



Région Centre

Le Président,

Séance plénière du 26 janvier 2011

Rapport du Président

Présence territoriale des services de Santé :

- **Avis du Conseil régional sur le Projet Régional de Santé (Plan stratégique Régional de Santé et les schémas afférents) présenté par l'ARS**
- **Adoption du Plan « urgence santé » porté par la Région Centre**

A – ÉTAT DES LIEUX : UNE OFFRE DE SOINS INSUFFISANTE

La communication présentée à l'Assemblée plénière du 16 décembre 2010 et le rapport proposé au vote de l'Assemblée plénière du 23 juin 2011 ont largement fait état, cartes à l'appui, de la situation alarmante de l'offre de soins en région Centre.

Dans sa contribution au Projet Régional de Santé élaboré par l'ARS en date du 8 décembre 2011, le CESER insiste également sur « *la situation catastrophique que connaît la région Centre en termes de démographie médicale qui requiert une volonté partagée des acteurs ...et ce, dans un esprit d'intérêt collectif et de service à la population* ».

Ces éléments ont été rappelés dans le cadre du SRADDT adopté par le Conseil régional lors de sa séance plénière du 15 décembre 2011, qui pointe notamment :

- un **nombre insuffisant de médecins formés s'installant en région** Centre au regard des besoins du territoire,
- une position de **dernière région française en matière de densité médicale**, avec une densité de 0,92 médecin généraliste libéral pour 1 000 habitants (1,10 au plan national), et de 0,755 infirmier libéral pour 1 000 (1,2 au plan national).
- un **vieillessement des professionnels** de santé (plus d' 1/3 des médecins libéraux, 18 % des infirmiers et 1/4 des kinésithérapeutes de la région ont plus de 55 ans).
- **une aggravation de la pénurie** avec :
 - un vieillissement de la population encore plus prononcé en région Centre,

- de fortes disparités infra-régionales : situation préoccupante dans le sud et le nord-est de la région pour les médecins généralistes ; situation critique chez les spécialistes dans l'Indre et en Eure et Loir,
 - une baisse prévue dans les 5 prochaines années de 10% des effectifs des généralistes pouvant aller en 2030 jusqu'à -18,9%.
- Une **offre hospitalière** bien répartie sur le territoire mais **parfois menacée**
 - La région Centre compte 31 établissements hospitaliers pratiquant la chirurgie (15 établissements publics) localisés dans les agglomérations, ainsi que dans les sous-préfectures (sauf Pithiviers et Issoudun), ainsi qu'à Gien et Amboise. Mais là où l'activité est la moins significative, ces blocs opératoires sont menacés, ce qui **impacterait lourdement l'économie de ces pôles** (cf partie « réseau de villes »)
- Un **vieillessement de la population** qui nécessite des équipements et services adaptés et un accroissement de la proportion de patients atteints de la maladie d'Alzheimer (plus de 50% des populations accueillies en EHPAD)
 - Une **entrée en EHPAD de plus en plus tardive** (conséquence du développement du maintien à domicile) soit un âge moyen de plus de 85 ans, avec pour corollaire une durée moyenne de séjour raccourcie à 2,5 ans
 - Une région globalement bien équipée : 132,16 places en structures médicalisées (EHPAD, accueil de jour et hébergement temporaire) ou en maintien à domicile (SSIAD) pour mille personnes de 75 ans et plus, avec toutefois des **disparités entre territoires**, en particulier en matière de soins à domicile
 - ... mais avec **un retard en accueil de jour** et hébergement temporaire hors EPHAD, lié à une connaissance insuffisante des familles ou des professionnels de santé de ce dispositif et aux problèmes de prise en charge des frais de transport des personnes
 - 8 filières gériatriques labellisées à partir des établissements « supports » suivants : CHRU de Tours, CHR d'Orléans, Centres Hospitaliers (Bourges, Vierzon, Chartres, Châteauroux et Blois), d'autres pouvant à court terme venir compléter cette structuration territoriale (Saint Amand, Vendôme, Montargis).
 - une **perte d'intérêt pour l'exercice de la médecine générale et libérale** régulière
 - à l'issue du concours national d'internat, les étudiants choisissent en priorité les places en médecine spécialisée. De surcroît, le CHRU de Tours connaît l'un des plus fort taux de places d'internat en médecine généraliste non affectées.
 - 10 % seulement des jeunes médecins souhaitent s'installer en cabinet privé, en raison notamment de la crainte des jeunes médecins d'exercer de façon isolée,

Derrière ces éléments factuels, il convient d'insister sur le fait qu'un manque de structure de soin n'engendre pas seulement une baisse d'attractivité de nos territoires, mais constitue un facteur majeur de discrimination entre nos concitoyens. Cette discrimination

s'exerce au mépris de l'humain, car les conséquences, très lourdes, se traduisent en termes de sur-morbidité, sur-mortalité, et sur-mortalité avancée.

En fait d'économie sur le système de santé, le gouvernement favorise le développement d'une médecine à deux vitesses où c'est par l'argent et l'adresse que se fera le tri des patients qui seront soignés et ceux qui ne le seront pas ou devront y renoncer.

On assiste à une rupture d'égalité fondamentale qui remet en cause profondément le pacte social qui fonde notre république. Rupture territoriale avec des territoires où l'accès aux soins de premiers recours mais également aux spécialistes est de plus en plus difficile. Rupture sociale quand, par les déremboursements, la taxation sur les mutuelles, la fragilisation constante de l'hôpital de proximité, les réformes gouvernementales conduisent à aggraver la fracture sanitaire.

Je souhaite que chacun prenne la mesure de l'injustice sociale que subissent les plus démunis face à cette pénurie de professionnels.

L'augmentation, jour après jour, de la fracture sanitaire engendre des inégalités sociales et des inégalités territoriales inacceptables et révoltantes.

Force est de constater que cette fracture médicale ne cesse de croître. Même si « l'état de santé des Français apparaît globalement bon » selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du Ministère de la Santé, les disparités entre hommes et femmes, entre territoires, entre catégories sociales ou entre groupes de population s'amplifient.

La pénurie de professionnels, couplée à une augmentation de la technicité des soins (appareillage lourd et coûteux) ont contribué à une métropolisation des soins, comme le souligne le rapport du sénat du 17 novembre 2011.

Celui-ci pointe clairement que les problèmes de santé sont d'abord liés à la position sociale et au niveau d'études. « Tous les indicateurs, que ce soit l'état général de santé déclaré, la mortalité, la mortalité prématurée, l'espérance de vie, la morbidité déclarée ou mesurée ou le recours aux soins, font apparaître un gradient selon la catégorie professionnelle et le niveau d'études ».

Souvent reléguées loin des centres urbains dans les quartiers périphériques des villes ou dans les territoires ruraux, ces populations les plus démunies sont les plus confrontées à la désertification médicale. Elles doivent être au cœur de nos préoccupations. C'est pourquoi le PRAPS (accès aux soins des plus démunis) doit être à la hauteur de ces enjeux.

A titre d'exemple, les enfants d'ouvriers scolarisés dans une zone d'éducation prioritaire ou en zone rurale ont plus souvent que les autres enfants un mauvais état de santé buccodentaire et des problèmes de surcharge pondérale. C'est pourquoi le volet prévention est fondamental.

Pour les zones rurales, les difficultés d'accès d'ordre financier se doublent de problèmes de transport, avec des temps de trajets allongés, que ce soit en matière de 1er recours comme pour l'accès aux traitements de pointe (radiothérapie, chimiothérapie ...). De facto, ces difficultés d'accès aux soins concourent pour un grand nombre de nos concitoyens à un renoncement aux soins avec toutes conséquences en terme de sur-mortalité. Enfin, une attention particulière doit être portée aux questions de santé des femmes s'agissant notamment du dépistage du cancer du sein et de l'organisation de consultation avancée de gynécologie dans tous les territoires.

Face à ces constats et refusant tout fatalisme, la Région ne reste pas inactive. Bien que ne détenant pas une compétence en matière de santé, elle s'est saisie de cette question fondamentale en termes de cohésion sociale et territoriale.

Elle se mobilise avec ambition et favorise des actions innovantes et s'est fixé trois objectifs :

- former et à attirer des professionnels de santé,
- favoriser un maillage de l'ensemble du territoire (nous ne nous résolvons pas à l'existence de déserts médicaux),
- mener des politiques de réduction des inégalités sociales et territoriales.

La Région agit en ce sens à la fois au titre de ses compétences en matière d'aménagement du territoire (par le soutien à différentes formes de maisons médicales), de formations sanitaires et sociales (par le financement des formations, des établissements, des bourses ...) et d'éducation dans les lycées (par la mise en place d'actions de prévention), ainsi qu'au titre de son engagement dans le domaine de l'enseignement supérieur (par le financement d'équipements et d'indemnités de stages).

C'est pourquoi je souhaite qu'à l'occasion de l'avis formulé sur le PRS (partie B), la Région puisse réaffirmer sa volonté de relever le défi de la fracture médicale par l'adoption d'un Plan urgence Santé (partie C).

B - AVIS DE LA RÉGION SUR LE PLAN RÉGIONAL DE SANTÉ PRÉSENTÉ PAR L'ARS

Sollicitée pour donner son avis sur le PRS, la Région Centre souhaite le replacer dans le contexte de la situation globale de la santé en France et regrette l'absence d'une mobilisation nationale réelle autour d'un sujet majeur pour nos concitoyens.

Près de 40 % des français retardent le moment de se faire soigner pour des raisons financières. Les taxes sur les médicaments, la taxe sur les mutuelles, les déremboursements, l'inflation des dépassements d'honoraires et la hausse du reste à charge des patients pénalisent tous les français, particulièrement les plus fragiles et les plus âgés.

Les inégalités territoriales d'accès aux soins se développent avec l'apparition de véritables déserts médicaux, à la campagne comme en ville. Il est temps de réorganiser notre système de soins pour qu'il retrouve cohérence et efficacité.

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires n'est venue que rationaliser la pénurie de moyens et l'absence de décision significative concernant l'accès aux soins, la formation des professionnels de santé et leur installation ou encore l'Hôpital public.

Le Président de la République promettait en 2007 de préserver « l'excellence de notre système de santé, qui est l'un des meilleurs au monde. » Du premier rang en 2006, le système de santé français est passé au sixième rang européen.

Le point de départ de tout projet de santé, qu'il soit régional ou national, doit être un réinvestissement de la puissance publique dans la santé. C'est le rôle de l'Etat. C'est également le sens, à notre échelle, de l'engagement de la Région Centre.

La loi Hôpitaux Patients Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 relative au pilotage régional du système de santé et à la mise en œuvre de la politique régionale de santé publique prévoit (décret n°2010-514 du 18 mai 2010) la consultation des collectivités territoriales, dont la Région, sur le Projet Régional de Santé (PRS).

Le PRS définit les objectifs généraux d'amélioration de la santé en région traduits dans le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) et 3 Schémas Régionaux d'application :

- Le Schéma Régional d'Organisation des soins (SROS) avec le volet ambulatoire et le volet Hospitalier
- Le Schéma Régional de Prévention (SRP)
- Le Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale (SROMS)

Ces 3 schémas sont eux-mêmes déclinés en programmes d'actions : le Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS) et le programme régional de télémédecine.

Le SROS comporte deux innovations majeures par rapport au précédent schéma régional d'organisation sanitaire : son intégration au sein du Projet Régional de Santé (PRS) et l'extension de son champ d'application à l'offre de soins ambulatoires.

Le champ d'intervention de ces 3 schémas régionaux, fixés pour une durée de 5 ans, dont seul le volet Hospitalier du SROS est opposable, couvre l'ensemble des domaines de la santé, la veille et la sécurité sanitaire, l'organisation de l'offre de soins dans les

cabinets médicaux de ville, en établissements de santé et dans les structures médico-sociales.

On peut se féliciter de cette tentative de disposer d'une stratégie globale couvrant l'ensemble de ces champs dans le cadre d'une démarche concertée avec l'ensemble des acteurs de la santé.

La nouvelle configuration institutionnelle de la santé prévue par la loi HPST devrait, par le regroupement des acteurs et des structures de soins en une structure unique, permettre une approche globale de la santé dans toutes ses composantes notamment en ce qui concerne le parcours de santé du patient tout au long de sa vie.

Le Plan Stratégique Régional de Santé, les différents schémas et programmes font chacun l'objet d'un avis détaillé joint en annexe 1.

La Région se félicite d'un certain nombre d'avancées mais regrette que certains points ne soient pas suffisamment pris en considération :

- **Une élaboration dans la concertation**

L'établissement des différents documents a fait l'objet de divers groupes de travail et a notamment mobilisé les conférences de territoires organisées à l'échelle de chacun des 6 départements. Malgré des délais limités au regard de l'ampleur de la tâche, l'ensemble des acteurs de la santé a ainsi pu s'associer aux réflexions.

- **Une recherche d'articulation entre les schémas**

De nombreux recoupements existent entre les différents schémas. Il est à noter l'articulation recherchée entre ces Schémas, notamment pour ne citer que quelques exemples, le volet personnes âgées et la filière Alzheimer abordés à la fois dans le volet hospitalier et dans le schéma régional médico-social, ou encore la question des addictions traitée dans le schéma prévention et dans le volet hospitalier.

- **Le développement de parcours de soins alternatifs**

La Région approuve le développement de solutions alternatives, comme l'Hospitalisation à domicile, le développement de soins ou de chirurgie ambulatoires, dans la mesure toutefois où l'impératif de réduction des coûts ne se fait pas au détriment de la qualité des soins.

La télémédecine constitue quant à elle une réelle opportunité pour développer une équité de soins entre les patients.

