



**DOCUMENTS DE SUIVI
PROJET**

**PROJET DE REORGANISATION
DES SOINS PRIMAIRES
SUR LE TOURNONNAIS / FUMELOIS**

Sous-projet :

Enquête médecins généralistes
Expérience de La Réole
Mise en route des ateliers

Plan

1. Rappel du contexte de la réunion 2

2. Eléments clés de l'enquête auprès des médecins généralistes 2

3. Présentation du Projet de Maison de Santé Pluridisciplinaire sur la Réole par David Chevillot 3

3.1. Contexte, facteurs de succès et état d'avancement 3

3.2. Le projet a vocation à répondre à 3 besoins 3

3.3. - Quelques éléments clés de la réflexion sur la Réole : 3

4. Débat avec la salle..... 5

4.1. L'organisation des soins primaires à La Réole : structures et cultures 5

4.2. L'attractivité dans toutes les disciplines : quels déterminants pour le territoire ?..... 6

5. Conclusion..... 7

Rédaction	Xavier Abballe, Marina Salacroup, Stéphanie Borie, Jérôme Tarayre, David Chevillot et Jean-Marcel Mourgues.
Document associé	Diaporama 41 diapositives
Date d'impression	
Nombre de pages	1
Accès du fichier	C:\Documents and Settings\Dr Abballe\Local Settings\Temporary Internet Files\OLK22\FTDA - CR02 réunion 02 du 29 janvier 2008.doc

1. Rappel du contexte de la réunion

par le Dr. Jean Marcel Mourgues – Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Lot-et-Garonne et le Dr. Xavier Abballe - Médecin de santé publique

Cette réunion rend compte de manière provisoire de l'enquête réalisée auprès des médecins généralistes de la zone de Fumel /Tournon d'agenais pour recueillir leur attente en matière de réorganisation des soins de santé sur le secteur.

Le caractère provisoire de la restitution est proposé de manière à ne pas perdre de temps dans la réalisation. Un rapport complet concernant l'enquête auprès des professionnels sera transmis par la suite. Par ailleurs, le diagnostic de santé partagé concernant le territoire sera également complété dans la mesure où le territoire souhaite élargir le projet au-delà de la simple ré-organisation des soins. La mise en oeuvre d'un schéma de service sur le Pays de la Vallée du Lot est l'occasion de renforcer cette seconde logique.

A terme la réorganisation des soins (primaires ou non) sur le territoire devra être accompagnée d'un projet de santé global intégrant en particulier l'analyse et la priorisation des besoins (santé, social et d'offre) et les possibilités ouvertes dans le cadre :

1. des coordinations sanitaires, médico-sociales et sociales
2. du maillage de ces réponses coordonnées sur le territoire
3. pilotées par les élus en lien avec les structures, les professionnels prévus par les textes

Ainsi l'efficacité de la prise en charge dans les différentes filières quelques soient les patients, les populations, les communes et les problèmes concernés pourra s'améliorer.

2. Eléments clés de l'enquête auprès des médecins généralistes

par les Dr. Mourgues et Dr Abballe (cf. diaporama)

Cette enquête complète le diagnostic présenté lors de la précédente réunion. Elle porte sur 19 médecins généralistes. X Abballe précise que les secteurs de Villefranche du Périgord et de Puy L'Évêque ont été exclus de l'étude, les médecins de cette zone ayant indiqué qu'ils s'organisaient déjà sur leur secteur.

Les médecins se répartissent géographiquement comme suivant :

1. Sur la partie rurale Nord : 4 MG (2 Lacapelle Biron, 1 sur Sauveterre la Lémance, 1 Duravel).
2. Sur la partie rurale et semi-industrielle : 12 MG (Fumel : 9, Monsempron Libos : 2 et Montayral 1)
3. Sur la partie rurale sud : 3 MG (Tournon d'agenais : 1 et Montaigu du Quercy : 2)

Suite à la présentation le Dr Mourgues synthétise les résultats de l'étude.

