



# PROJET DE SANTÉ

Projet de création de Maison de Santé Pluridisciplinaire  
à Breteuil (Oise)

Comité de rédaction :

Dr Jean-Pascal Florin / Dr François Florin / Claire Roullier, Pharmacien  
Christine Minotte, Infirmière / Nathalie Wacquet, Directrice de l'Institut médical de Breteuil  
Yves Calippe, Pharmacien / Michel Leblanc, Masseur-Kinésithérapeute  
Jean-Louis Mionnet, Masseur-Kinésithérapeute / Avec le concours du Dr Jean-François Bacot

# SOMMAIRE

---

	Pages
<b><u>DIAGNOSTIC PREALABLE DES BESOINS</u></b>	3
A. SITUATION REGIONALE (pages 10 à 29 du SROS)	3
1) APPROCHE DES BESOINS DE SANTE	3
a. Evolution démographique de la Picardie	3
b. Situation de la morbi-mortalité en Picardie	3
c. Le vieillissement et la dépendance en Picardie	4
d. Indicateur synthétique d'intensité des besoins	5
2) ANALYSE DE L'OFFRE EN PICARDIE	6
a. Constat global	6
b. Offre de soins de 1er recours	10
B. SITUATION LOCALE	23
a. Caractéristiques démographiques, impactant la demande de soins	23
b. Offre de soins libérale actuelle	24
c. Les autres éléments structurants de l'offre de soins sur le territoire	26
<b><u>NOTRE PROJET</u></b>	28
1) OBJECTIFS ET COMPOSITION DE LA MAISON DE SANTE	28
2) L'OFFRE DE SOINS A LA POPULATION	28
a. Continuité et permanence des soins	28
b. Qualité de l'accueil et de l'information	30
c. Prise en charge pluridisciplinaire du patient	31
d. Prévention et éducation thérapeutique et sanitaire du patient	32
3) MODALITES DE TRAVAIL EN COMMUN	34
a. Partage des dossiers patients	34
b. Secrétariat : rôle, compétences et qualités nécessaires	34
c. Formation initiale et continue	35
4) PARTENARIATS ET RESEAUX DE LA MSP	35
5) PARTENARIAT PRIVILEGIE AVEC L'IMB	37
6) DEMARCHE QUALITE ET DEVELOPPEMENT DURABLE	38
a. Démarche qualité et évaluation du projet et des pratiques professionnelles	38
b. RSE (Responsabilité sociétale des entreprises)	38
7) TELEMEDECINE	39
8) FORME JURIDIQUE	40
a. Finalité et objet de la structure	40
b. Les associés	41
c. Création et constitution	41
d. Fonctionnement et administration	41
e. Responsabilité	42
f. Régime fiscal	42
g. Régime social	42
h. Avantages	42
ANNEXE : Décret d'application de la loi sur les SISA	43

# PREAMBULE

---

Consciente de la nécessité de prendre rapidement des mesures pour pallier la « désertification médicale » de son territoire, la Communauté de Communes des Vallées de la Brèche et de la Noye (CCVBN), aujourd'hui Communauté de Communes de l'Oise Picarde (CCOP), a décidé de lancer une réflexion auprès des professionnels de santé locaux. Celle-ci porte sur l'opportunité de créer sur notre secteur une structure type Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) favorisant ainsi la venue de jeunes praticiens tout en facilitant la pratique médicale en secteur rural.

Le constat étant sans appel avec des praticiens proches de la retraite ayant de grosses difficultés à trouver des repreneurs au sein de leur activité libérale en ville. Généralistes, dentistes, paramédicaux (kinésithérapeutes, infirmières...), tous sont actuellement concernés. Il s'avérait donc urgent d'anticiper sur l'avenir de l'offre de soins que nous avons à apporter aux patients de la CCOP.

Devant cette réalité inquiétante, un groupe de praticiens libéraux a décidé de réagir sous l'impulsion d'une réelle volonté de nos élus locaux. Motivés par cette idée d'une activité centralisée et pluridisciplinaire que représente la MSP. Ce groupe a décidé d'entreprendre une action concertée pour faire aboutir ce projet. En effet nous sommes conscients que cette option est la solution la plus appropriée pour résoudre la problématique à laquelle la CCOP est actuellement confrontée.

Breteuil bénéficie depuis 2012 de la proximité de l'Institut Médical de Breteuil (IMB), structure de soins de suite et de rééducation avec lequel de nombreuses connexions peuvent être envisagées. De plus, l'acquisition par la CCOP d'un bâtiment jouxtant l'IMB présente de belles opportunités d'aménagement de cette MSP.

Nous, les membres du projet de santé considérons aujourd'hui que toutes les conditions sont réunies pour que la réalisation de cette MSP aboutisse.

# DIAGNOSTIC PREALABLE DES BESOINS

---

## **A. SITUATION REGIONALE** (pages 10 à 29 du SROS)

### **1) APPROCHE DES BESOINS DE SANTE**

#### *ANALYSE QUANTITATIVE*

---

La notion de besoins de santé est une notion difficilement observable de manière directe. Elle peut néanmoins être approchée par un ensemble de facteurs, comme l'évolution démographique des populations, la morbi-mortalité, le vieillissement et la dépendance.

##### ***a. Evolution démographique de la Picardie***

Au 1er janvier 2008, la population régionale picarde s'élève à 1 906 601 habitants. Les territoires de santé de la Somme et d'Oise-Est regroupent plus de la moitié (51%) de la population régionale. Les territoires d'Aisne Nord – Haute Somme, Aisne-Sud et Oise-Ouest regroupent, de manière homogène, chacun près de 16% de la population picarde.

***47% de la population picarde réside dans une commune de moins de 2 000 habitants.***

Entre 1999 et 2008, la Picardie a vu sa population augmenter de +2,67%, plus fortement dans le département de l'Oise (+4,36%), contre respectivement +0,6% et +2,3% dans l'Aisne et la Somme. Toutefois la population picarde augmente moins rapidement que la population française. Ainsi l'accroissement annuel de la population entre les recensements de 1999 et 2007 était de + 0,3 % pour la Picardie contre +0,7 % pour la France.

Selon les projections démographiques de l'INSEE, la population de la région Picardie devrait augmenter de façon constante d'ici à l'horizon 2032, soit une hausse globale de +5,9%. En 2040, la population picarde pourrait avoir augmenté de + 6 %, contre une augmentation au niveau national de + 13 %.

Le territoire Aisne Nord – Haute Somme devrait être le seul territoire à connaître une évolution négative de sa population, avec une baisse globale de -1% d'ici 2017 à -2.8% jusqu'en 2032. La plus forte croissance devrait concerner le territoire Oise-Ouest (+5,4% d'ici 2017).

##### ***b. Situation de la morbi-mortalité en Picardie***

Entre 1999 et 2008, la Picardie présente un taux de mortalité de 8,86‰, plus élevé dans les territoires Somme, Aisne Nord – Haute Somme et Aisne-Sud (respectivement 9.43, 10.83 et 9.29 ‰) que les territoires d'Oise-Ouest et Oise-Est (7.70 et 7.47‰).

Sur la période 2006-2008 avec 16 650 décès en moyenne annuelle dont 3 900 chez les moins de 65 ans, la Picardie présente le deuxième taux de mortalité le plus important des régions de France hexagonale (après le Nord - Pas-de-Calais).

L'écart entre le niveau régional et national s'est accru : +11 % de surmortalité au début des années 1990 et +16 % en 2006-2008.

Par rapport à la France, bien qu'une surmortalité soit constatée dans les cinq territoires de santé, celle-ci varie (entre +11 % pour le territoire de santé Oise Est et +29 % pour le territoire de santé Aisne Nord - Haute-Somme).

Les écarts entre les territoires de santé sont encore plus marqués pour la mortalité prématurée évitable par facteurs de risque individuels : de +4 % (territoire de santé Oise Est) à +43 % (territoire de santé Aisne Nord - Haute-Somme) avec un écart régional de +22 %.

La morbidité peut être approchée par les nouvelles admissions en affections de longue durée (ALD) et par les séjours hospitaliers.

Pour les personnes âgées de moins de 65 ans, la Picardie se situe sur la période 2004-2007 au huitième rang des régions de l'Hexagone avec un taux d'admissions en ALD supérieur à la France. Cette réalité globale masque des disparités au niveau des territoires de santé : certains territoires ont un taux d'admissions inférieur au niveau national mais présentent pourtant une surmortalité.

### ***c. Le vieillissement et la dépendance en Picardie***

Le vieillissement de la population picarde est moins important que celui observé sur l'ensemble du pays : 74 personnes de 60 ans et plus, pour 100 jeunes de moins de 20 ans, contre 88 pour la France hexagonale. Des disparités sont constatées entre les territoires, l'indice de vieillissement est bien inférieur à la moyenne régionale dans les deux territoires de santé de l'Oise (environ 65) et proche du niveau national pour Aisne Nord Haute Somme (86)

La Picardie compte 382 348 habitants âgés de plus de 60 ans en 2008, soit 20,1% de la population picarde dont 29% vivent au sein du territoire de santé Somme ; 22% dans le territoire Oise-Est.

Territoires de Santé	60 ans et plus	Part régionale	Part des 60 ans et plus dans le TS
Somme	110 869	29%	21,2%
Aisne Nord - Haute-Somme	67 568	18%	22,6%
Aisne Sud	59 965	16%	21,0%
Oise Est	84 189	22%	18,0%
Oise Ouest	59 757	16%	18,0%
<b>Total</b>	<b>382 348</b>	<b>100%</b>	<b>20,1%</b>

*Source : INSEE 2008.*

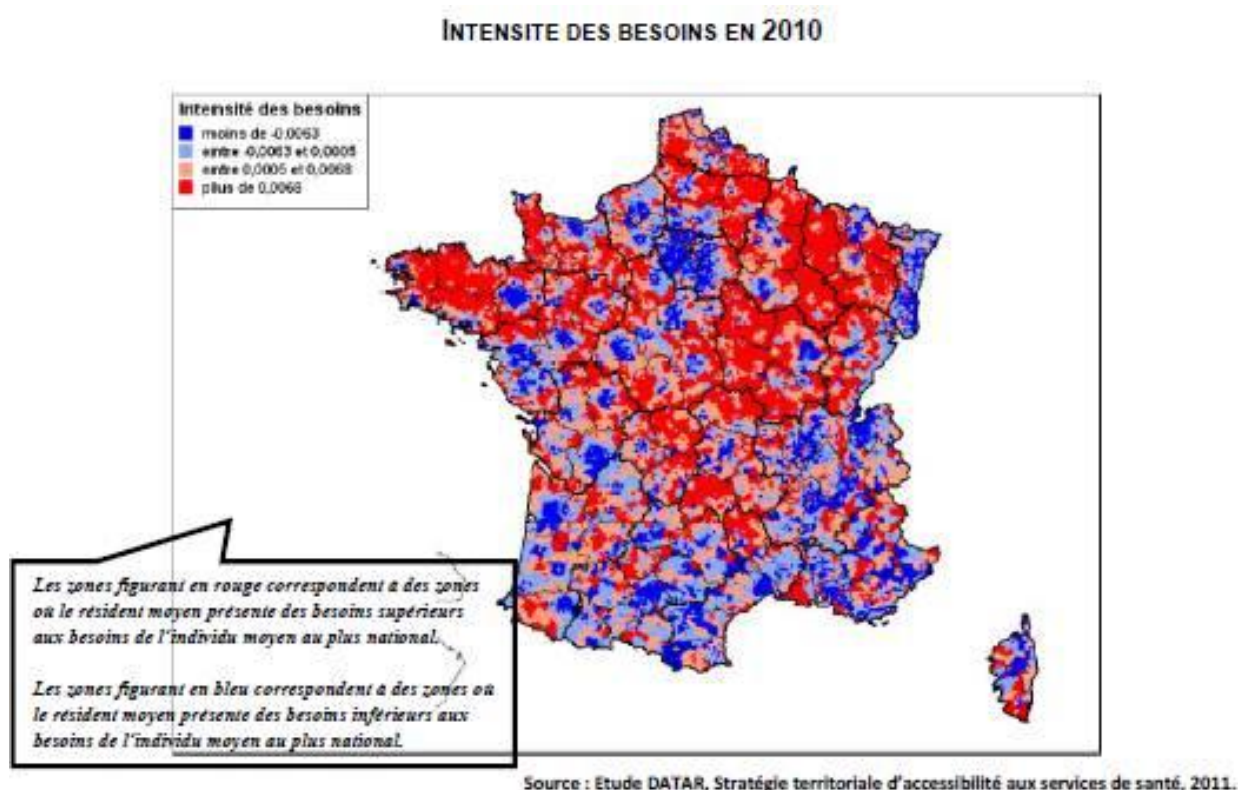
Au 1er janvier 2008, 82 756 personnes âgées de plus de 80 ans vivent en Picardie. La part des plus de 80 ans varie de 3,6% pour les territoires de l'Oise à 5,1% pour le territoire Aisne Nord – Haute Somme.

Les estimations effectuées par l'INSEE à l'horizon 2040 prévoient un doublement de la population âgée de 75 ans et plus, soit un peu plus de 280 000 personnes +/- 25 000.

#### **d. Indicateur synthétique d'intensité des besoins**

En associant quatre facteurs significatifs et représentatifs de ces trois dimensions (taux de natalité, recours à l'hospitalisation tous âges confondus, personnes âgées de 75 ans et plus vivant seule dans la population, mortalité prématurée), le laboratoire de recherche Politiques Sociales Santé et Habitat de l'Université Catholique de Lille a élaboré dans le cadre de la réflexion engagée par la Délégation interministérielle à l'Aménagement du Territoire et à l'Attractivité Régionale (DATAR) un indicateur synthétique d'intensité des besoins applicables à un niveau géographique fin (zones 1000)<sup>1</sup>, et des éléments de prospective à moyen terme<sup>2</sup>.

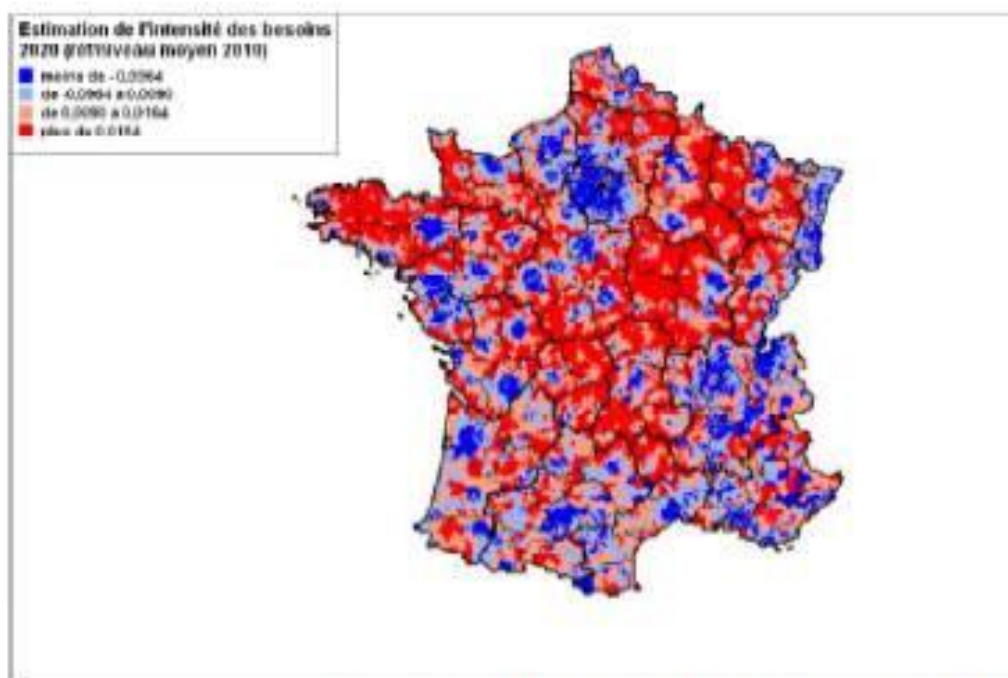
L'indicateur d'intensité des besoins de santé s'interprète comme le niveau d'intensité des besoins d'un résident type dans la zone géographique considérée (par rapport à la moyenne nationale).



Une forte concentration des zones en tension sur les besoins de santé peut être observée dans **le Nord Pas de Calais, en Picardie, en Bretagne, en Lorraine et dans les régions du centre**. Plus de 40% de la population de ces régions se situe dans les zones caractérisées par le plus élevé des niveaux de besoin.

La carte de l'intensité des besoins estimés pour 2020 par le biais du modèle développé dans le cadre de ces travaux conserve les grands traits de la carte des besoins de 2010. Le vieillissement de la population augmente mécaniquement les niveaux moyens d'intensité relative des besoins.

## PROSPECTIVE : INTENSITE DES BESOINS EN 2020



Source : DATAR (2011).

Source : Etude DATAR, Stratégie territoriale d'accessibilité aux services de santé, 2011.

En termes d'évolution des besoins entre 2010 et 2020, et ceci en grande partie en raison du contexte démographique, on observe **une augmentation moins importante dans les régions les plus jeunes telles que le Nord Pas de Calais, la Picardie et les territoires agglomérés des grandes villes**. L'augmentation de l'intensité relative des besoins devrait être plus importante dans les zones rurales de la Bourgogne jusqu'au quart Sud-ouest.

