

# Du Soin à la Santé

## Regard de la FFMPS *Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé*



**Patrick Vuattoux**  
**Besançon - 13 et 14 juin 2013**



# Généralités

**Les MSP et PDS sont les structures de base de la réorganisation de la Santé Primaire prévue par la loi HPST (sur les Territoires de Santé).**

- MSP400 en France au minimum.
- FFMPs existe depuis 2007
- Première Fédération Régionale en 2007
- Une Fédération Régionale dans chaque Région (sauf Basse Normandie et Picardie )

Santé : Soins + Prévention + Actions Sociales.

Toutes les actions des PS au sein des MSP qui touchent à une de ces 3 dimensions appartiendront à la définition de prise en charge de la Santé.

# Critères principaux des MSP

- Exercice pluridisciplinaire de premier recours
- Mise en place d'un système d'information fiable et sécurisé
- Le dossier médical partagé entre les professionnels de santé
- L'activité globale en Santé Primaire: prévention, ETP...
- La concertation pluridisciplinaire autour des patients
- Accueil des PS en formation
- Accessibilité (géographique, temporelle et économique)
- Participation à la PDS organisée

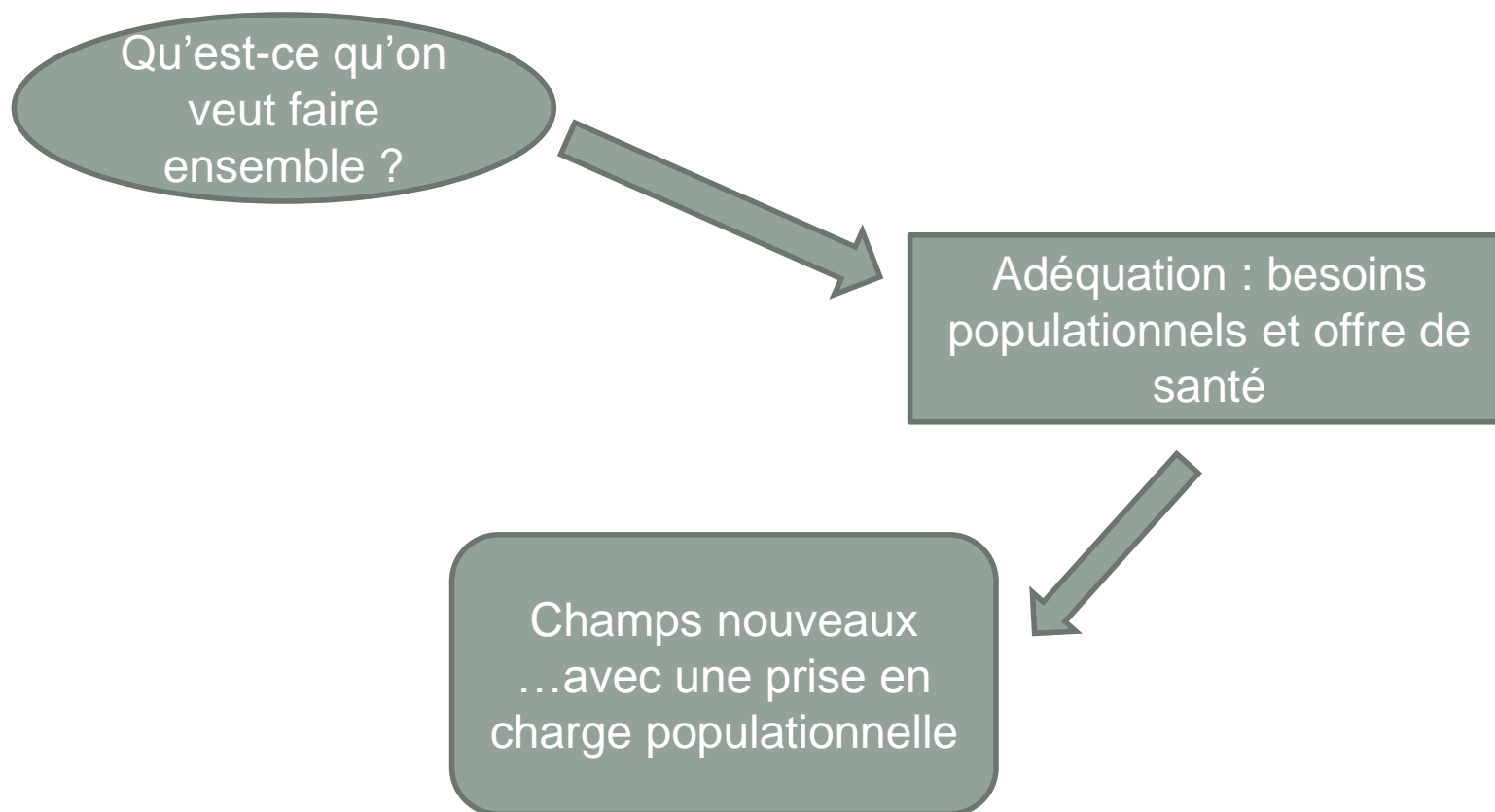
# Critères secondaires des MSP

- Protocolisation et coordination des pratiques pluridisciplinaires
- Articulation avec les établissements de santé et les réseaux de santé
- Formation et évaluation des pratiques communes aux diverses disciplines
- Place des usagers dans la gouvernance de la structure ?
- Délégation de tâches
- Expertises médicales spécialisées

# Regroupements professionnels, MSP, PDS

- **Les MSP organisent en un même lieu la pluridisciplinarité médicale et médico-sociale**
- **Les PDS organisent de la même façon des PS exerçant en des lieux dispersés (définition admise par les PS)**
  - 4 % des MG en MSP actuellement, ? en PDS et plus de 60 % en regroupements
- Les différences entre regroupements et MSP/PDS:
  - la définition simpliste (2 MG + 1 autre PS)
  - la recherche du travail pluriprofessionnel avec les notions de pluridisciplinarité, interdisciplinarité et transdisciplinarité
  - **le projet de santé \***