Globalement les médecins généralistes du secteur font part de conditions d'exercices moins dégradées que l'on pourrait penser :

- Il apparaît que la situation démographique est moins dégradée que ce que l'on aurait pu attendre et 13 médecins sur 19 affirment vouloir rester sur le secteur.
- **Ils affichent une satisfaction globale concernant leur qualité de vie** (habitat, réseau relationnel, attaches familiales, situations géographiques, loisirs sportifs et culturels). Cependant si leur qualité de vie déclarée est satisfaisante sur le plan personnel ils la perçoivent comme moins bonne pour le conjoint et les enfants.
- **La charge de travail importante est le problème majeur des professionnels avec trois problèmes principaux :**
 - o Charges administratives lourdes
 - o Fatigue permanente inhérente à la profession
 - o Surcharge de travail lié aux manques de médecins
- Au niveau des solutions à mettre en oeuvre, ils restent perplexes sur d'éventuelles mesures coercitives (conventions collectives..) qui sont mal vécues par la profession et qui sont sans résultat. Les solutions évoquées sont : un secrétariat, la délégation de certaines tâches et la promotion du partenariat.

Le Dr Mourgues conclue qu'il faut être novateur et trouver des solutions adaptées au contexte local. Il existe une incertitude sur la pérennité de l'exercice, avec de nombreuses attentes non définies à ce sujet. Une adhésion pleine et entière des professionnels est requise pour qu'un projet puisse voir le jour et fonctionner. Il s'agit de se démarquer avant les autres territoires qui vont être prochainement confrontés au même problème.

3. Présentation du Projet de Maison de Santé Pluridisciplinaire sur la Réole par David Chevillot

Le Dr. D. Chevillot, médecin sur la Réole présente la réorganisation des soins de premiers recours sur le territoire de la Réole (voir article BDHF au lien en note de bas de page¹). Ce bassin partage de nombreuses caractéristiques territoriales avec le Fumélois Tournonnais.

3.1. Contexte, facteurs de succès et état d'avancement

Contexte :

26 médecins généralistes du secteur ont décidé de se prendre en main pour revoir l'organisation du système de soins primaires sur le secteur. L'idée était d'anticiper le manque de médecins généralistes de la zone. Ce problème va s'amplifier dans les années à venir. La Réole est un secteur qui subit la concurrence de l'agglomération bordelaise et n'est pas, contrairement aux idées reçues, attractif pour des jeunes médecins. La mobilisation s'est centrée sur l'organisation du territoire. En terme de configuration, la répartition des médecins s'apparente à la situation dans le fumélois tournonnais : sur les 26 médecins du secteur, 7 sont sur la Réole et les autres sont répartis sur un rayon moyen de 14 km autour, dans des zones plus ou moins isolées.

Facteurs favorisant le changement d'organisation :

Le moment est propice pour ce genre de projet, il existe un intérêt croissant des élus. Le problème territorial est comparable à La Réole et sur le fumélois-tournonnais, le « burn-out » des médecins est une constante. Il faut ANTICIPER, être attractif et changer le métier

Etat d'avancement du projet :

La mobilisation a débuté depuis plus de 2 ans et le projet en est au stade de l'ingénierie financière et du projet architectural. Le projet n'est pas encore totalement abouti et a nécessité une forte mobilisation des professionnels de santé (réunion hebdomadaire pendant plusieurs mois pour définir la configuration du projet), toutefois David Chevillot est présent pour témoigner sur l'expérience présentée et faire gagner du temps à d'autres territoires qui se mobilisent.

3.2. Le projet a vocation à répondre à 3 besoins

1. La permanence des soins et le CAPS ou centre d'accueil pour la permanence des soins : mise en place et réorganisation d'une permanence de soins afin de diminuer le nombre de garde. Par exemple à La Réole une garde 20h-minuit par mois et un dimanche ou samedi par trimestre.
2. Le RSR ou réseau de santé rural : une offre globale de soin et de santé : création d'un réseau entre les différents professionnels de santé sur le territoire. Concrètement, le travail en réseau oblige à organiser les professionnels quasiment en temps réel au travers de 2 outils collaboratif complémentaires : le numéro unique (1) qui permet d'entrer sur les agendas partagés (2).
3. La MSR ou maison de santé rurale (MSR). Un réseau des différentes structures de soins primaires autour de la MSR avec une organisation en multi-sites. La maison de santé n'est pas une maison « légo » (juxtaposition de cabinets médicaux), ni une maison « immobilière » (le but n'est pas la spéculation), ni une maison « radeau » (regroupement de généralistes âgés épuisés).

