, l'exigence d'apporter aux patients qui en ont besoin des soins adaptés, devant la souffrance d'une grande partie des professionnels de santé, nous avons travaillé en concertation avec tous les acteurs pour aboutir à des propositions qui pourraient être déployées très rapidement de manière expérimentale en Eure-et-Loir et ce, sans nouveau texte législatif.

Nous sommes conscients que des négociations conventionnelles sont en cours et que les conclusions des concertations départementales dans le cadre du Conseil National de la Refondation vont être rendues, cependant il est indispensable que des mesures fortes soient anticipées au niveau départemental, tant la situation est difficile.

Nous demandons que l'ensemble du département d'Eure-et-Loir soit classé en Zone d'intervention prioritaire (ZIP) en modifiant la part de la population applicable pour la détermination du zonage, et que les soins non programmés soient financés par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie même si le Service d'Accès aux Soins (SAS) n'est pas encore opérationnel dans tout le département.

.../...

Nous demandons également les moyens permettant la mise en place d'un guichet unique départemental afin d'orienter et d'accompagner les professionnels de santé dans leurs démarches administratives depuis leur installation jusqu'à leur départ en retraite.

Par ailleurs nous demandons que des mesures concrètes soient mises en œuvre dans les meilleurs délais.

Elles s'articulent autour de 5 axes :

- réaliser un choc de simplification administrative
- simplifier et favoriser le recours aux assistants médicaux
- accélérer la délégation de tâches vers les autres professionnels de santé
- responsabiliser les patients
- autoriser la prescription pour les médecins du travail.

Ces mesures, fruit d'un travail collaboratif, sont détaillées dans le document joint.

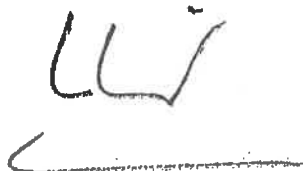
Il nous paraît également très important qu'une réflexion approfondie associant toutes les parties prenantes soit lancée afin de lutter efficacement contre le développement incessant des rendez-vous médicaux non honorés par les patients, conduisant par la même, à une dégradation de l'offre de soins.

Le Préfet d'Eure-et-Loir a déjà prévu une nouvelle réunion dans 2 semaines pour faire un point d'étape sur l'avancement de ce projet crucial pour l'Eure-et-Loir.

Vous l'aurez compris, il y a un véritable caractère d'urgence à agir pour éviter une nouvelle dégradation de la situation médicale en Eure-et-Loir qui serait inacceptable.

Nous comptons sur votre compréhension, votre écoute et votre volonté pour trouver rapidement avec nous des solutions concrètes. Nous souhaitons enfin que vous puissiez nous recevoir dans les meilleurs délais pour échanger et avancer ensemble.

Dans cette attente, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de notre très haute considération.



Philippe VIGIER
de la 4^{ème} circonscription
d'Eure-et-Loir



Guillaume KASBARIAN
Député de la 1^{ère} circonscription
d'Eure-et-Loir



Olivier MARLEIX Député
Député de la 2^{ème} circonscription
d'Eure-et-Loir



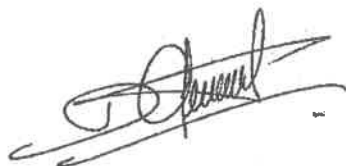
Luc LAMIRAULT
Député de la 3^{ème} circonscription
d'Eure-et-Loir



Chantal DESEYNE
Sénatrice d'Eure-et-Loir



Albéric DE MONTGOLFIER
Sénateur d'Eure-et-Loir



Daniel GUERET
Sénateur d'Eure-et-Loir



Christophe LE DORVEN
Président du Conseil Départemental
d'Eure-et-Loir



Jean-Pierre GORGES
Président de Chartres Métropole
Président du GHT d'Eure-et-Loir

Accès aux soins - Plan d'urgence pour l'Eure-et-Loir

pour redonner aux médecins du temps médical afin d'accueillir plus de patients dans de meilleures conditions.

