

# Médecin d'Occitanie

LE BULLETIN DE L'URPS DES MÉDECINS LIBÉRAUX

N°6 - JUILLET 2018



The illustration shows three hands holding smartphones. The top hand holds a tablet displaying vital signs: '120 SYS', '80 DIA', a heart icon, 'BPM 67', and 't° 36.6'. The middle hand holds a smartphone with an orange background, a stethoscope icon, and the text 'MOBILE DOCTEUR'. The bottom hand holds a smartphone with a blue background, a heart rate icon, and the text 'MONITEUR SANTÉ', 't° 36,6', and 'bpm 67'. The background is a solid teal color.

**Le dispositif digital de l'URPS**



The logo for URPS Médecins Libéraux Occitanie, featuring a stylized blue and yellow bird-like shape, the text 'URPS Médecins Libéraux', and a yellow gear-like icon, with 'OCCITANIE' in a blue box below.

A U S O M M A I R E

À LA RENCONTRE DES ÉLUS DE LA RÉGION

UN NOUVEL INTERNET, UN NOUVEL INTRANET

LES GRANDS MOMENTS DE LA GRANDE MOTTE

## AU SOMMAIRE

Page 3

EDITO du président : "Après les Rencontres"

GRAND TÉMOIN

Page 4 : Entretien avec Karine Traval Michelet, maire de Colomiers

ACTUALITÉS

Page 5 Le PRS 2 est adopté

Page 6 Le comité stratégique de la santé mentale  
Un accord passé avec les radiologues

DOSSIER LES 7<sup>ES</sup> RENCONTRES DE LA GRANDE MOTTE

Pages 7 à 13 Ville-hôpital : l'ancien monde va-t-il laisser la place à un nouveau ?

Page 8 La consommation de l'urgence.

Page 9 Et si demain les médecins et les hospitaliers

Page 10 Ile-de-France : les leçons d'un partenariat réussi

Page 12 La place du numérique dans les parcours de soins

Page 13 Crainte de la faute, mais sauvegarde de la liberté de jugement du médecin

DÉCRYPTAGE

Pages 14 et 17 La refonte du site internet

Les applications à disposition des médecins

FOCUS

Pages 17 à 18 À la rencontre des élus des territoires

Page 20 Le dispositif digital (Publicité)



## L'ÉDITORIAL

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

### LE DÉCLOISONNEMENT : MYTHE OU NÉCESSITÉ

Nous remercions vivement les participants des 7<sup>es</sup> Rencontres de La Grande Motte. L'engagement de chacun a permis des débats riches, animés, soulignant les tensions et montrant l'importance des enjeux de l'avenir des relations ville - hôpital. Certaines propositions par leur caractère innovant ont fait naître des mouvements d'angoisse, bousculé des certitudes et montré la dynamique d'un changement.

Celui-ci est encore pour demain quand les acteurs du monde hospitalier et du monde de la proximité conservent des repères spécifiques. La ligne de partage est fortement datée. L'exemple du virage ambulatoire, sous l'angle d'une vision technocratique et économique, porte le risque d'une simple transposition d'espace figeant les fonctionnements. D'un autre côté, la mise en exergue de la prise en charge des soins non programmés, sans analyse des évolutions sociétales et professionnelles, nous éloigne d'une approche plus collaborative de l'organisation des soins.

Développer les complémentarités, pour aborder sous l'angle des coopérations professionnelles la multiplicité des moments pathologiques d'un malade est une innovation.

En cette période de profonde mutation de notre système de soins, le décloisonnement ne concerne pas le seul champ des pratiques sanitaires. Le médecin est à l'interface du champ social et du médico-social qui accueille des personnes handicapées.

Mal des temps modernes, comme si la difficulté du soin ne suffisait pas, le médecin doit maintenant s'impliquer dans l'accès aux soins.

Les années d'après-guerre ont cru résoudre ce problème qui ressurgit au XXI<sup>e</sup> siècle. Devant l'acuité du problème en Occitanie, l'URPS a décidé d'aller à la rencontre des élus locaux pour traiter avec eux de ces difficultés, territoires par territoires. Nos rencontres se poursuivent avec l'espoir de voir se concrétiser des actions pour limiter les inégalités d'accès aux soins.

Les exemples de cloisonnement ne manquent pas : ici la création d'une unité de jour exclusivement réservée aux seuls médecins de l'hôpital, là les revendications d'une énième structure expertale, forme sanitaire du miroir aux alouettes, productrice de goulots d'étranglement, ou encore le découpage temporel de l'existence en autant de spécialités médicales...



L'enjeu est de déconstruire les modèles actuels pour en créer de nouveaux.

Dans une synergie avec le monde hospitalier, l'URPS des médecins d'Occitanie va expérimenter des modèles organisationnels innovants. Faire travailler dans un même lieu des médecins sur un mode libéral et d'autres sur un mode salarié est une innovation. Trouver la place de chaque médecin dans une filière de spécialité, depuis l'intervention du généraliste jusqu'à celle du spécialiste hyper focalisé sur une pathologie, en passant par différents niveaux de prise en charge spécialisée, est une innovation.

Nous remercions les Maires qui nous ont reçu pour valider le principe d'un partenariat.

## MÉDECIN D'OCCITANIE N° 6 - JUILLET 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.urps-occitanie.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



## ENTRETIEN AVEC KARINE TRAVAL-MICHELET MAIRE DE COLOMIERS

«L'INÉGALITÉ D'ACCÈS AUX SOINS  
NOUS INQUIÈTE ! »

Les élus de Colomiers sont très concernés par la couverture médicale de leur territoire. Très offensive en matière d'accès aux soins, la maire Karine Traval-Michelet nous explique pourquoi. On lira aussi en page 18 "Quand des élus rencontrent des élus".

**MÉDECIN D'OCCITANIE. Craignez-vous que la faiblesse de la couverture médicale dans votre ville ne s'aggrave dans un proche avenir ?**

KARINE TRAVAL-MICHELET - Nous comptons plus de 5000 jeunes scolarisés à Colomiers. Une grande partie se fait soigner par un médecin exerçant dans la commune. Plus de 40 % de la population a moins de 30 ans et 60 % a moins de 45 ans. Ce sont alors les familles qui sont accompagnées. Enfin, le public des seniors, qui représente 6000 personnes de plus de 65 ans à Colomiers, exprime des besoins de médecine de proximité. La couverture médicale est devenue un véritable facteur d'attractivité d'un territoire. Dès lors, même si nous constatons un tassement, ici, des naissances et un ralentissement dans l'augmentation du solde démographique, il n'en reste pas moins que la poussée démographique que nous devons assumer se heurte à la baisse démographique médicale. Nous subissons aussi les effets de cette baisse dans les communes périphériques, avec une demande croissante qui se reporte sur les professionnels de notre commune.

**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 ville de Colomiers suit-elle en la matière ?**

KTM- Comme je le disais, l'offre de santé est aujourd'hui une des conditions du maintien de nos citoyens dans la commune. Cela fait plusieurs années que le sujet est malheureusement d'actualité en milieu rural, il touche maintenant les villes et nous ne sommes pas épargnés. La santé n'est pas une compétence municipale, elle reste un domaine qui relève de l'Etat. Pour autant, les collectivités ont leur rôle à jouer, en particulier en matière de prévention et de coordination des actions. C'est dans cet esprit que la Ville de Colomiers a signé en 2014 un Contrat local de santé avec l'Agence régionale de Santé. Il est créateur

d'une dynamique de santé locale, cohérente et coordonnée, en réponse à des besoins clairement identifiés et partagés. Il participe ainsi à la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé. Nous avons retenu quatre axes de travail en particulier : l'accès aux droits, aux soins, à la prévention en matière de santé des jeunes Colomiers ; la coordination des acteurs dans le champ de la santé mentale ; l'accès aux droits, aux soins et à la prévention en matière de santé des personnes démunies ; la promotion de la santé pour l'ensemble de la population.

**L'URPS soutient les projets d'organisation des soins sur les territoires. Vous avez rencontré plusieurs de ses représentants. Comment pensez-vous travailler avec l'Union régionale des médecins libéraux d'Occitanie ? Avez-vous arrêté des projets d'accompagnement dans le cadre de l'organisation des soins à Colomiers ?**

KTM- La diversité des demandes, la multiplicité des soins, le cycle de la vie lui-même qui engendre des besoins différents selon la temporalité et bien sûr le vieillissement de la population, se heurtent à la difficulté d'accès aux soins. Et c'est bien cela qui nous inquiète : l'inégalité d'accès aux soins. Nos échanges avec les responsables de l'Union Régionale des professionnels de Santé Médecins libéraux, et Monsieur le Président Bensoussan en premier lieu, nous ont démontré combien cette préoccupation est partagée avec les praticiens eux-mêmes. Il s'agit donc de réfléchir ensemble aux solutions que nous pourrions apporter. J'ai proposé que nous participions à des groupes de travail réguliers pilotés par l'URPS. Nous pouvons mettre à disposition des salles pour aider les professionnels à se réunir en dehors du cadre de leur activité. L'extension de notre contrat local de santé est une piste que nous devons aussi étudier. Nous pouvons par exemple proposer des expérimentations à l'Agence régionale de santé, et mener des expériences de coopération avec les différents acteurs publics et privés du territoire.

**À cet égard, vous avez organisé le 4 juillet dernier avec l'URPS une journée de rencontres et de débats. Quels objectifs avez-vous poursuivi ?**

KTM- Je suis convaincue que la recherche de l'intérêt général est une action collective. Pendant mon mandat, j'ai instauré des rencontres thématiques et dédié une journée entière aux professionnels et acteurs d'un secteur, d'une branche ou d'un métier. Comme je l'ai fait autour des thèmes de l'économie, du handicap, des seniors, notamment, il m'a paru important de redynamiser la coopération avec les professionnels de santé. Cette journée avait pour but de mieux nous connaître, tout d'abord, et de partager nos enjeux et nos problématiques. J'ai trouvé immédiatement une écoute attentive et intéressée auprès de Monsieur le Président Bensoussan. Nous attendons donc que l'expertise des professionnels de santé nourrisse la réflexion sur l'évolution de nos partenariats et de nos méthodes de travail afin d'élargir encore nos actions, en incluant de nouvelles disciplines ou réflexions dans un travail en réseau.

**Quelle est votre politique en matière de développement des maisons de santé pluriprofessionnelles ?**

KTM- La mutualisation est une des réponses que l'on peut apporter aux difficultés d'installation et d'exercice des médecins. Dans ce cadre, la maison de santé pluriprofessionnelle est une solution qui présente plusieurs atouts : rompre l'isolement des médecins, faciliter l'accès aux différents types de soins, mutualiser les fonctions d'accueil et de secrétariat... Bien qu'ils relèvent d'initiatives privées, la ville peut intégrer ce type de projets dans ses perspectives d'aménagement. Par exemple, à Colomiers, un projet est déjà en cours d'instruction et une réflexion est également menée pour positionner un dispositif de ce type dans un quartier en renouvellement urbain.

