

**Communication du Président du Conseil Régional
à la Séance Plénière
Réunion des 16 et 17 décembre 2010
Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires**

Le droit à la santé s'applique à tous. Se soigner dans de bonnes conditions, constitue une préoccupation majeure pour chacun d'entre nous. Encore faut-il que les parcours de soins soient correctement organisés pour construire sur un territoire une offre de qualité et apporter une réponse coordonnée aux besoins de la population.

Facteur essentiel d'équité territoriale et de solidarité sociale, la santé est un service de proximité qui figure parmi les plus importants pour les habitants, que ce soit dans ses aspects soin ou prévention.

Au-delà de l'offre de soins, il convient bien évidemment de ne pas négliger les aspects de contexte qui peuvent concourir à une bonne santé : éducation physique, alimentation saine, qualité de l'air et de l'eau, aménités, lien social ...

L'accessibilité aux soins constitue un enjeu majeur en termes d'aménagement du territoire et de développement local et doit s'insérer dans une politique plus globale de développement des services à la personne.

En effet «il est crucial de relier l'accès aux soins à l'accès aux services en général » précise le Docteur Echard Bezault, chargée des questions de santé et territoire à la Délégation interministérielle à l'Aménagement du Territoire et à l'Attractivité Régionale (DATAR), et qui pose la question des transports des patients non véhiculés et devant se rendre plusieurs fois à l'hôpital de ville pour y rencontrer le chirurgien ou l'anesthésiste avant une opération.

L'accès aux soins contribue à l'équilibre démographique et à l'attractivité des territoires, pourtant de plus en plus malmenés notamment en zone rurale, et marqués à la fois par une pénurie grandissante de professionnels de santé et une faible densité de population de surcroît vieillissante, dont les besoins de santé et de déplacements sont importants.

La question peut également se poser dans certains quartiers d'habitat social, même si souvent la réglementation liée aux zones franches urbaines a pu inverser la tendance, en termes de présence médicale. Pour autant, la question de l'éducation thérapeutique et de la prévention y reste d'actualité.

C'est pourquoi les collectivités territoriales, dont les Régions, sont conduites à se mobiliser fortement sur la thématique de la santé, sans pour autant devoir se substituer à l'Etat, qui garde l'entière responsabilité de la définition et de la mise en œuvre de la politique nationale de santé publique.

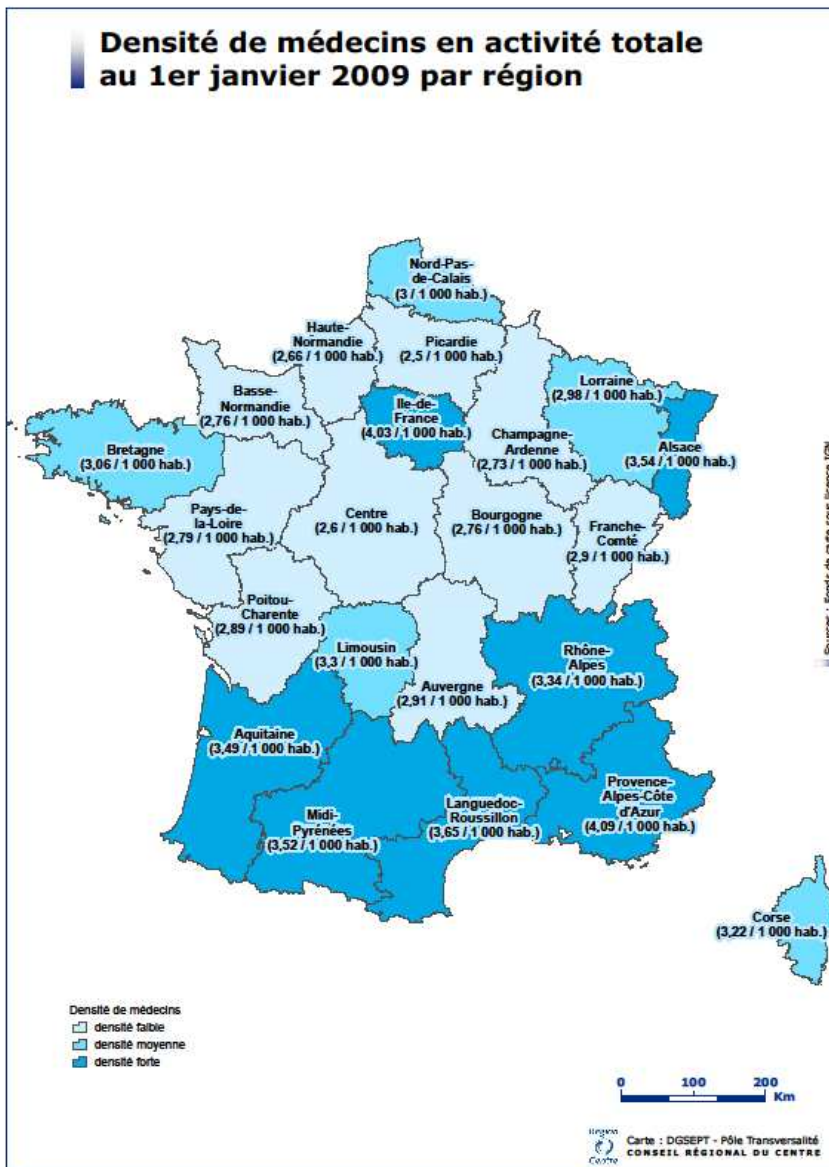
I) CONTEXTE GENERAL ET REGIONAL

A) La démographie médicale en France

Jusqu'en 2006, il n'y a jamais eu autant de médecins en France avec une augmentation du taux de croissance de 1,20% par an au cours des 4 dernières années. Le problème à l'époque n'était donc pas le nombre de médecins mais leur répartition.

Depuis, si ce phénomène de répartition reste d'actualité, la diminution **du nombre des médecins** en activité totale* **en France**, commencée en 2007, se poursuit (-2% de 2008 à 2009) de façon quasi générale.

Cette baisse du nombre de praticiens touche, selon le Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM), 19 des 22 régions. Les plus fortes baisses concernent les régions Lorraine (-5,5% en un an), Bourgogne (-3,9%) et Centre (-3,7%).



Concentrés essentiellement sur une grande partie du sud et du littoral français, ils sont en nombre très insuffisant dans certaines régions françaises, où la densité est bien inférieure à la moyenne nationale (312 médecins pour 100 000 habitants) : Picardie (250) la plus mal dotée, **Centre (260)**, Champagne Ardennes (273).

A l'inverse, l'Ile-de-France (403) et la région PACA (409) sont les régions françaises les mieux pourvues, (données de l'Atlas de la démographie médicale réalisé par le CNOM en 2009) (voir carte ci-contre).

* tous les médecins inscrits au Conseil de l'ordre (quel que soit leur statut public, libéral installé, ou libéral remplaçant)

Cette situation qui ne date pas d'aujourd'hui ni à l'échelon national encore moins à l'échelon régional, s'explique par l'action conjuguée de plusieurs facteurs :

- La France n'a pas formé suffisamment de praticiens et n'a relevé les numerus clausus que beaucoup trop tardivement et très insuffisamment au regard des besoins.
- Le système de santé en France repose sur la liberté d'installation dans le cadre d'un exercice libéral de la médecine.
- La perte d'intérêt pour l'exercice de la médecine libérale régulière (58,7%), au profit de la médecine salariée jugée moins contraignante, motivée par :
 - o l'importance de la charge de travail notamment administrative et la recherche d'une meilleure qualité de vie,
 - o la crainte des jeunes médecins d'exercer de façon isolée,
- l'accroissement de la population de plus en plus vieillissante et qui ne fait qu'accroître les besoins de soins de proximité

. Les écarts entre les régions ne concernent pas uniquement la seule densité de l'offre médicale mais sont accentués par **l'augmentation de l'âge moyen des médecins libéraux** et par l'âge moyen de la 1^{ère} inscription au tableau de l'Ordre de la région des nouveaux entrants, qui s'établit à 34,7 ans en 2009 au niveau national, avec des écarts qui vont de 32 ans (Haute Normandie, Limousin, Pays de la Loire) à 40 ans (Corse).

La région Centre est malheureusement largement concernée par l'ensemble de ces phénomènes de démographie médicale.

B) La démographie médicale en région Centre

1) Une offre de soins insuffisante en région Centre ...

Les habitants de la région Centre sont donc parmi les plus mal lotis en matière de démographie médicale.

Avec des densités respectives de **73 médecins généralistes libéraux exclusifs** hors remplaçants - (contre 74,2 en 2008), et **92 pour 100 000 habitants** (avec remplaçants) en 2009, la région centre occupe en effet, l'avant dernier rang des régions françaises en matière de densité médicale, juste devant la région Picardie, les moyennes nationales se situant respectivement au 1^{er} janvier 2009, à 90,7 (Atlas de la démographie médicale de 2010) et 111 (source ARS).

Cette densité va continuer à baisser d'ici 2013 selon des projections réalisées par l'URCAM en 2006.

