Médecin d'Occitanie

LE BULLETIN DE L'URPS DES MÉDECINS LIBÉRAUX

N°3 - SEPTEMBRE 2017

La dynamique de la médecine libérale en occitanie

URPS Médecins Libéraux OCCITANIE

AU SOMMAIRE

LE PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

APRÈS LES RENCONTRES DE LA GRANDE MOTTE

MONIQUE CAVALIER, DIRECTRICE DE L'ARS

AU SOMMAIRE

Page 3
EDITO du président

ACTUALITÉS

Page 4 Vaccinations obligatoires – séminaires installation

Page 5 Le projet régional de santé

Page 6 Le nouveau centre de dépistage du cancer

Le bal des acronymes

DOSSIER

Page 7 Les nouveaux modes d'organisation territoriale

Pages 9 Le précurseur de Saint-Paul-de-Fenouillet

Pages 10 MSPU + CPTS, l'équation toulousaine

Pages 11 Les étapes de la MSP de Castelnaudary pour fédérer

Pages 12 Les nouveaux modes de rémunération

APRÈS LES RENCONTRES DE LA GRANDE MOTTE

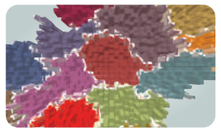
Pages 13 à 15 Ce qui a été dit

Pages 16 et 17 Ce qui n'a pas été dit

GRAND TÉMOIN

Pages 18 et 19 Monique Cavalier, directrice générale de l'ARS. Entretien.

Page 20 Aide aux soins psychiatriques (DSPP)



MÉDECIN D'OCCITANIE N° 3 – SEPTEMBRE 2017

Le bulletin de l'URPS des Médecins – Maison des Professions Libérales 285, Rue Alfred Nobel. 34 000 Montpellier - Tél. : 05 61 15 80 90 Fax : 05 61 15 80 99 - urps@urpslrmp.org - www.urpslrmp.org

Directeur de la publication : Dr Maurice BENSOUSSAN
Comité de rédaction et de lecture : Les docteurs Maurice BENSOUSSAN, Michel COMBIER, Jean-Claude LUCIEN, Jean-Baptiste THIBERT, Patrick CONTIS, Jean-Marc LARUELLE, Philippe CUQ, Jean-Christophe CALMES, Olivier DARREYE, Pierre RADIER. Mesdames Camille RICART, Catherine MALGOUYRES-COFFIN.
Rédaction : Luc JACOB-DUVERNET, Pierre KERJEAN, Philippe MEURSAULT, Odile FRAYE
Tirage : 12 500 exemplaires - **Maquette et mise en pages** : Agence LSP.
Crédit photo : Freepik, LSP - **Impression** : Imprimerie Ménard

L'ÉDITORIAL

DOCTEUR MAURICE BENSOUSSAN, PSYCHIATRE À COLOMIERS, PRÉSIDENT DE L'URPS ML OCCITANIE

Une médecine sans médecin : le goût du risque

Par sa présence au congrès de la Conférence Nationale des URPS des médecins libéraux, la ministre de la Santé, le Professeur Agnès Buzyn, marque cette rentrée de septembre. Son intervention est susceptible de dater son mandat : elle souffle un vent d'espoir. **Un médecin a parlé à d'autres médecins, touchant aux racines d'une identité commune. Bien sûr les paroles, à force d'être maltraitées, ont perdu aujourd'hui de leur impact, mais elles constituent ici le point de départ sur le chemin de la confiance.**

Deux points particuliers de son analyse font enfin écho à nos propos : les déserts médicaux et les organisations sanitaires.
Elle réfute ce terme de désert médical, forgé dans l'union des politiques et des technocrates pour médiatiser une volonté et confondre le résultat d'une politique de santé avec une caractéristique géographique d'un territoire où jamais rien n'a pu pousser. Outre le non-sens sémantique, cette terminologie, devenue une pétition de principe, est une façon de ne pas penser en s'inspirant de la posture de l'autruche. C'est aussi l'histoire du boulanger, sketch célèbre d'un humoriste de la génération de nos parents. Comment s'étonner, après tant d'années aucours desquelles on s'est acharné sur les médecins libéraux, de ne plus trouver de jeunes désireux de s'engager dans une telle pratique de la médecine ?
Le lien est facile avec les organisations territoriales. L'idée technocratique est que, débarrassé des médecins, il serait possible de construire de vraies organisations médicales sur nos territoires. L'Occitanie pourrait d'ailleurs être la vigie de l'Hexagone, tant les médecins libéraux sont devenus des spectateurs conviés au spectacle de la réorganisation des soins. Nous serons donc parmi les premiers dans notre grande région à percevoir les prémices de la traduction pratique de la volonté de Madame la ministre de la Santé.
Nous continuons d'affirmer qu'il n'y a pas de possibilité d'innovations dans les organisations sanitaires sans les bâtir à partir de l'initiative des acteurs de terrain et dans la confiance accordée aux médecins. Ces initiatives doivent être favorisées, soutenues, accompagnées par les institutionnels, dont l'URPS. Nous saluons et nous nous impliquons dans les nouvelles formes d'exercice proposées par les maisons de santé pluriprofessionnelles.
Nous refusons qu'elles soient un modèle unique, un passage obligé, une mise en conformité de notre pratique médicale.
Il est urgent d'inverser la vapeur, les médecins sont prêts.
L'ordinateur a vaincu le joueur d'échec et le joueur de go, cela ne veut pas dire pour autant que le robot informatisé va remplacer demain le médecin. La médecine n'est pas qu'un acte technique, ce n'est pas qu'un savoir appliqué.

> Être médecin est une pratique d'hommes et de femmes qui s'appuient sur leurs connaissances pour s'engager et soigner des hommes et des femmes malades.

Être médecin est une pratique d'hommes et de femmes qui s'appuient sur leurs connaissances pour s'engager et soigner des hommes et des femmes malades.
Cette vision du médecin est-elle le passé de la médecine ?

MÉDECINE GÉNÉRALE

FORUM ET SÉMINAIRE D'INSTALLATION

Un forum et un séminaire consacrés à l'installation en médecine générale se tiennent à la rentrée. Le premier, 2e Forum de l'installation en médecine générale de Midi-Pyrenées, a eu lieu le 16 septembre à Toulouse, à l'Hôtel de Région d'Occitanie (1). Organisé par l'Association des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées (AIMG-MP), avec l'appui de l'URPS d'Occitanie et du Groupe Pasteur Mutualité, ce forum donne la parole à des experts sur l'installation et permettra des rencontres avec les territoires de Midi-Pyrénées.
Le séminaire organisé par les internes à la nouvelle faculté de Montpellier, avec le concours de l'URPS d'Occitanie, aura lieu le mardi 26 septembre prochain, à la nouvelle Faculté de Montpellier (2). Interviendront notamment un représentant du conseil départemental de l'ordre des médecins et un membre de de l'URPS d'Occitanie.

PM

(1) Hôtel de Région d'Occitanie, 22, boulevard du Maréchal Juin, Toulouse. Renseignements et inscription : www.aimg-mp.com
(2) Nouvelle Faculté de médecine de Montpellier, 641, avenue du Doyen Gaston Giraud, Montpellier.

ONZE VACCINS DEVIENNENT OBLIGATOIRES SANS EXEMPTION

VACCINATIONS OBLIGATOIRES OU LA PROTECTION COLLECTIVE

La vaccination ne sera plus à la carte. Le monde scientifique estime qu'une vaccination insuffisante favorise le retour des maladies infectieuses que l'on pensait éradiquées, ce qui a conduit la ministre de la santé Agnès Buzyn à décider l'élargissement de trois à onze du nombre de vaccins obligatoires. Cette mesure devrait s'appliquer au 1er janvier 2018.

Un texte de loi va être présenté à la fin de l'année pour rendre obligatoires onze vaccins pour les enfants de moins de deux ans. Aujourd'hui, seuls trois vaccins sont obligatoires : diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP). Huit autres sont seulement recommandés. Ce sont les vaccins contre la coqueluche, le virus de l'hépatite B, la bactérie *Haemophilus influenzae*, le pneumocoque, le méningocoque C (bactérie provoquant les méningites) et les virus de la rougeole, des oreillons et de la rubéole. *« Le caractère obligatoire et le caractère recommandé des vacccinations apportaient une confusion dans l'esprit des gens. Pour beaucoup, recommandé voulait dire facultatif. Avec cette décision, on met les pendules à l'heure en montrant que toutes ces vaccinations sont sur le même niveau »*, explique Jean-Louis Bensoussan, membre du collège de la médecine générale. C'est à ce titre que le premier vice-président de l'URPS d'Occitanie a siégé, avec une douzaine de membres, au comité d'orientation chargé de la concertation citoyenne sur la vaccination, que présidait le Professeur Alain Fischer, immunologue et qui a rendu ses conclusions fin novembre 2016.
Les dispositions liées à cette décision devraient entrer en vigueur début 2018. Et le texte devrait être intégré dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale qui sera discuté par le Parlement cet automne. L'extension à onze vaccins obligatoires représente 10 injections pour les enfants, étalées sur 2 ans. Au moins 70 % des enfants reçoivent déjà ces 10 injections et 80 % d'entre eux au moins 8 injections.

