



COMITE DE PILOTAGE DEPARTEMENTAL DES SOINS DE PROXIMITE

COMITE DE MOSELLE
14 Décembre 2017



Objectifs proposés de la séance du jour :

- Fixer les territoires prioritaires
- Concerner le Copil sur la maille d'intervention choisie et la méthode de concertation : EPCI
- Valider le Calendrier de travail

Ordre du jour

- I. Contexte de la Démarche de renforcement des soins de proximité
- II. Etat des lieux
- III. Axes de travail
- IV. Calendrier



- I. Contexte de la Démarche de renforcement des soins de proximité



Les enjeux

- ❑ Arrêter **dans le cadre du PRS Grand Est**, une **nouvelle stratégie** pour **renforcer les soins de proximité** sur des territoires infra-départementaux ; améliorer ou préserver l'accès aux professionnels de santé,
- ❑ **Anticiper les départs en retraite** des professionnels par territoire de proximité (travaux en cours avec l'AM),
- ❑ Identifier les **dispositifs et structures** sur lesquels s'appuyer pour **rendre attractifs** les territoires et réaliser les **recrutements** médicaux,
- ❑ **Renforcer les structures existantes**, ou générer des **nouveaux projets d'exercice coordonné** en mobilisant tous les leviers disponibles,
- ❑ **Construire avec les professionnels et les élus** un plan d'actions par territoire de proximité,



Démarche de renforcement des soins de proximité en région Grand Est

Gouvernance

- ❑ **COPIL régional « Soins de proximité »**
 - ❑ ARS / Assurance maladie
 - ❑ Professionnels de santé / usagers (URPS, CRO, Université, Fédé MSP, usagers, SAMU de France)
 - ❑ Élus / institutionnels (CR, CD, Assoc maires, intercommunalités, Préfecture région)
- ❑ **COPIL départementaux « Soins de proximité »**
 - ❑ ARS / Assurance maladie (délégués territoriaux, directeurs de CPAM et MSA)
 - ❑ Professionnels de santé / usagers (URPS, CDOM, Fédé MSP, usagers, structures d'appui aux PS)
 - ❑ Élus / institutionnels (CD, Assoc départementales maires), Préfectures)



Rôle et missions du comité

- ❑ **Définir**, pour la fin du 1^{er} trimestre 2018, **un schéma cible** visant à maintenir, conforter et développer l'offre de 1^{er} recours dans les territoires prioritaires définis conjointement
 - A partir de **constats partagés** par tous
 - En s'appuyant sur l'ensemble des **leviers** et mesures incitatives
 - **En cohérence** avec les différentes actions menées par tous les acteurs du territoire
- ❑ **Etre en cohérence avec** le volet santé du **schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services au public** et le projet régional de santé
- ❑ **Accompagner les opportunités** de structuration de l'offre de proximité (ex: projets d'exercice coordonné...)

