GOUVERNEMENT
Liberté
Égalité
Fraternité

Instruction interministérielle n° DGOS/AS1/ANCT/2026/141 du 4 novembre 2026 relative au déploiement de médicobus dans l'ensemble des territoires avec des difficultés d'accès aux soins

La ministre de la santé, des familles, de l'autonomie
et des personnes handicapées
Le ministre de l'intérieur
La ministre de l'aménagement du territoire et de la décentralisation

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)

Référence	NOR : SFHH2625307J (numéro interne : 2026/141)
Date de signature	04/11/2026
Emetteurs	Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées Direction générale de l'offre de soins (DGOS) Ministère de l'intérieur Ministère de l'aménagement du territoire et de la décentralisation Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT)
Objet	Déploiement de médicobus dans l'ensemble des territoires avec des difficultés d'accès aux soins.
Actions à réaliser	- Mettre en place ou mettre à jour la comitologie ; - Organiser les appels à projets ; - Assurer le déploiement, le suivi et l'évaluation de la mesure ; - Faire remonter les indicateurs au niveau national.
Résultat attendu	Déploiement de 100 médicobus dans les territoires ruraux et les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) avec des difficultés d'accès aux soins.
Echéances	- À réception de l'instruction : mise en place ou mise à jour de la comitologie, organisation de la deuxième vague d'appel à projets ; - Second semestre 2026 : lancement de la deuxième vague de labellisation ;

	- Second semestre 2026 : lancement de la deuxième vague de labellisation ; - 31 décembre 2026 : fin de la deuxième vague de labellisation.
Contacts utiles	Direction générale de l'offre de soins Sous-direction de l'accès aux soins et du 1er recours Bureau de l'accès territorial aux soins (AS1) Mél. : dgos-as1@sante.gouv.fr Kévin TRAN Mél. : kevin.tran@sante.gouv.fr Mathilde CROCHETET Mél. : mathilde.crochetet@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	9 pages + 2 annexes (6 pages) Annexe 1 : Cahier des charges national relatif au déploiement de médicobus dans l'ensemble des territoires avec des difficultés d'accès aux soins Annexe 2 : Logos-types (dispositifs labellisés)
Résumé	Le déploiement de 100 « médicobus » s'inscrit dans le Plan « France ruralités » annoncé par la Première ministre le 15 juin 2023 et réaffirmé le 25 avril 2025 dans le cadre du Plan de lutte contre les déserts médicaux. De plus, le dispositif « médicobus » a récemment été rattaché à France santé, les médicobus étant éligibles à la labellisation propre à ce réseau. Cette mesure vise à mettre en place une offre médicale itinérante dans les zones rurales comme dans les QPV.
Mention Outre-mer	Le dispositif est applicable dans l'ensemble des départements et régions d'Outre-mer.
Mots-clés	Zone rurale ; quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV) ; médicobus ; accès aux soins ; médecin traitant ; zone d'intervention prioritaire ; zone d'action complémentaire.
Classement thématique	Professions et formations en santé
Textes de référence	- 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 ; - Circulaire interministérielle n° DGOS/SDAS/AS2/DGCL/SDCAT/C3/2026/86 du 16 juin 2026 relative au déploiement et au financement du réseau France santé, incluant les dispositifs mobiles labellisés « médicobus ».
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Instruction modifiée	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.
Rediffusion locale	Néant
Validée par le CNP le 25 septembre 2026 - Visa CNP 2026-65	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non

Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Lancée dans le cadre du Plan « France ruralités » du 15 juin 2023, une première vague de « médicobus » a permis le déploiement d'une offre médicale itinérante dans de nombreux départements. Les appels à projets que vous avez pilotés et l'association des parties prenantes au niveau local, gage de succès du dispositif, ont abouti à la labellisation d'une trentaine de « médicobus » en France. Ce dispositif a fait ses preuves et a contribué à améliorer l'accès aux soins dans les territoires ruraux à faible densité médicale. Des patients ont pu retrouver un médecin traitant ou se réinscrire dans une dynamique de soins et de suivi médical.

