



Master 2
Pilotage des Politiques et Actions en
Santé Publique

Promotion : **2012-2013**

Missions à l'Union Régionale des Professionnels de Santé
des Médecins Libéraux de Bretagne :
l'exercice coordonné pluridisciplinaire et l'entreprise
médicale libérale

CLARISSE CORDEL

14 juin 2013

Remerciements

Je tiens, dans un premier temps, à remercier le Docteur Béatrice Allard-Coualan pour l'accueil qu'elle m'a réservé, sa disponibilité, la confiance permanente qu'elle m'a accordée et la valorisation de mon travail.

J'aimerais, dans un second temps, remercier Olivia Briantais et Cédric Biard pour tous les conseils qu'ils m'ont apportés, leur écoute bienveillante, leur soutien, ainsi que Chrystelle Maret et Catherine Lejas pour leur grande gentillesse.

Merci également au Docteur Hervé Le Néel pour m'avoir permise, tout au long de cette mission, d'être aussi bien intégrée tant à l'équipe administrative de l'URPS MLB qu'aux médecins élus de cette structure.

Merci à ces derniers, particulièrement aux membres du Bureau de l'URPS MLB, pour leur formidable hospitalité.

Enfin, merci au Professeur François-Xavier Schweyer pour ses recommandations fort utiles qui m'ont aidées à rédiger ce travail.

Sommaire

Introduction	8
<u>PREMIÈRE PARTIE : LES MISSIONS EFFECTUÉES AU SEIN DE L'UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DES MÉDECINS LIBÉRAUX DE BRETAGNE</u>	12
<u>I) Présentation de l'environnement de travail</u>	12
<u>A) Présentation des URPS et de l'URPS MLB</u>	12
1) Les membres des URPS.....	13
2) Le Bureau des URPS.....	15
3) L'Assemblée des URPS.....	17
4) Les Commissions et Groupes de Travail de l'URPS MLB.....	18
5) L'équipe administrative de l'URPS MLB.....	20
6) Le financement des URPS.....	22
7) La trésorerie des URPS.....	23
8) La comptabilité des URPS.....	24
<u>B) Les missions des URPS</u>	24
1) Les missions.....	24
2) Les partenaires de l'URPS MLB.....	26
<u>C) La Fédération Régionale des Professionnels de Santé</u>	26
<u>D) Ma position au sein de l'URPS MLB</u>	28
<u>II) Présentation des sujets traités</u>	28
<u>A) L'exercice coordonné pluridisciplinaire</u>	28
1) <u>Présentation du sujet</u>	28
a) Les maisons de santé pluridisciplinaires.....	29
b) Les pôles de santé pluridisciplinaires.....	29
c) Comparaison.....	30
d) Les centres de santé.....	31
e) Les bénéfices apportés par l'exercice coordonné pluridisciplinaire.....	32
2) <u>Genèse du choix du sujet</u>	33
3) <u>La question du financement de l'exercice coordonné pluridisciplinaire</u>	34
4) <u>Etat initial de la question traitée et travail à mener</u>	35
5) <u>Intérêts professionnels de cette mission pour l'URPS MLB</u>	36
<u>B) L'entreprise médicale libérale</u>	37
1) <u>Présentation du sujet</u>	37
2) <u>Genèse du choix du sujet et intérêts professionnels de cette mission pour l'URPS MLB</u>	40

3) Etat initial de la question traitée.....	41
4) Objectif de cette mission.....	41
<u>III) Méthodologie adoptée et informations recueillies.....</u>	42
<u>A) L'exercice coordonné pluridisciplinaire.....</u>	42
<u>B) L'entreprise médicale libérale.....</u>	49
1) Préparation du colloque de l'URPS MLB.....	49
2) Le secret médical.....	53
<u>IV) Analyse et interprétation des informations recueillies.....</u>	53
<u>A) L'exercice coordonné pluridisciplinaire.....</u>	53
1) Le recensement de l'exercice coordonné pluridisciplinaire.....	53
2) L'accompagnement des professionnels de santé par l'URPS MLB.....	54
<u>B) L'entreprise médicale libérale.....</u>	55
<u>V) Propositions d'actions et préconisations en termes de pilotage de politiques ou d'actions en santé publique.....</u>	56
<u>A) L'exercice coordonné pluridisciplinaire.....</u>	56
<u>B) L'entreprise médicale libérale.....</u>	61
<u>VI) Focus sur trois projets d'exercice coordonné pluridisciplinaire.....</u>	62
<u>A) La Chapelle des Fougeretz.....</u>	62
<u>B) Quiberon.....</u>	66
<u>C) Le Grand-Fougeray.....</u>	70
<u>VII) Focus sur deux outils de démarche qualité : « La grille de progression » et « La matrice de maturité »</u>	74
<u>A) Présentation.....</u>	74
1) La grille de progression.....	75
2) La matrice de maturité.....	83
<u>B) Calendrier et utilisation.....</u>	85
<u>C) Comparaison des deux outils.....</u>	86
<u>D) Risques de mauvaise utilisation de ces outils.....</u>	87
<u>E) Perspectives pour la CN-URPS MLB.....</u>	88

DEUXIÈME PARTIE : ANALYSE REFLEXIVE DES MISSIONS.....89

I) Regard sur le fonctionnement de l'URPS MLB et sur son environnement.....89

<u>A) L'adaptabilité de l'équipe administrative de l'URPS MLB</u>	89
<u>B) La place du syndicalisme au sein de l'URPS MLB</u>	91
1) Constat.....	91
2) Un danger pour le bon fonctionnement de l'URPS MLB ?	92
<u>C) La relation de l'URPS MLB avec ses partenaires</u>	93
1) Généralités.....	93
2) L'ARS Bretagne.....	94
a) Généralités.....	94
b) Similitude entre les missions de l'URPS et de l'ARS.....	95
<u>D) Le statut de médecin libéral</u>	99
1) Les médecins libéraux, des professionnels de santé à part.....	99
2) La défense de la profession.....	101
3) La question financière.....	102

II) Évolution des missions et critiques quant au déroulement de ces missions - Parallèle avec une mission similaire menée par l'URPS ML Ile-de-France.....102

<u>A) L'entreprise médicale libérale</u>	103
<u>B) L'exercice coordonné pluridisciplinaire</u>	103

III) Les missions au regard de la santé publique : intérêts et critiques108

<u>A) L'exercice coordonné pluridisciplinaire</u>	108
1) Avantages pour les professionnels de santé.....	108
2) Avantages pour les patients.....	108
3) Avantages pour les élus locaux.....	109
4) Lien avec la santé publique.....	109
5) Critiques autour de l'exercice coordonné pluridisciplinaire.....	110
<u>B) L'entreprise médicale libérale</u>	113

Conclusion.....116

Bibliographie.....120

Liste des annexes.....123

Synthèse.....174

Liste des sigles utilisés

AG : Assemblée Générale

ARS : Agence Régionale de la Santé

CARPEC : Commission d'Appui Régionale des Projets d'Exercice Coordonné

CISS : Collectif Inter-Associatif Sur la Santé

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CN-URPS ML : Conférence Nationale des Unions Régionales des Professionnels de Santé des Médecins Libéraux

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

DMP : Dossier Médical Personnel

DETR : Dotation d'Équipement des Territoires Ruraux

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ENMR : Expérimentations sur les Nouveaux Modes de Rémunération

FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé

FIR : Fonds d'Intervention Régional

FNADT : Fonds National d'Aménagement et de Développement du Territoire

FRPS : Fédération Régionale des Professionnels de Santé

HAS : Haute Autorité de la Santé

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

PSP : Pôle de Santé Pluridisciplinaire

SCM : Société Civile de Moyens

SCP : Société Civile Professionnelle

SEL : Société d'Exercice Libéral

SI : Système d'Informations

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

URPS ML : Union Régionale des Professionnels de Santé des Médecins Libéraux

URPS MLB : Union Régionale des Professionnels de Santé des Médecins Libéraux de
Bretagne

Introduction

Dans le cadre du Master Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique effectué à l'EHESP, il m'a été demandé d'accomplir un stage d'une durée minimum de quatre mois et demi au sein d'une structure en lien avec la santé publique.

Ces quelques mois représentaient ma première expérience dans le domaine de la santé publique. Mes attentes étaient donc élevées. J'espérais jouir d'une meilleure visibilité de l'environnement de la santé publique, de ses protagonistes et de leurs rapports mais aussi, d'une meilleure visibilité des projets professionnels qui pourraient s'offrir à moi à l'issue de cette étape.

Ayant une attirance plus prononcée pour le secteur ambulatoire de la santé par rapport au secteur hospitalier, je recherchais un organisme privilégiant cette activité.

Je me suis alors tournée vers l'Union Régionale des Professionnels de Santé des Médecins Libéraux de Bretagne (URPS MLB), désireuse d'accueillir un stagiaire.

En effet, cette structure, en tant qu'instance représentative des médecins libéraux exerçant en Bretagne, répondait parfaitement à ma volonté d'approfondir mes connaissances sur le secteur ambulatoire.

En outre, je souhaitais à travers ce stage avoir un regard sur l'administration de la santé et ses institutions mais surtout, côtoyer les acteurs de terrain que sont les divers professionnels de santé (les médecins et les paramédicaux). Une fois de plus, l'URPS MLB répondait à mes attentes en me permettant d'être à la fois en contact avec les institutions de la santé et avec le terrain grâce aux rencontres avec les médecins libéraux.

D'autre part, l'étude du monde ambulatoire de la santé ayant été développée lors des quelques mois d'apprentissage à l'EHESP, le lien entre les deux étapes de cette formation était fait.

De son côté, l'URPS MLB recherchait un stagiaire pouvant notamment lui apporter une expertise juridique sur l'aspect libéral de l'activité des médecins.

Cet organisme œuvre au quotidien afin que les médecins libéraux puissent bénéficier des meilleures conditions d'exercice.

À cet effet, elle les accompagne dans la mise en place de nouveaux projets (outils informatiques : Dossier Médical Personnel, Système d'Informations Partagé ; organisations conduisant à améliorer la collaboration avec les autres professionnels de santé,...).

Autre mission, l'URPS MLB veille à défendre les intérêts des médecins libéraux auprès des différents acteurs de la santé (le milieu hospitalier, le milieu médico-social) et de diverses institutions (l'Agence Régionale de la Santé notamment). Elle représente une réelle force de proposition au côté de ces acteurs et institutions.

Après avoir répondu à la candidature de stage émise par l'URPS MLB, j'ai pu rencontrer divers membres de cette structure et connaître leurs attentes.

Il s'agissait d'effectuer deux missions : faire un état des lieux de l'exercice coordonné pluridisciplinaire en Bretagne et préparer le futur colloque de l'URPS MLB ayant pour thème « l'entreprise médicale libérale ».

L'exercice coordonné pluridisciplinaire consiste, pour les professionnels de santé, à faire évoluer leur activité quotidienne en collaborant davantage avec les professionnels issus de la même profession mais aussi de professions différentes.

Cela peut se traduire par des rencontres physiques avec pour objectif d'échanger autour de certains patients communs dont la prise en charge s'avère complexe ; par l'élaboration de protocoles, de guides à respecter pour faciliter le suivi de certaines pathologies ; par une communication partagée, au travers d'une messagerie sécurisée, des données médicales appartenant à des patients communs,...

Cette coordination peut avoir lieu au sein de murs communs qui réuniraient de multiples professionnels de santé, on parle alors de maison de santé pluridisciplinaire. Mais cela ne représente nullement une nécessité. Une coordination peut être présente entre des professionnels de santé continuant à exercer chacun dans leurs propres locaux, on parle alors de pôle de santé pluridisciplinaire.

Afin de bénéficier d'une meilleure visibilité de ce mode d'exercice, l'URPS MLB, très active s'agissant de ce sujet, avait pour projet de répertorier cette coordination pratiquée sur le territoire breton.

Quant à la notion « d'entreprise médicale libérale », l'URPS MLB désirait que j'approfondisse ce concept qui constituera le thème de leur futur colloque se tenant le 21 novembre 2013 à Brest. Ce thème renvoie à l'aspect entrepreneurial qu'implique une activité libérale, aspect plus ou moins développé chez les médecins.

En effet, le médecin est confronté à une multitude de questions qui n'ont pas de liens directs avec sa mission de soignant.

Il doit envisager la structure juridique dans laquelle il va exercer.

Il doit s'astreindre à supporter des charges administratives (certificats, déclarations, autorisations,...).

Il peut penser à s'entourer d'une secrétaire médicale ou à s'associer à d'autres professionnels de santé. Sachant que plus les acteurs évoluant autour du médecin sont nombreux, plus l'aspect managérial qui est inhérent à l'esprit d'entreprise sera développé.

L'exercice coordonné pluridisciplinaire rend cette notion « d'entreprise médicale libérale » encore plus forte puisqu'elle met en lien un grand nombre de protagonistes parfois réunis au sein des mêmes murs : des problématiques de gestion des ressources humaines et de cadre juridique entourant cet exercice apparaîtront de façon plus prononcée.

Ces deux missions proposées n'ont fait que conforter mon envie de rejoindre l'URPS MLB. L'exercice coordonné pluridisciplinaire étant un thème porteur et permettant d'être plus efficace dans la prise en charge du patient grâce à une meilleure coordination des professionnels de santé.

« L'entreprise médicale libérale » faisant appel à de nombreuses questions juridiques, une occasion de mettre en valeur mes compétences de juriste acquises pendant quatre ans en Faculté de Droit se présentait.

J'ai ainsi débuté mon stage à l'URPS MLB le 28 février 2013.

Les membres de l'URPS MLB ne m'ont imposé aucune exigence formelle particulière quant à la réalisation de ces missions. La seule demande était de réaliser des « points-étapes » régulièrement sur le déroulement de mon travail.

S'agissant de mes propres exigences et objectifs, il me tenait à cœur de pouvoir appliquer mes compétences juridiques au monde de la santé publique mais aussi de m'ouvrir davantage à d'autres sphères telles que la conduite et l'évaluation de projets. Surtout, il m'importait de réussir à m'intégrer à l'équipe professionnelle de l'URPS MLB et d'être capable d'assumer des responsabilités, de prendre des initiatives.

Afin de restituer le déroulement de ces missions, il nous importera, dans un premier temps, d'effectuer un rapport de mission en exposant le travail fait au cours du stage.

Nous procéderons à la présentation de l'URPS MLB et des deux sujets traités.

Nous expliquerons les méthodologies employées afin de réaliser ces missions et retranscrirons les informations recueillies.

Nous analyserons, interpréterons ces informations et émettrons des propositions d'actions en lien avec la santé publique.

Nous achèverons cette étude par un gros plan sur trois projets d'exercice coordonné pluridisciplinaire bretons.

Dans un second temps, une analyse réflexive de ces missions sera menée.

Nous reviendrons sur le fonctionnement de l'URPS MLB et sur son environnement.

L'évolution des missions sera retracée, des critiques les concernant émises.

Enfin, ces missions seront envisagées sous l'angle de la santé publique.

Pour conclure, nous présenterons deux outils de démarche qualité destinés à être utilisés par les professionnels de santé afin d'évaluer et parfaire leurs pratiques.

En raison de réflexions trop peu avancées de la part de l'URPS MLB s'agissant du thème de l'entreprise médicale libérale, je n'ai pas eu l'opportunité de m'investir de la même façon dans la concrétisation de mes deux missions. D'autant que le recensement de l'exercice coordonné pluridisciplinaire a occupé beaucoup de place durant mon stage.

Les développements qui vont suivre privilégieront donc essentiellement le thème de l'exercice coordonné pluridisciplinaire.

PREMIÈRE PARTIE : LES MISSIONS EFFECTUÉES AU SEIN DE L'UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DES MÉDECINS LIBÉRAUX DE BRETAGNE

I) Présentation de l'environnement de travail

A) Présentation des URPS et de l'URPS MLB

Nous envisagerons l'étude des URPS, d'une manière globale, et effectuerons des approfondissements s'agissant de l'URPS MLB toutes les fois où les mots « URPS MLB » figureront en caractères gras.

Les URPS sont des organisations regroupant un grand nombre d'acteurs, avec un champ d'intervention large et dont le fonctionnement est quelque peu fastidieux à appréhender. Nous nous contenterons donc d'en présenter les caractéristiques majeures.

La loi HPST du 21 juillet 2009 a prévu la création, dans chaque région, d'Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS). Ces dernières concernent certaines professions de santé bien déterminées. Elles rassemblent les professionnels exerçant à titre libéral et se trouvant sous le régime conventionnel.

Auparavant, les médecins étaient les seuls professionnels de santé représentés au niveau régional, au travers des Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML). Ces URML sont devenues les URPS ML. L'organisation des URPS ML est fondamentalement la même que celles des URML.

La liste des professions représentées par une URPS est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. L'arrêté actuellement en vigueur date du 2 juin 2010. Les professions concernées sont :

- les médecins
- les chirurgiens-dentistes
- les pharmaciens
- les infirmiers
- les masseurs-kinésithérapeutes

- les biologistes responsables
- les sages-femmes
- les pédicures-podologues
- les orthophonistes
- les orthoptistes

À noter que les URPS ont le statut d'association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, association d'intérêt public à but non lucratif.

1) Les membres des URPS

Chaque URPS rassemble en son sein des membres élus par les professionnels de santé. Par exemple, les médecins libéraux élisent les membres de l'URPS ML qui les représenteront au quotidien.

Pour être électeur des membres d'une union régionale, il faut :

- exercer sous la forme libérale
- exercer dans le régime conventionnel
- exercer à titre principal dans la région où se situe l'union régionale concernée

Aucune condition particulière n'est requise **pour être éligible**.

Les candidats sont déterminés par les syndicats des professions de santé ayant une ancienneté d'au moins deux ans et représentés nationalement dans au moins la moitié des départements et la moitié des régions.

Les membres des URPS sont élus pour une durée de cinq ans, au scrutin de liste proportionnel à la plus forte moyenne. Le mandat est renouvelable.

Le vote a lieu par correspondance.

Par ailleurs, pour les professions de santé comptant moins de 20000 membres sur le territoire national, les représentants des URPS ne sont pas élus mais désignés par les

organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national. C'est le cas des biologistes responsables, sages-femmes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes, et ce, en vertu de l'arrêté du 2 juin 2010 fixant la liste des professions qui élisent ainsi que celles qui désignent leurs représentants au sein des unions régionales des professionnels de santé.

À noter que, s'agissant des **médecins libéraux**, les électeurs et les élus se répartissent en trois collèges : les médecins généralistes ; les chirurgiens, les anesthésistes et les obstétriciens ; les autres médecins spécialistes.

L'article R4031-6 du Code de la Santé Publique prévoit le nombre total des représentants de chaque union régionale, en fonction du nombre de professionnels exerçant à titre libéral dans le cadre du régime conventionnel dans la **région** concernée.

La Bretagne comptant 5200 médecins libéraux soumis au régime conventionnel, 60 médecins libéraux représentants ont été élus en vertu de cette règle.

Ces soixante médecins sont divisés entre trois collèges, le nombre de places par collège étant réparti en tenant compte du nombre **national** d'électeurs de chaque collège.

Voici la classification des sièges, s'agissant de **l'URPS MLB**, en vertu d'un arrêté du 2 juin 2010 :

« Au sein des assemblées de 60 membres :

- a) Les médecins généralistes disposent de 30 sièges ;
- b) Les chirurgiens, les anesthésistes et les obstétriciens disposent de 8 sièges ;
- c) Les autres médecins spécialistes disposent de 22 sièges. »

Les statuts de **l'URPS MLB** prévoient que la qualité de membre de l'association se perd par la démission ou par la radiation prononcée lorsque le membre cesse d'exercer une activité libérale dans le cadre du régime conventionnel. Il sera alors procédé au remplacement de l'ancien membre pour la durée du mandat restant à courir en faisant appel au candidat venant au rang utile sur la liste à laquelle appartenait l'ancien membre.

2) Le Bureau des URPS

Les représentants des URPS élisent en leur sein un Bureau comprenant huit membres, s'agissant **des médecins libéraux**.

Il est ainsi composé de la façon suivante : un président et deux vice-présidents ; un trésorier et un trésorier adjoint ; un secrétaire et deux secrétaires adjoints.

Quatre des membres du Bureau doivent être issus du collège des médecins généralistes, un du collège des chirurgiens, anesthésistes et obstétriciens, et trois du collège des autres médecins spécialistes.

Les représentants des autres professions de santé n'élisent qu'un Bureau regroupant six membres : un président et un vice-président, un trésorier et un trésorier adjoint, un secrétaire et un secrétaire adjoint.

Les membres du Bureau sont élus à la majorité absolue des suffrages exprimés aux deux premiers tours et à la majorité relative au troisième tour. En cas d'égalité de suffrages, le candidat le plus âgé est déclaré élu.

L'élection a lieu au scrutin secret.

La durée de leur mandat est la même que celle des autres membres de l'URPS (cinq ans).

Le Bureau de l'**URPS MLB** est le suivant :

- Président : Dr Hervé Le Néel (Médecin Généraliste)
- Premier Vice-Président : Dr Nathalie Carlotti (Gynécologue Endocrinologue)
- Deuxième Vice-Président : Dr Loïc Kerdiles (Anesthésiste)
- Trésorier : Dr Philippe Hubert (Pneumologue)
- Trésorier adjoint : Philippe Jouan (Médecin Généraliste)
- Secrétaire : Eric Henry (Médecin Généraliste)
- Premier Secrétaire Adjoint : Eric Van Melkebeke (Pédiatre)
- Deuxième Secrétaire Adjoint : Jean-Yves Hascoët (Médecin Généraliste)

Le règlement intérieur de l'**URPS MLB** prévoit que le Bureau se réunit aussi souvent que les affaires l'exigent (rythme mensuel choisi par l'équipe en place).

Le Bureau se rassemblait un jeudi par mois, une journée entière, avec une pause déjeuner réunissant tous les membres du Bureau présents et l'équipe administrative de l'**URPS MLB**. Ce moment dédié au déjeuner était toujours très convivial et me permettait de faire davantage connaissance avec les médecins élus.

L'ordre du jour des réunions du Bureau est fixé par le Président.

Toujours selon le règlement intérieur de l'**URPS MLB**, la présence de la moitié au moins des membres du Bureau est nécessaire pour valider les délibérations. Celles-ci donnent lieu à l'établissement d'un relevé de décisions approuvé par le Bureau lors de sa réunion suivante. Les relevés de décisions de ces réunions sont mis à la disposition des membres de l'Assemblée.

À noter que le Bureau dispose d'une marge financière qui permet d'effectuer des actes, sans avoir à les faire valider par l'Assemblée de l'**URPS MLB**. Le montant est fixé chaque année par l'Assemblée.

Les prérogatives du Bureau de l'**URPS MLB** sont les suivantes :

- il exerce toutes les missions confiées par l'Assemblée ;
- il expédie les affaires courantes, prépare les réunions de l'Assemblée, soumet à l'Assemblée toutes les questions dont il est saisi et exécute les décisions de l'Assemblée ;
- il définit l'organisation des services, la nature et le nombre des emplois des salariés de l'**URPS**. Il donne son avis au Président pour la nomination aux emplois ;
- il peut rencontrer toute personne utile à son information.

Un compte rendu annuel de l'action du Bureau est présenté à l'Assemblée par le Président. En cas de désaccord avec l'action du Bureau, celle-ci peut mettre fin au mandat du Bureau par un vote à la majorité des deux tiers des membres présents ou représentés de l'Assemblée.

Si l'un des membres du Bureau cesse définitivement d'exercer son mandat, il est remplacé au cours de la première réunion de l'Assemblée qui suit sa vacance.

3) L'Assemblée des URPS

L'Assemblée des URPS, composée de tous les membres élus des URPS, se réunit au moins deux fois par an. À l'**URPS MLB**, le règlement intérieur prévoit que l'Assemblée se réunit au moins trois fois par an, dont une fois dans les six mois de la clôture de l'exercice social. Elle ne peut valablement délibérer que si la moitié au moins des membres sont présents ou représentés.

Son ordre du jour est fixé par le Président, sur proposition du Bureau.

Elle ne peut statuer que sur les questions figurant à l'ordre du jour.

Les prérogatives de l'Assemblée de l'**URPS MLB** sont les suivantes :

- elle entend les rapports sur la gestion du Bureau, sur la situation financière et morale de l'association, et le rapport du commissaire aux comptes s'il y en a un (c'est le cas à l'**URPS MLB**) ;
- elle approuve les comptes de l'exercice clos ;
- elle vote le budget de l'exercice suivant ;
- elle délibère sur les questions mises à l'ordre du jour par le Bureau ;
- elle autorise le Bureau à signer tout acte, à conclure tout engagement et à contracter toute obligation qui dépasse le cadre des pouvoirs du Bureau ;
- elle procède à l'élection des membres du Bureau et pourvoit, s'il y a lieu, à leur renouvellement ;
- elle définit un programme de travail annuel ;
- elle définit la politique et les orientations stratégiques de l'URPS.

Les décisions de l'Assemblée et du Bureau sont prises à la majorité des membres présents sauf si la majorité qualifiée est requise en vertu du Code de la Santé Publique ou du règlement intérieur de chaque URPS.

En cas d'égalité, la voix du président est prépondérante.

Les procurations sont admises (sauf pour l'élection des membres du Bureau).

Les délibérations de l'Assemblée donnent lieu à la rédaction de procès-verbaux approuvés par l'Assemblée lors de sa réunion suivante.

4) Les Commissions et Groupes de Travail de l'URPS MLB

Le règlement intérieur de l'URPS MLB prévoit la possibilité de mettre en place des Commissions et des Groupes de travail.

Les Commissions sont instituées par l'Assemblée ou par le Bureau.

Elles étudient les orientations prises par l'Assemblée, réfléchissent à leur mise en œuvre.

Elles rendent compte de leurs travaux au Bureau, qui de son côté, soumet ces travaux à l'Assemblée.

Elles établissent un compte rendu de leurs réflexions, transmis à chaque membre, copie en est faite au Bureau.

Chaque élu peut participer aux Commissions de son choix.

Le Groupe de Travail est mis en place par une Commission.

Il met en œuvre, plus concrètement, les travaux découlant des réflexions de la Commission qui l'a institué.

Un compte rendu de réunion est établi et transmis à chaque membre.

Un responsable est désigné par le Groupe de Travail.

Chaque élu peut participer aux Groupes de Travail de son choix.

Au sein de l'URPS MLB, les Commissions et Groupes de Travail sont les suivants :

Commission	Groupe de travail	Orientation 2013
COMMISSION COMMUNICATION		- partenariats avec les publications - fiche actions - colloque - ...

COMMISSION LIENS INSTITUTIONNELS	Formation médicale initiale et médecine libérale	- participation au séminaire étudiant - conclusion de conventions de partenariat avec les facultés - prise de contact avec les syndicats étudiants - ...
	Analyse de la représentation de l'URPS	- exploitation des comptes rendus - ...
COMMISSION PROJETS - ORGANISATION DES SOINS	Accompagnement des projets de pôles et maisons de santé	- diagnostic territorial des organisations - réflexion sur l'organisation interprofessionnelle et entreprise libérale (en vue du colloque) / travail à partir de la grille de progression - liens avec CN-URPS ML - ...
	Démarche qualité et entreprise libérale	- bilan du travail sur le médicament et vaccination - accessibilité des cabinets - ...
	PDSA	
	Organisation autour des établissements	
	Informatique libérale	
	Pratiques coopératives	- mise en œuvre sur Auray et St Brieuc
		- analyse - liens avec la CN-URPS ML
	Personnes Agées	- accompagnement de la MAIA de Rennes
		- accompagnement du PSP Saint- Meen-le-Grand - ...
Groupes qualité		
COMMISSION INTER-URPS BRETONNES	COFIL	
	Programme obstétrique	
	Chirurgie ambulatoire	

J'ai pu être présente, au moins une fois, à presque chacune des réunions de ces groupes de travail cités. Mais, au vu de la définition de mes missions, j'ai privilégié la participation à la Commission Communication (en vue du colloque), au groupe de travail « accompagnement des pôles et maisons de santé » et aux COPIL Inter-URPS (le thème de l'exercice coordonné pluridisciplinaire y est abordé).

5) L'équipe administrative de l'URPS MLB

A côté de tous ces organes, une équipe administrative est mise en place à l'URPS MLB. Elle est composée d'une secrétaire administrative (Catherine Lejas), d'une secrétaire comptable (Chrystelle Maret), de deux chargés de missions (Olivia Briantais et Cédric Biard) et d'une directrice (Dr Béatrice Allard-Coualan).

La secrétaire administrative est en charge, principalement :

- de l'accueil, des appels téléphoniques,
- de la tenue du planning de l'équipe administrative et des élus,
- de l'organisation de déplacements et de réunions,
- de la rédaction et saisie de courriers,
- de l'alimentation du site Internet.

La secrétaire comptable est en charge, principalement :

- de travaux de gestion administrative et commerciale (calcul et suivi du budget annuel, gestion des ressources matérielles courantes),
- du suivi administratif du personnel,
- des travaux courants de comptabilité (indemnités des élus, saisie des éléments comptables, comptabilité analytique).

Les chargés de missions ont pour activités :

- le cadrage de projets : participer à la définition des objectifs et aux modalités d'évaluation ; rédiger les dossiers de demande de financement ; planifier le calendrier des actions ;
- la conduite de projets : assurer la circulation des informations entre les intervenants ; conduire des groupes de travail ; préparer et animer des réunions ; réaliser des points d'étape ; participer et rendre compte des réunions de travail ;
- les bilan et évaluation de projets : mettre en place les actions d'évaluation ; rédiger le rapport d'évaluation des projets.

La Directrice a pour activités :

- le développement et la coordination de projets ;
- la représentation de l'Union sous mandat du Bureau et de son Président ;
- la coordination budgétaire ;
- la coordination des ressources humaines ;
- la coordination administrative générale.

À l'**URPS MLB**, les chargés de missions et la Directrice assistent aux Assemblées Générales, aux réunions du Bureau, aux réunions des Commissions et, selon le thème des projets dont ils ont la charge, aux réunions de Groupes de Travail.

Olivia Briantais, chargée de missions, est largement investie du thème de l'exercice coordonné pluridisciplinaire.

Cédric Biard, chargé de missions, est quant à lui en charge du thème de l'informatique libérale à titre principal.

Des réunions d'équipe ont lieu de façon hebdomadaire entre tous les membres de l'équipe administrative et le Président de l'**URPS MLB**. Elles ont pour but :

- de passer en revue l'ensemble des sollicitations envoyées à l'**URPS MLB** (invitations à des réunions, représentations, colloques...) ;
- de procéder à la validation des textes à paraître dans les différentes rubriques du site internet ;
- d'effectuer une revue de presse ;

- de coordonner les travaux en cours ;
- de préparer les ordres du jour des réunions de Bureau et d'Assemblée.

6) Le financement des URPS

Les URPS sont financées par les **professionnels de santé libéraux eux-mêmes**, à titre obligatoire. Sont concernés, les professionnels en activité, qui exercent dans le cadre du régime conventionnel et ayant un statut de libéral.

Le taux annuel de cette contribution est fixé par décret, pour chacune des professions de santé, après consultation des organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national. Il est **calculé en fonction des revenus du professionnel** et est **limité à 0,5% du montant annuel du plafond des cotisations de sécurité sociale**.

Voici les plafonds fixés par profession :

- 0,5% pour les médecins (cela représente environ 120 à 180 euros par médecin) ;
- 0,3% pour les chirurgiens-dentistes, pharmaciens et biologistes responsables ;
- 0,1% pour les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, sages-femmes, orthophonistes et orthoptistes.

La répartition entre toutes les URPS françaises des cotisations versées par les professionnels de santé est la suivante :

- Pour les unions régionales qui élisent leurs représentants :
 - 40 % sont répartis à parts égales entre toutes les unions regroupant la même profession ;
 - 60 % sont répartis entre les unions regroupant la même profession, au prorata du nombre de leurs électeurs constaté lors de la précédente élection, selon un arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale ;
- Pour les unions régionales dont les membres sont désignés par les organisations syndicales les plus représentatives :

- 40 % sont répartis à parts égales entre toutes les unions regroupant la même profession ;
- 60 % sont répartis entre toutes les unions regroupant la même profession, au prorata du nombre de professionnels de santé en exercice dans le régime conventionnel au sein de la région, selon un arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale.

Autre source de financement, les URPS peuvent percevoir des **subventions et concours financiers sous réserve que « leur indépendance ne soit pas remise en cause »**.

7) La trésorerie des URPS

Le règlement intérieur de chaque URPS fixe les conditions dans lesquelles leurs représentants sont indemnisés pour les frais de déplacement et de séjour au titre de leurs fonctions.

Si les fonctions de membre de l'Assemblée sont exercées à titre gratuit, le règlement intérieur peut également envisager le versement d'une indemnité destinée à compenser la perte de ressources entraînée par ces fonctions, plafonnée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

L'Assemblée délibère chaque année sur les montants et limites de ces remboursements et/ou indemnités. En effet, le temps passé en réunion et en déplacements représente un manque à gagner pour les professionnels de santé, majoritairement payés à l'acte.

S'agissant de **l'URPS MLB**, l'existence et le montant d'indemnités dépendront de l'importance des travaux fournis par les représentants, notamment du fait de la qualité de membre du Bureau. Pour bénéficier de ces remboursements et/ou indemnités, des justifications devront être produites : il faudra fournir un ordre de mission et un compte rendu de mission.

Les URPS établissent annuellement un budget prévisionnel de leurs recettes et dépenses. Elles ne peuvent financer des opérations étrangères à leur mission ni solliciter ou accepter

des concours financiers qui pourraient mettre en cause l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de leurs missions.

S'agissant des **médecins**, chaque collège peut définir un programme de travail propre qui est présenté au vote de l'Assemblée. Chacun d'eux peut se réunir pour examiner les questions qui leur sont propres.

Une partie du budget annuel est mis à la disposition des trois collèges. Elle est répartie entre eux, au regard du nombre de sièges de chaque collège. Si un collège n'a pas défini de programme de travail propre, la part qui lui est attribuée est réaffectée au budget de l'union.

8) La comptabilité des URPS

Une commission de contrôle est élue chaque année par l'Assemblée.

Elle est composée de trois à six membres qui ne peuvent être des membres du Bureau.

Elle effectue des contrôles et investigations comptables à tout moment et présente à l'Assemblée, lors de la séance annuelle dédiée à l'approbation des comptes, un rapport sur la gestion de l'Union et sur les comptes de l'exercice annuel écoulé.

Selon le règlement intérieur de **l'URPS MLB**, le Trésorier présente annuellement à l'Assemblée un budget prévisionnel des recettes et dépenses de l'Union et un état d'exécution à mi exercice.

À noter que le budget, les comptes annuels et le rapport de la commission sont communiqués au Directeur Général de l'ARS concernée.

B) Les missions des URPS

1) Les missions

Les URPS ont pour mission de contribuer à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional. Le décret du 8 juillet 2011 précise qu'elles participent notamment :

- à la préparation et à la mise en œuvre du projet régional de santé ;
- à l'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins, en vue notamment de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins ;
- à l'organisation de l'exercice professionnel, notamment en ce qui concerne la permanence des soins, la continuité des soins et les nouveaux modes d'exercice ;
- à des actions dans le domaine des soins, de la prévention, de la veille sanitaire, de la gestion des crises sanitaires, de la promotion de la santé et de l'éducation thérapeutique ;
- à la mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les réseaux de santé, les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé, ou des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins mentionnés à l'article L. 1435-4 ;
- au déploiement et à l'utilisation de systèmes de communication et d'information partagés ;
- à la mise en œuvre du développement professionnel continu.

Elles peuvent également assurer, dans les domaines de compétence de l'ARS, des missions particulières impliquant les professionnels de santé libéraux (actions de santé publique : programmes de dépistage, campagnes d'information des patients,...) sur la base de contrats conclus avec l'ARS.

D'autre part, elles assument des missions que pourront leur confier les conventions nationales organisant les rapports des professionnels de santé avec les organismes de l'Assurance Maladie.

Selon les professions de santé et selon les régions, certains axes de travail sont davantage développés que d'autres, sachant que l'Assemblée définit un programme de travail annuel.

S'agissant de l'**URPS MLB**, les thèmes de l'exercice coordonné pluridisciplinaire et de l'informatique libérale mobilisent beaucoup de temps et d'énergie : élaboration de projets, groupes de travail, rencontres avec les professionnels de santé du terrain.

Cela est dû à la multiplication des MSP et PSP en Bretagne, au souhait d'étendre le DMP encore trop peu utilisé aujourd'hui et de doter les MSP-PSP d'un système d'informations partagé. Celui-ci permet aux différents professionnels de santé de partager des données médicales appartenant à leurs patients communs.

2) Les partenaires de l'URPS MLB

Les partenaires majeurs de l'URPS MLB dans la réalisation de ces missions sont :

- l'ARS Bretagne, établissement public administratif de l'État ;
- les deux facultés de médecine bretonnes et leurs associations d'étudiants ;
- les autres URPS de Bretagne ;
- les autres URPS ML françaises ;
- le GCS e-santé Bretagne : Groupement de Coopération Sanitaire e-santé : organisme spécialisé dans les systèmes d'information partagés et la télémédecine, en charge de leur diffusion sur le sol breton ;
- la CN-URPS ML : réunion des URPS des Médecins Libéraux des différentes régions françaises ;
- le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins et les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins ;
- les établissements hospitaliers et du secteur médico-social ;
- les élus locaux : Conseils Généraux de la région Bretagne, Conseil Régional de Bretagne, les Pays de la région Bretagne ;
- les usagers : le CISS Bretagne (voir infra) ;
- l'Assurance Maladie ;
- des agences et institutions nationales : la HAS, l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP) ;
- l'Union des Réseaux de Santé Bretons (URSB) ;
- l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne (ORSB) ;
- la FFMPS (voir infra) ;
- les laboratoires.

C) La Fédération Régionale des Professionnels de Santé

La loi HPST a également prévu la création des Fédérations Régionales des Professionnels de Santé (FRPS) regroupant, par région, les dix URPS.

Selon l'article R 4031-46 du Code de la Santé Publique, elle concourt au développement de l'exercice interdisciplinaire des professionnels de santé libéraux et exerce toute mission qui lui est dévolue par les URPS.

Mais à ce jour, cette Fédération n'existe pas en Bretagne et n'a été mise en place que par très peu de régions françaises.

Plusieurs raisons peuvent expliquer ce constat :

- la contrainte financière : l'article R4031-51 exige que les dix URPS régionales versent une contribution annuelle à la FRPS qui ne peut être inférieure à 5% de leurs ressources. Or, ce pourcentage est loin d'être négligeable pour les URPS bénéficiant de grosses dotations ;
- la contrainte de représentation : tous les intérêts des dix URPS ne sont pas convergents. Il paraîtrait alors difficile d'adopter un discours commun qui satisfasse ces dix professions. De plus, dans le cadre de la Fédération, chacune d'elles ne pourrait être représentée individuellement face aux autres institutions et partenaires de la santé et défendre ses intérêts propres.

D'autre part, le risque serait de voir certains acteurs ne s'adresser qu'à la FRPS, et non plus aux URPS, prises isolément. Les URPS seraient quelque peu « contournées ». Or, certains sujets, certaines questions ne concernent pas toutes les URPS.

Cependant, un partenariat a été mis en place entre les différentes URPS bretonnes avec pour concrétisation, une Charte de fonctionnement les unissant. Celle-ci permet de formaliser cette coopération, cette capacité de travail existante. En outre, un logo commun représente les URPS bretonnes (voir annexe 1). À cet effet, un COPIL Inter-URPS a été créé. Il regroupe différents membres des URPS bretonnes, avec une fréquence de réunion mensuelle. Ces membres peuvent varier à chaque réunion.

Mais il faut noter que toutes les URPS ne sont pas investies de la même façon au sein de ce COPIL. Les plus proactives sont souvent celles qui regroupent le plus de membres élus et qui disposent des moyens financiers les plus importants (URPS Médecins, URPS Pharmaciens, URPS Masseurs-Kinésithérapeutes, URPS Infirmiers et URPS Chirurgiens-Dentistes). Aussi, les orthophonistes ont préféré garder leur indépendance et ne sont pas exprimés jusqu'à présent sur la Charte de fonctionnement.