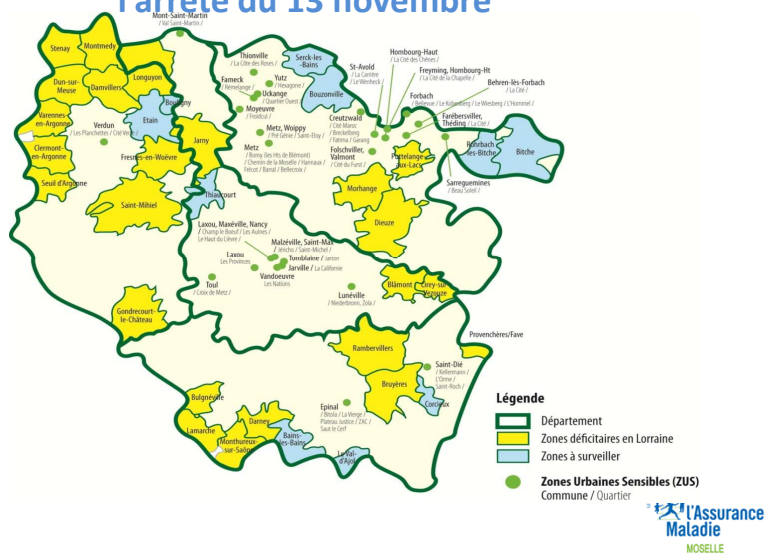


Une méthode nationale de définition du zonage

- ❑ Un zonage applicable aux **médecins généralistes**
- ❑ D'une **durée maximale de 3 ans** et **révisable à tout moment**
- ❑ Choix de la maille du **territoire de vie**
 - ❑ rassemble les communes partageant les **mêmes équipements intermédiaires**
 - ❑ reflète la **structuration** d'un territoire en fonction de ses habitants et de leurs besoins et de leurs habitudes de vie, autour de pôles d'attractivité qui rayonnent et desservent la population alentour.
- ❑ Fondée sur l'indicateur d'**accessibilité potentielle localisée** (APL)
Une méthode pour s'assurer d'un minimum de 2,5 consultations par habitant et par territoire pondéré par :
 - ❑ l'âge des médecins (-de 65 ans) et de la population
 - ❑ les temps de déplacement (prise en compte spécifique de la zone montagneuse)



Zones déficitaires conditionnant l'attribution des aides conventionnelles avant la publication de l'arrêté du 13 novembre



La mise en œuvre du nouveau Zonage Médecins

- Le zonage « Médecins » :

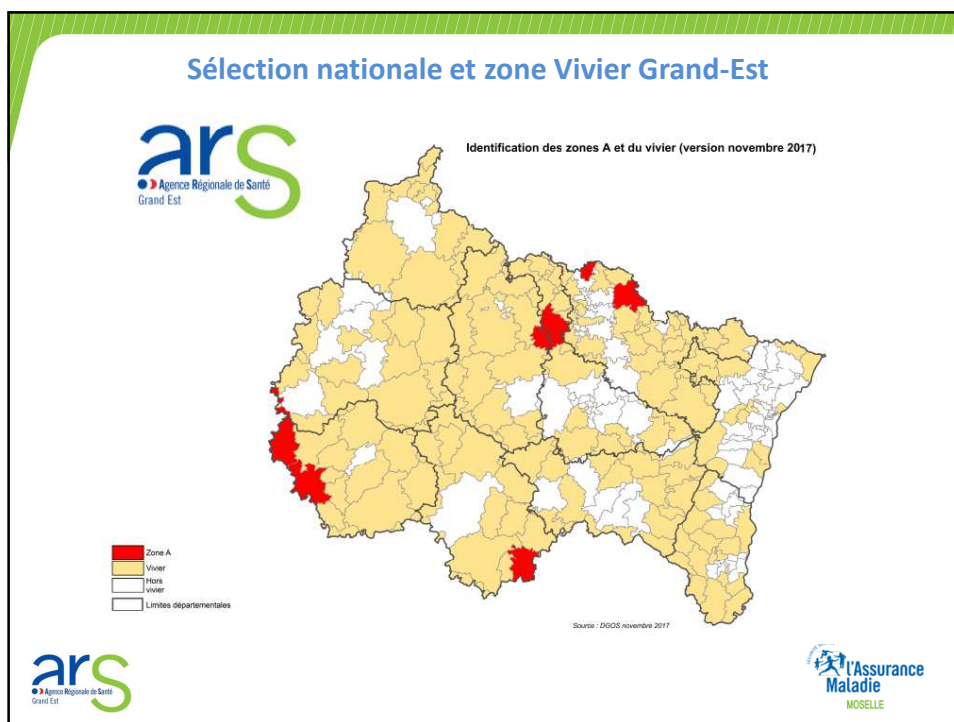
- ☐ détermine les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins
- ☐ révisable à tout moment, fondé sur la maille du territoire de vie-santé et des Quartiers Prioritaires de la Ville (QPV)

- Le DG ARS arrête après avis des représentants des médecins et de la CRSA :

- ☐ Les zones « d'intervention prioritaire » (8,7% de la pop) : Aides conventionnelles, Aides de l'Etat, Aide des collectivités territoriales, Exonération fiscale
- ☐ Les zones « d'action complémentaire » (48,3% de la population) : Toutes les aides exceptées les aides conventionnelles

