

Médecin d'Occitanie

LE BULLETIN DE L'URPS DES MÉDECINS LIBÉRAUX

N°5 - AVRIL 2018



A U S O M M A I R E

LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

GRANDS TÉMOINS : PHILIPPE SAUREL, MAIRE DE MONTPELLIER
CAROLE DELGA, PRÉSIDENTE DE LA RÉGION OCCITANIE

AU SOMMAIRE

Page 3

EDITO du président



ACTUALITÉS

Page 4 : PRS 2 : Les médecins attendent la prise en compte de leurs propositions par l'ARS



Page 5 Les 7^{es} rencontres de la Grande motte

Page 6 Une structure régionale d'appui chasse l'autre

Page 7 Les médecins ne sont pas emballés par le DMP



Page 8 Des protocoles de coopération passés à la loupe

DOSSIER L'AVENIR DES RELATIONS VILLE/HÔPITAL

Pages 9 à 13 Libéraux et hospitaliers doivent apprendre à travailler ensemble !



Page 14 et 15 Où commence le vrai débat sur la PDSA ?

DÉCRYPTAGE

Page 16 à 17 L'URPS, un incubateur performant des solutions numériques de la santé



GRANDS TÉMOINS

Page 18 Entretien avec Philippe Saurel, maire de Montpellier

Page 19 L'avis de Carole Delga présidente de région



MÉDECIN D'OCCITANIE N° 5 - AVRIL 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



Pour l'automobiliste entrant dans la ville rose dans les années 70, impossible d'échapper à cet affichage municipal, vantant à côté de la Basilique Saint Sernin et du Capitole, sa prouesse architecturale et urbaine.

Aujourd'hui encore, vu d'avion ou autres roades et autoroutes, le Mirail montre une certaine audace dans sa conception avec ses espaces verts, ses étendues d'eau et ses larges coursives d'immeubles. Mais vivre voire même seulement pénétrer dans ce territoire est une autre affaire, à l'instar de ce qui existe dans les périphéries des villes grandes, moyennes ou petites de notre Occitanie.

Attirer un médecin sur un territoire en le logeant, même le plus confortablement du monde, dans des locaux totalement neufs ou dans des monuments historiques remis aux normes du jour relève d'un pari dont l'efficacité touche d'ores et déjà à ses limites. Les jeunes médecins ont un parcours universitaire d'excellence, ils sont exigeants, tant mieux. C'est un espoir pour la santé de nos concitoyens, pour nous tous. Alors de grâce ne les considérons pas

un usager d'un système. C'est là le terrain d'une créativité voire d'une innovation possible, portée par nos jeunes médecins.

Oui, comme l'URPS persiste à le demander, le médecin doit retrouver sa place dans ce PRS 2* soumis par la technocratie sanitaire à la concertation républicaine. Il ne s'agit ni seulement de la perte sémantique de la médecine dans les discours officiels (remplacée par « des professionnels de santé » voire même « des professionnels des territoires de santé »), ni de la désertification médicale (villes et campagnes) mais de répondre à la véritable demande de la population d'avoir un médecin pour être soigné

Attirer un médecin sur un territoire en le logeant, même le plus confortablement du monde, dans des locaux totalement neufs ou dans des monuments historiques remis aux normes du jour relève d'un pari dont l'efficacité touche d'ores et déjà à ses limites.



C'est oublier que l'espace n'existe que par la vie relationnelle des personnes qui y séjournent ou y transitent. Si l'intention a pu ne pas être de créer des lieux de stigmatisation sociale, de regroupement de déshérités, d'immigrés ou autres personnes en situation ou instance de précarité, les fameuses politiques de la ville ricochent néanmoins d'échecs en échecs.

Aborder aujourd'hui la question de l'accès aux soins dans nos territoires sous le seul angle d'une démographie quantitative ou de la construction de divers espaces ou maisons de santé nous confronte au même risque d'une dégringolade de nos organisations sanitaires.

comme de simples prestataires de soins normés, codifiés, conformes aux données acquises de la science. Des parlementaires frais émoulus de dernières élections pensent qu'il suffit de contraindre, d'obliger et ainsi les problèmes seront réglés. Faire ici appel à l'autorité de l'Etat au lieu de promouvoir réflexions et incitations est un paradoxe mettant le médecin à la place du délinquant.

Non un médecin doit être traité autrement dans notre société. Le politique doit renoncer à une totale maîtrise de cet espace des soins. Il doit laisser au médecin son lien de proximité avec son patient. Celui-ci ne peut être uniquement

ou de s'y référer dans son parcours de soin. L'URPS dénonce et dénoncera les risques pour la santé d'une médecine sans médecin, c'est-à-dire d'une médecine où les organisations sanitaires sont structurées sans eux. Nous refusons ce rôle d'effecteur, de prestataire réservé au médecin dans ces nouveaux paradigmes où le souci de contrôle, derrière le postulat de l'économie, fait courir un risque majeur de régression.

* Le projet régional de santé n°2

LE PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ NUMÉRO 2 BIENTÔT MIS EN ŒUVRE

PRS 2 : LES MÉDECINS ATTENDENT LA PRISE EN COMPTE DE LEURS PROPOSITIONS PAR L'ARS

Les médecins libéraux ont été très présents lors des innombrables réunions préparatoires. Le Projet Régional de Santé dans sa version 2018 est arrivé sur les bureaux des élus de l'URPS en février. Ils ont déposé début avril leurs commentaires structurés auprès de l'ARS. Même s'ils estiment nécessaire l'élaboration d'un tel plan, les médecins s'interrogent sur la place qui leur est réservée dans le projet actuel. Ils attendent maintenant les réponses de l'Agence Régionale de Santé à leurs propositions, attentes et interrogations. Fin de parcours des préparatifs et début de la mise œuvre du PRS 2 dans quelques semaines après cette période de consultation républicaine !

Il avait quelques semaines de retard, mais il a fini par émerger. Car l'affaire n'est pas simple ! L'ARS Occitanie a en effet publié, le 20 février dernier, un avis de consultation pour le Projet régional de santé Occitanie. Le PRS de deuxième génération s'inscrit dans une vision stratégique à dix ans de l'évolution du système de santé pour 6 millions de personnes en Occitanie. Il définit également, pour les 5 prochaines années, la politique régionale de santé qui sera menée en matière de prévention, d'organisation de l'offre de soins et médico-sociale et fixe le programme d'actions pour les plus démunies. Ce PRS N°2, dont l'objet est d'être une photographie très précise du système de santé régional avec ses qualités et ses défauts, définit ainsi le cadre d'orientation stratégique avec un schéma régional de santé et un programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies. Une démarche prospective accompagne le dessin du PRS et trace les objectifs retenus par l'Agence Régionale de Santé.

Comme le demande la loi, et selon les règles de ce que l'on appelle joliment « la démocratie sanitaire à l'échelle régionale », les acteurs de santé d'Occitanie ont été sollicités pour donner

leur avis sur cette somme de près de 600 pages réunies en trois chapitres (voir encadré). Les élus de l'URPS se sont aussitôt mis au travail sur ce plan d'action en santé de la Région pour une mise en œuvre de 2018 à 2022. Aidés en cela par le cabinet KAISSA, ils se sont fortement mobilisés, ont analysé les documents, et « ont émis des remarques denses et judicieuses qui se veulent des forces de proposition », explique Franck Droin, directeur de la société conseil.

Car au-delà d'une première constatation qui aurait pu rendre bougons les élus (« la médecine libérale ne trouve pas, dans cette version du PRS la place qu'elle mérite et qu'elle doit

LES TROIS PILIERS DU PRS

Un nouveau cadre réglementaire définit depuis janvier 2016 les trois composantes du PRS. Vient en premier lieu le cadre d'orientation stratégique (COS) qui détermine les objectifs stratégiques de l'ARS et les résultats attendus à 10 ans, en lien avec la stratégie nationale de santé, pour améliorer l'état de santé de la population et lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé dans la région.

Le schéma régional de santé (SRS), second axe de ce PRS, est établi pour 5 ans, sur la base d'une évaluation des besoins et de l'offre de santé. Il détermine des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels.

Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) est la troisième composante du Projet. Son objet est d'améliorer le parcours de santé des personnes les plus démunies.



occuper dans le futur du système de soins dans la région, expliquent les médecins », les forces vives de l'URPS ont préféré abandonner le champ de la critique et des inquiétudes légitimes, et faire montre d'une forte implication dans une logique constructive et pour la promotion d'une juste place de l'offre de soins libérale dans la version finale du PRS d'Occitanie. « Malgré le fait qu'elle s'est sentie oubliée soit formellement, soit sur le fond, dit Franck Droin, la médecine libérale veut être partie prenante dans la construction de la future organisation des soins. Elle a des remarques, mais elle a aussi des idées, comme par exemple la création d'un centre autonome indépendant de chirurgie ambulatoire, une sorte d'hôtel hospitalier médicalisé. »

Plusieurs axes de propositions structurent sa réponse à l'ARS. Elle milite ainsi pour la pro-

motion de toutes les nouvelles formes d'organisation territoriales des soins, sans mettre un accent trop prononcé sur les MSP, telles qu'elles apparaissent aux yeux de l'ARS comme une réponse quasi-unique à la médecine de premier recours ; estime incompréhensible l'absence des maladies chroniques dans les parcours prioritaires ; souhaite également le développement incontournable de la e-santé dans lequel l'URPS sera garant du maintien d'une relation patient - médecin de qualité. Et pour le PRAPS, le PRS devrait, estiment les élus de l'URPS, renforcer le soutien indispensable à l'engagement sans faille des médecins libéraux. Pour conclure sur le sujet précis de l'évaluation du PRS, l'URPS Occitanie doit pouvoir être considéré comme un partenaire actif.

