



**COMMISSION DEPARTEMENTALE
DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE
(CODDEM)**

**PLAN D' ACTIONS DEPARTEMENTAL
2010**

DIRECTION
du
DEVELOPPEMENT SOCIAL

DIRECTION DEPARTEMENTALE
des
AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES

- COMMISSION DEPARTEMENTALE DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE
- REUNION DU 23 novembre 2009

N°1

La Commission Départementale de la Démographie Médicale

Vu l'arrêté du 19 janvier 2009 portant création et composition de la Commission Départementale de la Démographie Médicale (CODDEM),

Vu le Plan d'Action Départemental pour la Démographie Médicale présenté lors de la réunion de la CODDEM du 23 novembre 2009,

Vu la réunion de la CODDEM en Assemblée plénière le 23 novembre 2009,

Sur proposition du Secrétaire général de la Préfecture et du Directeur général des services départementaux,

DECIDE

- d'adopter le Plan d'action départemental pour la Démographie Médicale en Lot-et-Garonne lequel se décline en particulier en 2 axes et 13 actions
 - o AXE 1 : 8 actions pour développer l'attractivité en Lot et Garonne
 - o AXE 2 : 5 actions pour faciliter et adapter l'exercice médical
- Concernant l'AXE 2 d'adopter plus précisément :
 - o Le découpage du département en 15 Aires de Santé qui sont la base de l'intervention des soins de 1^{er} recours, dans le cadre de Maison de Santé Pluridisciplinaires ou de Pôles de Santé,
 - o le cahier des charges pour la mise en place de Maisons de Santé Pluridisciplinaires,
 - o la procédure de validation des projets de Maisons de Santé Pluridisciplinaires,
 - o la mise en place du Comité Technique Permanent de la CODDEM dont la composition et les missions sont précisées dans l'arrêté du 19 janvier 2009 modifié conjointement par le Préfet et le Président du Conseil Général,

AGEN, le 29 JAN. 2010

Le Président du Conseil Général,



Pierre CAMANI

Le Préfet,



Lionel BEFFRE

SOMMAIRE

1. ORIGINE DE LA CODDEM 1.1 Une démographie médicale préoccupante 1.2 Un accès inégal à la santé sur certaines zones du département 1.3 La nécessité de garantir à la population des soins de premiers recours 1.4 Des projets de maisons de santé pluridisciplinaires émergeants	5
2. PRESENTATION DE LA CODDEM 2.1 Composition 2.2 Rôle 2.3 Fonctionnement	5
3. ELEMENTS DE DEMOGRAPHIE DE POPULATION 3.1 En Aquitaine 3.2 En Lot-et-Garonne	7
4. ELEMENTS DE DEMOGRAPHIE MEDICALE 4.1 En Aquitaine 4.2 En Lot-et-Garonne 4.3 Le classement du département par la MRS 4.4 Démographie médicale et Permanence de Soins	8
5. ELEMENTS DE L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION 5.1 L'exemple de la prévention 5.2 Concernant la morbidité 5.3 Concernant la mortalité	12
6. LE RETENTISSEMENT DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION	15
7. L'ORGANISATION SANITAIRE	15
8. LES ATTENTES DES JEUNES MEDECINS ET INTERNES DE MEDECINE*GENERALE	17
9. LES AXES DE TRAVAIL	18
10. ACTIONS DEJA MENEES ET AIDES EXISTANTES POUR FAVORISER LA DEMOGRAPHIE MEDICALE	10
11. LE PLAN D'ACTIONS DEPARTEMENTAL	23
FICHE ACTIONS AXE 1 : Développer l'attractivité du Lot-et-Garonne	25
FICHE ACTIONS AXE 2 : Adapter et faciliter l'exercice médical en Lot-et-Garonne	35
Annexes	57

1. ORIGINE DE LA CODDEM

1.1 Une démographie médicale préoccupante

En France, le nombre de médecins généralistes diminue en raison de l'abaissement du numerus clausus, de la diminution du choix de la médecine générale par les jeunes internes, et du fait que les nouveaux médecins privilégient un mode d'exercice salarié. Pour ces motifs, le nombre de médecins de 1^{er} recours diminue notamment dans les territoires ruraux et urbains difficiles; par ailleurs, les besoins de santé de la population évoluent du fait de l'augmentation de l'espérance de vie.

Le Lot-et-Garonne n'échappe pas à cette dynamique négative liée au vieillissement des médecins et de la population ; c'est ainsi que la densité de médecins généralistes baisse, que les départs en retraite s'accroissent et que les nouvelles installations ne pallient pas à cette diminution.

1.2 Un accès inégal à la santé sur certaines zones du département

L'impact de ce phénomène est inégal selon les zones du département, certaines pouvant cumuler, vieillissement des médecins et vieillissement de la population ; c'est ainsi que les cantons de Bouglon et Houeillés sont à ce jour sans médecin.

1.3 La nécessité de garantir à la population des soins de premier recours

Le risque, à terme, c'est celui de ne pas pouvoir couvrir les besoins de santé de la population de Lot et Garonne.

1.4 Des projets de maisons de santé pluridisciplinaires émergents

Pour pallier au manque de médecins, les élus et professionnels réagissent et souhaitent construire sur leur territoire des structures qui pourraient faciliter l'exercice de la médecine en couvrant les besoins de la population : les Maisons de Santé Pluridisciplinaires ; c'est ainsi que des projets émergent, ce qui suscite des demandes de financement auprès des financeurs potentiels, à savoir : l'Europe, l'Etat, la Région, le Département, et les Caisses d'Assurance Maladie; la CODDEM est donc créée pour être notamment une aide à la décision pour les financeurs.

2. PRESENTATION DE LA CODDEM

La CODDEM ou Commission Départementale pour la DEmographie Médicale a été créée le 19 janvier 2009 par un arrêté conjoint du Préfet et du Président du Conseil Général de Lot-et-Garonne ; elle a été installée le 2 mars 2009 dans l'Hémicycle de l'Hôtel du Département.

2.1 Composition

Cette commission coprésidée par le Président du Conseil Général et le Préfet est composée de plus de 30 membres répartis en 5 collèges :

-le collège des représentants de l'Etat et de l'agence régionale de l'hospitalisation

Le Préfet

Le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation

La directrice départementale des affaires sanitaires et sociales

Le médecin expert en santé publique de l'agence régionale de l'hospitalisation

Le médecin inspecteur de santé publique de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales

- le collège des représentants des élus et des services départementaux
 - Le Président du conseil général
 - Neuf conseillers généraux représentant les élus du département
 - Le Directeur général des services départementaux
 - La Directrice générale adjoint chargée de la direction du développement social
 - Le médecin départemental des actions de santé

- le collège des institutions
 - Le Président du conseil départemental de l'ordre des médecins
 - Deux médecins élus du Conseil de l'ordre des médecins, chargés du dossier des projets de santé et de la démographie médicale
 - Le représentant du conseil régional de l'ordre des médecins
 - Le médecin responsable du centre 15
 - Un représentant des établissements de santé du département

- le collège des professionnels
 - Deux représentants de l'union régionale des médecins libéraux d'Aquitaine (URMLA)
 - Un médecin responsable au niveau départemental de la formation des internes de médecine générale
 - Deux représentants des médecins remplaçants
 - Deux représentants des internes de médecine générale en stage dans le département

- le collège de l'assurance maladie
 - Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de Lot-et-Garonne
 - Le directeur de la mutualité sociale agricole ou son représentant

Cette commission associe à sa réflexion d'autres partenaires tels que des représentants du Conseil Régional d'Aquitaine, de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie ou des collectivités territoriales, des représentants des facultés de médecine de Bordeaux et Toulouse, des Mutuelles, ou de tout autre instance susceptible d'enrichir la réflexion.

Cette Commission sera adaptée à l'évolution de l'organisation sanitaire lors de la création de l'Agence Régionale de la Santé, dans le cadre de la loi Hôpital Patients Santé Territoires

2.2 Rôle

Cette commission a pour mission :

- de rassembler les partenaires pour partager les informations relatives à l'actualisation du diagnostic et de la réflexion au niveau national et régional
- de recenser les réflexions et actions émergentes dans le département afin de les coordonner, les mettre en cohérence
- de définir des actions à court, moyen et long terme en direction des étudiants, des remplaçants et des médecins en exercice pour promouvoir un mode d'exercice adapté en réfléchissant en terme de couverture des besoins sur tout le département et en évitant la concurrence des projets
- de prévoir le financement et la mise en œuvre des projets en définissant les opérateurs
- d'assurer le pilotage du plan d'action départemental et le suivi de son évolution en

l'adaptant aux besoins émergents.

Sa mission a été complétée par la nécessité de donner son avis sur les projets de Maisons de Santé Pluridisciplinaires de Lot-et-Garonne.

2.3 Fonctionnement

Au sein de cette commission, un comité technique est constitué par :

- deux représentants de l'Etat et de l'agence régionale de l'hospitalisation
- trois représentants des élus
- trois représentants des institutions
- deux représentants des professionnels de santé
- un représentant de l'assurance maladie

Ce Comité technique est chargé de mener les travaux de réflexion, d'accompagner les projets en cours, de suivre les actions et leur évaluation.

Il appartient au comité technique de faire des propositions d'actions à la commission ; ce comité technique s'est scindé en deux ateliers (participants en annexe).

- Atelier 1 : Favoriser l'installation des médecins généralistes en Lot-et-Garonne ou comment rendre attractive la Médecine Générale en milieu rural et en Lot-et-Garonne

Trois réunions se sont déroulées à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (mercredi 6 mai 2009 ; mardi 19 mai 2009 ; mercredi 17 juin 2009)

- Atelier 2 : Faciliter l'exercice médical des professionnels ou comment favoriser la modification de l'exercice professionnel, la coordination entre professionnels de santé, les projets de santé territorialisés, la création de maisons de santé pluridisciplinaires

Cinq réunions se sont déroulées dans les locaux du Conseil général (mercredi 13 mai 2009 ; mardi 3 juin 2009, mardi 9 juin 2009 ; mardi 7 juillet 2009 et le 28 septembre 2009).

Une réunion de mise en commun des 2 ateliers s'est tenue le 6 octobre 2009 au Conseil général.

3. ELEMENTS DE DEMOGRAPHIE DE POPULATION

3-1 En Aquitaine

3 150 890 habitants au 1^{er} janvier 2007 ; c'est la 6^{ème} région au classement nationale après les Pays de Loire et avant la Bretagne et Midi Pyrénées.

3-2 En Lot-et-Garonne

3-2-1 Selon le recensement INSEE, la population légale de Lot et Garonne, en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2010 (date de référence statistique : 1^{er} janvier 2007), est de 324 170 habitants soit une densité de 60.2 habitants au km², notre département se situe au 3^{ème} rang de la région Aquitaine après la Gironde et les Pyrénées Atlantiques ; la progression par rapport à 2009 est de 1878 habitants (+0,6%) essentiellement située en zone urbaine.

3-2-2 Le taux d'évolution annuel moyen de la population sur la période : 1999-2006 se traduit par un accroissement de la population de Lot et Garonne de +0.6% ; cette évolution est essentiellement due au flux migratoire positif (davantage de jeunes retraités) dans la mesure où le solde naturel est négatif (-0.1%) ; en 2006, 3426 naissances sont recensées ; ce nombre est inférieur à celui des décès qui est de 3438 ; par ailleurs, 28 % de la population a plus de 60 ans (24% en Aquitaine) et en 2030 cette population des plus de 60 ans est estimée à 36%.

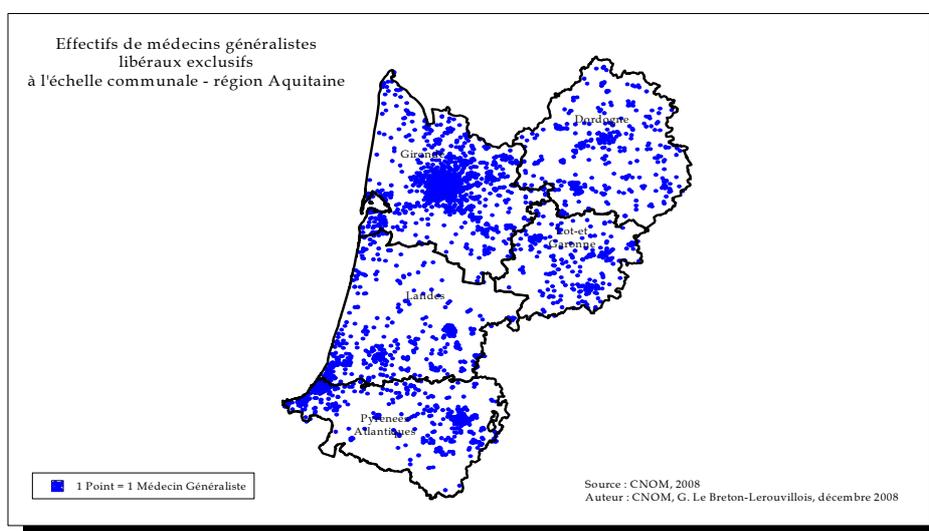
3-1-3 Le nombre moyen annuel de naissances vivantes pour le Lot-et-Garonne sur la période 2004-2006 est de 3225 et 2005-2007 de 3327 ; le nombre de naissances augmente et le taux moyen de fécondité est proche de la moyenne régional

4- ELEMENTS DE DEMOGRAPHIE MEDICALE

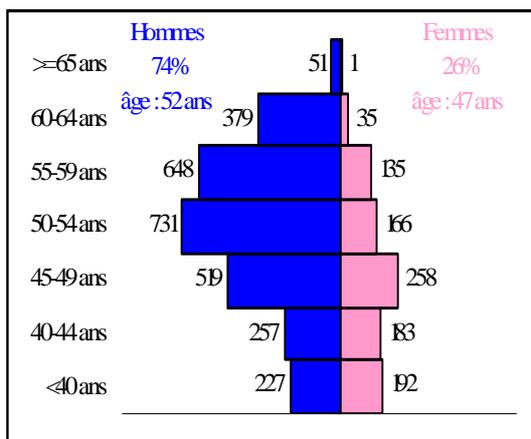
4-1 La démographie médicale en Aquitaine au 31 décembre 2007

4-1-1 la densité des médecins généralistes de Lot et Garonne est la plus basse de la région Aquitaine et le pourcentage de médecins de plus de 55 ans est le plus important ; la moyenne d'âge des médecins généralistes de Lot et Garonne est de plus de 52 ans, c'est la plus élevée de la région.

Médecins généralistes (libéral exclusif)	Densité MG (100 000 hbs)	Moyenne Age	Part 55 ans et plus	Part Femmes
Dordogne	96,90	51,1 ans	39,1%	21,6%
Gironde	136,11	50,6 an	37,6%	26,9%
Landes	137,41	50 ans	32,5%	28,2%
Lot-et-Garonne	93,45	52,3 ans	43,1%	17,5%
Pyrénées-Atlantiques	116,70	49,8 ans	35,5%	26,2%
Région	122,79	50,6 ans	37,10%	25,7%



4-1-2 La répartition des médecins généralistes inscrits à l'Ordre selon l'âge et le sexe en Aquitaine est la suivante :



L'âge moyen des médecins généralistes de la région est de 50,2 ans ; on constate que le rajeunissement de la moyenne est lié à l'arrivée de nouveaux médecins qui sont en majorité des femmes et dont la moyenne d'âge de 47 ans est bien inférieure à celle des hommes qui est de 52 ans ; en moyenne les femmes médecins sont 5 ans plus jeunes que leur confrère homme

4-2 La démographie médicale en Lot-et-Garonne au 31 décembre 2008 (source Conseil de l'ordre des médecins 47)

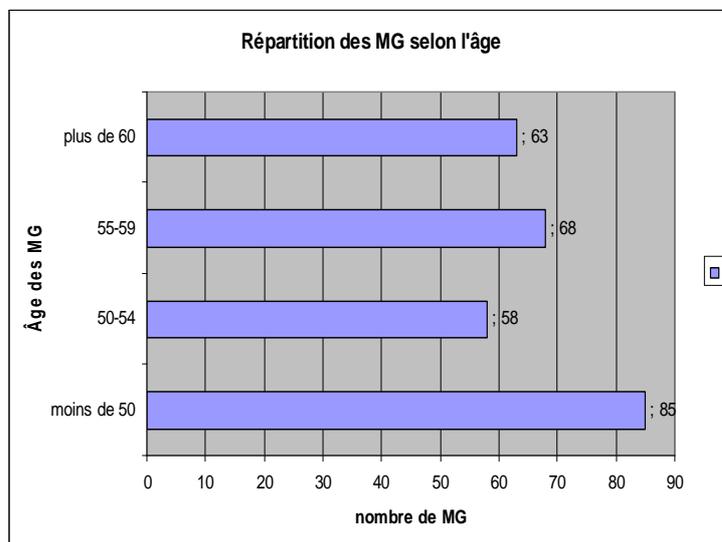
4-2-1 Le nombre de médecins généralistes hors Médecin à Exercice Particulier (MEP) est de 274; avec les MEP, il est de 290.

La densité des médecins généralistes libéraux en Lot-et-Garonne est de :

- sur la base de 274 MG la densité est de 85,0 MG / 100 000 hab.
- sur la base de 290 MG, la densité est de 90,0 MG / 100 000 hab.

Le nombre de médecins généralistes a diminué de 7% en 2 ans

4-2-2 Le vieillissement des médecins généralistes : la répartition des médecins généralistes selon l'âge est la suivante :



Les médecins de + de 55 ans représentent 47,81% des médecins en exercice

Le vieillissement des Médecins généralistes entraîne à terme une diminution des médecins par défaut de nouvelles installations :

Dans 5 ans, en 2015 sans nouvelle installation il est attendu une diminution de 40 % des Médecins généralistes ; cette diminution sera de 50 % en 2019 et de 70% en 2024.

En 2008 on a observé 8 départs de médecins généralistes ... et 6 installations dont 2 primo-installants

On constate :

- une triple crise d'attractivité : celle de la Médecine générale, libérale et rurale
- une crise de fidélisation avec la désinstallation de médecins généralistes libéraux en cours d'activité
- un nombre très réduit de jeunes médecins
- une inégalité départementale :
 - 2 cantons sont sans médecin généraliste : HOUEILLES et BOUGLON
 - des situations urbaines variables : supérieure à la moyenne départementale à Agen et préoccupante à Villeneuve sur Lot.
 - Un âge moyen des médecins en milieu rural (59 ans) plus élevé qu'en ville

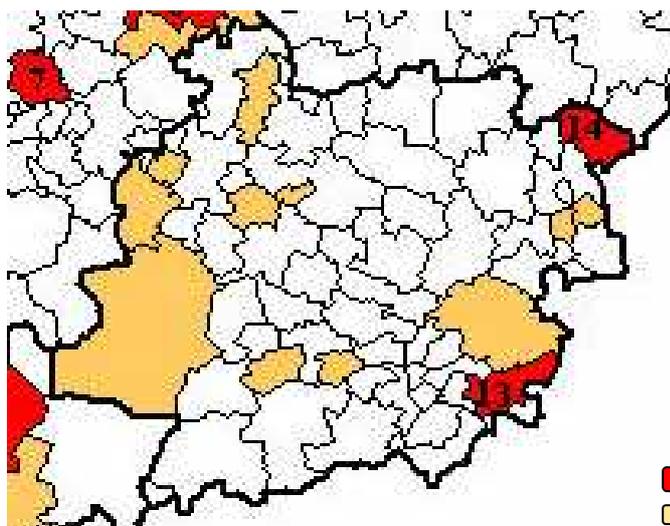
4-3 Le classement du département par la Mission Régionale Santé en décembre 2005

La Mission Régionale Santé (MRS) est une instance régionale composée de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie et de l'Agence Régionale d'Hospitalisation.