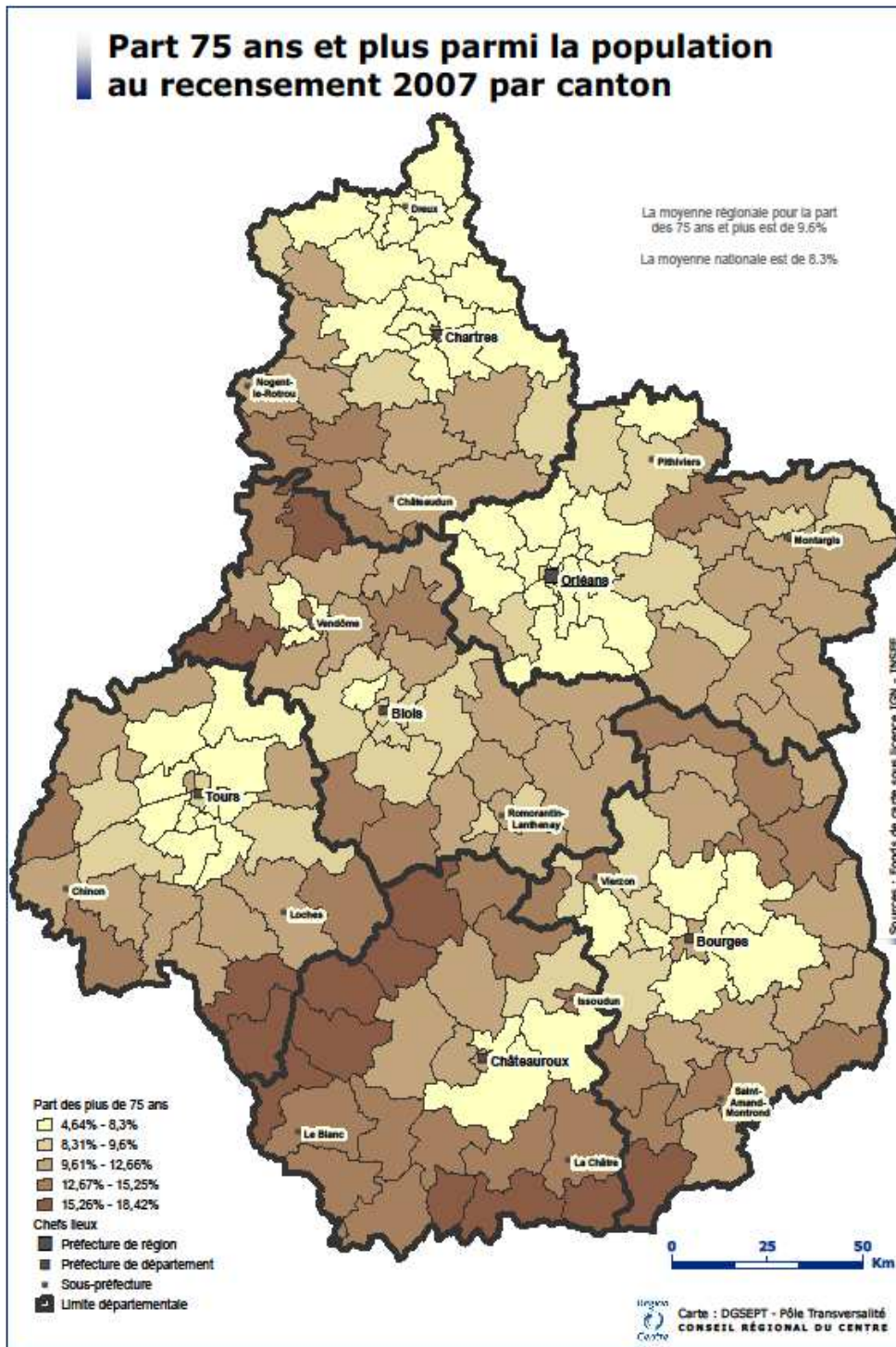
En effet, le paysage démographique aura encore changé de façon importante et la situation défavorable va encore se dégrader avec une forte perte, par rapport à 1998, de médecins généralistes (-14,4% contre -9,3 % en France) et spécialistes (- 10,3% contre - 6,6% en France), conjuguée à un nombre important de généralistes (50%) âgés de plus de 55 ans en 2013 contre 12,4 % en 1998.

Cette pénurie touche également les professions paramédicales comme par exemple les **infirmiers libéraux** (78 pour 100 000 habitants contre 131 en métropole au 1^{er} janvier 2009).

Ce déficit médical va encore s'accroître bien au-delà de 2013. En effet et toujours selon les différents scénarios de la DRESS, la région Centre enregistrerait dans tous les cas de figure, une perte en 2030 de la densité de médecins allant de -2,1% à -18,9%.

Malheureusement, l'augmentation du numérus clausus, qui ne progresse que de quelques unités chaque année en région centre (233 places pour l'année 2009/2010), ne permettra pas de rattraper ce retard en matière de démographie médicale.

Cette situation est d'autant plus préoccupante que, parallèlement, on constate en région Centre un vieillissement de la population encore plus prononcé que sur l'ensemble du territoire national, qui induit des besoins de plus en plus importants.



La carte ci-contre montre que la part de la population âgée de plus de 75 ans supérieure à la moyenne régionale (9,6%), couvre 65% du territoire et 43 % de la population.

Ce constat est encore plus accentué au regard de la densité moyenne nationale (8,3%) avec près des 4/5 du territoire et 63 % de la population.

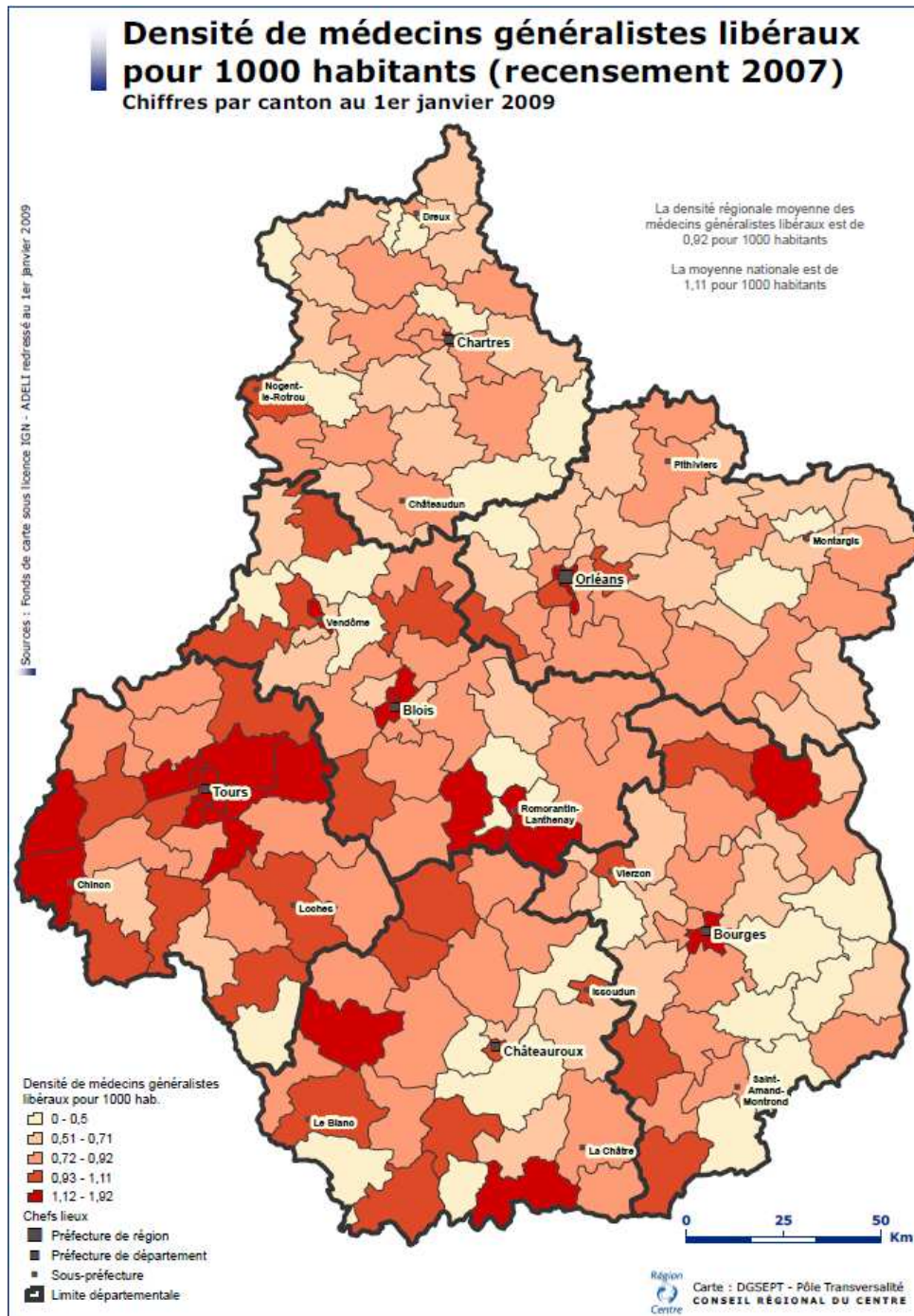
Tous les départements sont concernés par le vieillissement de la population. A noter plus particulièrement le sud de la région avec les départements de l'Indre et du Cher et le nord-ouest du Loir-et-Cher.

Seuls des territoires plus ou moins étendus autour des agglomérations à part celles de Blois et Montargis, sont plus jeunes.

2) ... avec de fortes disparités infra-régionales

Les 6 départements de la région ont tous enregistré entre le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2009 une baisse du nombre de médecins, allant de - 0,34% pour l'Indre à - 6,05 % pour le Loiret et - 6,37% pour l'Eure et Loir.