Le récent « Pacte de lutte contre les déserts médicaux », annoncé par le Premier ministre le 25 avril 2025, vise à capitaliser sur cette dynamique en réaffirmant l'objectif d'un déploiement de 100 « médicobus » en France, dans les territoires ruraux comme dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV). Pour ce faire, les freins identifiés lors de la première vague seront levés avec un cahier des charges mis à jour, permettant par exemple la mise en œuvre de consultations de spécialistes dans le « médicobus » ou encore de téléconsultations assistées.

Pour cette deuxième vague de labellisation, deux évolutions majeures ont été introduites. La première concerne le rattachement du dispositif « médicobus » au réseau France santé qui repose sur une offre de service socle, définie de manière à garantir une réponse de soins de proximité, tout en tenant compte de la diversité des organisations locales. Dans ce cadre, une liste des structures éligibles à la labellisation a été définie dans la circulaire interministérielle n° DGOS/SDAS/AS2/DGCL/SDCAT/C3/2026/86 du 16 juin 2026 relative au déploiement et au financement du réseau France santé, incluant les dispositifs mobiles labellisés « médicobus ».

Deuxièmement, dans le cadre d'un partenariat entre l'État et la Caisse des dépôts et consignations, des financements complémentaires aux crédits délégués du Fonds d'intervention régional (FIR) seront mobilisés par la Banque des territoires, sous forme de subventions directes versées aux porteurs de projets lauréats, et de crédits d'ingénierie dédiés à la structuration de projets et à la recherche de financements, ou encore à l'animation nationale, à la mesure d'impact et à l'évaluation de cette politique publique.

La présente instruction précise ainsi les modalités de la deuxième vague de labellisation qui vise à atteindre l'objectif des 100 « médicobus » déployés sur l'ensemble du territoire national. La deuxième vague de labellisation débutera au second semestre de l'année 2026 et sera clôturée le 31 décembre 2026.

1. Présentation de la mesure

Le déploiement de « médicobus » sur le territoire national vise à apporter **une offre de soins de proximité** aux territoires caractérisés par des difficultés d'accès aux soins. Ainsi, ce dispositif d' « aller vers » permet de proposer une offre médicale itinérante dans les zones où les ressources médicales sont insuffisantes.

Le médicobus se présente ainsi comme un dispositif de santé d' « aller vers », itinérant et modulaire, capable :

- **D'adapter son offre** en fonction des besoins locaux, à la fois en termes de **type d'intervention** (soins, prévention) et de **professions médicales** embarquées (médecins généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes) ;
- **D'accueillir une patientèle variée**, sans restriction, en ciblant prioritairement les personnes sans médecin traitant ou éloignées du soin ;
- **De s'intégrer à l'offre de santé existante** pour améliorer durablement l'accès aux soins.

Le déploiement de médicobus doit être assuré dans les zones rurales au sens de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) **et dans les QPV**, dès lors que ces territoires sont situés en zones d'intervention prioritaire (ZIP) ou zones d'action complémentaire (ZAC) et caractérisés par une faiblesse de l'offre médicale, des problématiques d'éloignement géographique de la population, une part de patients sans médecin traitant (dont patients en affection longue durée -ALD et patients âgés) particulièrement marquée, ou des délais d'obtention de rendez-vous chez un médecin généraliste importants.

Cette seconde vague de labellisation porte également plusieurs simplifications du dispositif de médicobus. La priorité donnée aux projets portés par des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), par rapport à d'autres projets, est ainsi supprimée. La possibilité d'avoir des médicobus avec une solution de téléconsultation assistée est également ajoutée. La typologie des porteurs de projet a également été étendue, au-delà des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), des centres de santé (CDS) et des établissements de santé.

S'agissant des financements, la Banque des territoires s'engage à financer chaque nouveau lauréat en complément du financement apporté par les agences régionales de santé (ARS) et des autres co-financements. La Banque des territoires s'engage également à contribuer à l'animation nationale de cette politique publique et à accompagner les ARS et les porteurs de projet sur la mesure d'impact, l'évaluation, la structuration des projets et la recherche de financements.