- **Quelques avancées en termes de couverture territoriale d'offre de soins**

Le schéma prévoit plusieurs avancées dans l'amélioration de l'offre de soins par :

- La création d'antennes du SAMU au Blanc, à La Châtre et à Loches
- La création d'urgences pédiatriques à Bourges et d'un SMUR néonatal 24h/24 à Orléans
- La création ou la finalisation de structures d'urgences psychiatriques à Chartres, Châteauroux, Tours, Blois et Orléans-La Source

- La création d'une unité d'accueil pour enfants souffrant de handicaps multiples et d'une unité d'hospitalisation complète pour adolescents présentant une anorexie mentale
- L'autorisation d'un scanner à Issoudun

- **Un état des lieux à compléter**

Si le Plan Stratégique Régional de Santé dresse un tableau éclairant sur d'une part, les faits marquants de l'état de santé des habitants de la région, d'autre part sur les disparités territoriales observées, on peut regretter que les schémas ne proposent pas tous un même degré de précision pour cerner les besoins.

Ainsi, l'état des besoins s'avère soit absent (exemple du SROMS), soit opaque (exemple du volet hospitalier du SROS).

En effet, les objectifs du SROMS en matière d'accueil pour personnes handicapées ou âgées, reposent le plus souvent sur un simple état des lieux basé sur des éléments comparatifs (taux d'équipement, moyenne nationale, moyenne régionale ...), faute de vision globale et prospective des besoins. Cette faiblesse est d'ailleurs précisée clairement dans le document soulignant la nécessité de construire un système d'information exhaustif qui actuellement fait défaut.

Concernant le volet hospitalier du SROS, les besoins ne sont pas identifiés, et l'état des lieux des équipements existant manque de clarté, car souvent non localisé (sont par exemple listés les hôpitaux locaux, mais pas les hôpitaux de référence). Le terme « implantation » utilisé dans les tableaux récapitulatifs n'indique pas clairement s'il s'agit de l'existant ou de projets.

- **Un manque d'actions concrètes**

Les documents présentés sont parfois incantatoires dans les objectifs, et résignés dans les moyens.

En effet, trop souvent, on peut regretter que les objectifs assignés, qui généralement ne peuvent qu'être partagés, ne se traduisent pas par des propositions concrètes permettant de les atteindre.

A titre d'exemple, en matière de lutte contre le VIH, la réponse est-elle à la hauteur des enjeux quand, devant le constat d'un taux de 1,9 test positif pour 1000 tests effectués en région Centre, 2^{ème} région après l'Ile de France (4,5 tests positifs/1000) et devant PACA (1,5 test positif/1000), on se contente d'évoquer 2 objectifs : « Organiser le rapprochement des structures de dépistage et d'information », et « Améliorer la précocité du dépistage du VIH », sans indication d'actions réellement opérationnelles ?

De même, on peut regretter un manque de lien et de liant entre les schémas et les programmes dont les articulations sont insuffisantes (par exemple entre les objectifs du SROMS et le PRIAC).

Par ailleurs, la Région regrette, bien que ces schémas aient pour finalité première de proposer une organisation des soins, l'absence totale de chiffrage des moyens humains et financiers, entraînant de ce fait une incertitude sur les échéances de réalisation des objectifs et des actions préconisés.

- **La nécessité d'adapter davantage les objectifs aux besoins plutôt qu'aux moyens**

Trop souvent, notamment dans le volet hospitalier, les ambitions sont réduites au regard de la pénurie de moyens, soit financiers, soit humains.

A titre d'exemples, on peut citer :

En matière de chirurgie (page 31), alors que le constat montre les fortes disparités territoriales en matière de chirurgie : « *La situation démographique évoquée précédemment notamment en matière d'effectif d'anesthésistes-réanimateurs, constitue maintenant un argument prioritaire en matière de permanence et de sécurité des soins plaidant dans le sens de la mise en œuvre d'une nouvelle étape de recomposition de l'offre de soins chirurgicale et des moyens humains et techniques qui y sont attachés directement ou non.* »

Concernant la psychiatrie (page 64), alors que la région Centre enregistre une surmortalité significative en matière de suicide :

« *Renforcer les structures d'hospitalisation à temps plein existantes pour adolescents : Le dispositif idéal serait de disposer d'une structure par territoire (département), mais, compte-tenu de l'effectif des adolescents justifiant une hospitalisation et des contraintes de la démographie médicale, il n'est pas prévu d'augmenter le nombre de structures d'accueil à temps complet.* »

« *Certains troubles psychiques d'adolescents et de jeunes adultes nécessitent une prise en charge spécifique relevant d'un dispositif « soins études ». Ce type de dispositif est actuellement absent sur la région et ceux situés dans des régions plus éloignées ne sont plus, en pratique, accessibles.* »

En matière de traitement du cancer (page 107), alors qu'en région Centre, les cancers sont la 2^{ème} cause de décès, et la 1^{ère} cause de surmortalité prématurée (avant 65 ans), avec une concentration de valeurs élevées dans le sud :

« *Chaque territoire (département) dispose d'au moins un site de cancérologie (chirurgie + radiothérapie + chimiothérapie). Les départements de l'Indre et du Cher sont réunis en un seul site de cancérologie (le Berry) du fait de l'absence de centre de radiothérapie dans l'Indre.* »

Ainsi, la prise en compte des besoins réels suppose qu'on ne se compare pas toujours à des moyennes régionales ou nationales, mais de bien s'assurer si ces moyennes sont significatives pour la population et correspondent bien aux spécificités du territoire.

A titre d'exemple, le fait d'indiquer en matière d'imagerie (p 162 du SROS hospitalier) que le taux moyen régional d'équipements passera de 8,7 IRM par million d'habitants début 2011 à 13,44 IRM par million d'habitants quand tous les équipements auront été installés, n'a pas grande signification au regard des délais d'attente dont on ne sait pas de combien ils seront diminués avec ces nouvelles implantations.

En conclusion, même si l'ARS doit agir avec pragmatisme dans le respect du cadre national qui lui est fixé, il est difficile que la Région adhère à cette résignation.

- **Une lutte insuffisante contre la réduction des inégalités territoriales de santé**

Le Plan stratégique régional de Santé (cartes* de la page 17) met en relief les importantes disparités territoriales, avec des taux de mortalité générale, et de mortalité prématurée (avant 65 ans) variant du simple au double entre certains territoires, essentiellement ligériens ou proches d'agglomérations, et des territoires plus excentrés comme le Sud de l'Indre et du Cher, ou encore le nord-ouest de l'Eure-et-Loir.

La cartographie* synthétique présentée pages 24 et 25 du schéma régional de prévention met en exergue les cantons, essentiellement localisés dans le sud régional,

qui cumulent surmortalité générale et surmortalité prématurée, couplée à une très faible offre de soins.

Ces inégalités entre territoires sont également soulignées dans le volet hospitalier du SROS (p 160) avec le sous équipement de l'Indre en IRM qui ne sera que partiellement rattrapé en raison d'une démographie de radiologues particulièrement déficitaire (p 162).

La conséquence est que le délai d'attente pour obtenir un rendez vous pour un examen par IRM à l'hôpital de Châteauroux, a peu de chance de baisser, alors qu'il est déjà de 60 jours, contre plus de 30 jours en région Centre et une moyenne de 29 jours en France. La conséquence est une rupture d'égalité dans le dépistage de différentes affections pouvant engager le pronostic vital.

De même, il est affligeant de constater que le bassin du Montargois (voir carte* p : 28 du schéma de prévention) présente le plus faible taux de dépistage du cancer du sein (moins de 50%, moins bon que l'ensemble de la Brenne), alors même que le taux régional (60%) est très faible quand l'objectif national est de 70%.

Devant ces constats, les objectifs affichés, s'ils ont le souci de contribuer à la réduction des inégalités territoriales et à la promotion de l'égalité devant la santé, se traduisent le plus souvent par des actions de rationalisation : mutualisation, coordination, coopération entre établissements, regroupements, consultations avancées, ou à la télémédecine.

Si ces moyens d'intervention répondent à des priorités régionales, comme par exemple la télémédecine, ils ne sont pas toujours suffisants, et leurs vertus supposées peuvent cacher en fait le démantèlement annoncé de certains équipements. Ainsi, ils côtoient des choix qui ne semblent pas servir les mêmes objectifs, comme par exemple les incertitudes qui pèsent sur l'avenir des hôpitaux de Châteaudun, Nogent le Rotrou, Loches et Amboise, ou encore de l'hôpital du Blanc où la fermeture de la maternité est annoncée (cf. p 33-34 du volet hospitalier du SROS), alors même que le nombre de lits est de 0,52 par femme de 15 ans et plus dans l'Indre (contre 0,85 lits en moyenne régionale).

Ces exemples montrent bien que la nécessité de recourir à des appareils lourds et coûteux se heurte à une insuffisance de praticiens ; ce qui contribue à concentrer les soins dans les plus grandes agglomérations et à encore accentuer la spirale de la désertification médicale.

** Cartes présentées en annexe 2*

- **Des modes opératoires parfois discriminants qui ne sont pas de nature à réduire les disparités territoriales**

Concernant le volet fondamental de la prévention, le recours aux appels à projets conduit, comme à l'accoutumée, à pénaliser les territoires les plus fragiles et les moins dotés en ingénierie.

A titre d'exemple (pages 22 et 23), l'appel à projets régional de conventionnement avec les opérateurs de santé publique, concernant l'accès aux soins, les addictions, la nutrition, la périnatalité ... a permis en 2010 de financer 75 opérateurs concentrés essentiellement sur Orléans et Blois. Ces disparités territoriales dans la prise d'initiative se ressentent également dans les financements des actions d'éducation thérapeutique (page 41) qui ont permis d'accompagner 107 programmes en 2011, dont seulement 5 dans le Cher ou l'Indre, alors qu'on en enregistre 30 dans l'Eure-et-Loir ou encore l'Indre-et-Loire.

Devant ces inégalités d'accès aux actions de prévention, il est évident que la démarche projet autour des questions de santé nécessite une animation territoriale et une ingénierie adaptées.

Comme il est rappelé dans le rapport du Conseil régional de juin 2011, l'élaboration d'un véritable projet territorial de santé, à une échelle intercommunale voire intercommunautaire constitue pour la Région la véritable réponse à ces problématiques. Cette animation doit pouvoir fédérer l'ensemble des acteurs de la santé, directs et indirects, et des collectivités territoriales. A ce titre, l'animation territoriale afférente peut être soutenue dans le cadre du volet fonctionnement des Contrats.

C'est ce projet territorial de santé qui peut servir de base à la négociation des actions financées par l'ARS dans le cadre des Contrats locaux de Santé (CLS, page 47). Or, les 4 premiers CLS signés concernent des villes préfectorales (Blois, Bourges, Châteauroux, Orléans). On peut donc craindre que les territoires ruraux ne soient pas en mesure de s'inscrire dans ces contractualisations, présentées pourtant comme l'outil « impulsé par l'ARS au titre de sa politique de réduction des inégalités de santé entre territoires ».

Le dernier objectif décliné page 49 « Faire évoluer les modalités de financement de la prévention et de la promotion de la santé pour favoriser l'adéquation entre les besoins présumés et les actions à conduire » va dans le sens de cette généralisation de la mise en concurrence entre territoires.

A l'inverse, la Région pense qu'il conviendrait d'engager tous les territoires dans la coordination d'une offre de soins et dans la mise en œuvre d'actions de prévention.

- **Une Interrégionalité insuffisamment mobilisée**

Les cartographies des indicateurs par bassin de vie présentés pages 27 à 29 du volet ambulatoire du SROS montrent en partie l'interrégionalité des problématiques.

L'interrégionalité est également abordée en termes d'attractivité des régions limitrophes, notamment l'Île de France, en matière de chirurgie (15,9% des séjours chirurgicaux de patients de la région Centre), ou d'accouchements (8,8% des accouchements du Cher se font dans la Nièvre, 9,4% des accouchements d'Eure-et-Loir en Ile-de-France). A contrario, la région Centre reste peu attractive pour ses territoires limitrophes.

Mais au-delà de ces simples constats, l'interrégionalité est peu mobilisée comme réponse aux enjeux décrits d'organisation des soins et de mutualisation de moyens, sauf à la marge dans le domaine des urgences avec l'organisation logistique des transports vers les plateaux hautement spécialisés de la région et de l'inter-région (cartographie des hélistations).

Des partenariats plus actifs (entre établissements, associations, collectivités ...) auraient mérité d'être approfondis, en matière d'organisation des urgences, de prévention, ou de télé-imagerie.

Je vous propose :

- **D'approuver l'avis réservé de la Région sur le Projet Régional de Santé (PRS) présenté par l'ARS constitué de l'avis transversal présenté ci-dessus (B) et d'un avis détaillé par document, joint en annexe 1.**

François BONNEAU

C – LE PLAN « URGENCE SANTÉ » PORTE PAR LA REGION CENTRE : UNE VOLONTÉ POLITIQUE FORTE DE RELEVER LE DÉFI DE LA FRACTURE SANITAIRE EN RÉGION CENTRE A L’HORIZON 2020, EN COHERENCE AVEC LES AMBITIONS DU SRADDT

I) RAPPEL DES OBJECTIFS DU SRADDT

Le SRADDT, adopté par le Conseil Régional lors de sa séance plénière du 15 décembre 2011, fait des questions de santé une priorité majeure. Elle est évoquée non seulement au travers d’un axe stratégique dédié, mais également au titre de l’axe lié à l’armature urbaine ou aux Technologies de l’Information et de la Communication :

Dans la perspective d’un aménagement durable du territoire le SRADDT donne la priorité au bien vivre en Région. La santé n’est pas seulement une question de soins mais c’est d’abord une question de bien être, de qualité de la vie.

L’ambition du SRADDT est marquée par la prise de conscience de la fragilité des équilibres naturels, de la perte de la biodiversité, des limites des ressources naturelles.

