

FORUM DEMOGRAPHIE MEDICALE

Atelier 1

Chasseneuil du Poitou, Novotel, 11 avril 2006, 14 h 30

« Les différents modes d'exercice »

- Docteur ARNAULT, Président du Conseil Départemental de l'Ordre de la Vienne
- Docteur BOLVIN, Médecin Coordonnateur ARCMSA
- Monsieur CHOLON, Intervenant de l'IFSI de la Vienne
- Mademoiselle MADELEINE, élève infirmière en fin de cursus ayant un projet d'installation en zone rurale
- Mademoiselle BORNERT, Comité des Résidents Poitevins
- Docteur BOUGES, Directeur de l'URML Poitou-Charentes
- Madame FLESCQ, Chargée du Dossier « Réseaux et Fonds d'Aides à la Qualité des Soins de Vie » à l'URCAM Poitou-Charentes
- Madame GORSE, Modérateur URCAM

Mademoiselle BORNERT, CRP

Bonjour à toutes et à tous. Nous sommes réunis aujourd'hui pour vous sensibiliser aux questions liées à la démographie médicale. Le but est de vous informer sur les dispositifs mis en place pour faciliter l'installation en zones fragiles et favoriser les échanges entre les professionnels de la santé.

Mon nom est Célia BORNERT. Je suis chargée en tant qu'interne en médecine générale, d'animer cet atelier qui a pour thème les différents modes d'exercice.

Nous aborderons différents aspects de ce thème sous forme de questions-réponses adressées à plusieurs intervenants que j'inviterai à prendre la parole.

Nous parlerons successivement de l'exercice regroupé, de l'exercice multi sites, du statut de collaborateur libéral, de la permanence des soins, du travail en réseau et de la notion de délégation de tâches.

Nous avons une heure devant nous, je demande donc aux intervenants d'être les plus concis possible et d'aller à l'essentiel dans leurs réponses. J'inviterai le public à poser ses questions ensuite.

Nous allons commencer par parler de l'exercice regroupé.

Aujourd'hui, la profession médicale se féminise, les jeunes médecins aspirent à ne plus exercer isolément et l'installation est reportée, ils commencent souvent par une période de remplacement.

Docteur ARNAULT, quelles sont possibilités pour s'installer à plusieurs sur un plan contractuel et pratique, notamment entre les différentes professions médicales et paramédicales ?

Docteur ARNAULT, Président du Conseil Départemental de l'Ordre de la Vienne

Merci de nous avoir invités à ce colloque. Je voudrais remercier en priorité l'URCAM pour cette initiative qui répond à un réel besoin des institutions chargées d'organiser et de surveiller la démographie des professions de santé.

Je pense que ce lien organisé par l'URCAM entre nous, les jeunes praticiens et les jeunes étudiants en fin de cursus est vraiment une excellente idée. J'espère que cela va aboutir à vous donner des idées d'installation car cela est le but.

Quelles sont les possibilités pour s'installer à plusieurs ?

Le fait que je sois Président de l'Ordre des Médecins va orienter mes propos vers la profession médicale mais ceci est superposable pour l'ensemble des professions ; si ce n'est que la législation implique pour les médecins l'application du Code de Déontologie.

Sur le plan contractuel, avec quel mode d'association je peux m'associer avec d'autres médecins ou d'autres praticiens ?

Il y a trois types de sociétés d'exercice regroupé:

- Les sociétés civiles de moyens : seuls les moyens sont mis en commun.
- Les sociétés civiles professionnelles : la société civile professionnelle est une personne morale qui a en son sein des professions libérales.
- Les sociétés d'économie libérale : les praticiens sont salariés au sein d'une société qui est la personne morale qui exerce l'activité médicale.

L'autre type de contrat qui permet de travailler avec d'autres praticiens est la création de la profession de collaborateur libéral.

Il y a deux types de regroupement en association :

- L'association entre médecins uniquement.
- L'association avec d'autres professionnels de santé (infirmiers, kinésithérapeutes, médecins ...).

Mademoiselle BORNERT, CRP

En ce qui concerne le regroupement entre différentes professions médicales et paramédicales, il existe une notion de maison de santé.

Docteur BOLVIN, pouvez-vous nous parler des expériences de maisons de santé de proximité du régime agricole ?

Docteur BOLVIN, Médecin Coordonnateur ARCMSA

La MSA a mis en place un programme de longue haleine qui a permis d'aboutir en mars 2005 à une proposition de maisons de santé rurales pluridisciplinaires sur neuf sites en France.

Nous sommes dans une région où l'on a trois sites déterminés par la MSA : on a une maison de santé qui est déjà bien avancée à AULNAY en Charente-Maritime.

Je vais définir ce qu'est une maison rurale de santé pluridisciplinaire : c'est un lieu physique où doivent se regrouper des professionnels de différentes disciplines médicales, paramédicales, voire sociales.

En fait, ces maisons ont été créées pour répondre à un besoin qui s'est fait sentir par tous les jeunes médecins qui sortent de facultés et qui ont peur de se retrouver seul, coincés 24h/ 24h à la campagne.

