



Région Centre

Le Président,

Séance plénière des 23 et 24 Juin 2011

RAPPORT DU PRESIDENT

**LA COUVERTURE TERRITORIALE EN MATIERE
DE SANTÉ EN RÉGION CENTRE**

Les différents documents stratégiques élaborés par la Région depuis 2005 ont rappelé que le thème de la santé constitue pour la région Centre un enjeu de taille compte tenu de la situation très déficitaire de son offre de soins. Classée dernière des régions françaises, le Centre manque en effet cruellement de professionnels de santé, au premier rang desquels les médecins généralistes mais aussi les professions para-médicales.

La précédente communication de décembre 2010 mettait en exergue ce phénomène de désertification médicale particulièrement prononcé sur le territoire et faisait état de la volonté de la Région d'amplifier la démarche amorcée en 2006 dans le cadre du groupe de travail « santé et territoire » animé par la Région lors de l'élaboration du SRDES.

Le rapport qui vous est présenté aujourd'hui a pour objet de valider une stratégie régionale pour le maintien d'une offre de soins sur le territoire régional.

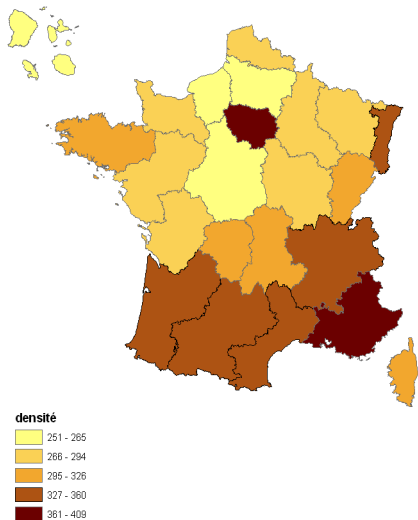
I) PHOTOGRAPHIE ACTUALISEE DE L'OFFRE DE SOINS EN REGION CENTRE

1) Une offre de soins ambulatoires insuffisante

a) les médecins (toutes disciplines confondues)

La carte ci-après (situation au 1^{er} janvier 2010) indique toujours une position très défavorable de la région Centre en matière de densités de médecins (**spécialistes et généralistes confondus**) comparée aux autres régions (source : DREES-fichier ADELI).

Densité de médecins
par région au 1er janvier 2010

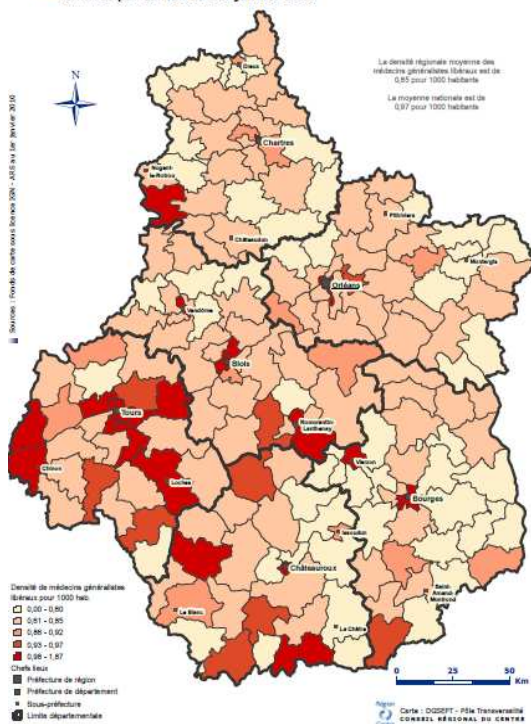


La région Centre occupe toujours, en effet, l'avant dernière place des 22 régions françaises (hors DOM) avec une densité (2,63 médecins pour 1000 habitants) bien inférieure à la moyenne nationale (3,34), la région Picardie étant la plus mal dotée (2,54 médecins pour 1000 habitants).

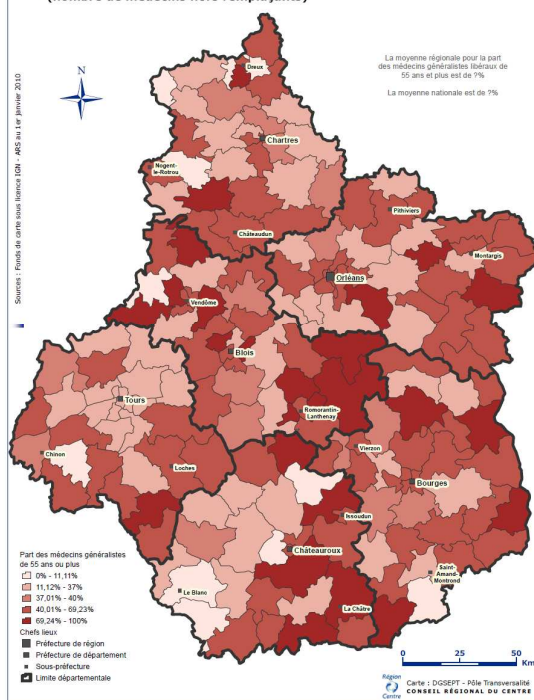
L'âge moyen des médecins (généralistes et spécialistes confondus) en région Centre est un des plus élevés (51,3 ans) en France métropolitaine avec une moyenne de 51 ans (dernier rang) pour les généralistes et 51,7 ans pour les spécialistes (19^{ème} rang).

En ce qui concerne les **médecins généralistes libéraux**, la région Centre occupe désormais le dernier rang des régions françaises métropolitaines, avec une moyenne de **0,92 médecins généralistes pour 1 000 habitants** contre une moyenne nationale de 1,095, la région Picardie occupant désormais l'avant dernier rang (0,944) (fichier ADELI).

Densité de médecins généralistes libéraux (hors remplaçants) pour 1000 habitants (pop. 2008)
Chiffres par canton au 1er janvier 2010



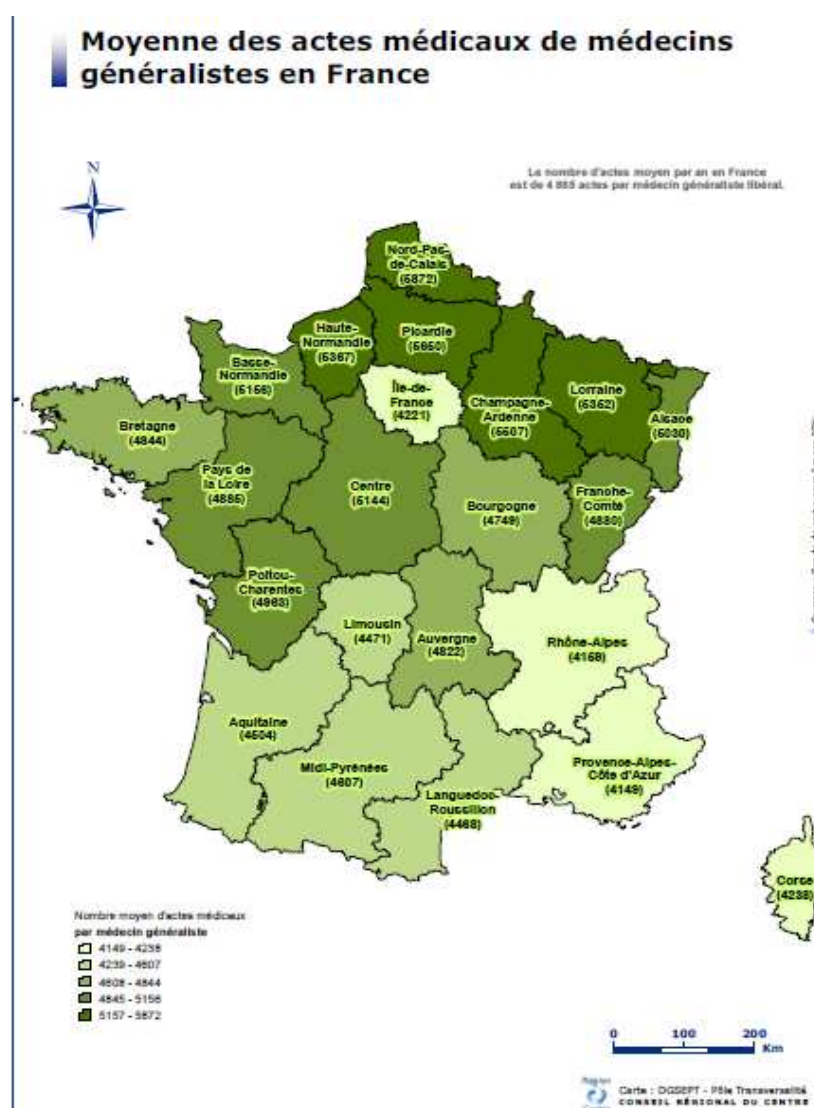
Part des médecins généralistes libéraux de 55 ans et plus au 1er janvier 2010 par canton
(nombre de médecins hors remplaçants)



Les statistiques de l'ARS concernant les médecins généralistes omnipraticiens incluant les médecins à exercice particulier (homéopathes, acupuncteurs, allergologues) **hors médecins remplaçants** (cartes ci-dessus), qui permet d'apprécier réellement le service rendu aux habitants en médecine ambulatoire, indique une densité régionale de **0,85 pour 1 000 habitants** contre une **moyenne nationale de 0,97** (fichier assurance maladie au 1^{er} janvier 2010).

