

Médecin d'Occitanie

LE BULLETIN DE L'URPS DES MÉDECINS LIBÉRAUX

N°9 - AVRIL 2019

LA SIGNATURE DE LA CONVENTION

CPTS



URPS
Médecin d'Occitanie

A U S O M M A I R E

PUBLICATION DE L'ÉTUDE SUR LES MSP

MORTALITÉ & CANCER

LA TÉLÉMÉDECINE ARRIVE EN OCCITANIE

AU SOMMAIRE

Page 3 :

ÉDITO du président : La force de l'intention

ACTUALITÉS

Page 4 : Étude : bénéficier de l'expérience de ses pairs et de l'accompagnement proposé en région pour monter un projet de MSP : la clé du succès

Page 5 : Les projets MSP à la loupe

Page 6 : Les cancers en Occitanie : mieux qu'ailleurs ?

Page 7 : Centre régional de dépistage des cancers d'Occitanie - Le nouveau siège de Montpellier

Page 8 : L'accord conventionnel interprofessionnel des CPTS

D O S S I E R : LA CONVENTION CPTS

Page 9 : Une mobilisation générale pour développer les CPTS

Pages 10 à 13 : Les professionnels de santé libéraux d'abord !

Pages 14 à 15 : La CPTS du Vigan se met en route

Page 16: Le lien ville/hôpital se construit pas à pas

DÉCRYPTAGE

Page 17 : La téléconsultation arrive à grand pas en occitanie

GRAND TÉMOIN

Pages 18-19 : Pascal Durand, directeur général du premier recours à l'agence régionale de santé



MÉDECIN D'OCCITANIE N° 9 - AVRIL 2019

Le bulletin de l'URPS des Médecins - 1300 Avenue Albert Einstein, 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, Jonathan PLANTROU.

Rédaction : Luc JACOB-DUVERNET, Odile FRAYE, Pierre KERJEAN, Philippe MEURSAULT, Tirage : 12 700 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

LA FORCE DE L'INTENTION

Un vent d'espoir souffle enfin sur l'Occitanie depuis l'arrivée du nouveau Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

Dès sa prise de fonction, Monsieur Pierre Ricordeau s'engage. Il porte la volonté de fédérer les intentions, et encore plus, de les sceller par une convention liant l'implication des acteurs et des tutelles. C'est l'ambition de réussir, pour la proximité, le virage révolutionnaire de la formalisation des organisations en santé en mettant à leur place les professionnels libéraux.

Cet accent posé sur le premier recours donne enfin une logique à l'organisation des soins. Jusque-là, celle-ci est pensée en allant du complexe au simple. Ne nous y trompons pas, ce modèle prévaut encore, présent dans l'organisation paradoxale de quelques réseaux de soins. Quand l'agence régionale de santé a décidé unilatéralement de transmuter des réseaux en plateformes territoriales d'appui pourtant réglementairement tournées vers les médecins généralistes, elle ne s'est pas préoccupée d'en sélectionner certains qui, dans le fondement même de leur fonctionnement, n'avaient juste pas l'idée d'associer le médecin traitant à leurs interventions sur les patients (confer l'évaluation des réseaux de l'URPS médecins libéraux de Midi-Pyrénées).

Nous partons donc de loin. Les échéances très ambitieuses de « Ma Santé 2022 » ne doivent pas nous faire oublier qu'il s'agit plus de courir un marathon que de gagner une course de vitesse.

La mise en place des CPTS procède d'une logique de coopérations. Celle-ci n'est pas le paradigme des organisations sanitaires que nous connaissons. Le principe même des autorisations nécessaires pour le financement d'activités de soins est plus propice à la compétition qu'à la coopération. Nous sommes, nous professionnels libéraux, au pied du mur de l'innovation. Nous devons, par corps de métier, identifier les axes sur lesquels les collaborations seront des leviers d'amélioration. Les premiers enjeux pour les médecins sont tracés par la Ministre de la santé. Nous devons assurer à chaque citoyen, l'accès à un médecin traitant et à des soins non programmés. Un autre axe, devenu tout aussi complexe, est de garantir une fluidité d'accès vers le second recours dans

des délais en adéquation avec les nécessités cliniques. C'est la première pierre de la construction. Chaque profession de santé aura à dégager aussi les priorités d'actions d'amélioration dans son champ d'activité. C'est, après ce préalable pour chaque corps de métier, que les pratiques collaboratives vont venir porter l'innovation de l'organisation des CPTS. Elles devront faire l'objet de recommandations écrites par les professionnels eux-mêmes, pour être pertinentes et applicables. L'excellence des pratiques professionnelles évoluera vers l'excellence des coopérations pluriprofessionnelles.

Cette indispensable professionnalisation des coopérations pluriprofessionnelles doit s'appuyer sur la claire identification des métiers de chacun, insistant sur les complémentarités en se gardant des confusions, dans les transferts de compétences déjà en cours. Le souci d'actions avec l'illusion d'économies de court terme, porte des risques majeurs de désorganisation des soins, de leur qualité et de leur sécurité. *In fine*, sans bénéfice économique de surcroît. Chaque URPS identifie en ce moment les acteurs volontaires pour mener de telles actions sur l'ensemble des territoires de l'Occitanie. Les CPTS sont ouvertes à tous, elles n'excluent personne. Ce ne sont pas des structures mais des organisations, qui représentent une chance de valoriser nos pratiques libérales en restant dans le système de santé. Nous devons échapper au millefeuille administratif. Le projet n'est pas de constituer une quelconque institution, de créer des postes de direction, qu'ils soient administratifs ou médicaux. Nous seuls pouvons trouver ce fonctionnement, garant de l'autonomie et de la liberté de nos pratiques libérales, dans un souci partagé et organisé du service médical rendu à l'usager du système. Cet usager aspire aussi, n'en déplaise à certains, à rester un patient. Nous allons professionnaliser les coopérations en nous engageant et en construisant ces pratiques collaboratives. Les outils de la démarche qualité vont nous aider dans cette passionnante création.

Docteur Maurice Bensoussan



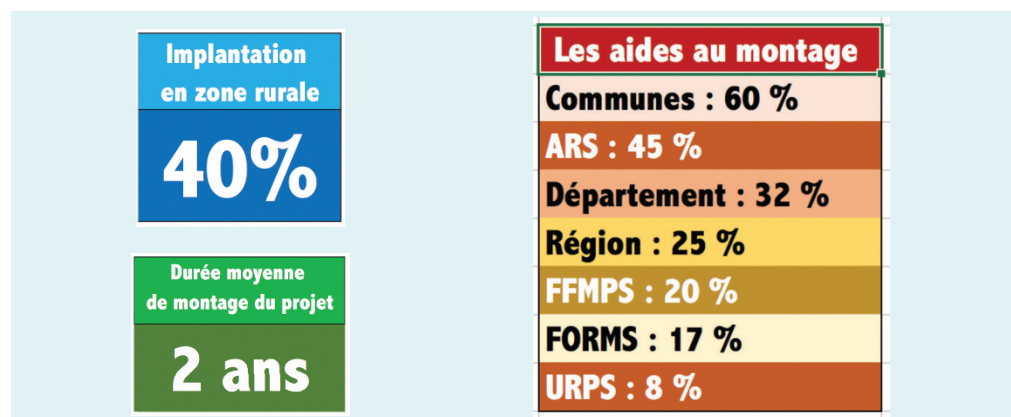
LES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE CONSACRÉE AU PANORAMA DES MAISONS PLURIPROFESSIONNELLES DE SANTÉ D'OCCITANIE

BÉNÉFICIER DE L'EXPÉRIENCE DE SES PAIRS ET DE L'ACCOMPAGNEMENT PROPOSÉ EN RÉGION POUR MONTER UN PROJET DE MSP : LA CLÉ DU SUCCÈS

Il ne faut pas sous-estimer l'aide à apporter à la création des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, car le montage d'une MSP est complexe. C'est le premier enseignement que tirent les élus de l'URPS à la lecture des résultats de l'étude consacrée au panorama des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles d'Occitanie qui vient d'être publiée. Une étude riche d'enseignements tant sur l'importance croissante du travail en équipe, de la coordination interprofessionnelle que de l'apport pour les patients de parcours de soins plus fluides.

On pense raisonnablement voir le nombre des MSP en Occitanie atteindre le chiffre de 150 d'ici à 2020. La progression a été rapide : on comptait 10 maisons en 2010, 106 en 2017 et 126 au 31 décembre 2018.