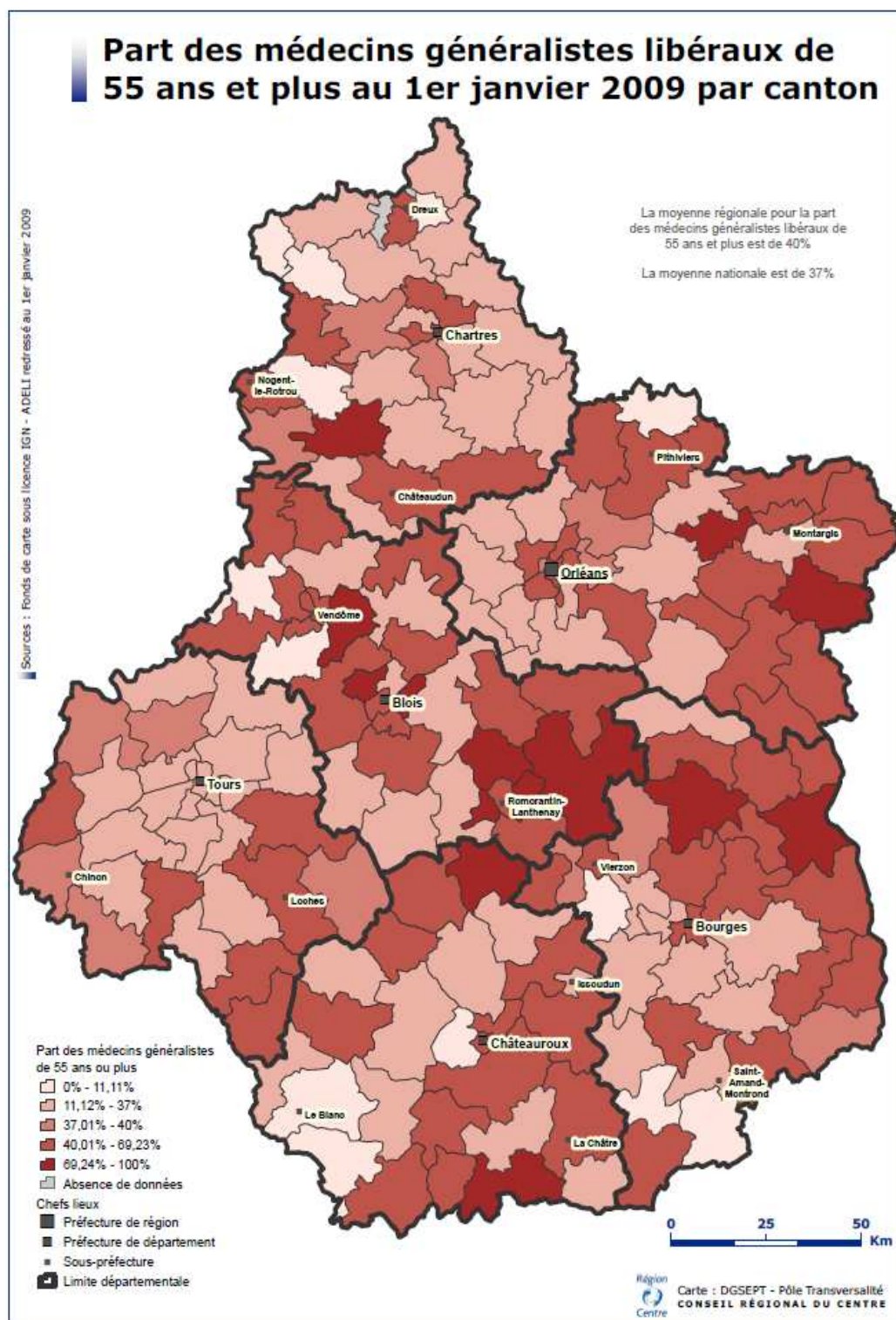
médecins généralistes



La carte concernant la **densité de médecins généralistes libéraux** montre qu'environ 4/5^{èmes} du territoire régional enregistrent une densité inférieure à la moyenne régionale (0,92 / 1 000 hab), et plus des 9/10^{èmes}, une densité inférieure à la moyenne nationale (1,11 / 1 000 hab). Seules quelques poches, significativement localisées autour de Tours, Chinon et Amboise, logiquement du fait de la proximité de la faculté de médecine, dépassent la densité moyenne nationale.

Les secteurs les plus touchés où exercent en moyenne moins de 0,5 médecin pour 1 000 habitants (couleur jaune pâle sur la carte), concernent 28 cantons, notamment localisés sur les franges sud est de l'Eure et Loir, une diagonale Sancerres-Saulzais le Potier dans le Cher, une diagonale Vierzon-Châteauroux, la périphérie nord de Vendôme ...

Ces données sont à relativiser au regard de la densité de population. C'est ainsi que des territoires peu peuplés apparaissent bien pourvus (ex : Brenne, Boischaud Sud), sans que pour autant l'offre soit satisfaisante, en raison, d'une part de situations, certes ponctuelles, d'accessibilité réduite (dans les communes où on enregistre les temps d'accès aux soins les plus élevés), d'autre part en raison de l'âge moyen de ces praticiens.



La carte représentant la part des médecins âgés de plus de 55 ans mise en regard de la précédente sur la densité de médecins, illustre les situations où le territoire cumule une faible densité et un âge moyen élevé.

42% du territoire régional correspondant à 56 cantons et près de 29 % de la population peut être considéré en situation extrêmement préoccupante sur ces territoires qui enregistrent à la fois une densité inférieure à la moyenne régionale (déjà très faible) et plus de 40% de médecins de plus de 55 ans.

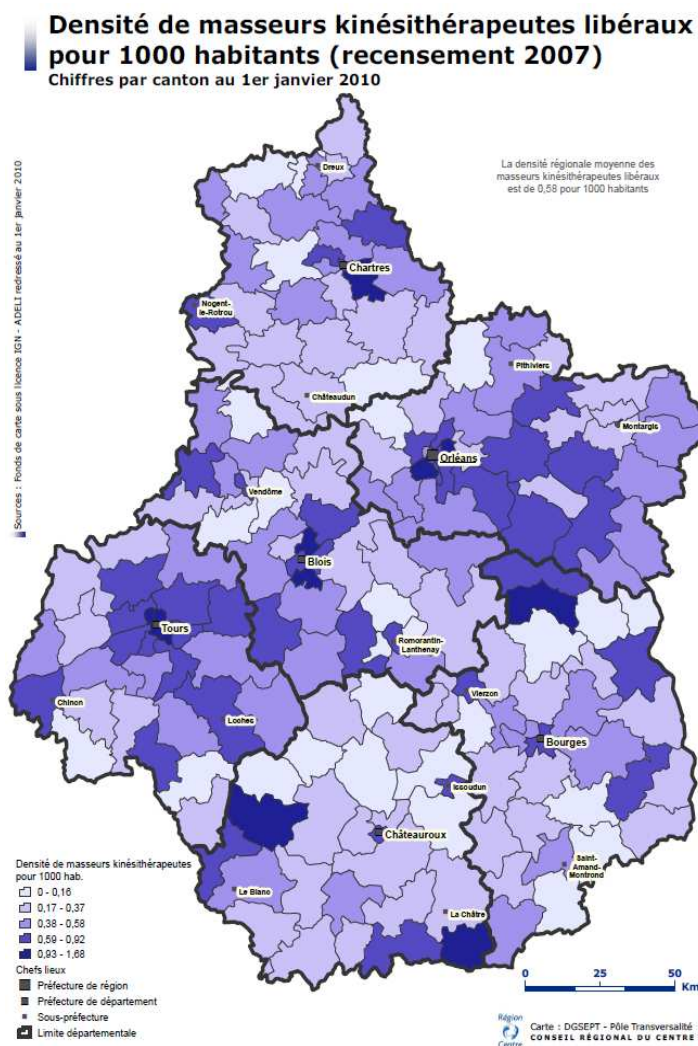
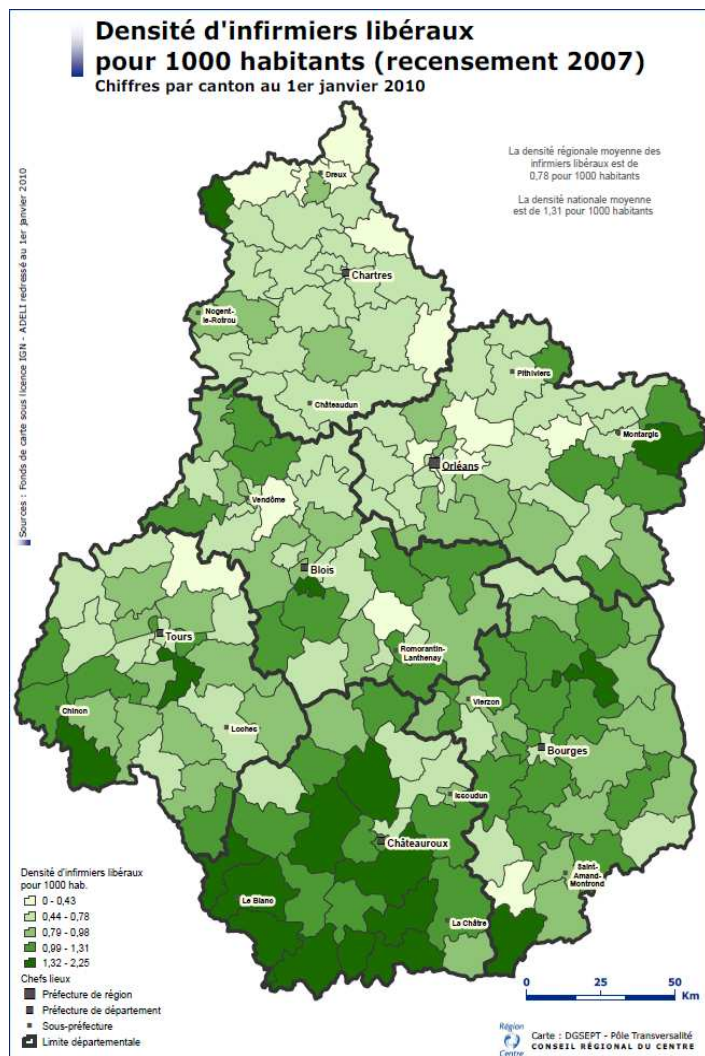
La situation est encore plus critique si on se réfère aux densités inférieures aux moyennes nationales qui concernent plus de la moitié du territoire et 40,7% de la population.

En rapprochant ces 2 cartes, on constate que les médecins sont moins nombreux et plus âgés dans certains secteurs notamment de l'Indre (diagonale Eguzon-Ardenes-Lizeray) et du Cher (diagonale Dun sur Auron-Sancergues).

A signaler quelques poches localisées dans les autres départements comme l'indique la carte, en particulier, dans le secteur de Romorantin.