La densité de médecins n'est pas le seul indicateur pour caractériser l'offre de soins. En effet, il convient de ne pas seulement étudier l'offre mais également la demande.

Celle-ci est corrélée à l'âge de la population et à l'état de santé général de la population, avec des pathologies variées.

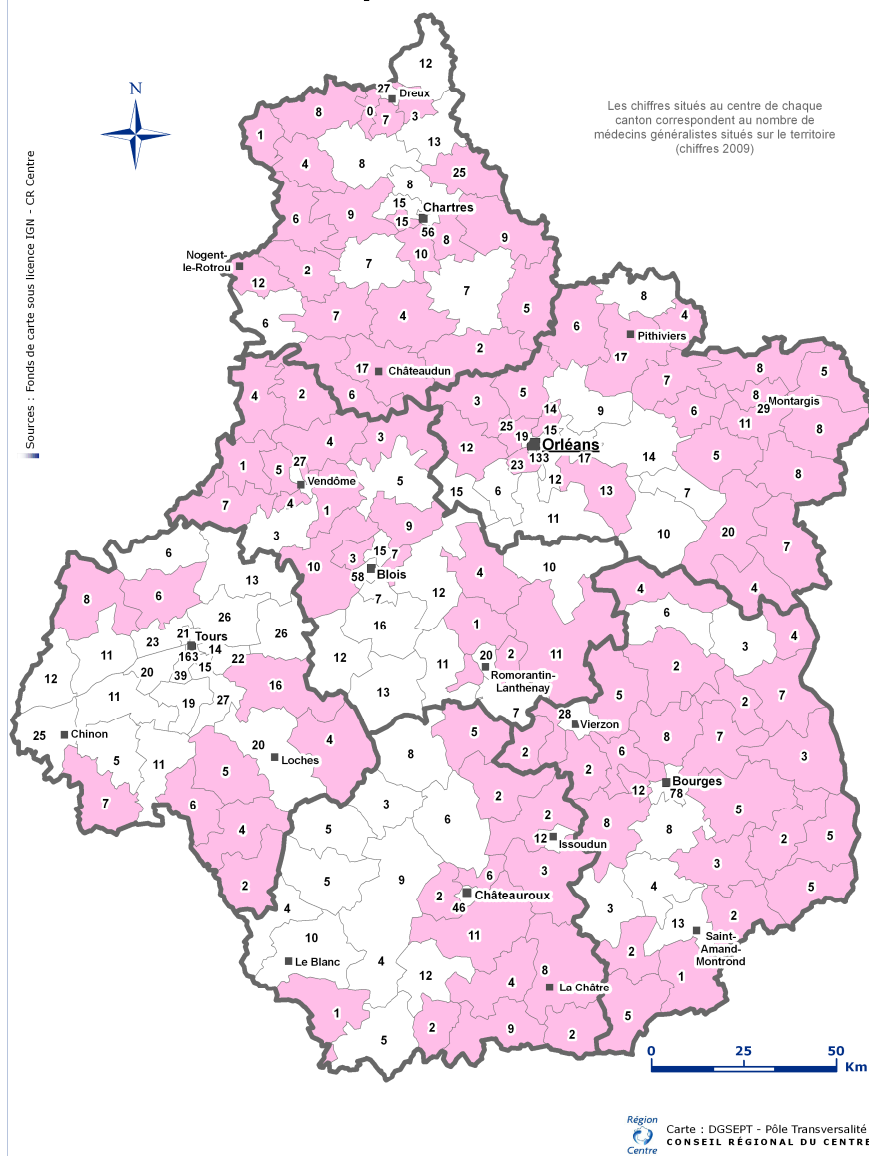


Le nombre d'actes réalisés annuellement par les professionnels de santé permet d'apprécier l'intensité des sollicitations dont ils sont l'objet.

En France, un médecin généraliste effectue en moyenne 4 865 actes chaque année.

En région Centre, cette moyenne est de **5 144 actes par an**, 6 régions enregistrant un « score » plus élevé.

Médecins généralistes : cartographie synthétique des territoires les plus carencés



A noter le nombre mentionné sur chaque canton qui indique, en valeur absolue, le nombre de médecins généralistes, et par conséquent les secteurs où il peut s'avérer difficile de réunir un noyau de professionnels pour porter un projet de santé.

Une trentaine de cantons (sur 184) comptent entre 0 et 2 médecins.

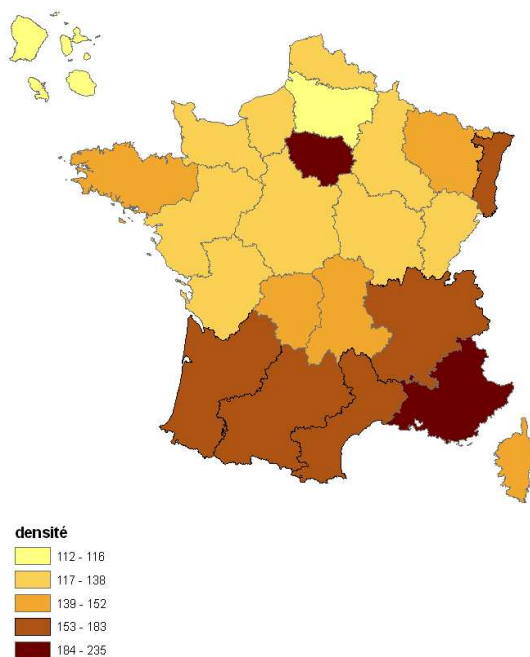
En synthèse, la carte ci-dessus présente une cartographie des territoires les plus carencés en médecins généralistes libéraux, au regard de critères de densité (qui reflètent l'offre), du nombre d'actes (indicateur illustrant les besoins), l'âge des médecins (indicateur de tendance). Il s'agit des cantons présentant :

- soit une très basse densité : inférieure à 0,6 médecins généralistes pour 1000 habitants (hors remplaçants) : ces cantons se situent donc en-deçà des $\frac{3}{4}$ de la moyenne régionale (0,85)
- soit une densité comprise entre 0,6 et 0,85 avec une part de généralistes de plus de 55 ans de plus de 50%
- soit un nombre moyen d'actes par généraliste supérieur à 6 245 par an (moyenne régionale 5 144)
- soit une part de médecins généralistes de plus de 55 ans, supérieure à 75%

Ces territoires très carencés concernent 105 cantons et plus d'1 million d'habitants, dont une dizaine de cantons localisés dans une agglomération, pour plus de 200 000 habitants.

Concernant en particulier **les médecins spécialistes**, la région est également, avec une densité de 1,30 pour 1000 habitants contre une moyenne nationale de 1,72, placée en queue de peloton, au 20^{ème} rang des régions françaises à égalité avec la Champagne Ardenne (1,3) et devant les régions de Haute Normandie (1,28) et de la Picardie (1,16).

