



DOCUMENTS DE SUIVI PROJET

PROJET DE REORGANISATION DES SOINS PRIMAIRES SUR LE TOURNONNAIS / FUMELOIS

Sous-projet :

Atelier réunion 1/3

Plan

1. Les constats	2
2. La démarche de ce jour	2
2.1. Deux étapes	2
2.2. Le contexte	2
2.3. Des enjeux à débattre	2
3. Réflexions sur les offres et les demandes actuelles	2
3.1. L'offre en soins odontologiques	2
a) La position d'un dentiste dans le projet	2
b) Quel soin pour les populations dites « sociales »	2
c) Quelle organisation du soin odontologique ?	2
d) L'attractivité des chirurgiens-dentistes sur le territoire	3
3.2. L'offre de médecine générale	3
a) La maison de santé pluridisciplinaire ou MSP une solution imposée d'en haut et inadaptée ?	3
b) La MSP, une solution obligatoirement rurale pour régler la question de l'accès aux soins ?	3
c) La MSP, un accélérateur de la qualité « des exercices » ?	Erreur ! Signet non défini.
d) La MSP : à combien ?	Erreur ! Signet non défini.
3.3. L'organisation du soin et des nouvelles pratiques	4
a) Comment régler l'interface entre soins primaires et soins secondaires ou les autres soins ?	4
b) Comment améliorer la qualité des gestes faute de temps ?	4
c) Comment améliorer l'accès géographique ?	4
d) Une priorité : l'amélioration de la permanence des soins	4
e) Le comportement des patients est-il adapté aux offres de soins prévues ?	4
f) Le partage de l'information	4
3.4. Les étudiants	4
4. Les perspectives de l'atelier	5
4.1. Les motivations exprimées pour un exercice de groupe en maison de santé pluridisciplinaire	5
a) Méthodologie	5
b) La valeur ajoutée de la maison de santé pluridisciplinaire	5
c) Qualité des soins, accès au soins, attractivité et maîtrise des coûts	5
4.2. Quelle structure souhaitez-vous développer ?	6
a) Pour les dentistes	6
b) Pour les médecins	6
4.3. Quel financement propre, quel financement externe ?	6
5. Annexes	7
5.1. Participants	7

Participants	ALONSO Christian, ARAGON Serge, BAYLE Yves, BONNET Bernard, BORIE Stéphanie, CAPIELLO Annie, DUMEAUX Dominique, FABRE Jean-Marie, FOURRURE Bénédicte, FRETILLERE Eric, GRUCHET Alain, LIOT Didier, MAILLARD Laurent, MOURGUES Jean-Marcel, ROBEILLO Annie, ROY Annie, SAINT-BEAT Laurent, SALACROUP Marina, TARAYRE Jérôme, ABBALLE Xavier. (20 participants)
Rédaction	Xavier Abballe, Jérôme Tarayre, Marina Salacroup, Stéphanie Borie et Jean-Marcel Mourgues.
Document associé	
Date d'impression	25 mars 2008
Nombre de pages	7
Accès du fichier	C:\Documents and Settings\abballe\Mes documents\01 - Soins premiers\Projet santé 04 - Fumel\04 - Compte rendu\FTDA - CR03 atelier 01 sur 03 du 20 février 2008.doc

1. Les constats

L'implication de l'Ordre des médecins dans le projet de maison de santé pluridisciplinaire (MSP) sur le Fumélois vient de 2 constats : un problème de démographie médicale et un problème d'attractivité du territoire pour les jeunes médecins. Il n'y a pas eu d'initiatives depuis plusieurs années, et aujourd'hui c'est une obligation morale de s'occuper du système de santé.

Le territoire du Fumélois est difficile pour des raisons historiques : fermeture de l'usine, fermeture du SMUR cependant il peut être le premier bénéficiaire d'un mode d'exercice rénové à partir des attentes des jeunes professionnels de santé telles que mises en évidence dans l'enquête BVA de mars 2007. Il n'y a pas d'obligation de résultat. Il y a d'autres cantons dans le 47 en difficulté et demandeurs de réorganisation.