Ces maisons rurales de santé peuvent répondre à ce besoin étant donné qu'on a estimé qu'il fallait un « socle dur » de composantes dans ces maisons rurales de santé, c'est-à-dire qu'il faut qu'il y ait deux médecins, deux infirmiers et un kiné.

Les maisons de santé vont permettre une autre qualité de vie dans l'exercice du médecin, et d'avoir sur place un pôle de disciplines différentes pour l'habitant.

Cela peut également permettre un travail en réseau, la délégation de tâches, les réseaux de soins palliatifs, les réseaux avec l'hôpital local et les médecins.

En fin de compte, cela évite la solitude du médecin en face de son diagnostic.

Il faut aussi que ces maisons soient équipées de matériel haut de gamme (au moins la télé médecine) de façon à ce qu'en cas de garde du médecin ou lorsque le médecin est face à son patient et qu'il a un problème de diagnostic, il puisse avoir un référent afin d'avoir une certitude dans sa réponse.

La maison rurale permet d'avoir une vie de famille. Cela permet d'entrer dans la permanence des soins, dans la proximité, d'avoir une vie à côté de sa vie de médecin.

Un des points importants est de permettre aux maisons rurales d'avoir une pièce pour pouvoir recevoir des étudiants en médecine. Si l'on veut qu'ils viennent dans ces maisons, il faut qu'ils puissent venir y faire leur stage par le biais de leur troisième cycle, voire même leur deuxième cycle, ce qui leur permettra de s'habituer à la vie rurale et de rester à l'endroit où ils auront fait leur stage.

Docteur ARNAULT, Président du Conseil Départemental de l'Ordre de la Vienne

Je partage complètement la description de ces maisons rurales de santé.

Il est vrai que dans la profession médicale de médecin généraliste, de médecin traitant, (ce qui est une nouvelle dimension donnée au médecin de campagne), il est très intéressant de sortir de sa solitude.

Ces projets de maisons de santé sont intéressants car ce médecin doit trouver du temps médical.

Il y a tout un aspect social à prendre en compte chez la population de ces zones retirées où le médecin joue un rôle important. S'il est aidé par un professionnel à caractère social ou quelqu'un à qui il peut déléguer certaines tâches médicales, il aura plus de temps pour gérer le dossier médical personnel (un autre aspect de la fonction de médecin traitant qui va apparaître dans les années à venir). Plus l'équipe de proximité sera étoffée, mieux ce sera pour ces médecins.

Mademoiselle BORNERT, CRP

Existe-t-il des aides financières pour ces maisons de santé ?

Docteur BOLVIN, Médecin Coordonnateur ARCMSA

Les aides sont nombreuses :

- Le FEDER qui est un Fonds Européen de Développement Régional
- Le FEOGA, un Fonds Européen d'Orientation et de Garantie Agricole
- La DRDR, la Dotation Régionale de Développement des Réseaux
- La FNASS, le Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale perçu par le biais de la CRAM, de la CPAM et de la CMSA
- Les fonds nationaux de prévention agricole
- Le Conseil Régional
- Le Conseil Général
- Le Conseil Municipal
- Les aides offertes par l'Assurance Maladie comme les contrats de bonne pratique. Pour les cabinets situés à plus de 20 minutes d'un centre de service d'urgence pour lesquels on peut demander des remplacements, 300 € sont donnés par jour dans un maximum de 10 jours, cela pour trois ans.
- La défiscalisation des astreintes dans la limite de 60 jours par an
- L'exonération des parcours de soins pendant cinq ans
- L'aide à l'installation

Chaque MSA met à disposition par département un administratif et un médical pour servir de « fil rouge » afin de vous aider à savoir ce que vous pouvez demander comme aide, et quel dossier vous devez compléter afin de pouvoir y prétendre.

Docteur ARNAULT, Président du Conseil Départemental de l'Ordre de la Vienne

Certaines aides financières sont conditionnées par l'appartenance de la zone, où vous voulez vous installer, à des zones fragiles.

Ces zones fragiles sont déterminées par la Mission Régionale de Santé.

C'est donc un frein pour certaines aides.

Il faut faire évoluer cela car les aides doivent également aller à des zones qui ne sont pas fragiles, car les zones deviennent fragiles brutalement.

Il faut inverser la définition des zones fragiles. Il faut même la supprimer car toutes les zones rurales sont fragiles.

Il est beaucoup plus facile de faire des regroupements médicaux là où il y a encore des médecins.

Il faut inverser et modifier la détermination des zones fragiles car tout ce qui est en dehors des grandes villes est fragile.

J'ai repéré des secteurs dans la Vienne où il y a beaucoup de médecins mais ils ont tous le même âge (entre 50 et 60 ans), le problème est qu'ils vont tous partir en même temps.

Une participante de l'atelier

Bonjour, je travaille au Conseil Régional.

De multiples réseaux territoriaux se développent sur des territoires de nature diverse.

La maison de santé d'AULNAY est le type même d'un projet multi partenarial puisque autour de la table se sont mis ensemble le Conseil Régional, les communautés de communes, les communes, la MSA, le régime général de l'Assurance Maladie, l'ARH ou les services de l'état.

A propos des financements de cette maison de santé de proximité, la DRDR, le fonds géré par l'URCAM et l'ARH, intervient très largement.