Densité de spécialistes
par région au 1er janvier 2010



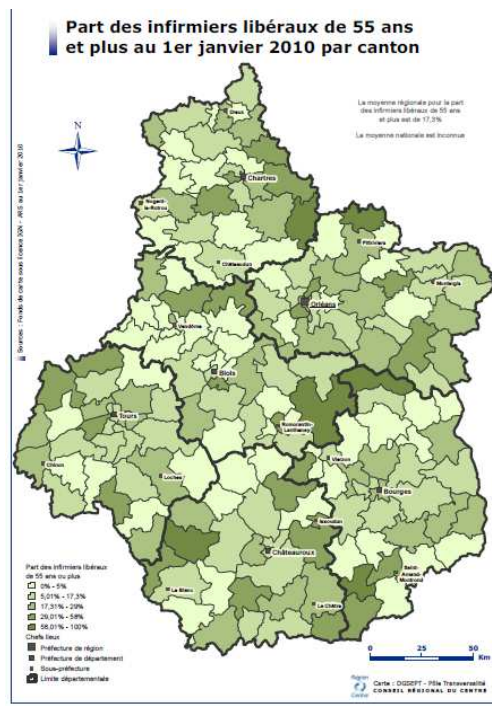
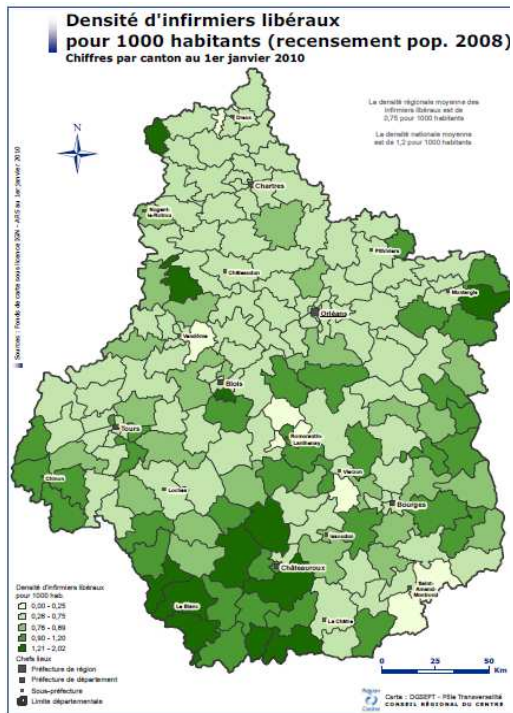
La rareté de l'offre de soins concerne la plupart des **spécialités** de médecine, dont certaines enregistrant des densités médicales inférieures aux moyennes nationales : de 10 à 20% pour les cardiologues, pédiatres, psychiatres, gastro-entérologues, et de plus de 20% pour les gynécologues, anesthésistes, chirurgiens, ophtalmologistes, neurologues, dermatologues, pneumologues, rééducation physique.

A noter que **53% des spécialistes ont plus de 55 ans** en région Centre contre 41,3% en France métropolitaine et que les plus âgés d'entre eux sont gynécologues (70,8% contre 57,4% en France), chirurgiens (50% contre 40,1 %) ou pneumologues (46% contre 33,3%).

b) En ce qui concerne le secteur para-médical, la situation n'est guère plus brillante :

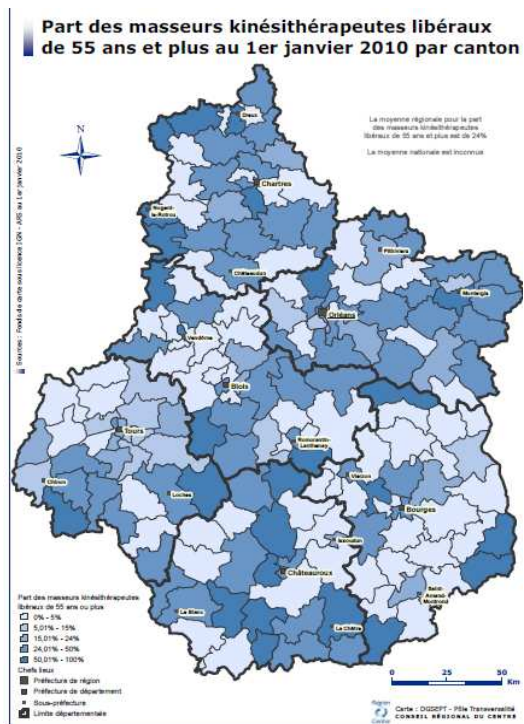
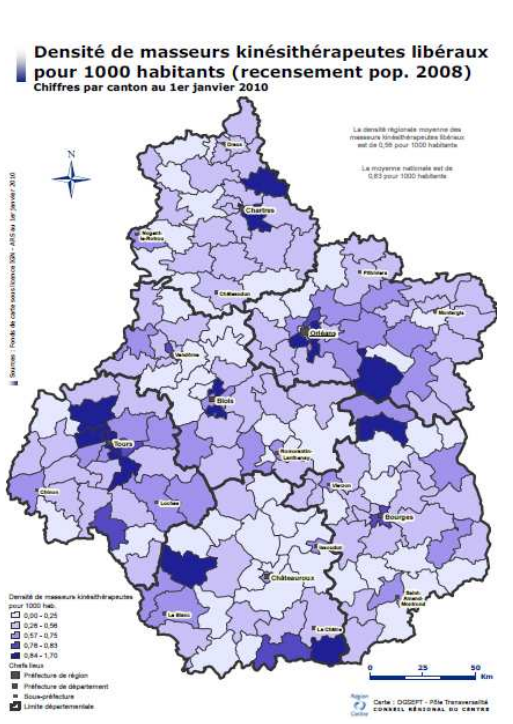
- La densité régionale des **infirmiers libéraux** de 0,755 pour 1 000 habitants (0,66 hors remplaçants) en 2009, dont 18% ont plus de 55 ans, se situe largement en dessous de la moyenne nationale (1,2).

Si le département de l'Indre est plutôt bien desservi, ceux de l'Eure et Loir et du Loiret (diagonale Orléans, Pithiviers et Montargis) et dans une moindre mesure, de l'Indre et Loire (secteurs de Château-Lavallière et de Château-Renault) sont les plus concernés par cette diminution d'effectifs. 35 cantons enregistrent les densités les plus faibles (inférieures à 0,52 pour 1 000 habitants).

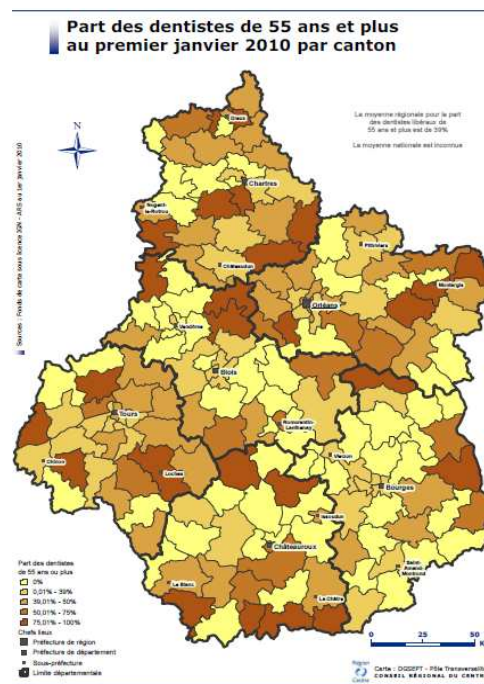
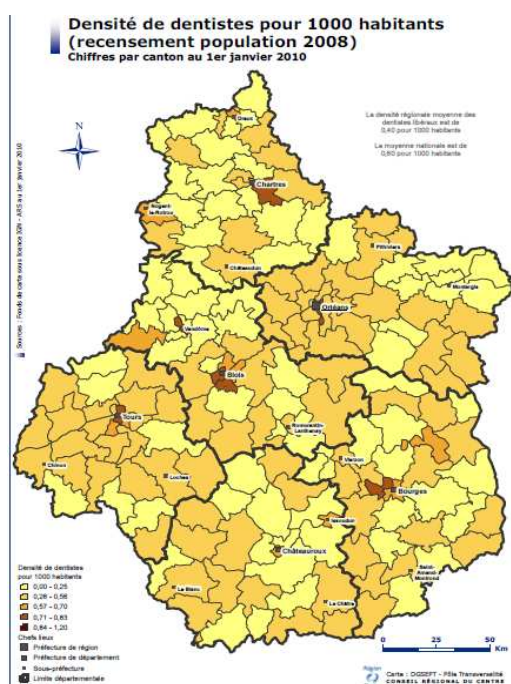


Si, compte-tenu notamment de l'augmentation des soins à domicile, la densité d'infirmiers a progressé depuis 2000 sur l'ensemble du territoire national (+25,3%), il faut noter que cette progression en région Centre est la plus faible de France (+ 8,5%).

- De même pour les **masseurs-kinésithérapeutes** dont 1/4 a plus de 55 ans, on constate que les départements du sud et de l'Eure et Loir, sont particulièrement déficitaires, cette profession étant concentrée essentiellement dans les départements plus peuplés de l'Indre et Loire et du Loiret avec une densité régionale (0,56) très éloignée de la moyenne de la métropole (0,83).



- En ce qui concerne les **chirurgiens dentistes**, la situation n'est guère plus enviable. La région Centre est la 2^{ème} région française où la baisse de la densité des chirurgiens dentistes a été la plus forte (- 11,4%) entre 2000 et 2009 après la région Île de France (- 13,6%). Avec une densité de près de 0,40 pour 1 000 habitants contre une moyenne nationale de 0,60, la région centre se classe en 19^{ème} position. Ce phénomène touche surtout les départements de l'Indre, du Cher et dans une moindre mesure, le département de l'Indre et Loire.



