



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE N° DGOS/DIRECTION/2023/158 du 24 octobre 2023
relative au déploiement de médicobus dans les territoires ruraux avec des difficultés d'accès
aux soins

La ministre déléguée auprès du ministre de la santé et de la prévention,
chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé

La ministre déléguée auprès du ministre de l'Intérieur et des Outre-mer
et du ministre de la transition écologique et de la cohésion des territoires,
chargée des collectivités territoriales et de la ruralité

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé (ARS)

Mesdames et Messieurs les préfets de région

Copie à :

Mesdames et Messieurs les préfets de département

Monsieur le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)

Monsieur le directeur général de la Mutualité sociale agricole (MSA)

Monsieur le président du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM)

Référence	Numéro interne : 2023/158
Date de signature	24/10/2023
Emetteurs	Ministère de l'Intérieur et des Outre-mer Ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires Ministère de la santé et de la prévention Direction générale de l'offre de soins
Objet	Déploiement de médicobus dans les territoires ruraux avec des difficultés d'accès aux soins.
Actions à réaliser	- Mettre en place la comitologie ; - Organiser les appels à projets ; - Assurer le déploiement, le suivi et l'évaluation de la mesure.
Résultat attendu	Déploiement, d'ici 2024, de 100 médicobus dans les territoires ruraux avec des difficultés d'accès aux soins.
Echéances	- À réception de l'instruction : mise en place de la comitologie, organisation de l'appel à projet (première vague) ; - Janvier 2024 : labellisation de la première vague de projets.

	<ul style="list-style-type: none"> - Juin 2024 : lancement de la seconde vague de l'appel à projets ; - Suivi annuel ; - Évaluation à 3 ans.
Contact utile	Direction générale de l'offre de soins (DGOS) Équipe projet Accès territorial aux soins Nathalie SCHNEIDER Mél. : nathalie.schneider@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	6 pages + 2 annexes (4 pages) Annexe 1 - Cahier des charges national relatif au déploiement de médicobus dans les territoires ruraux Annexe 2 - Logo type (dispositifs labellisés)
Résumé	<p>La présente instruction détaille les modalités de déploiement d'une offre de médecine générale et/ou de spécialité, itinérante dans les zones rurales, en réponse aux difficultés d'accès aux soins des personnes isolées, sans médecin traitant et ce, pour permettre un accès au soin, y compris dans les territoires les plus enclavés, dans une démarche « d'aller vers ».</p> <p>Ce dispositif, solution mobilisable lorsqu'aucune alternative n'est envisageable, est à l'initiative des professionnels de santé. Il s'appuie sur les partenariats locaux.</p>
Mention Outre-mer	Le texte s'applique en l'état dans l'ensemble des Outre-mer.
Mots-clés	Zone rurale ; médicobus ; accès aux soins ; médecin traitant ; zone intervention prioritaire ; zone intervention complémentaire.
Classement thématique	Professions de santé
Texte de référence	Néant
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Néant
Validée par le CNP le 29 septembre 2023 - Visa CNP 2023-79	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Non
Date d'application	Immédiate

Cette mesure, qui s'inscrit dans le cadre du Plan « France ruralités » annoncé par la Première ministre le 15 juin 2023, et reprise dans le Plan « Pour des solutions concrètes d'accès aux soins dans les territoires » annoncé par Agnès FIRMIN LE BODO le 13 juillet 2023, vise à mettre en place, pour une durée de 3 ans, une offre de médecine générale et/ou de spécialité, itinérante dans les zones rurales en réponse aux difficultés d'accès aux soins des personnes isolées, sans médecin traitant et ce, pour permettre un accès aux soins, y compris dans les territoires les plus enclavés, dans une démarche « d'aller vers ». Elle s'appuie largement sur les enseignements des conseil nationaux de la refondation (CNR) territoriaux et fait écho aux initiatives locales déjà en place, pour les amplifier.

1 - Présentation de la mesure

Afin d'apporter **une offre de soins de proximité** aux territoires ruraux avec des difficultés d'accès aux soins, où la mise en place d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) ou une autre forme d'exercice coordonné n'est pas possible ou insuffisante pour renforcer et maintenir durablement des professionnels de santé physiquement présents, il est proposé d'organiser une offre de médecine générale et/ou de spécialité « itinérante ».

