

Médecin d'Occitanie

LE BULLETIN DE L'URPS DES MÉDECINS LIBÉRAUX

N°4 - JANVIER 2018



La démographie
médicale en Occitanie



A U S O M M A I R E

LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

GRAND TÉMOIN : JEAN-LUC MOUDENC, MAIRE DE TOULOUSE

LES RELATIONS VILLE - HÔPITAL

AU SOMMAIRE

Page 3
EDITO du président



ACTUALITÉS

Page 4 La chirurgie ambulatoire

Page 5 Fusions et vaccinations

Page 6 Les déchets médicaux

Page 7 Soutien à l'innovation

Page 8 Le bal des acronymes



DOSSIER LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

Pages 9 à 12 La démographie des généralistes

Page 13 La démographie des spécialistes

Page 14 Le zonage

Page 15 L'avis du maire de Toulouse, Jean-Luc Moudenc



ENGAGEMENT

Page 16 à 17 Réussir les CPTS



DÉCRYPTAGE

Page 18 Réseaux de périnatalité

Page 19 Les relations Hôpital/Médecins de ville

Page 20 Soutien à l'innovation



MÉDECIN D'OCCITANIE N° 4 - JANVIER 2018

Le bulletin de l'URPS des Médecins - Maison des Professions Libérales
285, Rue Alfred Nobel. 34000 Montpellier - Tél. : 05 61 15 80 90
Fax : 05 61 15 80 99 - urps@urpslrmp.org - www.urpslrmp.org

ISSN 2556-9414 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, Odile FRAYE, Pierre KERJEAN, Philippe MEURSAULT, 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

Que voulons-nous comme médecine ?

Un médecin même ministre de la santé peut-il inverser la tendance de nos rapports avec le pouvoir tant administratif que politique ?

Le changement de ton comme l'intelligence dialectique sont spectaculaires. Cependant sur le terrain de nos missions régionales, nous restons toujours face au mur d'un pragmatisme immuable. A l'heure où le National Health Service Britannique, modèle de nombre de nos technocrates zélés, risque l'effondrement du château de cartes, quelle est notre res-

quence fait écho à redondance. Nous siégeons aux instances, nommées abusivement démocratie sanitaire. Nous sommes dans les couches du millefeuille au même titre que les autres acteurs concernés par les questions de santé.

Nous voilà donc au cœur d'un changement qui se constitue. Jusque-là écoutés de façon mythique, les médecins ont aujourd'hui du mal même à être entendus.

Nous ne pensons pas que les organisations sanitaires se construisent par la sempiter-

ganisation qui parte du terrain, de l'individu qui devient patient, et qui s'adresse à un médecin qui sera son médecin. Comment en est-on arrivé à ce que la complexité devienne non le soin mais le fait de trouver un médecin ?

La médecine est une affaire d'hommes et de femmes qui s'intéressent à des hommes et à des femmes. Certains sont médecins, tous peuvent être patients. Il leur appartient de tisser des liens pour construire des organisations améliorant et facilitant l'exercice de la

Comment en est-on arrivé à ce que la complexité devienne non le soin mais le fait de trouver un médecin ?



ponsabilité de médecins dans les évolutions hexagonales de l'organisation des soins ? Comment nous exonérer de ce questionnement ?

Elus en région de la profession, nous transmettons à nos confrères les informations nécessaires à l'utilisation des déclinaisons organisationnelles de la dernière Loi de santé. Nous décryptons les messages, nous accompagnons ceux qui nous sollicitent, nous répondons aux demandes de l'ARS. Nous participons à des réunions où fré-

nelle déclinaison de dizaines de diapositives. Celles-ci font de la HAS le seul interlocuteur médical des tutelles. Elles confient la gestion des risques, du traitement des effets indésirables, des pratiques médicales, des relations entre médecins et professionnels de santé aux gestionnaires des établissements ou encore à leurs responsables qualité.

Nous ne voulons pas de cette médecine-là. C'est aussi une médecine où les assurances battent campagne pour vendre du médecin virtuel à leurs clients. Nous voulons une or-

médecine. Le faire sans les médecins, c'est la certitude du risque.

Nous ne porterons pas cette responsabilité. Heureuse année 2018, en bonne santé !

L'IMPACT ÉCONOMIQUE DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

LA PREUVE PAR 1/4

L'activité de chirurgie ambulatoire a connu une forte progression ces dernières années, passant de 46 % à 54 % de l'ensemble des séjours chirurgicaux. L'aspect médico-économique de cette pratique hospitalière n'a jamais été abordé. Une étude approfondie de l'URPS prouve que la réduction des coûts de production représente près de 1/4 des coûts d'hospitalisation conventionnelle. Mais tout le monde ne profite pas de ces gains...

Lorsqu'on subit une intervention chirurgicale, quel intérêt a-t-on à rester plusieurs jours à l'hôpital ? Aucun, répondent les patients qui sont au fait de la chirurgie ambulatoire et de ses avantages. Le premier d'entre eux est la diminution par quatre du risque d'infections nosocomiales et des infections liées aux soins. Et les chirurgiens qui la pratiquent pensent de même : « *Ce mode de prise en charge permettant de raccourcir à une seule journée l'hospitalisation pour une intervention chirurgicale est hautement profitable pour le patient*, dit le Dr. Philippe Cuq, chirurgien vasculaire. *Aujourd'hui, on pratique en ambulatoire des interventions complexes comme l'ablation de la vésicule biliaire, et d'autres plus audacieuses encore, comme la pose d'une prothèse de genou ou de hanche. Mais ce genre d'opérations qui se développent de plus en plus en France implique une organisation irréprochable de l'équipe de soins, basée sur la gestion des risques. Elle ne peut se faire qu'en s'appuyant sur la sécurité et la qualité et repose sur deux intervenants principaux : l'anesthésiste et le chirurgien, et bien sûr leurs équipes.* »

Le second avantage (« *le principal aux yeux de l'administration,* » selon Philippe Cuq) est la baisse des coûts. Encore faut-il s'en assurer ? « *Cette question que tout le monde se pose sans vraiment chercher à la résoudre est de savoir si la chirurgie ambulatoire, tout en préservant la qualité et la sécurité, a un impact économique* », dit le chirurgien.

L'URPS a décidé d'y répondre en confiant à un cabinet d'expertise, Salamati conseil, une analyse des impacts du développement de la chirurgie ambulatoire sur l'ensemble du par-

cours du patient hospitalisé. La méthode utilisée par Salamati a été de quantifier de manière rétrospective (de 2013 à 2015) les économies générées pour les financeurs institutionnels (Assurance Maladie et organismes d'assurance privés) les patients et les établissements de santé. Pour chacun des postes, il a fallu vérifier si la pratique de la chirurgie ambulatoire avait ou non un impact sur les coûts et de quelle valeur. Pour la mise en œuvre de cette lourde étude, l'URPS d'Occitanie a reçu le soutien de sept autres unions régionales de médecins libéraux.

Les résultats sont sans appel : « *l'évolution de l'ambulatoire, écrit dans son rapport Frédéric Bizard, directeur de Salamati, a eu un impact économique positif pour les établissements, dont le coût de production est inférieur en ambulatoire de 23% qu'en hospitalisation conventionnelle.* » Celui-ci est comptablement positif sur les indemnités journalières moins élevées en ambulatoire qu'en hospitalisation complète, et l'ambulatoire n'induit pas de coûts supplémentaires sur les soins post-opératoires dans les trois mois suivant l'intervention. « *Les généralistes, poursuit Frédéric Bizard, les spécialistes, les kinésithérapeutes et les infirmières sont autant consultés en ambulatoire qu'en hospitalisation complète. Les craintes d'un déport de soins vers la ville générée par la chirurgie ambulatoire sont invalidées par cette étude, ce qui renforce l'équation économique positive de l'ambulatoire.* »

Et l'étude révèle une absence de coûts additionnels liés à des réhospitalisations suite à la conversion de séjours en ambulatoire.



Le Dr. Philippe Cuq, chirurgien vasculaire

L'ambulatoire, sur les gestes étudiés, n'induit donc pas de risque accru de complications pour les patients.

Au delà des gains indirects dont bénéficie l'Assurance Maladie (moindres coûts de production de séjours), il faut compter également sur les gains directs (moindre recours aux arrêts maladies et aux transports). « *Le bénéfice financier revient intégralement aux établissements de soins*, souligne le Dr. Philippe Cuq. *On a oublié les médecins. Ce n'est pas gagnant-gagnant, il n'y a pas de retour sur investissement : le développement des nouvelles techniques anesthésistes et des techniques opératoires au service de la sécurité du patient et de la qualité de l'intervention n'a jamais été valorisé d'un centime.* » Frédéric Bizard le dit sans hésitation : « *Les Pouvoirs publics ont plombé la promotion de la chirurgie ambulatoire et son développement en en faisant un objectif premier d'économies financières (...). Dès lors, les Pouvoirs publics ont réussi à en faire une pratique anxigène pour le personnel hospitalier.* » Et d'ajouter : « *La chirurgie ambulatoire est un choc organisationnel pour les établissements et exige d'investir massivement dans les innovations, dans la restructuration, dans la réorganisation des équipes et dans la formation du personnel. Il faut donc d'abord réinvestir et redistribuer tout ou partie des gains économiques aux producteurs de soins avant d'en faire bénéficier pleinement les financeurs.* »

La preuve est faite, la chose est dite, aux Pouvoirs publics de répondre.