- Calendrier

- ⇒ Janvier – Février 2018 : Réunion des COPIL régionaux et départementaux pour l'élaboration des plans d'action et proposition de zonage
- ⇒ Mars : Présentation pour avis à la CRSA
- ⇒ Avril : Publication de l'arrêté zonage par le DG ARS



Construire des projets de santé adaptés aux besoins des territoires

Quatre priorités pour garantir dans tous les territoires un accès à des soins de qualité



LES
QUATRE
PRIORITES

Priorité n°1

Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue

Priorité n°2

Mettre en œuvre la révolution numérique en santé pour abolir les distances

Priorité n°3

Favoriser une meilleure organisation des professions de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue

Priorité n°4

Une nouvelle méthode : faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover



Agence Régionale de Santé
Grand Est



Assurance
Maladie
MOSELLE

Le plan national d'accès aux soins

Priorité n° 1 : Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients: une présence médicale et soignante accrue

- Aider à l'installation et à l'exercice des médecins dans les zones en tension
- Faciliter le cumul emploi/retraite des médecins libéraux pour maintenir des médecins sur le territoire
- Développer les consultations avancées
- Créer des postes « d'assistants partagés » entre la ville et l'hôpital
- Généraliser le contrat de médecin adjoint
- Favoriser les stages ambulatoires des professionnels de santé en formation
- Faciliter les remplacements et l'exercice mixte (salarié/ libéral)
- Développer les coopérations entre les professionnels de santé afin de rendre un meilleur service à la population
- Organiser la contribution des centres médicaux des armées

Le plan national d'accès aux soins

Priorité n° 2: Mettre en œuvre la révolution numérique en santé pour abolir les distances

- Inscrire la télémédecine dans le droit commun dès 2018
- Accompagner l'équipement des établissements médico – sociaux, des établissements de santé (dont les hôpitaux de proximité), des maisons de santé pluri- professionnelles et des centres de santé dans le déploiement de la télémédecine
- Faire émerger les territoires digitaux

Le plan national d'accès aux soins

Priorité n° 3 : Favoriser une meilleure organisation des professionnels de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue

- Soutenir le développement des maisons de santé pluri – professionnelles, des centres de santé et de tous les modes d'exercice coordonné
- Garantir une réponse aux demandes de soins non programmés aux heures d'ouverture des cabinets en s'appuyant sur les initiatives professionnelles
- Créer un guichet unique d'information et d'orientation pour l'exercice des professionnels de santé
- Simplifier la prise en charge des patients en situation complexe en faisant converger financièrement les dispositifs d'appui aux parcours complexes selon les territoires

Le plan national d'accès aux soins

Priorité n° 4 : Une nouvelle méthode : faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets innovants

- Co – construire un projet d'animation et d'aménagement du territoire par les professionnels de santé, les usagers, les institutions et les élus des territoires
- Créer un cadre commun permettant aux professionnels de santé d'expérimenter de nouvelles organisations
- Evaluer régulièrement la mise en place des différentes actions territoriales
- Appuyer les agences régionales de santé dans l'accompagnement des projets de territoire



4 objectifs stratégiques

- 1** Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue
- 2** Mettre en œuvre la révolution numérique en santé pour abolir les distances
- 3** Favoriser une meilleure organisation des professions de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue
- 4** Une nouvelle méthode : faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover

Les leviers

- ☐ Les zones « d'intervention prioritaire » permettent aux médecins qui y exercent ou qui s'y installent de bénéficier de différentes mesures :
 - ⇒ **Aides conventionnelles** : CAIM (Contrat d'Aide à l'Installation), COSCOM (Contrat de Stabilisation et de Coordination des médecins), COTRAM (Contrat de Transition), CSTM (Contrat de solidarité Territoriale Médecin)
 - ⇒ **Aides de l'Etat** : CESP (Contrat d'Engagement de Service Public), PTMG (Contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale), PTMA (Contrat de Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire), PTMR (Contrat de Praticien Territorial Médical de Remplacement ...)
 - ⇒ **Aide des collectivités territoriales** (indemnité de logement et de déplacement pour les stages réalisés en libéral)
 - ⇒ **Exonération fiscale** pour l'activité de permanence des soins ambulatoire
- ☐ Les zones « d'action complémentaire » permettent aux médecins de bénéficier de toutes les aides excepté les aides conventionnelles