À l'automne dernier, l'URPS voulait faire un arrêt sur images pour dresser un état des lieux exhaustif des maisons de santé pour mieux mesurer cette progression et les incidences sur le système de soins régional. Un cabinet toulousain, Ipso Facto, et un laboratoire interdisciplinaire, Lisst, qui se sont associés pour mener cette étude, viennent de rendre leur copie. Les enquêteurs ont recherché les motivations des acteurs de ces MSP, leur implication dans les projets, les difficultés rencontrées, les éléments facilitants, l'intérêt du système d'information, la valeur de l'accord conventionnel interprofessionnel, les apports de la maison de santé, la balance satisfaction et insatisfaction tant en matière de qualité du travail et de vie que du service rendu aux patients. Un travail qui se voulait complet. Dans le questionnaire consacré aux structures, les enquêteurs ont passé au crible le profil de la MSP de matière très pointue (lieu, hommes, matériels, procédures, gouvernance, règlement intérieur, échanges internes, projet de santé, financement, SI). Le résultat est une mine d'enseignements. Il est vrai que le questionnaire adressé aux 500 médecins qui travaillent dans les maisons de santé ne comportait pas moins de 40 questions, et le questionnaire adressé aux 124 structures grimpait aux 75 questions ! Taux de retour : 40 % pour l'enquête médecin et 36 % pour l'enquête structure. Ce taux de partici-



pation confirme la représentativité de l'étude. C'est entre 2012 et 2017 que se sont ouvertes les MSP (83 %) avec une pointe pour l'année 2016-2017 (37 %) contre 7 % en 2018. La mise en place d'une maison est longue : 50 % des projets ont été montés en moyenne en 2 ans, et 10 % moins d'un an. La continuité avec un cabinet médical préexistant se constate dans 67 % des cas ; si quasiment toutes les MSP ont deux médecins généralistes, 37 % ont au moins un médecin spécialiste ; 93 % des MSP ont au moins un professionnel paramédical ; et 23 % des MSP ont au moins un pharmacien. Voilà les premiers grands enseignements. Ce qui retient l'attention dans un premier temps du Dr Bruno Gay, coordonnateur de la Commission MSP et organisation des soins primaires de l'URPS, est l'évolution dans la mise en place des MSP : « Au début des lancements il y a dix ans, explique-t-il, les maisons ont es-

suyé les plâtres. Généralement ces MSP ont été créées dans la continuité des cabinets de groupe et correspondaient peu aux nouveaux modèles qui ont émergés en 2016 : elles n'avaient pas de coordinateurs administratifs, pas de cadre de fonctionnement précis pour la gestion, pas de réunions de concertation pluriprofessionnelle. Les plus récentes, créées après 2016, se caractérisent par une plus grande professionnalisation, et notamment en matière d'organisation administrative et le renforcement de la contractualisation. » Les médecins reconnaissent que la mise en place de l'ACI (formalisé aujourd'hui dans 53 % des structures) a effectivement amélioré la systématisation d'un poste de coordination, fonction qui était présente dans les structures sous différentes formes. Cette contractualisation a donc permis une harmonisation des pratiques de coordination sur les structures et un processus d'acculturation nécessaire.

L'étude se penche longuement sur le niveau de satisfaction des médecins généralistes et spécialistes. Ils sont 58 % à se dire satisfaits, voire très satisfaits par ce mode d'exercice. Les raisons sont multiples. Arrivent en tête le travail avec d'autres médecins (note de 16/20), puis le travail en équipe pluriprofessionnelle (15.6/20), la réponse à des objectifs personnels (14.9/20), la coordination des soins (14.9/20) et le partage des connaissances et des pratiques (14.7/20). Ce mode de regroupement a amélioré de manière si-

compagnement expertal. Il y a donc une relation très forte entre accompagnement et satisfaction des équipes, et cela souligne l'importance d'être accompagné pour ces projets. La valeur de recommandation est de 17,2/20 pour les médecins en cours d'installation qui recherchent une MSP et 15,2/20 pour les médecins déjà installés en cabinet. Les éléments pouvant amener une insatisfaction sont à relier aux difficultés que rencontrent les praticiens avant et pendant le lancement de la maison ainsi que pendant les premières années d'exercice. L'enseignement à retenir et à renforcer est donc de poursuivre au niveau régional le déploiement des relais d'accompagnement des porteurs de projets, afin de permettre leurs déploiements dans des conditions plus satisfaisantes pour les médecins, et du temps.

« Pour réussir une MSP, dit le Dr Bruno Gay, il faut du temps avant la création, un véritable temps de réflexion ! Et il faut s'attacher à toutes les dimensions de la coordination : coordination clinique qui marche plutôt, coordination externe plus difficile à mettre en place et le travail d'équipe essentiel. Et bien sûr, le nerf de la guerre : la contractualisation avec l'ACI. Un bon financement est aussi la clé de la réussite. »

À la lecture de l'étude, le coordonnateur de la Commission MSP et organisation des soins primaires de l'URPS invite les membres de l'Union à continuer à porter leurs efforts sur l'aide au montage : « Il ne faut pas sous-estimer cette aide à apporter pour la création des MSP. Nous devons communiquer, car nous sommes insuffisamment fléchés sur notre concours. »

Pierre Kerjean

(Lire ci-contre)

COMITÉ RÉGIONAL DE SÉLECTION DES MAISONS DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLES



LES PROJETS MSP À LA LOUPE

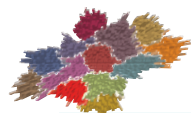
Le dernier comité régional de sélection des Maisons de santé et Centres de santé pluriprofessionnels a eu lieu le 4 avril à la Préfecture de Région de Toulouse. La Commission des Maisons et Pôles de santé de l'Union régionale s'est réunie le 27 février dernier et l'Assemblée générale de l'URPS s'est tenue le 23 mars.

Le comité régional de sélection des Maisons de santé et Centres de santé pluriprofessionnels a des séances structurées. Les participants donnent leur aval ou non aux projets de MSP présentés par les porteurs de projets des 13 départements de la région, et ces projets sont, au préalable, passés entre les mains des comités techniques départementaux. « Ce qui fait gagner du temps, explique le Dr Christian Vedrenne, membre de la Commission MSP et organisation des soins primaires. On renvoie à leurs chères études les porteurs de projets qui présentent des projets qui ne sont pas mûrs, donc on leur demande effectivement de revoir leur copie. »

Ce comité s'appuie sur une large représentation : la Préfecture de Région, l'ARS, le Conseil Régional, les 10 URPS régionales, la DCGRD, la Fédération Occitanie Roussillon des Maisons de Santé (FORMS) sans oublier les usagers de France Association Santé Occitanie.

Selon Pascal Durand, directeur du premier recours à l'ARS, ces projets démontrent « la vitalité des professionnels de santé. Cette dynamique devra être poursuivie dans les mois à venir dans la mesure où le plan Ma Santé 2022 souligne que l'exercice coordonné est désormais la règle, l'exercice isolé l'exception. »

PM



ESTIMATIONS RÉGIONALES ET DÉPARTEMENTALES D'INCIDENCE ET DE MORTALITÉ PAR CANCER EN FRANCE, 2007-2016

LES CANCERS EN OCCITANIE : MIEUX QU'AILLEURS ?

Plus de 33 000 nouveaux cas de cancer sont dénombrés par an en Occitanie, toutes localisations confondues, dont 56 % survenant chez l'homme, sur la période 2007-2016. Les 3 principales localisations responsables d'un peu plus de la moitié des cas dans chaque sexe sont : prostate, poumon et côlon-rectum chez l'homme, sein, côlon-rectum et poumon chez la femme. Ce sont les premiers enseignements d'une étude régionale riche d'enseignements.

Le réseau Francim des registres des cancers, le service de Biostatistique-Bioinformatique des Hospices Civils de Lyon (HCL), Santé publique France et l'Institut national du cancer (INCa) se sont associés pour réaliser une vaste enquête intitulée « **Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancer en France, 2007-2016** ». Les résultats et les analyses pour l'Occitanie sont tombés au début de cette année.

Sur une population régionale de 5 900 000 habitants, on enregistre 33 487 nouveaux cas de cancer par an. Ce sont les hommes (56 %) les plus touchés. Et on compte 14 165 décès par cancer. Là encore ce sont les hommes les plus concernés (8 232 chez l'homme et 5 933 chez la femme). Pour le sexe masculin, les trois principales localisations responsables d'un peu plus de la moitié des cas sont : prostate, poumon et côlon-rectum ; et pour le sexe féminin, sein, côlon-rectum et poumon.

Sur la période 2007-2016 pour l'incidence des cancers, et 2007-2014 pour la mortalité par cancer, l'Occitanie ne présente pas de différences importantes par rapport à la France métropolitaine toutes localisations confondues. Néanmoins, les rédacteurs de l'étude observent que « l'incidence est légèrement plus faible (- 4 % chez l'homme et - 2 % chez la femme) et que la différence est encore un peu plus importante pour la mortalité (- 8 % chez l'homme et - 4 % chez la femme). Cette situation peut résulter de plusieurs phénomènes qui peuvent coexister. La situation plus favorable de la mortalité peut être associée au fait que la part des localisations de mauvais pronostic dans l'ensemble des cancers est plus faible en Occitanie qu'en France métropolitaine, et au fait que pour une même tumeur, le diagnostic est plus précoce. » Enfin, il faut aussi évoquer l'effet d'une prise en charge qui serait « plus efficace indépendamment du stade au diagnostic ».

DISPARITÉS DÉPARTEMENTALES

L'étude pointe des disparités départementales. Même si la situation semble relativement favorable pour la région par rapport à l'ensemble du territoire, elle s'avère assez contrastée au niveau départemental. Un ensemble de départements situés au nord-ouest de la région Occitanie (l'Aveyron, le Lot, le Tarn et le Tarn-et-Garonne) ont pour plusieurs localisations, notamment celles liées à la consommation de tabac et d'alcool, des taux d'incidence et de mortalité inférieurs à la moyenne nationale et aucune sur-incidence ou surmortalité. À l'opposé, les départements situés sur la bordure de la Méditerranée (le Gard, l'Hérault, l'Aude et les Pyrénées-Orientales), dans lesquels la prévalence du tabagisme et de la "défavorisation" sont élevés, présentent une sur-incidence de ces mêmes cancers. Les analystes de l'étude remarquent ainsi « une sur-incidence et une surmortalité des cancers du poumon chez la femme dans ces quatre départements par rapport à la moyenne nationale. Le Gard et l'Hérault se caractérisent aussi par une sur-incidence des cancers du col de l'utérus, avec des taux supérieurs de 15 % par rapport à la moyenne nationale. » Cette zone de sur-incidence est en continuité avec les départements du sud de la région PACA qui présentent les mêmes caractéristiques, constituant un arc méditerranéen de sur-incidence.

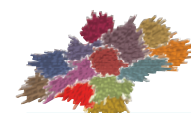
Les auteurs concluent sur une note positive : « *même si le nombre de nouveaux cas de cancers estimés est élevé dans la région en raison de sa taille, l'Occitanie est actuellement une région relativement protégée par rapport au reste de la France. Toutefois, des particularités départementales en termes de prévalence de facteurs de risque, de sur-incidence et de surmortalité justifient des actions de préventions ciblées.* » Ainsi, la consommation d'alcool dans la région actuellement supérieure à la moyenne nationale corrobore la nécessité de ces actions.