Ce dispositif d'« aller vers » cible prioritairement les territoires ruraux, cumulant faible densité médicale et forte proportion de patients en affection longue durée (ALD) sans médecin traitant :

- Il s'adresse principalement aux personnes sans médecin traitant au premier rang desquelles les personnes en ALD, les personnes âgées ;
- Il est une solution aux besoins de soins de premier recours, lorsqu'aucune autre modalité n'est possible (téléconsultation conforme aux règles en vigueur, déplacement du patient...).

Il peut aussi, **ponctuellement**, répondre aux besoins de soins non programmés, sur sollicitation du Service d'accès aux soins (SAS).

Cette offre doit s'entendre comme une organisation complémentaire à **l'offre de soins** existante pour « réinsérer les patients dans un parcours de prise en charge et réaliser une consultation médicale de premier recours ». Elle doit être appréhendée comme une solution provisoire, et un premier pas vers la structuration d'une offre plus pérenne sur le territoire. Elle s'inscrit dans le projet territorial. La concertation des acteurs autour d'un projet de médicobus peut s'appuyer sur une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) existante ou peut favoriser l'émergence d'une CPTS dans les territoires qui en sont encore dépourvus.

Il conviendra dans son déploiement à veiller à ne pas compromettre ou chercher à remplacer les initiatives déjà prises par les collectivités, et parfois déjà soutenues par l'État et l'Assurance maladie, à être attentifs à la bonne articulation et intégration des autres dispositifs annoncés par le Gouvernement, tels que les engagements pris dans le cadre du Comité interministériel de l'égalité femme-homme.

Le médicobus organise **une offre de soins** (et non pas seulement de prévention) et en priorité une activité de soins généralistes. Il vient en soutien de l'offre existante. Il se veut une réponse au suivi / prise en charge de patients sans médecin traitant ou en cas d'indisponibilité de celui-ci. Le « médicobus » n'est pas une réponse mobile **dédiée** aux besoins de soins non programmés (besoin de soins avec une réponse dans les 48h).

Quels territoires ? Prioritairement les zones rurales au sens de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)¹ situées en zones d'intervention prioritaire (ZIP) ou zones d'action complémentaire (ZAC) et caractérisées par des problématiques d'éloignement géographiques de la population, une part de patients sans médecin traitant particulièrement marquée, et plus particulièrement les personnes en ALD et les personnes âgées, des délais d'obtention de rendez-vous chez un médecin généraliste importants.

Le dispositif fait appel dans un premier temps et en priorité à des médecins généralistes : c'est un moyen d'offrir une nouvelle possibilité d'accès à un médecin traitant aux patients qui en sont dépourvus. Il s'articule avec le plan d'action dédié aux patients en ALD sans médecin traitant engagé par l'Assurance maladie. Il peut intégrer aussi des consultations autres que celles de médecine générale (activité partagée ou jours dédiés) en associant gynécologues, cardiologues, ophtalmologues, chirurgiens-dentistes...

¹ Zonage rural | Liste des communes rurales disponible sur le site de l'Observatoire des territoires – les communes dites rurales correspondent aux catégories 5, 6, et 7 ([Observatoire des territoires - ANCT - Indicateurs : cartes, données et graphiques \(observatoire-des-territoires.gouv.fr\)](https://observatoire-des-territoires.gouv.fr/)).

2 - Modalités de mise en œuvre

❖ Gouvernance du projet

Un comité régional est mis en place par chaque ARS, dans le mois suivant la publication de la présente instruction, comprenant l'ARS, le préfet, le Conseil régional de l'Ordre des médecins (CROM), l'Union régionale des professionnels de santé (URPS), la Direction de la coordination de la gestion du risque (DCGDR), l'Association régionale des caisses de mutualité sociale agricole (ARCMSA), une représentation des territoires (conseil régional, conseils départementaux, associations départementales des maires et associations départementales des maires ruraux). Le comité régional est chargé du lancement de l'appel à projets régional et de la sélection des projets, sur la base du cahier des charges national. Il est garant du suivi du déploiement de la mesure et de son évaluation. Il se doit aussi d'informer les conseils territoriaux de santé (CTS) des projets en cours.

La décision finale de sélection des projets revient à l'ARS et au préfet. Pour le bon fonctionnement du comité, les représentants départementaux des territoires exerceront leur droit de retrait si nécessaire.

Un comité départemental est mis en place par l'ARS dans tous les départements porteurs d'un projet, en s'appuyant dans la mesure du possible sur des instances déjà existantes, pour en assurer le pilotage et le suivi ; ce comité doit associer un représentant de la délégation départementale de l'ARS, du département, des intercommunalités, des professionnels de santé dont les CPTS du département et / ou la structure porteuse du projet, de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), de la MSA et du Conseil départemental de l'Ordre des médecins (CDOM).