2. Enjeux de la mesure

Le dispositif doit répondre à **plusieurs enjeux essentiels**.

Premièrement, il est impératif de développer un **modèle pérenne** du projet labellisé, tant sur le plan organisationnel qu'économique. Il est donc nécessaire d'accompagner les porteurs de projets dans la recherche d'un modèle économique viable permettant sa pérennisation. La Banque des territoires mobilisera des crédits d'ingénierie pour accompagner les porteurs de projets. En cas de salariat, une attention particulière doit être portée aux conditions de rémunération des professionnels de santé engagés dans le dispositif.

Deuxièmement, la **qualité des soins** doit être maintenue à un niveau équivalent à celui des structures de santé fixes à situation clinique équivalente. Le médicobus doit garantir un suivi rigoureux des patients et s'inscrire dans une logique d'intégration à un parcours de soins durable.

Troisièmement, le déploiement des médicobus doit s'articuler avec **l'offre de soins déjà existante**. Il convient donc de veiller à ne pas fragiliser ou remplacer les initiatives mises en place par les collectivités locales, parfois déjà soutenues par l'État et l'Assurance maladie. Le projet devra également être cohérent avec d'autres dispositifs gouvernementaux.

Quatrièmement, alors que les dispositifs mobiles et autres formes d'« aller vers » se multiplient, il est essentiel **d'assurer la cohérence des dispositifs d'« aller vers » médical** et éviter les redondances. Il est ainsi encouragé de considérer la labellisation des **structures de soins existantes**, sous réserve de leur conformité à la présente instruction.

Cinquièmement, le dispositif constitue également un levier pour favoriser **l'ancrage des professionnels de santé sur le territoire**. En renforçant l'accès aux soins dans des zones sous-dotées, il peut contribuer à une meilleure répartition des ressources médicales et encourager des professionnels à s'installer durablement dans ces territoires.

3. Modalités de mise en œuvre

• Gouvernance du projet

Dans le trimestre qui suivra la publication de la présente instruction, un **comité régional** sera mis en place par chaque ARS pour organiser le lancement de la deuxième vague d'appel à projets. Co-présidé par le directeur général de l'ARS (DGARS) et le préfet, le comité réunira par ailleurs, le Conseil régional de l'Ordre des médecins (CROM), les unions régionales des professionnels de santé (URPS) concernées, 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) ainsi qu'un représentant des usagers, et un autre de la Banque des territoires. Le comité régional est :

- responsable du lancement de l'appel à projets régional et de la sélection des projets, sur la base du cahier des charges national ;
- garant du suivi du déploiement de la mesure et de son évaluation, et de la remontée des informations et des indicateurs de suivi au comité national dans des formats qui auront été définis par ce dernier ;
- chargé d'informer les conseils territoriaux de santé (CTS) des projets en cours.

La décision finale de sélection des projets revient à **l'ARS après consultation du préfet**.

Le comité de l'accès aux soins de premier recours, institué dans chaque département par décret n° 2026-722 du 1er août 2026 relatif aux délégations départementales des agences régionales de santé, et dont la mission consiste notamment à identifier les besoins en soins de premier recours, à adapter l'offre de soins ambulatoire et à participer à la mise en œuvre de dispositifs incitatifs pour l'accès aux soins, est chargé de faire des propositions au comité régional.

Les modalités d'organisation des comités régionaux et des comités de l'accès aux soins de premier recours peuvent être adaptées en fonction des particularités territoriales et leur composition issue de la première vague de labellisation devra faire l'objet d'une mise à jour dans le cadre de la seconde vague d'appel à projets.

Un **comité technique national**, associant des représentants de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), de la Caisse nationale de l'assurance maladie (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), de l'Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT), de la Direction générale des collectivités locales (DGCL) et de la Banque des territoires est également mis en place :

- Le comité technique national se réunit à une fréquence semestrielle. En cas de besoin, des comités ad hoc peuvent être programmés en complément ;
- Il assure le suivi du déploiement et sa cohésion sur l'ensemble du territoire, l'animation nationale des ARS et des porteurs de projet sélectionnés, et pilote l'évaluation de l'ensemble des projets sur le territoire ;
- Il définit les indicateurs de suivi et la procédure de remontée de ces indicateurs et des informations nécessaires au pilotage national ;
- Il formule un bilan du dispositif à la fin de son déploiement, prévu en 2029.