Odile Fraye



LE CONTENU DE L'ÉTUDE

Les localisations cancéreuses de cette étude sur les cancers en Occitanie concernent : lèvre-bouche-pharynx, œsophage, estomac, côlon-rectum, foie, pancréas, larynx, poumon, mélanome de la peau, sein, col de l'utérus, corps de l'utérus, ovaire, prostate, testicule, vessie, rein, système nerveux central, thyroïde, lymphome malin non-hodgkinien, lymphome de Hodgkin, myélome multiple et maladies immuno-prolifératives, leucémies aiguës myéloïdes. On pourra retrouver sur le web l'étude en activant le lien : [rapport-estimations-regionales-departementales-incidence-mortalite-cancers-France-2007-2016-Occitanie](#).



CENTRE RÉGIONAL DE DÉPISTAGE DES CANCERS D'OCCITANIE

TOUTES LES URPS DES LIBÉRAUX APPUIENT LA CRÉATION DU CENTRE C.R.D.C.O.

Les Unions Régionales des Professionnels de Santé Libéraux d'Occitanie ont participé activement à la constitution du Centre Régional de Dépistage des Cancers d'Occitanie qui a vu le jour en début d'année. La raison principale : les URPS d'Occitanie sont attachées à une organisation qui permette une réponse de proximité adaptée au territoire et à la population.

Depuis le début de l'année, cette nouvelle entité a en charge, sous la présidence du Professeur Pierre Mares, gynécologue obstétricien au CHU de Nîmes, la poursuite et l'amélioration de la prévention des trois cancers concernés par le dépistage : le cancer du sein de la femme, le cancer du col de l'utérus, le cancer colorectal.

« Toutes les URPS libérales d'Occitanie souhaitent que cette structure permette de répondre à l'enjeu du dépistage au service des patients et d'atteindre les objectifs utiles à une action efficace de prévention et de santé publique. Elles s'investiront pour accompagner et enrichir les actions collectives, élaborées en commun. », explique le Dr Michel Combier, secrétaire général de l'URPS qui cède sa place de coordonnateur au Dr Marie-Josée Renaudie au sein du bureau du comité régional de dépistage. Elle représente ainsi l'URPS-ML qui s'est investie particulièrement, depuis son lancement, dans ce centre de dépistage.

Quelques difficultés à surmonter : réussir à faire intégrer avec souplesse les comités départementaux en un seul comité régional ; des problèmes d'intendance avec une rupture de stock des kits de dépistage du cancer colorectal. Le Dr Michel Combier pense que cette initiative de dépistage relève du rôle de l'Etat « qui doit s'occuper de santé publique et notamment de cette initiative ». C'est la raison pour laquelle, les URPS d'Occitanie souhaitent, dans un communiqué commun, que le Centre Régional de Dépistage des Cancers d'Occitanie « obtienne de la part des financeurs, l'Agence Régionale de Santé et l'Assurance Maladie, les moyens à la hauteur de l'ambition commune des patients, de la structure régionale, des comités territoriaux et des professionnels de santé ».

Philippe Meursault

SOIRÉES D'INFORMATION EN HAUTE-GARONNE

ALIMENTATION ET CANCERS

L'URPS Médecins Libéraux Occitanie s'investit au côté des associations dont le Comité de la Ligue contre le cancer. Objectif : l'information, la prévention, le dépistage et le traitement des cancers.



À la fin du mois de mars, deux soirées d'information sur « L'alimentation et les cancers » ont été organisées en Haute-Garonne, à Toulouse et à Saint-Gaudens. Elles avaient pour objet d'inviter les médecins à sensibiliser leurs patients en participant eux-mêmes à ces rencontres. Les organisateurs souhaitent voir les praticiens se libérer : « il est nécessaire que les médecins puissent apporter leur expertise sur les pratiques quotidiennes et les possibilités de sensibilisation des populations », expliquait le Dr Marie-Josée Renaudie et le Dr Michel Combier, membres du bureau du Centre Régional Dépistage des Cancers d'Occitanie.

Lors de chacune de ces soirées, la rencontre se divisait en deux temps : les visiteurs pouvaient échanger avec des diététiciennes et des professionnels de la promotion de la santé dans des stands consacrés à l'alimentation et aux dépistages des cancers ; et s'est tenu une conférence sur la diminution des risques de cancer, animée par le Professeur Denis Corpet de l'École Nationale Vétérinaire de Toulouse et de l'Inra Occitanie. À Toulouse, un bonus avec une seconde conférence intitulée *Viande, charcuterie et cancer : où en est la recherche scientifique ?* tenue par Fabrice Pierre, directeur de recherche de l'Inra Occitanie.

Odile Fraye

L'ACCORD CONVENTIONNEL INTERPROFESSIONNEL DES CPTS

LA DERNIERE LIGNE DROITE POUR FIXER LES MONTANTS DE LA TIRELIRE POUR LES CPTS

Alors que la campagne bat son plein autour de la mobilisation des médecins pour un lancement très volontaire des CPTS sur les territoires d'Occitanie, et après la journée de la convention de Carcassonne qui en fixe le contour (voir dossier ci-après, pages 9 à 15), la négociation entre l'État et les syndicats des professionnels de santé libéraux est sur le point de s'achever. Cette négociation doit préciser les options du schéma d'accompagnement financier des communautés professionnelles territoriales de santé. On devrait être fixé au début de ce mois d'avril sur les modalités de cet accord conventionnel interprofessionnel.

L'UNCAM qui a réuni depuis le début de l'année tous les syndicats des professionnels de santé libéraux a souhaité, avant de parler de financement, leurs soumettre un plan d'objectifs à suivre par chacune des CPTS : deux missions encadrées au niveau national, incontournables et obligatoires, qui sont de faciliter l'accès à un médecin traitant pour tous les patients du territoire et d'offrir des solutions pour les soins non-programmés ; elles seront accompagnées par deux missions choisies au niveau du territoire (organisation des parcours de soins en fonction des besoins des patients et action de prévention sur le dépistage, la prise en charge des maladies chroniques). Et ce, pour accéder au financement. « Est-ce que ces quatre missions seront définitivement retenues, ou est-ce qu'on pourra en choisir que deux qui constitueront un socle, les deux autres seront optionnelles ? se demande le Dr Jean-Louis Bensoussan, vice-président de l'URPS. « Ce sujet est aujourd'hui en discussion. On considère que présenter d'emblée quatre missions peut refroidir plus d'un médecin. » Selon l'UNCAM, les CPTS pourront disposer d'un délai pour déployer ces différentes missions, à compter de la signature du contrat tripartite matérialisant ses engagements avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) et l'Assurance Maladie : de six mois (pour la mise en place d'une des deux missions socles) à 2 ans pour les deux autres missions. L'accompagnement financier initial concernerait ainsi la fonction de mise en place des missions et de coordination administrative interne de la CPTS, le temps passé par les professionnels pour assurer la coordination, et l'achat d'équipements et d'outils informatiques facilitant la coordination ou la gestion

des parcours. Pour ce faire, L'assurance maladie envisage un financement en deux temps, d'abord pour « accompagner le démarrage et préparer la mise en place effective des missions », puis « une aide financière pour assurer la réalisation des missions, valorisant les moyens mis en œuvre et les résultats atteints », le tout étant modulé en fonction de la taille de la CPTS et des moyens mis en œuvre pour atteindre les objectifs (de moins de 30 000 habitants à plus de 80 000). La rémunération des CPTS serait versée à l'issue du déploiement des missions selon deux volets : les moyens mis en œuvre pour chaque mission, et l'atteinte de résultats mesurés en fonction d'indicateurs de suivis fixés dans le contrat (voir encadré). Le contrat tripartite (CPTS, ARS, Assurance Maladie) imaginé pour une durée de 5 ans envisagerait, par exemple, pour une CPTS couvrant moins de 30 000 habitants de bénéficier en théorie d'un accompagnement de 92 000 €, auxquels pourraient s'ajouter jusqu'à 41 000 € en fonction des résultats. C'est sur le point du financement que la négociation patine un peu, au point que le syndicat MG France a boycotté un des dernières réunions, s'appuyant sur le vote d'un amendement du député LRM Thomas Mesnier sur la prescription par le pharmacien de médicaments dans le cadre de pathologies bénignes : « Les discussions à l'Assemblée nationale autour du projet de loi, avec la mise au vote de ces amendements, viennent interférer voire contourner la négociation ». Un bel euphémisme dans la bouche du secrétaire général du syndicat, le Dr Jean-Louis Bensoussan !