Il relève également les risques pour la santé liés au changement climatique. Et la préservation de l’eau et de la biodiversité est considérée comme une priorité au regard en particulier des enjeux de santé.

a) Des services de santé en réseau, un vieillissement préparé

Suite au constat déjà décrit en introduction, **la Région s’est fixé comme objectif, dans le cadre des ambitions 2020 du SRADDT de disposer, partout en région, d’un médecin pour 1000 habitants.**

Par les choix stratégiques prévus dans le SRADDT, la région Centre souhaite garantir une véritable qualité de vie à ses habitants par un système de soins de qualité et être attractive. C’est pourquoi, il est indispensable qu’elle puisse disposer d’une infrastructure de santé du meilleur niveau, avec un réseau d’hôpitaux et de cliniques, et un ensemble de structures d’accueil spécialisées.

La présence médicale doit être maintenue et confortée, avec le remplacement des médecins qui partent à la retraite, et l’organisation la plus adaptée des professionnels sur l’ensemble des territoires. Cela suppose à la fois de former un nombre plus important de professionnels, puis de créer les conditions adaptées à leur exercice, ce qui implique des coordinations, des incitations, des moyens technologiques. Face à l’importance de cet enjeu pour la qualité de vie et l’attractivité de notre région, la cohérence de l’action publique doit être particulièrement travaillée, à différentes échelles de temps et de territoires, dans le cadre d’une stratégie régionale de santé et de couverture médicale.

Le SRADDT identifie les leviers d’actions suivants :

- 1/ Aller vers la création d’une Communauté Hospitalière de Territoire à partir d’un partenariat dense entre le CHU de Tours et le CHR d’Orléans, en :**
 - Renforçant l’encadrement au CHRO par l’accueil de jeunes médecins en formation issus de l’Université de Tours
 - Identifiant les complémentarités CHU/CHRO par filière en visant l’excellence en matière de soins et de recherche

- Etant la tête d'un Réseau Santé Sécurisé très haut débit à l'usage des professionnels de santé, condition indispensable pour développer à grande échelle la télémédecine.

2/ Développer les formations de santé, en particulier des médecins

- Rehausser le numerus clausus de la faculté de médecine de Tours, de 233 à 300 au regard du poids de la population régionale,
- Assurer une meilleure sensibilisation aux métiers paramédicaux en amont de l'entrée en institut de formation pour réduire le nombre d'échecs.
- Rapprocher la faculté de médecine de Tours et la faculté d'activités physiques et sportives d'Orléans pour favoriser l'émergence de nouveaux métiers dans la rééducation et le maintien de la santé par l'activité physique.
- Fournir de meilleures conditions d'étude et de formation aux apprenants : locaux universitaires de la faculté de médecine de Tours, conditions d'accueil des internes à l'hôpital d'Orléans ; augmentation du nombre de professionnels paramédicaux et poursuite de la modernisation des écoles et instituts de formation sanitaire et sociale, locaux d'accueil de stagiaires dans les MSP;
- Accompagner l'universitarisation des formations en soins infirmiers
- Mettre en place un plan de modernisation des écoles et instituts de formation et compléter la couverture territoriale en matière de formations sanitaires et sociales de niveau V (aides-soignants, auxiliaires de vie sociale, aides médico-psychologique...).
- Accorder des facilités pour permettre aux étudiants en médecine de découvrir l'exercice de la médecine ambulatoire, notamment en zone rurale, en développant un accompagnement harmonisé à l'échelle régionale des étudiants en médecine (stages, logement, transport ...)
- Promouvoir un développement de la télémédecine : dossier médical partagé, transmission de données, échanges entre professionnels, consultations à distance
- Maintenir les hôpitaux et des plateaux techniques complets dans l'ensemble des pôles de centralité répartis sur le territoire régional

3/ Favoriser l'implantation et la qualité de vie des professionnels de santé dans les territoires

- Favoriser la mise en réseau des professionnels de santé pour un meilleur suivi global du patient, doublée d'un partenariat étroit avec les collectivités, l'Etat et les autres partenaires
- Faciliter l'exercice regroupé de la médecine et de l'offre de soins de proximité, notamment dans le cadre de plateaux techniques et de maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) : avec un objectif de réalisation de 50 MSP, pour un maillage cohérent du territoire régional en complétant l'offre par le soutien aux pôles paramédicaux et cabinets médicaux secondaires
- Permettre aux acteurs locaux (professionnels, collectivités territoriales, associations ...) de définir un véritable projet territorial de santé à une échelle territoriale de proximité

- Expérimenter en région Centre, une médecine salariée sur les secteurs où il y a carence de l'initiative privée (création de centres de santé)

4/ Assurer aux aînés l'accès à des prestations diversifiées adaptées à leurs souhaits, à leurs besoins et à leurs revenus en soutenant :

- le maintien à domicile, facilité par :
 - o des services à domicile (portage de repas, travaux ménagers, soins médicaux et de santé services de garde de nuit, structures d'accueil...), des logements et une offre de transport adaptés,
 - o une professionnalisation des personnels et reconnaissance accrue des métiers de l'aide à domicile (personnels d'intervention, d'encadrement et de direction)
 - o l'accueil de jour et l'hébergement temporaire (2 jours à 3 mois), hors hôpitaux ou EHPAD, pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres types de démence, ou après un problème de santé, afin de soulager les aidants, permettre la réadaptation à la vie à domicile, tout en favorisant le maintien d'une vie sociale (animation, participation aux repas)
 - o des structures d'accueil pour les personnes âgées valides : MARPA, unités d'accueil familiales
- l'équité d'accès (coût accessible pour tous) aux EHPAD et structures d'accueil pour handicapés, adaptés à la grande dépendance

→ Les leviers d'actions mis en avant ***dans le domaine de la santé sont :***

- ***la nécessité d'une mise en réseau accrue des acteurs, que ce soit à l'échelle régionale via la Communauté hospitalière de territoire ou à l'échelle locale (projets territoriaux de santé)***
- ***les questions de formations des professionnels de santé***
- ***le maintien des hôpitaux et plateaux techniques dans l'ensemble des pôles de centralité***
- ***la découverte de l'exercice libéral de la médecine et le soutien aux exercices regroupés***
- ***la télémédecine***
- ***le maintien à domicile des personnes âgées et l'accueil de jour ou temporaires pour soulager les aidants***

b) Renforcer notre réseau de villes pour garantir une qualité de vie dans la proximité

Le SRADDT souligne la richesse d'une armature urbaine hiérarchisée qui constitue une chance pour un aménagement harmonieux et équilibré.

Elle s'articule autour de 8 agglomérations et 16 « pôles de centralité » qui remplissent des fonctions urbaines dans un espace plus rural (Aubigny-sur-Nère, Vierzon, Saint Amand-Montrond, Châteaudun, Nogent le Rotrou, Issoudun, La Châtre, Argenton-sur-Creuse, Le Blanc, Amboise, Chinon, Loches, Vendôme, Romorantin-Lanthenay, Pithiviers et Gien).

Ces 24 pôles permettent d'offrir aux habitants des logements, des emplois et des services sur l'ensemble des territoires. Ils sont complétés par un maillage de pôles de proximité.

Les services publics sont lourdement menacés dans les pôles de centralité alors qu'ils portent souvent l'emploi local (hôpitaux, sous-préfectures, service public de la justice ...).

La Région s'est fixé comme objectif, dans le cadre des ambitions 2020 du SRADDT, de proposer à chaque habitant de la région Centre l'essentiel à moins de 20 minutes.

→ Le SRADDT propose le renforcement et le maintien de cette armature urbaine hiérarchisée. Or, parmi les déterminants qui permettent cette structuration de l'espace régional, les équipements liés à la santé constituent un élément essentiel. En effet, les pôles de cette armature urbaine ne peuvent assurer leurs fonctions s'ils ne disposent pas d'une offre médicale et paramédicale complète intégrant une présence hospitalière, médico-sociale et de prévention et une large palette de spécialités, ainsi qu'un accès aux appareils modernes nécessaires au diagnostic médical.

c) Des réseaux de télécommunication très performants

L'accessibilité numérique de la région Centre se joue principalement dans la qualité de ses infrastructures d'interconnexion au reste du monde.

Le déploiement de la fibre optique est un réel outil de l'aménagement du territoire régional, car cette fibre est un investissement pérenne et permet des transferts de débits très importants.

La Région s'est fixé comme objectif, dans le cadre des ambitions 2020 du SRADDT de proposer que 70% de la population ait accès à l'internet rapide.

L'ampleur de ce programme de construction nécessite de prévoir sa réalisation de manière ciblée et hiérarchisée, avec le raccordement des sites stratégiques prioritaires suivant avant 2020 :

- sites des services publics,
- établissements publics locaux d'enseignement,
- établissements d'enseignement supérieur ou de recherche,
- établissements de santé,
- zones d'activités et notamment les Zones accueillant des entreprises innovantes dans le domaine des TIC, sites « remarquables » d'activités économiques ou touristiques

→ Cette structuration du réseau Très Haut débit, axe fort du SRADDT, est une condition sine qua non au développement de la télémédecine, permettant notamment télédiagnostic, téléconsultation, télé expertise, télétransmission d'imagerie médicale, échanges de données et visioconférences entre professionnels de santé.

II) LE PLAN « URGENCE SANTÉ » A L'HORIZON 2020

1) Un investissement conséquent dans le domaine de la formation

• *ENSEIGNEMENT SUPERIEUR*

Concernant le nombre insuffisant de médecins généralistes, l'Etat vient de décider de relever le numerus clausus. L'augmentation nationale de 500 étudiants admis en 2^{ème} année correspondrait à une augmentation de 25 en région Centre, alors qu'il faudrait passer de 230 à 300 étudiants chaque année à Tours pour prétendre relever le déficit dramatique en médecins en région Centre.

Dans le même temps, la Région a décidé d'agir avec la plus grande détermination en apportant un financement de 12,6 M€ pour le projet d'agrandissement de la faculté de médecine de Tours, dont le coût est estimé à 15,25 M€.

De même, elle a participé au financement de la création d'une résidence pour accueillir les étudiants et internes en médecine venant se former au CHR d'Orléans.

Ces investissements seront confortés par la mise en place de la Communauté hospitalière de territoire envisagée dans le cadre du SRADDT et la reconnaissance du CHRO comme lieu de formation d'internes dans les spécialités pour lesquelles les compétences humaines et techniques sont reconnues.

L'augmentation du numerus clausus et des places d'internat permettra d'accroître le nombre de médecins formés en région. Néanmoins, il convient de développer en parallèle une politique de sensibilisation à l'exercice de la médecine de proximité afin de rendre plus attractive l'installation de jeunes médecins en région Centre et plus particulièrement dans les territoires médicalement défavorisés.

C'est pourquoi la Région a institué une aide aux étudiants de 4^{ème} année effectuant un stage de 6 semaines auprès de généralistes dans des zones faiblement dotées. En Indre-et-Loire, l'aide de 50 € par semaine est portée à 75 € pour un stage effectué dans une MSP, et dans les autres départements, l'aide de 150 € par semaine est portée à 225 € pour un stage effectué dans une MSP.

Par ailleurs, afin d'accroître l'attractivité de l'internat et l'installation des médecins en région, il convient de mettre en œuvre un plan d'accueil des internes sur le territoire régional. La Région s'attachera à élaborer avec l'ensemble des partenaires (l'ARS, les deux centres hospitaliers régionaux, les hôpitaux de proximité, les conseils généraux, les Agglomérations, l'Université de Tours, l'Union Régionale des Professionnels de la Santé et les associations d'internes), un plan qui visera à faciliter les conditions d'intégration professionnelle, personnelle et familiale des internes et les sensibilisera à l'attractivité de la région centre (qualité de vie, dynamisme économique et culturel, richesse des sites naturels et du patrimoine historique...).

Enfin, dans certains pays européens, des personnels de santé spécialement formés assistent les médecins pour les dégager de certains actes professionnels et leur assurer ainsi une plus grande disponibilité. Si ces nouvelles pratiques venaient à émerger en France, la Région Centre manifesterait son intérêt pour ces nouveaux modes de délégations de tâches.

L'engagement régional :

- **le financement de l'extension de la faculté de médecine de Tours (12,6 M€ sur 15,25 M€)**
- **la mise en place de la Communauté hospitalière de territoire sur laquelle le CHU et le CHRO sont mobilisés**
- **une aide à la réalisation de stages ambulatoires dans les zones faiblement dotées, notamment dans les MSP,**
- **l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan régional d'accueil des internes visant à faciliter leur intégration professionnelle, personnelle et familiale. Construit avec l'ensemble des acteurs médicaux (ARS, Hôpitaux, Université de Tours, représentants des médecins et internes) et collectivités locales, ce plan permettra de faire valoir la qualité de vie en région (dynamismes économique, culturel et associatif, richesses naturelles et patrimoniales) et garantira à chaque interne une facilité d'installation et de réalisation des stages sur l'ensemble du territoire (accès au logement, à la garde d'enfants, à la vie culturelle etc.).**
- **Le financement d'une résidence pour internes,**
- **Le soutien à l'accroissement du nombre d'assistants chef de clinique au CHRO à partir du CHU de Tours pour accroître le nombre d'internes formés sur Orléans**
- **La création d'un espace d'hébergement au sein des MSP pour l'accueil des étudiants en médecine et des étudiants en soins infirmiers**

• **FORMATIONS SANITAIRES ET SOCIALES**

Au titre de sa compétence sur le fonctionnement des formations paramédicales et en conformité avec le schéma régional des formations sanitaires et sociales, la Région entend poursuivre son effort de déploiement des formations autour de 6 axes essentiels.

La territorialisation et la diversification de l'offre de niveau V : la formation d'aide soignant sera déployée prioritairement sur 3 sites supplémentaires : Gien, Vendôme et Chinon entre septembre 2012 et septembre 2013. Parallèlement, des dispositifs spécifiques de cursus partiels accueillant à la fois des salariés et des demandeurs d'emploi seront mis en place dans le Sud de la région en plus de ceux déjà existant sur l'Eure et Loir, le Loir et Cher et l'Indre et Loire. Ainsi, la capacité totale de formation de la région passera de 877 places en 2006 à environ 1 000 places fin 2013. Le coût supplémentaire sur les dispositifs actuels de cursus partiels est de l'ordre de 700 000 € par an (coût pédagogique + bourses).