Sa direction est assurée suivant une alternance annuelle par l'un des directeurs de chacune de ces 2 institutions.

La MRS a défini en décembre 2005, dans chaque département de la région, un découpage en zones déficitaires ou fragiles, suivant des critères dominants- *densité médicale, activité des médecins*- et des critères complémentaires -*âge des médecins, délais de + de 20 mn, part des + de 75 ans, zones de fragilité sociale*-

En Lot et Garonne, 2 zones déficitaires et 11 zones fragiles ont ainsi été repérées



Ce classement a été controversé par la plupart des départements ; ce classement permettait d'accéder à des aides spécifiques de l'Etat; il y a eu peu de suites données à ce 1^{er} travail important d'observation des territoires.

Une actualisation de la carte est en cours

4-4 Démographie Médicale et Permanence De Soins en Lot-et-Garonne

4-4-1 Définition

La Permanence De Soins (PDS) est la réponse médicale en dehors de l'ouverture des cabinets médicaux les soirs, week-end et jours fériés. ; c'est une organisation mise en place par les professionnels de santé afin de répondre par des moyens adaptés et régulés aux demandes de soins non programmées exprimées par un patient.

La PDS s'exerce sur un secteur qui est un territoire d'intervention d'un groupe de médecins organisés pour assurer la PDS en astreinte.

4-4-2 Historique

En 2006 suite à une réduction du nombre de secteurs, une régulation libérale est venue compléter la régulation opérée au Centre 15, par les médecins urgentistes.

Le nombre de secteurs ne cesse de diminuer et les secteurs de s'agrandir :

- 40 en 2002
- 38 en 2004
- 32 en 2005
- 26 en 2007
- 23 en 2009
- 20 en 2010

A compter du 1^{er} juillet 2008, la garde en nuit profonde (0h-8h) pour les médecins généralistes a été supprimée.

4-4-3 Conséquences pour les médecins de la mise en place de la PDS

- La fréquence des gardes diminue
- L'astreinte n'embrasse plus la nuit profonde
- La taille des secteurs augmente
- Le nombre de visites diminue
- L'activité globale des gardes est moindre

4-4-4 Conséquences pour la Population de la PDS

- La demande des patients systématiquement régulée par le Centre 15 reçoit une réponse graduée, adaptée au niveau de gravité du patient
- Les patients sont appelés à se déplacer eux-mêmes chez le médecin ou vers un service d'urgence entre 0h et 8 h sauf urgence vitale, d'où la nécessité de faciliter la mobilité de la population.
- Il persiste un problème non résolu, celui des visites à domicile ou en EHPAD, dites incompressibles.
- Il reste indispensable de mener une campagne d'information au sujet de cette organisation auprès de la population et des professionnels.

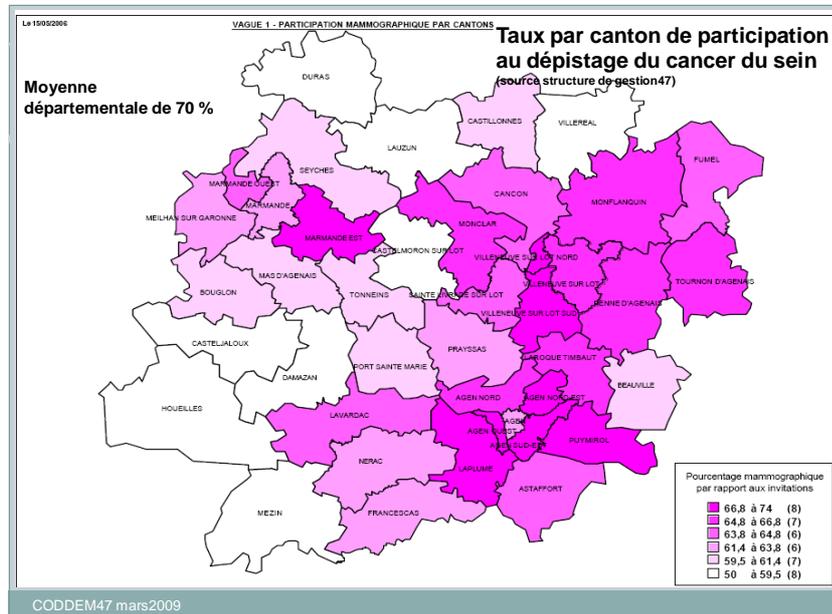
4-4-5 Conséquences pour le Centre 15

- Cette organisation permet de préserver un continuum dans la prise en charge des patients, en maintenant un service médical de proximité, en disposant d'un transport sanitaire dans le cadre de la garde ambulancière départementale ainsi que des équipements des SMUR, et des établissements de soins.

5-ELEMENTS DE L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION

5-1 L'exemple de la Prévention du cancer du sein au 15 mai 2006

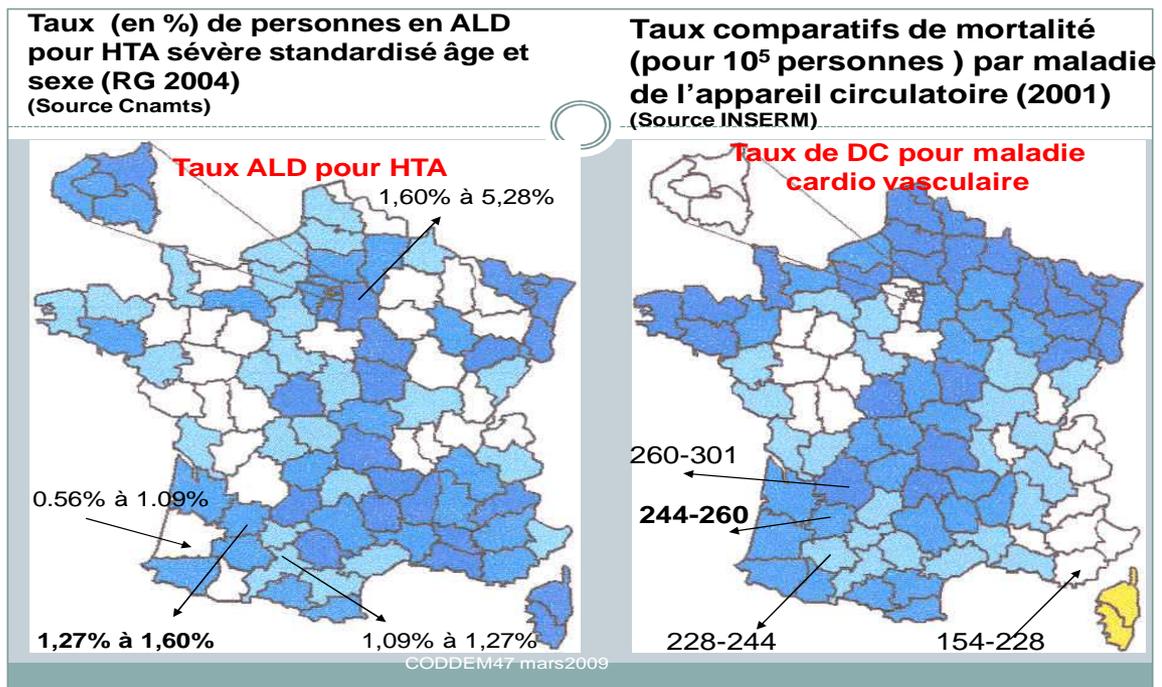
Dans le cadre de campagne nationale de dépistage, cette prévention s'adresse aux femmes de 50 ans à 74 ans ; en Lot-et-Garonne, elle a débuté en mars 2005



Le Lot et Garonne se caractérise par une participation plus importante des femmes de plus de 50 ans, cependant on note d'importantes disparités infra départementales concernant cette participation, qu'il est nécessaire d'atténuer.

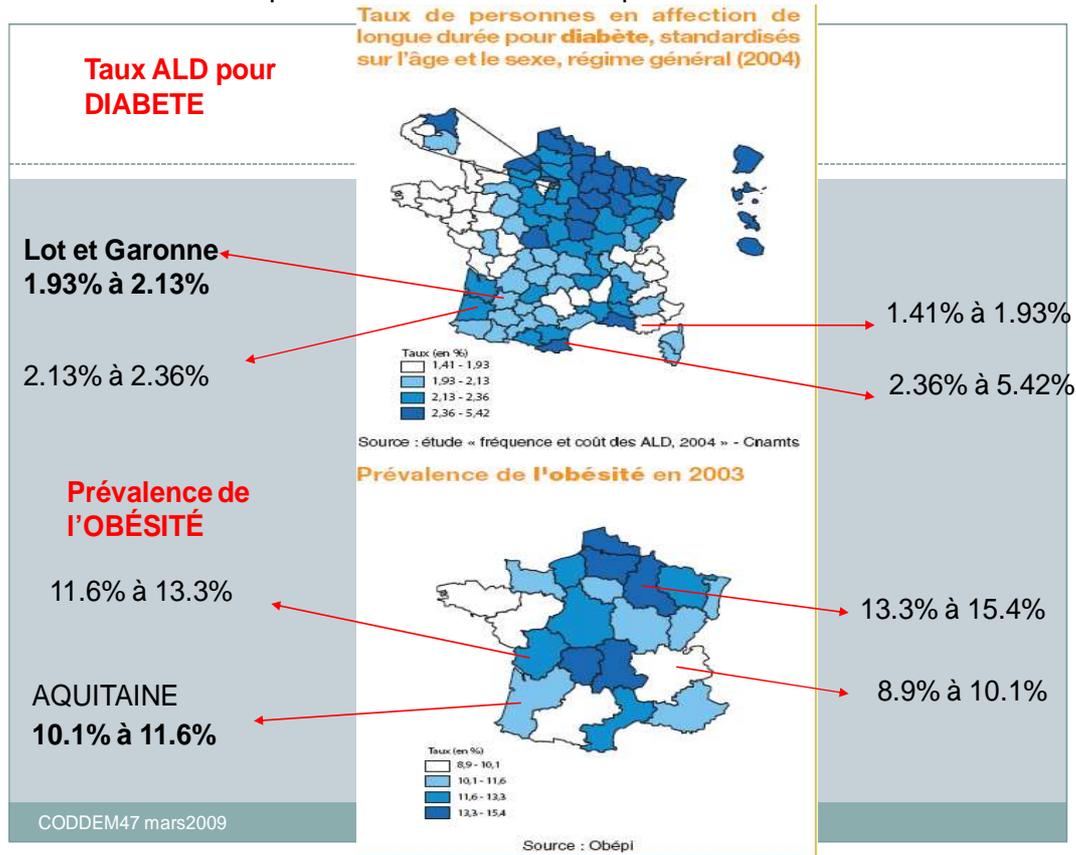
5-2 Concernant la Morbidité

5-2-1 L'exemple des Maladies cardio vasculaire



La prévention des maladies cardio vasculaire est à développer

5-2-2 l'exemple des Maladies métaboliques

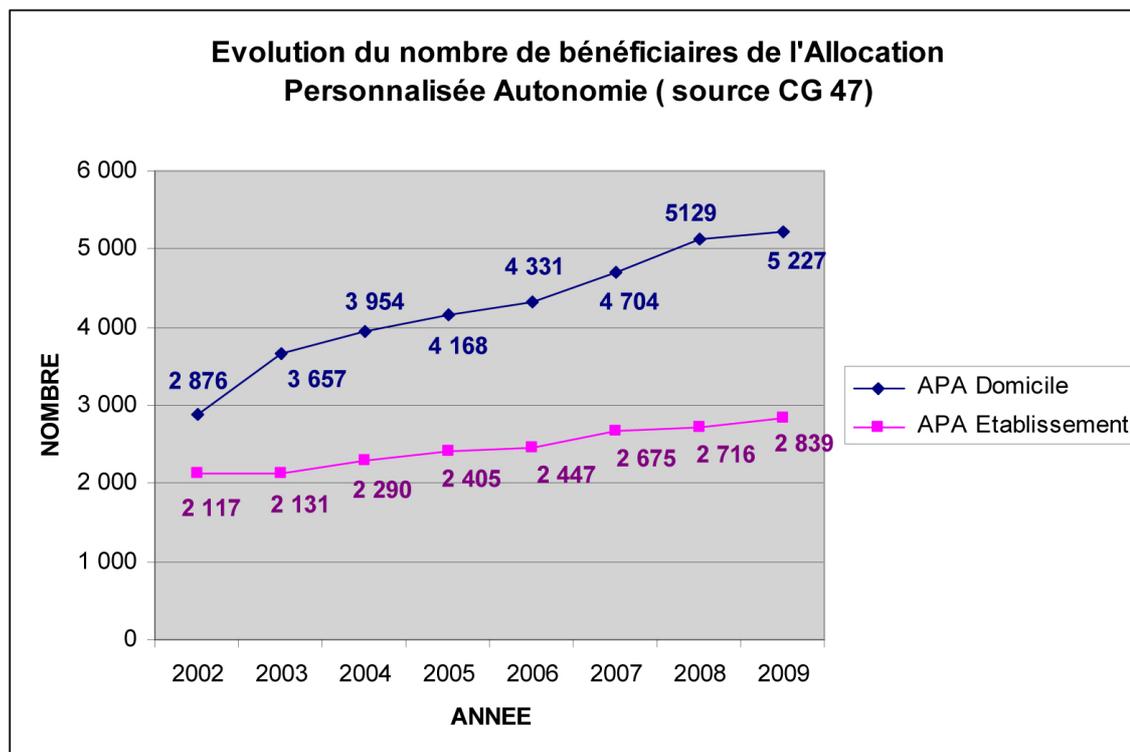


Des actions de prévention et d'éducation thérapeutique sont à développer concernant la prise en charge du diabète et la prévention de l'obésité.

6- LE RETENTISSEMENT DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION : la perte de l'autonomie

Le vieillissement de la population se traduit par une augmentation de la dépendance ; l'Allocation Personnalisée Autonomie (APA) s'adresse aux personnes de plus de 60 ans ; elle a été instaurée en 2002 et a succédé à la Prestation Spécifique Dépendance (PSD); l'APA est attribuée selon 4 niveaux de dépendance déclinés en 6 GIR; l'APA est attribuée de façon modulée uniquement du GIR 4 au GIR1.

La dépendance est souvent consécutive et associée à des problèmes de santé (diabète, pathologies cardio vasculaire etc...) ce qui justifie d'une prise en charge coordonnée médico-sociale de la personne dépendante

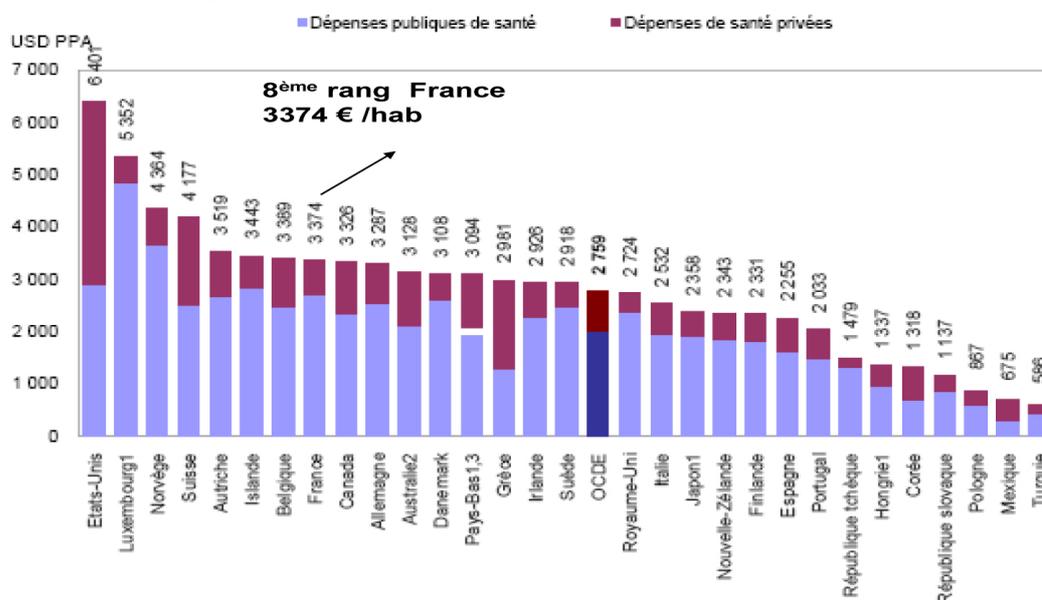


On constate une augmentation régulière de bénéficiaires de l'APA.

7- L'ORGANISATION SANITAIRE

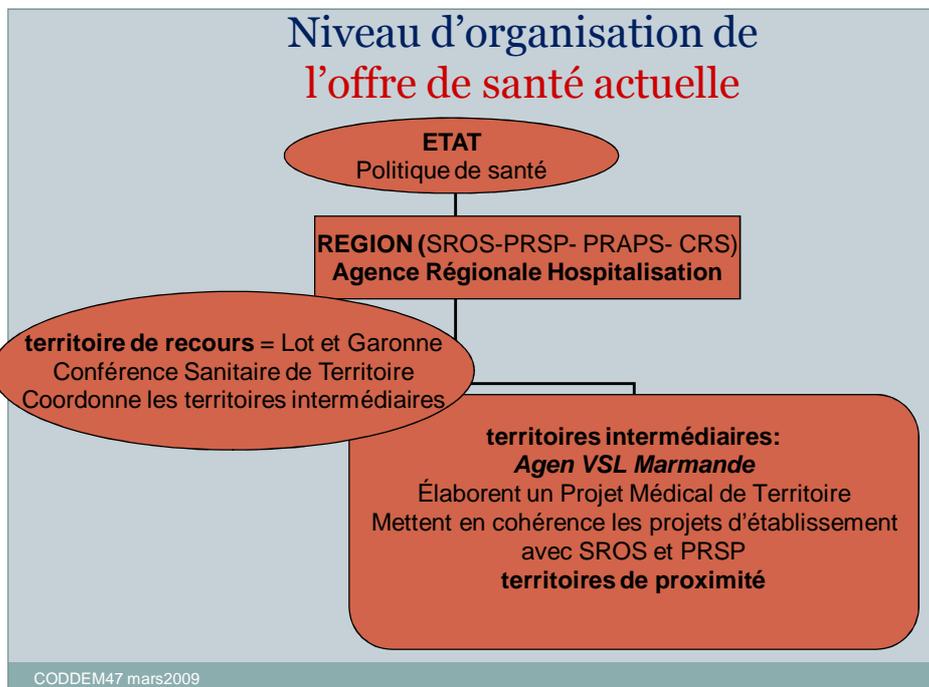
En France chaque habitant a dépensé en moyenne pour sa santé en 2005, près de 3374€ (3.383,32 € en 2008) ; elle se situe au 8^{ème} rang mondial avec un fort pourcentage de dépenses couvertes par des fonds publics.