LES INDICATEURS DE RÉSULTAT POUR LES 4 MISSIONS

Les indicateurs de résultat proposés par l'Assurance Maladie qui correspondent aux quatre missions que devraient déployer les CPTS sont les suivants :

Faciliter l'accès au médecin traitant

- part des patients en ALD (ou de plus de 70 ans) avec médecin traitant sur le nombre de patients en ALD (ou de plus de 70 ans)
- pourcentage de patients CMU-C ayant un médecin traitant sur le territoire de la CPTS
- nombre de patients sans médecin traitant dans les zones sous denses

Faciliter l'accès à des plages de soins non programmés :

- baisse du nombre de recours aux urgences
- nombre de consultations enregistrées durant les plages non programmées
- satisfaction des patients

Organiser des parcours :

- nombre de parcours mis en place
- nombre de patients bénéficiant de ce parcours
- évaluation de la satisfaction des patients
- protocoles mis en œuvre

Actions de prévention :

- nombre d'actions de prévention ou dépistage déployées
- nombre de patients bénéficiant de ces actions
- évaluation de la satisfaction des patients
- indicateurs de mesure d'impact (résultat)

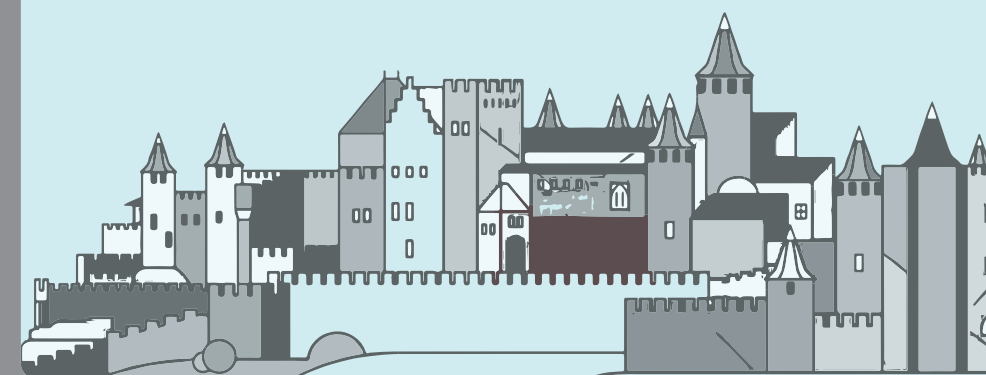
« Il y a toujours dans une négociation conventionnelle un problème de sous. On souhaite que l'Assurance Maladie soit prête à mettre plus sur la table. Si on considère une CPTS avec une population importante (entre 60 000 et 100 000 habitants) et une centaine de professionnels il faut forcément une équipe de coordination. Et ce qu'on nous propose ne va pas être suffisant pour embaucher le nombre de personnes qui seront requises. »

Le Dr Margot Bayart, élue URPS, et première vice-présidente du syndicat MG France, fixe le seuil pour une CPTS de taille moyenne à 300 000 € : « Il faut monter assez haut, explique le médecin généraliste de Réalmont dans le Tarn, car on sait que prendre en charge des CPTS de 100 000 patients sera long et coûteux. Sont nécessaires des outils pour la structure, et bien sûr du personnel administratif pour du secrétariat et de la coordination. »

Pierre Kerjean

DOSSIER

LA SIGNATURE DE LA CONVENTION CPTS



UNE MOBILISATION GÉNÉRALE POUR DÉVELOPPER LES CPTS

Vendredi 14 mars, l'ensemble des Unions Régionales de Professionnels de Santé, l'ARS et l'Assurance Maladie ont formalisé par la signature d'une convention leur partenariat stratégique pour accompagner le déploiement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) dans toute la région. C'était dans les locaux du Centre Hospitalier de Carcassonne. Principaux artisans de la signature de cet accord cadre : le Dr Maurice Bensoussan, président de l'URPS Médecins Libéraux et Pierre Ricordeau, directeur de l'ARS.

Un événement dans la vie régionale du soin médical qui a pris la forme d'une réussite indéniable et qui dépassera largement les frontières de l'Occitanie.

■ LA CONVENTION CPTS : UNE MOBILISATION GÉNÉRALE
Les professionnels de santé libéraux d'abord

page 10

■ LES CPTS VALIDÉES EN OCCITANIE
Le décompte de l'ARS

page 11

■ LES AXES DE TRAVAIL RETENUS PAR LES SIGNATAIRES
Ce que dit la convention

page 12

■ OBJECTIF 100 CPTS
Le point d'étape au 1er avril 2019

page 13



LA CONVENTION CPTS : UNE MOBILISATION GÉNÉRALE

LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX, D'ABORD !

La convention a été paraphée par les 10 présidents d'URPS d'Occitanie, le directeur général de l'ARS et le directeur de la caisse de l'Hérault, directeur coordonnateur de la gestion du risque pour l'Occitanie



La signature de la Convention de Carcassonne constitue un événement dans la vie du monde des soins en Occitanie. Avec cette signature à la mi-mars, un partenariat stratégique entre les URPS des libéraux, l'Agence régionale de santé et l'Assurance maladie vient d'être noué pour relever le défi du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé en région. C'est un moment d'autant plus important que l'on reconnaît à travers ce partenariat la place primordiale des professionnels. À Carcassonne, chacun s'est accordé à dire que l'enjeu du déploiement des CPTS est d'abord et en premier lieu l'enjeu des professionnels de santé libéraux. Et cela sera d'autant plus vrai demain dans d'autres domaines du soin.

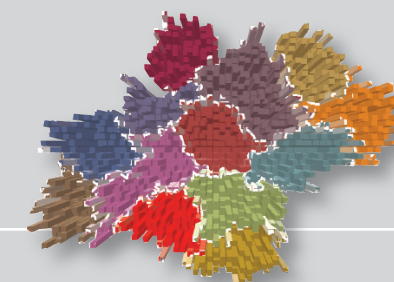
Les quelques journées précédant le jeudi 14 mars ont été sportives pour le Dr Maurice Bensoussan et pour les présidents des URPS d'Occitanie. Il a fallu discuter, échanger, écouter, s'entendre, convaincre et se convaincre que la signature de la convention de partenariat entre les URPS, l'ARS et l'Assurance Maladie pour le déploiement des CPTS dans la région qui allait être signée au Centre Hospitalier de Carcassonne était essentielle pour l'avenir du soin en Occitanie. Chacun des organismes a pris la mesure de l'enjeu : « Cette réunion ne procédait pas d'une évidence, a expliqué le président de l'URPS Médecins Libéraux. Il y a quelques mois on n'aurait jamais pu penser que cela puisse exister. Il fallait arriver à trouver une modalité or-

ganisationnelle commune pour ce projet. Et on l'a trouvée ». Et s'adressant aux 9 présidents des 9 URPS (biologistes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues et sages-femmes), le Docteur Maurice Bensoussan soulignait la participation volontaire de chacun : « On n'a pas forcément le même regard, les mêmes responsabilités, aujourd'hui c'est un engagement très fort qui nous réunit. Il y a des enjeux majeurs, et on ne peut faire comme si c'était simple, car ce n'est pas simple. On ne peut pas vouloir le déclouement et créer des liens avec, par exemple, l'hôpital, avec le médico-social, avec d'autres acteurs si nous, libéraux, nous ne sommes pas au

clair sur la façon dont nous travaillons ensemble. Ce n'est pas un match de rugby, les libéraux contre les autres. Il s'agit plutôt de penser à ce qui nous semble pertinent de maintenir dans les pratiques libérales pour les organisations sanitaires et dans leur capacité à répondre aux enjeux de santé populationnels. » Un constat que tous les acteurs présents dans l'auditorium du Centre Hospitalier partageaient. Ils ne cachaient pas, pour la plupart, leur enthousiasme de voir les acteurs du système de soins de la Région afficher une vraie volonté de travailler ensemble. Daniel Barry, directeur de la Caisse d'Assurance maladie de l'Hérault et directeur coordonnateur de la gestion du risque pour l'Occitanie

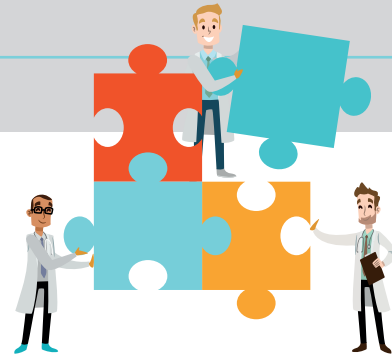
était l'un des premiers : « C'est un projet que je trouve pertinent et judicieux parce qu'il est appuyé sur la coordination de l'ensemble des professionnels libéraux ce qui a toujours été difficile à obtenir jusqu'à présent. Qu'on ne s'y trompe pas, l'Assurance maladie soutiendra jusqu'au bout cette expérimentation. » De son côté, le Docteur Jean-Louis Bensoussan se disait « agréablement conquis par le discours très franc de chacun. On a senti qu'il y avait une volonté de toute part que ce projet fonctionne, même si chaque organisme garde ses prérogatives, conserve sa mission. Alors que certaines professions semblent plus avancées dans la réflexion que d'autres, on a pu mesurer la volonté de tous de ne laisser personne de côté.

LES CPTS DÉJÀ VALIDÉES EN OCCITANIE



12	CPTS du Nord Aveyron	Association de préfiguration pour la création du réseau de santé de proximité en Nord Aveyron - APC RSPNA	11 887 habitants (23 communes)
30	CPTS Entre Châtaigne et Micocoule	MSP Sauve, Lasalle, Saint Jean du Gard	20 282 habitants (33 communes)
31	CPTS La Providence	SISA MSPU La Providence	152 581 habitants (commune de Toulouse cantons 1, 4 et 5)
32	CPTS du Bas Armagnac	Pôle Santé du Bas Armagnac	20 154 habitants (64 communes)
11-66	CPTS Agly Corbières Méditerranée	Association des professionnels de santé libéraux de la Vallée de l'Agly et des territoires rattachés - Libaglyr	9 629 habitants
11-66	CPTS Agly Fenouillèdes Pyrénées		6 799 habitants
81	CPTS Sud-Tarn	MSP Brassac, Dourgne, Labastide-Rouairoux, Lacaune, Mazamet, Sor, Vabre	121 392 habitants
66	CPTS Pays de Santé Conflent	Association Pôle Santé Conflent	20 945 habitants (47 communes) (74 communes)

Etat des lieux des CPTS validées par l'Agence Régionale de Santé au 1er avril 2019. On en compte 8 sur 7 départements en Occitanie



LES AXES DE TRAVAIL RETENUS PAR LES SIGNATAIRES

CE QUE DIT LA CONVENTION

Le partenariat stratégique entre l'ARS, l'Assurance Maladie et les URPS d'Occitanie a pour objet de concevoir, d'accompagner et d'évaluer le déploiement des CPTS à l'échelle de la région Occitanie. Son organisation et sa formalisation se développent autour de quatre axes.

À noter que ces directions ne représentent pas l'intégralité des actions, chacune des parties préservant sa capacité d'initiative individuelle.