2. La démarche de ce jour

2.1. Deux étapes

1^{er} étape : recueil des impressions via les entretiens, le Président du CDOM remercie à ce propos l'ensemble des professionnels ayant accepté de répondre au questionnaire.

2^{ème} étape : un travail en atelier pour dépasser ses inquiétudes et penser à un changement d'exercice.

2.2. Le contexte

Cette démarche n'est commanditée par personne, il n'y a, en particulier, pas de récupération politique. Il en va de toutes les façons de la qualité du système de santé ce qui dépasse les clivages de toutes natures.

2.3. Des enjeux à débattre

- Quels sont donc les avantages et les inconvénients de cette nouvelle approche en particulier l'exercice professionnel regroupé ?
- Quels sont donc les avantages et les inconvénients de cette nouvelle approche en particulier l'exercice professionnel regroupé ?

3. Réflexions sur les offres et les demandes actuelles

3.1. L'offre en soins odontologiques

a) La position d'un dentiste dans le projet

Il parle en temps que praticien et représentant du Conseil de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes. Il est intéressé par l'idée de maison de santé pluridisciplinaire ou MSP (notamment le projet de La Réole) mais fait remarquer qu'il existe une spécificité dans la prise en charge d'un patient par un chirurgien-dentiste : les travaux à réaliser sont importants en temps et en argent et cela pose des problèmes de responsabilité (et aussi personnels) pour déléguer cette prise en charge à un autre praticien. Cela limite, d'après lui, la participation des chirurgiens-dentistes au projet, intéressé surtout pour l'aspect gestion des urgences.

b) Quel soins odontologiques pour les populations dites « sociales »

La continuité des soins est organisée mais de manière informelle avec la prise d'un remplaçant ou arrangement entre confrères. Le problème, c'est l'urgence sociale. La tendance parfois est que « tout est du et tout de suite ». Certains patients ne font pas d'effort de prévention, ni même de soin. Il y a donc un travail à accomplir au niveau de la prévention et de l'incitation vers la population à soigner. C'est un problème national en augmentation. Cela concerne non pas les SDF mais des personnes qui ont la CMU, qui font peu d'effort d'anticipation tout en ayant de fortes exigences. Cela amène parfois à des refus de soin de la part des praticiens.

c) Quelle organisation du soin odontologique ?

Deux types de demande de soin odontologique :

1. **l'urgence, les petits soins** ou la demande est très forte et en augmentation et ou l'exclusivité du praticien importe peu
2. **les soins spécifiques** où l'on vient voir un praticien en particulier.

Sur Fumel on est passé de 20 dentistes à 8 ou 9, le besoin en soin augmente et le territoire d'influence s'agrandit. On peut s'organiser pour les soins lourds. L'individualisme va forcément diminuer dans les 5 à 10 ans. Des médecins s'étonnent des craintes du « travailler ensemble » chez les chirurgiens-dentistes. On peut demander au patient de revenir lorsqu'on est présent si l'on souhaite suivre personnellement un patient en dehors de l'urgence. Le problème des soins suivis pour les chirurgiens-dentistes nécessite un changement de mentalité.

En ce qui concerne la permanence des soins il y a un risque pour la confraternité et la déontologie : est ce que tout le monde va jouer le jeu ? N'y aura-t-il pas des détournements de patientèle ? L'exercice actuel est très individualisé.

Avec la mutualisation des exercices il faut savoir si la population va accepter de changer de professionnel tout le temps (remarque valable également pour le corps médical).

d) L'attractivité des chirurgiens-dentistes sur le territoire

A la question des patients prêts à voir différents médecins ou dentistes il existe l'autre alternative qui est la disparition des professionnels. C'est une révolution culturelle qu'il faut mener, c'est une responsabilité vis-à-vis de la population et des jeunes médecins. Si des changements n'interviennent pas spontanément d'ici 5 à 10 ans maximum il y a un risque de mesures coercitives.