Réaliser un choc de simplification administrative :

- **Confirmer aux médecins que les certificats médicaux pour justifier une absence cantine, une absence scolaire, une aptitude au travail, ou à la pratique d'un sport non à risque ne sont pas nécessaires.** Prévoir en la matière une **communication envers les employeurs** (entreprises, collectivités locales, territoriales,...)
- **Supprimer les ordonnances pour les remboursements de parapharmacie** par les complémentaires santé (facture du pharmacien pour justifier le remboursement par la mutuelle).
- **Mise en place d'un nouveau dispositif pour la prescription de transports :**
 - o Étendre la validité des prescriptions de transport à 1 an pour les personnes en ALD, pour tous les traitements en rapport avec l'ALD.
 - o Permettre également aux professionnels de santé appartenant aux Ordres Professionnels de prescrire un transport.
 - o Permettre aux assistants médicaux de prescrire un transport
 - o Rendre automatiques les prescriptions de transports pour les personnes à mobilité réduite (avec la CMI = Carte Mobilité Inclusion).
- **Pas d'arrêt maladie sur les jours de carences et pas de justificatif à remettre à l'employeur, dans la limite de 2 fois par an.**
- **Permettre le renouvellement de tous les ALD** par les médecins conseil de la CPAM
- **Faire compléter et simplifier les dossiers MDA et APA CMI, MDPH, entrée en EHPAD** (suppression de l'utilisation de la plateforme Via Trajectoire) par les travailleurs sociaux en collaboration avec les assistants médicaux, et/ou aide à domicile et avec IDEL et/ou IDE ASALÉE pour la partie médicale (en prévoyant de fait la cotation de l'acte). Une expérimentation en cours en ce sens sur une Equipe de Soins Primaire (ESP) du département.
- **Permettre l'accès direct aux kinésithérapeutes, orthophonistes, pédicures-podologues, orthoptistes dans le département**

Simplifier et favoriser le recours aux assistants médicaux

- **Financer la création de 15 assistants Médico-Administratifs dans un premier temps à l'échelle du département et de 30 ensuite, pour tendre vers 1 assistant pour 1 médecin.**
- **Assouplir les contraintes de formation** (en particulier pour les IDE et AS), notamment en mobilisant la voie de la VAE, en prévoyant des équivalences automatiques pour certaines professions, conditionnées à de moindres obligations de formation pour d'autres.
- **Ne pas conditionner l'éligibilité au dispositif à des objectifs d'augmentation de la patientèle pour les médecins disposant déjà d'une patientèle importante, selon un seuil défini qui pourrait être 1200 patients par médecin traitant.**

Accélérer la délégation de missions vers les autres professionnels de santé

- **Permettre aux IDE de réaliser les certificats de décès dans un cadre bien défini** (mort attendu, fin de vie... liste à préciser avec les ordres médecins et IDEL) en l'absence d'un médecin disponible, tout en sécurisant juridiquement cette possibilité, notamment sur le plan médico-légal.
- **Élargir la prescription de location de matériel médical par IDEL ou par masseurs kinésithérapeutes** en concertation avec les Ordres (cf. arrêté du 20 mars 2012 pour les IDEL) matelas d'aide à la prévention des escarres dans le décret mais pas la location du lit, d'un déambulateur... liste à définir.
- **Inciter et favoriser la mise en place des protocoles de coopération validés au niveau national tel que le protocole cystite déjà développé sur plusieurs territoires**
 - o **Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le**