L'ARS, l'Assurance maladie et les URPS s'engagent ainsi, conjointement, dans la promotion du dispositif des communautés professionnelles territoriales de santé, l'initialisation des projets, l'accompagnement, la mise en œuvre et l'évaluation des projets de CPTS.

■ ENCOURAGER L'ÉMERGENCE DES CPTS

Tout d'abord par la **promotion**. Les URPS assurent la sensibilisation des professionnels de santé libéraux à la structuration en CPTS. Elles réalisent des actions de communication, d'information et de formation auprès des professionnels de santé de l'ensemble de la région en vue de faire émerger des projets.

Ensuite par l'**information**. La réussite de l'implantation des CPTS dépend de la circulation de l'information entre les professionnels de santé de terrain. Les parties prenantes s'engagent à partager sans réserve toutes les informations nécessaires concernant les créations, les projets de création, les problématiques de fonctionnement des CPTS au niveau départemental.

Enfin le retour d'expérience. À des fins de promotion et de partage des meilleures pratiques, les URPS organisent par ailleurs le dispositif de retour d'expérience des différentes CPTS.

■ ACCOMPAGNEMENT POUR LA STRUCTURATION DE CHAQUE PROJET

Les URPS accompagnent la réflexion et la mobilisation des professionnels de santé en vue de la conception et de l'élaboration des projets de santé des futures CPTS qui en font la demande.

En s'organisant sous forme de *guichet unique commun*, les URPS accompagnent la formalisation du projet de santé et la lettre d'intention adressés à l'ARS.

Le projet adressé précise en particulier les besoins identifiés, les actions proposées pour y répondre, le territoire d'action de la communauté, les engagements des professionnels, les modalités de leur travail pluriprofessionnel (organisation des concertations, protocoles pluriprofessionnels, dispositif d'information sécurisé permettant le partage des données, traduction dans l'activité quotidienne des structures de soins et des services adhérent à la CPTS) et les modalités d'évaluation de l'action de la CPTS.

L'ARS peut financer l'ingénierie de projet sur la base d'un dossier de demande de subvention transmis par le porteur du projet à savoir les professionnels de santé libéraux ou à travers un temps de travail dédié prévu au contrat d'objectifs et de moyens signé avec la FORMS qui s'insérera dans le dispositif régi par la convention.

■ SOUTIEN DE LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS DES CPTS

Le projet de santé élaboré par les acteurs de la CPTS est transmis à l'ARS avec avis formalisé de la commission ad-hoc dans une perspective de contractualisation en vue d'un **accompagnement financier** du projet par l'ARS.

À l'issue de la négociation nationale visant à définir l'accompagnement financier pérenne des CPTS dans le champ conventionnel, la **contractualisation** deviendra tripartite et matérialisera des engagements avec l'ARS et l'Assurance Maladie (voir page 8).

■ MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF D'ÉVALUATION DES CPTS

L'évaluation des CPTS est un levier considéré comme essentiel de leur succès par les partenaires signataires de la convention. Dans ce cadre, les URPS participent à la création

et à la validation des référentiels d'évaluation de chaque CPTS ; soutiennent les CPTS dans leur démarche d'auto-évaluation ; et participent à la décision sur les processus d'évaluation (choix des modalités d'évaluation, avis sur les évaluations réalisées).

Les URPS participent à la **cohérence du développement** des CPTS avec l'ARS et l'Assurance Maladie au travers d'une concertation visant l'articulation entre les CPTS et les orientations prises dans le cadre du PRS ; visant ensuite l'élaboration et la validation des critères de choix des projets de CPTS proposés ; visant enfin la sélection des projets présentés et les décisions de création de CPTS.

L'ARS, l'Assurance Maladie et les URPS élaborent en commun les **outils destinés à guider les professionnels** de santé dans le montage de leur CPTS (assistance à projet, forme juridique, organisation, recrutement d'un coordonnateur de CPTS, modalités de financement, etc.).

LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX, D'ABORD

Suite de la page 10

Sur un même territoire, tous les professionnels sans exception seront invités à participer à une aventure commune. » Les présidents des URPS n'étaient pas les seuls concernés par ce discours, et se tournant vers les représentants de l'État, le vice-président de l'URPS-ML affirmait : « Nous allons avoir besoin de l'ARS, nous allons avoir besoin de l'Assurance Maladie pour informer et expliquer aux professionnels de santé mais aussi à terme à la population que ce partenariat qui débouche sur la création des CPTS constitue vraiment une révolution moderne dans l'organisation des soins. »

LES PROFESSIONNELS SERONT EN PREMIÈRE LIGNE

« Compte tenu des expériences que nous avons jusque-là », comme l'a fait remarquer avec tact le Dr Maurice Bensoussan, les relations avec la tutelle et l'Agence régionale de santé notamment étaient plutôt tendues jusqu'à l'arrivée du nouveau directeur de l'ARS. Pierre Ricordeau a insufflé une bouffée d'air frais dans un système qui en manquait. Le représentant de l'administration semble vouloir apporter sa contribution toute personnelle au déploiement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé dans toute la région, sans

pour autant déborder de sa place et quitter son pré carré : « Il faut que des mouvements de cette ampleur-là soient portés par les professionnels eux-mêmes, l'administration de santé sera là pour les accompagner plutôt que faire à leur place. Les professionnels seront donc en première ligne ». Et de marteler de façon à être bien compris : « L'Agence Régionale de Santé et l'Assurance Maladie fait confiance aux professionnels pour porter ce projet. Bien sûr, en tant qu'Agence régionale de santé et Assurance Maladie, nous allons aider y compris par des financements pour le montage des projets, par des apports en termes de données, et par des

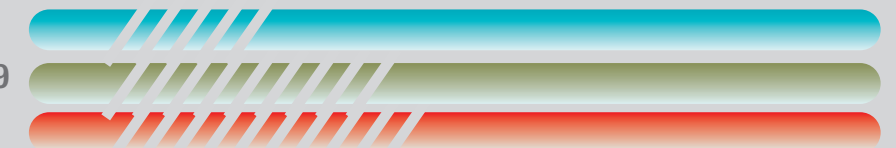
concertations sur le cadre juridique qui devra s'appliquer à ces CPTS. » Avec la signature de cet accord cadre stratégique, « chacun doit être à sa place, rappelle le Dr Maurice Bensoussan, ce qui n'interdira pas qu'il y ait des points de friction sur certaines questions : comment va s'opérer l'accompagnement de l'ARS ? Quel engagement va-t-elle donner ? Quelles solutions de formation ? Quels outils ?... Ces discussions viendront après cette signature, car il va falloir faire vivre la Convention ! La collaboration professionnelle vient bien sûr du bon sens que l'on pratique depuis toujours, dorénavant il sera bon de tracer

OBJECTIF : 100 CPTS EN OCCITANIE, POINT D'ÉTAPE AU 1ER AVRIL 2019

STADE 1 • PROJETS À L'ÉTUDE : ??

STADE 2 • PROJETS EN PRÉPARATION : 9

STADE 3 • PROJETS VALIDÉS : 8



les process de collaboration ». Un sentiment partagé par le directeur de l'ARS qui n'oublie pas que chaque projet de CPTS devra être validé par l'agence : « Nous devons travailler sur toute une série de sujets, a-t-il rappelé.

Ainsi, un accord tripartite devra être signé pour obtenir les financements conventionnels afin de faire fonctionner les communautés professionnelles territoriales de santé (voir la négociation autour de l'ACI des CPTS en page 8). Nous devons travailler ensemble sur l'information, travailler sur l'évaluation. C'est effectivement une évolution voire une révolution sur la méthode. »

LA PREMIÈRE CONVENTION RÉGIONALE

Avec la mise en place de ces CPTS, l'objectif poursuivi est de répondre aux besoins des populations d'un territoire, c'est-à-dire permettre que chacun puisse avoir accès à un médecin traitant, et à une offre de santé de soins non programmés. C'est l'esprit de la loi. « Les citoyens, expliquait Pierre Ricordeau, doivent à terme se rendre compte qu'il y a une amélioration dans la prise en charge de leur santé. » Tous les participants à la réunion de Carcassonne en étaient convaincus. La convention qui a été signée par les 10 présidents d'URPS, le directeur de l'ARS et le direc-



La convention au Centre Hospitalier de Carcassonne le jeudi 14 mars dernier

teur de la Caisse d'Assurance maladie n'avait, à leurs yeux, que cet objectif : satisfaire les habitants d'Occitanie en leur proposant une offre de soins de qualité. Jeudi 14 mars, le président de l'URPS-ML d'Occitanie, le Dr Maurice Bensoussan, un des principaux artisans de l'établissement de cet accord cadre stratégique, pouvait être pleinement satisfait : « c'est la première convention qui existe

nationalement. Il est vrai que des travaux se font dans certaines régions autour des CPTS entre les URPS et les ARS, mais, à ma connaissance, une telle signature de convention associant l'Assurance Maladie, l'Agence régionale de santé et toutes les URPS locales des libéraux n'a jamais été signée en France. » Une grande première nationale ! Une vraie réussite.

Luc Jacob-Duvernoy



LA SOLUTION POUR VAINCRE L'ISOLEMENT ET LA DÉSERTIFICATION ?

LA CPTS DU VIGAN SE MET EN ROUTE

Un bel exemple de naissance d'un projet de Communauté Professionnelle territoriale de santé que celui que montent à l'heure actuelle les professionnels au Vigan, à l'est de l'Occitanie dans le Gard ! C'est vraisemblablement une des solutions envisageables aujourd'hui pour s'organiser sur le terrain afin de faire face et anticiper les risques de désertification médicale. Un territoire excentré et enclavé, où les habitants se sentent abandonnés dans ce pays de petite montagne, marqué par la précarité née des difficultés socio-économiques locales et les inégalités territoriales de plus en plus marquées. Les 27 communes du pays viganais attendent beaucoup de la future CPTS.

Ses paysages bucoliques et sa nature sauvage retiennent l'attention du voyageur qui s'arrête dans cette petite commune verdoyante du Parc National des Cévennes, au sud du Massif central et à proximité du mont Aigoual.