**Mais, l'enseignement majeur à tirer de ces travaux pour l'action en région, au niveau en particulier des soins de premier recours, est le constat confirmé d'une grande hétérogénéité des situations infrarégionales qui justifie de travailler sur des territoires de proximité pertinents adaptés.**

### **2) ANALYSE DE L'OFFRE EN PICARDIE**

Concernant l'offre de santé en Picardie, l'analyse des densités des différentes professions laisse apparaître une situation régionale défavorable par rapport à la situation moyenne française.

#### ***a. Constat global***

La région se situe aux derniers rangs de la France Métropolitaine pour la densité de la plupart des professionnels de santé.

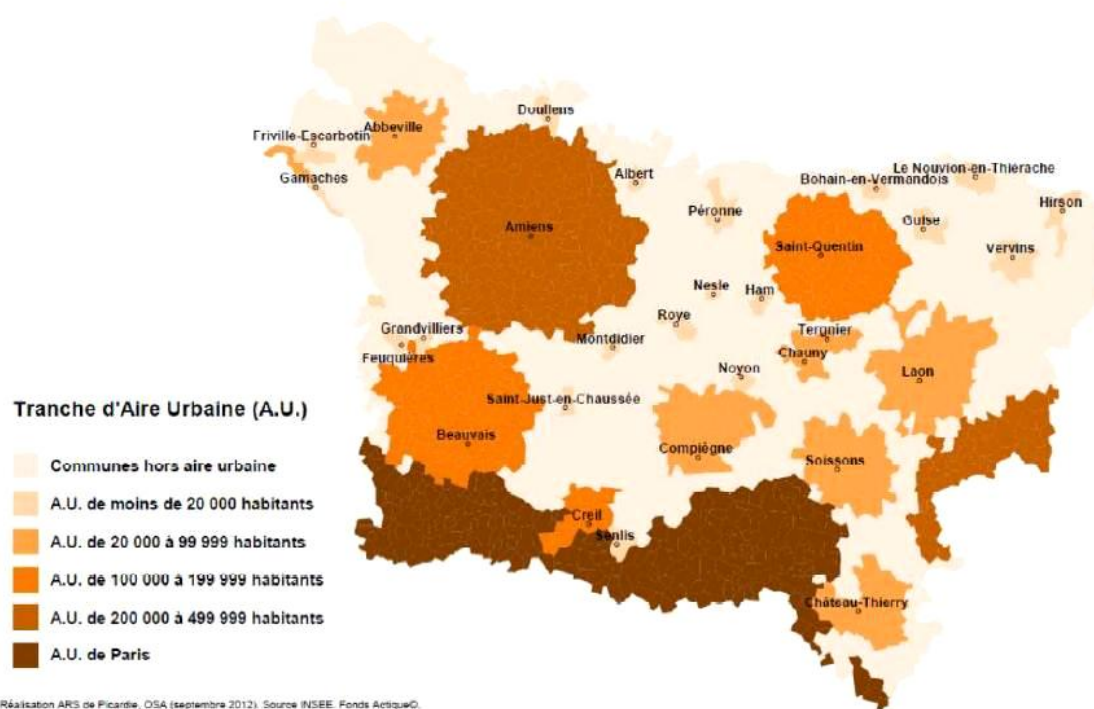
**DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTE EN PICARDIE EN 2011  
CONSTAT GLOBAL**

Profession	Effectif	Densité Régionale pour 100 000 hab.	France Métropolitaine	Rang de classement de la Picardie
Médecin	2 703	142	188	22
Médecin généraliste	1 646	86	98	20
Chirurgiens dentiste	697	37	58	20
Infirmier	1 309	69	103	18
Masseur Kinésithérapeute	934	49	82	22
Sage Femmes	42	2	5	22
Orthophoniste	303	16	24	16

Sources : EcoSanté, Insee. Données : SNIR (01/01/2011), RGP (01/01/2011).

**Des inégalités infrarégionales dans la répartition des professionnels de santé sur le territoire picard** : si la plupart des grandes villes et surtout la capitale régionale semblent correctement dotées bien qu'y apparaissent des déserts médicaux, en particulier dans les zones urbaines sensibles, le milieu rural, est en grandes difficultés surtout les zones les plus isolées comme l'ouest de l'Oise, et la Thiérache.

**Tranches d'Aire Urbaine de Picardie**



**Profession Effectifs :**

**Un vieillissement accéléré des professionnels de santé en activité en Picardie comme ailleurs.** Plusieurs facteurs de ce vieillissement peuvent être identifiés : les cohortes importantes issues de l'après-guerre installées dans les années 70-80 ; l'insuffisance de



renouvellement des effectifs qui ne permet pas de ralentir l'élévation de l'âge moyen des professionnels ; les variations des numerus clausus...

Créé en 1971, le numerus clausus a été assez élevé jusqu'en 1983 (environ 8 000 places), puis a diminué pour atteindre son niveau le plus bas en 1993 (3 500 places). C'est notamment la baisse du numerus clausus dans les années 1990 qui explique le faible nombre des nouvelles installations de médecins aujourd'hui.

Le vieillissement touche différemment les différentes professions et au sein d'une même profession les spécialités, les métiers et spécialités d'apparition récente étant moins touchés.

Ainsi, seuls 20% des 1 400 pharmaciens d'officine ont plus de 50 ans, contre 50% des médecins généralistes, et un tiers des infirmiers libéraux sur un tiers du territoire ont plus de 55 ans.

### **Des évolutions sociologiques :**

Les aspirations et modes de vie des jeunes professionnels évoluent depuis de nombreuses années.

La féminisation croissante, la recherche d'une meilleure qualité de vie et de nouvelles pratiques professionnelles font que les jeunes professionnels privilégient de nouveaux modes d'exercices, en particulier regroupés et coordonnés, voire à temps partiel.

Comme pour d'autres catégories socioprofessionnelles aisées, ou de cadres, les professions médicales ou paramédicales ont des fortes attentes en matière de services et d'équipements qu'ils trouvent plus facilement en habitant et travaillant dans les aires urbaines.

Cependant, on assiste aussi à des choix de vie personnelle et professionnelle, que des mesures incitatives relevant des conventions de l'assurance maladie, des initiatives de collectivités territoriales peuvent favoriser vers des zones fragiles, qui constituent des freins à ces tendances majoritaires, tout comme la déconnexion géographique entre lieu de vie personnel et lieu(x) de vie professionnelle.

### **Un renouvellement difficile des effectifs :**

L'essentiel du renouvellement provient du dispositif de formation initiale.

La plupart des effectifs d'étudiants formés sont encadrés par des quotas régionaux : numerus clausus de la PACES (1ère année commune de médecine, kinésithérapie, sage femmes, dentiste et pharmacien), quotas des écoles paramédicales, effectifs d'internes en médecine...

Ces quotas régionaux s'inscrivent pour les principales professions en nombre comme les médecins, les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les pharmaciens..., à l'intérieur de quotas nationaux répartis entre les régions.

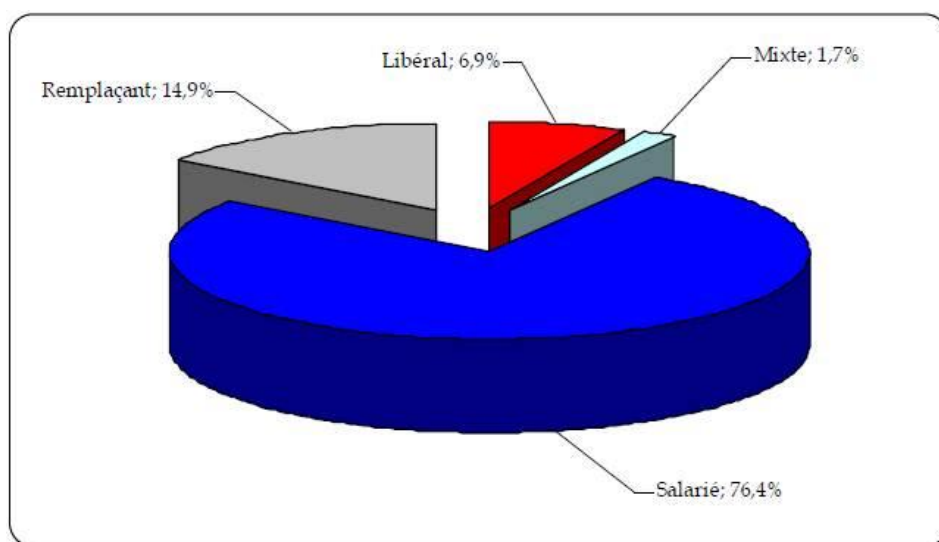
Cependant leur détermination est difficile à calquer sur les besoins dont l'évaluation est peu aisée à moyen terme, et reste aussi contrainte par les capacités de l'appareil de formation : financements, encadrement, locaux, lieux de stage ... De plus, un taux d'abandon, parfois élevé dans certaines formations (infirmier...), en partie lié probablement à la baisse du niveau de recrutement issu des augmentations de quotas, peut être observé et fausse les prévisions initiales ayant servi à établir ces seuils.

Parmi les professionnels formés dans la région, les fuites extra régionales peuvent être importantes, surtout si les personnes ne sont pas originaires de la région : plus de 90% des étudiants de l'école régionale d'orthophonie ne sont pas picards ; seulement 1/4 des internes en médecine envisagent une installation à long terme dans la région, bien que 2/3 soient originaires de Picardie ou des régions limitrophes.

De plus, un certain nombre de professionnels, s'ils restent dans la région, ne s'installent pas. Des périodes de remplacements sur de longues périodes peuvent être observées, c'est notamment le cas des jeunes généralistes libéraux avec un âge moyen d'installation se rapprochant de 40 ans. Le remplacement ne serait plus vu comme une transition entre les études et la vie active mais comme un véritable mode d'exercice, au moins pendant plusieurs années.

En Picardie, lors de la première inscription au tableau de l'ordre, en moyenne 14,9 % des médecins choisissent le statut de remplaçant contre 20,5 % en moyenne en France. Et la part des médecins salariés est plus importante en Picardie 76,6 % contre 68,8 %.

### LES MODES D'EXERCICE – PREMIERE INSCRIPTION ORDINALE EN 2011



Si la région Picardie semble attractive pour les primo-inscriptions incluant les chefs de clinique, comme le note le Conseil National de l'Ordre des Médecins, cette attractivité est toute relative. Elle se justifie, entre autre, par sa position géographique entre les régions Nord-Pas-de-Calais et Ile-de-France, biaisée par les résultats de l'ECN qui déterminent les lieux de formation des futurs médecins en fonction de leur rang de classement.

Diplômées, ces primo-inscriptions vont rester en moyenne trois ans dans leur région de formation. À titre d'exemple, les médecins remplaçants (1ère inscription) vont exercer en moyenne trois ans. Une fois qu'ils auront déterminé leur mode d'exercice en activité régulière (libéral/salarié/hospitalier/remplaçant, ...), ils quitteront la Picardie pour exercer de façon préférentielle en Ile-de-France ou dans le Nord-Pas-de-Calais.

Concernant les chefs de clinique, dès qu'ils ont obtenu leur diplôme de spécialiste, ils quittent également leur région de formation.

Des échappements vers des spécialisations permettant de s'extraire de son métier ou de son exercice de base peuvent également être constatés : alors qu'on prévoit que la moitié des

internes en médecine d'une génération seront orientés essentiellement vers la médecine libérale de 1er recours, nombre d'entre eux s'orientent vers des exercices hospitaliers avec des compétences telles que soins palliatifs, urgences, addictologie, gériatrie ou libéral sur des modes d'exercice particulier : ostéopathie, homéopathie...

Par ailleurs, certaines formations se font hors région et nombre de picards ainsi formés ne reviennent pas systématiquement en Picardie : chirurgiens dentistes, radio physiciens, psychomotriciens, ergothérapeutes...

Ce déficit est compensé partiellement par l'installation importante de professionnels diplômés à l'étranger (CEE, hors CEE) : 79 % des nouveaux médecins installés dans l'Aisne sont à diplômes étrangers, majoritairement de Roumanie, 50 % (CNOM, 2011).

Toutefois ces professionnels diplômés à l'étranger ont tendance à se concentrer sur certains statuts (exemple des médecins pour les postes hospitaliers) ou métiers : orthophonie, kinésithérapie...Et au-delà des démarches administratives, les problèmes prédominants demeurent la maîtrise de la langue, des techniques propres à chaque métier et l'insertion socioculturelle. Ainsi si la plupart de ces professionnels s'intègre bien, des échecs aussi bien en secteur libéral qu'hospitalier, peuvent être notés.

### ***b. Offre de soins de 1er recours***

**La notion de soins de premier recours** est issue des états généraux de l'organisation de la santé. Elle a été consacrée par la loi hôpital, patients, santé et territoires, qui la définit au travers de ses trois fonctions :

- 1) entrée dans le système de soins : diagnostic, orientation, traitement,
- 2) suivi du patient et coordination de son parcours,
- 3) relais des politiques de santé publique : prévention, dépistage, éducation thérapeutique, éducation à la santé.

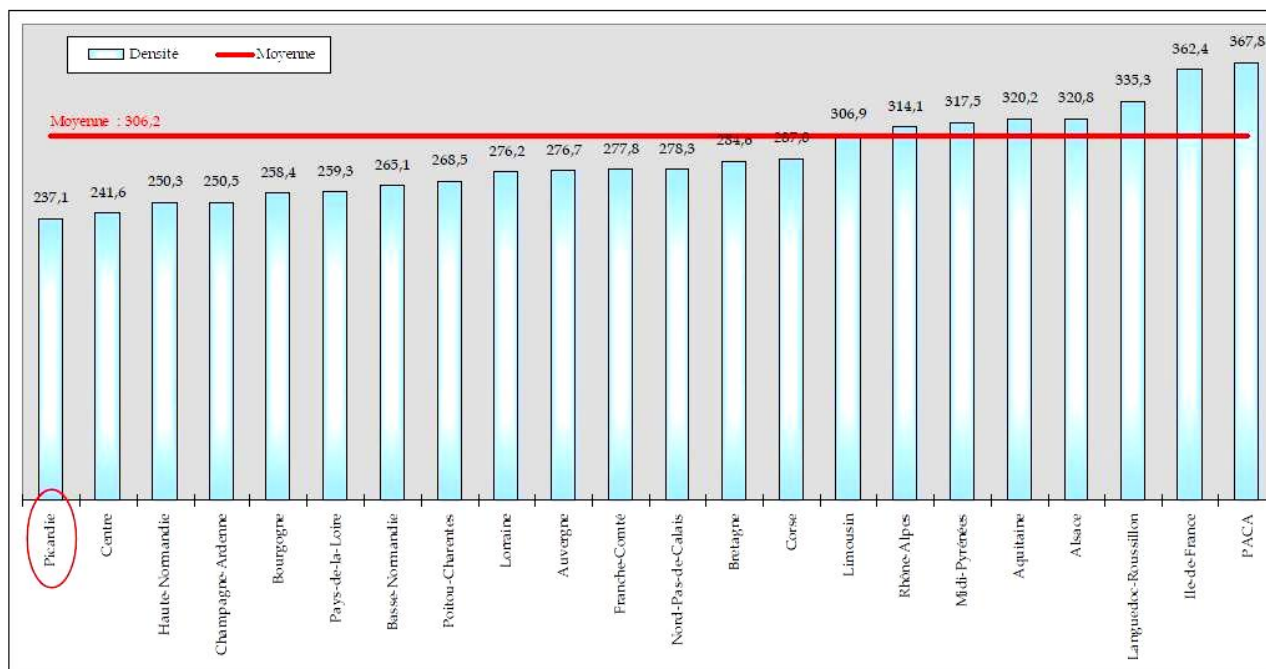
Le premier recours et les professionnels qui y participent, médecins généralistes, notamment, mais aussi pharmaciens, masseurs kinésithérapeutes, infirmiers, sages femmes, orthophonistes sont donc au centre de la cohérence des parcours de santé, au travers de la coordination des soins, de leur continuité et de la qualité des prises en charge.

France entière, la répartition des généralistes et des pharmaciens est en adéquation avec celle de la population en France métropolitaine. Selon une étude publiée par la DREES en 2010, les médecins généralistes libéraux constituent le 3ème des 137 équipements et services pour lesquels l'adéquation avec la population est actuellement la meilleure, après les pharmacies (1er rang) et les salons de coiffure (2ème rang) et avant les boulangeries (4<sup>ème</sup> rang). Cette étude relève que 90 % des inégalités de répartition s'observent entre les bassins de vie d'une même région.

## LES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX

Au 1er janvier 2011, les conseils départementaux de l'Ordre des médecins recensent 5 870 médecins, 4 883 actifs et 987 retraités. Avec une densité médicale de 237, 1 médecin pour 100 000 habitants, la région comptabilise la plus faible densité médicale en France métropolitaine.

### LES DENSITES MEDICALES REGIONALES AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2011



Source : Démographie Médicale en région Picardie, de l'observé à l'inattendu, CNOM, 2012.

*Moyenne nationale en 2012 : 306,2/100 000 habitants*

*Moyenne nationale en 1979 : 240/100 000 habitants*

Les projections démographiques réalisées par le CNOM montrent que le nombre d'actifs a baissé de 0,85 % entre 2007 et 2012. Cette tendance devrait se poursuivre ; en 2017 le nombre d'actifs devrait avoir diminué de -1,6 % alors que le nombre de retraités devrait croître de façon exponentielle (+85,8 %). La Picardie comme le montre le tableau figurant ci-après n'échappe pas à cette tendance.

La situation de la démographie des médecins généralistes libéraux de Picardie n'est pas homogène sur l'ensemble de la région. Chaque département présente des caractéristiques qui conduisent à des problématiques propres.