Lors de ces réunions, les sujets les plus abordés sont ceux impliquant de la pluriprofessionnalité (MSP et PSP notamment). Des réflexions sont menées, des suggestions émises, des comptes rendus rédigés et transmis aux membres du COPIL.

Les réunions du COPIL Inter-URPS ont lieu à la « Maison des URPS », située au 13 Boulevard Solférino à Rennes.

Ce bâtiment regroupe diverses URPS bretonnes (pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, biologistes, orthoptistes, pédicures-podologues, sages-femmes) en ses murs avec un secrétariat mutualisé.

Les membres du COPIL Inter URPS souhaiteraient qu'il soit, à l'avenir, une véritable force de proposition sur le territoire breton.

D) Ma position au sein de l'URPS MLB

J'ai pu, au-delà de mes deux missions principales, assister aux réunions d'équipe hebdomadaires, aux réunions du Bureau mensuelles et à différentes réunions de Groupes de Travail et de Commissions en lien avec la thématique de mon stage (voir annexe 2).

Ces réunions se tenaient pour la plupart à l'URPS MLB, d'autres à l'ARS Bretagne.

Par ailleurs, j'ai pu accompagner Dr Allard-Coualan, Olivia Briantais et Cédric Biard lors de rencontres avec les professionnels de santé et élus locaux afin de leur présenter le concept de l'exercice coordonné pluridisciplinaire ou de leur apporter un soutien méthodologique à sa mise en place (voir annexe 2). Certaines de ces rencontres étaient menées en collaboration avec des représentants de l'ARS Bretagne.

II) Présentation des sujets traités

Nous envisagerons les deux missions effectuées au sein de l'URPS MLB : le recensement de **l'exercice coordonné pluridisciplinaire en Bretagne** ainsi que la préparation du colloque de l'URPS MLB qui se tiendra le 21 novembre 2013 à Brest et qui aura pour thème **l'entreprise médicale libérale**.

A) L'exercice coordonné pluridisciplinaire

1) Présentation du sujet

L'exercice coordonné pluridisciplinaire est majoritairement pratiqué au sein des MSP, PSP et centres de santé. Voici la présentation de ces structures, leurs points communs, leurs différences et les bénéfices qu'elles apportent.

a) Les maisons de santé pluridisciplinaires

Selon l'article L 6323-3 du code de la Santé Publique, « *La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.* □

□ Ils assurent des **activités de soins sans hébergement de premier recours** au sens de L1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L1411-12 et peuvent participer à des **actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé** et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. □ □

Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L1434-2-12. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. »

b) Les pôles de santé pluridisciplinaires

Le PSP est, quant à lui, défini de la façon suivante par l'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 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. »

c) Comparaison

La **différence principale**, en pratique, entre les MSP et PSP réside dans le fait que les pôles de santé soient « hors murs ». Les professionnels de santé regroupés en MSP exercent, quant à eux, au sein de la même structure. Mais les deux notions sont souvent confondues et leur différenciation est surtout juridique.

À noter que les MSP et PSP sont souvent entremêlés : une MSP peut être édifée, regroupant en son sein des professionnels de santé, et un PSP venir se greffer à celle-ci. Par exemple, des médecins et paramédicaux peuvent vouloir se réunir au sein d'une MSP et collaborer avec une pharmacie ou un hôpital local. Ayant déjà leurs propres locaux, les pharmaciens et hospitaliers ne feront pas partie de la MSP mais du PSP. Mais dans tous les cas, ils seront unis par un projet de meilleure coordination et de meilleure prise en charge de leurs patients.

L'**élément commun** à ces deux structures, qui est l'élément central de l'exercice coordonné pluridisciplinaire, est le **projet de santé**.

Il constitue un élément fortement fédérateur entre les professionnels de santé membres de MSP ou PSP. Par ailleurs, il est le réel point de départ des projets de MSP ou PSP : le projet sera véritablement lancé une fois le projet de santé rédigé.

Dans le cas envisagé ci-dessus de PSP venant se greffer à une MSP, tous les professionnels de santé signeront le projet de santé, qu'ils soient membres de la MSP ou non.

Le projet de santé doit être construit à partir de la patientèle des professionnels de santé impliqués. Il s'agira pour cela de cerner les éléments sociodémographiques et surtout épidémiologiques propres à cette patientèle afin de déterminer les besoins du territoire, le profil de la patientèle, les pathologies dominantes affectant la patientèle. Certaines réflexions pourront alors être identifiées.

L'objectif du projet de santé consiste à définir les actions qui seront mises en place au sein de la structure et qui amélioreront la qualité de la prise en charge du patient.

Les axes à développer peuvent être nombreux :

- l'organisation professionnelle au sein de la structure ;
- la continuité des soins ;
- la mise en place de groupes de travail qui élaboreront des protocoles destinés à mieux combattre ces pathologies et qui détermineront les modalités de prise en charge de la patientèle ;

- la mise en place d'un système d'informations partagé ;
- l'accueil des étudiant au travers, notamment, de la maîtrise de stage ;
- l'organisation de la prévention et du dépistage ;
- ...

L'importance du projet de santé se manifeste également à l'article L.6323-3 du Code de la Santé Publique. Celui-ci **impose** aux MSP et PSP de se doter d'un projet de santé, qui doit être transmis à l'ARS pour information.

Fait notable, seules les structures pluriprofessionnelles ayant élaboré un projet de santé **validé** par l'ARS peuvent se prévaloir de la dénomination, de la labellisation « maison de santé pluridisciplinaire » ou « pôle de santé pluridisciplinaire ».

De plus, si le site d'exercice coordonné pluridisciplinaire souhaite obtenir des financements (FIR, DETR, FNADT) venant soutenir la mise en œuvre et le fonctionnement de son projet, le projet de santé devra avoir été communiqué mais surtout **validé** par l'ARS.

À noter que les fonds FIR ont été instaurés par le Ministère de la Santé et sont attribués à l'ARS afin de renforcer la capacité d'action de cette dernière. Ils servent notamment à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins. Les MSP et PSP entrent donc dans le champ d'application de cette dotation.

Le détail des modes d'accompagnement des projets permis par les fonds FIR sera envisagé dans la suite de nos développements.

Quant à la DETR et au FNADT, appliqués à l'exercice coordonné pluridisciplinaire, ils sont destinés à aider au financement de la construction immobilière pour les MSP et/ou de la mise en place d'un système d'informations partagé. Ils sont octroyés respectivement par les Préfectures de Département et les Préfectures de Région.

d) Les centres de santé

Les centres de santé, envisagés à l'article L 6323-1 du Code de la Santé Publique, sont « *des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique* ».

des patients et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionné à l'article L 322-1 du code de la sécurité sociale.

(...)

Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé.

*Les centres de santé **élaborent un projet de santé** incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.*

(...)

*Les **médecins** qui exercent en centre de santé **sont salariés**.*

(...) ».

Les médecins exerçant en centre de santé sont salariés, ce qui représente la différence majeure avec ceux regroupés au sein d'une MSP ou d'un PSP.

L'URPS MLB, représentant la médecine libérale, est donc moins concernée par cette structure mais reste intéressée par la comparaison avec les organisations libérales en termes de rentabilité financière et de modèle économique.

Mais fondamentalement, au vu de ces trois définitions élaborées par la loi, les missions des MSP, PSP, et centres de santé sont très similaires. Ce sont surtout les modalités organisationnelles qui diffèrent.

e) Les bénéfices apportés par l'exercice coordonné pluridisciplinaire

L'exercice coordonné pluridisciplinaire offre plusieurs avantages :

➤ **amélioration de la continuité des soins**

Celle-ci consiste dans le maintien d'une offre de soins satisfaisante en cas d'absence d'un professionnel de santé. Les médecins, en cas d'absence, orienteront alors leurs patients vers d'autres médecins membres de la MSP ou du PSP, améliorant considérablement la continuité des soins ;

➤ **amélioration du parcours de soins du patient**

Le parcours de soins peut se définir comme l'organisation d'une prise en charge globale et continue des patients au plus proche de leur lieu de vie. Ainsi, l'offre de soins et la prise en charge seront décloisonnées grâce à la pluridisciplinarité ;

➤ **amélioration de la qualité des pratiques**

Les échanges avec les autres professionnels de santé permettent aux différents professionnels de se questionner sur la façon dont ils prennent en charge leurs patients, à en tirer des enseignements et à parfaire leurs pratiques ;

➤ **des territoires rendus plus attractifs pour les jeunes professionnels de santé**

Les perspectives de démographie médicale ne sont pas rassurantes : les médecins âgés de plus de 55 ans sont nombreux en France, il faut anticiper leur départ en retraite. Or, les jeunes médecins se disent très intéressés par un exercice pluridisciplinaire. Une MSP ou un PSP peut alors permettre de les attirer vers des zones rurales, reculées où les médecins seront moins nombreux. L'exercice coordonné représente ainsi un moyen de lutter contre la désertification médicale.

2) Genèse du choix du sujet

L'URPS MLB a choisi d'approfondir le thème de l'exercice coordonné pluridisciplinaire dans un contexte de **demandes croissantes du terrain** (professionnels de santé et élus locaux) à ce qu'elle accompagne les projets de MSP et PSP. L'URPS MLB peut notamment apporter des réponses aux questions suivantes :

- comment fédérer les professionnels de santé ;
- comment élaborer un projet de santé reprenant les différentes actions qui seront menées par les membres du projet ;
- comment mettre en place un système d'informations partagé ;
- comment construire un dossier de demande de subventions auprès de différents organismes, subventions destinées à financer le projet,...

D'autre part, les **prévisions de démographie médicale** n'étant guère rassurantes, l'URPS MLB estime nécessaire de devoir réagir vite et de trouver des solutions afin de rendre les

territoires plus attractifs pour les futurs médecins. Comme nous l'évoquions auparavant, l'exercice coordonné pluridisciplinaire est un moyen d'y parvenir.

Enfin, **l'incertitude quant à la poursuite ou non des Expérimentations sur les Nouveaux Modes de Rémunération** préoccupe les membres de l'URPS MLB. Les négociations conventionnelles menées par les syndicats pour leur renouvellement devaient commencer en début d'année 2013, elles n'ont toujours pas eu lieu à ce jour.

3) La question du financement de l'exercice coordonné pluridisciplinaire

À côté des fonds FIR, DETR, FNADT permettant de financer des projets d'exercice coordonné pluridisciplinaire, les pouvoirs publics ont souhaité ajouter un soutien financier correspondant davantage à ce mode d'exercice.

Dans ce but, l'article 44 de la LFSS pour 2008 a donné la possibilité d'effectuer des ENMR, les fonds provenant de cette expérience pouvant s'additionner ou remplacer le paiement à l'acte par le versement de forfaits.

En effet, la rémunération actuelle des professionnels de santé libéraux, basée sur le paiement à l'acte, n'est pas suffisamment adaptée à un mode d'exercice collectif de la médecine.

Comment rémunérer les temps de coordination et de réunions représentant un manque à gagner pour les professionnels de santé ? Il est primordial de compenser le surcoût lié à l'investissement des professionnels de santé dans ces projets par l'allocation d'indemnités. Cela est indispensable si l'on souhaite pérenniser ces projets.

Remarquons que le montant des sommes allouées dépend surtout de la taille du site : le nombre de patients inscrits dans la maison de santé et le nombre de professionnels travaillant dans la structure.

Ces expérimentations étaient étalées sur une période de 5 ans (2008-2012) et sont prolongées jusqu'au 31 décembre 2013 par la LFSS pour 2012.

Un appel à projet a été lancé en 2009 en Bretagne, les projets les plus ambitieux ont obtenu ces financements. On compte neuf sites d'expérimentation dans la région depuis le 1er janvier 2010 (ces sites sont mentionnés à l'annexe 3).

4) Etat initial de la question traitée et travail à mener

Au vu de tous ces éléments, l'URPS MLB s'est emparée du thème de l'exercice coordonné pluridisciplinaire et a souhaité en dresser un état des lieux à l'échelle de la Bretagne : recenser le nombre de sites et découvrir leurs pratiques. L'objectif étant de **bénéficier de davantage de visibilité de ce mode d'exercice.**

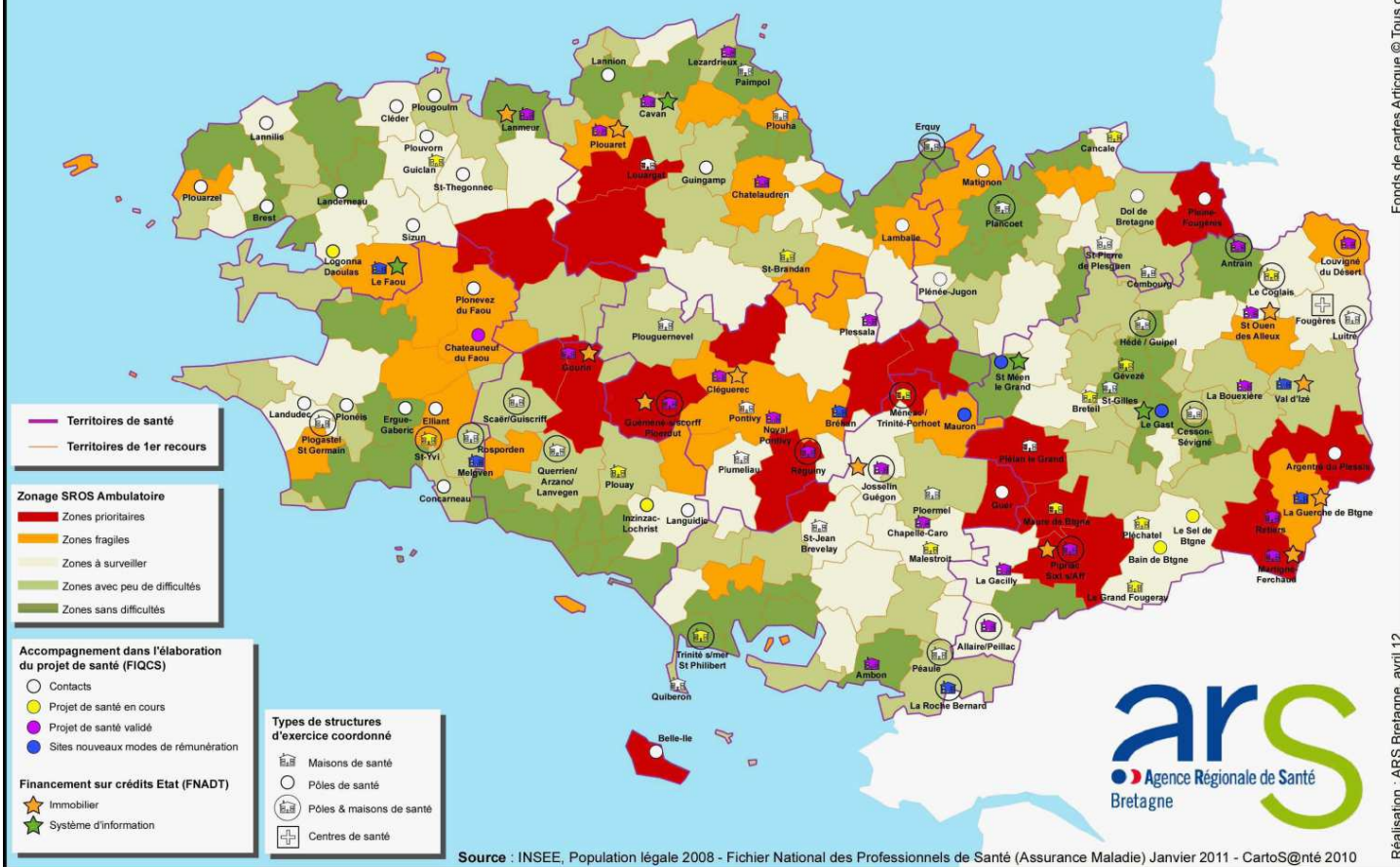
L'URPS a déjà pu répertorier un certain nombre de projets de par les diverses sollicitations des professionnels de santé en quête d'un soutien méthodologique, de par les informations que peuvent recueillir les élus de l'URPS et de par un recensement effectué par l'ARS Bretagne des sites évoluant en exercice coordonné pluridisciplinaire (voir cartographie ci-dessous).

Cependant, l'ARS n'a qu'une vision incomplète du nombre de MSP et PSP en Bretagne.

En effet, les professionnels de santé ne désirent pas toujours informer cette institution parfois mal perçue de l'existence d'un projet, de peur d'être trop encadrés et de ne pas disposer de marges de manœuvre suffisantes.

Voici une carte effectuée en mai 2012 par l'ARS des MSP, PSP et centre de santé sur le territoire breton. L'ARS n'a pas réactualisé cette cartographie pour le moment.

Accompagnement des projets de pôles et maisons de santé pluriprofessionnels en Bretagne Mai 2012



Fonds de cartes Anticque © Tous droits réservés.
Réalisation : ARS Bretagne, avril 12

L'URPS MLB veut ainsi aller au delà des projets identifiés par l'ARS Bretagne et enrichir ses propres données en entamant un travail de recensement de l'exercice cordonné pluridisciplinaire en Bretagne plus complet.

5) Intérêts professionnels de cette mission pour l'URPS MLB

L'URPS MLB a tout intérêt à entamer ce travail de recensement et ce, pour quatre raisons principales.

Tout d'abord, cette mission permettra à l'URPS MLB de **valoriser** les **organisations libérales pluridisciplinaires** mises en place par les professionnels de santé libéraux qui ne sont ni connues de l'ARS, ni de l'URPS MLB. Il s'agira de mettre en lumière le dynamisme et la créativité des professionnels de santé exerçant à titre libéral.

D'autre part, recenser les professionnels de santé exerçant de façon coordonnée impliquera de prendre contact avec eux.

L'URPS MLB leur rappellera, à cette occasion, qu'elle peut leur apporter un soutien méthodologique dans la mise en place du projet ou dans la poursuite de son fonctionnement.

Or, **aider les professionnels de santé, les médecins « mandants »** (les mandants sont les 5200 médecins libéraux de Bretagne) **fait partie des missions de l'URPS.**

Et il s'agit d'accompagner tous les médecins libéraux installés en Bretagne, même ceux qui ne souhaitent pas « être connus » de l'ARS. Il faut donc pour cela effectuer un travail plus profond que la cartographie établie par l'ARS.

De plus, le décret du 8 juillet 2011 précise que les URPS participent notamment : « à l'organisation de l'exercice professionnel, notamment en ce qui concerne la permanence des soins, la continuité des soins et les nouveaux modes d'exercice ». Effectuer ce recensement rentre parfaitement dans le champ d'application de cette mission.

Par ailleurs, il serait **opportun d'apporter aux syndicats les premiers résultats de ce recensement, en soutien des négociations conventionnelles pour la reconduction des ENMR.** En effet, tous les syndicats ne semblent pas prendre conscience de l'importance de l'exercice coordonné pluridisciplinaire, tant du point de vue quantitatif que qualitatif, alors que les MSP et PSP sont de plus en plus nombreux en Bretagne.

Leur procurer ces données les sensibiliserait davantage à cette thématique et potentialiserait ainsi les chances de voir les ENMR reconduits.

Enfin, l'URPS souffre encore d'un manque de notoriété au sein même des médecins libéraux. Ceux-ci paient une cotisation annuelle pour financer l'URPS mais ne le savent pas forcément. Le manque de temps et/ou d'intérêt consacré à l'analyse des charges financières qu'ils supportent explique en grande partie cela.

Grâce à ce travail mené auprès des professionnels de santé, **l'URPS MLB peut espérer être davantage connue des médecins libéraux** et des autres professionnels de santé.

B) L'entreprise médicale libérale

1) Présentation du sujet

Après avoir présenté la notion d'entreprise médicale libérale, thème du futur colloque de l'URPS MLB, nous nous attacherons à l'organisation formelle de celui-ci.

❖ L'activité libérale du médecin implique de ne pouvoir résumer la mission de celui-ci à « soigner ».

Le statut libéral qu'il a choisi engendre la qualification d'entrepreneur, avec les missions que cela comporte. Le médecin est amené à gérer une réelle entreprise et à en être le « manager ». Si ce constat pouvait déjà être fait il y a des années, il tend à se renforcer.

En effet, les tâches du médecin se diversifient de plus en plus et s'éloignent de plus en plus du « soin » se rapprochant, pour certaines, de celles d'un chef d'entreprise.

Les charges administratives pesant sur lui (autorisations, labellisations, certifications, déclarations) **ne cessent de se multiplier, l'informatisation des données est de plus en plus poussée**. Tout ceci étant très chronophage.

D'autre part, être chef d'entreprise amène à être confronté à des enjeux de « **gestion des ressources humaines** » : embauche de salariés (secrétaire médicale, femme de ménage : questions du contrat de travail, des congés payés,...), responsabilité vis à vis d'eux (exemple de la sensibilisation de la secrétaire médicale au secret médical). Or, **cet aspect managérial est d'autant plus important lorsque le médecin exerce de façon coordonnée** en MSP ou PSP : il y a plus d'acteurs, il faut donc apprendre à se connaître, à s'écouter, à travailler en groupe, à gérer les personnalités de chacun. Étant dans un contexte d'augmentation des MSP et PSP, le médecin devra donc s'habituer à être davantage concerné par ces problématiques. Cependant, il faut noter que même au sein d'un cabinet individuel, le médecin était confronté et reste toujours confronté à ces questions, et dirige quant à lui une « micro-entreprise ».

Par ailleurs, le développement de l'exercice coordonné pluridisciplinaire et la multiplication des échanges entre les acteurs conduisent à se poser la question de la communication au sein de l'entreprise médicale libérale, encore plus qu'auparavant. Puis-je tout dire ? Comment échanger avec mes confrères ? Cela renvoie à la notion de secret médical et des outils du partage d'informations que représentent les SI et le DMP. Ce dernier permet aux professionnels de santé d'échanger des données médicales s'agissant de patients communs. Il est majoritairement créé par le médecin traitant au cours d'une consultation médicale. Les patients peuvent consulter leur DMP via internet.

La question du respect du secret médical est d'autant plus importante dans une société qui se judiciarise de plus en plus. Le médecin doit alors se protéger en maîtrisant autant que possible cette notion.

Autre interrogation inspirée par le thème de l'entreprise médicale libérale, celle de la transmission de l'entreprise. Le médecin ne peut éluder cette étape. Mais que transmet-on ? Un outil de travail, au travers de murs et de matériel ? Des savoirs ? Une patientèle ? Car même si la cession de patientèle se pratique de moins en moins, certains médecins y restent attachés et la notion de fonds de commerce perdure.

❖ Quant à l'**organisation formelle** de ce colloque, la journée du 21 novembre sera scindée en deux parties :

➤ Le matin

Un discours du Président de l'URPS MLB, Dr Le Néel ouvrira les « débats ».

Puis, une séance plénière se tiendra, en présence d'un animateur en « fil rouge ».

Cet animateur pourrait être un journaliste, un juriste, un sociologue,... Le choix de l'URPS MLB n'est pas encore arrêté.

Il s'agira, tout au long de la matinée, de retracer les contours de la notion d'entreprise médicale libérale. Diverses personnalités et experts pourront apporter leur expérience et leur vision de la thématique : des membres d'autres URPS bretonnes, des juristes, des professionnels de santé,...L'animateur cadrera les interactions avec « la salle ».

À la fin de la séance plénière, une « table ronde » sera constituée par des experts qui interviendront lors de la deuxième partie de journée. Ils effectueront un « teasing » des thèmes abordés lors de cette deuxième partie de journée.

➤ L'après-midi

Cinq ateliers abordant chacun un thème seront mis en place avec un expert à leur tête.

Nous détaillerons le contenu de ces ateliers dans la suite des développements.

Ces experts pourront être des notaires, des avocats spécialisés en droit des affaires, des experts comptables, des professionnels de santé et des universitaires. L'URPS MLB n'a pas encore déterminé ces acteurs à ce jour.

Une restitution du contenu de ces ateliers, en séance plénière, viendra clôturer la journée.

Au-delà d'apporter des connaissances sur chacun des thèmes envisagés, ce colloque a également pour objectif, de façon plus pragmatique, de fournir des **idées qui permettraient aux professionnels de santé d'optimiser leur entreprise médicale libérale.**

Quant aux **invités** de ce colloque, ils seront les suivants : les autres URPS bretonnes, les URPS Médecins Libéraux nationales, les internes en médecine, l'ARS Bretagne, le Conseil Régional, le Conseil Général, le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, le CISS, les Pays de Bretagne. Cette liste pourra évidemment encore évoluer.

2) Genèse du choix du sujet et intérêts professionnels de cette mission pour l'URPS MLB

La **décision** de retenir l'entreprise médicale libérale comme thème du prochain colloque a été **prise** lors d'une **réunion du Bureau de l'URPS MLB.**

Par ailleurs, cette journée fera suite **au dernier colloque organisé par l'URPS MLB** le 15 novembre 2012. **L'URPS MLB s'inspire ainsi de cette journée** qui portait sur l'organisation de la médecine ambulatoire en Bretagne avec une large place consacrée à l'exercice coordonné pluridisciplinaire.

Or, les deux thèmes abordés au cours de ces colloques sont étroitement liés, une **certaine continuité** est ainsi observée **entre ces deux « évènements ».**

D'autre part, **le concept** d'entreprise médicale libérale est **très utilisé depuis quelque temps** : la CN URPS ML s'y intéresse de plus en plus, l'URPS ML du Pays de la Loire l'a également retenu comme thème de son dernier colloque,...

L'URPS MLB, se devant d'être réactive et de restituer « l'actualité » à ses mandants, a fait le choix de ce concept.

Enfin, **voyant les jeunes médecins choisir pour beaucoup la voie du salariat** (centres de santé, établissements hospitaliers), l'URPS MLB a voulu réagir et défendre le modèle libéral.

3) Etat initial de la question traitée

Si le concept d'entreprise médicale libérale est très en vogue, il n'en reste pas moins **complexe d'en cerner les contours**. Il peut apparaître **vaste et difficile à appréhender**.

L'intérêt des médecins libéraux pour cette notion représente surtout une réaction face au nombre croissant d'étudiants en faculté de médecine se disant effrayés par l'exercice libéral (charges financières trop élevées, vie professionnelle trop prenante).

De plus, la notion d'entreprise médicale libérale s'éloigne beaucoup de la mission de soignant du médecin, comme nous avons pu le constater auparavant. Or, certains médecins restent détachés de ces aspects économiques, managériaux ou organisationnels.

Il sera peut-être **difficile de réussir à convaincre tous les médecins libéraux du bien-fondé de cette thématique**. Pour preuve, lorsqu'ils sont interrogés sur ce sujet, ils disent ne pas avoir le sentiment de « créer » une entreprise lorsqu'ils reprennent ou ouvrent un cabinet mais seulement de « s'installer ». Le terme utilisé est révélateur d'une logique entrepreneuriale occultée par certains.

4) Objectif de cette mission

Le véritable enjeu de ce colloque, pour l'URPS MLB, sera de **convaincre les jeunes médecins** présents de l'importance et du bien-fondé de ce concept afin de **renforcer l'exercice libéral** sur le territoire breton.

J'ai pu participer, le 6 juin 2013, à la « 4^{ème} journée de l'installation en médecine libérale » organisée par l'URPS ML Champagne-Ardenne à la Faculté de Médecine de Reims. Celle-ci se tenait pour la quatrième fois consécutive, preuve que les médecins libéraux ont conscience qu'il faut mettre davantage de moyens en œuvre pour convaincre les médecins en devenir de choisir la voie de l'activité libérale.

Des stands et ateliers étaient mis en place afin d'apporter un maximum d'informations aux étudiants présents et les rassurer sur le statut de médecin libéral. Un atelier avait pour thème « Femme médecin : pour bien concilier sa vie personnelle et professionnelle? », un autre atelier « Quelle protection sociale pour les médecins ? ».

III) Méthodologie adoptée et informations recueillies

A) L'exercice coordonné pluridisciplinaire

Afin de mener ce travail de recensement, trois méthodes ont été utilisées.

Dès mon arrivée à l'URPS MLB, il m'a été demandé de « compléter » la cartographie élaborée par l'ARS en mai 2012 reprenant les MSP-PSP et centre de santé de Bretagne. À noter qu'il n'y a qu'un seul centre de santé en Bretagne, il se trouve dans la ville de Fougères.

Pour cela, **j'ai exploré le serveur de l'URPS MLB** où toutes les données recueillies lors de réunions (groupes de travail, rencontres avec des représentants d'institutions,...) et de rencontres avec les professionnels de santé sont centralisées.

À partir de ces données, j'ai pu répertorier tous les projets d'exercice coordonné pluridisciplinaire mentionnés, peu importe leur stade d'avancement : en réflexion, projet de santé en cours d'élaboration, actions déjà mises en œuvre,...

Ces projets recensés, ajoutés à la cartographie effectuée par l'ARS, aboutissaient à un résultat de 162 sites d'exercice coordonné pluridisciplinaire (au mois de février 2013). Soit 30 à 40 sites supplémentaires par rapport à cette cartographie de l'ARS. Tous les professionnels de santé ne voulant pas que leur projet soit connu de cette institution, elle ne peut avoir une vision complète de l'exercice coordonné pluridisciplinaire sur le sol breton.

J'ai classé ces projets identifiés par département et territoire de santé, sous forme de liste.

D'autre part, je suis allée, tout au long de ma mission, à la rencontre des professionnels de santé et des élus locaux désireux d'obtenir des éclaircissements, des conseils afin de mettre

en place une MPS ou un PSP. **Toutes ces rencontres représentaient des nouveaux projets qui enrichissaient la liste effectuée.**

J'ai pu soumettre cette liste des sites identifiés aux médecins élus lors de réunions du groupe de travail « accompagnement des projets de pôles et maisons de santé ». Cela me permettait, s'agissant de certains projets pour lesquels un doute existait quant à la mise en place d'un exercice coordonné pluridisciplinaire, de les maintenir ou de les retirer de la liste en fonction des réponses apportées par les élus.

Au mois de juin, je comptabilisais 184 projets : 56 pour l'Ille-et-Vilaine, 44 pour le Morbihan, 43 pour les Côtes d'Armor et 41 pour le Finistère.

Il faut noter que si l'ARS n'a pas officiellement remis sa cartographie à jour, elle a élaboré une nouvelle liste des projets de MSP et PSP en Bretagne, datant du 28 mars 2013.

Après comparaison entre ces données et ma propre liste, celle dernière comptait 56 sites de plus que celle de l'ARS.

Voici un extrait de la liste que j'ai effectuée, comprenant les projets de MSP et PSP dans le département des Côtes d'Armor (pour la liste complète, voir annexe 3) :

TOTAL : 184 projets

Côtes d'Armor (43 projets)

Callac : TERRITOIRE DE SANTÉ 7

MSP Cavan : TERRITOIRE DE SANTÉ 7

MSP Châtelaudren (MSP du Leff) : TERRITOIRE DE SANTÉ 7

Collinée : TERRITOIRE DE SANTÉ 7

MSP/PSP Erquy : TERRITOIRE DE SANTÉ 7

PSP Guigamp : TERRITOIRE DE SANTÉ 7

PSP Lamballe : TERRITOIRE DE SANTÉ 7

PSP Lannion : TERRITOIRE DE SANTÉ 7

MSP Lézardrieux : TERRITOIRE DE SANTÉ 7

MSP Louargat : TERRITOIRE DE SANTÉ 7

MSP Paimpol : TERRITOIRE DE SANTÉ 7

Pédervec : TERRITOIRE DE SANTÉ 7

MSP Plouaret : TERRITOIRE DE SANTÉ 7

MSP Plouha : TERRITOIRE DE SANTÉ 7

Plurien : TERRITOIRE DE SANTÉ 7

MSP Saint-Brandan : TERRITOIRE DE SANTÉ 7

Trébeurden : TERRITOIRE DE SANTÉ 7

Mûr-de-Bretagne : TERRITOIRE DE SANTÉ 8

MSP Plessala : TERRITOIRE DE SANTÉ 8

MSP Plougernevel : TERRITOIRE DE SANTÉ 8

Rostrenen : TERRITOIRE DE SANTÉ 8

Uzel : TERRITOIRE DE SANTÉ 8

PSP Matignon : TERRITOIRE DE SANTÉ 2

MSP/PSP Plancoët : TERRITOIRE DE SANTÉ 2

PSP Plénée-Jugon : TERRITOIRE DE SANTÉ 2

Plélan-le-Petit : TERRITOIRE DE SANTÉ 6

Plouasne : TERRITOIRE DE SANTÉ 6

Non répertoriés par ARS au 28 mars 2013 :

Evran : TERRITOIRE DE SANTÉ 6

Hénon : TERRITOIRE DE SANTÉ 7

Ile de Bréhat : TERRITOIRE DE SANTÉ 7

Lancieux : TERRITOIRE DE SANTÉ 6

Loudéac : TERRITOIRE DE SANTÉ 8

Maël-Carhaix : TERRITOIRE DE SANTÉ 1

Merdrignac : TERRITOIRE DE SANTÉ 8

Plémet : TERRITOIRE DE SANTÉ 8

Pleumeur-Bodou : TERRITOIRE DE SANTÉ 7

Plestin-Trigavou : TERRITOIRE DE SANTÉ 6

Pleudihen : TERRITOIRE DE SANTÉ 6

Pluduno : TERRITOIRE DE SANTÉ 6

Quintin : TERRITOIRE DE SANTÉ 7

Saint-Nicolas-du-Pélem : TERRITOIRE DE SANTÉ 7

Communauté de communes Arguenon-Hunaudaye ?

Communauté de communes Mené ?

Enfin, la troisième méthode de recensement de l'exercice coordonné pluridisciplinaire en Bretagne fût la plus fastidieuse. Il s'agissait de croiser les listes des noms et adresses de tous les médecins généralistes libéraux, infirmiers libéraux, masseurs-kinésithérapeutes libéraux exerçant en Bretagne (environ 15000 données) puis, de sélectionner les noms et adresses des professionnels qui ont un cabinet dans la même ville/village, **au sein de la même rue**.

En effet, le fait d'exercer dans le même immeuble ou dans la même rue implique parfois une coordination entre ces professionnels de santé.

L'objectif était donc de répertorier ces professionnels de santé en présumant que le fait d'exercer de façon rapprochée géographiquement avait donné naissance à un exercice coordonné pluridisciplinaire entre eux, sans que l'URPS MLB ou l'ARS Bretagne ne la sache.

Cependant, il convient de préciser que des regroupements se mettent également en place entre professionnels n'exerçant pas à la même rue ou dans la même ville/village. Le risque est donc **de ne pas avoir sélectionné certains professionnels impliqués dans des projets d'exercice coordonné pluridisciplinaire**.

Pour avoir la vision la plus exhaustive et limiter au maximum ce risque cité, nous avons retenu le critère de la même rue et non pas du même immeuble. Critère qui nous a permis de conserver un maximum de professionnels de santé potentiellement impliqués par un exercice coordonné.

De plus, la seule solution pour disposer d'un recensement véritablement complet aurait été de contacter tous les médecins généralistes libéraux, tous les infirmiers libéraux, tous les masseurs-kinésithérapeutes libéraux exerçant en Bretagne, voire d'autres professionnels, ce qui aurait rendu le travail bien plus long.

Par ailleurs, rappelons que les projets d'exercice coordonné pluridisciplinaire ont souvent pour fondateurs des professionnels exerçant de façon rapprochée géographiquement (au sein

d'un même cabinet, d'un même immeuble ou d'une même rue).

Si l'URPS MLB disposait déjà de la liste des médecins généralistes libéraux exerçant en Bretagne, nous avons fait appel aux URPS des Infirmiers et des Masseurs-Kinésithérapeutes afin d'obtenir celles des infirmiers libéraux et masseurs-kinésithérapeutes libéraux exerçant en Bretagne.

Nous nous sommes limités aux médecins généralistes, infirmiers et masseurs kinésithérapeutes afin de mener notre recherche car intégrer davantage de professions aurait représenté une charge de travail trop importante.

D'autre part, ce sont ces trois catégories de professionnels de santé qui sont les plus représentées au sein des MSP et PSP.

Voici un extrait du croisement de ces trois listes :

<u>LEGENDE</u>					
En bleu = les masseurs-kinésithérapeutes En rouge = les médecins généralistes En noir = les infirmiers			Pour les masseurs-kinésithérapeutes 2 = 2 cabinets 1 = 1 cabinet 0 = non répertoriés dans les pages jaunes et/ou classés ostéopathes		
ALBAYAY	RODRIGO	24 Rue des Verdaudais	35690	ACIGNE	1
CORTES	MARC-ANDRE	24 Rue des Verdaudais	35690	ACIGNE	1
ROBIN	ROMUALD	24 Rue des Verdaudais	35690	ACIGNE	1
BADOUL	André	24 Rue Verdaudais	35690	ACIGNE	02 99 62 54 53
CLAULIN	Alexis	24 rue des Verdaudais	35690	ACIGNE	02 99 62 28 32
TRAINEAU	Irène	24 rue Verdaudais	35690	ACIGNE	02 99 62 28 36

FREIN	FABIENNE	4 Rue des Forgerons	35690	ACIGNE	1
CHILOU FRANCOISE		4 Rue des Forgerons	35690	ACIGNE	
DE BOSSCHERE	Jean-Paul	4 Mail Robert Schuman	35370	ARGENTRE DU PLESSIS	02 99 96 68 85
KHITAS	Samia	4 Mail Robert Schuman	35370	ARGENTRE DU PLESSIS	02 99 96 68 85
SEVIN	Hubert	4 Mail Robert Schuman	35370	ARGENTRE DU PLESSIS	02 23 55 32 45
ETCHEPARE ANNICK		4 Mail Robert Schuman	35370	ARGENTRE DU PLESSIS	
GAINARD YVONNE		4 Mail Robert Schuman	35370	ARGENTRE DU PLESSIS	
PAILLETTE ALEXANDRA		4 Mail Robert Schuman	35370	ARGENTRE DU PLESSIS	
CARRIOU	CHRISTOPHE	20 GRAND RUE	35470	BAIN DE BRETAGNE	2
GAILLARD	Damien	11 Grande Rue	35470	BAIN DE BRETAGNE	

Environ 15000 données ont été triées, 3665 professionnels de santé sont potentiellement concernés par un exercice coordonné pluridisciplinaire au final. Cela représente 793 regroupements potentiels.

Voici le détail des résultats par département :

- 115 regroupements dans les Côtes d'Armor (470 professionnels concernés)
- 207 regroupements dans le Morbihan (942 professionnels concernés)
- 226 regroupements en Ile-et-Vilaine (1077 professionnels concernés)
- 245 regroupements dans le Finistère (1176 professionnels concernés)

La prochaine étape, sera de prendre contact avec ces professionnels de santé afin de savoir si oui ou non, ils sont intégrés à un exercice coordonné pluridisciplinaire et ce qu'ils y font. Il s'agira donc d'une enquête quantitative et qualitative.

L'URPS MLB pourra contacter les professionnels de santé concernés par téléphone, avec un questionnaire à l'appui, ou leur envoyer ce questionnaire. Les rencontrer physiquement est une autre possibilité.

Il sera opportun, à cette occasion, de :

- Connaître le degré d'avancement du projet : le projet de santé est-il déjà formalisé ?...
- Connaître le degré de pluriprofessionnalité du projet : combien de spécialités médicales et paramédicales différentes sont représentées ?
- Connaître le degré « d'intégration » du projet et de collaboration entre les professionnels : un système d'informations partagé a-t-il été mis en place ? des groupes de travail ont-ils été mis en place ? des protocoles partagés ont-ils été mis en place ?
- Connaître le degré « d'intérêts partagés » de « lien contractuel » entre les professionnels : y a-t-il un secrétariat commun, des bâtiments communs, du matériel commun, une société commune ?

Il convient néanmoins de rappeler que ce dernier élément n'est pas indispensable pour caractériser un exercice coordonné pluridisciplinaire. Les murs et les moyens matériels ne sont qu'accessoires. Le projet de santé et les actions concrètes qui en découlent sont elles nécessaires.