Graphique 5. Dépenses de santé par habitant, publiques et privées, 2005

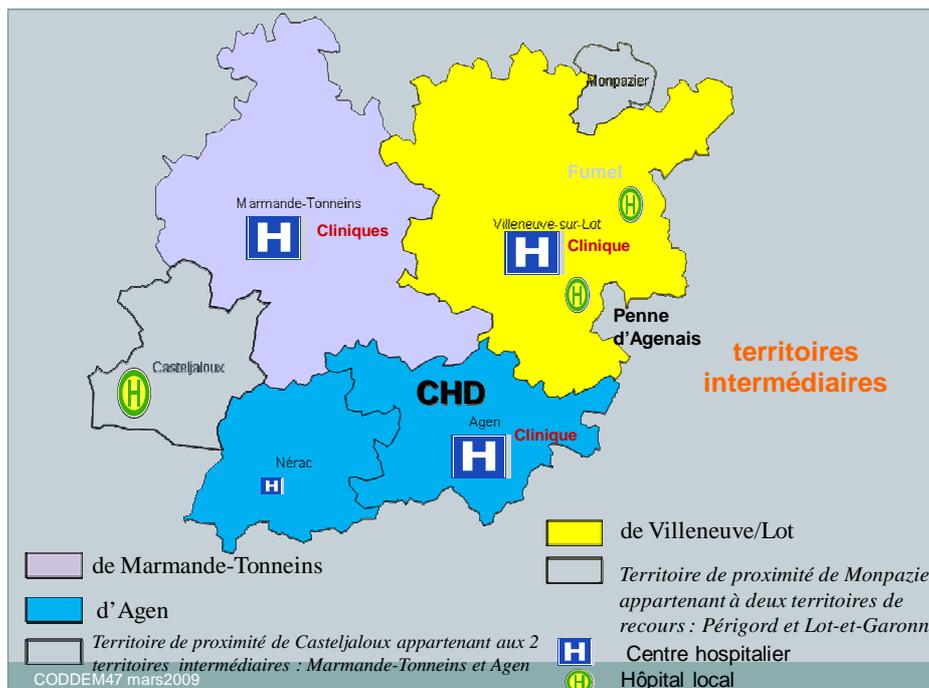


L'organisation de l'offre de santé est en évolution et la parution le 21 juillet 2009, de la Loi Hôpital Patients Santé et Territoires en a modifié considérablement les contours.

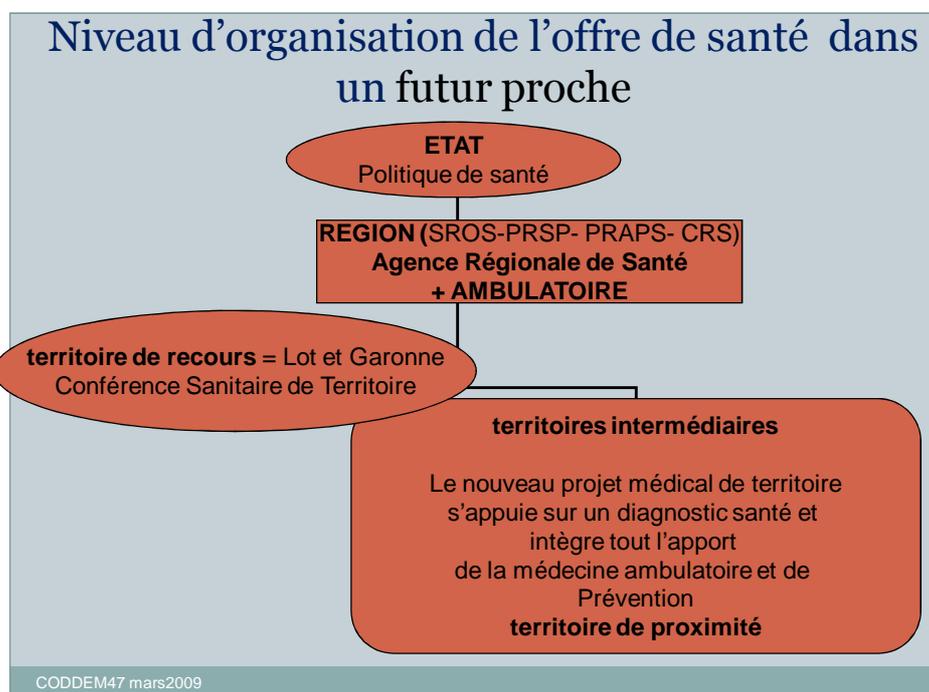
En effet l'organisation en cours est la suivante : la région représentée par l'Agence Régionale d'Hospitalisation est essentiellement centrée sur les Hôpitaux et seul cet aspect est pris en compte



Le département est découpé en territoires intermédiaires comme indiqué dans la carte ci dessous



La loi HPST introduit une autre organisation de la santé au niveau régional : L'Agence Régionale de la Santé qui englobe l'Agence Régionale d'Hospitalisation, les soins ambulatoires, le dispositif médico social et la prévention en Santé Publique.
Les soins de 1^{er} recours, sont redéfinis par la loi Hôpital Patients, Santé, Territoires.



8-LES ATTENTES DES JEUNES MEDECINS ET INTERNES DE MEDECINE GENERALE (MG)

Pour compléter l'observation de la démographie médicale, il est primordial de considérer l'avis des principaux intéressés et notamment de la génération montante des jeunes médecins et internes de médecine générale.

Pour être aidé dans cette recherche, de nombreux rapports ont été publiés et notamment, le 1^{er} rapport Julliard et les 2 études suivantes :

- L'une réalisée en 2007 qui émane de l'ISNAR ou Inter Syndicat National Autonome Représentatif des Internes de Médecine Générale ;
- L'autre réalisée en mars 2007 qui émane de l'Institut BVA à la demande du Conseil National de l'Ordre des Médecins ; cette enquête a concerné 4200 internes et jeunes médecins.

Il apparaît que les attentes prioritaires des jeunes et futurs médecins pour exercer sont de favoriser leur épanouissement personnel, de répondre aux attentes de leur conjoint, de préserver la qualité d'exercice de la discipline ; de préserver le contexte relationnel et environnemental, d'avoir des revenus corrects et d'être utile socialement.

Des points communs et complémentaires sans aucun point divergeant concluent ces enquêtes et constituent une aide dans les orientations à prendre en compte ; il s'agit de :

- 1 Inciter les étudiants à s'orienter vers la médecine générale par l'information, la sensibilisation des jeunes médecins et internes ;
- 2 Promouvoir l'exercice en soins primaires ambulatoires : soins de 1^{er} recours ;
- 3 Accompagner l'installation des MG dans les zones à faible densité médicale avec la prime à l'installation, le local mis à disposition, les bourses d'études ;

- 4 Travailler à la réorganisation pratique de l'exercice professionnel et à la coordination entre les professionnels de santé avec notamment, la prise en charge des tâches administratives et l'accueil, l'aide à l'informatisation, la création de maisons de santé pluridisciplinaires, la collaboration libérale, le travail en réseau, le travail à temps partiel, l'exercice en lieux multiples, la majoration de la consultation, la délégation de tâches.

Par ailleurs les mesures coercitives d'installation mises en place dans certains pays n'ont pas montré leur efficacité.

Enfin, 37% des enquêtés envisagent de quitter la région d'études et 36% des étudiants et 40% des jeunes médecins sont susceptibles d'aller en zone rurale.

9-LES AXES DE TRAVAIL

Deux axes se dessinent :

9-1 Le 1^{er} concerne les étudiants et les jeunes médecins ou comment leur faire découvrir la médecine générale en milieu rural durant leurs études pour favoriser ensuite leur installation dans ces zones ?

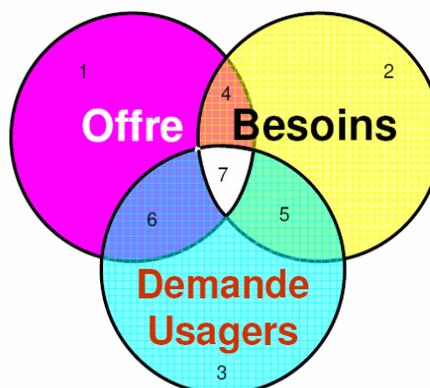
9-2 Le 2^{ème} consiste à faciliter l'exercice des médecins généralistes en milieu rural en proposant un exercice regroupé mais aussi pluridisciplinaire pour favoriser la coordination de la prise en charge des patients notamment âgés et dépendants. Il est dès lors indispensable sur un territoire cohérent pour les professionnels et la population de développer une approche sanitaire globale articulée avec le social.

Les modalités de cet exercice en Maison de Santé ou en Pôles de santé coordonnés entre eux doivent être précisées dans un Projet de Santé et un Projet Professionnel.

9-2-1 Le Projet de santé doit tenir compte des concepts clés en Santé Publique qui sont de:

Concepts clés en santé publique L'adéquation offres - besoins – demandes

- veiller à couvrir l'adéquation entre la demande des usagers, leurs besoins en santé et l'offre de soins proposée



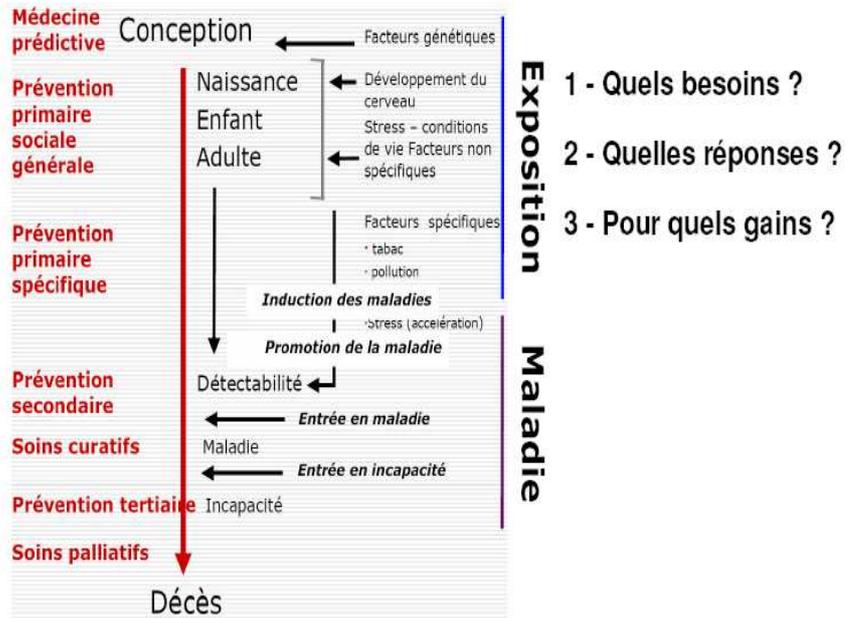
Source : école de santé publique de Nancy
46

Notamment en direction d'un patient qui devient plus âgé, plus dépendant, porteur de plusieurs pathologies lourdes

- tenir compte de l'histoire naturelle de l'individu et de ses différents besoins en type de réponse sanitaire :

prévention primaire pour éviter l'apparition d'une pathologie, prévention secondaire pour dépister précocement une maladie, soins des maladies, prévention tertiaire pour limiter l'incapacité et soins palliatifs

Concepts clés en santé publique L'histoire naturelle de l'individu

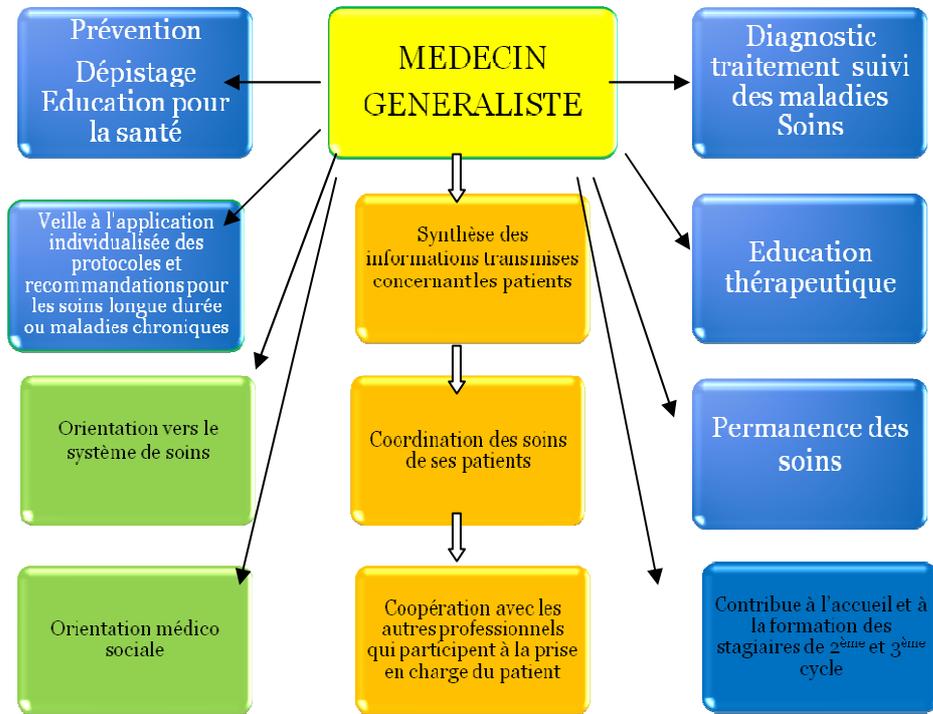


Le Projet de Santé doit recenser et organiser l'articulation entre les différents acteurs sanitaires et sociaux du territoire concerné et assurer la continuité des soins de la population. : médecin généraliste, infirmier, kinésithérapeute, sage-femme, psychologue, orthophoniste, podologue, diététicien, médecin de prévention, Protection Maternelle Infantile, centre de planification, de vaccinations, dentiste, médecine sociale, médecine scolaire, pharmacie, laboratoire, service d'aide à domicile, service social, EHPAD, service de soin psychique enfant ou adulte, réseaux, Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC), hôpitaux, cliniques, ambulances etc...

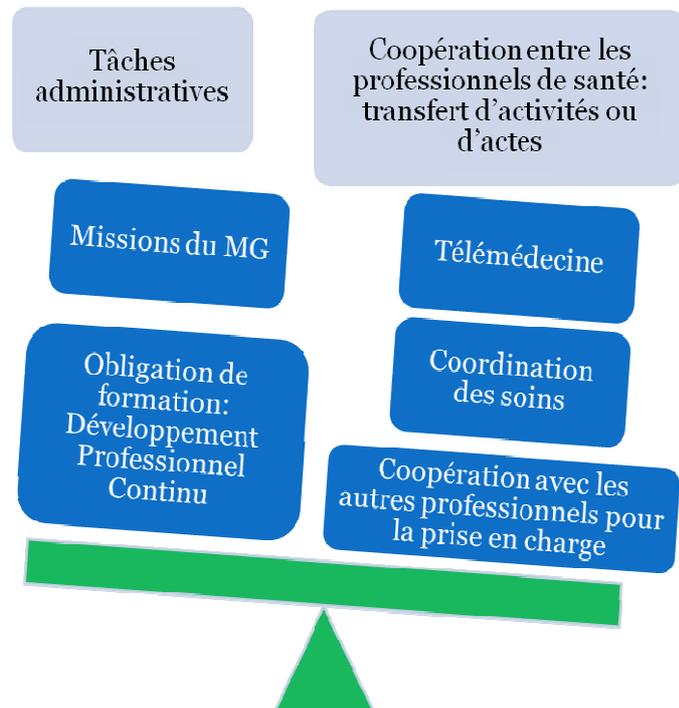
Ce Projet de Santé :

- articule des professionnels de la santé et du social, sur un même territoire et travaillant en réseaux, axés sur les soins de premier recours ; il permet de conserver des professionnels à proximité et de mutualiser les moyens et de proposer de nouvelles formes d'exercice comme un temps partiel, voire un exercice salarié

9-2-2 Ce projet de Santé doit donner toute sa place aux soins de 1^{er} recours : les missions du médecin généraliste selon la loi HPST



Le médecin généraliste doit rechercher l'équilibre entre différentes contraintes



Face à diversité des tâches du médecin généraliste qui pour certaines se développent au détriment de son rôle spécifique, le projet de Santé doit pouvoir rétablir le médecin dans son « cœur de métier ».

10- ACTIONS DEJA MENEES ET AIDES EXISTANTES POUR FAVORISER LA DEMOGRAPHIE MEDICALE

10-1 les Fonds Européens

FAEDER : Fond Européen Agricole de Développement Rural pour l'investissement matériel d'équipements visant le maintien des professionnels de santé dans les zones rurales fragiles

10-2 l'Etat

-Dans le cadre de la Mission Régionale Santé (MRS) et de l'aménagement du territoire, des aides sont mobilisables dans les zones définies comme déficitaires ou fragiles par la MRS : ces aides financières sont versées soit directement en cas d'investissement, soit indirectement par l'exonération de taxes et d'impôts ; de même, une aide au fonctionnement peut être attribuée dans le cadre du Fond d'Intervention pour la Qualité des Soins de Ville (FIQSV)

-la Dotation de Développement Rural

10.3 le Conseil Régional D'Aquitaine

Depuis plusieurs années, la Région Aquitaine a mené une réflexion avec un cabinet d'études sur cette question afin d'anticiper la désertification médicale en milieu rural et dans les zones difficiles ; c'est ainsi qu'une série d'aides est possible dans le cadre de la signature de contrat de Pays avec la Région ; ces mesures concernent : le financement d'une étude préalable, le financement partiel d'un coordonnateur, la participation à l'investissement d'une Maison de santé pluridisciplinaire ; ces projets doivent s'inscrire dans l'aménagement du territoire et dans une réflexion globale sur les besoins et l'offre de santé.

10-4 le Département

-Aides aux bâtiments communaux : aide financière aux communes et aux structures intercommunales pour l'installation de maisons médicales ou de cabinets secondaires (en cours de révision)

-Forfait de 3000€ pour l'équipement en mobilier et en matériel médical de chaque professionnel de santé installé dans une maison de santé pluridisciplinaire si installation dans une commune de - 10 000 habitants (en cours de révision)

-1^{ère} rencontre avec les internes et jeunes médecins en février 2008

10-5 les collectivités territoriales en 47

- La Communauté de Communes de Val de Garonne a initié depuis 2007 l'élaboration d'un projet territorial sanitaire et social en collaboration avec un cabinet d'études et le docteur Xavier ABBALLE médecin de santé publique ; cette large concertation impliquant la population a mis en avant la nécessité de développer des maisons de santé en lien avec les médecins et autres professionnels de santé

- dans le cadre de contrat de Pays, de nombreux projets de maisons de santé sont proposés ; cependant il est fondamental qu'ils soient développés par les médecins généralistes et professionnels de santé.

10-5 les Caisses d'Assurance Maladie

Les aides du Régime général s'inscrivent dans celles de l'Etat

Les aides de la Mutualité Sociale Agricole et notamment de la Fédération Lot et Garonne Dordogne se situent à 2 niveaux : participation à l'investissement d'une Maison de santé versée aux collectivités territoriales et participation au fonctionnement par l'intermédiaire de MSA Service et d'un animateur de développement.

10-6 Ordres des médecins : Conseil départemental 47 et Conseil régional

L'objectif des actions entreprises par les ordres professionnels est d'informer les médecins en activité et d'initier une réorganisation de la pratique professionnelle.

-Rencontres pilotées par le Conseil départemental de l'Ordre : depuis septembre 2008, la totalité des médecins généralistes ont été invités et près de 200 ont été directement rencontrés pour organiser l'aménagement de la permanence de soins, les sensibiliser à la situation démographique et réfléchir à une réorganisation des soins de 1er recours ; ces rencontres ont associé également des médecins du CG47, de la DDASS et du Centre 15

-Projet de l'Ordre départemental des Médecins de créer un site Internet départemental

-Interventions auprès de lycéens, afin de « susciter » des « vocations » de médecins et de les informer sur les études médicales

-Publication d'un état des lieux réalisé par le Conseil Régional de l'ordre des médecins sur les maisons de santé en Aquitaine et création d'un site Internet

-Accompagnement à la réflexion sur des projets de Maisons de santé par les mêmes partenaires à Fumel; Mézin Nérac ...