Objectifs de la démarche

- ☐ Définir, d'ici au 1er trimestre 2018, un schéma cible visant à maintenir, conforter et développer l'offre de 1er recours dans les territoires de proximité ciblés
 - ☐ À partir d'un diagnostic partagé
 - ☐ En s'appuyant sur l'ensemble des leviers et mesures incitatives
- ☐ Garantir une cohérence avec le schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services au public et le futur Projet Régional de Santé




Définition des territoires de proximité pour la déclinaison des plans d'actions

Enjeux

- ☐ Territoires qui ont du sens pour les professionnels de santé et qui garantissent la cohérence des projets
- ☐ Territoires cohérents avec les flux de patients
- ☐ Territoires qui permettent/facilitent l'appui et la mobilisation des élus
- ☐ Territoires qui s'articulent avec les zones de concertation des SDAASP

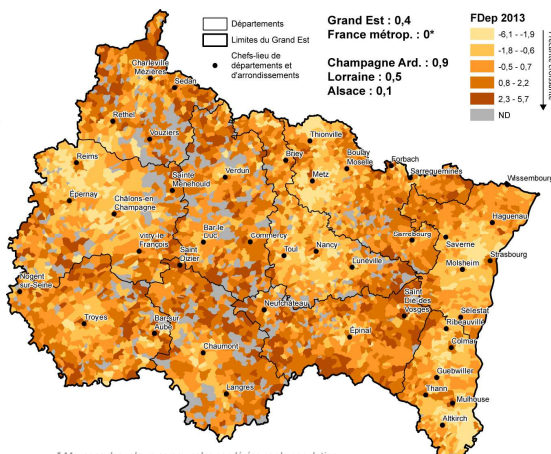
Les différentes mailles territoriales

- ☐ Secteurs de Permanence des Soins Ambulatoire
- ☐ Bassins de vie
- ☐ EPCI
- ☐ Arrondissements

Une situation sociale plus défavorisée dans les grandes villes et les territoires ruraux

Indice de défaveur sociale Fdep en 2013

- une défaveur sociale marquée dans les grandes villes de la région (Mulhouse, Troyes, Schiltigheim, Strasbourg, Reims, Colmar, Châlons-en-Champagne, Metz et Épinal notamment)
- des situations plus favorables au sud de l'Alsace (Suisse), en Lorraine dans l'ensemble des territoires du sillon lorrain, ainsi que dans l'Aube (Picardie, l'Île-de-France et l'Yonne)
- une défaveur sociale plus marquée en Meuse, Haute-Marne, Vosges et Ardennes.



* Moyenne des valeurs communales pondérées par la population.

ND : Indice non disponible. Communes exclues de l'analyse, parce que le revenu médian n'est pas disponible pour le calcul de l'indice (cf. encadré).

Source : Insee - RP, FLOSoFi, Exploitation ORS.

Une population vieillissante avec une forte augmentation de personnes âgées dépendantes à l'horizon 2030

Près du quart de la population du Grand Est âgée de 65 ans ou plus en 2030

- Un indice de vieillissement égal à 74 pour le Grand Est tout comme en France métropolitaine.
- Une augmentation modérée des personnes de 85 ans ou plus va dans les prochaines années, pour croître très rapidement à compter de 2031.
- Un vieillissement toutefois plus marqué dans les départements d'Alsace et de Moselle (de +1,66 % à +1,34 %) et moins prononcé en Meuse, Haute-Marne et dans les Ardennes (de +0,06 % à +0,29 %).

Selon les scénarii INSEE, le nombre de personnes âgées dépendantes augmente de +35% à +60% entre 2007 et 2030.