Reste enfin que l'ARS devra prendre garde dans sa rédaction à substituer à quelques termes trop généraux pour ne pas dire trop vagues comme « professionnel de santé », d'autres plus précis comme « médecin libéral », dans la mesure où ils sont déjà concernés au premier chef pour de nombreux projets. Ces dispositifs seraient dénaturés si la place des médecins n'était pas clairement affirmée. Le vocabulaire a toujours le sens qu'on veut bien lui donner.

Luc JACOB-DUVERNET

RENCONTRES DE LA GRANDE MOTTE DU SAMEDI 2 JUIN 2018

L'AVENIR DES RELATIONS VILLE-HÔPITAL : LE GRAND DÉBAT

Pour la septième année consécutive, l'Union régionale des professionnels de santé des médecins libéraux d'Occitanie organise, le samedi 2 juin prochain, à la Grande Motte, ses rencontres annuelles. À l'ordre du jour de cette septième édition : l'avenir des relations ville/hôpital.



Les rencontres annuelles de l'Union régionale des professionnels de santé des médecins libéraux qui se tiennent aux marches de l'été à la Grande Motte constituent pour l'URPS un moment important de sa vie interne tant pour marquer un point d'étape annuel de l'organisation qui passe par un travail de réflexion que pour envoyer des signaux forts à ses partenaires institutionnels et à tous les professionnels de santé d'Occitanie et d'ailleurs.

En 2017, l'URPS d'Occitanie avait choisi de placer la journée des sixièmes rencontres sous le signe des organisations innovantes qui participent de la formidable mutation du système de soin français, cette année, ces septièmes rencontres, toujours dans une dynamique prospective, seront consacrées à l'avenir des relations entre la ville et l'hôpital. La problématique qui sera développée et débattue est de connaître ainsi les postures de chaque secteur (secteur libéral, secteur hospitalier, secteur libéral en établissement) par rapport à l'évolution que constitue le virage ambulatoire, « un virage qu'on n'a d'ailleurs pas pris » selon le Dr Michel Combié, secrétaire général de l'URPS. Autre sujet, la suppression des spécialistes en ville pour les remettre à l'hôpital, « ouvrons le débat, est-on pour ou contre ? » demande le Dr Maurice Bensoussan. Ces relations (voir notre dossier en page 9) ouvrent un champ de réflexions sur de nouvelles pratiques, un nouvel exercice autour du soin, et en quelque sorte place le monde médical face à de nouveaux paradigmes. « Depuis la création du territoire régional Occitanie, explique le président de l'URPS, nous avons décidé d'inscrire les rencontres de La Grande Motte dans une vision prospective de notre système de santé. Aujourd'hui, il n'y a plus d'avenir, comme la ministre de la Santé l'a signalé, pour des fonctionnements en silos. Nous avons anticipé ce mouvement avec déjà une forte action de partenariat ville - hôpital, en initiant dès 2012 le dispositif de soins partagés en psychiatrie. Nos propositions d'extension à d'autres territoires régionaux que la seule agglomération toulousaine soulève encore quelques réticences. Nous devons étendre ce type de partenariat à d'autres champs et à d'autres spécialités. La filière pédiatrique est ainsi en train de s'organiser. »

OF

UN UKASE FRAPPE APPERQUAL

UNE STRUCTURE RÉGIONALE D'APPUI CHASSE L'AUTRE

APPERQUAL, STRUCTURE RÉGIONALE D'APPUI DÉDIÉE À LA SÉCURITÉ DES SOINS, et née d'une initiative publique-privée avec un fort engagement des médecins libéraux, a de fortes chances de disparaître. Ainsi en a décidé l'Agence Régionale de Santé, qui dans son interprétation des instructions réglementaires nationales, ne tient pas compte des envies et des besoins des professionnels de santé et crée ainsi de toute pièce une nouvelle structure d'appui régionale. L'URPS est montée au créneau pour afficher son désaccord.

« L'ARS n'aime pas l'indépendance. Apperqual était une expérience pilote conduite par des médecins libéraux et publics avec une logistique confiée à l'URPS. L'agence régionale a fait table rase du passé. » L'avis du Dr Jean-Luc Baron, qui était un des principaux initiateurs de la structure régionale d'appui Apperqual, est sans appel. Il décrit une reprise en main par l'ARS avec une pointe d'amertume. Même s'il sait que la messe est dite, il estime encore que « la structure n'est pas fermée, Apperqual est encore vivante ! »

Créée il y a trois ans par quelques médecins du Languedoc-Roussillon, et notamment le Professeur Bertrand Millat, coordonnateur de la Gestion des risques du CHU de Montpellier, la Structure régionale d'Appui à la Qualité et à la Pertinence se voulait l'organisme régional dédié à l'accompagnement au développement de la qualité des soins et de la sécurité des patients : la mise en place de démarches formatrices d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et l'instauration d'une culture de sécurité des soins. Apperqual était fondée sur une démarche de gestion des risques qui vise à réduire les risques d'évènement indésirable à un niveau acceptable, en cherchant notamment à diminuer la fréquence et la gravité des événements indésirables qui pourraient survenir. Dès lors, la sécurité des patients est l'état dans lequel le risque d'évènement indésirable est réduit au minimum.

Salué il y a un an par Raymond Le Moign, directeur général du CHU de Toulouse, aujourd'hui directeur de cabinet d'Agnès Buzyn, et par Thomas Le Ludec, le directeur général du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, ils affirmaient en effet qu'Apperqual pouvait « avoir un impact très fort sur la qualité des soins. Il faut savoir tirer profit des enseignements de structure de ce type ».

Pourtant l'ARS en a décidé autrement. Motif affiché : une asymétrie entre deux organismes installés sur les deux anciennes régions, Apperqual en Languedoc-Roussillon, et Partage Santé (ex-Requamip) en Midi-Pyrénées qui pouvait être source de conflits. « La direction de l'ARS a fait une mauvaise analyse, dit le Dr Jean-Luc Baron. Chacun avait sa vie, une vie différente. Apperqual était unanimement reconnu en Languedoc-Roussillon. Ces deux structures pouvaient croiser leurs expériences par ailleurs complémentaires. L'agence a préféré créer une structure unique en Occitanie et faire rentrer tout le monde dans le moule. Qui plus est, Apperqual était gérée par la médecine libérale, il en sera autrement pour la nouvelle structure. »

L'ARS a ainsi fait appel à la Structure d'appui d'une autre région, CEPRAAL (Coordination pour l'Évaluation des Pratiques Professionnelles en Auvergne-Rhône-Alpes) dont l'objet est similaire à celui d'Apperqual pour chapeauter la



nouvelle SRA. Claire Chabloz, médecin de santé publique et présidente de la FORAP (fédération des SRA), qui avait été à l'origine du CEPRAAL (un organisme qui offre par ailleurs des services aux Établissements de Santé pour les accompagner dans leurs démarches de certification) et qui a piloté la naissance d'une structure identique dans le Grand-Est, a pris les choses en main. La manière de faire de l'ARS n'a pas été du goût de tout le monde. Fin janvier, lors la réunion du premier comité de configuration de la SRA organisée par l'Agence régionale de santé, les membres de l'URPS ont formulé leur désaccord structurel sur ce projet. « La SRA ne peut être pilotée que par des Professionnels de Santé, en majorité des médecins, en raison de son objet et devrait être à parité entre les secteurs publics et privés, a expliqué le Dr Maurice Bensoussan. Et d'ajouter : « Son indépendance et son caractère non sanctionnant sont une ligne rouge. Ces missions doivent se suffire à elles-mêmes sans aller chercher d'autres sources de financement en particulier dans les champs de la formation, de l'évaluation ou d'autres missions de nature privées ou commerciales. »

Philippe MEURSAULT

DOSSIER MEDICAL PARTAGÉ

LE DMP OU LE CHOIX D'UNE DÉMARCHE CITOYENNE

La direction de la CPAM de Haute-Garonne qui mène une expérimentation du DMP depuis plus d'un an est satisfaite. La première étape de mise en service du dossier médical partagé serait, selon elle, une réussite, avec l'ouverture de près de 100 000 DMP à l'issue de la période d'essai. Un avis que ne partagent pas des libéraux qui, bien que s'étant prêtés à l'expérimentation, se disent sceptiques sur l'intérêt de cet outil pour l'exercice médical.

« Le Dossier Médical Partagé est un serpent de mer qu'on nous ressort aujourd'hui, après avoir englouti plusieurs centaines de millions pour pas grand-chose ! Je crains que le projet actuel de la CNAM ne rencontre pas le succès escompté, dit Jean-Louis Bensoussan, vice-président de l'URPS. » Pourtant le DMP nouvelle formule est sur les rails sur l'un des territoires de l'Occitanie. En janvier 2017, la CNAM a lancé des expérimentations grandeur nature dans 9 départements dont la Haute-Garonne (*). Ce dossier personnel stocke toutes les informations concernant les consommations de soins du patient, qui sont déposées sur un lieu virtuel de stockage : médicaments remboursés, médecins consultés, recours aux autres professions de soins, examens réalisés. L'assuré peut créer lui-même son DMP et garde la main sur les éléments le concernant. Il décide qui a accès à ses données, rajoute des éléments personnels s'il le souhaite. Ainsi, il autorise les professionnels de santé de son choix à y avoir accès en quelques clics. Les généralistes, spécialistes, kinés, infirmiers, services d'urgence peuvent connaître les dernières informations médicales le concernant et par exemple éviter les interactions médicamenteuses. En cas d'accident, les services d'urgence pourront très vite découvrir les allergies ou traitements en cours des patients.