11- LE PLAN D' ACTIONS DEPARTEMENTAL

AXE 1 : Développer l'attractivité médicale en 8 actions:

1. Solliciter les instances régionales afin d'augmenter le nombre de postes d'internes en stage de médecine générale dans les hôpitaux et chez les médecins généralistes,
2. Elaborer un livret pour l'accueil des internes de médecine générale en Lot et Garonne,
3. Augmenter le nombre de médecins généralistes maître de stage en Lot et Garonne,
4. Faciliter les conditions matérielles d'accueil des internes de médecine générale en stage en cabinet de médecine générale,
5. Rencontrer les internes en stage de médecine générale et les médecins remplaçants de Lot et Garonne,
6. Développer la proximité médicale locale dans les hôpitaux et chez les médecins généralistes, en lien avec les Présidents des CME et associations locales de formation médicale continue,
7. Créer une cellule ressource départementale pour l'installation des médecins
8. Relayer l'information relative notamment au Plan d'action départemental de la démographie médicale et aux besoins du département, à tous les niveaux de toutes les instances.
9. Concernant les bourses d'études à attribuer à des étudiants en médecine, l'atelier n'a pas statué ; cependant, cette action n'est pas à éliminer d'emblée, il faut rechercher les conditions nécessaires et le risque à prendre.

AXE 2 : Faciliter et adapter l'exercice médical en 5 actions:

1. Définir les Aires de Santé pour exercer les soins de premiers recours selon un projet de santé commun et partagé par les professionnels de santé du territoire en lien avec les acteurs médico sociaux: le département de Lot et Garonne, est ainsi découpé en 15 Aires de Santé ; elles sont inspirées des logiques de bassin de vie, de patientèle et de l'existence de coordinations préexistantes entre les professionnels de la zone, qui croisent l'organisation sectorielle actuelle de la Permanence des Soins, pondérées par la prise en compte d'autres déterminants tels que : la géographie, les voies de communication, la répartition des établissements et celle des services ; l'objectif c'est de mettre en place par Aire de Santé, une organisation coordonnée de soins de 1^{er} recours, que ce soit une Maison de Santé Pluridisciplinaire ou un pôle de santé multi sites relié à des cabinets médicaux satellites,
2. Valider un cahier des charges pour la mise en œuvre d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire,
3. Arrêter une procédure de validation des projets de Maison de Santé ou de Pôle de Santé,
4. Mettre en place un Comité technique permanent de la CODDEM, dont les missions seraient notamment de donner un avis sur les projets de Maisons de Santé ou de Pôles de Santé,
5. Retenir les critères permettant de repérer les aires de Santé en difficulté à court ou moyen terme.

FICHES ACTIONS
AXE 1
Développer l'attractivité
du Lot-et-Garonne

AXE 1	DEVELOPPER L'ATTRACTIVITE DU LOT-ET-GARONNE																												
ACTION 1	Solliciter les instances régionales afin d'augmenter le nombre de postes d'internes en stage de médecine générale dans les hôpitaux et chez les médecins généralistes de Lot-et-Garonne																												
PRESENTATION DU CONTEXTE	<p>Depuis ces dernières années, le nombre d'internes de médecine générale affectés en stage de médecine générale dans les hôpitaux du département de Villeneuve-sur-Lot, Agen et Marmande est le suivant :</p> <table border="1" data-bbox="451 658 1417 1055"> <thead> <tr> <th>Date d'affectation</th> <th>2004</th> <th>XI 2007</th> <th>V 2008</th> <th>XI 2008</th> <th>V 2009</th> <th>XI 2009</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nombre d'internes pour les 3 CH 47</td> <td></td> <td>23</td> <td>22</td> <td>27</td> <td>26</td> <td>34</td> </tr> <tr> <td>Nombre en stage MG et SASPAS</td> <td></td> <td>2</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Total nouveaux internes 1^{re} année médecine générale région Aquitaine</td> <td>47</td> <td>117</td> <td>117</td> <td>117</td> <td>140</td> <td>140</td> </tr> </tbody> </table> <p>On constate que les médecins qui se sont installés en Lot-et-Garonne, avaient pour la plupart fait leur internat dans un des hôpitaux de Lot et Garonne ou avaient de la famille ou étaient originaires de Lot et Garonne; ce sont donc des facteurs de choix d'exercice de la profession, qu'il faut activer, cependant, ces internes peuvent être originaires de toutes les Régions.</p>	Date d'affectation	2004	XI 2007	V 2008	XI 2008	V 2009	XI 2009	Nombre d'internes pour les 3 CH 47		23	22	27	26	34	Nombre en stage MG et SASPAS		2	1	3	2	5	Total nouveaux internes 1 ^{re} année médecine générale région Aquitaine	47	117	117	117	140	140
Date d'affectation	2004	XI 2007	V 2008	XI 2008	V 2009	XI 2009																							
Nombre d'internes pour les 3 CH 47		23	22	27	26	34																							
Nombre en stage MG et SASPAS		2	1	3	2	5																							
Total nouveaux internes 1 ^{re} année médecine générale région Aquitaine	47	117	117	117	140	140																							
DESCRIPTION DE L'ACTION	<p>Le Préfet et le Président du Conseil Général interviennent auprès des institutions (DRASS+ Faculté de médecine de Bordeaux + CHU Bordeaux) qui déterminent le nombre de places de stage ouvertes au choix des étudiants par département que ce soit à l'hôpital ou chez les MG maîtres de stage, afin que ce nombre soit augmenté non seulement pour favoriser l'installation en 47 mais aussi pour améliorer le travail dans les services hospitaliers.</p> <p>Garder à l'esprit que ces étudiants ont en tout 3 années de stage de MG dont 6 mois chez un médecin généraliste maître de stage et 6 mois en hôpital hors CHU soit un passage obligatoire en hôpital périphérique au minimum de 6 mois.</p>																												
PARTENARIATS (moyens humains matériels Techniques et Financiers)	DRASS+ Faculté de médecine de bordeaux 2 + CHU Bordeaux																												
RESULTATS ATTENDUS	Indicateurs : nombre de postes ouverts dans les CH du 47 et nombre de postes d'internes																												
CALENDRIER PREVISIONNEL	2009-2011																												
COUT DE L'ACTION	Néant																												

AXE 1	DEVELOPPER L'ATTRACTIVITE DU LOT-ET-GARONNE
ACTION 2	Elaborer un livret pour l'accueil des internes de médecine générale en Lot et Garonne
PRESENTATION DU CONTEXTE	<p>Les étudiants reçus à l'examen national classant, choisissent leur spécialité et leur faculté d'affectation.</p> <p>Ils doivent réaliser durant 3 ans : 6 stages de 6 mois chacun, dont 1 stage en CHU et 1 stage chez un MG et 1 stage en hôpital périphérique.</p> <p>Pour ceux qui choisissent la faculté de la Région de Bordeaux, le choix doit se faire parmi tous les hôpitaux et MG de la région Aquitaine.</p> <p>Les internes définissent leur « Gault et Millaut » de lieu de stage mais n'ont pas toutes les informations matérielles pour éclairer leur choix concernant en particulier la présentation du département et de l'offre sanitaire et des services</p>
DESCRIPTION DE L'ACTION	<p>Réaliser un LIVRET POUR L'ACCUEIL DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE EN LOT ET GARONNE qui comporterait : la présentation des hôpitaux, des services de stage, la liste des médecins généralistes maîtres de stage, les conditions d'hébergement, de restauration etc... ainsi qu'une présentation du Lot et Garonne et de ses atouts culturels et de territoire.</p> <p>Ces guides seraient distribués soit par la faculté de médecine de Bordeaux, soit a posteriori lors de la réunion introductive pour l'accueil des internes en Lot et Garonne, mais peut-être également à priori avant le concours de l'internat par le biais des associations étudiantes</p>
PARTENARIATS (moyens humains matériels techniques et financiers)	Les hôpitaux du 47, le Conseil de l'ordre des médecins, le Conseil général, la faculté de médecine de Bordeaux 2, la DDASS
RESULTATS ATTENDUS	Une augmentation du nombre d'internes de MG qui choisissent des terrains de stage en 47
CALENDRIER PREVISIONNEL	2010
COUT DE L'ACTION	Conception et impression annuelle de 8000 livrets soit 1500€

<p>AXE 1</p>	<p>DEVELOPPER L'ATTRACTIVITE DU LOT-ET-GARONNE</p>
<p>ACTION 3</p>	<p>Faciliter les conditions matérielles d'accueil des internes de médecine générale, en stage en cabinet de médecine générale</p>
<p>PRESENTATION DU CONTEXTE</p>	<p>Les internes de médecine générale qui viennent en stage dans les CH ou chez les médecins généralistes restent au minimum 6 mois en Lot et Garonne. Pour ceux qui ne sont pas du département, il y a nécessité d'être logé afin de limiter les frais.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour aller en stage chez le médecin généraliste en milieu rural, l'interne a besoin d'être hébergé sur place en limitant les frais et tous les MG n'ont pas cette possibilité d'accueil <p>En 2008 2 internes ont fait leur stage chez le MG en 47 En 2009 5 internes ont réalisé leur stage chez le MG en 47</p>
<p>DESCRIPTION DE L'ACTION</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proposer un logement de proximité à peu de frais pour les internes qui souhaitent faire leur stage chez le praticien en milieu rural
<p>PARTENARIATS (moyens humains matériels Techniques et Financiers)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Collectivités locales : communes ou EPCI • Médecins généralistes maîtres de stage • Conseil général, notamment dans le cadre des Maisons de Santé
<p>RESULTATS ATTENDUS</p>	<p>En parallèle avec l'augmentation des places d'internes par la faculté de médecine et la DRASS (cf fiche 1) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Augmentation du nombre d'internes en stage chez le médecin généraliste en milieu rural
<p>CALENDRIER PREVISIONNEL</p>	<p>2010-2011</p>
<p>COUT DE L'ACTION</p>	<p>A intégrer en priorité dans le projets de Maisons et Pôles de Santé ou à étudier avec les collectivités territoriales.</p>

<p>AXE 1</p>	<p>DEVELOPPER L'ATTRACTIVITE DU LOT-ET-GARONNE</p>												
<p>ACTION 4</p>	<p>Augmenter le nombre de médecins généralistes maître de stage en Lot et Garonne</p>												
<p>PRESENTATION DU CONTEXTE</p>	<p>Pour un interne de MG, une façon de découvrir la Médecine Générale c'est de réaliser un stage chez le MG notamment en milieu rural. Il faut donc que des médecins généralistes acceptent d'accueillir un interne en stage en étant maître de stage durant 6 mois. Le Lot et Garonne compte en juin 2009 16 médecins généralistes maîtres de stage.</p> <table border="1" data-bbox="475 725 1437 882"> <thead> <tr> <th>Département</th> <th>33</th> <th>24</th> <th>40</th> <th>47</th> <th>64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Médecins généralistes maîtres de stage</td> <td>175</td> <td>28</td> <td>34</td> <td>16</td> <td>56</td> </tr> </tbody> </table> <p>Source Département Médecine Générale Bordeaux 30 octobre 2009</p> <p>Depuis le 1^{er} janvier 2008, 7 internes ont pu être ainsi accueillis et formés à la MG tout terrain, parmi eux, plusieurs sont devenus remplaçants. Au 1^{er} novembre 2009, ils sont 5 internes à avoir choisi de faire leur stage chez les médecins généralistes de Lot et Garonne. Une réunion faite en septembre 2009 au Conseil de l'ordre des médecins a réuni 15 médecins généralistes : ils pourraient donc en mai 2010 venir plus que doubler le nombre de maîtres de stage sur le terrain</p>	Département	33	24	40	47	64	Médecins généralistes maîtres de stage	175	28	34	16	56
Département	33	24	40	47	64								
Médecins généralistes maîtres de stage	175	28	34	16	56								
<p>DESCRIPTION DE L'ACTION</p>	<p>Augmenter le nombre de médecins généralistes maîtres de stage et les faire connaître :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présentation aux MG de la fonction de MG maître de stage par le Conseil de l'ordre • Faire connaître aux internes les lieux de stage chez le MG dès le choix des stages de MG afin de l'éclairer 												
<p>PARTENARIATS (moyens humains matériels Techniques et Financiers)</p>	<p>Conseil de l'ordre des médecins 47, faculté de médecine de Bordeaux 2</p>												
<p>RESULTATS ATTENDUS</p>	<p>Augmentation des lieux de stage proposés au choix des internes de médecins généralistes</p>												
<p>CALENDRIER PREVISIONNEL</p>	<p>2010</p>												
<p>COUT DE L'ACTION</p>	<p>La rémunération des Maitres de stage et des étudiants relèvent de la faculté de médecine et des hôpitaux</p>												

AXE 1	DEVELOPPER L'ATTRACTIVITE DU LOT-ET-GARONNE
ACTION 5	Rencontrer les internes en stage de médecine générale et les médecins remplaçants de Lot et Garonne
PRESENTATION DU CONTEXTE	<p>Les internes de médecine générale, notamment ceux qui ne sont pas originaires de Lot et Garonne passent souvent 6 mois de stage puis s'en vont sans avoir rencontré les représentants des médecins généralistes, les représentants des institutions du département et sans avoir pris la mesure des possibilités d'installation en Lot et Garonne.</p> <p>Les médecins généralistes ont un rôle important, ils font aimer le territoire. Les internes de Médecine générale, en plus des stages hospitaliers, doivent suivre des cours ; lors des 5^{ème} et 6^{ème} semestre du 3^{ème} cycle, les cours concernent l'installation.</p> <p>Les médecins remplaçants ne sont pas informés des possibilités d'installation du département</p>
DESCRIPTION DE L'ACTION	<p>Rencontrer les promotions d'internes de médecine générale en stage en Lot et Garonne durant les périodes du 1^{er} novembre au 30 avril et du 1^{er} mai au 31 octobre et les remplaçants:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 rencontre des étudiants avec les médecins maîtres de stage et les médecins généralistes pour présenter, l'organisation de soins de 1^{er} recours, les projets de MDS existants, le territoire médical et accompagner les étudiants qui font ce choix d'exercice ; cette rencontre pourrait être incluse dans le cursus des cours (à voir avec le Département de Médecine Générale de Bordeaux 2) • 1 rencontre d'accueil par les institutions des étudiants et médecins remplaçants afin de présenter le département et ses atouts.
PARTENARIATS (moyens humains matériels Techniques et Financiers)	Le Préfet, le Département, la DDASS, les Caisses d'assurance maladie, les hôpitaux du 47, le Conseil de l'Ordre des médecins, les médecins
RESULTATS ATTENDUS	Qu'ils renouvellent des stages en 47, Qu'ils reviennent faire des remplacements ou s'installer en 47
CALENDRIER PREVISIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> • dès la promotion actuellement en stage 2010 et suivantes
COÛT DE L'ACTION	Lunch diffusion de documents :

<p>AXE 1</p>	<p>DEVELOPPER L'ATTRACTIVITE DU LOT-ET-GARONNE</p>
<p>ACTION 6</p>	<p>Développer la proximité médicale locale dans les hôpitaux et chez les médecins généralistes, en lien avec les Présidents de Commission Médicale d'Etablissements et associations locales de formation médicale continue (FMC)</p>
<p>PRESENTATION DU CONTEXTE</p>	<p>Les internes de médecine générale, notamment ceux qui ne sont pas originaires de Lot et Garonne passent souvent 6 mois de stage puis s'en vont sans avoir eu l'occasion de rencontrer les médecins généralistes du département. Les médecins remplaçants ne sont pas tous intégrés au tissu médical local en ne faisant que passer.</p> <p>La qualité des relations tissées avec les confrères a un impact sur l'installation. Des réunions de formation ont lieu sur le territoire, organisées par les Hôpitaux ou dans le cadre de la FMC</p>
<p>DESCRIPTION DE L'ACTION</p>	<p>Associer systématiquement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les étudiants en stage chez un médecin généraliste ou dans les hôpitaux • les médecins qui font des remplacements <p>aux formations organisées par les hôpitaux ou dans le cadre de la FMC.</p>
<p>PARTENARIATS (moyens humains matériels Techniques et Financiers)</p>	<p>Les centres hospitaliers du 47 Les organismes de Formation Médicale Continue Le Conseil de l'Ordre des Médecins de Lot et Garonne Institutions</p>
<p>RESULTATS ATTENDUS</p>	<p>Que les étudiants reviennent en stage en Lot-et-Garonne Qu'ils reviennent faire des remplacements ou s'installer Que les médecins remplaçants s'installent en Lot-et-Garonne</p>
<p>CALENDRIER PREVISIONNEL</p>	<p>2010</p>
<p>COUT DE L'ACTION</p>	<p>Prise en charge dans le cadre de la FMC.</p>

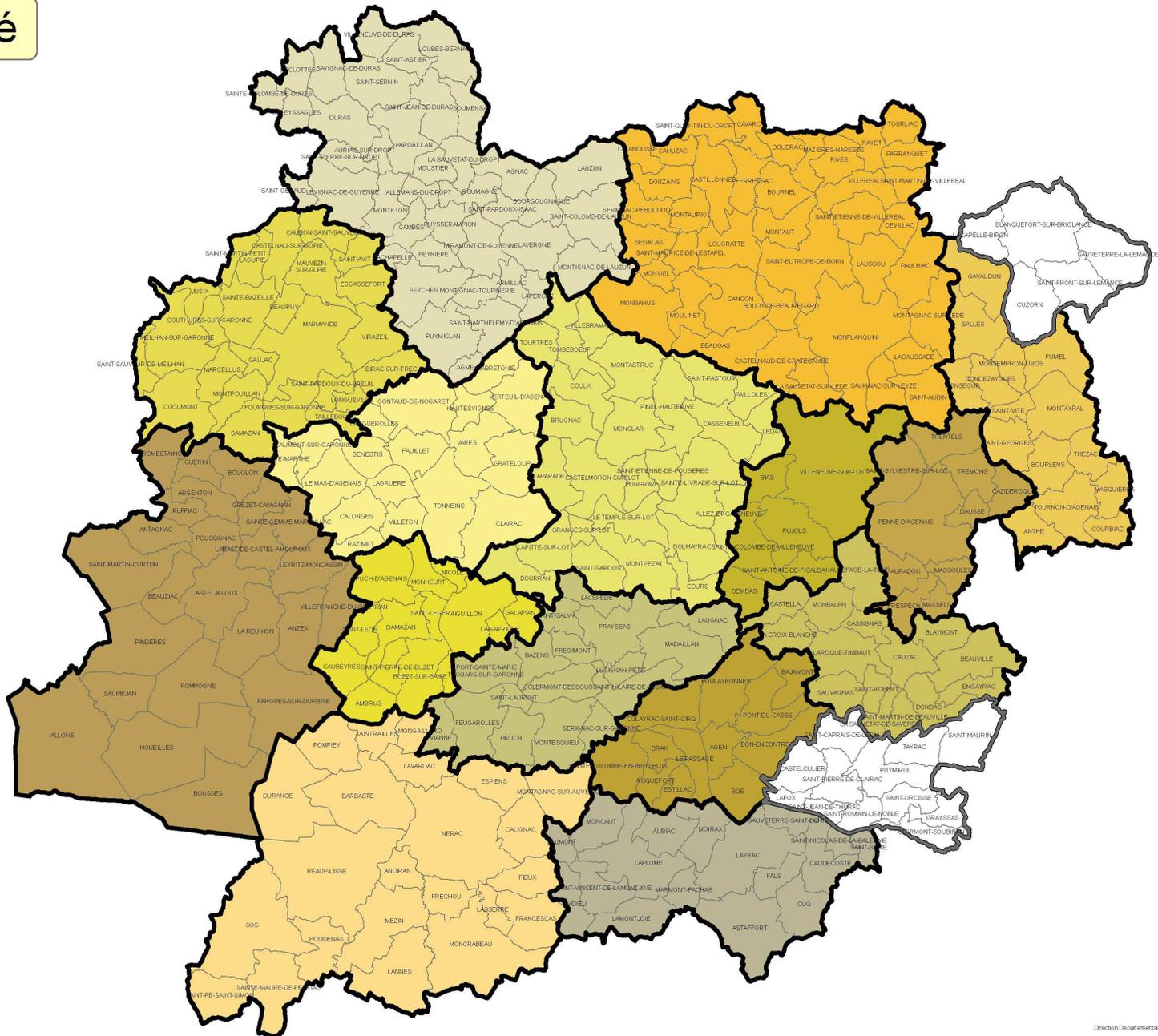
AXE 1	DEVELOPPER L'ATTRACTIVITE DU LOT-ET-GARONNE
ACTION 7	Création d'une cellule ressources départementale
PRESENTATION DU CONTEXTE	<p>La réalisation d'une installation soulève des questions d'ordre administratif et juridique qui nécessitent des démarches auprès d'institutions et services</p> <p>Les réponses apportées sont partielles et entraînent des « allers et retours » entre les institutions et services ; une cellule ressources mobilisant le même jour, en un même lieu des compétences multiples permettrait d'optimiser cette phase</p>
DESCRIPTION DE L'ACTION	<p>Composition de la cellule ressources :</p> <ul style="list-style-type: none"> - du conseil départemental de l'Ordre des médecins - des Caisses d'assurance maladie (CPAM+ MSA) - des services fiscaux - de l'union de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) - l'union régionale des médecins généralistes d'Aquitaine (URMLA) - de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales - du conseil général - de tout professionnel de santé qui souhaite participer à cette initiative <p>La composition pourra être évolutive en fonction des questions soulevées</p> <p>Les compétences de chaque membre seront immédiatement disponibles</p> <p>Cette cellule ressources prendrait la forme d'une rencontre des différents partenaires concernés avec les médecins qui souhaitent s'installer</p> <p>Elle se réunirait soit de manière périodique, soit à la demande</p> <p>Cette cellule sera identifiée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - avec une information de son existence sur les différents sites Internet des institutions départementales et/ou régionales - au moyen d'une lettre présentant la cellule ressources adressée aux étudiants <p>L'organisation d'une cellule « blanche » - sans dossier – permettrait d'en vérifier la faisabilité</p>
PARTENARIATS (moyens humains matériels et techniques)	<p>Moyens humains : membres de la cellule sont mobilisés</p> <p>Moyens matériels : lieu de la réunion et support papier pour indiquer les coordonnées des personnes ressources des différentes institutions</p> <p>Moyens techniques : pour l'identification de cette cellule sur les sites Internet des services concernés</p>
RESULTATS ATTENDUS	<p>Une réponse efficace, rapide et pertinente aux attentes des médecins qui souhaitent s'installer dans le département</p> <p>Une augmentation du nombre des installations facilitées par la réactivité de cette cellule</p>
CALENDRIER PREVISIONNEL	L'action peut être mise en œuvre dès sa validation par la CODDEM
COUT DE L'ACTION	Les moyens mis en œuvre sont ceux des institutions et services