2) Une offre de soins hospitalière structurée et graduée

L'offre de soins en médecine hospitalière repose sur 4 niveaux répartis en 2 grandes catégories :

Une 1^{ère} catégorie d'établissements dits « de référence » caractérisée par le niveau de prise en charge des patients et une plus grande diversité des soins :

- Les 2 Centres Hospitaliers de niveau régional, localisés dans les métropoles de Tours (CHU) et d'Orléans (CHRO). Ces établissements assurent la totalité de la prise en charge quelle que soit la pathologie concernée, et peuvent déporter des consultations spécialisées vers d'autres types d'établissements. Ce niveau régional constitue le pivot sur lequel s'articulent les différentes coopérations et réseaux.
- Les 6 centres hospitaliers de rayonnement de type départemental voire infradépartemental, localisés dans les autres agglomérations régionales (Chartres, Dreux, Montargis, Blois, Châteauroux et Bourges). Ce niveau répond à la très grande majorité des besoins d'hospitalisation et de consultations externes, participe aux réseaux de soins, déporte également des consultations spécialisées vers des établissements de proximité.

Une 2^{ème} catégorie concerne les établissements dits « niveau de proximité » en tant que « satellites » des établissements de référence :

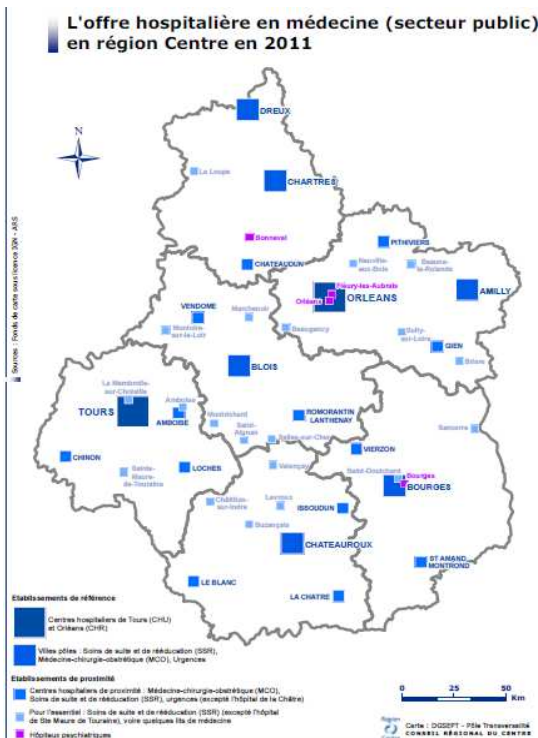
- Les 14 hôpitaux de proximité localisés dans des pôles de centralité (Vierzon, St Amand Montrond, Châteaudun, Nogent le Rotrou, Issoudun, Le Blanc, La Châtre, Amboise, Chinon, Loches, Romorantin, Vendôme, Pithiviers et Gien). Ce niveau prend en charge les patients en dehors des complications nécessitant un recours à un niveau plus élevé. Il s'appuie sur un plateau technique adapté à ses missions et participe également aux réseaux de soins.
- Les 18 unités de médecine (ex-hôpitaux locaux) et 3 maisons de repos et convalescence (MRC). Ces unités ne possèdent plus que quelques lits médicaux et assurent pour la quasi totalité d'entre eux (excepté Ste Maure de Touraine), les soins de suite et la médecine-chirurgie-obstétrique. Ces unités font office également de structures d'accueil médico-sociales pour personnes dépendantes plus ou moins médicalisées (EHPAD) et Services de Soins à Domicile (SSIAD).

Jugée plutôt d'un bon niveau, l'offre de soins hospitalière en région Centre est considérée comme bien organisée et articulée pour les 117 établissements de santé dont 49 sont de statut privé à but lucratif.

L'ARS met l'accent sur une répartition assez harmonieuse des structures au sein des territoires, et des niveaux de prises en charge bien gradués, organisés en filières et réseaux entre les structures médicales de référence (dans les agglomérations) et les centres hospitaliers de proximité (pôles de centralité).

Par ailleurs, l'ensemble des départements de la région dispose également d'une offre de soins en Hospitalisation à domicile (HAD).

Toutefois, l'organisation des soins en région Centre est influencée par l'attractivité de l'île de France (notamment pour l'Eure et Loir et le Loiret), renforcée par la situation excentrée du CHU de Tours, et souffre de la faiblesse de la démographie des professionnels de santé susceptible de compromettre, sur certains territoires, la pérennité de certaines activités de proximité.



On notera que, en ce qui concerne la cancérologie, 11 établissements accueillent des unités de soins (les 8 grands hôpitaux et ceux des villes pôles de Loches, Romorantin, Vendôme et Gien).

Dans le domaine de l'imagerie, les 8 agglomérations régionales sont équipées (secteur privé et public confondus) d'un IRM et d'un scanner et seuls 2 (Issoudun et La Châtre) des 14 pôles de centralité ne disposent pas de scanner.

La répartition géographique de ces équipements sur le territoire régional pose la question de leur accessibilité, notamment à l'ouest de l'Eure et Loir et le nord de l'Indre.

- En matière d'Imagerie : Depuis 2002, le nombre des scanners a presque doublé (32 dont 18 en établissements publics) de même que les IRM (de 11 à 28), permettant une meilleure couverture du territoire et d'améliorer les délais de rendez-vous.

- En matière de soins de suite et de réadaptation (SSR) : Le taux d'équipement régional est inférieur à la moyenne nationale (15,6 contre 16,6 pour 10 000 habitants), même si la capacité d'accueil de ces structures qui ont pour but de faciliter le retour des patients à leur domicile après une hospitalisation, a progressé sensiblement depuis 2000 en nombre de lits (+11,4% contre +6,1% en France).

- Concernant l'offre hospitalière pour les accouchements, la médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et la psychiatrie : Si le nombre de lits destiné aux accouchements est supérieur à la moyenne nationale (23,3 contre 22 pour 1 000 accouchements), celui relatif aux soins de courte durée est inférieur (36,5 pour 10 000 hab. contre 38,6 en France), la psychiatrie se situant quant à elle, dans la moyenne nationale (13,3 lits pour 10 000 hab. contre 13,2 en France).

- En matière d'hospitalisation à domicile (HAD) : Proche du taux d'équipement national (1,6 contre 1,7 pour 10 000 hab.), la capacité d'accueil en région Centre de ces structures qui assurent la prise en charge d'un patient en soins palliatifs et pour les « pansements complexes » (ulcères, escarres, brûlés...), a fortement augmenté entre 2005 et 2009 (+ 333,7% contre une moyenne nationale de + 83,3%) plaçant la région Centre en 2^{ème} rang des régions ayant le plus progressé.

3) l'offre médico-sociale

En ce qui concerne les personnes âgées

Les établissements sanitaires comprennent, la plupart du temps au sein des EHPAD, des structures d'accueil de jour et d'hébergement temporaire (d'une durée limitée pouvant aller de quelques semaines à quelques mois), qui permettent de répondre momentanément à certaines situations (isolement, travaux de rénovation du logement, absence des aidants, période de transition entre une hospitalisation et le retour à domicile ou dans l'attente d'une place en maison de retraite...) et de soulager les aidants.

La région Centre apparaît globalement bien équipée en places :

- de Services de Soins Infirmiers à domicile (SSIAD) avec un taux (19 places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus) supérieur à la moyenne nationale (18,48)
- et d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD, accueil de jour et hébergement temporaire), avec un taux supérieur (112,63 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus) à la moyenne nationale (93).

En revanche, en ce qui concerne les structures autonomes d'accueil de jour et d'hébergement temporaire hors EHPAD, la région enregistre un retard dans le développement de ces modes d'accompagnement.

- 307 hébergements complets en EHPAD (26 509 places) dont plus de 40% sur l'Indre et Loire et le Loiret,
- 9 établissements d'hébergement temporaire (HT) autonomes, répartis sur l'ensemble des départements exceptés dans le Loir et Cher et l'Eure et Loir,
- 112 structures d'hébergements temporaires en EHPAD situés pour les 2/3, dans le Loiret (30), le Cher (24) et le Loir et Cher (19),
- 7 centres d'accueil de jour (AJ) implantés uniquement sur 3 départements (Indre et Loire, le loir et Cher et le Loiret),
- 68 structures d'accueil de jour en EHPAD répartis de façon assez équilibrée sur l'ensemble des 6 départements excepté celui de l'Indre (4 structures).

Le phénomène du vieillissement de la population plus accentué que la moyenne nationale (9,6% contre 8,3% de plus de 75 ans) en région Centre, a pour conséquence une augmentation du nombre de personnes âgées physiquement fragilisées. Plus de 50 % des résidents en maisons de retraite le sont dans des structures médicalisées (EHPAD) et l'âge moyen d'entrée dans ces établissements est de plus en plus retardé (86,7 ans pour les femmes et 82,2 ans pour les hommes).