Taux de variation annuel moyen des 85 ans ou plus

	2006-2013	2018-2027 ⁵
Ardennes	6,43%	0,29%
Aube	5,64%	0,90%
Marne	5,65%	0,75%
Haute-Marne	5,81%	0,23%
Meurthe-et-Moselle	6,64%	0,44%
Meuse	6,95%	0,06%
Moselle	7,31%	1,40%
Bas-Rhin	6,49%	1,66%
Haut-Rhin	7,44%	1,34%
Vosges	5,70%	0,56%
Grand Est	6,52%	1,00%
France mét.	5,91%	0,91%
Champagne-Ardenne	5,82%	0,61%
Lorraine	6,73%	0,83%
Alsace	6,88%	1,52%

⁵ Taux de variation de la population projetée 2018-2027 issue des projections démographiques de l'Insee (scénario central, modèle Omphale) à partir des populations par sexe et âge au 1^{er} janvier 2007 et des tendances démographiques 1999-2007.

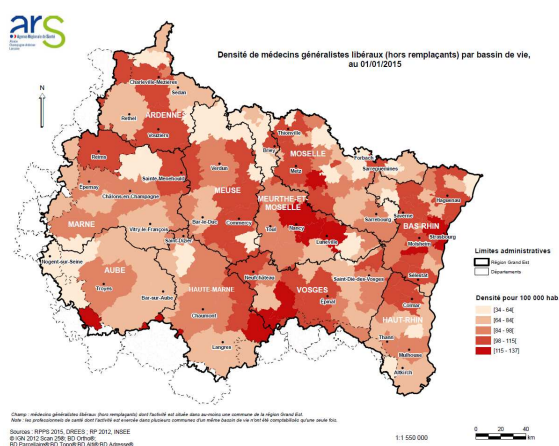
Source : Insee - RP, Projections Omphale, Exploitation ORS.

Près de 30% des médecins généralistes partira en retraite dans les 5 ans

- Densité régionale de MG identique à la densité nationale
- Seuls trois départements, la Marne, la Meurthe-et-Moselle et le Bas-Rhin sont au-delà de la moyenne nationale

- Comparée à la structure nationale, la région Grand Est se caractérise par une surreprésentation des 45 ans et plus.
- Selon une étude de l'OREF, entre créations d'emplois et remplacements des départs à la retraite, il y aurait 80 000 emplois liés au sanitaire et social à pourvoir dans le Grand Est entre 2012 et 2022.

Densité de médecins généralistes libéraux (hors remplaçants) au 01/01/2015 par bassin de vie



► Objectif

Disposer en Moselle d'une analyse territorialisée de l'accessibilité à la médecine générale permettant de prioriser des actions de renforcement de l'accès aux soins dans les territoires.

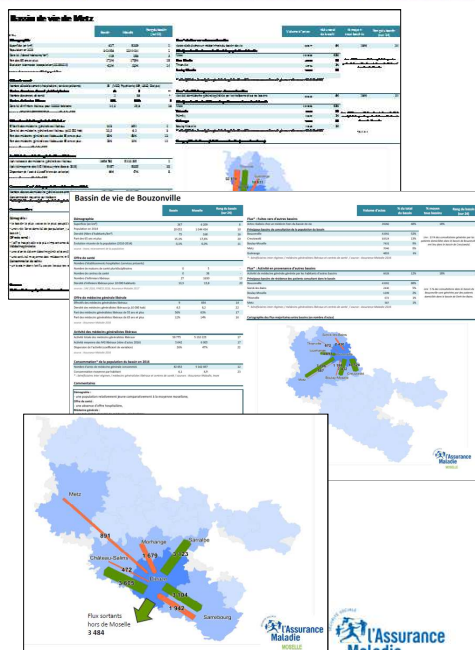
► Méthode

- Un travail d'analyse de la fragilité en matière de démographie médicale réalisé à l'échelle du Bassin de vie.
- Plusieurs thématiques sollicitées, permettant d'élargir les capacités d'analyse au-delà du seul dénombrement des médecins sur un territoire.
- Le recours spécifique aux données de la CPAM de Moselle pour mieux comprendre les comportements de soins des assurés en matière de médecine générale.