Propos recueillis par Luc Jacob-Duvernet

LE PRS 2 A ÉTÉ ADOPTÉ

## LE PLAN RÉGIONAL DE SANTÉ A MEILLEURE ALLURE

Le PRS 2 est lancé. Après des mois au cours desquels les différents acteurs du système de santé ont débattu pour élaborer un Plan Régional de Santé, la version définitive du PRS deuxième époque (sa mise en œuvre va de 2018 à fin 2022) a été adoptée. Les élus de l'URPS ne sont pas mécontents, les rédacteurs de l'ARS qui ont mis la touche finale à ce Plan ont tenu compte, pour l'essentiel, de leurs remarques.

Le 14 mai, la Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) de la région d'Occitanie, installée en juin 2018 et présidée par le Professeur Laurent Schmitt, Président de la CME du CHU de Toulouse, a adopté, avec un avis favorable à une large majorité (84 %), le Projet Régional de Santé. Ce PRS définit donc 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 démunis. La CRSA a appréhendé favorablement « l'ambition générale du PRS qui vise à mieux répondre aux notions d'accessibilité et de soins des personnes les plus vulnérables et les orientations qui sont largement partagées par les membres de la CRSA et tiennent bien compte des enjeux de la nouvelle région Occitanie ».

Néanmoins, la CRSA regrette le manque de prospective sur l'évolution des maladies chroniques, avec le constat que le PRS évalue peu les besoins futurs, notamment pour les personnes en situation de handicap et les maladies aiguës et chroniques. C'était un des reproches de l'URPS-ML qui, dans

sa réponse à l'ARS donnée au printemps, estimait « incompréhensible l'absence des maladies chroniques dans les parcours prioritaires ». Pourtant, hormis cette remarque importante, l'URPS peut être satisfaite de la dernière version du PRS 2 : « Nous trouvons que dans ce projet la médecine libérale ne trouvait pas la place qu'elle mérite, dit le Dr Jean-Louis Bensoussan. Sans être dithyrambique, je constate que l'Agence régionale de santé a retenu nos propositions ». Cela avait mal commencé, le projet avait fâché les élus de l'URPS, ils avaient adressé une liste de remarques... qui ont été entendues. « On a réussi à faire inscrire sa présence partout où la médecine libérale était impliquée de manière très précise », explique le vice-président de l'URPS. Et même une remarque d'ordre sémantique mais qui avait toute son importance a été retenue : « Il était nécessaire de substituer à des termes trop généraux comme « professionnel de santé » d'autres plus précis comme « médecine libérale ». Sinon cela pouvait signifier que les médecins peuvent être remplacés par d'autres. Nous devons rester vigilants, et sans cesse rappeler que la place

des médecins libéraux et des médecins traitants comme les généralistes reste essentielle dans le parcours de soin. »

**La CRSA a insisté également sur le cadre d'évaluation du Plan** qui « doit être précisé. Les indicateurs de suivi et d'évaluation des projets doivent être mieux définis ». Ainsi, chacun sera particulièrement attentif à cette évaluation de l'efficacité des projets dans le champ de la prévention et promotion de la santé, dans lesquels les médecins traitants et les paramédicaux verront leur place accrue. « Si le plan régional a meilleure allure, il est à souhaiter que son suivi sera moins médiocre que lors du déroulement du PRS 1, souligne le Dr Jean-Louis Bensoussan. Et on espère que le comité de suivi se réunira régulièrement avec des représentants de l'URPS. »

Reste que ce PRS 2 risque de connaître prochainement des évolutions profondes qui sont liées aux volontés politiques que le gouvernement veut imprimer avant la fin de l'année sur le système de santé au niveau national, ce qui conduira obligatoirement à des changements au niveau régional.

Odile Fraye

## LANCER DES INNOVATIONS AUX COULEURS DE LA RÉGION

La réflexion sur les innovations pour améliorer le système de santé fait l'objet de débats au sein de l'URPS - Médecins Libéraux. Un séminaire est organisé à l'automne par l'Union régionale sur le sujet.

La commission Innovations en Santé de l'URPS, coordonnée par le Dr Marie-Josée RENAUDIE souhaite refonder le système de santé au niveau de son organisation nationale : « Mais, nous ne voulons plus, dit-elle, d'un modèle rigide à dupliquer sur tout le pays, et donc inadapté dans de multiples territoires. Nous avons conscience que cela passera par des innovations adaptées aux conditions locales. » Ce débat prendra, le samedi 6 octobre, la forme d'un séminaire dont « le but est la recherche d'une amélioration de notre système. Un système, et c'est notre préoccupation, dont nous souhaitons garder la maîtrise. » Il s'agira principalement d'aller à la découverte des innovations des systèmes de santé des pays environnants au mode de fonctionnement proche du nôtre (Allemagne, Angleterre, USA).

« Ce tour du monde autorisera une réflexion conduisant à de nombreuses questions, explique le Dr Marie-Josée Renaudie, ainsi, en confrontant ce qui se fait dans les autres pays avec notre système de santé, qu'est-ce qui nous paraît souhaitable ? Au vu des différences, est-ce adaptable ? À quelles difficultés se trouvent confrontés les autres pays et quelles réponses apportent-ils ? Comment est géré le temps de travail médecin ? »

D'autres questions : l'innovation dans la télémédecine, téléconsultation, télé expertise est une modalité, quels sont les pays précurseurs ? Quelles sont leurs expériences ? Comment faire évoluer les financements ? Comment ouvrir vers de nouveaux horizons ?

Pierre Kerjean

UN ACCORD PASSÉ ENTRE MÉDECINS RADIOLOGUES ET CNAM

## LA PERTINENCE DES ACTES, LA SOLUTION DE DEMAIN ?

LES RADIOLOGUES LIBÉRAUX ET L'UNION NATIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE ont fini par enterrer la hache de guerre. Un accord signé en avril dernier et fondé sur le concept de la pertinence des actes met fin à un long conflit. Un concept qui pourrait être appliqué à de nombreuses autres spécialités médicales et changer les relations entre la médecine libérale et l'Assurance maladie.

« Cet accord relatif à l'imagerie médicale est une vraie innovation, se félicite le Dr Patrick Souteyrand, radiologue à Montpellier. Il est fondé sur la pertinence des actes de radiologie. On laisse les professionnels faire eux-mêmes les choix ; ils restent responsables de leur exercice médical ! » Il y avait longtemps que l'Union nationale des caisses d'assurance maladie voulait faire des économies : les activités d'imagerie médicale représentent 4 milliards de dépenses de remboursement pour l'Assurance maladie, dont près de 60 % concernent les radiologues ! En décembre 2016, un article de la loi de Finances de la Sécurité sociale a pris l'allure d'une pomme de discorde entre les libéraux et l'État. Cet article 99 autorisait dorénavant le directeur des caisses d'assurance maladie qui pouvait se passer d'accord conventionnel à imposer des tarifications, voire des baisses de tarifications. Ce qui a été le cas en début d'année 2017 conduisant la profession à se rebiffer. Menaçant de fermer des cabinets de radiologie, les radiologues ont estimé que cette décision de baisse des tarifs était « une attaque frontale inadmissible ! » Après des moments de fortes tensions et des mouvements de grève, le

soufflé est retombé. Une volonté stratégique nouvelle qui s'appuie sur un concept porté par les pouvoirs publics, la pertinence des soins, a changé magiquement la donne. Le 26 avril dernier, cette volonté a été sanctionnée par la signature d'un accord entre l'UNCAM et la Fédération nationale des médecins radiologues. L'article 99 qui permettait une réduction unilatérale des tarifs des scanners devrait être abrogé en 2020. En échange, les radiologues s'engagent à travailler avec les médecins spécialistes en médecine générale. Les patients seront également sensibilisés sur les actes inutiles comme aujourd'hui dans la lombalgie aiguë. Cette pathologie représente 15% des 4 milliards de dépenses de remboursement pour l'Assurance maladie, soit 500 millions d'euros. « C'est un accord gagnant-gagnant pour les patients qui verront diminuer les délais de rendez-vous, explique Patrick Souteyrand, vice-président de la FNMR ; pour les radiologues qui pourront investir sereinement dans des équipements de qualité et pour l'assurance maladie avec des économies basées sur la maîtrise médicalisée. »

Philippe MEURSAULT

MISE EN PLACE DU COMITÉ STRATÉGIQUE DE  
LA SANTÉ MENTALE ET DE LA PSYCHIATRIE

## SUIVRE LA PISTE RÉUSSIE D'OCCITANIE

La ministre Agnès Buzyn vient de présenter sa feuille de route intitulée « Santé mentale et psychiatrie » pour changer le regard sur la santé mentale et les personnes atteintes de troubles psychiques. Les diverses expériences menées sur le sujet en Occitanie, qui commencent à faire leurs preuves, comme le DSPP, vont constituer de solides exemples sur lesquels pourrait s'appuyer le nouveau Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie chargé de faire vivre cette feuille de route. Un des 5 psychiatres membres de ce comité, le Dr Maurice Bensoussan, président de l'URPS, sera présent pour en rendre compte et faciliter les initiatives en la matière.

La situation des personnes souffrant de troubles psychiques en France est donc devenue très préoccupante. Agnès Buzyn a décidé de prendre le taureau par les cornes. Première décision : remplacer le pléthorique Conseil National de la Santé Mentale et de la Psychiatrie par le Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie qui passe de 100 membres à 29 membres, dont simplement 5 psychiatres. Deuxième décision, établir la feuille de route de ce Comité en lui fixant trois objectifs principaux : promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance et les troubles psychiques et prévenir le suicide ; garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité ; et améliorer les conditions de vie, d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

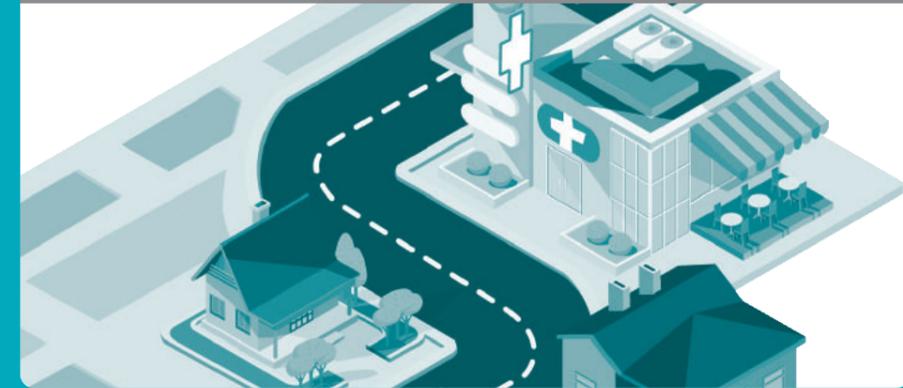
Concrètement, il s'agit de trouver des solutions adaptées, et notamment de s'appuyer sur des expériences de qualité menée en région, comme celle des DSPP de Toulouse aujourd'hui et de Montpellier demain : « Le parcours du malade est souvent chaotique, a expliqué au micro de France Culture le président de l'URPS qui est à l'origine de ces Dispositifs de soins partagés en psychiatrie en Occitanie. Rupture de soins, rupture d'insertion, rupture familiale, perte d'emploi sont des facteurs qui sont liés. Pour en tenir compte et appliquer les objectifs de la feuille de route, il faut faire sortir de leur isolement les acteurs de la santé et les conduire à collaborer entre eux. » C'est ce qu'a fait l'URPS en Occitanie en associant psychiatres libéraux, médecins généralistes, psychiatres du CHS et du CHU, et en portant l'intérêt des collaborations entre les différentes pratiques du métier comme pistes d'amélioration des organisations. Le développement d'un dispositif de soins partagés s'inscrit ainsi dans un partenariat qui décloisonne les relations ville-hôpital. « Si l'on veut être capable de mettre en place des moyens d'insertion plus précis, des suivis plus proches des patients, un soutien aux personnes qui aident les malades, on ne peut parvenir à modifier cette spirale que par une pratique collaborative. »

Fort de son expérience, le Dr Maurice Bensoussan devrait imprimer la patte de l'URPS sur la feuille de route du Comité stratégique de santé mentale.