La décision répond à un problème de santé publique, celui de la réapparition de certaines maladies. Et la rougeole tue encore des enfants. *« La couverture vaccinale est insuffisante en France »*, estime Agnès Buzyn qui a rappelé que pour éradiquer une maladie, le seuil de vaccination doit dépasser 95 %, ce taux se situe entre 70 et 85 % selon les vaccins en France. *« Il y avait un besoin de clarification auprès de la population*, dit le Dr Jean-Louis Bensoussan. *En matière de vaccination, il faut sortir du simple cas individuel et bien comprendre que nous nous plaçons dans la santé collective. Si on n'atteint pas un taux de couverture vaccinale très élevé, la protection collective n'est pas suffisante. »* Et d'ajouter : *« Cette notion de protection collective est difficile à faire passer dans un colloque singulier. Cette décision va aider les médecins à convaincre et à influer sur des personnes hésitantes pour toutes sortes de raisons. »*

Odile FRAYE

LES MÉDECINS LIBÉRAUX PARTICIPENT AU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

LE PRS OU LA CONCERTATION À PETITS PAS

Le projet régional de santé concocté par l'ARS d'Occitanie, comme partout en France, a pour mission de définir et mettre en œuvre la politique de santé de la région pour les quatre ans qui viennent. Il s'agit d'un savant cocktail où l'on combine différents ingrédients déterminants pour l'univers de la santé comme un programme stratégique régional de santé, des schémas d'organisation, de prévention, d'organisation des soins, d'organisation médico-sociale. Et on établit un programme déclinant les modalités d'application de tous ces schémas.
Pour construire ce PRS, il est fait appel à une méthode participative en intégrant au projet les partenaires de terrain. Mais cela ne semble pas aussi simple. *« L'ARS régionale conserve une vision très hospitalo-centrée*, explique un peu désabusé le Dr Olivier Darreye. *À la première réunion du Projet Soins palliatifs, nous avons constaté, par exemple, que seuls deux libéraux étaient présents pour environ 25 participants, et que les représentants des réseaux de proximité avaient été simplement oubliés. »*
Même son de cloche du côté du projet Urgences. *« Sur 700 000 entrées en urgence sur toute la région cette année*, dit Jean-Marc Castadère, médecin généraliste avec une classification urgentiste, *87 % de ces entrées relèvent de la médecine légère, dans la mesure où le pronostic fonctionnel des patients n'est pas mis en jeu. L'URPS a été obligée de rappeler officiellement que les urgences constituaient essentiellement un service d'accueil de patients en ambulatoire. Et nous avons affirmé haut et fort que ce qui se passe dans les services d'urgence, cela concerne notre métier ! »* Cette mise au point semblait justifiée car les médecins libéraux n'avaient pas été conviés au premier rendez-vous consacré au Projet Urgences. *« L'ARS avait souhaité, semble-t-il, que seuls soient présents les urgentistes,* explique le Dr Jean-Marc Castadère. *Nous nous sommes imposés. Aux urgentistes qui se disent débordés et demandent toujours plus de moyens, nous avons dit qu'il fallait que les patients ne nécessitant pas une intervention sur un plateau technique soient redirigés vers le secteur de la médecine libérale. »*
Les médecins de l'URPS présents à cette réunion ont également proposé que soit instaurée une éducation thérapeutique de l'urgence des patients. *« Nous voulons poser la question sur la bonne personne, au bon endroit, avec la bonne compétence pour le bon coût. Aujourd'hui, la gestion de père de famille a quitté l'hôpital, on consomme à tout va. »*
Et Jean-Marc Castadère, qui se dit *« fondamentalement optimiste »*, affirme que *« si nous ne trouvons pas une écoute franche, nous continuerons à nous imposer. »*
Le fait que les médecins de terrain ne soient pas associés véritablement aux réflexions sur les organisations de soins dans le cadre du PRS n'est pas pour satisfaire le Président de l'URPS d'Occitanie. Si le Dr Maurice Bensoussan sait garder la mesure des choses, il n'en mâche pas pour autant ses mots : *« J'aurai souhaité,* dit-il, *une plus grande participation des médecins libéraux à l'élaboration de ce PRS et non pas cette façon de nous adresser des diaporamas et des exposés ficelés qui ne sont pas du tout propices à un réel travail en amont. Cette sorte de concertation démocratique n'est pas satisfaisante, et on ne peut pas construire des organisations de santé sans les médecins libéraux. »* Le Président de l'URPS, qui appelle de ses vœux l'administration à quitter une certaine logique centralisatrice risquant d'être préjudiciable pour tous, estime que *« la médecine ne doit pas être organisée seule par l'État, mais plutôt pensée et construite en fonction des besoins du terrain. »* Selon lui, il sera nécessaire de mettre en place une évaluation indépendante de ce PRS et d'y associer les professionnels : *« Une organisation comme la nôtre doit être informée sur les sommes qui seront distribuées dans le cadre du Fonds d'Intervention Régional. En la matière, nous voulons savoir combien, à qui et pour quoi faire ? »*

Pierre Kerjean

Le premier Projet Régional de Santé d'Occitanie qui constitue la feuille de route de la politique de santé de la Région devait arriver à son terme fin décembre de cette année, le projet suivant être effectif le 1er janvier 2018. Mais, nouveau Président de la République, donc nouveau Ministre de la santé oblige, une date plus éloignée a été arrêtée, il s'agira du 1er avril 2018. Chaque étape d'élaboration du PRS doit faire l'objet d'une concertation auprès des instances de démocratie sanitaires et des partenaires institutionnels.

> SUITE DE LA PAGE 5

DÉPISTAGE

LE CANCER AURA SON CENTRE RÉGIONAL

Alors que quelques organismes de santé des deux anciennes régions fusionnent pour s'inscrire dans la nouvelle entité géographique d'Occitanie, les 12 structures départementales de dépistage des cancers de la nouvelle région vont être réunies sous un Groupement d'intérêt public pour devenir un centre unique de coordination régionale. Pour l'heure on y travaille.

Dans la suite logique de l'application du Plan Cancer 2014-2019 et de la création de la région d'Occitanie, toutes les structures de coordination des dépistages des cancers disséminées sur tous les territoires vont être réunies en une seule à partir du 1er janvier 2019. Objectifs : harmonisation et efficience.

Pour préparer ce changement qui devrait permettre de gagner en efficacité, un groupe régional de liaison associant des représentants de l'ARS, l'INCa, la CNAMTS et l'URPS a été mis en place pour réfléchir aux modalités d'accompagnement. *« À la fin de l'année,* explique le Dr Michel Combier qui participe aux réunions du groupe de liaison, *nous devrions remettre un rapport qui dresse un diagnostic et un état des lieux afin d'élaborer un projet régional d'organisation ».* Les missions du centre concernent tout d'abord la mise en œuvre harmonisée des programmes de dépistage, *« c'est également,* précise le secrétaire général de l'URPS, *l'organisation des relations avec la population par l'information et la sensibilisation. Cela passe aussi par les convocations à des séances de dépistage. Un dépistage dont les programmes feront l'objet d'évaluations pour s'assurer de la qualité du dispositif et de son évolution continue ! »*

Philippe MEURSAULT

POUR S'Y RETROUVER DANS LE MAQUIS DES SIGLES

LE BAL DES ACRONYMES

FORMÉS DES INITIALES DE PLUSIEURS MOTS, *et se prononçant comme un mot normal, les acronymes font florès aujourd'hui dans l'univers administrativo-médical. Revue de détail de ces acronymes dont, parfois, on oublie le sens.*

A **ARS** : Agence Régionale de Santé. Les ARS pilotent en région les politiques de santé définies par le Ministère de la Santé en les adaptant à leurs caractéristiques régionales.

ASIP Santé : l'Agence nationale de Système d'Information dans le domaine de la santé a pour mission d'accompagner le développement de la e-santé.

APPERQUAL : Plateforme d'Appui à la Pertinence et la Qualité des soins. Elle est un regroupement paritaire privé-public de compétences professionnelles au service de l'évaluation, de la qualité et de la sécurité des soins.

C **CESP** : Le Contrat d'Engagement de Service Public est un contrat entre ARS et jeunes diplômés en médecine en vue d'engagement de jeunes médecins s'installant dans des zones spécifiques, contre des avantages financiers.

CMGF : Organisé par le Collège de Médecine générale, le Congrès de Médecine Générale de France se déroule chaque année pour aborder les spécificités de la médecine générale dans la pratique.

CN-URPS-ML : Conférence Nationale des URPS des Médecins Libéraux. Elle regroupe les présidents des URPS de France (voir ci-après).

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé. Initiées professionnellement à l'échelle d'un territoire, plus grandes que les ESP (voir ci-après), elles rassemblent des acteurs assurant les soins de premier et de deuxième recours, et des acteurs médicosociaux.

D **DMP :** Le Dossier Médical Personnel réunit toutes les informations sanitaires concernant un patient (traitements, hospitalisations, spécificités médicales).

DSPP : Le Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie est un support à la pratique en psychiatrie du médecin traitant.

E **ETVPD/ERVPD :** Equipe Territoriale/Régionale de Vieillissement et de Prévention de la Dépendance. Ces équipes sont coordonnées pour mettre en œuvre la politique de santé pour les personnes âgées dépendantes.

ESP : Les Équipes de Soins Primaires sont fondées sur un mode d'organisation coordonnée des professionnels de santé, elles se situent à l'échelle de la patientèle.

L **LFSS :** Loi de Financement de la Sécurité Sociale. Votée chaque année à l'Assemblée nationale, elle finalise et régit les financements liés aux soins.

M **MAIA** : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie. Auparavant appelé Maison pour l'autonomie et l'indépendance des malades d'Alzheimer.

MIS : Montpellier Institut du Sein. Association facilitant le parcours de soins de la patiente atteinte d'un cancer ou présentant un risque familial, gratuitement.

MSP : La Maison de Santé Pluriprofessionnelle est une structure réunissant sur un projet des professionnels de santé de plusieurs ordres (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, dentistes…).