De plus, l'âge moyen de la 1^{ère} inscription d'un médecin au Conseil de l'Ordre, élevé à 37 ans en région Centre, amplifie encore davantage les situations des départements les plus mal lotis. En effet, si celui-ci est de 32 ans en Indre-et-Loire et de 37 ans dans le Loir-et-Cher, il est porté à 42 ans en Eure-et-Loir et à 46 ans dans le Cher.

infirmiers libéraux et kinésithérapeutes



La pénurie de praticiens touche également les **infirmiers libéraux** où les écarts sont considérables entre la moyenne régionale et la moyenne nationale (78 contre 131 pour 100 000 habitants en métropole au 1^{er} janvier 2009, soit inférieure de près de 40%).

La carte relative à la densité **d'infirmiers libéraux** montre que près d'environ 40% du territoire et 55% de la population enregistrent des densités inférieures à la moyenne régionale (0,78 pour 1 000 habitants) correspondant aux 2 premières classes ci-dessus. L'Eure-et-Loir est le département le plus concerné par le phénomène.

La situation est encore plus critique si on se réfère aux territoires aux densités inférieures **à la moyenne nationale** (1,31 pour 1 000 habitants) qui couvrent près des 9/10^{ème} de la région et concernent près de 95 % de la population (les 4 premières classes sur la carte). Seuls quelques cantons (vert foncé), essentiellement de l'Indre, où la population est plus âgée, se distinguent par une densité supérieure à la moyenne nationale.

Concernant l'âge des infirmiers de plus de 55 ans, 18% du territoire régional et 27% de la population enregistrent une densité inférieure à la moyenne régionale (17%), plus du 1/3 et 40 %, une densité inférieure à la moyenne nationale (18%).

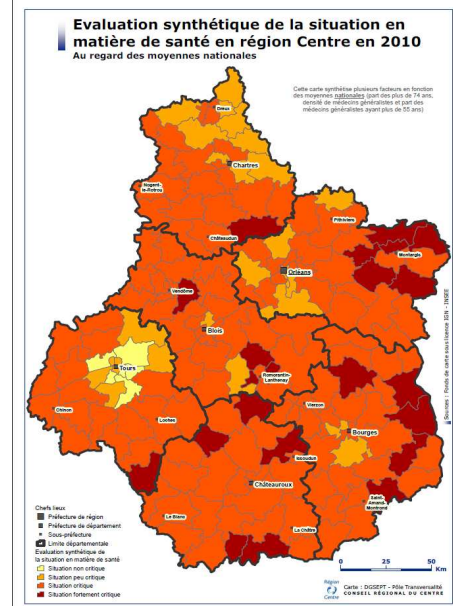
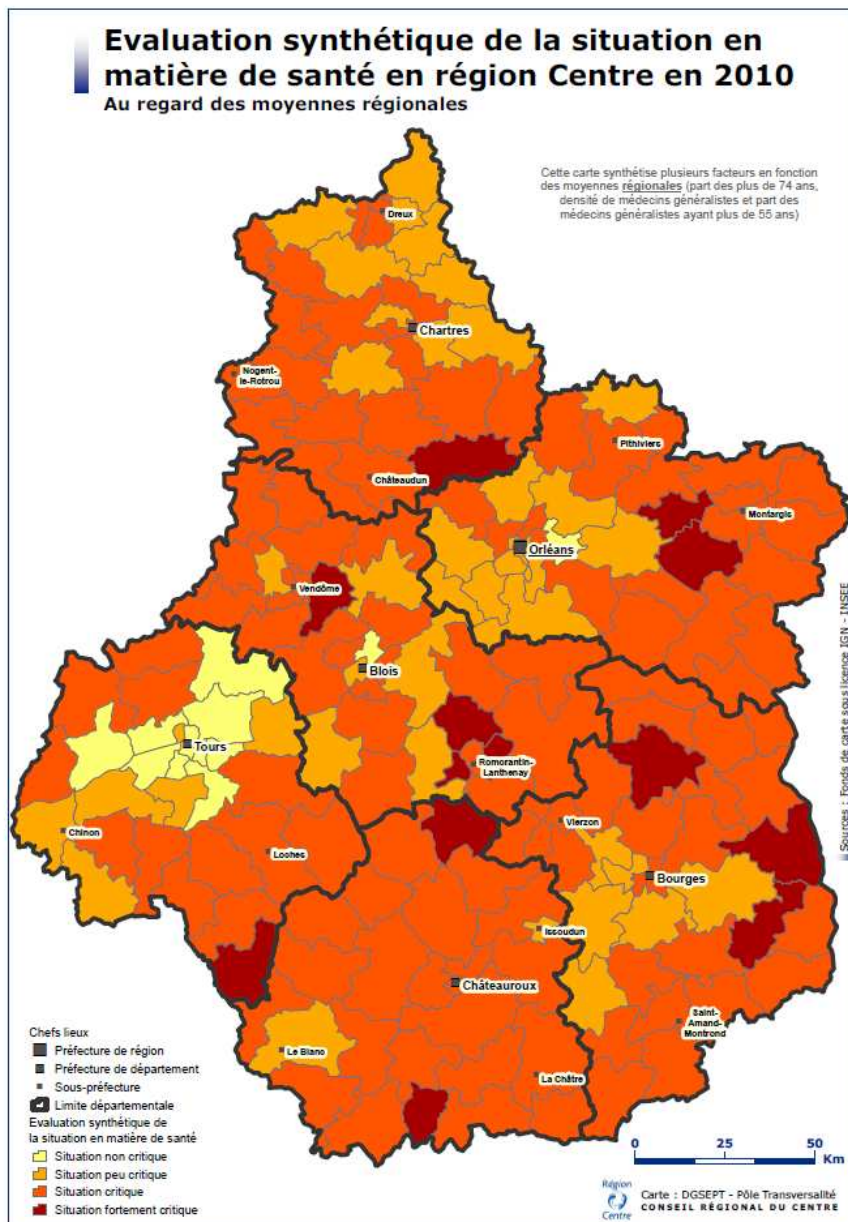
De même, pour les **masseurs-kinésithérapeutes**, on constate que près de 80% du territoire et 51 % de la population ont des densités inférieures à la moyenne régionale.

Cette profession est concentrée essentiellement dans les agglomérations et plus particulièrement dans les départements de l'Indre-et-Loire et du Loiret.

Synthèse de la situation générale au regard de l'offre de soins des médecins généralistes libéraux sur la base de la conjugaison de 3 indicateurs

La conjugaison des 3 indicateurs que sont la **densité de médecins généralistes**, la **part des médecins généralistes de plus de 55 ans**, la **part de la population âgée de plus de 75 ans**, a permis de classer les territoires en 4 catégories, selon leur degré de vulnérabilité.

Ainsi, un canton a été considéré en situation très critique (rouge foncé) dès lors que les 3 critères sont inférieurs aux moyennes régionales (ou nationales) ; critique (orange) quand il s'agit de 2 indicateurs sur 3, et peu critique (jaune foncé) si un indicateur sur 3 est concerné.



La carte de synthèse ci-contre **au regard des moyennes régionales**, montre ainsi que plus de **75% du territoire régional** et **56 % de la population** rencontrent des situations critiques dont près d'**1/4** et près de **12 %** sont considérés comme fortement critiques.

Par rapport **aux moyennes nationales** (ci-dessus) nettement supérieures à celles de la région Centre, les constats sont encore plus prononcés : **87% du territoire régional** et **70 % de la population** rencontrent des situations critiques dont respectivement **43 %** et près de **27% des situations classées fortement critiques**.

Les seuls territoires géographiques dont la situation peut être considérée satisfaisante (les 3 indicateurs au dessus des moyennes nationales) concernent les cantons de Chécy et de la Chaussée St Victor ainsi qu'une diagonale Château-Renault-Tours-Langeais.

Tous les autres cantons présentent à la fois un très faible nombre de médecins généralistes libéraux, une forte proportion de professionnels de santé âgés de plus de 55 ans et une population importante de plus de 75 ans.

Les secteurs dont l'offre de soins est considérée, au regard des moyennes régionales, comme satisfaisante (Blois, Orléans), ne l'est plus par rapport aux moyennes nationales. Seule la situation de 6 cantons autour de Tours reste satisfaisante (population plus jeune, forte densité de médecins généralistes libéraux, de surcroît plus jeunes).

Ces situations sont à relativiser compte tenu du fait que certains territoires peuvent basculer très vite d'une situation à l'autre lors de départ de professionnels de santé (qui plus est parfois anticipés), ou d'apports de populations nouvelles.

Le diagnostic complet en cours de réalisation par l'ARS dans le cadre de l'élaboration du PRS permettra de compléter cette première approche synthétique de la fragilité des territoires en matière d'offre de soins, en intégrant d'autres paramètres tels le nombre d'actes par médecin ou les temps d'accès aux services d'urgence ...

Enfin, pour compléter le tableau de la démographie médicale, on peut également noter que l'offre hospitalière est constituée en région Centre, outre la centaine d'établissements privés, de 41 établissements hospitaliers :

- le Centre Hospitalier Universitaire de Tours (CHU),
- le Centre Hospitalier régional d'Orléans (CHRO),
- 22 Centres Hospitaliers (CH) localisés dans les villes de préfecture et sous-préfecture : Chartres, Dreux, Nogent-le-Rotrou, Châteaudun (Eure et Loir), Pithiviers, Amilly, Gien (Loiret), Blois, Vendôme, Romorantin (Loir et Cher), Chinon, Loches, Amboise, Luynes, La Membrolle (Indre et Loire), Châteauroux, Issoudun, La Châtre, Le Blanc (Indre), Bourges, Vierzon, St Amand-Montrond (Cher).
- 17 Hôpitaux locaux (HL) : La Loupe (Eure et Loir), Neuville aux Bois, Beaune la Rolande, Sully, Beaugency (Loiret), Montoire-sur-le Loir, Marchenoir, Montrichard, St Aignan, Selles-sur-Cher (Loir et Cher), Ste Maure de Touraine (Indre et Loire), Valençay, Buzançay, Châtillon-sur-Indre, Levroux (Indre) et Sancerre (Cher). A noter que les hôpitaux de Brou et Janville (28) ont été transformés en établissements d'accueil pour personnes âgées.