Il peut être rappelé que la région Centre soutient dans le cadre des contrats territoriaux, du CPER et des conventions Région-Département, un certain nombre d'initiatives en matière de maintien à domicile (services à domicile avec le portage de repas, téléalarmes), des structures pour personnes âgées valides avec les MARPA (parties collectives), des moyens de transport adaptés (Transport à la Demande -TAD), acquisition et agencement de véhicules pour personnes handicapées.

En ce qui concerne les personnes handicapées

La région Centre est caractérisée par une proportion de bénéficiaires de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) de 15 pour 1000, proche de la moyenne nationale (16 pour 1000) avec toutefois des disparités infra régionales avec 2 départements au-dessus de la moyenne nationale (l'Indre : 24,4 pour 1000, et le Cher : 18,2 pour 1 000).

Le niveau d'équipement de la région est jugé satisfaisant en structures d'hébergement (212 établissements et services représentant 7 489 places), de type :

- foyers d'hébergement (FH) : pour des adultes handicapés exerçant une activité dans la journée en milieu ordinaire, dans un ESAT ou entreprise adaptée)
- foyers de vie ou foyers occupationnels : pour des handicapés ne pouvant plus exercer d'activités professionnelles y compris dans une entreprise adaptée
- et foyers d'accueil médicalisés (FAM), pour des personnes moins dépendantes que dans les MAS mais nécessitant néanmoins l'aide d'une tierce personne

Par contre, la région est moins bien pourvue en maisons d'accueil spécialisées (MAS) avec un taux d'équipement inférieur à la moyenne nationale (0,59 places contre 0,70 pour 1 000 habitants) et de fortes disparités régionales allant de 0,06 pour le Cher à 0,63 pour l'Indre (sources du PRIAC-31 /12/2009).

Les MAS sont des établissements médico-sociaux financés en totalité par l'assurance maladie. Ces établissements reçoivent des personnes privées d'un minimum d'autonomie et atteintes d'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave ou gravement polyhandicapées. Leur état nécessite le recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante, une surveillance médicale et des soins constants.

* * * *

Face aux besoins de sa population et aux perspectives peu réjouissantes d'une démographie médicale qui ne cesse de se détériorer, la Région a, lors de la séance plénière de décembre 2010, affirmé sa volonté de poursuivre l'action initiée en 2006 et d'amplifier la démarche en se fixant les objectifs suivants :

- Maintenir un niveau d'intervention significatif en direction des Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP),
- Inscrire la création des MSP au sein d'un véritable projet territorial de santé
- Accompagner l'émergence de projets collectifs et la mise en réseau d'acteurs dans le domaine de la santé
- Développer de véritables partenariats

II) LA STRATEGIE REGIONALE DE SANTE (2011 – 2014)

Les politiques publiques pour répondre à la question de la présence médicale ne peuvent proposer une réponse monolithique.

Elles doivent s'appuyer sur un éventail d'actions complémentaires :

- en matière de formation des professionnels médicaux et paramédicaux
- en accompagnant les jeunes professionnels en vue d'une répartition harmonieuse sur le territoire régional (stages, logement ...)
- dans le développement de structures médicales hiérarchisées, accueillant des professionnels libéraux voire salariés
- par un équilibre entre le déplacement du professionnel et le déplacement du patient : mise en place de transports de type transports à la demande performants connectés aux MSP et autres structures médicales, recours accru aux Technologies de l'information et de la Communication
- par la mise en réseau des professionnels médicaux et paramédicaux autour de projets territoriaux de santé.

1) Formations sanitaires et sociales

La loi du 13 août 2004 a transféré aux Régions des compétences en matière de formations sanitaires et sociales (financement des écoles et instituts de formation sanitaire et sociale, bourses d'étude, définition de schémas régionaux).

La question de la présence médicale et paramédicale dans les territoires ne peut se dissocier de la question de l'offre de formation en région.

Il apparait à cet effet nécessaire de :

➤ **poursuivre la modernisation des locaux liés à l'évolution des formations et à la prise en compte de nouvelles formations**

Un diagnostic patrimonial a permis à la Région d'identifier les besoins en matière de réhabilitation de locaux d'enseignement afin de définir un Programme Prévisionnel d'Investissement prenant notamment en compte **le câblage au très haut débit** de tous les instituts de formation et **le besoin de nouvelles formations..** En effet, la nécessité de mise en place de nouvelles formations **ou de l'évolution de celles existantes** en lien avec les besoins des populations **doit être prise en compte.**

➤ **compléter la couverture territoriale en matière de formations sanitaires et sociales**

La répartition géographique des écoles d'aides-soignants **et d'une façon plus générale des formations de niveau V** (auxiliaire de vie sociale, aide médico psychologique notamment), mérite d'être complétée par l'implantation de formations dans certains pôles de centralités tels qu'identifiés dans le SRADDT **où ces formations sont absentes. Les possibilités offertes par des partenariats d'organismes ou la formation à distance devront être exploitées.**

De la même façon, l'offre de formation médico-sociale pourrait être complétée à Bourges par la mise en place d'un Pôle de formations sanitaires et sociales.

➤ **Etendre au secteur public la voie de l'apprentissage pour les étudiants infirmier** de 3^{ème} année en s'appuyant sur l'expérimentation en cours dans le secteur privé

➤ **Sensibiliser les professionnels paramédicaux à l'installation en milieu rural, notamment dans les MSP**

2) Conditions d'accueil et d'exercice des jeunes professionnels de santé (logement, bourses, mobilité, tuteur)

La difficulté principale pour faire face à la désertification médicale est bien de pouvoir faire venir de jeunes praticiens sur le territoire, encore faut-il le faire connaître et faciliter pour ce faire, la découverte par les étudiants de l'exercice en milieu rural, notamment au sein des MSP.

59,6% des médecins ayant eu leur diplôme en région Centre, exercent dans cette région ce qui traduit une évaporation de 40 % des professionnels de santé partis exercer dans d'autres régions. Seules les régions Picardie (59,2 %) et Limousin (54,2 %) ont des taux moindres. La moitié des 40,4% restant exercent dans les régions voisines (île de France (8,8%), Pays de la Loire (7,4%), Poitou Charentes (4%).

A noter également la réputation de la faculté de médecine de Tours, qui attire des étudiants venus d'autres régions.

Par ailleurs, 41,8 % des médecins exerçant en région centre, ont obtenu leur diplôme dans notre région, soit 58,2% ayant obtenu leur diplôme hors région, presque également répartis dans toutes les régions.

En tout état de cause, au-delà de l'éventuelle augmentation du numerus clausus à Tours, il est admis que les jeunes médecins sont de moins en moins attirés par l'exercice libéral de la médecine (de l'ordre de 10% seulement) mais davantage vers le salariat, et que s'ils envisagent la voie libérale, ils s'orientent souvent vers le statut de médecin remplaçant, moins contraignant.

Enfin, quand ils s'installent, ils ne souhaitent pas exercer de façon isolée mais préfèrent le travail en équipe, et craignent fortement l'installation en milieu rural.

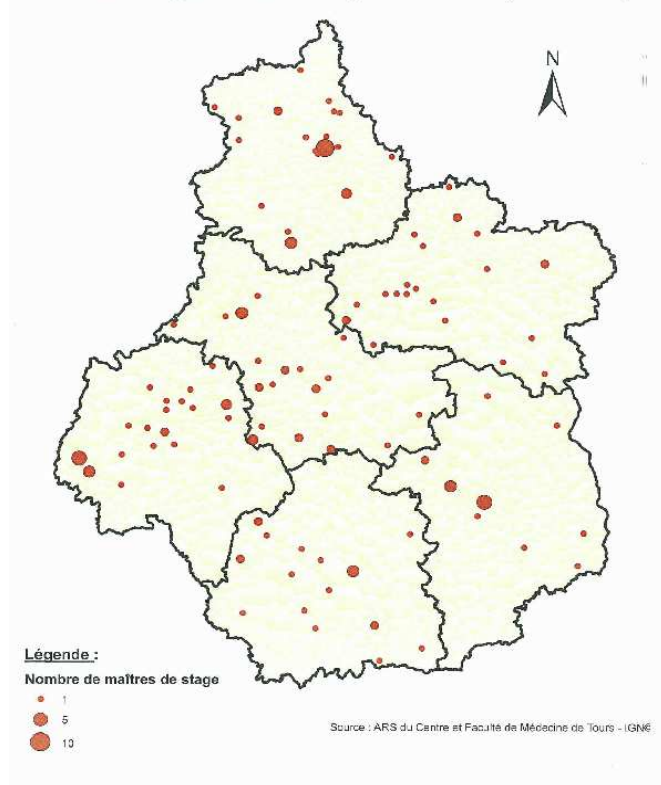
La réalisation de stages en milieu rural est un des moyens de leur faire découvrir la richesse professionnelle que peut constituer la médecine dans des petites villes hors agglomérations.