AXE 1	DEVELOPPER L'ATTRACTIVITE DU LOT-ET-GARONNE
ACTION 8	FACILITER L'INSTALLATION DES MEDECINS EN LOT ET GARONNE
PRESENTATION DU CONTEXTE	Les médecins qui souhaitent s'installer ont besoin de se renseigner Il faut utiliser tous les moyens d'informations à notre disposition et notamment Internet
DESCRIPTION DE L'ACTION	Utiliser tous les supports d'informations disponibles pour renseigner sur ce thème: site internet des médecins, du Conseil général, connaissance du département et de ses ressources...
PARTENARIATS (moyens humains matériels Techniques et Financiers)	Le Conseil de l'Ordre des Médecins de Lot et Garonne Le Conseil Général, les Caisse d'assurance maladie, la DDASS etc..
RESULTATS ATTENDUS	Une augmentation du nombre des installations facilitées par une meilleure information
CALENDRIER PREVISIONNEL	2010
COUT DE L'ACTION	Plaquettes de la 2 ^{ème} action, site internet du Conseil général et des autres partenaires

FICHES ACTIONS
AXE 2
Adapter et Faciliter l'exercice médical en
Lot-et-Garonne

AXE 2	ADAPTER ET FACILITER L'EXERCICE MEDICAL
ACTION 1	Définir les Aires de Santé, territoire de pratique coordonnée des soins de 1 ^{er} recours
PRESENTATION DU CONTEXTE	Les médecins généralistes sont répartis sur une partie des communes du département ; ils exercent des soins de 1 ^{er} et le cas échéant 2 ^{ème} recours ; les habitants se déplacent à l'intérieur d'un bassin de vie défini à partir de l'offre de services pour la vie quotidienne et de la facilité des moyens de communication; par ailleurs, les médecins ont développé des liens entre eux pour assurer le Permanence des Soins
DESCRIPTION DE L'ACTION	<p>L'objectif est de mettre en place une organisation coordonnée des soins de 1^{er} recours par ADS, que ce soit une maison de santé, ou un pôle de santé multi sites, reliés à des cabinets médicaux satellites</p> <p>Des Aires de santé (ADS) sont définies, territoire d'intervention d'une Maison de Santé ou un Pôle de Santé et cadre de l'intervention pour l'action publique.</p> <p>Les contours de cette ADS sont définis à partir du flux de la patientèle (source URCAM Carto Sante), des pratiques professionnelles préexistantes entre médecins, du bassin de vie des populations, de la facilité et rapidité des moyens de communication.</p> <p>Par ailleurs ces ADS doivent s'intégrer dans un territoire sanitaire ou d'action sociale Tous les professionnels de santé de l'Aire De Santé sont concernés par le projet de santé de la Maison ou du Pôle de Santé.</p> <p>Etablir la fiche d'identité de chaque Aire de Santé recensant toutes les ressources existantes et des indicateurs descriptifs d'équipements:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La population et ses besoins • La cohérence de l'ADS avec les découpages administratifs, sanitaires et sociaux • La démographie médicale et paramédicale • L'équipement et service médico social • L'équipement et service sanitaire • Le dynamisme de l'ADS
PARTENARIATS (moyens humains matériels Techniques et Financiers)	Ordre des médecins, DDASS, Conseil général, Centre 15, centre hospitalier, MRS, élus, Caisses d'assurance maladie
RESULTATS ATTENDUS	Une cohérence de prise ne charge et un exercice coordonné sur chaque ADS
CALENDRIER PREVISIONNEL	2010
COUT DE L'ACTION	Néant
PIECE JOINTE	<p>Une carte de département de Lot-et-Garonne avec le découpage en 15 Aires de Santé et cartes de superposition avec d'autres découpages</p> <p>Un exemple de fiche d'identité d'une Aire de Santé</p>

Aires de santé



source Insee et DSS-Conseil Général 47
 CODDEM 2010 Etat Conseil Général Lot-et-garonne

Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

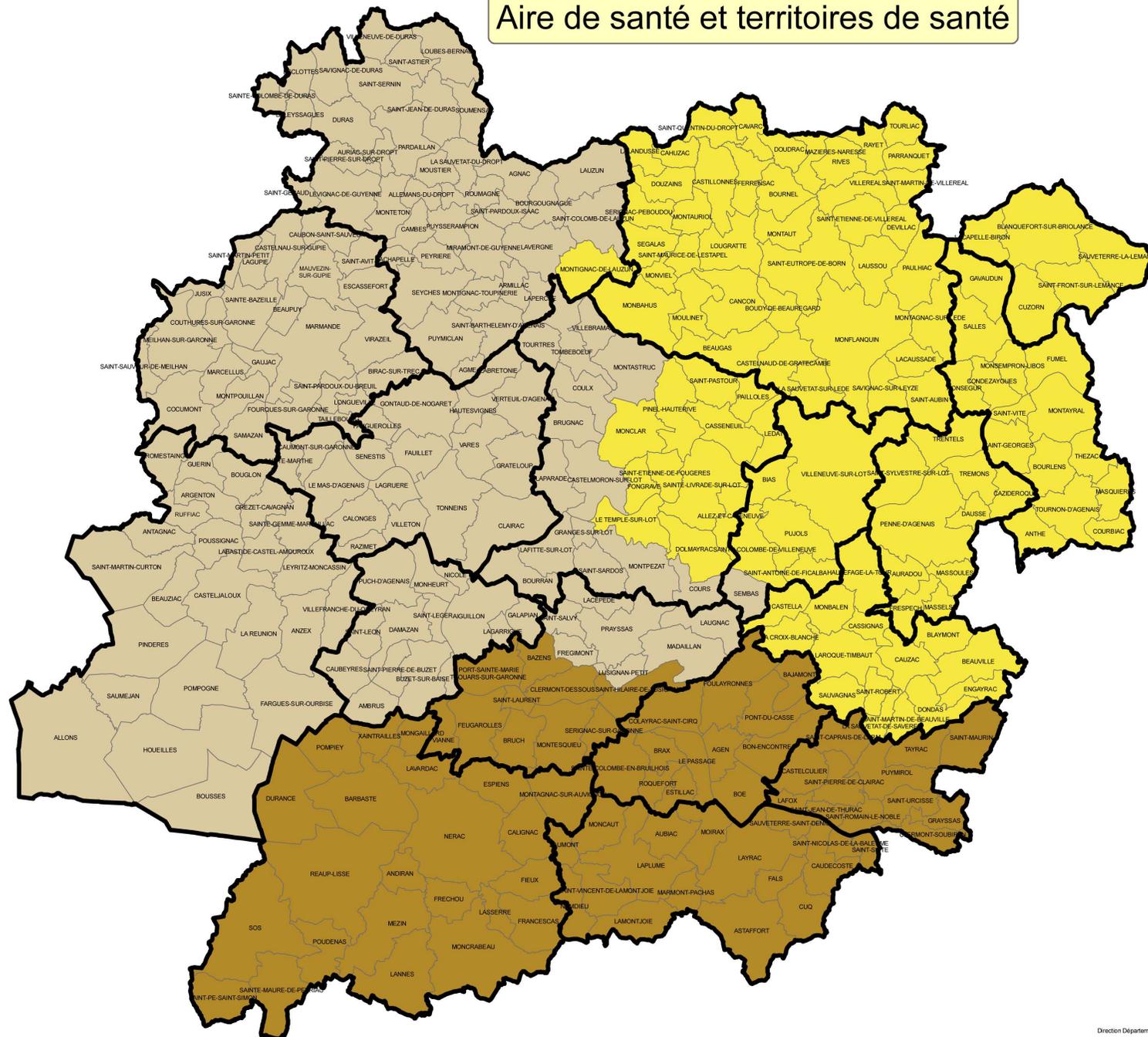
SDH - 80 CARTO. © - Reproduction interdite

Territoire de santé

TERRITOIRE

- AGEN
- Marmande
- Villeneuve
- Aires de santé

Aire de santé et territoires de santé

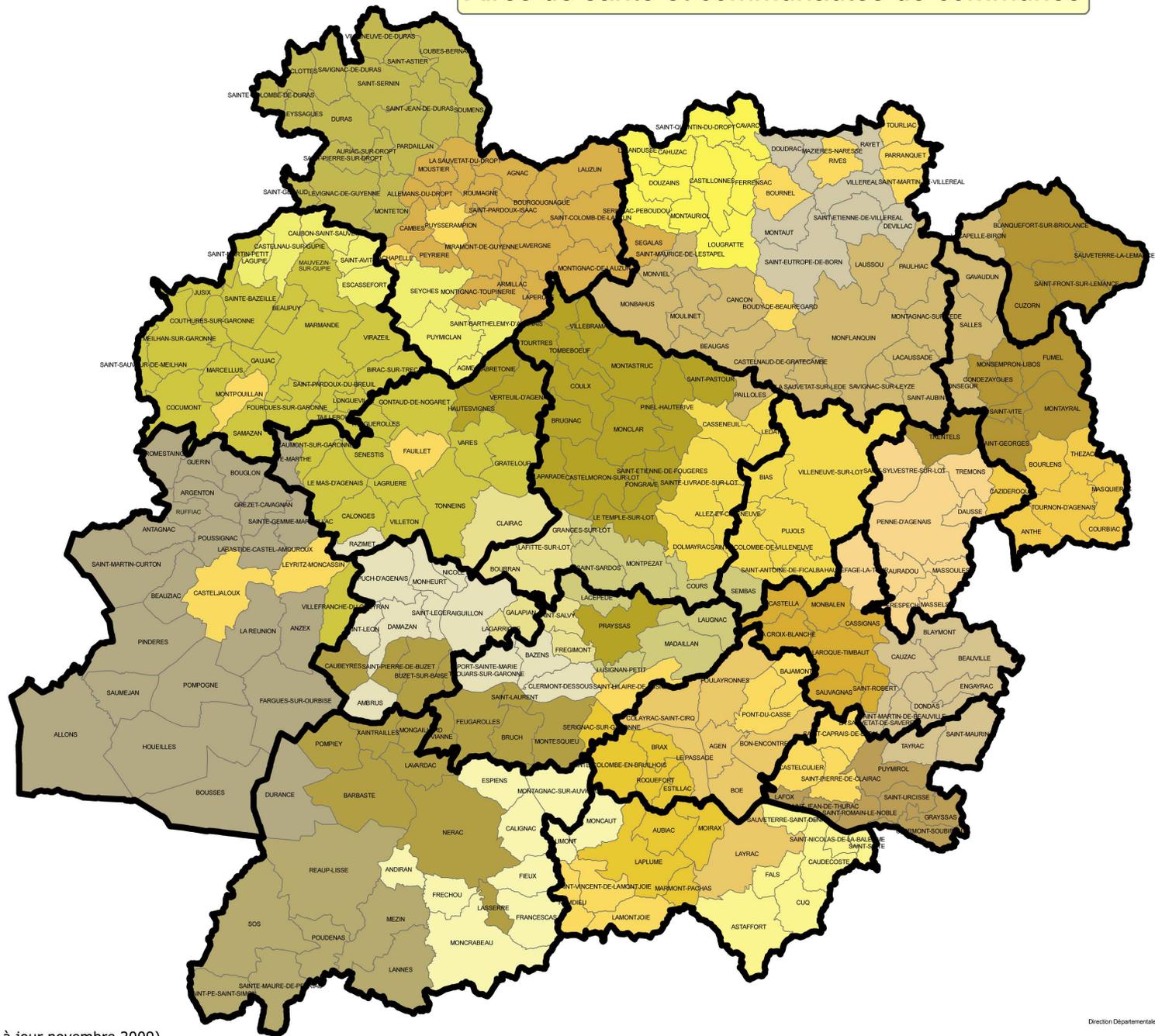


source Insee et DSS-Conseil Général 47 (Mise à jour novembre 2009)

CODDEM 2010 Etat Conseil Général Lot-et-garonne

Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

Aires de santé et communautés de communes



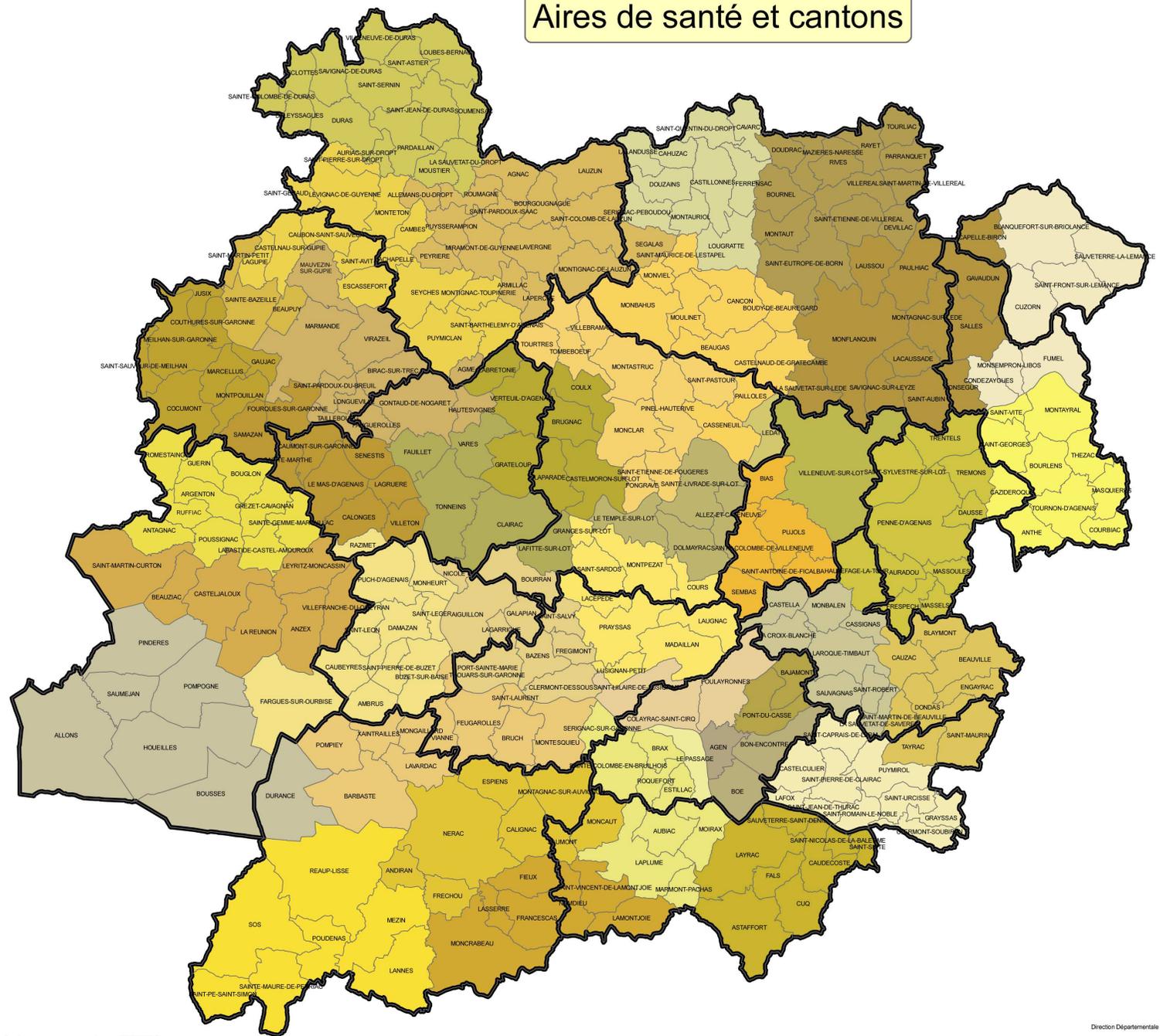
source Insee et DSS-Conseil Général 47 (Mise à jour novembre 2009)

CODDEM 2010 Etat Conseil Général Lot-et-garonne

Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

Aires de santé et cantons

- Cantons**
- AGEN CENTRE
 - AGEN NORD
 - AGEN NORD-EST
 - AGEN OUEST
 - AGEN SUD-EST
 - ASTAFFORT
 - BEAUVILLE
 - BOUGLON
 - CANCON
 - CASTELJALOUX
 - CASTELMORON
 - CASTILLONNES
 - DAMAZAN
 - DURAS
 - FRANCESSAS
 - FUMEL
 - HOUEILLES
 - LAPLUME
 - LAROQUE TIMBAUT
 - LAUZUN
 - LAVARDAC
 - MARMANDE EST
 - MARMANDE OUEST
 - MAS D'AGENAIS
 - MEILHAN/GARONNE
 - MEZIN
 - MONCLAR D'AGENAIS
 - MONFLANQUIN
 - NERAC
 - PENNE D'AGENAIS
 - PORT SAINTE MARIE
 - PRAYSSAS
 - PUYMIROL
 - SAINTE LIVRADE/LOT
 - SEYCHES
 - TONNEINS
 - TOURNON D'AGENAIS
 - VILLENEUVE SUR LOT NORD
 - VILLENEUVE/LOT
 - VILLENEUVE/LOT SUD
 - VILLEREAUX
- Aires de santé**