Philippe MEURSAULT

# DOSSIER

LES 7<sup>ES</sup> RENCONTRES DE LA GRANDE MOTTE  
DES MÉDECINS LIBÉRAUX D'OCCITANIE



## LES RELATIONS VILLE-HÔPITAL : DU DIAGNOSTIC AUX SOLUTIONS

Améliorer les relations entre la médecine de ville et l'hôpital a constitué le cœur des débats des 7<sup>es</sup> Rencontres de La Grande Motte des médecins libéraux d'Occitanie. Ce sujet essentiel pour l'avenir de la médecine libérale en particulier et du système de santé dans la région de façon plus générale nécessite d'étudier les évolutions qui doivent conduire à cette amélioration. Des modifications qui doivent constituer autant de leviers de changements en interne des organisations ! Après avoir dressé un diagnostic territorial sur les liens ville-hôpital, les participants à ces Rencontres ont planché sur le vaste champ de changements, d'évolutions et d'améliorations à apporter au système de santé régional, dont le premier chapitre illustrant bien les blocages et les pesanteurs auxquels doivent faire face les médecins libéraux concerne la permanence des soins ambulatoires, la continuité des soins et le recours aux services d'urgence. Comme il se doit, l'ambiance de ces Rencontres était studieuse mais aussi animée. Les congressistes avaient majoritairement laissé la langue de bois dans le vestiaire, à l'entrée de la salle de conférence de l'Hôtel Les Corallines de La Grande Motte.

LES 7<sup>ES</sup> RENCONTRES DE LA GRANDE MOTTE DES MÉDECINS LIBÉRAUX D'OCCITANIE

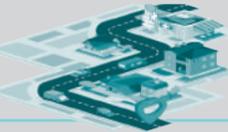
Ville – hôpital : l'ancien monde va-t-il laisser la place à un nouveau ? page 8

ÉTAT DES LIEUX DES URGENCES DE LA RÉGION OCCITANIE EN 2017  
La consommation de l'urgence page 8

DIAGNOSTIC TERRITORIAL DES RELATIONS VILLE-HÔPITAL EN OCCITANIE  
Et si demain les médecins libéraux et les hospitaliers... page 9

L'EXEMPLE PDSA DE L'URPS D'ILE-DE-FRANCE  
Les leçons d'un partenariat réussi page 10

LE GROUPEMENT RÉGIONAL D'APPUI AU DÉVELOPPEMENT DE LA e-SANTÉ  
La place du numérique dans les parcours de soin page 11

LES 7<sup>ES</sup> RENCONTRES DE LA GRANDE MOTTE DES MÉDECINS LIBÉRAUX D'OCCITANIE

## VILLE — HÔPITAL : L'ANCIEN MONDE VA-T-IL LAISSER LA PLACE À UN NOUVEAU ?

L'amélioration des liens entre la ville et l'hôpital apparaît nécessaire pour construire des parcours de soins adaptés aux besoins de la population et pour lutter contre la raréfaction de l'offre de soins sur certains territoires. Les 7es Rencontres de La Grande Motte des Médecins Libéraux d'Occitanie, qui se sont déroulées le samedi 2 juin, ont été placées à l'aune de ce constat de la nécessité de l'évolution des relations ville-hôpital. Ce qui conduit à une rafale de questions : quels sont les exemples de solutions apportées par les acteurs en Occitanie ? Comment ce lien ville-hôpital se construit et évolue en région ? Quels sont les modèles novateurs à développer ? Les participants aux Rencontres de La Grande Motte y ont répondu. Et comme à l'accoutumée, avec passion et sans langue de bois !

**Le bon soin au bon endroit, au bon moment ! Ou le rêve avoué d'une directrice générale d'ARS. En somme, ce serait la réponse la plus simple à donner à la question sur la complexité du système de soins actuel.** Présente aux 7es Rencontres de La Grande Motte, Monique Cavalier a fait montre d'une certaine humilité lorsqu'elle a lancé le débat sur les relations Ville-Hôpital qu'il faut « fluidifier à tout prix » pour réduire cette complexité qui « suscite une très grande inquiétude chez nos concitoyens ». Pour épouser cette ambition, la directrice générale de l'Agence Régionale de Santé ne s'en cache pas, « le cheminement devant nous sera long ». Ce cheminement passe, selon elle, par l'incitation à la coordination, l'émergence d'outils d'échange d'informations dont ceux de télé-santé, l'organisation de plateformes d'appui, la structuration

par territoire pour faciliter les liaisons, la rénovation des règles, y compris celles du financement afin de « rendre lisible un système qui ne l'est plus ». Son diagnostic

est sombre. « Nous sommes face à un chantier énorme quantitativement et énorme qualitativement ! » Et pour mieux se faire comprendre de ses auditeurs médecins libéraux, elle assène, en exemple : « Le modèle de la permanence des soins ambulatoires et de l'accès aux soins d'urgence est à bout de souffle ».

ÉTAT DES LIEUX DES URGENCES DE LA RÉGION OCCITANIE EN 2017  
LA CONSOMMATION DE L'URGENCE

L'état des lieux des urgences en Occitanie dressé par l'Observatoire régional des urgences Midi-Pyrénées et présenté par le Dr Olivier Azema à La Grande Motte est une mine d'informations qui permet de mieux comprendre les enjeux qui attendent la région.

Le nombre d'habitants en Occitanie augmente moins rapidement que le nombre de patients de la région qui se rendent aux urgences hospitalières. En 10 ans, la population (5,9 millions aujourd'hui) a grimpé de 9 %, tandis que le nombre de patients qui passent d'abord par la case Urgences (1,8 millions) a augmenté de 31 % pendant la même période. Ce sont la région du littoral (47 %) et le Bassin de la Garonne (41 %) où les urgences sont les plus appréciées ; les Pyrénées (7 %) et le Massif Central semblent plus raisonnables, même si l'on tient compte du critère de population de ces quatre territoires. Les établissements qui offrent un accueil aux urgences sont au nombre de 64 : on compte 3

CHU (22 %), 28 établissements privés (30 %) et 33 établissements publics hors CHU (48 %). La patientèle des urgences se divise en trois tiers : les 15-65 ans représentent la plus grosse cohorte (56 %), suivis par les plus de 65 ans (23 %) et les moins de 15 ans (21 %).

En termes de gravité des patients examinés, on compte 15 % de patients dont le pronostic fonctionnel ou vital est engagé, et 2 % pour des urgences exclusivement psychiatriques ; 15 % pour de simples consultations aux services d'urgences et 68 % dont l'état est stable mais peut nécessiter des examens complémentaires ou un suivi thérapeutique.

Pour relever la PDSA, elle appelle de ses vœux de nouveaux outils robustes et plus adaptés aux nouvelles pratiques : « Si elle est absolument nécessaire, la transition n'est pas facile ». Et au détour d'une phrase, elle assène un outil de coordination dont on parle depuis des décennies, et remis récemment au goût du jour, le fameux DMP : « Je reste interrogative sur le bienfondé de ce chantier auquel on ne croit plus aujourd'hui ». Ces propos introductifs à une réflexion ouverte sur les relations entre la Ville et l'Hôpital ont eu le mérite de poser nettement la question sur la structuration de la prise en charge des flux qui relèvent des urgences vitales, des urgences lourdes et de toutes les autres : « Le critère quantitatif, dit la directrice générale de l'ARS, est d'abord un critère déterminant d'un système trop lourd. La population est plus nombreuse. Le temps médical est moins abondant aujourd'hui et le recours à l'offre de soins est conçu de manière moins policée qu'auparavant ».

## DES SERVICES DE CONSOMMATION DE SOINS

Le premier débat autour de la PDSA a rappelé, s'il le fallait, que le recours aux services d'urgence hospitaliers constitue l'une des pierres angulaires des relations Ville-Hôpital. Fort de la présentation de l'état des lieux chiffré – sans appel ! – des urgences en Occitanie par le Dr Olivier Azema, directeur de l'ORU MIP (voir encadré ci-contre), le coordinateur de la commission de la PDSA de l'URPS souligne avec un feutre épais que sur les 1,8 millions d'entrées aux urgences en 2017, pas moins de 1,5 millions auraient pu être pris en charge en médecine de ville, soit 85 % : « Ils sont peu nombreux ceux qui nécessitent véritablement une prise en charge en service d'urgence (15 %), dit le Dr Jean-Marc Castadère, les autres, qui sont des patients instables, utilisent par commodité les

## DIAGNOSTIC TERRITORIAL DES RELATIONS VILLE-HÔPITAL EN OCCITANIE

## ET SI DEMAIN LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET LES HOSPITALIERS...



Et si demain les médecins libéraux signaient avec les hospitaliers des protocoles pour fixer un modus vivendi plus adapté pour leurs relations au jour le jour, développaient des systèmes d'informations entre eux, mettaient en œuvre des plateformes de contacts afin de faciliter des pratiques avancées. L'étude Relations ville-hôpital en Occitanie commandée par l'URPS et la FHF dira bientôt si on passe du rêve à la réalité.