• Fonctionnement de l'appel à projets

Pour la première vague de labellisation, l'objectif **d'une trentaine de projets** pour l'ensemble du territoire avait été défini. Pour la seconde vague de labellisation, l'objectif pour l'ensemble du territoire est fixé à **70 projets** afin d'atteindre la cible annoncée de 100 projets.

Pour ce faire, un appel à projets sera conjointement lancé à l'échelle régionale par les ARS et la Banque des territoires sur la base du cahier des charges actualisé (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. Les appels à projets régionaux devront faire apparaître le logo de la Banque des territoires.

L'ensemble des projets retenus pour cette deuxième vague par le comité régional devront être transmis au comité technique national au plus tard le 31 décembre 2026.

Pour la seconde vague, tous les types de porteurs, dotés d'une personnalité morale, pourront candidater (CPTS, établissements de santé, maisons et centres de santé, associations, sociétés coopératives d'intérêt collectif -SCIC, etc.). Le projet doit émaner d'un partenariat entre les professionnels de santé porteurs du projet et les collectivités territoriales concernées par le ressort du projet.

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).

Dans la mesure du possible, une adéquation entre les premiers projets labellisés dans la première vague et le cahier des charges actuel devra être poursuivie.

- **Rattachement au réseau France santé**

Pour la deuxième vague de labellisation, il est rappelé que le dispositif de « médicobus » doit nécessairement s'intégrer au réseau France santé. Son déploiement et les modalités d'implication des médicobus en son sein sont précisés dans la circulaire interministérielle n° DGOS/SDAS/AS2/DGCL/SDCAT/C3/2026/86 du 16 juin 2026 relative au déploiement et au financement du réseau France santé.

Il est rappelé que les projets labellisés « médicobus » pourront ainsi bénéficier de la labellisation « France santé » et des financements associés.

4. <u>Financement</u>

- **Estimation du budget de fonctionnement**

Le **coût de fonctionnement** d'un médicobus est fonction du coût d'achat du véhicule, du petit équipement, de la coordination administrative et des charges diverses (essence, électricité). Ce coût est entendu hors rémunération des professionnels de santé.

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, les consultations sont assimilées à des consultations externes).

Le recours aux dispositifs existants d'aides financières ou d'exonérations socio-fiscales est encouragé (subvention dite « Teulade », prévue à l'article L. 162-32 du Code de la sécurité sociale, pour les médicobus portés par un centre de santé, par exemple).

L'appel à projets peut prévoir un plafond de rémunération pour les professionnels de santé exerçant dans le médicobus (par exemple : 320€/demi-journée de semaine, 420 €/demi-journée le week-end et les jours fériés).

• **Modalités de financement**

Comme lors de la première vague de labellisation, les ARS peuvent mobiliser des crédits de leur FIR pour contribuer au financement de ce dispositif. Pour chaque lauréat, le financement FIR apporté par l'ARS est complété par une subvention forfaitaire de la Banque des territoires d'un montant maximal de 25 000 € par projet, sans pouvoir dépasser 30 % du montant total des financements publics perçus au titre du projet (versement sous réserve de la conformité des dossiers aux procédures de la Caisse des dépôts et consignations).

Tout projet doit faire l'objet d'un co-financement venant en complément des fonds apportés par les ARS et par la Banque des territoires. Une attention particulière devra ainsi être apportée à la recherche de partenariats, notamment pour l'achat ou la mise à disposition des véhicules. Une absence de co-financement devra faire l'objet d'une justification précise.