Le problème fondamental est le manque de jeunes professionnels.

Un autre problème est celui du juste prix des soins, les soins de base sont mal payés, les chirurgiens-dentistes se rattrapent sur la prothèse. Par ailleurs les problèmes de gestion du cabinet sont importants.

Les étudiants en odontologie font de moins en moins de clinique, de plus ils sont peu nombreux (60 pour la région) et sont captés en amont par les facs et les grandes villes.

Par ailleurs les problèmes de gestion du cabinet sont importants.

3.2. L'offre de médecine générale

a) La maison de santé pluridisciplinaire ou MSP une solution imposée d'en haut et inadaptée ?

Un médecin se réfère au bulletin de l'ordre des médecins : la MSP est une idée à la mode. Ce confrère est sceptique quand à la mutualisation : est ce que ça répond à une attente des médecins généralistes ? Mais c'est une solution qui à l'air d'intéresser les jeunes.

Il y a un gros déficit en soin infirmier, par ailleurs le problème vient de l'isolement. La mutualisation n'est pas forcément la solution à ces deux problèmes.

La proposition de la MSP peut apparaître brutale et inadaptée. Ce qui a amélioré ses conditions de travail c'est la régulation et la diminution des visites à domicile.

b) La MSP, une solution obligatoirement rurale pour régler la question de l'accès aux soins ?

Toutes les MSP actuelles sont en milieu semi urbain. Il faut une petite structure de 2 à 3 généralistes à la campagne de plus les grosses structures ressemblent trop à l'hôpital, or les MG ont fait un choix libéral. De plus, la MSP est une idée politique¹.

Il faut un changement d'exercice dans les 5 ans, il faudra aller plus vite et faire que du soin, il faut disperser les cabinets médicaux pour résoudre le problème de l'accès aux soins.

Ne pas travailler seul mais pas à plus de 3 ou 4 MG.

¹ Le mot politique peut porter plusieurs sens plus ou moins positifs : politique locale, politique de santé, politique politicienne ... La MSP peut être un projet de politique de santé comme être récupéré par des enjeux politiques locaux

3.3. L'organisation du soin et des nouvelles pratiques

a) *Quelle interface entre soins primaires et soins secondaires ou les autres soins ?*

La qualité baisse en ce qui concerne l'accès aux soins. Le vrai problème, c'est le travail avec les spécialistes et l'éloignement des centres urbains. Il y a un temps d'attente trop long pour les rendez vous et les examens complémentaires. Des professionnels présents voudraient pouvoir rencontrer des spécialistes.

La question d'une spécialité manquante a été soulignée avec insistance : la rhumatologie.

Même lorsque l'offre spécialisée existe on rencontre des freins liés à l'information et de communication. Ainsi un médecin n'est pas au courant des consultations avancées de spécialistes à l'hôpital local de Fumel.

Le médecin spécialiste présent serait ravi de rentrer dans une maison de santé pluridisciplinaire pour échanger avec les médecins généralistes et partager le plateau technique.

La question de l'homéopathie est posée également pour le remplacement.

L'intérêt de l'exercice en groupe permet de bénéficier des compétences spécifiques d'une personne exerçant dans la maison de santé pluridisciplinaire. Ceci est aussi vrai pour l'éventuel transfert de gestes.

b) *Comment améliorer la qualité des gestes faute de temps ?*

La qualité baisse en ce qui concerne la technicité des gestes. La formation à des gestes spécifiques (infiltrations) pourrait être une solution mais le manque de temps est là. De plus il faut pratiquer régulièrement pour offrir une pratique de qualité.

c) *Comment améliorer l'accès géographique ?*

Le patient devrait trouver sur place la réponse à son problème. Un patient âgé à la campagne peut prendre sa voiture pour une petite distance mais il n'ira pas en ville.

d) *Une priorité : l'amélioration de la permanence des soins*

La régulation nous a « ôté une épine du pied ». Le vrai besoin c'est la régulation de l'urgence.