En ce qui concerne les services d'urgence (SAMU dont un SMUR par département), seuls peuvent les assurer, les Centres Hospitaliers situés dans les villes de préfectures et sous préfectures. Ne sont pas habilités pour remplir ce type de missions, les hôpitaux locaux qui, certes participent à l'offre globale de soins mais n'ont pas cette compétence ni les structures d'accueil adéquates (pas de système de garde mis en place).

Ces dernières années, la suppression d'hôpitaux ou de maternités dans les villes petites et moyennes de la région Centre a pu être évitée grâce à des initiatives locales de regroupements de plateaux techniques entre hôpital public et clinique privée. Ces démarches volontaires ont notamment été conduites par les établissements de Nogent-le-Rotrou, Saint Amand Montrond et Gien.

Toutefois, un projet de décret menace de fermeture certains services hospitaliers, dont l'activité est inférieure à une moyenne de 1 500 séjours calculée sur les années 2007 à 2009. Sont concernés en région Centre, les blocs opératoires et les services de maternité des hôpitaux de Gien, Amboise, Chinon et du Blanc.

II) UNE DEMARCHE VOLONTAIRE DE LA REGION CENTRE

Face à une offre de soins de plus en plus mise à mal sur son territoire, la Région a, **dès 2006**, placé la santé au cœur de ses préoccupations en matière de services à la population, et a par conséquent développé ses interventions en ce domaine.

A) Au titre de ses politiques d'aménagement du territoire

a) Une démarche initiée en 2006 ...

- Lors de l'élaboration du SRDES

La Région s'est saisie de cette thématique en mettant en place un groupe de travail « Santé et Territoires », réunissant différents partenaires comme les représentants de l'ARH, la DRASS, l'URCAM et des professionnels de santé qui se sont notamment intéressés aux solutions alternatives pouvant être proposées comme les Maisons de garde ou les Maisons de Santé.

Cette réflexion a conduit la Région à adopter, par délibération du 6 octobre 2006 ses modalités d'intervention applicables dans le cadre de ses politiques contractuelles.

- Par une aide à l'investissement dans le cadre des Contrats territoriaux

La Région a précisé ses interventions (délibération du 6 octobre 2006) **dans le cadre de ses politiques territoriales contractuelles**, notamment en accompagnant les projets de santé **publics** sur des territoires jugés, en priorité, déficitaires et sous réserve que ces projets apportent une réelle plus value par l'apport d'un service nouveau auprès des usagers, une mise en réseau des acteurs de santé et la définition d'un projet de santé.

Ces projets destinés à mieux organiser et structurer l'offre de soins, concernent la création notamment de **maisons de santé pluridisciplinaires (MSP)** regroupant médecins généralistes, kinésithérapeutes, infirmiers, dentistes, pédicure et autres professionnels de santé. Ces structures favorisent l'installation et le maintien des professionnels de santé, facilitent la coordination des prises en charge des patients et permet la mise en œuvre d'un travail en réseau tout en bénéficiant d'un accompagnement administratif.

Ces projets publics concernent également l'aménagement de **pôles et cabinets médicaux** qui ne relève pas toujours d'opérations immobilières conséquentes, mais peut très bien se concevoir en dehors du cadre des MSP, au sein et entre pôles de santé, à travers des initiatives de mise en réseau et de coordination.

Ces aides concernent aussi bien les **études** que les **dépenses d'investissement** relatives à la construction et l'aménagement de locaux, à l'imagerie médicale (scanners), au développement de la télémédecine et à l'équipement médical de base.

L'affirmation de cette priorité régionale a permis que la thématique de la santé soit largement abordée avec les territoires, lors des réunions des comités syndicaux et groupes de travail des pays, ou de formations d'agents de développement, ce qui a permis de **faire partager les enjeux**.

b) ... renforcée en 2007 :

- Par la signature d'une convention Région-URCAM

Afin d'apporter aux porteurs de projets, l'ingénierie et l'animation nécessaires à la mise en œuvre des opérations et au fonctionnement des structures de santé, la Région a souhaité développer un **partenariat** avec **l'URCAM** du Centre et, à cet effet, a signé une convention le 31 mai 2007 ayant pour objectifs :

- d'associer les services de l'URCAM, aux réflexions de la Région autour du thème de la démographie médicale (orientations du Schéma régional de Développement économique et social, participation aux journées de formation des agents de développement des territoires, association aux réflexions et études des pays),
 - de consulter les services de l'URCAM sur l'opportunité et la faisabilité des projets de santé, dans le cadre des contrats régionaux territoriaux.
- Puis dans le cadre du Contrat de Projets Etat/Région 2007-2013

Lors de la négociation du volet territorial du CPER, la Région a souhaité l'introduction d'un volet médical, compte-tenu d'une démographie médicale particulièrement inquiétante. **Cette préoccupation, partagée avec l'Etat, a permis à la Région Centre d'être la seule à avoir contractualisé avec l'Etat sur cette thématique.**

Les crédits du CPER (5,2 M€ alimentés à parité par l'Etat et la Région), ont été fléchés exclusivement sur les MSP, sur la base d'un cahier des charges élaboré conjointement entre l'Etat et la Région. L'URCAM et la DRASS puis depuis 2010, l'Agence Régionale de Santé (ARS) sont consultées pour l'analyse des dossiers.

Les MSP ne doivent en aucun cas être de simples projets immobiliers portés par des collectivités mais doivent permettre de développer des services nouveaux auprès des usagers et d'éviter d'aménager des locaux inoccupés.

C'est pourquoi **la réalité du projet médical** et professionnel élaboré par les professionnels de santé eux-mêmes est la meilleure garantie de pérennité du projet et de transmissibilité du cabinet médical.

En effet, même quand la MSP, dans un premier temps, regroupe des professionnels déjà installés, elle constitue un des meilleurs moyens de convaincre un jeune praticien de s'installer. En ce sens, l'agrément « maître de stage » délivré par l'Université à un des médecins de la MSP, couplé à la mise à disposition d'un logement stagiaire, est un gage de réussite du projet.

La définition et l'organisation des MSP, repose donc sur :

- l'élaboration d'un projet de santé partagé : actions de prévention et de dépistage, projets expérimentaux d'éducation thérapeutique notamment sur le diabète, l'hygiène alimentaire, d'animation et de sensibilisation sur les conduites addictives.
- la définition d'un projet professionnel collectif : organisation du travail avec secrétariat commun, dossier du patient partagé, réunions d'échange
- la présence d'un noyau de professionnels de santé composé au minimum de 2 médecins généralistes et 1 infirmier : autour de ce noyau indispensable, on trouve le plus souvent, des masseurs-kiné, dentistes, diététiciens, permanences de médecins spécialistes ou autres professionnels de santé (cardiologues, psychologues, orthophonistes...)

Ces trois points sont essentiels car, d'une part, ils facilitent les conditions d'exercice des professionnels, d'autre part, ils améliorent la prise en charge des patients dont le suivi médical est facilité.

Les projets sont sélectionnés au titre du CPER dans le cadre des 2 appels à projets, lancés en juillet 2007 et juillet 2009.

Les projets sont soutenus (actuellement au titre du 2^{ème} appel à projets) au taux de 40% d'un coût d'investissements plafonné à 60 000 € par professionnel de santé dans la limite de 20 professionnels, plafond augmenté de 60 000€ si le projet comporte un logement pour un stagiaire.

Cette implication régionale forte a naturellement été confirmée comme une priorité, en l'inscrivant dans l'un des objectifs de l'agenda 21 régional adopté en juin 2008 « Offrir à tous les habitants un socle minimum de services et d'équipements ».

c) Éléments de bilan des actions engagées

La localisation des projets financés que ce soit au titre des contrats territoriaux ou du CPER, relève de la décision des maîtres d'ouvrage en lien avec les professionnels de santé concernés. L'Etat et la Région n'interviennent pas dans la décision du lieu d'implantation mais examinent leur éligibilité au regard des besoins des territoires. Soit qu'il s'agit d'une zone fortement déficitaire ou d'une zone dite à surveiller où la viabilité des projets est davantage garantie compte tenu du tissu médical encore présent.