3.3. - Quelques éléments clés de la réflexion sur la Réole :

1. **L'importance de l'impact en terme financier pour les professionnels** qui se regroupent (fermeture d'un cabinet, nouveaux coûts de location, emploi de la secrétaire...). Etude avec un expert comptable.
2. **L'étude de faisabilité**

¹ Article disponible sous <http://fulltext.bdsp.tm.fr/FHF/RHF/2005/507/41-44.pdf?66DDX-Q3614-M43Q3-76GDG-X8340>

- a. sur le plan architectural et ergonomique a été réalisée une étude avec des ergonomes,
- b. sur le plan de l'exercice en groupe (partagé, responsabilité, pluridisciplinarité, patrimoine) par une étude juridique avec des juristes sur la possibilité pour les médecins d'exercer en multi-sites. Le statut de SEL (société d'exercice libéral) permet cela, avec à La Réole un exercice sur cinq sites différents.
- c. sur le plan de la maîtrise des processus et de la gestion par la qualité et les outils classiques (tableaux de bords et manuel d'assurance qualité) avec l'aide d'un qualityicien

Le but est donc de faciliter l'exercice et de pouvoir faire cohabiter et gérer une vingtaine de professionnels (médecin généralistes, infirmières, masseurs kinésithérapeutes, diététiciennes,...). Il faut donc des moyens financiers et des aides pour lancer le projet, ensuite l'autonomie est la règle.

3. **Permanence des soins** : Pour 26 médecins, le taux de rotation est de 1 fois par mois en soirée et une fois par trimestre le garde de week-end.

4. Réseau

- a. Le réseau implique consubstantiellement l'absence de concurrence, c'est un réseau de confrères facilité par l'amitié et structuré par la coopération solidaire.
 - b. L'organisation support est assurée par 4 personnes du domaine du médico-social et du social, mobilisées sur des mi-temps pour faire des ponts avec les spécialistes. **La maison de santé ne doit pas entrer en concurrence avec certains médecins ou autres professionnels** du secteur. Réseau et maison de santé pluridisciplinaire légitiment l'un et l'autre.
 - c. L'organisation en réseau doit être acceptée par tous ou sinon elle perd sa raison d'être et se réduit à un cabinet médical.
5. La **continuité des soins**, le système de remplacement entre collègues (continuité des soins) repose sur deux concepts-clef lui permettant de fonctionner :
- a. **L'agenda unique partagé** une même équipe de secrétaires gèrent à distance les rendez-vous de tous les professionnels. Cela permet de redistribuer le flux de patients en fonction des possibilités, de chacun et de gérer optimalement le temps (« boucher les trous »). Par ailleurs en cas d'indisponibilité d'un des professionnels cela permet :
 - De redistribuer les soins incontournables ou inopinés,
 - De « caser » l'intermédiaire et
 - De repousser le non urgent. La permanence des soins s'en trouve renforcée.
 - b. **Le « numéro vert »** est un numéro unique, distinct du 15 mais en collaboration avec lui, partagé par tous les professionnels de santé, qui permet de trouver la solution la plus adaptée à chaque problème. Il est déjà utilisé dans la journée pour la permanence des soins. La demande est réorientée en fonction de l'urgence vers un remplaçant. Le service payant est donc celui de la cotisation unique du numéro vert pour chaque professionnel.
6. **Aménagement des locaux** : il est à discuter ensemble : mettre en place un espace de coordination, une salle de réunion qui peut être notamment utilisé par les étudiants accueillis...
7. **Coût** : le Dr. Chevillot indique que le coût estimatif est de 1500 euros le m² sans subvention. (20 m² en moyenne pour un cabinet auxquels se rajoutent les parties communes). L'appui de la collectivité est nécessaire pour acquérir une légitimité auprès des financeurs (banques de prêts et autres collectivités locales). Il ne faut pas attendre de la collectivité qu'elle finance tout, les professionnels doivent s'impliquer. En revanche travailler avec les collectivités facilite les démarches. (ex : acquisition de terrains ...).