Pierre Kerjean

VACCINATIONS

LES MESSAGES SONT PASSÉS



Deux campagnes concernent les vaccinations : celle intemporelle (les fameux 11 vaccins) et celle saisonnière (la grippe). Elles se sont télescopées en fin d'année. Des campagnes qui ont porté leurs fruits, sauf, pour la seconde, auprès des professionnels de santé !

Les vaccinations constituent un vrai sujet de santé publique autour duquel les Français aiment débattre. On s'en est rendu compte lorsque la ministre Agnès Buzyn, fraîchement nommée, s'est emparée de ce dossier et a rendu obligatoire, par décret, l'injection de onze vaccins pour tous les jeunes Français. Malgré quelques grincements de dents, le message a été bien compris par les patients : « *Au départ*, explique le Dr Jean-Louis Bensoussan, premier vice-président de l'URPS, *il y avait une certaine incompréhension. Certains parents s'étaient mépris sur la signification de ces 11 vaccins. Ils pensaient qu'il s'agissait de nouveaux vaccins, des vaccins supplémentaires, à ajouter à ceux déjà existants. On a donc fait comprendre que l'objet de cette campagne était de dépasser les 85 % d'enfants vaccinés, et de tendre vers un objectif que l'on peut chiffrer à 90/95 %.* » Le message est effectivement bien accepté et cet objectif devrait être atteint dans les mois qui viennent, et devenir durable durant les prochaines années.

Autre vaccination, mais qui concerne tout le monde, et surtout les plus âgés, celle contre la grippe, dont la campagne a été lancée en octobre. « *Aujourd'hui nous ne disposons d'aucun chiffre*, dit le Dr Jean-Louis Bensoussan, *mais selon nos petits sondages internes, il semblerait qu'il y a un frémissement vers le haut ! On attend donc les chiffres pour confirmer ce qui semble être un regain de vaccination chez les personnes à risque.* » Le prochain cheval de bataille de 2018 sera de mobiliser les professionnels pour eux-mêmes : « *En ce domaine, il y a une stagnation, voire une baisse de l'adhésion des médecins à la vaccination qui s'accroît tous les ans.* » Ce discours rejoint celui, très ferme, d'Agnès Buzyn : « *Le taux de vaccination chez les professionnels de santé n'est pas acceptable*, a expliqué la Ministre, *j'enjoins les professionnels de santé à avoir une attitude exemplaire. Si le taux n'augmente pas cette année, nous ne pourrions pas ne rien faire. Les soignants doivent donner l'exemple.* »

Odile Fraye

DEUX GRANDES INSTANCES DE LA SANTÉ SE REGROUPEMENT

FUSIONS OCCITANES

À l'heure des nouvelles régions, le jeu des regroupements se poursuit de plus belle. Avec la fusion des deux anciennes régions Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées en janvier 2016, les organismes de santé de l'une et de l'autre s'unissent et trouvent leurs marques

Avec la fusion de deux instances ONCOMIP et ONCO LR, ONCO Occitanie a débuté son action dès les premiers jours de 2018. Initié dès 2015, ce rapprochement entre les deux associations régionales de soins du cancer et ses membres est dorénavant effectif. Les membres de l'ONCOMIP, association créée en 2004, sont les établissements de soins de la région Midi-Pyrénées prenant en charge des patients atteints d'une pathologie tumorale, les centres de radiothérapie et les associations de patients. Et les membres du réseau ONCO LR, association créée en 1998, sont les différents acteurs de la région Languedoc Roussillon impliqués en cancérologie.

Le premier objectif stratégique de la fusion prévoit d'harmoniser progressivement les actions sur les deux territoires et de structurer la relation entre région et territoires.

Le second grand rapprochement d'organismes de santé concerne la filière santé numérique et conduit à la fusion des deux groupements de coopération sanitaire (GCS) en une seule entité, le GRADeS (Groupement Régional d'Appui au Développement de l'e-Santé).

Depuis le 1er janvier, ce GRADeS, qui a été créé sous la forme d'un groupement d'intérêt public, et bénéficie d'une autonomie de gestion et d'action, dans un cadre de contractualisation pluriannuelle avec l'ARS, aura pour activités de participer notamment à l'élaboration de la stratégie régionale d'e-santé, à la conduite sur le terrain des projets opérationnels, à la fédération des acteurs de la région et à la promotion de l'usage des services numériques en santé dans les territoires. Il devrait prendre pour nom e-saO.

Philippe Meursault

DÉCHETS MÉDICAUX

CHOISIR LA BONNE POUBELLE

L'ÉLIMINATION DU MATÉRIEL MÉDICAL JETABLE est devenu une véritable préoccupation. Depuis plusieurs années, les déchets médicaux sont de plus en plus nombreux dans les ordures ménagères et menacent les personnels des traitements des déchets, mais aussi le public et l'environnement. L'ARS et l'URPS soulèvent le couvercle des poubelles pour sensibiliser le grand public et faire reculer cette insécurité de santé publique.



À la fin de l'été, l'ARS d'Occitanie a été alertée par une recrudescence, sur les chaînes des déchèteries du Lot, de la présence de DASRI : on appelle sous cet acronyme les déchets d'activité de soins à risques infectieux ou plus communément désignés comme étant des déchets médicaux. L'Agence Régionale de Santé a décidé, pour assurer la sécurité des agents de collecte et de tri, de mener une enquête dans ce département. Objet de cette enquête : vérifier que les conditions d'élimination des DASRI étaient respectées par les professionnels libéraux de santé, tant par le médecin que par l'infirmier. « En fait, explique le Dr Jean-Marc Laruelle, qui participe au nom de l'URPS aux réunions de réflexion sur ce sujet organisées par l'ARS, il s'agit de mobiliser les patients qui se soignent eux-mêmes à ce problème de santé et de sécurité publiques. Et qui mieux que les médecins peuvent le faire ? C'est la raison pour laquelle on s'adresse aux libéraux. »

Un DASRI, de quoi s'agit-il ? Ce sont principalement les déchets issus des activités de traitement préventif, curatif ou palliatif dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire. On pense aux aiguilles, scalpels, lames ou tous les matériels de soins piquants, coupants ou tranchants ; on pense également aux pansements souillés, aux compresses ou tout objet de soins en contact avec du sang ou un autre liquide biologique potentiellement infectieux. Les DASRI présentent des risques spécifiques, certains micro-organismes peuvent en effet per-

sister dans l'environnement et être transmis à l'homme par contact. Par exemple, le virus de l'hépatite B contenu dans du sang séché peut demeurer stable jusqu'à sept jours à une température de 25°C et une blessure par aiguille avec VHB contamine une personne sur trois. Aussi pour éviter ces risques infectieux, un tri des déchets médicaux suit une procédure précise. En aucun cas, les DASRI ne doivent être mélangés ni jetés avec les ordures ménagères ou les déchets recyclables. Il convient d'utiliser un conditionnement spécifique avec étiquetage adapté, le stockage des déchets ne doit pas excéder trois mois pour des petites quantités, voire 7 jours pour les plus grosses quantités. Et ce tri doit s'achever obligatoirement par le dépôt des contenants chez un prestataire de collecte des déchets : bornes automatiques, laboratoires, et le plus souvent ce sont les pharmacies qui sont les plus adaptées pour la collecte et qui se chargent d'adresser les DASRI recueillis dans des organismes assurant leur destruction.

En France, on compte 16 000 points de collecte et 7 millions de boîtes spécifiques sont distribuées chaque année. En Occitanie, 60 tonnes de DASRI sont collectées par an dans 1669 points de collecte, et 140 000 personnes utilisent les boîtes. Dans la région, la collecte n'est pas optimum, autant les boîtes sont bien distribuées, autant leur retour vers les lieux de collectes ne s'opère pas parfaitement. « L'élimination des déchets relève majoritairement de la

responsabilité des patients, dit le Dr Jean-Marc Laruelle, dans la mesure où les soins sont faits généralement à leur domicile ; je pense, par exemple, aux malades diabétiques qui se piquent quotidiennement et doivent jeter leurs seringues. Aussi, il y a un véritable besoin de communiquer auprès des patients pour qu'ils sachent quoi faire de tout matériel médical consommable. Le médecin, qui généralement sait gérer les DASRI dans son cabinet, doit informer ses patients sur le système, son existence et la procédure à suivre : acquérir un conditionnement spécial, donner le réflexe de les utiliser et s'empêcher d'utiliser les poubelles ménagères, et surtout apporter les boîtes pleines à son pharmacien. » Le médecin a donc un rôle d'information sur le bon usage de l'élimination des déchets, doublé d'un rôle de prescription : dès l'instant où il prescrit un médicament et du matériel médical jetable, il doit penser à prescrire des boîtes gratuites que le patient ira se procurer chez son pharmacien. « Souvent le médecin n'y pense pas, nous sommes là pour le lui rappeler. Cela contribuera à une meilleure collecte. À l'horizon 2022, nous visons une collecte de 80 % des déchets. Si tout le monde s'y met, nous allons y parvenir. »

Philippe MEURSAULT

SOUTIEN À LA CRÉATION D'ORGANISATIONS INNOVANTES

LA CELLULE VA COACHER DES INVENTIFS

Les médecins promoteurs de nouveaux modes d'organisation de soins sur leur territoire peuvent dorénavant bénéficier d'une aide fort précieuse. L'URPS vient de créer une cellule opérationnelle qui est là pour les accompagner.