Ainsi, en 2011, la densité de l'Aisne est meilleure que celle de l'Oise, mais les perspectives d'évolution sont plus sombres. La part des 55 ans et plus, 53 % contre 45 % dans l'Oise, laisse présager une chute des effectifs plus précoce que dans le reste de la région.

Le manque d'installation de médecins en début de carrière se traduit par une élévation de l'âge moyen de 3 ans en 5 ans. La Somme est moins concernée, ses médecins vieillissant de 2 ans et demi en moyenne entre 2006 et 2011.

## EVOLUTION DE LA DEMOGRAPHIE EN MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX EN PICARDIE ENTRE 2006 ET 2011

Indicateur	Aisne	Oise	Somme	Picardie	France métro.
Effectif	440	620	586	1 646	60 974
évolution 2006-2011 (en %)	-3,3	0,2	-2,3	-1,7	0,0
Densité (pour 100 000 hab.)	81	76	102	85	96
évolution 2006-2011 (en %)	-4,2	-2,2	-3,8	-3,3	-2,9
Part des 55 ans et plus (en %)	52,5	44,5	38,9	44,7	45,2
Âge moyen (en années)	53,9	52,7	50,6	52,3	52,4
évolution 2006-2011 (en années)	3,2	3,2	2,5	3,0	2,9

Sources : EcoSanté, Insee. Données : SNIR (01/01/2006, 01/01/2011), RGP (01/01/2006), Omphale (01/01/2011).

L'effectif des médecins généralistes libéraux n'a pas évolué en France métropolitaine entre 2006 et 2011. En Picardie, en revanche, ce nombre a diminué de 1,7 %. Le département de l'Aisne est le plus touché avec une diminution des effectifs de 3,3 % sur 5 ans. Tandis que dans l'Oise, une légère croissance est observée.

Rapporté à la population qui, elle, évolue positivement, le constat est plus marqué. Au niveau national, la stabilité des effectifs de médecins généralistes libéraux face à la croissance démographique conduit à une baisse de la densité de près de 3 %.

La densité picarde est 10 points en deçà de la densité nationale. Seul le département de la Somme, avec le chef-lieu de région, présente une densité supérieure à la densité nationale.

Si la part des médecins de plus de 55 ans est similaire en Picardie et en France métropolitaine (45 %), cette tranche d'âge compte plus de la moitié des médecins de l'Aisne contre moins de 40 % des médecins généralistes libéraux de la Somme.

### **Mais il est plus intéressant d'évaluer l'accessibilité géographique aux médecins généralistes.**

Les mesures de l'accessibilité spatiale aux médecins qui sont classiquement utilisées sont la densité médicale et la distance d'accès aux soins, à savoir la distance d'accès au médecin le plus proche. Toutefois, la densité médicale, en tant qu'indicateur de l'accessibilité spatiale de la population aux médecins, présente l'inconvénient majeur de ne pas tenir compte de l'interaction avec les unités géographiques voisines, et de donner une image uniforme de l'offre pour un ensemble de communes de la même zone, qu'elles soient bien ou mal desservies. La densité médicale ignore ainsi les déplacements des populations à travers les frontières administratives alors que ceux-ci sont nombreux pour des zones de petites tailles comme les communes.

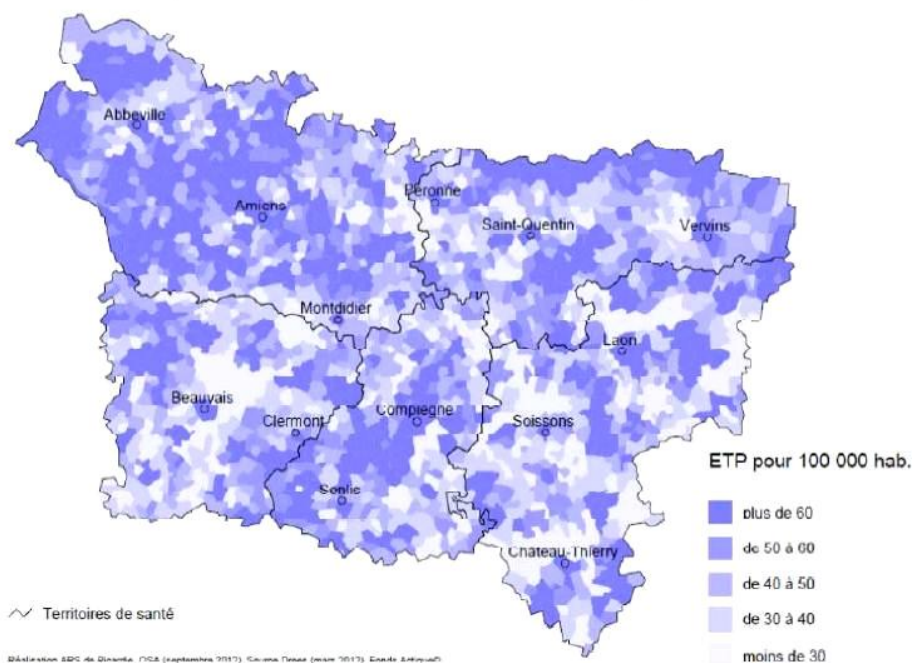
Afin de pallier ces limites, des travaux récents ont été conduits par l'IRDES et la DREES3. Ils proposent un nouvel indicateur original et enrichi de l'accessibilité spatiale aux soins : l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL). La première application a été faite aux médecins généralistes libéraux.

Cet indicateur tient compte du niveau d'activité des médecins pour mesurer l'offre et du taux de recours différencié par âge des habitants pour mesurer la demande. Il s'agit d'un indicateur

local, calculé au niveau de chaque commune mais qui considère également l'offre de médecins et la demande des communes environnantes.

En 2010, l'Accessibilité potentielle localisée (APL) est, en moyenne, de 71 équivalents temps plein (ETP) de médecins généralistes pour 100 000 habitants en France, mais elle est inférieure à 31 ETP pour 100 000 habitants pour les 5 % d'habitants ayant l'accessibilité la plus faible et supérieure à 111 pour les 5 % d'habitants ayant l'accessibilité la plus élevée.

#### Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes libéraux



D'une manière générale, l'Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes libéraux est, en moyenne, plus élevée pour les habitants des communes urbaines. Au sein de ces communes, les habitants des moyens ou petits pôles ont une meilleure accessibilité (81 ETP pour 100 000 habitants) que ceux des grands pôles (75 ETP pour 100 000 habitants). Au sein des communes rurales, les communes rurales isolées ont une accessibilité plus élevée (63 ETP pour 100 000 habitants) que les communes rurales situées en périphérie des pôles (52 ETP pour 100 000 habitants).

En Picardie, 7,5 % de la population picarde répartie dans 407 communes, soit 142 184 habitants, ont une accessibilité inférieure à 31 ETP pour 100 000 habitants.

Afin d'avoir une approche globale de l'accessibilité de la population aux services de santé, la notion d'accessibilité géographique aux services de santé doit être complétée par celle **d'accessibilité sociale et financière**.

La Commission Spécialisée des Droits des Usagers du système de santé de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie a d'ailleurs souhaité disposer, dans son rapport 2011, d'analyses concernant les dépassements d'honoraires en Picardie.

Selon une étude de la Cnamts<sup>4</sup>, le montant des dépassements des honoraires libres pratiqués en France représente en 2010, 2,5 milliards d'euros (350 millions d'euros pour les généralistes, 2,1 milliards d'euros pour les spécialistes), contre 900 millions d'euros en 1990. Cette étude, qui a consisté à analyser l'évolution du secteur 25 depuis 1985 et sa situation en 2010, montre que pour certaines spécialités ou dans certaines zones géographiques, il existe

d'importants dépassements d'honoraires qui peuvent générer des difficultés d'accès aux soins ou d'importants restes à charge pour les assurés, notamment les plus modestes. Ainsi, il apparaît que plus de 4 médecins spécialistes sur 10 installés exercent en secteur 2 en 2010.

En France, 1 médecin sur 4 peut facturer des dépassements d'honoraires par rapport aux tarifs conventionnels fixés. Il s'agit dans la quasi-totalité des cas de médecins exerçant en secteur 2 et, de manière marginale (300 médecins, moins de 1% des effectifs) de praticiens installés en secteur 1 avec droit permanent à dépasser.

Ce taux moyen recouvre néanmoins des différences importantes d'une spécialité à l'autre :

S'agissant des Médecins généralistes, seuls 11% des médecins omnipraticiens exercent en secteur 2 ou en secteur 1 avec droit à dépassement permanent (DP). Cette proportion est même plus faible (7%) si l'on considère uniquement ceux qui exercent effectivement la médecine générale (hors mode d'exercice particulier : acupuncteur, homéopathe, angiologue). Pour les généralistes ayant un mode d'exercice particulier (MEP), l'exercice en secteur 2 est nettement plus développé avec 38% de ces médecins concernés.

**POIDS DU SECTEURS 2 ET DU SECTEUR 1 EN DEPASSEMENT SELON LES SPECIALITES**

	France		Picardie	
	Part des effectifs en secteur 2 ou secteur 1 DP - année 2010	Effectifs concernés	Part des effectifs en secteur 2	Effectifs secteur 2
<b>Généralistes</b>	<b>11%</b>	6000	<b>7%</b>	120
<i>Généralistes sans mode d'exercice particulier</i>	7%	3400		
<i>Médecins à exercice particulier</i>	38%	2600		
<b>Autres spécialistes</b>	<b>41%</b>	18400	<b>30%</b>	335
Chirurgiens	85%	3850	60%	92
Anesthésistes	34%	1000	29%	18
Gynécologues chirurgicaux et obstétriciens	66%	700	35%	31
Gynécologues médicaux	49%	1650	15%	5
ORL	56%	1050	55%	26
Ophthalmologues	53%	2200	58%	63
Dermatologues	40%	1200	36%	20
Gastro-entérologues	40%	700	16%	8
Pédiatres	32%	700	9%	5
<b>Total médecins</b>	<b>24%</b>	24400		455

De manière globale, la proportion de médecins en secteur 2 ou en secteur 1 DP est stable depuis une dizaine d'années, après avoir atteint un pic en 1990 avec un taux de 31% des médecins. La situation est contrastée entre médecins généralistes et les autres spécialistes.

La part des médecins généralistes pouvant facturer des dépassements d'honoraires a diminué de 22% en 1990 à 11% en 2010.

Pour les généralistes exerçant la médecine générale sans mode d'exercice particulier, le nombre de médecins en secteur 2 ou 1 DP diminue régulièrement (-3% par an). Ils représentent aujourd'hui 7 % de l'ensemble de ces professionnels contre 10 % en 2000 et 16 % en 2010.

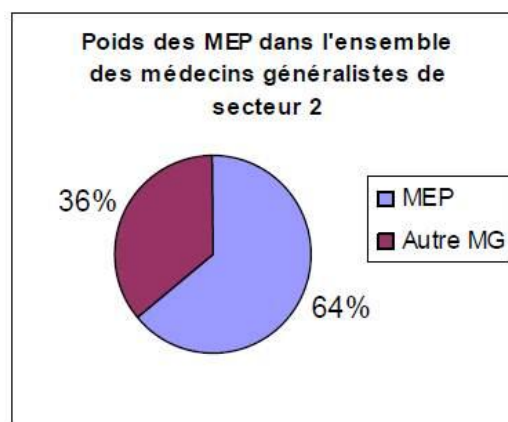
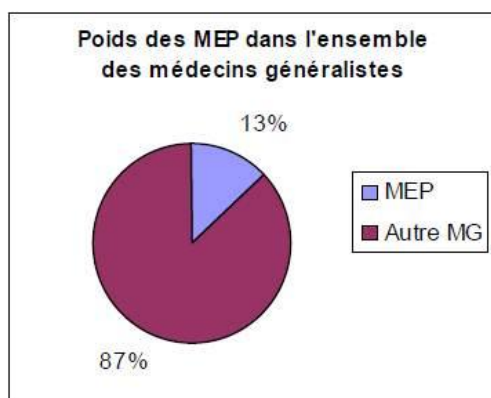
## Evolution sur longue période de la part des effectifs en secteur 2 et secteur 1 avec DP

	France							Picardie		
	1985	1990	1995	2000	2005	2009	2010	2004	2009	2010
<b>Généralistes</b>	16%	22%	18%	14%	13%	11%	11%	8%	7%	7%
<i>Généralistes sans mode d'exercice particulier</i>	12%	16%	13%	10%	9%	7%	7%			
<i>Médecins à exercice particulier</i>	49%	61%	55%	49%	44%	38%	38%			
<b>Autres spécialistes</b>	30%	42%	38%	37%	38%	40%	41%	25%	29%	30%
Chirurgiens	55%	73%	74%	79%	79%	85%	85%	53%	57%	60%
Anesthésistes	12%	28%	23%	22%	26%	33%	34%	14%	26%	29%
Gynécologues chirurgicaux et obstétriciens	36%	56%	52%	51%	53%	54%	66%	33%	30%	35%
Gynécologues médicaux							49%	13%	14%	15%
ORL	41%	56%	52%	52%	55%	55%	56%	42%	51%	55%
Ophthalmologues	35%	52%	49%	49%	51%	53%	53%	53%	54%	58%
Dermatologues	32%	51%	45%	41%	41%	40%	40%	30%	32%	36%
Gastro-enterologues	28%	44%	39%	37%	38%	40%	40%	14%	16%	16%
Pédiatres	31%	42%	36%	34%	33%	32%	32%	12%	9%	9%
<b>Total médecins</b>	<b>22%</b>	<b>31%</b>	<b>27%</b>	<b>25%</b>	<b>24%</b>	<b>24%</b>	<b>24%</b>			

Source : SNIR - Médecins libéraux - Actifs à part entière - France Métropolitaine

Au 1er mars 2011, la Picardie comptait 2 759 médecins libéraux (1 649 généralistes et 1 110 spécialistes) parmi lesquels 16 % exercent en secteur 2.

En Picardie, l'exercice en secteur à honoraires libres est plus contenu en médecine générale (7% des effectifs libéraux) et se retrouve essentiellement parmi les médecins exerçant une activité particulière (acupuncteurs, angiologues et homéopathes).



### Une pratique en secteur 2 moins présente en Picardie qu'en France métropolitaine

En France, la proportion de praticiens exerçant en secteur à honoraires libres était en 2009 de 11% pour les médecins généralistes et 40% pour les spécialistes. La même année, la Picardie présentait des taux plus faibles avec 7% des médecins généralistes et 29% des spécialistes concernés, et l'écart avec le niveau national était très important pour certaines spécialités, notamment, la gynécologie (27% en Picardie contre 54% en France), la chirurgie (57% contre 83%), la pédiatrie (9% contre 33%), la gastro-entérologie (16% contre 39%), la pneumologie (3% contre 18%), la psychiatrie (19% contre 30%) et la dermatologie (32% contre 43%).

L'étude nationale montre par ailleurs que si la proportion de médecins spécialistes en secteur 2 est équivalente entre 2010 et 1990, le niveau des dépassements n'a, quant à lui, cessé de progresser depuis la création du secteur 2, et ce, à un rythme soutenu.



Par rapport au tarif opposable, le dépassement facturé moyen était de 23% en 1985, 29% en 1995, 37% en 2000, 49% en 2005 et s'élève à 54% en 2010.

A titre d'exemple, pour un acte dont le tarif de remboursement est fixé à 100 euros, le dépassement moyen atteint 54 euros, soit un total de 154 euros facturé à l'assuré.

L'augmentation des dépassements est particulièrement marquante entre 1995 et 2005, avec un léger ralentissement observé depuis. Cependant, de manière générale, les dépassements d'honoraires progressent année après année.

### Evolution sur longue période du taux de dépassement en secteur 2

	France							Picardie
	1985	1990	1995	2000	2005	2009	2010	2010
<b>Généralistes</b>	35%	41%	40%	43%	43%	45%	44%	39%
<i>Généralistes sans mode d'exercice particulier</i>	16%	22%	18%	37%	34%	37%	38%	
<i>Médecins à exercice particulier</i>				54%	49%	56%	53%	
<b>Total spécialistes</b>	23%	25%	29%	37%	49%	52%	54%	44%
Chirurgiens	21%	20%	24%	32%	52%	53%	56%	51%
Anesthésistes	22%	18%	23%	36%	50%	49%	51%	30%
Gynécologues chirurgicaux et obstétriciens	27%	34%	40%	50%	64%	73%	76%	83%
Gynécologues médicaux							58%	101%
ORL	20%	25%	28%	35%	44%	46%	48%	45%
Ophthalmologues	21%	29%	33%	41%	55%	59%	60%	61%
Pédiatres	23%	31%	24%	43%	49%	61%	64%	36%

Source : SNIR - Médecins libéraux - Actifs à part entière - France Métropolitaine

En Picardie, les médecins généralistes en secteur à honoraires libres pratiquent un taux moyen de dépassement égal à 39% contre 44 % en moyenne.

## PHARMACIENS

Avec 42 pharmaciens titulaires d'officine (donc pharmacies) pour 100 000 habitants, l'équipement de la Picardie est inférieur de 5 points à celui de la France métropolitaine. La répartition est inégale sur le territoire régional. L'Oise ne compte que 37 pharmacies pour 100 000 habitants contre 48 dans la Somme.

Le nombre de détenteurs augmente plus vite que la population en Picardie, alors que le rapport est négatif pour la France (densité de pharmacies en baisse de 0,6 % au niveau national contre +2,2 % en Picardie).

Les créations de pharmacies étant limitées, ce sont les effectifs d'adjoints qui augmentent fortement (16 % en 5 ans). En suivant cette tendance, il y aura rapidement plus d'adjoints que de titulaires.