Afin de limiter les frais des stagiaires, inhérents au double logement et aux déplacements, l'exigence d'un **logement meublé** et la prise en charge de ces déplacements permettraient de faciliter l'accueil de stagiaires et à terme, leur installation. Afin que le stage soit concluant, il convient évidemment qu'il se déroule en se rapprochant des conditions relativement attractives, comme au sein de cabinets médicaux ou de MSP.

Les collectivités doivent donc se mobiliser pour que ces structures d'hébergement existent à proximité des maîtres de stage, au sein de la MSP, ou dans les communes avoisinantes.

En particulier, les logements de type Foyer de Jeunes Travailleurs, logements pour apprentis, intermédiation locative financés par la Région doivent pouvoir être recensés et communiqués aux candidats stagiaires.

Répartition des maîtres de stage de médecine générale en région Centre (Mai 2011)



L'accueil de stagiaires passe également par une répartition harmonieuse des maîtres de stage sur le territoire régional, et notamment au sein des MSP. A noter d'ailleurs que leur nombre tend à se développer dans une période récente.

La présence de médecins maîtres de stage dans 11 MSP (à Avord, Mehun-sur-Yèvre, Chateaudun, Bailleau-l'Evêque, Buzançais, Chatillon-sur-Indre, Ecueillé, Avoine, L'Ile Bouchard, Montrichard et Oucques) est à souligner.

A noter que le département du Cher, ne dispose pratiquement pas de maîtres de stages.

Des actions de sensibilisation sont incontestablement à conduire dans ce département, en lien avec le développement des MSP.

Concernant l'aide régionale mise en place en concertation avec l'université de Tours à la rentrée 2010, il s'agit d'une aide aux étudiants en médecine visant à les inciter à réaliser leur stage pratique "ambulatoire" de 4^{ème} année d'une durée de 3 semaines dans les zones faiblement dotées en médecins généralistes, celle-ci ayant la faveur des étudiants dans la mesure où la réalisation du stage pratique sur un lieu proche de leur lieu d'étude, leur évite d'engager des frais de déplacement et d'hébergement.

Aussi, cette aide constitue une opportunité de découvrir d'autres villes que Tours et peut à terme favoriser l'installation de médecins dans l'ensemble des territoires de la région. L'aide consiste en l'attribution d'une subvention de 50 € par semaine pour les stages réalisés en Indre et Loire en dehors de l'agglomération Tourangelle, et de 150 € par semaine pour les stages réalisés dans les autres départements de la région.

Avant le terme de la 1^{ère} année de mise en œuvre, on compte 39 étudiants sur les 52 ayant effectué leur stage pratique, qui l'ont réalisé hors agglomération de Tours, dont 10 en Indre-et-Loire et 29 dans les autres départements (12 dans le Loiret, 6 dans le Cher, 6 en Eure-et-Loir, 4 dans le Loir-et-Cher et 1 dans l'Indre).

Afin d'être complémentaire au financement de l'offre immobilière, la Région proposera lors d'une prochaine Commission permanente de majorer l'aide (actuellement de 150 € par semaine) pour les stages effectués au sein d'une MSP.

3) Définir un maillage d'une offre de soins structurée en réseau

a) Une offre d'excellence de soins dans les agglomérations de Tours et Orléans

Les habitants du Centre bénéficient de l'accès aux équipements et services médicaux des agglomérations de Tours et Orléans, notamment au sein du CHU de Tours et du CHR d'Orléans.

A titre d'exemple, le CHU dispose depuis le début des années 1970 d'une expertise en matière de transplantation, avec notamment la réalisation de premières nationales avec le robot chirurgical. De même, le CHR d'Orléans dispose d'activités de soins hautement spécialisées en neurochirurgie et en activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie pour adultes.

Ces domaines reconnus peuvent s'appuyer sur les spécialités développées en région Centre en matière de recherche scientifique.

A titre d'exemples, dans le domaine des sciences de la vie et de la santé, le secteur de l'imagerie a acquis une lisibilité nationale et européenne notamment dans le domaine des ultrasons et des radiopharmaceutiques.

La région Centre possède deux centres de recherche aux compétences complémentaires. A Orléans, la recherche est préférentiellement centrée sur la recherche préclinique et le développement technologique en IRM et TEP avec des compétences et des équipements dédiés sur l'imagerie du petit animal. A Tours, la recherche est spécialisée dans le développement clinique des ultrasons et de la médecine nucléaire. L'Université de Tours a une importante UMR (Unité Mixte de Recherche Imagerie et cerveau) qui regroupe l'essentiel des forces en imagerie et est constituée de 6 équipes qui rassemblent 155 personnes. L'objectif scientifique général de l'unité est l'étude du fonctionnement cérébral normal et pathologique selon une approche translationnelle intégrant recherche fondamentale, recherche clinique et imagerie médicale. A Orléans, le CBM (Centre de Biologie Moléculaire), laboratoire de 150 personnes, constitue l'unité de recherche la plus importante.

Les chercheurs sont impliqués dans la coordination de projets européens du 6^e PCRD, porteurs de projets nationaux intercancéropôle. La constitution du GIS « Centre Imagerie », le CIPA (Centre Imagerie du petit animal à Orléans) le dynamisme de l'IFR 135 « imagerie fonctionnelle », les projets de « l'Institut des Ultrasons » à Tours contribuent à faire de *l'imagerie* un pôle d'excellence reconnu à l'échelle européenne dans les domaines du diagnostic et de la thérapeutique sur des sujets de pointe : nouveaux transducteurs, imagerie 3D temps réels et haute résolution, ultrasons thérapeutiques, nouveaux agents de contrastes.

Le contexte actuel avec la création du PRES, l'appel d'offre grand emprunt est favorable au développement de synergies entre les deux pôles de recherche Orléans – Tours, ainsi le montage du projet EQUIPEX IBIV (Imagerie Bimodale in Vivo) a fédéré les équipes des deux universités.

Ces résultats ont pu être obtenus grâce aux outils et équipements d'envergure favorisant le développement des recherches : la plate forme CHIRE située à l'INRA (Chirurgie et Imagerie pour la recherche et la formation), la plate forme PPF analyse des systèmes biologiques (label IBISA), le CERRP (Centre d'étude et de recherche sur les Radiopharmaceutiques) ; des IRM, la Tomographie par Emission de Positons (TEP), des

échographes haute résolution ; deux cyclotrons ; un micro imageur TEP dédié au petit animal ; un centre de microscopie électronique.

La Région sera attentive à toutes les initiatives permettant de conforter les centres hospitaliers de Tours et Orléans (très haut débit, conditions d'enseignement et de recherche ...) au titre de ses différentes politiques (enseignement supérieur, recherche, aménagement du territoire, TIC, développement économique ...).

b) Une offre de santé complète dans les pôles de centralité

Afin d'offrir à tous les habitants de la région la possibilité de disposer, dans un temps d'accès limité, d'une gamme complète de services médicaux à usage régulier, il apparaît nécessaire de s'assurer, en sus de l'offre en soins de 1^{er} recours, de la présence dans chaque agglomération ou pôle de centralité, des présences médicales de 2^{ème} recours, moins courantes.

- une couverture territoriale équilibrée en services de soins de **1^{er} recours** développés dans les cabinets médicaux, paramédicaux, et maisons de santé pluridisciplinaires (cf paragraphe c). Ces soins de 1^{er} recours comprennent des actions de prévention et de dépistage, les soins de base (médecins généralistes, infirmiers, kinés, pharmaciens et des consultations de spécialistes (à « accès direct ») qui ne nécessitent pas de consulter au préalable, le médecin traitant (gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie et pédiatrie),
- une offre de soins de **2^{ème} recours** (ensemble des soins prodigués après intervention préalable d'un médecin traitant), a minima (sauf exception) dans les pôles de centralité, et notamment :
 - hôpital de proximité assurant un service de médecine-chirurgie-obstétrique : sauf dans les pôles de centralité d'Argenton-sur-Creuse et Aubigny-sur-Nère, qui en sont dépourvus
 - accès à des équipements et services de soins :
 - unités de cancérologie (seuls les pôles de Chinon, Loches, Romorantin, Vendôme, et St Amand en disposent),
 - imagerie médicale : absence à ce jour de scanner à Issoudun, La Châtre et Le Blanc (un financement régional vient d'être attribué pour en doter l'hôpital du Blanc) et absence d'IRM dans tous les pôles de centralité exceptés Chinon et Vendôme
 - Maintien des maternités (Gien, Vierzon, St Amand Montrond, Chateaudun, Le Blanc, Chinon, Romorantin, Vendôme, Pithiviers)
 - accès à des médecins spécialistes et autres professionnels de santé dont l'offre est hétérogène d'une ville à l'autre (effectifs allant de 56 spécialistes à Vendôme contre 13 au Blanc et 4 seulement à La Châtre) :
 - aucun phlébologue, angiologue, neurologue n'exerce dans aucun de ces pôles (excepté Vendôme),
 - les 14 pôles dotés d'un hôpital disposent tous d'un service de cardiologie (excepté à La Châtre), d'ophtalmologie (sauf au Blanc) et de gastro-Entérologie (sauf à Issoudun)