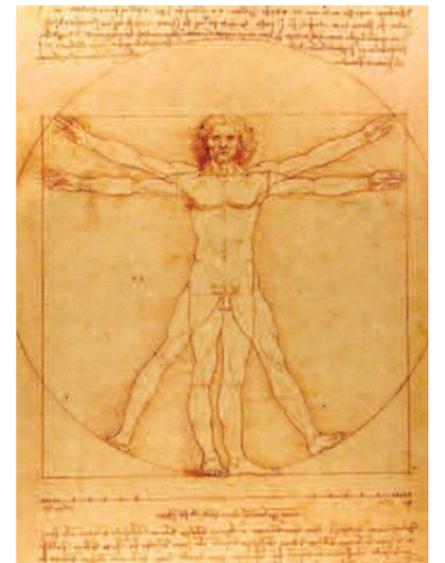
Pour refondre les pratiques médicales, sans pour autant remettre en cause le colloque singulier, les médecins libéraux de l'URPS d'Occitanie font aujourd'hui une solide promotion auprès de leurs pairs pour favoriser l'émergence d'organisations en santé innovantes dans la région. Depuis son élection à la tête de l'Union régionale, le Dr Maurice Bensoussan n'a cessé d'encourager et de favoriser les actions qui donnent à l'innovation toute sa place. Dernière idée en date : créer une cellule opérationnelle sur le socle de l'URPS qui a pour objet de soutenir les initiatives issues du terrain. De quoi s'agit-il ? Les rencontres de La Grande Motte de juin dernier l'ont bien montré : l'équipe dirigeante de l'URPS a décidé de répondre avec détermination aux enjeux de la modernité en accompagnant les médecins libéraux qui mettent en place des organisations locales modifiant leur quotidien médical et l'exercice de leur métier. Et toutes les expériences qui ont été présentées lors des VIème rencontres de l'URPS d'Occitanie ont un même point d'origine : les professionnels de santé eux-mêmes à qui l'on doit la réussite des projets qu'ils portent de bout en bout !

Ces projets – la plupart des lecteurs de MÉDECIN D'OCCITANIE commencent à les découvrir au fur et à mesure des numéros de la revue – sont très divers, mais ils ont en commun de faire vivre ensemble tous les médecins libéraux et de faire disparaître à terme l'exercice médical solitaire d'hier. Parmi ces projets, il y a le Dispositif de Soins

Partagés en Psychiatrie (DSPP), qui rapprochent le généraliste du psychiatre avec un accompagnement dans la maladie mentale, fréquente et légère. Il y a la mise en place des Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) qui viennent en aide aux professionnels débordés face à des situations complexes de patients perdus dans un parcours de soins chaotique. Il y a également les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) qui font collaborer de manière particulièrement active tous les professionnels de santé sur un territoire (voir par 18). Il y a les Équipes de Soins Primaires (ESP) fondées sur un mode d'organisation coordonnée des professionnels de santé et situées à l'échelle de la patientèle. Il y a aussi des instituts dont les soignants suivent des patients, facilitant ainsi leur parcours de soins, comme le Montpellier Institut du Sein (MIS), ou des structures régionales d'appui qui regroupent privé et public comme celle d'Apperqual au service de l'évaluation, de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins. Et on n'oublie pas pour compléter cette panoplie les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) qui commencent à essaimer en région Occitanie.

Cette liste est établie autour de projets réalisés pour des médecins par des médecins ! C'est la raison pour laquelle l'URPS, qui s'engage fortement pour devenir une force de proposition des futurs projets, a choisi d'offrir l'appui d'une cellule opérationnelle : « Les médecins libéraux qui veulent, avec plusieurs confrères, mettre en

œuvre sur leur territoire un nouveau mode d'organisation de soins, que ce soit une CPTS, une PTA ou une ESP, peuvent se tourner vers la Cellule Innovation de l'URPS, explique le Dr. Maurice Bensoussan. Cette cellule, qui va bientôt être dotée de plusieurs compétences – un chargé de mission pour trois départements –, sera là pour conseiller les médecins entrepreneurs dans l'ingénierie de leur projet, les guider dans les



arcanes de l'administration, et les aider au démarrage avec la définition d'un budget. » Pour tous ces médecins inventifs, la Cellule Innovation constitue à coup sûr une façon de gagner du temps, choisir le bon chemin pour réussir au mieux le projet souhaité, et « rendre plus attractif, par ce souffle novateur, l'exercice libéral de la médecine, comme le souligne le Président de l'URPS. De fait, les jeunes médecins n'hésiteront pas à s'installer. Car, pour nous, la priorité est de soutenir l'ouverture des cabinets libéraux ! »

L.J.-D.

LES JOURNÉES DU CNGE À MONTPELLIER

L'ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE EN SON CONGRÈS

Après Grenoble, c'est la ville de Montpellier qui a accueilli du 22 au 24 novembre dernier le 17e Congrès national de CNGE Collège Académique. Ce congrès est l'événement annuel de la communauté de tous les enseignants universitaires de médecine générale, et notamment des maîtres de stage, qui y convient les internes de la discipline.



Le Dr. Maurice Bensoussan remettant le 1er prix URPS de thèse en médecine générale

Depuis sa création en 1983, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) œuvre pour que la médecine générale soit authentifiée comme une discipline scientifique avec un statut universitaire et sa contribution a été essentielle dans la mise en place de la Filière Universitaire de Médecine Générale. « Le congrès, dit Vincent Renard, Président de CNGE Collège Académique, est l'occasion de présenter les travaux relatifs à la médecine générale, s'intéressant aux soins, à l'enseignement et à la recherche menés dans nos facultés et sur nos lieux de soin. » Du pain béni pour l'URPS qui a participé plei-

nement à ce congrès : le Dr Maurice Bensoussan et le Dr Michel Bismuth y sont intervenus lors de plénières devant l'auditorium comble du Corum de Montpellier ; des membres de l'URPS ont tenu un stand pendant les deux jours et ont répondu aux visiteurs curieux du congrès ; et le Président de l'URPS a profité de ce congrès pour remettre les prix annuels de l'Union Régionale des Professionnels de Santé récompensant les travaux de thèse en médecine générale. Le 18e Congrès de CNGE aura lieu cette année du 21 au 23 novembre à Tours.

Pierre Kerjean

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.

C

CSMS : La Commission spécialisée Médico-Sociale est une des commissions de la CRSA.

CRSA : La Conférence Régionale pour la Santé et l'Autonomie est un organisme consultatif qui contribue à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale de santé.

CSOS : La Commission Spécialisée d'Organisation des Soins s'attache plus spécifiquement à formuler des avis sur la politique en matière d'implantation et de financement de l'offre sur le territoire sur les volets hospitaliers et ambulatoires.

CFPPA : Le Collège des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie est un dispositif qui a pour objet de prévenir, ralentir et lutter contre les effets négatifs du vieillissement et la perte d'autonomie des personnes âgées.

H

HAS : La Haute Autorité en Santé est une autorité publique indépendante qui contribue à la régulation du système de santé par la qualité. Elle exerce ses missions dans les champs de l'évaluation des produits de santé, des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de la santé publique.

HPST : La loi dite HPST (Hôpital Patient Santé et Territoire) a été votée sous le Ministère de Roselyne Bachelot en 2010, pour organiser les soins dans les territoires. Elle restructure les URML (Unions Régionales de Médecins Libéraux) en URPS de

plusieurs ordres sanitaires (médecins, mais aussi infirmiers, chirurgiens-dentistes, etc.). Elle a fait évoluer les ARH (Agences Régionales d'Hospitalisation), et les URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie) au profit des ARS.

I

IPM : Ivresse publique manifeste. Sujet traité au sein de la commission Formation – Exercice professionnel

M

MMG : La Maison Médicale de Garde se définit comme un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins (de 20h à 8h) et assurant une activité de consultation médicale non programmée sur un territoire.

P

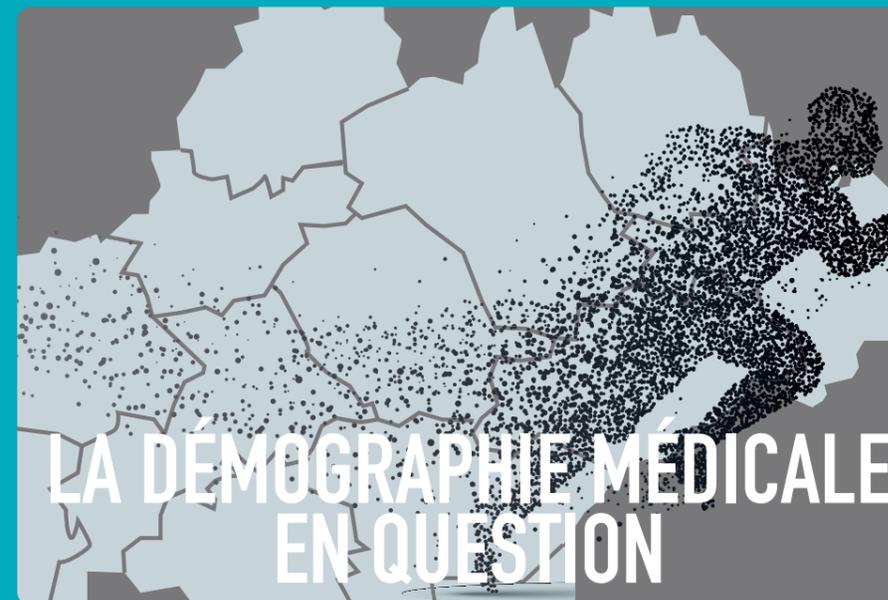
PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie. Le Paerpa est un dispositif innovant qui s'adresse aux personnes, âgées de 75 ans et plus, dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social.