(La suite dans le prochain numéro)

Odile Fraye

DOSSIER

Les nouveaux modes d'organisation territoriale, que cela soit MSP, ESP, CPTS ou PTA, vont, derrière ces acronymes barbares, constituer une véritable révolution des soins de premier et second recours en France. Ceci devrait permettre aux professionnels de santé d'embrasser de nouvelles pratiques fondées sur la collaboration et la coopération, sur la coordination, et sur l'éducation thérapeutique du patient.
Cette révolution tant organisationnelle que culturelle, l'URPS d'Occitanie la soutient de tout son poids. Les médecins libéraux devraient, pour une partie d'entre eux, adopter bientôt ces modes d'organisation territoriale – de nouvelles solutions parmi d'autres –, pour améliorer la qualité des soins, et dans une certaine mesure rejoindre ce qu'on peut appeler symboliquement la grande maison de la santé d'Occitanie de demain.

LES NOUVEAUX MODES D'ORGANISATION TERRITORIALE
La dynamique de la médecine libérale en Occitanie — page 8 à 12

LA MAISON DE CHRISTIAN VEDRENNE
Le précurseur de Saint-Paul-de-Fenouillet — page 9

UNE MAISON DE SANTÉ PLURIDISCIPLINAIRE UNIVERSITAIRE
MSPU + CPTS, une équation toulousaine — page 10

LA MAISON DE MICHEL GALLAND
Les étapes de la MSP de Castelnaudary pour fédérer — page 11

LES NOUVEAUX MODES DE RÉMUNÉRATION
L'aventure a un prix ! — page 12

LES NOUVEAUX MODES D'ORGANISATION TERRITORIALE

LA DYNAMIQUE DE LA MÉDECINE LIBÉRALE EN OCCITANIE

L'image du médecin généraliste partant consulter, la sacoche à la main, à 7 heures du matin et regagnant son domicile à 22 heures, a bel et bien vécu. Aujourd'hui, les médecins ne veulent plus travailler soixante-dix heures par semaine pour assurer les soins. L'histoire de la révolution médicale qui s'opère aujourd'hui commence par là.

« Les jeunes praticiens aspirent à une certaine qualité de la vie tout en assurant la continuité des soins, et ils ont bien raison ! Une mauvaise qualité de vie a forcément un retentissement sur l'exercice professionnel du médecin », explique le Dr Bruno Gay, généraliste, élu de l'URPS, lorsqu'on lui parle de l'avenir du système de soins. Est-ce à dire qu'on ne soignera plus les gens à l'avenir ? Bien au contraire, et pour tenir compte de cette évolution sociétale, des réponses à cette question ont été trouvées. Il a fallu, en parallèle, réfléchir et répondre à une modification démographique et structurelle : moins de médecins et vieillissement de la population médicale, manque d'attractivité pour l'exercice de la médecine générale (seuls 11 % des nouveaux médecins inscrits en 2013 choisissent l'exercice libéral exclusif à l'issue de leurs études), attractivité du salariat pour les jeunes générations (56 % des moins de 35 ans exercent en tant que salariés à l'hôpital) et pour parachever le tout, il a fallu faire face à l'accroissement des inégalités territoriales d'accès aux soins, qui néanmoins, restent limitées à l'heure actuelle.

Bruno Gay, médecin généraliste à Trèbes

La classe la plus âgée des médecins libéraux a décidé de réagir et de prendre le taureau par les cornes. Tout n'est pas venu du haut de la pyramide de l'État, avec une vague irrésistible de plans et décrets, la révolution profonde qu'enregistre ici et maintenant le monde de la médecine libérale est née principalement de la volonté partagée par une multitude de médecins de terrain de s'adapter. Face aux aspirations des jeunes générations qui concourent à une diminution probable du temps médical disponible dans les prochaines années, ces médecins ont fait preuve d'inventivité avec le souci premier de s'organiser.

Olivier Darreye, médecin généraliste à Vayrac, coordonnateur du collège 1 de l'URPS

« Il est impératif de rendre notre métier attractif, explique ainsi le Dr Olivier Darreye, médecin généraliste à Vayrac, coordonnateur du collège 1 de l'URPS, *en créant des conditions de travail correspondant aux volontés des jeunes médecins. Il y a bien sûr le respect des horaires de travail qui sauvegardent la vie privée, mais surtout la volonté de travailler en équipe.*
L'exercice solitaire de la médecine tend à régresser, et demain disparaîtra. »
Parmi les réponses données à cette triple crise démographique, structurelle et sociétale, deux concepts nouveaux, la coordination entre professionnels de santé et la traçabilité, ont pris forme : *« une traçabilité*, explique le Dr Bruno Gay, *qui passe par un dossier médical. Je ne parle pas de ce serpent de mer dont on nous rebat les oreilles, le DMP, mais plutôt d'une mise en réseau : tous les professionnels sont équipés de logiciels informatiques, et chacun est connecté à un serveur qui le met en lien avec le dossier de son patient et le voit évoluer. »*
D'où l'idée d'organiser cette coordination. *« Les structures de coopération d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale*, ajoute le Dr Olivier Darreye, *doivent s'inscrire dans le paysage de l'exercice libéral de demain. »* Voici pour la philosophie de la démarche.
Quelques expériences ont été lancées il y a une dizaine d'années, des outils expérimentaux ont été mis en place par des libéraux déterminés. Il a été alors nécessaire d'harmoniser sur les territoires ces projets, souvent profondément différents, mais tous concourant à offrir les meilleures réponses à la population en matière d'amélioration de la qualité des soins. Le législateur a imposé des directions dans le cadre de lois, et d'une certaine manière a classé les étages, comme des strates successives, d'une future grande maison de la santé.

Christian Vedrenne, médecin généraliste à Saint-Paul de fenouillet

L'organisation la plus élaborée actuellement est la MSP, la **maison de santé pluriprofessionnelle.** C'est un lieu unique correspondant à un nombre de professionnels précis avec une patientèle précise. Cette structure de soins primaires assure, selon le Code de la santé publique, des activités de soins sans hébergement et peut participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. *« Initialement*, explique le Dr Olivier Darreye, *la MSP n'était pas conçue pour faire des consultations sous un même toit. Or, cela a été compris ainsi par les élus locaux qui ont construit à tout-va des maisons. Parfois pour rien. Il manquait l'essentiel, à savoir le projet d'une équipe qui veut travailler ensemble. La maison de santé pluriprofessionnelle repose avant tout sur un projet commun. Elle peut être sur un seul site ou multisite, et comprend plusieurs professionnels médicaux : médecins généralistes, médecins spécialistes, pharmaciens, dentistes, sages-femmes, et professionnels paramédicaux : infirmières, kinésithérapeutes, podologues.*
Tout est conçu de manière à travailler dans de bonnes conditions et ainsi à arriver, par des protocoles et des réunions de coordination, à ce que tous les professionnels de la MSP se coordonnent et surtout communiquent.
C'est un outil performant tenu par des professionnels de premier et deuxième recours. »

> Suite page suivante

LA MAISON DE CHRISTIAN VEDRENNE
Le Précurseur de Saint-Paul-de-Fenouillet

Sa joie de vivre et sa faconde font de lui un battant. Rien d'étonnant à ce que le Dr Christian Vedrenne, 57 ans, ait créé en 2012 la première maison de santé pluriprofessionnelle des Pyrénées Orientales et une des toutes premières du Languedoc-Roussillon !

> **Ça m'a changé la vie, j'avais toujours travaillé seul depuis plus de vingt ans.**

D'essuyer les plâtres pour mettre en place un tel projet dans un contexte difficile (il n'y avait plus un seul médecin dans le chef-lieu du canton en 2006 !) n'a en rien entamé sa bonne humeur. Installé dans son cabinet à Maury, neuf cents habitants, un joli petit village niché sur les contreforts des Corbières, Christian Vedrenne se souvient avoir mis six ans avant d'ouvrir la MSP : *« Ça m'a changé la vie*, explique-t-il. *J'avais toujours travaillé seul depuis plus de vingt ans. Les médecins de ma région s'ignoraient, voire parfois se considéraient avec agressivité, essayant de se piquer mutuellement leurs patients. Aujourd'hui, il y a un vrai changement de comportement. Et les patients ont adhéré plus rapidement que je ne le pensais. »*
18 professionnels travaillent à temps plein dans la maison d'une superficie de 560 m2, construite pour un million d'euros par la Communauté de communes : quatre médecins généralistes, sept infirmiers, deux dentistes, une diététicienne, un pédicure – podologue, une psychologue, une psychomotricienne et également un audioprothésiste.

Plusieurs spécialistes (cardiologues et gynécologues) viennent de Perpignan, deux fois par mois, en prenant sur leur temps de congé. *« Jamais*, lui a fait remarquer un jour une patiente, *je n'aurai pensé pouvoir bénéficier d'une consultation d'un gynécologue à Saint-Paul-de-Fenouillet et par là même éviter de faire 80 kilomètres. »*
Institué *de facto* missi dominici de l'URPS, Christian Vedrenne a fait longtemps le tour des départements de la région pour présenter le concept de MSP. À tous les médecins venus l'écouter, il a bien sûr parlé des nouvelles relations avec la patientèle, mais aussi des actions ponctuelles menées par la MSP de Saint-Paul-de-Fenouillet avec des spécialistes de Perpignan pour, par exemple, faire un diagnostic précoce de la BPCO ou initier un dépistage de la rétinopathie diabétique ; parler également de la gestion (une coordinatrice payée dans le cadre des NMR a été embauchée en janvier 2017) et de la gouvernance.
« Cette MSP serait donc une réussite, c'est du moins ce que nous disent tous les jours nos patients, souligne en souriant Christian Vedrenne. *Je préfère écouter, ne rien dire et rester humble. »*

Pierre KERJEAN

MSP UNIVERSITAIRE

MSPU + CPTS, L'ÉQUATION TOULOUSAINE

Une maison de santé pluriprofessionnelle universitaire a ouvert ses portes fin juillet dans le quartier Camille Pujol de Toulouse. Une grande première dans la France médicale d'aujourd'hui !