Les modalités d'organisation de ces comités peuvent être adaptées en fonction des particularités régionales.

Un comité technique national, associant des représentants de la DGOS, de la CNAM, de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), de la Direction de la sécurité sociale (DSS), du Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS) et de l'Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT) est également mis en place, pour assurer le suivi du déploiement et piloter l'évaluation de l'ensemble des projets sur le territoire.

❖ Un appel à projet dans chaque région, sur la base du cahier des charges national

La labellisation d'une première vague **d'une trentaine de projets** est prévue d'ici **janvier 2024** pour l'ensemble du territoire.

Pour ce faire, un appel à projet sera lancé à l'échelle régionale par les ARS, sur la base du cahier des charges joint en annexe 1. Celui-ci définit les points clés auxquels le projet doit répondre tout en s'attachant à laisser une marge de manœuvre importante pour répondre aux besoins particuliers de chaque contexte local.

L'ensemble des projets retenus pour cette première vague par le comité régional devront être transmis au comité national au plus tard **le 30 janvier 2024**. Une seconde vague de candidatures sera lancée **en juin 2024**, sur la base du retour d'expérience de la première vague.

Pour la première vague, seront étudiés en priorité les projets portés par une CPTS « mature » ; ce portage s'inscrit en cohérence avec la fonction de la CPTS, qui est celle de la coordination des acteurs sur le territoire qu'elle couvre. Dans les zones encore dépourvues ou sur lesquelles la CPTS est émergente, les hôpitaux, les maisons de santé ou encore les centres de santé peuvent candidater. Le projet doit émaner des professionnels de santé, en lien avec des collectivités. Ce partenariat est un pré-requis.

À noter : le projet pourra être relayé dans les contrats locaux de santé (qui doivent être considérés comme des leviers d'aide au déploiement de la mesure).

- ❖ **Un objectif cible de 100 médicobus d'ici fin 2024** : la répartition régionale fera l'objet d'orientations ultérieures, en articulation avec la campagne Fonds d'intervention régional (FIR) 2024.

3 - Financement

- Le budget de fonctionnement

Le coût de fonctionnement d'un médicobus est estimé à 200 000 euros/an pour une mobilisation 5 jours/semaine (petit équipement, coordination administrative...) Ce coût est entendu hors rémunération des professionnels de santé.

Tout projet doit faire l'objet d'un co-financement (ARS, collectivités ...) : le FIR pourra financer une partie des charges de fonctionnement. Une attention particulière devra être apportée à la recherche de partenariat, notamment pour l'achat, voire la mise à disposition des véhicules.

Mobilisation du FIR

Pour 2023, les ARS pourront mobiliser leur FIR pour assurer le financement de ce dispositif. Pour 2024, des orientations complémentaires vous seront adressées, dès lors que les arbitrages financiers auront été rendus.

Les modalités de rémunération des professionnels de santé demeurent applicables selon les régimes de droit commun, que le médecin exerce en libéral ou en tant que salarié d'un centre de santé ou d'un établissement de santé (dans ce dernier cas, assimilation à des consultations externes).

Les financements dédiés à la mission « accès aux soins » prévus par l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) CPTS peuvent être mobilisés par les CPTS porteuses, dès lors que ce financement est dévolu à la coordination et non à l'effectuation des soins, donc dans le respect des modalités prévues (financement de la coordination, etc). L'achat du bus ne peut pas être opéré par la CPTS elle-même.

À propos de l'équilibre économique du dispositif et de la rationalisation des ressources : la première année de fonctionnement peut nécessiter un accompagnement financier spécifique, le temps de la montée en charge : une aide ponctuelle du FIR, en particulier pour les centres de santé (CDS) est possible.

Une vigilance particulière devra être accordée à l'organisation des plannings pour optimiser le nombre de consultations. D'une manière générale, dans l'élaboration du projet, il conviendra de rationaliser la mobilisation du médicobus, notamment en associant des médecins d'autres spécialités que la médecine générale. L'utilisation du véhicule peut être dédiée certains jours à des actions de prévention, en veillant toutefois à ce que cette activité demeure une part marginale du planning hebdomadaire.

- L'investissement

La recherche de partenariats pour l'acquisition ou la mise à disposition du véhicule est recommandée.

Les collectivités territoriales impliquées pourront s'investir de façon pertinente sur ce champ.