PDS : Permanence Des Soins. Cette organisation de l'offre de soins, libérale et hospitalière, permet de maintenir la continuité et l'égalité de l'accès aux soins, notamment aux heures habituelles de fermeture des cabinets médicaux.

(La suite dans le prochain numéro)

Odile Fraye

DOSSIER



Les organisations innovantes (CPTS, PTA, ESP et MSP), dont on parle régulièrement dans les colonnes de *Médecin d'Occitanie*, et pour la création desquelles l'URPS-Médecins Libéraux d'Occitanie se bat jour après jour, trouvent toute leur résonance lorsqu'il s'agit d'étudier de près la démographie médicale de la Région. Parmi les solutions pour réduire la future pénurie de médecins et celle qui, déjà, touche par endroits l'Occitanie, la mise oeuvre des organisations territoriales apparaît comme la plus solide et celle qu'il faut développer sur tout le territoire. "C'est une conviction forte à laquelle l'URPS est attachée, dit le Dr. Marie-Josée Renaudie, qui nous aide à infléchir des orientations qui riqueraient, à l'avenir, d'être malencontreuses pour les habitants de la Région."

PASSER D'UNE APPROCHE DESCRIPTIVE ET STATISTIQUE À UNE APPROCHE ANALYTIQUE DE L'OFFRE DE SOINS

Une évolution de la démographie médicale en trompe-l'œil

page 10 à 12

SIGNATURE D'UNE CONVENTION POUR PRÉVENIR L'HÉMORRAGIE MÉDICALE TOULOUSAINE

Comment faire sans les 200 docteurs ?

page 12

L'URPS MÈNE UNE ÉTUDE SUR LA DÉMOGRAPHIE ET L'EXERCICE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

La carte des besoins en spécialistes d'aujourd'hui et de demain

page 13

FAVORISER LA PRÉSENCE MÉDICALE DANS LES ZONES FRAGILISÉES

Le zonage pour prévenir la désertification médicale

page 14

ENTRETIEN AVEC JEAN-LUC MOUDENC, MAIRE DE TOULOUSE

"Il serait temps de prendre conscience de la désertification médicale en centre ville"

page 15

SIGNATURE D'UNE CONVENTION POUR PRÉVENIR L'HÉMORRAGIE MÉDICALE TOULOUSAINNE

COMMENT FAIRE SANS LES 200 DOCTEURS ?

Pour recomposer le tissu médical de Toulouse qui voit ses médecins partir bientôt à la retraite, les acteurs de la santé du département viennent de signer une convention avec les élus de la ville afin de trouver des solutions aux freins à l'installation des généralistes.

Les résultats de l'enquête diligentée en 2016 par le Conseil départemental de l'Ordre des médecins, les acteurs de Haute-Garonne et de la région Occitanie ont été clairs : les médecins généralistes toulousains vieillissant, avec 2/3 d'entre eux à moins de dix ans de la retraite, l'agglomération de Toulouse va manquer de 200 médecins environ d'ici à dix ans sur les 1 600 que compte l'agglomération. Cela a constitué une surprise qui a été d'autant plus forte que tout un chacun estimait que la désertification touchait les Causses lointaines et les beaux paysages des arrière-pays, et que les grandes métropoles étaient épargnées, qui plus est la plus grande ville de la Région ! Les acteurs (la Mairie, l'Ordre des médecins, l'ARS, la CPAM, le Département universitaire de médecine générale de Toulouse, Toulouse Métropole Habitat et l'URPS) se sont réunis à l'automne avec pour objectif de maintenir et renforcer l'offre de soins de proximité sur la ville de Toulouse ; et surtout, favoriser une répartition équilibrée des professionnels de santé entre les différents quartiers toulousains.

S'appuyant sur une carte d'état-major précise, ils ont examiné chaque quartier et ont identifié les freins à l'installation médicale. Ce qui a conduit à réfléchir aux moyens de favoriser le rapprochement des professionnels de santé entre eux, de diminuer les coûts liés aux obligations d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite, et d'améliorer la sécurisation des lieux d'exercice professionnel. Les intervenants se sont ainsi mis d'accord sur des facilités municipales qui devaient être octroyées pour permettre la création de maisons de santé. L'intégralité de cette démarche a été sanctionnée par la signature, fin octobre dernier, d'une convention inter-institutions à la mairie de Toulouse par les acteurs locaux. Ils vont se retrouver régulièrement pour poursuivre leur analyse et rencontrer les médecins de quartier afin d'identifier avec eux les difficultés présentes et à venir du territoire. « Ce partenariat permet de trouver des solutions à tous les freins à l'installation, s'est réjoui le président de l'URPS. Cela devrait avoir rapidement un effet sur la recomposition du tissu médical. »

" L'agglomération de Toulouse va manquer de 200 médecins environ d'ici à dix ans "

Odile Fraye



STATUT	%
Choix d'exercice en tant que salarié	47,80%
Choix d'exercice en tant que remplaçant	38,20%
Choix d'exercice en tant que libéral	13,40%
Choix d'exercice mixte	0,60%

(Atlas 2017 de la démographie médicale-CNOM)

LES MODES D'EXERCICE DES JEUNES MÉDECINS

Au sortir de leur formation, les jeunes médecins de la Région choisissent majoritairement un exercice médical en tant que salarié. Ils ne sont que 13% à se lancer dans l'exercice libéral ! En revanche, on observe de façon générale des changements très significatifs 5 ans après la première intention.

ANESTHÉSIE-RÉANIMATION

FRANCE	1,10%
GERS	-53,30%
AVEYRON	-35%
GARD	8,60%
PYRÉNÉES ORIENTALES	9,50%

CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES

OCCITANIE	-11,20%
FRANCE	-1,10%
HAUTE-GARONNE	12,90%
TARN-ET-GARONNE	25%
HÉRAULT	2,90%
LOZÈRE	-16,70%
ARIÈGE	-20%
GERS	-25%

L'étude de la variation des effectifs par qualification de spécialistes entre 2010 et 2017 indique de fortes disparités qui peuvent surprendre.

L'URPS MENE UNE ÉTUDE SUR LA DÉMOGRAPHIE ET L'EXERCICE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

LA CARTE DES BESOINS EN SPÉCIALISTES D'AUJOURD'HUI ET DEMAIN

Comment gérer la pénurie de médecins spécialistes dans certaines parties de la Région d'Occitanie ? L'URPS y répond en préparant une cartographie qui fait un état des lieux précis des besoins actuels mais anticipe également ce qu'il en adviendra à court terme.

Alors que le nombre des généralistes enregistre une baisse constante, le nombre des spécialistes connaîtrait plutôt une stagnation voire, dans certaines spécialités, une embellie durable. Pourtant, au regard de cette problématique autour de l'évolution démographique médicale et de son étude, les médecins généralistes et les médecins spécialistes sont logés à la même enseigne. L'âge moyen est identique, avec une différence d'une année qui fait des spécialistes des médecins plus jeunes (51 ans contre 52). Le creusement des inégalités territoriales semble s'appliquer de la même manière aux uns et aux autres.

« Nous aussi, explique le Dr. Jean-Louis Bensoussan, nous peinons dans certaines zones à adresser nos patients à des spécialistes, soit parce qu'il n'y en a pas, soit parce que ces médecins ont choisi, eux-aussi, un mode d'exercice différent. Je ne parle pas de l'ophtalmologue, ni du dermatologue, auprès desquels une consultation peut généralement attendre, je pense plutôt

au cardiologue, au gastro-entérologue dont a besoin tous les jours. » Que faire pour aider ces zones régionales dont sont absents les spécialistes ? Comment gérer la pénurie dans ces endroits ? Ce sont ces questions que se posent depuis plus d'un an les membres de la commission Médecine spécialisée de l'URPS qui se réunissent pour réaliser un état des lieux le plus précis possible : « L'URPS est déterminée à peser sur les pouvoirs publics pour affirmer la position des médecins spécialistes libéraux sur l'avenir de notre exercice », écrit dans le rapport de la commission le Dr. Marie-Josée Renaudie.

Cette étude menée depuis un an porte autant sur la démographie que sur l'exercice. L'objectif est d'isoler les zones qui ont un besoin de professionnels de santé. Pour ce faire, l'URPS s'appuie sur le SNIIR-AM (système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie) qui regroupe des données sur les patients telles que l'âge, le sexe, la commune et le département de résidence mais aussi les informations disponibles sur le prestataire de soins et éventuellement le prescripteur (spécialité, mode d'exercice, sexe, âge, département d'implantation), ainsi que la date des soins. « Toutes ces données, explique Fabrice Amatulli, chargé de mission à l'URPS d'Occitanie, nous permettent de savoir d'où vient le patient et où il se rend.