Le déficit démographique des médecins annoncé dans l'agglomération toulousaine n'a pas échappé à Michel Combier : *« dans cinq ans,* dit-il, *20 % de ses habitants risquent de ne pas trouver de médecins traitants et dans dix ans, pas moins de 400 généralistes vont manquer ! »* Pour répondre à ce déficit, la création de MSP peut constituer une solution adaptée. Le secrétaire général de l'URPS, généraliste dont le cabinet est proche du quartier Camille Pujol au Nord-Est de Toulouse, a répondu aussitôt présent à l'appel lorsque des confrères lui ont demandé de les rejoindre dans une maison de santé pluriprofessionnelle qu'ils étaient en train de monter. *« Je suis à quatre, cinq ans de la retraite, en rejoignant la maison de santé, je peux assurer sereinement la continuité pour ma patientèle. »*

Dr Michel Combier, secrétaire général de l'URPS d'Occitanie

Dr Marie-Josée Renaudie, Gynécologue à la MSPU

Pr Stéphane Oustric, professeur des Universités

Cette « MSP La Providence », à proximité de la Caserne Pérignon, a la particularité de valoriser grandement ce projet monté par une équipe d'une dizaine de médecins et d'infirmiers : en effet, elle ajoutera bientôt à son titre la mention *Universitaire* et deviendra ainsi une MSPU. L'idée vient d'un médecin généraliste, professeur des Universités de la faculté de Toulouse. Plus de dix ans après avoir imaginé et conceptualisé un tel projet, et en s'inspirant de l'expérience d'autres confrères notamment en ex-Languedoc Roussillon, le Pr Stéphane Oustric a eu la ténacité et l'énergie de mener à son terme cette future maison universitaire. *« Cette maison,* explique-t-il, *va accueillir aussi de jeunes étudiants et des internes pour se former à l'exercice de la médecine et à la spécialité « médecine générale ». Ils vont travailler dans de bonnes conditions et partager nos pratiques médicales de premier recours. »*
Ils sont reçus dans le cadre de stage de six mois. *« Ce n'est possible que dans la mesure où les neuf médecins déjà associés (sept généralistes, un dermatologue, une gynécologue médicale, un psychiatre et un endocrinologue en attente) sont tous maîtres de stages des universités. Cet exercice va permettre d'arrêter pour partie l'hémorragie, si d'autres confrères nous emboitent le pas, et de retenir les médecins pour exercer dans des cabinets en ville,* souligne le Dr Marie-Josée Renaudie, membre de l'équipe.

Cette dimension universitaire, essentielle, voulue par le Pr Stéphane Oustric, va profiter pleinement à la MSPU : *« Avec ces stages*, les jeunes médecins vont nous apporter énormément, remettre en question, et en permanence, nos pratiques, par une actualisation de nos connaissances et par une participation à la formation continue des médecins. Cette démarche positive de formation s'accompagne de travaux de recherche en situation ambulatoire et de soins premiers. Pour cela, nous sommes en train d'enclencher le codage de tous nos actes afin d'évaluer nos pratiques et recueillir des données fiables de nos actes ambulatoires de soins premiers. Dans ce travail de recherche, nous analyserons des critères de démarche médicale très différents (la personne dans sa globalité, son environnement, ses environnants qui interagissent, ses conditions de vie socio-économiques notamment, sa santé professionnelle et psychologique) qui entrent dans la décision médicale. Nous sommes dans la gestion de l'incertitude permanente, mais nous devons appréhender tous les éléments de soins, en contexte de soins premiers, pour nous aider à réduire cette incertitude. »*
Pour renforcer l'action de la MSPU, l'équipe a participé à la création d'une Communauté professionnelle territoriale de santé qui compte plus de 70 professionnels. Présidée par Michel Combier, la CPTS va permettre sur ce quartier de Toulouse une collaboration active avec des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes, des infirmiers, des kinésithérapeutes, des orthophonistes, des orthoptistes, des psychomotriciens, des psychologues, des podologues installés sur d'autres sites. Elle a décidé également d'innover en matière de recherche en collaborant dès sa création avec la clinique du Château de Vernhes (Dr Sanguignol) et le Gérontopole du CHU (Pr Vellas) : les patients autonomes en situation d'obésité ou les personnes âgées fragiles pourront, sur prescription médicale, participer, dans une salle d'activité physique adaptée santé, à un travail de recherche sur le bénéfice de l'activité physique au quotidien. En somme, la MSPU de Toulouse, une équation à plusieurs solutions !

Odile FRAYE

(*) Depuis 2004, les internes en médecine générale sont formés dans des cabinets de généraliste. En Occitanie, plus de 1 000 médecins généralistes maîtres de stage des universités reçoivent régulièrement en stages d'une durée de six mois des internes et d'une durée de six semaines des jeunes externes."

LES NOUVEAUX MODES D'ORGANISATION TERRITORIALE

> Suite de la page précédente

Plus légères à organiser, les Equipes de Soins Primaires -ESP, constituent une brique de l'organisation de proximité. Elles fédèrent plusieurs professionnels de santé, dont au moins un médecin généraliste. Mode d'organisation coordonnée, une ESP peut comprendre ou non un projet immobilier, être constituée sur un ou plusieurs sites. *« Lorsqu'elles ne prennent pas la forme d'une MSP ou de centres de santé,* souligne le Dr Olivier Darreye, *les équipes de soins primaires s'inscrivent dans une dynamique qui peut les amener à évoluer vers un exercice plus coordonné. La création d'une ESP est à l'initiative d'un des professionnels de santé impliqués et elle couvre des thématiques variables issues du choix de ses membres (patients vulnérables, soins palliatifs, soins non programmés). »*

Le troisième étage, la troisième strate, les CPTS ! Derrière l'acronyme, se dévoilent **les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé.** On agrandit encore le territoire, on quitte la patientèle de plusieurs médecins pour se consacrer à une population. *« Le projet CPTS qui rassemble des acteurs assurant les soins de premier et de deuxième recours, des acteurs médicaux, sociaux et médico-sociaux s'articule et se développe sur un bassin de vie afin de régler des problématiques communes,* explique le Dr Olivier Darreye.
Il peut s'agir d'un canton ou de plusieurs, ou d'un morceau de département. La CPTS se base sur une population de 20 000 à 40 000 habitants, nous sommes à l'échelle d'une petite ville, ou d'un quartier d'une grande ville. »
Dans une CPTS, les objectifs qu'on lui assigne sont comparables à ceux des MSP, à savoir coordination et santé publique. *« C'est à cette échelle que l'on peut mener des actions de santé publique. Ce que l'on ne fait pas avec 4 000 patients, on le fait avec 40 000. Faire par exemple du dépistage de la fragilité ou de l'éducation thérapeutique est plus envisageable à grande échelle que sur un petit territoire ».*
Ces trois étages peuvent s'accompagner d'un soutien : les PTA. **Les Plates-formes Territoriales d'Appui** ont vocation à aider les professionnels de santé confrontés à des difficultés inhérentes au parcours de santé complexe de certains patients. Elles ont comme fonctions l'information et l'orientation vers des ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire, l'appui à l'organisation des parcours complexes (évaluations sanitaires et sociales, appui à l'organisation et à la concertation entre les professionnels, planification de la prise en charge) et le soutien aux initiatives professionnelles, comme les ESP et les CPTS, pour la mise en œuvre de leurs projets. L'organisation en Occitanie est en cours de construction, elle accueillera demain toutes les nouvelles solutions pour améliorer la qualité des soins tout en s'adaptant aux changements sociaux du monde médical. La loi de santé est votée, les décrets sont promulgués, des expériences sont lancées, d'autres sont dans les cartons, certains médecins peaufinent leur projet avant de les soumettre à l'Agence régionale de santé, et chacun réfléchit à son propre avenir et à l'avenir commun. Néanmoins, la brise est légère et ceux qui veulent voguer vers ces terres nouvelles sont encore peu nombreux. *« Les médecins libéraux ne sont pas frileux pour y aller,* souligne le Dr Bruno Gay, *ils manquent de temps. Tellement occupés par leur profession, ils ont des difficultés à monter des projets complexes.*
Pour créer une maison de santé pluriprofessionnelle, il faut s'y consacrer pendant deux à trois ans.

> Suite page suivante

> "Les médecins libéraux ne sont pas frileux pour se lancer dans cette aventure, mais ils manquent de temps"

Le siège de l'ARS d'Occitanie à Montpellier

LA MAISON DE MICHEL GALLAND

LES ÉTAPES DE LA MSP DE CASTELNAUDARY POUR FÉDÉRER

Une opération audoise de collaboration et de coordination est sur les starting blocks près de Castelnaudary.