Pour les aides à l'immobilier, (pour permettre le regroupement des professionnels et pour l'accueil de stagiaires) la Région intervient beaucoup car il s'agit d'un site expérimental.

Le département et la communauté de communes interviennent également pour les permanences des PMI.

Il est vrai que la Région identifie comme zone fragile non pas seulement les zones fragiles au sens de la Mission Régionale de Santé, mais toute l'aire rurale en dehors de l'aire urbaine au sens strict du terme pour parer l'avenir et mettre en place des projets pérennes dans le temps.

Les aides de la Région au regroupement des professionnels de santé à travers les contrats régionaux de territoires, mais aussi les aides aux étudiants en médecine qui souhaitent effectuer un stage en milieu rural, visent bien les zones rurales et non pas seulement les zones identifiées fragiles par la Mission Régionale de Santé.

Un nombre majoritaire de régions qui réfléchissent aujourd'hui sur les aides pour lutter contre la désertification médicale partage cette analyse d'une intervention à accomplir dès maintenant sur l'ensemble des zones rurales.

Monsieur HINERANG, Président de l'URCAM

Mon problème avec ces zones fragiles est de savoir si l'ensemble du monde rural peut être considéré comme zone fragile.

Si on aide l'ensemble du territoire hormis les quatre préfectures, on aide personne.

Si on doit répartir de façon équitable sur l'ensemble du territoire rural les moyens mis à disposition, que ce soient ceux de l'Assurance Maladie, de la Région ou ceux de l'Etat, on va donner quelques euros à chacun des cantons.

Que le nombre de territoires à aider soit plus large que ce qu'il est aujourd'hui, cela peut se discuter mais ce qui devrait se discuter avec les professionnels de santé, avec les partenaires, c'est la pertinence de l'aide sur certains points.

C'est-à-dire que si les gens qui disposent d'un minimum de financement disent qu'ils le répartiront au prorata du nombre de demandes, du moment que c'est situé en zone rurale, nous n'aurons pas une influence réelle sur le développement d'un véritable service à la population.

Il n'y a pas de solution toute faite mais dire « puisque je n'ai pas de solution, j'aide l'ensemble du territoire » n'est pas une bonne solution.

Mademoiselle BORNERT, CRP

Beaucoup de jeunes médecins peuvent avoir peur de s'installer en zone rurale et avoir un exercice exclusivement rural.

Docteur ARNAULT, aujourd'hui quelles possibilités existent pour exercer ailleurs que dans un cabinet principal en zone rurale ou en zone citadine ? Qu'est-ce qu'un cabinet secondaire ? Quelles différences y a-t-il avec l'exercice en site distinct mis en place par l'article 85 du Code de Déontologie ?

Docteur ARNAULT, Président du Conseil Départemental de l'Ordre de la Vienne

L'article 85 a transformé le cabinet secondaire en deuxième site d'activité médicale et a modifié la réglementation sur ce point de façon importante.

C'est l'Autorité du Conseil Départemental de l'Ordre qui décide l'autorisation d'un deuxième site.

C'est un excellent moyen pour des médecins qui exercent en zone urbaine, d'aller dans des zones désertiques sur le plan de la démographie médicale, et d'aider leurs confrères sur des vacances.

En zone rurale, cela permet à un médecin d'ouvrir deux cabinets distants sur le plan géographique, de façon à lui permettre de travailler dans la légalité sur deux sites différents.

Le médecin peut avoir plusieurs sites secondaires d'activités en dehors de son cabinet principal.

Pour cela, il doit faire une demande. Le Conseil Départemental l'accepte en tenant compte de certains critères :

- ce cabinet secondaire doit répondre à un besoin de santé publique pour la population,
- il doit répondre à un manque médical dans cette zone là,
- le médecin doit apporter des garanties sur la continuité des soins et sur le suivi des dossiers (il doit rester dans le cadre de la réglementation du médecin traitant, il ne peut pas par exemple venir une fois par semaine et les autres jours le patient se débrouille),
- il doit prendre en charge ses patients sur la permanence des soins.

Une participante de l'atelier

Est-ce que ces deux activités peuvent se dérouler dans deux départements différents ?

Docteur ARNAULT, Président du Conseil Départemental de l'Ordre de la Vienne

Tout à fait. La demande doit se faire auprès du Conseil Départemental du deuxième site. C'est le cas dans la Vienne à LOUDUN. Les ophtalmologues de CHINON ont ouvert un deuxième site d'activité sur LOUDUN. On a considéré que c'était vraiment dans l'intérêt de la population.

Un médecin généraliste

J'ai été installé pendant 26 ans en médecine rurale. L'installation en milieu rural n'est pas une question d'aide financière : l'essentiel est le soutien des confrères pour arriver à vivre cette vie là.

Cela fait 18 mois que je ne fais plus que des remplacements, je vis beaucoup mieux. Je remplace surtout en ville, à Rochefort. Il est vrai que la médecine en ville n'a rien à voir avec celle de la campagne.

En étant médecin rural, on gagne très bien sa vie, mais on travaille beaucoup plus que les autres.