Dans l'ensemble, le nombre de pharmaciens libéraux a cru de plus de 8 % entre 2006 et 2011.

Indicateur	Aisne	Oise	Somme	Picardie	France métro.
Effectif des titulaires d'officine	237	301	273	811	29 953
évolution 2006-2011 (en %)	4,9	3,4	3,8	4,0	2,4
Densité (pour 100 000 hab.)	44	37	48	42	47
évolution 2006-2011 (en %)	3,9	1,0	2,2	2,2	-0,6
Effectif des adjoints d'officine	184	261	274	719	24 977
évolution 2006-2011 (en %)	15,0	15,5	10,5	13,4	16,3
Densité (pour 100 000 hab.)	34	32	48	37	40
évolution 2006-2011 (en %)	14,0	12,8	8,8	11,5	13,0
Effectif total	421	562	547	1 530	54 930
évolution 2006-2011 (en %)	9,1	8,7	7,0	8,2	8,3
Densité (pour 100 000 hab.)	78	69	95	79	87
évolution 2006-2011 (en %)	8,1	6,2	5,4	6,4	5,2

Sources : EcoSanté, Insee. Données : ADELI (01/01/2006, 01/01/2011), RGP (01/01/2006), Omphale (01/01/2011).

## CHIRURGIENS DENTISTES

La situation démographique des chirurgiens-dentistes est la plus dégradée. La chute des effectifs est aigüe, la région a perdu 6 % de ses praticiens en 5 ans, contre 2 % dans l'ensemble de la France métropolitaine.

Les perspectives sont également négatives avec un âge moyen de 50 ans, accompagné d'un vieillissement plus rapide que dans le reste du pays.

Pourtant, la densité régionale est déjà fortement éloignée de la densité nationale, avec 36 dentistes pour 100 000 picards contre 57 pour 100 000 métropolitains.

### LES CHIRURGIENS-DENTISTES LIBÉRAUX EN PICARDIE AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2011

Indicateur	Aisne	Oise	Somme	Picardie	France métro.
Effectif	211	294	192	697	36 102
évolution 2006-2011 (en %)	-7,5	-6,1	-3,5	-5,8	-1,8
Densité (pour 100 000 hab.)	39	36	34	36	57
évolution 2006-2011 (en %)	-8,3	-8,3	-5,0	-7,4	-4,6
Part des 55 ans et plus (en %)	37,4	38,4	38,5	38,2	33,5
Âge moyen (en années)	49,0	49,8	50,8	49,9	48,5
évolution 2006-2011 (en années)	49,0	49,8	50,8	49,9	48,5

Sources : EcoSanté, Insee. Données : SNIR (01/01/2006, 01/01/2011), RGP (01/01/2006), Omphale (01/01/2011).

## INFIRMIERS

En revanche, la démographie des infirmiers libéraux est très dynamique. Entre 2006 et 2011, les effectifs ont cru de près de 25 %, sur la France métropolitaine. Elle a été plus faible en Picardie avec une croissance de 21 %. Les effectifs d'infirmiers libéraux ont cru trois fois plus dans l'Aisne que dans l'Oise.

La densité en infirmiers libéraux dans l'Oise est égale à la moitié de la valeur nationale. Cette faible offre n'est pas compensée par des places de structures de soins infirmiers à domicile. L'Oise est le département qui compte le moins de places de SIAD par habitant (16 places pour 10 000 habitants contre 20 en moyenne pour la région et 24 pour l'Aisne).

L'augmentation des quotas d'entrée dans les écoles de formation a permis de stabiliser et même, en Picardie, de diminuer l'âge moyen des infirmiers libéraux. Ce dernier reste élevé, autour de 45 ans en moyenne. En partie, du fait du parcours professionnel des infirmiers qui ont tendance à s'installer en libéral après une longue période de salariat.

#### LES INFIRMIERS LIBERAUX EN PICARDIE AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2011

Indicateur	Aisne	Oise	Somme	Picardie	France métro.
Effectif	466	405	438	1 309	63 753
évolution 2006-2011 (en %)	33,5	9,5	20,3	20,9	24,1
Densité (pour 100 000 hab.)	86	50	76	68	101
évolution 2006-2011 (en %)	32,3	6,9	18,5	18,8	20,5
Part des 55 ans et plus (en %)	16,1	15,8	18,3	16,7	17,6
Âge moyen (en années)	43,7	45,2	44,6	44,5	44,9
évolution 2006-2011 (en années)	-0,5	0,8	-1,2	-0,3	0,2

Sources : Eco Santé, Insee. Données : SNIR (01/01/2006, 01/01/2011), RGP (01/01/2006), Omphale (01/01/2011).

#### MASSEURS KINSE THERAPEUTES

Les Masseurs-kinésithérapeutes connaissent une croissance de leur effectif supérieure à celle de la population générale. Ainsi, leur densité dans la population a-t-elle augmenté de 11 % au niveau national. La tendance est beaucoup plus faible pour la Picardie avec une évolution de seulement 4 %.

*Indicateur Aisne Oise Somme Picardie*

Les départements de l'Aisne et de l'Oise ont un profil démographique très proche, à ceci près que la part des 55 ans et plus est de 10 points inférieure à celle de l'Aisne.

Le département de la Somme suit la tendance nationale en entretenant un retard sur la densité avec 61 masseurs pour 100 000 habitants contre 80 en moyenne sur le territoire métropolitain.

## LES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES LIBERAUX EN PICARDIE AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2011

Indicateur	Aisne	Oise	Somme	Picardie	France métro.
Effectif	235	348	351	934	50 670
évolution 2006-2011 (en %)	0,4	3,6	12,9	6,0	14,5
Densité (pour 100 000 hab.)	43	43	61	48	80
évolution 2006-2011 (en %)	-0,5	1,1	11,2	4,2	11,2
Part des 55 ans et plus (en %)	28,1	19,8	17,1	20,9	20,4
Âge moyen (en années)	43,9	43,9	40,9	42,8	42,2
évolution 2006-2011 (en années)	-0,2	0,9	-1,3	-0,2	-0,3

Sources : EcoSanté, Insee. Données : SNIR (0 V0 V2006, 0 V0 V2011), RGP (0 V0 V2006), Omphale (0 V0 V2011).

## SAGES FEMMES

L'effectif des sages-femmes étant faible, les évolutions ne peuvent être commentées qu'au niveau régional, voire national.

L'écart entre la densité nationale (5 sages femmes pour 100 000 habitants) et celle régionale (2) est important. Cependant, la région est dans une dynamique de rattrapage.

## LES SAGES-FEMMES LIBERALES EN PICARDIE AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2011

Indicateur	Aisne	Oise	Somme	Picardie	France métro.
Effectif	14	18	10	42	3 097
évolution 2006-2011 (en %)	250,0	20,0	100,0	75,0	43,7
Densité (pour 100 000 hab.)	3	2	2	2	5
évolution 2006-2011 (en %)	246,8	17,2	97,0	72,0	39,6
Part des 55 ans et plus (en %)	14,3	16,7	10,0	14,3	16,6
Âge moyen (en années)	43,1	48,9	42,7	45,5	44,8
évolution 2006-2011 (en années)	-7,9	3,9	-1,7	-0,4	0,4

Sources : EcoSanté, Insee. Données : SNIR (0 V0 V2006, 0 V0 V2011), RGP (0 V0 V2006), Omphale (0 V0 V2011).

## ORTHOPHONISTES

L'orthophonie est la seule profession paramédicale étudiée ici qui a connu une croissance de son effectif (27,3 %) plus forte qu'au niveau national (22,7 %).

### Indicateur Aisne Oise Somme Picardie

Cette augmentation des effectifs est mal répartie entre les départements. Les effectifs d'orthophonistes libéraux ont cru de plus de 50 % dans la Somme pour seulement 13 % dans l'Oise.

L'écart entre la densité nationale d'orthophonistes (24 pour 100 000 habitants) et celle de Picardie (16) est donc pour autant loin d'être comblé.

Les professionnels libéraux ont un âge moyen peu élevé entre 37 et 44 ans en Picardie. Les plus de 55 ans représentent concomitamment une faible proportion des effectifs. 12 % des orthophonistes ont ainsi plus de 55 ans et même moins de 6 % dans la Somme.

## LES ORTHOPHONISTES LIBERAUX EN PICARDIE AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2011

Indicateur	Aisne	Oise	Somme	Picardie	France métro.
Effectif	78	121	104	303	14 899
évolution 2006-2011 (en %)	23,8	13,1	52,9	27,3	22,7
Densité (pour 100 000 hab.)	14	15	18	16	24
évolution 2006-2011 (en %)	22,7	10,4	50,6	25,2	19,1
Part des 55 ans et plus (en %)	10,3	18,2	5,8	11,9	18,8
Âge moyen (en années)	39,8	44,0	36,8	40,4	41,6
évolution 2006-2011 (en années)	1,1	1,2	-0,2	0,4	0,2
Sources : EcoSanté, Insee. Données : SNIR (01/01/2006, 01/01/2011), RGP (01/01/2006), Omphale (01/01/2011).					

## *ANALYSE QUALITATIVE*

---

Cet état des lieux quantitatif est à confronter avec une analyse qualitative et en particulier les évolutions structurelles de notre système de santé depuis ces dix dernières années, et celles d'ores et déjà annoncées.

Plusieurs constats illustrent la transition en cours de notre système de santé :

Les inégalités sociales et géographiques apparaissent de plus en plus prégnantes en ce qui concerne l'accès aux soins.

En 2004 déjà, l'Observatoire européen de l'OMS indiquait qu'une des faiblesses du système de santé français était le manque voire l'absence de coordination et de continuité des soins entre des intervenants exerçant isolément, qui pouvait se traduire par des processus de soins non-adéquats mais aussi par des redondances d'actes et des gaspillages.

Une étude récente de ce même Observatoire indique que ces problèmes persistent et qu'ils résident également dans le manque de coordination entre l'hôpital et l'ambulatoire, entre le public et le privé et entre soins et santé publique.

Le patient et les usagers sont de plus présents dans le fonctionnement du système de santé, et ils contribuent à l'évolution du « colloque singulier ».

Une revue de la littérature permet d'identifier trois principales évolutions :

1. la satisfaction des besoins de santé est devenue progressivement un objectif en soi des réformes visant à améliorer la qualité des soins, notamment en milieu hospitalier.
2. l'incidence croissante des maladies de longue durée ou maladies chroniques participe à l'émergence et au renforcement de nouveaux besoins notamment en termes de coordination des recours au système de santé (cf paragraphe suivant), de prévention des complications ou encore d'implication du patient dans la prise en charge de son ou de ses problèmes de santé.
3. dans certaines situations pathologiques caractérisées par un niveau relativement élevé d'incertitude au regard du rapport bénéfice risque des différentes options thérapeutiques, il est recommandé d'associer le patient à la prise de décision médicale. Il s'agit par exemple des domaines du Cancer, du VIH

La prise de décision médicale constitue un processus complexe et le dialogue entre patients et professionnels de santé devient essentiel afin que la prise de décision intègre les préférences, éclairées, du patient.

Dans le cas de pathologies chroniques qui s'inscrivent de fait dans la durée et dont une grande partie est également concomitante avec le vieillissement, le patient devient acteur de son traitement, et de ce fait doit non seulement acquérir des connaissances sur sa pathologie et sur les thérapeutiques qui lui sont proposées mais aussi sur la qualité de vie, et les effets secondaires de ces traitements.

Les bénéfices attendus d'une plus grande prise en compte du point de vue des patients, et de sa plus grande implication sont multiples. Il s'agit en premier lieu d'obtenir de meilleurs résultats de santé via l'observance thérapeutique, mais également de contribuer à une meilleure utilisation des ressources médicales et paramédicales (utilisation appropriée, temps et en volume, des différentes offres de soins, etc.) et une perception améliorée de la qualité du système de santé. Ainsi, une plus grande prise en compte des préférences et des choix des patients est un facteur potentiel d'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des systèmes de santé.

Dans ce contexte, placer le patient au sein d'un continuum, et lui garantir une prise en charge globale, continue et pluridisciplinaire dans ses différentes dimensions apparaît dès lors comme une idée force.

L'hyper spécialisation et la complexité de l'activité médicale suppose ainsi une coordination des différents intervenants dans le processus de production de soins et une coopération entre professionnels de santé, qu'il s'agisse d'une activité de ville, dans un cadre sanitaire ou dans un établissement médico-social.

La notion de parcours de santé s'impose progressivement comme une réponse adaptée en particulier pour les personnes âgées et les patients atteints de pathologies chroniques, mais aussi pour les financeurs.

Cette notion de parcours intégrera demain plus qu'aujourd'hui, une dimension « santé publique » (prévention, éducation, suivi) et de coordination dans l'activité des acteurs ambulatoires du premier recours.

Ces parcours de soins doivent aussi intégrer une dimension « soins et vie à domicile » (réseaux de santé, services de soins infirmiers à domicile, hospitalisation à domicile, centres de soins infirmiers...) en développant si nécessaire des programmes personnalisés d'accompagnement des malades.

Dès lors que ces modalités de travail sont appelées à se développer à côté des prises en charge ponctuelles classiques pour chaque acteur du premier recours, les tâches de chacun de ces acteurs évoluent et évolueront de plus en plus et avec eux, les référentiels métiers et les répartitions des tâches de chacun.

Le schéma régional d'organisation des soins (SROS) en intégrant désormais un volet ambulatoire, devient un véritable levier pour accompagner et favoriser l'évolution de l'organisation des soins ambulatoires et de premier recours, entre les acteurs de ce premier recours et dans leurs relations avec les usagers, les établissements de santé et le médicosocial.

## **B. SITUATION LOCALE**

### **DIAGNOSTIC TERRITORIAL SUR LE BASSIN DE SANTE**

#### ***a. Caractéristiques démographiques, impactant la demande de soins***

Qualifié « territoire fragile » concernant l'offre et les perspectives d'avenir en matière de soins, le secteur Oise Ouest dont la Communauté de Communes de l'Oise Picarde fait partie représente bien la situation décrite dans le volet ambulatoire du SROS élaboré en 2012.

Secteur à forte composante rurale, la ville la plus importante étant Breteuil avec 4500 h, nous bénéficions néanmoins de la forte attractivité des villes de Beauvais et d'Amiens en termes de bassins d'emplois et d'activité économique. Breteuil occupe donc une position centrale privilégiée car elle se trouve sur les axes routiers importants tels que Beauvais-Amiens, Rouen-St Quentin et à 1h15 de Paris. Elle bénéficie de la proximité de l'autoroute A16 (6 kms) et de l'aéroport de Beauvais-Tillé (25 kms).

Le secteur de Breteuil offre lui-même de nombreux commerces et services et attire de plus en plus de population désireuse de bénéficier à la fois de ces services et de la qualité de vie à la campagne. Ainsi au cours de ces dernières années, la CCOP (ex CCVBN), le SIVOM et la ville de Breteuil ont su insuffler un certain développement économique et social sur le secteur par la création d'un parc d'activité économique situé à Ourcel-Maison (6 kms de Breteuil) où les premières entreprises installées procurent près de 300 emplois et où la disponibilité de terrains offre un potentiel prometteur.

La zone commerciale de Breteuil offre désormais de nombreuses enseignes qui augmentent l'attractivité et la proximité de la grande distribution.

Les offres en matière d'équipements sportifs et culturels ajoutent, elles aussi, au caractère attractif de notre territoire puisque Breteuil dispose de tout ce dont une ville de cette importance peut souhaiter (Terrains de sport, piste d'athlétisme, piscine, terrains de tennis, salles de sport et d'entraînement, dojo, salle multifonction, bibliothèque, école de musique, musée etc...).

Le développement de notre parc de logements à la fois sociaux et de standing est également un atout et un élément d'attractivité de notre territoire. Cependant, les mouvements de population ont aussi pour origine les conséquences de la crise économique à laquelle nous sommes confrontés actuellement. En effet, de nombreuses personnes en difficulté cherchent à se rapprocher des services et donc en priorité du bourg centre que représente Breteuil par souci économique (proximité des services). Ce qui fait qu'en matière de logements sociaux, Breteuil se trouve largement au dessus de la moyenne nationale pour les villes de même importance avec un taux de 27% de son parc locatif pouvant être qualifié de logement social.

Breteuil enfin propose de nombreux services tertiaires à sa population : Banques, assurances, restaurants, salons de coiffure, poste, perception, centre social, écoles maternelles, primaires, et collèges (publiques et privés), halte-garderie, pharmacies, cabinets médicaux, dentaires et paramédicaux, laboratoire d'analyses médicales...



Le secteur de Breteuil semble donc être doté de tout, ou presque, ce dont la population est en droit d'espérer.

Cependant une ombre semble bien se dessiner sur ce tableau concernant les services dont les habitants disposent, il s'agit de l'offre de soins et de ses perspectives d'avenir.

En effet, même si Breteuil et le territoire de la CCOP disposent d'une offre en matière de santé, l'actuelle évolution de celle-ci laisse planer le spectre d'une possible désertification médicale.

Notre secteur dispose de nombreux atouts comme vu précédemment et pourtant, il ne semble pas attirer facilement les professionnels de santé pouvant assurer la relève des praticiens en place dont l'âge moyen ne cesse d'augmenter, laissant prévoir de nombreux départs en retraite sans perspectives de remplacements. Il y a donc lieu de proposer des solutions innovantes et attrayantes pour inverser cette tendance et la MSP nous semble être de celles-ci.