« Que je me trouve à 7 km, à 10 km ou 13 km de Castelnaudary, le chef-lieu de canton du Bassin Chaurien, qui compte 20 000 habitants, je peux me connecter à ma tablette et avoir accès au dossier de chaque patient. Les 9 médecins et autres professionnels de santé (nous sommes trente en tout, du pharmacien à la sagefemme) de l'association des professionnels de santé du Bassin Chaurien vont tous travailler sur le même logiciel et avoir un droit d'accès au serveur, qui sera différent selon leur profil. Cette facilité qu'offrent aujourd'hui les nouvelles technologies a permis, selon le Dr Michel Galland, *de poser la première brique de cette opération audoise de collaboration et de coordination médicale. Cette première étape a permis de fédérer tout le monde ou presque : deux généralistes sont réticents, mais je sais qu'un jour ils nous rejoindront,* dit-il. *La seconde étape sera l'ouverture d'une maison de santé pluriprofessionnelle deux ans après le lancement de notre association. On n'a pas encore arrêté notre choix, je pense qu'on va retenir un bâtiment proposé par la Communauté de communes. »* Après le choix du site, l'association attend la session départementale du Comité de sélection des MSP qui doit se tenir en septembre prochain, six mois après le dépôt du dossier à l'ARS. *« Nous espérons avoir rapidement des fonds afin d'embaucher un cadre coordinateur pour la gestion au quotidien de la maison. Ensuite nous créerons une SISA pour bénéficier des NMR et payer ainsi les frais de fonctionnement de l'association. Tout cela est long, mais cela finit par se faire. »*

PM

Dr Michel Galland, médecin généraliste à Labastide d'Anjou

LES NOUVEAUX MODES D'ORGANISATION TERRITORIALES

MAISONS DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLES EN OCCITANIE EN 2017

Structures labellisées **124**

Structures ouvertes **86**

Dont situées dans le zonage (75,6 % des structures ouvertes) **65**

Dont bénéficiant des NMR (46,5 % des structures ouvertes) **40**

LES NOUVEAUX MODES DE RÉMUNÉRATION L'AVENTURE A UN PRIX !

Monter tous les projets qui vont servir de fondations à la grande maison de la santé d'Occitanie doit conduire à un financement spécifique donc à des rémunérations spécifiques. Un accord à cet effet a été signé au printemps. Visite guidée dans les méandres des nouveaux modes de rémunération par Camille Ricart, qui travaille sur le sujet à l'URPS d'Occitanie.

« Les médecins qui travaillent déjà beaucoup auprès de leur patientèle vont consacrer du temps supplémentaire pour lancer ces opérations, dit Camille Ricart, chargée de mission auprès de l'URPS - Médecins libéraux d'Occitanie. *Ils ne le feront que si une logique financière accompagne les projets. N'oublions pas que les libéraux sont payés à l'acte. »* Aujourd'hui tout se met en place. Les projets fleurissent, la législation s'affine, tant en ce qui concerne les plans d'application que les plans de financement. Le cadre définitif commence à se dessiner et bénéficie déjà à certaines organisations pluriprofessionnelles en Région. Un accord signé en avril dernier entre la Caisse nationale d'assurance maladie et les syndicats des professionnels de santé, **l'ACI** (accord conventionnel interprofessionnel), va délimiter le champ des conventions que vont passer les organisations avec les tutelles de la santé, qui leur permettront d'accéder à des rémunérations appropriées. Si l'ARS accorde la labellisation des projets, c'est la Caisse d'assurance maladie qui est l'organisme payeur.

« La rémunération à laquelle peut prétendre l'organisation pluriprofessionnelle est calculée sur la base d'une série d'indicateurs, explique Camille Ricart. *A chaque indicateur correspond un nombre de points, qui peut être fixe quelle que soit la taille de la structure, ou variable en fonction de la taille de la patientèle prise en charge par la structure. Les indicateurs prérequis et socles sont indispensables, les indicateurs optionnels permettent d'accroitre la rémunération. »* Les indicateurs prérequis sont organisés autour de trois axes : l'accès aux soins, la qualité et la coordination des soins et l'appui d'un système d'information partagé. L'accès aux soins, ce sont d'abord les heures d'ouverture : la structure doit être ouverte de 8h à 20h en semaine et de 8h à 12h le samedi et pendant les congés scolaires pour obtenir la rémunération maximale. L'ACI est venue apporter de la souplesse pour ce critère en minorant le nombre de points attribués avec des horaires d'ouverture plus réduits. C'est également l'accès à des soins non programmés chaque jour ouvré. Les indicateurs pour la qualité et la coordination des soins concernent le travail en équipe, l'élaboration de protocoles et l'organisation de réunions. Enfin pour l'appui d'un système d'information partagé, la structure doit disposer d'un système d'information labellisé par l'ASIP Santé. Une fois tous ces critères remplis, la rémunération annuelle de la structure est fixée en fonction de la patientèle et de l'atteinte des indicateurs définis. *« A titre d'exemple qui fait suite à un calcul effectué par l'Assurance maladie, une maison de santé composée de 13 professionnels de santé disposant d'une patientèle de 4 000 personnes, qui atteindrait l'ensemble des engagements, verrait sa rémunération s'élever à 73 000€ environ grâce à l'ACI. »* Ces sommes permettent aux maisons de santé pluriprofessionnelles, constituées en SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires), de créer au moins des postes pour la coordination et le secrétariat. Une aide non négligeable pour se lancer dans l'aventure. *Pierre KERJEAN*

> Suite de la page précédente

Ce qui les effraie également est le montant de l'investissement. Certes l'ARS va donner des aides financières, mais elles ne seront pas forcément suffisantes (voir encadré ci-dessus).

La seconde problématique est liée à cette révolution culturelle, fondée sur la coordination et la traçabilité, qui pour tous les professionnels libéraux demande un temps d'acquisition. Ainsi les MSP ne représentent qu'environ 5 % des modes d'exercice en France. Il faut aider les médecins à faire le pas. Le maillage des soins primaires est relativement correct dans notre pays. Si on ne le fortifie pas, il va disparaître et cela constituera une catastrophe sanitaire. »

D'autres libéraux se veulent plus optimistes et considèrent qu'on n'aura pas à arrêter un mouvement en marche qui doit conduire à l'édification de cette grande maison de la santé d'Occitanie, au sein de laquelle toutes ces nouvelles organisations territoriales trouveront leur place et se développeront.

« Comme les jeunes ne veulent pas de l'exercice solitaire, les MSP passeront de 5 % à 50 % quand ma génération arrivera à la retraite, conclut le Dr Christian Vedrenne, un précurseur des maisons de santé en Occitanie (voir en page 9). *Vous verrez, cela va aller très vite ! »*

L J-D

APRÈS LES 6ES RENCONTRES DE L'URPS D'OCCITANIE

LA LEÇON DE LA GRANDE MOTTE

Un seul mot sur toutes les lèvres : satisfaction ! En début d'après-midi, ce samedi 10 juin, à l'issue des 6es rencontres de la Grande Motte, tous les participants du rendez-vous ont pu afficher, avec une franchise souriante, leur contentement. À juste raison.
Ces rencontres, au cours desquelles les mots partenariat non pyramidal, partage de soins efficient, solution collaborative, réflexion sur une médecine adaptée à demain, trouvent un véritable sens pour faire évoluer les pratiques professionnelles de santé, constituent une réelle réussite et participent du changement du monde médical en Occitanie et dans l'Hexagone. Un changement qui ne peut se développer qu'à l'initiative et la volonté des acteurs de santé eux-mêmes, soucieux d'être les porteurs d'un projet ! C'est la grande leçon de la Grande Motte à retenir.

Le 10 juin dernier, la petite centaine de personnes installées dans le grand salon de l'Hôtel Mercure face à la Méditerranée a pu débattre en toute liberté pendant près de quatre heures sur les organisations innovantes en santé lancées par l'URPS d'Occitanie. Et ce d'autant que les médecins libéraux qui étaient là en grande majorité, placés face à deux directeurs d'hôpital, celui de Montpellier et celui de Toulouse, au président du CESER, Jean-Louis Chauzy, et aux administratifs de l'Agence de Santé Régionale, conduits par Monique Cavalier, directrice de l'ARS, n'avaient pas l'intention de remiser leur franc-parler.

" Nous n'avons pas fait dans la langue de bois ", soulignait, enchanté, le Dr Michel Combier en fin de matinée. D'une certaine manière, avec ces 6es rencontres, l'URPS d'Occitanie faisait déjà la preuve, 18 mois après sa création, de sa maturité. Il paraissait, certes, essentiel de mettre au même niveau de connaissance tous les participants sur les quatre principales innovations que l'URPS porte avec une réelle détermination, mais ce qu'il reste de cette journée et qui a été distillé durant les débats prend la forme de deux volontés que pousse, comme des fers au feu, le Président Maurice Bensoussan : le renforcement de la collaboration effective entre tous les professionnels de santé de la région dont les médecins libéraux, soutenu par ce désir partagé de faire évoluer les pratiques de soins d'une part, et le rééquilibrage de la relation entre la médecine libérale et l'administration régionale de santé pour mieux y parvenir d'autre part.