Par ailleurs, une étude menée par les services de la Région auprès des 16 instituts de formation d'aide soignant qu'elle finance révèle sur 2008, 2009 et 2010 que 92% des entrants en formation d'aide soignant étaient originaires de la région Centre, 6% d'une région limitrophe et que 87% des diplômés sur ces mêmes promotions exerçaient en région Centre à leur sortie de formation et 8% en région limitrophe. Ces mêmes pourcentages pour les étudiants infirmiers sont respectivement de 74% et 10% pour les entrants et de 72% et 8% pour les sortants diplômés. Ces chiffres seraient à rapprocher avec le nombre de jeunes diplômés dans l'un des instituts de formation limitrophes de la région Centre et qui viennent y travailler une fois leur diplôme obtenu.

L'ouverture dans chaque chef lieu de département de la formation d'aide médico-psychologique en voie directe sera effective en janvier 2012, soit un effectif de 90 places aux côtés de celles prises en charge par les employeurs. Le coût pour la Région est de l'ordre de 610 000 € par an (coût pédagogique + bourses).

Parallèlement, à l'instar de l'expérience actuellement en cours entre 6 établissements de formation de l'agglomération orléanaise, des actions devront être mises en œuvre en terme d'orientation, et de connaissance des métiers afin d'une part, de décloisonner les formations, mais aussi d'augmenter le nombre de jeunes se positionnant sur les formations sanitaires et sociales.

L'ouverture d'un institut de formation d'ergothérapeutes au sein de l'IRFSS de la Croix rouge de Tours : cette formation de 3 ans ouvrira en septembre 2012 avec 30 étudiants en 1ère année. La mise en place du plan Alzheimer accélère fortement les besoins d'ergothérapeutes, notamment dans les établissements comprenant des unités spécialisées. Les étudiants auront accès aux bourses de la Région, ce qui représentera un coût prévisionnel annuel de 350 000 € répartis sur les 3 années d'études. La Région prendra également à sa charge les indemnités de stage et les frais de déplacement des étudiants soit une enveloppe annuelle de 130 000 €. La Région sollicitera l'Etat pour une compensation financière sur ces deux derniers postes budgétaires imposés par les textes réglementaires.

La réussite du passage de la formation d'infirmier au grade de licence dans le cadre du processus LMD : il s'agit là d'un enjeu essentiel à la fois en termes de reconnaissance des futurs diplômés et en termes d'aménagement du territoire. La région compte en effet 13 instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) accueillant chaque année en 1ère année 1 137 étudiants, soit un doublement en 20 ans. Chaque année, le nombre d'infirmiers croît en région Centre de 3%. Ainsi, le nombre d'infirmiers déclaré au fichier ADELI est passé de 14 791 au 1er janvier 2006 à 17 668 au 1er janvier 2011. Mais la densité d'infirmiers libéraux par habitants reste très en deçà de la moyenne nationale

Le travail partenarial entrepris entre les IFSI, l'ARS, la Région et l'Université de Tours devra être accompagné et permettre de maintenir la présence de ces formations dans les 13 villes de la région avec le même niveau de qualité d'enseignement. Pour cela une réflexion est en cours avec l'Université pour la création d'un Espace numérique de travail permettant de mutualiser les enseignements universitaires et d'associer ainsi tous les formateurs des IFSI au contenu, au suivi et à l'évaluation des unités d'enseignement.

Cet engagement de la Région à maintenir les 13 IFSI est à rapprocher de la tentation de l'Etat de fermer certains établissements hospitaliers comme celui du Blanc.

Parallèlement, la Région a entrepris une recherche action en partenariat avec l'Université de Tours et les IFSI concernant le taux d'interruption important des formations d'infirmier, (de 20 à 25 % selon les promotions) afin d'arrêter un plan d'actions destiné à les limiter. Toutefois les modes de validation issus du nouveau référentiel mis en place en septembre 2009 maintiennent aujourd'hui en 3ème année un effectif jusqu'alors jamais atteint avec environ 1 200 étudiants contre 950 habituellement. Du fait de la modification des référentiels de formation, plus d'un tiers d'entre elles n'ont pas validé la totalité des deux premières années d'étude. Les épreuves du diplôme d'Etat en juin 2012 seront donc déterminantes quant à l'impact sur le nombre annuel de nouveaux diplômés qui varierait jusqu'alors entre 850 et 900 selon les promotions.

L'augmentation du quota des étudiants masseurs kinésithérapeutes : passé de 40 à 60 en septembre 2009, ce nombre reste encore insuffisant pour faire face aux besoins aussi bien en établissement qu'en libéral. C'est pourquoi, la Région sollicitera

l'Etat (compétent sur les quotas d'infirmier et de masseurs kinésithérapeutes), pour augmenter le quota de 60 à 75 en septembre 2012 et de 75 à 90 en septembre 2013. Le budget de fonctionnement supplémentaire pour faire face à l'augmentation du quota à 90 est estimé à 552 000 € par an (coût pédagogique + bourses). La Région sollicitera l'Etat sur la compensation financière correspondante.

Les aides individuelles :

- La réorganisation du dispositif des bourses : la Région va réorganiser le dispositif des bourses versées aux étudiants afin d'améliorer l'équité du dispositif. Une revalorisation des niveaux 1 à 5 sera proposée, ainsi que la création d'un 7^{ème} échelon de bourse.
- l'aide au 1^{er} équipement professionnel : afin d'harmoniser le cadre d'intervention de la Région et de conforter ainsi l'égalité d'accès aux formations, il sera proposé d'élargir l'aide au 1^{er} équipement aux élèves aides soignants des instituts de formation rattachés aux centres hospitaliers et à celui rattaché à la Croix Rouge de Tours. A compter de septembre 2012, cela représentera un coût prévisionnel de 24 000 €.

L'adoption d'un plan pluriannuel d'investissement (PPI) dans les établissements de formation : malgré l'absence de transfert financier de la part de l'Etat, la Région entend poursuivre ses efforts sur la modernisation des écoles et instituts. Entre 2005 et 2011, le montant des engagements destinés aux travaux, reconstructions et équipements s'est élevé à près de 12,550 M€. A l'appui du diagnostic patrimonial qu'elle a fait réaliser en 2011, la Région poursuivra cet effort sur la base d'un programme prévisionnel d'investissement estimé à 9 M€ entre 2012 et 2017.

L'engagement régional :

- Augmenter de 250 d'ici 2020 le nombre d'infirmiers diplômés en agissant à la fois sur la lutte contre les interruptions de formation (+ 100) et sur l'augmentation du quota régional (+ 150) et accompagner l'universitarisation de la formation
- Augmenter de 250 d'ici 2015 le nombre de diplômés aides soignants en agissant à la fois sur l'augmentation de places en formation initiale (+ 125) et le nombre de places en cursus partiel pour des personnes en parcours de validation des acquis de l'expérience (+ 125)
- Augmenter le quota régional des étudiants masseurs kinésithérapeutes de 60 à 90 d'ici septembre 2013
- Ouvrir une école d'ergothérapeutes à Tours avec un objectif de 30 diplômés par an dès 2015
- Professionnaliser chaque année 1 000 salariés et demandeurs d'emploi sur les métiers liés à la prise en charge de la dépendance à domicile à travers des formations qualifiantes (assistant de vie, auxiliaire de vie sociale) ou des formations d'adaptation à l'emploi (gérontologie, hygiène, accompagnement de la personne...)

2) Des actions ciblées de prévention

➤ en direction des lycéens

La Région a voté le 29 septembre dernier un dispositif complet en faveur de la promotion de la santé en direction des lycéens et, à titre expérimental, des apprentis ; un budget de 500 000 € est alloué à cette politique qui se situe dans une démarche globale associant étroitement tous les acteurs de la communauté éducative.

Il s'agit d'agir simultanément sur plusieurs dimensions : alimentation, conduites à risques, santé environnementale en mettant les jeunes au cœur des actions, en tant qu'acteurs à part entière de la prévention et de la promotion de la santé.

La Région Centre entend développer plusieurs dispositifs qu'il reviendra aux acteurs locaux de conjuguer :

- un appel à projets régional annuel, dédié à la Prévention/Promotion de la santé dans les établissements de formation,
- l'accompagnement des acteurs et la mutualisation des expériences,
- la mobilisation de jeunes « relais santé »,
- l'accompagnement des jeunes pour favoriser l'accès à la contraception,
- la valorisation des projets des établissements,
- le maintien ou le renforcement d'actions axées sur les espaces « écoute », le maintien du lien scolaire en cas de maladie ou d'accident...

Cette politique est menée en partenariat avec le Rectorat, la DRAAF et l'ARS du Centre avec laquelle une convention triennale a été signée ; elle s'inscrit pleinement dans les priorités du schéma régional de prévention.

➤ de façon plus large

L'action de la Région influe, au travers de ses politiques et en cohérence avec les objectifs du SRADDT, sur bon nombre de déterminants de la santé.

Elle contribue en ce sens, au bien-être et à la santé des personnes, à l'amélioration du cadre et de la qualité de vie de nos concitoyens. C'est vrai en matière d'environnement et d'éducation (plans Climat, plan air, protection de l'eau, agriculture plus respectueuse de l'environnement, restauration scolaire dans les lycées). C'est également vrai dans le domaine des transports, des équipements, des services et du maintien à domicile.

Dans le cadre de ses politiques en faveur de la préservation de l'environnement, la Région mène des actions qui concourent directement ou indirectement à la réduction des risques sanitaires environnementaux.

Ainsi, un des objectifs majeur de la politique de l'eau est de diminuer les pollutions diffuses notamment par les nitrates et les produits phytosanitaires dans les cours d'eau et les eaux souterraines (enjeu particulièrement important pour l'alimentation en eau potable). De même, la Région met en œuvre un plan de prévention de déchets dangereux afin d'organiser et d'optimiser le traitement de ces éléments et d'éviter de les retrouver dans les sols et dans l'eau.

Dans le domaine de la qualité de l'air, la Région accompagne Lig'air pour assurer un suivi et un porté à connaissance de la qualité de l'air ambiant. Par ailleurs, elle a souhaité impulser une nouvelle démarche sur la qualité de l'air intérieur en ciblant les mesures sur les nouveaux concepts de construction (Bâtiments basse consommation...) et les bâtiments accueillant du public. De même, il s'agit de favoriser les transports en commun et la circulation douce.

A noter également les actions d'encouragement à la pratique du sport pour tous qui constitue un facteur déterminant en matière de prévention (des maladies cardiovasculaires, de l'obésité, de certains cancers ...).

3) Un engagement fort dans la couverture territoriale en soins de premiers recours

La désertification médicale impose une véritable **révolution culturelle** de la part des professionnels dans l'approche de l'exercice de la médecine.

Cela passe par des formes nouvelles d'exercice, comme l'exercice regroupé qui implique des approches plus collectives et plus partenariales ou la télémédecine.

Par ailleurs, il sera inévitable d'engager au plan national des réflexions pour mettre en place une régulation de l'installation des médecins, en demandant notamment aux jeunes médecins d'exercer dans une zone de santé prioritaire pendant les premières années suivant l'achèvement de leurs études. La Région Centre se porte candidate à l'expérimentation dans ces domaines dès lors que l'Etat s'y engagera.

Depuis 2006, la Région soutient la création de maisons médicales dans le cadre des contrats territoriaux.

Cette politique s'est amplifiée en 2007 avec l'inscription de crédits complémentaires dans le cadre du CPER 2007-2013, et la mise en place d'un cahier des charges relatif aux Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP).

Celles-ci permettent non seulement d'offrir aux professionnels de santé les conditions d'un exercice regroupé de la santé plus attractif pour les jeunes praticiens, mais également, via la mise en œuvre d'un projet de santé, de favoriser la prévention, le dépistage, les actions d'éducation thérapeutique et le suivi coordonné du patient.

Dans tous les cas des exemples de MSP réussis, et quelle que soit l'ampleur du projet, on note l'implication forte d'un noyau dur de jeunes professionnels qui, au-delà de la mutualisation d'espaces, souhaitent apporter un meilleur service au patient, tant en matière de prévention que de soins.

- La MSP d'Avoine (22 professionnels) se distingue par son implication dans la formation médicale initiale des internes en médecine générale. En effet, le volet universitaire représente un des piliers fondamentaux de cette MSP.
- La MSP de Chatillon/Indre (9 professionnels), s'engage dans un projet de télémédecine et bénéficie d'un cofinancement régional pour la création d'ateliers d'écoute des familles accompagnant des malades atteints de la maladie d'Alzheimer.
- La MSP de Châteaudun (24 professionnels), est adossée à l'hôpital ce qui permet l'association de nombreuses spécialités (6). Tout comme la plupart des autres MSP, celle-ci dispose de professionnels agréés maîtres de stage (au nombre de 3).

La Région s'est donné pour objectif de participer au minimum au financement de 50 MSP d'ici la fin 2013.

Toutefois, force est de constater que les projets déjà financés (23 au titre du CPER, et 8 hors CPER) ne sont pas répartis harmonieusement sur le territoire et que les crédits étant limités dans le cadre du CPER, il devient désormais nécessaire de ne plus financer ces

structures « au fil de l'eau », au risque d'obérer les possibilités de financement pour des projets plus longs à élaborer mais dans des secteurs fortement carencés (comme par exemple l'est du Cher, le Sancerrois, le Montargois, le Pithiverais, la Beauce et l'Indre...).

Le cahier des charges modifié en juin 2011 suite au bilan à mi-parcours du CPER a déjà intégré une distance minimale de 20 km entre 2 MSP.