- cadre d'une structure pluri-professionnelle
- Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle
- Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle
- Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle
- Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle
- Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.
- **Permettre aux pharmaciens de délivrer un arrêt de travail de moins de 48 heures, non renouvelable dans le cadre d'un protocole de coopération, pour les symptômes évoquant les pathologies suivantes : gastro-entérite, angine, grippe... et cela dans la limite de 2 fois par an.**
- **Autoriser le renouvellement de prescription de traitement chronique pour une durée de 6 mois pour des patients n'ayant plus de médecin traitant, par un pharmacien, assortie de la nécessité de voir le patient 1 fois par mois avec examen clinique et signaler obligatoirement à la CPTS et à la CPAM le fait que ce patient n'a pas de médecin traitant**
- **Autoriser les IDE à renouveler les ordonnances de soins infirmiers à domicile (injections, pansements, piluliers...) pour une durée de 6 mois et dans le cadre de pathologies chroniques pour des patients n'ayant plus de médecin traitant, avec la condition suivante : signaler obligatoirement à la CPTS et à la CPAM le fait que ce patient n'a pas de médecin traitant.**

Responsabiliser les patients

- **Assurer la sécurité des Médecins Libéraux : Toute agressivité verbale ou physique doit être sanctionnée lourdement et rapidement. Application simplifiée de l'article 433-3 du code pénal, avec rapidité des sanctions pénales pour le patient. Création d'un délit spécifique "agression envers un soignant dans l'exercice de ses fonctions" pour les professionnels de santé libéraux (le caractère aggravant n'existe à l'heure actuelle que pour les professionnels fonctionnaires d'établissements de santé)**
- **Faire une communication sur le bon usage des soins et en particulier la bonne utilisation du centre 15**

Autoriser la prescription par les médecins du travail

- Prescription de transport
- Déclaration initiale et prolongation d'arrêt de travail
- Déclaration initiale, prolongation, clôture, et consolidation d'accident de travail et de maladie professionnelle
- Autorisation de prescription des antalgiques et antidépresseurs, des examens complémentaires (imagerie, biologie), et des soins de kinésithérapie

Inciter TOUS les médecins du département (médecins du travail, médecins conseils de la CPAM,...) à participer à la Permanence des soins ambulatoires

Glossaire :

ALD : affection longue durée - CPAM : caisse primaire d'assurance maladie - MDA : maison départementale de l'autonomie - CMI : carte mobilité inclusion - MDPH : maison départementale pour les personnes handicapées - EHPAD : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - IDE : infirmier diplômé d'état - AS : aide-soignant - IDEL : infirmier diplômé d'état libéral - IDE ASALÉE : infirmier diplômé d'état action de santé libérale en équipe - ARS : agence régionale de santé - CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

DEPARTEMENT D'EURE ET LOIR
ARRIVÉE

03 AVR. 2023

n° d'enregistrement 2750

Le Ministre

Paris, le 28 MARS 2023

Nos Réf. : D-23-004406 / DDC-DREG-CP / cabinet-mé
Vos Réf. : votre courrier PV/ML/2023-0105-001 du 5/1/2023

Monsieur le Président,

Vous avez bien voulu m'alerter, aux côtés de plusieurs autres élus de votre département d'Eure-et-Loir, sur les difficultés d'accès aux soins qui touchent votre territoire, notamment du fait de tensions sur la ressource médicale.

Face à cette situation, vous avez bien voulu me faire part d'un ensemble de propositions, élaborées localement, afin de répondre plus efficacement aux besoins de la population et des professionnels de santé.

Je tiens tout d'abord à vous remercier pour votre travail de concertation et pour votre implication dans cet objectif que nous partageons d'assurer à chacun de nos concitoyens des soins adaptés et de qualité, tout comme d'offrir un cadre de travail satisfaisant à nos soignants.

Aussi, en vous réaffirmant ma volonté d'aider le département de l'Eure-et-Loir et que votre territoire puisse accueillir le déploiement d'expérimentations, en ce sens, je vous prie de bien vouloir trouver ci-dessous, suite à l'entretien du 31 janvier dernier, avec les députés Philippe Vigier, Guillaume Kasbarian et Luc Lamirault, un retour sur vos propositions pour améliorer l'accès à la santé des Euréliens.

Vous formulez la demande que l'ensemble du département puisse être classé en zone d'intervention prioritaire. Je suis favorable sur le principe à cette évolution. Les modalités de mise en œuvre de cette mesure pourront ainsi vous être précisées d'ici l'été.