Sur le million d'assurés de la CPAM Haute-Garonne, 75 000 DMP ont été ouverts à ce jour : « Sachant que nous n'avons pas la possibilité de faire cette campagne sur l'ensemble des ayants-droit, nous visions un socle de 5 %, ce qui a été le lot des 8 autres départements, explique Nathalie Lagrâce-Giraud, attachée de direction de la CPAM de Haute-Garonne. Nous avons atteint cet objectif en décembre 2017, et nous serons près de 10 % à la fin de l'expérimentation à l'automne prochain, avant la version 2 qui sera proposée à tous et sur toute la

France. » Aujourd'hui la cadence d'ouverture des dossiers est de 1000 par semaine, ce qui devrait conduire effectivement la CPAM à espérer tutoyer les 100 000 dossiers ouverts au cours des derniers mois de 2018.

Reste que l'accueil réservé par les médecins a été plutôt frais. Ce que ne conteste pas Isabelle Tartarin, directrice de la santé à la CPAM de Toulouse : « Les médecins ne se sont pas occupés de l'ouverture des dossiers, mais de leur alimentation. Seuls 100 médecins traitants sur les 1 300 généralistes que comptent le département l'alimentent régulièrement. C'est malgré tout un bon démarrage, compte tenu du fait de la mise à jour des logiciels qui doit se faire aujourd'hui manuellement. » Ces logiciels constituent un véritable casse-tête pour les médecins au cours de cette expérimentation : « L'affaire n'est pas tout à fait au point, souligne le Dr Jean-Louis Bensoussan. Un technicien compétent de la CPAM est venu à quatre reprises dans mon cabinet pour connecter mon logiciel métier et celui du DMP. Il semble que les logiciels ne soient pas totalement compatibles. J'ai fini par renoncer à me rendre sur les DMP via mon logiciel métier, après avoir essayé à plusieurs reprises. »

Et d'ajouter : « Au-delà de ce problème technique qui finira par se régler, je ne suis pas certain que cet outil qui peut satisfaire le patient sera intéressant pour le médecin dans sa pratique. Celui-ci a déjà son dossier médical, renforcé par Médimail : il reçoit en temps réel les courriers de l'hôpital, les résultats médicaux, les analyses, les courriers des confrères. Notre seul intérêt serait d'accéder à des dossiers de patients que l'on ne connaît pas (première visite, vacances). »

Pourtant, Isabelle Tartarin défend son projet bec et ongles, persuadée que les médecins y adhéreront une fois que l'interopérabilité entre les logiciels



Isabelle Tartarin : « Les médecins qui utilisent le DMP plébiscitent ce service »

sera performante : « Nous avons ajouté, dit la directrice de la santé de l'Assurance Maladie de Haute-Garonne, un onglet spécifique dans le DMP qui conduit aux données de remboursement de soins. Ces données précises qui concernent d'ailleurs toutes les informations de consommation de soins effectués par le patient viennent alimenter le dossier, et cela est fait automatiquement par nos soins. Ainsi pour les médications, on trouve la liste des médicaments prescrits par le médecin, par le confrère, ceux qui sont achetés en pharmacie ; il reste une dernière étape qui est celle de vérifier que le médicament a été bien pris. Ce qui peut se faire lors de la consultation avec le médecin. Les médecins qui utilisent le DMP plébiscitent ce service, car ils y voient une grande utilité ! »

Il n'empêche que les médecins libéraux semblent majoritairement très réservés sur l'avenir du DMP. La CNAM devra faire preuve d'une forte ingéniosité pour convaincre les plus réticents. Le Dr Maurice Bensoussan redoute « un nouveau rendez-vous manqué et le risque de dupliquer sous forme numérique un simple carnet de santé, une sorte de carnet de vaccination. »

Pierre KERJEAN

(*) En plus de la Haute-Garonne, on compte le Bas-Rhin, Bayonne dans Pyrénées-Atlantiques, Côtes-d'Armor, Doubs, Indre-et-Loire, Puy-de-Dôme, Somme et Val-de-Marne.

DÉLÉGATION DE TÂCHES MÉDICALES

DES PROTOCOLES DE COOPÉRATION PASSÉS À LA LOUPE

La délégation de tâches médicales qui a été mise en place, avec difficulté, avec la loi Bachelot continue à rendre méfiants les médecins libéraux à l'égard de cette innovation que d'aucuns jugent risquée pour la qualité des soins. Chaque délégation fait l'objet d'un protocole de coopération qui est passé au crible d'une commission de l'URPS qui transmet un avis à la HAS. Peu de protocoles trouvent grâce auprès des membres de la commission des médecins d'Occitanie.

En 2011, le Dr Marie-Josée Renaudie s'était inquiétée auprès de ses collègues de l'URPS de certains effets de la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé et Territoires) de juillet 2009 qui avait pour objet principal de toucher à la modernisation des établissements de santé, et notamment des conséquences de l'article 51. Que dit l'article ? Selon la loi Bachelot, les professionnels de santé peuvent opérer, à leur initiative, des transferts d'actes de soins et réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Certes, ils sont sensés intervenir dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience, néanmoins si des protocoles de coopération sont établis sous le contrôle de la HAS, certains transferts d'activités médicales (examens, suivi des malades) assurés par des médecins vers des personnels paramédicaux (infirmiers, orthoptistes) peuvent surprendre. Le législateur considère que la délégation de tâches vers les professionnels paramédicaux, plus nombreux, est un outil stratégique pour pallier le manque de praticiens ; la gynécologue de Toulouse, qui estimait que l'idée était séduisante sur le papier, a très vite vu les limites de la loi. Le risque d'une baisse de la qualité des soins était à ses yeux patent. L'histoire lui a donné raison dans de nombreux cas. Marie-Josée Renaudie se souvient d'un protocole de cancérologie mis au point par une équipe hospitalière qui permettait par dérogation à l'infirmière de décider de la poursuite d'une chimiothérapie...



Le docteur Marie-Josée Renaudie surveille de près les projets de protocole de coopération

Ce genre d'exemple a constitué un déclic pour le Dr Renaudie qui a créé il y a sept ans, au sein de l'URPS Midi-Pyrénées, une commission consacrée à la délégation de tâches et plus précisément à l'analyse des protocoles de coopération. Ces protocoles sont principalement élaborés par des équipes hospitalières, qui les transmettent à la HAS, celle-ci en examine la validité et demande pour avis un retour des médecins libéraux. Ensuite l'HAS tranche dans un sens ou dans un autre et le communique aux ARS. Cet avis donné par les libéraux, le médecin gynécologue y tient beaucoup : « *Tous les pro-*

tocoles étudiés, dit-elle, sont parfois des actes non réglementaires pratiqués dans les hôpitaux. Les hospitaliers ont sauté sur cette opportunité d'un accord d'actes dérogatoires pour faire valider ce qu'ils font déjà. Quelques fois, cela se justifie parce que certaines consultations, chronophages, ne requièrent pas la formation hyper pointue d'un médecin. Mais très souvent c'est grave, on accepte des pratiques inacceptables. Je ne fais pas de procès en incompétence auprès des paramédicaux, je constate simplement qu'à vouloir trop déléguer à des infirmiers, on dénature l'acte médical. Le corpus de la clinique s'enrichit de la pratique du médecin par son écoute et sa somme d'expériences. La formation initiale d'un médecin n'est pas celle d'un infirmier. Aujourd'hui, l'hyper spécialité médicale est croissante et comme on affirme depuis trente ans manquer de médecins, on pense faire faire le travail du médecin par des personnes non formées. »

En sept ans, la commission de délégation de tâches de l'URPS étudie sous la présidence de Marie-Josée Renaudie de 2 à 7 protocoles de coopération par an. En mars dernier, elle a donné son avis sur trois protocoles, le premier en urologie (Protocole 090), le deuxième en cancérologie (Protocole 105), et le dernier en gastro-entérologie (Protocole 112). Pour chacun des protocoles, la commission s'est attachée à étudier la réalité du besoin, la justification de la délégation et sa solidité clinique, le gain de temps médical, et également le modèle économique (quelle rémunération pour le délégataire ?). Trois avis rendus, trois avis défavorables. La HAS tranchera.