À noter que la finalité de cette démarche est de répertorier les professionnels de santé exerçant de façon coordonnée et d'identifier leurs pratiques mais aussi, en prenant contact avec eux, de pouvoir leur apporter un soutien méthodologique s'ils le désirent. Car, ce recensement n'a pas vocation à retenir seulement des regroupements pouvant déjà être à un stade avancé de coordination et qui pourraient être qualifiés de MSP ou de PSP. Il s'agit également de repérer des débuts de concertation et faire en sorte qu'ils se développent en aidant les professionnels de santé.

B) L'entreprise médicale libérale

Nous présenterons, dans un premier temps, la méthodologie employée afin de préparer le colloque de l'URPS MLB et les diverses informations en découlant, puis nous aborderons l'importance de la notion de secret médical au sein du concept de l'entreprise médicale libérale.

1) Préparation du colloque de l'URPS MLB

La première étape de la préparation du colloque réside dans le choix du thème qui orientera les débats tout au long de la journée. Comme nous l'évoquions auparavant, cette décision de retenir la notion « d'entreprise médicale libérale » a été prise lors d'une réunion du Bureau de l'URPS MLB.

Par ailleurs, l'URPS MLB a mis en place, parmi toutes les commissions existantes, une **Commission Communication**. Sa mission principale est de réfléchir à la meilleure façon de diffuser le travail effectué par les membres de l'URPS MLB au grand public, aux partenaires, aux médecins libéraux de Bretagne, aux élus de l'URPS MLB. Ceci passe notamment par l'alimentation régulière du site internet (newsletter,...) de l'URPS MLB. Cette Commission qui se réunit mensuellement a également pour tâche, chaque année, **d'organiser le colloque**.

Lors de la Commission Communication qui s'est tenue le 25 avril 2013, la préparation du colloque a véritablement débuté. Plusieurs questions ont été abordées :

- La forme :
 - chercher des experts ;
 - définir un partenariat avec un laboratoire et une banque ;
 - trouver le lieu qui accueillera le colloque ;
 - prendre contact avec des juristes : intégrer des juristes, avocats à notre colloque ;
 - définir les invités et les convier.

Il faut dès à présent préciser que, s'agissant de la partie logistique du colloque, l'URPS MLB s'appuiera sur un partenariat avec un laboratoire. Celui-ci sera en charge, notamment, d'envoyer les invitations et de faire des relances, d'édicter des « flyers » et d'organiser le déjeuner.

- Le fond :
 - titre du colloque :
 - « Médecin libéral : un entrepreneur comme les autres ? » ou
 - « Entreprise médicale libérale : what else ? » ou
 - « Entreprise médicale libérale et 3^{ème} millénaire ? » ;
 - organiser un concours à proposer aux internes et aux médecins libéraux : « I have a dream : l'entreprise libérale : yes I can ! » ;
 - préparer le contenu des ateliers : s'appuyer sur le rendu des ateliers mis en place lors de l'Assemblée Générale du 18 avril 2013 ;
 - présenter d'un point de vue juridique les SCM/SCP/SEL.

Le colloque s'organisera en ateliers une partie de la journée, à l'image de l'Assemblée Générale du 18 avril 2013, ce qui permet plus d'interactions entre les différents acteurs. **Les AG de l'URPS MLB représentent** d'ailleurs, tout comme la Commission Communication, **un moment dédié pour partie à la préparation du colloque.**

L'AG du 18 avril, qui s'est tenue en présence des médecins élus et de l'équipe administrative, était divisée en deux parties : le matin, l'équipe administrative et le Président de l'URPS MLB ont présenté les principaux travaux effectués depuis la dernière AG du 6 décembre 2012, le procès-verbal de cette dernière AG a été approuvé, les comptes de l'exercice 2012 clôturés et la Commission de Contrôle élue.

Après une pause déjeuner, **l'après-midi fût consacrée à la préparation du colloque.**

L'après-midi a débuté par un « brainstorming » sur la notion d'entreprise médicale libérale, puisque difficile à cerner.

Le mot « liberté » est revenu à de très nombreuses reprises, les notions de partage et de communication ont été évoquées, les concepts d'efficacité et d'efficacités également.

Par ailleurs, d'autres expressions ont été entendues : « quelle galère », « fausse liberté », « responsabilité - engagement », « argent », « je ne suis pas entrepreneur mais médecin ».

Après ce brainstorming, les médecins élus présents ont été répartis au sein de cinq ateliers.

L'équipe administrative de l'URPS MLB, lors de diverses réunions d'équipe, avait identifié cinq axes de réflexion qui ont constitué les thèmes de chacun des ateliers.

L'objectif était d'observer la réaction des médecins face à ces différentes thématiques : paraissent-ils intéressés ? indifférents ? contrariés ?..., et de tirer des enseignements de ces réactions pour le colloque.

Un membre de l'équipe administrative était animateur et rapporteur d'un atelier. J'ai pu être en charge de l'atelier « Communication au sein de l'entreprise médicale libérale ».

Voici les cinq thèmes abordés lors de cette AG, développés au sein des ateliers :

1- Communication au sein de l'entreprise médicale libérale

- Qu'est-ce que j'échange ? Avec qui ? Notion de Secret Médical
- Les outils du partage d'informations

2- Transmission de l'entreprise médicale libérale

- Qu'est-ce que transmets ? Mon savoir, mes murs, ma patientèle ?
- Nouvelles Normes handicap

3- Management de l'entreprise médicale libérale

- Cabinet individuel
- Cabinet de groupe
- MSP / PSP

4- Entreprise médicale libérale et les missions de santé publique

- En tant que médecin libéral, est-ce que je me sens concerné par les missions de santé publique ?
- Si oui, quels outils sont mis à ma disposition ?
- Notion de continuité et accessibilité des soins / accueil des stagiaires / actions en santé publique

5- Charges administratives au sein de l'entreprise médicale libérale

- Qu'est ce que c'est ?
- Est-ce mon métier ?
- Comment intégrer cela à mon métier ?

Voici les propos des médecins élus qui se sont dégagés de la réflexion menée au sein de chaque atelier :

1- Communication au sein de l'entreprise médicale libérale :

- Le secret médical se retrouve partout au quotidien / difficile à gérer / valeur forte
- Contradiction entre intérêt du patient et optimisation des soins
- DMP : qu'est ce qu'on y met ? / confiance ou non dans cet outil / risque que des données soient analysables par des sociétés d'assurance, par l'Etat : il faut faire la balance santé publique - indépendance professionnelle

2- Transmission de l'entreprise médicale libérale :

- Il faut commencer par définir les mots suivants : libérale / ambulatoire / établissement / « bien commun »
- Transmission = compagnonnage / valeur économique / pérennisation du service rendu / transmission d'une liberté, d'une créativité / perte de la gestion de l'entreprise / passage

3- Management de l'entreprise médicale libérale :

- Pas de modèle unique, grande variabilité
- Gestionnaire d'entreprise
- Statut juridique / gouvernance

4- Entreprise médicale libérale et missions de santé publique :

- Difficulté à avoir une vision objective de ces missions
- Manque d'outils disponibles pour mener ces missions
- Il faut plus de coordination entre les acteurs
- Il faut intégrer davantage les libéraux qui sont des créateurs de projets
- Il faut créer plutôt que subir

5- Charges administratives au sein de l'entreprise médicale libérale :

- Charges imposées : labellisation, certification,...: ceci est chronophage, manque de formation pour y faire face
- Charges choisies : avoir une secrétaire médicale ou non
- Il faut investir les institutions pour modifier ces charges

À noter que les médecins incluent les charges financières dans les charges administratives.

Ces cinq thèmes seront à priori repris lors du colloque de l'URPS MLB. Cependant, ils pourront évoluer quelque peu au fur et à mesure de la préparation de cet événement.

2) Le secret médical

Lors d'une rencontre avec des professionnels de santé, une psychologue évoquait la question du secret médical au sein de l'exercice coordonné pluridisciplinaire.

Consciente de l'importance de cette notion, l'équipe administrative de l'URPS MLB a décidé d'en faire un axe majeur de réflexion du prochain colloque. Aussi, elle m'a demandé de rédiger une note juridique sur ce concept afin d'en cerner mieux les contours (cette note juridique figure à l'annexe 4).

Au delà de l'élaboration formelle de ce document, j'ai pu l'utiliser comme support de l'animation de l'atelier « Communication au sein de l'entreprise médicale libérale » mis en place lors de l'AG du 18 avril. Les médecins élus composant cet atelier ont ressenti mon investissement et une certaine maîtrise de cette notion. Les échanges furent alors très enrichissants.

IV) Analyse et interprétation des informations

A) L'exercice coordonné pluridisciplinaire

1) Le recensement de l'exercice coordonné pluridisciplinaire

S'agissant du croisement des listes de médecins généralistes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes exerçant en Bretagne, **il faut noter que le nombre de regroupements potentiels et de professionnels de santé impliqués est très élevé** (3665 professionnels, 793 regroupements).

Ces chiffres sont plus importants pour le Finistère (1176 professionnels, 245 regroupements) et l'Ille-et-Vilaine (1077 professionnels, 226 regroupements), ce qui paraît logique puisque ces deux départements comptent davantage de professionnels de santé que le Morbihan et les Côtes d'Armor.

Quant à la liste de projets d'exercice coordonné pluridisciplinaire identifiés qui a abouti à un résultat de 184 sites en Bretagne, elle témoigne du dynamisme de cette région s'agissant des MSP et PSP. **Le nombre de projets est très élevé et ne cesse de progresser.**

Ce travail de recensement a apporté des résultats plus homogènes entre les quatre départements bretons : 56 projets de MSP ou PSP pour l'Ille-et-Vilaine, 44 pour le Morbihan, 43 pour les Côtes d'Armor et 41 pour le Finistère.

2) L'accompagnement des professionnels de santé par l'URPS MLB

J'ai pu, à l'occasion de différentes rencontres, dénombrer des caractéristiques communes aux projets d'exercice coordonné pluridisciplinaire :

❖ **La difficulté de fédérer une équipe pluriprofessionnelle.**

J'ai remarqué une certaine timidité ou maladresse de la part des professionnels de santé lorsqu'ils se réunissaient. Par ailleurs, j'ai croisé des personnes très positives, mais aussi très démobilisatrices, des egos et des personnalités qu'il faut gérer. L'exercice coordonné pluridisciplinaire est avant tout une réunion d'hommes avec des caractères et des personnalités différentes, ce qui ne va pas sans poser de problèmes.

Un manque de temps disponible pour s'impliquer dans les projets a souvent été mis en avant.

Pour tenter de passer outre cette timidité, le Dr Béatrice Allard-Coualan et Olivia Briantais utilisent, lors de réunions ayant lieu en début de projet, la fiche « je me présente » (voir annexe 5). Il s'agit, pour un professionnel de santé, de se décrire brièvement ainsi que sa profession : nom, prénom, âge, statut professionnel (libéral, salarié, mixte) ; types d'actes réalisés, types de pathologies prises en charge, description d'une journée type de travail ; ce qu'il attend du projet d'exercice coordonné pluridisciplinaire,...

L'utilisation de cet outil permet souvent d'apporter une dynamique au sein du groupe de professionnels, de passer outre des représentations attachées à certaines professions et souvent, de dégager des axes de travail communs.

❖ **Le projet repose souvent sur une seule personne, sur un leader.** Si cela peut paraître positif au premier abord, le fait que la réussite d'un projet ne dépende que d'un seul homme comporte des risques. Certains professionnels profitent alors de cette situation et

sont prêts à rejoindre un projet, mais en fournissant peu d'efforts.

❖ **Des professionnels parfois plus attirés par le projet immobilier, quand il s'agissait d'une MSP, que par le projet de santé.**

❖ **Le rôle important joué par les élus locaux.**

Les élus locaux, très soucieux du dynamisme de leur territoire, ont bien compris que les MSP et PSP permettaient de rendre leur commune plus attractive, notamment pour les jeunes médecins. Voyant les médecins exerçant dans leur commune approcher l'âge du départ en retraite, ils anticipent l'avenir et pensent à la meilleure façon d'attirer de nouveaux professionnels. Ainsi, bon nombre de rencontres avec les professionnels de santé se font à l'initiative des élus locaux.

De plus, à moins d'un an des élections municipales, être à la base ou être associé à un projet de MSP / PSP représente un moyen efficace pour les élus locaux de se mettre en avant et de conquérir les électeurs. Malheureusement, ils sont parfois plus intéressés par ces échéances électorales et par le projet immobilier dans le cas de MSP que par le projet de santé, à l'instar de certains professionnels de santé.

B) L'entreprise médicale libérale

S'agissant du **déroulement de l'AG** du 18 avril, et particulièrement du temps dédié à la préparation du colloque, les **médecins élus** semblaient investis et concernés par le thème retenu, ce qui est rassurant, en vue du colloque. Il est très important de les associer à la préparation de cette journée car ils représentent un **vecteur indispensable de communication autour de cet évènement**. Au-delà de toute « publicité » que pourra mettre en place l'équipe administrative de l'URPS MLB pour rendre ce colloque attractif, le nombre de participants dépendra en grande partie de la capacité des médecins élus à fédérer autour de cette journée.

Le « brainstorming » réalisé lors de cette AG a divisé les médecins en deux catégories :

➤ ceux qui voyaient dans l'entreprise médicale libérale un moyen **d'être plus libres, plus efficaces, plus innovants** ;

➤ ceux qui **ne sentaient pas concernés par cette notion en tant que médecins** « **soignants** », qui estimaient que cela ne faisait pas partie de leur mission, qu'il s'agissait d'une « fausse liberté » et d'une charge de travail supplémentaire.

Cette deuxième catégorie de médecins correspond surtout à ceux qui ne se préoccupent que de la mission de soignant et non de questions organisationnelles, économiques,...

Comme nous l'évoquions auparavant, l'URPS MLB s'exposait à ce genre de réactions en choisissant le thème de l'entreprise médicale libérale pour son colloque. Il faudra donc réussir à convaincre davantage du bien-fondé de cette notion lors de cette journée.

Remarquons que les jeunes médecins semblent se situer entre ces deux catégories : ils sont animés par cette envie d'être innovants et efficaces, en intégrant une MSP par exemple, mais ne sont pas dans une réelle logique entrepreneuriale. Par exemple, le fait d'être propriétaires de leurs locaux de travail les intéresse moins que les anciennes générations de médecins.

V) Propositions d'actions et préconisations en termes de pilotage de politiques ou d'actions en santé publique

A) L'exercice coordonné pluridisciplinaire

Il s'agira d'envisager à la fois des actions permettant de parfaire la politique d'accompagnement des professionnels de santé désireux d'exercer de façon coordonnée, des actions permettant d'évaluer cet exercice coordonné et des actions permettant de pérenniser ce mode d'exercice. Dans ce cadre, l'URPS MLB et l'ARS Bretagne ont un rôle fondamental à jouer.

❖ Comme nous l'évoquions auparavant, les sites de MSP ou PSP peuvent faire appel à l'ARS afin d'obtenir un soutien financier à la mise en place de leur projet (fonds FIR).

Ce soutien peut se formaliser :

- par une aide à la mise en relation des différents acteurs,
- par la mise à disposition d'un consultant qui pourra aider les professionnels de santé à se fédérer en équipe,
- par la mise à disposition d'un consultant qui pourra aider les professionnels à structurer puis finaliser le projet de santé.

Ces trois modalités d'accompagnement sont indépendantes de la validation du projet de santé par l'ARS puisqu'intervenant avant l'élaboration de celui-ci.

- par le financement de temps de coordination,

Ce financement est octroyé après validation du projet de santé par l'ARS. Cette modalité d'accompagnement a été mise en place depuis peu de temps. Elle reste malheureusement de faible portée.

À noter que dans le cadre du SROS ambulatoire, l'ARS Bretagne a effectué un découpage de la Bretagne en **territoires d'offre de soins de premier recours**. Les territoires bretons fragiles en termes de démographie des professionnels de santé ont ainsi pu être identifiés. L'ARS accorde, par priorité, un soutien financier aux sites se trouvant sur ces territoires. Ce découpage a fait ressortir cinq types de territoires ou zones :

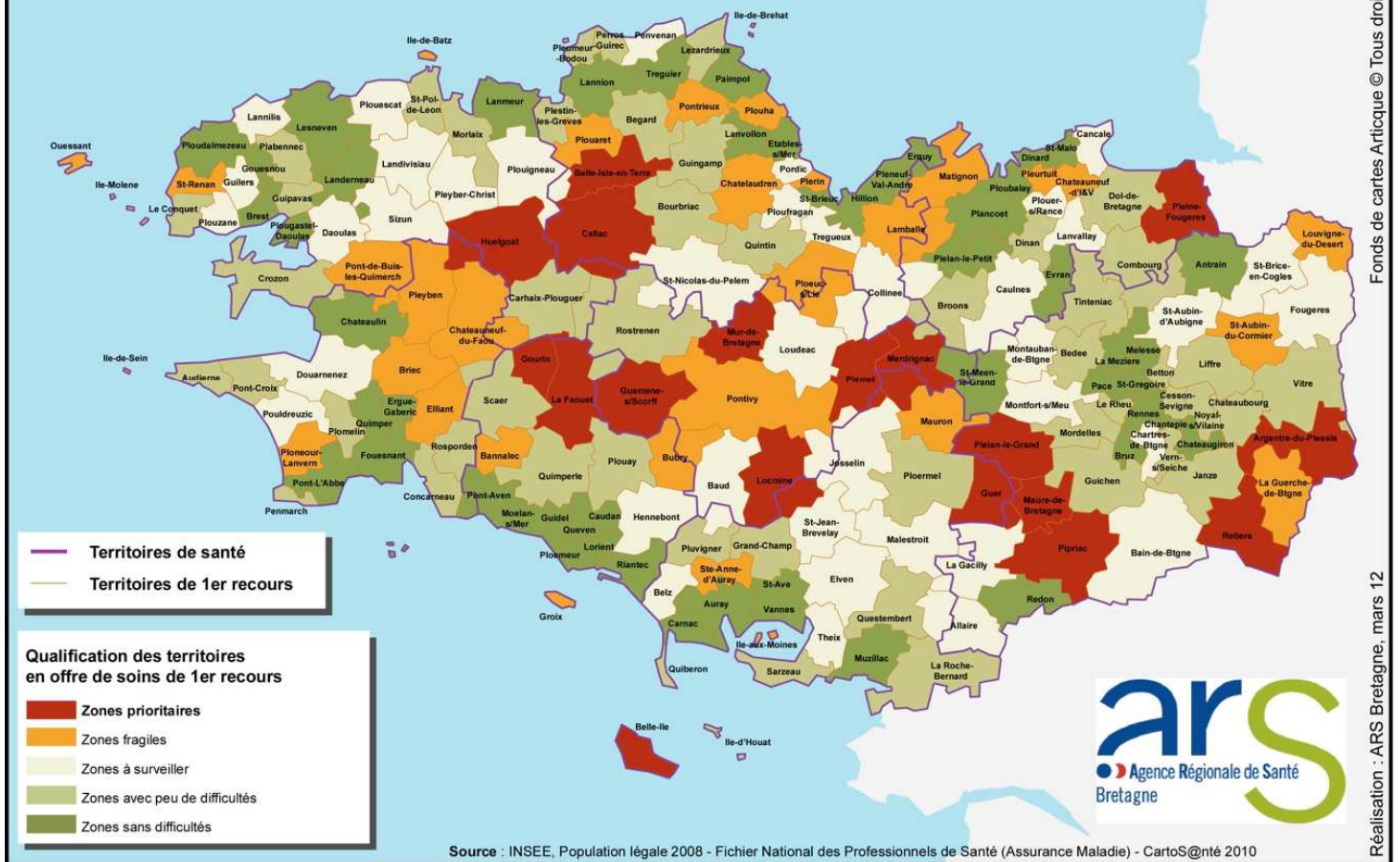
- prioritaires, ou
- fragiles, ou
- à surveiller, ou
- avec peu de difficultés, ou
- sans difficultés.

Les zones « prioritaires », « fragiles », « à surveiller » sont donc soutenues financièrement de façon privilégiée par l'ARS Bretagne.

Selon cette institution, le territoire de premier recours se définit comme « *un territoire d'accès à l'ensemble de l'offre de soins de premier recours, centré autour d'une commune « pôle » présentant une large gamme de service de proximité.* »

L'ARS Bretagne a déterminé 190 territoires de premier recours en Bretagne (voir cartographie ci-dessous).

Les zones prioritaires sur l'offre de soins de premier recours en Bretagne SROS Ambulatoire - Mars 2012



Fonds de cartes Artique © Tous droits réservés.
Réalisation : ARS Bretagne, mars 12

Afin d'élaborer cette cartographie, l'ARS Bretagne a tenu compte du niveau actuel de l'offre de soins de premier recours (zonage pluriprofessionnel) mais aussi de son évolution sur les prochaines années.

Cette cartographie est en cours d'actualisation. Un nouveau zonage est attendu pour le mois de septembre.

Cette politique qui consiste à aider de façon prioritaire les zones plus fragiles comporte deux limites.

D'une part, **certains projets qui ne sont pas situés en zones « prioritaires », ou « fragiles » mériteraient tout de même d'être soutenus.**

En effet, ces projets ont d'une certaine façon plus de chance de réussir, d'être dynamiques et porteurs, que des projets regroupant des professionnels situés dans une zone plus vulnérable,

qui sont essoufflés et démotivés.

D'autre part, ce zonage effectué par l'ARS Bretagne est révélateur de la situation d'un territoire à un moment donné. Mais cette situation peut évoluer. Et parfois rapidement. Un territoire sans problème particulier peut rencontrer subitement des difficultés suite au départ précipité d'un médecin, à un arrêt pour cause de maladie,...

Par ailleurs, cette cartographie ne reflète pas toujours la situation réelle d'un territoire.

Pour exemple, le territoire comprenant Quiberon et Saint Pierre-Quiberon est considéré comme ayant peu de difficultés alors que les professionnels de santé y exerçant soutiennent grandement ceux de Belle-Ile (zone considérée comme prioritaire) qui eux, sont confrontés aux spécificités de la situation insulaire (isolement, faible démographie médicale). Des médecins de Quiberon et Saint-Pierre-Quiberon accueillent des patients de Belle-Ile alors qu'ils sont déjà débordés.

L'ARS Bretagne devrait donc, au-delà de cette cartographie, tenir davantage compte des spécificités des territoires et des difficultés apparaissant sur certains sites avant de décider de soutenir ou non un projet.

Il faut préciser qu'une instance a été mise en place en Bretagne afin d'aider l'ARS dans son choix des sites à accompagner financièrement. Il s'agit de la CARPEC, Commission d'Appui Régionale des Projets d'Exercice Coordonné. Elle a été créée afin de répondre à l'augmentation du nombre de projets d'exercice coordonné pluridisciplinaire et donc à l'augmentation de demande de subventions de la part des professionnels de santé.

Ainsi, cette instance :

- effectue une sélection des sites qui pourraient bénéficier d'un accompagnement financier (fonds FIR), principalement pour la mise à disposition d'un consultant aidant à l'élaboration du projet de santé. Ces dossiers seront ensuite étudiés par la Commission Spécialisée de l'Offre de Soins (CSOS) qui émet un avis sur l'opportunité de cet accompagnement financier. La décision finale revient à l'ARS.
- émet un avis sur la validation ou non des projets de santé par l'ARS. La décision finale revient à l'ARS.

- émet un avis sur l'opportunité d'un accompagnement financier FNADT ou DETR, préalablement à l'étude des dossiers par le Comité Régional de Sélection des maisons et pôles de santé (CRS) à qui revient le pouvoir de décision d'octroi ou non des ces fonds. Sachant que le versement de ces subventions est conditionné par la validation du projet de santé par l'ARS.

❖ Par ailleurs, nous pouvons regretter que l'ARS Bretagne n'effectue pas de réel suivi des projets d'exercice coordonné pluridisciplinaire qu'elle accompagne.

Que se passe-t-il vraiment dans ces regroupements ? Où en sont les projets ? Quel est leur degré de maturité ? **Une évaluation des sites d'exercice coordonné pluridisciplinaire serait nécessaire : vérifier si les objectifs fixés ont été atteints, insuffler, si besoin est, une nouvelle dynamique, etc.**

Il semblerait que l'ARS Bretagne ait pris conscience de cette lacune et veuille mettre en place une évaluation des sites d'exercice coordonné pluridisciplinaire bretons. À suivre...

Force est de constater que l'URPS MLB, par manque de moyens humains et financiers, éprouve également des difficultés à faire ce suivi.

❖ **Il convient également de rappeler, comme nous l'évoquions auparavant, l'importance de la reconduction des ENMR afin d'apporter plus de pérennité à l'exercice coordonné pluridisciplinaire. Il faudrait donc, d'un point de vue de santé publique, que le gouvernement prolonge ce soutien financier.**

Pourtant, si les fonds provenant des ENMR devraient continuer à être octroyés aux sites en bénéficiant déjà, leur extension à de nouveaux projets est loin d'être acquise.

Les négociations conventionnelles seront menées par les syndicats représentatifs de chaque profession de santé, de façon séparée. Ceci est regrettable. **Les professionnels de santé devraient s'associer dans cette démarche, ce qui apporterait une force supplémentaire à cette requête.** En outre, le risque est de voir une concurrence s'installer entre eux, chaque profession voudra obtenir le financement le plus important.

❖ Enfin, même si l'URPS MLB évolue avec des moyens humains et financiers limités, elle pourrait envisager **d'accompagner davantage de professionnels de santé et de mener elle aussi une évaluation des projets de MSP ou de PSP dans lesquels elle a pu**

s'investir.

L'URPS MLB se situe à un carrefour : soit elle continue de fonctionner avec ses moyens humains actuels, et il lui sera alors quelque peu complexe d'effectuer tout ce travail supplémentaire ; soit elle renforce son équipe par l'embauche d'un chargé de missions supplémentaire et pourra assumer dans de meilleures conditions un accompagnement des professionnels de santé plus conséquent.

En outre, d'autres actions à entreprendre par l'URPS MLB sont envisageables. Par exemple, **elle pourrait former des professionnels de santé impliqués dans des projets de MSP ou de PSP à la gestion de projets, à mieux fédérer un groupe et à « manager » un groupe, etc.**

B) L'entreprise médicale libérale

L'URPS MLB devrait **faire une place plus importante aux patients** lors de leurs prochains colloques au travers du choix des thèmes abordés. Le lien avec les patients n'apparaît que très peu dans la notion d'entreprise médicale libérale. La bonne santé des patients reste pourtant la finalité du métier de médecin.

D'autre part, l'URPS pourrait envisager de **faire intervenir les représentants des patients et des usagers au colloque en tant qu'experts** et non pas seulement en tant qu'invités, en fonction des thèmes traités. Le **Collectif Inter associatif Sur la Santé Bretagne (CISS)** pourrait représenter cet expert.

Le CISS Bretagne est une association soumise à la loi de 1901, créée le 5 décembre 2005. Il réunit diverses associations bretonnes œuvrant dans les champs du sanitaire, social et médico-social principalement. Un CISS national existe également.

Un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens a été signé entre le CISS Bretagne et l'ARS Bretagne, lui permettant de bénéficier de subventions.

Ce collectif a pour but de défendre les intérêts et les droits des usagers du système de santé et médico-social, de les informer ; d'accompagner et de soutenir les représentants des usagers et les différentes associations dans leurs missions.

Le CISS Bretagne fait souvent partie de groupe de travail réunissant l'ARS, les URPS,...

Cette association aurait donc toute légitimité à tenir un rôle plus important lors d'un colloque de l'URPS MLB en apportant son expertise sur un sujet ayant trait au bien être des patients.

Enfin, l'une des missions confiées par la loi à l'URPS est de « *participer à des actions dans le domaine des soins, de la prévention, de la veille sanitaire, de la gestion des crises sanitaires, de la promotion de la santé et de l'éducation thérapeutique* ».

Ne pourrait-on pas alors envisager qu'à l'occasion de ses colloques, **l'URPS s'investisse davantage dans la prévention et/ou la promotion de la santé ?**

Par exemple, nous pouvons citer l'URPS ML Provence-Alpes-Côte d'Azur qui a choisi un tout autre thème pour son prochain colloque : « Les violences faites aux femmes ». Suite à l'édition du guide sur « l'enfant en danger ou en risque de l'être » et à la campagne de sensibilisation du grand public sur les « bébés secoués », l'URPS ML PACA a souhaité sensibiliser les médecins libéraux à cette question, problème majeur de santé publique. D'autant que le médecin a un rôle important à jouer s'agissant du dépistage des violences faites aux femmes, du recueil oral de ces violences, de la rédaction d'un certificat qui peut servir de support au dépôt d'une plainte. Les médecins craignent souvent que la rédaction de ce certificat représente un non respect du secret médical. Beaucoup de médecins ignorent que ce cas de figure entre dans le champ d'application des dérogations au respect du secret médical...

VI) Focus sur trois projets d'exercice coordonné pluridisciplinaire

Parmi toutes les rencontres avec les professionnels de santé et les élus locaux auxquelles j'ai pu participer, trois projets d'exercice coordonné pluridisciplinaire ont retenu mon attention.

A) La Chapelle des Fougeretz

Au cours de ma formation à l'EHESP, j'ai effectué une étude avec deux camarades, portant sur un projet de PSP à la Chapelle des Fougeretz. Nous avons élaboré une trame méthodologique reprenant les grandes étapes de mise en place d'un PSP. Tout au long de ma mission à l'URPS MLB, j'ai continué à suivre ce projet et à rencontrer les professionnels de santé impliqués.

❖ Contexte

Docteur Quintin, médecin généraliste exerçant à La Chapelle des Fougeretz, est à l'origine de ce projet. Il a souhaité créer, avec deux autres médecins, une maison médicale pouvant accueillir cinq médecins généralistes autour de laquelle se greffera un PSP. Ce pôle profitera aux patients pris en charge à la maison médicale et regroupera des professionnels de santé de La Chapelle des Fougeretz mais aussi de Montgermont, commune limitrophe. En effet, beaucoup de professionnels de Montgermont prennent en charge des patients vivant à La Chapelle des Fougeretz. Une fois construite, trois médecins généralistes s'installeront dans cette maison médicale : Docteur Quintin, Docteur Graal-Pollard installée à la Chapelle des Fougeretz, Docteur Pajaniradja (médecin militaire en reconversion professionnelle). Deux places resteront donc à pourvoir sachant que des contacts avec des jeunes médecins potentiellement intéressés par le projet ont déjà été pris.

Ce projet de maison médicale et de PSP s'est imposé comme une nécessité pour Docteur Quintin afin d'améliorer ses conditions de travail, de bénéficier d'un meilleur respect de sa vie privée et de parfaire la prise en charge de sa patientèle.

La Mairie de la Chapelle des Fougeretz n'a pas souhaité soutenir le projet immobilier de maison médicale. Elle a néanmoins cédé, aux trois médecins, le terrain support de la maison médicale à bas prix.

Après une réunion d'informations (voir annexe 6) ayant rassemblé bon nombre de professionnels de santé de La Chapelle des Fougeretz et de Montgermont, une association loi 1901 s'est formée.

Le fait de se fédérer au sein d'une association permet d'être plus unis, de concrétiser une amorce de projet et d'être davantage visibles auprès des autres acteurs du territoire (élus locaux, acteurs de la santé). Par la suite, les statuts de l'association ont été rédigés et déposés en préfecture afin de déclarer cette association.

Les professionnels de santé ont entamé aujourd'hui la phase essentielle de la rédaction du projet de santé. Un avant-projet avait déjà été rédigé au mois de décembre 2012 (voir annexe 7).

❖ Rôle de l'URPS MLB

Docteur Quintin a fait appel à l'URPS MLB afin de bénéficier d'un soutien méthodologique destiné à impulser une dynamique de groupe et, dans un second temps, destiné à encadrer les professionnels de santé dans l'élaboration du projet de santé.

❖ Avantages

- Un leader : Docteur Quintin ;
- Des professionnels de santé se montrant très intéressés par le projet ;
- Une coordination informelle déjà existante entre eux ;
- Une bonne dynamique lors des premières réunions ;
- Docteur Quintin est déjà maître de stage et accueille des étudiants dans son cabinet.

❖ Inconvénients

- Financement : zone non prioritaire ;
- Relations tendues avec le quatrième médecin généraliste exerçant actuellement à la Chapelle-des-Fougeretz. Il n'est pas intégré au projet ;
- Tous les professionnels de santé de Montgermont n'ont pas été impliqués dans le projet, seulement les partenaires du Docteur Quintin et du Docteur Graal-Pollard qui prennent en charge des patients habitant à La Chapelle des Fougeretz.
Il aurait été intéressant d'étendre quelque peu la dimension du PSP, de raisonner davantage en « intercommunalité » ;
- Une certaine timidité des acteurs.

❖ Mon rôle

- Rédaction en groupe, dans le cadre de ma formation à l'EHESP, d'une trame méthodologique reprenant les différentes étapes de mise en place d'un projet d'exercice coordonné pluridisciplinaire, appliquée au projet de la Chapelle des Fougeretz ;
- Présentation de la trame méthodologique aux professionnels de santé ;
- Différentes rencontres avec les professionnels de santé :

- 30 janvier : première rencontre avec les trois médecins initiateurs du projet, accompagnée par mes deux camarades de l'EHESP. Des explications leur ont été données sur le travail que nous devons fournir dans le cadre de notre formation. Les attentes respectives quant à ce travail ont été échangées.

- 6 février : première réunion des trois médecins avec les professionnels de santé conviés à ce rassemblement. Une invitation avait été lancée (voir annexe 6) par les médecins aux professionnels exerçant à La Chapelle des Fougeretz et à certains professionnels de communes limitrophes (Montgermont particulièrement). Beaucoup ont répondu présent. L'association loi 1901 s'est constituée, son Bureau élu.

- 25 février :

- Présentation du « projet EHESP » aux membres du Bureau de l'association ;
- Préparation de l'Assemblée Générale de l'association du 13 mars.

- 13 mars :

- Présentation du « Projet EHESP » à l'Assemblée Générale ;
- Utilisation par certains professionnels de santé de la fiche « je me présente » ;
- Adoption des statuts de l'association, ainsi que le nom de l'association : « Epissure Santé » ;
- Réflexion sur certains thèmes qui pourraient être développés en groupes de travail : le suicide, le diabète, ... Les professionnels de santé ont fixé la date de la première réunion de leur groupe de travail : le 9 avril.

- Rencontre prochaine avec les professionnels de santé afin de mettre en place un système d'informations partagé et de faire le point sur l'avancement de leur projet.

Aujourd'hui :

Des groupes de travail ont été constitués. Les rencontres et échanges entre les professionnels de santé se poursuivent. L'équipe de l'URPS MLB est restée en contact avec les trois médecins initiateurs du projet, notamment pour la mise en place d'une messagerie sécurisée.

B) Quiberon

❖ Contexte

La Presqu'île de Quiberon accueille une population de plus en plus vieillissante : sa très belle situation géographique séduit les retraités.

Mais les prix de l'immobilier sont très élevés du fait de cette localisation. Cela n'est donc pas attrayant pour les jeunes professionnels de santé désireux de s'installer à la Presqu'île.

Or, les professionnels de santé des communes de Quiberon et de Saint-Pierre Quiberon approchent pour beaucoup d'entre eux l'âge de la retraite, particulièrement les médecins généralistes. Leur crainte de ne pas trouver de successeurs grandit.

Ils ont une activité très intense et accueillent même des patients venant de Belle-Île, zone classée prioritaire par l'ARS.

D'autre part, le laboratoire d'analyses biologiques ne répond pas aux nouvelles normes d'accessibilité qui entreront en vigueur en 2015. Le laboratoire ne pourra sans doute pas s'y conformer, faute de moyens, et redoute de devoir fermer ses portes.

Les ERP, Etablissements Recevant du Public, devront d'ici le 1^{er} juin 2015, mettre leur bâtiment aux normes, afin que les conditions d'accès des personnes handicapées soient les mêmes que pour les personnes valides.

Le personnel du cabinet de radiologie, quant à lui, est débordé : en effet, en plus de son activité « classique », il prend en charge, par télé-médecine, les patients de Belle-Île.

Tous ces constats effraient quelque peu la population de ces deux communes. Certains sont partis s'installer dans des villes comme Auray ou Vannes, à proximité d'établissements hospitaliers afin d'être rassurés quant à leur prise en charge médicale.

Les professionnels de santé de Quiberon et de Saint-Pierre Quiberon, alertés par cette situation, ont alors émis le souhait de créer une MSP afin de rendre le territoire plus attractif pour les jeunes professionnels et d'améliorer le parcours de soins des patients, confrontés de plus en plus aux maladies chroniques qui accompagnent le vieillissement de la population. À cet effet, ils ont créé le 17 janvier 2012 l'Association de Santé la Prsequ'île de Quiberon et environs réunissant cinquante d'adhérents.

Mais le projet est aujourd'hui ralenti alors que la réflexion a commencé il y a quelques années déjà. Les professionnels de santé s'interrogent beaucoup sur le projet immobilier, au détriment du projet de santé. Le projet de santé rédigé en 2012 n'est qu'une « trame » pour le moment (voir annexe 8).

La Mairie de Quiberon est désireuse de s'impliquer dans le projet immobilier. Elle pourrait être propriétaire des locaux et les louer aux professionnels de santé. La Mairie aurait la possibilité de faire appel à un bailleur social pour édifier cette MSP. Il s'agirait d'un projet mixte de MSP et de logements sociaux au sein du même bâtiment.

Une autre solution, voulue par certains professionnels de santé, pourrait être de constituer une Société Civile Immobilière entre la Mairie de Quiberon et certains professionnels de santé désireux d'être propriétaires de leur outil de travail. La Mairie louerait alors les locaux aux autres professionnels de santé ne voulant pas être propriétaires des murs.

Le dernier schéma n'est pas apprécié par Monsieur le Maire de Quiberon qui craint que, lors de leur départ en retraite, les professionnels de santé revendent leur cabinet à un prix élevé alors que la commune peine à attirer de jeunes professionnels. Il préférerait être propriétaire de tout l'ensemble immobilier.

Madame le Maire de Saint-Pierre Quiberon, quant à elle, ne souhaite pas que sa commune s'engage dans le projet immobilier. Elle estime qu'il appartient aux médecins libéraux d'investir par leurs propres moyens dans leur outil de travail. Aussi, elle rappelle qu'une **Mairie ne peut être impliquée financièrement dans un projet concernant une commune voisine.**

Cependant, elle aimerait qu'à l'avenir les médecins de Quiberon puissent venir effectuer des consultations avancées (consultation de médecins dans un cabinet ou établissement autre que

leur lieu d'exercice principal) à Saint-Pierre Quiberon si nécessaire. La Mairie pourrait alors mettre gratuitement des locaux à disposition de ces médecins (locaux à usage professionnel et locaux à usage privé).

Mais à moins d'un an de la fin de son mandat, et Madame le Maire ne souhaitant plus se présenter aux futures élections municipales, ces projets restent très hypothétiques.

Un point de discordance important est à noter. Une pharmacie souhaitait s'implanter à côté du futur emplacement destiné à accueillir la MSP. Il s'agit d'un terrain appartenant à la SNCF. Or, les deux autres pharmacies de Quiberon et certains professionnels de santé désapprouvent ce choix qui nuirait d'une certaine façon à la concurrence : les patients fréquentant la MSP tendront à se rendre dans cette pharmacie de façon privilégiée.

❖ Rôle de l'URPS MLB

Face à ce blocage, l'URPS MLB a, à la demande de quelques professionnels de santé, rencontré Monsieur le Maire de Quiberon ainsi que Monsieur le Délégué aux Affaires Sociales, Madame le Maire de Saint-Pierre Quiberon et certains professionnels de santé impliqués dans le projet. Et ce, afin de faciliter la communication entre tous ces acteurs.

Nous avons rappelé aux élus locaux de Quiberon la nécessité de se positionner sur le rôle qu'ils souhaitent réellement jouer dans le projet immobilier. Les professionnels de santé éprouaient le besoin d'obtenir des réponses pour mieux se projeter dans la réalisation du projet de santé.

Le conseil municipal, à l'instar de Monsieur le Maire et de Monsieur le Délégué aux Affaires Sociales, souhaitera-t-il assumer la maîtrise d'ouvrage de la construction immobilière ? Avec quels financements ?