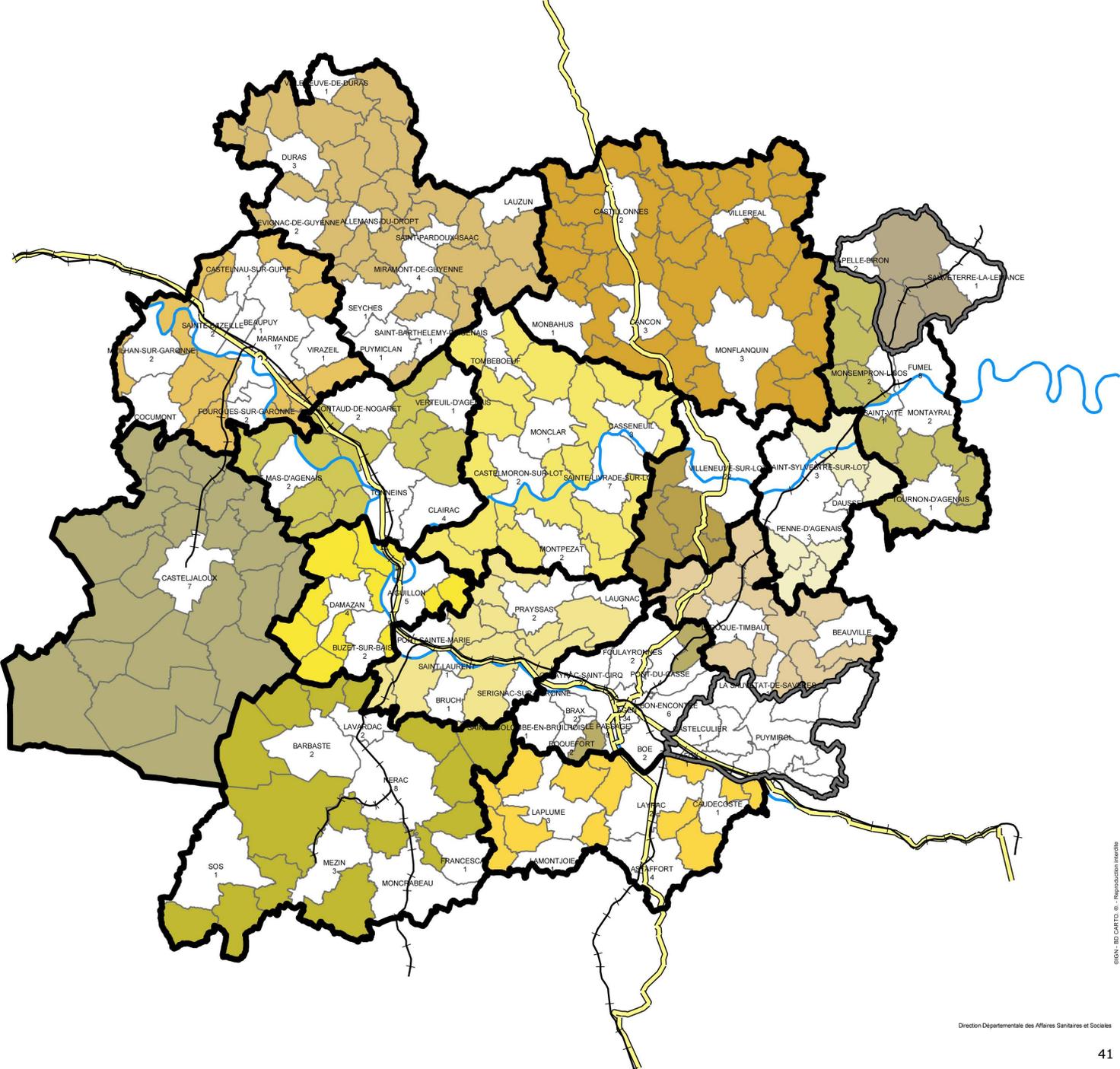
source Insee et DSS-Conseil Général 47 (Mise à jour novembre 2009)
 CODDEM 2010 Etat Conseil Général Lot-et-garonne

Médecins généralistes par commune

Aires de santé
 réseau ferré
 routes_nationales
 garonne_et_lot
 communes avec nb de medecins

Aires de santé

- AGEN
- AIGUILLON
- ASTAFFORT/LAPLUME
- CASTELJALOUX
- CASTELMORON - STE LIVRADE
- FUMEL - TOURNON d'AGENAIS
- LAROQUE TIMBAUT
- MARMANDE
- MIRAMONT/DURAS
- NERAC
- PENNE/TOURNON
- PORT SAINTE MARIE/PRAYSAS
- QUATRE CANTONS
- TONNEINS
- VILLENEUVE SUR LOT
- ZNA secteur BLANQUEFORT
- secteur PUYMIROL
- ZNA_blanque-Puymirol



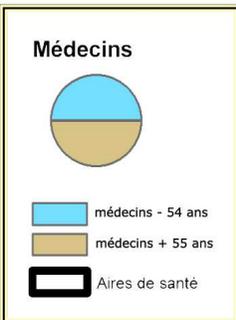
Source : Conseil de l'Ordre Départemental (Mise à jour novembre 2009)

CODDEM 2010 Etat Conseil Général Lot-et-garonne

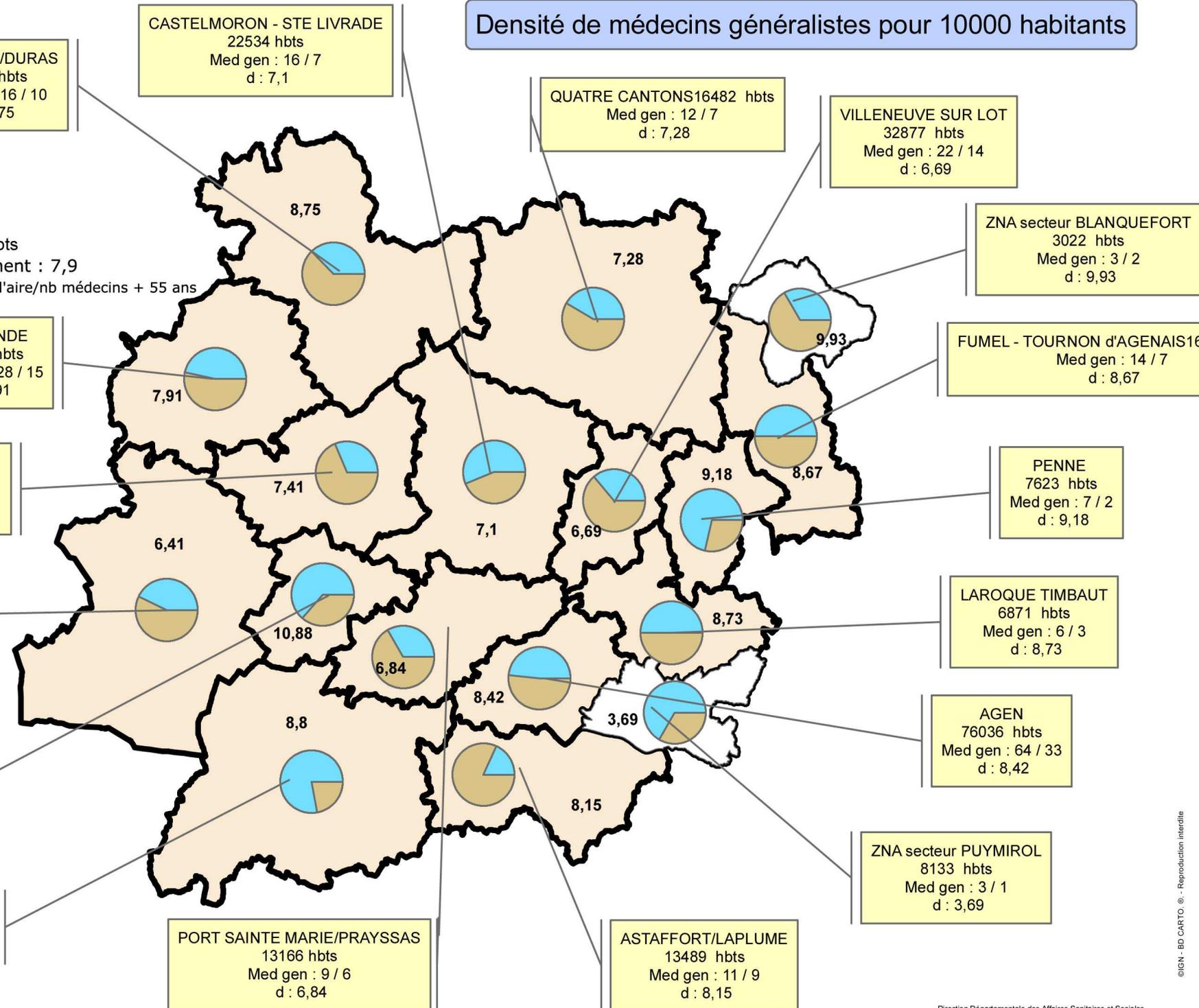
Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

©IGN - BD CARTO 6 - Reproduction interdite

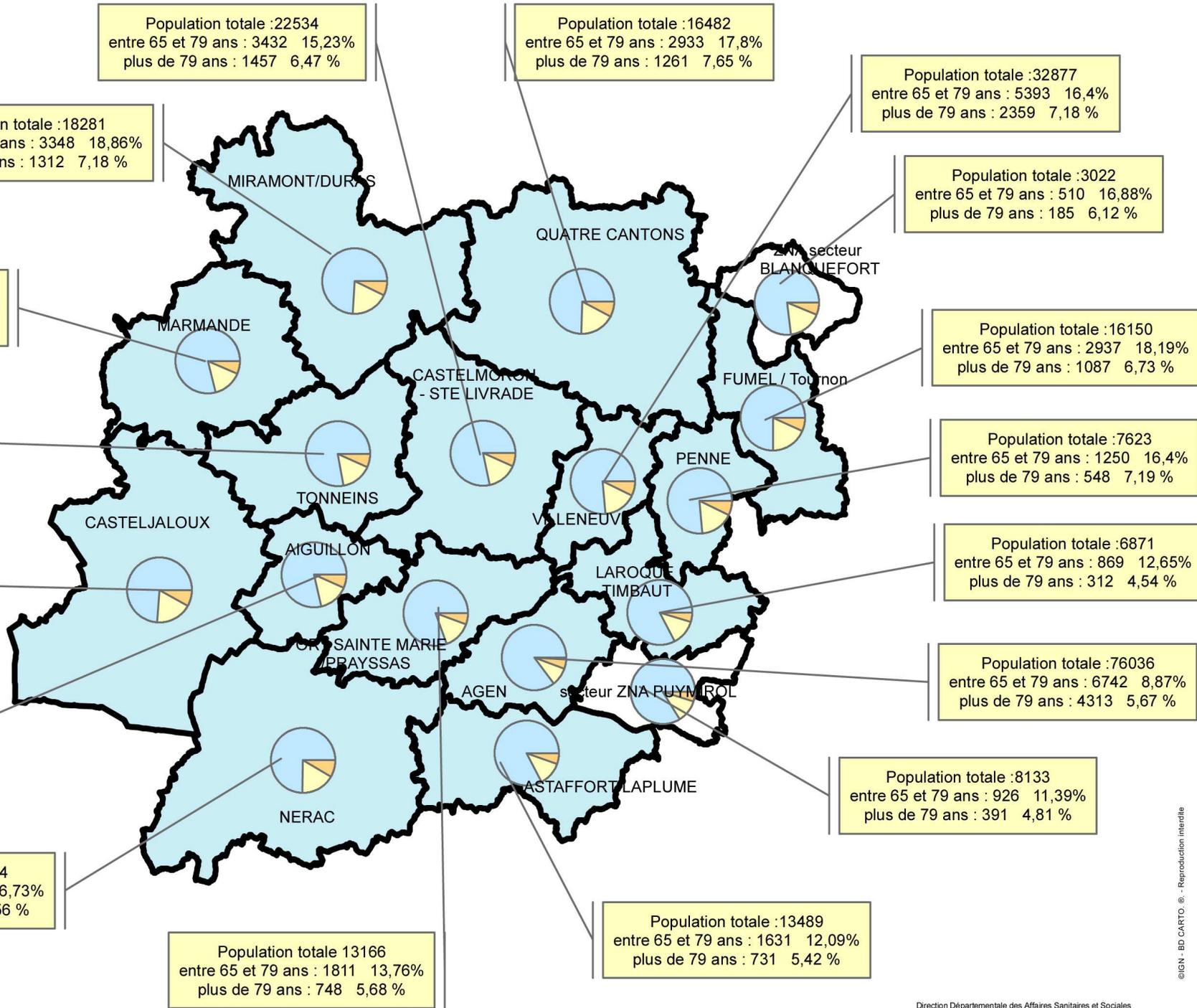
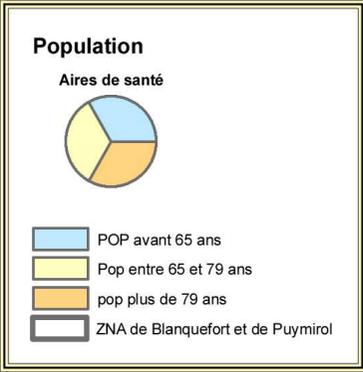
Densité de médecins généralistes pour 10000 habitants



d: densité de médecins pour 10000 hbts
 densité moyenne pour le département : 7,9
 nb total médecins généralistes sur l'aire/nb médecins + 55 ans



Vieillesse de la population par aire de santé



AXE 2 FICHE ACTION 2

<p>AXE 2</p>	<p>ADAPTER ET FACILITER L'EXERCICE MEDICAL</p>
<p>ACTION 2</p>	<p>ADOPTER un cahier des charges pour la mise en oeuvre d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire</p>
<p>PRESENTATION DU CONTEXTE</p>	<p>Pour réaliser une Maison de Santé ou un Pôle de Santé, il es nécessaire de proposer un guide déclinant les recommandations à suivre ; par ailleurs de nombreux projets sont transmis et répondent à une présentation qui n'est parfois ni comparable ni homogène d'où la nécessité d'opposer à un cahier des charges structurant.</p>
<p>DESCRIPTION DE L'ACTION</p>	<p>Rédiger un cahier des charges, suivant la réglementation, le cahier des charges existant, enrichi de l'évaluation présentée lors de colloque réalisé sur ce thème, afin qu'il soit un guide pour les porteurs de projets qui veulent créer une Maison de Santé ou un qui soit un guide pour les porteurs de projets qui veulent créer une Maison de Santé ou un Pôle de Santé ; ce guide reprendra :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le contexte de la population et de la démographie médicale • les objectifs d'une Maison ou d'un Pôle de Santé • les aires de santé d'implantation • le préalable à l'élaboration du projet : étude d'opportunité, le projet de santé, le descriptif des locaux, l'aspect juridique et financier et enfin les éléments nécessaire à l'évaluation de l'action.
<p>PARTENARIATS (moyens humains matériels Techniques et Financiers)</p>	<p>Ordre des médecins, DDASS, Conseil général, Centre 15, centre hospitalier, MRS, élus, Caisses d'assurance maladie</p>
<p>RESULTATS ATTENDUS</p>	<p>Conformité des projets au cahier des charges ; harmonisation, cohérence des projets sur l'ensemble du département.</p>
<p>CALENDRIER PREVISIONNEL</p>	<p>2010</p>
<p>COUT DE L'ACTION</p>	<p>néant</p>
<p>DOCUMENT JOINT</p>	<p>Cahier des charges pour concevoir et faire vivre une Maison de Santé pluridisciplinaire.</p>



CAHIER DES CHARGES

Pour la mise en œuvre d'une maison de santé pluridisciplinaire

En Lot-et-Garonne

Les patients ont besoin d'une réponse de proximité et d'une prise en charge globale qui nécessite une réflexion « horizontale » coordonnée prenant en charge la globalité de la personne : le problème médical, les soins infirmiers mais aussi, la prise en charge sociale ; outre les soins du corps et d'aide à la dépendance, il faut maintenir ou apporter de la vie sociale.

De plus il est nécessaire d'intégrer les dimensions de prévention, de promotion et d'éducation pour la santé. Par ailleurs, les souhaits des professionnels de santé des nouvelles générations s'orientent vers un exercice regroupé pluridisciplinaire et coordonné.

La Maison de Santé pluridisciplinaire représente un mode de réponse adapté aux attentes des patients et des professionnels de santé.

1. Définition

Les maisons de santé ont été définies par la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007, art 44-V devenu l'article L. 6323-3 du code de la santé publique modifié par la loi :n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 39 :

« Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales.

Les maisons de santé sont constituées entre les professionnels de santé et des auxiliaires médicaux. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux.

Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas mentionnés à l'article L.1434-2. Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé. »

Les pôles de santé sont définis par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 40 devenu article L. 6323-4 du code de la santé publique

« Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de deuxième recours au sens de l'article L. 1411-12, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma régional d'organisation sanitaire. »

Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

Les maisons de santé pluridisciplinaires que le département du Lot-et-Garonne entend développer se définissent ainsi :

« Les maisons de santé pluridisciplinaires garantissent à la population, sur une aire de santé définie, la coordination de l'offre de soins médico-sociale du territoire. Elles sont constituées entre les professionnels de santé, les établissements médico-sociaux et les professionnels médico-sociaux.

Elles mettent en œuvre le projet de santé défini pour l'aire de santé sur laquelle elle est implantée.

Elles peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales ».

C'est ainsi qu'une maison de santé pluri-disciplinaire permet à l'offre médico-sociale d'être diversifiée et coordonnée, en organisant cette offre en réseau et éventuellement en la regroupant en tout ou partie sur un même site.

En aucun cas, la maison de santé pluridisciplinaire ne peut être la juxtaposition de cabinets ou un simple regroupement des professionnels de santé, sans projet de santé.

Ce dernier est impératif et il permet de répondre aux objectifs définis ci après.

2. Les objectifs d'une maison de santé pluridisciplinaire

- améliorer la qualité de prise en charge des patients par :
 - le maintien d'une prise en charge médicale de proximité, le maillage du territoire et l'organisation de la continuité des soins
 - la participation à l'organisation de la permanence des soins
 - l'organisation de la coordination médico sociale de la prise en charge au sein de la même structure pour répondre à l'évolution des besoins de santé
 - l'intégration dans les réseaux de soins existants (périnatalité, gériatrie, douleurs, soins palliatifs..) et mise en place des dossiers communiquant (comporte 4 volets : administratif, médical, paramédical et social)
 - l'organisation au sein de la structure, d'actions locales de santé publique
 - l'intégration de façon pertinente dans les projets territoriaux de santé en action sur l'Aire de Santé (projet médical de territoire etc..)
- améliorer les conditions d'exercice des professionnels par :
 - la mutualisation des moyens (structure, informatique et télémédecine)
 - le regroupement avec d'autres professionnels de santé dans la structure (IDE, kiné ...)
 - l'organisation du dossier communiquant interne entre les médecins et autres professionnels de santé de la structure et les acteurs sociaux et du dossier communiquant externe avec les autres structures de soins, les hôpitaux, les cliniques et réseaux

- la délégation des tâches administratives pour recentrer les médecins sur leur cœur de métier
- l'implantation des moyens de télémédecine
 - attirer de nouveaux médecins :
- en favorisant l'accueil d'interne en stage sur place par le partage de la fonction de médecin maître de stage, l'aménagement d'un studio d'accueil des stagiaires et remplaçants, l'organisation de leur transport.
- Grâce à une nouvelle organisation du temps médical (temps partiel, salariat..)
- En favorisant l'aménagement du territoire
 - Concourir aux actions de prévention et d'éducation pour la santé
- En étant le relais des campagnes d'information et de dépistage
- En développant toute forme d'information propre

3. Le territoire de la maison de santé pluridisciplinaire : l'aire de santé

La maison de santé pluridisciplinaire par sa vocation principale de coordination de l'offre médico-sociale qui permet d'améliorer la qualité des soins et de faciliter l'exercice de la médecine, contribue à l'aménagement d'un territoire

Aussi, le déploiement d'une maison de santé doit se faire sur un territoire pertinent.