Ces idées pouvant passer pour utopiques impliquent un changement effectif de mentalité, voir de société pour maîtriser le travail. Chacun doit pouvoir accepter le regard de l'autre. C'est tout l'objet d'un travail en atelier en profondeur répété sans tabou.

4. Débat avec la salle

4.1. L'organisation des soins primaires à La Réole : structures et cultures

1 - Comment s'organise la gestion des professionnels ?

Dr ?¹ - Médecin généraliste

Il y a trois niveaux de gestion à la Réole en cours de développement :

1. La maison médicale de rurale proprement dite, qui demande deux heures de temps trois fois par semaine en terme de gestion.
2. Le réseau, constitué du numéro unique et de l'agenda partagé. Une équipe de secrétaires avec des protocoles accueille les patients et les professionnels et les orientent.
3. Les situations complexes (gestion des cas complexes) sont gérés par 4 emplois permanents à mi-temps (assistante sociale, infirmière, ergothérapeute, médecin, ...) en étroite collaboration avec le CLIC et les réseaux spécifiques (HAD, HLA, RCA, ASIF, RSSL).

La structure est autofinancée, avec cependant une aide des élus au démarrage.

2 - Comment alléger les journées de travail ? Comment structurer l'outil de travail ?

Dr ?- Médecin généraliste

Chacun veut son cabinet, d'où l'intérêt de travailler avec des ergonomes, pour penser en terme de mètre carré utile et non fantasmé. Les contraintes sont les mêmes pour tous. Quelques exemples : la bibliothèque partagée, qui est un espace d'étude, de coordination et de réunion, sur 60 m² (avec kitchenette...). L'utilisation de cadre de photo numérique (clés USB) pour que chacun puisse travailler sans un environnement personnalisé : avec ses photos ! Il faut démystifier la contrainte d'être chez soi et avoir un lieu de travail humain et convivial.

Maîtriser le travail ce n'est pas ne plus travailler, il faut se débarrasser de la peur de se faire prendre son temps de travail. Le temps de travail est libre. L'inclusion de personnes souhaitant travailler peu (par exemple deux jours par semaine) permet d'obtenir une grande fluidité dans la gestion du flux de patient et de l'urgence. Ceux qui souhaitent garder la même quantité de travail que dans leur exercice hors MSR le peuvent. Ceci est possible grâce à une harmonisation des pratiques avec des normes de prise en charge et au dossier patient partagé.

3 - Quel est le coût structurel de la Maison de santé pluridisciplinaire ?

Dr El Harouchi- Médecin ophtalmologiste

Dr Chevillot, il y a 3 ans on parlait de 1 200 euros le m² finit, aujourd'hui entre 1 400 et 1 700 euros le m² utile : il faut donc grappiller un peu partout.

Un cabinet modulable fait 20 m², une salle d'attente partagée pour 3 médecins fait 14 m². Les couloirs représentent 0,45% de la surface. Il faut mettre en commun le plus de choses possibles (toilettes ..). Et penser au problème des parkings. Il y a des aides mais il faut se la payer !

De toutes les manières il faut toujours travailler dans un objectif d'auto financement pour définir la part non assumable du projet et afin de mettre à jour les sommes manquantes pour permettre la réussite du projet et développer une logique à la fois adaptée au réels besoins des professionnels mais aussi de ne pas laisser les professionnels se faire payer une maison médicale dans ce contexte de démographie médicale.

¹ les professionnels intervenants ne se sont pas toujours présentés si bien que certaines questions n'ont pu être reliées avec tel ou tel.

4.2. L'attractivité dans toutes les disciplines : quels déterminants pour le territoire ?

1 - L'attractivité des jeunes médecins

Dr. Carbonnel ? – Médecin généraliste

Un médecin considère que les exigences des jeunes médecins sont éloignées des réalités de la médecine telle qu'il a pu la pratiquer. Il a des difficultés à concevoir comment satisfaire leurs attentes.