Il faut en effet tenir compte de la classification effectuée par l'ARS : le territoire sur lequel se situent Quiberon et Saint-Pierre Quiberon est considéré comme étant une zone avec peu de difficultés. Il sera alors difficile d'obtenir des fonds FNADT ou DETR.

La Mairie pourra néanmoins espérer l'allocation d'une subvention de la part du Conseil Régional ou du Conseil Général.

Nous avons également insisté auprès des professionnels de santé sur l'importance du projet de santé et de sa mise en œuvre, au-delà du document écrit.

❖ Avantages

- Des coordinations existent déjà entre certains professionnels de santé. Mais ils n'intègrent pas cela à leur projet de santé, ne savent pas valoriser leurs actions.
- L'intervention d'un consultant (Hyppocrate) avait été financée par la Mairie de Quiberon. L'étude d'Hyppocrate portait sur les données démographiques, l'offre de soins existante, les besoins de la population ; un sondage auprès des professionnels s'agissant de leurs souhaits a été réalisé ; une aide à la définition d'un plan d'action concerté entre élus et professionnels de santé a été apportée. Mais les professionnels de santé tardent à rédiger de façon plus approfondie leur projet de santé.

❖ Inconvénients

- Incompréhensions et manque de communication entre les élus locaux et les professionnels de santé ;
- Zonage de l'ARS : il sera difficile d'obtenir des financements pour le projet immobilier et/ou pour le système d'informations ;
- Des professionnels de santé épuisés par ce projet.

❖ Mon rôle

- Réunion le 25 février 2013 avec Monsieur le Maire de Quiberon et Monsieur le Délégué aux Affaires Sociales, autre réunion avec Madame le Maire de Saint-Pierre Quiberon, déjeuner avec certains professionnels de santé impliqués dans le projet.
- Rédaction, à la demande de Monsieur le Maire de Quiberon, d'un document à l'intention de tous les élus locaux de Quiberon, présentant le contexte démographique de la Presqu'île de Quiberon, expliquant le rôle de l'URPS MLB et répertoriant les différentes implications possibles de la Mairie dans le projet immobilier (voir annexe 9).

Aujourd'hui :

Docteur Josse, initiateur et leader jusqu'à présent de ce projet, a décidé de s'en retirer et d'abandonner ses fonctions de Président de l'Association de Santé la Presqu'île de Quiberon et environs (voir annexe 10). Pour expliquer son départ, il met en avant un projet qui n'avance plus et des raisons personnelles. D'autres membres de l'association semblent également à bout de souffle.

Un nouveau Bureau de l'association a été élu le 16 mai 2013, avec à sa tête Olivier Duport, infirmier libéral installé à Quiberon (voir annexe 11).

Le conseil municipal semble s'être enfin positionné sur le projet immobilier : un rendez-vous va être pris avec la SNCF afin de finaliser l'acquisition du terrain destiné à accueillir la MSP avant le mois de décembre 2013. La Mairie fera appel à un bailleur social pour la construction du bâtiment qui contiendra la future MSP et des logements sociaux.

Les élus locaux insistent néanmoins sur le fait qu'ils doivent être davantage associés au projet et qu'une collaboration plus grande devra se mettre en place entre eux et les professionnels de santé.

L'ARS déplore un projet encore trop centré sur l'immobilier qui n'a vu, pour le moment, aucune action se concrétiser.

C) Le Grand Fougeray

❖ Contexte

Au vu du vieillissement de la population, des professionnels de santé et eu égard à la classification du Pays du Grand-Fougeray par l'ARS comme zone à surveiller, les élus locaux et certains professionnels de santé du Grand-Fougeray ont émis le souhait de créer une MSP-PSP autour de l'hôpital du Grand-Fougeray afin de pérenniser l'offre de soins existante. À cet effet, l'Association des professionnels de santé libéraux du Pays du Grand-Fougeray a été mise en place.

Un consultant, Eliane Conseil, désigné et financé par l'ARS, est intervenu à deux reprises afin d'aider les professionnels de santé à élaborer leur projet de santé (voir annexe 12). Mais

ce projet semble rencontrer quelques difficultés puisqu'après quelques années de réflexion et de réunions entre les acteurs, aucune action n'a pour le moment été mise en place.

L'élément de blocage majeur réside dans le fait que les professionnels de santé veulent créer un poste de coordinateur des soins impliqué dans ce projet. Ce coordinateur serait un médecin salarié de l'hôpital du Grand-Fougeray. Il aurait pour mission principale d'être « médecin coordinateur de territoire » : faire le lien entre tous les professionnels de santé membres du PSP, le milieu sanitaire, le milieu médico-social et le milieu social à l'échelle du canton du Grand-Fougeray.

Son poste serait financé sur la base de subventions publiques (fonds FIR, FNADT, DETR) que les professionnels espèrent obtenir.

Le temps de travail de ce médecin coordinateur serait partagé entre trois établissements différents : l'EHPAD de l'hôpital du Grand-Fougeray, un foyer de vie pour adultes handicapés vieillissants et la MSP-PSP.

Or, il n'est pas certain que des fonds soient trouvés pour financer ce poste. Mais les professionnels de santé semblent laisser reposer l'entièreté de la bonne marche du projet sur ce rôle de coordinateur. De plus, les professionnels peinent à comprendre qu'une coordination doit déjà exister entre eux, entre les différentes professions représentées, au-delà de la présence d'un coordinateur.

Autre élément de blocage, l'incompréhension des professionnels de santé s'agissant de la notion véritable de « projet de santé ». Ils avaient surtout à cœur d'élaborer un projet de santé afin de respecter la procédure mise en place par l'ARS mais, sans grande conviction, et sans application concrète de cet écrit.

Il faut cependant noter que le consultant désigné par l'ARS pour les accompagner n'a pas réussi, de son côté, à leur faire prendre conscience de l'importance du projet de santé et de sa réalisation effective.

Les professionnels de santé semblent également trop focalisés sur le projet immobilier et donnent l'impression d'attendre la construction matérielle de la MSP pour déployer de quelconques actions.

Une autre difficulté tient dans le rôle joué par l'hôpital du Grand-Fougeray dans ce projet. D'une part, en raison de sa situation géographique : la MSP serait rattachée aux locaux de cet hôpital, or celui-ci est excentré par rapport à la ville, ce qui n'est pas optimal pour les patients.

D'autre part, en raison du lien trop important entre le projet de santé de la MSP et les projets de l'hôpital. En effet, l'hôpital espère une augmentation de son activité de SSR par la création de nouveaux lits. Pour y parvenir, il aura besoin de subventions. Il peut être craint que des fonds alloués pour la MSP et le PSP (FIR, FNADT, DETR) soient utilisés pour financer l'augmentation de l'activité de SSR si les subventions espérées à cet effet ne sont pas obtenues.

Dans tous les cas, au-delà du simple volet financier, il n'est pas sain de lier les objectifs appartenant à l'hôpital du Grand-Fougeray et les objectifs fixés par les membres de la future MSP et du futur PSP.

Quant au montage financier de la construction immobilière de la MSP, il est prévu que l'hôpital du Grand-Fougeray soit le maître d'ouvrage et le propriétaire de la future MSP. L'hôpital a-t-il les moyens de financer cette MSP ? Juridiquement, peut-il être propriétaire de la MSP ? Les financements sont attribués à l'hôpital pour des activités et autorisations spécifiques et déterminées. L'établissement ne peut utiliser ces fonds comme bon lui semble, et notamment pour acheter les locaux de la MSP.

Une fois de plus, MSP-PSP et hôpital sont trop liés.

Dernière problématique : les pharmaciens se sont désengagés du projet car leur souhait de se rapprocher géographiquement de la future MSP n'a pas été accepté par la municipalité (ils voulaient construire de nouveaux bâtiments car leurs locaux actuels ne respecteront pas les nouvelles normes handicap). Les élus locaux préfèrent que la pharmacie reste implantée au centre ville, à proximité des autres commerces. Ils ont alors exercé une pression sur les pharmaciens à cet effet, provoquant leur colère et leur retrait du projet.

❖ Rôle de l'URPS MLB

- En vue de la CARPEC du 14 mars 2013, l'ARS Bretagne a souhaité rencontrer les professionnels de santé et les élus locaux afin de faire un point sur l'avancement du projet. L'URPS MLB a été associée à cette demande de l'ARS.

Cette réunion a eu lieu le 25 février 2013. Étaient présents, deux représentants de l'ARS, des élus locaux, les professionnels de santé du Grand-Fougeray, Olivia Briantais et moi-même ;

- Participation de l'URPS MLB à la CARPEC du 14 mars 2013.

❖ Avantages

- Des collaborations ont déjà été mises en place entre certains professionnels de santé mais n'apparaissent pas dans le projet de santé (exemple des masseurs-kinésithérapeutes qui effectuent entre eux des réunions sur le thème de la lombalgie) ;
- Des élus locaux impliqués : quatre professionnels de santé sont logés par la Mairie dans l'attente de la réalisation de la MSP.

❖ Inconvénients

- Montage financier du projet immobilier qui n'est pas transparent ;
- Projets de l'hôpital et projet de santé de la MSP trop interdépendants ;
- Mésentente entre certains professionnels de santé et certains élus locaux ;
- Les médecins généralistes ne souhaitent pas devenir maîtres de stage ;
- La faible implication de certains paramédicaux dans le projet.

❖ Mon rôle

- Présence à la réunion du 25 février 2013 ;
- Présence à la CARPEC du 14 mars 2013.

Lors de la réunion de la CARPEC du 14 mars 2013, l'instance a émis un avis négatif quant à la validation du projet de santé proposé par le Grand-Fougeray.

L'attribution d'un nouvel accompagnement financier par l'intermédiaire d'un consultant a été proposée. L'objectif de cet accompagnement serait de :

- prioriser les actions trop nombreuses inscrites dans le projet de santé ;
- retranscrire manuscritement dans le projet de santé les actions déjà mises en place dans les faits ;
- impliquer davantage les paramédicaux ;
- mettre en place plus de coordination pluriprofessionnelle.

Aujourd'hui :

Un représentant de l'ARS a rencontré les professionnels de santé impliqués afin de leur faire part des avis émis par la CARPEC.

Les nouvelles apportées suite à cette rencontre à l'URPS MLB ne sont guère rassurantes : les médecins généralistes, visiblement essouffés, se sont désengagés du projet.

Même si les masseurs-kinésithérapeutes semblent vouloir s'investir davantage, le projet semble bel et bien suspendu, pour le moment.

VII) Focus sur deux outils de démarche qualité :

« La grille de progression » et « La matrice de maturité »

A) Présentation

La santé est un domaine évolutif où le progrès est constant. Les professionnels de santé se doivent ainsi d'adapter leurs pratiques et leurs organisations aux diverses évolutions.

Les deux outils que nous allons présenter ont vocation à accompagner les professionnels de santé dans une démarche d'adaptation et d'amélioration de leurs pratiques, démarche entreprise par eux-mêmes et non imposée par une autorité supérieure : il s'agit donc d'une démarche qualité.

1) La grille de progression

Le secteur libéral de la santé est marqué aujourd'hui par une multitude de structures très diverses : cabinets individuels, cabinets de groupe, MSP, PSP, cliniques. De plus, les MSP et PSP ne cessent de se multiplier.

Il paraît donc essentiel de pouvoir identifier, différencier et évaluer tous ces modes d'organisation. La grille de progression permet d'effectuer cette tâche.

Elle est décrite aujourd'hui comme un outil de démarche qualité, un support au désir d'auto-évaluation par les professionnels de leur exercice. Ce désir étant partagé par des institutions comme l'ARS, les URPS, la HAS.

La grille de progression représente donc un très bon instrument amenant à une évolution et à une amélioration des pratiques professionnelles.

Elle a par ailleurs pour objectif de mettre en évidence le travail réalisé par des structures qui sont souvent peu visibles des pouvoirs publics (exemple de sites où se pratique un exercice coordonné pluridisciplinaire mais qui n'ont pas transmis leur projet de santé à l'ARS pour validation et qui ne sont donc pas repérés par elle).

En outre, dans un contexte financier difficile, elle permettra aussi d'évaluer les coûts qu'impliquent la mise en place et le fonctionnement des structures coordonnées pluridisciplinaires.

Reconnue par les anglo-saxons et interpellant de plus en plus d'acteurs de la santé en France, la CN-URPS ML a fait le choix de s'emparer de cet outil. Cette réflexion est menée depuis environ six mois au sein de la commission « Pôles et maisons de santé » de la CN-URPS ML. Divers représentants d'URPS Médecins Libéraux se rencontrent à cet effet.

Les membres de cette commission sont partis de lectures internationales et d'idées propres afin d'élaborer la grille de progression.

L'URPS MLB, portée, s'agissant de ce projet par Dr Hervé le Néel et Olivia Briantais, a été désignée responsable de la commission « Pôles et maisons de santé ». La prochaine réunion de cette commission aura lieu le 19 juin 2013. J'y participerai, accompagnée par Dr Le Néel, Dr Allard-Coualan et Olivia Briantais.

Afin qu'elle soit diffusée le plus largement possible, Dr Hervé Le Néel et Olivia Briantais présentent la grille de progression, depuis sa création, aux partenaires de l'URPS MLB et à

diverses institutions : membres du COPIL Inter-URPS, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, ARS, CARPEC, syndicats de médecins.

À noter qu'un Copil Inter-URPS a eu lieu le 22 avril afin de mener une réflexion sur l'utilisation de la grille de progression. De membres de l'ARS Bretagne, invités pour l'occasion, y ont participé.

La grille de progression se présente sous la forme d'une grille d'analyse à deux entrées :

- En abscisse : les caractéristiques de l'organisation (continuité des soins, pratiques de santé publique, accueil d'un stagiaire,...) ;
- En ordonnée : un niveau de structuration croissant pour chacune des caractéristiques définies en abscisse qui permet d'évaluer les progrès réalisés et ce qui peut encore être amélioré.

Plusieurs niveaux de structuration sont proposés dans la grille, visant à identifier l'état d'avancement d'un projet. Mais les colonnes doivent être lues indépendamment les unes des autres. En effet, une structure peut se situer à un niveau III pour un item et à un niveau V pour un autre item. Le but n'étant pas de répondre positivement à tous les items. Cela dépendra du contexte particulier propre à chaque structure (besoins, ressources, compétences en place, désirs des professionnels de santé).

Voici une représentation de la grille de progression :

Organisation professionnelle :

Niveau	Coordination entre acteurs de santé	Accueil du patient	Continuité Des soins	pratiques de Santé Publique	
				ETP	actions de Santé Publique
initial	il n'y a aucune coordination professionnelle. Les processus de soins ne sont pas discutés.	Il n'y a pas de secrétariat professionnel	La continuité des soins n'est pas organisée	Les professionnels de santé ne sont pas sensibilisés à l'ETP	Il n'existe aucune action de SP
1	il y a une coordination monoprofessionnelle protocolisée	Il y a un secrétariat individuel (physique ou téléphonique)	En dehors des heures de fonctionnement, le patient est informé des recours existants (PDS...)	Les professionnels ont acquis et mettent en œuvre la posture éducative	L'information est transmise dans le cadre du colloque singulier
2	il y a une coordination monoprofessionnelle évaluée	Il y a un secrétariat commun sur certaines tranches horaires	La continuité des soins est assurée en dehors des horaires de PDSA	Les professionnels connaissant l'offre d'ETP du territoire orientent les patients	Des affiches d'information sont visibles dans les salles d'attente
3	il y a une coordination pluriprofessionnelle protocolisée	Il y a un secrétariat commun pendant les heures d'ouverture de la structure	L'organisation permet la prise en charge des soins non programmés	Les professionnels participent à un programme d'ETP	Les professionnels de santé ont organisé des actions de dépistage systématique (préciser les pathologies)
4	il y a une coordination pluriprofessionnelle évaluée		L'organisation permet la prise en charge des visites non programmés	Les professionnels de santé élaborent et animent un programme d'ETP	Les professionnels de santé mettent en œuvre des actions de prévention et de santé publique (préciser les pathologies)

5	il y a une coordination avec les acteurs extérieurs protocolisée		Les locaux sont adaptés pour répondre au projet de continuité des soins (salle d'urgence, cabinet dédié aux soins non programmés, cabinets de consultations de spécialistes avancées, salle de télémédecine...)	Les professionnels disposent de locaux adaptés pour mettre en œuvre l'ETP	Les professionnels disposent de locaux adaptés pour mettre en œuvre des actions de SP
6	il y a une coordination avec les acteurs extérieurs évaluée				
7	Un professionnel de santé anime et coordonne le projet de santé				
8	Des PSP sont élaborés et mis en œuvre				
10	Un gestionnaire de situation coordonne le parcours du patient				

Gestion de la structure :

Niveau	Gestion quotidienne des fonctions support	Système d'information	Efficience de la gestion des charges courantes	Démarche qualité au cabinet	
				sécurité et accès des locaux	sécurité de la prise en charge des patients
initial	Les professionnels de santé se répartissent entre eux les fonctions supports (achats, gestion administrative, RH, gestion financière, SI...)	Les professionnels de santé ne sont pas informatisés. L'écrit prédomine	Les professionnels de santé ne mutualisent pas les charges de structure courantes (ligne téléphone, abonnement adsl etc...)	les locaux ne sont pas conformes à la réglementation : loi n° 2005-102 du 11 février 2005, décret n° 2006-555 du 17 mai 2006, arrêtés du 1er août 2006 et du 30 novembre 2007	Les professionnels respectent les règles d'hygiène réglementaire
1	Un temps de secrétariat est dédié à la gestion des fonctions supports	Les professionnels de santé utilisent un logiciel métier	Les charges de structure courantes sont partagées	les locaux sont conformes à la réglementation : loi n° 2005-102 du 11 février 2005, décret n° 2006-555 du 17 mai 2006, arrêtés du 1er août 2006 et du 30 novembre 2008	Les professionnels de santé élaborent des protocoles d'analyse et de gestion des risques
2	Un manager gère la vie de la structure	Les professionnels de santé utilisent les systèmes d'alerte intégrés au logiciel métier pour améliorer le suivi des patients	Les professionnels mutualisent l'équipement (petit matériel, matériel lourd) et/ou des surfaces à usages collectif (salle de réunion, studio, cabinet médical, salle d'urgence, salle d'ETP ...)		

3		<p>les professionnels de santé fonctionnent en réseau monoprofessionnel</p>			
4		<p>Les professionnels de santé utilisent une messagerie sécurisée pour enrichir leurs dossiers et échanger avec d'autres professionnels de santé</p>			
5		<p>Les professionnels de santé partagent ensemble un système d'information commun</p>			

6	Les professionnels de santé exploitent les indicateurs d'activité, de pilotage, d'analyse de pratiques fournis par le système d'information			
7				
8				
10				

Qualité/sécurité de la prise en charge :

Niveau	formation / évaluation des pratiques	accueil d'un stagiaire	Recherche en soins primaire
initial	Les professionnels de santé participent à des formations et à des réunions d'évaluation des pratiques monodisciplinaires	Les professionnels de santé ne sont pas maîtres de stage	Pas de recherche en soins primaire
1	Les professionnels de santé participent à des formations et à des réunions d'évaluation des pratiques pluridisciplinaire	Les professionnels de santé accueillent des stagiaires dans leur discipline	La structure ou au moins un des professionnel est promoteur de recherche

2	Les PS s'inscrivent dans une démarche d'évaluation continue des pratiques protocolisée (méthodologie)	Les professionnels de santé accueillent des stagiaires d'autres corps de métiers	La structure ou au moins un des professionnels publie ses travaux (publication universitaire, partage des protocoles mis en place dans la structure...)
3	Les professionnels de santé sont formateurs	Les professionnels de santé enseignent dans les centres de formation initiale	
4		les professionnels de santé disposent de locaux adaptés pour recevoir un stagiaire (cabinet de consultation, studio...)	
5			
6			
7			
8			
10			

Qualité/sécurité de la prise en charge :

Niveau	Satisfaction des professionnels	satisfaction des usagers	Accompagnement dans les démarches administratives
initial	La mesure de la satisfaction du professionnel de santé n'est pas recherchée	La mesure de la satisfaction du patient n'est pas recherchée	le patient n'est pas accompagné dans les démarches administratives

1	Une évaluation informelle existe	Une évaluation informelle existe dans le cadre du colloque singulier	les professionnels de santé organisent l'accompagnement des patients dans leurs démarches administratives
2	Une évaluation formalisée existe (questionnaire)	L'avis du patient et ses suggestions sont encouragées (questionnaire, sondage internet...)	Un professionnel dédié accompagne les patients dans les démarches administratives
3	Des focus groups sont mis en place pour évaluer la satisfaction de la prise en charge et de l'organisation mise en place, les écueils indésirables	Des focus groups patients sont mis en place pour évaluer la qualité de la prise en charge, ressentis	
4			
5			
6			
7			
8			
10			

Il faut noter que la grille de progression s'appliquera à tous les territoires : les villes mais aussi le milieu rural, les zones fragiles mais aussi les zones ne présentant pas de difficulté.

2) La matrice de maturité

La HAS s'est également intéressée à cet outil et a mis en place un groupe de travail nommé INTERFACE, dédié à l'élaboration d'une « matrice de maturité ». Ce groupe s'est réuni une fois pour le moment. La HAS a retenu l'appellation « matrice de maturité », traduction littérale du terme anglophone « Maturity Matrix ».

Ce groupe de travail est composé de membres de la HAS, de médecins généralistes, de des masseurs-kinésithérapeutes, de membres de la CN-URPL ML, de membres de l'Union Nationale des Professionnels de Santé (UNPS), de membres de la Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS) et de membres de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS).

Cette dernière est une association dont le but est de représenter les professionnels de santé membres des maisons et pôles de santé, d'apporter un soutien au développement de ces structures et d'aider méthodologiquement les professionnels de santé intégrés dans ces structures ou désireux de l'être. Elle se décline régionalement et regroupe actuellement 18 fédérations régionales.

À noter que la FEMASBREIZ, fédération bretonne ne compte plus de représentants actuellement.

Le groupe INTERFACE n'a pas encore beaucoup progressé dans son travail d'élaboration de la matrice de maturité mais s'inspire pour cela des matrices existantes au niveau international, de la grille de progression, tout en y émettant des amendements et contre-propositions.

❖ Voici une liste d'items émise par le groupe INTERFACE qui pourraient être intégrés à sa matrice de maturité :

DIMENSIONS ORGANISATIONNELLES	SOUS DIMENSIONS
Travail en équipe pluriprofessionnelle de premier recours	<ul style="list-style-type: none"> . Réunion de concertation . Protocoles pluriprofessionnels . Formation pluriprofessionnelle . Démarche qualité à partir retour patient
Gouvernance territoriale	<ul style="list-style-type: none"> . Diagnostic de territoire, des ressources et des besoins selon une approche populationnelle . Intégration . Pilotage du projet/Projet de santé . Accès aux soins

Repérage, évaluation, plan personnalisé de soins (PPS)	<ul style="list-style-type: none"> . Repérer les patients à risque . Evaluer la situation médico psycho sociale des patients . Elaborer un PPS, le mettre en œuvre et identifier les intervenants et le responsable de la coordination
Communiquer entre les PS et avec le patient	
Possibilité de faire appel, pour les cas complexes, à des gestionnaires/coordonnateurs de parcours	
Gérer les problèmes d'interface dont la transition hôpital domicile	
Déployer des actions de soutien à l'autonomie et d'éducation des patients	
Favoriser l'accès aux services à la personne dans les domaines sociaux, de l'aide et des ressources communautaires	
Systèmes d'information	<ul style="list-style-type: none"> . Recueil des données structurées . Indicateurs de pratique . Autres fonctionnalités

La FFMPS a, quant à elle, produit une « Matrice d'analyse de la montée en charge de l'organisation des équipes de soins de premier recours en MSP/PSP » (voir annexe 13).

B) Calendrier et utilisation

❖ La grille de progression et la matrice de maturité en cours d'élaboration par la HAS ont toutes deux vocation à être remises aux professionnels de santé, des « **phases test** » sont prévues.

S'agissant de la **grille de progression**, l'URPS MLB souhaiterait que trois sites d'exercice coordonné pluridisciplinaire soient concernés par ce test : un site ayant bénéficié d'ENMR, un site ayant demandé l'obtention d'ENMR mais qui s'est heurté à un refus et un dernier site n'ayant demandé aucun financement. Ces tests pourraient débiter à l'automne.

Quant à la **matrice de maturité**, le groupe INTERFACE doit se réunir le 25 juin 2013 et déterminer, entre autres, un calendrier d'actions.

❖ La compréhension et l'utilisation de la grille de progression pouvant être fastidieuses, la CN-URPS ML envisageait un temps d'y joindre une notice explicative ou d'organiser des séances d'aide à l'appropriation de cette grille. Cette idée n'était pas partagée par la HAS. Mais il semble fondamental, pour les deux institutions, de veiller à ce que ces outils restent facilement utilisables par les professionnels de santé, sans quoi cette démarche perdrait beaucoup de son intérêt.

Finalement, la Commission « Pôles et maisons de santé » et le groupe INTERFACE ont prévu tous deux, afin d'accompagner les professionnels dans l'appréhension de ces instruments et dans leur utilisation optimale, de faire appel à un animateur.

Il s'agirait d'un professionnel de santé spécifiquement formé à cet effet qui animerait des séances collectives d'explications. On pourrait imaginer un membre d'un PSP accompagner des collègues regroupés au sein d'un autre pôle.

Mais ce professionnel ne représenterait aucunement un évaluateur extérieur. Tous les acteurs impliqués dans l'élaboration de ces deux outils sont unanimes et tiennent à ce que ce projet demeure une auto-évaluation.

C) Comparaison des deux outils

La grille de progression de la CN-URPS ML est quelque peu différente de la matrice de maturité car elle concerne non seulement les sites pluriprofessionnels mais également les structures mono professionnelles et cabinets individuels afin de leur permettre d'adopter également cette démarche qualité.

D'autre part, les propositions émises jusqu'à présent par la HAS font de cet outil un

instrument très centré sur le ressenti du patient : il recense le « service rendu aux patients ». Si cela est primordial, il semble également nécessaire, afin que les pratiques soient améliorées, d'évaluer le « service rendu aux professionnels ».

D) Risques de mauvaise utilisation de ces outils

La grille de progression et la matrice de maturité s'inscrivent dans une démarche d'auto-évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles, notamment des pratiques collectives. Mais les membres de MSP ou PSP, les institutions, ne risquent-ils pas de faire de ces instruments, des outils d'allocation de ressources ? Ces derniers ne risquent-ils pas de devenir des outils d'accréditation, des outils de financement, des outils politiques ?

Certains professionnels de santé pourraient alors craindre, s'ils n'emploient pas ces outils ou s'ils n'atteignent pas des résultats suffisamment probants après les avoir utilisés, de voir un projet de santé non validé par l'ARS ou des subventions non octroyées.

Pour preuve, lorsque l'ARS Bretagne a découvert la grille de progression, elle a songé immédiatement à l'utiliser comme support d'allocation de ressources.

Afin de prévenir la survenance de ce risque, la HAS a envoyé une note au Ministère des Affaires Sociales et de la Santé dans le but de déterminer clairement l'utilisation qui devra être faite de la matrice de maturité.

Il n'en reste pas moins que l'on ne pourra contrôler totalement l'emploi de ces outils.

Certains membres du groupe INTERFACE, au commencement de leur réflexion, ont alors proposé d'élaborer deux matrices de maturité différentes :

- une axée sur la démarche qualité,
- l'autre pour servir de support à l'attribution de rémunérations.

Cette suggestion n'a pas été retenue par les autres membres du groupe jugeant que la matrice de maturité devait seulement rester un outil de démarche qualité.

Cependant, la grille de progression et la matrice de maturité pourraient servir de socle de négociation pour la reconduction des ENMR.

En effet, en permettant d'évaluer les coûts qu'implique la mise en place d'un exercice coordonné pluridisciplinaire, elles témoignent de l'ampleur des financements nécessaires si l'on veut assurer la pérennité des MSP et PSP déjà en place et de ceux à venir.

E) Perspectives pour la CN-URPS ML

La Commission « Pôles et maisons de santé » souhaite, à travers l'exploitation de la grille de progression, valoriser le dynamisme de l'exercice libéral et sa capacité à améliorer la prise en charge des patients. L'efficacité du monde libéral, notamment par rapport aux centres de santé déficitaires financièrement pour un grand nombre, serait également démontrée.

Aussi, l'URPS MLB aimerait étendre la diffusion et l'utilisation de cet outil.

Géographiquement, en la testant au-delà de la Bretagne. En termes d'acteurs associés, en la présentant au CISS.

Afin de protéger cet outil contre des usurpations, l'URPS MLB a déposé la marque « grille de progression » à l'Institut National de la Propriété Industrielle.

Il sera primordial à plus long terme, pour la CN-URPS ML, d'évaluer l'utilisation de la grille de progression : le nombre d'utilisations, la façon dont elle est utilisée.

Cela permettrait de parfaire cet outil. La CN-URPS ML pourra comparativement, s'appuyer sur l'évaluation qui sera faite de l'utilisation matrice de maturité.

Par ailleurs, la CN-URPS ML se devra de superviser les acteurs qui s'empareront de la grille de progression.

L'ARS Bretagne, par exemple, souhaiterait employer cet outil en tant que support à l'évaluation qu'elle veut mener des sites d'exercice coordonné pluridisciplinaire bretons.

Mais pour cela, il faudra adapter la grille à cette démarche en modifiant certains items.

Ces changements devront alors être validés par la CN-URPS ML.

Enfin, la CN-URPS MLB peut espérer une reconnaissance du travail accompli au travers de la validation scientifique de la grille de progression par la HAS.

DEUXIÈME PARTIE : ANALYSE RÉFLEXIVE DES MISSIONS

I) Regard sur le fonctionnement de l'URPS MLB et sur son environnement

A) L'adaptabilité de l'équipe administrative de l'URPS MLB

Tout au long de mon stage au sein de l'URPS MLB, j'ai pu prendre conscience de la complexité du poste de chargé de missions et de directrice.

En effet, les tâches et interlocuteurs sont divers et nombreux ce qui nécessite de la polyvalence. D'autre part, il faut savoir faire preuve de **disponibilité, de réactivité et d'adaptabilité** face aux demandes de certains professionnels de santé qui peuvent être soudaines et urgentes.

Dans un premier temps, les chargés de missions ou la directrice sont sollicités par un médecin élu ou par un professionnel de santé afin de bénéficier de leur aide quant à la réalisation d'un projet déterminé. Il s'agit alors d'effectuer un travail « de fond » de réflexion autour du projet. Cela correspond à la **phase de cadrage du projet** : participer à la définition des objectifs et aux modalités d'évaluation, planifier le calendrier des actions,...

Cette mission constitue déjà une charge de travail importante.

On peut citer l'exemple de l'aide à la rédaction d'un projet de santé apportée à des professionnels de santé souhaitant se réunir au sein d'une MSP ou d'un PSP. Le chargé de missions interviendra dans l'étude de l'opportunité du projet, dans l'étude de la démographie médicale du territoire et des pathologies dominantes touchant la population, dans la détermination des groupes de travail à mettre en place...

Il convient de rappeler que le projet de santé appartient aux professionnels de santé, l'URPS MLB n'apporte qu'une aide méthodologique et organisationnelle à son élaboration. Les axes de travail, les idées de fond ne peuvent qu'émaner des professionnels impliqués dans le projet.

Dans un second temps, le projet sera mis en œuvre, il faudra le déployer « sur le terrain » afin que les professionnels de santé concernés se l'approprient.

Si l'on poursuit notre exemple précédent, l'objectif sera de rencontrer les professionnels de santé et de leur expliquer le travail mené, comment exploiter et poursuivre ce travail.

Ces rencontres ont souvent lieu le soir, après la fin de l'activité des professionnels de santé.

Il s'agit alors de la **phase de conduite de projets** : assurer la circulation des informations entre les intervenants, préparer et animer des réunions, réaliser des points d'étape,...

Ces deux phases du projet, ajoutées à la dernière **phase de bilan et d'évaluation du projet**, représentent une dimension seulement du métier de chargé de missions ou de directrice de l'URPS MLB. Au delà de cette démarche de gestion de projets, **un travail de « communication »** est mis en place.

En effet, les rencontres avec les professionnels de santé, les informations recueillies, les projets menés, **tout est restitué aux médecins élus** lors de réunions : réunion d'équipe hebdomadaire, réunion du Bureau de l'URPS, réunion des groupes de travail, Assemblées Générales. Toutes ces réunions comprenant une large partie de restitution des informations représentent un temps de travail important pour les chargés de missions et la directrice.

De plus, des **comptes rendus** sont effectués après chaque réunion et rencontre. L'objectif de ces documents est double :

- s'agissant des réunions (réunions du Bureau, groupes de travail,...), il est primordial de conserver une trace écrite des décisions prises et du travail accompli.
D'autre part, le règlement intérieur de l'URPS MLB prévoit la rédaction de comptes rendus suite à toutes ces réunions ;
- s'agissant des rencontres sur le terrain avec les professionnels de santé, il est primordial de pouvoir partager son ressenti, ses impressions avec les autres membres de l'équipe administrative ainsi qu'avec les médecins élus.

En définitive, le travail de montage de projet, additionné aux déplacements sur le terrain, au temps de réunion et de rédaction de comptes rendus amènent les chargés de missions et la directrice de l'URPS MLB à avoir des journées très denses.

B) La place du syndicalisme au sein de l'URPS MLB

1) Constat

Le syndicalisme est omniprésent au sein de l'URPS MLB, et ce, à différents titres.

Cela se manifeste en premier lieu lors des élections des médecins représentants de l'URPS MLB. En effet, **c'est aux syndicats de présenter les listes de candidats** (environ 50 noms par liste). Pour rappel, ces élections ont lieu au scrutin de liste proportionnel à la plus forte moyenne.

Cinq syndicats représentés en Bretagne se sont portés candidats aux dernières élections de l'URPS MLB :

- CSMF : la Confédération des Syndicats Médicaux Français
- SML : le Syndicat des Médecins Libéraux
- Le Bloc
- MG France : Fédération Française des Médecins Généralistes
- FMF : la Fédération des Médecins de France

S'agissant du mandat en cours des élus, la répartition syndicale du Bureau de l'URPS MLB est la suivante :

- Président : Dr Hervé Le Néel (Médecin Généraliste) : CSMF
- Premier Vice-Président : Dr Nathalie Carlotti (Gynécologue Endocrinologue) : CSMF
- Deuxième Vice-Président : Dr Loïc Kerdiles (Anesthésiste) : Le Bloc
- Trésorier : Dr Philippe Hubert (Pneumologue) : CSMF
- Trésorier adjoint : Philippe Jouan (Médecin Généraliste) : SML
- Secrétaire : Eric Henry (Médecin Généraliste) : SML
- Premier Secrétaire Adjoint : Eric Van Melkebeke (Pédiatre) : SML
- Deuxième Secrétaire Adjoint : Jean-Yves Hascoët (Médecin Généraliste) : CSMF

La CSMF est donc majoritaire et le SML, largement représenté. Cela est le résultat d'une alliance politique entre ces deux syndicats.

Une « ouverture » a été effectuée en intégrant un membre du syndicat Le Bloc au Bureau.

De plus, ces élections revêtent une importance capitale, au-delà du choix des élus membres de l'URPS au niveau régional. Au niveau national, le résultat des votes déterminera l'audience, la popularité des syndicats et leur habilitation à participer aux négociations conventionnelles. C'est un **véritable test de représentativité** pour tous ces syndicats.

2) Un danger pour le bon fonctionnement de l'URPS MLB ?

Quelques craintes peuvent être émises quant à ce rôle tenu par les organisations syndicales dans le fonctionnement de l'URPS.

Au sein de l'Assemblée des soixante élus, et plus encore au sein des membres du Bureau de l'URPS MLB qui se rencontrent très régulièrement, des tensions pourraient apparaître du fait d'une appartenance syndicale différente. **Il ne faudrait pas que cela devienne contre productif et empêche les médecins de remplir leur mission.**

Lors de l'Assemblée Générale de l'URPS MLB du 18 avril 2013, les élus se sont majoritairement regroupés, tout au long de la journée, y compris lors de la pause consacrée au déjeuner, entre médecins issus du même syndicat.

Par ailleurs, les médecins élus de l'URPS MLB participent, au même titre que les membres de l'équipe administrative, à des réunions, à des rencontres avec les professionnels de santé de Bretagne, élus locaux et institutionnels. Ils sont mandatés pour cela.

Le discours tenu doit être celui de l'URPS MLB et non pas celui de l'organisation syndicale à laquelle ils appartiennent. Il ne faudrait pas profiter du statut d'élu URPS pour diffuser des idées syndicales et ce, même si l'on tient une place importante au sein du syndicat. Pour être cohérents, légitimes et avoir un certain poids face aux institutions bretonnes, les membres de l'URPS MLB se doivent de conserver une unité.

À l'inverse, le champ des négociations conventionnelles, au niveau national, doit rester la prérogative des syndicats. L'URPS, au niveau régional remplit les missions qui lui confiées par la loi et dans ce cadre, peut conclure des accords et conventions avec des acteurs du territoire. Mais les négociations des grands enjeux nationaux doivent continuer à être menés par les syndicats habilités.

À noter que les prochaines élections des URPS auront lieu en 2015.

L'année 2014 sera donc marquée par la campagne électorale qui risque de beaucoup mobiliser les élus, notamment les membres du Bureau. Le fonctionnement de l'URPS MLB, l'avancement des projets seront quelque peu perturbés.

Si le mandat des membres de l'URPS est normalement de cinq ans, il aura été plus court pour les élus de l'URPS MLB. En effet, les dernières élections ayant eu lieu en 2010 ont été annulées par le Tribunal Administratif de Rennes car entachées de vice de forme : 600 bulletins de vote ont été égarés puis sont arrivés à Rennes avec quelques heures de retard le jour du dépouillement.

Certains syndicats ont demandé un recomptage de tous les votes en justice. Mais le syndicat SML a refusé de voir compter ces 600 votes comme valides. En réaction à cette décision, le syndicat FMF a saisi le tribunal d'une demande en annulation du scrutin.

Le tribunal administratif a rendu sa décision : « Le constat d'irrégularité dans le processus électoral, dès lors qu'il est de nature à fausser le résultat d'un scrutin, ne peut que conduire à l'annulation de l'élection. 600 votes valablement exprimés n'ont pas été comptabilisés. Cette non prise en compte est de nature à fausser le résultat, dès lors que ces votes représentent plus de 10% inscrits ».

De nouvelles élections ont alors eu lieu en mai 2011.

La discorde entre les différents syndicats concernant le sort de ces bulletins de vote témoigne parfaitement du fort enjeu que représentent ces élections.

C) La relation de l'URPS MLB avec ses partenaires

1) Généralités

Si une certaine concurrence existe entre l'URPS MLB et les trois autres URPS principales bretonnes (URPS pharmaciens, URPS infirmiers, URPS masseurs-kinésithérapeutes), l'entente entre tous ces membres reste très cordiale et les partenariats sont nombreux : COPIL Inter-URPS, groupes de travail, ...

Mais les relations avec d'autres partenaires tels que l'ARS Bretagne ou la HAS sont un peu plus complexes. En effet, les membres de l'URPS MLB ont parfois pu éprouver le sentiment de se trouver dans un **rapport hiérarchique** avec ces deux structures, en leur défaveur. Ceci est dommageable car cette situation peut amener à tendre les rapports de travail et à instaurer une certaine méfiance.

2) L'ARS Bretagne

a) Généralités

L'URPS MLB et l'ARS Bretagne travaillent au quotidien en concertation, notamment s'agissant de la médecine ambulatoire et du thème de l'exercice coordonné pluridisciplinaire : échange d'informations, rencontres communes avec des professionnels de santé et des élus locaux. Cependant, l'ARS Bretagne, en tant qu'institution et financeur, a tendance à imposer quelque peu sa vision du système de santé et à **vouloir mener les différentes actions entreprises en collaboration avec d'autres acteurs.**

Pourtant, les interventions des membres de l'URPS MLB sur le territoire breton (chargés de missions, directrice, élus) sont très bien perçues par les professionnels de santé. Ils bénéficient d'une **légitimité que les membres de l'ARS Bretagne n'ont pas** : ils représentent les médecins libéraux, et de façon plus générale, les professionnels de santé libéraux. Ils n'ont pas cette étiquette « d'institutionnels » qui peut déplaire.