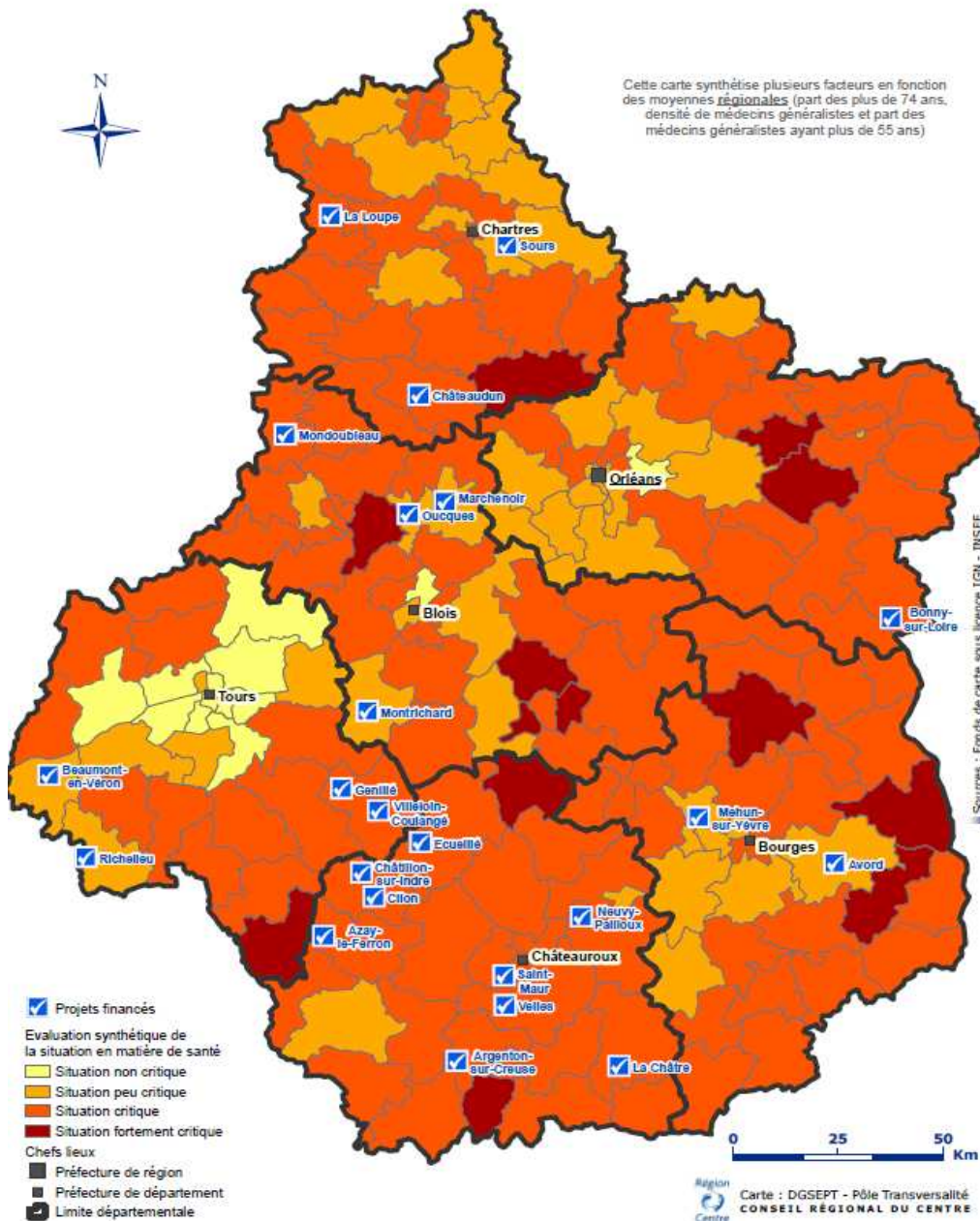
- **En matière de MSP :**

Un financement régional total de 4,165 M€ a été engagé en direction de 23 projets dont :

- 16 au titre du **CPER** (5,2 M€ réservés à parité entre l'Etat et la Région) pour un montant total de subventions engagé de 3,88 M€ dont **1,97 M€** par la **Région** et 1,92 M€ par l'Etat (plus **1,117 M€** complémentaires de la Région au titre d'un Contrat de Pays pour 7 d'entre elles)
- 7 hors CPER, pour un montant d'aides régionales de **1,078 M€** (attribué au titre des Contrats Régionaux de Pays).

Localisation des MSP financées

Au regard des indicateurs synthétiques créés à partir des moyennes régionales



La carte ci-contre localise l'ensemble des 23 projets financés.

On notera le faible nombre de projets réalisés dans le Cher et dans le Loiret, départements où les besoins sont pourtant significatifs.

A l'inverse, on constate une forte mobilisation sur cette thématique dans le département de l'Indre qui enregistre 9 projets financés.

15 des 23 projets se trouvent en zone critique au regard de la moyenne régionale.

Les 8 projets localisés dans un secteur où 1 indicateur sur 3 est inférieur à la moyenne régionale (Sours en Eure-et-Loir, Oucques, Marchenoir et Montrichard en Loir-et-Cher, Beaumont-en-Véron et Richelieu en Indre-et-Loire, Mehun-sur-Yèvre et Avord dans le Cher) sont localisés à proximité de zones critiques ou très critiques.

Ont d'ores et déjà été mises en service, les MSP de Clion (juillet 2009), de Châtillon sur Indre (août 2009), et d'Avoine (avril 2010), soutenues dans le cadre du CPER.

Le projet médical de ces MSP, dont l'ouverture est encore récente, se met progressivement en place.

On peut citer au titre des ces projets médicaux la mise en place d'actions relatives :

- à la mutualisation de moyens (secrétariat commun entre les médecins généralistes et les dentistes à la MSP d'Avoine)
- à la prévention et à l'éducation thérapeutique : réalisation d'ateliers de sensibilisation (MSP d'Avoine) en lien avec la municipalité sur des thématiques comme le diabète, la mémoire, l'hygiène alimentaire
- à la prévention sur le diabète (MSP de Clion)
- à une réflexion sur le développement de la télémédecine (MSP de Châtillon sur Indre)

- **Concernant d'autres projets liés à l'accès aux soins :**

Les aides régionales ont permis également de soutenir **3 cabinets médicaux** en milieu rural (communes de la Bazoche Gouet, Beaumont les Autels et Aigurande) ; l'acquisition en 2004 de **3 scanners** (Centres Hospitaliers de Gien, Châteaudun et le Blanc) ; l'aménagement d'une **unité de cancérologie** (Centre Hospitalier de Chinon) ; la **restructuration du bloc obstétrical** à Pithiviers ; la création d'une **maison paramédicale** à Neuvy St Sépulcre ; l'aménagement de locaux pour la **Médecine du Travail** à Bléré et un **centre médico-social** à Vouvray et à Lorris. La dotation régionale pour ces structures et équipements médicaux s'élève à près d'**1,5 M€**.

Soit un engagement régional total de plus de **5,66 M€** (situation au 1^{er} octobre) pour l'ensemble des projets de santé (MSP et autres structures médicales).

B) Dans le domaine de la Formation Sanitaire et Sociale

La loi du 13 août 2004 a transféré aux Régions des compétences en matière de formation sanitaire et sociale.

C'est ainsi qu'elle est désormais chargée du financement des écoles et instituts de formation sanitaire et sociale de la région, soit 26 établissements représentant une moyenne annuelle de 6 500 élèves et étudiants pour 20 formations du secteur médical (sage femme), paramédical (9 formations) et social (10 formations). Par ailleurs, elle est responsable des aides individuelles aux élèves et étudiants sous la forme de bourses d'études qui bénéficient chaque année à une moyenne de 2 200 étudiants.

De façon très volontariste, la Région a développé, au-delà des compétences qui lui sont reconnues par la loi, différentes actions liées aux **formations sanitaires de proximité**.

Pour cela, elle agit sur trois leviers :

- *l'augmentation du nombre de personnes diplômées :*

- augmentation de **20 places** (60 contre 40 lors du transfert de compétences) depuis septembre 2009, du quota de la 1^{ère} année des études de **masseur-kinésithérapeute**,
- prise en charge de la formation de 30 places supplémentaires de formation **d'aide médico psychologique**.
- mise en place sur les départements d'Eure et Loir, d'Indre et Loire et du Loir et Cher, en collaboration avec les instituts de formation concernés, des **dispositifs de formation individualisés** pour les nombreuses personnes en attente de formation **d'aide soignant** (130 aides soignants diplômés chaque année en 2009 et en 2010 en plus des 900 qui le sont déjà par la formation complète). La Région travaillera en 2011 à l'extension de ces dispositifs sur l'ensemble de son territoire.
- Expérimentation par la Région en collaboration avec les branches professionnelles, sur l'accès à la formation **d'infirmier** par la voie de l'apprentissage pour la 3^{ème} année de formation. Ainsi, l'institut de formation sanitaire et social de la Croix rouge de Tours a intégré 17 apprentis en 2009 et 15 en 2010 et travaille également pour septembre 2011 à l'ouverture de la formation d'aide soignant par la voie de l'apprentissage.

- *l'accès aux formations pour les personnes les plus en difficulté :*

Création par la Région, depuis 2006, d'un **6^{ème} échelon de bourse** de 6 600 € par an, échelon supplémentaire qui bénéficie en moyenne chaque année à 800 étudiants entrant sur des formations sanitaires sur un total de 2 200 boursiers.

- *l'amélioration des conditions de travail des formateurs et des étudiants :*

- aide régionale de 8,3 M€ consacrée depuis 2007, à la **modernisation des écoles et instituts de formation sanitaire et sociale** (26 en région Centre) sans que l'Etat ait transféré des moyens aux Régions. Les principales opérations concernent l'extension de l'Institut de formations paramédicales d'Orléans et le réaménagement sur le site de La Source, de l'Institut de formation des masseurs kinésithérapeutes).
- **équipement par la région, de 200 ordinateurs** dotés d'une connexion Internet à très haut débit (via le réseau du Conseil régional) pour les étudiants des écoles et des instituts.
- **Poursuite de l'effort régional** dans les années à venir dans les années à venir tant sur les financements d'équipements spécifiques liés à l'évolution des métiers que sur des projets d'accompagnement liés à la modernisation des locaux.

C) En matière de prévention dans les lycées

L'action régionale s'articule essentiellement autour de 2 axes principaux :

- **L'axe thématique** prévention permet d'intervenir sous différentes formes avec l'appui de partenariats associatifs ou autres ; on peut citer les actions suivantes :
 - contre les **conduites à risque**, la co -organisation par la Région et le Centre Régional de Documentation Pédagogique (CRDP), de journées thématiques d'information à destination des membres de la communauté éducative des lycées publics et des CFA ;
 - contre les **conduites addictives**, la mise à disposition des infirmières pendant l'année 2009 2010, d'un jeu éducatif de prévention sur les thématiques cannabis et tabac et la mise en place progressive depuis 10 ans de points station dans le département du Loiret
 - **contre le sida**, la mise à disposition des lycées publics et des associations, via le Codes du Loiret, de préservatifs masculins et féminins.
- **L'axe transversal** dans le cadre du dispositif Lycéens citoyens, qui vise à faire émerger, dans le cadre d'un appel à projets annuel auprès des lycéens et des équipes éducatives, des initiatives liées à l'éducation au développement durable (solidarité internationale et alimentation biologique), prévention (santé et domaine social), lutte contre le décrochage scolaire, éducation culturelle, éducation scientifique technologique.

Aujourd'hui, la Région souhaite aller plus loin dans le champ de la prévention avec l'appui de ses partenaires : Rectorat, DRAAF, ARS en élaborant son « Projet régional de prévention dans les lycées », qui sera soumis au vote d'une prochaine assemblée plénière.