Parmi les sources de co-financement qui peuvent être mobilisées :

- Le financement par des **collectivités territoriales** ;
- Le financement par des **fonds européens** ;
- Des fonds privés (entreprises qui souhaiteraient contribuer à cette politique publique) ;
- Les financements liés aux honoraires perçus au titre de l'activité médicale (consultations), notamment dans le cadre de dispositifs portés par des centres de santé ;
- Le financement fléché vers certains types de porteurs ;
- Les financements dédiés à la mission « accès aux soins » prévus par l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) CPTS peuvent être mobilisés, dès lors que ce financement est dévolu à la coordination et non à l'effection des soins, donc dans le respect des modalités prévues (financement de la coordination, etc.). Les financements ACI ne peuvent toutefois pas financer l'acquisition ou la location du véhicule.

En complément des cofinancements apportés par les ARS et par la Banque des territoires, chaque projet lauréat pourra bénéficier d'un accompagnement individualisé visant à structurer et à pérenniser le modèle de sa structure. Cet accompagnement sera financé à 100 % par la Banque des territoires dans le respect des conditions d'intervention de cette dernière.

5. Points divers

• **Dérogation à l'interdiction d'exercice forain**

Concernant les médecins, l'article 74 du Code de déontologie médicale prévoit la possibilité pour un médecin de déroger à l'interdiction de pratiquer un exercice itinérant dit « forain » dans la mesure où cet exercice doit correspondre à un besoin de santé publique. L'autorisation relève du conseil départemental de l'Ordre dans le ressort duquel se situe l'activité itinérante et est délivrée de manière individuelle. Chaque médecin doit en faire la demande, quel que soit son statut. Afin d'assurer un déploiement intégré des projets de médicobus sur tout le territoire, le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) relaiera auprès des conseils départementaux de l'Ordre des médecins (CDOM) la nécessité d'accompagner les projets sélectionnés.

Concernant les infirmiers, dans le cadre d'une offre de téléconsultation assistée, l'article R. 4312-75 du Code de la santé publique prévoit également des dérogations pouvant être accordées par le conseil départemental de l'Ordre dans l'intérêt de la santé publique.

• **Communication autour du projet**

L'information des professionnels de santé et des usagers est un facteur de succès du dispositif : les ARS sont ainsi invitées à rendre public *via* les canaux de diffusion à leur disposition, les modalités de candidature auprès des porteurs de projets. Une attention particulière devra être apportée à l'articulation des actions de communication de l'ARS à celles des parties prenantes du projet. Le comité technique national sera chargé de l'animation au niveau national et pourra accompagner les ARS dans leur plan de communication à l'échelle régionale, notamment en mutualisant la production de ressources de communication (vidéos, articles, guides, dépliants, etc.).

6. Évaluation et suivi du projet

Le dispositif est mis en place pour une durée de trois ans. Une évaluation régionale devra être pilotée par le comité régional de suivi et devra mesurer l'impact du projet sur la base d'un premier indicateur reflétant la part des patients sans médecin traitant ayant déclaré un médecin traitant auprès d'un professionnel du médicobus et l'évolution des files actives, d'un deuxième indicateur rendant compte du délai de prise de rendez-vous auprès du médicobus, comparé aux délais moyens observés sur le territoire et enfin, d'un troisième indicateur relevant le nombre de consultations assurées par le médicobus, par profil de patients.

Le comité technique national mettra en place des indicateurs de suivi et une procédure de remontée des informations *via* la plateforme : demarche.numerique.gouv.fr, de sorte à pouvoir les agréger au niveau national, mesurer l'impact et évaluer cette politique publique tout au long et à l'issue du déploiement.

Pour toutes questions et difficultés, vous pouvez contacter :

- **DGOS :** dgos-as1@sante.gouv.fr

- Kévin TRAN, chef du bureau de l'accès territorial aux soins (kevin.tran@sante.gouv.fr) ;
- Mathilde CROCHETET, adjointe au chef du Bureau de l'accès territorial aux soins (mathilde.crochetet@sante.gouv.fr).

- **CNAM** :

- Jeanne MARTIN (jeanne.martin@assurance-maladie.fr) ;
- Alan DISEGNI (alan.disegni@assurance-maladie.fr).