Les professionnels sont plus « décomplexés » en leur présence et qu'en présence de membres de l'ARS Bretagne et sont alors plus enclins à s'exprimer au cours des réunions.

Cette légitimité est renforcée, concernant l'exercice coordonné pluridisciplinaire, par le fait que la Directrice de l'URPS MLB soit médecin généraliste de formation et qu'elle ait été à l'origine de la création d'un PSP à Saint-Méen-le-Grand. Confrontés à des professionnels parfois récalcitrants aux projets, ce double statut de la Directrice est un véritable avantage

pour apaiser leurs craintes et les fédérer en équipe.

Face à ces différents constats, on peut ressentir une certaine frustration de la part de l'ARS Bretagne. Mais voyant les demandes croissantes des professionnels de santé désireux de se regrouper en MSP ou en PSP à ce qu'on les accompagne dans la mise en place de leur projet et voyant la compétence et légitimité de l'URPS MLB à intervenir, l'ARS Bretagne devrait lui laisser une marge de manœuvre plus importante, la considérer comme un égal, comme un véritable associé.

b) Similitude entre les missions de l'URPS et de l'ARS

Le fait d'évoluer d'égal à égal entre ARS et URPS se justifie d'autant plus que leurs missions sont très proches. D'une certaine façon, le législateur a lui-même créé une concurrence entre ces deux organismes.

Les missions similaires entre l'ARS et l'URPS seront identifiées par les mêmes couleurs. Celles restant en noir ne sont pas concernées.

Pour rappel, les URPS ont pour mission de contribuer à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional.

Le décret du 8 juillet 2011 précise qu'elles participent notamment :

- à la préparation et à la mise en œuvre du projet régional de santé ;
- à l'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins, en vue notamment de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins ;
- à l'organisation de l'exercice professionnel, notamment en ce qui concerne la permanence des soins, la continuité des soins et les nouveaux modes d'exercice ;
- à des actions dans le domaine des soins, de la prévention, de la veille sanitaire, de la gestion des crises sanitaires, de la promotion de la santé et de l'éducation thérapeutique ;
- à la mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les réseaux de santé, les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé, ou

des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins mentionnés à l'article L. 1435-4 ;

- au déploiement et à l'utilisation des systèmes de communication et d'information partagés ;
- à la mise en œuvre du développement professionnel continu.

Ces compétences se rapprochent beaucoup de certaines missions attribuées à l'ARS :

- Article L 1431-1 du Code de la Santé Publique :

« Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une agence régionale de santé a pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional :

- des objectifs de la politique nationale de santé définie à l'article L 1411-1 du présent code ;
- (...) ».

- Article L 1411-1 du Code de la Santé Publique :

« (...) La politique de santé publique concerne :

1°) La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants ;

2°) La lutte contre les épidémies ;

3°) La prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités ;

4°) L'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes ;

5°) L'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires ;

6°) L'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer ;

7°) La réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ;

8°) La qualité et la sécurité des soins et des produits de santé ;

9°) L'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps ;

10°) La démographie des professions de santé. »

À ce stade, nous pouvons doré et déjà constater une similitude entre les missions de l'ARS et de l'URPS.

D'autre part, l'article L 431-2 du Code de la Santé Publique ajoute que :

« Les agences régionales de santé sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région :

- 1° (...);

- 2° De réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé.

À ce titre :

a) Elles contribuent à évaluer et à promouvoir les formations des professionnels de santé, des personnels qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées ou dans les établissements mentionnés aux 1° et 3° de l'article L 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles une assistance dans les actes quotidiens de la vie, ainsi que les formations des aidants et des accueillants familiaux mentionnés aux articles L 441-4 et L 444-1 du même code ;

(...)

c) Elles veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de soins permette de satisfaire les besoins de santé de la population. A ce titre, elles mettent en œuvre les mesures mentionnées à l'article L 1434-7 (cet article fait référence à l'élaboration et au contenu du SROS) et en évaluent l'efficacité ;

(...) ».

Ainsi, même si le champ de compétences de l'ARS est plus large que celui de l'URPS puisqu'il va au-delà du secteur de la médecine ambulatoire, s'agissant justement de ce secteur cité, les missions des deux organismes sont très proches.

Au-delà « du fond » de ces missions, une remarque peut être faite en ce qui concerne les mots utilisés pour décrire ces missions.

En vertu des différents textes référencés ci-dessus, l'ARS « a pour mission **de définir et de mettre en œuvre** un ensemble coordonné de programmes et d'actions ». De plus, les différentes ARS « **sont chargées de...** ».

De leur côté, les URPS « **participent** notamment à ».

Certes, les termes employés par le législateur sont différents s'agissant des deux organismes et paraissent, au premier abord, donner plus de poids au rôle de l'ARS, lui attribuer un rôle de « meneur ». **Mais cela ne préjuge en rien une volonté du législateur d'instaurer un lien hiérarchique entre l'ARS et l'URPS ou entre l'ARS et d'autres institutions.**

D'autant que d'autres articles du Code de la Santé Publique (article 1431-2, par exemple) utilisent des termes comme « **contribuer à** » pour annoncer des prérogatives de l'ARS. Preuve que cette dernière ne détient pas, seule, le pouvoir d'initiative et de réalisation des missions citées et qu'elle n'est pas forcément « leader ».

Un partenariat entre l'ARS Bretagne et l'URPS Bretagne semblerait donc plus judicieux, d'autant que les relations entre ces deux entités sont très bonnes dans certaines régions (en Ile-de-France, par exemple).

Une application de cette idée pourrait se trouver à l'article L1431-2 du Code de la Santé publique. Il énonce que les ARS « contribuent à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé ».

Dans ce but, Marisol Touraine, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, a lancé en début d'année 2013 le « Pacte Territoire Santé », plan global de lutte contre les déserts médicaux. Il comprend douze engagements dont celui de nommer, pour chaque ARS française, un « référent installation ». Les nominations ont toutes eu lieu le 1^{er} février 2013.

Ces référents auront notamment pour mission d'accompagner et d'orienter les jeunes professionnels de santé désireux de s'installer à titre libéral dans une région.

Or, qui de mieux placée que l'URPS MLB pour épauler l'ARS Bretagne et son « référent installation » dans l'accomplissement de cette prérogative ? Ne serait-il pas pertinent de **mettre en place un « guichet unique » entre l'ARS Bretagne et l'URPS MLB**, et, en

soutien, collaborer avec les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins et d'autres acteurs afin de renseigner au mieux ces jeunes professionnels de santé ?

Une réunion a eu lieu à l'URPS MLB le 25 mars 2013 rassemblant des membres de l'équipe administrative de l'URPS MLB (dont moi), des membres de l'ARS Bretagne dont Sémiya THOUIR qui occupe le poste de « référent installation » pour l'ARS Bretagne et les Présidents des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins d'Ille-et-Vilaine et du Finistère. L'idée d'un partenariat, d'un « COPIL » entre ces différents organismes a été évoquée.

Aujourd'hui, l'URPS MLB continue à réfléchir à ce projet de « guichet unique » qu'elle a présenté à l'ARS Bretagne et qu'elle espère voir aboutir.

D) Le statut de médecin libéral

1) Les médecins libéraux, des professionnels de santé à part

Les médecins libéraux bénéficient, parfois malgré eux, d'un statut particulier provoquant une certaine rivalité avec d'autres professionnels de santé.

S'agissant, par exemple, du nombre total d'élus composant l'Assemblée des URPS, l'article R4031-6 du Code de la Santé Publique prévoit **un nombre de membres élus plus important pour les médecins que pour les autres spécialités** : quarante membres dans les régions où le nombre de médecins exerçant à titre libéral dans le cadre du régime conventionnel est compris entre 3001 et 5000 pour les médecins, contre dix-huit membres pour les autres spécialités dans les régions où le nombre de ces professionnels de santé exerçant à titre libéral dans le régime conventionnel est compris entre 3501 et 5000.

De plus, les **URPS comprenant un grand nombre d'électeurs**, dont font partie les URPS ML, perçoivent une part des cotisations versées par tous les professionnels de santé plus importante que les URPS plus « restreintes ».

Elles sont donc **avantagées financièrement**.

Pour preuve, au niveau national, 40% de ces contributions sont répartis à parts égales entre toutes les URPS regroupant la même spécialité, mais 60% de ces contributions sont répartis entre les URPS regroupant la même spécialité au prorata du nombre de leurs électeurs lors de la dernière élection.

Si cette répartition peut se légitimer par le fait que les URPS médecins et infirmiers, par exemple, sont plus actives sur les territoires et ont donc besoin de moyens plus conséquents, cela crée une certaine « jalousie ».

D'autre part, **le simple fait que les URPS des médecins libéraux soit divisée en trois collèges différents place les médecins**, une fois de plus, dans une situation de particularité vis à vis des autres professions de santé.

Par ailleurs, les **paramédicaux resteront toujours quelque peu dépendants de la présence et du rôle joué par les médecins généralistes**. En effet, il est le premier professionnel de santé consulté par les patients et il est le prescripteur. Le manque ou l'absence de médecins généralistes sur un territoire peut donc impacter les paramédicaux qui risquent de voir leur activité diminuer.

C'est pourquoi ils anticipent cette situation et s'impliquent largement dans des projets d'exercice coordonné pluridisciplinaire, dont l'un des avantages est de rendre les territoires plus attractifs pour les jeunes médecins. Cependant, les pharmaciens, infirmiers libéraux et masseurs-kinésithérapeutes éprouvent encore un certain ressentiment à l'égard de cette profession du fait de la liberté géographique d'installation des médecins qui est totale, contrairement à leur propre situation qui est réglementée.

Enfin, j'ai pu constater que la **hiérarchie qui existait auparavant entre les médecins et les paramédicaux n'avait pas totalement disparue**. Certains professionnels craignent encore d'appeler des médecins pour leur demander un renseignement, de peur de les déranger durant leur consultation.

Les paramédicaux ont également tendance à « s'effacer », à se « cacher » derrière les médecins, perçus comme des leaders que l'on ne peut contredire. Ceci est notamment le cas s'agissant des projets de MSP/PSP où ils attendent fréquemment que les médecins prennent des initiatives. Ils sont donc quelque peu attentistes.

Les médecins libéraux regrettent cette attitude des paramédicaux à leur égard et pensent que

l'exercice coordonné pluridisciplinaire est un excellent moyen de « faire tomber » ces barrières hiérarchiques et de mieux communiquer.

Ils conservent néanmoins une **importance particulière dans les projets de MSP ou de PSP**.

En effet, les paramédicaux ont conscience qu'un projet d'exercice coordonné pluridisciplinaire ne peut être attractif qu'avec la présence de médecins.

Le Ministère de la Santé l'a lui même compris puisque, dans un cahier des charges national des MSP édicté par la Direction Générale de l'Offre de Soins en juillet 2010, il précise que **pour qu'un projet de santé soit validé par l'ARS** et bénéficier de financements, la structure d'exercice coordonné pluridisciplinaire devra comporter **au moins deux médecins** et un autre professionnel de santé.

2) La défense de la profession

La médecine libérale, à l'image d'autres professions, peut parfois se montrer « **corporatiste** », ce qui renforce la défiance des autres professionnels de santé à son égard.

Lors de certaines rencontres avec les professionnels de santé, il était parfois difficile de les convaincre du bien fondé de l'exercice coordonné pluridisciplinaire, particulièrement les médecins libéraux. Si les arguments employés ne manquaient pas de force et de pertinence, ils n'étaient jamais aussi bien entendus que lorsqu'ils émanaient du Dr Allard-Coualan, **elle-même médecin**. Elle bénéficie de cette légitimité que les chargés de missions de l'ARS ou de l'URPS n'ont pas.

D'autre part, certains médecins sont très attachés à leur statut de « libéraux » et à la place qu'ils occupent au sein du système de santé et du monde ambulatoire. Le choix du thème du prochain **colloque** de l'URPS MLB n'est pas anodin puisqu'il mettra en valeur l'activité libérale, « l'entreprise » que gère un libéral et **aura pour enjeu de renforcer l'exercice libéral sur le territoire breton**.

Par ailleurs, les médecins libéraux ont pris conscience que beaucoup de MSP étaient financées par les collectivités locales et que l'initiative des projets provenait souvent des élus locaux.

Aujourd'hui, ils **souhaitent que la médecine libérale « regagne du terrain »** et se réaffirme tant dans l'initiative des projets que dans leur financement.

Il est vrai que lorsque les élus locaux sont leaders du projet, certaines MSP sont alors centrées uniquement sur l'immobilier, sans concertation entre les différents professionnels de santé, sans pratique d'un exercice coordonné pluridisciplinaire.

3) La question financière

Il est parfois reproché aux médecins libéraux de « militer » pour l'augmentation du tarif de leur consultation et pour que certains actes effectués par eux, en plus de leur rôle de soignant, (missions de santé publique, charges administratives) soient rémunérés.

Mais il ne faut pas pour autant généraliser ce constat. Les discours tenus par les médecins libéraux sont très différents selon l'âge, selon le lieu d'exercice, etc, comme cela peut être le cas pour d'autres professions.

Certains médecins généralistes libéraux pratiquent même des « actes spéciaux » (gynécologiques ou autres) en les décomptant comme « acte classique » au prix d'une consultation de 23 euros, alors que le tarif de la consultation est plus élevé lorsque des « actes spéciaux » sont pratiqués. Preuve que la rémunération de leurs actes n'est pas toujours centrale.

Ils aimeraient seulement, dans un contexte où beaucoup leur est demandé en sus de leur mission de soignant, bénéficier d'une reconnaissance, même symbolique.

Exemple de la constitution de DMP pour leurs patients qui peut-être chronophage et constituer un manque à gagner pour les médecins, à la fin d'une journée de travail. En effet, ce temps passé à constituer des DMP représente du temps en mois pour effectuer des consultations.

Certains souhaiteraient alors une compensation en contrepartie, même minime.

II) Évolution des missions et critiques quant au déroulement de ces missions - Parallèle avec une mission similaire menée par l'URPS ML Ile de France

A) L'entreprise médicale libérale

Je regrette de pas avoir eu suffisamment de temps, durant ce stage, afin d'approfondir la notion d'entreprise médicale libérale et de préparer formellement le futur colloque de l'URPS MLB.

L'analyse de cette notion s'est surtout articulée autour du concept de secret médical.

Le travail de recherches autour de ce thème et la rédaction de la note juridique furent enthousiasmants et m'ont permis d'exploiter certaines compétences juridiques. Mais ils ont également monopolisé la majeure partie du temps d'étude dédié au concept d'entreprise libérale médicale.

Mais ce temps dont je n'ai pas pu disposer, les membres de l'équipe administrative ne l'avait guère plus. L'arrivée de la nouvelle directrice, Dr Allard-Coualan, au mois de janvier a poussé toute l'équipe à prendre en charge davantage de projets. L'organisation du colloque n'était pas prioritaire et a donc été quelque délaissée. Il m'aurait donc été difficile d'avancer seule dans la préparation de ce colloque.

Or, l'URPS MLB, manquant de notoriété, **devrait s'appliquer davantage à parfaire cet événement et à le rendre plus attractif.** Il représente une réelle opération de communication autour de l'URPS MLB à ne pas négliger.

D'autre part, il faudrait que les membres de « l'Union » consacrent plus de temps au « volet communication », d'une manière générale : étoffer le site internet, être plus présents lors d'évènements impliquant des étudiants en médecine (forums,...).

B) L'exercice coordonné pluridisciplinaire

❖ Cette vaste thématique a occupé une grande partie de mon stage, plus que je ne pouvais l'imaginer en arrivant à l'URPS MLB.

S'agissant des 184 projets d'exercice coordonné pluridisciplinaire répertoriés jusqu'à présent en Bretagne, il faut noter qu'ils se trouvent à des stades d'avancement très différents, certains ne sont qu'embryonnaires et ne verront peut-être pas le jour. Ce recensement ne contient donc **pas de façon certaine**, des projets de MSP-PSP qui se concrétiseront tous. Il ne nous offre donc **pas une véritable transparence sur l'exercice coordonné**

pluridisciplinaire en Bretagne.

Quant à la mission de recensement de l'exercice coordonné pluridisciplinaire en Bretagne, le croisement des trois listes des médecins généralistes libéraux, infirmiers libéraux et masseurs kinésithérapeutes libéraux exerçant en Bretagne s'est révélé **long et fastidieux** : environ 55 heures de travail, plus d'une dizaine de milliers de noms et d'adresses de médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers ont été triés.

D'autre part, **le fait d'avoir utilisé un critère géographique**, celui de la même rue, afin d'effectuer ce travail **n'est pas entièrement satisfaisant**, comme nous l'évoquions auparavant.

Par ailleurs, comme nous avons déjà pu le constater, **beaucoup de professionnels** (3665) sont potentiellement concernés par un exercice coordonné pluridisciplinaire, ce qui laisse entrevoir un **travail important pour les contacter ou les rencontrer et analyser les données qui seront recueillies**.

➤ Qui pour effectuer cette tâche ?

L'URPS MLB ne dispose pas actuellement de moyens humains suffisants pour effectuer ce travail. Deux solutions s'offrent ainsi à elle : faire appel à une société de phoning si l'URPS MLB privilégie la voie du contact téléphonique ou embaucher une personne supplémentaire. Sachant qu'au-delà de la mission de prise de contact avec les professionnels de santé, l'URPS MLB devra procéder à l'analyse des données. Ainsi, l'embauche d'une personne supplémentaire paraît plus adaptée.

➤ Quels fonds pour financer cette tâche ?

L'URPS MLB souhaiterait disposer de subventions afin de mener à bien cette mission. L'ARS Bretagne en tant que partenaire de l'URPS MLB et financeur a été sollicitée.

Une rencontre a eu lieu le 30 mai 2013 entre des représentants de l'ARS Bretagne, Monsieur Hervé Goby, directeur de l'Offre de Soins et de l'Accompagnement ainsi que Madame Marine Chauvet, directrice adjointe de l'offre ambulatoire et de la coordination, et l'URPS MLB représentée par Dr Le Néel, Dr Allard-Coualan, Olivia Briantais et moi-même.

Nous avons à cœur de leur faire prendre conscience de l'importance de ce travail, de la plus grande visibilité de l'exercice coordonné pluridisciplinaire en Bretagne qu'il apporterait et de l'impossibilité pour l'URPS MLB de mener cette tâche sans renfort humain

supplémentaire.

L'URPS MLB est aujourd'hui en attente d'une réponse de la part de l'ARS Bretagne. Elle se trouve quelque peu dans l'incertitude quant à la poursuite de la réalisation de cette mission, à ses modalités. À l'image de l'URPS MLB, **il était donc difficile de me projeter véritablement dans l'analyse des données déjà recueillies (nombres de professionnels concernés et de regroupements potentiels, leur localisation,...) et dans la méthodologie à mettre en place pour poursuivre le recensement sans savoir de quels moyens financiers, humains et temporels pourrait disposer l'URPS MLB à cet effet.**

Dans le cadre de la préparation de cette rencontre avec l'ARS, j'ai pu effectuer une trame reprenant les grandes étapes du recensement, la méthodologie et les moyens nécessaires (voir annexe 14).

❖ Ce travail de recensement de grande envergure est également en cours en Ile-de-France, sous une forme quelque peu différente. Il est mené par l'URPS ML Ile-de-France avec le soutien de l'ARS Ile-de-France. Il représentera une grande source d'inspiration pour la propre mission menée par l'URPS MLB.

L'URPS ML Ile-de-France a souhaité répertorier les cabinets de groupe pluridisciplinaires implantés dans la région et voir s'ils correspondaient au concept de « structures d'exercice collectif » (SEC) qu'elle a mis au point.

Ces structures, pour être dénommées ainsi, doivent réunir **en un même lieu au moins trois professionnels de santé dont au minimum un médecin.**

Les MSP et PSP tardent à se développer en Ile-de-France, où les centres de santé sont beaucoup plus nombreux.

L'Ile de France ne pouvant se reposer sur les MSP et PSP pour restructurer l'offre de soins de la région, elle a choisi de s'intéresser aux SEC, regroupements déjà existants mais jamais recensés auparavant : il s'agit de les identifier, de repérer d'éventuelles difficultés et de les accompagner, si les membres de ces structures le souhaitent. Elles pourraient alors évoluer vers des projets de MSP ou de PSP

La finalité de ce travail et de celui engagé par l'URPS MLB sont donc très proches.

L'URPS ML Ile-de-France est soutenue, dans la réalisation de cette mission, par l'ARS Ile-de-France. Les deux institutions ont conclu un CPOM d'une durée de trois ans (2012-2014) avec un budget total de 510000 euros.

Quatre « volets » d'actions ont été envisagés dans ce CPOM :

- 1- le recensement de ces SEC grâce aux données de l'Assurance Maladie (volet quantitatif) ;
- 2- la qualification de ces SEC à partir d'un questionnaire type et d'entretiens (volet qualitatif) ;
- 3- un affichage cartographié de ces SEC afin de faciliter leur repérage et le recrutement éventuel de jeunes professionnels de santé ;
- 4- la contractualisation des SEC avec l'ARS, si elles le souhaitent, pouvant aboutir à l'élaboration d'un projet de santé, l'aménagement du parcours de soins, le développement du partage d'informations. Des thématiques qui sont développées en MSP/PSP.

Afin de recenser le nombre de SEC, l'URPS ML Ile-de-France s'est appuyée sur l'ARS qui a opéré un croisement des listes des adresses des médecins et paramédicaux exerçant dans la région. Avec comme critères de sélection, la même adresse et la présence de trois professionnels de santé minimum, dont au moins un médecin.

3500 sites représentant potentiellement des SEC ont été identifiés. Des questionnaires envoyés et appels téléphoniques (effectués par le personnel de l'URPS ML Ile-de-France puis par une société de phoning) permettent de vérifier si les 3500 sites répertoriés correspondent véritablement à la définition élaborée des SEC.

Suite à un entretien téléphonique datant du 5 juin 2013 avec Monsieur Poutout, directeur de ce projet, des précisions sur cette enquête m'ont été apportées.

Ainsi, sur 2200 sites interrogés au 5 juin 2013, un tiers seulement répond aux critères retenus pour entrer dans la catégorie des SEC. Cela représente 750 sites. Des erreurs d'adresses, des départs de médecins des cabinets de groupe peuvent expliquer ce différentiel. Selon Monsieur Poutout, au terme du recensement qui est prévu mi-juillet, 1200 SEC devraient être répertoriées avec, en moyenne, 7 professionnels exerçant au sein de ces structures.

Par ailleurs, à partir des premiers résultats obtenus, l'URPS Ile-de-France a pu identifier

certains besoins et difficultés.

Les membres des SEC constatent un fort manque de renouvellement des professionnels de santé partant à la retraite au sein de ces structures. Au-delà des problèmes de démographie médicale que cela peut impliquer, cette situation engendre une hausse des charges pour les professionnels restant dans la structure puisque moins nombreux à partager ces charges.

Aussi, bon nombre de professionnels de santé désireraient un soutien méthodologique et/ou financier afin de mettre en place une MSP ou un PSP à plus ou moins court terme.

Des résultats quantitatifs et qualitatifs plus complets de cette mission sont attendus au début du mois de juillet.

En définitive, si les travaux de recensement de l'URPS ML Ile-de-France et de l'URPS MLB sont similaires dans leur finalité, les moyens financiers et humains disponibles pour mener ces missions diffèrent. L'URPS MLB ne dispose d'aucune aide pour le moment, ni financière, ni méthodologique. Cette différence de moyens et d'accompagnement se répercute à plusieurs égards.

D'une part, l'URPS ML Ile-de-France a pu se baser sur les données de l'Assurance Maladie reçues par l'ARS pour effectuer son recensement quantitatif (action 1). **Ces données sont plus actuelles que les données utilisées par l'URPS MLB, envoyées par les URPS Masseurs-Kinésithérapeutes et Infirmiers de Bretagne, qui datent de 2010-2011.**

D'autre part, l'URPS ML Ile-de-France ne s'est pas cantonnée à retenir les médecins généralistes, masseurs kinésithérapeutes et infirmiers pour identifier les SEC mais a élargi le recensement aux médecins spécialistes et à un grand nombre de paramédicaux.

Faute de temps, de moyens humains et financiers, l'URPS MLB a dû limiter le nombre de professions retenues.

Autre différence entre les deux missions : l'URPS MLB a, pour ce recensement, choisi de retenir une définition plus large de l'exercice coordonné pluridisciplinaire puisque qu'elle ne recherche pas seulement la collaboration entre des professionnels exerçant au sein du même lieu, du même immeuble, mais a élargi la prospection au critère géographique de la même rue. Cela permet de retenir la notion de MSP, des murs communs, mais aussi celle de pôle.

L'URPS ML Ile-de-France a souhaité, de son côté, identifier seulement les cabinets de groupe pluridisciplinaires et a donc retenu un critère immobilier à cet effet.

III) Les missions au regard de la santé publique : intérêts et critiques

A) L'exercice coordonné pluridisciplinaire

Ce travail de sensibilisation à l'exercice coordonné pluridisciplinaire et d'accompagnement des professionnels de santé par l'URPS MLB est fondamental afin de mettre en avant le bien fondé de ce mode d'exercice. Rappelons que l'exercice coordonné pluridisciplinaire apporte de nombreux bénéfices qui peuvent être perçus à la fois par les professionnels de santé, par les patients et par les élus locaux.

Mais des critiques s'agissant de cet exercice coordonné devront être émises.

1) Avantages pour les professionnels de santé

- Conditions d'exercice plus attractives : coopération, partage d'informations, lutte contre l'isolement,...
- Vie professionnelle et vie privée mieux conciliées ;
- Partage des contraintes et des charges liées notamment aux locaux, s'agissant d'une MSP ;
- Plus de sérénité en cas d'absence, à l'idée que les patients soient pris en charge par des professionnels que l'on connaît et en qui l'on a confiance ;
- Amélioration des pratiques : le fait de travailler en groupe permet de progresser professionnellement ;
- Meilleures relations entre les différentes professions de santé : faire tomber les barrières hiérarchiques, notamment entre les médecins et les paramédicaux. Les contacts sont facilités et des consultations communes peuvent être mises en place.

2) Avantages pour les patients

- Amélioration de la qualité des soins prodigués au patient ;

- Amélioration du parcours de soins du patient et prise en charge globale : offrir une réponse coordonnée des professionnels de santé au développement des maladies chroniques lié au vieillissement de la population ;
- Offre de soins élargie, plus lisible et mieux structurée ;
- Centralisation des professionnels de santé dans un même lieu s'agissant des MSP : éviter de multiplier les déplacements pour les patients ;
- Amélioration de la continuité des soins ;
- Meilleure communication entre les différents professionnels de santé. Cela représente un confort pour les patients : ils n'ont plus besoin d'effectuer un lien entre les professionnels (il ne sera plus nécessaire de restituer le contenu des consultations antérieures à tous les professionnels qui les prennent en charge,...).

3) Avantages pour les élus locaux

- Un territoire plus attractif pour les jeunes professionnels de santé ;
- Un territoire plus attractif pour la population.

4) Lien avec la santé publique

❖ Le recensement de l'exercice coordonné pluridisciplinaire mené par l'URPS MLB va permettre à celle-ci de bénéficier d'une meilleure visibilité quant à l'ampleur qu'a pu prendre ce mode d'exercice en Bretagne.

Mais surtout, le fait de contacter les **professionnels de santé** dans le cadre de ce travail et de leur offrir la possibilité d'un accompagnement méthodologique par l'URPS MLB représentera **une aide précieuse pour eux**. Accompagnement qu'elle fait déjà depuis des années, à la demande de ces derniers, mais qu'elle pourra approfondir grâce à cette mission. L'URPS MLB, suite à ce travail de recensement aidera donc davantage de professionnels de santé à mettre en œuvre des structures qui cumulent une multitude de bénéfices en termes de santé pour les patients, et c'est en cela une « mission » de santé publique.

Par ailleurs, cette mission amènera les professionnels de santé à prendre conscience qu'ils peuvent effectuer des démarches pour que leur projet soit connu des institutions de la santé du territoire. Si le projet de santé est validé par l'ARS, le site sera identifié, « labellisé » par

elle comme site d'exercice coordonné pluridisciplinaire. Or, **être une entité reconnue permet de mieux communiquer avec les autres acteurs de la santé, d'être davantage visible et de représenter une force de proposition.**

La visibilité apporte un autre bénéfice : **les jeunes professionnels de santé**, désireux de travailler de façon pluridisciplinaire, **seront attentifs à la localisation des sites d'exercice coordonné pluridisciplinaire déjà existants.** Avant de prendre la décision de leur lieu d'installation, ils consulteront l'ARS ou l'URPS afin de savoir où se trouvent ces sites. D'où l'intérêt d'être « immatriculé » par ces deux institutions.

Ainsi, cette mission peut aboutir à offrir plus de clarté aux futurs médecins quant à la localisation de l'exercice coordonné pluridisciplinaire en Bretagne. Celui-ci représentant un moyen de lutte contre la désertification médicale, la santé publique en donc positivement impactée.

❖ À noter que tout le travail de sensibilisation à l'exercice coordonné pluridisciplinaire mené avec l'URPS MLB auprès des professionnels de santé tout au long de mon stage partageait le même objectif d'accompagnement des professionnels de santé. Mais il s'agissait aussi de les mettre en garde quant à la mauvaise démographie médicale qui devient préoccupante et quant à la nécessité de réagir.

5) Critiques autour de l'exercice coordonné pluridisciplinaire

❖ Il est parfois difficile de convaincre du bien-fondé de l'exercice coordonné pluridisciplinaire dans un contexte de crise économique et financière.

En effet, **le fait de travailler de façon regroupée implique des coûts** dont les principaux sont :

- celui de l'investissement dans la construction de nouveaux locaux ou celui du loyer versé, s'il s'agit d'une MSP ;
- celui de la rémunération des temps de coordination destinée à compenser le manque à gagner des professionnels de santé qui ne pratiquent pas de consultations durant ces réunions ;
- celui d'un secrétariat commun (tous les professionnels de santé n'ont pas de secrétaire, l'embauche de celle-ci serait alors un coût supplémentaire pour eux) ;

➤ celui de l'achat de nouveau matériel.

La question du coût financier qu'engendre l'exercice coordonné pluridisciplinaire, surtout concernant les MSP, fait débat.

Certains mettent en avant **un partage des charges** (charges courantes : eau, électricité,...; secrétariat, achat de matériel,...), **donc un exercice qui serait moins coûteux**, alors que **d'autres** rétorquent que ce mode d'exercice représenterait des **charges supplémentaires**.

Il faut sans doute raisonner en termes « **d'économies d'échelle** » : exercer au sein d'une MSP peut être plus intéressant qu'exercer seul lorsque la **structure regroupe un nombre important de professionnels** en son sein. Si la structure est plus réduite, la réalisation d'économies paraît moins évidente et les charges peuvent même s'avérer être plus importantes.

En d'autres termes, certains professionnels partent du postulat que le principe de mutualisation des coûts est avantageux et peuvent alors investir de façon conséquente dans du matériel, par exemple. Seulement, ils ne réalisent pas que si le nombre de personnes ayant réalisé ces achats n'est pas suffisamment élevé, ces investissements peuvent, au final, être difficiles à assumer.

Mais, qui pourra assumer ces coûts ?

Si les professionnels de santé sont prêts à bousculer leur pratique car conscients de l'urgence dans laquelle nous nous trouvons en termes de démographie médicale, ils ont besoin d'être rassurés quant aux démarches qu'ils entreprennent, et de savoir que leur projet ne sera mis en péril, faute de financements disponibles pour continuer à rétribuer les temps de coordination ou pour édifier les bâtiments. Des projets sont certes pris en charge par des fonds privés, mais ils sont loin d'être majoritaires.

Or, à ce jour, nous n'avons aucune certitude quant au maintien ou non des financements provenant des ENMR, et les fonds FIR ne sont octroyés qu'aux projets se trouvant dans des zones éprouvant des difficultés. S'agissant de la DETR et de la FNADT, l'enveloppe semble également se réduire.

Le soutien financier apporté par les pouvoirs publics n'est donc ni pérenne, ni suffisant et nous ne disposons d'aucune visibilité, même à court terme.

Ainsi, peut-on encourager une nouvelle forme d'exercice, espérer des professionnels de santé un investissement financier, en temps et en activité, sans apporter aucune garantie quant à la pérennité de cet exercice ?

Il en va, d'une certaine façon, de la responsabilité de l'URPS MLB dont le rôle est de conseiller au mieux les médecins libéraux qu'elle représente.

❖ De plus, il convient de rappeler que les 184 projets d'exercice coordonné pluridisciplinaire répertoriés jusqu'à présent en Bretagne contiennent des projets qui ne se résument qu'à des murs communs, sans collaboration entre les professionnels de santé, sans aucune action envisagée par le projet de santé mise en œuvre. Les motivations à mettre en place une MSP n'étaient qu'immobilières : exercer dans des locaux neufs, qui respecteront les exigences de mise aux normes handicap entrant en vigueur en 2015. Ces sites ne sont alors que des « coquilles vides » qui ont pourtant engagés des fonds publics dans certains cas.

Remarquons que certains professionnels de santé libéraux ne sont pas convaincus du bien-fondé de l'exercice coordonné pluridisciplinaire : il serait chronophage, engendrerait des problèmes de mésentente entre les différents professionnels et représenterait une certaine prise de risque. Risque financier, lorsque des fonds privés sont investis et que le projet ne fonctionne pas ; risque humain, si les professionnels de santé ne parviennent pas à créer un esprit de groupe.

Finalement, l'exercice coordonné pluridisciplinaire bouscule les professionnels, entraîne un changement de leurs habitudes, de leur façon d'exercer la médecine. Il ne fait donc pas l'unanimité.

Pour preuve, la Directrice de l'URPS MLB a témoigné des avantages qu'offraient les MSP et PSP lors d'une interview donnée au quotidien Ouest France (voir article 15). Interview commune avec le Directeur Général de l'ARS Bretagne et Dr Jouan, médecin élu de l'URPS MLB. Or, il semblerait que le journaliste ait quelque peu décontextualisé ses propos restitués ainsi : « La question du revenu n'est pas le problème principal des jeunes médecins. Aujourd'hui, une bonne coordination des soins a plus de valeur qu'une patientèle ».

Les réactions au sein des élus membres de l'URPS MLB furent immédiates. Ils ont rappelé que la question du revenu du médecin restait essentielle, que le montant de la consultation

n'était pas suffisamment élevé et qu'ils restaient très attachés à leur patientèle.

D'autre part, selon certains élus, l'exercice coordonné pluridisciplinaire ne représenterait pas une solution réelle aux déserts médicaux et l'énergie déployée par l'URPS MLB pour promouvoir ce mode d'exercice serait trop importante et pas véritablement légitime.

B) L'entreprise médicale libérale

S'agissant du thème du prochain colloque de l'URPS MLB, l'entreprise médicale libérale, le lien avec une « mission de santé publique » est moins évident, le patient étant très peu concerné par cette thématique. Mais si la place consacrée aux patients peut paraître insuffisante, il faut néanmoins garder à l'esprit que l'URPS MLB a vocation à représenter, avant tout, les intérêts des médecins libéraux.

D'autre part, il est vrai que le sujet retenu aborde davantage une problématique organisationnelle que purement médicale. Cela étant, l'URPS MLB a fait le choix de s'intéresser particulièrement à la question de l'organisation du monde ambulatoire, notamment au travers de l'exercice coordonné pluridisciplinaire, bien au-delà du colloque.

Il s'agit là d'une orientation de travail prise par l'URPS MLB, ce qui n'est pas le cas de toutes les URPS ML françaises.

Mais dans un contexte de crise économique et financière auquel n'échappe pas le domaine de la santé, ne faut-il pas s'intéresser de plus près à ces préoccupations organisationnelles ?

Ne faut-il pas tenter de parfaire encore l'efficacité économique dégagée par le secteur ambulatoire libéral de la santé ?

Car aujourd'hui, le monde de la médecine libérale, sous forme de cabinet individuel ou de MSP/PSP, apparaît plus efficace que les établissements hospitaliers et surtout, que les centres de santé, très déficitaires financièrement. D'où l'intérêt de valoriser cette efficacité et de la parfaire.

Ainsi, même si la santé fait du bien-être des patients sa finalité, elle n'est pas étrangère aux considérations économiques. Il faut accepter d'associer des mots tels que soins, médecins et rentabilité.

Mais, la santé, est-elle un bien économique comme un autre ?

La santé n'est évidemment pas un bien économique classique, les analyses économiques doivent y être appliquées avec prudence. Cependant, elle **ne peut échapper à une notion forte, celle de concurrence**. Celle-ci imprègne tous les domaines de la société et la santé n'y échappe pas. La médecine ne fait finalement qu'évoluer au gré de la société.

La notion de concurrence se retrouve particulièrement, en ce qui concerne le secteur ambulatoire, entre des projets de MSP.

En effet, on peut observer des tensions entre des **projets de MSP financés par des fonds privés** des professionnels de santé et des **projets financés par les collectivités locales, aidées souvent par des subventions**.

Mais comment gérer une situation où des projets privés et publics se situent à quelques kilomètres seulement l'un de l'autre ?

Car les mairies ayant été subventionnées pourront louer les murs des MSP aux professionnels de santé à des prix beaucoup plus attractifs que les professionnels de santé ayant fait construire eux-mêmes les locaux et qui les loue par la suite à leur collègue.

Cela est notamment le cas à Bréhan, commune située dans le Morbihan. Une MSP a été mise en place il y a quelques années grâce à des fonds privés et depuis peu, plusieurs communes très proches ont émis le souhait d'édifier elles aussi une MSP, mais grâce à des fonds d'état. Le Maire de Bréhan, alerté par les professionnels de santé exerçant dans la MSP se trouve désemparé face à cette situation.

Dans une autre mesure, les MSP deviennent un élément de **concurrence entre les élus locaux de territoires limitrophes**, chacun voulant qu'elles soient implantées dans leur commune. Le but n'étant pourtant pas de voir apparaître des MSP dans toutes les communes mais plutôt qu'une MSP réunisse des professionnels de santé exerçant dans plusieurs communes limitrophes différentes. Il faut « raisonner en intercommunalité ».

En effet, il serait malvenu, surtout au vu du contexte financier actuel, d'édifier une MSP par commune à l'aide de fonds publics. D'autant que toutes les communes ne disposent pas de professionnels de santé issus de certaines spécialités médicales ou paramédicales (diététicienne, pédicure-podologue,...). Or, ceux-ci représentent une réelle richesse au sein d'un projet d'exercice coordonné pluridisciplinaire. D'où l'intérêt d'un projet intercommunal.

Certains élus locaux, a contrario, voient l'exercice coordonné pluridisciplinaire, particulièrement les MSP, d'un mauvais œil : tenant absolument à conserver au moins un médecin dans leur commune, ils n'acceptent pas que les médecins rejoignent une MSP située dans une commune voisine. En réponse à cela, des élus accueillent, pour se rassurer, des médecins étrangers dans leur commune. Le risque est alors de se retrouver dans une zone surmédicalisée, à l'échelle d'un canton par exemple.

Mais il est vrai qu'une MSP qui concentre trop de professionnels de santé venant de trop de communes différentes risque de fragiliser l'offre de soins proposée par ces communes.

Avec la multiplication des MSP, ce risque pourrait s'amplifier.

La concurrence est également **créée grâce/à cause de la nouvelle attractivité des communes une fois un exercice coordonné pluridisciplinaire mis en place.**

Comment gérer l'arrivée de nouveaux professionnels de santé qui rejoindraient la MSP ou le PSP ?

Comment s'intégreront-ils à un groupe de professionnels déjà formé ?

Comment se constituer une patientèle sans instaurer de tensions avec les professionnels déjà installés auparavant ?

En définitive, tous ces constats et toutes ces interrogations nous prouvent que le domaine de la santé ne peut se résumer strictement aux soins et que le « volet organisationnel » est fondamental, même si moins directement en lien avec une « mission » de santé publique.

Conclusion

Ces quelques mois passés à l'URPS MLB furent très enrichissants, à divers égards.

