

Médecin d'Occitanie

LE BULLETIN DE L'URPS DES MÉDECINS LIBÉRAUX

N°10 - JUILLET 2019

INSTALLER VOTRE COMMUNAUTÉ DE SANTÉ



URPS
Médecin d'Occitanie

A U S O M M A I R E

LES NÉGOCIATIONS ACI

LES MÉDECINS PROMOTEURS DES CPTS

ENTRETIEN AVEC ISABELLE TARTARIN

AU SOMMAIRE

Page 3 : ÉDITO du président : Un pas de plus vers une organisation territoriale décloisonnée



ACTUALITÉS

Page 4 et 5 : Les négociations de l'ACI : ce qu'il faut retenir

Page 6 : L'Occitanie fume toujours trop !

Page 7 : Etudes sur l'installation des médecins

Page 8 : Délégation de tâches. Le modèle économique.

Vigilans : un dispositif contre le suicide



D O S S I E R : RENCONTRES DE LA GRANDE-MOTTE

Page 9 : Les nouvelles organisations territoriales

Pages 10 et 11 : Le triptyque pour une amélioration de l'organisation coordonnée et fluide des soins de proximité.

Pages 12 et 13 : Évolution des pratiques professionnelles autour de la télémédecine et du partage d'information

Pages 14 et 15 : Cas pratiques de la mise en œuvre des CPTS en Occitanie et prospective de l'incidence sur l'exercice professionnel



FOCUS

Pages 16 et 17 : Les médecins des futures CPTS témoignent : enjeux, difficultés et place de l'URPS. Trombinoscope



GRAND TÉMOIN

Pages 18-19 : Isabelle Tartarin, Directrice des ressources à la CPAM de Haute-Garonne



MÉDECIN D'OCCITANIE N° 10 - JUILLET 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 PLANTRON.

Rédaction : Luc JACOB-DUVERNET, Odile FRAYE, Pierre KERJEAN, Philippe MEURSAULT, Tirage : 12 700 exemplaires - Maquette et mise en pages : Agence LSP.

Crédit photo : Camille Lafon, LSP, Freepik - Impression : Imprimerie Ménard

L'ÉDITORIAL

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

APRÈS LES RENCONTRES DE LA GRANDE-MOTTE

Nul n'échappe au temps, ni à la tentation d'agir sur lui, au gré de nos humeurs qui portent parfois le paradoxe de vouloir l'accélérer.

Pour nous, médecins, le changement c'est aujourd'hui. Le constat est terrible : plus personne ne veut, en dépit d'un frémissement chez les généralistes, de nos cabinets libéraux. Leur activité s'arrête avec la nôtre.

L'hôpital s'essouffle, son personnel manifeste, parle de grève. Les soignants se dirigent-ils vers l'attitude des enseignants, qui, le jour même des épreuves du baccalauréat décident de faire grève ?

Les mouvements de capitaux agitent comme jamais l'hospitalisation privée.

Pourtant la médecine libérale, même si elle pousse des cris d'orfraie, est chaque année de plus en plus au cœur de la prise en charge des patients. Les maladies chroniques montrent une attente de l'ensemble des acteurs, en particulier des patients et des aidants pour une limitation de l'hospitalisation. Les collectivités locales sont extrêmement préoccupées par les craintes des citoyens sur l'accès aux soins. La rumeur enfle sur les déserts médicaux, expression qui stigmatise les médecins alors qu'ils sont pris dans un mouvement socio-culturel qui les dépasse. Nous proposons aujourd'hui de l'abandonner sans délai.

Les actions gouvernementales en matière d'organisation territoriale des soins sont intéressantes. Elles doivent permettre aux acteurs de mieux coopérer à la condition qu'elles portent le principe des pratiques collaboratives. Vraisemblablement, de meilleures organisations de prise en charge des patients sur les territoires vont permettre de répondre assez largement aux attentes des citoyens. Les résultats du Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie, expérimenté sur l'agglomération toulousaine, en témoignent.

Le dispositif des CPTS, auquel l'ensemble des URPS d'Occitanie souscrivent est appelé à devenir un sujet exemplaire. Il doit nous permettre de travailler et de construire collectivement des réponses adaptées.