- **ANCT** :

- David ARMELLINI directeur adjoint des programmes « France ruralités », « Village d'avenir » et « « Avenir Montagne » (david.armellini@anct.gouv.fr) ;
- Nathan GIGOU, chargé de projets Ruralités (nathan.gigou@anct.gouv.fr) ;
- Élisa MAUME, responsable du Pôle Santé et Sport, Direction générale déléguée à la Politique de la ville (elisa.maume@anct.gouv.fr).

- **Banque des territoires :**

- Kevin GAULIARD, responsable du programme « médicobus » (kevin.gauliard@caissedesdepots.fr).

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale,



Virginie MAGNANT

Pour la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, par délégation :
Le directeur général de l’offre de soins,



Hugo GILARDI

Pour le ministre de l’intérieur et la ministre de l’aménagement du territoire et de la décentralisation, par délégation :
Le directeur général de l’Agence nationale de la cohésion des territoires,



Henri PREVOST

Annexe 1

Cahier des charges national relatif au déploiement de médicobus dans l'ensemble des territoires avec des difficultés d'accès aux soins

• Les territoires ciblés par le médicobus

Le dispositif des médicobus est conçu pour répondre aux besoins des **territoires ruraux**, au sens de l'INSEE[1] dont la définition englobe à la fois les territoires situés en **zone d'intervention prioritaire** (ZIP) et en **zone d'action complémentaire** (ZAC), et des **quartiers prioritaires de la ville (QPV).** Ces types de territoires auront ainsi tendance à présenter l'une ou plusieurs des caractéristiques suivantes :

- Une **faible densité médicale** ;
- Des **délais importants** de prise de rendez-vous ;
- Une forte proportion de démographie de **patients particulièrement touchés par des difficultés d'accès aux soins** (tels que les patients sans médecin traitant, les patients en affection longue durée -ALD), les patients âgés et les patients en situation de handicap).

• Les publics pris en charge par le médicobus

Bien que ce dispositif ait été conçu pour répondre à une logique géographique, en ciblant spécifiquement les territoires ruraux, il repose également sur une approche de ciblage populationnel.

Par principe, le bus peut ainsi s'adresser à l'ensemble de la population, sans viser un public de patients spécifique. Toute initiative de ce type est donc autorisée dans le cadre de ce dispositif.

Cependant, du fait de sa nature itinérante, le médicobus est particulièrement adapté pour répondre aux besoins spécifiques de certaines catégories de patients pour lesquelles l'accès aux soins est limité, c'est-à-dire ceux en situation de rupture de soins ou rencontrant des difficultés de déplacement. À ce titre, les projets de médicobus peuvent également cibler exclusivement les publics suivants (à noter qu'il est possible de cumuler plusieurs de ces groupes) :

- **Les patients sans médecin traitant**, avec l'objectif de favoriser la déclaration d'un médecin traitant ;
- **Les personnes en ALD**, qui nécessitent des soins continus mais peuvent être confrontées à des difficultés pour consulter un professionnel médical ;
- **Les personnes âgées**, dont la mobilité réduite peut constituer un frein à l'accès aux soins ;
- **Les personnes en situation de handicap**, pour lesquelles les déplacements vers une structure de soins peuvent être particulièrement contraignants.

• Les caractéristiques de l'offre de santé du médicobus

L'offre de soins du médicobus peut se décliner selon plusieurs modalités, à savoir :

- Une **offre exclusive de soins** ;
- Une **offre mixte** de **soins** et de **prévention** (les modalités de partage peuvent être variées, par exemple : des activités partagées ou des jours dédiés).

[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)).

En ce qui concerne la représentation des professions de santé, le médicobus doit être ouvert aux trois professions médicales ainsi qu'aux infirmiers, excluant donc les professions de la pharmacie, de la physique médicale et les auxiliaires médicaux (mise à part les infirmiers). En résumé, les professionnels de santé concernés sont :

- Les **médecins** (toutes spécialités confondues) ;
- Les **chirurgiens-dentistes** ;
- Les **sages-femmes** ;
- Les **infirmiers**.

Les étudiants de ces filières peuvent être amenés à réaliser leur stage en médicobus dans le respect des dispositions de droit commun.