Docteur BOLVIN, Médecin Coordonnateur ARCMSA

Quand la permanence des soins est bien organisée, on peut régler sa vie autrement. Il faut envisager la médecine telle qu'elle va être avec les aides, les nouvelles technologies etc., il ne faut plus penser à ce qu'elle a été autrefois.

Autrefois, quand un médecin venait s'installer à la campagne, le médecin en place voyait cela d'un mauvais œil car il se disait que désormais il n'aurait plus le monopole.

Aujourd'hui, les gens veulent vivre leur vie agréablement avec des week-ends et des vacances, donc ils sont très accueillants avec les nouveaux médecins.

Cela ne pourra pas se faire autrement qu'en faisant ce noyau dur de maisons médicalisées.

Mais il faut le faire avant qu'il ne soit trop tard. Ce n'est pas quand il n'y aura plus personne en place qu'on pourra avoir un noyau dur : s'il faut aller chercher un dentiste, un infirmier ou un kiné pour faire une maison médicalisée, on passe à côté du concept.

Mademoiselle BORNERT, CRP

Le nouveau statut de collaborateur libéral pourrait permettre à de jeunes médecins de tester l'exercice rural sans s'engager par une installation définitive.

Docteur ARNAULT, quelle est la définition exacte de ce statut de collaborateur libéral ? Quelles différences y a-t-il entre un collaborateur libéral, un associé, et un remplaçant ? Quels en sont les avantages et les inconvénients ?

Docteur ARNAULT, Président du Conseil Départemental de l'Ordre de la Vienne

C'est une réforme importante qui concerne l'ensemble des professions libérales. C'est la loi du 2 août 2005 qui définit cette fonction comme un membre non salarié d'une profession qui, dans le cadre d'un contrat de collaboration libérale, exerce auprès d'un autre professionnel (personne morale ou physique) la même profession.

La fonction de collaborateur libéral a été créée pour favoriser des exercices à temps partiel dans des zones éloignées ou en ville.

Cette fonction peut répondre à la féminisation des professionnels de santé, cela peut correspondre à un compromis entre l'activité libérale et la vie familiale.

On peut aussi être installé en ville et prendre une activité de collaborateur libéral.

Le collaborateur n'est pas un salarié. Quand il s'installe comme collaborateur libéral avec un autre médecin, il est responsable de ses actes, il n'est pas dépendant de l'autre médecin sur le plan de la responsabilité de son activité. Il ne fait qu'utiliser les moyens que l'autre médecin met à sa disposition.

Il a un statut social fiscal qui correspond à l'activité de profession libérale, il cotise à l'URSSAF et à la CARMF, a une clientèle personnelle.

Il peut exercer en même temps que l'autre médecin. C'est la principale différence avec un médecin remplaçant qui doit toujours travailler en lieu et place du médecin qu'il remplace, ils ne peuvent pas travailler en même temps.

Il n'a pas non plus le même statut qu'un associé car il est locataire du cabinet sur le plan des moyens et du matériel. Il loue ces moyens sous forme de redevance assujettie à la TVA. Il ne prend pas part aux décisions de gestion du cabinet.

La collaboration libérale se fait sous contrat : un contrat type a été défini par le Conseil National de l'Ordre qu'il faut signer avec le médecin du site.

Le collaborateur libéral peut aussi exercer ailleurs que chez un médecin isolé ou chez des médecins associés. Il peut aussi exercer au sein d'une autre structure morale (société civile professionnelle ou société à exercice libéral).

Les avantages : ce statut permet de connaître la médecine libérale, c'est un travail à temps partiel. Ce statut offre des garanties dans la durée (contrairement à celui de remplaçant par exemple).

Cette activité peut favoriser l'installation à terme. Ce médecin collaborateur libéral va découvrir une certaine médecine passionnante sous bien des aspects. C'est peut-être pour lui le moyen de démarrer doucement dans cette profession, de ne pas avoir des responsabilités écrasantes.

L'inconvénient est que c'est un statut plus rigide que celui de remplaçant : une fois que l'on a commencé un statut sous contrat de collaborateur libéral, cela ne s'arrête pas du jour au lendemain (préavis de 6 mois à respecter).

Un participant de l'atelier

Peut-on être collaborateur libéral dans deux structures différentes ?

Docteur ARNAULT, Président du Conseil Départemental de l'Ordre de la Vienne

Absolument. Aucun texte n'interdit d'avoir deux jours différents, mais bien évidemment cela ne peut pas être le même jour de la semaine.

Un autre participant de l'atelier

Est-ce qu'il y a une clause de non concurrence ?

Docteur ARNAULT, Président du Conseil Départemental de l'Ordre de la Vienne

Si vous comparez cela au statut de remplaçant : il n'a pas le droit de faire plus de trois mois de remplacements en tout. S'il fait plus de trois mois de remplacements, il n'a pas le droit de s'installer pendant deux ans dans cette zone.

Pour le collaborateur libéral, cela dépend de ce que vous mettez dans le contrat. Si dans le contrat il est précisé qu'il y a une impossibilité de s'installer ou d'obtenir plus de jours etc., cela doit être défini de façon contractuelle.