Pierre Kerjean

DOSSIER



L'AVENIR DES RELATIONS VILLE/HÔPITAL

Un contexte compliqué : dans notre système de soins, les Français plébiscitent très largement le recours à l'hôpital, les médecins de leur côté estiment que cela doit se faire dans le cadre de coopérations professionnelles, y compris pour les pathologies chroniques. Et les hôpitaux français sont fortement incités par les pouvoirs publics depuis plusieurs années à opérer un virage ambulatoire et disent vouloir s'ouvrir sur la ville. L'époque a changé. Les médecins libéraux, favorables à une amélioration de leurs relations avec les équipes hospitalières, souhaitent que les changements qui vont s'opérer à l'avenir soient réfléchis ensemble et non pas imposés par l'une des deux parties : ils appellent de leurs vœux une co-construction de coopérations et de collaborations. En sortant des rivalités, il s'agit de repérer la place de chacun dans le respect des complémentarités. Seuls le dialogue et le travail en commun permettront de relever les nombreux défis auxquels tous ces professionnels doivent faire face : maladies chroniques, une population vieillissante, des inégalités sociales et territoriales, et des patients qui souhaitent une prise en charge globale et personnalisée.

COMMENT AMÉLIORER LES RELATIONS ENTRE LA VILLE ET L'HÔPITAL ?

On a retrouvé l'œuf de Colomb : libéraux et hospitaliers doivent apprendre à travailler ensemble ! page 10

UNE LEÇON DU PR. LAURENT SCHMITT OU LES RÉFLEXIONS D'UN HÔPITALIER

Quelques règles pour faciliter le lien avec la médecine de ville page 11

LE VIRAGE AMBULATOIRE SELON LE PRÉSIDENT DU GROUPE DE CLINIQUES OC SANTÉ

Un virage ambulatoire à plusieurs facettes page 12

LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

Où commence le vrai débat sur la PDSA page 14



COMMENT AMÉLIORER LES RELATIONS ENTRE LA VILLE ET L'HÔPITAL ?

ON A RETROUVÉ L'ŒUF DE COLOMB : LIBÉRAUX ET HOSPITALIERS DOIVENT APPRENDRE À TRAVAILLER ENSEMBLE



La relation entre la ville et l'hôpital est complexe. Ces deux secteurs essentiels du système de soins ne baignent pas dans l'harmonie. Très souvent, les rapports entre médecins libéraux et hospitaliers ne relèvent pas de l'entente cordiale, mais plutôt de l'indifférence, voire du conflit larvé. Comment dépasser cette situation qui s'apparente plus à une méconnaissance réciproque entre professionnels de santé qu'à une ignorance volontaire ? Peut-on améliorer la coopération entre la ville et l'hôpital et comment ? Comment tenir compte des difficultés liées à la diversité des situations selon les territoires ? L'URPS d'Occitanie et la FHF ont décidé de s'atteler à ce chantier pour essayer d'en sortir par le haut.

« Ce sont deux mondes parallèles au mieux, et deux mondes concurrentiels au pire. » Le Dr. Michel Combié ne mâche pas ses mots. Le président de l'URPS d'Occitanie, Maurice Bensoussan, évoque comme son secrétaire général des pistes d'amélioration : « On a voulu faire jouer à l'hôpital un rôle de premier recours alors qu'il a du mal à assumer, dans certaines spécialités le deuxième recours, voire le troisième ». Et, prenant un exemple, il ajoute, incisif : « L'État estime que les spécialistes n'exerçant pas sur des plateaux techniques n'ont pas de raison d'être présent sur le terrain de la ville. Dès lors, en supprimant les spécialistes de ce terrain, il veut remettre l'hôpital en ville, est-ce un choix sensé ? » Les relations entre ville et hôpital constituent aux yeux des médecins libéraux un vrai débat sur le système de santé et

son avenir, encore faut-il le mener avec adresse et en en définissant les bons objectifs ! « Quand on parle de virage ambulatoire, explique le Dr. Jean-Louis Bensoussan, c'est l'hôpital qui s'ouvre sur la ville. Selon l'expression consacrée des hospitaliers, il sort de ses murs. Quand ils entendent cela, les médecins libéraux allument des clignotants. L'hôpital peut sortir de ses murs et pallier un déficit de telle ou telle spécialité en ville, mais à condition de consulter les professionnels de santé libéraux pour savoir si cette sortie est vraiment nécessaire et indispensable pour la santé publique. » Et pour bien se faire comprendre, le vice-président de l'URPS insiste fermement : « En aucun cas, cela doit être une décision unilatérale de l'hôpital ! L'ouverture se fera sur la base d'une concertation entre tous les acteurs du soin. Ni

plus, ni moins. » Et sur la base d'objectifs communs : mieux suivre les patients, les orienter vers la meilleure prise en charge et assurer les délais d'accès aux soins. Et d'une certaine façon, il s'agit de définir le rôle précis et les responsabilités de chacun dans une organisation structurée des soins.

L'HOPITAL, UN CHATEAU-FORT

Aujourd'hui, les doléances des médecins à l'égard de l'hôpital restent encore trop nombreuses (transmission des informations tardives fragmentaires et inadaptées, mauvaise perception du rôle du médecin traitant dans la prise en charge des patients, et persistance d'un univers fermé), et indiquent les freins à un changement attendu. La confusion est parfois savamment entretenue.

L'hôpital s'en défend. Pour la Fédération hospitalière de France (FHF), il faut aller de l'avant en créant des relations véritables avec les partenaires de la ville et « donner vie au parcours de soins autour de la notion de graduation des soins ». Ainsi, l'hôpital affirme vouloir prendre toute sa part dans la structuration des bonnes relations entre la ville et l'hôpital.

Il y a effectivement urgence que les choses changent en profondeur, dit la FHF, car elle estime que ce cloisonnement entre la ville et l'hôpital a été identifié comme l'une des causes majeures de plusieurs maux chroniques du système de santé français : il est au minimum responsable à la fois de très nombreux actes redondants et de beaucoup trop nombreuses ruptures dans la prise en charge des

patients. Sur le terrain, de nombreux hospitaliers en sont conscients et appellent de leurs vœux à un changement profond dans cette relation entre médecins libéraux et hospitaliers : « L'hôpital a été pendant longtemps un château-fort, dit le Pr. Laurent Schmitt, médecin psychiatre, en charge du pôle psychiatrie du CHU de Toulouse (voir l'encadré ci-contre). Ce qui se passait pour le patient avant ou après son passage à l'hôpital ne relevait pas de son pôle d'intérêt. Avec le parcours de soins, l'hôpital souhaiterait, avec d'autres, participer à une sorte de pilotage et d'architecture de la vie pathologique du patient. Cette réforme autour du relationnel entre professionnels de santé constitue un enjeu fondamental pour l'hôpital. Un travail de formation sera nécessaire, et nous devons apprendre, en permanence, à faciliter le lien avec la médecine de ville. Quoiqu'il en soit, chacun doit quitter sa chapelle. »

L'ORIGINALITÉ D'UNE DÉMARCHÉ

C'est une des raisons qui ont conduit l'URPS ML et la FHF à se retrouver autour d'une table pour plancher sur l'évolution de l'organisation des relations ville-hôpital en Occitanie. En début d'année, ils ont donné le feu vert à une vaste étude régionale menée par le cabinet spécialisé Acsantis. « L'originalité de cette démarche, explique le Dr. Dominique Dépinoy, président du cabinet conseil, est d'aboutir à une vision générale de la relation ville-hôpital-ville en Occitanie pour ensuite proposer directement des solutions concrètes sur le terrain. » Dominique Dépinoy semble optimiste sur l'issue de ces travaux : « Ces deux

UNE LEÇON DU PR. LAURENT SCHMITT OU LES RÉFLEXIONS D'UN HOSPITALIER

QUELQUES RÈGLES POUR FACILITER LE LIEN AVEC LA MÉDECINE DE VILLE

De nombreux hospitaliers s'investissent dans une réflexion partagée sur les relations entre eux et les médecins de ville. Parmi ceux-ci, Pr. Laurent Schmitt, responsable du pôle psychiatrie du CHU de Toulouse, s'intéresse de près au parcours de soin, à la dimension de contexte d'une pathologie, à celle de l'éducation thérapeutique de façon à faciliter le lien avec la médecine de ville.



Depuis plusieurs années, les hôpitaux français sont fortement incités, pour ne pas dire obligés de faire ce qu'on appelle le virage ambulatoire. En raccourcissant les durées de séjour en établissement, ils déplacent le centre de gravité du soin vers l'ambulatoire qui concerne quasiment toutes les disciplines chirurgicales. « Pour certains segments, le virage ambulatoire est plus facile que pour d'autres. Il transfère auprès de la médecine de ville des patients aux pathologies plus lourdes. Puisque les durées de séjour hospitaliers sont plus courtes, ces patients sortent dans des états pathologiques de consolidation ou de convalescence plus sévères qu'auparavant. » Fort de ce constat, le Pr. Laurent Schmitt travaille aujourd'hui avec quelques confrères hospitaliers sur la mise en place d'un partenariat structuré avec des médecins de ville pour effectuer au mieux ce transfert. « Cela signifie, explique le médecin psychiatre du CHU de Toulouse, de réfléchir sur la façon dont on fournit l'information au médecin de ville qui est le pivot du soin sur la conduite à tenir, de suivre de près l'organisation des différents métiers du soin ambulatoire (infirmiers, kinésithérapeutes), et bien sûr d'élaborer la mise en place d'une architecture de la poursuite du soin en collaboration avec la médecine de ville. »

À l'heure de l'installation du parcours du soin, « une des questions cruciales de l'évolution de notre système de santé », le patient n'est plus

considéré comme un malade à épisodes différents, il est placé dans un parcours pour des pathologies durables, chroniques. « Cela suppose de mener une réflexion sur tout ce qui est en amont et en aval de l'hospitalisation. Les relations ville/hôpital vont devoir se structurer autour de cette notion de parcours de soin. Elles se doivent de concevoir une vision longitudinale pour toute une série de pathologies (diabète, insuffisance cardiaque, bronchopneumopathie, etc.) qui autorisent la ville et l'hôpital à parvenir à mieux articuler leurs interventions, en ayant une idée plus précise de la durée de la pathologie et des épisodes qui peuvent survenir. »

" Les relations ville/hôpital vont devoir se structurer autour de cette notion de parcours de soin "

Cela nécessite donc qu'une architecture du soin se développe : comment l'amont peut-il prendre contact avec la structure hospitalière ou la clinique, et comment les échanges s'opèrent à la sortie de l'établissement ? « On touche ici la dimension essentielle du lien », constate le Pr. Laurent Schmitt.