DERMATOLOGIE	
1 LOZÈRE	1
2 ARIÈGE	1
3 LOT	3
4 TARN ET GARONNE	3
5 GERS	5
6 AVEYRON	6
7 HAUTE-PYRÉNÉES	10
8 AUDE	13
9 PYRÉNÉES-ORIENTALES	15
10 TARN	17
11 GARD	39
12 HÉRAULT	87
13 HAUTE-GARONNE	114

LA REPARTITION DES DERMATOLOGUES EN REGION

Sur les 3 388 dermatologues français, l'Occitanie en compte un peu moins de 10 % (312). La Lozère en compte 1 pour 76 000 habitants, l'Ariège 1 pour 152 000 habitants, et la Haute-garonne en haut du podium en compte 114 pour 1 300 000 habitants.

La dermatologie enregistre une baisse continue de praticiens en France depuis plus de cinq ans.

(Atlas 2017 de la démographie médicale-CNOM)

CARDIOLOGIE	
1 LOZÈRE	5
2 GERS	6
3 ARIÈGE	8
4 LOT	15
5 AVEYRON	21
6 HAUTE-PYRÉNÉES	21
7 AUDE	29
8 TARN ET GARONNE	30
9 TARN	33
10 PYRÉNÉES-ORIENTALES	41
11 GARD	62
12 HÉRAULT	108
13 HAUTE-GARONNE	158

LA REPARTITION DES CARDIOLOGUES EN REGION

Sur les 6 159 cardiologues français, l'Occitanie en compte 537. C'est encore la Lozère qui est le parent pauvre de la Région, et la Haute-Garonne la mieux garnie.

Dans le département du Lot, à la différence de la dermatologie, les variations du nombre de cardiologues offrent une courbe plus hiératique : elle grimpe de 2010 à 2012, pour chuter profondément entre 2012 à 2015, pour remonter à nouveau depuis.

(Atlas 2017 de la démographie médicale-CNOM)

Si je m'intéresse aux dermatologues de l'Aude, je saurai si les Audois restent dans le département ou le quittent pour consulter. C'est ce que nous appelons le taux de fuite. Les habitants de Castelnaudary qui n'ont qu'un seul cabinet de dermatologue vont majoritairement à Toulouse (80 %) alors que Castelnaudary est à mi-distance entre Toulouse et Carcassonne. Toujours grâce aux données du SNIIR-AM, on peut voir que la moyenne d'âge des 18 dermatologues de l'Aude est de 61 ans, et seuls 4 d'entre eux ont moins de 60 ans. Cela nous permet d'anticiper en décelant les zones dites à problèmes. Nous avons construit un outil qui nous permet de connaître, grâce au calcul du taux de fuite, les besoins actuels et futurs dans un bassin de vie ou dans un département. »

Pour parfaire cette photographie du « maillage de la couverture de la médecine spécialisée » qui permet d'anticiper les trous risquant de se former, il faut aussi examiner l'installation de femmes médecins, « qui, rappelle Fabrice Amatulli, privilégient d'autres choix pour leur vie, mais dont la volumétrie d'actes est inférieure de moitié à celle d'un homme médecin. » Là encore le temps travail-médecin peut être pris en compte, ce qui autorise de rendre plus pointue l'analyse de la démographie des médecins spécialistes d'Occitanie.

Philippe Meursault



FAVORISER LA PRÉSENCE MÉDICALE DANS LES ZONES FRAGILISÉES

LE ZONAGE POUR PRÉVENIR LA DÉSERTIFICATION MÉDICALE

Le premier axe du nouveau plan de santé vise à renforcer l'accès territorial aux soins. Une opération dite de zonage est en cours pour déterminer les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante. L'objectif est d'intervenir, davantage et mieux, dans des territoires plus nombreux.

Depuis le début de son mandat, la prévention de la désertification médicale est un cheval de bataille de la ministre des solidarités et de la santé. Agnès Buzyn



La ministre de la santé Agnès Buzyn

met l'accent sur des leviers d'action pour favoriser la présence médicale dans les zones qui en ont le plus besoin. Ce que l'on appelle vulgairement le zonage, qui, d'ailleurs, n'est pas une nouveauté dans le paysage politique de santé français, « permet, selon Camille Ricart, chargée de mission auprès de l'URPS – Médecins libéraux d'Occitanie, de déterminer les territoires éligibles pour accueillir les médecins bénéficiant de nombreux dispositifs d'aides à l'installation et à l'exercice. Il ne s'agit pas de développer des mesures coercitives à l'encontre des praticiens, puisque la liberté d'installation est une li-

berté fondamentale pour les professionnels de santé libéraux. »

Pour que ce dispositif qui conduit au maintien et à l'installation des médecins dans les zones fragiles soit réellement efficace, cela suppose une révision du cadre permettant d'identifier les zones où ces mesures d'aides seront mobilisées. L'identification des zones déficitaires en nombre de médecins s'appuyait jusqu'à aujourd'hui sur un texte ancien datant de 2011 et portait sur des données de 2008. Une révision s'avérait donc nécessaire pour être au plus près de la réalité des territoires, dans le cadre de la mise en œuvre du nouveau projet régional de santé. La nouvelle méthodologie de détermination de ces zones a été publiée par arrêté le 13 novembre dernier. Entre la dernière version de 2011 et celle d'aujourd'hui, la population concernée passerait de 8 à 18 % des Français. À partir de là, un important travail de refonte de la méthodologie a été engagé permettant l'identification des territoires éligibles. Selon l'arrêté du 13 novembre, « la repérage se fait sur une base démographique et non géographique. On ne parle pas de zone en tant que superficie d'un territoire mais en parts de popula-

tion couverte. » Et la nouvelle méthodologie s'appuie sur un indicateur dit d'accessibilité potentielle localisée (APL) au médecin, qui s'exprime en nombre de consultations accessibles par an par habitant. Cet indicateur recouvre trois dimensions : l'activité de chaque praticien (mesurée par le nombre de consultations ou visites effectuées par le praticien) ; le temps d'accès au praticien ; et la consommation de soins des habitants par classe d'âge (pour tenir compte des besoins différenciés en offre de soins). Pour pallier la réduction de l'offre de soins due aux éventuels départs à la retraite, le champ des professionnels de santé considéré est défini en appliquant une borne d'âge à partir de laquelle les médecins ne sont plus comptabilisés dans l'offre de soins prise en compte dans le calcul de l'indicateur APL.

Chaque région est constituée de territoires de vie-santé qui constituent la maille territoriale du zonage. Ces territoires sont composés eux-mêmes d'un ensemble de bassins de vie.

L'ARS d'Occitanie, qui, comme ses consœurs, est chargée de retenir une liste de territoires éligibles,

doit rendre sa copie début février. Mais il faut savoir que déjà sur les 6,2 % de la population d'Occitanie qui doit faire face à la désertification médicale, soit un peu plus de 350 000 habitants, 1,7 % ont été traités au niveau national. Reste pour l'ARS à laquelle l'URPS s'est associée pour émettre un avis, à se pencher sur les 4,5 % de la population. Il s'agit de 250 000 habitants sur toute l'Occitanie. « Il ne faut oublier que le déficit médical ne concerne pas uniquement les habitants des territoires ruraux, donc vraiment toute l'Occitanie ! » Cette liste des territoires éligibles sera connue au printemps prochain. Si les négociations pour l'établissement de la liste issue du zonage concernent au premier chef les médecins généralistes libéraux, il touche indirectement les autres professionnels de santé libéraux : « les pharmaciens, les infirmiers sont également intéressés, leurs activités vont dépendre du nombre de prescriptions que vont établir les médecins de leur région. » Quoiqu'il en soit, il va falloir trancher. Réponse dans trois mois tout au plus.

Pierre Kerjean



Mairie de Toulouse – Patrice Nin

ENTRETIEN AVEC JEAN-LUC MOUDENC, MAIRE DE TOULOUSE

« IL SERAIT TEMPS DE PRENDRE CONSCIENCE DE LA DÉSERTIFICATION MÉDICALE EN CENTRE-VILLE ! »

Alors que Toulouse connaît une croissance démographique sans précédent, on ne peut pas en dire autant de l'évolution du nombre des généralistes installés dans la ville rose qui enregistre une décade alarmante. Le premier édile de la commune, qui s'en est inquiété, se veut facilitateur de projets visant au développement de l'offre médicale.

MÉDECIN D'OCCITANIE. Comment la ville de Toulouse a-t-elle pris la mesure de la baisse de la couverture médicale et quels ont été les signes d'alerte ?

JEAN-LUC MOUDENC – C'est un sujet qui nous préoccupe depuis le début du mandat, car la croissance démographique exceptionnelle que connaît Toulouse – à un rythme annuel de +1,5 %, soit entre 5 000 et 8 000 habitants supplémentaires chaque année – est à mettre en balance avec la diminution progressive du nombre de médecins toulousains. Le sujet se pose d'ailleurs avec une acuité toute particulière dans les quartiers relevant de la politique de la Ville qui sont de plus en plus désertés par la médecine de proximité. Un chiffre résume bien cette alerte : Toulouse compte seulement 564 médecins généralistes pour 466 297 habitants, dont 41,7% ont plus de 60 ans. Une inquiétude que confirment les chiffres de l'INSEE – la baisse du nombre de médecins ne devrait pas s'inverser avant 2025 – et qui justifie donc une action résolue de la part de notre municipalité ! On parle depuis longtemps de la désertification médicale en milieu rural ; il serait temps qu'on prenne conscience de ce même phénomène en milieu urbain, y compris en centre-ville !