Le contrat d'installation est un moment capital de la vie professionnelle. Vous devez signer un contrat en vous faisant conseiller soit par le Conseil de l'Ordre, soit par un juriste qui connaît bien la législation en la matière.

Je vous conseille d'être très vigilant sur la rédaction du contrat. Il faut se faire conseiller par des personnes installées depuis longtemps car ce sont eux qui connaissent les pièges et les insuffisances.

Quand on fait un contrat de collaborateur libéral, il faut préciser si le médecin qui vous le propose, accepte que vous vous installiez à terme en face. Il faut définir cela.

Ce contrat est essentiellement fait pour être appliqué en zone rurale car en ville, il n'y a pas de problèmes de démographie médicale.

Un participant de l'atelier

Ce contrat est-il valable pour les kinésithérapeutes ?

Docteur ARNAULT, Président du Conseil Départemental de l'Ordre de la Vienne

Je ne sais pas. Pour les dentistes, c'est autorisé, il n'y a pas de raison pour que ce ne le soit pas pour les kinésithérapeutes.

Mademoiselle BORNERT, CRP

La méconnaissance des dispositifs et des obligations concernant la permanence des soins est un facteur de frein à l'installation des jeunes médecins en zone rurale.

Docteur ARNAULT, comment et par qui est organisée la permanence des soins ? Est-il obligatoire de participer au système de garde en zone citadine et en zone rurale ? Peut-on faire le choix entre différentes modalités d'astreintes ou de régulation ?

Docteur ARNAULT, Président du Conseil Départemental de l'Ordre de la Vienne

Cela dépend du département où vous allez exercer : sur la région, il y a quatre systèmes de garde différents.

Dans la Vienne, nous avons mis en place des choses innovantes grâce au soutien de tous les partenaires : l'URCAM, la CPAM, la DDASS, ainsi que Monsieur le Préfet car c'est lui qui signe l'arrêté préfectoral qui régit la permanence des soins et qui a donc pris sa part dans la décision.

Dans la Vienne, il y a quatre principes pour la permanence des soins :

- Les médecins prennent des gardes s'ils le veulent, la permanence est basée sur le régime du volontariat. Ce n'est pas comme cela seulement dans la Vienne, c'est aussi le cas partout en France.
En effet, la loi d'août 2002 donne la possibilité aux médecins de prendre des gardes ou non. Le texte précise que « la garde est basée sur le principe du volontariat mais qu'elle est collectivement obligatoire ».
- Le médecin ne se déplace plus, c'est le patient qui se déplace.
- Le patient appelle un centre de régulation médicale basé au centre 15. Dans la Vienne, c'est géographiquement la même cellule téléphonique avec deux numéros différents : un numéro pour le conseil médical urgent, et un numéro pour les urgences vitales.
Cet appel est régulé par un médecin généraliste libéral pendant les plages de garde, de 20 h le soir à 8 h le lendemain matin. Cette régulation est assurée sur toutes les plages horaires en permanence par un médecin libéral.
- Le principe de la garde s'arrête à 24 h et le médecin de garde est de garde jusqu'à minuit. A partir de 0 h jusqu'à 8 h le lendemain matin, il n'y a plus de médecin de garde sur le territoire de la Vienne.
Cela peut sembler être une mesure imprudente mais nous n'avons plus assez de médecins pour leur permettre, avec des tours de garde et des nuits de garde, d'assurer leur fonction de façon satisfaisante, notamment dans les zones où ils sont les moins nombreux.
Ce choix a été fait pour s'adapter à la démographie médicale.
De 0 h jusqu'à 8 h, l'urgence est traitée par le médecin libéral qui est le régulateur téléphonique.

Mademoiselle BORNERT, CRP

Madame FLESCQ, où sont localisées les maisons de garde en Poitou-Charentes ?

Madame FLESCQ, URCAM

Nous avons douze maisons médicales de garde en Poitou-Charentes : huit dans la Vienne, une sur La Rochelle implantée dans l'enceinte hospitalière, une en milieu rural à La Rochefoucauld en Charente, une à Saintes et une à Angoulême.

Monsieur BATY, Directeur de la CPAM des Deux-Sèvres

Je tenais à faire remarquer que dans les Deux-Sèvres, la permanence des soins marche très bien aussi.

C'est quelque chose qui s'est fait de manière très concertée entre les différents partenaires que sont l'Etat, le Conseil de l'Ordre, l'Assurance Maladie, le centre 15 et la Direction des Urgences de l'hôpital.

C'est une philosophie différente de celle de la Vienne mais qui repose aussi sur huit secteurs. Il était vital dans ce département, peut être encore plus sinistré que la Vienne sur le plan de la démographie médicale, d'arriver à une harmonisation et une entente pour ne pas décourager les jeunes médecins de s'installer.

Docteur ARNAULT, Président du Conseil Départemental de l'Ordre de la Vienne

Je vais être honnête : la Vienne a copié sur les Deux-Sèvres.

Mademoiselle BORNERT, CRP

Pour améliorer la qualité des soins dispensés en zone rurale, il semble que le travail en réseau et les échanges entre professionnels soient indispensables.

Madame FLESCQ, qu'entendons-nous par travailler en réseau ? Qu'est-ce qu'un réseau ? Comment y participer et comment en avoir connaissance ?