Autre domaine autour de l'éducation thérapeutique que la médecine de ville et l'hôpital ont intérêt à investiguer, c'est celui des approches de contexte : « Nous soignons les patients du mieux possible. Mais très souvent il y a des aspects liés au travail, à l'environnement, à un handicap, à des addictions qui nous échappent ou que nous mesurons qu'imparfaitement, alors qu'il s'agit d'enjeux essentiels dans la trajectoire sanitaire du patient. » C'est la raison pour laquelle le Pr Laurent Schmitt monte actuellement avec le Pr. Stéphane Oustric et le Dr. Marie-Ève Rougé-Bugat une unité d'évaluation à l'hôpital en lien avec le médecin traitant. Objectif : fournir au médecin de ville une contextualisation de la situation du patient, ce qui constitue, pour lui, un soutien très appréciable.

LJD

COMMENT AMÉLIORER LES RELATIONS ENTRE LA VILLE ET L'HÔPITAL ?



> SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

mondes que l'on dit parallèles ont leur propre logique. La ville et l'hôpital ne s'ignorent pas, ils ne se connaissent pas. Il y a bien sûr des postures. Un libéral face à un établissement public n'a pas toujours la même attitude que face à un établissement privé. Mais de son côté, l'hôpital ne doit surtout pas considérer la ville comme une variable d'ajustement pour ses propres problèmes, notamment dans le cadre du virage ambulatoire qu'il a parfois du mal à prendre. Quand un hôpital parle d'ouverture à la ville, il a des contraintes internes qui le conduisent à cette ouverture. Or, il y a des manières intelli-

gentes pour le faire correctement, et certains établissements y parviennent. » La mission se fera en deux temps. Un questionnaire sur l'état et les perspectives des relations entre ville et hôpital à l'échelle de la région a d'abord été adressé aux professionnels de santé. 66 réponses ont été retournées par les hospitaliers, 80 par les médecins libéraux. L'étude de ces résultats, accompagnés par une trentaine d'entretiens qualitatifs auprès d'hospitaliers et de libéraux issus des territoires des 14 Groupements hospitaliers de territoire qui permettront d'affiner l'analyse macro,

constituera la partie diagnostique. Le choix des GHT n'est pas innocent. Ils sont considérés par la FHF comme des facteurs d'amélioration. Structurés autour de leur territoire, ils n'ont pas d'autre alternative que de renforcer leur collaboration avec les professionnels de ville pour mettre en œuvre leur projet médical. La majorité des Groupements hospitaliers de territoire ont ainsi inscrit le renforcement des liens avec la ville comme une priorité stratégique. « Il y a des spécificités d'un territoire à l'autre qui tiennent à de multiples raisons, dit le président d'Ascantis. On compte

ainsi la qualité historique des relations ville/hôpital, la qualité de l'organisation du secteur hospitalier d'un côté, celle du secteur libéral de l'autre, la pression démographique médicale, et les usages des outils et voies de communication entre les deux secteurs. » La seconde partie de cette étude consistera en l'accompagnement de certains territoires volontaires dans l'organisation et la formalisation des relations ville/hôpital, « qui, précise Dominique Dépinoy, existe déjà, pour partie, dans certains cas. Nous allons accompagner trois territoires-pilotes, à chaque fois à l'échelle

d'un GHT et avec les libéraux. Il s'agit d'une phase d'expérimentation et de prospective. »

UNE IDÉE SIMPLE ET INGÉNIEUSE

Cette phase devrait durer trois à quatre mois, à l'issue de laquelle les deux initiateurs de l'opération devront donner leur accord ou non à une généralisation de l'accompagnement qui devrait conduire à la construction de relations formalisées, pouvant prendre, dans certains cas, la forme de protocoles. Cette opération d'expérimentation est la plus sensible, car il faut passer d'un constat à la mise en application de solutions concrètes : « Les acteurs du soin ont l'habitude de travailler chacun de leur côté, précise le Dr Dominique Dépinoy. Ce n'est pas de la mauvaise volonté, en fait ils ne se connaissent pas. Ils ont des contraintes d'organisation, des contraintes de temps qu'il leur est difficile de réduire. D'où le manque de fluidité. Le problème de base est assez simple : ils ne travaillent pas ensemble.

La réponse paraît tout aussi simple : ils doivent apprendre à travailler ensemble. C'est en les faisant se rencontrer sur des sujets communs concrets, avec une approche pragmatique, que l'on trouvera des solutions qui rendront service aux patients. » La réponse au problème complexe des relations entre la ville et l'hôpital serait donc in fine une idée d'une grande simplicité mais réellement ingénieuse. Elle prendrait alors la forme d'un bel œuf de Colomb qui tient en deux mots : travailler ensemble !

Luc Jacob-Duvernert

QUESTIONS AU PRÉSIDENT DE L'URPS

« SORTIR DU DÉBAT ENTRE EXERCICE LIBÉRAL ET EXERCICE SALARIÉ DE LA MÉDECINE ! »

L'URPS a choisi de placer l'avenir des relations ville/hôpital au centre des 7^{es} rencontres de La Grande Motte. Le Dr. Maurice Bensoussan nous dit pourquoi.

Vous semblez sévère sur les relations ville/hôpital actuelles. Pourquoi dressez-vous un constat négatif ?

MB - La sévérité générale n'est pas de mise. Elle ne concerne que les domaines où les liens n'ont pas pu s'établir entre l'ambulatoire et le monde hospitalier.

Par exemple dans une spécialité que je connais bien pour la pratiquer, l'évolution des pratiques asilaires vers une médecine moderne ne s'est pas faite sans poser des problèmes. Le besoin éprouvé par la HAS de s'intéresser aux soins somatiques en santé mentale illustre tout à fait les risques pour le patient, du clivage en général. Ailleurs, il peut s'agir des limites de l'hyperspécialisation ou de l'hyper-technicité du soin, pris comme seul modèle de l'exercice médical.

Quelle est la problématique de la suppression des spécialistes en ville ?

MB - C'est une crainte liée au manque de données publiées sur l'évaluation de la pertinence de l'exercice en ville des spécialités médicales autres que la médecine générale. Si les tutelles ont souhaité maintenir la terminologie du « virage ambulatoire », il ne peut s'agir d'une simple confusion sémantique due au hasard. Il y a une volonté de permettre à l'hôpital, à ses médecins, à ses équipes d'exercer en ville, sous une forme moderne, alors que jusque-là les médecins libéraux occupaient cette place dans une étroite collaboration avec l'hospitalisation privée.

Ce modèle est attaqué au moment où l'actionnariat des cliniques privées se modifie et où les moyens ne sont pas donnés aux médecins libéraux pour évoluer dans leurs pratiques. Pour ce faire il est indispensable de prendre en compte la qualité, la pertinence et le coût de leurs actes comme les nécessités de les accompagner dans des innovations organisationnelles sans leur imposer de modèle unique.

Comment analysez-vous les objectifs de chacun des protagonistes dans cette volonté d'améliorer les relations entre les libéraux et les hospitaliers ?

MB - Le sens de la convention signée entre la FHF et l'URPS des médecins en Occitanie montre une claire volonté des acteurs signataires d'aboutir vers une amélioration de ces relations qui seront déclinées en actions territoriales. C'est à partir de telles initiatives, encore trop rares, que les lignes bougeront. L'hospitalisation privée a toute sa place dans ce dialogue, comme l'ARS invitée à se joindre à nous dès le début.

Quelles seraient demain les relations idéales entre la ville et l'hôpital ?

MB - Il est toujours difficile de répondre en termes d'idéal. Plusieurs cas de figures doivent pouvoir coexister pour le bien des patients avec une amélioration des collaborations entre professionnels. Les partenariats doivent être promus, sans oublier que l'exercice de la médecine reste fondé sur la relation médecin - patient. Ceci nous ramène aux Rencontres de la Grande Motte de 2016. Il faut se méfier des modèles et toujours être en situation de promouvoir et soutenir des innovations.

Quels sont les freins aujourd'hui ?

MB - La question des tarifications est essentielle. Nous parlons beaucoup de la démographie médicale alors qu'il conviendrait d'aborder l'attractivité de l'exercice médical. Nous devons sortir du débat entre exercice libéral et exercice salarié de la médecine. Les deux doivent être attractifs car nous exerçons le même métier. L'indépendance des médecins est essentielle. Elle est mise à mal aujourd'hui. Ce sont les médecins qui doivent porter les organisations des soins car la fluidité et l'harmonie passent essentiellement par les liens qui ont toujours été et seront toujours ceux d'individus préoccupés par le même objectif : soigner le mieux possible pour soulager la souffrance d'autrui, voire guérir.