Le Vigan est pour le moins isolé, placé en dehors des grands axes routiers, et les quelques voies qui y conduisent sont difficiles d'accès. Sur la carte, la petite ville de 3800 habitants est à 60 kms au nord de Montpellier, à l'intersection du Gard, de l'Hérault et de la Lozère. La définition même d'un territoire enclavé. Face au risque de désertification plusieurs médecins du territoire ont décidé de se regrouper et ont créé la Maison de santé pluriprofessionnelle du Jardin des Orantes, ouverte en 2016.

Dans ce pays aux communications difficiles, le médecin généraliste soigne une population âgée et isolée, se frotte à de longs parcours pour rejoindre des habitats dispersés et est confronté à une sévère précarité sur ce territoire à faible activité économique. L'intérêt de la création d'une CPTS apparaît dans la nécessité de la coordinations des soins autour de ces populations fragiles.

DES QUESTIONS ET UN ÉTAT DES LIEUX

Quelles sont les spécificités des soins en milieu rural et quelles sont les caractéristiques générales du milieu rural ? Comment les médecins s'organisent sur le terrain pour faire face et anticiper les risques de désertification médicale ? Comment la médecine libérale s'approprie cette mutation de la profession et l'organisation territoriale de la santé ? Ce sont les questions que se sont posées les médecins avant de se lancer dans l'aventure. Ils ont fait au préalable un état des lieux de la carte sanitaire de leur territoire d'intervention. La maison de santé compte 6 médecins généralistes (deux d'entre eux ont plus de 64 ans, et un 67 ans), 11 infirmières diplômées d'état, une diététicienne ; sur le territoire quatre autres médecins généralistes (dont 3 de plus de 57 ans) exercent isolés, ainsi qu'une gynécologue, 23 infirmiers en groupe sur plusieurs villages ; 6 dentistes, 2 sages-femmes, 11 kinésithérapeutes, 2 orthophonistes, 2 podologues, 6 pharmacies. Le maillage du territoire est complété par un centre hospitalier de proximité (Ex Hôpital Local du Vigan), un Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, deux EHPAD privés, un centre de soins de suite et de réadaptation privé, ainsi que plusieurs structures médico-sociales. Il faut faire 20 kilomètres sur des routes sinueuses pour rejoindre le service d'urgences-SMUR, le plateau médico-chirurgical et la maternité de polyclinique privée de Saint-Louis de Ganges, et compter 1h20 pour rejoindre le Centre Hospitalier de Montpellier, et 1h40 le Centre Hospitalier de Nîmes, préfecture du département du Gard.

Cet éloignement des grands centres ne contribue pas à faire venir des jeunes médecins, dans le contexte de manque d'attractivité de la médecine générale libérale et rurale de surcroît reconnu par tous. Le risque de désertification médicale est fort. Malgré cela, le territoire du Vigan a été récemment rétrogradé en ZAC par l'ARS lors du dernier zonage des zones prioritaires, du fait de l'existence d'une MSP et a perdu plusieurs aides incitatives à l'installation. C'est pour répondre à ces défis que les professionnels de santé du Vigan

se sont engagés dans la création d'une CPTS : « On a privilégié une définition géographique d'un territoire plus facile à repérer. Dans l'amorce de notre projet, nous avons choisi le canton avec ses 13 000 habitants, nous aurons probablement une extension par la suite », dit le médecin généraliste du pays viganais.

SOINS NON PROGRAMMÉS ET CONSOMMATION DES SOINS

La formalisation de la coordination entre tous les professionnels de santé sur un territoire unique est au cœur du projet médical qui a été remis à l'Agence Régionale de Santé l'an dernier, « bien avant qu'Emmanuel Macron n'ait présenté son plan Santé 2022 », signale le Dr Antoine Brun d'Arre. Et d'ajouter : « Un médecin de terrain est un peu démuné pour la rédaction de ce genre de dossier. Nous aurions eu besoin d'une maquette avec un guide pour rédiger le projet ». L'ARS a déjà répondu aux initiateurs de la CPTS et les a invités à apporter quelques correctifs à leur dossier. Ce qu'ils ont fait. Aujourd'hui, ils attendent une deuxième réponse

Le Vigan, petite commune verdoyante du Parc National des Cévennes, un pays de "petite montagne"



OBJECTIFS ET MOYENS DE LA CPTS DU VIGAN

Le territoire concerné par la Communauté professionnelle territoriale de santé est celui d'intervention de la MSP du Vigan, soit 27 communes gardoises. Or, les professionnels de santé de la MSP du Vigan réfléchissent depuis 2016 à la mise en place d'une coordination du parcours de santé entre le médical, le paramédical et le médico-social. Aussi, la CPTS permettrait d'assurer une amélioration de la prise en charge du patient dans sa globalité grâce à une coordination et une organisation des soins médicaux, paramédicaux et médico-sociaux. Les rédacteurs du projet précisent : « En permettant de maintenir et de renforcer une offre de santé de proximité, organisée de manière à garantir la continuité et la coordination de soins de qualité sur le territoire et à favoriser des prises en charge globales et cohérentes, la CPTS répond aux besoins de santé des habitants du territoire ciblé ainsi qu'aux besoins des professionnels de santé. »

pour recevoir l'assentiment définitif de l'administration. Mais sans se faire trop d'illusion : « On va nous demander de revoir notre copie, parce que nous n'avons pas fait apparaître toutes les orientations qui coïncident avec celles annoncées dans le plan santé 2022. Nous avons bien mentionné la continuité des soins non-programmés mais pas en mission première. Ce sujet-là risque de rebuter un certain nombre de nos confrères. Les soins non programmés impliquent la difficile gestion de la consommation des soins « le tout, tout de suite ». C'est un mot que les

politiques n'arrivent pas à entendre. La problématique de l'accès aux soins relève de deux situations opposées : l'accès aux soins pour ceux qui n'arrivent pas y accéder d'un côté, et de l'autre les demandes abusives ou l'absence de mode d'emploi pour ceux qui peuvent y accéder. Les médecins du territoire reçoivent de très nombreux soins non programmés justifiés tous les jours, mais après évaluation (plaies, fièvre, douleurs, traumatisme...). Nous voyons les autres motifs non urgents sur rendez-vous dans des délais raisonnables et médicalement compati-

bles avec la pathologie ou le motif. Nous ne voudrions pas remettre le doigt dans un système qui nous échappe. »

Les généralistes de la MSP Jardin d'Orantes espèrent que les quatre cabinets de médecins isolés viendront rejoindre la CPTS, avec la problématique que représente l'obligation de gestion des soins non programmés. Le Dr Antoine Brun d'Arre ne cache pas ses réserves : « Mon inquiétude est que la CPTS ne soit une usine à gaz, il est à souhaiter que cela sera facile à gérer. Et surtout la condition est de rendre la

FRAGILITÉ DU TERRITOIRE VIGANAIS

Le territoire du Vigan avait été reconnu comme zone sensible au sein d'un territoire vulnérable par l'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon en 2012, mais a été déclassé en ZAC lors du dernier zonage des zones prioritaires imposé sans concertation en octobre 2018 par l'ARS, suite à un nouveau mode de calcul établi par la DREES et contesté nationalement par les acteurs de terrain. Il est répertorié dans la liste des lieux d'exercice pour les contrats d'engagement de service public par le centre de gestion, et a bénéficié de contrats de praticiens territoriaux en 2014. Cette vulnérabilité est déterminée par une fragilité socio-économique et par trois critères : des populations en difficulté du fait de l'isolement, des transports en commun quasi inexistantes sur certaines communes et un éloignement des structures de soins de santé mentale, jusqu'à 35 km.



médecine générale, libérale et rurale plus attractive qu'elle ne l'est aujourd'hui pour attirer de nouveaux médecins sur nos territoires. Sinon ce sera une boîte vide. S'il n'y a personne dans les CPTS et les MSP, ce sera peine perdue ! »

Odile Fraye



UNE APPLICATION POUR LA SÉCURITÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

CORMEDAL (Corpus médical d'alerte) est conçue pour lutter contre les agressions de médecins (vandalisme, attaques verbales et physiques, menaces, vols et tentatives de vols). Bientôt disponible pour les médecins d'Occitanie.



QUATRE QUESTIONS AU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER DE CARCASSONNE

LE LIEN VILLE/HÔPITAL SE CONSTRUIT PAS À PAS

La signature d'une convention de partenariat stratégique entre l'ARS, l'assurance maladie et les URPS s'est faite dans les locaux du Centre Hospitalier de la ville. Son directeur, Alain Guinamant a accueilli les responsables de l'Agence régionale de santé et ceux des Unions régionales des professionnels de santé pour cet événement autour des CPTS, et a facilité son bon déroulement. Il en donne les raisons.

En quoi cet accord passé autour de l'instauration des Communautés professionnelles territoriales de santé et signé par les URPS et l'ARS vous concerne-t-il ?

« La première raison de la tenue de cette réunion au Centre Hospitalier de Carcassonne est très prosaïque : elle est intimement liée à la situation géographique de Carcassonne dans la région Occitanie. Carcassonne est située – à peu près – entre Montpellier et Toulouse. Depuis la création de la grande région, notre ville est devenue un lieu de rencontres et de réunions entre les représentants de l'ex-région Midi-Pyrénées et de l'ex-région Languedoc-Roussillon.

Et puis, c'était la première réunion à l'échelle régionale sur ce sujet de l'émergence des CPTS. Le Groupement Hospitalier de Territoire qui est constitué des hôpitaux de Carcassonne, de Castelnaudary et de Limoux-Quillan, couvrant la partie ouest du département de l'Aude, a entrepris depuis un an un travail en lien avec les représentants de l'URPS locales pour faciliter les relations entre les acteurs de ville et les hospitaliers publics et ceux des établissements privés. Rien d'étonnant, donc, à ce qu'une telle rencontre se

tienne ici. Ce n'est pas tout à fait un hasard parce que cette question des CPTS est d'abord l'affaire des acteurs de ville. L'objectif est bien de faciliter la coordination et l'articulation de tous les acteurs sanitaires libéraux pour mieux travailler à destination des patients. Mais cette question de la coordination entre la ville et l'hôpital est également essentielle pour les établissements hospitaliers. Finalement, cette réunion était un peu la conjugaison de ces deux objectifs.