La commission départementale pour la démographie médicale (CODDEM) placée sous l'égide du Préfet et du Président du Conseil général a validé le découpage du Département en aires de santé (cf carte jointe au présent cahier des charges).

Ces aires de santé ont été définies à partir :

- du bassin de vie de la population
- de la préexistence de lien entre les professionnels de santé par la permanence des soins notamment
- de l'attraction géographique de l'aire et de réseau de communication
- du temps d'accès à une structure de soins
- du flux de patientèle
- de la zone de patientèle

Chaque Aire de Santé n'accueillera qu'une maison de santé pluridisciplinaire.

4. La création d'une maison de santé pluridisciplinaire sur une aire de santé

4-1 Le porteur du projet :

Le projet de création d'une maison de santé pluridisciplinaire peut être porté par une collectivité locale (commune ou intercommunalité), une association ou toute autre forme juridique, notamment une société civile professionnelle.

4-2 L'étude d'opportunité et de faisabilité

L'étude d'opportunité et de faisabilité est un préalable indispensable.

Elle reprend notamment les éléments suivants :

- le souhait de travailler des médecins ensemble et leur capacité à entraîner l'adhésion d'un nombre significatif de professionnels
- l'effectif de professionnels de santé de la zone et leur profil démographique à 5 et 10 ans
- l'adhésion des autres acteurs de l'offre de soins médico-sociale à ce projet
- l'adhésion des collectivités du territoire à ce projet

4-3 La formalisation d'un projet collectif de santé

La formalisation d'un projet de santé sur l'aire de santé est nécessaire.

Ce projet de santé s'adresse à la population, il permet prioritairement d'établir un diagnostic de santé sur l'aire de santé considérée, partagé entre les professionnels, afin de définir les besoins en soins de premiers recours et de délimiter les services qui permettent de répondre de manière stratégique à ces besoins (besoins services structures).

Il s'appuie sur :

- la démographie de la population
- les besoins de santé de la population
- l'offre sanitaire et l'offre médico-sociale
- la cohérence du projet avec l'aménagement du territoire et les projets de santé du territoire

A partir des missions des soins de 1^{er} recours, la formalisation d'un projet collectif de santé va au-delà de la communauté de moyens et devra développer la coordination des soins, les modalités de coordination entre les professionnels et la façon de promouvoir des actions d'éducation pour la santé et de prévention.

Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé³.

Le projet de santé permet :

- d'affirmer une réponse globale médicale, para médicale, médico sociale et sociale à la fois sur la prévention, le soin et l'accompagnement
- d'assurer l'accessibilité et la continuité des soins pour tous
- d'assurer la prise en charge coordonnée et le suivi des malades chroniques y compris à domicile pour tous par un maillage géographique notamment à l'aide d'un système d'information cohérent (dossier de santé, procédure de prise en charge..)
- de mettre en place des actions de prévention (nationale ou locale) en lien avec le plan régional de santé publique (PRSP)
- de répondre aux attentes et demandes de la population :
 - par la réduction de l'asymétrie de l'information
 - par la promotion des droits et devoirs des citoyens
 - par l'affirmation de la transparence et du contradictoire en santé
 - par le soutien à la démocratie sanitaire
 - par la lutte contre les exclusions

Ce projet de santé devra en outre :

- introduire une réflexion collective avec comme objectif, l'évaluation des pratiques professionnelles
- développer une démarche en terme d'actions collectives par groupe de patients ou population accompagné techniquement
- participer à l'observation de la santé de la population par l'épidémiologie et la veille sanitaire

On peut imaginer un projet de santé stratégique a minima, limité à l'optimisation de l'existant et s'étoffant secondairement selon les souhaits des professionnels.

4-4 La formalisation d'un projet professionnel

Qui définit les modalités de l'organisation entre les professionnels de différentes disciplines : engagements, délégation de tâches et d'actes (selon la loi HPST) mode de coordination, organisation des emplois du temps etc...

4-5 La conception de locaux adaptés

Les locaux correspondent à la concrétisation architecturale du projet de santé collectif.

Le positionnement géographique de la maison de santé pluridisciplinaire doit prendre en compte la géocompatibilité avec un maillage pertinent intégrant le temps d'accès, la localisation des populations et le lien physique, la coordination avec l'ensemble des acteurs.

Les locaux doivent répondre à l'ergonomie et aux normes d'hygiène, de sécurité et d'incendie d'accessibilité géographique, d'environnement, d'accessibilité pour personnes à mobilité réduite, pour les brancards et les ambulances, ils comportent

les cabinets des professionnels de santé, la salle de soin pour la petite chirurgie, l'accueil secrétariat, les salles d'attente et l'espace administratif.

Mais, Les locaux ne peuvent pas recouvrir que la juxtaposition de cabinets permettant l'exercice de professionnels de santé.

Ils nécessitent une salle de réunion équipée pour les réunions de coordination interprofessionnelle, pour l'organisation des rencontres avec les patients et pour la télémédecine.

Enfin, afin de faciliter l'exercice de la médecine, la maison de santé devra intégrer le logement des médecins remplaçants et des internes stagiaires.

L'accès et les conditions de stationnement doivent être pensés avec attention.

Globalement, le bâtiment doit être pensé au départ avec des possibilités d'extension selon l'évolution des besoins

4-6 Le budget

La présentation d'un budget fait partie de la constitution du dossier (investissement et fonctionnement) et sa projection à 5 ans afin d'envisager la pérennisation des actions.

4-7 Le suivi et l'évaluation

Le projet de création d'une maison de santé pluridisciplinaire doit intégrer les outils d'évaluation à mettre en place pour évaluer l'activité, la qualité des prestations qu'elle délivre et son effet sur l'offre de soins médico-sociale.

L'évaluation à établir tous les trois ans s'attachera à mesurer :

L'incidence sur l'offre de soins

- Nombre de professionnels de santé avant et après al Maison ou le Pôle de Santé
- Incidence sur nouvelles consultations

L'incidence sur les modalités d'exercice

- Existence de dossier commun, réunions de coordination, télémédecine, relais si absence de PS, charte de coopération

L'incidence sur la qualité de prise en charge des patients

- Périodicité des réunions de concertation
- protocole de prise en charge,
- actions de dépistage de prévention

L'incidence sur le confort d'exercice des professionnels

- Nombre de jours de formation, PDS, nombre de patients et d'actes

Référence législatives

Art L.1411-11 du Code de la santé publique : le médecin généraliste assure des activités de soins de 1er recours ou second recours...,

Art. L. 4130-1 CSP : décrit les missions du médecin généraliste;

Art L.1411-11 CSP : le médecin généraliste peut exercer seul, en groupe, en MSP ou en pôle de santé

Art L.1434-2 CSP : le projet de santé est constitué :

« 1-d'un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région ;

2- de schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico sociale ;

3- de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un programme relatif au développement de la médecine. La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé tels que définis à l'article L.1434-17.

Le plan stratégique régional de santé prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion »

Art L.6323-3 CSP (loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007) : « Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre les professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico sociaux »

Art. L. 6323-4 CSP (loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, art 40) : « les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L.1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5.« Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale. »

Article 39 de la loi du 21 juillet 2009 : L'article L. 6323-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

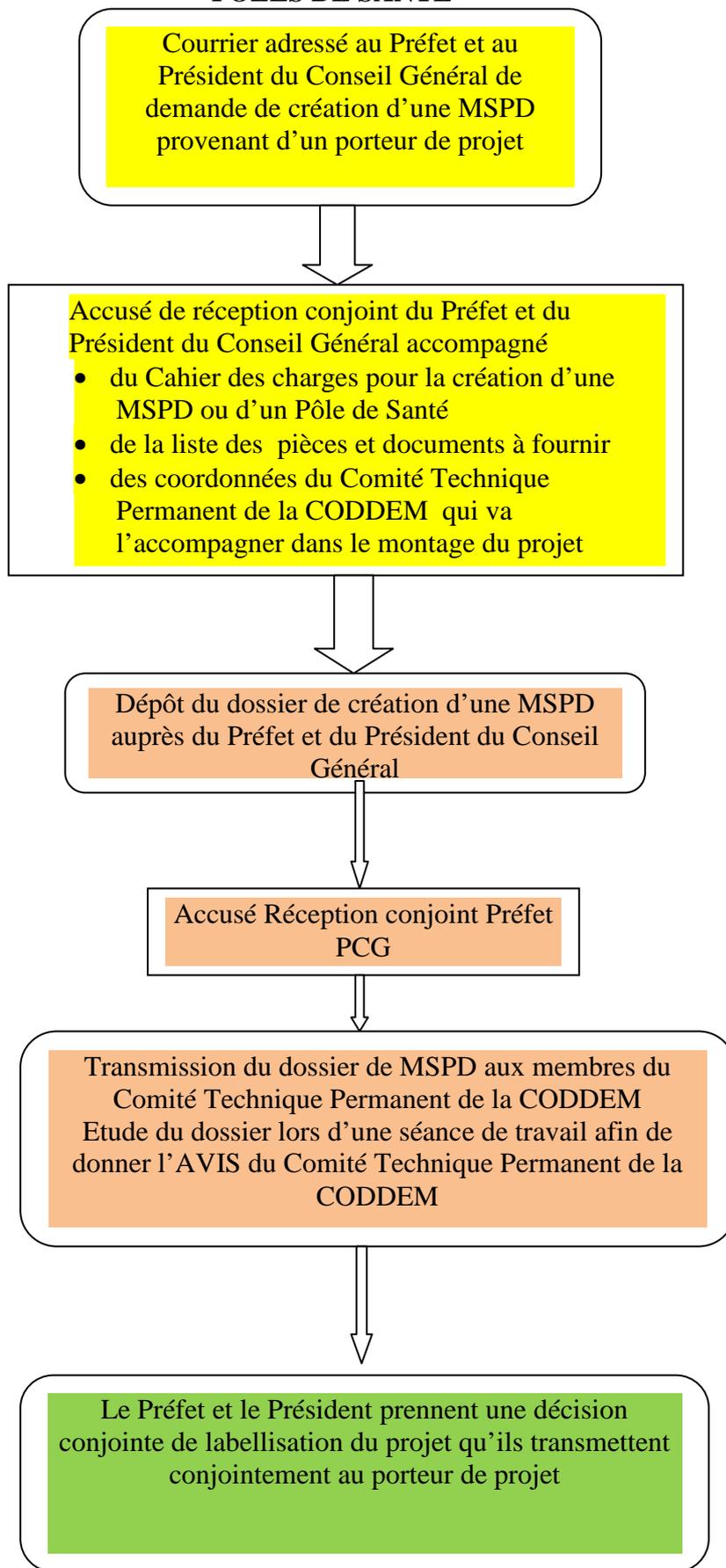
1o A la fin de la première phrase du second alinéa, les mots : « professionnels de santé » sont remplacés par les mots : « professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux » ;

2o Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé : « Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé. »

En aucun cas, ce ne peut être la juxtaposition de cabinet, sans projet de santé ; celui-ci est impératif et fixe les engagements des professionnels

AXE 2	ADAPTER ET FACILITER L'EXERCICE MEDICAL
ACTION 3	Arrêter une procédure de validation des projets de Maison de Santé ou de Pôle de Santé
PRESENTATION DU CONTEXTE	De nombreux projets ont été adressés au CG ou au Préfet ; des réponses d'attente ont été adressées ; il s'agit de proposer une procédure de labellisation des projets qui ouvrirait droit aux financements de chacune des institutions
DESCRIPTION DE L'ACTION	<p>Cette labellisation sera le « Sesame » pour l'attribution des subventions départementales (Etat et Département) qui pourrait être également entériné par l'Agence Régionale de la Santé et le Conseil Régional et les autres financeurs</p> <p>Cette procédure de validation inclue l'intervention d'un Comité Technique (cf fiche 4 : Comité Technique Permanent de la CODDEM) constitué de représentants de l'Etat (DDASS) du Conseil Général (DDS) du Conseil de l'Ordre, du Centre 15, des Caisses d'Assurance Maladie etc... afin que toutes les dimensions d'analyse soient prises en compte</p>
PARTENARIATS (moyens humains matériels Techniques et Financiers)	L'Etat et le Département et le Comité technique permanent de la CODDEM
RESULTATS ATTENDUS	<p>Examiner les projets en cours et à venir au regard des critères définis par le cahier des charges</p> <p>Harmoniser l'étude des dossiers</p>
CALENDRIER PREVISIONNEL	2010
COUT DE L'ACTION	Néant
DOCUMENT JOINT	FICHE DE PROCEDURE DE VALIDATION DES PROJETS DE MAISON DE SANTE ET DE POLE DE SANTE

PROCEDURE D'INSTRUCTION DES DOSSIERS DE MAISONS DE SANTE OU DE POLES DE SANTE



E
L
A
B
O
R
A
T
I
O
N

I
N
S
T
R
U
C
T
I
O
N

D
E
C
I
S
I
O

AXE 2	ADAPTER ET FACILITER L'EXERCICE MEDICAL
ACTION 4	Mettre en place un Comité technique permanent chargé du suivi de la CODDEM
PRESENTATION DU CONTEXTE	<p>Pour étudier les projets de Maisons de Santé et de Pôles de Santé, le Préfet et le Président du Conseil Général ont besoin de s'appuyer sur un avis technique</p> <p>Par ailleurs, l'élaboration du plan départemental de la démographie médicale n'est pas une fin en soi mais le début de la réalisation de projets ; il est nécessaire d'en assurer le suivi et de rester en éveil en observant l'évolution de la démographie médicale</p>
DESCRIPTION DE L'ACTION	<p>Arrêter la mise en place d'un Comité Technique Permanent de la CODDEM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qui est constitué à partir des représentants de la CODDEM, notamment de membres de l'atelier • Qui est chargé de réfléchir sur la question des Maisons et Pôles de Santé : l'Etat (DDASS) le Conseil Général (DDS), le Conseil de l'Ordre des médecins, l'URMLA, les Caisses d'Assurance Maladie, le Centre 15, les représentants des hôpitaux, de tout expert en matière de MDS ou Pôle de Santé etc <ul style="list-style-type: none"> ○ dont les missions sont : de donner un avis sur les projets présentés (à partir d'une grille d'analyse), d'assurer le suivi des actions de la CODDEM, d'observer la démographie médicale en Lot et Garonne, de soutenir les promoteurs de projet, d'être force de proposition pour la CODDEM, de présenter un bilan annuel sur la mise en place du plan d'actions départemental et le développement des Maisons et Pôles de Santé
PARTENARIATS (moyens humains matériels Techniques et Financiers)	L'Etat et le Département
RESULTATS ATTENDUS	<p>Arrêté du Préfet et du PCG de constitution du Comité technique de la CODDEM</p> <p>Grille d'analyse des dossiers de MDS</p> <p>Donner suite aux dossiers présentés par une analyse partagée</p>
CALENDRIER PREVISIONNEL	2010
COUT DE L'ACTION	<p>Mise à disposition des membres de chaque institution</p> <p>Prévoir un accompagnement administratif organisé</p>
DOCUMENT JOINT	ANNEXE : Arrêté modificatif de l'arrêté cosigné par le Préfet et le Président du Conseil Général le 19 janvier 2009

AXE 2	ADAPTER ET FACILITER L'EXERCICE MEDICAL
ACTION 5	Retenir les critères permettant de repérer les Aires de Santé en difficulté à court ou moyen terme
PRESENTATION DU CONTEXTE	Il y a urgence sur certaines zones du département et il faut repérer les priorités d'intervention. La Mission Régionale Santé avait définie des zones fragiles et déficitaires.
DESCRIPTION DE L'ACTION	Même si l'implantation de Maisons de Santé ou Pôles de Santé n'est pas l'exclusive des territoires en difficultés, définir des critères pour repérer les zones en difficulté à court et moyen terme à savoir : <ul style="list-style-type: none"> • la densité médicale quand elle est inférieure à la moyenne départementale • le pourcentage de médecins de plus de 55 ans • le taux de personnes âgées de plus de 65 ans • du nombre de personnes bénéficiaires APA+ PCH + le nombre de places en EHPAD ou établissements polyhandicapés par médecin • le temps d'accès à un centre hospitalier de + de 20 mn • le classement en Zone de Revitalisation Rurale (ZRR) Ces critères seront étudiés pour chaque Aire de Santé
PARTENARIATS (moyens humains matériels Techniques et Financiers)	Etat, Conseil Général, Ordre des médecins, Caisses d'assurance maladie, centre 15
RESULTATS ATTENDUS	Cadre pour l'intervention prioritaire
CALENDRIER PREVISIONNEL	2009
COUT DE L'ACTION	néant

ANNEXES

Collège des professionnels :

Dr IMBERT Yves – Formation des internes de médecine générale – Centre hospitalier Saint-Esprit Agen -Service de Médecine interne II

Dr LEFORT Bernard – Médecin généraliste - Formation des internes de médecine générale

Dr DURENQUE Michel – Représentant de l'Union Régionale Médecins Libéraux d'Aquitaine (URMLA) en Lot-et-Garonne

Dr GUFFOND Eric - Représentant de l'URMLA en Lot-et-Garonne

Dr FARJON Laure – Médecin remplaçant

Dr LUACES Baptiste – Interne de médecine générale

Dr BLONSTEIN Benjamin – Interne de médecine générale

Collège de l'assurance maladie :

M. GRENIER Gilles – Directeur URCAM Aquitaine

M. PECOUIL Gilbert – Directeur CPAM 47

M. RABIER Alain – Directeur général adjoint MSA Lot-et-Garonne-Dordogne

Dr BOUGUELMOUNA Abdelkader – Médecin conseil MSA (suppléant)

CODDEM 47 – liste des membres associés

Mme KLEIN Nicole – Préfiguratrice de l'ARS dans l'attente de l'installation définitive de l'Agence Régionale de la Santé

M. DECOURS Jérôme – Sous-Préfet de Villeneuve-sur-Lot

M. le Pr GBIKPI-BENISSAN Georges (retraité) qui remplace M. le Pr GAY Bernard – Directeur du Département de médecine générale à la faculté de médecine de Bordeaux 2

Mme BURBAN-EVAÏN Karen DDASS47

M. LERBOUR Michel – Directeur départemental adjoint du développement social – Conseil général 47 (suppléant)

Mme VERGA Josiane – Inspectrice des Affaires sanitaires et sociales à la DDASS47

M. GIORDANA Jean-Luc – Directeur des politiques contractuelles, du développement économique et du tourisme – Conseil général 47 (suppléant)

Dr COMBE Antoine – Président de la Commission médicale exécutive du Centre hospitalier intercommunal - Marmande-Tonneins

Dr FAUCHEUX Jean-Marc - Président de la Commission médicale exécutive du Centre hospitalier Saint-Esprit - Agen

Dr LACARCE Claude - Président de la Commission médicale exécutive du Centre hospitalier Saint-Cyr - Villeneuve-sur-Lot

Mme PEYON Virginie – Responsable relations professionnels de santé CPAM 47 (suppléante)

M. PERRIER Jean-Louis qui remplace Mme LADEUIL Michèle – Présidente de la Mutualité Française 47

Mme RICHARD Laurence – Directrice CODES 47

CODDEM 47 – liste des membres invités

M. ETIENNE Cédric – Responsable Cabinet Etudes DELOITTE 92

Participants aux ateliers

Equipe projet

Dr Annie CAPIELLO, médecin départemental des actions de santé, conseil général Lot-et-Garonne

Dr Henri DUBOIS, médecin inspecteur santé publique, direction départementale des affaires sanitaires et sociales Lot-et-Garonne

Josiane VERGA, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, direction départementale des affaires sanitaires et sociales Lot-et-Garonne