LE VIRAGE AMBULATOIRE SELON LE PRÉSIDENT DU GROUPE DE CLINQUES OC SANTÉ

UN VIRAGE AMBULATOIRE À PLUSIEURS FACETTES

Le terme virage ambulatoire est souvent utilisé de manière inappropriée. Selon le Dr Max Ponceillé, il recouvre plusieurs domaines de soins qui correspondent pas forcément à la même réalité.

Le virage ambulatoire est une expression que le Dr. Max Ponceillé, Président du groupe de cliniques Oc santé (*), dit ne pas comprendre : « le terme ambulatoire a, selon moi, plusieurs significations. Quand on parle de virage ambulatoire et de l'hôpital, on fait passer de prises en charge sur plusieurs jours à des prises en charge à la journée. Dans nos établissements, nous faisons 75 % de chirurgie ambulatoire, parce que nos activités s'y prêtent. Ce virage peut être amélioré dans le privé mais il est lar-

gement entamé. Si des efforts doivent être entrepris, c'est dans le public. L'hôpital s'y est engagé tard, et a des difficultés structurelles pour progresser : les médecins ne sont pas toujours motivés et les organisations de soins et de bloc ne sont pas adaptées. » Le virage ambulatoire, selon le Dr. Max Ponceillé, ne concerne pas strictement la chirurgie : « Je pense aux soins de suite (rééducation polyvalente, neurologique, cardiaque), où on peut faire mieux. Je pense également à la psychiatrie. On en parle moins, j'en suis surpris parce que c'est sans doute l'un des exemples les plus intéressants. Nous avons dans le groupe deux établissements qui proposent des soins psychiatriques en ambulatoire. Les patients sont autonomes, ils se rendent à l'établissement tous les jours ou tous les deux jours et retournent chez eux tous les soirs, sui-

vant les possibilités, suivant les besoins. Il y a bien sûr le virage ambulatoire en médecine, il me paraît plus difficile. Aujourd'hui on hospitalise pour plusieurs jours dans les établissements et dans les cliniques pour des pathologies lourdes. Ce virage ambulatoire en médecine, je le perçois moins. C'est la raison pour laquelle je trouve déconcertant d'utiliser le même mot pour toutes ces spécialités. »

LJD

(*) Oc Santé est le premier groupe de santé indépendant d'Occitanie. Il réunit et gère 16 établissements (principalement dans la région montpelliéraine) regroupant toutes les spécialités : chirurgie, maternité, médecine, soins de suite et de réadaptation, psychiatrie, hospitalisation à domicile et hébergement de personnes âgées. Près de 2000 lits pour 650 médecins.



Le docteur Max Ponceillé



PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

OÙ COMMENCE LE VRAI DÉBAT
SUR LA PDSA ?

Après un bras de fer avec l'ARS, l'URPS a réussi, début mars, à ce que les médecins régulateurs qui exercent une permanence des soins ambulatoires soient mieux indemnisés. Néanmoins les libéraux attendent toujours que l'enveloppe allouée par l'ARS à la PDSA soit élargie. Ces soucis économiques sont révélateurs d'une vision différente entre l'État et les médecins sur l'avenir à réserver à la permanence des soins ambulatoires.

La tension qui a culminé en début d'année entre l'ARS et les médecins libéraux autour de l'épineux dossier de la permanence des soins ambulatoires semble s'être dégonflée. Mais pas complètement selon les médecins libéraux, « du chemin reste à parcourir », dit le Dr. Jean-Marc Castadère, coordinateur de la commission de la PDSA de l'URPS. Le motif de cette divergence qui a pris la forme d'une forte exaspération chez les praticiens tient à la reconnaissance du maintien de la régulation médicale dans le cadre de la permanence des soins, à un financement adapté et à l'indemnisation de la formation des régula-

teurs. L'ARS avait fait la sourde oreille à propos du rehaussement des financements de la PDSA réclamé par l'URPS, et notamment de l'augmentation de la rémunération horaire de la régulation téléphonique. Début mars, une médiation a été entreprise et a été décidée une période d'essai de deux mois pour évaluer « les marges de progression organisationnelle » et permettre une meilleure rémunération des médecins libéraux impliqués dans cette charge. Avant de connaître la décision de l'ARS fin mai, l'URPS se fait fort de répéter que la permanence des soins ambulatoires est une partie intégrante de l'activité de la mé-

decine générale ambulatoire, et que le débat n'est pas sur le bien-fondé de la PDSA mais sur son financement : « La permanence des soins ambulatoires est un des points-clés entre la ville et l'hôpital, explique le Dr. Jean-Louis Bensoussan. Aujourd'hui les services d'urgence des hôpitaux ou des cliniques sont embolisés par des patients qui n'ont rien à y faire et qui devraient être pris en charge par la PDSA, c'est-à-dire par les généralistes d'astreinte dans leurs différents secteurs. »

Ce sujet sera un des points abordés durant le colloque de l'URPS à la Grande Motte en juin, puisque la PDSA est liée à la question de l'amélioration de la relation Ville/Hôpital. « Nous n'hésiterons pas, dit le vice-président de l'Union régionale des médecins libéraux, à informer la population sur le fait qu'elle n'a rien à faire dans les services d'urgence des hôpitaux pour un enfant qui a 38° et qui se plaint d'avoir mal au ventre, ou pour un vieux monsieur qui veut consulter pour un état grippal. Ceux-ci doivent se tourner vers le médecin de garde présent sur la quasi-totalité des secteurs de la région. Le discours de certains responsables hos-



Le Dr. Jean-Marc Castadère : "tous les protagonistes du parcours de soins souffrent !"

pitaliers n'est pas très clair. Selon eux, l'hôpital est ouvert à tout le monde, ils doivent accepter pour les soigner toutes les personnes qui viennent les voir, et en même temps se répandent dans les médias dès que les urgences sont saturées. »

Le législateur avait réfléchi, il y a dix ans, à la question de l'insuffisance de l'offre de soins sur certains territoires, et à certains moments de l'année, et avait tracé des pistes qui se voulaient efficaces. « Pourtant, le système de la réponse à la demande des soins non programmés est un système qui

fonctionne selon deux modèles inévitables, explique le Dr. Jean-Marc Castadère qui est le président de la Fédération des associations de régulation de Midi-Pyrénées (*). « Première possibilité, la médecine libérale reçoit les patients suivant le décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 qui dit que la permanence doit être régulée par un médecin régulateur. La régulation médicale aboutit dans un peu plus de la moitié des cas à différer l'acte de soins et à permettre au patient d'avoir soit un avis médical avec ou sans ordonnance, soit un accès à un médecin d'astreinte (le patient se déplace alors au cabinet, soit le médecin va chez le patient). »

Seconde possibilité : le patient se rend dans un service dit d'urgence ou il est accueilli quelle que soit sa pathologie, et quel que soit le niveau de gravité : « Selon les urgentistes eux-mêmes qui cotent les actes, précise Jean-Marc Castadère, 84 % des patients qui se rendent aux urgences ont un état qui ne peut être considéré comme une urgence selon la classification ad hoc et plus de 70 % repartent chez eux au bout de quelques heures. Cela confirme que ces services hospitaliers font de la médecine ambulatoire. » Et il ajoute, pour la petite histoire, mais l'anecdote est symptomatique d'un état d'esprit : « Ne parlons pas de ces patients qui veulent à tout prix des antibiotiques, ne se contentent pas du paracétamol prescrit par le médecin de garde et vont se rendre malgré tout aux urgences pour obtenir le médicament espéré ! »

Ce système à double entrée (« une médecine libérale régulée avec un portier d'un côté, et de l'autre un

accès libre aux urgences dont le nombre d'entrées a doublé en 20 ans ») est devenu totalement insatisfaisant pour chacun des protagonistes et met en exergue parfaitement les points noirs de son dysfonctionnement : « Les patients souffrent parce qu'ils attendent des heures durant sur des brancards aux urgences pour avoir une réponse qui n'est pas forcément adaptée, dit le Dr. Jean-Marc Castadère. Les urgentistes souffrent avec en corollaire une désaffection et 80 postes temps plein de médecins ne sont pas pourvus en Occitanie. Les médecins généralistes souffrent parce que leur métier est peu attractif durant les astreintes : à quoi bon être bloqué tout un week-end pour percevoir un montant d'honoraires qui sera inférieur à celui d'une demi-journée de travail en semaine et devoir enchaîner la semaine suivante sans repos compensateur. Ceci conduit à une érosion du volontariat. »

Le dysfonctionnement de l'organisation des gardes est accompagné d'un dysfonctionnement économique. Les médecins urgentistes sont tentés de faire une médecine défensive, de façon à ne pas passer à côté d'une pathologie grave. Ils déclenchent alors une batterie d'examens complémentaires (bilan sanguin, radio, scanner) qui n'ont pas forcément lieu d'être. « Tout cela coûte de l'argent, constate le président de la FARMIP ; alors que dans le même temps, l'ARS resserre nos crédits. Nous avons une perte de 11 % entre 2011 et 2016. Nous sommes dans un cercle vicieux. Moins il y a de médecins effecteurs, moins ils font d'acte, et on finit par dire que ces

EN QUOI CONSISTE
LA PERMANENCE
DES SOINS AMBULATOIRE ?