« Nous sommes placés devant un fait régional. L'Occitanie est une vraie région recomposée et cette recomposition constitue une réelle opportunité pour les professionnels de santé de raisonner à une échelle plus large. » Ce constat, appuyé par des préoccupations face à la transformation du système de santé, a conduit Michel Thiriet, délégué régional de la Fédération Hospitalière de France, à signer une convention de partenariat avec l'URPS-Médecins Libéraux pour étudier l'évolution de l'organisation des liens entre la médecine de ville et l'hôpital. Intitulée Diagnostic territorial des relations Ville-Hôpital en Occitanie, cette étude a été confiée au cabinet spécialisé Acsantis. « Le travail qui en résulte est très riche et se veut opérationnel, dit Michel Thiriet. C'est un diagnostic à la taille de la région pour essayer de passer par une réflexion de modélisation : non pas des modèles imposés mais des modèles choisis ! »

Les premiers résultats de l'enquête menée auprès des professionnels de santé régionaux sont clairs : il faut surmonter la méconnaissance réciproque entre ville et hôpital « qui, selon le Dr Dominique Dépinoy, Président d'Acsantis, apparaît à la fois comme la condition et la conséquence de l'amélioration des liens entre les deux secteurs. » Teintées d'incompréhension, ces relations sont colorées par des différences culturelles fortement ancrées. Mais tous les professionnels expriment une volonté de résoudre ces difficultés relationnelles. Parmi les grands constats, le numérique apparaît incontournable dans l'approfondissement de la relation entre ville et hôpital

mais n'entraîne pas nécessairement de véritable structuration territoriale. Autre enseignement, les réseaux personnels apparaissent encore surdéterminants, en particulier de la ville vers l'hôpital, alors que ces mêmes réseaux s'étiolent sous le double effet du vieillissement de la population médicale et d'une augmentation des rotations au sein de certains centres hospitaliers.

Les relations reposent majoritairement sur les notions de proximité, de relations personnelles, de modalités informelles qui renforcent aujourd'hui les inégalités territoriales.

Face à ces constats, des leviers peuvent être mis en branle. Il y a en effet des besoins sur lesquels chacun peut agir : nécessité de construire des liens institutionnels ; nécessité d'identifier certains parcours de santé afin de les outiller prioritairement, à travers l'établissement de dispositifs de soins partagés ; nécessité d'améliorer la prise en charge des soins non programmés.

La prochaine étape de cette mission consistera en l'accompagnement de trois territoires volontaires dans l'organisation et la formalisation des relations ville-hôpital (territoires de GHT de l'Ouest audois, du Tarn et Garonne et de l'Est Hérault Sud Aveyron). Il s'agira d'une phase d'expérimentation et de prospective avec la mise en application de solutions concrètes. Et si tout fonctionne bien, on passera à la construction de relations formalisées. L'histoire le dira... à l'automne, vraisemblablement.

L.J.D.



&gt; SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

services d'urgences qui sont devenus des services de consommations de soins. Ces patients reviennent à l'hôpital, se font faire des examens complémentaires à leur goût, et rentrent chez eux le jour même. C'est le cas pour 78 % d'entre eux ! Pourquoi la médecine ambulatoire ne voit pas ces patients-là ? « Simple, répond le Dr Jean-Marc Castadère, parce qu'il n'y a pas de dispositif lisible d'accès à la médecine de ville, aux soins de premier recours, que ce soit dans les horaires de la permanence de soins ou dans les horaires de continuité de soins. » Et de souligner que 52 % des entrées aux urgences ont lieu alors que les cabinets de ville sont ouverts. Pour évoquer des solutions, le coordinateur n'était pas venu les mains vides à La Grande Motte : « Si l'on veut que l'hôpital, dont nous avons besoin, puisse être à la disposition des médecins libéraux, il va falloir mieux financer les vraies urgences. Ensuite, il est nécessaire d'investir sur le long terme dans l'éducation thérapeutique des patients, pour les faire passer de consommateurs de soins à co-acteurs du parcours de soins. » Ces solutions conduisent à une piste qui, elle, risque de faire grincer des dents : « Si le patient ne respecte pas le parcours de soins, cela relève de son libre arbitre et l'Assurance maladie pourrait ne pas prendre en charge une certaine partie des frais. Dès qu'on décide d'aller dans un service d'urgence, on sort du parcours de soins, et on consomme sans bourse délier. En Belgique, nos confrères ont mis en place un système qui fonc-

tionne : soit le patient est adressé aux urgences par un service de régulation médicale ou par son médecin traitant, et dès lors il n'y a pas d'obligation de paiement. En revanche, quand le patient vient de son propre chef, il y a une part forfaitaire qu'il doit payer. »

Parallèlement, il faut, selon lui, réfléchir à l'organisation de la continuité des soins par territoire : « Les médecins et professionnels de santé des CPTS doivent être visibles. Avec un numéro unique dédié aux soins, qui pourrait être le numéro européen 116 117, les patients auraient un accès en journée et en soirée sur leur territoire pour éviter d'aller dans un service d'urgence. » Et d'ajouter : « Il faut se souvenir que plus on est près d'un service d'urgence, plus on consomme du soin ! »

## LA BONNE MÉDECINE NE SE FAIT PAS EN URGENCE

Côté hôpital, on fait le même constat d'un fort besoin de ré- forme, et on se défend de « vouloir faire plus d'urgence ». Le délégué régional de la Fédération Hospitalière de France, Michel Thiriet, réclame pour l'hôpital « une reconnaissance à sa juste place » et se dit « favorable à la requalification des dispositifs existants ».

Rappelant qu'en Occitanie, il y a près de 70 services d'urgence (« Nous avons ce qu'il nous faut ; la Région se caractérise par une offre hétérogène »), il estime que « cette offre n'est pas suffisamment graduée. En conséquence de quoi, la

dispersion des ressources nécessaires est réelle, ce qui, en matière de permanence de soins rend les choses difficiles ».

Il liste trois enjeux pour les années à venir. Un premier concerne

l'accès rapide en cas d'urgence vitale qu'il faut maintenir. « Aujourd'hui, il est relativement bon, 97 % de la population à moins de 30 minutes ! »

Le second enjeu, la graduation :

## L'EXEMPLE PDSA DE L'URPS D'ILE-DE-FRANCE

# LES LEÇONS D'UN PARTENARIAT RÉUSSI

Les médecins libéraux d'Ile-de-France ont monté un partenariat qui s'avère efficace pour l'organisation de la permanence des soins ambulatoires dans leur région. Un exemple riche d'enseignements.



En 2012, tous les professionnels de santé de l'Ile-de-France confrontés à la permanence des soins ambulatoires avaient partagé le même constat : une formidable désorganisation alors que chacun avait envie de continuer à s'investir, mais « ensemble, dans le cadre d'une solide organisation, avec une méthodologie commune, pour conduire à une réponse uniformisée à terme sur le territoire peuplé de l'Ile-de-France », explique le Dr Frédéric Prudhomme, vice-président de l'URPS Médecins Libéraux. ARS, Ordre, Samu et URPS-ML se sont retrouvés autour d'une table pour mener des actions d'effectif, de régulation, d'arbitrage et de concertation avec tous les acteurs de la PDSA. De ces rencontres est né un cahier des charges régional, opposable, révisé annuellement, avec des déclinaisons départementales. En complément de l'organisation de la régulation médicale des appels et l'organisation générale de l'offre de soins ambulatoires, le cahier fixe les conditions d'organisation des territoires de permanence de soins afférentes à chaque département, les lieux fixes de consultation, les modalités de suivi et d'évaluation du fonctionnement et la rémunération forfaitaire des médecins. Côté budget régional, le montant de l'indemnisation des médecins régulateurs s'est élevé à 7,96 millions €, celui de l'indemnisation des médecins effecteurs à 5,76 millions €, soit un budget régional de 13,92 millions €.

Le bilan est plutôt positif. Toute la région est couverte en régulation et effectif. « La convergence des dispositifs et des organisations locales s'est faite parfaitement, ainsi qu'une forte implication des libéraux dans la régulation. » Le dispositif qui est d'une grande souplesse peut évoluer en concertation avec tous les acteurs de la PDSA. À noter enfin que les conseils donnés par le Centre 15 ont permis à 66 % des appelants d'éviter d'aller aux urgences.

L.J.D.

« Doit-on considérer que toutes les urgences doivent faire la même chose ? » Et le troisième enjeu est lié à la formation des patients qui vont hors parcours. La volonté de prévoir des sanctions financières pour le patient qui s'écarte du parcours de soins fait son chemin. À La Grande Motte, nombreux ont été ceux qui pensent que l'on devra en passer par là. C'est l'avis du Dr Marie-Christine Rossignol, présidente du Conseil de l'Ordre des médecins du Tarn-et-Garonne, qui rappelle fort à propos que « nous sommes tous comptables de l'argent public ». Son intervention, particulièrement énergique, vient clôturer ce débat sur la PDSA. Elle mérite d'être écoutée : « La situation dans laquelle nous sommes aujourd'hui ne doit rien au hasard, dit-elle. Elle répond à une volonté politique forte d'hospitalo-centrisme. L'entrée dans le système se fait par le biais de ce qu'on appelle l'urgence. Il y a une réalité incontournable : la bonne médecine ne se fait pas en urgence, surtout pour le patient précaire. Dire qu'on va trouver une solution par la voie urgentiste, c'est tout simplement mentir à la population et dégoûter les médecins de faire leur travail dans de bonnes conditions. La question politique à laquelle les pouvoirs publics ne sont pas prêts à répondre est la suivante : est-ce que l'entrée du patient dans le système de soins se fait par une médecine générale libérale de façon à considérer le patient dans sa globalité ou elle continue à se faire par des services dits d'urgence, qui malheureusement sont devenus de mauvais dispensaires dans lesquels il est fait de la mau-

vaise médecine avec des patients qui exigent des soins sans rapport avec leur problème de santé ? »

## DES SOLUTIONS POUR SURMONTER UNE MÉCONNAISSANCE

Dans un contexte où la volonté de faire bouger les lignes et un fort doute qu'on y parvienne se combinent étroitement, quelles perspectives pour les parcours de soins afin d'améliorer les relations ville-hôpital ? Une chose est sûre, « il ne faut pas, dit d'entrée de jeu de la deuxième table ronde le neurologue François Chollet, président de la FHF Occitanie, opposer les communautés médicales, elles se complètent ! » Opposition, non, méconnaissance, oui !

Tous les participants aux Rencontres de La Grande Motte se sont accordés à le dire et ont choisi d'aborder les solutions à privilégier pour surmonter cette méconnaissance. Parmi elles, le déploiement d'outils adaptés, notamment numériques qui permettraient d'établir de meilleurs liens entre les communautés médicales : « Nous participons avec GRADeS à l'élaboration de la stratégie régionale d'e-santé, explique Jérôme Euvrard, Président du Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-Santé créé en janvier de cette année, nous conduisons sur le terrain les projets opérationnels issus de cette stratégie, notamment ceux relevant du socle commun de services numériques en santé, tout

en veillant à l'urbanisation, l'interopérabilité et la sécurité des services informatiques de santé à l'échelle régionale. »

Si le numérique – une avancée technologique dans la santé qualifiée de tsunami par d'autres – va vraisemblablement trouver toute sa place dans le parcours de soins (encadré page 12) en autorisant des échanges d'informations médicales de plus en plus performants, des expériences tout autres sur le terrain de la coopération ville-hôpital voient le jour.

C'est le cas au CHU Purpan de



Toulouse. Le champ d'expérience est la filière pédiatrique et son fil conducteur est le parcours de soins de l'enfant de la ville à l'hôpital et de l'hôpital à la ville. Pour son promoteur, le Professeur Yves Chaix, les objectifs partagés par les hospitaliers et les médecins libéraux consistent à « améliorer l'ergonomie de travail des professionnels médicaux de ville et du CHU, et à penser de nouveaux parcours de soins. » Les raisons qui ont présidé au lancement de cette action de coopération sont simples : augmentation du nombre de naissances en Occitanie, insuffisance du nombre de pédiatres formés, hôpital des enfants saturé.