Madame FLESCQ, URCAM

Réglementairement, c'est la prise en charge pluridisciplinaire de patients sur le plan de l'éducation pour la santé, de la prévention, du soins et du diagnostic.

L'objectif d'un réseau est de favoriser l'interdisciplinarité, la coordination des soins, les prises en charge spécifiques à certaines populations ou à certaines pathologies.

C'est pour cela qu'en Poitou-Charentes, nous avons des réseaux gérontologiques, des réseaux en soins palliatifs, des réseaux en cancérologie ou des réseaux d'insuffisance cardiaque.

Concrètement, c'est la prise en charge coordonnée des soins autour du patient.

Tous les professionnels de santé qui participent à la prise en charge du patient, qu'ils soient issus du milieu médical, paramédical ou social, se coordonnent pour améliorer la prise en charge du patient.

Par exemple, au niveau des réseaux gérontologiques, lorsqu'une personne âgée sort de l'hôpital suite à une hospitalisation, un retour à domicile est prévu. Des démarches administratives doivent être faites, des soins à domicile peuvent également être prévus (soins infirmiers ou portage de repas), des soins en kinésithérapie ou ergothérapie aussi. Tous ces professionnels de santé doivent se coordonner pour améliorer cette prise en charge.

Le réseau va intervenir pour mettre en place une organisation spécifique par des réunions de coordination qui vont réunir tous ces professionnels de santé. Ceci afin d'échanger sur les outils partagés entre ces professionnels de santé ou sur le dossier médical etc.

Le réseau doit aussi intervenir auprès des familles pour les soulager et les informer de tout ce qui existe en matière de démarches administratives.

Le réseau intervient en direction des professionnels de santé pour mettre en place des formations pluridisciplinaires pour lesquelles ils peuvent être rémunérés.

Depuis 2002, il existe un fonds de financement spécifique pour ces réseaux de santé, la Dotation Régionale de Développement des Réseaux de santé (DRDR) cogérée par l'URCAM et par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

Comment adhère t-on à un réseau ?

Je ferais deux distinctions : d'abord les professionnels de santé adhérents qui participent au réseau qui intègre un de leurs patients. Ils vont adhérer et signer un acte d'adhésion pour lequel ils s'engagent à respecter le principe de fonctionnement du réseau, le principe des tarifs en vigueur et le protocole de prise en charge.

On peut intervenir pour l'organisation du réseau en faisant partie du comité de pilotage, de groupes de travail.

En Poitou-Charentes, 25 réseaux sont financés par la DRDR.

Mademoiselle BORNERT, CRP

Sur un plan pratique, Monsieur CHOLON et Mademoiselle MADELEINE, pouvez-vous nous apporter vos témoignages par rapport à la formation dans le cadre des soins infirmiers. Sur le terrain, comment cela se passe t-il ?

Monsieur CHOLON, IFSI de Poitiers

Je suis infirmier, cadre de santé, formateur à l'IFSI de Poitiers.

J'ai découvert le fonctionnement de l'organisation en réseau lors de ma jeune carrière d'infirmier psy dans les années 90 où l'on travaillait beaucoup en extrahospitalier, on rencontrait beaucoup les partenaires libéraux médicaux, paramédicaux et sociaux.

L'intérêt pour nous est que le patient est au coeur du processus de prise en charge, la coordination est très importante car elle facilite les rencontres et les démarches. La pluridisciplinarité est également importante, dans l'objectif de répondre concrètement aux souhaits et aux besoins des patients, de rester et d'être pris en charge à domicile.

A l'IFSI de Poitiers, on a fait le choix de sensibiliser les étudiants à un type de prise en charge en réseau. A travers les modules, nous faisons intervenir des professionnels, soient institutionnels (qui travaillent dans les réseaux), soient libéraux (qui travaillent plus seuls).

A partir de la deuxième année, des modules optionnels sont laissés au libre choix des étudiants en fonction de leur projet.

Pour leur permettre également de préciser leur projet professionnel, on propose des modules extrahospitaliers qui leur permettent de rencontrer des professionnels libéraux qui travaillent en réseau.

Les modules extrahospitaliers ont été montés il y a deux ans. Ils font suite à une demande des étudiants, car un certain nombre de prises en charge n'étaient pas abordées de façon précise dans la formation.

Selon les besoins et les demandes des étudiants, on a monté ces modules afin qu'ils répondent plus concrètement à des nouveaux types de prises en charge, type réseau.

Mademoiselle MADELEINE, étudiante à l'IFSI

Je suis étudiante en fin de formation à l'école d'infirmiers.

Mon projet professionnel est de m'installer en libéral dix huit mois après ma formation (car on doit passer dix huit mois en structure).

J'ai fait ce module pour voir ce qu'était le libéral. Ces modules m'ont permis de rencontrer des professionnels, de leur poser des questions, de les contacter, de me renseigner sur l'installation libérale et tout ce que cela peut engendrer dans la vie familiale et professionnelle. Ils m'ont aussi permis de découvrir le travail en réseau.

Un participant de l'atelier.