Le Dr. Chevillot indique que les jeunes aujourd'hui sont habitués à maîtriser leurs horaires. Beaucoup travaillent pour des institutions avant de s'installer en libéral. Ils ne veulent pas se soucier de questions de gestion. Il faut donc maîtriser le temps de travail et la rentabilité des projets si on veut les séduire en leur proposant un investissement et un projet d'installation.

Le Dr Mourgues ajoute que la profession de médecin a évolué. Le stress lié à la responsabilité des actes est aujourd'hui plus important ce qui pousse le jeune à limiter son temps de travail par rapport aux objectifs fixés.

Un médecin a une conception « ancienne » de la médecine : il faut travailler, on ne fait pas bac + 8 pour faire de la médecine « à la petite semaine ». Les jeunes sont trop influencés par les 35 heures, il y a un manque d'implications des jeunes médecins.

Le Dr Mourgues rappelle le sondage BVA auprès de 5000 jeunes médecins et internes : les jeunes souhaitent un temps de travail maîtrisé (58% favorables au mi temps). Seul 35% des jeunes médecins généralistes s'installent, il faut attirer les autres. On passe d'un modèle paternaliste de la médecine à une autonomie de la santé.

Le Dr Cappiello indique que les étudiants en médecine issus du territoire Lot et garonnais doivent prochainement être réunis pour que leur soit présentés la démographie médicale en Lot et Garonne et recueillir leur point de vue sur la question.

2 - L'attractivité des chirurgiens dentistes

Dr. Alonso – Chirurgien dentiste

Le chirurgien dentiste déplore de toute façon un manque de jeunes surtout dans le secteur des chirurgiens dentistes. Ils sont attirés par les agglomérations. Il a déjà essayé de monter 4 cabinets mais cela n'a pas fonctionné. Les jeunes ne sont pas forcément matures (*il faudrait qu'ils lâchent leur « game-boy » !*), ils viennent, s'installent pour quelques années et repartent. De plus les jeunes ne veulent pas gérer un cabinet, ils sont happés par les grosses structures des grandes villes ou ils peuvent se concentrer sur les soins. Il faudrait augmenter le numerus clausus.

Le Dr Mourgues reconnaît que la situation des chirurgiens dentistes est plus dégradée que celle des médecins généralistes. L'idée sera de proposer un projet attractif en tenant compte des particularismes des professionnels de santé.

Dr Graneri : Qui est motivé pour porter le projet ?

3 - Un exemple d'organisation sur le territoire : Lacapelle-Biron

Le Dr Saint-Béat s'est déjà impliqué sur le secteur de Lacapelle-Biron sur un projet de maison médicale. Son fils travaille avec lui et a eu l'idée de monter une structure avec des infirmières, des kinésithérapeutes et une diététicienne. L'amélioration de ses conditions d'exercice est effective et depuis se consacre plus à l'hôpital local et souhaite prolonger au delà de l'âge limite qu'il s'était fixé

La Maison de santé pluridisciplinaire lui semble une nécessité à Fumel. L'éparpillement de la population rend nécessaire le travail en réseau. Il faut mettre en berne les individualismes. Il insiste sur la nécessité de travailler en réseau. Il est d'ailleurs lui-même représentant au sein d'un groupe sur les soins palliatifs en collaboration avec l'hôpital local de Fumel. Selon lui rien ne sert de stigmatiser le fumémois comme étant un secteur peu attractif en terme de positionnement géographique et d'activités culturelles car beaucoup de choses s'y passent.

Il faut rattacher la médecine à un homme mais aussi à un lieu. Bien souvent les plus passifs sont les plus actifs dans la critique.

5. Conclusion

M. Lacam considère qu'il faut continuer d'avancer sur le projet même si cela prend du temps.

Le Dr Mourgues souligne que le maillage et la décentralisation des soins est à préserver dans le cadre de la réorganisation des soins de santé primaire.

Concrètement et rapidement, le projet doit être approfondi au cours de réunions thématiques et invite les professionnels à s'inscrire dans les ateliers thématiques.

Un calendrier de 3 réunions est prévu.

Encore merci au Dr David Chevillot qui nous a fait l'amitié de venir nous présenter son projet.