En quoi la signature de la convention cadre inter-institutions du 24 octobre dernier constitue-t-elle une initiative susceptible de maintenir et de renforcer l'offre de soins de proximité ?

JLM – Cette convention amplifie les mesures que tous les acteurs mettent en œuvre à Toulouse depuis 2014. Ainsi, elle permettra de fédérer les initiatives, les moyens et ressources disponibles pour attirer et rassembler de nouveaux professionnels de santé dans tous les quartiers. Certains projets ont déjà vu le jour – je pense à la Maison de santé pluridisciplinaire de Pérignon – alors que d'autres sont

bien avancés, par exemple la MSP de la Reynerie qui rassemblera, à terme, tous les professionnels de santé dans un site unique en plein cœur du quartier. Nous travaillons aussi sur d'autres maisons du même type dans le quartier Papus – la première pierre devrait être posée d'ici 2020 – ou encore à Borderouge, aux Minimes-Bourbaki et à la Cartoucherie.

Comment peut-on favoriser une répartition équilibrée des professionnels de santé entre les différents quartiers de Toulouse ? Ne faut-il pas ouvrir cette initiative à d'autres partenaires, la police municipale, les associations caritatives par exemple ?

JLM – Il ne s'agit pas tant d'arriver à une répartition équilibrée dans chaque quartier, d'une manière égalitaire, mais bien de parvenir à répondre aux besoins en termes d'offre de soin, quartier par quartier, secteur par secteur, en fonction de la croissance, du développement et de l'urgence de chacun. Nous n'y parviendrons qu'en ayant une connaissance très fine des besoins dans chaque corps médical et c'est tout l'intérêt, donc, des synergies que nous créons avec l'ARS, avec l'UFR de Médecine, l'URPS des Médecins Libéraux d'Occitanie, le CDOM 31 ... Cette démarche est par essence inclusive et tous les partenaires qui voudraient nous rejoindre dans la lutte que nous menons contre la désertification médicale en milieu urbain sont les bienvenus !

Dans le cadre d'une politique d'équilibre démographique des professionnels de santé, quelles ressources et quelles compétences Toulouse peut-elle mettre à disposition ?

JLM – La Mairie joue un rôle de facilitateur de projets visant au développement de l'offre médicale partout et pour tous. Main dans la main avec les acteurs de la santé de proximité signataires de la

Charte, nous accompagnons les professionnels et contribuons à identifier les sites et locaux disponibles pour les accueillir. Ce dernier aspect est particulièrement essentiel car, trop souvent, l'installation des médecins est rendue difficile par les complexités des normes et des règles. A cet égard, la mobilisation de notre bailleur social Toulouse Métropole Habitat et son expérience dans le montage de projets immobiliers et la valorisation de son patrimoine bâti seront déterminantes.

Comment l'expérience de Toulouse peut-elle être partagée par d'autres communes de la Haute-Garonne ?

JLM – Il nous faut y aller pas-à-pas : d'abord mettre en place et en route cette charte qui n'a que quelques mois d'existence, trouver les bonnes formules. Ensuite, dans un second temps, nous pourrions envisager d'en généraliser la signature avec d'autres communes, en premier lieu celles de la Métropole. En cela, nous pourrions suivre la même trajectoire que celle de notre Charte des Marchés Publics, avec le succès que l'on connaît sur l'emploi local. Par la suite, nous pourrions aller plus loin dans le partage de nos initiatives de lutte contre la désertification médicale, grâce aux relations que nous nouons avec les autres intercommunalités de Haute-Garonne ... J'ajoute que nous pouvons voir même au-delà : je pense à la coopération que nous avons avec le Pays des Portes de Gascogne – qui se trouve dans le Gers – et qui constitue l'un des premiers partenariats en France entre une Métropole urbaine et un pôle rural voisin. Face à ce sujet des déserts médicaux, je suis persuadé que nous serons plus efficaces ensemble, en pack, comme au rugby !

Propos recueillis par Pierre Lasny et Luc Jacob-Duvernet

> à lire dans le prochain numéro
UN ENTRETIEN AVEC PHILIPPE SAUREL, MAIRE DE MONTPELLIER

UNE SOLUTION ADAPTÉE À LA LUTTE CONTRE LA DÉSERTEMENT MÉDICALE

DES CPTS POUR ET PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ



La CPTS (communauté professionnelle territoriale de santé) est une forme de coordination des professionnels de santé sur un large territoire. Elle est constituée de l'ensemble des acteurs des soins qui souhaitent se coordonner pour répondre à plusieurs besoins en santé de la population qu'ils ont identifiés. Lors de la dernière assemblée générale de novembre 2017, les membres de l'URPS ont émis la volonté d'accompagner les projets de CPTS dans la région d'Occitanie. Un véritable engagement pour l'Union régionale.

Pour répondre au questionnement de la démographie des médecins libéraux en Occitanie, il existe des solutions sur lesquelles tout le monde planche. On pense à la télémédecine, aux aides à l'installation par le zonage, aux solutions innovantes... Parmi celles-ci, on peut dresser une liste qui devient la bible de l'URPS : les dispositifs de soins partagés, les plateformes territoriales d'appui, les équipes de soins primaires, les maisons de santé pluriprofessionnelles et les communautés professionnelles territoriales de santé. Même si chacun se garde bien de vouloir faire un choix définitif, les CPTS semblent faire partie des solutions préférées. Pour plusieurs raisons. Avec les CPTS, on passe de la patientèle à une population, on élargit le champ, l'activité et la vision n'est pas la même. Ensuite, les projets CPTS répondent aux exigences du « travailler ensemble » auquel aspire la jeune génération de professionnels de santé. Cette prédis-

position communautaire n'est pas une vue de l'esprit. Toutes les analyses sur l'aspiration des jeunes médecins sur leur façon de travailler, actuelle et future, le confirment, ils ne veulent pas connaître la même pratique solitaire de l'exercice de ceux qu'ils vont remplacer dans la carrière. Les CPTS sont là pour rassembler des acteurs assurant les soins de premier et de deuxième recours, des acteurs médicaux et médico-sociaux. Des professionnels de santé travaillant sur un bassin de vie commun pour régler des problématiques communes, telle est la philosophie des CPTS ! De plus, on commence à le constater, l'action coordonnée des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé semble être un facteur essentiel d'amélioration des parcours de santé en proximité, notamment pour les patients atteints de maladies chroniques, les personnes en situation de précarité sociale et les personnes en situa-

tion de handicap ou de perte d'autonomie. Pour les professionnels de santé libéraux, une communauté professionnelle territoriale de santé constitue une véritable opportunité. Tout d'abord, la force de ce dispositif « réside précédemment, dit le Dr Michel Combier, dans le fait qu'elle est le fruit de l'initiative de professionnels ». Il est donc essentiel que les professionnels s'en saisissent pour qu'elle réponde au mieux à leurs besoins. C'est ensuite la souplesse dans sa formalisation et sa mise en œuvre dont bénéficie la CPTS. Chaque communauté sera différente selon son histoire, son territoire, sa composition et ses actions. Par ailleurs, les échanges entre les professionnels de premier recours et de deuxième recours, les professionnels libéraux et les professionnels salariés peuvent être améliorés grâce à elle. Enfin, une CPTS doit permettre d'améliorer les conditions d'exercice des

professionnels de santé et ainsi optimiser le temps médical. Toutes ces raisons répondent aux questions que se pose légitimement un médecin libéral face aux enjeux d'une CPTS. En étant conseil, l'URPS a un rôle essentiel à jouer pour faire émerger les projets et accompagner les porteurs de projets, voire même susciter des initiatives en l'absence de propositions émanant des acteurs. Elle intervient principalement pour les aider à monter leur projet et à le transmettre à l'ARS. On le voit, cette organisation que constitue la communauté professionnelle territoriale de santé a un avenir pour l'exercice libéral, à condition que la volonté vienne des uns et des autres et l'échange de communication se fasse avec fluidité.

Philippe Meursault

RÉUSSIR LES CPTS

UNE FAÇON DE RÉSISTÉR

Les CPTS peuvent être aussi des lieux de résistance, de mélange et de soutien pour les médecins dans l'exercice de leur profession. C'est l'avis de Marie-Josée Renaudie.