### ***b. Offre de soins libérale actuelle***

La désertification médicale semble bien être d'actualité sur notre territoire. Si l'on observe la situation concernant l'ensemble des professionnels de santé, on constate les faits suivants :

#### **Pharmacies d'officines :**

- Arrivée toute récente de Mme Claire Roullier qui reprend la pharmacie de Mr et Mme Dubernard.
- La Pharmacie de Mr Calippe a été reprise par Mme Galand.
- Mme Le Coulteux à Esquennoy ainsi que Madame Couvreur à FROISSY et Monsieur Poulitier à ANSAUVILLERS sont encore loin de l'âge de la retraite
- Celle d'Ansauvillers (Mr Poulitier) a cependant certaines raisons de s'inquiéter après le départ du Docteur Denancy pour la MSP de St Just en chaussée.

Il n'y a donc pas, pour cette profession, de réelles difficultés.

#### **Médecins**

Nous disposons sur le territoire de la CCOP de 10 médecins à Breteuil (les Docteurs Ndzana, Delobel, Vermunt, Febwin, Douville, Yonkeu Fonze, Lenglet, Joly, Florin et Thomas) et de 2 médecins à Froissy (les Docteurs Bourleau et Traën). A noter que les Drs Febwin et Douville travaillent en binôme sur la patientelle du Dr Bacot, parti en retraite, et que les Dr Yonkeu Fonze et Lenglet ont repris le cabinet du Dr Ndzana qui rejoindra la future MSP. On dispose donc de 8 équivalents temps pleins à Breteuil. Ajouté à cela :

- L'arrêt du Dr Loïsele non remplacée à Breteuil en 2012
- Le départ du Dr Denancy d'Ansauvillers à St Just en chaussée
- La fermeture récente en décembre 2012 des cabinets de radiologie de Breteuil et St Just
- L'absence totale de spécialistes tels que gynécologues, ophtalmologistes, neurologues, cardiologues etc...

Cette situation est suffisamment alarmante pour nous pousser à réfléchir à une solution pérenne et réellement attractive sur les plans professionnel et environnemental pour favoriser l'installation de jeunes médecins généralistes ou spécialistes. D'ailleurs, le projet de MSP a

permis au Dr Florin, qui rejoindra la MSP, de trouver son futur successeur, le Dr Soulas, très intéressé et impliqué dans notre projet.

Récemment, début janvier 2019, nous avons été contactés par le Dr Hélène DEBACQ, qui sera Thésée en Avril-Mai de cette année et qui souhaite intégrer la Maison de santé compte tenu du fait notamment que le cabinet sera aménagé et que le travail de groupe lui permettra d'avoir plus facilement accès aux remplacements. Sa motivation est telle qu'elle s'est déjà inscrite à la formation ETP qui débutera en Février 2019.

### **Chirurgiens-dentistes**

Trois professionnels exerçaient à Breteuil il y a quelques années (les Dr Ple, Tollenaere et Degouy) et deux à Froissy (les Dr Mahieu et Sestier).

- Le non remplacement du Dr Tenentapp en 2012
- Les difficultés rencontrées par le Dr Tollenaere pour sa succession, remplacé récemment par un jeune stomatologue roumain, le Dr Stefanache Andreï
- Les départs dans quelques mois des Dr Plé et Dr Degouy à la retraite non remplacés pour l'instant.

Témoignent là aussi de la nécessité d'attirer de façon pérenne sur notre territoire, de jeunes professionnels.

### **Sages-femmes**

Nous ne disposions d'aucune structure pouvant assurer le suivi des grossesses par des sages-femmes. Récemment, un cabinet aménagé par la commune de Breteuil et la CCOP au 43 rue de Paris a permis de mettre fin à cette situation en accueillant Mme Florence Gressier, sage-femme qui fait partie de la future équipe de la MSP.

### **Masseurs-kinésithérapeutes**

Nous disposons de cinq professionnels libéraux à Breteuil (Mrs Aboubeker, Sierota, Leblanc, Barcik (assistant) et Mionnet) et de 2 à Froissy (Mrs Nicolas et Sleurs)

- De grandes difficultés sont apparues lors du départ en 2012 de Mlle Mohamed pour lui trouver un(e) remplaçant(e). Finalement remplacée par Mr Aboubeker.
- Mr Falize a beaucoup peiné également à prendre sa retraite alors qu'il pouvait y faire valoir ses droits, remplacé enfin par Mr Lukasz Barcik.
- Mr Leblanc âgé de 61 ans prendra la sienne bientôt.

### **Infirmières**

Sur Breteuil, six infirmières sont en activité :

- Mme Edwige Coulon sera bientôt en retraite.
- Mme Mylène Poyen, Mr Rakovski et Mlle Levasseur se sont installés ensemble rue de l'Eglise à Breteuil et font partie de l'équipe de la MSP.
- La SCP de Mmes Christine Minotte (temps partiel à 80%), Véronique Lefevre (temps partiel à 80%) et Mme Sandrine Mathon à temps plein. Elles organisent leurs remplacements en faisant appel à Mme Maryse Weys.

Sur le secteur de Froissy, deux infirmières sont en activité :

Mme Mazurier Marcelle à la Neuville St Pierre et Mme Levraux Sophie à Froissy.

*Ci dessous, tableau prospectif de l'évolution à 5 et 10 ans si aucune décision efficace et pérenne n'est prise en considération actuellement en 2013:*

	Médecins	Dentistes	Infirmières	Kinés
Aujourd'hui	10	5	8	7
Dans 5 ans	6	3	6	5
Dans 10 ans	4	3	4	4

### **Pédicures-podologues et orthoptistes**

Mme Le Corre Isabelle, orthoptiste, est installée en centre ville et fera partie de la MSP. Elle sera rejointe par Raphaëlle Plaza qui exerce actuellement sur Clermont. Le projet à l'étude d'aménager un cabinet d'ophtalmologie pourrait apporter à la population un immense service car les besoins en la matière sont énormes.

Les pédicures-podologues sur Breteuil sont représentés par Mme Sophie Pétrignani, M. Alain Falize a pris sa retraite et n'est pas remplacé et sur Froissy par M. Christophe Claisse. Ils possèdent leur propre clientèle et interviennent aussi en lien avec l'OPHS.

### **Orthophonistes, Ergothérapeutes**

Le besoin en orthophonie n'est pas couvert ; en effet, faute de temps l'orthophoniste en place, Mme Marie-Hélène Delacroix, prend en charge surtout les enfants ; le vieillissement de la population et les chiffres annoncés dans le plan AVC montrent l'importance et l'urgence de la prise en charge précoce de ces pathologies invalidantes en particulier dans le cadre d'un parcours coordonné (unité neuro-vasculaire, SSR, hôpital de jour, retour à domicile, ...). Notre projet intéresse néanmoins Mlle Lefevre Lauralee qui a intégré l'équipe également.

Pas de présence libérale en ergothérapie alors que ces services sont proposés dans certaines régions et permettent, après un accident de la vie, d'organiser, en lien avec les services sociaux, la réhabilitation du domicile. Cependant, le projet de MSP intéresse Mme Sandrine Vandra, ergothérapeute, qui souhaiterait intervenir en tant que vacataire dans un premier temps.

### ***c. Les autres éléments structurants de l'offre de soins sur le territoire***

De nombreux équipements se situent sur le territoire de la CCOP avec lesquels de nombreuses activités en réseau seront envisagées avec la MSP.

Il s'agit notamment du laboratoire d'analyses médicales, de l'IMB, du CMS (centre médico-social du CDO), du CMP (centre médico-psychologique dépendant de l'hôpital psychiatrique de Clermont), de l'EHPAD, des SSIAD, de l'OPHS...)

Il faut préciser d'une part les possibilités et les limites de chacun en ce qui concerne le maintien des patients à domicile et d'autre part développer des axes prioritaires afin

d'améliorer la prise en charge et la coopération la plus efficace entre les différentes structures de soins.

# NOTRE PROJET

---

## 1) OBJECTIFS ET COMPOSITION DE LA MAISON DE SANTE

**Les principaux objectifs de la MSP sont avant tout les suivants :**

- Garantir l'attractivité de la région auprès de l'ensemble des professionnels de santé.
- Conforter l'accès aux soins de premier recours en les organisant progressivement.
- Améliorer la qualité des prises en charge, par la coordination des soins et des accompagnements et par la coopération des professionnels.

L'équipe désireuse de porter le projet s'est étoffée depuis 2013 et est composée aujourd'hui de médecins, d'infirmières, de masseurs-kinésithérapeutes, d'orthoptistes, d'une sage-femme, d'une diététicienne, d'une orthophoniste, d'une psychomotricienne et de deux ostéopathes. Elle est vouée à s'étoffer rapidement par l'arrivée d'autres professionnels de santé qui seraient intéressés par la démarche. Nous pensons notamment aux chirurgiens-dentistes, podologues, à d'autres médecins...

L'atout que représente la proximité de l'Institut Médical de Breteuil (IMB) nous permettra également d'envisager la mutualisation de consultations de médecins spécialistes et l'organisation de la MSP prendra en compte toutes ces possibilités.

Parmi les salariés actuels de l'IMB, certains souhaiteraient exercer à temps partiel une activité libérale, ce qui permettrait d'envisager d'autres mutualisations en assurant également la continuité de la prise en charge des patients du territoire après la sortie de l'IMB.

### **NOTRE EQUIPE EST DONC COMPOSEE DE :**

#### **Pour les médecins :**

- le Dr David Soulas qui a remplacé le Dr Jean-Pascal Florin, qui a pris sa retraite fin 2019.
- le Dr Ndzana Solange
- Le Dr Hélène DEBACQ arrivée en septembre 2019
- Le Dr Guillaume Foulloy arrivé en janvier 2020

#### **Pour les infirmières :**

- Mme Poyen Mylène
- Mr Rakowski Christian
- Mlle Levasseur Stéphanie

#### **Pour les masseurs-kinésithérapeutes :**

- M. Lukasz Barcik
- M. Michel Leblanc
- M. Jean-Louis Mionnet.
- M. Thibault Dujardin
- M. Jacob Sierota

Enfin, Milles Le Corre Isabelle et Plaza Raphaëlle, Orthoptistes, Mlle Anne Charlotte Lecoutre, diététicienne, Mme Gressier Florence, sage-femme, Mme Michaud Muriel,

Psychomotricienne, Mlle Adeline Lechemia et Mr Brice Labarre, ostéopathes, Mme Sandrine Vandra, ergothérapeute, Mlle Lauralee Lefevre, orthophoniste, les Drs Fabrice Dassie et Mickaël Aboulker, chirurgiens dentistes, viennent compléter l'offre de soins de la MSP.

A noter la participation au groupe de travail des deux pharmacies de Breteuil (*M. Calippe et M. et Mme Dubernard* (représentés par Mme Claire Roullier)) et de *Mme Wacquet, directrice de l'IMB*.

La MSP étant amenée à évoluer, les besoins à terme ont été estimés à :

- 4 médecins pour une surface occupée d'environ 120 à 160 m<sup>2</sup>
- 3 infirmier(e)s pour un besoin de 80 m<sup>2</sup>
- 2 dentistes pour 40 m<sup>2</sup>
- 5 kinés pour 160 m<sup>2</sup>
- 3 cabinets pour les spécialistes en consultations avancées de 3 x 30 m<sup>2</sup> (les besoins seraient énormes en ophtalmologie, gynécologie et cardiologie.
- 1 local en prévision d'un nouveau professionnel qui serait intéressé
- 1 salle pour les réunions pluridisciplinaires hebdomadaires, les actions de préventions collectives, l'éducation thérapeutique et servant aussi de cuisine thérapeutique. Accueil possible pour 20 à 25 personnes.
- 1 salle entièrement dédiée à la Télémédecine et son développement futur (les besoins seront à évaluer avec le GCS e-santé de Picardie).
- Les possibilités d'accueillir 2 orthophonistes, 2 orthoptistes, 1 sage-femme, 1 psychomotricienne, 1 ergothérapeute et 1 pédicure-podologue.
- Des espaces d'attentes et le secrétariat.

Une première étude par un architecte a permis de cerner ces besoins et de les intégrer au bâtiment dont la CCOP a fait l'acquisition à coté de l'IMB.

Tout le rez-de-chaussée serait occupé par la MSP accessible aux personnes à mobilité réduite. A noter que de nombreuses possibilités s'offrent à l'extension de cette MSP puisque le sous-sol qui pourrait accueillir, pourquoi pas, un cabinet de radiologie est aussi aménageable. Les extérieurs présentent aussi des possibilités d'extension en cas de nécessité. (Cf plans en annexe)

Une aire de stationnement est également prévue qui facilitera aussi l'accès à la MSP.

## **2) L'OFFRE DE SOINS A LA POPULATION**

### ***a. Continuité et permanence des soins***

#### **Continuité des soins :**

La MSP de Breteuil sera ouverte aux jours et horaires suivants : 8h à 20h en semaine et 8h à 12h le samedi.

Il s'agit en fait des horaires effectués actuellement par les professionnels de santé participant au projet mais ces plages horaires pourront être élargies, si besoin est, dès l'arrivée d'autres professionnels ou en fonction des besoins des patients et de la charge de travail.

Les présences des médecins spécialistes se feront sous forme de vacations dont les horaires seront à fixer, en commun accord, en fonction des agendas de chacun et des besoins de la population.

Ces spécialistes interviendront sous forme de consultations avancées mais si la demande est forte, il sera étudié, en partenariat avec l'Institut Médical de Breteuil (IMB) en fonction des locaux disponibles, la création de véritables cabinets secondaires. Nous pensons notamment aux besoins énormes qu'il y aurait en cardiologie, ophtalmologie, gynécologie, rhumatologie et chirurgie orthopédique.

La continuité des soins sera assurée par la présence effective d'au moins 1 médecin pendant ces plages horaires.

En cas d'urgence extrême (arrêt cardio-respiratoire, état de mal asthmatique...) possibilité d'appeler un autre confrère parallèlement à l'appel au 15. Les confrères appelés (praticiens de la MSP, d'autres cabinets volontaires ou de l'IMB) auront préalablement donné leur accord en signant une «convention urgence» dont les statuts devront avoir l'aval du conseil de l'ordre des médecins pour écarter tout risque de responsabilité et acter le caractère légal de la démarche.

Des permanences seront assurées par les infirmiers pour parvenir à terme, pour les soins en cabinet, aux jours et horaires suivants : **13h30 à 17h00** tous les jours sauf dimanches et jours fériés. Horaires à adapter en fonction également de la charge de travail.

De même un système de garde le week-end sera mis en place par les kinésithérapeutes. Notamment lors des périodes d'épidémies de bronchiolites par exemple.

### **Prise en charge des urgences :**

Les urgences prises en charge sont celles habituellement réalisées par le médecin généraliste en période de garde.

Des urgences particulières restent à définir en cas de création d'une unité d'urgence plus spécialisée au sein de la MSP.

Pour ce faire, la structure se dotera des moyens matériels suivants :

- Salles de petite chirurgie et d'urgence médicale (les détails pratiques des salles d'urgence doivent être initiés entre les généralistes concernés et une équipe du SAMU de Montdidier, Beauvais ou Amiens).
- Matériel de réanimation (oxygène, défibrillateur, ventilation assistée...)
- Electrocardiographe
- Monitoring (dans le cas où il sera possible de travailler avec une sage-femme, le suivi des grossesses pourra se faire en lien avec un gynécologue)
- Echographe (si un professionnel est formé...)

De plus, la réflexion menée en collaboration avec Mme Wacquet, directrice de l'Institut Médical de Breteuil, a fait apparaître la possibilité de travailler en étroite collaboration avec sa structure. La réflexion concernant cette collaboration et les partenariats envisageables devra être mise en œuvre, en particulier avec les services d'urgence hospitaliers. Ces mesures ont pour objectifs principaux :

- de soulager les services des urgences saturés par des pathologies n'ayant aucun rapport avec l'urgence hospitalière,

- de fluidifier le parcours de santé des patients pris en charge,
- de participer à la maîtrise des dépenses de santé.

### **Permanence des soins :**

Le secteur de garde sur Breteuil est organisé comme suit :

Etendu sur le territoire des cantons de Breteuil, Froissy, Maignelay et St Just, le secteur de garde s'adresse aux praticiens sur la base du volontariat.

Les médecins qui y participent assurent donc les gardes de 12h à 20h le samedi et de 8h à 20h le dimanche. De 20h à 8h le lendemain matin, les appels sont traités par le SAMU par l'intermédiaire du « 15 ».

Les médecins de la MSP participeront évidemment à ces gardes.

Pour les pharmaciens le secteur de garde comprend les pharmacies de Froissy, Esquennoy, Breteuil, Tillé, Saint Just en chaussée et Ansauvillers ; ce secteur pouvant être élargi à Crèvecœur, Montdidier et Ailly sur Noye. Les gardes ont lieu en semaine de 19 h à 9 h et le weekend du samedi 18 h au lundi 9 h. Compte tenu des effectifs du secteur, cela représente entre 5 et 6 weekends par an et 20 nuits par semestre.

S'agissant des kinésithérapeutes, le Réseau bronchiolite Picard (RBP) pourrait se mettre en place avec Breteuil, Crèvecœur, Froissy (9 Masseurs-Kinésithérapeutes libéraux) et la participation des Masseurs-kinésithérapeutes volontaires de l'IMB.

### ***b. Qualité de l'accueil et de l'information***

Les patients seront accueillis dans la structure par l'équipe du secrétariat chargée à la fois de réguler les flux et de les orienter vers les différents praticiens, de prendre les rendez-vous, de constituer les dossiers (création du Dossier Médical Partagé – DMP-) ou de les renseigner.

Pour permettre un accès à tous les patients, le conventionnement avec les mutuelles sera une priorité pour permettre l'application le plus souvent possible du tiers-payant. Comme il se doit dans une MSP, aucun praticien ne pratiquera le dépassement d'honoraires.