Je suis installé dans les Deux-Sèvres, je suis médecin généraliste, enseignant en médecine générale et maître de stage.

Avez-vous fait un stage chez une infirmière libérale ? Pendant combien de temps ?

Mademoiselle MADELEINE, étudiante à l'IFSI

J'ai fait le choix de demander à l'école de faire le dernier stage, le stage pré-professionnel de huit semaines, en libéral, pour savoir quelle était la vie exacte de ces infirmières, ce qu'elles faisaient.

J'ai pu me rendre compte ce que c'était : il faut aller chez les patients, c'est un contact différent par rapport au milieu hospitalier. Il y a aussi un côté administratif assez important.

Le même participant

Une question à Monsieur CHOLON, est-ce que toutes les IFSI ont ce module ?

Monsieur CHOLON, ISFI de Poitiers

Non, absolument pas. La formation laisse toute l'attitude aux équipes enseignantes pour organiser les thèmes de ces modules.

La formation aux soins infirmiers, c'est la moitié du temps théorique à l'Institut de formation et l'autre moitié en stage.

Depuis, les nouvelles modalités d'organisation concernant cette formation, il y a un stage obligatoire de quatre semaines de santé publique pour tous les étudiants en soins infirmiers. Une majorité d'entre eux ont la possibilité de faire leur stage de santé publique auprès de professionnels libéraux.

Il y a aussi vingt semaines de stage optionnel pour lesquels les étudiants font des choix en terme de discipline : ceux qui sont intéressés par l'exercice libéral font le choix de le faire auprès de partenaires libéraux.

Le même participant

Mademoiselle MADELEINE, vous avez parlé d'une chose importante : c'est le côté administratif dans la profession. Pour les étudiants en médecine, c'est le même problème.

Le souhait des étudiants en médecine qui veulent s'installer est qu'on leur simplifie les tâches administratives. Ils veulent plus de temps médical et moins de temps administratif. Il y a environ deux heures par jour de « paperasses » à effectuer, idem pour les infirmiers.

Mademoiselle BORNERT, CRP

Pour pouvoir libérer du temps médical, il faut parler d'une notion importante : celle de la délégation des tâches.

Puisqu'il existe une inadéquation entre la demande et l'offre de soins dans les zones de fragilité médicale, le médecin traitant n'a plus forcément le temps de remplir de façon approfondie toutes les missions qui lui sont dévolues. Arrive donc la notion de délégation de tâches et de transfert des compétences.

Docteur ARNAULT, comment peut-on définir ces termes ? Le rôle du médecin traitant qui a été placé au cœur du système de soins n'est-il pas incompatible avec la délégation de tâches ?

Docteur ARNAULT, Président du Conseil Départemental de l'Ordre de la Vienne

Ce n'est pas incompatible du tout. Le problème est que la législation n'a pas encore évoluée : actuellement la délégation de tâches reste limitée.

La législation devra être modifiée au niveau de la responsabilité civile des professions vers lesquelles vont aller ces délégations de tâches.

Quel est l'intérêt pour le médecin d'être au sein d'une équipe ? Cela le sort de son isolement.

La réforme du médecin traitant a accentué la charge qui pèse sur le médecin généraliste. Le dossier médical personnel va être une charge lourde sur le plan administratif pour le médecin.

La délégation de tâches doit permettre au médecin de gagner du temps administratif. Elle va lui donner du temps médical, cela va donner plus de temps pour un meilleur suivi du patient.

La délégation de tâches est le moyen d'améliorer la prise en charge des patients : les professionnels sont main dans la main pour prendre en charge le patient.

Est-ce un transfert de compétences ? Non, pas pour le moment.

Qu'est-ce que la compétence ? C'est uniquement la compétence technique. Chaque profession apprend certaines choses.

Que peut-on transférer comme activité à une profession qui est à côté de la nôtre ? Cela dépend de sa technique. C'est donc un transfert de compétences techniques.

Ce n'est pas non plus un transfert de responsabilités. C'est une complémentarité technique.

Cela doit permettre une prise en charge du patient beaucoup plus efficace.

Cette délégation de tâches est évidemment mise en place seulement en cas de pathologie grave.

D'autres systèmes se mettent en place comme l'hospitalisation à domicile, pilotée par des structures hospitalières.

Ces structures juridiques vont organiser le transfert des compétences.

Monsieur CHOLON, IFSI de Poitiers

Selon le décret de compétence qui figure dans le Code de la Santé Publique, la notion de délégation n'existe pas.

S'agissant des infirmiers, l'article 1 dit « qu'ils exercent leur activité en relation avec les autres professions du secteur de la santé, social, médico-social et éducatif ».

Actuellement, le problème porte sur l'optimisation de la prise en charge des patients tout en restant dans le cadre légal de référence. On veut éviter les glissements de tâches.

La préoccupation des professionnels libéraux est de définir concrètement les missions de chacun dans la collaboration de type pluridisciplinaire. Qui coordonne et avec quels outils de transmission.

Mademoiselle BORNERT, CRP

Docteur BOUGES, vous avez un exemple concret à nous apporter : le projet ASALEE. Pouvez-vous nous en parler ?