D'une part, ce stage a largement répondu à mes attentes car il m'a permis de mieux appréhender le domaine de la santé publique, ses acteurs et son environnement. Surtout, mes connaissances du monde ambulatoire ont été approfondies.

J'ai pu, grâce à toutes les rencontres effectuées avec les professionnels de santé, confronter les politiques de santé publique élaborées par les diverses institutions de la santé, au terrain. Par exemple, la volonté de lutter contre les déserts médicaux mais le manque de moyen dédié à cela : l'accompagnement financier des projets de MSP et PSP tend à se réduire ; une aide financière plus conséquente devrait être accordée aux étudiants en médecine afin qu'ils aillent faire davantage de stages en zone rurale (financer un logement, financer les déplacements) et puisse à terme s'y installer.

D'autre part, les objectifs que je m'étais fixée en début de stage ont été atteints.

S'agissant de la gestion de projets, domaine dans lequel je voulais progresser, j'ai pu observer les méthodes employées par les deux chargés de missions de l'URPS MLB afin de mener à bien leurs travaux. Adoptant souvent une démarche de gestion de projets, je suis parvenue à mieux cerner cette façon de procéder en évoluant à leurs côtés.

Mes compétences juridiques ont pu être exploitées, particulièrement au travers de la rédaction de la note juridique sur la notion de secret médical. À noter que Docteur Carsin, secrétaire général du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins d'Ille-et-Vilaine, a pris connaissance de ce document. L'URPS MLB souhaiterait que le logo de cette institution soit apposé sur cette note juridique, représentant une validation du travail produit.

Aspect fondamental, l'intégration au sein de l'équipe administrative de l'URPS MLB et au sein des médecins élus fût réussie, même si tout le mérite ne m'en revient pas. Tous les membres de l'URPS MLB côtoyés m'ont mise en confiance ce qui m'a encouragée à prendre des initiatives et à être autonome. Par exemple, en me rendant à la « 4ème journée

de l'installation en médecine libérale » à Reims afin de représenter l'URPS MLB.

À ces objectifs atteints, s'est ajoutée une multitude d'autres compétences acquises.

J'ai pu accumuler beaucoup de confiance en moi, ce qui est nécessaire lors de prise de parole face aux professionnels de santé et aux élus locaux.

J'aime l'idée de convaincre des professionnels de santé ou élus locaux récalcitrants du bien fondé d'un projet. Mais cette tâche implique d'avoir suffisamment d'assurance. Ce gain de confiance m'est donc très bénéfique.

Le travail d'équipe est prépondérant dans le quotidien de l'URPS MLB. Étant bien intégrée à toute le personnel composant cette structure, je n'ai éprouvé aucune difficulté à me familiariser à ce mode fonctionnement.

En outre, grâce à la rédaction de divers comptes rendus faisant suite à mes participations à des groupes de travail ou à des rencontres de terrain, je suis parvenue à parfaire mon esprit de synthèse.

Enfin, ce stage fût riche d'enseignements s'agissant de mon avenir professionnel.

J'en retire à la fois le besoin d'évoluer au sein d'un organisme qui a un pouvoir de proposition pesant sur les décisions prises par les institutions de la santé, un organisme en contact quotidiennement avec ces institutions, me permettant de cerner les enjeux de la santé ; mais aussi le besoin d'être au plus près des acteurs de terrain que sont les professionnels de santé et de les accompagner au mieux.

L'URPS MLB répond parfaitement à cette description.

Les chargés de missions de l'URPS MLB mènent des projets, de leur commencement à leur évaluation, projets qui permettent d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé et de parfaire le parcours de soins des patients. Je souhaiterais ardemment, à l'instar de ces chargés de missions, effectuer ce type d'activités.

Cependant, un objectif fixé n'a pas été atteint durant ces quelques mois. Je n'ai pas réussi à progresser dans la préparation du colloque de l'URPS MLB autant que je l'aurais voulu, tant

sur le fond que sur la forme. En effet, la mission de recensement de l'exercice coordonné pluridisciplinaire en Bretagne a été privilégiée.

Mais surtout, ce sont les rencontres avec les professionnels de santé et élus locaux qui ont été prenantes, en termes de temps et d'énergie. Les réunions ont lieu dans la région entière ce qui peut amener à effectuer de longs déplacements et à accumuler une certaine fatigue.

Remarquons qu'étant parfaitement intégrée à l'équipe de l'URPS MLB, je suis allée bien au-delà des deux missions qui m'ont été confiées. J'ai réellement participé à la vie de cette structure en étant présente aux réunions d'équipe hebdomadaires et en assistant à des groupes de travail n'ayant pas toujours de lien direct avec mes deux missions, me laissant sans doute moins de temps pour m'y consacrer.

L'accompagnement des professionnels de santé aura été, au final, la facette la plus enthousiasmante de mon stage. Le plus difficile, en tant que passionnée de médecine, aura assurément été de ne pas pouvoir participer à tous les groupes de travail, de faire des choix, non pas sans frustration.

À noter que dans ma découverte de la santé publique et de ses acteurs, j'ai pu constater l'apparition d'un nouveau protagoniste : le coordinateur de maison et pôle de santé pluridisciplinaire. Son rôle est de faire le lien entre les différents professionnels de santé membres de ces structures mais aussi, entre ces professionnels et les acteurs extérieurs à ces structures (par exemple, avec les établissements hospitaliers lors du retour à domicile du patient ayant été hospitalisé).

Quatre missions principales peuvent lui être confiées.

La première concerne l'animation de la structure et la coordination entre les acteurs : préparation et animation de réunions, gestion des contacts avec les partenaires,...

La deuxième se rapporte à la gestion administrative de la structure, à un travail de secrétariat : gestion du courrier, des mails, ... La troisième s'intéresse à la gestion de la patientèle : accueil téléphonique et physique des patients, délivrance d'informations aux patients, préparation des consultations, ... La dernière relève de la gestion du système d'informations partagé, si la structure en dispose.

Il est important de préciser qu'il n'existe pas de modèle unique s'agissant des tâches qui

incombent au coordinateur, son émergence étant récente. Par ailleurs, chaque structure peut adapter les missions qui lui sont confiées aux volontés propres des professionnels de santé qui compose cette structure.

Ses missions seront également ajustées à son profil. S'il est professionnel de santé, il pourra davantage s'impliquer dans la partie technique de la prise en charge des patients en participant à la rédaction de protocoles de soins, par exemple. S'il a un profil de gestionnaire de projets, il pourra davantage s'impliquer dans le management de la structure et dans la coordination entre les acteurs.

Dans tous les cas, sa présence doit permettre de soulager les professionnels de santé exerçant dans la MSP ou le PSP, particulièrement les initiateurs du projet qui peuvent être essouffés. Difficile donc d'imaginer que cette mission puisse être remplie par un professionnel de santé membre de la structure.

Reste la question du financement de ce poste de coordinateur, dans un contexte financier difficile.

Qui solliciter ? L'ARS grâce aux fonds FIR ? Les collectivités locales ?

Peut-on compter sur la reconduite des ENMR ?

Faut-il mutualiser ce poste de coordinateur, et donc sa rémunération, entre plusieurs sites ?

Parfois, les cotisations des adhérents de l'association des professionnels de santé constituée en début de projet sont mises à contribution.

Certains pensent que l'avenir de l'exercice coordonné pluridisciplinaire, au-delà du poste de coordinateur, sera lié à l'implication financière de mutuelles ou de laboratoires dans ces structures...

Cette mission de coordinateur se situe à l'interface de multiples acteurs et de multiples tâches. Correspondant à nombreuses de mes attentes, elle fait partie de mes réflexions s'agissant de mon avenir professionnel. Mais dans un premier temps, cet avenir professionnel s'inscrit à... l'URPS MLB, mon stage ayant été prolongé jusqu'au mois de septembre avec éventuellement une proposition d'emploi à l'issue....

Bibliographie

Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Article 4, le secret professionnel », www.conseil-national.medecin.fr/article/article-4-secret-professionnel-913, 11 octobre 2012.

Direction Générale de l'Offre de Soins, « Guide méthodologique relatif à la circulation au sein des centres et maisons de santé, des informations concernant la santé des patients », www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_methodo_circulation_infos_22_11_12.pdf, novembre 2012.

Gervais J, « Interview de Pierre De Haas, Président de la Fédération Française des Maisons et Pôles de santé (FFMPS) », www.abonnes.hospimedia.fr/interviews/20130327-pierre-de-haas-president-dans-deux-ans-10, 27 mars 2013.

Mascret C., Mission juridique Pôle « Actes et Produits de Santé » Haute Autorité de la Santé, « Les règles encadrant le secret professionnel et déontologique », www.archimede.datacenter.dsi.upmc.fr/umvf/index.php/21-respecter-les-regles-encadrant-le-secret-professionnel-la-confidentialite-et-la-vie-privee, 2006-2007.

Pr Hervé C, Dr Moutel G, « Le corpus hippocratique, la notion de secret, l'histoire et le sens du secret médical et les secrets professionnels », www.ethique.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/0f4d0071608efcebc125709d00532b6f/5fcd64e024810f60c12570a500515251?OpenDocument, 2003.

Dr Le Douarin B., « Le dispositif d'intégration MAIA, ses acteurs, ses outils. Aspects éthiques et déontologiques. », Avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur le partage des informations entre les professionnels assurant la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, www.conseil-national.medecin.fr/article/le-dispositif-d-integration-maia-ses-acteurs-ses-outils-aspects-ethiques-et-deontologiques-1227, juillet 2012.

Boisard G., « Ciss Bretagne, un collectif qui vous veut du bien », *Connexion Santé Bretagne Le Mag*, n°2, printemps 2013, p.18 et 19.

URPS ML Centre, « Créer une maison ou un pôle de santé : Pourquoi ? Comment ? », *Trait d'Union*, numéro spécial, mars 2013, p.1 à 28.

Le Pennec A, « L'exercice collectif, clé de la réussite du parcours de soins », *Le Concours Médical*, supplément, mars 2013, p.11.

Dr Vorhauer W., « Le secret médical, entre droit des patients et obligation déontologique », *Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins*, numéro spécial, novembre - décembre 2012, p. 1 à 32.

Me Poignard M, « Secret Médical : le juge valide le conseil départemental », *Bulletin d'informations Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins d'Ille-et-Vilaine*, n°53, février 2013, p. 8 et 9.

Devillaine V, « Une maison de santé ? Presque une maison de famille... », *Le Concours Médical*, n°3, mars 2013, p.182 et 183.

Code de Déontologie Médicale

Code Pénal

Code de la Santé Publique

Code de la Sécurité Sociale

Loi du 21 juillet 2009 et ses décrets d'application

Loi du 10 août 2011 et ses décrets d'application

Arrêté du 2 juin 2010 fixant la liste des professions qui élisent ainsi que celles qui désignent leurs représentants au sein des unions régionales des professionnels de santé

Sites internet :

www.urps-bretagne-medecins.org/

www.ars.bretagne.sante.fr/Internet.bretagne.0.html

www.hospimedia.fr

www.sante.gouv.fr

www.sante.gouv.fr/la-direction-generale-de-l-offre-de-soins.html

www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249588/fr/accueil-2012

www.legifrance.gouv.fr

www.ffmps.fr

Liste des annexes

Annexe 1 : Logo Inter-URPS

Annexe 2 : Tableau répertoriant toutes les réunions de travail et rencontres avec les professionnels de santé et élus locaux auxquelles j'ai pu assister

Annexe 3 : Liste des 184 projets d'exercice coordonné pluridisciplinaire recensés en Bretagne

Annexe 4 : Note juridique sur le secret médical

Annexe 5 : Fiche « je me présente »

Annexe 6 : Invitation des professionnels de santé de la Chapelle des Fougeretz et de certaines communes limitrophes à se réunir afin de leur présenter le projet de pôle de santé pluridisciplinaire

Annexe 7 : Avant-projet du projet de santé du pôle de santé pluridisciplinaire de la Chapelle des Fougeretz

Annexe 8 : Grandes orientations du projet de santé de la maison de santé pluridisciplinaire/pôle de santé pluridisciplinaire de Quiberon

Annexe 9 : Lettre réalisée à l'intention des élus locaux de Quiberon

Annexe 10 : Article paru dans le journal Le Télégramme Morbihan, le 11 avril 2013 : « Quiberon - Pôle de santé : sans Jean-Yves Josse »

Annexe 11 : Article paru dans le journal Le Télégramme Morbihan, le 25 mai 2013 : « Presqu'île santé. Un nouveau président au projet. »

Annexe 12 : Un extrait du projet de santé de la maison de santé pluridisciplinaire/pôle de santé pluridisciplinaire du Grand-Fougeray

Annexe 13 : Matrice de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé

Annexe 14 : Document établi en support de la réunion du 30 mai 2013 ayant eu lieu à l'ARS Bretagne s'agissant du recensement de l'exercice coordonné pluridisciplinaire en Bretagne

Annexe 15 : Article paru dans le journal Ouest France, le 16 mars 2013 : « La Bretagne veut attirer les jeunes médecins »

Annexe 1 : Logo Inter-Urps



Annexe 2 : Tableau répertoriant toutes les réunions de travail et rencontres avec les professionnels de santé et élus locaux auxquelles j'ai pu assister

18/2/2013	09h30-12h30	à l'ARS Bretagne	Groupe de Travail sur les réseaux de santé
19/2/2013	15h-17h	à l'URPS MLB	Groupe de Travail Médecins - Pharmaciens
21/02/2013	09h30-12h	à l'URPS MLB	Groupe de Travail Permanence des Soins en Ambulatoire
21/02/2013	14h30-17h30	à l'URPS MLB	Groupe de Travail Pôles et Maisons de Santé Pluridisciplinaires
25/02/2013	13h30-17h00	au Grand Fougeray	Rencontre avec des professionnels de santé et les élus locaux de la ville pour faire le point sur leur projet de PSP
25/02/2013	19h30-23h	à la Chapelle des Fougeretz	Rencontre avec des professionnels de santé de la Chapelle des Fougeretz et de communes limitrophes afin de leur présenter le fonctionnement d'un PSP

26/02/2013	10h30-12h-30	à la Mairie de Quiberon	Rencontre avec le Maire de Quiberon et un adjoint aux affaires sociales afin de faire le point sur le projet de PSP des professionnels de santé de Quiberon et Saint-Pierre-Quiberon
26/02/2013	12h30-14h30	à Quiberon	Rencontre avec des professionnels de santé de Quiberon et Saint-Pierre-Quiberon afin de faire le point sur le projet de PSP
26/02/2013	15h30-16-30	à la Mairie de Saint-Pierre-Quiberon	Rencontre avec le Maire de Saint-Pierre-Quiberon afin de faire le point sur le projet de PSP des professionnels de santé de Quiberon et Saint-Pierre-Quiberon
28/02/2013	12h30-13h30	à l'URPS MLB	Déjeuner de travail concernant le RADOP Obstétrique
05/03/2013	09h30-12h30	à la Maison des URPS	Copil Inter URPS
07/03/2013	09h30-17h	à l'URPS MLB	Réunion du Bureau de l'URPS MLB
11/03/2013	13h30-15h	à Malestroit	Rencontre avec des professionnels de santé de la ville et des élus locaux afin de faire le point sur le projet de PSP
13/03/2013	20h30-23h30	à la Chapelle des Fougeretz	Rencontre avec des professionnels de santé de la Chapelle des Fougeretz et de communes limitrophes afin de leur apporter un soutien méthodologique dans la mise en place d'un PSP
14/03/2013	09h30-12h30	à l'ARS Bretagne	CARPEC
18/03/2013	20h-22h	au Quilio	Rencontre avec des professionnels de santé des communes du Quilio, de Mur de Bretagne et d'Uzel ainsi qu'avec des élus locaux des ces communes afin de leur présenter le fonctionnement des MSP/PSP
19/03/2013	17h30-19h30	à la Chambre du Commerce et de l'Industrie de Rennes	Présentation du Pacte Territoire Santé par des représentants de l'ARS, de l'URPS, du secteur hospitalier, et des jeunes médecins aux acteurs des milieux sanitaire, médico-social et social d'Ille-et-Vilaine et aux élus locaux d'Ille-et-Vilaine
21/03/2013	09h30-12h30	à l'URPS MLB	Commission Communication

22/03/2013	10h-12h30	à l'ARS Bretagne	Comité de Pilotage Systèmes d'Information dans les MSP et PSP
25/03/2013	10h-12h	à l'URPS MLB	Réunion à propos du poste de Référent Installation instauré par l'ARS
25/03/2013	13h30-15h	à Malestroit	Rencontre avec des professionnels de santé de la ville afin de les accompagner dans la mise en place de leur projet de santé
28/03/2013	13h-14h	à l'URPS MLB	Groupe de Travail Liens Institutionnels
28/03/2013	14h-16h30	à l'URPS MLB	Groupe de Travail Médecins - Pharmaciens
02/04/2013	09h30-12h30	à la Maison des URPS	Copil Inter URPS
04/04/2013	09h30-18h	à l'URPS	Réunion du Bureau de l'URPS MLB
09/04/2013	12h30-14h30	à Belle-Ile	Rencontre avec des élus locaux, des acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social de Belle Ile afin de faire le point sur leur projet de PSP
11/04/2013	09h30-12h30	à l'URPS MLB	Groupe de Travail Pôles et Maisons de Santé Pluridisciplinaires
11/04/2013	14h-16h	à l'URPS MLB	Groupe de Travail Analyse de la Représentation de l'URPS
15/04/2013	12h-14h	à Milizac	Rencontre avec des professionnels de santé de Milizac et des élus locaux afin de leur présenter le fonctionnement des MSP/PSP
15/04/2013	16h-17h	à Sizun	Rencontre avec des professionnels de santé de Milizac et des élus locaux afin de leur présenter le fonctionnement des MSP/PSP
18/04/2013	09h30-17h	à Vannes	Assemblée Générale de l'URPS
14/05/2013	09h30-12h30	à la Maison des URPS	Copil Inter URPS
14/05/2013	20h30-21h30	à Vern-sur- Seiche	Rencontre avec des professionnels de santé et des élus locaux de la commune afin de leur présenter le fonctionnement des MSP/PSP
16/05/2013	09h30-17h	à l'URPS MLB	Réunion du Bureau de l'URPS MLB
16/05/2013	20h-22h	à Pontivy	Rencontre avec des professionnels de santé et des élus locaux de la commune afin de leur présenter le fonctionnement des MSP/PSP
21/05/2013	20h-22h30	à Cesson-	Cellule vigilance Chirurgie ambulatoire à

		Sévigné	l'hôpital privé de Sévigné
30/05/2013	16h-18h	à l'URPS MLB	Commission Communication
30/05/2013	18h-20h	à l'ARS Bretagne	Rencontre avec Monsieur Hervé Goby, directeur de l'Offre de Soins et de l'Accompagnement ainsi que Madame Marine Chauvet, directrice adjointe de l'offre ambulatoire et de la coordination des acteurs de l'Agence Régionale de Santé afin de leur présenter le travail de l'URPS sur le recensement de l'exercice coordonné pluridisciplinaire en Bretagne
03/06/2013	14h-17h30	à la Mutualité Sociale Agricole de Bruz	Réunion d'un groupe de travail dont la mission est de réfléchir aux moyens de relancer le projet de MSP/PSP à Cesson-Sévigné, arrêté pour le moment
04/06/2013	07h30-17h	à la Mairie de Plobannalec- Lesconil	Rencontre avec des élus locaux de Plobannalec-Lesconil, des professionnels de santé de cette commune et de communes limitrophes afin de leur présenter l'exercice coordonné pluridisciplinaire
06/06/2013	08h30-17h	à la Faculté de Médecine Reims	4ème journée de l'installation en médecine libérale
13/06/2013	09h30-17h	à l'URPS MLB	Réunion du Bureau de l'URPS MLB
18/06/2013	20h-23h	à Vern-sur- Seiche	Rencontre avec les professionnels de santé impliqués dans le projet de PSP afin de leur apporter un soutien méthodologique à l'élaboration du projet de santé
19/06/2013	10h-16h	à Paris	Réunion de travail Grille de progression de la CN URPS ML
20/06/2013	09h30-12h30	à l'URPS MLB	Commission Communication
20/06/2013	12h30-14h	à l'URPS MLB	Déjeuner de travail avec un médecin généraliste exerçant dans une MSP située à Cesson-Sévigné. Apport méthodologique sur la façon de faire reconnaître la MSP auprès de l'ARS
27/06/2013	09h30-12h	à l'URPS MLB	Groupe de travail analyse de la représentation

Annexe 3 : Liste des 184 projets d'exercice coordonné pluridisciplinaire recensés en Bretagne

TOTAL : 184 projets

Ille et Vilaine (56 projets)

MSP La Guerche-de-Bretagne : TERRITOIRE DE SANTÉ 5, ENMR

PSP Rennes Le Gast : TERRITOIRE DE SANTÉ 5, ENMR

PSP Saint-Méen-le-Grand : TERRITOIRE DE SANTÉ 5, ENMR

MSP Val-d'Izé : TERRITOIRE DE SANTÉ 5, ENMR

MSP/PSP Antrain : TERRITOIRE DE SANTÉ 5

PSP Argentré-du-Plessis : TERRITOIRE DE SANTÉ 5

PSP Bain-de-Bretagne : TERRITOIRE DE SANTÉ 5

MSP La Bouëxière : TERRITOIRE DE SANTÉ 5

MSP Breteil TERRITOIRE DE SANTÉ 5

MSP/PSP Cesson / Sévigné : TERRITOIRE DE SANTÉ 5

Cesson : Quartier de la Boulais : TERRITOIRE DE SANTÉ 5

Crevin (Sel de Bretagne) : TERRITOIRE DE SANTÉ 5

Fougères : TERRITOIRE DE SANTÉ 5

Fougères Sud : Billé / La Chapelle Janson / Luitré : TERRITOIRE DE SANTÉ 5

MSP Gévezé : TERRITOIRE DE SANTÉ 5

MSP Le Grand-Fougeray : TERRITOIRE DE SANTÉ 5

MSP/PSP Hédé / Guipel : TERRITOIRE DE SANTÉ 5

Iffendic : TERRITOIRE DE SANTÉ 5

MSP/PSP Louvigné-du-Désert : TERRITOIRE DE SANTÉ 5

MSP/PSP Luitré : TERRITOIRE DE SANTÉ 5

MSP Martigné-Ferchaud : TERRITOIRE DE SANTÉ 5

MSP Maure-de-Bretagne : TERRITOIRE DE SANTÉ 5

MSP Montfort : TERRITOIRE DE SANTÉ 5

MSP/PSP Pipriac / Sixt-sur-Aff : TERRITOIRE DE SANTÉ 5

MSP Pléchâtel : TERRITOIRE DE SANTÉ 5

MSP Plélan-le-Grand : TERRITOIRE DE SANTÉ 5

MSP Retiers : TERRITOIRE DE SANTÉ 5

MSP/PSP Saint-Brice-en-Cogles : TERRITOIRE DE SANTÉ 5

MSP Saint-Gilles : TERRITOIRE DE SANTÉ 5

MSP Saint-Ouen-des-Alleux : TERRITOIRE DE SANTÉ 5

Bonnemain : TERRITOIRE DE SANTÉ 6

MSP Cancale : TERRITOIRE DE SANTÉ 6

MSP Combourg : TERRITOIRE DE SANTÉ 6

PSP Dol de Bretagne : TERRITOIRE DE SANTÉ 6

PSP Pleine-Fougères : TERRITOIRE DE SANTÉ 6

MSP Saint-Pierre-de-Plesguen : TERRITOIRE DE SANTÉ 6

Non répertoriés par ARS au 28 mars 2013 :

Acigné : TERRITOIRE DE SANTÉ 5
Betton : TERRITOIRE DE SANTÉ 5
Bruz : TERRITOIRE DE SANTÉ 5
PSP La Chapelle-des-Fougeretz : TERRITOIRE DE SANTÉ 5
Châteaugiron : TERRITOIRE DE SANTÉ 5
Lassy / Goven : TERRITOIRE DE SANTÉ 5
Melesse : TERRITOIRE DE SANTÉ 5
La Mézière : TERRITOIRE DE SANTÉ 5
Noyal-sur-Vilaine : TERRITOIRE DE SANTÉ 5
Pacé : TERRITOIRE DE SANTÉ 5
Quartier Villejean (Rennes) : TERRITOIRE DE SANTÉ 5
Redon : TERRITOIRE DE SANTÉ 5
Le Rheu : TERRITOIRE DE SANTÉ 5
Sens-de-Bretagne : TERRITOIRE DE SANTÉ 5
Saint-Aubin-du-Cormier : TERRITOIRE DE SANTÉ 5
Saint-Erblon : TERRITOIRE DE SANTÉ 5
Saint-Jacques-de-la-Lande : TERRITOIRE DE SANTÉ 5
Servon sur Vilaine : TERRITOIRE DE SANTÉ 5
Tinténiac : TERRITOIRE DE SANTÉ 5
Vern sur Seiche : TERRITOIRE DE SANTÉ 5

Morbihan (44 projets)

MSP/PSP Bréhan / Réguiny : TERRITOIRE DE SANTÉ 8, ENMR

MSP Cléguérec : TERRITOIRE DE SANTÉ 8
MSP/PSP Guémené-sur-Scorff / Ploërdut : TERRITOIRE DE SANTÉ 8
MSP Pluméliau : TERRITOIRE DE SANTÉ 8
MSP Noyal-Pontivy : TERRITOIRE DE SANTÉ 8
MSP Pontivy : TERRITOIRE DE SANTÉ 8

PSP Mauron : TERRITOIRE DE SANTÉ 4, ENMR
MSP/PSP La Roche-Bernard : TERRITOIRE DE SANTÉ 4, ENMR

MSP Ambon : TERRITOIRE DE SANTÉ 4
PSP Belle-île-en Mer : TERRITOIRE DE SANTÉ 4
MSP La Chapelle-Caro : TERRITOIRE DE SANTÉ 4
PSP Guer : TERRITOIRE DE SANTÉ 4
MSP/PSP Josselin / Guègon : TERRITOIRE DE SANTÉ 4
MSP Loyat / Ploërmel : TERRITOIRE DE SANTÉ 4
MSP Malestroit : TERRITOIRE DE SANTÉ 4
MSP/PSP Ménéac : TERRITOIRE DE SANTÉ 4
MSP/PSP Péaule : TERRITOIRE DE SANTÉ 4
MSP Quiberon : TERRITOIRE DE SANTÉ 4
MSP Saint-Jean-Brévelay : TERRITOIRE DE SANTÉ 4
MSP/PSP Saint-Philibert : TERRITOIRE DE SANTÉ 4

MSP/PSP Trinité / Porhoët : TERRITOIRE DE SANTÉ 4
MSP/PSP Trinité-sur-Mer : TERRITOIRE DE SANTÉ 4

MSP Allaire / Peillac : TERRITOIRE DE SANTÉ 5
MSP La Gacilly : TERRITOIRE DE SANTÉ 5

Bubry : TERRITOIRE DE SANTÉ 3
Ile-de-Groix : TERRITOIRE DE SANTÉ 3
Inguiniel : TERRITOIRE DE SANTÉ 3
PSP Inzinzac-Lochrist : TERRITOIRE DE SANTÉ 3
MSP Gourin : TERRITOIRE DE SANTÉ 3
PSP Languidic : TERRITOIRE DE SANTÉ 3
MSP Plouay : TERRITOIRE DE SANTÉ 3
Quistinic : TERRITOIRE DE SANTÉ 3

Non répertoriés par ARS au 28 mars 2013 :

Arradon : TERRITOIRE DE SANTÉ 4
Damgan : TERRITOIRE DE SANTÉ 4
Kervignac : TERRITOIRE DE SANTÉ 3
Locmiquélic : TERRITOIRE DE SANTÉ 3
Naizin : TERRITOIRE DE SANTÉ 8
Plouharnel : TERRITOIRE DE SANTÉ 4
Plumelec : TERRITOIRE DE SANTÉ 4
Plumelin : TERRITOIRE DE SANTÉ 8
Pluvigner : TERRITOIRE DE SANTÉ 4
Priziac : TERRITOIRE DE SANTÉ 3
Rohan (intégré à l'interpôle Centre) : TERRITOIRE DE SANTÉ 8
Sérent : TERRITOIRE DE SANTÉ 4

Finistère (41 projets)

MSP de Melgven : TERRITOIRE DE SANTÉ 2, ENMR

PSP Châteauneuf-du-Faou : TERRITOIRE DE SANTÉ 2
PSP Concarneau : TERRITOIRE DE SANTÉ 2
Coray : TERRITOIRE DE SANTÉ 2
PSP Elliant : TERRITOIRE DE SANTÉ 2
PSP Ergué-Gaberic : TERRITOIRE DE SANTÉ 2
PSP Landudec : TERRITOIRE DE SANTÉ 2
MSP/PSP Plogastel-Saint-Germain : TERRITOIRE DE SANTÉ 2
PSP Plonéis : TERRITOIRE DE SANTÉ 2
PSP Plonévez-du-Faou : TERRITOIRE DE SANTÉ 2
Pouldreuzic : TERRITOIRE DE SANTÉ 2
MPS/PSP Rosporden : TERRITOIRE DE SANTÉ 2
PSP/MSP Saint-Yvi: TERRITOIRE DE SANTÉ 2

MSP Aulne Maritime Le Faou : TERRITOIRE DE SANTÉ 1, ENMR

PSP Brest : TERRITOIRE DE SANTÉ 1
PSP Cléder : TERRITOIRE DE SANTÉ 1
Le Drenec : TERRITOIRE DE SANTÉ 1
MSP Guiclan : TERRITOIRE DE SANTÉ 1
Huelgoat : TERRITOIRE DE SANTÉ 1
PSP Landerneau : TERRITOIRE DE SANTÉ 1
MSP Lanmeur : TERRITOIRE DE SANTÉ 1
PSP Lannilis : TERRITOIRE DE SANTÉ 1
PSP Logonna-Daoulas (MADEO) : TERRITOIRE DE SANTÉ 1
Milizac : TERRITOIRE DE SANTÉ 1
PSP Plouarzel : TERRITOIRE DE SANTÉ 1
PSP Plougoulm : TERRITOIRE DE SANTÉ 1
PSP Plouvorn : TERRITOIRE DE SANTÉ 1
Plouzévéde : TERRITOIRE DE SANTÉ 1
Roscoff : TERRITOIRE DE SANTÉ 1
PSP Saint-Thégonnec : TERRITOIRE DE SANTÉ 1
PSP Sizun : TERRITOIRE DE SANTÉ 1

MSP/PSP Querrien / Arzano / Lanvegen : TERRITOIRE DE SANTÉ 3
MSP/PSP Scaër / Guisriff : TERRITOIRE DE SANTÉ 3

Non répertoriés par ARS au 28 mars 2013 :

Cleden-Cap-Zisun : TERRITOIRE DE SANTÉ 2
Cleden-Poher : TERRITOIRE DE SANTÉ 1
Fouesnant : TERRITOIRE DE SANTÉ 2
Gouesnach : TERRITOIRE DE SANTÉ 2
Kermoyan (Quimper) : TERRITOIRE DE SANTÉ 2
Pleyben : TERRITOIRE DE SANTÉ 2
Plougonven : TERRITOIRE DE SANTÉ 1
Plobannalec-Lesconil : TERRITOIRE DE SANTÉ 2

Côtes d'Armor (43 projets)

Callac : TERRITOIRE DE SANTÉ 7
MSP Cavan : TERRITOIRE DE SANTÉ 7
MSP Châtelaudren (MSP du Leff) : TERRITOIRE DE SANTÉ 7
Collinée : TERRITOIRE DE SANTÉ 7
MSP/PSP Erquy : TERRITOIRE DE SANTÉ 7
PSP Guigamp : TERRITOIRE DE SANTÉ 7
PSP Lamballe : TERRITOIRE DE SANTÉ 7
PSP Lannion : TERRITOIRE DE SANTÉ 7
MSP Lézardrieux : TERRITOIRE DE SANTÉ 7
MSP Louargat : TERRITOIRE DE SANTÉ 7
MSP Paimpol : TERRITOIRE DE SANTÉ 7

Pédervec : TERRITOIRE DE SANTÉ 7
MSP Plouaret : TERRITOIRE DE SANTÉ 7
MSP Plouha : TERRITOIRE DE SANTÉ 7
Plurien : TERRITOIRE DE SANTÉ 7
MSP Saint-Brandan : TERRITOIRE DE SANTÉ 7
Trébeurden : TERRITOIRE DE SANTÉ 7

Mûr-de-Bretagne : TERRITOIRE DE SANTÉ 8
MSP Plessala : TERRITOIRE DE SANTÉ 8
MSP Plougernevel : TERRITOIRE DE SANTÉ 8
Rostrenen : TERRITOIRE DE SANTÉ 8
Uzel : TERRITOIRE DE SANTÉ 8

PSP Matignon : TERRITOIRE DE SANTÉ 2
MSP/PSP Plancoët : TERRITOIRE DE SANTÉ 2
PSP Plénée-Jugon : TERRITOIRE DE SANTÉ 2

Plélan-le-Petit : TERRITOIRE DE SANTÉ 6
Plouasne : TERRITOIRE DE SANTÉ 6

Non répertoriés par ARS au 28 mars 2013 :

Evran : TERRITOIRE DE SANTÉ 6
Hénon : TERRITOIRE DE SANTÉ 7
Ile de Bréhat : TERRITOIRE DE SANTÉ 7
Lancieux : TERRITOIRE DE SANTÉ 6
Loudéac : TERRITOIRE DE SANTÉ 8
Maël-Carhaix : TERRITOIRE DE SANTÉ 1
Merdrignac : TERRITOIRE DE SANTÉ 8
Plémet : TERRITOIRE DE SANTÉ 8
Plemeur-Bodou : TERRITOIRE DE SANTÉ 7
Plestin-Trigavou : TERRITOIRE DE SANTÉ 6
Pleudihen : TERRITOIRE DE SANTÉ 6
Pluduno : TERRITOIRE DE SANTÉ 6
Quintin : TERRITOIRE DE SANTÉ 7
Saint-Nicolas-du-Pélem : TERRITOIRE DE SANTÉ 7
Communauté de communes Arguenon-Hunaudaye ?
Communauté de communes Mené ?

Annexe 4 : Note juridique sur le secret médical

L'article L1110-4 du Code de la Santé Publique envisage le principe du secret médical et énonce, dans son alinéa 1, que « *Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.* ».

De même, l'article 4 alinéa 1 du Code de Déontologie Médicale rappelle cette notion : « *Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.* ».

En effet, **sans confiance**, le malade ne peut s'exprimer totalement sur les maux dont il souffre et, **sans confiance**, le médecin ne peut être suffisamment informé pour offrir les meilleurs soins.

Si l'obligation au secret médical paraît très simple à cerner au premier abord, il s'agit de la traduction professionnelle de l'obligation générale de discrétion et de respect de la personne d'autrui, les frontières du secret médical sont souvent difficiles à tracer.

Cette exigence de discrétion se heurte souvent à **l'intérêt privé du patient lui-même**. Le médecin peut alors se trouver dans une **situation contradictoire** : le respect du secret médical (ne pas trahir la confiance) et la nécessité de communiquer afin d'optimiser la prise en charge du patient : informer le personnel soignant et non soignant pour apporter les meilleurs soins (à défaut, risque de perte de chance de pouvoir guérir le patient). Le risque pris doit être évalué afin de pouvoir préparer sa défense s'il est reproché d'en avoir trop dit ou pas suffisamment. Si le respect du secret médical semble l'emporter, la jurisprudence se montre toujours hésitante aujourd'hui.

Mais au-delà de l'intérêt privé du patient, c'est **l'intérêt social**, public qui justifie également le respect du secret médical : chacun doit savoir qu'il sera soigné convenablement et avoir la garantie de pouvoir se confier à un médecin sans crainte d'être trahi. Sont donc concernés les patients pris en charge mais aussi **les futurs patients**.

A noter que le secret médical n'est plus seulement un devoir du médecin mais aussi un **droit du patient**, depuis la loi du 4 mars 2002.

D'un point de vue terminologique, le secret médical constitue simplement une déclinaison du secret professionnel, appliqué au corps médical.

❖ Les personnes tenues au secret médical

Cette question est envisagée par l'article L1110-4 du Code de la Santé Publique : « *Il (le secret médical) s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.* ».

Sont concernés :

➤ le personnel médical :

- les soignants : les médecins, les étudiants en médecine en stage, les externes, les internes (en milieu hospitalier), les dentistes, les sages-femmes, et toutes les professions qui contribuent aux soins : auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthoptistes, orthophonistes, audio-prothésistes,...) mais aussi les psychologues (non professionnels de santé), diététiciens et assistantes sociales (non professionnels de santé) ; les laboratoires d'analyses et leurs laborantins, les préparateurs en pharmacie sont également tenus au secret médical.

- les non soignants : les médecins-conseils des Caisses de Sécurité Sociale ou de Mutualité Sociale Agricole, les médecins du travail, les médecins des compagnies d'assurance, les médecins experts.

➤ le personnel non médical : la secrétaire médicale, le personnel hospitalier principalement. En effet, la secrétaire a connaissance des dossiers des patients et l'agent hospitalier est souvent présent au moment des soins. Le **médecin est d'ailleurs responsable du respect du secret médical par sa secrétaire** : il doit lui en donner les moyens (locaux, matériel,...) et le principe du respect du secret médical doit être inscrit dans son contrat de travail. L'article 72 du Code de Déontologie Médicale rappelle à ce titre que « *Le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment.* ».

❖ Le domaine du secret médical

Il est envisagé de façon **large** : l'article L1110-4 alinéa 2 du Code de la Santé Publique dispose que « *Ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes.* ». Et l'article 4 alinéa 2 du Code de Déontologie Médicale vient compléter : « *Le secret couvre tout ce qui est **venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.*** ».

Et ce, que l'information soit à contenu médical ou non, qu'elle soit positive ou négative (maladie ou absence de maladie), qu'elle soit déjà connue d'autrui ou non, qu'elle soit nuisible ou non.

Il peut donc s'agir des déclarations du malade, des diagnostics, des dossiers médicaux, des interprétations faites par le médecin, des conversations surprises au domicile du patient lors d'une visite, des confidences de la famille.

Mais si la confiance a été recueillie dans le cadre d'une relation amicale, la jurisprudence exclut la qualification de secret car l'information dévoilée ne l'a pas été dans le cadre professionnel.

A noter que l'article 226-13 du Code Pénal qui prévoit les sanctions pénales encourues en cas de transgression du secret médical ne fait référence qu'à des « informations à caractère secret » ce qui pourrait laisser penser que le médecin n'est tenu au secret médical que lorsqu'il reçoit d'intimes confidences. Cela n'est évidemment pas le cas.

❖ Les créanciers du secret médical

L'article L1111-2 du Code de la Santé Publique dispose que « *Toute personne a le droit d'être tenu informée sur son état de santé. (...) La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.* ».

Le secret médical n'est donc pas opposable au patient sauf volonté contraire de sa part et hors risque de transmission d'une maladie à autrui.

Cependant, si l'article 35 du Code de Déontologie Médicale rappelle que « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.* », il ajoute une exception : « *Toutefois, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination.* ».

Le médecin peut ainsi retenir une information vis-à-vis du patient afin de le protéger d'une révélation traumatisante et de lui éviter la perte de tout espoir d'amélioration de son état. Les proches sont alors dépositaires des informations nécessaires à la poursuite des soins.

S'agissant des **proches du patient**, le principe est celui de **l'opposabilité du secret médical à l'égard de sa famille et de ses amis**. Néanmoins, l'article L1110-4 alinéa 7 du Code de la Santé Publique prévoit une exception : « *En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part.* ».

Quant aux **mineurs**, les médecins ne sont pas tenus au secret médical vis-à-vis des **parents**. Mais trois exceptions à ce principe existent :

- la contraception
- l'Interruption Volontaire de Grossesse
- l'article L1111-5 du Code de la Santé Publique : « ***Le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation.*** »

Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix. ».