En tant que responsable SAMU, il est favorable à une maison médicale de garde (MMG), ceci dans le contexte d'une directive ministérielle demandant de diviser par 2 le nombre de secteurs de garde sur le Lot et Garonne. Il faut assurer la permanence des soins.

Un médecin exerçant en milieu rural éloigné est d'accord pour faire

1. des ½ journées dans la MSP, est ce au sein d'une structure de salariat
2. mais sous certaines conditions pour y prendre des gardes.

mais reste dubitatif car a vécu beaucoup d'échecs (groupe de pairs, association,...).

e) *Le comportement des patients est-il adapté aux offres de soins prévues ?*

Toutes ces propositions sont idylliques et utopiques. Les patients ne vont pas s'adapter, il n'y a pas de solution concrète. Il n'adhère pas à la philosophie du « turn over » des praticiens pour le patient.

La notion de médecin traitant pose un problème de remboursement en cas de « turn over » des praticiens. La solution consiste à cocher la case « médecin traitant remplacé » sur la feuille de soin.

Problème de la prise de rendez-vous en urgence : quand le patient n'a plus mal il ne vient pas au rendez vous.

f) *Le partage de l'information*

Lors de la réunion région/jeunes médecins le problème du parcours de soin a été évoqué, il faut en discuter avec la CPAM et la MSA. Le problème de l'informatisation des données, de leur mise en commun et du dossier médical partagé et de la variabilité des logiciels médicaux se repose. Une des solutions : la mise en place d'un portail informatique commun ville/hôpital.

3.4. Les étudiants

Le problème des maîtres de stage dans le 47 qui ne sont que 3, il faudrait aussi « démarcher » dans les lycées. Les étudiants/internes ont des difficultés à se loger, il faudrait un logement au sein de la MSP (cf. sondage BVA).

4. Les perspectives de l'atelier

4.1. Les motivations exprimées pour un exercice de groupe en maison de santé pluridisciplinaire

a) Méthodologie

Nous allons de la réflexion vers le projet commun. Il n'y a pas de solution miracle clé en main, c'est un laboratoire expérimental, qui produit, rapidement et que nous constituons ici.

Il nous faut indiquer les problèmes, les besoins et les attentes et après on déroule, délimite, structure, nomme le projet comme on veut, il ne faut effectivement pas verser dans la technocratie (modèle plaqué éloigné des attentes de terrain).

b) La valeur ajoutée de la maison de santé pluridisciplinaire

Le groupe voit deux intérêts à la MSP :

1. améliorer la qualité de vie des professionnels,
2. la mutualisation permet de libérer du temps médical
→ peut attirer les jeunes

Le groupe considère que c'est une proposition d'organisation des soins de premier recours, l'offre et l'accès géographique diminuent et les besoins, la demande et les coûts augmentent. La MSP est une réponse parmi d'autres qui permet de résoudre l'équation à condition de mailler les maisons de santé pluridisciplinaire entre elles. Pour les complémentarités médecins de soins de premier recours et l'appui sur la seconde ligne, il faut développer la politique de réseau (réseau au sens large).

Il y a des liens à trouver entre d'une part :

1. les logiques de filières ou parcours de soins par pathologie ou population avec les médecins généralistes et les spécialistes puis les plateaux techniques
2. les logiques de maillage entre les opérateurs de natures différentes : maison de santé pluridisciplinaire, centres hospitaliers, associations ...

Dans les deux cas, les soins de premier recours reste le niveau de coordination auprès du patient avec le médecin généraliste en particulier.

La maison de santé pluridisciplinaire est une modalité d'exercice regroupé possible parmi d'autres au sein de « dispositifs en réseau » qui eux doivent devenir systématiques.

c) Qualité des soins, accès au soins, attractivité et maîtrise des coûts

Il ne faut pas négliger l'attractivité économique : le jeune n'a pas à investir autant que s'il ouvrait son propre cabinet.