Les locaux (entrées, circuits de circulation, toilettes et salles d'examen) seront évidemment accessibles aux personnes à mobilité réduite comme le prévoit la loi à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015 ainsi qu'au personnel et matériel des sociétés de transport en ambulance.

Les déplacements seront facilités dans les locaux par des signalisations de couleurs différentes en fonction de la catégorie de praticien que le patient vient consulter.



La position centrale de l'accueil permettra d'être accessible, au plus près des patients en cas de besoin.

Outre la présence de l'équipe du secrétariat, l'information sera assurée de diverses manières :

- tableaux d'affichages dans les diverses salles d'attentes comportant les jours et horaires de présence des praticiens, leurs périodes d'absence, de remplacement, les différentes informations pratiques pour une meilleure prise en charge et les différentes informations diffusées par les organismes de tutelle (caisses, mutuelles, etc ...).
- des écrans vidéo disposés dans les différents lieux d'attente et reliés en réseau serviront également à diffuser des informations d'ordre sanitaires et/ou sociales ou des reportages sur la prévention, la prophylaxie de certaines pathologies ou la lutte contre les addictions.
- Un site internet sera créé pour diffuser les informations sur la vie et l'actualité de la MSP. L'adresse étant relayée sur tous les supports liés à la MSP (affiches, cartes de rendez-vous, écrans vidéo etc...) pour permettre le meilleur accès du plus grand nombre. Ce site permettra aux patients de correspondre avec les membres de l'équipe par le biais d'un forum ou d'un formulaire de contact adapté.
- Des réunions semestrielles seront organisées avec des représentants des usagers et les professionnels de la structure pour améliorer sans cesse le fonctionnement de la MSP et les comptes rendus de ces réunions diffusés aux patients.

Des espaces réservés aux enfants seront aménagés pour limiter les désagréments de l'attente (espace de jeu et/ou de lecture). De même, les consultations se feront sur rendez-vous. Elles pourront être simultanées pour les membres d'une même famille pour limiter l'attente au maximum.

Autant que faire se pourra, le secrétariat essaiera de coordonner les rendez-vous entre plusieurs praticiens pour limiter les déplacements des usagers au maximum.

### ***c. Prise en charge pluridisciplinaire du patient***

La proximité des différents praticiens permettra, pour les patients en commun, une vue pluridisciplinaire de leur cas au travers soit de contacts directs (un médecin pourra demander l'intervention ou l'avis direct de l'infirmière ou du kiné et ces derniers pourront interagir rapidement en cas de besoin grâce à la proximité du médecin).

Un « staff » pluridisciplinaire sera organisé chaque semaine ou tous les 15 jours permettant d'aborder les problèmes éventuels rencontrés dans la pratique quotidienne mais aussi de cas spéciaux de patients « à risques ». Ces réunions auront lieu dans une salle prévue à cet effet dans les locaux de la MSP et donneront lieu à des comptes rendus adressés à chaque participant et retranscrits pour chaque patient sur son DMP.

Des consultations pluridisciplinaires seront mises en place dans certains cas particuliers nécessitant un diagnostic partagé.

Exemples de consultations pluridisciplinaires : les patients présentant des ulcères de jambes ou des escarres pourraient bénéficier d'une consultation conjointe du médecin et de

l'infirmière lors de la confection régulière de leurs pansements (surveillance de l'état local, échanges autour du bien fondé de tel ou tel pansement, fréquence des soins, ...).

Certaines tâches et compétences pourront être transmises progressivement aux IDE (suivi de la tension, contrôle de la glycémie avec ajustement des doses d'insuline en accord avec le médecin concerné, électrocardiogrammes, accueil des demandes de soins urgentes, vaccination antigrippale, pansements d'ulcères, etc, ...)

Le suivi des patients dans le cadre du DMP ou en réseau interne permettant le libre accès aux données du patient le concernant ou aux professionnels désignés par le patient sera développé dans un souci d'optimisation de sa prise en charge. Des logiciels existent permettant cela (tel que Médistory de Prokov Editions). Les secrétaires y ont accès pour y entrer courriers, résultats d'examens et différentes informations concernant les patients. Elles mettent en place des alertes en vue de relancer les patients pour les examens ou vaccins à réaliser.

A la demande d'un ou plusieurs professionnels, des participations à des réunions thématiques interprofessionnelles seront organisées, accessibles aux praticiens des autres structures du territoire. On pourra pour cela faire également appel aux spécialistes qui viendront effectuer des consultations à la MSP ou à l'IMB.

De fait, une salle est prévue pour être dédiée entièrement à l'aménagement d'un cabinet d'ophtalmologie, une spécialité rare dans notre secteur et engendrant de grands déplacements et des temps d'attente beaucoup trop longs pour les patients du secteur.

En lien avec nos 2 orthoptistes, le suivi des patients diabétiques sera une des priorités et les ophtalmologistes pourront parfaire le dépistage de la rétinopathie diabétique notamment.

Nous comptons offrir aux patients un véritable pôle ophtalmologique avancé en secteur rural, ce qui serait tout à fait novateur.

#### ***d. Prévention et éducation thérapeutique et sanitaire du patient***

Une maison de santé est avant tout un lieu physique de regroupement, dans les zones fragiles et déficitaires en offre de soins, pour les professionnels de santé issus de disciplines différentes (médicales, paramédicales, voire médico-sociales et sociales) offrant des soins courants à la population.

Elle a pour objectif principal de maintenir une offre de soins ambulatoires suffisante et de qualité dans les zones fragiles et déficitaires et à assurer une continuité des soins. L'exercice en maison de santé permet le développement d'un travail transversal entre les professionnels concernés.

La proximité d'exercice, la mutualisation des moyens et la rupture de l'isolement n'ont pour objectif que de potentialiser les activités professionnelles. Ce qui permet de développer par ailleurs un travail de prévention et d'éducation thérapeutique du patient (ETP). Un rapport a été établi à ce sujet en 2009 mettant en évidence tout leur intérêt mais aussi les obstacles à leur développement.

Facilement accessible et aisément identifiée par les patients, la maison de santé pluridisciplinaire pourrait être le lieu de réalisation des actions de l'ETP sur le territoire de santé. Son conventionnement avec l'ARS pourrait porter sur le développement de l'offre en ETP, soit par la réalisation directe des programmes, soit par la mise à disposition d'un local à

des promoteurs extérieurs. Une répartition homogène sur tous les territoires le nécessitant apparaît être un facteur de réussite pour le développement de l'ETP.

Devant les besoins énormes du territoire en matière de prévention et d'éducation thérapeutique, il sera nécessaire de s'investir dans des actions en faveur de la population qui a beaucoup moins de facilité à accéder à l'information que dans les grandes villes ou les secteurs plus urbains.

En effet, la proximité de la région parisienne et les nombreux axes qui desservent notre territoire sont aussi parfois un handicap avec des problèmes liés à la toxicomanie qui sont de plus en plus présents car facilement exportables sur notre secteur.

Il sera dans ce cas utile de proposer une information à destination des collègues et des parents sur les risques que présentent certaines addictions.

Ceci pourra se faire en partenariat avec la BPDJ (Brigade de la Prévention de la Délinquance Juvénile). *Ex : programme AZALEE qui permet de mettre une infirmière à disposition d'un médecin pour la réalisation d'un programme d'ETP.*

De même différents thèmes pourront être traités en direction des publics concernés. Nous pensons notamment :

- aux patients diabétiques
- aux patients présentant des risques cardiovasculaires
- aux sevrages des addictions et à la prévention des comportements à risque (alcool, tabac...)
- à la contraception et aux MST en lien avec le Planning Familial
- aux risques de l'automédication
- à la prévention des cancers
- à la prévention des chutes et du vieillissement en faveur des personnes âgées en lien avec les clubs des aînés

Il s'agit dans ce dernier cas de proposer aux personnes âgées un bilan annuel ou bisannuel systématique sur l'état de santé, et notamment sur les symptômes liés à l'âge provoquant un phénomène d'isolement ou de dépendance : surdité, malvoyance, difficultés à se déplacer, perte des capacités à conduire,...

Toutes ces actions seront menées par les professionnels de la MSP (médecins, infirmières, masseurs kinésithérapeutes, dentistes...) et en partenariat avec les collègues extérieurs qui seront toujours sollicités et/ou invités ainsi que ceux de l'IMB qui pourra proposer les services d'autres spécialistes tels que gériatres, diététiciens, psychologues, ergothérapeutes, assistantes sociales...et la « maison de la solidarité et des familles » (CGO).

L  encore l'étroite coopération de la MSP et de l'IMB sera un atout en faveur des usagers.

Nous aimerions organiser avec le concours des centres sociaux une action annuelle telle que la semaine de la santé et de la prévention un peu à l'image de ce qui se fait avec la semaine du goût.

Ces campagnes d'information seront soit ouvertes à tous soit à des groupes de patients ciblés par les praticiens ou les associations qui en seraient demandeuses.

Nous serons, autant que faire se pourra, les relais de toutes les campagnes nationales de prévention, de don du sang et d'éducation à la santé par l'intermédiaire de nos salles d'attente (affichage, écrans vidéos, ...), de notre site internet et de ces réunions menées à la MSP, à l'IMB ou pour de plus grandes capacités au centre Jules Verne de la ville de Breteuil.

De plus, de nombreux projets pourront voir le jour dans la mesure où l'IMB s'inscrit dans les thématiques nationales le concernant.

En lien et en accord avec les professionnels de santé du territoire, des pharmaciens et des laboratoires, des campagnes de dépistage pourraient être proposées de façon ponctuelle et ciblée sur certaines pathologies (HTA, asthme, épi-gastralgies, insuffisance cardiaque, diabète (par une mesure systématique de la glycémie des patients sur une durée donnée)).

Ces campagnes pourront se faire en lien avec les écoles d'infirmières, l'institut de formation des masseurs-kinésithérapeute d'Amiens et les facultés de médecine et pharmacie d'Amiens.

Enfin les professionnels de la MSP s'engagent à participer à toute campagne de vaccination en cas, par exemple, d'épidémie de grippe dans la mesure où ces campagnes seront de l'initiative du ministère de la santé et dans la mesure de leurs compétences.

Toutes ces actions seront relayées par les médias locaux, nos collègues pharmaciens, les sites internet des communes de la Communauté de Communes des Vallées de la Brèche et de la Noye.

#### *e. Projet de cuisine thérapeutique*

Pathologie très répandue dans notre secteur et principale cause de nombreuses autres pathologies associées, le diabète est l'un des fléaux principaux à combattre et c'est pourquoi nous avons souhaité mettre en place un programme d'ETP sur ce thème.

La force de notre équipe est qu'elle est vraiment pluri-professionnelle avec de nombreuses compétences représentées. Chacune d'entre elles est concernée dans son exercice par cette pathologie que ce soit directement ou indirectement par les conséquences engendrées par cette maladie.

Nous avons la chance de disposer dans l'équipe d'une diabétologue-endocrinologue, d'une diététicienne, d'une psychomotricienne et d'une ergothérapeute (qui interviendra en tant que vacataire au début).

C'est ainsi que l'idée d'une cuisine thérapeutique a vue le jour dans le cadre de ce programme d'ETP autour du diabète.

S'il est évident que la diététique représente une priorité dans le suivi de cette pathologie, il apparaît que l'aménagement d'une telle structure adaptée prend son sens dans les conséquences multiples que le diabète engendre.

En effet, cette pathologie peut engendrer des amputations des membres inférieurs aboutissant parfois à des déplacements en fauteuil roulant. Elle peut être aussi à l'origine de pathologies neurologiques telles que les AVC dont les conséquences peuvent aussi être multiples sur le plan de l'autonomie et de la mobilité.

La proximité de l'IMB, spécialisé dans la prise en charge des pathologies neurologiques présente un atout pour les 2 structures dans une relation gagnant-gagnant dans la mesure où nous pourrions prendre le relais du suivi des patients du secteur bien souvent « livrés à eux-mêmes » lors de leur retour à domicile. De plus, le programme d'ETP développé par l'IMB autour de l'AVC est tout à fait complémentaire avec celui que nous mettrons en place pour le diabète.

C'est dans cette optique que nous prévoyons de mettre en place une cuisine thérapeutique au sein de la salle de réunion prévue pour les programmes d'ETP. La disposition des locaux, dans un château réhabilité, nous permet de disposer de très grandes pièces permettant de coupler cette cuisine à la salle de réunion. Cette proximité permettra de tester et d'appliquer en direct les recommandations préconisées lors des séances basées sur la diététique et l'adaptation à l'environnement en situation de handicap.

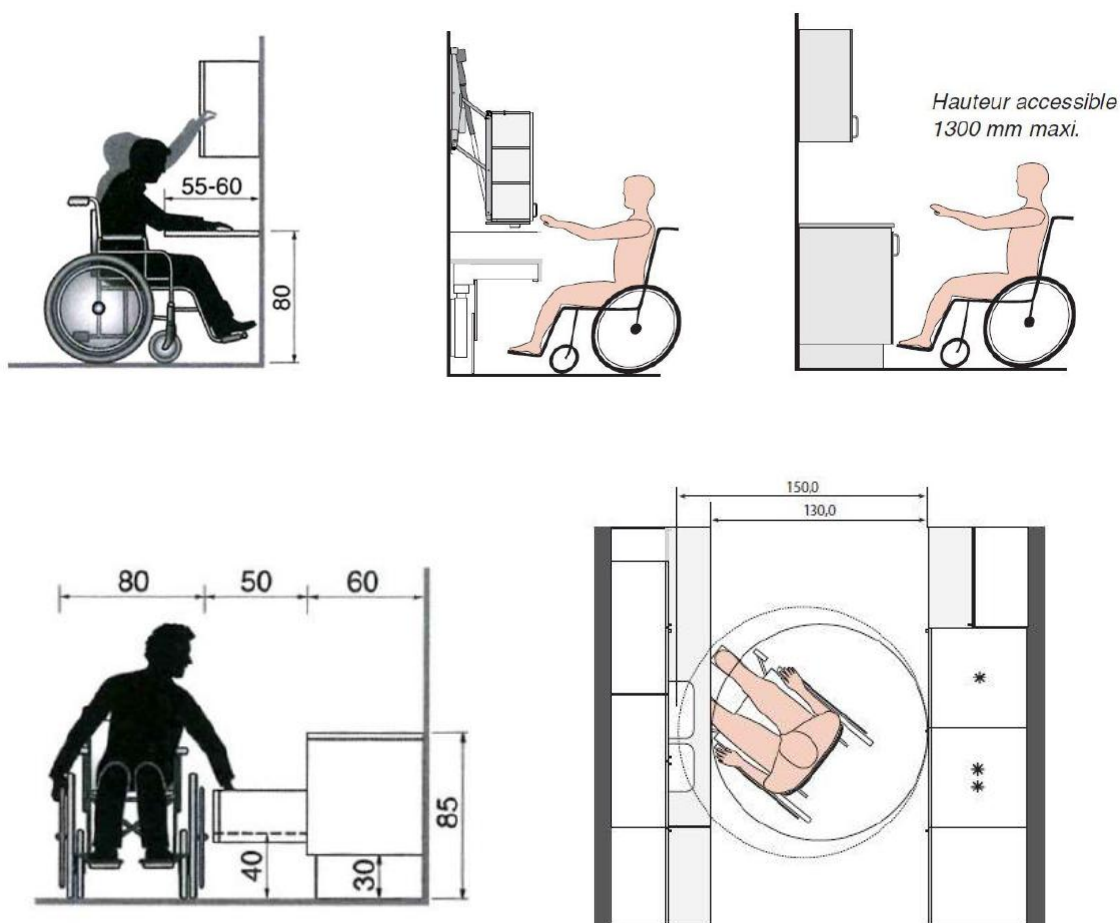
Cette cuisine thérapeutique devra évidemment respecter des principes élémentaires.

Une cuisine bien pensée doit être configurée avec des zones de travail par fonction (zone de provision, de préparation, de rangements, de cuisson et de lavage....

L'idéal serait d'avoir un plan de travail réglable en hauteur afin de s'adapter aux besoins de chacun avec des rangements supérieurs réglables en hauteur.

Ou deux plans de travail différents sur deux murs distincts :

- Un plan de travail sur un pan de mur serait accessible en hauteur pour les personnes en fauteuil roulant et à mobilité réduite et dégager le dessous du plan de travail pour libérer le passage du fauteuil.
- Un autre « normal » pour les personnes en station debout.



Pour information : Pour adapter une cuisine à une personne en fauteuil roulant, certains aménagements sont nécessaires : hauteurs des meubles et équipements, espaces de circulation. L'assise d'un fauteuil se situe en moyenne à 500 mm au-dessus du sol et l'axe de vision de la personne assise se situe à 1200 mm. Ainsi, les objets situés à plus de 1300 mm ou à moins de 400 mm de hauteur sont inaccessibles. Prévoir une aire de giration de 1500 mm (hors débattements de porte) pour permettre de manœuvrer sur 360° sans contrainte. 1300 mm peuvent suffire s'il existe de l'espace libre sous l'un des plans de travail.

## Electroménager/ meubles

Dans l'idéal, la cuisine thérapeutique doit disposer de :

- 4 plaques à induction vitro céramique pour favoriser les déplacements par glissement et ainsi, diminuer les efforts de déplacement pour les récipients pleins.
- 1 machine à laver la vaisselle
- Un réfrigérateur et mini congélateur
- Un four micro-ondes
- Un four à ouverture latérale donne un accès plus facile qu'une porte frontale.
- Un évier peu profond à 2 bacs avec un robinet mitigeur.
- Un égouttoir, un robot multifonctions, un batteur électrique

- Un plan de travail réglable en hauteur.