- certains pôles ne disposent en médecine de ville (cabinet libéral) d'aucune des spécialités de médecine suivantes :
 - gynécologie médicale à St Amand Montrond, Vierzon, le Blanc, La Châtre, Chinon, Nogent le Rotrou, Issoudun, Loches et Vendôme,
 - pneumologie à St Amand Montrond, Nogent le Rotrou, Le Blanc, La châtre, Issoudun, Chinon, Loches, Romorantin, Pithiviers
 - rééducation-réadaptation à Nogent le Rotrou, La châtre, Amboise, Chinon, Loches, Romorantin, Vendôme, Gien, Pithiviers et Le Blanc
 - rhumatologie au Blanc, Chinon, Loches,
 - dermatologie à Issoudun, Pithiviers et la Châtre
 - ORL à Chinon, Pithiviers et La Châtre
 - pédiatrie à Nogent le Rotrou et Issoudun,
 - psychiatrie à Nogent le Rotrou et Pithiviers

- L'ensemble des 16 pôles incluant Argenton sur Creuse et Aubigny sur Nère disposent d'au moins 1 podologue-pédicure et, à part la commune du Blanc, d'orthophonistes et de psychologues.

- présence de structures permettant de mutualiser des équipements spécialisés, médicaux ou paramédicaux, qui ne peuvent être assurés dans les bassins de vie (ni en cabinet particulier, ni en MSP) : par exemple cabinets de kinés offrant une gamme complète de spécialités, kiné ORL, kiné du sport ...

Cette offre de santé est facilitée par les **coopérations** entre le secteur public et le secteur privé notamment, comme par exemple à Gien,Ces coopérations permettent de mutualiser des moyens (acquisition groupée d'IRM, de scanners entre hôpitaux et cliniques privées), de rationaliser les dépenses, certes mais plus encore, compte tenu de la technicité toujours plus développée des équipements, de réduire les délais de consultation et donc de mieux soigner.

La Région sera attentive aux initiatives permettant aux pôles de centralité d'accéder à ce niveau minimum de services de santé, notamment l'implantation de structures mutualisées permettant de favoriser l'accès, là où il n'existe pas, à ces palettes de spécialités, que ce soit par des lieux d'exercice regroupés ou par des équipements permettant des consultations avancées de spécialistes.

c) Des MSP harmonieusement réparties pour faciliter l'installation des jeunes professionnels de santé

Les MSP ont vocation à lutter contre l'isolement des professionnels de santé, faciliter les conditions d'exercice et améliorer la prise en charge des patients sur la base d'un projet de santé partagé et d'un projet professionnel collectif.

Ces MSP doivent permettre de répondre à maintenir l'offre de soins existante, favoriser la transmissibilité des cabinets et attirer, de ce fait de nouveaux praticiens.

➤ *Le projet de santé au cœur de la MSP*

Ces structures ne doivent pas être la simple juxtaposition de cabinets médicaux mais dépasser le stade, certes important mais insuffisant, des aspects immobiliers du projet et constituer la garantie d'une plus value apportée à la population.

C'est pourquoi les principaux points du cahier des charges Etat / région, et notamment la primauté du projet de santé élaboré par les professionnels de santé, sont confirmés :

- **Un noyau dur** de 2 médecins et 1 infirmier (avec l'objectif de tendre vers 3 médecins)
- **La continuité** des soins et articulation avec la permanence des soins
- **La coopération** avec les autres structures médicales voisines (pharmacies, EHPAD, hôpitaux ...)
- **L'accueil de stagiaires** avec la nécessité d'exiger un engagement d'au moins un professionnel dans la démarche.
- **L'indication d'une solution de logement meublé sur place ou à proximité** de la MSP
- **La coopération et la mutualisation** : dossier médical partagé, salle de réunion, secrétariat commun, non multiplication des salles d'attente

➤ *La contribution au maillage*

Si l'état de carence de l'offre de soins est quasiment généralisé sur l'ensemble du territoire régional (voir partie 1), il convient d'orienter au mieux les crédits publics mobilisables pour la création de MSP vers les territoires qui sont à la fois les plus carencés, mais présentent également encore un potentiel suffisant pour appuyer l'élaboration d'un projet de santé.

La cartographie de l'URCAM, qui date de 2006, ne peut plus servir de base pour définir les secteurs prioritaires. Le nouveau zonage ARS, élaboré dans le cadre du PRS, ne sera pas connu avant fin décembre 2011.

Aussi, il est proposé d'examiner les projets, à la fois au regard de la carence en professionnels de santé telle que révélée par les statistiques disponibles, et d'une grille d'analyse permettant d'apprécier la contribution du projet à un maillage optimal en MSP :

- **Accessibilité en moins de 20 mn, pouvant se traduire en zone rurale par une distance entre 2 MSP de l'ordre indicatif de 20 km,**
- **irrigation d'un bassin significatif de population (de l'ordre de 5 à 10 000 habitants)**
- **localisation dans un bourg-centre proposant une gamme complète de services et une desserte en transports adaptés (transports collectifs ou transport à la demande), soit un pôle de l'ordre de 2000 habitants**

Par ailleurs, le travail partenarial engagé entre l'Etat, la Région et l'ARS met en évidence que, au sein des territoires où une incitation à l'exercice regroupé via l'implantation de MSP est nécessaire, le volet ambulatoire du SROS (zonage attendu pour décembre 2011) identifiera les zones les plus fragiles où devront se conjuguer à la fois les aides à l'investissement (MSP) et les aides au fonctionnement de l'ARS, afin de pouvoir relever le déficit de la désertification médicale.

Pour rappel, les aides de l'Etat et de l'ARS aux zones déficitaires se déclinent autour de 3 thèmes :

- aides en fonctionnement (FIQS)
- incitations fiscales
- majorations d'honoraires de 20%

Concernant les zones carencées, il convient de souligner :

- que celles-ci ne sont pas figées, les statistiques annuelles de l'ARS pouvant révéler des évolutions défavorables parfois brutales dont il faudra tenir compte,
- qu'il ne s'agira pas obligatoirement de réaliser une MSP sur chacun des cantons sinistrés, dont certains n'ont même plus le minimum de professionnels de santé requis pour réaliser de telles structures, mais d'envisager parfois l'implantation de MSP à proximité immédiate dans des pôles de services desservant ces zones.

Afin de favoriser le maillage et la pérennité des projets, un portage intercommunal sera encouragé. C'est également un plus pour envisager le lien avec des compétences complémentaires, comme de transport.

Seront également précisés :

- La nécessité de présenter des **performances énergétiques** des bâtiments (BBC pour le neuf) pour les permis de construire délivrés à compter du 1^{er} juillet 2011
- L'inscription dans un **réseau régional des MSP** que l'Etat, la Région et l'ARS devront animer et réunir physiquement au moins une fois par an.
- Les éléments favorisant l'exercice de la **télé médecine**, notamment les possibilités d'alimentation en haut débit de l'équipement

Sur la base des statistiques et cartographies montrant une sous-densité médicale quasiment généralisée, et au vu des projets pressentis, il apparaît impérieux pour l'Etat et la Région de susciter des projets de MSP sur des territoires qui en ont besoin et de les prioriser par rapport aux secteurs moins déficitaires.

Les moyens d'ingénierie proposés au point d) seront donc mobilisés pour ce faire. En particulier, l'accompagnement des professionnels de santé dans l'élaboration de leur projet médical sera développé.

➤ *Des financements coordonnés*

La Région s'est fixé pour objectif de soutenir a minima 50 MSP sur la durée du CPER.

Sur l'objectif de 50 MSP que s'est fixé la Région :

- 17 ont déjà été financées dans le cadre du CPER 2007-2013
 - 8 ont déjà été financées dans le cadre des Contrats de Pays
- Soit 25 MSP déjà financées.

Afin d'optimiser la mobilisation des sources de financement et de les harmoniser pour accompagner (a minima) 26 opérations sur les années 2011, 2012 et 2013, il est proposé une articulation des modes de financement, jusqu'ici très hétérogènes.