Comment concevez-vous justement les relations entre les grands établissements de santé et l'URPS-ML d'Occitanie ? Et comment pensez-vous participer à la modification des relations ville/hôpital ?

Cette question de la relation entre la ville et l'hôpital est ancienne. Depuis des années, il faut faire plus et mieux ! Nous sommes confrontés au quotidien et de façon très concrète à des difficultés liées à des retards qui viennent contrarier la bonne relation des acteurs de santé et la prise en charge des patients qui circulent en permanence entre leur médecin traitant qui est d'abord la première référence et les établissements de santé, publics et privés, vers lesquels



Alain Guinamant, directeur du CH de Carcassonne

ils sont adressés. C'est la raison pour laquelle nous menons cette démarche avec les représentants de l'URPS médecins. Nous devons faire en sorte qu'on puisse se connaître, échanger des informations et faire évoluer ensemble des éléments qui apparaissent parfois contradictoires.

Comment ce lien ville-hôpital se construit et évolue sur votre territoire ?

C'est d'abord une question d'hommes, une question de relation et une question de confiance. La confiance doit être là : cela se construit pas à pas, dans l'échange réciproque et dans les preuves qu'on veut bien apporter. J'étais très favorable à ce que l'on puisse

construire quelque chose avec l'Union régionale des médecins. Le premier représentant des acteurs de santé avec lequel nous avons amorcé ce travail est l'URPS médecins. Quand on a engagé cette démarche, très rapidement on a constitué un petit groupe avec des représentants hospitaliers et des représentants de l'URPS. J'ai tout de suite pensé qu'il y avait une réelle volonté de l'URPS de s'engager dans ce dispositif et d'essayer d'améliorer concrètement les choses.

Pensez-vous que les communautés professionnelles territoriales de santé vont participer à la modification du lien entre la ville et l'hôpital ?

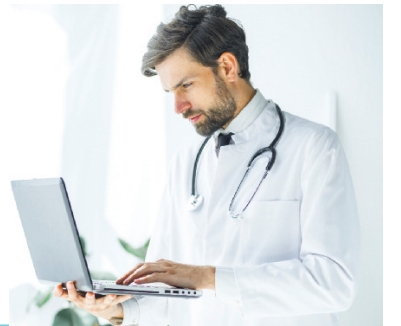
J'en formule le souhait. Je connais les craintes qui se sont exprimées de la part des acteurs de la ville : ils ont peur d'un échelon supplémentaire, d'être entraîné dans une technocratie qui les enfermerait. C'est la raison pour laquelle la relation de proximité entre professionnels est importante pour éviter de construire des champs qui seraient trop lourds, trop techniques et qui n'atteindraient pas l'objectif recherché.

Propos recueillis
par Luc Jacob-Duvernety



UN PROJET AU SERVICE DES MÉDECINS ET DES PATIENTS MIS EN PLACE SANS PLUS ATTENDRE

LA TÉLÉCONSULTATION ARRIVE EN OCCITANIE



L'URPS n'aura pas perdu de temps ! Alors que le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, présenté en conseil des ministres le 13 février dernier préconise le déploiement de la télé médecine, l'URPS a décidé lors de son Assemblée Générale du 23 mars de lancer une expérimentation de téléconsultation avec la société MiPih. Lancement de l'étude en avril, résultats en juillet et, si tout se passe comme prévu, un possible déploiement sur toute la région d'Occitanie pour le 4e trimestre !

Le programme Ma santé 2022 a fixé cinq priorités d'action dont notamment le numérique.

Dans ce cadre, il s'agit de créer un espace numérique de santé pour l'usager et de meilleurs outils numériques professionnels pour améliorer l'organisation et la qualité de la prise en charge. Ça, c'est pour le principe. Pour sa définition précise, la téléconsultation permet à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient ; un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Enfin pour le cadre juridique, tout semble bordé. L'accord sur les conditions de déploiement de la télé médecine en France a été donné en septembre 2018. En effet depuis la fin de l'été dernier, la téléconsultation « est accessible à tout patient, pour tout motif de recours, réalisable par tout médecin libéral conventionné et facturable selon le secteur conventionnel du praticien avec les majorations existantes », comme l'explique Jonathan Plantrou, directeur délégué de l'URPS-ML. Et le 13 février 2019, le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé a été présenté en conseil des ministres. L'URPS-ML a donc décidé d'épouser la vague numérique du télésoins sans plus attendre. Puisque le PRS2 en Occitanie porte trois priorités opérationnelles en lien avec la télé médecine (accès aux soins renforcé

et meilleur partage de l'information ; amélioration de la coordination des professionnels en favorisant le partage et l'échange des informations ; et soutien des usages du numérique en santé), l'Union régionale se lance dans une expérimentation avec pour but une mise en place d'un dispositif en septembre prochain. Il s'agit, comme l'explique Jonathan Plantrou, « d'expérimenter un outil pratique simple sous forme d'une étude sur une cohorte de 250 patients pour améliorer les connaissances sur la mise en place d'un outil de téléconsultation et son impact sur les organisations des professionnels ».

« Si l'outil fabriqué avec le MiPih donne satisfaction, nous proposerons une généralisation comme cela avait été fait avec Médimail »

Construite sous forme d'une étude (Médecin/Patient), l'expérimentation sera menée lors d'une consultation réalisée par un médecin libéral soit dans un cabinet de ville soit dans un établissement. Pour ce faire, l'URPS s'appuie sur une structure publique de coopération inter-hospitalière spécialisée dans la construction du système d'information, le MiPih. Une société qui n'est pas une inconnue pour l'Union régionale, puisque celle-ci a collaboré avec l'URPS, il y a une dizaine d'années, à la réalisation de la messagerie MEDIMAIL utilisée par les médecins d'Occitanie et qui, aujourd'hui, est la solution retenue par l'ARS pour l'ensemble de la région. Cette solution a tous les agréments de la sécurité informatique.

« Nous poursuivons un double objectif, souligne le directeur de l'URPS-ML, il s'agit d'abord de pouvoir nous faire une doctrine

fiable sur l'usage d'un outil de téléconsultation par les médecins libéraux d'Occitanie. Ensuite, si l'outil fabriqué avec le MiPih donne satisfaction, nous proposerons une généralisation au service des professionnels de la santé comme cela avait été fait avec Médimail. »

L'outil est en cours de développement, il sera expérimenté durant ce mois d'avril. Aujourd'hui, la partie paiement n'est pas opérationnelle. On doit faire appel à un concentrateur bancaire, à cet égard le MiPih fait actuellement une demande en appel d'offre publique qui prend 3 à 4 mois.

Chaque professionnel de santé et patients qui participeront à cette expérimentation seront sollicités pour répondre à un questionnaire dont les réponses permettront de mesurer l'impact de la téléconsultation au travers de cette expérimentation. « Le retour d'expérience, explique Jonathan Plantrou, est indispensable et contribuera à l'évaluation et l'amélioration de la pratique de la télé médecine. » Les deux questionnaires montrent que cette étude de faisabilité dépasse les seuls aspects techniques : « Avec ces réponses, on pourra mesurer l'appréciation du patient, analyser son ressenti. Et on aborde le mode d'organisation du médecin : comment mène-t-il ces téléconsultations ? Les fait-il au fil de l'eau comme des rendez-vous habituels ou bien se réserve-t-il des plages spécifiques ? Ou encore ne les destine-t-il pas uniquement aux appels d'urgence ? Cette approche et son analyse sont très novatrices. »

Odile Fraye

ENTRETIEN AVEC PASCAL DURAND

DIRECTEUR DU PREMIER RECOURS,
DIRECTEUR DES PROJETS À L'AGENCE
RÉGIONALE DE SANTÉ

« ON NE SOUHAITAIT PAS QUE LE CAHIER DES CHARGES DE LA PDSA SE PLACE À UN NIVEAU RÉGIONAL, ON A PRÉFÉRÉ QUE CE SOIENT LES ACTEURS DÉPARTEMENTAUX EUX-MÊMES QUI S'EN SAISISSENT ! »

Les discussions sur le cahier des charges de la Permanence des soins ambulatoires ont été extrêmement laborieuses pendant près de deux ans. L'URPS et l'ARS n'avaient pas la même vision des choses. Pour débloquer une situation compliquée, il suffit parfois d'un renversement de perspective : quitter le régional pour aller vers le départemental. Le cahier des charges a été enfin publié et effectif le début du mois dernier. Le dialogue s'est ouvert, avec la prise en compte de la position de chacun et des responsabilités confiées aux acteurs. Du chemin reste à faire et l'un des pilotes s'explique dans nos colonnes.

MÉDECIN D'OCCITANIE. Le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires a été publié fin février pour une mise en application le 1er mars dernier. Comment pourriez-vous définir cette dernière version du cahier des charges après deux ans d'atmolement ?

PASCAL DURAND. Notre cahier des charges est un cadre dans lequel les acteurs locaux doivent adapter l'organisation de la PDSA au niveau de chaque département en fonction de leur contexte à la fois géographique et démographique. 2019 pourrait être considérée comme une année de transition parce que nous avons reconduit beaucoup d'éléments étudiés dans chacun des départements jusqu'à la fin de l'année 2018. Nous ne sommes pas encore dans une mise en application du rééquilibrage financier que nous avons programmé entre les départements. La trajectoire sur laquelle chacun des départements doit se positionner commencera réellement à partir de 2020. Ce qui fait qu'en 2019, nous avons trois séries de travaux à mener.