Si cette première volonté semble emprunter le bon chemin, on pourrait penser de même avec la seconde volonté au regard de la présence de la directrice de l'ARS, de bout en bout de cette journée, qui a marqué un intérêt prononcé pour chacun des débats. Le Dr Jean-Louis Bensoussan, estimant ainsi que ce colloque avait été *« une réelle réussite avec des grands moments forts »*, soulignait à l'issue des rencontres *« l'importance que l'ARS, en voyant précisément ce que l'on veut faire et ce que l'on fait actuellement, comprenne que nous souhaitons aller plus loin dans le partenariat. Cette compréhension nous autorisera de faire accélérer le processus. »*

> Suite page suivante

APRÈS LES 6ES RENCONTRES DE L'URPS D'OCCITANIE

LA LEÇON DE LA GRANDE MOTTE

> Suite de la page précédente

Quatre innovations, quatre organisations, quatre tables rondes. Une sorte de mise en valeur des travaux que mène l'URPS, pour certains d'entre eux depuis longtemps, avec constance et opiniâtreté. L'intervention pertinente du Professeur Laurent Schmitt, Président de la Commission Médicale d'Établissement du CHU de Toulouse, sur le DSPP, première innovation, première table ronde, a pu apporter la preuve de l'utilité de ce dispositif de soins partagés en psychiatrie et en santé mentale. *« Cela fait plaisir de voir que des hospitaliers ont envie de travailler avec les médecins libéraux »*, remarquait un généraliste dans la salle. Après avoir indiqué que *« l'écueil serait que le DSPP soit perçu comme un dispositif exclusivement psychiatrique »*, le Pr Laurent Schmitt soulignait *« le rôle clé du médecin généraliste pour la santé mentale et la psychiatrie »*. Et d'ajouter : *« pour dépasser une mauvaise collaboration qui s'est installée entre généralistes et psychiatres, il s'agira de donner les meilleures réponses aux médecins, dans le meilleur temps, et les aider, par un transfert de compétences psychiatriques, à faire évoluer leur pratique. »*

Pour le président Maurice Bensoussan, *« tout repose sur le concept essentiel de partage de soins. Il est un levier important d'évolution des pratiques professionnelles qui repose sur un triple partenariat à fortifier, celui entre le médecin ambulatoire, le médecin hospitalier et le médecin libéral. »*

Autre champ où s'exprime le collaboratif et qui constituait la seconde tribune : la mise en place des plateformes territoriales d'appui. Chargées de prendre en charge des situations complexes et venir en aide aux professionnels, les PTA sont d'abord des structures d'aide aux médecins pour le maintien à domicile. En coordonnant l'action des dispositifs existants, elles visent à optimiser le parcours de santé des usagers. Pour le Dr Éric Coué, médecin généraliste, président du réseau de santé gériatrique de la moyenne et haute Vallée de l'Aude, la plateforme qu'il est en train de créer dans l'Est-Audois *« ne sera pas une couche supplémentaire du mille-feuilles ; elle ne sera pas un accès au grand public ; elle ne sera pas non plus une réponse aux demandes de placement en urgence. La PTA sera là pour aider le médecin généraliste, qui manque de connaissance de l'offre de soins sur le territoire, à orienter son patient vers le professionnel ou la structure médicale ou médico-sociale adaptée. »*

Là encore, ce genre de projet ne peut trouver son accomplissement qu'au travers un homme ou un groupe professionnel de santé, qui en est à l'initiative et qui le mène à son terme. À cet égard, la gouvernance des Plateformes, expliquait le Dr Guilaine Kieffer-Desgrippes, présidente de l'URPS Médecins libéraux Grand Est, forte de 18 projets de PTA menées dans sa région, *« doit revenir à ces porteurs de projet, les médecins libéraux, ou leur accorder pour le moins une minorité de blocage. En l'espèce, ce n'est pas le pouvoir pour le pouvoir, simplement parce que les médecins libéraux doivent donner leur avis* in fine *sur leur outil. »*

Un bel exemple de coordination entre les professionnels de santé libéraux pour créer une dynamique de parcours de soins, le MIS l'a donné à la Grande Motte en présentant son long cheminement et sa réussite à Montpellier et au delà. Le Montpellier Institut du Sein, un réseau de soin qui a fait l'objet de la troisième table ronde, améliore la prise en charge des patientes atteintes de cancer du sein : *« Il a été créé pour les patientes et par les patientes*, expliquait le chirurgien Pierre Bertrand, vice-Président du MIS. *Souvent perdues dans le parcours de soins difficile du cancer du sein, elles ont besoin d'être orientées et informées à chaque étape de leur maladie. »* Une kyrielle de praticiens, une soixantaine ! (du radiologue au chirurgien, du kinésithérapeute à l'assistante sociale, de l'ostéopathe au cardiologue, en passant par l'infirmière, le diététicien et le psychologue), suit les patientes du dépistage jusqu'à l'après-traitement. *« Ce réseau ne peut pas fonctionner qu'avec les seuls praticiens*, complétait Pierre Bertrand, *nous avons été obligés de nous appuyer sur une équipe de gestion qui coordonne les interventions des nombreux professionnels dont les patientes ont besoin. »* Les patientes qui bénéficient de ce service de qualité gratuit se disent satisfaites de cette coordination, 92 % d'entre elles considèrent qu'il améliore profondément leur parcours de soin. *« L'idée a été lancée il y a dix ans, aujourd'hui le MIS a atteint l'âge adulte. Et nous commençons à faire des enfants, avant de créer demain, qui sait, une fédération des réseaux de prise en charge des cancers du sein. »*

Nous avons pu, grâce aux leçons du MIS, monter rapidement un réseau de proximité avec des acteurs de proximité

Parmi les enfants, l'Institut du Sein de Charente-Maritime né il y a un an s'est lancé avec l'appui du MIS : *« Nous avons été formés par le Montpellier Institut du Sein, ce qui nous a fait griller avantageusement des étapes*, reconnaissait le Dr Loïc de Poncheville, chirurgien à La Rochelle et président de l'Institut. Il ajoutait : *«, nous avons su nous organiser pour un réel travail collaboratif. Surtout dans un contexte ambulatoire, en effet, on opère 80 % des patientes atteintes d'un cancer du sein en ambulatoire. »*

Ce qui faisait dire à un des intervenants de la table ronde, le Dr Éric Bauvin, coordinateur de l'ONCOMIP : *« Dans ce genre de projet, s'il n'y a pas de collaboration entre les acteurs, c'est qu'initialement ils ne sont pas organisés. On le voit parfaitement dans le cadre de la collaboration entre l'hôpital et la ville, l'organisation est la règle. »*

Quel contour aura demain la SRA appelée APPERQUAL, structure régionale d'appui à la qualité et à la pertinence des soins, dans laquelle la médecine libérale souhaite occuper une place prépondérante, notamment en matière de gouvernance ? Cette question sur le devenir d'un organisme en gestation, le chirurgien plasticien Jean-Luc Baron, trésorier de la structure d'appui, a essayé d'y répondre au cours de la dernière table ronde en rappelant qu'APPERQUAL *« n'est pas en soi une innovation, puisque les premières structures d'évaluation datent de 1996 ; elles se sont tournées vers les établissements de soins et les médecins de santé publique, et moins vers les médecins de ville. La nouveauté vient du fait qu'APPERQUAL veut installer une relation de confiance avec tous les professionnels de santé, dans la mesure où nous sommes dans une démarche d'accompagnement à un vaste changement culturel. »*

On sait aujourd'hui que la gestion des risques est une démarche essentielle pour améliorer la qualité et la sécurité des soins en établissement de santé et en médecine de ville. APPERQUAL, organisme professionnel indépendant des tutelles, dédié à l'amélioration de la sécurité des soins dispose de deux principaux leviers : l'identification et la coordonnation de

> Suite page suivante

3 QUESTIONS À MAURICE BENSOUSSAN

UN GRAND INTÉRÊT POUR LE MONDE LIBÉRAL

De l'avis général, les 6es rencontres de l'URPS ont été une réussite. Avez-vous atteint pour cette journée de travail les objectifs que vous vous étiez fixés ?

« Nous n'avons pas une approche fermée de ce que nous attendons des Rencontres. L'ambiance générale est clairement celle d'un plaisir partagé, d'une satisfaction sans doute due à la qualité des débats, à l'authenticité des échanges échappant à l'ennui malgré la densité du programme. La confrontation de points de vue différents s'est faite dans le respect et l'intelligence. En ce sens, oui, nos objectifs sont atteints, car nous avons voulu présenter nos actions, nos réalisations, non pour afficher une satisfaction figée, mais pour nous inscrire dans des évolutions dynamiques et chercher à nous améliorer.

Pensez-vous que ces rencontres 2017 vont faire bouger les lignes de l'action de l'URPS ?

Ce n'est pas notre objectif. Nous voulons que les Rencontres restent un rendez-vous d'échanges, de confrontations dans une ouverture qui dépasse le seul espace de la médecine libérale. L'intérêt de nos pratiques libérales n'existe que si l'on considère l'ensemble de la médecine. C'est un équilibre au service du patient, socle de la qualité de notre système de santé. L'URPS n'est pas un club de supporters. Bien sûr, nous voulons valoriser nos actions, surtout que les médecins libéraux ont été bien malmenés ces dernières années. Mais notre motivation essentielle reste la médecine, l'amélioration de nos pratiques et de nos organisations pour le bien de nos patients. Chacune des tables rondes a montré cet engagement.

La directrice de l'ARS a pris des engagements le 10 juin. En êtes-vous satisfait ?

Malgré des responsabilités hors normes, et dans une période particulière pour le pays, Monique Cavalier, que nous remercions, a été présente du début à la fin de nos journées. C'est un signe fort d'intérêt pour le monde libéral et nous le saluons. Nous sommes dans une période de profonde mutation de notre système de santé. Nous savons que les rapports avec l'Agence Régionale de Santé peuvent être difficiles, tendus, jalonnés de frustrations, mais notre responsabilité est d'accompagner ensemble ces changements. Nous savons que, ni elle, ni nous, ne nous déroberons. "

Jean-Luc Baron, chirurgien plasticien, et trésorier de l'APPERQUAL

6ES RENCONTRES DE L'URPS D'OCCITANIE : CE QUI N'A PAS ÉTÉ DIT

L'AVIS D'ÉRIC BAUVIN, COORDINATEUR D'ONCOMIP

FAVORISER LA COLLABORATION

LE Dr ÉRIC BAUVIN, coordinateur du réseau ONCOMIP (réseau régional de cancérologie de Midi-Pyrénées) a suivi, en tant que discutant, la présentation du MIS. Il a évoqué à cette occasion l'organisation de la coordination entre acteurs et structures. Il insiste sur ce point dans nos colonnes.