La PDSA correspond à la réponse apportée aux besoins de soins non programmés de la population aux heures de fermeture habituelle des cabinets libéraux et des centres de santé. Elle est organisée toutes les nuits de 20h à 8h du matin ; les dimanches et jours fériés de 8h à 20h. L'organisation de la PDSA repose sur une régulation médicale des appels assurée par des médecins libéraux volontaires. Cette régulation permet d'orienter chaque appelant vers la juste prestation médicale que son état requiert et, si nécessaire, de solliciter un médecin de garde dit effecteur. Tout médecin libéral peut participer au dispositif, en tant que régulateur ou en tant qu'effecteur.

La garde est rémunérée sur la base d'un forfait, dont le montant peut différer en fonction des territoires pour tenir compte des contraintes géographiques et des sujétions particulières de l'exercice de la garde.

Le montant des forfaits est fixé par le cahier des charges régional de permanence des soins. Ce forfait est perçu par le médecin de garde, que celui-ci ait été ou non sollicité au cours de sa garde pour effectuer des visites ou des consultations. À ce forfait, s'ajoutent les honoraires relatifs aux visites et consultations effectuées au cours de la garde sur sollicitation de la régulation médicale. Le médecin libéral qui participe à la régulation médicale téléphonique dans le cadre de la PDSA est rémunéré sur la base d'un forfait horaire dont le montant est fixé par le cahier des charges régional de permanence des soins.

Le médecin qui souhaite participer à ce dispositif doit se rapprocher de l'association de permanence des soins ou prendre directement contact avec le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins.

Rappelons enfin que, dans l'ancienne région Midi-Pyrénées, le numéro qui permet de joindre la PDSA est le 3966, et en Languedoc-Roussillon il s'agit du 15.

médecins ne servent à rien. En réalité, la volonté politique de l'ARS est de faire disparaître les astreintes des médecins qui exercent en nuit profonde (de minuit à 8h du matin) en dehors des métropoles, dans la mesure où l'agence estime qu'il y a très peu d'appels et très peu d'actes.

Pierre Kerjean

(*) La FARMIP contribue à la mise à disposition des associations départementales de régulation libérale, en période de permanence des soins ambulatoires, d'un système téléphonique régional comprenant un système d'enregistrement



LES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET LA COMMUNICATION
TOURNENT À PLEIN RÉGIME À L'UNION RÉGIONALE

L'URPS, UN INCUBATEUR PERFORMANT DES SOLUTIONS NUMÉRIQUES DE LA SANTÉ

Les nouvelles technologies de l'information et la communication seront, elles-aussi, au cœur des 7^{es} rencontres de l'URPS médecins libéraux à la Grande Motte le 2 juin prochain ! Avoir favorisé l'usage des solutions numériques dans l'exercice quotidien médical mais aussi afin de mettre en place des organisations innovantes pour une meilleure pratique a répondu à plusieurs enjeux qui se sont imposés à l'URPS. Déjà précurseur dans la e-santé, l'Union régionale n'a pas l'intention de perdre du terrain dans ce domaine. Certains de ses médecins, qui sont parfois de véritables geeks, ne s'en laissent pas compter.

Sur le front plutôt mouvementé des créations numériques, l'Union Régionale des Professionnels de santé – médecins libéraux d'Occitanie n'a pas à rougir de la place qu'elle a su occuper. Elle est novatrice en la matière. Au début des années 2000, l'URPS Midi-Pyrénées entraîne dans l'aventure de Medimail le Centre hospitalier intercommunal de Castres-Mazamet. Medimail, c'est la première messagerie sécurisée de santé française qui s'adressent aux professionnels de santé libéraux. Il s'agit ni plus, ni moins, d'une interface web simple et ergonomique, sans contrainte technique et compatible avec tous les terminaux mobiles. En 2008, le Groupement de Coopération Sanitaire Télésanté Midi-Pyrénées reprend l'affaire pour mieux l'asseoir en région. Dix ans plus tard, cette solution se hisse au rang de première messagerie MSSanté de France. Une très belle réussite que l'on doit à l'URPS !

Aussi dire aujourd'hui que les médecins d'Occitanie doivent, pour leur pratique, se pencher sérieusement sur le numérique et emprunter sans tarder les chemins des réseaux sociaux sécurisés ne serait pas judicieux. Ils n'ont attendu personne pour s'y mettre. Au début de l'aventure internet, ils ont envisagé toutes les hypothèses dans le maquis des start-up, et c'est à l'occasion de la fusion des deux anciennes régions en janvier 2016 que la nouvelle union régionale décide de structurer toutes les avancées souhaitées par les élus de l'Union et les projets menés autour du web qui leur sont présentés. Une commission intitulée NTIC (nouvelles technologies de l'information et la communication) est créée et va fusionner au bout de 18 mois avec la commission plateforme d'échange entre professionnels de santé. « Face à la multiplicité des offres, explique le Dr Cyrille Chaugne, membre de la commission NTIC, il nous faut



Le Dr Cyrille Chaugne : "Nous devons faire le tri dans les offres numériques médicales"

faire le tri. Pour avoir la capacité de juger ces offres, nous avons réalisé un cahier des charges précis au travers d'un questionnaire d'évaluation numérique. En passant en revue toutes les solutions, nous nous sommes posés la question de savoir si l'URPS pouvait être porteur de tel projet, pouvait le qualifier, et en être le promoteur ou non. » Ainsi sont passés sur la table de réunion de la Commission différents projets pour y être étudiés à



Le Dr Arnaud Gruber : "Inventer la médecine de demain"

la loupe. Tout d'abord le projet PEPS (plateforme d'échanges des professionnels de santé) qui était une idée originale de l'URPS. Il s'agissait de répondre aux besoins de développement ambulatoire et de prise en charge rapide des patients, et d'optimiser le temps médecin. « Nous voulions inventer la médecine de demain avec transfert de dossier patient instantané, dit le Dr Arnaud Gruber, membre la commission NTIC.



Promoteurs de projets, nous étions aussi producteurs, ou du moins nous souhaitons l'être. » Face à l'investissement important à placer dans le PEPS, les médecins ont redéfini leurs objectifs. Ainsi le projet a-t-il été confié à la plateforme collaborative Weda, qui était plus à même de développer cette solution numérique ! « L'URPS, souligne le médecin généraliste de Colomiers, étudie tous les portails de santé dignes d'intérêt qui lui sont présentés. Il fait un travail d'analyse et d'information, qui peut se conclure par un travail de promotion. » Le sujet PEPS/WEDA est toujours à l'étude.

Une application devrait bientôt voir le jour avant la fin de l'année : CORMEDAL dit assurer la sécurité des professionnels de santé pour faire face à la forte augmentation du nombre d'actes de violence à l'encontre des médecins. Le service gratuit permet de prévenir les services de police et de gendarmerie en cas de danger depuis son téléphone portable et d'alerter une personne de son choix par SMS préalablement rédigé.

Plusieurs autres projets sont encore à l'étude comme ENTR'ACTES, une plateforme d'échanges d'infor-

mations médicales créée par un médecin de l'Essonne qui rencontre un certain succès. La plateforme a agrégé plusieurs centaines de professionnels de santé d'Ile-de-France, et 4 000 sollicitations de soins ou de prise en charge ont été enregistrés. Le principe est simple : un médecin dépose une requête sur la plateforme et elle est transmise à tous les professionnels de santé qui ont téléchargés l'application et qui sont susceptibles de répondre à la requête en fonction de leur spécialité. L'assemblée générale de l'URPS des médecins d'Occitanie vient de décider d'expérimenter cette application sur tout son territoire en l'ouvrant aux médecins et aux autres professionnels de santé désirant s'engager dans des pratiques coordonnées. Le début de l'implémentation est imminent. Les volontaires doivent se faire connaître.

Il y a également dans les cartons un projet mené par le Dr Arnaud Gruber, la plateforme MedicHall qui a été mise en attente pour des raisons budgétaires. Elle veut proposer un module de télé-expertise, un service de planning par-

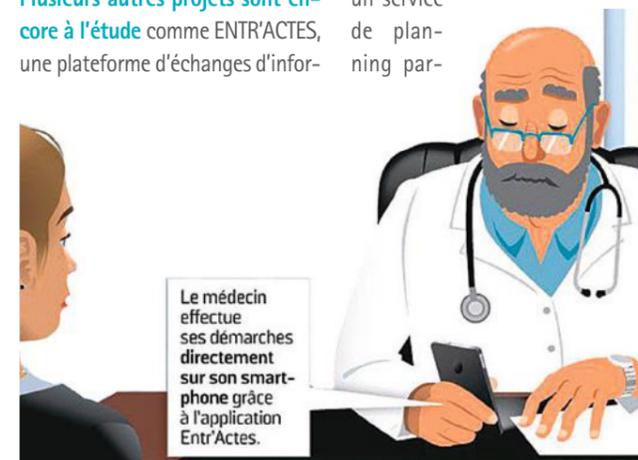


tagé, une consultation rapide auprès d'un spécialiste, des consultations à des horaires dédiés, et même un système appelé « la machine à café », lieu d'une réunion virtuelle entre professionnels. Arnaud Gruber est à la recherche d'investisseurs pour boucler son budget.