L'Etat et la Région s'engagent à assurer conjointement, au titre de leurs différents outils, un financement à hauteur de 50% d'une dépense plafonnée à 100 000 € par professionnel de santé accueilli, et plafonnée à 60 000 € (maintien du plafond antérieur) pour la création d'un logement stagiaire.

Les partenaires apporteront chacun 25% :

- **L'Etat au titre principalement de la DETR et du CPER, voire de crédits débloqués dans le cadre du Plan national**
- **La Région, en mobilisant pour chaque projet à la fois le CPER et le Contrat de Pays ou d'Agglomération. Les crédits correspondant devront être réservés lors de la conclusion du Contrat, ou de son bilan à mi-parcours, ou prélevés sur l'enveloppe fongible.**

Il sera proposé aux 6 Conseils généraux d'harmoniser leurs aides pour limiter les distorsions constatées de financement d'un département à l'autre (actuellement de l'ordre de 10% en moyenne).

Enfin, sera ouverte la possibilité de proposer des projets axés vers l'accueil de professionnels salariés dans des « maisons publiques de santé » portées par une collectivité, s'il s'agit du moyen de fixer de jeunes professionnels.

d) Une offre complémentaire de cabinets secondaires, consultations avancées, pôles paramédicaux

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

Les pôles paramédicaux tout comme les cabinets secondaires satellites de MSP, peuvent compléter au travers des consultations avancées de spécialistes ou des permanences de généralistes, le dispositif de l'offre de soins sur un territoire.

Cette offre complémentaire, quelle que soit la structure, nécessite pour de meilleures réponses aux besoins des patients, la définition là aussi, d'un projet de santé et la mise réseau virtuelle ou pas, des différents pôles médicaux concernés (Hôpital, pharmacie, EHPAD, professionnels de santé, maisons de retraite...).

➤ Concernant les pôles paramédicaux :

- rapprochement avec un ou plusieurs médecins généralistes pour élaborer un projet de santé, ou déclinaison d'actions (prévention, éducation thérapeutique ...) du projet de santé d'une MSP, d'un hôpital de proximité ou d'un projet territorial de santé
- noyau minimum de 5 professionnels paramédicaux, présentant une diversité de professions
- incitation à une organisation commune de la structure, avec mise en place de secrétariat partagé quand un secrétariat existe (peu de besoins identifiés de la part des paramédicaux)
- actions de prise en charge et suivi des patients (coordination des professionnels de santé, échanges sur le dossier médical partagé, suivi du parcours de santé du patient)

➤ Concernant les cabinets secondaires, « satellites de MSP » pour des permanences médicales :

- permanences assurées par les praticiens des MSP de rattachement concernées, sur des communes où n'exercent plus de praticiens.
- intégration au sein de ces cabinets d'actions de santé menées dans le cadre du projet de santé de la MSP
- rattachement au fonctionnement administratif et au secrétariat commun partagé de la MSP (appels téléphoniques, heures d'ouverture, informations diverses).

e) Les mesures d'accompagnement complémentaires des projets de MSP, pôles paramédicaux et cabinets secondaires

En complément de ces projets immobiliers, il convient d'être attentif :

- à une offre de transport adaptée, en particulier le Transport à la Demande (TAD) développée par les Conseils généraux et autres Autorités Organisatrices de Transport de 1^{er} ou 2^{ème} niveau
- à la présence des infrastructures favorables au développement de la télémédecine, qui nécessite des équipements nécessaires pour stocker et transmettre les images, et qui devraient être définis par l'ARS dans le cadre du Plan régional de télémédecine dans le cadre du PRS.

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 : visio-conférence entre plusieurs praticiens, téléexpertise, 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,

- de l'enregistrement et de la transmission des données, télédialyse en lien avec le néphrologue, télécardiologie avec la transmission des électrocardiogrammes),
- de traiter plus rapidement les urgences (téléradiologie)
- de solliciter des avis (téléexpertise) entre professionnels de santé (ex : avis sollicité par un infirmier auprès d'un dermatologue, imagerie à l'appui, sur l'état de gravité d'une plaie),
- de se faire assister pour un professionnel de santé, par un autre praticien pour la réalisation d'un acte (téléassistance).

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

La Région sera attentive aux besoins liés au développement de la télémédecine, en articulation avec le SCORAN et avec le SROS.

4) L'animation territoriale des projets de santé

Un projet de santé doit s'inscrire en **cohérence** avec **une offre territoriale structurée et organisée** au sein d'un réseau d'acteurs de la santé.

Ce projet ne peut être élaboré sans prendre en compte le territoire de santé dans lequel il s'inscrit qui pourrait être l'aire géographique du pays ou des actuels bassins d'emploi, et s'appuyant sur les équipements d'une agglomération ou d'un pôle régional de centralité (le bassin de vie correspondant le plus souvent à une maille cantonale souvent trop étroite).

A cette échelle territoriale de proximité, la réussite du projet territorial de santé repose d'une part sur la volonté et l'engagement des acteurs concernés, d'autre part, sur la mise en disposition d'une **ingénierie de projet**.

Cette ingénierie est indispensable pour élaborer un diagnostic territorial, recenser les acteurs, ainsi qu'accompagner l'émergence de projets collectifs et la mise en réseau d'acteurs dans le domaine de la santé : professionnels de santé médicaux et paramédicaux, travailleurs sociaux, collectivités locales, hôpitaux, EHPAD, associations, établissements scolaires ...

La Région accompagnera l'élaboration de ces projets territoriaux de santé, en développant de véritables partenariats :

- avec les collectivités territoriales au premier rang desquelles les Conseil généraux pour une meilleure cohérence des interventions sur l'ensemble du territoire régional,
- avec l'Agence Régionale de Santé, dans le cadre de la mise en œuvre du Plan Régional de Santé auquel la Région est associée.

Cette ingénierie dédiée doit aussi venir en appui des professionnels de santé dans l'élaboration du projet médical nécessaire à la mise en place de MSP ou maisons paramédicales. En effet, si parmi les professionnels de santé engagés dans de tels projets, l'existence d'un praticien se portant volontaire pour assurer la coordination du projet et sa mise en œuvre est nécessaire, il a besoin d'un appui technique et logistique pour l'assister dans cette tâche qu'il assume en plus de ses obligations professionnelles.

Seuls 3 pays se sont engagés dans ce type d'animation territoriale : le Perche, le Vendômois et le Pays de Vierzon, et leur expérience témoigne de la complexité de ce type de démarche.

Les initiatives en ce sens des pays ou structures intercommunautaires peuvent être soutenues par la Région, au titre du volet fonctionnement des Contrats 3G.

Ces dispositions ne sont toutefois pas suffisantes pour susciter des projets quand les acteurs locaux ne sont pas suffisamment moteurs.

Il est donc indispensable que la Région, dans sa fonction d'ensemblier, s'investisse directement dans les territoires, et prenne l'initiative d'animer des réunions de concertation avec l'ensemble des parties prenantes.

Dans le cas où le projet territorial de santé se déclinerait en initiative originale de mise en réseau d'acteurs dans la transversalité, l'appel à initiatives ID en campagne pourrait être mobilisé.

III) Proposition du Président

Considérant la pénurie de professionnels de santé en région Centre, et les fortes dégradations attendues dans les 3 à 5 ans à venir (nombreux départs à la retraite), je vous propose d'adopter la délibération suivante :

L'Assemblée plénière du Conseil régional, réunie les 23 et 24 juin 2011 à ORLÉANS, après avoir pris connaissance du rapport du Président du Conseil Régional,

DECIDE

- d'adopter la stratégie territoriale de santé pour la Région Centre 2011-2014
- de poursuivre le financement des MSP dans le cadre du CPER et des Contrats territoriaux, selon les modalités suivantes :
 - Cumul d'aides Etat – Région de 50%, soit 25% chacun, au titre des différents outils financiers disponibles, d'une dépense plafonnée à 100 000 € par professionnel de santé (maximum 20) et 60 000 € pour le logement stagiaire
 - Maintien des modalités liées au projet médical, avec médecin maître de stage obligatoire, et solution de logement stagiaire proposée, dans la MSP ou à proximité
 - Contribution au maillage régional (accès en moins de 20 mn, soit de l'ordre de 20 km maximum entre 2 MSP) et localisation dans un pôle (de l'ordre de 2000 habitants) présentant une offre minimale en commerces, services et transport
- de soutenir également la création de maisons paramédicales et cabinets secondaires satellites de MSP,
- de poursuivre le financement des indemnités attribuées aux étudiants en médecine de 4^{ème} année pour la réalisation d'un stage en dehors de l'agglomération de Tours et d'examiner, lors d'une prochaine Commission permanente, les modalités de majoration de cette aide dans le cas de stage effectué dans une MSP

Je vous demande de bien vouloir en délibérer.

François BONNEAU