On peut imaginer une formation spécifique pour un membre du groupe, c'est le versant intellectuel de la mutualisation.

La question de l'accès est multidimensionnelle aussi pour certains spécialistes il faut effectivement une grande disponibilité (accès spécialisé) mais se pose aussi le problème des transports (accès géographique).

Actuellement la maison de santé pluridisciplinaire existe de façon virtuelle dispersée sur tout le territoire, l'objectif est de se regrouper pour diminuer les frais. L'association permet de diminuer les frais de plateau technique. Mais les problèmes d'investissement et d'attractivité économique restent à régler.

Deux axes majeurs se dégagent

1. l'accès aux soins et en particulier l'accès au spécialiste
2. La permanence des soins : créer MSP + MMG

4.2. Quelle structure souhaitez-vous développer ?

a) Pour les dentistes

- Dr Robeillo veut faire une maison de santé pluridisciplinaire sur Tournon du fait des gros problèmes liés au manque de médecin généraliste.
- Un chirurgien-dentiste de Fumel pour participer, pour une dynamique d'apport.

b) Pour les médecins

- Dr Bonnet : Travaille déjà dans une structure, voit bien l'intérêt d'une structure pluridisciplinaire, notamment au niveau de l'accès au spécialiste.
- Dr St Béat : a déjà une structure : 2 MG + diététicienne + kiné + IDE. Intéressé par la permanence des soins (maison médicale de garde)
- Dr Dumeaux : d'accord pour poursuivre la réflexion, la facilité d'exercice, la mutualisation, pour l'avenir du Fumelois.
- Dr Roy (MEP homéopathe) : intéressée, d'accord pour des ½ journées au sein de la maison de santé pluridisciplinaire.

4.3. Quel financement propre, quel financement externe ?

Dans tous les cas le financement extérieur sera très partiel, il faut un auto financement sur la majorité de l'investissement les institutions supportant les derniers coûts. La Ministre de la Santé a proposé de financer 100 MSP à hauteur de 50 000 euros (à peine 2 à 5 % du coût total)

La date de la prochaine réunion est fixée au mercredi 26 mars 2008 à 20h30.

5. Annexes

5.1. Participants

Figure 1 : Identités et profession des 20 participants

Groupe / Profession	Nom	Institution / Commune	Total
Chirurgien Dentiste	Dr ALONSO Christian	FUMEL	1
	Dr BAYLE Yves	FUMEL	1
	Dr FABRE Jean-Marie	FUMEL	1
	Dr ROBEILLO Annie	TOURNON D'AGENAIS	1
Total Chirurgien Dentiste			4
Médecin généraliste	Dr BONNET Bernard	MONTAIGU DE QUERCY	1
	Dr DUMEAUX Dominique	SAUVETERRE LA LEMANCE	1
	Dr FOURRURE Bénédicte	DURAVEL	1
	Dr GRUCHET Alain	FUMEL	1
	Dr ROY Annie	FUMEL	1
	Dr SAINT-BEAT Laurent	LACAPELLE-BIRON	1
Total Médecin généraliste			6
Médecin spécialiste (dermatologue)	Dr LIOT Didier	FUMEL	1
Total Médecin spécialiste			1
Collectivités territoriales	Mme BORIE Stéphanie	C.C Fumélois-Lémance	1
	Mme SALACROUP Marina	Pays de la Vallée du Lot	1
Total Collectivités territoriales			2
Projet	Dr MOURGUES Jean-Marcel	CDOM 47 - Président	1
	Dr FRETILLERE Eric	CDOM 47 - Vice Président	1
	Dr MAILLARD Laurent	CDOM 47 - CODAMUPS	1
	Dr ARAGON Serge	CDOM 47	1
	Dr CAPPIELLO Annie	Conseil Général 47	1
	Dr ABBALLE Xavier	Conseil en santé publique	1
	Dr TARAYRE Jérôme	Thèse d'exercice en médecine générale	1
Total Projet			7
Total			20