Néanmoins, cela n'est pas suffisant pour garantir la disponibilité de crédits à moyen terme pour certaines zones prioritaires, l'Etat et la Région ayant trop souvent connaissance des projets quand ils sont déjà très formalisés. L'accent devra être mis sur la réponse aux besoins de santé non couverts

C'est pourquoi je vous propose de prendre plusieurs initiatives dépassant le cadre de la mise à disposition de moyens financiers :

- **Intervenir dans le cadre d'une vision d'aménagement équilibré du territoire régional**

Sur un objectif de 50 MSP d'ici fin 2013, 31 ont été financées fin 2011 (CPER et/ou Contrats de Pays).

Pour les 19 projets nécessaires à l'atteinte de l'objectif régional de 50 MSP, il est proposé de déterminer un maillage optimal tenant compte d'une distance de 20 km entre 2 MSP et des projets déjà financés.

Celui-ci se traduit par la répartition suivante :

	Répartition théorique	MSP déjà financées	MSP à financer
Cher	8	2	6
Eure-et-Loir	9	5	4
Indre	12	11	1
Indre-et-Loire	7	6	1
Loir-et-Cher	6	4	2
Loiret	8	3	5
	50	31	19

- **Engager une démarche prospective et pro active**

Sur cette base, et au regard de territoires carencés sur lesquels aucune initiative n'a jusqu'à ce jour abouti (Ex : Pithiverais, Montargois, Sologne ...), je vous propose que la Région, avec ses partenaires (Etat, ARS, Conseils généraux) rencontre les acteurs locaux (professionnels de santé et élus) afin **de rechercher les voies et moyens pour susciter des projets, favoriser leur accompagnement, et évaluer l'opportunité de leur réserver des crédits.**

Concernant la localisation géographique précise des projets, il est rappelé que, sous réserve qu'une initiative émerge, les pôles de centralité ou les pôles intermédiaires sont à privilégier.

Un intérêt particulier devrait également être porté aux projets de MSP adossés à un « hôpital local » (lits de soins en médecine générale), comme c'est déjà le cas à La Loupe et Châtillon/Indre. Cela pourrait conduire à encourager les projets de Sancerre, Valençay, Montoire/Loir ou encore Briare.

Selon l'intensité du montant des crédits que l'Etat sera en capacité de mobiliser en sus du CPER, l'objectif de 50 MSP pourra être dépassé, la Région ayant la volonté d'aller au-delà, dès lors que les besoins sont avérés.

- **Inscrire les projets dans une démarche territoriale plus globale**

Les MSP, si elles sont au cœur du dispositif de santé notamment en milieu rural, ne constituent pas l'unique réponse au problème de l'insuffisance de praticiens qui, conjuguée à l'âge, pèse lourdement sur l'avenir des territoires.

Elles s'inscrivent dans un territoire sur lequel interviennent déjà différents acteurs de la santé (professionnels de santé, structures hospitalières, EHPAD, structures d'accueil pour personnes handicapées, permanences médico-sociales ...).

Je souhaite rappeler l'attention que la Région portera, dans les mêmes conditions que pour les MSP, aux **centres de santé**, qui assurent les mêmes fonctions mais avec des professionnels médicaux et paramédicaux salariés.

D'autres structures peuvent également être déployées en complément des MSP sur le territoire. C'est le cas des **cabinets médicaux « satellites de MSP » et des pôles paramédicaux** qui viennent compléter le maillage avec un rayonnement certes moindre mais réel et dont le soutien par la Région, dans le cadre des Contrats territoriaux, avait déjà été entériné lors de la communication régionale des 23 et 24 juin 2011.

Ces pôles paramédicaux et cabinets secondaires permettent à la fois le regroupement, avec ou sans médecin, de professionnels paramédicaux, ainsi que l'organisation de consultations de spécialistes ou des permanences de généralistes.

Ils doivent également s'inscrire dans un projet de santé dépassant la simple mutualisation de moyens.

Tout ou partie de ces acteurs et structures peut travailler dans le cadre d'un **pôle de santé pluridisciplinaires (PSP)**, qui appelle à une mise en réseau physique ou virtuelle d'un ensemble de professionnels de santé, et peuvent s'appuyer sur une MSP dans le cadre d'un **projet territorial de santé**.

L'engagement régional :

- Le financement au minimum de 50 MSP ou centres de santé d'ici la fin 2013 ainsi que de 50 maisons médicales complémentaires aux MSP (cabinets médicaux et paramédicaux, cabinets secondaires ...) d'ici à 2020.
- Une vision d'aménagement équilibré du territoire régional tenant compte des besoins de santé, avec une répartition des 19 MSP à financer d'ici 2013 (de l'ordre de 6 dans le Cher, 4 en Eure-et-Loir, 1 dans l'Indre, 1 en Indre-et-Loire, 2 dans le Loir-et-Cher, 5 dans le Loiret), afin de ne pas financer les projets « au fil de l'eau »
- Une démarche pro-active pour susciter des projets dans les territoires prioritaires où il n'y a pas encore d'initiative
- L'encouragement des démarches territoriales permettant de faire émerger des pôles de santé pluridisciplinaires assurant la mise en réseau locale des différentes structures (MSP et autres maisons médicales)
- La mise en réseau régionale par la Région et ses partenaires (Etat, ARS) des acteurs des MSP et autres pôles de santé, dans le cadre d'une Conférence régionale des MSP réunie au moins une fois par an

Comme mis en exergue dans le cadre du SRADDT, les services publics, au premier rang desquels les équipements de santé, notamment hospitaliers, constituent un élément essentiel dans l'organisation spatiale du territoire régional. Leur suppression ou leur affaiblissement s'apparente à un démembrement de la fonction même de pôle.

Aussi, alors que les contraintes budgétaires et le manque de professionnels de santé amènent l'ARS à remettre en cause la présence de certains services dans les territoires, la Région souhaite rappeler son attachement à la présence d'une offre complète de soins dans les pôles de centralité.

C'est ainsi qu'elle soutient les habitants et les élus de la Brenne dans leur mobilisation pour le maintien de la maternité du Blanc.

Dans le même ordre d'idée, la présence en proximité d'équipements d'imagerie médicale (scanners, IRM) est primordiale et soutenue par la Région dans le cadre des Contrats territoriaux suite aux demandes des acteurs locaux (exemples : Gien, Châteaudun, Le Blanc, Vendôme ...).

5) Le défi de la télémédecine

La télémédecine concerne les actes médicaux réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication tout comme l'e-médecine qui a trait au suivi et à la surveillance médicale des patients (ex : visioconférence entre plusieurs praticiens, télé-expertise, dossier médical partagé).

Ces actes permettent :

- de consulter (diagnostic et prescription de soins) à distance entre professionnels de santé (téléconsultation)
- d'être en contact pour le patient ou le professionnel de santé avec les spécialistes pour le suivi et la surveillance du patient (télésurveillance médicale avec interprétation à distance des données nécessaires au suivi médical d'un patient avec possibilité d'automatiser par le patient ou le professionnel de santé l'enregistrement et la transmission des données, télé-dialyse en lien avec le néphrologue, télé-cardiologie avec la transmission des électrocardiogrammes)
- de traiter plus rapidement les urgences (télé-radiologie)
- de solliciter des avis (télé-expertise) entre professionnels de santé (ex : infirmier sollicitant l'avis d'un dermatologue, image à l'appui, sur l'état de gravité d'une plaie)
- de permettre à un professionnel de santé de se faire assister par un praticien pour la réalisation d'un acte (téléassistance).

La mise en œuvre de ces actes médicaux nécessite des équipements spécifiques, par exemple en matière de visioconférence (ex : réunions périodiques en cancérologie entre chimiothérapeutes, radiothérapeutes et cancérologues), en matière de plate-formes d'imagerie (ex : en radiologie) ou d'installation de boîtiers enregistreurs spécifiques (ex : dosage de l'insuline pour les personnes atteintes de diabète).

Compte-tenu de la réelle plus-value que peuvent apporter ces technologies, la Région souhaite accompagner le développement de la télémédecine, non pour remplacer des médecins, mais pour aider aux décisions et à l'analyse des situations avec l'ambition d'une médecine de qualité sur tout le territoire.

La Région Centre est, avec l'Etat, le partenaire des collectivités pour le déploiement des infrastructures numériques. La démarche d'équipement pour permettre la télémédecine

doit s'opérer en lien étroit avec le déploiement des réseaux et notamment du très haut débit.

La mise en réseau des acteurs de la santé est un préalable à la réussite de la télémedecine.

Pour réussir son développement, la Région s'engage à favoriser le raccordement des principaux établissements hospitaliers (avec l'assistance du GIP RECIA) pour leur permettre de bénéficier de débits suffisants pour la transmission notamment d'imagerie médicale.

Dans ce cadre, le GCS Santé Centre adhère au GIP RECIA. Le déploiement du très haut débit devra prioriser les structures de soins (hôpitaux, EPHAD, MSP ...).

Par ailleurs, les équipements liés à la télémedecine, au sein des MSP ou centres de santé par exemple, sont éligibles aux financements régionaux dans le cadre des Contrats territoriaux.

A noter également que la Région a, dans le cadre du Contrat du Pays Dunois, soutenu l'Hôpital de Châteaudun pour la numérisation et l'équipement PACS (*Picture Archiving and Communication Systems*) et RIS (*Radiologic Information System*) de l'imagerie médicale ayant pour objet, non seulement de stocker, archiver, comparer et partager des images, mais aussi, d'en assurer la télétransmission.

L'engagement régional :

- Le raccordement au haut débit des principaux établissements hospitaliers avec le concours du GIP RECIA
- L'équipement Haut débit de l'ensemble des 13 IFSI
- Dans le cadre des Contrats territoriaux, le financement des équipements de télémedecine, notamment dans les MSP et les pôles paramédicaux,

Je vous propose, compte-tenu de l'importance et des enjeux que représente la santé de nos concitoyens, d'approuver le Plan « Urgence Santé » articulé autour des engagements suivants :

En matière d'enseignement supérieur en médecine :

- le financement de l'extension de la faculté de médecine de Tours (12,6 M€ sur 15,25 M€)
- la mise en place de la Communauté hospitalière de territoire sur laquelle le CHU et le CHRO sont mobilisés
- une aide à la réalisation de stages ambulatoires dans les zones faiblement dotées, notamment dans les MSP,
- l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan régional d'accueil des internes visant à faciliter leur intégration professionnelle, personnelle et familiale. Construit avec l'ensemble des acteurs médicaux (ARS, Hôpitaux, Université de Tours, représentants des médecins et internes) et collectivités locales, ce plan permettra de faire valoir la qualité de vie en région (dynamismes économique, culturel et associatif, richesses naturelles et patrimoniales) et garantira à chaque interne une facilité d'installation et de réalisation des stages sur l'ensemble du territoire (accès au logement, à la garde d'enfants, à la vie culturelle etc..).
- Le financement d'une résidence pour internes,
- Le soutien à l'accroissement du nombre d'assistants chef de clinique au CHRO à partir du CHU de Tours pour accroître le nombre d'internes formés sur Orléans
- La création d'un espace d'hébergement au sein des MSP pour l'accueil des étudiants en médecine et des étudiants en soins infirmiers.

En matière de formations sanitaires et sociales :

- Augmenter de 250 d'ici 2020 le nombre d'infirmiers diplômés en agissant à la fois sur la lutte contre les interruptions de formation (+ 100) et sur l'augmentation du quota régional (+ 150) et accompagner l'universitarisation de la formation
- Augmenter de 250 d'ici 2015 le nombre de diplômés aides soignants en agissant à la fois sur l'augmentation de places en formation initiale (+ 125) et le nombre de places en cursus partiel pour des personnes en parcours de validation des acquis de l'expérience (+ 125)
- Augmenter le quota régional des étudiants masseurs kinésithérapeutes de 60 à 90 d'ici septembre 2013
- Ouvrir une école d'ergothérapeutes à Tours avec un objectif de 30 diplômés par an dès 2015.
- Professionnaliser chaque année 1 000 salariés et demandeurs d'emploi sur les métiers liés à la prise en charge de la dépendance à domicile à travers des formations qualifiantes (assistant de vie, auxiliaire de vie sociale) ou des

formations d'adaptation à l'emploi (gérontologie, hygiène, accompagnement de la personne...)

En matière de prévention :

- Des actions ciblées en direction des jeunes (lycéens, apprentis, étudiants)
- Le soutien aux MSP et aux projets territoriaux de santé qui permettent de développer les actions de prévention, de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique

En matière de maillage en premier recours :

- Le financement au minimum de 50 MSP ou centres de santé d'ici la fin 2013 ainsi que de 50 maisons médicales complémentaires aux MSP (cabinets médicaux et paramédicaux, cabinets secondaires ...) d'ici à 2020.
- Une vision d'aménagement équilibré du territoire régional tenant compte des besoins de santé, avec une répartition des 19 MSP à financer d'ici 2013 (de l'ordre de 6 dans le Cher, 4 en Eure-et-Loir, 1 dans l'Indre, 1 en Indre-et-Loire, 2 dans le Loir-et-Cher, 5 dans le Loiret), afin de ne pas financer les projets « au fil de l'eau
- Une démarche pro-active pour susciter des projets dans les territoires prioritaires où il n'y a pas encore d'initiative
- L'encouragement des démarches territoriales permettant de faire émerger des pôles de santé pluridisciplinaires assurant la mise en réseau locale des différentes structures (MSP et autres maisons médicales)
- La mise en réseau régionale par la Région et ses partenaires (Etat, ARS) des acteurs des MSP et autres pôles de santé, dans le cadre d'une Conférence régionale des MSP réunie au moins une fois par an

En matière hospitalière :

- L'accompagnement des volontés locales à maintenir des équipements de proximité

En matière de télémédecine :

- Le raccordement au haut débit des principaux établissements hospitaliers avec le concours du GIP RECIA
- L'équipement Haut débit de l'ensemble des 13 IFSI
- Le financement des équipements de télémédecine, notamment dans les MSP et les pôles paramédicaux dans le cadre des Contrats territoriaux.