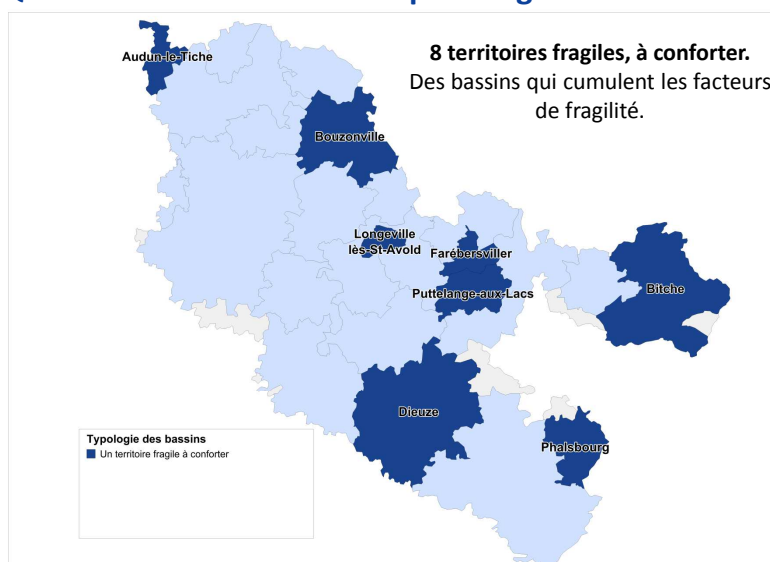
► Analyse territorialisée

Une analyse de la fragilité basée sur :

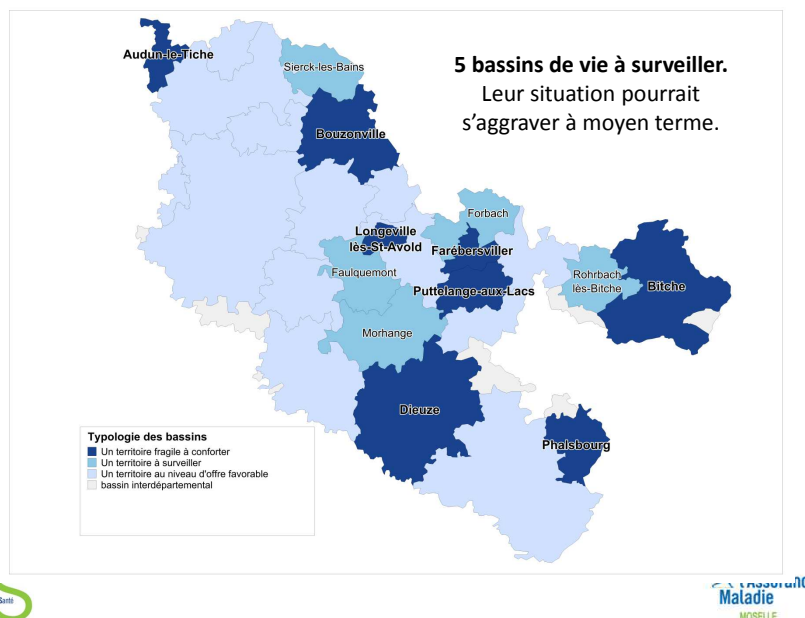
- La **dynamique démographique** des territoires et le **vieillissement de la population**,
- Le dimensionnement de **l'offre de santé**,
- Les **caractéristiques des médecins généralistes**,
- Le **niveau de consommation** de soins de la population,
- Les **flux de consommation** entre les bassins.



► Quels sont les territoires les plus fragiles en Moselle ?(1/2)



► Quels sont les territoires les plus fragiles en Moselle ?(2/2)



► Analyse territorialisée

	Densité MG (p. 10 000 hab.)	Part des MG plus de 60 ans	Activité moyenne des MG (nb actes annuel)	Consommation hors bassin de vie	Part de la population de Moselle
Bassins fragiles à conforter	5,0	41 %	7 185	37 %	11 %
Bassins à surveiller	5,8	39 %	7 050	18 %	14 %
Moyenne Moselle	8,2	33 %	6 005	18 %	100 %