# Le Projet de Santé



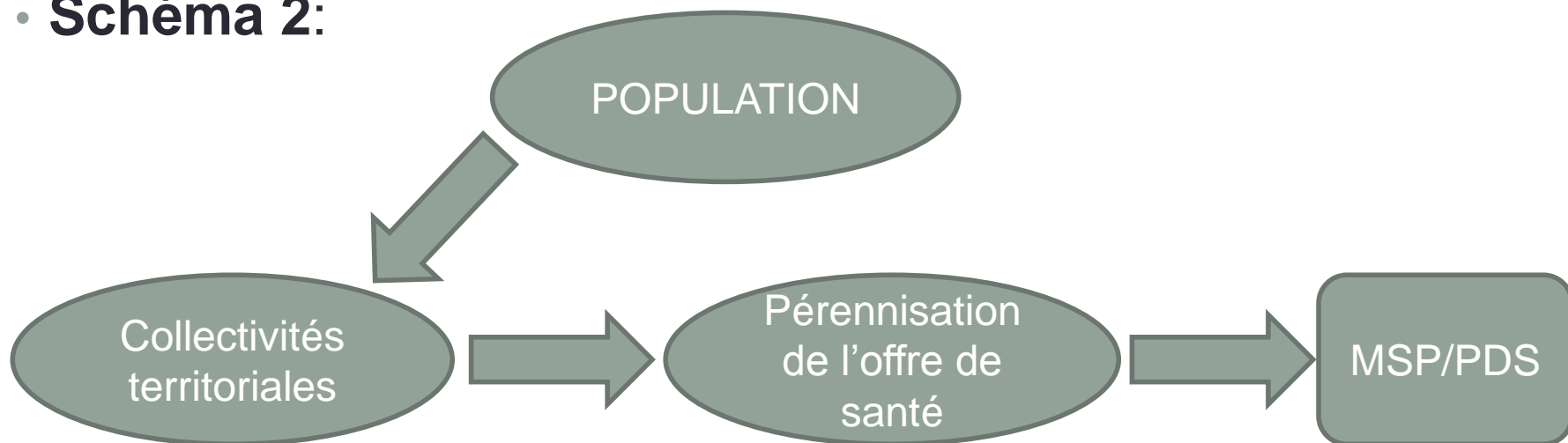
# Les MSP: une mode ?

- Point de départ professionnel: le terrain et les jeunes !
  - qualité et disponibilité dans le soin recherchées (équipe ++)
  - qualité de vie avec équilibre de vie perso/travail
- Modifications des besoins en santé des populations
- Soutien des institutions:



# Soutien des institutions

- **Schéma 1:** Ministère/ FFMPS...ARS/Fédération Régionales...accompagnement des équipes.
- **Schéma 2:**



# Exemple concret : MSP de Besançon-St Claude

- Partage des dossiers avec modernisation de l'outil informatique
- Réunions mono ou multidisciplinaires
- Protocoles ou « comment caler tout le monde sur une problématique » (exemple du patient en cours de substitution, IVG à domicile,...)
- ETP, Esprec
- Lien avec les réseaux: Arespa, Comet,...
- Action de prévention (proactive suite à la modernisation de l'outils informatique)
- Formation initiale et continue/ recherche (lien avec l'université)
- Ouverture récente aux représentants d'utilisateurs
- Recueil et analyse des événements indésirables en cours  
...de la convivialité ! MAIS ...!

# La place des patients dans la réflexion : notion de démocratie sanitaire et de santé communautaire

- Peu ou pas de représentants d'usagers de l'offre ambulatoire
- La réflexion sur l'organisation de l'offre devrait s'ouvrir à de tels RU : plusieurs niveaux
  - niveau micro: équipe de soins primaires (MSP, PDS, CDS)
  - niveau macro: territoires de proximité
  - conférences de territoires, départemental, régional, national...

# Un autre libéralisme français pour accéder à la Santé...

## (la réalité et les fantasmes)

- Centrage sur l'équipe et non sur le PS seul
- Collaboration entre PS avec temps d'échange structuré
- Coordination entre les acteurs (PS et autres) dans le cadre de l'offre organisée
- Le modèle économique (NMR: les forfaits donnés aux équipes)
- Information partagée (dossier médical commun au sein des équipes...)
- Délégation de tâches protocolisée
- Ouverture aux RU, Télémédecine,...

# CONCLUSION

- Les soins de proximité laissés à l'offre libérale: mutation nécessaire de notre exercice libéral (en cours)
- Passage du militantisme initial à une dimension plus large: aider les nouvelles équipes à pouvoir dépasser le simple regroupement (aide au management, à la gestion...)
- Avancer progressivement, rassurer...
- Importance de la formation initiale multidisciplinaire
- Importance des thèmes de travail qui fédèrent dans la transversalité les PS d'un territoire de proximité : une vraie animation territoriale !
- Appui assuré par les réseaux aux PS selon les besoins (plateformes, coordination d'appui, ...)

# CONCLUSION

Les repères des PS des soins primaires ne peuvent pas être centrés sur un organe ou une pathologie (1 pathologie = 1 traitement ...).

Il nous faut confirmer l'approche globale du patient dans son contexte de vie, transgresser régulièrement le savoir et le faire en équipe pluridisciplinaire de proximité de façon éthique en y associant le patient et en créant des liens avec l'hôpital.

**Travailler ensemble pour travailler mieux !  
= Travailler ensemble pour passer du Soins  
à la Santé !!**



**ET PLUS ENCORE**