Enfin, l'article L1110-4 in fine du Code de la Santé Publique dispose, quant à lui, que « *Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les **informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit**, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.* »

Le secret médical perdure donc même après la mort du patient sauf dans ces trois hypothèses (et à condition que le patient n'ait pas exprimé de volonté contraire de son vivant). Mais la jurisprudence rappelle de façon constante que **seules les informations « nécessaires »** peuvent être révélées aux ayants droit dans l'un ou l'autre de ces trois cas.

❖ Les dérogations au secret médical

Dans certains cas, la loi **oblige** le médecin à révéler des faits couverts par le secret médical. Il doit :

- déclarer les naissances (article 56 du Code Civil) ;
- déclarer les décès (article L2223-42 du Code Général des Collectivités Territoriales) ;
- déclarer les maladies contagieuses au médecin de l'Agence Régionale de Santé (article L3113-1 du Code de la Santé Publique) ;
- indiquer le nom du patient et les symptômes présentés sur les certificats d'admission en soins psychiatriques (articles L3212-1 à 3213-10 du Code de la Santé Publique) ;
- déclarer au Procureur de la République si une personne soignée dans un établissement de santé a besoin d'être protégée dans les actes de la vie civile. Cette déclaration aura pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice (articles 434 et 425 du Code Civil, article L32116 alinéa 2 du Code de la Santé Publique) ;
- établir, pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, des certificats détaillés décrivant les lésions et leurs conséquences (articles L441-6 et L461-5 du Code de la Sécurité Sociale) ;

- fournir, à leur demande, aux administrations concernées, des renseignements concernant les dossiers des pensions militaires et civiles d'invalidité ou de retraite ;
- transmettre à la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation ou à l'expert qu'elle désigne, les documents qu'il détient sur les victimes d'un dommage (accidents médicaux, VIH, amiante...) ;
- transmettre au médecin responsable de l'antenne médicale mentionnée à l'article L232-1 du Code du Sport, les constatations qu'il a faites et informer le patient de cette obligation de transmission s'il est amené à déceler des signes qui évoquent une pratique de dopage (article L232-3 du Code du Sport) ;
- communiquer à l'Institut de veille sanitaire les informations nécessaires à la sécurité, veille et alerte sanitaires.

Dans d'autres cas, la loi **autorise** le médecin à révéler des faits couverts par le secret médical, il s'agit donc d'un pouvoir discrétionnaire appartenant au médecin. Il peut :

- signaler au Procureur de la République des sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord à ce signalement n'est pas nécessaire (article 226-14 2° du Code Pénal).

Cependant, si le médecin décide de se taire sur ce qu'il a pu connaître, cela ne le dispense pas de **mettre en œuvre tous les moyens susceptibles de porter secours à la personne en péril** (hospitalisation, appeler les services sociaux,...). **À défaut**, il pourrait encourir les peines prévues à l'article 223-6 du Code Pénal réprimant la **non assistance à personne en péril**.

Cela est confirmé par l'article 44 du Code de Déontologie Médicale qui prévoit que « *Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection.* ».

Mais, toujours selon cet article, « *S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique il **doit**, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les*

autorités judiciaires, médicales ou administratives. ». Il ne s'agit donc plus d'une faculté dans ce cas, mais d'une **obligation** ;

- transmettre au Président du Conseil Général toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l'être (article L226-2-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles) ;
- communiquer les données à caractère personnel qu'il détient, strictement nécessaires à l'exercice de leur mission, aux médecins conseils du service du contrôle médical (article L315-V du Code de la Sécurité Sociale), aux médecins inspecteurs de l'inspection générale des affaires sociales, aux médecins inspecteurs de la santé, aux médecins inspecteurs de l'ARS (article L1112-1 du Code de la Santé Publique), aux médecins experts de la HAS (article L1414-4 du Code de la Santé Publique), aux inspecteurs médecins de la radioprotection (article L1333-19 du Code de la Santé Publique) ;
- transmettre les données nominatives à caractère personnel qu'il détient dans le cadre d'un traitement automatisé de données autorisé (dans le cadre de recherches biomédicales) (loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés) ;
- informer les autorités administratives du caractère dangereux des patients connus pour détenir une arme ou qui ont manifesté l'intention d'en acquérir une (article 226-14 3° du Code Pénal) ;
- dénoncer un crime dont il est encore temps de prévenir ou de limiter les effets ;
- déclarer au Procureur de la République si une personne à laquelle il donne des soins a besoin d'être protégée dans les actes de la vie civile. Cette déclaration aura pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice si elle est accompagnée de l'avis conforme d'un psychiatre (articles 434 et 425 du Code Civil, article L32116 alinéa 1 du Code de la Santé Publique) ;
- assurer sa défense en révélant, si besoin, des éléments normalement couverts par le secret médical ;
- informer le juge de l'interruption de traitement d'un délinquant sexuel dans le cadre du suivi socio-judiciaire accompagné d'une injonction de soins ;
- communiquer, lorsqu'il exerce dans un établissement de santé, au médecin responsable de l'information médicale, les données médicales nominatives nécessaires à l'évaluation de l'activité (article L6113-7 du Code de la Santé Publique). Il en est de même, selon la loi du 6 août 2004 qui vient compléter la loi du 6 janvier 1978, des données issues des dossiers médicaux détenus dans le cadre de

l'exercice libéral des professions de santé et de celles issues des systèmes d'information des caisses d'assurance maladie à des fins statistiques d'évaluation ou d'analyse des pratiques et des activités de soins et de prévention ;

- délivrer un certificat, en cas de litige portant sur la nullité du contrat de rente viagère suite au décès dans les vingt jours de la date de la signature du contrat, qui détermine si l'affection qui a entraîné la mort existait déjà à la date de la signature du contrat ;
- témoigner en cas de litige concernant les facultés mentales du testateur au moment de la signature du testament.

Dans l'hypothèse où le médecin aurait connaissance d'une affection ou d'un comportement du patient susceptible de causer un dommage à autrui mais que ce patient refuse, malgré toutes les mesures de persuasion pour le convaincre, que l'information puisse être communiquée, le médecin pourrait invoquer l'application de l'article 122-7 du Code Pénal afin de justifier la transgression du secret médical. Il s'agit là d'une issue extrême. *« N'est pas pénalement responsable la personne qui, face à un danger actuel ou imminent qui menace elle-même, autrui ou un bien, accomplit un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne ou du bien, sauf s'il y a disproportion entre les moyens employés et la gravité de la menace. »*

A noter que **seule la loi peut prévoir des dérogations au respect du secret médical**. Ce constat entraîne deux conséquences :

- les décrets ou circulaires ne détiennent pas ce pouvoir ;
- le consentement du patient ne suffit pas à justifier la révélation d'éléments couverts par le secret médical. En effet, le médecin est tenu au secret médical même si son patient le délivre de cette obligation, ce principe étant revêtu d'un caractère « général et **absolu** » selon la jurisprudence administrative et judiciaire. Nous pouvons notamment citer l'hypothèse d'un témoignage en justice : le médecin peut refuser de témoigner en invoquant le secret médical même si son patient l'a autorisé à révéler certaines informations.

❖ Les conséquences de la violation du secret médical

En cas de non respect du secret médical, l'article 226-13 du Code Pénal prévoit des sanctions pouvant aller jusqu'à **un an d'emprisonnement et 15000 euros d'amende**. Juridiquement, le respect du secret médical s'analyse en une obligation de ne pas faire, un devoir de se taire pour le professionnel. Sa violation est retenue relativement facilement par les juges dans la mesure où, en général, parmi tous les éléments constitutifs d'une infraction doit figurer obligatoirement une « intention coupable ». Or, s'agissant de la transgression du respect du secret médical, cette **intention coupable est inutile**. La jurisprudence a affirmé à plusieurs reprises que « le délit existe dès que la révélation a été faite, avec connaissance, indépendamment de toute intention spéciale de nuire ».

La rédaction de l'article 226-13 du Code Pénal est quelque peu floue : « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état soit par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.* ». **Aucune liste des professions soumises au secret professionnel n'est mentionnée. Doit-on considérer que toutes les professions sont soumises au secret professionnel ? Ou, si l'on considère que, sont soumises au secret professionnel, les personnes qui assistent le médecin dans son exercice, où peut-on placer la limite à cette affirmation ? Un éducateur spécialisé assiste-t-il un médecin ? En cas de réponse négative, est-il tout de même soumis au secret professionnel ?**

Sur ce point, l'article L1110-4 du Code de la Santé Publique n'est guère plus explicite : « *Il (le secret) s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.* ». Mais **qu'est ce qu'un professionnel de santé intervenant dans le système de santé ?**

Le médecin engage également sa responsabilité civile en cas de violation du secret médical. Des **dommages et intérêts** pourraient être alloués au patient s'il réussit à démontrer que **les révélations lui ont causé un préjudice** (s'agissant des sanctions pénales, il n'est pas nécessaire d'établir l'existence d'un préjudice pour qu'une peine soit prononcée).

Enfin, le médecin pourrait encourir des **sanctions disciplinaires**.

À noter que, selon l'article L 1110-4 alinéa 6 du Code de la Santé Publique, « *Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.* ». **Les peines pénales sont donc les mêmes pour celui ou celle qui obtient ou tente d'obtenir des informations en violation du secret médical.**

❖ Le secret médical partagé

À l'heure où les coopérations entre professionnels de santé se multiplient (réseaux de santé, groupes qualité, centres de santé, pôles et maisons de santé pluridisciplinaires), une autre dimension du secret médical paraît primordiale, celle du **secret partagé**.

L'article L1110-4 du Code de la Santé Publique envisage cette notion :

« Deux ou plusieurs **professionnels de santé** peuvent toutefois, **sauf opposition** de la **personne dûment avertie**, échanger des informations relatives à une **même personne prise en charge**, afin **d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire** possible.

Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un **établissement de santé**, les informations la concernant sont **réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe**.

Les informations concernant une personne prise en charge par un **professionnel de santé** au sein d'une **maison ou d'un centre de santé** sont **réputées confiées par la personne aux autres professionnels de santé de la structure** qui la **prennent en charge**, sous réserve :

1° Du recueil de son **consentement exprès**, par **tout moyen**, y compris sous forme dématérialisée. Ce consentement est **valable tant qu'il n'a pas été retiré** selon les mêmes formes ;

2° De **l'adhésion des professionnels concernés au projet de santé** mentionné aux articles L. 6323-1 et L. 6323-3.

La personne, **dûment informée, peut refuser** à tout moment que soient communiquées des **informations la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé.** ».

Trois niveaux de collaboration entre professionnels de santé sont évoqués dans cet article :

- les cabinets de ville ou de groupe ;
- les établissements de santé publics ou privés ;
- les centres de santé et les pôles et maisons de santé pluridisciplinaires (PSP / MSP).

S'agissant des patients consultant en **cabinet de ville** ou de groupe, **le principe du secret partagé a été admis** sous réserve du respect de certaines conditions :

- il doit s'agir d'échanges entre professionnels de santé (exclusion des psychologues, des ostéopathes, des acteurs du milieu social) ;
- il doit s'agir d'informations concernant un même patient pris en charge ;
- le patient doit être dûment averti de ces échanges ;
- le patient, dûment averti, peut s'opposer à ces échanges ;
- ces échanges doivent avoir pour but d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Les informations échangées doivent se limiter strictement à l'atteinte de cet objectif. Le médecin devra donc sélectionner seulement les informations qu'ils jugent utiles de transmettre à un autre professionnel de santé pour la prise en charge du même patient.

Selon le Docteur Patrick Bouet, Conseiller National de l'Ordre et Délégué aux Relations Internes du CNOM, cette disposition ne s'appliquerait pas seulement aux professionnels libéraux exerçant en cabinet de ville ou de groupe. Elle constituerait un principe général se rapportant à tout professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice. Il déplore une loi trop évasive concernant la médecine de ville.

Deuxième niveau de coopération visé par le texte, celui de **l'établissement hospitalier public ou privé.**

Le consentement de la personne à cet échange d'informations entre différents acteurs de l'établissement est présumé. De plus, il est présumé confié par le malade à **l'ensemble**

de l'équipe de soins. Celle-ci doit être entendue de façon stricte et n'inclut donc pas le personnel administratif, la secrétaire médical ou l'assistante sociale.

Quant aux **centres de santé, pôles et maisons de santé pluridisciplinaires**, la **loi Fourcade du 10 août 2011** est venue modifier la rédaction originale de l'article L1110-4 du Code de la Santé Publique. En effet, certains professionnels de santé évoluant de façon regroupée souhaitaient **que le secret partagé soit adapté à ce mode d'exercice de la médecine.**

Ainsi, en vertu de cette nouvelle disposition, les professionnels de santé exerçant collectivement peuvent partager des informations concernant un même patient si les conditions suivantes sont remplies :

- il faut que l'échange d'informations se fassent entre professionnels de santé, à l'exclusion du personnel administratif (secrétaire, coordinateur de la structure...), des psychologues, ostéopathes, assistantes sociales,...
- le partage d'informations entre professionnels de santé, s'agissant d'un patient déterminé, est réservé à ceux qui prennent en charge ce patient au sein de la structure ;
- le partage d'informations entre les professionnels de santé est réservé à ceux qui ont adhéré au projet de santé ;
- il faut le consentement exprès du malade à cet échange. Il peut être recueilli par tout moyen (écrit, oral,...). Il est donné pour l'intégralité du temps de prise en charge du patient par les professionnels de santé concernés. Cependant, le patient peut retirer son consentement à tout moment ;
- il faut que le malade soit dûment informé de la possibilité de refuser la communication de certaines informations seulement ou de refuser le partage de données avec certains professionnels de santé seulement.

A noter que le Conseil National de l'Ordre des Médecins était opposé à l'adoption d'un régime dérogatoire du secret partagé au sein des centres de santé, PSP et MSP estimant qu'il n'y a aucune justification à ce que le secret médical fasse l'objet de régimes différents selon le cadre d'exercice du professionnel de santé.

Autre nouveauté apportée par la loi Fourcade, les professionnels de santé des centres de santé, PSP et MSP pourront partager, s'agissant d'un patient commun, **l'entièreté des informations le concernant, à caractère strictement médical ou non**. Ils ne seront donc plus obligés de trier, parmi les informations recueillies, celles qui sont utiles à assurer la continuité des soins ou à déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Cela leur apporterait un gain de temps et supprimerait les risques de perte de chance de guérison des patients en cas de retard ou de manquement dans la transmission des données.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins regrette cette évolution et considère que les données privées, propres à chaque patient, ne peuvent être partagées.

Si des informations doivent être communiquées à un professionnel exerçant hors du regroupement, la règle est celle applicable à la médecine de ville : seules les informations destinées à assurer la continuité des soins ou à déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible pourront être échangées.

L'information du patient sur le principe du partage de données peut être délivrée par du personnel administratif et prendre diverses formes : orale, écrite (affichage, fiche informative,...), à l'accueil de la structure, dans les lieux de passage de la structure,...

A noter que, même si une information écrite est mise en place, elle ne remplace pas l'information orale qui est indispensable et qui favorise le dialogue avec le patient.

Elle doit être donnée le plus rapidement possible (premier contact avec le patient ou première prise en charge).

L'information du patient sur son droit de refuser l'échange de données est, dans la majorité des cas, du ressort des professionnels de santé. En effet, seul eux sont en capacité de mesurer les conséquences médicales d'un tel refus.

Si le patient peut refuser l'échange d'informations, il convient de **le sensibiliser sur l'intérêt des transmissions de données et sur les risques encourus s'il refuse ces échanges (perte de chance de guérison)**.

En cas de réponse négative, il doit lui être rappelé **la possibilité que ne soient partagées entre les professionnels de santé que les informations utiles à sa prise en charge** (régime applicable à la médecine de ville). Le patient peut également s'opposer à cette proposition.

Le consentement du patient doit être exprès : il ne suffit pas qu'il n'émette pas d'objection au partage d'informations mais il doit donner expressément son accord à ce partage. **Il ne s'agit pas d'une non opposition** (comme cela est prévu pour la médecine de ville) mais **d'un accord donné de façon manifeste, sans équivoque**. La production d'un écrit n'est toutefois pas nécessaire.

Ce consentement doit être recueilli le plus rapidement possible, au plus tard préalablement à la prise en charge du patient par un autre professionnel de santé que le premier rencontré au sein de la structure. Un délai de réflexion peut être accordé au patient avant qu'il se prononce.

Un professionnel de santé de la structure ou un membre du personnel administratif peut recueillir ce consentement. Les premiers resteront cependant l'interlocuteur privilégié en cas de refus du partage des données afin d'informer le patient des conséquences de son choix.

Une fiche informative peut être remise aux patients des centres de santé, PSP et MSP. Elle reprend l'essentiel des informations sur le partage de données entre les professionnels de santé évoluant de façon regroupée. Les structures l'adapteront et la compléteront en fonction de leurs propres modalités d'organisation.

- ❖ Quelques **critiques** peuvent être émises quant à l'encadrement juridique actuel du secret médical.

D'une part, l'article L1110-4 du **Code de la Santé Publique** reste muet quant au secteur **médico-social**. Pourtant, des structures telles que les EHPAD ou MAIA se multiplient aujourd'hui. Il devient nécessaire d'apporter un cadre législatif au secret médical appliqué au sein de ces organismes et surtout, au secret médical partagé. En effet, ce dernier n'est pas autorisé au sein des EHPAD et MAIA.

Seul l'article L241-10 du Code de l'Action Sociale et des Familles prévoit une exception pour les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) : la loi du 28 juillet 2011 autorise l'échange d'informations à caractère secret entre professionnels médicaux et

non médicaux au sein de ces établissements. Mais pourquoi n'avoir visé que les MDPH et non les EHPAD et MAIA ?

Ainsi, dans les EHPAD et MAIA, le secret médical partagé n'est ni admis entre les acteurs du secteur médico-social ni entre les acteurs du secteur sanitaire et du secteur médico-social. Seuls les professionnels de santé peuvent échanger entre eux des informations concernant les personnes qu'ils prennent en charge. En conséquence, si un patient d'un médecin généraliste s'apprête à intégrer une MAIA, le médecin généraliste ne pourra communiquer des informations au gestionnaire de cas de ce patient. Pas plus qu'une assistante sociale ne le pourra vis à vis d'autres acteurs non médicaux du secteur gériatrique.

Enfin, si **la loi ne permet le secret médical partagé qu'entre professionnels de santé**, il est parfois difficile, en pratique, de respecter cette disposition. Se pose, par exemple, la question de la non communication d'informations aux psychologues ou ostéopathes, non professionnels de santé, au sein de MSP ou PSP.

Comment y parvenir ? Et, est-il réellement souhaitable de les en exclure si l'on souhaite atteindre la meilleure prise en charge possible du patient ?

Annexe 5 : Fiche « je me présente »



Fiche type « je me présente »

1-Le professionnel

Nom

Prénom

Profession

Âge

Mes études (cursus)

Statut : libéral, salarié, mixte

Structure employeur : (secteur hospitalier, secteur médicosocial, social...)

2-La profession

Mon exercice :

Secteur d'exercice principal : libéral/salarié/mixte

Date d'installation (pour libéraux) / date de prise de fonction (pour les salariés)

J'exerce à mon cabinet, en officine, à l'hôpital

Je me déplace à domicile

J'exerce dans une structure collective / en cabinet individuel

Mes actes sont remboursés par la sécurité sociale, partiellement remboursés, non remboursés

Motivation pour m'installer sur ce territoire

Mon métier :

Type d'actes : quelles sont mes compétences ?

Quels types de pathologies je prends en charge ?

Avec quels acteurs ai-je des relations directes dans la prise en charge de mes patients ?

Souhaits : suis-je investi dans la formation,

Description d'une journée type

Cette description a pour but de valoriser les types d'actes pratiqués, les coordinations interprofessionnelles existantes, les travaux réalisés en plus de la prise en charge directe des

patients (administratif, secrétariat, comptabilité, ...), de donner une idée précise de la charge et de la typologie de travail de chacun. Il s'agit également d'identifier les freins potentiels à la pratique du professionnel et à la prise en charge du patient.

3-Ce que j'attends des autres

- Pour faciliter ma pratique et la prise en charge des patients
- Qui prend en charge ce que je ne fais pas en terme :

-de prise en charge médicale,

-de prise en charge sociale ?

Annexe 6 : Invitation des professionnels de santé de la Chapelle des Fougeretz et de certaines communes limitrophes à se réunir afin de leur présenter le projet de pôle de santé pluridisciplinaire :

La Chapelle, le 28 janvier 2013

Cher(e)s ami(e)s, cher(e)s collègues

Nous souhaitons initier une démarche de coopération transversale entre professionnels de santé volontaires en vue de renforcer la coordination du parcours de soin de chaque patient sur les territoires de la Chapelle des Fougeretz et de communes environnantes. Une telle coopération pourrait fonctionner dans le cadre d'un pôle de santé interdisciplinaire organisé autour de vos sites d'exercices actuels.

Cette organisation ne pourrait avoir lieu qu'à l'issue d'une phase de réflexions et discussions communes entre professionnels en vue de mettre sur pied une organisation de soins, des modalités de dialogue et de partage de l'information, en conformité avec les règles déontologiques. Une coopération efficace ne peut se développer que sur des bases explicites, acceptées par tous après discussions et débats. C'est à un véritable travail d'équipe que devrait idéalement aboutir cette coopération.

Les réflexions préalables à la mise sur pied d'un pôle de santé interdisciplinaire pourraient concerner des sujets tels que :

- développer les actions d'éducation à la santé à travers les soins quotidiens mais aussi l'organisation, en concertation avec les différents professionnels de santé, de séances d'information collective
- un staff régulier de l'ensemble des professionnels permettra un échange d'informations sur les patients et les pratiques, constituera une aide à la gestion des cas complexes
- homogénéisation et coordination des pratiques de soins dans le respect des recommandations de bonnes pratiques, de la liberté d'exercice des professionnels et d'une éthique professionnelle et citoyenne rigoureuse
- création et animation d'un espace de réflexion éthique pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, psychologues, juristes, travailleurs sociaux, enseignants en santé publique, etc.) pouvant permettre d'élaborer une réponse à certaines problématiques ou demandes de soins (patients en fin de vie et leur entourage, maltraitance intrafamiliale, responsabilité médicolégale, etc.)
- expérimentation et intégration de nouveaux modes de rémunération dans le fonctionnement de la coordination des soins et du partage de l'information et des compétences, centrés sur la trajectoire de soins la plus efficiente pour chaque patient

Cette liste de sujets n'est, bien entendu, pas exhaustive et ne demande qu'à être enrichie par la participation de chacun.

Une démarche active de réflexion et de coopération à l'initiative des professionnels de santé, concrètement soutenue par les autorités de santé, devrait permettre de réaliser ce projet de pôle de santé interdisciplinaire de façon pérenne. Votre participation à cette réflexion sera bienvenue et, à n'en pas douter, source d'échanges fructueux.

Ce projet, quand nous l'aurons ensemble structuré sous l'égide d'une association « loi 1901 » qui reste à créer, sera soumise à l'ARS (Agence Régionale de Santé) pour validation et dans l'objectif que les plages horaires de coordination soient rémunérées en ce qui concerne les libéraux.

Nous vous invitons à une réunion d'information et de réflexion le
Mercredi 06 février 2013 à 20H30
à la salle communale « LES CERISIERS » (ex - restaurant LE COMMERCE)
rue de Kalchreuth (près de la place des Droits de l'Homme)
LA CHAPELLE DES FOUGERETZ

L'URPS des médecins libéraux de Bretagne sera présente à cette soirée pour répondre aux questions que nous nous poserons.

Cordialement à vous et à bientôt.

Yann QUINTIN, Anne-Yvonne GRALL-POLARD, et Aroun PAJANIRADJA

Annexe 7 : Avant-projet du projet de santé du pôle de santé pluridisciplinaire de la Chapelle des Fougeretz :

Pôle de santé pluridisciplinaire de la Chapelle des Fougeretz

Avant – projet

Ce document constitue **une base de travail et de discussions** en vue d'élaborer un projet de pôle de santé pluridisciplinaire sur le territoire de la commune de la Chapelle des Fougeretz. Il a vocation à évoluer, à être critiqué et étoffé au fur et mesure de l'avancée des discussions.

1. Problématique

La Chapelle des Fougeretz est une commune en **forte expansion démographique**. La sociologie de la commune connaît une évolution importante. Certaines populations d'implantation récentes présentent des **caractéristiques de fragilité sociale et économique**. Ces fragilités induisent un accès au soin parfois aléatoire mais aussi, rejoignant en cela une partie de la population française, une perte de repères préoccupante concernant les principes de fonctionnement et le coût de notre système de santé. Ces populations nouvelles s'ajoutent à une population implantée depuis plus longtemps, **plus âgée** et confrontée de façon croissante aux questions de vieillissement et de dépendance.

Concilier prise en charge de qualité de ces patients et souci des enjeux de santé publique et d'efficience économique de notre système de santé nécessite une coordination renforcée du parcours de soins de chaque patient. Une telle coordination existe actuellement à la Chapelle des Fougeretz de façon informelle, entre professionnels de santé volontaires et assumant cette activité sur leur temps personnel. La pérennité de cette coordination, salutaire mais informelle et ponctuelle, n'est pas, en l'état, assurée.

2. Objectifs

L'objectif global est d'améliorer la prise en charge des patients faisant appel aux professionnels de santé exerçant à la Chapelle des Fougeretz avec le souci de coordonner les parcours de soins et d'optimiser le coût de ces derniers à travers une coopération entre professionnels. Cet objectif global se décline en objectifs particuliers :

- coopération transversale entre professionnels de santé (médecins, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes, orthophonistes) volontaires en vue de rationaliser la prise en charge des patients. Une telle coopération ne peut avoir lieu qu'après une phase de réflexions et discussions communes entre professionnels en vue de mettre sur pied une organisation de soins, des modalités de dialogue et de partage de l'information (en conformité avec les règles déontologiques) et, à terme, un éventuel transfert de compétences ciblées. Une coopération

efficace ne peut se développer que sur des bases explicites, acceptées par tous après discussions et débats. C'est à un véritable travail d'équipe qui doit aboutir cette coopération

- organisation rénovée des cabinets médicaux par le regroupement au sein d'une maison médicale pouvant accueillir cinq médecins libéraux, prêts à exercer sur un mode coopératif et intégré

- système d'information partagé (en particulier logiciel métier permettant de réaliser des études ciblées de santé publique) entre un maximum de professionnels

- homogénéisation des pratiques médicales dans le respect des recommandations de bonnes pratiques et de la liberté de prescription des praticiens. Ce point passera nécessairement par un développement professionnel continu indépendant et une évaluation des pratiques régulière

- participation des médecins à la permanence de soins régulée sur le site de la maison médicale, identifiée comme site de permanence des soins

- un staff hebdomadaire de l'ensemble des professionnels permettra un échange d'informations sur les patients et les pratiques, constituera une aide à la gestion des cas complexes

- création et animation d'un espace de réflexion éthique pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, psychologues, juristes, travailleurs sociaux, enseignants en santé publique, etc.) pouvant permettre d'élaborer une réponse à certaines problématiques ou demandes de soins (patients en fin de vie et leur entourage, maltraitance intrafamiliale, responsabilité médico-légale, etc.)

- participer à la formation des futurs professionnels de santé en accueillant de façon régulière des étudiants

- développer les actions d'éducation à la santé à travers les soins quotidiens mais aussi l'organisation, en concertation avec les différents personnels de santé, de séances d'information collective visant, par exemple, à:

- conduire des actions de prévention (lutte contre la sédentarité, hygiène alimentaire et nutritionnelle, dépistages organisés, vaccinations, etc.)

- sensibiliser les patients aux coûts des actions de santé (coût des examens complémentaires, des traitements et des hospitalisations, bon usage des médicaments, etc.)

- instruire les parents de jeunes enfants aux conduites à tenir simples avant de faire appel aux soignants de première ligne en cas de pathologies bénignes ORL, bronchiques ou digestives

- améliorer, en lien avec les infirmiers et les pharmaciens, l'éducation thérapeutique des patients atteints de pathologies chroniques. Cet objectif passe également par la mise en place d'actions nouvelles telles que la possibilité offerte à certains patients de réaliser des auto-mesures de la tension artérielle (TA) en cas de difficultés de diagnostic ou de suivi thérapeutique. Les appareils d'auto-mesure seraient acquis par les pharmaciens grâce à des financements institutionnels et seraient ponctuellement prêtés, sur prescription médicale, à des patients. Une

analyse informatisée des courbes de mesure de la TA seraient ensuite transmise aux médecins, permettant à ces derniers d'affiner diagnostic et, le cas échéant, thérapeutique

- s'appuyer sur les réseaux de soins et institutionnels existants (CDAS, CLIC, ASPANORD, réseau Azalée, réseau ville-hôpital, réseau Bien naître, etc) et agir de façon conjointe avec ces derniers

- tarification conventionnelle de secteur 1 et tiers payant social quand ce dernier permet un meilleur accès au soin ou une meilleure prise en charge

- expérimentation et intégration de nouveaux modes de rémunération dans le fonctionnement de la coordination et du partage de l'information et des compétences, centrés sur la trajectoire de soins la plus efficiente pour chaque patient

Cette liste d'objectifs n'est pas exhaustive.

En regard des enjeux de santé en cours d'évolution sur les territoires de la Chapelle des Fougeretz et des communes environnantes (croissance démographique importante, populations anciennes progressivement confrontées aux problématiques du vieillissement et de la dépendance, implantation de populations plus récentes, pour certaines socialement et économiquement confrontées à un problème d'accès aux soins et de faible sensibilisation aux coûts de la santé), **l'implantation d'un pôle santé pluridisciplinaire**, s'appuyant sur une volonté de coopération transversale entre professionnels de santé volontaires, articulée autour d'une organisation pluridisciplinaire des soins, soucieuse de conjuguer prise en charge de qualité des patients, promotion de l'éducation à la santé et optimisation des dépenses de santé, **paraît incontournable**. Une démarche active de réflexion et de coopération à l'initiative des professionnels de santé, concrètement soutenue par les autorités de santé, devrait permettre d'optimiser et de réaliser ce projet de façon pérenne.

Parmi les résistances pouvant freiner cette démarche, il faut d'ores et déjà envisager:

- le facteur « culturel »: la coopération transversale entre professionnels de santé demeure parfois informelle et ponctuelle. Les intérêts des uns et des autres ne sont pas toujours perçus comme convergents. Des facteurs de résistance liés à la formation et à l'expérience de chacun peuvent nécessiter un travail préalable de pédagogie et de conviction avant d'obtenir l'adhésion du plus grand nombre à un fonctionnement coopératif et intégré

- le facteur économique: la majorité des professionnels étant rémunérée à l'acte, le temps nécessaire à un travail de coordination, d'échange et de partage dans l'intérêt des patients et du système de santé, pourra être perçu comme un « temps gratuit » suscitant des réticences, voire des refus. L'expérimentation de nouveaux modes de rémunération ou de financement, appliqués à ce travail de coopération transversale mais aussi, dans certains cas, à l'acquisition des matériels nécessaires au partage de l'information (logiciels et matériel informatique) peut utilement contribuer à lever certaines réticences.

Dr Anne-Yvonne GRALL-POLARD

Dr Aroun PAJANIRADJA

Annexe 8: Grandes orientations du projet de santé de la maison de santé pluridisciplinaire/pôle de santé pluridisciplinaire de Quiberon

Les objectifs définis sont les suivants :

- Organiser l'offre de soins locale par la coordination synergique des acteurs de soins médicaux et sociaux centrée sur les patients,
- Organiser la qualité des soins par une amélioration partagée des savoirs professionnels,
- Améliorer la promotion de la santé sur le secteur de population concernée par une communication adaptée et homogène,
- Favoriser une formation des professionnels de santé et une formation interprofessionnelle,
- Accompagner les patients et leurs proches pour une meilleure qualité de vie.

Le risque de disparition du Cabinet de Radiologie et du Laboratoire d'Analyses Médicales, sans omettre le vieillissement de la Population médicale, fait craindre la baisse de qualité de l'Offre de soins, à courte échéance.

Une population plus âgée que la moyenne du Département couplée à un éloignement, respectivement de 45 kilomètres des structures hospitalières de Vannes et de 65 kilomètres de celles de Lorient, nous obligent, en conscience et dès maintenant, à y réfléchir pour y apporter les réponses les mieux adaptées, voire optimiser l'état actuel.

La situation, à ce jour, de notre voisine "Belle-Île" ne peut que nous encourager, Professionnels de santé, à nous retrousser les manches et associer à cette volonté la population Quiberonnaise et Saint-Pierroise (la création d'une Association des Usagers de la Maison et du Pôle de Santé est à l'étude).

Le Projet de Santé, dans ses grandes lignes, peut être exposé ainsi :

La création et le Développement d'une Maison et d'un Pôle de Santé Pluridisciplinaires est une opportunité historique d'optimiser une Offre Pluridisciplinaire de soins à la Population, locale et de passage, sur la Presqu'Île de Quiberon, en particulier par une démarche de Coordination et de Protocolisation.

- Organisation de Soins de Premier Secours,
- Formation de futurs Professionnels de Santé; avec souhait qu'ils puissent envisager leur vie Professionnelle à venir dans la Presqu'Île de Quiberon,
- Éducation thérapeutique (Quiberon a déjà une expérience ancienne dans le Diabète),
- Campagnes d'Information et de Prévention,
- Évaluation des Pratiques,
- Participation des Patients à la Gouvernance de la Maison de Santé.

Ce projet de Santé avait été initialement, et en grande partie, présenté lors de l'Assemblée Générale du 24 mai 2012, présentation écourtée par la priorité et l'actualité à ce moment-là du projet immobilier et, plus précisément, de l'initiative privée de Mme Nathalie COMONT, qui en ce début de décembre, ne serait plus d'actualité...

Annexe 9 : Lettre réalisée à l'intention des élus locaux de Quiberon



Rennes, le 8 mars 2013

A l'attention des élus de Quiberon

Objet : projet de maison de santé pluridisciplinaire sur la commune de Quiberon

Madame, Monsieur,

Les communes de la Presqu'île de Quiberon sont confrontées aujourd'hui, à l'image d'un grand nombre de territoires français, à un **vieillissement de leurs professionnels de santé**, notamment les médecins généralistes.

Ce constat a alerté les professionnels de santé de Quiberon et Saint-Pierre Quiberon qui se questionnent sur la **future démographie médicale de ces deux communes** lors de leur départ en retraite et sur le suivi de leurs patients, de plus en plus âgés. Ils craignent d'éprouver des difficultés à trouver des successeurs.

Caractéristique supplémentaire du territoire, le souhait de **maintenir le laboratoire d'analyses médicales et le cabinet de radiologie**.

D'autre part, on constate le vieillissement de la **population de la Presqu'île de Quiberon** et la **multiplication des maladies chroniques chez les patients**. Aussi, comme nous l'avaient exprimé Monsieur le Maire Jean-Michel BELZ et Monsieur Yves CHELIN lors de notre rencontre, **certaines habitants de la Presqu'île de Quiberon sont partis s'installer dans des villes comme Auray ou Vannes**, à proximité d'établissements de santé afin d'être rassurés quant à leur prise en charge médicale.

C'est pourquoi les professionnels de santé sont animés par la volonté **de travailler ensemble, de façon coordonnée**. Cela correspond à un nouveau mode d'exercice de la médecine libérale et répond véritablement à une demande de la part des jeunes médecins. Soucieux de l'accès aux soins offert à leurs patients, les professionnels de santé de Quiberon et Saint-Pierre Quiberon ont ainsi créé **L'Association de Santé la Presqu'île de Quiberon et environs** le 17 janvier 2012, réunissant cinquante adhérents.

Dans ce cadre, la maison pluridisciplinaire de santé de Quiberon qui réunirait certains professionnels de santé de l'association serait le support à la mise en œuvre du projet de santé, permettrait de **rendre le territoire plus attractif** et d'envisager plus sereinement le départ en retraite imminent de certains médecins généralistes.

Afin d'être accompagnés au mieux dans ce projet, ils ont fait appel à l'Union Régionale des Professionnels de Santé - Médecins Libéraux - de Bretagne (URPS). Notre association est régie par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires ». Elle a pour objet d'analyser les besoins de santé et l'offre de soins sur les territoires bretons et de contribuer à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional.

S'agissant plus particulièrement des maisons de santé pluridisciplinaires, nous aidons les professionnels médicaux, médico-sociaux et élus locaux lorsqu'ils sont associés à cette dynamique, à **se fédérer autour d'un projet de santé**, apportons un soutien méthodologique à la rédaction de ce projet de santé et demeurons conseillers des membres du projet tout au long de son existence.

Le **projet de santé** est l'élément central d'une maison de santé pluridisciplinaire : il contient les **actions que les professionnels de santé veulent concrètement mettre en œuvre** pour améliorer le parcours du soin du patient (éducation thérapeutique, prévention, réunions entre professionnels sur des thématiques précises,...).

Si le projet immobilier représente un réel support au projet de santé, il semble avoir quelque peu immobilisé le déploiement de celui-ci. Il apparaît aujourd'hui nécessaire de se positionner sur cette construction immobilière et de cerner les différents protagonistes impliqués afin de développer le projet de santé. À ce titre, **plusieurs schémas sont envisageables** :

- La Mairie de Quiberon pourrait être maître de l'ouvrage et serait donc propriétaire de la totalité du bâtiment. Elle louerait ainsi les locaux aux professionnels de santé ;
- La Mairie de Quiberon et les professionnels de santé pourraient constituer une Société Civile Immobilière (SCI) et se partager la propriété du bâtiment. La Mairie louerait les locaux aux professionnels de santé non désireux d'être propriétaires des murs ;
- Les professionnels de santé pourraient être maîtres de l'ouvrage et seraient donc propriétaires de la totalité du bâtiment. Cette solution ne paraît pas aujourd'hui être partagée par l'ensemble des professionnels de santé ;
- La Mairie pourrait déléguer la maîtrise d'ouvrage à un entrepreneur privé (bailleur social,...).

Dans l'hypothèse où la mairie serait propriétaire de la totalité ou d'une partie des locaux, plusieurs sources de financement pourraient être envisagées pour soutenir la commune dans son investissement immobilier :

- **Les Crédits d'État**, au travers de :
 - la Dotation d'Équipement des Territoires Ruraux, délivrée par la Préfecture de Département (la DETR permet de financer des projets d'investissement ainsi qu'une partie limitée de dépenses de fonctionnement dans le domaine économique, social, environnemental et touristique, ou favorisant le développement ou le maintien des services publics en milieu rural) ;
 - le Fonds National d'Aménagement et de Développement du Territoire, délivré par la Préfecture de Région (le FNADT a pour objet de soutenir, en investissement comme en fonctionnement, les actions concernant l'aménagement durable du territoire associant développement économique, solidarité et qualité de l'environnement).
- **Le Conseil Général**
- **Le Conseil Régional**
- **Un bailleur social**

Cependant, le territoire de Quiberon étant considéré comme une zone présentant peu de difficultés selon une classification effectuée par l'ARS, les possibilités d'obtenir des subventions publiques seront peu élevées et doivent être discutées directement avec les partenaires cités ci-dessus.

Madame, Monsieur, les professionnels de santé attendent désormais impatiemment votre position afin de pouvoir se focaliser sur la valorisation du projet de santé.

Dr Béatrice ALLARD COULAN
Directrice de l'URPS des Médecins Libéraux de Bretagne



Note rédigée par Clarisse CORDEL

Annexe 10 : Article paru dans le journal Le Télégramme Morbihan, le 11 avril 2013 :
« Maison de Santé. Jean-Yves Josse jette l'éponge »

Maison de Santé. Jean-Yves Josse jette l'éponge

Il y a trois ans déjà, surgissait le projet de création d'un pôle ou d'une maison de santé à Quiberon. Ceci suite au risque de voir disparaître très prochainement la structure actuelle du cabinet médical équipé d'un laboratoire d'analyse et d'une structure de radiologie. En 2012, les médecins s'associaient aux professionnels de santé pour créer l'association Presqu'île santé.

Son but : faire avancer rapidement les choses face à l'urgence de trouver un emplacement et faire aboutir ce projet. Mais malgré l'association et de nombreuses réunions entre les professionnels de santé et les élus, les choses risquent de tomber à l'eau. Le tout au détriment des patients.