Aux yeux du Dr Éric Bauvin, qui a étudié l'exemple du *Montpellier Institut du Sein*, **l'organisation de plusieurs professionnels de santé pour améliorer la pratique médicale est de nos jours le nerf de la guerre :** *« En se regroupant à plusieurs, on est plus fort. En matière de cancérologie,* dit-il, *il est demandé aux oncologues d'être en même temps des experts dans de nombreux domaines, mais aussi parallèlement, de se coordonner avec le médecin de ville. Il est difficile d'arriver à relever ces défis en restant isolé. Au sein d'un groupe, un professionnel peut prendre la casquette coordination ville-hôpital et développer des outils adaptés, un autre la casquette soins de support, et ainsi de suite. Le risque est que les acteurs se mettent en concurrence et ne collaborent pas entre eux : je comprends que l'on souhaite le meilleur pour sa structure (CHU, Centre anti-cancéreux, Établissement privé, Centre hospitalier général) et que l'on fasse ce qu'il faut pour la développer. Mais le fait de se regrouper ne signifie pas pour autant qu'il faille être complètement isolé. Sur certains sujets, on doit apprécier ses limites et chercher à passer à un étage supérieur de collaboration. C'est l'accès à la recherche clinique, aux RCP de recours, mais aussi le partage de certaines techniques aux compétences rares et complexes. Le recours doit se faire de façon transversale en collaboration entre structures universaires et non universitaires. Ainsi la taille atteinte par le MIS doit lui permettre d'être autonome sur de nombreux sujets (soins de support…) mais aussi de mieux s'organiser pour renforcer le lien avec les établissements universitaires ; ensemble ils seront meilleurs pour l'accès des patientes aux soins de recours. »* PM

LA RÉPONSE DE JEAN-LOUIS BENSOUSSAN

LA BONNE DIMENSION D'UNE PTA

Il n'y a pas de modèle unique pour créer une PTA. C'est du moins l'avis du Dr Guilaine Kieffer-Desgrippes, présidente de l'URPS Médecins libéraux Grand Est, qui en veut pour preuve des expériences au niveau d'un département (Alsace) ou d'un quartier d'une grande ville (Strasbourg). En Occitanie, les avis semblent diverger. Nous avons posé la question à Jean-Louis Bensoussan, premier vice-président de l'URPS.

Quelle dimension pour une plateforme territoriale d'appui ? Micro-locale ? Départementale ? Régionale ? Voire nationale ? Le Dr Jean-Louis Bensoussan donne sa réponse : *« La bonne dimension doit correspondre à un territoire qui répond aux besoins des professionnels de santé et à leur problématique. On ne crée pas une PTA sur un périmètre donné pour s'adresser ensuite aux praticiens inclus dans cette espace et leur demander comment ils vont utiliser cette PTA. Il faut faire l'inverse et dire à des professionnels qui ont l'habitude de travailler ensemble : quel est le bon territoire qui semble correspondre à vos besoins ? Ce sont les professionnels qui décident, qui portent le projet et qui choisissent un canton, deux cantons, un département… Ceci étant, une PTA n'est pas immuable, son périmètre peut évoluer. En fonction des besoins des médecins, la cartographie est amenée à bouger dans le temps. »* Le vice-président de l'URPS précise sa pensée : *« Il est inintéressant de construire une seule plateforme sur Toulouse, mais il faut en faire plusieurs sur l'agglomération. Nous devons toujours raisonner en matière de proximité.*
Par exemple, les médecins se sont organisés pour la permanence des soins et ont créé eux-mêmes leur territoire.

Jean-Louis Bensoussan, premier vice-président de l'URPS

Ces territoires ont une certaine logique, ils sont connus, identifiés, les médecins y travaillent ensemble depuis de très nombreuses années, ils ont appris à se connaître. Cet exemple peut constituer une excellente base de départ. En partant de ces permanences de soins et de ce territoire, on peut demander aux professionnels d'envisager de porter une réflexion sur un projet de santé plus large.» PK

L'AVIS DE RAYMOND LE MOING, DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CHU DE TOULOUSE

GOMMER LES RAISONS DE CRISPATION ENTRE L'HÔPITAL ET LA MÉDECINE DE VILLE

Présent à la Grande Motte pour débattre des perspectives d'une démarche qualité APPERQUAL en partenariat avec l'URPS et l'ARS, Raymond Le Moing, Directeur général du CHU de Toulouse, revient pour MÉDECIN D'OCCITANIE sur les pistes pour rendre optimale l'articulation entre hôpital et médecine de ville.

Que pensez-vous des relations en Occitanie entre la médecine libérale et l'Hôpital ?
Toutes les régions ont leur histoire, et celle à construire au sein de la nouvelle région Occitanie dépendra largement de ce qui a été développé respectivement en Occitanie Ouest (ex-région Midi-Pyrénées) et Occitanie Est (ex-région Languedoc-Roussillon). Plus largement, l'URPS a pris le tournant de la grande région, et il importe de garantir à l'URPS de ne pas devoir gérer autant d'interfaces qu'il y a d'établissements publics de santé. Sans pour autant vouloir tout harmoniser, il est possible de travailler entre les trois CHU de la région (Toulouse, Montpellier et Nîmes) et l'URPS : les responsables institutionnels se connaissent et ont déjà l'habitude de travailler ensemble.
Les perspectives tracées collectivement pour travailler au sein d'une seule et même structure régionale d'appui aux démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins vont dans ce sens.

Quels sont les points délicats à améliorer pour rendre ses relations plus fluides et plus efficaces ?
Trois points de crispation avivent régulièrement les relations entre l'hôpital et la médecine de ville. Tout d'abord, les difficultés d'accès aux services de spécialité de l'hôpital, aussi bien en termes d'accès rapide à un confrère que de réponses à des demandes de rendez-vous ; la fluidité et la qualité des parcours des patients commencent dès l'étape de la prise de contact entre médecin libéral et médecin hospitalier. Celle-ci ne doit pas être un parcours du combattant.
Second point de crispation, la capacité du CHU à renseigner en temps utile le médecin traitant ou le médecin spécialiste référent sur l'ensemble des soins délivrés, avec en ligne de mire, au-delà de la réussite de l'envoi par médimail de plus de 75% des compte-rendus, la généralisation de l'envoi dématérialisé de la lettre de sortie toujours par médimail.
Enfin, le risque de l'hôpital de penser projet médical et évolution de l'offre de soins, en s'interrogeant insuffisamment sur ce que d'autres professionnels de santé peuvent faire mieux que lui ; l'hôpital n'a pas à tout faire et doit progresser dans sa culture de concertation : il ne concerte pas après avoir construit ou mis en œuvre ses projets, il doit les construire en commun dès lors qu'ils reposent fondamentalement sur des actions de collaboration. Si on arrive à déminer ces points de crispation, il est possible de réunir les conditions pour définir ensemble des actions exemplaires.

Quelle articulation optimale peut-on mettre en place entre ambulatoire et hospitalier ?
Pour progresser, il faut être à la fois exemplaire (respecter les engagements pris) et déployer des projets innovants. Le CHU de Toulouse rencontre régulièrement le bureau de l'URPS et des bilans contradictoires, et pour tout dire sans fioritures, sont établis sur les différents chantiers en cours ou à ouvrir. A cet égard, le projet de déploiement du dispositif de soins partagés en psychiatrie entre l'URPS, le CHU de Toulouse et le CH Marchant est emblématique : ce dispositif organise et facilite la collaboration entre médecin généraliste et psychiatre, et par là-même le transfert de compétences psychiatriques (médicamenteuse et psychothérapique) au médecin généraliste pour les troubles psychiatriques fréquents et simples. L'objectif est de diminuer le nombre d'événements indésirables psychiatriques en soins primaires, notamment les tentatives de suicide et les suicides, et de minorer le recours aux urgences psychiatriques grâce à une prise en charge précoce. Ce type de travail collaboratif sur la forme et le fond peut largement inspirer les prochaines actions communes.

Propos recueillis par Odile Fraye

> Suite de la page précédente

tous ceux qui agissent déjà sur le terrain en faveur de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins ; et l'apport, quand elles sont attendues par les professionnels, des compétences mutualisées pour faire face aux évènements indésirables associés aux soins et éviter qu'ils ne se reproduisent. Pour réussir la greffe de cette structure sur le monde du soin, les maîtres-mots qu'il faut respecter selon le Dr Jean-Luc Baron sont *« l'accompagnement, le partage d'expériences, mais en aucun cas un contrôle de la gestion des risques. Si on se tournait vers ce contrôle, on aurait tout faux. »*
Pour les deux directeurs de CHU régionaux, présents à la table des débats, l'installation prochaine d'APPERQUAL va dans le sens de l'histoire. Même si le premier directeur, Thomas Le Ludec, de Montpellier, constate que les professionnels du CHU semblent peu sensibilisés aujourd'hui : *« Demain, l'université devrait favoriser dans le cadre de la formation des futurs internes un enseignement sur la qualité et la gestion des risques. Nous pourrions en faire une spécificité régionale. Personnellement, je l'appelle de mes vœux. »* Pour le second, Raymond Le Moign, de Toulouse, qui milite pour qu'il y ait qu'une seule structure d'appui dans la région, au même titre qu'il y a une seule URPS en Occitanie, *« il faudra éviter que les hospitaliers travaillent de leur côté, et les libéraux du leur ! Il est donc nécessaire pour APPERQUAL de traiter les dynamiques d'amélioration des pratiques de la même manière dans le secteur salarié, le secteur ambulatoire, et le secteur médico-social. »* L J-D

ENTRETIEN AVEC MONIQUE CAVALIER,
DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'ARS D'OCCITANIE

ANTICIPER LA SANTÉ DE DEMAIN EN OCCITANIE

Le Projet Régional de Santé, Monique Cavalier, directrice générale de l'ARS Occitanie est bien décidée de le construire avec le souci d'anticiper ce que sera la santé dans la région d'ici à dix ans pour répondre aux besoins de tous. Et pour y parvenir, la seule solution est, selon elle, de mener une concertation la plus ouverte possible, avec les usagers et les professionnels de santé, dont les médecins libéraux.