4 - Points divers

❖ Que dit le Code de déontologie ?

Concernant la possibilité pour un médecin de pratiquer un exercice itinérant dit « forain », le Code de déontologie médicale dans son article 74 le prévoit. Les conditions en sont assez souples dans la mesure où cet exercice doit correspondre à un besoin de santé publique. L'autorisation relève du niveau de l'Ordre départemental dans le ressort duquel se situe l'activité et est délivrée de manière individuelle : chaque médecin doit en faire la demande, quel que soit son statut libéral ou salarié.

Afin d'assurer un déploiement harmonieux des projets de médicobus sur tout le territoire, le CNOM relaiera auprès des CDOM, la nécessité d'accompagner les projets sélectionnés.

❖ La communication autour du projet : un facteur de réussite

L'information des professionnels de santé et des usagers est un facteur de succès du dispositif : les ARS et CPAM seront attentives sur ce point à organiser une information, en lien avec les autres acteurs du projet. Une attention particulière sera portée à la cohérence avec le déploiement local du plan d'actions national pour accompagner les assurés atteints d'une affection de longue durée sans médecin traitant piloté par l'Assurance maladie. À ce titre, les équipes chargées de dispositifs itinérants prévoient des modalités opérationnelles permettant d'identifier et d'orienter dans la mesure du possible les patients en ALD vers un médecin traitant. La MSA relaiera également l'information localement.

Une attention particulière devra être apportée à l'articulation des actions de communication prises par les collectivités territoriales et la CPTS parties prenantes du projet.

5 - Évaluation/suivi

Le dispositif est mis en place pour une durée de 3 ans ; l'évaluation régionale pilotée par le comité régional de suivi doit pointer notamment l'impact du projet sur la part des patients sans médecin traitant, idéalement la baisse du délai de rendez-vous à un médecin généraliste, voire sur l'émergence d'une offre locale pérenne. L'indicateur de déploiement portera sur le nombre de consultations assurées, par profil de patients.

Pour toutes questions et difficultés, vous pouvez contacter :

- DGOS : Nathalie SCHNEIDER, cheffe de projet Accès aux soins (nathalie.schneider@sante.gouv.fr) ;
- CNAM : Jeanne MARTIN (jeanne.martin@assurance-maladie.fr)
Alan DISEGNI (alan.disegni@assurance-maladie.fr) ;
- ANCT : Simone SAILLANT, directrice de programme Ruralité Montagne (simone.saillant@anct.gouv.fr)

signé

Agnès FIRMIN LE BODO

signé

Dominique FAURE

ANNEXE 1

CAHIER DES CHARGES NATIONAL relatif au déploiement de médicobus dans les territoires ruraux

Le projet doit répondre aux objectifs suivants :

- apporter une réponse de médecine générale (en priorité) dans un délai raisonnable aux populations sans médecin traitant, en priorité les personnes en ALD sans médecin traitant, les personnes âgées isolées... en complément de toutes les autres solutions organisationnelles sur le territoire (recours à un autre professionnel de santé - protocoles de coopération, téléconsultation ...) ; réponse en termes de soins et non de prévention en première intention.

Le bus mobile n'est pas une antenne mobile de soins non programmés mais il pourra aussi être sollicité par le SAS en tant que de besoin. Une attention particulière doit être apportée à l'organisation en place des soins non programmés (SNP), qu'il ne convient pas de déstabiliser.

L'accès du patient au service du médicobus se fait en articulation, sans se substituer, avec toutes les solutions du territoire : téléconsultation, vacations mises en place sur le territoire...

- s'inscrire dans une réflexion collective pour ancrer localement une offre de soins. Le projet de médicobus est aussi une opportunité pour faire émerger la constitution d'une CPTS sur des territoires qui n'en sont pas encore pourvus ;
- ***veiller à ne pas compromettre ou chercher à remplacer les initiatives déjà prises par les collectivités, et parfois déjà soutenues par l'État.***