Après avoir fait une enquête

auprès des généralistes et des pédiatres de ville à Toulouse qui a démontré le grand intérêt pour ce dispositif, les pédiatres hospitaliers ont décidé de prendre plusieurs mesures avec l'élaboration d'un annuaire des ressources pédiatriques disponibles en libéral, une expérimentation en Haute-Garonne et son évaluation, la facilitation des échanges (accessibilité téléphonique et usage généralisé de Médimail), et le retour d'informations du passage aux urgences.

Dans le cadre de ces expériences, on peut également compter sur le dispositif que met actuellement en place le Professeur Diane Purper-Ouakil, chef du pôle universitaire de psychiatrie, de médecine psychologique de l'Enfant et de l'adolescent au CHU de Mont-

pellier. S'inspirant du Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie qui a été lancé l'an dernier à Toulouse, le médecin hospitalier prépare une expérimentation similaire à Montpellier, probablement sur le territoire du GHT, et également avec les médecins de l'hospitalisation privée : « Les patients qui viennent chez nous pourraient être suivis en médecine générale avec un partage de soins coordonnés. » Le principe même du DSPP.

À la différence du dispositif de Versailles et de celui de Toulouse qui ne traitent que les adultes, il s'agira à Montpellier de s'adresser à une patientèle d'enfants et d'adolescents. « Avec ce DSPP montpelliérain,



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



> SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

nous pouvons être porteur d'innovations » se réjouit le Professeur Diane Purper-Ouakil.

### LES CENTRES AUTONOMES DE CHIRURGIE AMBULATOIRE : LA SOLUTION ?

Autre piste qui peut favoriser l'amélioration des relations ville-hôpital : les centres autonomes de chirurgie ambulatoire. Autant ils sont nombreux aux Etats-Unis (plus de 5 500), autant en France on n'en compte que sur les doigts d'une main (Nogent-le-Rotrou, Rouen et deux ou trois autres...). Un économiste

est venu en parler à La Grande Motte et en défendre le principe de création. Frédéric Bizard, enseignant-chercheur à Sciences Po Paris, n'est pas inconnu de l'URPS d'Occitanie. Il a mené récemment une enquête médico-économique sur la chirurgie ambulatoire. Les résultats de cette enquête éclairent son intérêt pour les centres autonomes de chirurgie ambulatoire. Certes il a confirmé ce que l'on sait déjà, à savoir qu'entre un acte réalisé en chirurgie conventionnelle et un acte en chirurgie ambulatoire, il y a une différence de 25 % des coûts de production. « Le plus dur est, selon lui, devant nous. Il nous faut passer de 54

% des actes chirurgicaux réalisés en ambulatoire et parvenir à 70 %. C'est l'objectif que l'on s'est fixé pour 2022. »

Frédéric Bizard en doute. « Jusqu'à maintenant on a fait tordre les structures existantes pour développer cette chirurgie ambulatoire en fonction de la demande en substituant des lits par des places. Mais on n'a pas utilisé la baisse des coûts de production pour réformer profondément l'ensemble du parc hospitalier. » Ce qui a été pour partie le cas du secteur privé, mais le secteur public s'est peu restructuré et a augmenté sa dette. Selon l'économiste, dans les pays où le taux de chirurgie ambula-

toire tuteoie les 70 % d'actes chirurgicaux, « les médecins ont développé des centres dédiés à l'ambulatoire qu'on appelle des centres autonomes de chirurgie ambulatoire qui sont indépendants des structures hospitalières. » Malgré le fait que « le système de santé américain est absolument épouvantable, les Etats-Unis ont fait la preuve, avec un recul de 40 années, que ces centres marchent et qu'ils permettent de faire des économies considérables pour une chirurgie de qualité. » Sur 35 millions de procédures chirurgicales annuelles, 25 millions le sont en ambulatoire dont 11 dans les centres autonomes. « Un centre

est de taille réduite, entre le cabinet médical et l'hôpital. Ce n'est pas un vrai hôpital, il n'y a pas de lit. Il est au cœur d'une innovation organisationnelle qui fait suite aux développements d'innovations techniques et technologiques chirurgicales moins invasives et moins lourdes comme celles qui concernent l'anesthésie. Nous sommes placés là devant une organisation qui fait parfaitement le lien entre la ville et l'hôpital. »

Cette défense des centres autonomes à l'américaine n'est pas du goût du Dr Max Ponceillé. Le président du groupe de cliniques Oc Santé estime que « les Etats-Unis sont le pire endroit pour faire une étude sur la prise en charge hospitalière. » Il défend avec la fougue d'un entrepreneur qui a fait ses preuves (son groupe réunit et gère 16 établissements dans la région montpelliéraine) le secteur hospitalier privé « qui s'investit depuis les années 90 dans la chirurgie ambulatoire. » Il ne semble pas d'ailleurs voir la différence entre un centre autonome et une clinique privée dont certains établissements de son groupe ont une activité assurée à 70 % en ambulatoire. Pour faire progresser les contacts entre ville et secteurs hospitaliers public et privé, le Dr Max Ponceillé estime qu'il faut « simplifier le parcours de soins, simplifier la prise en charge, améliorer la réhabilitation en chirurgie, ce qui inclut des liens avec la médecine générale. Nous avons récemment mis en place des procédures de

coordination avec le patient au travers de bons contacts avec la médecine de ville pour la consultation pré-anesthésiste par exemple. »

On le voit, chacun y met du sien pour innover et trouver des solutions pour fortifier le lien ville-hôpital. Reste qu'il y a du chemin à parcourir. « Un chemin trop long » pour Frédéric Bizard, et sans doute une erreur de méthode et de choix politique. Selon l'économiste, « les tutelles ne veulent pas engager une transformation radicale de notre environnement hospitalier. Elles essaient de maintenir l'ancien monde, en engageant une phase de ré-hospitalisation du système. Je ne suis pas contre un hôpital fort, mais je ne souhaite pas qu'on lui donne plus de moyens pour le ré-hospitaliser. On alloue à l'hôpital le budget des transports, on va lui donner le budget de l'ensemble du parcours de soins. C'est aberrant ! Alors qu'il faudrait tout simplement structurer le parcours à partir des médecins libéraux de ville et leur donner les moyens de coordination. Là, ce serait utile ! »

Une conclusion qui a eu un goût de miel pour les médecins libéraux présents à La Grande Motte.

Luc Jacob-Duvernoy



## LE GROUPEMENT RÉGIONAL D'APPUI AU DÉVELOPPEMENT DE LA E-SANTÉ

### LA PLACE DU NUMÉRIQUE DANS LES PARCOURS DE SOINS

Le Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-Santé se veut, depuis janvier 2018, une machine de guerre pour piloter la stratégie globale régionale du numérique dans le parcours de santé. Les projets dans lesquels le GRADeS intervient tant dans l'arbitrage que le suivi sont nombreux.

Pour mieux comprendre le champ d'intervention du GRADeS e-santé Occitanie, il faut passer par un lexique, celui de ses groupes de services :

- télémédecine : il s'agit de proposer des dispositifs pour soigner à distance ;
- coordination : équiper des structures coordinatrices de systèmes d'information ;
- orientation : déployer des outils d'orientation

des patients et des usagers ;

- échange et partage : déployer en région les outils d'échange et de partage ;
- imagerie : apporter des services innovants aux professionnels de l'imagerie et leurs correspondants ;
- urbanisation : mutualiser pour gagner en efficacité économique, de qualité et de sécurité ;
- appui : proposer un appui opérationnel aux porteurs de projets d'innovation ;
- référentiels : urbaniser les flux des données de référence.

Parmi les projets qui sont des marqueurs de la relation ville-hôpital, on compte en tout premier le service Messagerie sécurité de Santé (MSSanté) qui développe les échanges d'information de santé sécurisés ville-hôpital entre les acteurs des secteurs sanitaires et la médecine libérale. On compte également le service Échange d'examens d'imagerie pour une utilisation dans un cadre de télémédecine ou de continuité des soins, le service Diffusion d'images à destination de la médecine de ville, le projet Dossier Plaies Occitanie, le projet des Services numériques d'appui à la coordination (Medimail, DMP, ROR, PPA), le service ViaTrajectoire Grand Âge qui est module pour le suivi des personnes âgées, le projet ViaTrajectoire Handicap, les services urgences, et enfin le projet Pâstel en direction des personnes âgées.

Le GRADeS lance par ailleurs un portail Parcours Santé Occitanie pour partager les données du parcours qui devraient intégrer l'ensemble des services précités. Date souhaitée de mise en service : 2019.

LJD

## LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE DANS LES PARCOURS EN LIEN AVEC LES OBJETS CONNECTÉS ET L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE

### CRAINTE DE LA FAUTE MAIS SAUVEGARDE DE LA LIBERTÉ DE JUGEMENT DU MÉDECIN

Quelles responsabilités dans le cadre de la télémédecine ? Quelles fautes dans l'utilisation des outils numériques ? Quelle responsabilité civile du médecin ? Quelle responsabilité de l'établissement de santé ? En résumé, quelle est la responsabilité médicale dans les parcours en lien avec les objets connectés et l'intelligence artificielle ? Isabelle Poirot-Mazères, professeur de droit public à l'Université Toulouse 1 Capitole a répondu à ses questions lors des Rencontres de La Grande Motte.

Nouveau, complexe parce que nouveau, le droit qui a trait à l'exercice médical dans le champ numérique fait ses premiers pas en accompagnant le développement des outils digitaux et leur utilisation en santé. Il constitue pour les praticiens un terrain de découverte ; les médecins sont devancés en la matière de quelques longueurs par les juristes qui défrichent maintenant, avec peine, les chemins aujourd'hui obscurs qui mèneront demain à l'Intelligence Artificielle. C'est la raison pour laquelle ill était bon de s'arrêter en juin, à La Grande Motte, pour faire le point sur la responsabilité médicale dans les parcours en lien avec les objets connectés. Isabelle Poirot-Mazères rappelle le principe de base de la responsabilité pour faute : « Le médecin n'est tenu par principe qu'à une obligation de moyen. » Il n'est responsable « des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute ». Ainsi, dans le cadre de la télémédecine, qui couvre la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance, peut être envisagée une responsabilité pour non recours fautif au procédé s'il était à disposition du médecin.

Dans le cadre de l'utilisation des outils numériques pour une pratique médicale, et afin d'éviter d'être poursuivi pour des actions inappropriées ou pour négligence fautive, le médecin doit « toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés. » En toute hypothèse, le médecin garde sa liberté de jugement dans sa prise de décision : « le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit ». Il doit éviter également les fautes d'humanisme sur l'information et le consentement, sur le respect des règles relatives au secret professionnel, à la protection de la vie privée et celle des données de santé. Aussi les messageries doivent-elles être cryptées ! « Ces dispositifs de messagerie de santé sécurisée constituent l'environnement indispensable au développement des parcours de soins coordonnés et, au-delà, à l'essor de la télémédecine ».