- Les **bassins les plus fragiles** regroupent un peu moins de **120 000 habitants**, soit 11% de la population mosellane. Dans ces bassins, **59 médecins** généralistes libéraux sont en activité. **24 d'entre eux ont plus de 60 ans.**
- Dans les **bassins «à surveiller»** résident plus de **145 000 habitants**. Dans ces bassins **84 médecins** généralistes libéraux sont en activité. **33 d'entre eux ont au moins 60 ans.**

► Analyse territorialisée

- Ce travail ne constitue pas un zonage. Il permet de disposer d'une analyse territorialisée, d'avoir une vision fine des facteurs de fragilité d'accès à la médecine générale dans chaque bassin de vie.
- **Les éléments clés :**
 - Au moins **8 bassins de vie cumulent de nombreux facteurs de fragilité** en matière d'accès à la médecine générale.
 - Au moins **5 bassins de vie pourraient voir leur situation s'aggraver** à moyen terme, ils sont à surveiller.
- **Partage de l'analyse en Commission Paritaire Local des médecins :**
 - 3 zones à plus fort enjeu issues des échanges :
 - Secteur **Bouzonville-Sierck-lès-bains**
 - Secteur **Forbach-Bassin houiller**
 - Secteur **Pays de Bitche**

III. Axes de travail

- ☐ Renforcement de l'accès aux soins
 - ☐ Soins non programmés
- ☐ Coordination/Coopération des professionnels de santé
 - ☐ Exercices coordonnés et dispositif de coopération
- ☐ E-Santé / Télémédecine
 - ☐ Consultations avancées en EHPAD
- ? Définir une proposition d'ordre du jour pour les ateliers
- ? Lister les dispositifs existants à conforter ou à développer

Rétroplanning

- ☐ **3 juillet 2017 :**
 - Installation du COPIL
- ☐ **Décembre 2017 – COPIL Départemental de soins de proximité**
 - Présentation du diagnostic approfondi
 - Définir les territoires prioritaires
 - Fixer la stratégie de concertation départementale
- ☐ **Janvier 2018**
 - Rencontres avec les EPCI pour définir un plan d'actions par territoire de proximité
 - Elaboration d'un plan d'actions par territoire de proximité
- ☐ **Prochain COPIL (Mars 2018) = à définir**
 - Validation du Plan d'actions départemental par territoires de proximité



Merci de votre attention



Annexes

Ateliers de concertation

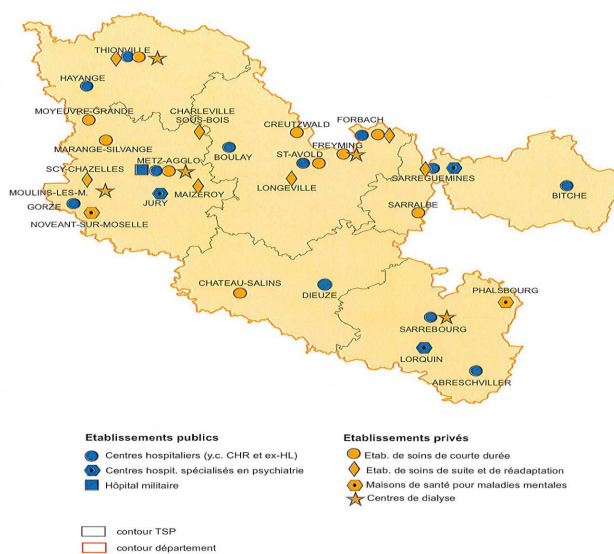
Pays	Type FPCI	Nom FPCI
A	Communauté de Communes	Arc Mosellan
A	Communauté de Communes	Bouzonvillois Trois Frontières
A	Communauté de Communes	Cattenom et Environs
A	Communauté d'Agglomération	du Val de Fensch
A	Communauté de Communes	Pays Haut Val d'Alzette
A	Communauté d'Agglomération	Portes de France Thionville
B	Communauté de Communes	Haut Chemin Pays de Pange
B	Communauté de Communes	Mad et Moselle
B	Communauté d'Agglomération	Metz Métropole
B	Communauté de Communes	Pays Orne Moselle
B	Communauté de Communes	Rives de Moselle
B	Communauté de Communes	Sud Messin
C	Communauté de Communes	Pays de Bitche
C	Communauté d'Agglomération	Sarreguemines Confluences
D	Communauté de Communes	Pays de Phalsbourg
D	Communauté de Communes	Sarrebourg Moselle Sud
D	Communauté de Communes	Saulnois
E	Communauté de Communes	Agglo Saint-Avoid - Centre Mosellan
E	Communauté de Communes	District Urbain de Faulquemont
E	Communauté d'Agglomération	Forbach Porte de France
E	Communauté de Communes	Freyming-Merlebach
E	Communauté de Communes	Houve Pays Boulageois
E	Communauté de Communes	Warndt