MÉDECIN D'OCCITANIE. Comment envisagez-vous les relations entre l'URPS-ML et l'ARS d'Occitanie ?

MONIQUE CAVALIER. Avec l'URPS médecins libéraux, comme avec toutes les autres URPS, nous travaillons en étroit partenariat qui prend diverses formes. L'ARS a par exemple pris en charge l'organisation des élections des différentes URPS régionales à la suite de la création de la grande Région d'Occitanie en début d'année dernière. Ces élections ont nécessité une ingénierie assez lourde en partenariat étroit pour permettre la fusion des deux anciennes URPS en une seule URPS pour la nouvelle région d'Occitanie, et ce pour chaque profession. Et nous avons avec toutes les URPS, des relations constructives pour conduire les actions en santé dans la région, comme par exemple avec l'URPS ML pour la permanence des soins en ambulatoire.

Est-ce le cas avec le Projet Régional de Santé ?

C'est effectivement un bon exemple. À l'origine, nous devions boucler le Projet Régional de Santé pour la fin de cette année. La nouvelle ministre de la Santé, Agnès Buzyn, a annoncé à une adaptation de la stratégie nationale de santé à l'automne. Ceci conduit à modifier le calendrier des PRS qui devront donc être achevés au printemps 2018. Pour l'heure, nous avons mis en place un dispositif de concertations assez vaste puisque nous avons associé à ce jour, plus de 800 professionnels et représentants des usagers dans le cadre des travaux que nous conduisons, notamment ceux qui concernent les parcours prioritaires, les sujets plus transversaux comme la place de l'usager, ou les filières de prises en charge. Et le processus se poursuit. Parmi tous les sujets discutés, le premier recours est une priorité que nous avons retenue. Parmi les groupes de travail, il y a ceux consacrés aux soins primaires, aux urgences, aux permanences de soins ambulatoires.

Nous avons également un partenariat dans le cadre de la commission régionale de sélection des projets de maisons de santé pluriprofessionnelles. De même, parmi les sujets structurants, nous avons récemment consulté l'URPS sur un projet de méthodologie d'approche du zonage des médecins. Il s'agit de la délimitation des territoires qui autorise l'accès à des aides conventionnels pour les médecins.

Vous participez également aux projets innovants que lance l'URPS ?

Nous avons conduit avec eux la création du dispositif de soins partagés en psychiatrie et en santé mentale, sur le territoire de Toulouse. Cette innovation a renforcé le partenariat entre l'URPS, le CHU de Toulouse, le centre hospitalier spécialisé de Toulouse sous l'égide de l'ARS d'Occitanie. Elle est née de discussions issues des relations très régulières que nous entretenons avec les uns et les autres, et notamment avec les médecins généralistes et les médecins spécialistes, car il s'agit bien de mettre à la disposition des premiers un accès à l'exercice spécialisé de la psychiatrie grâce aux seconds. Cet exemple est intéressant, car il s'agit d'un dispositif que nous avons imaginé ensemble, conçu ensemble et que l'Agence accompagne. Dans la même logique on pourrait citer la création des plateformes territoriales d'appui, issues de la loi de modernisation de notre système de santé, et qui associent des médecins et d'autres professionnels, avec notamment une belle initiative dans le département de l'Aude, qui, portée par une grande habitude de travail en commun, nous a conduit à un partenariat constructif et fructueux avec l'URPS. Chacun d'entre nous, à son niveau, dans son rôle, nous avons à cœur de servir au mieux les intérêts de la population.

Comment concevez-vous les relations entre les grands établissements de santé et l'ARS d'Occitanie ?

Les dialogues que nous menons avec les professionnels de santé médicaux se font en cohérence avec l'évolution des pratiques et des pathologies. L'explosion des maladies chroniques qui se superpose à l'allongement de la durée de la vie oblige à de nouvelles réponses. À ceci s'ajoutent des pratiques médicales du XXIème siècle qui conduisent à des séjours hospitaliers de plus en plus courts, et une évolution des connaissances et des performances médicales qui ont pour effet une profonde modification du système de santé. Tout cela nécessite qu'il y ait un lien renforcé et repensé entre l'intra-hospitalier, public et privé, et la partie ambulatoire. C'est là où les URPS ont un rôle à jouer, car il important que nous accompagnions ensemble cette évolution des pratiques pour répondre à l'évolution des besoins. Ceci impose par exemple un travail sur les données de santé : ainsi comment fait-on passer les informations entre la médecine de ville et les grands établissements de santé. C'est la raison pour laquelle nous avons mis en place assez tôt un système de messagerie sécurisée. Nous devons travailler également sur les logiques des parcours de soins des patients, pour, là aussi, faciliter les relations entre professionnels, et entre usagers et professionnels. C'est dans ce sens que le prochain PRS prend toute sa valeur. Les deux premiers PRS avaient amorcé le sujet du parcours, aujourd'hui, nous pouvons aller plus loin. Ainsi, en Occitanie, au niveau des treize départements qui composent la Région, nous portons un soin tout particulier à la territorialisation des parcours de santé, doublé d'une volonté de travailler en tenant compte de la particularité de chacun des territoires. La réalité du parcours du patient, c'est vivre sa pathologie, sa prise en charge à l'intérieur de son territoire. Dans cet esprit, nous avons également pris en compte les personnes en situation de handicap, les personnes âgées, les personnes fragiles. C'est la place des usagers, dans leur pluralité, à laquelle nous attachons une grande importance, et c'est un changement très structurant.

Les médecins libéraux estiment ne pas être suffisamment associés aux réunions de concertation organisées par l'ARS pour le PRS. Qu'en pensez-vous ?

Aujourd'hui, comme je le disais, 800 personnes sont associées à nos travaux. Ce n'est pas terminé. Nous avons demandé aux URPS de désigner leurs représentants, elles l'ont fait, ces médecins sont des représentants élus, ils sont légitimes, ils ont été très présents à nos travaux. Évidemment, d'autres souhaiteraient être associés davantage, on essaie de le faire le plus largement possible. Nous étudions toutes les remarques et toutes les suggestions qui nous sont adressées dans le cadre du PRS, et nous en rendrons compte lors des réunions de rentrée.

Finalement, quel jugement portez-vous sur ce PRS en préparation ?

Nous sommes en pleine concertation, chacun partage sa vision des choses. Je trouve intéressant et important que nous ayons ce temps de réflexion collective pour pouvoir ensemble identifier deux points déterminants pour la santé en Occitanie. Le premier point est une question : quelle est la vision que nous portons sur ce que sera la santé d'ici dix ans dans notre région, qui je le souligne, aura alors gagné un demi-million d'habitants ? La première démarche que nous devons faire ensemble est donc de nous projeter à dix ans. Le second point, pour donner tout son sens à ce nouveau PRS, est la détermination de priorités structurantes, qui devront être assez limitées en nombre, et bien sûr lisibles pour tous. Nous savons qu'établir ce genre de choix n'est pas facile, pour autant il faudra ensemble donner quelques lignes de force dans lesquelles chacun pourra se reconnaitre.

Propos recueillis par Luc JACOB-DUVERNET

PARCOURS
DE L'HÔPITAL À L'AGENCE

Elle est originaire de l'Hérault. Après avoir quitté le Sud, elle y revient. Une fois ses diplômes en poche, dont celui de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) qui forme à la direction d'Hôpital, Monique Cavalier, 59 ans, est tombée rapidement dans le monde de la santé et de son administration. Ce qui lui a valu, en plus de trente ans, de faire, comme elle le dit elle-même, le tour de France deux fois ! Successivement, elle a occupé les postes suivants :

- Directrice adjointe aux Hospices civils de Lyon (1987-1996)

- Directrice adjointe du CH de Vienne (1996-2001)

- Directrice des Travaux, puis directrice de la Recherche, de la Qualité et de la Gestion des risques au CHRU de Montpellier (2001-2007)

- Directrice générale adjointe du CHU de Toulouse (2007-2011)

- Directrice générale de l'ARS de Bourgogne (2011-2012)

- Directrice générale de l'ARS de Midi-Pyrénées (2012-2015), devenue ARS Occitanie le 1er janvier 2016.

AIDE AUX SOINS PSYCHIATRIQUES ?

COMPOSEZ LE NUMÉRO DU DSPP

MÉDECIN TRAITANT, VOUS SOUHAITEZ DE L'AIDE POUR UN PATIENT PRÉSENTANT UNE SOUFFRANCE PSYCHIQUE OU UN TROUBLE MENTAL, LE DISPOSITIF DE SOINS PARTAGÉS EN PSYCHIATRIE (DSPP) RÉPOND À VOS QUESTIONS.

DES SOLUTIONS ADAPTÉES :

- LE DSPP REÇOIT VOTRE PATIENT.
- IL RÉALISE UNE ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE.
- IL ORGANISE UN PROJET DE SOINS CONJOINTEMENT AVEC VOUS.

N'HÉSITEZ PAS À ENTRER EN CONTACT AVEC LE SECRÉTARIAT DU DSPP
POUR DEMANDER UN RENDEZ-VOUS POUR VOTRE PATIENT : **05 61 77 60 41***

LE DSPP EST LÀ POUR VOUS AIDER !

DSPP
DE TOULOUSE

(*) EN SITUATION D'URGENCE, ADRESSER VOTRE PATIENT AUX URGENCES PSYCHIATRIQUES : 06 27 59 53 54