La responsabilité de l'établissement de santé peut être engagé pour faute dans l'organisation et le fonctionnement du service informatique, ou sans faute du fait de l'utilisation de produits défectueux dans le cadre de la prestation de services ; il en est de même de la responsabilité du fabricant (concepteur d'algorithmes, par exemple) ou de prestataire technique (éditeur de logiciel).

P.K.

L'UNIVERS DIGITAL DE L'URPS SE DÉPLOIE

# L'UNION RÉGIONALE SE MET À L'HEURE DE LA COMMUNAUTÉ VIRTUELLE DE LA SANTÉ

La volonté de L'URPS d'OCCITANIE est de porter ses efforts sur la communication par le digital en direction des médecins libéraux d'Occitanie.

Au-delà d'en faire un enjeu de notoriété et un enjeu de compréhension de l'organisation (rôle, missions, territoire, actions), le canal digital doit devenir un support interactif au service des médecins libéraux. Pour ce faire, l'Union régionale commence à se doter d'un URPS Store, avec une première offre de trois applications dédiées aux médecins libéraux.

En ayant sauté à pieds joints depuis longtemps sur la marelle mouvante du digital (Medimail date du début des années 2000 !), l'Union régionale a décidé de mettre les bouchées doubles pour être, à la fin de l'année, parmi les URPS françaises les plus en pointe dans l'univers du numérique en santé et pour offrir à ses membres, les 12 000 médecins d'Occitanie, des outils dont ils ont besoin pour l'exercice de leur pratique quotidienne. Ceux qui étaient présents à La grande Motte, lors des 7<sup>es</sup> Rencontres, ne pouvaient échapper aux différentes antennes sur les NTIC que chaque orateur a formulées au coin de son discours ou même au cœur de son propos. Numérique par-ci, digital par-là, une volonté commune : **l'URPS doit embrasser pleinement une stratégie offensive en matière de nouvelles technologies de l'information et de la communication.**

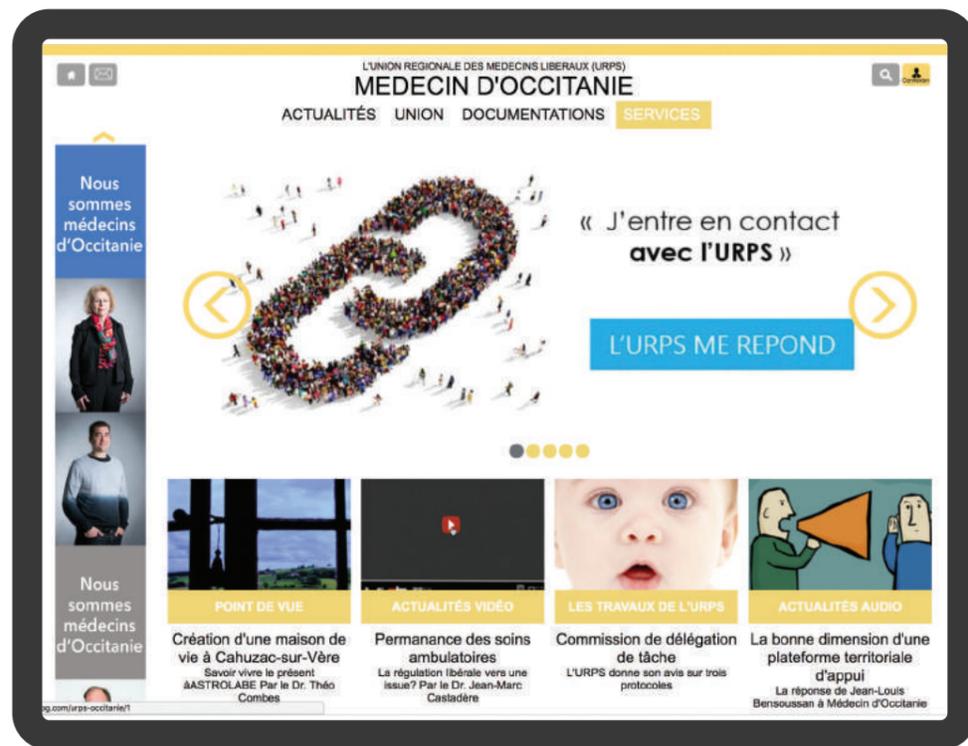
Cette stratégie se fait en deux temps. Sous la férule volontaire du Président Maurice Bensoussan, une politique d'occupation du terrain permet d'offrir, dès cet été, des applications qui sont dédiées

aux médecins libéraux d'Occitanie. Soutenues financièrement par l'URPS, elles sont au nombre de trois et ont été lancées quelques jours avant juillet. On les trouve sur les stores iOS et Android. Il s'agit de CORMEDAL, pour la sécurité des professionnels de santé,

d'ENTR'ACTES, pour faciliter la coordination des soins et d'AIDE-DIAG EXPERT, une application d'aide au diagnostic (voir pages suivantes le descriptif des applications).

Second versant de cette stratégie, la création d'un store URPS qui

aura un double intérêt : proposer à ses membres des produits estampillés URPS, dont les trois premiers lancés cet été, et face à la vague de propositions, conduire les éditeurs de logiciels sur le terrain qu'aura choisi l'Union régionale. « Pour organiser ce store, ex-



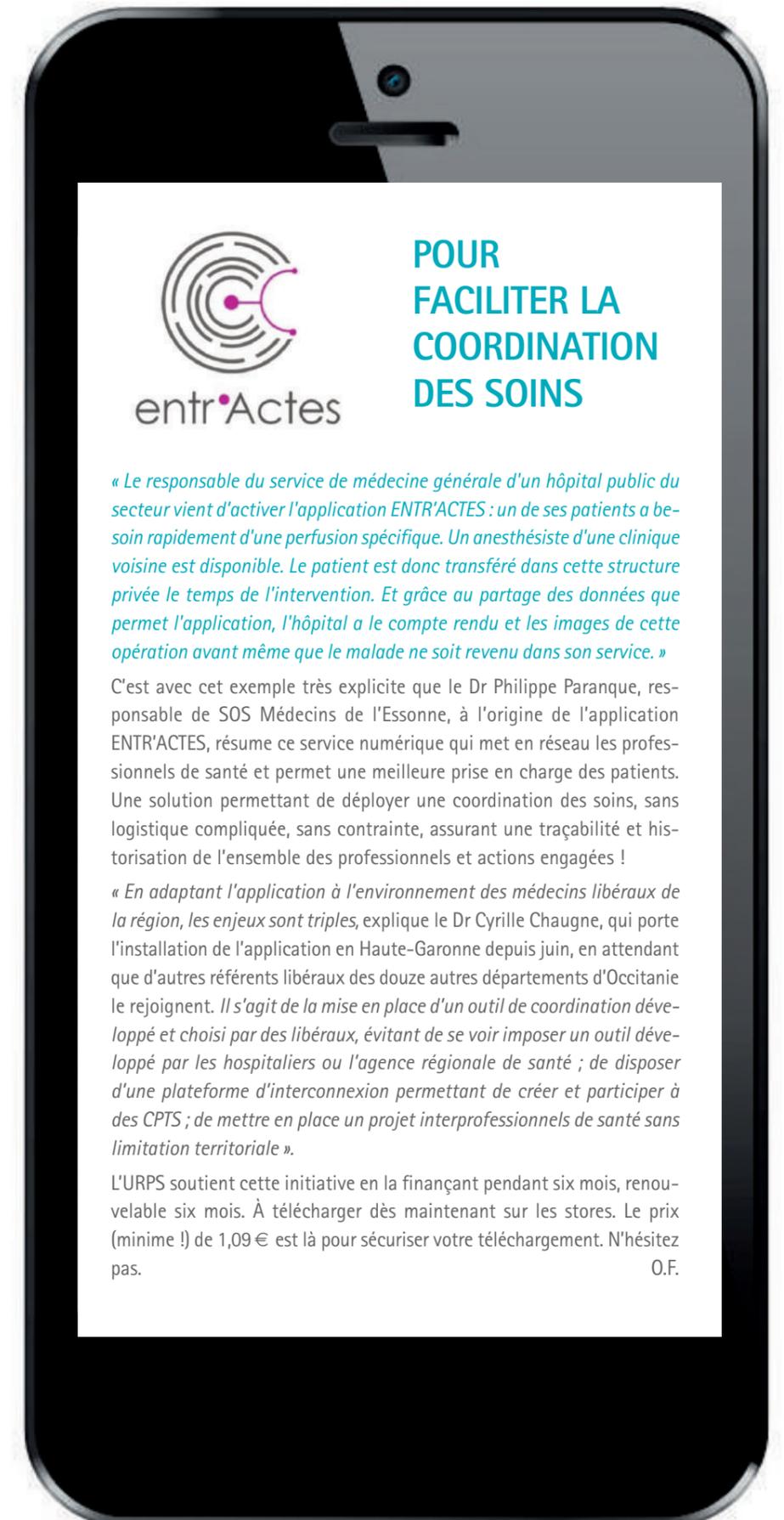
La page d'accueil du nouveau site Médecin d'Occitanie



plique le Dr Laurent Aigle, responsable de la commission NTIC, il faut identifier les produits qui sont sur le marché et ceux que l'on nous propose, et adopter une stratégie de concurrence. Ensuite, nous devons avoir une stratégie d'appui à l'évolution des produits numériques en nous mettant en position d'arbitre pour conduire les éditeurs là où nous souhaitons qu'ils aillent, et non le contraire. » En fait, la commission veut maîtriser une politique d'édition qui lui soit propre. « Nous n'effectuons pas, dans un premier temps, un choix de produits. Mais nous nous posons plutôt les questions suivantes : quelles orientations doit-on prendre et quoi demander aux éditeurs pour qu'ils fassent du sur-mesure ? Cela doit conduire à l'autonomie de l'utilisateur, le médecin, de façon à casser le carcan de privatisation de tout logiciel. » Objectif final : créer un catalogue de produits dans lequel l'URPS puisse donner son label.

## RÉNOVATION DES SITES INTERNET ET INTRANET

Depuis le printemps, un site internet URPS rénové voit le jour. Il devenait nécessaire d'augmenter le trafic sur le site web pour en faire une véritable vitrine de l'URPS.



C'est avec cet exemple très explicite que le Dr Philippe Paraque, responsable de SOS Médecins de l'Essonne, à l'origine de l'application ENTR'ACTES, résume ce service numérique qui met en réseau les professionnels de santé et permet une meilleure prise en charge des patients. Une solution permettant de déployer une coordination des soins, sans logistique compliquée, sans contrainte, assurant une traçabilité et historisation de l'ensemble des professionnels et actions engagées !