La première série est de réfléchir, sur le terrain dans chacun des départements, à l'adaptation de l'organisation aux moyens qui seront donnés pour se mettre dans cette trajectoire 2020 - 2022. Si l'enveloppe régionale globale ne change pas par rapport à celle de l'année dernière, de nombreuses possibilités sont données aux départements pour dégager des marges de manœuvre.

Dans le rééquilibrage budgétaire que nous avons opéré, la majorité des départements auront des

moyens supplémentaires par rapport à ce qu'ils avaient jusqu'à présent et certains ont des moyens inférieurs mais les marges de manœuvre sont là. Nous ne souhaitons pas réaliser les modifications d'organisation du niveau régional et nous avons préféré que ce soit les acteurs départementaux eux-mêmes qui s'en saisissent pour trouver la meilleure voie.

Le deuxième sujet est le chantier de l'évaluation. Nous nous sommes engagés avec l'URPS à travailler différemment, et notamment à mettre en place un monitoring, une sorte de surveillance régulière, tous les ans, sous la forme d'une évaluation construite au niveau régional par l'ARS et l'Union régionale des médecins. Nous allons entamer une série de séances de travail à partir de la mi-avril et ce jusqu'à la mi-juin pour définir le cahier des charges régional de l'évaluation tant au niveau régional que départemental. Car cette évaluation sera confiée à un prestataire externe pour la plus grande objectivité possible.

Le troisième chantier est celui de la communication : nous devons nous donner les moyens d'expliquer à la population comment la permanence des soins s'organise.

Comment vos interlocuteurs de l'URPS ont-ils accueilli cette publication ?

On a beaucoup travaillé en amont avec les représentants de l'URPS. Notamment sur la fin de l'année 2018 et le début de l'année 2019 pour échanger sur les dernières versions du cahier des charges que nous avons établi et écouter toutes

les remarques. On en a retenu et pas d'autres. Mais on ne ferme pas la porte à ce que des évolutions soient possibles pour les années suivantes. Nos échanges ont été partagés de manière assez fine avec l'URPS médecin. En effet à partir de l'automne, nous sommes partis sur une base complètement différente : nous n'avons pas souhaité être prescriptifs sur les modalités d'organisation au niveau régional. Nous avons laissé complètement tomber l'idée d'une homogénéisation des modalités d'organisation au niveau de l'Occitanie, en nous disant que l'historique et les réalités démographiques et géographiques étaient trop différentes. Nous n'étions pas en mesure d'homogénéiser quoi que ce soit de manière adaptée à toutes les situations. Donc nous nous sommes plutôt orientés sur le fait de définir au niveau régional des principes forts d'organisation sans rentrer dans les détails des modalités de mise en œuvre. Nous souhaitons que l'Agence Régionale de Santé conserve sa position de régulateur en garantissant l'équité de traitement des citoyens et des professionnels en fixant des objectifs et des moyens nécessaires aux acteurs pour faire fonctionner la permanence des soins. Une PDSA qui, je le rappelle, est toujours basée sur le volontariat des professionnels de santé. Le deuxième principe fort qui a présidé notre réflexion est d'affirmer qu'il n'y a pas mieux positionnés sur le terrain que les professionnels de santé pour déterminer les modalités d'organisation qui leur semblent le plus adéquates. Bien entendu dans le respect des principes généraux qui reprennent les termes de la réglementation. Nous n'avons rien inventé.



PARCOURS L'HOMME DU PREMIER RECOURS

Ce bourguignon de 47 ans est originaire de Dijon. Fort d'un doctorat en économie de la santé, Pascal Durand a, depuis la fin de ses études, fait tout son parcours au sein de l'appareil administratif du système sanitaire français. Il a démarré sur ses terres en intégrant en 1996 la Caisse d'Assurance Maladie de Dijon, puis en 1998 l'URCAM de Bourgogne, pour rejoindre en 2010 l'Agence de Santé Bourguignonne. Pascal Durand quitte la région dont il est natif pour se rapprocher au cours de l'année 2015 de deux régions, Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon, et de leurs deux agences qui devront fusionner en janvier 2016 en une seule ARS, celle d'Occitanie. Il sera le chef de ce projet de fusion. Cette année-là, il devient directeur des projets de l'ARS et, en juin 2018, on lui adjoint une charge supplémentaire, la direction du 1er recours. C'est à ce poste que les membres de l'URPS-ML ont pu apprécier sa compétence, notamment au cours des récents travaux autour des CPTS.

On vous a reproché que votre budget soit bloqué sur l'ensemble de la région à 20 millions d'euros. Pensez-vous que ce reproche va perdurer ?

Oui forcément. Ce sont des choses que nous avons entendues et que nous continuons à entendre. Il faut d'abord dire que notre volonté n'est pas de faire quelques économies que ce soit, et on voit bien, au moins en se comparant aux autres régions, que les moyens sont aujourd'hui importants dans notre région. Ensuite, la rémunération associée à la PDSA correspond bien entendu à la mobilisation des professionnels en astreinte. Mais elle est également, pour certains d'entre eux et dans certains territoires également, la marque d'une reconnaissance de l'activité réalisée dans des contextes qui deviennent parfois de plus en plus difficiles au regard, notamment, des difficultés démographiques qui s'accroissent. En acceptant de travailler ainsi, ces médecins souhaitent, légitimement, être pris en considération, au moins symboliquement. Nous en avons tenu compte dans notre équilibrage des enveloppes départementales : notre base de répartition est équitablement établie sur des critères très simples de population et de géographie ; et à partir de cette base, nous avons majoré l'enveloppe de 5 à 10% sur les départements pour lesquels il y avait des problèmes de démographie médicale avérés.

Il ne s'agit pas pour nous de faire des économies mais de créer une dynamique et de faire en sorte que l'affichage des conditions de prise en charge en direction de la population soit clair et adapté. Cet affichage de l'organisation des soins n'appartient pas qu'à l'ARS, il appartient aussi aux médecins libéraux qui irriguent l'offre de soins sur les territoires. On souhaite que cette responsabilité partagée se traduise concrètement dans la façon dont on gère cette organisation des soins. Aujourd'hui, c'est avec le cahier des charges de la PDSA, demain ça sera avec les CPTS.

Dans certains départements comme la Haute-Garonne, la population augmente et l'enveloppe n'augmente pas. Comment accompagner dans ce cas précis l'augmentation de la population ?

Avec les enveloppes actuelles, nous pensons qu'il est possible d'organiser convenablement la prise en charge pour les quatre années qui viennent. Si nous devons réévaluer les enveloppes à la hausse notamment sur des départements où la démographie est dynamique, évidemment nous prendrons en compte cette hausse.

Vous semblez plutôt satisfait de cette publication du cahier des charges pour les cinq ans à venir, et vous pensez que le choix départemental reste donc le bon choix ?

Nous sommes satisfaits de nous être engagés dans une nouvelle dynamique. Nous avons dépassé les blocages. La dynamique et le sens que nous avons essayé de donner, notamment en partenariat avec l'URPS mais également avec les ordres départementaux, méritaient d'être tentés par les différents acteurs du système de soins. La solution absolue, parfaite, personne ne la trouvera dans une région aussi grande, aussi disparate que la nôtre. La solution peut être trouvée uniquement à un niveau proche du terrain et par les professionnels eux-mêmes. Effectivement, il fallait que les uns et les autres acceptent, malgré tout, le cadre régional de travail dans lequel nous nous sommes placés, le plan financier mais aussi les principes d'organisation qu'on avait fixés. Donc il s'agit d'un équilibre à trouver entre une autonomie au plus proche du terrain et un cadre régional qui garantit l'égalité de traitement pour la population.

Une des conséquences nouvelles de ce cahier des charges est de faire en sorte que les acteurs ambulatoires se rapprochent dans un certain nombre de cas des acteurs hospitaliers pour assurer une véritable continuité dans la prise en charge. Nous demandons de rendre cohérent, dans une approche collective, cette organisation de prise en charge entre les différents acteurs de santé qu'ils soient ambulatoires ou hospitaliers. Cela ouvre la voie à ce que, demain, dans les futures communautés professionnelles territoriales de santé, on puisse avoir une approche globale et coordonnée de la question de la prise en charge des soins non programmés et que cela soit en période de PDSA ou hors période de PDSA. D'ailleurs nous nous accordons avec l'URPS à considérer que la PDSA est de moins en moins un sujet en soi. Il faut plutôt avoir une vision globale de l'exercice médical : pour des médecins qui parfois dans un certain nombre de zones sont fatigués de leur travail quotidien la journée, il est nécessaire de trouver un équilibre d'ensemble entre les soins programmés et les soins non programmés qui se situent la nuit ou même le jour. Et cette approche d'ensemble a priori devrait pouvoir être apportée dans le cadre des futures CPTS.

Propos recueillis par Luc JACOB-DUVERNET

Nouveau : un **Guichet CPTS** en Occitanie

La CPTS de votre région a besoin de vous

Vous voulez créer
une **Communauté
Professionnelle
Territoriale de Santé** ou
vous voulez
participer au lancement
d'une CPTS dont
dépend votre cabinet, contactez
le Guichet CPTS de l'URPS.



La mission de ce guichet
est triple :

- 1- vous informer
sur les modalités de mise
en œuvre du dispositif,
- 2- vous aider à la formalisa-
tion d'un projet de santé,
- 3- vous accompagner sur la
démarche de contractualisation
avec l'ARS.



N° Vert : 08 01 902 263
cpts@guichet-cpts-occitanie.org
www.guichet-cpts-occitanie.org

URPS
Médecin d'Occitanie



TÉLÉCHARGEZ SUR LES STORES L'APPLICATION **ENTR'ACTES** QUI
PEUT DEVENIR LE SYSTÈME D'INFORMATION ADAPTÉ À VOTRE CPTS.
IL EST OFFERT PAR L'URPS MEDECINS AUX LIBERAUX