Vous proposez que le financement des soins non programmés puisse être assuré par l'Assurance maladie, alors même que le Service d'accès aux soins (SAS) n'est pas encore opérationnel sur l'ensemble du département.

Depuis l'entrée en vigueur des mesures de la mission flash sur les urgences et les soins non programmés à l'été 2022, le financement des soins non programmés est d'ores et déjà possible par l'Assurance maladie, avec une majoration de 15 euros pour tout soin non programmé orienté par le service d'aide médicale urgente, et ce même en l'absence de SAS opérationnel.

Le SAS étant par ailleurs l'outil privilégié pour assurer dans les meilleurs délais à tous les patients une réponse rapide et adaptée en cas de soins non programmés. Connaissant votre implication dans l'écosystème de santé local, je ne doute pas que vous saurez appuyer la mobilisation de tous les professionnels de santé de votre département pour pouvoir déployer au plus vite le SAS dans l'ensemble de l'Eure-et-Loir.

Monsieur Christophe LE DORVEN
Président du Conseil départemental d'Eure-et-Loir
Conseiller départemental
Hôtel du Département
1 place Châtelet - CS 70403
28008 CHARTRES CEDEX

Tél : 01 40 66 60 00
14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07 SP

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse ddc-rpd-cab@ddc.sps.ea.gouv.fr ou par voie postale.
Pour en savoir plus : <https://sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>



Parmi vos priorités d'action, figure la mise en place d'un guichet unique départemental, pour mieux orienter et accompagner les professionnels de santé dans leurs démarches administratives, depuis leur installation et jusqu'à la retraite.

La logique de guichet unique fait partie des solutions ayant prouvé leur efficacité auprès des professionnels de santé. J'ai pu le mentionner dans mes vœux aux acteurs de la santé, c'est un dispositif que je souhaite résolument voir se déployer dans les territoires.

Aussi, j'ai souhaité que les travaux soient prochainement lancés en vue de la mise en place de ce guichet unique, dans chaque département. Il est prévu que chaque institution (agences régionales de santé (ARS), collectivités territoriales, Assurance maladie) mobilise les financements qu'elle met déjà en œuvre pour accompagner des projets de santé dans cette nouvelle logique du guichet unique.

Afin que ces guichets uniques puissent se structurer à brève échéance, j'ai demandé aux ARS de réunir dans les meilleurs délais les acteurs locaux concernés pour lancer cette démarche.

Vous avez également identifié plusieurs axes prioritaires d'action, sur lesquels mon ministère est d'ores et déjà mobilisé.

Au sujet du « choc de simplification administrative » que vous appelez de vos vœux, j'ai pu faire des annonces concrètes en ce sens, le 8 février dernier à l'occasion d'un déplacement dans le Douaisis et le Valennnois, sur la base des conclusions de la mission portée par le docteur Jacques Franzoni et Monsieur Pierre Albertini.

Une démarche interministérielle est engagée, notamment avec les ministères chargés de l'Education nationale et des Sports. L'appui des élus locaux dans cette démarche sera nécessaire car un grand nombre de certificats « inutiles » sont sollicités par des crèches municipales ou des cantines d'écoles primaires.

Vous émettez l'idée de supprimer les arrêts maladie sur les jours de carence. La mission a statué qu'elle ne pouvait pas émettre de recommandation car seuls des accords d'entreprise à l'initiative des partenaires sociaux peuvent instaurer ce type de mesure.

S'agissant de la suppression des ordonnances pour les remboursements de parapharmacie par les mutuelles, aucune disposition légale ne fixe cette obligation pour les produits de parapharmacie. Concernant une extension des possibilités de prescriptions de transports, un temps d'instruction complémentaire est nécessaire.