Docteur BOUGES, Directeur de l'URML

L'Union Régionale des Médecins Libéraux a pour mission d'informer et de former les médecins et les usagers. Elle met en place des projets pour faire avancer l'exercice de la médecine.

On a inventé un système qui a pour contexte la délégation de tâches qui s'avère en fait être plus un apport de compétences.

ASALEE a pour principe d'installer des infirmiers dans des cabinets de médecine. Dans les cabinets de groupe, ils sont à disposition de l'ensemble des médecins.

Cette équipe travaille selon des procédures bien établies concernant des pathologies chroniques.

A la fois administrativement et qualitativement, on doit suivre de plus en plus de référentiels métier pour soigner ces patients.

Toute l'équipe travaille pour améliorer la qualité des soins sur ces pathologies chroniques difficiles à prendre en charge, mais travaille aussi pour améliorer la qualité de vie au travail.

Dans notre futur idéal, on imagine le cabinet de médecine comme une entreprise, et on imagine aussi le médecin comme un entrepreneur de soins.

Ce directeur des soins doit être capable d'administrer les soins sur une population de plus en plus large, de plus en plus demandeuse, et avec de moins en moins d'offre de soins.

Dans ce contexte étriqué, la délégation de tâches a pour intérêt de transférer des moments de prise en charge du patient à la personne la plus en situation de le faire.

L'intérêt d'avoir un infirmier, délégué à des soins de santé publique, (prévention, éducation à la santé, éducation thérapeutique pour les patients en pathologie chronique) à disposition dans le cabinet concourt à une meilleure qualité des soins car plus de soignants s'occupent du patient.

Cela concourt aussi à une proximité de ces soins de qualité car ce projet s'adresse aux cabinets de médecine générale aussi bien en milieu rural, où le dispositif prend le plus d'emphase, mais cela peut être aussi valable en ville.

On a une expérimentation qui dure maintenant depuis deux ans : trente médecins dans les Deux-Sèvres expérimentent ce nouveau mode d'exercice au travail.

Les résultats sont encourageants. Nous continuons donc à développer ce dispositif avec l'aide bientôt de nouveaux partenaires, qui sont toujours plus intéressés pour que les médecins travaillent mieux.

Les médecins ne veulent pas travailler plus mais mieux, pour avoir une meilleure qualité de vie. Ceci est une aspiration commune aux médecins déjà installés et aux futurs installés.

Le problème est de faire rejoindre tout le monde autour d'un objectif : le patient, la qualité des soins.

Docteur DOURIEZ, Conseil Départemental de l'Ordre des Deux-Sèvres

Je change de casquette, je prend celle de Secrétaire Adjoint de l'URML.

Je voudrais rassurer les infirmiers libéraux et les futurs infirmiers libéraux, que dans ce projet, il n'y a pas des soins à faire, c'est seulement une action en santé publique. C'est par exemple surveiller les dossiers des diabétiques, surveiller si les mammographies ont été faites en temps utile etc....

Une participante de l'atelier

Est-ce que ces infirmiers qui sont employés font, par exemple, de la réassurance auprès des personnes qui viennent consulter ?

Comment régler vous la question de la responsabilité ?

Docteur BOUGES, Directeur de l'URML

Les médecins et les infirmiers de santé publique qui travaillent sur ce modèle ne font pas n'importe quoi : nous décidons collectivement des pathologies sur lesquelles nous intervenons de façon collaborative.

On ne s'occupe donc pas spécialement de la réassurance de cette façon là.

On s'occupe de patients âgés avec des troubles cognitifs, de la prise en charge du dépistage du diabète, de la prise en charge en cas de diabète avéré.

On étend de plus en plus le champ d'investigation mais nous ne pouvons pas tout faire car les infirmiers sont employés dans ces cabinets sous le régime des 35 h, ils n'ont pas non plus un temps extensible.

La même participante

Est-ce que vous prenez en compte tout ce qui est psy ?

Docteur BOUGES, Directeur de l'URML

Pour l'instant non. On a fait venir des infirmiers avec un décret de compétences dans lequel nous puisons.

Avant de rentrer dans ce dispositif, ils sont formés sur certaines pathologies qui font l'objet de la délégation de tâches.

Il n'existe pas pour l'instant de référentiel métier sur la psychologie ou la psychiatrie, mais cela arrivera un jour. Le besoin n'a pas été formulé en ce sens.

En ce qui concerne votre question sur la responsabilité, quand on travaille sur cette expérimentation, on le fait dans le cadre des expérimentations de la commission Berland sur la démographie médicale qui fonctionne par arrêtés ministériels autorisant ces expérimentations.

En Poitou-Charentes, nous n'avons pas pris de risques avec ASALEE, car ce qu'on fait faire aux infirmiers, ils ont le droit de le faire.

On leur donne simplement l'occasion matérielle organisationnelle de le faire.

Mademoiselle BORNERT, CRP

Merci à tous nos intervenants et au public pour ces débats qui nous ont permis d'échanger, et de nous informer, autour des nouveaux dispositifs mis en place pour faciliter l'exercice au quotidien dans les zones rurales en particulier.

Merci à Madame GORSE d'avoir organisé cet atelier et d'avoir facilité les échanges que nous avons eu aujourd'hui.