« Avec tous ces projets, dit le Dr Cyrille Chaugne, l'URPS poursuit plusieurs enjeux. Le premier d'entre eux est de définir un avis politique pour que les solutions numériques remettent au centre la médecine libérale. Second enjeu : faire épargner du temps médecin. Dans la mesure où les gouvernements successifs nous demandent de mettre en place de nouveaux outils de travail pour l'exercice libéral, comme les CPTS ou les PTA, il s'agit pour nous de voir de quelle manière les solutions numériques peuvent répondre à la demande de création de ces outils, et cela constitue le troisième enjeu, qui n'est pas l'un des moindres. »

À y regarder de plus près, les raisons d'investir pleinement le numérique sont multiples et variées. Dans le désordre, on peut compter la surveillance du stockage des données de santé qui est une vraie question et le respect de sa réglementation, des solutions numériques adaptées selon des territoires très différents, la défense de l'indépendance des médecins libéraux en permettant à l'URPS le contrôle des offres et un libre choix, et bien sûr le respect du parcours de soins du patient. « Les nouvelles technologies améliorent la pratique médicale, dit le Dr Cyrille Chaugne. L'applicatif permet d'étendre notre réseau. Il y a donc un bénéfice dans la relation interprofessionnelle. Il en est de même pour le patient. Contrairement à ce que l'on a pu craindre, avec les nouvelles technologies la relation entre le patient et le médecin n'est pas déshumanisée. Bien au contraire. »

Philippe Meursault





ENTRETIEN AVEC PHILIPPE SAUREL MAIRE DE MONTPELLIER

« JE NE CRAINS PAS DANS UN AVENIR PROCHE
UNE BAISSÉ DE LA COUVERTURE MÉDICALE
À MONTPELLIER. »

Tout comme le premier édile de la ville de Toulouse Jean-Luc Moudenc, (voir numéro 4 du bulletin Médecin d'Occitanie) qui se veut facilitateur de projets visant au développement de l'offre médicale sur son territoire, le maire de Montpellier, Philippe Saurel, observe de très près lui aussi la couverture médicale sur sa ville.

MÉDECIN D'OCCITANIE. Selon le dernier atlas de la démographie médicale édité par le Conseil National de l'Ordre des médecins, le taux de médecins pour 100 000 habitants à Montpellier est l'un des plus élevés de France, et notamment le taux des généralistes. Craignez-vous une baisse de la couverture médicale dans votre ville dans un proche avenir comme l'envisage votre collègue de Toulouse pour la principale ville de Haute-Garonne ?

PHILIPPE SAUREL - La Santé, au sens de l'OMS, constitue un des enjeux fondamentaux du développement de Montpellier Méditerranée Métropole au niveau national et international. Montpellier dispose d'un écosystème de santé très riche, allant de la formation à l'excellence. La ville jouit ainsi d'une grande réputation et d'une belle attractivité : de nombreux professionnels de la santé, qui ont suivi leur formation ici, s'y installent durablement. Montpellier est historiquement et, aujourd'hui plus que jamais, un centre d'excellence dans le domaine de la santé. C'est pourquoi je ne crains pas dans un avenir proche, une baisse de la couverture médicale à Montpellier.

Toutefois, je reste conscient des difficultés que peuvent rencontrer les territoires voisins, notamment ceux qui souffrent de désertification médicale. En tant que Président du Conseil de surveillance du CHU de Montpellier, je prône pour un partenariat fructueux

entre cet établissement et les autres se situant dans les territoires touchés pour apporter des solutions durables à ce phénomène.

La commune a-t-elle, en matière de politique communale de santé publique, anticipé une situation où la couverture médicale ne serait pas, demain, satisfaisante et comment ?

PS- Le principal risque d'une baisse de la couverture médicale à Montpellier peut éventuellement se concentrer dans certains quartiers. Bien que l'accessibilité à la santé ne se réalise pas à l'échelle d'un quartier, dans les *Quartiers Politique de la Ville*. L'accès à tous les services est plus difficile qu'ailleurs, la mobilité est plus limitée et la proximité est essentielle. On constate ces dernières années une fuite limitée mais progressive de professionnels de santé installés dans ces lieux de vie.

Si oui, quelles actions sont menées spécifiquement par la commune dans ce domaine, mais également dans celui de la réduction des inégalités sociales de santé ?

PS- Afin d'améliorer cette situation, le Contrat de ville a inscrit, dans son programme d'actions, la création d'une maison de santé pluri-professionnelle. Nous réfléchissons, d'ailleurs, à une démarche plus incitative, pour créer ce type de structure, qui

permettrait certainement d'améliorer l'accès aux soins des habitants de ces quartiers.

La ville de Montpellier va-t-elle participer avec d'autres institutions comme l'ARS, l'URPS, la CPAM ou l'Ordre des médecins à des initiatives pour maintenir et renforcer l'offre de soins de proximité ?

PS- La Ville participe, indirectement, par le Contrat de Ville.

C'est à l'Agence Régionale de Santé d'accompagner, techniquement et financièrement, la création des maisons de santé pluri-professionnelles dans les *Quartiers Politique de la Ville*.

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

PS- Les services de la Ville de Montpellier et de la Métropole peuvent accompagner les professionnels, seuls à pouvoir porter un projet de maison de santé pluri-professionnelle, dans la recherche de locaux. Je rappelle que la santé n'est pas une compétence municipale ou métropolitaine, mais qu'elle dépend de l'Etat.

Propos recueillis par Luc Jacob-Duvernet



ENTRETIEN AVEC CAROLE DELGA, PRÉSIDENTE DE LA RÉGION D'OCCITANIE

« IL FAUT FAVORISER LE REGROUPEMENT
DES PRATICIENS MÉDICAUX ! »

Pour offrir un meilleur accès aux soins de proximité, la région accorde un soutien plein et entier au regroupement des professionnels de santé au travers du déploiement des maisons et des centres de santé pluri-professionnels. Carole Delga, Présidente du conseil régional d'Occitanie, nous explique pourquoi.

MÉDECIN D'OCCITANIE. L'offre de santé et l'accès à des soins de proximité constituent un enjeu majeur d'aménagement du territoire et d'égalité pour la santé en Occitanie. Quelle politique la Région suit-elle en la matière ?

CAROLE DELGA - Bien que la Santé relève de la responsabilité de l'Etat, la lutte contre les déserts médicaux sur son territoire occupe toute l'attention de la Région depuis plus d'une décennie. Dans le cadre de la redéfinition de ses politiques dans le contexte de la grande Région, et en complémentarité de sa compétence pour la prise en charge des formations sanitaires et sociales, la Région Occitanie/Pyrénées-Méditerranée a réitéré son soutien au regroupement des professionnels de santé au travers du déploiement des maisons et des centres de santé pluri-professionnels tant dans les territoires urbains que dans les territoires ruraux.

La Région accompagne les projets d'organisation des soins sur les territoires que soutient l'URPS. Quels sont les engagements du Conseil Régional d'Occitanie dans l'accompagnement et la réalisation de tels projets ?

CD - En favorisant le regroupement de praticiens médicaux et paramédicaux, les maisons et les centres de santé pluri-professionnels facilitent la continuité

et la coordination des soins pour une meilleure prise en charge de la santé des patients. Ces structures permettent également d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé et de pérenniser l'offre médicale sur le territoire. La Région contribue au financement des projets immobiliers portés par les collectivités locales de manière à rendre attractive l'installation de professionnels de santé en baissant le coût des loyers et des charges.

Vous participez de manière active au comité de sélection des dossiers de Maisons de Santé Pluri-professionnelles initié par l'ARS, comment votre soutien à ces projets a-t-il évolué durant ces dernières années ?

CD - La Région effectivement, participe aux réunions du comité de sélection organisées au niveau régional par l'ARS, depuis leur mise en place. Il convient de préciser que ce comité de sélection est consulté pour avis sur les projets de santé élaborés par les professionnels médicaux et paramédicaux bien en amont de la concrétisation de la future structure (opération immobilière). L'objectif de la Région est constant. Il s'inscrit dans sa compétence pour un aménagement équilibré de son territoire. De ce fait, la Région recommande de veiller à une répartition harmonieuse de ces regroupements de professionnels de santé en Occitanie.

Dans le cadre de son projet présidentiel économique et budgétaire, le président Emmanuel Macron veut doubler le nombre de maisons de santé pluri-professionnelles d'ici à 2022. Avez-vous l'intention de le suivre sur ce terrain ?

CD - La Région Occitanie, comme nous l'avons dit précédemment, s'est investie de longue date dans la lutte contre les déserts médicaux. Ses premières décisions remontent au milieu des années 2000. Elle a constamment été favorable aux projets de regroupement de professionnels de santé. Elle y consacre un budget annuel de 1,5 M€. A ce jour, la Région a participé au financement de plus de 100 projets de maisons de santé pluri-professionnelles. Les maisons de santé ne constituent pas pour autant une réponse unique à la problématique actuelle. D'autres formes de regroupements méritent également que l'on s'y intéresse : c'est le cas des centres de santé pluri-professionnels qui pourraient être développés dans des zones particulièrement vulnérables. Il faudrait également laisser place à l'innovation et encourager des projets novateurs.

Propos recueillis par Luc Jacob-Duvernet



L'URPS présente

les 7^{es} Rencontres de la Grande Motte des médecins libéraux d'Occitanie

sur le thème

L'AVENIR DES RELATIONS VILLE-HÔPITAL

Samedi 2 juin 2018

Hôtel Les Corallines

La Grande Motte (34)