## **Mobilier**

- Table avec pied central permettant à une personne en fauteuil roulant de s'y installer facilement
- Des chaises
- Des étagères de cuisine escamotables



## **Etagères de cuisine escamotables**

- Une poubelle automatique à infra-rouges.

On ajoutera à cela tous les ustensiles de cuisine, la vaisselle et le matériel adapté d'ergothérapie.

*Ce volet Prévention et Education Thérapeutique donnera au médecin traitant un rôle central dans l'orientation des patients souffrant de maladies chroniques vers un programme d'ETP adapté de proximité ainsi que dans leur suivi au long cours.*

### **3) MODALITES DE TRAVAIL EN COMMUN**

#### ***a. Partage des dossiers patients***

Comme nous l'avons vu dans le paragraphe 2) c. le développement du Dossier Médical Personnel est une priorité au niveau de la MSP. Il est donc envisagé l'informatisation de tous les praticiens et du secrétariat. La structure s'équippa de logiciels adéquats et compatibles si possible avec ceux des collègues et structures du territoire (autres cabinets médicaux, pharmacies, IMB, EPHAD, laboratoire d'analyses médicales, services sociaux autorisés (PMI, médecine du travail...)).

Le libre accès à ce dossier sous-entend l'accord préalable du patient et seuls les praticiens désignés par celui-ci auront accès à ce dispositif ce qui nécessite d'avoir des logiciels adaptés (système de codes d'accès etc...). Les démarches administratives seront supportées par le

secrétariat essentiellement. Les données concernant les soins ou l'état de santé du patient seront assurées par les professionnels de santé ou les secrétaires en accord avec ceux-ci.

### ***b. Secrétariat : rôle, compétences et qualités nécessaires***

Le secrétariat requiert des compétences à la fois techniques et relationnelles. Véritable assistant du médecin, le secrétaire médical est le premier interlocuteur du patient, au téléphone lorsqu'il souhaite prendre rendez-vous. Il met en confiance les personnes et répond à leurs questions, ou leurs appréhensions. Il peut aussi être amené à renseigner les patients sur les conditions de prise en charge des soins par les organismes d'assurance maladie et à s'occuper des feuilles de soins (FSE carte vitale).

Le secrétaire médical est chargé au quotidien de préparer les comptes-rendus des consultations et de taper les courriers éventuels destinés à d'autres praticiens. Il peut aussi assister les professionnels dans la gestion de la MSP (commandes de fournitures, gestion des factures, ...).

Il peut aussi être amené à codifier et saisir dans un logiciel dédié les différents actes effectués, de façon à bien valoriser l'activité des praticiens. Le secrétaire médical s'occupe tout particulièrement de l'ensemble des dossiers médicaux des patients. Il les classe et les archive.

C'est un acteur essentiel dans le respect des droits des patients, en particulier le droit au respect de la confidentialité et du secret médical, mais aussi le droit pour les patients d'accéder aux informations médicales qui les concernent.

Le secrétaire médical est le premier assistant du praticien, dont il doit connaître l'activité, les contraintes, les besoins, pour être le plus efficace possible. Il doit faire preuve de rigueur dans son travail. En effet des erreurs dans un compte-rendu médical ou un mauvais classement peuvent entraîner de lourdes conséquences pour un malade. Il doit être très à l'aise avec les outils informatiques, notamment les outils de mise en forme, les logiciels de dossier médical informatisé, mais aussi des logiciels bureautiques classique (traitement de texte, tableau, etc...).

Il doit acquérir des connaissances de base sur les termes d'anatomie et de pathologie pour comprendre et user de la terminologie médicale. **Le secrétaire médical est soumis au secret professionnel**, il doit faire preuve d'une grande discrétion autour des informations dont il dispose. Continuellement en contact avec les patients et les familles, il doit posséder les techniques d'accueil, faire preuve de tact, savoir gérer des situations difficiles (personnes impatientes, inquiètes, choquées par un événement de vie...). Une bonne maîtrise de l'expression écrite et orale est souhaitable.

### ***c. Formation initiale et continue***

Dans le cadre de la valorisation des activités de la MSP et pour favoriser la venue de jeunes professionnels sur le secteur et étoffer les effectifs de la MSP, les membres de la structure s'engagent à développer les compétences nécessaires leur permettant de devenir maîtres de stage chacun dans leur domaine.

A ce jour, le Dr Jean-Pascal Florin accueille déjà des étudiants médecins dans ce cadre.

Ces actions de formation seront renforcées par les relations avec l'IMB qui accueille aussi de nombreux stagiaires.

De plus, le projet immobilier, soutenu et financé par la CCVBN prévoit la réalisation de logements pouvant être destinés à l'accueil de stagiaires et/ou remplaçants des praticiens de la MSP.

Comme vu précédemment (paragraphe 3.4), des réunions thématiques interprofessionnelles accessibles à tous les professionnels de santé du territoire seront mises en place pour échanger sur les problèmes rencontrés, les évolutions thérapeutiques ou les nouvelles techniques permettant une meilleure prise en charge des patients concernés.

#### **4) PARTENARIATS ET RESEAUX DE LA MSP**

La MSP se veut avant tout fédératrice et partenaire de toutes les entités sanitaires et médico-sociales du territoire.

Les objectifs étant à la fois d'offrir un service optimisé au patient, d'être partie prenante dans un parcours de santé fluide et efficient et d'améliorer les conditions d'exercice professionnel des praticiens, les atouts que présentera cette structure devront bénéficier à l'ensemble des professionnels de santé du territoire.

Ainsi, comme il a déjà été précisé, les réunions d'information à destination des patients, les rencontres thématiques, les consultations de spécialistes, le cabinet de radiologie qui pourrait y voir le jour et l'usage de la télémédecine permettront à tous les professionnels de santé de bénéficier d'un réseau fiable et de plateaux techniques optimisant la qualité des soins.

La MSP travaillera en partenariat total avec les structures déjà existantes et notamment sur les sujets suivants :

##### **✓ Sanitaire**

- IMB
- Consultation douleur CHU
- Soins palliatifs PALPI
- HAD
- PRADO (programme de retour à domicile) alternative à l'hospitalisation par la prise en charge coordonnée des professionnels de santé libéraux (Médecins, Infirmières, Masseurs-kinésithérapeutes) des patients de façon précoce à leur sortie d'hôpital.
- Laboratoire d'analyses médicales (la MSP se rapprochera du laboratoire d'analyses médicales afin d'explorer les collaborations possibles pour favoriser les prélèvements biologiques du patient pris en charge au sein des locaux de la MSP)

##### **✓ Médico social**

- EHPAD
- SSIAD
- SAD, OPHS
- Réseau Aloïse
- ADMR, APALPA
- Cm2r
- CMP



✓ **Social**

- Organismes sociaux
- Télésurveillance (CGO)
- Portage de repas (centres sociaux)
- Courses à domicile

✓ **Médecine de ville**

Tous les partenariats feront l'objet d'une réflexion permettant d'identifier les besoins de collaboration, les supports de collaboration mais également les modalités possibles de collaboration (conventionnement, intégration à la MPS,...)

Les partenariats avec les collègues pharmaciens seront développés dans de nombreuses actions visant à améliorer le suivi et participer à l'éducation thérapeutique des patients (ETP). Ceux-ci participant au comité de pilotage de la MSP nous proposent par exemple :

- participation à des actions de dépistage (diabète, HTA ...)
- participation à des actions de prévention (sevrage tabagique, conseils diététiques, lutte contre l'obésité...)
- accompagnement de patients atteints de pathologies chroniques (observance, suivi des patients, accompagnement personnalisé)
- actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins (participation aux réunions de coordination des différents acteurs de la maison de santé, réalisation de protocoles qualité, retours d'expériences)
- actions d'amélioration des pratiques et d'efficacité de la dispensation.

**5) PARTENARIAT PRIVILEGE AVEC L'INSTITUT MEDICAL DE BRETEUIL (IMB)**

La coopération entre l'IMB et la future MSP reste le point fort du projet de santé que nous vous proposons.

En effet, ce projet de MSP, grâce à la proximité de l'IMB, permet d'optimiser tous les services proposés en utilisant les nouvelles technologies mises à notre disposition par l'intermédiaire de l'outil informatique et la télémédecine.

Etant donné la facilité de l'accès aux soins ainsi que l'assurance d'une permanence de professionnels rendue plus efficace par la mise en commun de moyens humains, techniques et matériels, il nous a semblé important de consacrer un paragraphe de synthèse à ce sujet d'importance.

Moyens humains :

- Les consultations de spécialistes seront beaucoup plus faciles à assurer par l'IMB et la MSP dans la mesure où la mise en commun des structures concernées profitera à tous les patients dans le respect bien entendu du libre choix de chacun.
- La priorité des consultations de spécialistes doit, avant tout, répondre aux besoins les plus urgents pour la population locale de Breteuil et des communes voisines (cardiologues, gynécologues, ophtalmologues, gériatres, neurologues (dans le cadre de consultations mémoire notamment), orthopédistes...).

- Parmi les salariés actuels de l'IMB, certains souhaiteraient exercer à temps partiel une activité libérale. C'est le cas par exemple d'ergothérapeutes, d'orthophonistes, de kinésithérapeutes qui pourront tenir des permanences au sein de la MSP.
- Le projet d'une « Convention urgences » avec l'IMB est en adéquation avec le dispositif du « médecin correspondant du samu » souhaité par la ministre de la santé et en partenariat avec les services d'urgences hospitaliers.  
Ceci sous-entend le suivi d'une formation des médecins de la MSP et de l'IMB sur la base du volontariat et dans le cadre fixé par les textes réglementaires.
- Des gardes kinésithérapiques le weekend pour les bronchiolites seront mises en place par les professionnels de la MSP et ceux de l'IMB (sur la base du volontariat pour ces derniers).

Moyens techniques et matériels :

- Organisations de réunions thématiques en lien avec les professionnels du secteur et avec la participation de médecins spécialistes. L'IMB pourra mettre à disposition ses salles de réunion et/ou ses professionnels pour la tenue et les interventions de réunions spécifiques.
- Mise à disposition des professionnels de la MSP de son espace balnéothérapie (par une convention). Les Kinésithérapeutes et les sages-femmes pourront en bénéficier.
- Mutualisation des achats de consommables en lien avec l'IMB tels que papier recyclable, cartouches imprimantes, produits ménagers respectueux de l'environnement, draps d'exams, petit matériel médical (seringues, champs opératoires...).
- Mutualisation de la maintenance informatique, de l'entretien des espaces verts et des locaux (bio-nettoyage), de l'élimination des DASRI.
- Mise en place de la Télémédecine. Les patients du secteur de Breteuil et ses environs ainsi que ceux de l'IMB auront tout intérêt à voir se développer les réseaux de Télémédecine notamment pour les soins relatifs aux plaies (ulcères, pieds diabétique, toute lésion dermatologique), aux analyses d'électrocardiogrammes et surtout l'interprétation de clichés radiologiques ou échographiques. En effet, l'un des gros projets de nos 2 structures réunies est la relance d'un cabinet de radiologie très utile dans le secteur.

## **6) DEMARCHE QUALITE ET DEVELOPPEMENT DURABLE**

La CCVBN est une communauté de communes engagée depuis longtemps dans une démarche de Développement Durable et elle s'est dotée d'un Plan Energie Climat Territorial.

Naturellement, la MSP s'engage, elle aussi à adopter un comportement exemplaire en ce sens. Ainsi une « charte qualité » sera adoptée par la MSP. Ceci se traduira de la façon suivante.

### ***a. Démarche qualité et évaluation du projet et des pratiques professionnelles***

- Organisation de réunions avec des représentants d'utilisateurs pour l'amélioration des services rendus
- Rapprochement auprès des autres MSP du territoire afin d'envisager le partage de pratiques et de proposer éventuellement des projets communs

- Le regroupement des différentes professions et la venue de spécialistes à plus ou moins long terme permettra la diminution des déplacements et la diminution des émissions de gaz à effet de serre en apportant les services de santé vers la population qui doit actuellement souvent se rendre à Beauvais ou Amiens.

***b. RSE (responsabilité sociétale des entreprises intégrant particulièrement l'environnement et le développement durable)***

- Qualité de l'ambiance d'accueil, thermique et acoustique des locaux
- Qualité de l'information (affichage, site internet, etc...)
- Mutualisation des achats de consommables en lien avec l'IMB et la CCVBN tels que papier recyclable, cartouches imprimantes, produits ménagers respectueux de l'environnement, draps d'examen...
- Mutualisation de la maintenance informatique, de l'entretien des espaces verts et des locaux (bio-nettoyage), de l'élimination des DASRI.
- Participation à l'effort de tri sélectif en se dotant de bacs adéquats et d'un composteur.
- Mutualisation des achats de certains matériels tels que le parc informatique (préférant les PC portables aux « tours informatiques » plus énergivores) ou les consommables des salles de soin d'urgence (seringues, pansements, etc...)
- La MSP, partie intégrante d'un bâtiment appartenant à la CCVBN, sera raccordée au réseau de chaleur alimentant déjà l'IMB et produira donc son chauffage et son eau chaude à partir de la biomasse par le biais de la chaufferie bois de Breteuil.

Le regroupement des différentes professions et la venue de spécialistes à plus ou moins long terme permettra la diminution des déplacements et la diminution des émissions de gaz à effet de serre en apportant les services de santé vers la population qui doit actuellement souvent se rendre à Beauvais ou Amiens.

Ceci, évidemment et surtout, avec à la clef de substantielles économies sur les dépenses de santé.

## **7) TELEMEDECINE**

La MSP s'engage à participer au développement des projets innovants pour favoriser le partage de l'information médicale dans le cadre de l'amélioration du parcours des patients : téléconsultation, télé-radiologie.

En effet, la situation géographique de la MSP nécessitera d'envisager l'utilisation d'outils modernes.

Parler de technologies nouvelles au service des patients ne signifie pas « encore moins de médecins » ! Il n'est évidemment pas question de remplacer les professionnels par des machines.

La télémédecine est un outil efficace au service des professionnels qui s'installent dans des zones isolées. Elle permet de recréer un environnement de conseil que beaucoup ont connu à l'hôpital. Ainsi, la dermatologie, la télésurveillance en cardiologie par exemple sont autant de domaines dans lesquels la télémédecine est un outil précieux pour réduire les temps d'attente devenus trop longs.

Cette question du temps d'attente est essentielle et de nombreuses spécialités sont concernées.

Les transferts de certains actes, vers les orthoptistes par exemple, permettront de diminuer ces temps d'attente insupportables pour les patients et ils laisseront aussi aux professionnels plus de temps pour se consacrer pleinement à leur cœur de métier.

La MSP doit rester connectée avec les autres établissements de santé pour disposer de l'accès immédiat à des avis et consultations de spécialistes, transmettre des données, images etc..

Montrer une lésion dermatologique ou l'évolution de la cicatrisation d'une plaie à un dermatologue peut éviter de longs trajets au patient. Ainsi, en Bretagne dans le Morbihan, 5 chirurgiens vasculaires soignent certaines plaies chroniques à distance. Les infirmières libérales photographient ces plaies avec leur Smartphone et envoient les clichés sur le serveur de l'hôpital dans le dossier des patients. Ces clichés sont consultés par les chirurgiens qui apportent leur expertise.

L'une des grandes ambitions de la MSP, en lien avec l'IMB et le soutien de l'ARS, serait de profiter du développement de la fibre optique et donc du très haut débit sur Breteuil d'ici l'année 2017 et développer ainsi la Télémédecine dans de nombreux domaines.

En effet, la fermeture récente des cabinets de radiologie de St-Just et Breteuil oblige désormais les patients du secteur à se rendre systématiquement sur Beauvais, Montdidier ou Amiens pour un bilan radio ou échographique. De même, l'IMB, pour ses clichés, doit systématiquement avoir recours aux transports en ambulances.

Le sous-sol du bâtiment pourrait être aménagé pour y accueillir un cabinet de radiologie pour tout ce qui serait « osseux », d'y faire travailler un manipulateur en radiologie et d'envoyer les examens à l'interprétation par télémédecine.

Une formation des professionnels à l'utilisation d'un échographe permettrait également l'interprétation à distance de certains clichés.

Cette technique de télémédecine s'avèrera très utile également pour l'interprétation d'électrocardiogrammes réalisés par les médecins ou infirmières ou pour le suivi de certaines grossesses dites « à risque ».

Des expérimentations de télésurveillance coordonnée de l'insuffisance cardiaque ont lieu en Auvergne visant à réduire la fréquence de ré-hospitalisation en améliorant la coopération entre professionnels. Le patient est équipé d'une balance avec télé-transmetteur pour une pesée quotidienne. Son dossier informatisé se découpe en 3 parties : l'infirmière libérale renseigne avec son Smartphone la partie clinique (œdème, fréquence cardiaque, TA), les surveillances biologiques sont téléchargées depuis les laboratoires d'analyses médicales. Les données thérapeutiques sont mises à jour par le pharmacien à chaque délivrance d'ordonnance. Diététicien et médecin traitant ont accès au dossier.

De même une messagerie sécurisée en ligne avec la MSP sera mise en place permettant aux patients de poser des questions depuis leur domicile à l'équipe médicale comme cela se fait déjà (Midi-Pyrénées) pour du télé-conseil en oncologie.