François BONNEAU

ANNEXE 1 : AVIS DE LA RÉGION SUR LE PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL DE SANTÉ, SUR LES SCHÉMAS ET SUR LES PROGRAMMES

LE PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL DE SANTÉ

Le Plan stratégique régional de santé, en tant que première composante du Projet Régional de Santé, définit les orientations et les priorités de l'ARS sur l'ensemble de son champ de compétence pour les 5 ans du PRS.

Avis de la Région

Après un rapide portrait de la santé en région Centre, qui a le mérite d'en pointer les principales caractéristiques, (comme la surmortalité régionale en matière de cancer et de suicide et d'accidents de la route), le PSRS fixe des priorités auxquelles la Région souscrit.

Dans le domaine de l'Autonomie :

- Priorité 1 : Améliorer les réponses aux besoins et aux souhaits des personnes en situation de handicap
- Priorité 2 : Améliorer la qualité de vie des personnes âgées
- Priorité 3 : Promouvoir une prise en charge de qualité et sécurisée
- Priorité 4 : Favoriser le choix de vie à domicile

Dans le domaine de la Veille et de la sécurité sanitaire

- Priorité 1 : Garantir un environnement favorable à la santé
- Priorité 2 : Accroître le niveau de sécurité sanitaire en région

Dans le domaine de la Périnatalité et petite enfance

- Priorité 1 : Améliorer les conditions de grossesse et de naissance
- Priorité 2 : Améliorer la santé de l'enfant
- Priorité 3 : Mieux prévenir et prendre en charge les grossesses non désirées

Dans le domaine des Maladies chroniques

- Priorité 1 : Améliorer la qualité de vie des malades chroniques
- Priorité 2 : Renforcer la lutte contre les maladies chroniques ayant le plus fort impact en terme de mortalité et de morbidité

Dans le domaine de la Santé mentale

- Priorité 1 : Diminuer la mortalité par suicide
- Priorité 2 : Améliorer la réponse aux situations de crise
- Priorité 3 : Améliorer la qualité des prises en charge en santé mentale
-

Dans le domaine des Conduites à risques

- Priorité 1 : Prévenir les conduites à risques
- Priorité 2 : Réduire les conséquences des conduites à risques

Néanmoins, on regrettera que les schémas en découlant ne fassent pas suffisamment référence à ces priorités stratégiques et par conséquent la difficulté à appréhender la filiation entre les différents documents.

LE SCHÉMA RÉGIONAL DE L'OFFRE DE SOINS (volet ambulatoire et volet hospitalier)

L'offre de soins ambulatoire et le volet hospitalier qui constituent les deux volets du SROS, visent l'amélioration de l'accès, la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins en structurant et formalisant les articulations entre les différents partenaires ville-hôpital-secteur médico-social.

1) Le volet ambulatoire et biologie médicale du SROS

La Région soutient ces initiatives et se félicite d'un certain nombre de points évoqués dans le PRS concernant notamment la sensibilisation à l'exercice libéral et le développement du réseau des maîtres de stages ; la médecine salariée au sein des centres de santé et le recours à la télémédecine ;

Elle souhaite en revanche apporter des précisions dans la rédaction du document quelque peu ambiguë sur un certain nombre de points évoqués, et ce pour la clarté des débats et la lisibilité de l'action des différentes instances concernées (Etat, ARS et Région).

- **Une présentation ambiguë du zonage de l'ARS :**

Le document indique par territoire les besoins en implantation pour l'exercice des soins de 1^{er} et second recours notamment celles des maisons de santé et détermine (article L1434-7 du code de la santé publique) les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, pôles de santé et centres de santé.

Ce même document fait état également de l'attribution des aides financières des collectivités territoriales (article L 1511-8 du CGCT) et de l'Etat qui se fonderait sur le zonage ainsi défini par l'ARS.

Le document, tel qu'il est rédigé, laisse penser que ce zonage de l'ARS sera opposable aux aides à l'investissement immobilier accordées pour la réalisation de MSP et cabinets médicaux. **Or, ce zonage ne concerne que les aides complémentaires**, notamment en fonctionnement de l'ARS (majorations d'honoraires, aides à l'installation, exonérations fiscales, ...) par ailleurs listées en annexe (page 72).

Si la loi prévoit effectivement l'attribution d'aides en zone déficitaire, le même article (L 1434-7) du CGCT permet également aux collectivités territoriales et à leurs groupements, d'attribuer des aides visant à financer si le besoin est avéré, des structures participant à la permanence des soins, notamment des maisons médicales.

C'est ce qui fonde l'intervention de l'Etat et de la Région exercée dans le cadre du CPER, comme indiqué dans le cahier des charges relatif aux MSP qui a défini les critères de carence déclenchant l'aide qui est attribuée aux projets localisés dans un territoire présentant :

- soit une densité inférieure à 0,6 médecin généraliste (MG) pour 1000 habitants,
- soit une densité de MG comprise entre 0,6 et 0,85, avec une part de + de 55 ans supérieure à 50%
- soit un nombre moyen d'actes supérieur à 6245 par MG et par an
- soit une part de MG de + de 55 ans supérieure à 75%

La Région souhaite donc que ces propos soient clarifiés (notamment pages 7, 25, 35 à 37), que l'intitulé de la carte du zonage ARS (page 40) soit modifié par « Territoires éligibles aux aides financières L1434-7 du code de la santé publique : (majorations d'honoraires, aides à l'installation, exonérations fiscales, ...) » à la place de « Proposition de zone prioritaire d'implantation de MSP et/ou de PSP en région Centre ».

Il est entendu que, à l'intérieur de la cartographie Etat/Région, le zonage de l'ARS (plus restrictif compte-tenu des contraintes budgétaires de l'Etat, qui le limitent à seulement 359 485 habitants : 14% de la population régionale) permettra aux MSP financées par l'Etat et/ou la Région de bénéficier, en sus des aides à l'investissement, des aides sus-mentionnées.

La Région regrette également que le schéma ne précise aucunement comment les indicateurs présentés dans les cartographies des pages 27 à 29 ont été croisés pour aboutir aux zones fragiles proposées.

Par ailleurs, il est souhaité que le schéma ne fasse pas figurer de cartes comportant des projets de MSP, qui pourraient y voir un signe de l'éligibilité de leur demande de financement au titre des aides à l'investissement.

Enfin, il est indiqué page 36 que « L'ARS participe à l'instruction des dossiers et donne un avis plus particulièrement sur le contenu du projet de santé. Toutefois, une évolution de cette instruction des dossiers dans le cadre d'un comité technique régional associant l'Etat, la Région, la Fédération régionale (des MSP) et l'ARS serait favorable à un échange sur les projets à venir et à une vision globale de l'implantation de ces structures. »

Les décisions appartiennent à l'Etat et à la Région et sont prises par le Comité Régional de Programmation Etat/Région, sur la base de l'avis rendu par l'ARS sur le projet de santé, l'ARS pouvant s'appuyer si elle le souhaite sur d'autres partenaires. Toutefois, la Région souhaite participer à la mise en réseau des acteurs des MSP et autres pôles de santé, dans le cadre d'une Conférence régionale des MSP réunie au moins une fois par an.

- **les notions de territoire évoquées à plusieurs reprises, sans grande cohérence et sans définitions claires ou parfois contradictoires**

Si le **territoire de santé** est clairement défini comme le territoire départemental en tant qu'échelon de l'organisation hospitalière et support des conférences territoriales de santé, il n'en est pas de même pour le **territoire de proximité**.

En effet, la notion de territoire de proximité utilisée sous différents vocables est quelque peu confuse et oscille entre « **territoire de projet** » (page 6) et « **bassin de vie** » (p 24). Pour autant, les fonctions du territoire de proximité ne sont pas décrites ni ne précisent à quoi elles peuvent servir dans le schéma.

En fait, la notion de bassin de vie est retenue par l'ARS essentiellement pour la cartographie des zones fragiles (page 25) que l'argumentaire en faveur de cette notion de bassin de vie est indiqué, et on constate ensuite qu'il est essentiellement utilisé pour la cartographie des zones fragiles.

Par contre, **le territoire de projet est présenté comme** « territoire pour l'implantation de nouvelles structures fondées sur le regroupement et la coordination des actions des professionnels »..., une « démarche » débouchant sur une « stratégie » à moyen et long terme pour le territoire impacté », s'inscrivant « dans une véritable politique d'aménagement du territoire ». La description correspond donc en tous points à la maille intercommunautaire (de type pays), voire communautaire si le périmètre est suffisamment large. **Il serait souhaitable que la finalité, qui est semble-il la réalisation d'un projet territorial de santé, soit clairement énoncée.**

Le propos gagnerait à être clarifié en mettant l'accent sur la nécessité d'une taille critique suffisante plutôt intercommunautaire (comme le précise la Région dans sa communication de juin 2011), en tant que support de l'élaboration d'un projet territorial de santé, qui doit, comme pour le projet de santé d'une MSP, intégrer non seulement l'offre de soins mais aussi la mise en réseau des acteurs intervenant sur l'ensemble des domaines de la santé (prévention, sensibilisation, éducation thérapeutique, médico-social, offre de soins).

- **L'action régionale insuffisamment soulignée**

Le document ne pose pas suffisamment le cadre de l'action régionale, qu'il s'agisse de la création de structures médicales, de l'action en matière de sensibilisation à l'exercice libéral, ou des compétences en matière de formation professionnelle.

Concernant la sensibilisation à l'exercice libéral de la médecine et autres professions paramédicales :

Le document évoque page 31, le stage de 6 semaines effectué par les étudiants de 4^{ème} année auprès de médecins généralistes dans des zones faiblement dotées. Les aides attribuées, à ce titre, par la Région ont par ailleurs été portées à 75 € par semaine pour les stages réalisés au sein d'une MSP dans le département d'Indre et Loire et 225 €, pour ceux stages effectués en dehors de ce département. Ces aides ne sont pas mentionnées ce qui est regrettable.

Concernant la formation des personnels de la filière sanitaire et sociale :

Comme le souligne le rapport (page 31, paragraphe 2.2.1), il est nécessaire de sensibiliser plus et mieux les jeunes de la Région sur les professions médicales et paramédicales en développant par exemple des partenariats entre lycées et/ou collèges, les URPS et les instituts de formation. Un certain nombre d'actions possibles peuvent être envisagées : formation du réseau AIO, développement accru des sessions de découvertes des métiers en collège, échanges entre instituts de formation professionnalisant et lycées (à l'exemple de ce qui se développe sur l'agglomération d'Orléans entre 6 établissements de formation).

Sur son champ de compétences, la Région peut être facilitatrice de ce type de projets et inciter à la mobilisation sur cette thématique, de certains partenaires comme l'Éducation nationale (partenaire qui ne figure pas dans l'action n° 2 du plan d'action-page 56) et le Ministère de l'Agriculture.

Il convient par ailleurs de développer l'accueil en stage en milieu rural fragilisé auprès des libéraux (infirmiers et masseurs-kinés) en travaillant sur la « labellisation pédagogique » des lieux de formation.

Les MSP sont un terrain d'expérimentation par excellence en s'appuyant sur un travail commun écoles de formation/ARS/URPS/Région. On ne peut qu'appuyer une présentation soutenue durant le cursus de formation, des métiers d'infirmier et de masseur kinés dans leur diversité d'exercice, (infirmiers à domicile, statut de salarié pour les Masseurs kinés, quels sont les leviers financiers éventuels à actionner pour développer les stages en milieu rural, instituer une rencontre annuelle entre étudiants infirmiers, MK et médecins...).

Concernant le soutien à l'exercice regroupé :

L'engagement fort de la Région dès 2006, puis de l'Etat à partir de 2007, en faveur des MSP, n'est pas mentionné à sa juste mesure. Les pages 35 à 37 mériteraient d'être reformulées afin de mieux situer le rôle de chacun (les collectivités de proximité comme maîtres d'ouvrage, la Région, l'Etat voire les Conseils généraux comme financeurs des investissements, l'ARS comme accompagnateur et producteur d'un avis sur le projet de santé).

Dans l'évocation page 41 des autres modes d'organisation de l'offre de soins de proximité, l'ARS paraît comme le centre d'impulsion des projets de pôles paramédicaux, cabinets médicaux, cabinets secondaires ..., complémentaires aux MSP qui ne constituent pas la seule réponse aux problèmes de désertification médicale.

Le rôle de la Région et de l'Etat, qui financent ces projets depuis plusieurs années et ont mis en place en 2011 un cahier des charges pour préciser leurs modalités d'intervention, est minimisé, pour être seulement évoqué en conclusion.

Une reformulation serait légitime.

La possibilité pour la Région de participer au financement de l'ingénierie nécessaire à la définition d'un projet territorial de santé, pouvant déboucher sur un Pôle de Santé Pluridisciplinaire (PSP) pourrait également être citée.

Le volet biologie médicale n'appelle pas de remarque particulière si ce n'est la crainte de voir la présence territoriale des laboratoires se réduire suite à des refus d'accréditations.

2) Le volet Hospitalier du SROS

Le schéma concernant « l'offre de soins hospitalière », inscrit dans la continuité du SROS 3, fixe les objectifs quantifiés de l'offre de soins en nombre d'implantations de soins et d'équipements par territoire de santé. Il concerne principalement les activités de soins (la médecine, la chirurgie, la périnatalité...), les plateaux techniques (cardiologie, réanimation, soins intensifs, insuffisance rénale chronique, imagerie) et les filières de soins. Le volet hospitalier est opposable aux établissements.

Ces objectifs sont adossés au découpage territorial des 6 départements reconnus en tant que territoire de santé.