Les pré-requis

- identification consensuelle du besoin : état des lieux partagé permettant aussi d'argumenter la tension sur le besoin (part des patients en ALD sans médecin traitant, part des personnes âgées sans médecin traitant, délai conséquent d'attente pour un rendez-vous de médecin généraliste, éloignement géographique...) et l'absence de concurrence avec une offre en place ;
- zones rurales au sens de l'INSEE¹ situées en en ZIP ou ZAP et caractérisées par des problématiques d'éloignement géographiques de la population, une part de patients sans médecin traitant particulièrement marquée, et plus particulièrement les personnes en ALD, et les personnes âgées, des délais d'obtention de rendez-vous chez un médecin généraliste importants ;
- intégration au projet de santé du territoire pour garantir la bonne articulation entre les acteurs/offreurs du territoire, et aussi autant que possible poser les bases pour faire émerger une réponse pérenne ;
- ***initiative émanant des professionnels de santé ;***
- idéalement, coordination territoriale assurée par une CPTS ;
- articulation avec le plan d'actions national pour accompagner les assurés atteints d'une affection de longue, avec les dispositifs itinérants en place, articulation avec le SAS ;
- projet en partenariat avec les collectivités territoriales.

¹ [Zonage rural | L'Observatoire des Territoires \(observatoire-des-territoires.gouv.fr\)](http://observatoire-des-territoires.gouv.fr)

Le portage du dispositif

En priorité, ce sont les CPTS du département - qui peuvent aussi être constituées en inter CPTS - qui définissent l'itinéraire et les modalités de coordination du bus. Elles portent la cellule de coordination du dispositif (y compris orientation des appels).

Le bus peut être porté par un centre de santé, une maison de santé ou encore un établissement de santé, dans le cas où le territoire ne dispose pas de CPTS suffisamment robuste pour porter un tel dispositif.

L'organisation/fonctionnement

- pas d'accès direct au medicobus : une mobilisation des services du bus en articulation, sans substitution, avec les autres solutions du territoire ;
- dans la mesure du possible, mêmes professionnels de santé qui voient toujours les mêmes patients ;
- itinéraire hebdomadaire fixe : le calendrier peut être ajusté mais pas trop souvent (pour faciliter l'identification du dispositif entre autres si articulation avec le SAS) ;
- incitation à la participation des médecins retraités, en veillant à respecter leur souhait sur le niveau d'engagement ;
- modalités garantissant la continuité des soins ;
- modalités garantissant la lisibilité du dispositif : information SAS, patients, professionnels de santé...
- cellule de coordination du bus visant à gérer les appels, les tournées...
- organisation efficiente, garantissant une mobilisation rationnelle des ressources et donc une bonne articulation entre tous les dispositifs mobiles : le medicobus peut tout à fait être partagé pour assurer des consultations de spécialistes (soit partagées avec la médecine générale, soit sur des jours dédiés) ;
- articulation avec la CPAM, garantissant si besoin la mise en place de circuit de signalement sur les problématiques d'accès aux droits et à faciliter l'orientation des assurés vers les missions accompagnement santé (situations de rupture des droits, accompagnement personnalisé ...).

L'équipe du bus

Présence a minima d'un médecin (médecine générale et ou autre spécialité), qui peut être secondé par un assistant médical, un infirmier... en fonction de la particularité du projet.

Les modalités de participation des professionnels de santé

Plusieurs cas de figure possibles :

- participation de médecins libéraux ;
 - participation de médecins salariés d'un centre de santé ou d'un établissement de santé (dans ce dernier cas, assimilation à des consultations externes) ;
 - participation de médecins retraités (salariés par un CDS ou MSP).
- [Point d'attention : la fonction publique territoriale ne permet pas un exercice au-delà de 67 ans].

Les critères techniques sur l'équipement

Le véhicule doit être adapté à une consultation de médecine générale mais également en tant que de besoin à des consultations assurées par d'autres professions médicales.

Le choix du véhicule est laissé libre, dès lors qu'il est porté par une démarche globale de responsabilité environnementale, énergétique et économique. Toutes les initiatives des collectivités territoriales œuvrant dans ce sens seront les bienvenues.

La charte graphique

La labellisation du projet sera matérialisée par le logo « France Ruralités » (annexe 2), qui sera apposé sur le véhicule.

Les modalités de suivi et d'évaluation

Le dispositif est mis en place pour une durée de 3 ans.

Au terme des 3 ans, l'évaluation régionale pilotée par le comité régional de suivi doit pointer notamment l'impact du projet sur la part des patients sans médecin traitant, idéalement la baisse du délai de rendez-vous à un médecin généraliste, voire sur l'émergence d'une offre locale pérenne.

L'indicateur de déploiement portera sur le nombre de consultations assurées, par profil de patients.

Au-delà de l'évaluation finale, des bilans intermédiaires annuels de suivi devront être mis à disposition du comité national.

ANNEXE 2

LOGO type (dispositifs labellisés)