Ainsi, le dispositif peut soit proposer une **offre spécialisée** (par exemple en accueillant exclusivement des sages-femmes ou des chirurgiens-dentistes), soit combiner **plusieurs catégories de professionnels** (par exemple une offre partagée entre médecins généralistes et médecins spécialistes).

Concernant **les modalités de participation des professionnels de santé,** plusieurs cas de figure sont possibles :

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

• **Les critères techniques concernant le véhicule mobilisé**

Le choix du véhicule est laissé libre, dès lors qu'il est porté par une démarche globale de responsabilité environnementale, énergétique et économique. Le dispositif ne comporte ainsi aucune restriction concernant la nature du véhicule utilisé, qui peut être :

- **Un véhicule avec un cabinet médical embarqué**, sans limite de taille (par exemple, des véhicules de plus de 2,5 tonnes qui nécessitent toutefois un permis poids lourd pour leur conduite ce qui peut représenter un frein à la pérennisation du dispositif) ; ○ **Cependant**, les porteurs de projet doivent prendre en compte l'accessibilité du véhicule pour les patients elle est fortement encouragée pour garantir un meilleur accueil des usagers ;
- **Un véhicule transportant un professionnel de santé ou du matériel médical**, avec des soins dispensés dans des locaux physiques ; ○ Les modalités de mise à disposition de ces locaux peuvent varier (par exemple, location d'un local), mais il est conseillé de privilégier la solution la plus économique possible, comme la mise à disposition d'un local déjà existant (par des collectivités territoriales ou par une autre entité).

Il est également possible de prévoir un mode de fonctionnement mixte, en prévoyant selon les jours et lieux de consultation, soit des consultations à l'intérieur du bus, soit de faire les consultations dans des locaux physiques qui peuvent être mis à disposition par les collectivités. Dans ce dernier cas de figure, il n'est pas nécessaire de prévoir un véhicule spécifique, la mobilité du dispositif reposant sur la mobilité de l'effecteur.

Enfin, le porteur de projet peut se tourner vers l'une des trois modalités suivantes pour l'acquisition du véhicule, celui-ci pouvant être :

- Soit **acheté** ;
- Soit **loué** ;
- Soit **mutualisé** avec un autre projet (achat d'un véhicule partagé avec un autre dispositif, mise à disposition d'un véhicule existant par un tiers porteur, etc.).

• **L'articulation avec l'offre de santé du territoire**

En termes d'articulation avec l'offre de santé du territoire, l'activité principale du médicobus doit concerner une offre de **premiers recours**. Toutefois, le bus pourra également proposer également des créneaux pour des **soins non programmés (SNP)** en lien avec les sollicitations du **Service d'accès aux soins (SAS)**. La participation au SAS est donc recommandée.

Une vigilance particulière devra être accordée à l'organisation des plannings de consultation du bus dans le but d'optimiser le nombre de consultations.

• **Le statut juridique pour le portage du projet**

Le dispositif ne prescrit aucune forme juridique spécifique pour les structures porteuses du médicobus. Toutefois, certaines formes sont à privilégier car elles favorisent une organisation pérenne et une meilleure intégration dans l'offre de soins territorial et notamment :

- Les CDS : structures proposant une offre de soins de premier recours, sans dépassement d'honoraires, pratiquant le tiers payant et permettant l'exercice salarié des professionnels de santé.

D'autres formes juridiques peuvent être envisagées comme les **sociétés coopératives d'intérêt collectif** (SCIC), modèles collaboratifs associant divers acteurs (professionnels de santé, collectivités, associations, usagers, etc.), permettant une gouvernance partagée et une implication renforcée des parties prenantes locales.

Le portage du projet doit se faire en lien avec les **communautés professionnelles territoriales de santé** (CPTS), organisations favorisant la coordination entre professionnels de santé d'un même territoire.