La mise en œuvre des CPTS peut conduire à une lecture en creux d'une lutte sourde entre privé et public. C'est l'avis du Dr. Marie-Josée Renaudie, secrétaire générale adjointe. qui se plaint de ce qu'elle appelle « la pieuvre » de l'hôpital. « Un hôpital, dit-elle, qui veut envoyer les consultations de médecine générale en ville, en dehors du centre hospitalier ! Notre meilleure façon de résister est de créer des CPTS. Il est nécessaire que les médecins assurent une continuité des soins pour faire face à cette tentative de l'hôpital de travailler hors ses murs. » Cette continuité s'exerce parfaitement au sein d'une vie partagée entre médecins de premier recours et médecins de second recours : « La première spécificité des CPTS qui, à nos yeux, est très appréciable est ce travail en commun entre les généralistes et les spécialistes. On les a trop souvent opposés. Alors que les uns ont besoin des autres. A cet égard, la CPTS est le lieu privilégié pour que la majorité des médecins se retrouvent, créent des liens durables, participent à des réunions enrichissantes, élaborent des solutions pour des problématiques communes. » La difficulté principale est pour les professionnels de santé qui souhaitent créer une CPTS ou participer à sa création est de trouver le temps de boucler un dossier pour le soumettre à l'ARS. « C'est la raison, selon la gynécologue de Toulouse, pour laquelle l'URPS d'Occitanie a pris la décision de créer une cellule innovante qui permettra d'aider à mener tout le travail administratif en amont. » Au delà de ce soutien de la cellule innovante (lire en page 7), l'URPS estime qu'elle doit mener un travail d'ambassadeur auprès des médecins : « Nous devons aller rencontrer chaque médecin qui, a priori, ne se sent pas concerné. Il ne s'agit pas de faire du prosélytisme, mais de lui expliquer, lui qui est très individualiste, l'importance de travailler en commun, et que la CPTS est un lieu ad hoc où le médecin ne trouvera que des avantages. » Enfin, et ce n'est pas le moindre des bénéfices, la communauté professionnelle territoriale de santé « est une organisation qui doit permettre au médecin de résister, de ne pas tomber en burn out, et de profiter du lien particulier qui vous rattache à la communauté et vous soutient. »

PM

LE KIT D'UN PROJET CPTS

TOUT CE QUE VOUS AVEZ TOUJOURS VOULU SAVOIR SUR LES CPTS SANS JAMAIS OSER LE DEMANDER

Une CPTS est constituée de professionnels de santé de premier ou de second recours, de médecins, de paramédicaux, de pharmaciens ou encore d'acteurs médico-sociaux et sociaux. Il n'y a pas d'obligation d'adhésion aux CPTS.



COMPOSITION D'UNE CPTS :

Une CPTS est constituée de professionnels de santé de premier ou de premier recours, de médecins, de paramédicaux, de pharmaciens ou encore d'acteurs médico-sociaux et sociaux. Il n'y a pas d'obligation d'adhésion aux CPTS.

CRÉATION D'UNE CPTS :

Une CPTS peut être créée par un groupe de professionnels de santé ou une équipe de soins primaires (maison de santé, pôle de santé) et s'élargir ensuite à d'autres acteurs. Elle peut également établir des partenariats avec des institutions, des associations ou des établissements de santé.

TERRITOIRE D'UNE CPTS :

Le territoire sur lequel repose une CPTS n'est pas défini administrativement (par exemple à l'échelle d'un canton ou d'un département), mais en fonction des flux de patients, des parcours de soins et des habitudes de travail en exercice coordonné de différents professionnels de santé, formalisées ou non.

DÉFINITION D'UNE CPTS :

Une CPTS, à la différence des maisons et pôles de santé, se définit par rapport à la population d'un territoire et aux habitudes de travail des professionnels et non par rapport à une patientèle.

COMPOSITION DES CPTS :

La taille de la CPTS peut être variable d'un territoire à l'autre. On peut ainsi compter plusieurs CPTS par département et certaines CPTS peuvent se déployer à cheval sur plusieurs départements.

CONSTITUTION D'UNE CPTS :

La concrétisation d'une CPTS passe par le choix d'une structure juridique (en général, l'association), la réalisation d'un diagnostic territorial et d'un projet de santé partagés.

PROJET D'UNE CPTS :

Le projet de santé qui devra être transmis à l'Agence régionale de santé précise les actions que les professionnels de santé du territoire souhaitent mettre en place, les limites géographiques de la CPTS, et le diagnostic territorial auquel répondent les actions envisagées.

STATUT D'UNE CPTS :

La forme associative semble la forme juridique à privilégier, au moins dans un premier temps, dans la mesure où elle présente davantage de souplesse.

MONTAGE D'UN PROJET D'UNE CPTS :

Plusieurs étapes sont nécessaires au montage d'un projet d'une CPTS : 1. Faire reconnaître la démarche. 2. Constituer des groupes de travail. 3. Réaliser un diagnostic de terrain. 4. Rédiger un projet de santé. 5. Rechercher des financements. 6. Choisir la structure juridique. 7. Décider de la gouvernance. 8. Associer des partenaires. 9. Soumettre le projet à l'ARS. 10. Réaliser un budget prévisionnel.

LA FÉDÉRATION PLUTÔT QUE LA FUSION !



« On finit par se demander si l'administration a vraiment envie de voir vivre les réseaux de périnatalité en Occitanie. » La chose est dite avec une pointe de désillusion, pourtant le Dr. Olivier Thiebaugeorges a toujours l'intention de se battre pour conserver intacts les deux réseaux issus des deux anciennes régions : le réseau **Maternip** de la région Midi-Pyrénées et le réseau **Naître et Grandir** de Languedoc-Roussillon. Intacts, collaborateurs mais toujours séparés ! De fusion, ce médecin gynécologue obstétricien de Toulouse ne veut pas. Dans le cadre du Plan régional de santé 2, l'ARS a pourtant cet objectif en vue. « Les médecins ne veulent pas d'un grand réseau. Les deux réseaux fonctionnent bien, chacun avec des logiques différentes mais adaptées à leur territoire et, chacun a sa dynamique, explique le Dr. Marie-Josée Renaudie, gynécologue, qui représente l'URPS, avec Olivier Thiebaugeorges, au sein des réunions de concertation organisées par l'ARS pour le PRS 2.

Un peu d'histoire. Maternip, réseau de périnatalité de Midi-Pyrénées, et Naître et Grandir réseau de périnatalité du Languedoc-Roussillon sont deux associations, créées il y a plus de dix ans, financées par l'ARS, qui regroupent l'ensemble des maternités privées et publiques et les professionnels de la périnatalité des deux anciennes régions. L'objectif de ces réseaux qui disposent

La richesse des deux réseaux de périnatalité en Occitanie est de s'appuyer sur la proximité. L'ARS veut imposer un regroupement en une seule entité et créer ainsi un grand réseau sur un grand territoire. Ce qui est loin d'être du goût des membres des deux associations qui militent pour une fédération conservant les spécificités locales des réseaux plutôt qu'une fusion !

de leur propre personnel (une dizaine de salariés par réseau ou délégués par l'établissement hospitalier) est d'optimiser la prise en charge des femmes enceintes et de leur enfant avec l'homogénéisation des pratiques médicales et l'utilisation des protocoles communs de soins. À l'origine, il s'agissait de renforcer la coopération et la communication entre les personnels médicaux et paramédicaux, cliniques et hôpitaux et d'organiser le parcours de la future mère ou de l'enfant pour les diriger dans le centre le mieux adapté. « Puis, souligne le Dr. Olivier Thiebaugeorges, petit à petit s'est construit un maillage des soins de la périnatalité pour une optimisation de la prise en charge. » En s'adressant aux professionnels de santé, les réseaux ont donc mis en place différentes actions de formation, d'échanges et de communication, dans plusieurs domaines : la gestion du risque, la lutte contre la précarité et sa prise en charge, la prévention par le conseil pré-conceptionnel, le dépistage de la précarité, des addictions, des troubles alimentaires, du cancer du col et la pathologie néo-natale.

Chaque réseau a sa façon de faire et ne fonctionne pas de la même façon.

La fusion des réseaux que l'ARS appelle de ses vœux paraît, selon Marie-Josée Renaudie, « comporter des écueils majeurs, car elle casse les dynamiques existantes et prend le risque de se couper du terrain comme des pratiques professionnelles de proximité. » Le Dr. Olivier Thiebaugeorges sur-enchérit : « Le fait de vouloir un seul réseau - une volonté motivée principalement par un souci de faire des économies -, va éloigner les réseaux des praticiens. Nous craignons que l'on fasse un nivellement par le bas plutôt que profiter des richesses de l'un et de l'autre. On peut militer, non pour une fusion dont personne ne veut, mais pour la création d'une fédération qui paraît être la meilleure solution. » Selon le médecin obstétricien, c'est la méthodologie qui pêche : « À force de faire des injonctions pour suivre parfaitement les termes d'une planification administrative nationale, on en vient à prendre une décision avant d'avoir réfléchi sur ce qui se passera après cette... prise de décision. »

Marie-Josée Renaudie en veut pour preuve l'effet d'annonce de la fermeture de deux maternités en Aveyron qui totalisent, chacune, moins de 300 accouchements par an, à Millau et Saint-Affrique : « Avant de décider, on ferait mieux de discuter avec les acteurs du terrain. On doit trouver une solution locale : créer par exemple un centre hospitalier à mi-distance entre les deux maternités que l'on veut fermer, et non pas imposer une décision venue d'en haut qui brise les êtres et ne vient pas répondre aux besoins des patients. »

Cette crainte de la fusion se double de celle de voir se développer, selon le Dr. Marie-Josée Renaudie, « la domination des centres hospitaliers sur les médecins libéraux. La fusion va couper les médecins de terrain de leurs apports factuels, et le premier qui en pâtira sera le patient. » Et la gynécologue, qui est loin d'être un boutefeu vindicatif, hausse pourtant le ton en posant plusieurs questions : « En serions-nous arrivés à confondre pertinence et rentabilité ? Les patients veulent-ils que leur santé soit soumise à une administration et aux intérêts financiers, ou veulent-ils que leur santé soit confiée à des médecins libres et responsables devant eux d'une bonne utilisation des moyens donnés par la collectivité ? »

Philippe Meursault

VILLE-HÔPITAL : POUR LES MEILLEURES RELATIONS DU MONDE

À la mi-janvier, la Fédération Hospitalière de France (FHF) et l'URPS-Médecins libéraux d'Occitanie ont tenu la première réunion d'un comité de pilotage pour le lancement d'une mission d'étude sur l'évolution de l'organisation des relations Ville-Hôpital en Occitanie en 2018. Objectif : accompagner les premiers groupements hospitaliers de territoire volontaires et les professionnels libéraux volontaires dans l'exercice de leur responsabilité territoriale et populationnelle.