Avis de la Région sur le volet hospitalier du SROS

UNE CERTAINE OPACITÉ DU DOCUMENT

- La Région regrette l'opacité du document quand il s'agit de comprendre les évolutions proposées entre le SROS 3 et le SROS 2012 – 2016. Seule la partie liée à l'imagerie médicale décrit clairement les évolutions proposées.

UN RISQUE D'APPAUVRISSMENT DE LA COUVERTURE TERRITORIALE DE SANTÉ

- La Région s'oppose aux menaces qui pèsent sur certains établissements hospitaliers (Le Blanc, Chateaudun, Nogent-le-Rotrou, Amboise et Loches), alors qu'ils jouent un rôle fondamental, tant en termes d'emplois et d'attractivité du territoire, mais surtout en terme d'équité de traitement des malades dont le pronostic vital pourrait être engagé en l'absence d'équipement de proximité
- La Région approuve la programmation de plusieurs hélistations sur l'agglomération d'Orléans ou encore au Blanc, mais considère dans ce dernier cas, qu'il ne peut s'agir que d'un équipement propre à renforcer le rôle de l'Hôpital. A cet égard, la Région affirme sa totale opposition à tout projet de

fermeture de la maternité et de transformation de la chirurgie de première intention en chirurgie ambulatoire au Blanc.

- Concernant la psychiatrie juvéno-infantile, la Région s'interroge sur la signification des « révisions de l'autorisation » détenue par les centres hospitaliers de Châteauroux et de Chinon et fait savoir qu'elle refuserait la remise en cause de ces centres.

UNE VIGILANCE NÉCESSAIRE SUR CERTAINS POINTS

- La Région approuve les orientations liées au développement de l'hospitalisation à domicile, chimiothérapie à domicile, voire au développement des soins ambulatoires, réservés aux cas ne posant pas de difficultés. A cet effet, il est noté page 54 que l'Hospitalisation à domicile, en augmentation (26 887 journées en 2005, 130 867 journées en 2010) est constitué pour 4,5% par le retour précoce à domicile après accouchement, effectivement loin derrière les « soins palliatifs » (22%) et les « pansements complexes » (20%). Une attention particulière doit néanmoins être portée au suivi des mères fragilisées par une situation économique ou sociale précaire.
- La Région souhaite connaître les raisons du décalage entre les « autorisations disponibles » (pages 166 et 167) en matière de scanners (Dreux, Vendôme) ou d'IRM (Dreux, Châteauroux) et l'implantation des matériels, et souhaite savoir si la possibilité d'implanter un 4^{ème} IRM dans le Cher à Vierzon plutôt qu'à Bourges a été étudiée.
- La reconnaissance de la place des associations de malades et d'usagers dans le dispositif de santé (rôle d'information et de soutien des patients de leur entourage) est peu évoquée dans le document si ce n'est sur les maladies chroniques (p 244)

Par ailleurs, le SROS pose la question des territoires infra-départementaux, mais leur définition manque de clarté. Il est fait mention des aires de rayonnement des principales villes centres de chaque territoire de santé (département). Le terme de zone d'emploi est par ailleurs régulièrement utilisé par la suite. Or, la carte figure le périmètre des anciennes zones d'emploi. Il serait utile de préciser ce point.

La Région souligne plusieurs points positifs :

- Création d'une structure d'urgence pédiatrique à Bourges
- Création d'antennes du SAMU comme au Blanc, à La Châtre, à Loches
- Finalisation de la prise en charge de l'urgence de la main à Tours
- Mise en place à Orléans d'un SMUR néo-natal 24h/24
- La mise en place d'au moins une équipe mobile territoriale par département pour gérer les situations de crise psychiatrique
- La création ou finalisation de structures d'accueil des urgences psychiatriques à Chartres, Châteauroux, Tours, Blois, Orléans La Source
- L'autorisation d'un scanner à Issoudun, qui permettra de compléter le maillage en scanner dans le Berry
- La création d'une unité dans le Loiret de 6 lits pour l'accueil en hospitalisation complète et de 3 places de jour, pour les enfants souffrant de handicaps multiples
- La création d'une unité d'hospitalisation complète de 6 à 8 lits pour les adolescents présentant une anorexie mentale

Le SCHÉMA REGIONAL D'ORGANISATION MÉDICO-SOCIALE

Le SROMS apprécie les besoins de prévention, d'accompagnement et de prise en charge médico-sociaux, détermine l'évolution de l'offre sociale et médico-sociale et précise les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de l'organisation médico-sociale.

Le champ d'application du SROMS comprend principalement les établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées ou personnes âgées, les établissements et services pour enfants et adultes handicapés et les établissements et services pour personnes âgées.

Le SROMS s'appuie selon le code de la santé publique, sur les Schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale (relevant de la compétence des Conseils généraux) et les besoins spécifiquement régionaux mentionnés par le PSRS.

Avis de la Région sur le SROMS

D'une manière générale, la création de nouvelles places dans les Etablissements Spécialisés Médicaux Sociaux (ESMS) pose la question de la capacité des organismes à recruter des professionnels, en particulier pour certaines spécialités (par exemple : orthophonie, psychiatrie). La valorisation de la programmation prévisionnelle médico-sociale en emplois, indiquée au sein du PRIAC, traduit l'importance de ces besoins en recrutement d'ici 2013.

Il conviendrait d'articuler davantage le SROMS et le PRIAC pour une meilleure lisibilité des documents notamment en ce qui concerne les correspondances qui peuvent exister entre les objectifs et le programme d'actions chiffré.

Volet enfants et adolescents handicapés

La Région rejoint le constat formulé par l'ARS s'agissant du déficit de connaissance des besoins des personnes handicapées (page 45 : « absence de vision globale et prospective des besoins par défaut de l'existence d'un système d'informations partagé et exhaustif »). Dès lors, il est difficile d'apprécier :

- l'offre en équipements de la région et par territoire, la seule comparaison avec la moyenne nationale n'étant à l'évidence pas suffisante.
- les objectifs quantifiés de création de places par territoire indiqués dans le PRIAC, qui devraient certes « prendre en compte l'expression ascendante des besoins de services collectifs vers le national » (page 2 du PRIAC) mais aussi s'appuyer sur une évaluation précise des demandes des familles et des caractéristiques des handicaps.

En dépit d'un taux d'équipement régional supérieur aux moyennes nationales, certains territoires présentent manifestement des carences. Par exemple, le taux d'équipement de l'Eure et Loir et du Loir et Cher en places installées pour enfants et adolescents présentant un handicap moteur, apparaît comme relativement faible (page 25).

S'agissant du dépistage précoce du handicap (objectif 3 du SROMS, page 51), l'étude sur les Centres d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP) en région Centre, indique un délai d'inscription pour la première phase de soins proche de 6 mois dans certains CAMSP (page 53). Ce délai est particulièrement important. La Région prend note de l'objectif de

renforcement des CAMSP et CMPP avec un objectif de création de 395 places au niveau régional entre 2011 et 2013 (partie 3.1 du PRIAC). Compte tenu de l'augmentation de la durée de prise en charge des enfants, certes non chiffrée (page 55), on peut néanmoins s'interroger sur la capacité de cette offre renforcée à réduire les délais d'accès à la première phase de soins.

Dans un souci de réduction du temps d'accès au CAMSP, la Région approuve l'objectif de création de places (partie 1 du PRIAC) de CAMSP dans certains pôles de centralité (Châteaudun, Nogent le Rotrou, Vendôme, Romorantin, Pithiviers, Gien).

Volet adultes handicapés

En lien avec le schéma présenté page 46 (allongement de la liste d'attente dans les IME, un certain nombre d'enfants et adolescents handicapés ne pouvant intégrer les EMS pour adultes, faute de places), il serait intéressant de connaître le nombre de jeunes adultes dans cette situation.

Concernant l'offre de prise en charge des adultes présentant un trouble du spectre autistique ou un handicap psychique dont les troubles du comportement, au regard du faible niveau d'équipement du Cher (page 39), on peut s'interroger sur le fait que le département du Cher ne soit pas retenu comme prioritaire dans les objectifs opérationnels 6 et 7 (63 à 69).

Compte tenu de l'importance de la prise en charge familiale de la dépendance (personnes âgées, personnes handicapées), la Région ne peut qu'approuver le développement d'actions de formations spécifiques à destination des aidants de personnes en situation de handicap (p 129).

La Région est correctement dotée en structures pour adultes handicapées avec un taux d'équipement régional supérieur à la moyenne nationale notamment en MAS/FAM (p35), même si s'il existe des disparités dans les départements.

La Région attire l'attention de l'ARS sur les impacts en termes d'emploi que génèrent les équipements nouveaux autorisés par l'Etat dans le cadre des appels à projet lancés régulièrement et réitère sa demande de disposer régulièrement d'un tableau récapitulatif recensant les projets autorisés avec leur impact en termes d'emploi.

En effet, l'impact en terme d'emploi (même s'il n'est que prévisionnel) est un indicateur important pour mieux piloter par anticipation l'appareil de formation. Ces informations seront complémentaires de celles que permettront de générer l'observatoire emploi développé à compter de 2012 au sein de l'ORFE.

Par ailleurs, il est regrettable que la Région ne soit pas mentionnée comme partenaire à l'action n° 19-p65 (« Développer le travail partenarial entre institutions MDPH/Education nationale, organismes CFA et CFAS, Cap emploi... entreprises et ESMS dans le cadre de l'insertion professionnelle pour définir des parcours probabilistes »). La Région est en effet le principal financeur du CFAS d'Orléans qui compte aujourd'hui 200 apprentis.

Le SCHÉMA REGIONAL DE PRÉVENTION

Le Schéma de Prévention en tant que composante du PSRS vise à planifier et organiser l'offre en matière de prévention et de promotion de la santé, veille et sécurité au niveau régional et par territoire de santé.

Les domaines d'action sont nombreux et recouvrent un champ très vaste d'activités. Ce champ concerne l'accès aux soins, les addictions, l'éducation par la santé (alimentation saine, activité sportive et physique, dépistage avec les campagnes de vaccinations), les maladies chroniques, la nutrition et phénomènes de dénutrition, les maladies transmissibles, la périnatalité, la prévention et la perte d'autonomie des personnes âgées, la santé environnementale et la santé mentale

Avis de la Région

La Région approuve les mesures engagées pour développer la veille et la sécurité sanitaire à l'échelle régionale. L'ensemble de ces actions doit permettre de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Si le rôle des collectivités territoriales est mentionné comme pouvant également au même titre que l'Etat et l'ARS, porter la promotion de la santé, le document n'illustre pas assez le rôle de ces collectivités, notamment en matière de médecine scolaire.

VAGUSAN (Plan d'action relatif à l'alerte et la gestion des situations d'urgence sanitaires) :

- En matière de veille et de sécurité sanitaire, on ne peut regretter que soit essentiellement abordée la notion de « gestion de crise », la « **gestion et la culture du risque** » n'étant que brièvement évoquée page 19 (pas d'évaluation des démarches conduites (PPI, PPRT), incitation à la mise en place de documents réglementaires), au regard de la situation spécifique de la région Centre en terme d'environnement et de risques naturels technologiques (présence de la Loire et de ses affluents, 4 centrales nucléaires, barrage d'Éguzon) et sans moyens pour appréhender les perspectives. Le risque d'inondation est pourtant un **pilier important du Plan Loire Grandeur Nature** avec une plateforme spécifique sur cet enjeu « prévention des inondations ». La sensibilisation des élus et du public dans la prise en compte du risque dans la gestion des territoires, des aménagements, des activités, des comportements est un objectif majeur. Dans le cadre de la prévention, il est fondamental de s'interroger sur l'accessibilité des centres de soins (et des urgences) en cas de catastrophe technologique et/ou naturelle et particulièrement d'inondation. Par exemple, en cas d'inondation sur le Val d'Orléans, les urgences de l'Hôpital de la Source ne seraient plus accessibles par la route pour les Orléanais. De même, l'accès à l'eau potable pour une partie de la population serait compromis sur la durée de la décrue (captages d'eau dans le Val). Ces éléments pourraient d'avantage être pris en compte dans une démarche de prévention et d'anticipation au sein du schéma.
- Le document indique que la Région compte actuellement 69 installations SEVESO, c'est-à-dire présentant des risques. Indépendamment du nombre de sites, ces risques sont davantage liés à la **concentration** de ces installations à proximité des bassins de vie les plus peuplés (axe ligérien et l'Eure et Loir)

VOLET PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

- Même si elle est évoquée (p 46) par un certain nombre d'actions (p 32 sur les vaccinations, p 36 sur la sensibilisation sur les bonnes habitudes alimentaires avec la suppression de la collation en école maternelle, l'éducation nutritionnelle dans les cantines, la sensibilisation à l'obésité des moins de 6 ans), la médecine scolaire aurait mérité d'être davantage soulignée comme un levier d'action fondamental.
- Le Plan Stratégique pointe l'importance des déterminants environnementaux, avec notamment d'une part l'augmentation des maladies professionnelles reconnues, avec une part importante de travailleurs intérimaires, davantage exposés que les autres (moins bon suivi médical et secteurs plus exposés de l'industrie pharmaceutique, chimique, des transports et de la construction) ; d'autre part les risques liés à l'environnement physique, avec en région Centre une exposition élevée aux nitrates et pesticides. S'agissant de la problématique spécifique des pesticides citée page 37, il est seulement fait référence au plan Ecophyto, et à la sensibilisation des agriculteurs aux risques pour la santé humaine et aux précautions de l'usage des produits phytosanitaires. Une orientation liée au développement d'une agriculture plus respectueuse de l'environnement trouverait toute sa place au sein de ce chapitre du schéma de prévention. Par ailleurs, il est important de souligner l'augmentation des troubles psycho-sociaux liés aux conditions et organisations de travail qui engendrent des souffrances professionnelles affectant la santé mentale.
- Une partie du document est consacrée aux acteurs de la santé (p 44) avec notamment le sujet préoccupant des maladies chroniques (p 30). Toutefois, le lien entre les partenaires concernés et le pilotage des actions n'est pas précisé.
- Bien que le document indique que l'ARS finance des actions au sein des Contrats Locaux de Santé (CLS) et met à la disposition des territoires 6 délégués territoriaux de santé (p 7 du PRAPS), l'animation territoriale et les moyens d'ingénierie, primordiaux dans le domaine complexe de la santé, sont peu évoqués.
- Enfin, l'objectif global affirmé qui vise à « promouvoir la santé sexuelle et reproductive » est partagé par le Conseil régional qui œuvre également dans ce sens à travers son dispositif de promotion de la santé en direction des jeunes et particulièrement des lycéens.
Les actions citées pour atteindre cet objectif rencontrent l'avis favorable du Conseil régional, particulièrement celles dédiées à poursuivre et à renforcer les actions d'éducation à la sexualité et à favoriser l'accès à la contraception chez les jeunes. Cependant, si un partenariat renforcé avec l'ARS est envisageable sur cette action, il est prématuré d'en fixer les modalités sous la forme d'un pass contraception.