La Télémédecine étant une technique d'avenir, la MSP suivra toute démarche initiée par l'ARS allant dans le sens du développement de celle-ci. **Tout naturellement, nous adhérons au Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) e-Santé Picardie.**

## **8) FORME JURIDIQUE**

Les Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (SISA) : cette formule nous semble être la plus adaptée et la moins contraignante pour un exercice coordonné et optimisé en groupe.

### **a. Finalité et objet de la structure**

La SISA permet le développement de nouveaux modes de rémunérations. En effet, ses règles dérogent au code de la santé publique, permettant le partage d'honoraires entre des associés d'activités de soins différents. Cela encourage ainsi l'exercice regroupé pour les professionnels de santé.

Elle a pour objet :

- La mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun de ses associés;
- L'exercice en commun, par ses associés, d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels de santé, ces activités étant précisées par décret en Conseil d'Etat (cf. annexe).

Il est bien question de soins ambulatoires, les activités d'hébergement n'étant pas concernées.

Nouvelle forme de société civile ad hoc, cette dernière est inspirée des sociétés civiles de moyens. La SISA a la personnalité morale.

### **b. Les associés**

Les SISA peuvent être constituées entre des personnes physiques exerçant une profession médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien.

Seules des personnes remplissant toutes les conditions exigées par les lois et règlements en vigueur pour exercer une profession médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien et qui sont inscrites, le cas échéant, au tableau de l'ordre dont elles relèvent peuvent être associées d'une SISA.

Une SISA doit compter parmi ses associés au moins deux médecins et un auxiliaire médical. Les professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et pharmaciens associés d'une SCP ou d'une SEL peuvent également être associés d'une SISA.

### **c. Création et constitution**

Les statuts de la société sont établis par écrit. Un décret en Conseil d'Etat détermine les mentions devant y figurer (Voir annexe). Les statuts sont transmis, avant leur enregistrement, aux ordres professionnels aux tableaux desquels sont inscrits les associés ainsi qu'à l'agence régionale de santé.

La loi impose que les associés puissent exercer hors de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires toute activité professionnelle dont l'exercice en commun n'a pas été expressément prévu par les statuts, ceux-ci devant aussi déterminer les conditions dans lesquelles un associé peut exercer à titre personnel une activité dont les statuts prévoient l'exercice en commun. La SISA n'est pas soumise aux formalités préalables exigées des personnes candidates à l'exercice individuel des professions médicales, d'auxiliaire médical ou

de pharmacien. Il faut préciser sur ce point que les associés de la SISA restent soumis à titre individuel à ces formalités.

#### ***d. Fonctionnement et administration***

Les rémunérations versées en contrepartie de l'activité professionnelle des associés dont les statuts prévoient un exercice en commun constituent des recettes de la société et sont perçues par celle-ci. Lorsque ces activités sont exercées à titre personnel par un associé, les rémunérations afférentes ne constituent pas une recette de la société. Jusqu'à maintenant les professionnels de santé de spécialités différentes exerçant dans un local commun ou travaillant en collaboration devaient faire attention à ne pas tomber sous le coup de l'interdiction de partage d'honoraires au sens du Code de la santé publique ou de ne pas pouvoir être accusés de compéragé. Les activités exercées en commun au sein d'une SISA échappent à ces dispositions. Les activités exercées en commun conformément aux statuts de la société ne sont pas soumises à l'interdiction de partage d'honoraires. Les associés d'une SISA ne sont pas réputés pratiquer le compéragé dans l'exercice en commun d'activités conformément aux statuts.

#### ***e. Responsabilité***

S'agissant de la responsabilité professionnelle, chaque praticien répond personnellement de ses activités. Chaque associé répond des actes professionnels qu'il accomplit dans le cadre des activités prévues par les statuts de la société.

Le régime de responsabilité individuelle prévu par le code de la santé publique est appliqué à tous les actes professionnels exercés en SISA.

Les associés sont couverts par une assurance de responsabilité civile professionnelle (RCP).

#### ***f. Régime fiscal***

Les sommes versées aux structures par l'assurance maladie dans le cadre des nouveaux modes de rémunération seraient exonérées de TVA.

Au regard de l'imposition directe, les personnes physiques associées des SISA seraient personnellement soumises à l'impôt sur le revenu des personnes physiques pour la part des bénéfiques non commerciaux qui leur est attribuée.

S'agissant du régime fiscal de la SISA, rien n'est précis sur le sujet et des textes à paraître devraient déterminer les règles à retenir.

#### ***g. Régime social***

TNS à priori sur la part des bénéfiques non commerciaux qui est attribuée à chaque associé. Cela doit être confirmé.

#### ***h. Avantages***

La SISA est une solution qui permet :

- La perception de subventions de l'assurance maladie, de l'État et des collectivités territoriales pour le compte des professionnels
- La redistribution des revenus entre les professionnels

- Le maintien de la possibilité d'un exercice libéral pour les professionnels
- La simplification des règles d'entrée et de sortie des professionnels
- Une certaine souplesse dans la composition.

La SISA constitue une forme juridique possible pour la création et la gestion des maisons de santé.

Signatures du Projet de santé par les professionnels de la MSP de l'Abbaye			
1 ABOUBEKER Nadir	2 BARCIK Lukasz	3 Dr FLORIN Jean-Pascal	4 GRESSIER Florence
			
5 LE CORRE Isabelle	6 LEBLANC Michel	7 LECOUTRE Anne-Charlotte	8 LEFEVRE Lauralee
			
9 LEVASSEUR Stéphanie	10 MICHAUD Muriel	11 MIONNET Jean-Louis	12 Dr NDZANA Solange
			
13 PLAZA Raphaëlle	14 POYEN Mylène	15 RAKOWSKI Christian	16 SIEROTA Jakub
			
17 SOULAS David	18 VANDRA Sandrine	19 LABARRE Brice	20 LECHEMIA Adeline
			
21	22	23	24
25	26	27	28

**ANNEXE : Décret d'application de la loi sur les SISA**

JORF n°0073 du 25 mars 2012 page 5425  
texte n° 13

**Décret n° 2012-407 du 23 mars 2012 relatif aux sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires**

NOR: ETSH1203618D

Publics concernés : les professionnels médicaux, les auxiliaires médicaux et les pharmaciens.  
Objet : description des activités pouvant être exercées en commun dans les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) — définition des mentions obligatoires devant figurer aux statuts de ces sociétés.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : les SISA sont des sociétés permettant à certains professionnels de santé d'exercer en commun les activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre professionnels de santé. Le décret précise ces activités et définit les mentions devant figurer obligatoirement dans les statuts : l'identité des associés, leur compétence, leurs apports et le capital social de la société. Les associés peuvent ajouter toute autre disposition qui leur paraîtrait opportune sous réserve qu'elle respecte le principe d'indépendance des professionnels de santé et n'entrave pas le droit du patient de choisir son praticien.

Références : les dispositions du [code de la santé publique](#) modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction résultant de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>). Le présent décret est pris pour application de l'[article 1er de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011](#) modifiant certaines dispositions de la [loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009](#) portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre du travail, de l'emploi et de la santé,

Vu le [code civil](#), notamment ses chapitres Ier et II du titre IX du livre III ;

Vu le [code de la santé publique](#), notamment ses articles L. 4041-2 et L. 4041-5 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 8 février 2012 ;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 7 mars 2012 ;

Vu la saisine du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 1er février 2012 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1

Le livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un titre IV ainsi rédigé :

« TITRE IV : LA SOCIÉTÉ INTERPROFESSIONNELLE  
DE SOINS AMBULATOIRES »

« Art. R. 4041-1. - Les activités mentionnées au 2° de l'article L. 4041-2 sont ainsi définies :

« 1° La coordination thérapeutique, entendue comme les procédures mises en place au sein de la société ou entre la société et des partenaires, visant à améliorer la qualité de la prise en charge et la cohérence du parcours de soin ;

« 2° L'éducation thérapeutique du patient telle que définie à l'article L. 1161-1 ;



« 3° La coopération entre les professionnels de santé telle que définie à l'article L. 4011-1.  
« Art. R. 4041-2. - Si les statuts sont établis par acte sous seing privé, il en est établi autant d'originaux qu'il est nécessaire pour l'exécution des diverses formalités requises et la remise d'un exemplaire à chaque associé.  
« Art. R. 4041-3. - Les statuts comportent les mentions obligatoires suivantes :  
« 1° Les nom, prénom, domicile de chaque personne physique associée de la société ;  
« 2° La forme, l'objet et l'appellation de la société ainsi que la durée pour laquelle elle est constituée ;  
« 3° L'adresse du siège social ;  
« 4° Selon le cas, le numéro d'inscription à l'ordre pour tout associé relevant d'un ordre professionnel ou la justification d'autorisation d'exercer pour les autres associés ;  
« 5° La profession exercée par chaque personne physique associée de la société et, le cas échéant, ses différents titres et spécialité ;  
« 6° La nature et l'évaluation distincte de chacun des apports effectués par les associés ;  
« 7° Le montant du capital social, le nombre, le montant nominal et la répartition des parts sociales représentatives de ce capital ;  
« 8° L'affirmation de la libération totale ou partielle, suivant le cas, des apports concourant à la formation du capital social ;  
« 9° Le cas échéant, le nombre de parts d'intérêt attribuées à chaque apporteur en industrie ;  
« 10° Les modalités de fonctionnement de la société, notamment les règles de désignation du ou des gérants et le mode d'organisation de la gérance ;  
« 11° Les conditions dans lesquelles un associé peut exercer à titre personnel une activité dont ils prévoient l'exercice en commun.  
« Art. R. 4041-4. - Les statuts ne comportent aucune disposition tendant à obtenir d'un associé un rendement minimum ou de nature à porter atteinte à l'indépendance professionnelle de chacun d'entre eux et au libre choix du praticien par le malade.  
« Art. R. 4041-5. - Dans les maisons de santé constituées sous forme de société interprofessionnelle de soins ambulatoires, le projet de santé mentionné à l'article L. 6323-3 est annexé aux statuts. »

## Article 2

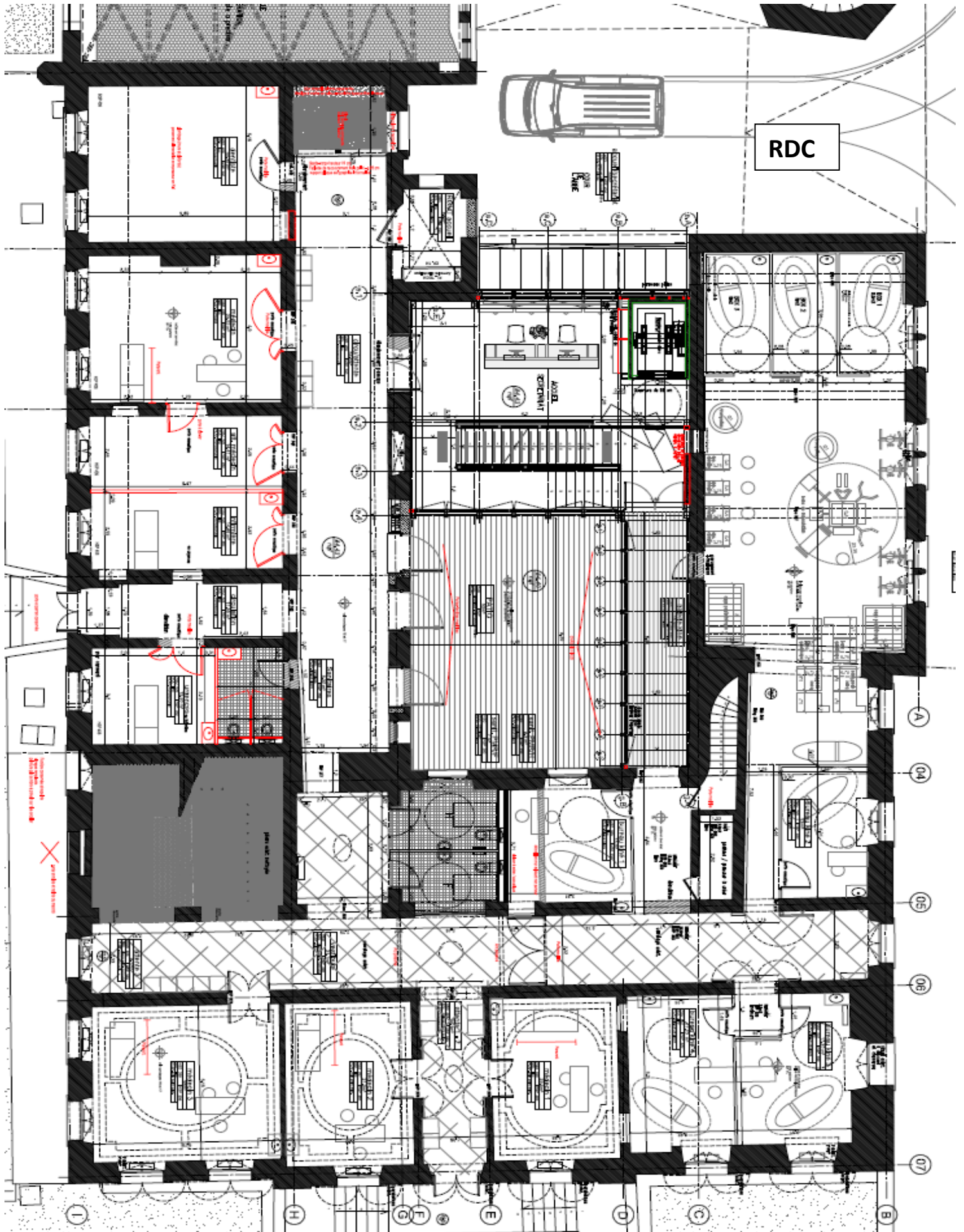
Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

*Fait le 23 mars 2012.*

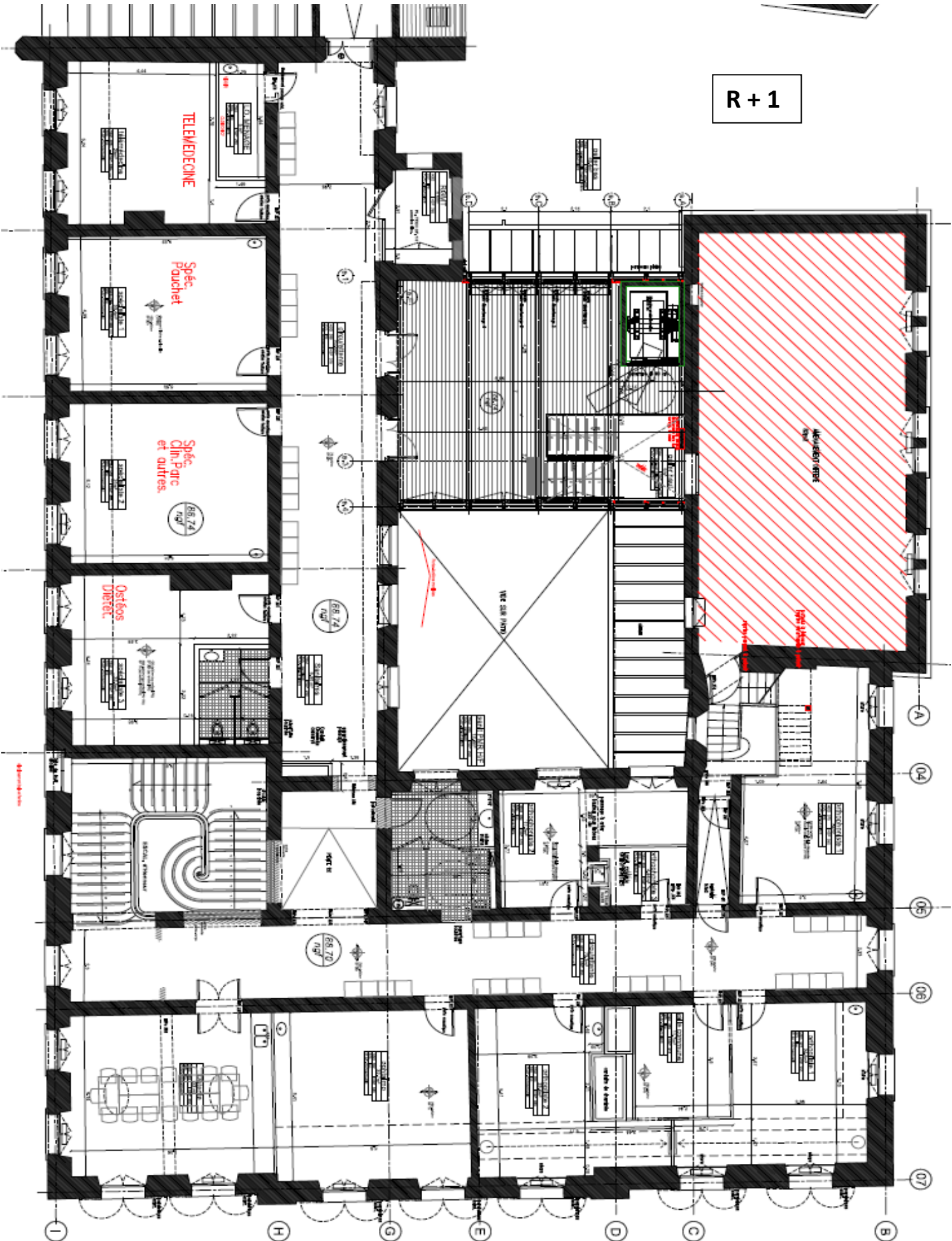
*François Fillon*

*Par le Premier ministre :*

*Le ministre du travail,  
de l'emploi et de la santé,  
Xavier Bertrand*



R + 1



# AMENAGEMENT CUISINE THERAPEUTIQUE.