D) En matière d'enseignement supérieur

Afin d'améliorer les conditions de travail et de formation des étudiants en médecine et favoriser leur installation sur le territoire, la région Centre a pris un certain nombre de mesures :

➤ Aide à la réalisation de stages pratiques en médecine générale :

Afin de favoriser l'installation de jeunes médecins dans les zones faiblement dotées en médecins généralistes, la Région a décidé d'attribuer pour l'année universitaire 2010-2011, une subvention de 90 000 € à l'Université de Tours (CPR du 4 novembre 2010) pour permettre à environ 100 étudiants de réaliser leur stage pratique déambulatoire sur ces zones déficitaires. Ces aides concernent des indemnités de logement et de transport des étudiants inscrits en 2^{ème} année de cycle d'études (50 € par semaine pour des stages effectués en Indre et Loire et 150 € pour ceux réalisés dans un autre département).

➤ Participation à la construction et la réhabilitation de locaux universitaires d'enseignement et de recherche en médecine

Dans le cadre du contrat de projets Etat-Région 2007-2013, la Région s'est fortement engagée dans la construction et la réhabilitation des bâtiments d'enseignement et de recherche en médecine. Ainsi la participation de la Région pour les investissements suivants, s'élève à :

- 11 M€ pour la **construction de l'extension de la faculté de médecine** sur le site de la Riche. Le coût de construction de ce nouveau bâtiment qui ouvrira ses portes à la rentrée 2012, est estimé à ce jour à 13,25 M€.
- 1,13 M€ pour la **restructuration de la bibliothèque universitaire de médecine** dont les travaux estimés à 4,30 M€, se termineront courant 2011.
- 2 M€ sur un coût total de 6 M€ pour les travaux de **réhabilitation du bâtiment de recherche « Bretonneau »** par l'Université de Tours. Ce bâtiment comprendra des locaux pédagogiques ainsi que des espaces de travail pour les équipes de recherche de l'INSERM et du CNRS qui travaillent en forte collaboration avec les enseignants chercheurs de l'Université de Tours.

➤ Financement de la construction d'une résidence pour l'hébergement d'une cinquantaine d'internes en médecine à Orléans portée par le Centre Hospitalier régional d'Orléans afin de renforcer l'attractivité du CHRO vis-à-vis des internes en médecine, et par là-même d'accroître les chances d'installation de nouveaux professionnels autour d'Orléans.

➤ Attribution d'un ordinateur portable aux étudiants de 4^{ème} année de médecine, dans le cadre de la mesure Ordicentre

➤ Équipement d'une salle d'ordinateurs à l'UFR de médecine mise à disposition en libre service des étudiants

➤ Aide à l'adhésion à une mutuelle pour les étudiants

A noter également que le Conseil régional du Centre a décidé du principe de la mise en place de l'aide aux étudiants pour l'adhésion à une complémentaire santé par délibération du 26 mars 2009. Cette aide régionale s'inscrit dans un ensemble de mesures mises en place en 2009 en faveur des jeunes pleinement touchés par la crise économique dont le dispositif a été reconduit du 1^{er} septembre 2010 au 31 décembre 2010 par décision de la commission permanente du 21 mai 2010.

L'aide régionale d'un montant de 100 € est versée aux étudiants boursiers des échelons 5 et 6 (revenus les plus faibles) qui ne bénéficient pas de la couverture médicale universelle complémentaire (CMU) ni de l'aide à l'adhésion à une mutuelle versée par les CPAM. Les étudiants en médecine sont également concernés par cette mesure.

III) LES PERSPECTIVES PROPOSÉES

Forte de son expérience et de son engagement significatif aux côtés de l'Etat, la Région Centre réaffirme sa volonté de poursuivre et d'amplifier son action.

En activant tous les leviers à sa disposition, elle souhaite relever le défi d'améliorer la présence médicale pour que le droit à la santé soit une réalité pour l'ensemble de ses habitants en tout point du territoire.

A) Une démarche régionale qui s'inscrit dans un nouvel environnement

a) L'évolution de contexte législatif : création des Agences régionales de santé (ARS) dans le cadre de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (Loi HPST du 21 juillet 2009)

Cette loi permet en créant les ARS de mettre en place au niveau régional, une autorité unique chargée du pilotage du système de santé dans sa globalité (prévention, soins hospitaliers et soins ambulatoires, médico-social) en affichant l'objectif de renforcer la lutte contre les déserts médicaux, de favoriser l'égalité d'accès aux soins et de clarifier les parcours de soins.

Le Plan régional de santé (PRS)

La loi prévoit que l'offre de soins doit s'organiser autour d'un projet régional qui vise à définir des objectifs pluriannuels et des orientations traduits dans :

- le « **plan régional de santé** » qui constitue le **document stratégique de l'ARS**
- un certain nombre de schémas dont le Schéma Régional d'Organisation des Soins (**SROS**) qui définit notamment les besoins en implantation pour les soins de premier recours, dont les maisons de santé pluridisciplinaires.

Sont associés à l'élaboration du PRS, les Régions au même titre que les autres collectivités locales, ou les professionnels de santé et du secteur médico-social, dans le cadre de la nouvelle gouvernance du système de santé définie par la loi (Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), Conseil de surveillance, Conférences de territoire).

De même, les Régions, comme les autres collectivités territoriales, peuvent conclure avec l'ARS des **contrats locaux de santé** portant sur des actions relatives à la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

Le médecin reconnu comme exerçant des missions de soins de premier recours ...

Une des préoccupations du législateur concerne la structuration des soins et les fonctions notamment du médecin qui se voit attribuer des **missions de soins de premier recours** dans le cadre notamment des maisons de santé pluridisciplinaires et centres de santé.

Afin de remplir ces missions de 1^{er} recours, les structures médicales porteuses d'une offre de soins organisée peuvent signer avec les ARS, des **contrats d'objectifs et de moyens** ainsi que des **programmes d'éducation** thérapeutique en s'appuyant sur des territoires de santé « pertinents » auxquels fait référence la loi, territoires qui peuvent correspondre à une échelle infrarégionale, régionale ou interrégionale.

b) mesures du CIADT en faveur des territoires ruraux

Le Plan national d'équipement en maisons de santé en milieu rural

Ce plan proposé dans le cadre du **CIADT du 11 mai 2010** consacré au plan d'action en faveur des territoires ruraux, prévoit le financement de 250 MSP en zone rurale, en priorité dans les zones déficitaires, sur la période 2010-2013.

Ce plan est financé sur la base d'une enveloppe de 2,5 millions d'euros pour l'ingénierie et le fonctionnement (secrétariat, informatique ...) au titre du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (F.I.Q.C.S) et d'une enveloppe de 25 millions d'euros par an (2010-2013) pour les investissements au titre de la DGE, DDR et du FNADT.

Il conviendra que le niveau régional flèche les projets les plus exemplaires ou prioritaires (de l'ordre d'une dizaine), afin que ceux-ci puissent être proposés à un financement de niveau national. Leur sélection permettra de **drainer sur le territoire régional des crédits d'Etat supplémentaires** à ceux déjà fléchés au titre du CPER, afin de pouvoir, au final, **financer davantage de projets qu'initialement envisagé.**

Le taux maximal de l'intervention de l'Etat en direction des MSP (toutes aides confondues) est désormais fixé à 25%, voire 35% pour les projets situés en zone de revitalisation rurale. Les plans de financement devront tenir compte de cette nouvelle règle pour permettre leur financement optimum.

Les contrats d'engagement de service public (CESP)

Une des mesures du CIADT prévoit la mise en place de CESP ouverts aux étudiants en médecine (dès la fin de 1^{ère} année) et aux internes qui s'engagent à exercer dans les secteurs déficitaires contre une bourse nationale mensuelle de 1 200 €/mois (15 CESP sont prévus en région Centre dont 9 pour les internes en médecine pour l'UFR de **Tours**).

c) La participation des Départements

Les 6 départements de la région Centre ont mis en place des mesures visant à faciliter le maintien de l'offre de soins et favoriser l'accueil de nouveaux médecins sur leur territoire.

- Bourses d'études pour les étudiants en médecine de 2^{ème} et 3^{ème} cycle sous réserve d'un engagement de 2 à 5 ans à exercer en zone déficitaire : qui varient de 4 800 € à 8 000 € dans 5 départements. Le Loir-et-Cher s'est prononcé favorablement sur le principe mais n'a pas encore précisé ses modalités d'aide.
Le nombre de bourses attribuées est extrêmement faible : seulement 12 depuis 2007 (2 en Indre et Loire, 1 dans le Cher, 2 dans l'Indre, 5 en Eure et Loir, 2 dans le Loiret)
- Aide au logement et au déplacement : de la mise à disposition gracieuse de logements dans le Cher, à l'attribution d'indemnités de 1 800 € à 5 000 € dans l'Eure-et-Loir, le Loiret et l'Indre.
- Aide à l'installation des professionnels de santé : aide à l'installation ou aide à la recherche d'emploi pour le conjoint (Loiret et Eure et Loir)
- Aides à la réalisation de MSP et cabinets médicaux (investissement), dans l'ensemble des 6 départements et, dans le Loiret, aide au transport des personnes âgées et isolées vers les maisons médicales de garde (maximum de 3 000 € par an)
- Organisation de journées de promotion, d'accueil et d'information des internes (Cher, Indre et Loire, Eure et Loir et Loiret)

Il est indéniable que la disparité des aides, introduit une concurrence entre départements de la région Centre et que la communication auprès des étudiants en médecine s'en trouve diluée.

B) Le souhait de la Région d'amplifier la démarche

Face aux perspectives qui se profilent en région Centre dans les années à venir, les enjeux en matière de santé sont de taille (fracture médicale, perte d'attractivité du territoire ...) et les défis à relever, énormes (enrayer la diminution de l'offre de soins, attirer des jeunes praticiens, accompagner le vieillissement ...).

Il est en effet évident que **la dégradation de l'offre médicale dans notre région porte atteinte à la cohésion territoriale et à l'équité sociale.**

C'est pourquoi la Région conduira au cours du 1^{er} semestre 2011 une réflexion afin de déterminer les voies et moyens de poursuivre et rendre plus efficace son intervention dans un souci d'un meilleur accès aux soins pour tous.