LE PROGRAMME RÉGIONAL DE TÉLÉMÉDECINE (2012 – 2016)

Avis de la Région

La Région soutient fortement ce programme dont les objectifs doivent permettre d'améliorer l'accessibilité des habitants à des soins de qualité et le parcours de soins des patients (maintien à domicile, réduction des délais de consultation) et de favoriser la coordination entre les professionnels de santé et les structures de soins ambulatoires hospitaliers et médico-sociaux.

La Région partage la volonté de l'ARS d'une permanence de soins ; néanmoins, elle est attentive à ce **que la médecine ne soit pas réduite à des diagnostics à distance et elle refuse que ce nouveau service s'accompagne d'une baisse des moyens.**

Cette démarche devra se faire en lien avec les établissements de formations médicales (Université de Tours) et sanitaires et sociales (EFSS) pour permettre un partage d'expériences et une acquisition de compétences techniques communes.

La gouvernance de la télémédecine devra s'ouvrir aux collectivités territoriales notamment pour le volet infrastructure et associer les différents acteurs de la formation médicale.

Là encore, on constate que le développement des structures médicales et des équipements se heurte toujours à la pénurie de professionnels de santé dans les secteurs carencés, des radiologues en l'occurrence ce qui a pour effet d'en limiter l'implantation et concentrer ces équipements dans les centres hospitaliers des villes pôles.

Concernant les téléconsultations de proximité que présente le document (p17) en priorité n°1, on peut s'interroger sur le fait que seules entrent dans le champ les 2 priorités nationales du projet de télémédecine que sont la santé des détenus et les EHPAD/HAD. Les MSP, en effet, ne sont pas citées même si ce programme traite également en tant que priorité régionale du schéma ambulatoire, du soutien des exercices regroupés.

Les équipements liés à la télémédecine peuvent être financés par la Région, notamment dans le cadre des MSP et centres de santé.

La Région souligne l'intérêt de la création d'un observatoire régional des activités de télémédecine (p 23) permettant de mesurer l'impact sur les pratiques professionnelles et capitaliser sur les bonnes pratiques.

LE PROGRAMME RÉGIONAL SCHEMA REGIONAL D'ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS DES PLUS DEMUNIS (PRAPS)

La finalité principale du PRAPS est de « permettre aux personnes les plus démunies d'accéder au système de santé et aux différents dispositifs de droit commun qui le compose » (p 7). Il s'agit par conséquent d'un axe majeur dans la mesure où la fracture médicale affecte en premier lieu les plus démunis (notamment les migrants, les Sans Domicile Fixes ou mal logés, les gens du voyage, les jeunes en errance, les détenus et sortants de prison).

Le principal enjeu du PRAPS est de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et de favoriser la promotion de l'égalité devant la santé.

Les quelques données socio-démographiques mettent en exergue :

- un accroissement de la précarité avec des disparités territoriales importantes (département du Cher le plus touché avec un taux d'allocataires du Revenu de Solidarité Active (RSA) de 6,23% (pour 100 personnes de 25 à 64 ans) contre une moyenne nationale de 5,37% (et non 62,3 % et 53,7% comme indiqué dans le document).
- Des écarts de revenus entre catégories socio professionnelles, entre hommes et femmes, entre départements plus ou moins ruraux

Avis de la Région

Au regard des enjeux de cohésion sociale et de solidarité auxquels le PRAPS doit répondre, la Région regrette que les objectifs et actions proposés relèvent essentiellement, sans indication de moyens :

- pour ce qui concerne l'objectif 1, de recensements, d'analyse, d'observations, de définitions de méthodes en vue de définir des actions
- pour ce qui concerne de l'objectif 2, de la coordination des acteurs,
- pour ce qui concerne de l'objectif 3, des actions de repérage et d'accompagnement adapté des publics précaires.

Le document précise par conséquent, dans les modalités de mise en œuvre décrites page 32, que la réalisation effective des actions devra être déclinée dans les territoires de proximité, et qu'elles pourront être accompagnées dans le cadre des Contrats Locaux de Santé.

Parmi les partenaires et opérateurs cités, on note les services de l'Etat, les collectivités territoriales (Région, Départements, Communes) et les régimes d'Assurances Maladie.

Il serait probablement utile de s'appuyer également sur certaines associations (associations caritatives, associations de quartiers, associations d'insertion, associations jeunesse ...) et sur les établissements scolaires.

Par ailleurs, la Région, bien que soucieuse de l'accès des plus démunis à une offre de soins, n'est pas directement concernée par ces actions.

Enfin, on peut regretter la **contradiction entre la finalité du PRAPS et les restrictions récentes en matière d'accès par les immigrés à l'AME** (Aide Médicale de l'Etat) : panier de soins réduit, certains soins soumis à entente préalable, nombre d'ayants-droit limité, droit de timbre annuel de 30 €.

Ces restrictions sont en totale contradiction avec le principe d'assistance médicale aux malades étrangers posé dès 1794, et confirmé de façon constante.

LE PROGRAMME INTERDEPARTEMENTAL D'ACCOMPAGNEMENT DES HANDICAPES ET DE LA PERTE D'AUTONOMIE (PRIAC) 2011-2013

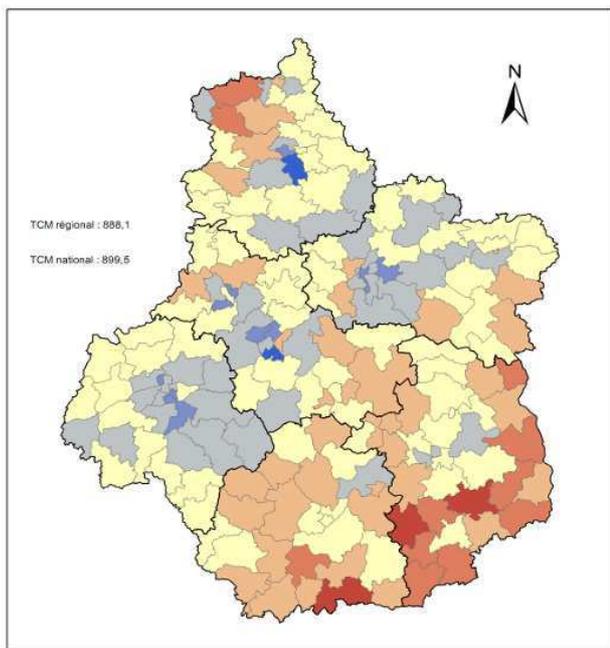
Les orientations arrêtées dans le PRIAC en 2009 et reconduites en 2010 et reprises dans ce Programme 2011-2013 sont destinées aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées.

La Région n'a pas d'observation majeure à formuler sur ce seul document du Plan Régional de Santé dont les actions sont chiffrées et planifiées dans le temps.

La Région s'interroge toutefois sur la discordance entre les constats indiqués dans le Schéma Régional d'Organisation Médico-Social (SROMS) en matière de structures pour personnes handicapées et la création de places programmée dans le document du PRIAC.

En effet, le SROMS fait état d'un taux d'équipement concernant les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) en région Centre, plus faible que la moyenne nationale, taux régional qui devient supérieur en y intégrant les Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM). Alors que dans le même temps, la programmation du PRIAC prévoit la création de places d'accueil en nombre plus important en FAM (78 places entre l'Indre, l'Indre et Loire et le Loiret) qu'en MAS (41 places de MAS réparties entre l'Eure et Loir, l'Indre et Loire et le Loir et Cher).

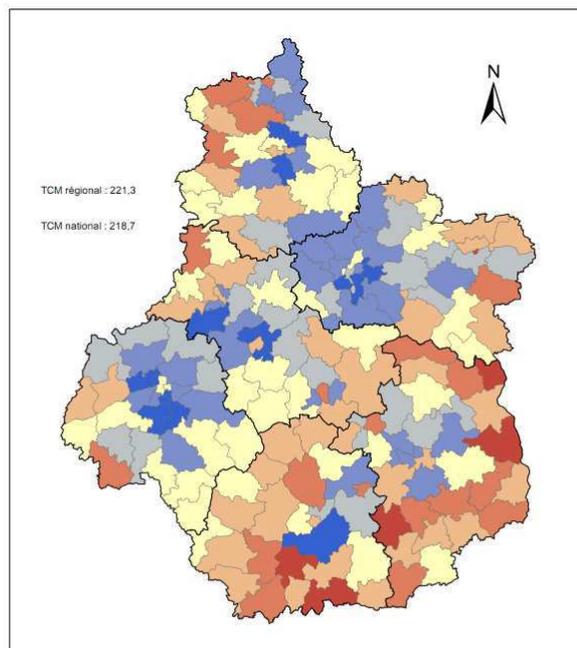
ANNEXE 2 : Cartes extraites du PRS relatives aux disparités territoriales
TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ GÉNÉRALE **TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE**



Taux comparatif de mortalité générale pour 100 000 habitants (2000-2007)

635,9 - 655,9
655,9 - 761,3
761,3 - 866,8
866,8 - 972,2
972,2 - 1077,7
1077,7 - 1183,1
1183,1 - 1223,8

Source : Inseem CépiDc, Insee
Exploitation ORS Centre

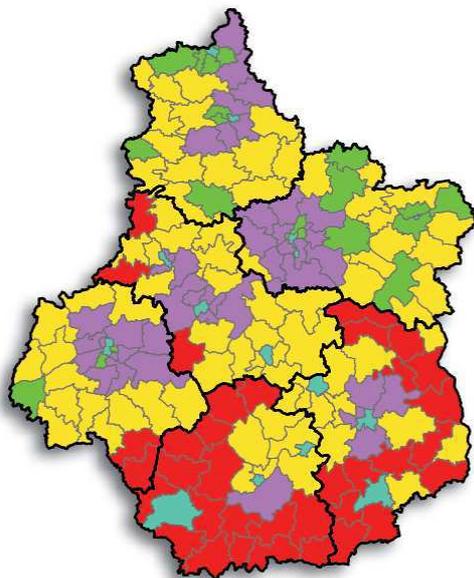


Taux comparatif de mortalité prématurée pour 100 000 habitants de moins de 65 ans (2000-2007)

128,7 - 165,2
165,2 - 198,0
198,0 - 219,0
219,0 - 242,8
242,8 - 272,8
272,8 - 323,7
323,7 - 386,5

Source : Inseem CépiDc, Insee
Exploitation ORS Centre

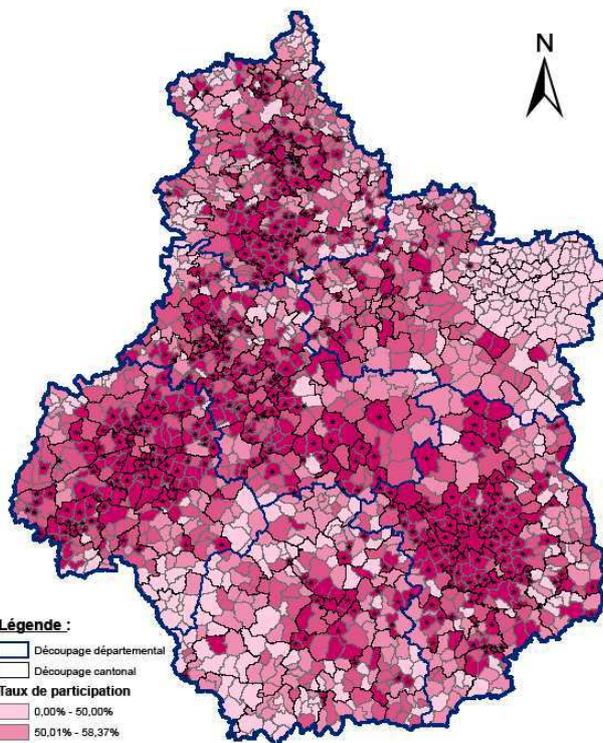
REPRÉSENTATION DES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ



- Classe A** : Cantons socialement favorisés, en sous-mortalité générale et prématurée, avec une offre de soins satisfaisante
- Classe B** : Villes-centres, forts contrastes sociaux, en surmortalité prématurée, très bonne offre de soins
- Classe C** : Cantons avec de fortes proportions de jeunes peu ou pas diplômés, beaucoup de séjours hospitaliers et d'ALD, en sous-mortalité générale, bien équipés en services hospitaliers
- Classe D** : Cantons avec une faible offre de soins, en surmortalité par morts violentes
- Classe E** : Cantons ruraux, en surmortalité générale et prématurée, avec une très faible offre de soins

Source : ORS Centre

Taux de participation communal au dépistage du cancer du sein (2009-2010)



Légende :

- Découpage départemental
- Découpage cantonal
- Taux de participation**
- 0,00% - 50,00%
- 50,01% - 58,37%
- 58,38% - 66,21%
- 66,22% - 100,00%
- Taux de participation ≥ 70%**
- * Taux de participation ≥ 70%

Source : ARS du Centre - IGN®