• **La budgétisation du projet**

Dans le cadre de l'appel à projets, les porteurs présentent :

- un **budget prévisionnel annuel d'investissement ;**
- un **budget prévisionnel annuel de fonctionnement** ;
- **Les moyens mobilisables pour le modèle organisationnel du projet.**

Pour garantir une mise en œuvre efficace du dispositif, les porteurs de projet doivent élaborer un modèle organisationnel adapté aux spécificités et aux besoins du territoire ciblé. Plusieurs leviers peuvent être mobilisés pour structurer un modèle pérenne, les différents leviers pouvant être combinés selon la réalité locale :

- L'**appui d'une CPTS** ou d'un **dispositif d'appui à la coordination** (DAC) pour identifier les populations rencontrant des difficultés d'accès aux soins (patients sans médecin traitant) ou pour l'identification des zones cibles afin d'élaborer l'itinéraire le plus pertinent pour le véhicule ;
- La **téléconsultation assistée** ;
- Le **recrutement de professionnels retraités** ;

- L'accueil, sous la forme **d'un terrain de stage, d'étudiants en santé** contribuant ainsi à favoriser l'ancrage local des futurs professionnels. Dans ce cas, un médecin coordinateur qui a la qualification de maître de stage universitaire peut encadrer à distance ces étudiants. L'encadrement peut également être fait par un médecin retraité qui exerce dans le bus, si celui-ci a été maître de stage universitaire dans les dix ans précédents ;
- Le **recrutement d'assistants médicaux** avec l'objectif de libérer du temps aux professionnels de santé exerçant dans le cadre du projet.

• **La charte graphique**

La labellisation du projet sera matérialisée par les logos « France ruralités » « medicobus », « Quartiers 2030 » et « Banque des territoires » ainsi que le bloc Marianne et le logo de l'ANCT (annexe 2), qui seront apposés sur le véhicule et sur les supports de communication.

• **Les modalités de suivi et d'évaluation**

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

Au terme des trois ans, l'évaluation régionale pilotée par le comité régional de suivi doit présenter plusieurs indicateurs, dont la liste a été mise à jour à l'occasion du lancement de la 2ème vague de labellisation :

→ **Un socle de 11 indicateurs annuels obligatoires :**

- Nombre de jours de sortie du médicobus ;
- Nombre total de consultations assurées par le médicobus ;
- Nombre de patients total du médicobus ;
- Nombre de communes desservies par le médicobus ;
- Part de patients du médicobus en affection longue durée (ALD) ;
- Part de patients du médicobus sans médecin traitant ;
- Part des consultations effectuées par le médicobus sans rendez-vous programmé préalable ;
- Part des patients du médicobus orientés vers une offre locale de suivi ;
- Nombre de créneaux de rendez-vous non remplis ;
- Durée moyenne des consultations analysée par type de consultation (première consultation *versus* de suivi) et par organisation de l'équipe (présence ou non d'un assistant médical) ;
- Installation ou retour de professionnels de santé sur le territoire desservi par le médicobus.

→ **Un complément d'indicateurs optionnels :**

- Équivalent temps plein (ETP) total mobilisé par médicobus ;
- Répartition des ETP (%) par catégorie de personnel ;
- Nombre de kilomètres parcourus par le patient pour accéder au médicobus ;
- Nombre total de consultations physiques ;
- Nombre total de téléconsultations ;
- Part des téléconsultations dans l'activité totale ;
- Nombre de consultations de soin ;
- Nombre de consultations de prévention ;
- Part des consultations de prévention dans l'activité totale ;
- Nombre de consultations assurées pour chaque type de spécialité médicale ;
- Taux de rendez-vous non honorés ;
- Part de patients de plus de 65 ans ;
- Répartition des patients pris en charge par commune de résidence ;
- Part de patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) ;
- Baisse du délai de rendez-vous à un médecin généraliste ;
- Structuration d'un CDS / d'une MSP ;
- Taux de satisfaction global des patients ;
- Taux de satisfaction globale des professionnels de santé intervenant.

Ces indicateurs de suivi peuvent être complétés et précisés par le comité technique national qui définit également la procédure de remontée de ces indicateurs et des informations nécessaires au pilotage national. Cette procédure de remontée des indicateurs sera transmise aux ARS après le lancement de la 2ème vague de labellisation.

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

Annexe 2

Logos-types (dispositifs labellisés)