« Dans la logique actuelle d'organiser au mieux le parcours de soins à l'échelle des territoires, réfléchir à faire travailler intelligemment les établissements hospitaliers et les médecins libéraux nous a semblé nécessaire. Cela va dans le sens de la création récente des groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) et de la nécessité de se placer au-delà du virage ambulatoire que doivent prendre les établissements, » explique le Docteur Maurice Bensoussan (GHT : voir encadré). Pour le président de l'URPS d'Occitanie, les relations entre les établissements hospitaliers et les médecins libéraux, « quelles que soient leur modalité d'exercice et leur spécialité, doivent s'institutionnaliser et être véritablement animées pour qu'elles se développent, perdurent et se renforcent. » La première étape de cette démarche est la mise en place conjointe d'une mission d'étude régionale sur l'organisation de ces relations. Cet accord entre l'URPS et la FHF passe par le co-financement de la mission qui a été confiée au cabinet spécialisé Acsantis. « Les relations Ville-Hôpital sont historiques dans notre pays, dit Michel Thiriet,

délégué régional de la Fédération Hospitalière de France. Les relations entre le premier recours qui revient notamment aux professionnels de santé libéraux assurant les soins ambulatoires et le second recours qui revient aux établissements de santé se sont organisées au travers l'adressage des patients et les échanges et le partage d'informations. Si, naguère, ces relations étaient la plupart du temps interpersonnelles, elles sont aujourd'hui plus compliquées à développer du fait de l'évolution de la démographie médicale, notamment parce que les acteurs sont de moins en moins nombreux et donc moins disponibles. Il faut donc que ces relations entre tous soient préservées, accompagnées et organisées. »

La mission comportera deux séquences. La première est à visée diagnostique et de modélisation des relations ville-hôpital. La seconde est plus opérationnelle, propre à chaque GHT volontaire et aux professionnels libéraux volontaires des territoires concernés. « Ce diagnostic, souligne Michel Thiriet, va révéler des dispositifs très différents

selon les territoires : des exercices groupés dans les maisons de santé pluriprofessionnelles parfois proches des hôpitaux, des exercices isolés de médecins libéraux ou au contraire des consultations partagées, des échanges dématérialisés sécurisés, de la télé-expertise ou encore l'existence de « commissions » Ville-Hôpital qui permettent de faire le point régulièrement sur ces relations. »

Les GHT et les CPTS des professionnels libéraux volontaires (lire page 16) rejoignent ainsi la panoplie des modèles nouveaux d'organisation médicale qui vont devoir s'articuler entre eux : « On promet, explique le représentant de la FHF, l'idée que la médecine libérale doit pouvoir être représentée sur le plan institutionnel dans les GHT, inversement il peut en être de même dans les CPTS. » Le diagnostic va permettre également de faire un état des lieux, notamment géographique (ville, milieu rural) et de dresser une cartographie des modalités d'organisation des relations. Des modèles seront analysés (avantages, inconvénients) puis proposés en fonction des typologies de territoire.

La démarche s'appuiera fortement sur le recueil des attentes des acteurs locaux qui seront directement sollicités, seule manière de trouver l'adhésion et favoriser l'innovation dans les organisations en santé : « Nous partirons des volontés du terrain, et de ceux qui portent sur les territoires des solutions innovantes », conclut le Docteur Maurice Bensoussan.

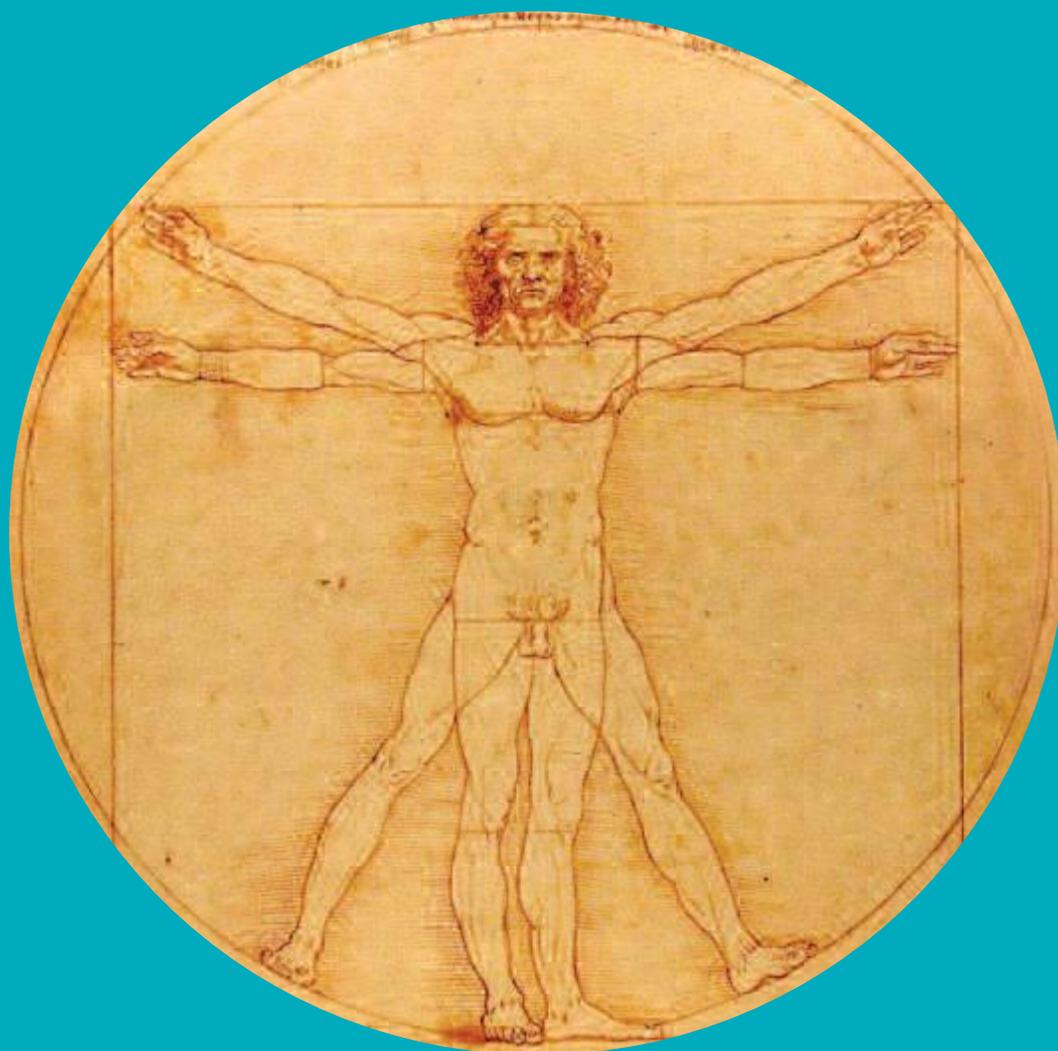
Luc Jacob-Duvernet



14 GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE EN OCCITANIE

La loi de modernisation du système de santé prévoit un nouveau mode de coopération entre les établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire, les « Groupements hospitaliers de territoire » (GHT). 14 GHT ont été créés en Occitanie depuis juillet dernier. Les établissements ont élaboré pour chaque GHT une convention constitutive de coopération autour d'un projet médical partagé et de mutualisations de services (Achats, Information médicale, systèmes d'information, formations et écoles).

L'INNOVATION MÉDICALE A TOUJOURS DEMANDÉ PLUSIEURS BRAS NE RESTEZ PAS SEUL !



Vous voulez modifier votre pratique médicale et votre relation avec votre environnement professionnel.

Vous pensez mettre en œuvre un nouveau mode d'organisation de soins sur votre territoire.

Vous hésitez entre la création d'une communauté professionnelle de santé et la création d'une plateforme territoriale d'appui.

Vous réfléchissez à la meilleure façon de vous y prendre.

Dirigez-vous vers la Cellule Innovation de l'URPS qui vous accompagnera et vous soutiendra sur le terrain !

La cellule est là pour vous aider à préparer l'ingénierie de votre projet. Du début jusqu'à la fin

LA CELLULE INNOVATION

LA SOLUTION URPS

Nos réponses à vos questions : #cellurps-occitanie

Notre accueil téléphonique : 05 61 15 80 90