« En adaptant l'application à l'environnement des médecins libéraux de la région, les enjeux sont triples, explique le Dr Cyrille Chaugne, qui porte l'installation de l'application en Haute-Garonne depuis juin, en attendant que d'autres référents libéraux des douze autres départements d'Occitanie le rejoignent. Il s'agit de la mise en place d'un outil de coordination développé et choisi par des libéraux, évitant de se voir imposer un outil développé par les hospitaliers ou l'agence régionale de santé ; de disposer d'une plateforme d'interconnexion permettant de créer et participer à des CPTS ; de mettre en place un projet interprofessionnels de santé sans limitation territoriale. »

L'URPS soutient cette initiative en la finançant pendant six mois, renouvelable six mois. À télécharger dès maintenant sur les stores. Le prix (minime !) de 1,09 € est là pour sécuriser votre téléchargement. N'hésitez pas. O.F.

## L'UNIVERS DIGITAL DE L'URPS SE DÉPLOIE

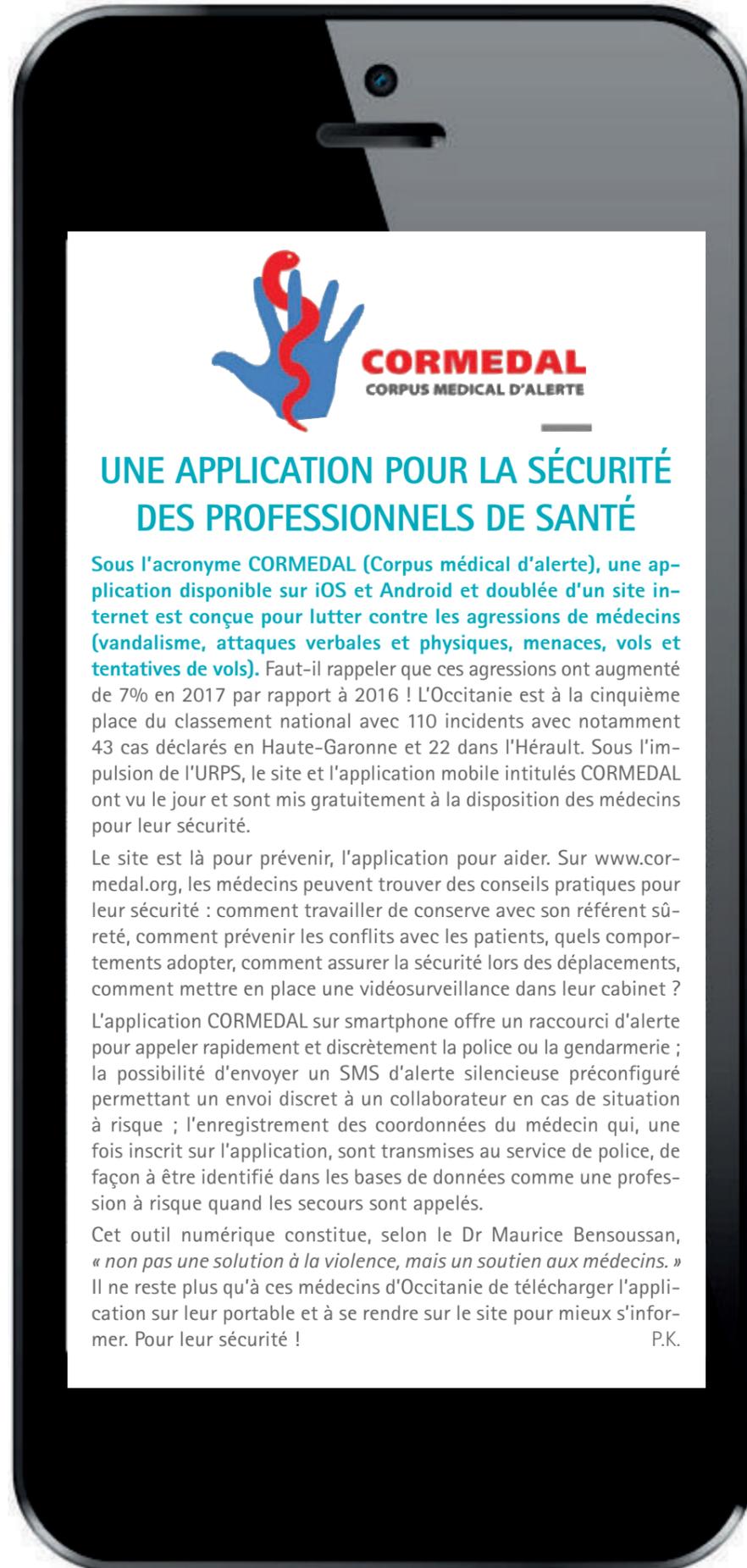
> SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

Trois axes éditoriaux ont été retenus : offrir plus de services aux médecins libéraux, une gestion des informations d'actualité adaptées, et le développement d'une plateforme d'accueil pour les applications (URPS store).

Parallèlement le site intranet à destination des 80 élus de l'URPS est toiletté afin d'en simplifier l'accès et l'usage. Pour les deux sites, l'objectif de cette rénovation a été de mettre les utilisateurs au centre du dispositif et créer un écosystème cohérent entre les différents acteurs de la plateforme de l'Union régionale.

Le site web prend le nom de MÉDECIN D'OCCITANIE, au même titre que le bulletin que vous avez entre les mains. Il en est de même pour le site Intranet. Parmi les services proposés au travers d'un carrousel animé exclusivement réservé aux médecins d'Occitanie, on compte notamment une plateforme d'échange avec la Cellule Innovation de l'URPS, un annuaire et l'URPS store. L'annuaire cartographié regroupe les coordonnées des 12 000 médecins de la région. Quant au store, il propose un accès par différentes voies à la communauté virtuelle des libéraux. L'objet de tous ces services est de fédérer les membres de la communauté médicale libérale régionale. Lever de rideau : début septembre prochain.

Philippe Meursault



### UNE APPLICATION POUR LA SÉCURITÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Sous l'acronyme CORMEDAL (Corpus médical d'alerte), une application disponible sur iOS et Android et doublée d'un site internet est conçue pour lutter contre les agressions de médecins (vandalisme, attaques verbales et physiques, menaces, vols et tentatives de vols). Faut-il rappeler que ces agressions ont augmenté de 7% en 2017 par rapport à 2016 ! L'Occitanie est à la cinquième place du classement national avec 110 incidents avec notamment 43 cas déclarés en Haute-Garonne et 22 dans l'Hérault. Sous l'impulsion de l'URPS, le site et l'application mobile intitulés CORMEDAL ont vu le jour et sont mis gratuitement à la disposition des médecins pour leur sécurité.

Le site est là pour prévenir, l'application pour aider. Sur [www.cormedal.org](http://www.cormedal.org), les médecins peuvent trouver des conseils pratiques pour leur sécurité : comment travailler de conserve avec son référent sûreté, comment prévenir les conflits avec les patients, quels comportements adopter, comment assurer la sécurité lors des déplacements, comment mettre en place une vidéosurveillance dans leur cabinet ?

L'application CORMEDAL sur smartphone offre un raccourci d'alerte pour appeler rapidement et discrètement la police ou la gendarmerie ; la possibilité d'envoyer un SMS d'alerte silencieuse préconfiguré permettant un envoi discret à un collaborateur en cas de situation à risque ; l'enregistrement des coordonnées du médecin qui, une fois inscrit sur l'application, sont transmises au service de police, de façon à être identifié dans les bases de données comme une profession à risque quand les secours sont appelés.

Cet outil numérique constitue, selon le Dr Maurice Bensoussan, « non pas une solution à la violence, mais un soutien aux médecins. » Il ne reste plus qu'à ces médecins d'Occitanie de télécharger l'application sur leur portable et à se rendre sur le site pour mieux s'informer. Pour leur sécurité !

P.K.



Cormedal, Entr'Actes, Aide Diag, trois applications dédiées aux médecins libéraux.



### POUR UNE AIDE AU DIAGNOSTIC

Conçue par un médecin généraliste pour ses confrères, l'application AIDE DIAG les accompagne dans leur démarche diagnostique lorsqu'ils sont confrontés à des pathologies rares ou des formes atypiques chez l'adulte.

Primée meilleure application santé 2017 par le journal Le Généraliste, cette solution numérique a vu le jour dans une start-up toulousaine, éditrice de logiciels applicatifs. La conception de ce système expert et la création de sa base de connaissances sont l'œuvre du docteur Bernard Chassaing, médecin hospitalier, chef de service de médecine. Pendant trente ans il a analysé des milliers d'articles pour faire des fiches maladies complètes et référencées. Pour lancer cette start-up, il s'est entouré de quatre de ses sept enfants, dont deux médecins : le Dr Nicolas Chassaing, généticien au CHU de Toulouse et le Dr Pierre Chassaing, généraliste à Rennes. « C'est sur les médecins généralistes que repose le poids du diagnostic et, plusieurs fois par mois, ils sont confrontés à des pathologies rares ou de

forme atypique. J'ai conçu l'application AIDE DIAG afin de les accompagner dans leur démarche diagnostique, explique le Dr Bernard Chassaing. Pour parvenir au résultat souhaité, il a fallu bâtir une bibliothèque électronique, un travail minutieux et de longue haleine.

« Cette nouvelle version est plus fluide et m'accompagne régulièrement, que ce soit face à mon patient ou en dehors d'une consultation. Elle me permet, outre d'élargir ma démarche diagnostique à d'autres hypothèses, d'interroger l'outil sur un signe spécifique ou une description clinique et paraclinique d'une maladie », dit le Docteur Pierre Chassaing. Cette nouvelle version répertorie 5 000 signes et plus de 750 maladies qu'on peut étudier instantanément en deux clics. »

L'application est pour l'instant disponible sur ordinateur et tablette. Elle devrait être téléchargeable bientôt sur smartphone. Une offre découverte gratuite de 3 mois d'AIDE DIAG est proposée à tous les médecins d'Occitanie.

P.M.



## RENDEZ-VOUS AVEC LES COLLECTIVITÉS LOCALES QUAND DES ÉLUS RENCONTRENT DES ÉLUS

Aller sur le terrain ! C'est le mot d'ordre qu'a lancé le Président de l'URPS à la fin de l'année dernière pour essayer de trouver, sur place, des remèdes adaptés à un environnement précis autour du sujet épineux de la démographie médicale. En six mois, les élus de l'Union régionale des médecins libéraux d'Occitanie ont sillonné la région pour aller à la rencontre des élus des collectivités locales, réfléchir avec eux sur les difficultés d'accès aux soins de la population et tenter de les prévenir. Cette politique des missions dominici du monde médical des libéraux qui se rendent dans les territoires avec un esprit d'ouverture et une volonté de service nécessite une grande disponibilité et une forte résolution qui devraient finir par payer.