Grand Est : Départs prévisibles de MG à 5 ans

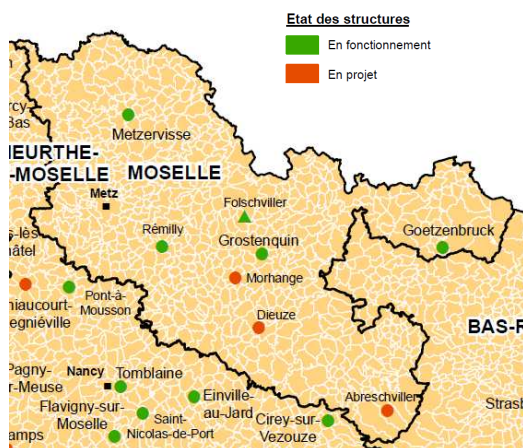
Département	Nombre de médecins au 01/01/2017 *	Départs en retraite prévisibles (MG + de 60 ans)	Part des MG du département
08	235	64	27,23%
10	229	66	28,82%
51	521	137	26,30%
52	152	61	40,13%
54	730	196	26,85%
55	132	46	34,85%
57	854	279	32,67%
67	1200	375	31,25%
68	653	222	34,00%
88	336	115	34,23%
Région	5042	1561	30,96%

* Source bases Assurance maladie

Etablissements de santé (hors USLD) de Moselle



Maisons de santé pluriprofessionnelles



MSP en Fonctionnement

Grostenquin
Goetzenbruck
Remilly
Folschviller
Dieuze
Metzervisse
Cuvry

MSP en Construction

Abreschviller
Morhange
Hundling

MSP en Réflexion

Algrange
Audun le Tiche
Bettborn
Bouzonville
Creutzwald
Sarrebourog
Boulang
Fontoy
Heming
Macheren
Montigny-les-Metz
St Privat la Montagne



► Chiffres principaux sur les bassins identifiés

	Nb MG	Densité MG (p. 10 000 hab.)	Part des MG 65 ans et plus	Activité moyenne des MG (nb actes annuel)	Consommation hors bassin de vie	Part de la population âgée 65+
Hettange-Grande	9	6,2	11%	5 324	44 %	13,3 %
Audin-le-Tiche	10	5,4	10%	6 708	42 %	17,7 %
Bouzonville	9	4,5	11 %	5 642	48 %	15,1 %
Longeville-lès-St-Avoid	2	4,2	s.s.	s.s.	62 %	18,3 %
Farébersviller	4	2,7	50 %	8 979	44 %	17,8 %
Puttelange-aux-Lacs	6	5,1	0 %	9 177	32 %	17,5 %
Bitche	13	5,9	31 %	7 450	22 %	20,0 %
Dieuze	8	6,6	25 %	7 003	29 %	21,1 %
Phalsbourg	7	5,0	14 %	6 665	36 %	16,2 %
Sierck-les-Bains	9	8,5	33 %	5 079	24 %	14,6 %
Faulquemont	9	5,6	22 %	5 551	30 %	17,1 %
Morhange	9	8,2	22 %	8 584	20 %	17,6 %
Forbach	50	5,2	16 %	7 457	12 %	18,8 %
Rohrbach-lès-Bitche	7	6,1	14 %	6 635	40 %	17,5 %
Moyenne Moselle	854	8,2	14 %	6 005	18 %	17,6 %