Loïc QUERO ingénieur sanitaire direction départementale des affaires sanitaires et sociales Lot-et-Garonne concepteur de la cartographie

Participants

Participants Atelier 1 : Favoriser l'installation

Dr Serge ARAGON, médecin généraliste, secrétaire général adjoint conseil départemental de l'ordre des médecins

Dr Anne Marie de BELLEVILLE, chargée de mission agence régionale de l'hospitalisation Aquitaine

Dr Annie CAPIELLO, médecin départemental des actions de santé, conseil général Lot-et-Garonne

Dr Henri DUBOIS, médecin inspecteur santé publique, direction départementale des affaires sanitaires et sociales Lot-et-Garonne

Dr Michel DURENQUE, représentant de l'union régionale des médecins libéraux d'Aquitaine

Dr Georges ESCULPAVIT, médecin généraliste, secrétaire général conseil départemental de l'ordre des médecins

Dr Laure FARJON, médecin généraliste remplaçant

Dr Anna GOMEZ, médecin généraliste

Dr Joël HOCQUELET, conseiller général

Dr Yves IMBERT, praticien hospitalier centre hospitalier d'Agen, service de médecine interne II

Dr Bernard LEFORT, médecin généraliste, maître de stage

Virginie PEYON, représentant la caisse primaire d'assurance maladie de Lot-et-Garonne

Josiane VERGA, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, direction départementale des affaires sanitaires et sociales Lot-et-Garonne

Participants Atelier 2 : Favoriser l'exercice médical des professionnels de santé

Dr Xavier ABBALLE, chargé de mission agence régionale de l'hospitalisation Aquitaine

Dr Jean Luc BARBE, conseiller général

Dr Anne Marie de BELLEVILLE, chargée de mission agence régionale de l'hospitalisation Aquitaine

Dr Benjamin BLONSTEIN, président des internes, centre hospitalier d'Agen

Dr Abdelkader BOUGUELMOUNA, médecin conseil, mutualité sociale agricole

Dr Annie CAPIELLO, médecin départemental des actions de santé, conseil général Lot-et-Garonne

Dr Henri DUBOIS, médecin inspecteur santé publique, direction départementale des affaires sanitaires et sociales Lot-et-Garonne
Dr Eric FRETILLERE, secrétaire général du conseil régional de l'ordre des médecins
Michel GLANES, directeur du centre hospitalier d'Agen
Dr Eric GUFFOND, représentant l'union régionale des médecins libéraux d'Aquitaine
Dr Florence GRANERI, praticien hospitalier centre hospitalier Villeneuve-sur-Lot, membre de la commission « permanence des soins » au conseil départemental de l'ordre des médecins
Dr Joël HOCQUELET, conseiller général
Gaële LE LANNIC, direction des politiques contractuelles, du développement économique et du tourisme – conseil général
Dr Laurent MAILLARD, responsable du département des urgences, centre hospitalier d'Agen
Dr Jean Marcel MOURGUES, président conseil départemental de l'ordre des médecins
Dr Jérôme TARAYRE, interne médecine générale, médecin remplaçant
Josiane VERGA, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, direction départementale des affaires sanitaires et sociales Lot-et-Garonne



**DIRECTION
du
DEVELOPPEMENT SOCIAL**

**DIRECTION DEPARTEMENTALE
des
AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES**

- A R R E T E -

portant création et composition de la Commission Départementale de la Démographie Médicale

Le Président du Conseil Général

Le Préfet de Lot-et-Garonne

VU la délibération de la Commission Permanente du Conseil Général de Lot-et-Garonne n° C 1244 du 5 décembre 2008,

SUR proposition du Secrétaire général de la Préfecture et du Directeur général des services départementaux ;

- A R R E T E N T -

Article 1 :

L'Etat et le Département décident ensemble de créer une Commission départementale de la démographie médicale.

Article 2 :

Cette commission a pour objectif de définir avec les professionnels de santé du département, un plan d'action départemental à court, moyen et long terme pour promouvoir l'exercice de la médecine en Lot-et-Garonne.

Article 3

Cette commission est co-présidée par le Préfet et le Président du Conseil Général de Lot-et-Garonne.

Article 4

Cette commission est constituée de 5 collèges :

Collège des représentants de l'Etat et de l'ARH

Le Préfet

La Directrice de la DDASS ou son représentant

Le Médecin inspecteur départemental de la santé en charge du dossier

Le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) ou son représentant

Le médecin expert en Santé Publique de l'ARH

Collège des représentants des élus et des services départementaux

Le Président du Conseil général

Les représentants des élus du Département :

Mrs J-L.BARBE- C.BATAILLE- J.BILIRIT- P.CHOLLET- J-M.DRAPE - P.COSTES- J-C.GOUGET- J.HOCQUELET
A.MERLY

Le Directeur général des services départementaux

Le Directrice de la Direction du développement social ou son représentant

Le médecin départemental des actions de santé

Collège des institutions

Le président du conseil départemental de l'ordre des médecins et 2 médecins qui sont chargés du dossier des projets de santé et de la démographie médicale

Le représentant du Conseil régional de l'ordre des médecins

Le médecin responsable du Centre 15 et de la Permanence des Soins

1 représentant des Etablissements de santé du département

Collège des professionnels

2 représentants de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de la Région Aquitaine (URMLA)

1 médecin en charge au niveau départemental de la formation des internes de médecine générale

2 représentants des médecins remplaçants

2 représentants des internes de médecine générale en stage dans le département

Collège de l'assurance Maladie

Le Directeur de la Caisse Primaire d'assurance Maladie de Lot-et-Garonne ou son représentant

Le Directeur de la Mutualité Sociale Agricole ou son représentant

Cette commission pourra associer à sa réflexion d'autres partenaires tels que des représentants des collectivités locales, des représentants des facultés de médecine de Bordeaux et de Toulouse, du Conseil Régional de l'Aquitaine, de la Mission Régionale Santé, de la Mutualité Française, ou de toute autre instance susceptible d'être impliquée à un moment ou à l'autre à cette réflexion.

Article 5 :

Afin de définir le plan d'action départemental, cette commission devra :

- Rassembler les partenaires pour partager les informations relatives à l'actualisation du diagnostic partagé, et de la réflexion au niveau national et régional
- Recenser les réflexions et actions émergentes dans le département afin de les coordonner, les mettre en cohérence
- Définir des actions à court, moyen et long terme en direction des étudiants, des remplaçants, des médecins en exercice, pour promouvoir un mode d'exercice adapté en réfléchissant en terme de couverture des besoins sur tout le département et en évitant la concurrence des projets
- Prévoir le financement et la mise en œuvre en définissant les opérateurs
- Assurer le pilotage du plan d'action départemental en l'adaptant aux nouveaux besoins.

Pour la réalisation de ces missions, la commission pourra travailler en comité restreint, dénommée ci-après le Comité technique.

Le Comité technique sera chargé de la réalisation des travaux de réflexion, d'accompagner les projets en cours, du suivi rapproché des actions, des évaluations.

Article 6 :

Le Comité technique est composé des représentants de chaque collège :

2 représentants de l'Etat et de l'ARH : le médecin inspecteur de santé publique et le médecin expert en santé publique

3 représentants des élus : 2 élus et le médecin des actions de santé

3 représentants des institutions

2 représentants de professionnels de santé

1 représentant de l'assurance maladie à certaines phases des études

Ce comité technique se réunira autant que nécessaire pour faire des propositions à la commission.

Article 7 :

La commission devra se réunir régulièrement afin que ce plan d'action départemental puisse être finalisé en juin 2009.

Article 8 :

Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de Lot-et-Garonne et du Département

Article 9 :

Le Secrétaire général de la Préfecture, le Directeur général des services départementaux, la Directrice départementale des affaires sanitaires et sociales et la Directrice générale adjointe chargée de la Direction du Développement social sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture et du Département

AGEN, le 19 JAN. 2009

Le Président du Conseil Général,

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'C. L...'.

Le Préfet,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'J. P...'.

**DIRECTION
du
DEVELOPPEMENT SOCIAL**

**DIRECTION DEPARTEMENTALE
des
AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES**

- ARRETE

Modifiant les articles 5 et 6 de l'arrêté du 19 janvier 2009 portant création et composition de la Commission Départementale de la Démographie Médicale

Le Président du Conseil Général

Le Préfet de Lot-et-Garonne,

VU l'arrêté du 19 janvier 2009 du Préfet et du Président du Conseil Général, portant création et composition de la Commission Départementale de la Démographie Médicale (CODDEM) et notamment les articles 5 et 6,

VU le Plan départemental de la démographie médicale présenté lors de la CODDEM du 23 novembre 2009,

VU les conclusions de la CODDEM réunie en assemblée plénière le 23 novembre 2009

SUR proposition du Secrétaire général de la Préfecture et du Directeur général des services départementaux ;

- ARRETEMENT -

Article 1 :

L'article 5-3^{ème} alinéa de l'arrêté du 19 janvier 2009 susvisé est ainsi rédigé :

« Le Comité Technique est dénommé Comité Technique Permanent de la CODDEM, Il est chargé des missions suivantes :

- Observer la démographie médicale en Lot et Garonne,
- Préparer les travaux de la CODDEM ainsi que le bilan annuel de la réalisation des actions des 2 axes du Plan d'action départemental,
- Accompagner les porteurs de projets de Maison de Santé Pluridisciplinaires ou de pôles de Santé
- Assurer le suivi des actions de la CODDEM
- Donner un avis technique sur les projets de Maisons de santé pluridisciplinaires déposés auprès du Préfet ou du Président du Conseil Général »

Article 2

L'article 6 de l'arrêté du 19 janvier 2009 susvisé est ainsi rédigé :

« Le Comité technique est composé des représentants de chaque collège de la CODDEM, désignés par leur organisation de référence :

4 représentants de l'Etat et de l'ARH dont le Secrétaire général de la préfecture, le directeur de la DDASS, un médecin inspecteur de santé publique de la DDASS et un médecin expert en santé publique de l'ARH,

4 représentants du Conseil général : un élu du Conseil général, le directeur de la Direction du Développement Social, le médecin des actions de santé du Conseil général, le représentant du service de l'aide aux maires,

4 représentants des institutions : 2 représentants des ordres professionnels et 2 représentants des établissements et du Centre 15.

2 représentants de professionnels de santé : Union Régionale des médecins libéraux d'Aquitaine,

2 représentants de l'assurance maladie (Régime général et MSA)

Pour mener ses missions, le Comité pourra associer ponctuellement à sa réflexion d'autres partenaires en tant que de besoin.

Ce Comité technique se réunit au moins une fois par trimestre pour faire le bilan des actions menées et pour rendre un avis sur les dossiers de Maison de Santé Pluridisciplinaires ou de pôles de santé déposés auprès du Préfet et du Président du Conseil général.

Le Comité Technique Permanent de la CODDEM se dote d'un règlement intérieur précisant son mode de fonctionnement. »

Article 3

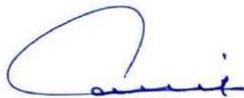
Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de Lot-et-Garonne et du Département

Article 4 :

Le Secrétaire général de la Préfecture, le Directeur général des services départementaux, la Directrice départementale des affaires sanitaires et sociales et la Directrice générale adjointe chargée de la Direction du Développement social sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture et du Département

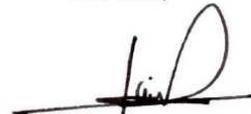
AGEN, le 29 JAN. 2010

Le Président du Conseil Général,



Pierre CAMANI

Le Préfet,



Lionel BEFFRE

**DIRECTION
du
DEVELOPPEMENT SOCIAL**

**DIRECTION DEPARTEMENTALE
des
AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES**

**COMMISSION DEPARTEMENTALE DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE
REUNION DU 23 novembre 2009**

**RAPPORT RELATIF AU PLAN D'ACTION DEPARTEMENTAL POUR LA DEMOGRAPHIE
MEDICALE**

Le Contexte

Lors de sa réunion du 5 décembre 2008, la Commission Permanente du Conseil général a décidé d'adopter le principe de la création de la Commission Départementale de la Démographie Médicale (CODDEM) coprésidée par le Préfet et le Président du Conseil Général.

La CODDEM a été instituée le 19 janvier 2009 par l'arrêté portant création et composition de la CODDEM signé conjointement par le Préfet et le Président du Conseil général ; composée de 33 membres, elle a pour objectif de définir avec les professionnels de santé du département, un plan d'action départemental à court, moyen et long terme, pour promouvoir l'exercice de la médecine en Lot et Garonne.

Cette CODDEM s'est réunie une première fois le 2 mars 2009.

Lors de cette rencontre afin de mener les missions de la CODDEM, et notamment permettre de réaliser le Plan d'Action départemental pour la Démographie Médicale, il a été convenu de travailler sur 2 axes :

- Atelier 1 : Comment développer l'attractivité des médecins pour la médecine générale en Lot et Garonne ?
- Atelier 2 : Comment faciliter et adapter l'exercice médical aux besoins de la population et aux attentes des médecins ?

A cet effet, le Comité technique de la CODDEM s'est scindé en 2 ateliers constitués de représentants de la CODDEM.

La tenue des travaux des ateliers

- L'atelier 1 est composé de représentants de la DDASS, de la Mission Régionale Santé, du Conseil Général, du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins, d'internes de Médecine Générale, de médecins en charge de la formation des internes de Médecine Générale, de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Aquitaine, des Caisses d'Assurance Maladie ; il s'est réuni 3 fois à la DDASS : le 6 mai, le 19 mai, le 17 juin 2009
- L'atelier 2 a travaillé en 2 sous groupes il est composé de représentants de la DDASS, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, du Conseil Générale, du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins, d'internes de Médecine Générale, du Centre 15, des Caisses d'Assurance Maladie, de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Aquitaine il s'est réuni 5 fois au Conseil général : le 13 mai, 3 juin, 9 juin, 7 juillet et 28 septembre 2009

Ces travaux ont été menés dans un contexte d'évolution de l'organisation sanitaire avec la parution de la loi du 21 juillet 2009 dites loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) cadrant une nouvelle organisation de la santé en intégrant pour ce qui nous concerne, les soins de 1^{er} recours, les maisons de santé, les pôles de santé.

Le Plan d'action départemental pour la démographie médicale

AXE 1 : 8 actions pour développer l'attractivité médicale :

1. Solliciter les instances régionales afin d'augmenter le nombre de postes d'internes en stage de médecine générale dans les hôpitaux et chez les médecins généralistes.
2. Elaborer un livret pour l'accueil des internes de médecine général en Lot et Garonne,
3. Augmenter le nombre de médecins généralistes maîtres de stage en Lot et Garonne,
4. Faciliter les conditions matérielles d'accueil des internes de médecine générale en stage en cabinet de médecine générale,
5. Rencontrer les internes en stage de médecine générale et les médecins remplaçants de Lot et Garonne,
6. Développer la proximité médicale locale dans les hôpitaux et chez les médecins généralistes, en lien avec les Présidents des CME et associations locales de formation médicale continue,
7. Créer une cellule ressource départementale pour l'installation des médecins
8. Relayer l'information relative notamment au Plan d'action départemental de la démographie médicale et aux besoins du département, à tous les niveaux de toutes les instances.

AXE 2 : 5 actions pour faciliter et adapter l'exercice médical :

1. Définir les Aires de Santé pour exercer les soins de premiers recours selon un projet de santé commun et partagé par les professionnels de santé du territoire en lien avec les acteurs médico sociaux: le département de Lot et Garonne, est ainsi découpé en 15 Aires de Santé ; elles sont inspirées des logiques de bassin de vie, de patientèle et de l'existence de coordinations préexistantes entre les professionnels de la zone, qui croisent l'organisation sectorielle actuelle de la Permanence des Soins, pondérées par la prise en compte d'autres déterminants tels que : la géographie, les voies de communication, la répartition des établissements et celle des services ; l'objectif c'est de mettre en place par Aire de Santé, une organisation coordonnée de soins de 1^{er} recours, que ce soit une Maison de Santé Pluridisciplinaire ou un pôle de santé multi sites relié à des cabinets médicaux satellites,
2. Valider un cahier des charges pour la mise en œuvre d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire,
3. Arrêter une procédure de validation des projets de Maison de Santé ou de Pôle de Santé.

4. Mettre en place un Comité technique permanent de la CODDEM, dont les missions serait notamment de donner un avis sur les projets de Maisons de Santé ou de Pôles de Santé,
5. Retenir les critères permettant de repérer les aires de Santé en difficulté à court ou moyen terme.

La mise en œuvre du Plan d'action départemental

L'élaboration du Plan d'action départemental a impliqué l'ensemble des partenaires concerné par la démographie médicale que ce soit au niveau départemental ou au niveau régional.

Les propositions intègrent les réflexions et actions menées au niveau régional par la Mission Régionale Santé, (Agence Régionale Santé et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie), par la faculté de médecine de Bordeaux ou par le Conseil Régional Aquitain et le Conseil régional de l'ordre des médecins.

La mise en œuvre de ces actions renvoie à la collaboration et à l'adoption de décision particulière de chaque partenaire.

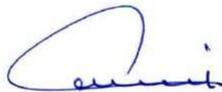
Il convient dès lors d'entériner le Plan d'action départemental par :

- o la signature conjointe du Préfet et du Président du Conseil général de la Décision adoptant ce Plan
- o la signature de l'arrêté modifiant les articles 5 et 6 de l'arrêté du 19 janvier 2009 portant création et composition de la CODDEM qui précise les missions et la composition du Comité technique Permanent de la CODDEM

Ce dispositif mis en place, va permettre notamment d'étudier et de rendre un avis sur les dossiers de Maison de Santé Pluridisciplinaires déposés auprès du Préfet et du Président du Conseil général.

L'avis favorable permettra d'envisager le financement de ces dispositifs par les différents partenaires.

Le Président du Conseil Général



Pierre CAMANI

Le Préfet



Lionel BEFFRE

**GRILLE D'ANALYSE
DES PROJETS DE MAISONS OU
POLES DE SANTE
(à titre indicatif)**

GRILLE D'ANALYSE DES PROJETS DE MAISONS DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRES

Nature du projet	
AIRE DE SANTE	
Personne(s) référente(s) du projet	
Structure ou collectivité qui présente le projet	
Communes concernées Communautés de communes Cantons Pays	
Etude préalable	
Locaux adaptés	
Existence et descriptif d'un projet de santé au niveau de l'Aire de Santé	
Description du territoire (zone rurale, voies de communication, territoire sanitaire, EHPAD, etc...)	
Population concernée dont part des + de 75 ans	
Médecins généralistes Nombre de médecins généralistes du territoire concerné dont médecins âgés de + 55 ans - médecins informés du projet - médecins intéressés par le projet - médecins impliqués dans le projet	
Autres professionnels de santé : Nombre de professionnels de	

<p style="text-align: center;">santé du territoire concerné</p> <ul style="list-style-type: none"> - professionnels de santé informés du projet - professionnels de santé intéressés par le projet - professionnels de santé impliqués dans le projet 	
<p style="text-align: center;">Autres informations utiles</p>	
<p style="text-align: center;">Etat d'avancement du projet</p> <p style="text-align: center;">Calendrier de mise en œuvre</p>	
<p style="text-align: center;">Coût du projet</p>	
<p style="text-align: center;">Budget d'investissement</p>	
<p style="text-align: center;">Budget de fonctionnement</p>	
<p style="text-align: center;">Financements publics sollicités</p>	
<p style="text-align: center;">Quel financement pérenne envisagé ?</p>	
<p style="text-align: center;">Maître d'ouvrage (collectivités locales, communautés de communes, groupe de professionnels, etc)</p>	
<p style="text-align: center;">Suivi évaluation</p>	
<p style="text-align: center;">Commentaires Points forts Points faibles</p>	