**L'expérience mise en place par l'Union régionale des médecins libéraux cette année est une grande première. En sollicitant les élus des villes des préfectures et sous-préfectures d'Occitanie pour les rencontrer, les élus de l'URPS ont vu juste.** Certes, ce n'est pas un engouement général des édiles pour les choses de santé, mais c'est plus qu'un frémissement qui indique que les médecins libéraux vont poursuivre cette démarche utile. L'Union a adressé en fin d'année un courrier sollicitant des rencontres aux élus des 13 préfectures des 13 départements de la région, des 23 sous-préfectures, et quelques communes importantes ayant des problématiques particulières. Une dizaine de rencontres ont été ficelées (Foix, Auch, Albi, Montpellier, Béziers, Toulouse, Lodève, La Grande Motte et Colomiers) : « Ces rendez-vous pour aborder localement la question de la démographie médicale et de l'accès aux soins ont été positifs parce que riches d'enseignement pour les deux parties et vont engendrer d'autres rencontres. Le bouche-à-oreille va fonctionner », se félicite le Dr Jean-Marc Laruelle, trésorier de l'URPS. En voulant faire le tour des maires et des médecins du territoire pour essayer de trouver ensemble des solutions locales et surtout du sur-mesure, les élus de l'URPS ont commencé, à chaque rencontre, à dresser un état des lieux. Un dénominateur commun qui s'appuie sur une question rebattue : la désertification médicale touche-t-elle la com-

mune ? C'est l'inquiétude face à l'avenir qui fournit la réponse la plus attendue : « Lodève a suffisamment de généralistes, des spécialistes assurent des consultations de façon régulière, dit le Dr Patrick Souteyrand qui a rencontré le maire Pierre Leduc. Leur centre hospitalier possède un bon système d'urgence et un service d'imagerie adéquat. On peut donc dire que la situation de la ville n'est pas catastrophique. Pourtant, les départs à la retraite des médecins en inquiètent plus d'un, et les élus ne voient pas l'avenir en rose à moyen terme. » Il en est de même à Albi qui, comme le dit le Dr Marguerite Bayart, « n'est pas un désert médical, mais dont la population est vieillissante et le taux d'installation de jeunes médecins baisse. » À Auch, « le problème de démographie se pose de manière aigüe, souligne le gastroentérologue Philippe Robert qui a été reçu par Christian Laprebende, maire de la commune. Nous avons un problème avec les zones prioritaires. Les jeunes médecins recherchent des honoraires majorés donc ils s'y installent en priorité. Les zones qui ne le sont pas voient le nombre de leurs médecins diminuer et commentent à connaître des difficultés. Les spécialistes partent en retraite, et les dermatologues, les cardiologues disparaissent. Que ferons-nous demain ? » Même retour du Dr Yves Paubert qui a échangé avec le maire de Foix, Norbert Meler. Avec des particularités comme à Béziers : « La désertification du centre-ville est une des

préoccupations du maire, explique le Dr Laurent Aigle. Des opportunités offertes par les zones franches où s'opèrent une solide défiscalisation créent un appel d'air ; les avocats, les notaires, les commerçants et les médecins ont quitté le centre-ville. » Ce constat général d'une démographie médicale bientôt en berne qui ne peut que compliquer l'accès aux soins sur les territoires a conduit les élus des deux bords à se poser la question essentielle des solutions à envisager. Avant tout chose, les élus communaux ont vu d'un bon œil la détermination des élus de l'URPS. Dans leur grande majorité, ils ont donc proposé de se mettre, autant que se faire se peut, à la disposition des membres de l'Union régionale, une Union qu'ils ont, pour la plupart, appris à découvrir dans ce contexte particulier de la variation de la démographie médicale. « Le délicat problème démographique, dit le Dr Marguerite Bayart, doit être un levier pour l'organisation du changement dans les pratiques médicales au niveau de chaque professionnel et entre professionnels, et sur chaque territoire. Le système de soins n'a pas changé, la demande de soins a changé, il faut donc changer le système de soins. Ce discours, le maire Stéphanie Guiraud-Chaumeil l'a très bien entendu. » Les solutions vont venir pas-à-pas. Chacun a compris qu'il avait besoin de l'autre. Le Dr Dominique Jeulin Flamme a pu constater à Montpellier « un intérêt manifeste pour mettre en place un travail collaboratif avec l'en-

## QUESTIONS AU PRÉSIDENT DE L'URPS

### CONSTRUIRE ENSEMBLE LES ORGANISATIONS SANITAIRES DE DEMAIN

Quelles sont les raisons de cette démarche particulière qui vous a fait conduire les élus de l'URPS à rencontrer les élus des collectivités locales d'Occitanie ?  
MAURICE BENSOUSSAN - Les médecins sont toujours allés au-delà du seul soin direct de leurs patients. La tradition médicale française est celle d'une pratique humaniste de la médecine, qui s'occupe autant de la pathologie qu'elle s'intéresse au malade dans sa singularité. Des malentendus sont nés entre le monde politique et les médecins depuis plus de 20 ans. Des tentations existent de réduire l'exercice de la médecine à la seule technicité de l'acte. C'est une erreur, il n'y a pas de soins sans relation médicale. Devant les grandes difficultés de notre administration régionale de la santé à saisir la dimension cardinale des soins de premier recours, comme la place essentielle de la consultation médicale dans le secret du colloque singulier, il devenait urgent de nouer le dialogue avec les élus locaux, conscients des difficultés d'accès aux soins ac-

tuelles et à venir de leurs administrés. Ils savent l'inquiétude et le désarroi des gens.  
Quel constat dressez-vous après six mois de démarches auprès des élus locaux ?  
MB - Une grande implication des maires en matière de santé et leur profond respect pour le corps médical. Nous observons une vraie proximité entre élus locaux et médecins libéraux dans une conscience partagée des enjeux. Ils connaissent leurs territoires et partagent la nécessité de l'anticipation même lorsqu'ils sont confrontés à l'urgence de situations de tensions sur le plan de l'offre de soins, tant ambulatoire qu'hospitalière. Chacun perçoit la fragilité d'un équilibre qui repose sur l'engagement d'une poignée d'acteurs, et commence à comprendre le trompe l'œil de la seule question démographique.  
Quelles solutions pouvez-vous apporter conjointement avec les élus locaux à une population qui aura vraisemblablement plus de

difficultés à l'avenir pour accéder aux soins ?  
MB - Avant de décliner des solutions, il convient de s'interroger sur ce qui a pu nous conduire dans une telle situation alors qu'hier encore il suffisait d'appeler son médecin pour qu'il s'intéresse à vous dans la douleur d'une maladie grave ou dans la légèreté d'une inquiétude ordinaire. Aujourd'hui il y a une vraie volonté de s'intéresser ensemble aux problèmes d'accès aux soins de chaque parcelle du territoire. C'est la recherche d'une synergie, de potentialisation des efforts qui prédomine, loin de l'agitation médiatique de quelques députés en mal de reconnaissance ou dans la conviction dans une période de rodage parlementaire de détenir la potion magique. S'appuyer sur des municipalités pour à partir de l'engagement des professionnels construire des organisations sanitaires territoriales innovantes est une façon de partager des responsabilités pour améliorer la situation présente et à venir. Nous pouvons construire ensemble les organisations sanitaires de demain.

## TOUS LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SE RETROUVENT À COLOMIERS

Colomiers et son maire, Karine Traval-Michelet, ont reçu mi-juin une délégation de l'URPS conduite par Maurice Bensoussan qui exerce en tant que psychiatre dans cette commune aux portes de Toulouse. Les deux élus ont décidé de monter une rencontre avec les professionnels de santé de Colomiers qui s'est tenue le 4 juillet dernier. Dans le courrier adressé aux professionnels par les deux signataires, il est dit que « face aux questions de prévention, d'évolution des comportements alimentaires, de démographie médicale, de prise en charge du vieillissement notamment, les professionnels de santé comme les collectivités doivent réinterroger localement le système de soins mis en place et repenser, ensemble, l'offre sur le territoire. » Cette réflexion devrait, selon les organisateurs, favoriser l'innovation au bénéfice de la population. LJD

(Voir l'entretien avec Karine Traval-Michelet, maire de Colomiers en page 4)

semble des institutionnels concernés par l'organisation des soins sur la Métropole comme cela a été fait à Toulouse. » À La Grande Motte qui passe de 10 000 habitants en hiver à 50 000 en mai et juin pour grimper à 100 000 en pleine période estivale, les médecins augmentent leur temps de travail l'été venu. « Ils arrivent à s'en sortir, ils ne sont pas en souffrance, explique le Dr Jean-Marc Laruelle. C'est ce que constate le maire Stephan Rossignol. La commune a des problèmes ponctuels qu'il faut résoudre. Elle est, par exemple, à la recherche de dermatologues. « Ainsi, à l'issue de la rencontre, nous avons adressé un mail à tous les dermatologues de Montpellier pour leur proposer d'intervenir une journée ou deux à La Grande Motte. Et comme l'URPS se veut être un facilitateur, nous allons aller plus loin en faisant un appel à candidature pour trouver un dermatologue pour La Grande Motte. » De son côté, le maire de Foix a souhaité voir réduire deux problèmes, selon lui, préoccupants : les effets des populations précaires et des migrants, et l'impact des arrêts de travail sur l'économie locale. Norbert Meler ne rechignerait pas à un partenariat avec l'Union régionale sur de pareils sujets. À Lodève, la situation est si complexe que l'URPS s'est proposé de monter une réunion avec tous les acteurs régionaux de la santé, dont l'ARS et d'intervenir en tant que médiateur pour sortir de deux conflits larvés qui ont pointé leur nez. La politique concurren-

tielle entre deux communes distantes de 10 kilomètres pour dire au mieux, une guerre de clochers entre Lodève et Clermont-l'Hérault risque de voir la première mourir de son isolement au profit de la seconde. Second problème : l'achat de l'ancienne poste de Lodève pour en faire une belle maison de santé pluri professionnelle, qui a été pour partie rénovée et qui a besoin de près 3 millions € pour boucler son budget, ce que l'ARS lui refuse pour l'instant. « Un projet surdimensionné dans une ville sans activité et en lutte avec une autre commune, soupire le Dr Patrick Souteyrand. Il faut changer de lieu pour cette MSP et faire baisser les coûts. » L'URPS est prête à jouer les juges de paix. À Béziers, après deux rencontres avec les élus et les administratifs de la santé de la ville, Laurent Aigle a décidé d'informer, avec l'appui de la municipalité, tous les professionnels locaux sur la création d'une CPTS qui devrait conduire à un projet de remédicalisation du centre-ville. Politique des petits-pas, mais politique qui peut participer à terme à l'organisation du changement. Une chose est sûre, ils se sont parlés, ils se parleront à nouveau : « Je n'hésiterai pas à prendre mon téléphone pour joindre Stéphanie Guiraud-Chaumeil lorsque trois ou quatre médecins voudront qu'on leur donne un coup de mains », conclut le Dr Marguerite Bayart.

Luc Jacob-Duvernet

Rejoignez la communauté virtuelle de l'URPS

# Soyez médecin digital !



Téléchargez sur les stores les trois premières applications dédiées aux médecins d'Occitanie

**CORMEDAL** > POUR LA SÉCURITÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

**ENTR'ACTES** > POUR FACILITER LA COORDINATION DES SOINS

**AIDE-DIAG EXPERT** > APPLICATION D'AIDE AU DIAGNOSTIC