« Raisons personnelles »

D'autant que, coup de théâtre, le docteur Jean-Yves Josse, président de l'association, a décidé de ne plus adhérer à ce fameux projet pour « raisons personnelles » et aussi parce que rien n'avance.



Jean-Yves Josse est très inquiet quant à la situation sanitaire dans la presqu'île. (Photo d'archives Le Télégramme)

« J'ai décidé de ne plus m'occuper du projet de Maison de santé car j'estime que celui-ci n'est plus dans mes réflexions, explique-t-il. En tant que patient, il y a vraiment de quoi s'inquiéter.

Aucun jeune médecin ne peut investir dans l'immobilier vu les prix à Quiberon. Autre gros problème, celui des gardes. Il faut savoir que depuis quelques semaines, il n'y a plus de médecin de garde de 20 h à 8 h et le week-end du samedi à 14 h au lundi 8 h. »

Le syndrome Belle-Ile

Une situation face à laquelle, aux dires de Jean-Yves Josse, l'Agence régionale de santé (ARS) avait été contactée. « Elle ne donne aucun signe de vie, regrette le praticien. Elle n'a pas encouragé le projet. Les autorités locales doivent réagir à cette situation sanitaire. C'est beaucoup plus grave qu'on peut le penser ».

Le médecin dit, par ailleurs, « regretter sincèrement » cette situation. Qui serait dangereuse : « En estimant que notre situation n'est pas prioritaire, nous risquons de nous retrouver très prochainement, dans la même situation que les Bellilois », conclut-il.

Annexe 11 : Article paru dans le journal Le Télégramme Morbihan, le 25 mai 2013 :
« Presqu'île santé. Un nouveau président au projet. »

Presqu'île santé. Un nouveau président au projet

Le 16 mai dernier, s'est réuni à l'Espace Louison-Bobet, le conseil d'administration de l'association Presqu'île santé-Quiberon et environs, en présence du maire Jean-Michel Belz et d'Yves Chélin, adjoint à la solidarité-logement, membres de droit. L'association qui a pour objectif, principalement de créer et développer une maison médicale de santé pluridisciplinaire, dans la presqu'île connaît depuis janvier 2012, date de sa conception, bien des déboires.

Dernière en date, en avril dernier, le président Jean-Yves Josse annonçait son désir de démissionner de l'association : la réflexion du projet n'étant plus vraiment dans la vision qu'il avait projeté à l'époque et d'autres motifs personnels qu'il ne souhaite pas exprimer publiquement, ont finalement eu raison de son combat et de ses convictions.



Le 16 mai dernier, s'est réuni à l'espace Louison-Bobet, le conseil d'administration de l'Association presqu'île santé-Quiberon et environs.

Sa démission est officielle depuis ce jeudi 16 mai.

Un nouveau bureau a été élu à l'unanimité, avec à sa tête Olivier Duport, infirmier libéral à Quibe-

ron. Ce soir-là, le maire a confirmé que désormais c'était la municipalité qui conduisait le projet immobilier et qu'un rendez-vous était pris prochainement avec la SNCF pour

l'acquisition du terrain prévu. L'ensemble du conseil a décidé de redéfinir les projets liés à la Maison de santé et du projet de soins. Que ce travail devra se faire en étroite collaboration avec les partenaires de la municipalité de Quiberon.

Assemblée générale en juin

À l'issue du conseil, le Président a rappelé que ces deux projets doivent être une priorité et sont indissociables. Il faut que l'ensemble des partenaires de santé et municipaux travaille pour faire le maximum afin de maintenir une offre de soins adaptés à la population de la Presqu'île de Quiberon. Une assemblée générale sera convoquée la première semaine de juin 2013 afin de définir une stratégie pour que le projet de santé de la presqu'île se réalise très rapidement.

Annexe 12 : Un extrait du projet de santé de la maison de santé pluridisciplinaire/pôle de santé pluridisciplinaire du Grand-Fougeray

1 Le projet de santé

Le projet de santé se décline en un projet de soins à destination de la population, des patients hospitalisés et des résidents d'institution médico-social, ainsi qu'en un projet d'organisation entre professionnels de santé.

1.1 Acteurs impliqués dans la démarche

Les acteurs de santé impliqués dans le présent projet de pôle de santé et co-signataires du présent document (cf. §4) **sont répartis de la manière suivante :**

- professionnels de santé libéraux exerçant au sein de la future MSP,
- professionnels de santé libéraux n'envisageant pas d'exercer au sein de la future MSP, mais participant au déploiement du projet de santé de territoire,
- représentants des établissements de santé, médico sociaux et sociaux, participant au déploiement du projet de santé de territoire.

1.2 Organisation des professionnels de santé

1.2.1 Pilotage du projet de santé

Dans la mesure où le présent projet concerne la prise en charge en soins pour différentes situations pathologiques, liées à la chronicité des événements indésirables de patients à l'état de santé fragile, et des parcours de soins multiples entre le domicile et l'hôpital, le domicile et les institutions médico-sociales, l'hôpital et les institutions médico-sociales, **nous avons identifié la nécessité de créer une activité de coordinateur des soins à l'échelle du territoire.**

Il est envisagé que ce coordinateur des soins soit un médecin, salarié de l'hôpital de Grand-Fougeray, et que son poste soit co-financé par l'hôpital et l'association « Vivre autrement », sur la base d'obtention de fonds publics (ARS, Conseil Général,...).

Les missions et tâches de ce médecin coordinateur, détaillées dans les chapitres 2.4. et 3.1., correspondraient à un équivalent temps plein, réparti de la manière suivante :

- **médecin coordinateur de l'EHPAD** de l'hôpital de Grand-Fougeray pour 0,5 ETP. Ce poste a déjà reçu une autorisation de financement de la part de l'ARS ;
- **médecin coordinateur du foyer de vie** pour 0,2 ETP. Ce poste reste à financer ;
- **médecin coordinateur de territoire** dans le domaine des soins de premier recours dits de « ville », à l'interface entre les professionnels de santé libéraux et les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux du bassin de vie du canton de Grand-Fougeray pour 0,3 ETP. Ce poste reste à financer.

1.2.2 Organisation de la pluri professionnalité

Dans le cadre des activités de coordination des soins de territoire du canton de Grand-Fougeray, **une réunion de concertation pluri professionnelle** est envisagée tous les quinze jours. **Les professionnels médecins et paramédicaux libéraux, ainsi que pharmaciens, y seront sollicités par le médecin coordinateur de territoire**, qui aura observé préalablement l'évolution de certaines situations cliniques complexes de patients, **via la consultation des dossiers de soins des différents professionnels de santé en exercice.**

Certains indicateurs prioritaires pourront être relevés par le médecin coordinateur à partir de données d'anamnèse des pathologies traitées par les médecins traitants, et/ou de constats relevés par les paramédicaux et les pharmaciens sur des altérations brutales de l'état de santé et/ou des troubles du comportement de certains patients. **Dès lors, le relevé périodique de ces indicateurs Patients devra être effectué par les professionnels de santé du territoire**, tels que par exemple :

- l'hyper ou l'hypo tension artérielle isolée sur plus de trois ou quatre contrôles annuels, équilibrée par ailleurs par un traitement continu,
- les patients diabétiques ayant trois ou quatre dosages HBA1C dans l'année, avec contrôle de périodicité des contrôles sanguins ou des examens de surveillance,
- l'évolution de l'indice de masse corporelle de patients présentant des risques cardiovasculaires par ailleurs,
- la dégradation des performances cognitives de certains patients, observée par les médecins, les infirmiers et les pharmaciens, et pour laquelle a été proposé un dépistage des troubles et/ou un soutien aux aidants,
- le contrôle des lombalgies chroniques, pour les patients en arrêt de travail de plus de trois mois, etc.

Ces réunions de concertation viseront, dans le cadre d'une décision collégiale entre professionnels de santé et avec le consentement des patients concernés, à :

- **mettre en œuvre des projets de soin individualisés :**
 - o conseil auprès du médecin traitant sur les ajustements de la prescription médicamenteuse,
 - o contrôles périodiques par les paramédicaux et les pharmaciens d'indicateurs santé de base (tension, INR, contrôles sanguins...) et sur l'observance des traitements médicamenteux,
 - o fréquence des soins techniques (infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes) et de nursing (aides-soignants de type SSIAD à domicile),
 - o plan d'actions visant à inscrire le(s) patient(s) dans un protocole d'Education Thérapeutique Patient à Rennes,
 - o plan d'action visant à accompagner les patients en fin de vie et/ou en soins palliatifs à domicile avec l'appui de l'EMSP de Redon,... ;
 - o etc.
- **définir un plan d'actions d'orientation des patients :**
 - o évaluation des situations visant à la préparation des séjours temporaires en EHPAD/EHPA/MAPA/MAPHA... ;
 - o orientation vers des examens cliniques complémentaires.
- **échanger sur les pratiques professionnelles** autour de cas cliniques complexes.

Pour l'ensemble de ces thèmes, **il pourra être envisagé de faire intervenir ponctuellement un médecin spécialiste, soit au titre de consultations avancées** (ex : cardiologie, neurologie, dermatologie), **soit au travers de l'usage des outils de visioconférence** (ex : télé-expertise¹ ou télé-staff).

Le coordinateur médical rédigera ensuite un compte-rendu de séance, recensant les décisions prises, **qu'il transmettra ensuite à l'ensemble des professionnels de santé concernés**. Ces derniers, au titre de leur travail de préparation et de participation à ces séances collectives, qui s'apparentent au module 1 des expérimentations en cours des nouveaux modes de rémunération, pourront envisager une rémunération forfaitisée en complément de leur activité à l'acte, sous réserve de constitution de leur part d'une S.I.S.A. (cf §3.2).

1.2.3 Mise en œuvre du dispositif d'information

Le dossier patient partagé, avec des accès restreints à définir entre métiers pour respecter le code de déontologie médicale de l'Ordre National des Médecins, est envisagé sous un « modèle distribué »² selon le principe de mutualisation de moyens, entre des professionnels de santé libéraux (médecins et paramédicaux) d'une part, et l'hôpital de Grand-Fougeray d'autre part qui dispose d'un dossier de soins informatisé depuis 2008.

Ainsi, en tant qu'établissement de santé, **l'hôpital pourra être hébergeur de données médicales pour l'ensemble des activités hospitalières et de consultations externes dispensées par les professionnels de santé de la future MSP.**

Une convention de partenariat entre l'hôpital et les professionnels de santé de la future MSP, ainsi que l'adaptation de la solution logicielle existante de l'hôpital pour être DMP compatible avec les usages qu'en feront les professionnels de santé de premier recours de la MSP au titre de leur exercice individuel, seront nécessaires.

En complément de ce dispositif à mettre en place entre l'hôpital et la MSP, **les autres acteurs professionnels de santé libéraux ou rattachés à un établissement** ayant un numéro Finess, tels que la pharmacie de Grand-Fougeray et le foyer de vie de Saint Sulpice, **pourront également échanger des informations de santé au titre de la messagerie sécurisée de santé**. A terme, les opérations d'identification des utilisateurs agréés seront contrôlées au niveau national dans le cadre des recommandations formulées par l'ASIP Santé (cf. avis du Conseil d'éthique et de déontologie de l'Asip Santé d'octobre 2012), sur les messageries contenant des données personnelles de santé.

¹ Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine

² Cf. Cahier des charges ASIP Santé de décembre 2011 concernant le système d'information des maisons et pôles de santé pluri professionnels et des centres de santé polyvalents

1.2.4 Le développement professionnel continu et les vigilances

Dans le cadre des activités de formation continue et d'échanges sur les pratiques professionnelles, **les pharmaciens de ville et hospitaliers de Grand-Fougeray organiseront** ponctuellement auprès des professionnels de santé du territoire, des réunions **visant à informer sur des données de pharmacovigilances et sur des indicateurs d'économie du médicament**. Leur expertise s'appuiera d'une part sur le réseau des pharmacies à usage interne des hôpitaux publics, et d'autre part sur la certification QMS Pharma ISO 9001 et l'appartenance au groupement ResoSanté de l'officine de ville de Grand-Fougeray.

Concernant la pharmacovigilance, il s'agira de :

- **communiquer sur les nouvelles publications** concernant les traitements à prescrire,
- **détecter et informer sur des erreurs de prescription et/ou des effets indésirables liés à la iatrogénie,**
- **informer sur les arrêts de commercialisation** de certains médicaments.

Concernant l'économie du médicament, et dans le cadre de la convention signée par les médecins généralistes et l'UNCAM, les pharmaciens de ville et hospitaliers de Grand-Fougeray envisagent également de communiquer aux médecins généralistes un tableau de bord mensuel de la quantité de médicaments prescrits par classe thérapeutique et des ratios de coûts induits avec les produits génériques de substitution.

Des séances de formation, avec l'appui de laboratoires pharmaceutiques, pourront être également mises en place (ex : contention veineuse, diabète, matériel médical,...).

1.2.5 Accueil d'étudiant

Les deux médecins généralistes installés sur la commune du Grand-Fougeray pourraient devenir maîtres de stage pour accueillir des étudiants de médecine en externat et internat, notamment ceux étant en 8^{ième} ou 9^{ième} année de cursus universitaire dans le cadre des SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé).

Dans le cadre d'un partenariat à définir entre l'hôpital et la MSP sur les conditions et les modalités d'encadrement de stage, alliant la pratique en secteur ambulatoire et en secteur hospitalier, des étudiants en médecine pourront être ainsi fortement intéressés pour venir exercer à Grand-Fougeray.

Ceci reste toutefois conditionné par le recrutement d'un médecin Praticien Hospitalier pour les activités SSR de l'hôpital (projet actuel de la direction), en complément de l'activité des médecins généralistes en « ville ».

1.3 Organisation de la prise en charge des patients

1.3.1 Accès aux soins

L'accès aux soins programmés et non programmés sera rendue possible à la MSP sous réserve d'un effectif suffisant de praticiens médicaux et paramédicaux y exerçant.

Le transport sanitaire vers l'hôpital continuera d'être géré par quatre sociétés VSL présentes sur le secteur.

Compte tenu de l'évolution prévisible de la perte progressive d'autonomie et de l'accroissement des troubles somatiques (polypathologies, maladies invalidantes), psychiques, voire psychiatriques, des résidents du Foyer de Vie, **il est envisagé d'assurer une à deux permanence(s) médicale(s) et paramédicale(s) hebdomadaire(s) dans cette structure.** Les praticiens libéraux de la MSP assureront cette permanence. **Ces consultations en ambulatoire seront en priorité mises à disposition pour les résidents handicapés du foyer de vie, mais également pour les patients du domicile résidant sur le secteur de Saint Sulpice des Landes,** y compris en foyer logement pour personnes âgées.

Ce schéma d'organisation reste toutefois conditionné par la présence suffisante de professionnels de santé à Grand-Fougeray pour garantir la continuité des soins au sein même de la MSP.

Dans les situations d'urgences sanitaires, l'appel des Pompiers ou du SAMU peut être envisagée via le dispositif existant de régulation de la permanence des soins.

1.3.2 Continuité des soins

La continuité des soins médicaux sur le territoire associe **la présence médicale au sein des lits de SSR de l'hôpital et en ambulatoire.**

Les activités médicales en SSR étant assurées à ce jour par des praticiens libéraux, **il est envisagé par la Direction de l'hôpital de recruter un médecin Praticien Hospitalier à temps plein à partir de 2013. Les médecins généralistes en exercice dans la MSP pourront être salariés à temps partiel de l'hôpital, en qualité de praticiens attachés³.** Ils interviendront sous forme de demi-journées à l'hôpital, en soutien et sous la responsabilité du futur Praticien Hospitalier. Des contrats devront être ainsi mis en place entre les médecins généralistes et l'hôpital pour préciser notamment les responsabilités médicales partagées et/ou déléguées sur les lits SSR, la responsabilité civile associée, ainsi que les modalités d'intervention et de rémunération des praticiens attachés.

La continuité des soins en ambulatoire s'articulera avec l'offre de soins disponible sur le territoire. Elle sera organisée de la manière suivante par ordre de priorité :

1. **des consultations (*) programmées médicales et paramédicales au sein de la MSP.** Pour des actes de petites urgences (plaies, sutures,...), des consultations non programmées sont envisagées au sein de la MSP.
2. **des consultations (*) programmées médicales et paramédicales au sein du foyer de vie Jacques Michelez pour les résidents handicapés, mais également pour l'ensemble de la population du secteur de Saint Sulpice des Landes.**

(*) : Consultations conventionnées secteur I par l'Assurance Maladie.

Les praticiens libéraux et la direction de l'hôpital, signataires du présent projet, s'engagent à assurer :

³ Cf. Décret n° 2010-1137 du 29 septembre 2010 portant dispositions relatives aux praticiens contractuels,..., recrutés dans les établissements publics de santé

- **une présence médicale dans la MSP de 8h00 à 20h00 du lundi au vendredi, et de 8h00 à 12h00 le samedi, hors jours fériés, toute l'année**, avec l'appui du futur Praticien Hospitalier de l'hôpital qui pourra être habilité à dispenser également des consultations externes⁴ sur autorisation de l'ARS, en complément de son activité en SSR ;
- **une permanence de pharmacie de ville** toute l'année de 9h00 à 19h00 du lundi au samedi.

Cette organisation nécessite :

- **la gestion des permanences médicales en ambulatoire et à l'hôpital, ainsi que des congés, entre les praticiens libéraux de la MSP et le Praticien Hospitalier** de l'hôpital. La mise en commun d'un agenda partagé MSP/Hôpital sera nécessaire ;
- **le partage du dossier patient entre praticiens libéraux et le Praticien Hospitalier** pour pouvoir prendre en charge des patients dont le médecin traitant est absent. Ceci est conditionné également par le consentement du patient qui accepte que ses données médicales soient partagées entre praticiens exerçant dans la MSP et à l'hôpital ;
- **la sollicitation et la gestion des médecins libéraux remplaçants** pour intervenir au sein de la MSP, selon des contrats de collaboration libérale ou salariée à mettre en place. L'hébergement de ces derniers sera assuré localement soit par l'hôpital, soit par la communauté de communes ;
- **l'anticipation des cessations d'activité d'un ou plusieurs praticiens libéraux** pour identifier des successeurs à leur activité.

1.3.3 Permanence des soins ambulatoires

Selon le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires, en vigueur depuis juin 2012, la permanence des soins est assurée par la régulation centralisée du 15 pour le département d'Ille-et-Vilaine.

La MSP, située sur le territoire de la permanence des soins en médecine ambulatoire de Messac, communiquera cette information auprès des patients, ainsi que les horaires d'ouverture au public de la maison médicale de gardes de Messac.

Compte tenu de la proximité du secteur de Grand-Fougeray avec le territoire limitrophe de Redon, pour lequel un projet de point fixe de consultation non programmée est à l'étude, **la MSP communiquera également auprès de ses patients sur les possibilités de prise en charge en urgence à Redon** (Urgences hospitalières et maison médicale de garde).

1.3.4 Qualité de la prise en charge

Les données d'anamnèse des situations cliniques des patients, dont le médecin traitant exerce dans la MSP, **seront analysées par le médecin coordinateur de territoire, notamment pour préparer les réunions de concertation pluri professionnelle** (cf. supra).

⁴ Cf. article 40 du projet de loi de financement de la sécurité sociale 2013, visant à autoriser la mise en place pour un établissement public de santé d'un contrat de praticien territorial de médecine générale.

Dans le cadre de la veille épidémiologique de la population domiciliée sur le secteur du canton de Grand-Fougeray, ou résidant dans les établissements médico-sociaux et sociaux du même territoire, il réalisera également des statistiques globales pour **anticiper les besoins de prise en charge et d'actions de prévention à mettre en place**, en concertation avec les praticiens de la MSP.

1.4 Projet de soins

1.4.1 Personnes âgées : sorties d'hospitalisation SSR, maintien à domicile ou en institution médico-sociale, préparation d'entrée en institution médico-sociale

La concertation interprofessionnelle se structurera autour des suivis thérapeutiques des prises en charge complexes, notamment des personnes âgées dépendantes à domicile ou résidant en institution médico-sociale ou social sur le secteur du canton de Grand-Fougeray. Elle sera animée et coordonnée par le médecin coordinateur de territoire qui sera également en charge de **définir des arbres décisionnels de prise en charge pour structurer les parcours de soins des patients et leur suivi à domicile et en institution médico-sociale et sociale**. Ainsi, ces protocoles (dossier unique de pré admission en ehpad⁵, dossier de pré admission et d'orientation en sortie du foyer de vie intégrant la prise en compte des troubles cognitifs (score MMSE) et la dépendance physique (score AGGIR), évaluation et prise en charge de la douleur chronique, approche nutritionnelle, détection et suivi des patients atteints de maladie alzheimer ou de troubles apparentés, accompagnement en soins palliatifs ou en fin de vie, orientation vers des programmes d'éducation thérapeutique) pourront être élaborés à partir de données existantes (exemple en annexe utilisé par l'hôpital de Grand-Fougeray) et complétés par ceux diffusés par les sociétés savantes types SFGG, SFAP, SFETD. Pour assurer également la continuité des parcours sans rupture de prise en charge, **ces protocoles devront prendre en compte les ateliers « prévention » et les guides de bonnes conduites**, mis en place par le service SSR de l'hôpital de Grand-Fougeray, **pour préparer les patients à la sortie d'hospitalisation**.

Par ailleurs, **des séances d'information auprès des aidants naturels des patients ayant un état de santé fragile**, pourront être organisées par le médecin coordinateur de territoire, en partenariat avec le CLIC de Redon et le SSIAD. Ceci visera notamment à préparer l'orientation et l'admission des patients en institution médico-sociale sur des séjours temporaires ou des accueils de jour.

1.4.2 Le suivi en ambulatoire des personnes atteintes de maladies chroniques

Les réunions de concertation pluri professionnelle feront l'objet d'études de cas complexes, toutes en lien avec des phénomènes de co-morbidité, liées aux maladies chroniques et/ou aux troubles du comportement observés chez les patients.

A ce stade, du fait qu'il n'existe pas encore de bases de données épidémiologiques constituées (cf. §2.3.4.), il est impossible de préciser si ces réunions feront l'objet d'une ou plusieurs thématiques « soins » abordées,

⁵ Cf. dossier unique d'entrée en EHPAD, en vigueur au 1^{er} juin 2012, suite à la parution de l'arrêté du 13 avril 2012 fixant le modèle de dossier de demande d'admission dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

telles que la cancérologie et les soins de support, les soins palliatifs, les prises en charge en diabétologie, en maladies cardio-vasculaires, en addictologie.

Toutefois, **le médecin coordinateur de territoire**, à partir de maladies chroniques fortement prévalentes parmi la patientèle des médecins généralistes en place (ex : repérage sur les dossiers médicaux des patients suivis à domicile ou résidant en EHPAD ou en foyer de vie, des ALD les plus significatives), **pourra porter assistance aux professionnels de santé de la MSP intervenant sur les prises en charge**. Il pourra conseiller le médecin traitant de la MSP sur :

- des ajustements de la posologie prescrite, à partir des bilans ophtalmiques, cardiologiques, neurologiques réalisés et suite à une mauvaise trophicité diagnostiquée (complications cardio-vasculaires de type artérite, phlébite ou séquelles d'une lésion du système nerveux),
- des examens ou analyses complémentaires à prescrire auprès de spécialistes médicaux.

A titre d'exemple, et compte tenu des ressources disponibles dans le cadre du projet de MSP, des actions de prévention secondaire pour le suivi des prises en charge du diabète type II avec l'appui du réseau Diabète 35 pourront être envisagées.

Dans le cadre de situations palliatives diagnostiquées, soit en SSR, soit en institution médico-sociale et sociale, soit à domicile, le médecin coordinateur de territoire pourra également solliciter l'équipe mobile de soins palliatifs du Centre Hospitalier de Redon.

Annexe 13 : Matrice de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé

Matrice d'analyse de la montée en charge de l'organisation des équipes de soins de premier recours en MSP/PSP

Item ----- Niveau/ Valeur	Système d'information	Accessibilité	Continuité des soins	Coordination sanitaire et médico-sociale	Participation à la permanence des soins	Santé publique
1	La constitution de la liste des patients sur une base commune Saisie de l'état civil des patients consultant, étape facilitée par l'utilisation de la carte Vitale. Accès progressif au DMP <i>Indicateur : capacité à produire la liste des patients MT</i>	Accessibilité des locaux Pour que les locaux soient aux normes demandées pour 2015 (loi n° 2005-102 du 11 février 2005, décret n° 2006-555 du 17 mai 2006, arrêtés du 1er août 2006 et du 30 novembre 2007) <i>Indicateur : constat sur site</i>	Organisation des remplacements en cas d'absence Le ou les professionnels sont organisés pour orienter leurs patients aux jours et heures d'absence <i>Indicateur : charte expliquant les modalités et éventuelle convention</i>	Coordination informelle entre professionnels Les professionnels se rencontrent selon la nécessité de se coordonner face à une situation donnée <i>Indicateur : engagement des acteurs et listes d'émargement</i>	La garde « classique » Les médecins généralistes et les pharmaciens participent à la permanence des soins réglementaire	Remise de documents lors de certaines consultations Textes d'information sur les pathologies concernées, liens pour des sites, informations diverses. <i>Indicateur : exemples de documents remis</i>
2	L'enrichissement des dossiers Saisie des informations concernant les patients avec codage des antécédents (CIM 10, CISP ou DRC) <i>Indicateur : capacité à produire une liste de patients porteurs d'une pathologie donnée</i>	Accessibilité téléphonique Secrétariat téléphonique organisé permettant une gestion des appels <i>Indicateur : constat sur site</i>	Structure de plusieurs professionnels de santé assurant la continuité en cas d'absence de l'un d'eux <i>Indicateur : charte expliquant les modalités</i>	Coordination formelle entre professionnels Les professionnels se rencontrent de manière régulière pour échanger sur des cas <i>Indicateur : engagement des acteurs et listes d'émargement</i>	Permanence des soins des professionnels de santé des soins de premier recours Les médecins généralistes, les pharmaciens, les infirmier(e)s, les kinésithérapeutes, les chirurgiens-dentistes participent à une permanence des soins organisée sur le territoire concerné	Connaître les problèmes de santé publique sur le territoire L'équipe dispose de données concernant la santé sur le territoire (données ORS, requêtes CPAM, Plan Régional de Santé, autres) <i>Indicateur : existence d'un registre de données compilées</i>

Item ----- Niveau/ Valeur	Système d'information	Accessibilité	Continuité des soins	Coordination sanitaire et médico-sociale	Participation à la permanence des soins	Santé publique
3	Production de document de synthèse pour les patients porteurs de maladie chronique Un DMS contient ATCD, note de synthèse des problèmes actuels, ordonnance chronique, PSP, liste des acteurs autour du patient <i>Indicateur : capacité à produire un document médical de synthèse pour chaque patient porteur de pathologie chronique. Publication dans le DMP</i>	Accessibilité en secteur opposable Les professionnels de santé exercent en secteur opposable <i>Indicateur : constat sur site</i>	Système d'information partagé dans la structure entre les médecins Et perspective de partage entre les professionnels de santé médecins et non médecins quand la réglementation sera adaptée <i>Indicateur : constat sur site</i>	Mise en œuvre de protocoles de coopération entre professionnels Les professionnels se rencontrent de manière régulière pour s'approprier des protocoles (HAS ou autres) puis pour les mettre en application dans les soins aux patients <i>Indicateur : copie des protocoles appliqués</i>	Implication dans l'organisation de la permanence des soins Des professionnels de santé de l'équipe participent à l'organisation de la PDS sur le territoire : participation à l'organisation d'une MMG ou de la régulation	Existence de compétences spécifiques dans l'équipe L'équipe comprend des professionnels à compétence spécifiques (diététicienne, IDE santé publique) ou formé à des sujets de santé publique <i>Indicateur : constat sur site</i>
4	Introduction d'alertes pour la relance des patients sur des examens de dépistage et de prévention <i>Indicateur : capacité à effectuer des relances pour les vaccins, les frottis, les mammographies, les coloscopies, les hémocults</i>	Organisation des agendas pour assurer des consultations non programmées Plages de sécurité ouvertes par demi-journées <i>Indicateur : constat sur site</i>	Structure ouverte de 8 h à l'heure de démarrage de la PDS, compris entre 12 et 14 heures <i>Indicateur : charte expliquant les modalités et constat sur site</i>	Délégation de tâches entre professionnels Des tâches sont déléguées dans le respect des décrets de compétence et de nomenclature <i>Indicateur : description des délégations développées</i>	Participation à des campagnes de santé publique Campagnes de dépistage, ou d'informations en relation avec le Plan Régional de Santé ou des problèmes spécifiques issus des données locales <i>Indicateur : constat sur site, documents de la campagne</i>	

Item ----- Niveau/ Valeur	Système d'information	Accessibilité	Continuité des soins	Coordination sanitaire et médico-sociale	Participation à la permanence des soins	Santé publique
5	<p>Production de données L'utilisation d'un codage puis d'un moteur de recherche permet de faire des requêtes pour statistiques, travaux ou épidémiologie sur des items décidés en local ou en loco régional, voire en national (en prospective et non rétrospectif)</p> <p><i>Indicateur : capacité à produire des listes de données selon des requêtes basées sur des indicateurs de qualité</i></p>	<p>Facilitation de l'accès aux soins de second recours Participation à un réseau polyvalent facilitant l'accès aux spécialistes hospitaliers, ou convention avec service d'urgence précisant le recours avec appel téléphonique préalable systématique, ou développement de consultations avancées de spécialistes de second recours</p> <p><i>Indicateur : conventions, constat sur site</i></p>	<p>Structure assurant une réponse aux demandes de soins sur un territoire défini Toute demande de soins sur un territoire défini dans la charte, reçoit une réponse dans la journée (téléphonique ou consultation ou visite dans les limites du cahier des charges des visites pour ce qui relève des médecins)</p> <p><i>Indicateur : charte expliquant les modalités</i></p>	<p>Coopération inter-professionnelle Les professionnels coopèrent au sens de l'article 51</p> <p><i>Indicateur : description et accord ARS/HAS</i></p>		<p>Développement de programme d'ETP ou de suivi de cas complexes Participation à un ou des programmes d'ETP autorisé par l'ARS ou des programmes de suivi de cas complexes</p> <p><i>Indicateur : constat sur site, nombre de professionnels formés à l'ETP, programmes et listes d'émargements, nombre de patients suivis en ESPREC, évaluation</i></p>
6	<p>Introduction de formulaires ⁽¹⁾ dans les dossiers Ces formulaires sont des masques de saisie selon la pathologie concernée, comportant un lien, un aide mémoire et/ou un lien, une aide à la décision.</p> <p><i>Indicateur : capacité à produire données sur le suivi de patients porteurs d'une maladie chronique donnée</i></p>	<p>Démarche de l'accès aux avis de spécialistes de second recours Par un système de télémedecine</p> <p><i>Indicateur : constat sur site</i></p>	<p>Remise d'un document médical de synthèse à tout patient en accès au deuxième recours (spécialiste, hôpital, autre plateaux technique)</p> <p><i>Indicateur : capacité de publication de DMS</i></p>	<p>Coopération médico-sociale Les professionnels de santé de l'équipe coopèrent avec l'équipe médico-sociale du territoire</p> <p><i>Indicateur : constat sur liste d'émargement</i></p>		<p>Intégration d'une réflexion avec les usagers du territoire Réunions avec les usagers et leurs représentants pour définir les objectifs pluriannuels d'orientation des campagnes sanitaires, en concertation avec le PRS.</p> <p><i>Indicateur : compte rendus, listes d'émargement</i></p>

A côté de cette grille, une liste adjointe de critères semble utile pour apprécier d'autres items comme :

- L'équipe est-elle « terrain de stage » pour les professionnels en formation
 - o Pour les généralistes OUI NON
 - o Pour les IDE OUI NON
 - o Pour les pharmaciens OUI NON

- Implication avec les élus locaux OUI NON

Annexe 14 : Document établi en support de la réunion du 30 mai 2013 ayant eu lieu à l'ARS Bretagne s'agissant du recensement de l'exercice coordonné pluridisciplinaire en Bretagne

Constat

184 projets d'exercice coordonné ont été recensés en Bretagne par l'URPS. Mais qu'en est-il des sites qui n'ont fait appel ni à l'ARS, ni à l'URPS et qui pourtant mobilisent des professionnels de santé qui exercent de façon concertée ? Combien sont-ils ? Que font-ils ?

Objectif

Avoir une vision complète de l'exercice coordonné en Bretagne, quantitativement et qualitativement.

Méthodologie

- Partir de listes, par département, de tous les médecins généralistes, IDE et masseurs-kinésithérapeutes exerçant en Bretagne
- Croiser ces listes à l'aide du logiciel Excel
- Retenir, pour chaque ville/village, les professionnels exerçant au sein de la même rue en présumant que le fait d'être installés de façon rapprochée géographiquement impliquerait une concertation avancée entre ces professionnels de santé

Nous avons retenu le critère géographique de la même rue, et non pas seulement celui du même immeuble, afin d'obtenir des résultats plus exhaustifs.

Temps utilisé

Environ 55 heures de travail = 1/3 mois

Résultats obtenus

793 regroupements potentiels (3665 professionnels concernés) :

- 115 dans les Côtes d'Armor (470 professionnels concernés)
- 207 dans le Morbihan (942 professionnels concernés)
- 226 en Ille-et-Vilaine (1077 professionnels concernés)
- 245 dans le Finistère (1176 professionnels concernés)

Méthodologie d'exploitation des données

Contacteur les professionnels de santé :

- par téléphone avec un questionnaire en support
- en envoyant le questionnaire (courrier, e-mail)
- par des rencontres physiques

Deux jours de travail minimum seront nécessaires pour établir le questionnaire ainsi qu'un temps de concertation avec les élus pour tester ce questionnaire.

3665 professionnels de santé sont concernés. Au vu de ce nombre important de professionnels à contacter, deux stratégies sont envisageables :

- joindre tous ces professionnels en faisant appel à une société de phoning (Budget phoning : 4 mois (10 min par professionnel appelé))
- embaucher un chargé de missions supplémentaire

Temps nécessaire pour pouvoir poursuivre et achever cette mission

Environ six mois

Annexe 15 : Article paru dans le journal Ouest France le 16 mars 2013 : « La Bretagne veut attirer les jeunes médecins. »

La Bretagne veut attirer les jeunes médecins

Stage en médecine générale pour tous les futurs médecins, contrats de praticien territorial, formation pour les internes, aide au travail en équipe : le projet régional de santé vise à recruter de jeunes généralistes.

Résorber les points noirs
La Bretagne compte 4 589 médecins généralistes, dont 3 091 exercent en libéral. Leur densité pour 100 000 habitants est la même que la moyenne française. Mais cette moyenne est trompeuse. Dans certains secteurs, comme sur le territoire de Pontivy-Loudéac, cette densité est inférieure de 25 % à la moyenne bretonne, et 34 % des médecins de ce secteur ont plus de 59 ans. La question de leur succession est donc posée. Même constat pour les dentistes. Pour assurer la relève et attirer de jeunes généralistes, l'Agence régionale de santé (ARS) et l'union régionale des médecins libéraux (URPS) travaillent ensemble sur une meilleure répartition de l'offre de soins.

Projet médical et travail en équipe
Alain Gautron, directeur de l'ARS, est clair : « Les jeunes médecins ne viendront s'installer que si les territoires de santé leur proposent un exercice coordonné des soins. » En



Chaque Breton devra disposer d'un médecin généraliste à moins de dix minutes de chez lui.

clair, tout doit être mis en œuvre pour accueillir ces nouveaux praticiens et faire en sorte « qu'à terme, tous les Bretons soient à moins de 10 minutes d'un généraliste. C'est le cas à 97 % aujourd'hui », affirme l'ARS. Il s'agit donc de « développer le travail en équipe et les maisons de santé pluridisciplinaires. Une trentaine existent en Bretagne et une centaine sont en projet. » On trouve, sur

le même site, plusieurs médecins, des infirmières, des kinés, des dentistes. L'ARS aidera le futur médecin « à condition que le territoire propose un exercice coordonné des soins. Il faut combattre l'exercice individuel de la médecine et partir d'un projet médical de territoire », insiste Alain Gautron.

« La question du revenu n'est pas le problème principal des jeunes médecins, assure le Dr Béatrice Alard-Coulalan, directrice médicale de l'URPS. Il y a du travail partout. Aujourd'hui, une bonne coordination des soins a plus de valeur qu'une patientèle. »

Stages en médecine générale
Mais tout commence par la formation. 100 % des étudiants en médecine des facultés de Rennes et Brest font un stage en médecine générale libérale au cours de leur deuxième cycle. Reste à trouver des maîtres de stage disponibles et motivés en nombre suffisant dans les zones

prioritaires. Ces stages durent trois mois et se déroulent chez deux ou trois praticiens. L'ARS s'engage aussi à aider les stagiaires en finançant une partie des frais de déplacement et de logement. « Mais il faut aussi que les médecins aillent expliquer leur métier en faculté », ajoute le Dr Philippe Jouan, de l'URPS.

L'aide de la télé-médecine
La médecine à distance fonctionne bien pour la radiologie. Le généraliste envoie l'image et, à l'hôpital, le spécialiste peut affiner le diagnostic. Ce sont des kilomètres en moins pour les patients. Mais la télé-médecine s'utilise aussi en dermatologie, comme à Brest, entre le CHU et la maison de retraite. Entre Paimpol et Saint-Brieuc, on prend en charge le suivi des plaies chroniques, par images interposées.

Philippe GAILLARD.

QUEST FRANCE 16-17 mars 2013 16.

CORDEL	Clarisse	14 juin 2013
Master 2		
Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique		
Missions à l'Union Régionale des Professionnels de Santé Libéraux de Bretagne :		
l'exercice coordonné pluridisciplinaire et l'entreprise médicale libérale		
Promotion 2012-2013		
Résumé :		
<p>Ce document traite de l'exercice coordonné pluridisciplinaire pratiqué majoritairement au sein des maisons et pôles de santé pluridisciplinaires et de son fort développement en Bretagne. Les professionnels de santé se réunissent de plus en plus dans ce type de structures afin d'améliorer la coordination entre eux, afin de bénéficier de meilleures conditions de travail et, par conséquent, de parfaire le parcours de soins du patient. L'Union Régionale des Professionnels de Santé des Médecins Libéraux de Bretagne (URPS MLB), association qui défend les intérêts des médecins libéraux installés en Bretagne, encourage ce nouveau mode d'exercice de la santé et accompagne les professionnels de santé désireux de recevoir des conseils méthodologiques à la mise en place d'une maison ou d'un pôle de santé pluridisciplinaire.</p> <p>L'URPS MLB a engagé un travail de recensement de l'exercice coordonné pluridisciplinaire en Bretagne dans le but d'obtenir une meilleure visibilité de ce mode d'exercice sur le territoire breton et d'aider les professionnels qui ne se sont pas manifestés à parfaire cette collaboration, s'ils le souhaitent.</p> <p>Le deuxième sujet envisagé concerne une notion très présente actuellement au sein du milieu médical, celle de l'entreprise médicale libérale. Ou comment redéfinir les missions du médecin qui n'est pas seulement un soignant mais un chef d'entreprise, entouré par de multiples acteurs. Comment communiquer avec les autres professionnels de santé en respectant le secret médical et avec quels outils ? Comment transmettre son entreprise, quoi transmettre ? Comment manager ses salariés (secrétaire, femme de ménage) ? Comment évoluer au sein d'une structure d'exercice coordonné pluridisciplinaire ? Comment gérer les charges administratives ?</p> <p>Autant de questions qui sont prépondérantes dans le quotidien d'un médecin libéral. C'est pourquoi l'URPS MLB en a fait le thème de son prochain colloque annuel qui se tiendra le 21 novembre 2013.</p>		
Mots clés :		
<p>EXERCICE COORDONNÉ PLURIDISCIPLINAIRE, ENTREPRISE MÉDICALE LIBÉRALE, PARCOURS DE SOINS, DÉMOGRAPHIE MÉDICALE, FINANCEMENT, PÉRENNITÉ, ARS BRETAGNE, RECENSEMENT, MANAGEMENT, COMMUNICATION, TRANSMISSION, CHARGES ADMINISTRATIVES, SYNDICATS, CONCURRENCE.</p>		

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires :
ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*