Cette période verra se construire le PRS, dont les travaux alimenteront les orientations à venir pour la politique régionale.

Sans préjuger les enseignements qui seront tirés des ces réflexions, il apparaît d'ores et déjà qu'il est crucial de penser plus que jamais l'offre de services de santé dans son ensemble, et que nous pourrions en conséquence orienter nos investigations dans les directions suivantes :

➤ Maintenir un niveau d'intervention significatif en direction des Maisons de Santé Pluridisciplinaires

L'organisation des soins passe par le soutien aux maisons de santé pluridisciplinaires dont le développement est une réponse à la désaffectation des jeunes médecins pour la médecine générale, même si elles ne peuvent constituer l'unique réponse aux problèmes de démographie médicale.

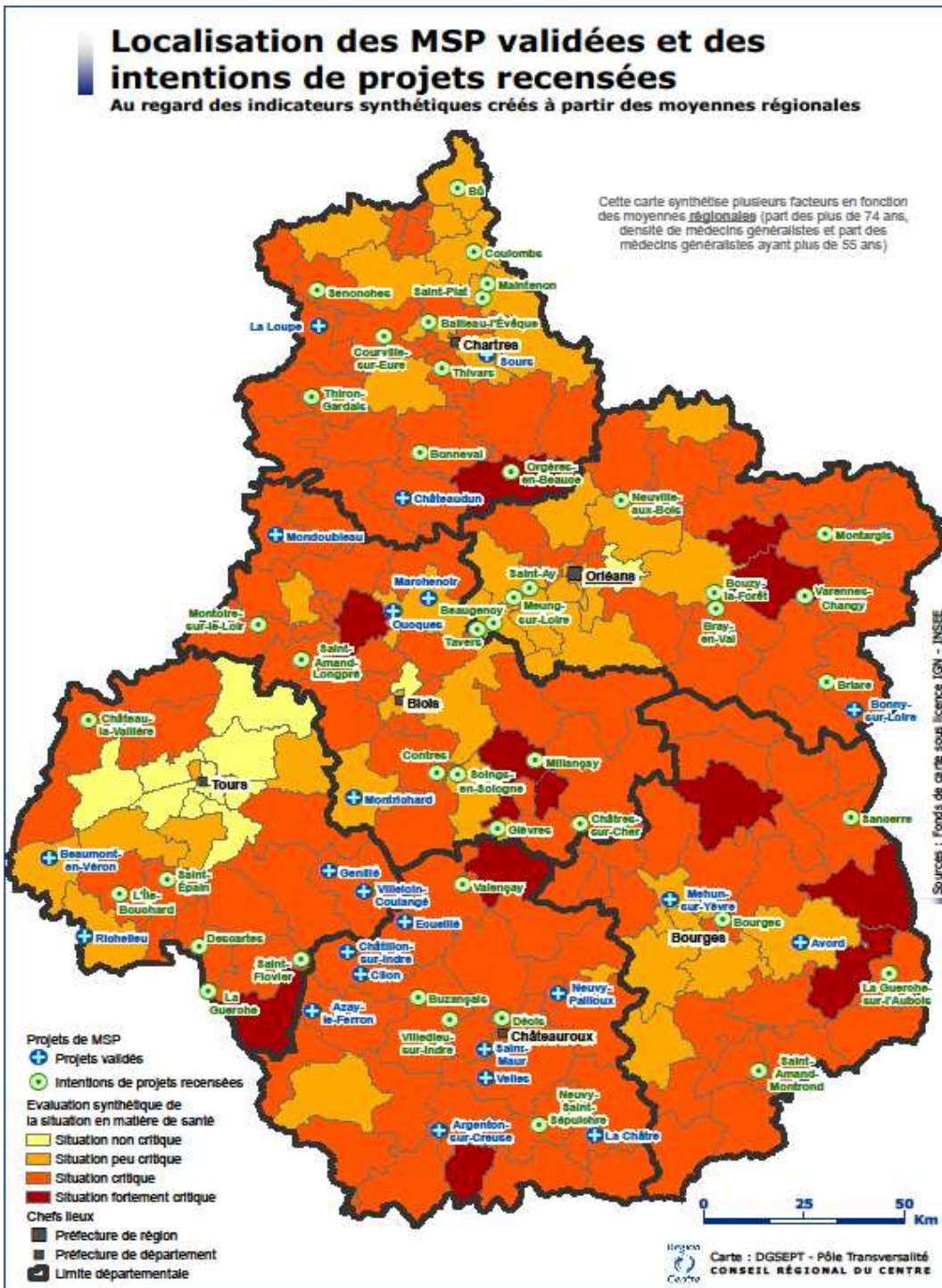
L'objectif régional initial proposé prévoit la réalisation de 40 à 50 MSP. Cet objectif devrait être facilement atteint si, aux 23 projets déjà engagés dont 16 au titre du CPER, on ajoute une part des 43 intentions recensées (voir cartes ci-après), que ce soit au titre du CPER ou des Contrats territoriaux, sous réserve bien entendu du respect du cahier des charges des MSP et de la viabilité des projets.

Il est peu aisé d'appréhender de façon précise le nombre de projets MSP nécessaire à la couverture des besoins du territoire régional. Le diagnostic conduit par l'ARS dans le cadre de l'élaboration du PRS devrait permettre d'affiner les connaissances sur l'offre de santé et sur les besoins, notamment relatifs au maillage en MSP.

C'est pourquoi, la Région poursuivra son soutien à ces structures médicales.

Par ailleurs, une réflexion pourra également être conduite sur l'harmonisation entre les financements octroyés dans le cadre du CPER et ceux accordés dans le cadre des Contrats territoriaux.

Au-delà des 23 projets financés, on enregistre sur le territoire régional **43 intentions** de réaliser une MSP. Ces intentions correspondent à des projets aux degrés de maturité très variables et la pertinence de chacune d'entre elles sera validée au vu des dossiers de demande de subvention et notamment du projet médical.



Sans préjuger leur éligibilité aux financements mis en place, et notamment leur conformité au cahier des charges régional, on notera une forte concentration de projets en Eure-et-Loir (11 projets soit le quart), notamment dans le nord-est du département (Bû, Coulombs, Maintenon, Saint-Piat), ainsi qu'à l'ouest d'Orléans (chapelet Saint-Ay, Meung sur Loire, Beaugency, Tavers), et dans une moindre mesure dans le sud de l'Indre-et-Loire.

A l'inverse, on constate la nécessité de **susciter et accompagner en priorité des projets** dans des secteurs déficitaires et sans projet connu : nord et extrémité sud du Cher, agglomération de Dreux, Voves-Auneau, Cloyes sur le Loir, Brenne, secteur de Vatan, Lamotte-Beuvron ...

➤ **Inscrire la création des MSP au sein d'un véritable projet territorial de santé**

Au-delà de l'investissement des professionnels au sein de la maison de santé, il est nécessaire que le projet s'inscrive en cohérence avec une **offre territoriale structurée et organisée** au sein d'un réseau d'acteurs de la santé.

Il s'agit de susciter l'élaboration, à une échelle territoriale de proximité, d'un projet territorial de santé.

Fin 2010, seuls 3 territoires se sont engagés dans ce type d'action : le Perche, le Vendômois et le Pays de Vierzon. Ce projet territorial de santé doit favoriser la connaissance, la mise en réseau des acteurs de la santé, la mise en place d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique. Il doit s'articuler avec les Contrats locaux de Santé prévus par l'ARS.

La Région veillera à l'articulation entre ce projet territorial de santé et les politiques régionales (MSP, actions de formation prévention dans les lycées, sensibilisation ...)

➤ **Accompagner l'émergence de projets collectifs et la mise en réseau d'acteurs dans le domaine de la santé**

La mise en place de projets d'animation, de mise en réseau, d'actions territorialisées dans le domaine de la santé pourra être accompagnée par la Région au titre des Appels à projets de développement rural mis en place par la Région à compter de janvier 2011.

Ces projets d'animation pourraient fédérer par exemple des associations familiales, de soins à domicile, des structures de prévention, des professionnels de santé le cas échéant regroupés des collectivités, des maisons de retraite, des écoles ...

A titre d'exemple de projets expérimentaux qui pourraient se développer au sein des MSP en matière d'éducation thérapeutique, on peut citer l'initiative que la Mutualité française expérimente courant 2011, avec l'appui de la Région et de l'ARS, de création d'un atelier spécifique d'écoute et d'appui pour les aidants familiaux accompagnant un proche atteint de la maladie d'Alzheimer.

➤ **Développer de véritables partenariats**

- Avec les collectivités territoriales, au premier rang desquelles les Conseils généraux, pour une meilleure cohérence des interventions sur l'ensemble du territoire régional
- Avec l'ARS, et dans le cadre de la mise en œuvre du Plan Régional de Santé, auquel il est rappelé que la Région est associée. A cet effet, le conventionnement avec l'ARS pourra être reconduit, dans la poursuite de la convention signée en 2007 avec l'URCAM, et dans l'attente, si besoin, de la mise en œuvre du volet ambulatoire du SROS prévu dans le courant de l'été 2011.

Je vous propose en conséquence de poursuivre nos réflexions sur la base de ces deux axes forts, à adapter et compléter le cas échéant en fonction des réflexions issues des travaux relatifs au PRS.

François BONNEAU

Annexe : Liste des 23 projets financés

Annexe : Liste des 23 projets de Maisons de Santé Pluridisciplinaires financés par la Région ou par l'Etat

Eure et Loir

La Loupe
Sours
Châteaudun

Loiret

Bonny sur Loire

Loir et Cher

Mondoubleau
Marchenoir
Oucques
Montrichard

Cher

Mehun sur Yèvre
Avord

Indre

Ecueillé
Chatillon sur Indre
Clion
Azay le Ferron
Argenton sur creuse
La Châtre
St Maur
Velles
Neuvy Pailloux

Indre et Loire

Genillé
Villedoin Coulangé
Beaumont en Véron
Richelieu