Vous insistez sur l'importance de favoriser le recours aux assistants médicaux : des travaux sont en cours pour aboutir à un système simplifié pour y recourir, dont le nombre devra atteindre 10 000 à fin 2024, et de faciliter les démarches des médecins qui s'engagent dans cette voie. La spécificité des médecins ayant déjà une forte patientèle a par ailleurs bien été prise en compte dans le nouveau dispositif.

Vous souhaitez accélérer la délégation de missions et mieux partager les tâches entre les professionnels de santé.

La proposition de loi, portée par Madame Stéphanie Rist, pour l'amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé, d'ores et déjà adoptée par l'Assemblée nationale et le Sénat en première lecture, et enrichie au cours de la navette parlementaire, répond très concrètement à plusieurs points que vous soulevez.

En effet, les professions de kinésithérapeute, orthophoniste, pédicure-podologue font l'objet de mesures d'accès direct dans cette proposition de loi. En ce qui concerne les orthoptistes, l'arrêté du 25 janvier 2023 leur permet depuis le 1^{er} février dernier de prescrire des premiers verres correcteurs pour les patients âgés de 16 à 42 ans.

En ce qui concerne le renouvellement de prescription de traitement chronique par le pharmacien, le texte prévoit d'autoriser un renouvellement pour trois mois par tranches d'un mois. En effet, pour un patient suivant un traitement chronique, il me semble nécessaire qu'il puisse voir son médecin au moins deux fois par an. Pour le renouvellement des ordonnances de soins infirmiers par les infirmiers, ce même texte prévoit d'ouvrir un accès direct pour la prise en charge des plaies, dont les pansements.

Les patients sont tout autant des parties prenantes du système de santé que les soignants, et je partage votre volonté de mieux les responsabiliser. Tout d'abord, au sujet des agressions dont ont été victimes les médecins qui assuraient les gardes de la maison médicale du Coudray, je veux vous redire que je condamne avec la plus grande fermeté ces actes de violence inacceptables. Je vous précise que j'ai ainsi demandé à la ministre déléguée, Madame Agnès Firmin le Bodo, de mettre en place une concertation sur la sécurité des soignants, face à la recrudescence des violences qui les touchent, afin d'aboutir à la mise en place d'un plan d'actions dédié.

S'agissant de la création d'un nouveau délit, cette considération relève du ministère chargé de la justice. Les textes et procédures judiciaires en vigueur nous permettent déjà d'agir avec fermeté contre les auteurs.

Promouvoir et assurer la bonne utilisation du recours au centre 15 s'inscrit pleinement dans les orientations du ministère de la santé et de la prévention, avec notamment le recrutement et la formation d'assistants de régulation médicale, dont la profession sera d'ailleurs mieux reconnue.

Je partage votre préoccupation par rapport aux rendez-vous non honorés, qui conduisent à gâcher du précieux temps médical. Ce qui n'est pas acceptable quand certains de nos concitoyens peinent à obtenir un rendez-vous lorsqu'ils en ont réellement besoin.

Le Président de la République s'est engagé, lors de ses vœux aux acteurs de la santé à ce qu'un travail soit engagé sur ce sujet. C'est un axe important qui démarre notamment par un partenariat avec les plateformes de prises de rendez-vous.

S'agissant de la proposition d'inciter tous les médecins à participer à la permanence des soins ambulatoires, cela s'inscrit tout à fait dans la logique de l'amendement visant à établir une responsabilité collective en matière de permanence des soins.

Je ne manquerai pas de vous tenir informé de l'évolution des différents sujets évoqués par l'intermédiaire de mon cabinet.

En vous assurant de mon engagement pour la santé de nos concitoyens et pour l'amélioration de l'accès aux soins de tous, en Eure-et-Loir comme sur l'ensemble du territoire, je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.



François BRAUN



Chambre régionale des comptes Centre-Val de Loire

15 rue d'Escures

BP 2425

45032 Orléans Cedex 1

Tél. : 02 38 78 96 00

centrevall Loire@crtc.ccomptes.fr

www.ccomptes.fr/fr/crc-centre-val-de-loire