CPTS, GHT, e-santé, déclinés lors des Rencontres, peuvent rester des objets de conférence, d'affrontements ou devenir, à la condition d'un travail partagé au plus près des territoires entre les acteurs de terrain, des dispositifs opérationnels au bénéfice des patients et de leurs proches, pour la plus grande satisfaction des professionnels que nous sommes.

Nous sommes fiers du partenariat signé le 14 mars dernier par l'ensemble des URPS d'Occitanie avec l'ARS et l'Assurance Maladie. C'est une approche inédite de co-construction à l'échelle de chaque département, qui, au-delà des mots, se veut opérationnelle. Nous le devons à Pierre Ricordeau qui, dès sa prise de fonction à la Direction Générale de l'ARS d'Occitanie, fait le choix d'un virage à 180°. Il se tourne vers les professionnels de santé libéraux, leur fait confiance sur leur seule volonté de prendre à leur compte la construction des nouvelles organisations sanitaires territoriales. Notre objectif est d'être dignes de cette confiance en réussissant ce pari d'organiser l'offre de soins libérale sur l'intégralité du territoire de l'Occitanie. Ce n'est pas gagné, mais tous ensemble nous pouvons y arriver dans une maturité partagée et non dans un souci de propriété de l'un ou de l'autre.

Cette meilleure compréhension des places, des enjeux et des contraintes de chacun est désormais indispensable. Elle procède d'une démarche de responsabilité individuelle et collective. Nous n'oublions pas les autres acteurs, non signataires. Ce sont nos partenaires, sans lesquels il n'y aura pas de réussite. Chaque intervenant des huitièmes Rencontres de la Grande-Motte le sait, comme nous savons tous qu'au-delà des CPTS, nombreux sont les sujets qui nécessitent ce dialogue et cette meilleure compréhension.

Les Rencontres annuelles de l'URPS Occitanie du 15 juin dernier se sont inscrites dans cette démarche. Depuis 4 ans, elles sont devenues un moment d'échanges, de réflexions partagées et de convivialité que le bord de mer vient renforcer. Cette année, c'est encore plus ! Cécile Courrèges, Directrice Générale de la Direction Générale de l'Offre de Soins, nous a fait l'honneur de répondre à notre invitation et à celle de Pierre Ricordeau. Sa clairvoyance, son écoute, sa disponibilité dans la rencontre avec les acteurs de la proximité, malgré sa charge d'édicter, ont grandement contribué à la qualité de ces Rencontres 2019. Nous la remercions particulièrement, comme nous remercions chacun des participants.

Docteur Maurice Bensoussan



UN PAS DE PLUS POUR GÉNÉRALISER L'EXERCICE COORDONNÉ

LA SIGNATURE DE L'ACI LANCE CONCRÈTEMENT LES CPTS

L'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) en faveur du déploiement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé a été signé le 20 juin entre L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), et les organisations syndicales représentatives. Tous s'accordent à penser que le développement et la généralisation de l'exercice coordonné des professionnels de santé et plus généralement de l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux sur un territoire constitue un des leviers pour répondre aux enjeux d'accès aux soins et de qualité des prises en charge. Tout en répondant au questionnement sur les aides financières apportées par la puissance publique, l'ACI signé le 20 juin renforce la volonté de voir généraliser l'exercice coordonné afin qu'il devienne le cadre de référence pour l'ensemble des professionnels de santé de ville à l'horizon 2022.

Le principal intérêt du texte de l'accord conventionnel interprofessionnel pris en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé est de fixer dans le marbre les principes de fonctionnement d'une CPTS, son cadre juridique, le rôle des acteurs de cette CPTS et celui de l'ARS et de l'Assurance Maladie, son territoire, ses missions et leur évaluation, les principaux financements auxquels elle peut prétendre, les démarches incontournables pour la créer, du projet à sa validation.

L'ACI définit donc un cadre pérenne d'accompagnement et de financement des communautés professionnelles territoriales de santé, de façon à s'adapter aux spécificités de chaque territoire et de chacune des CPTS. L'ACI a été signé le 20 juin après que les organisations syndicales des différentes professions de santé (une trentaine de syndicats) aient donné leur accord. Cette signature lance concrètement le déploiement des CPTS et répond aux questions que se posaient les professionnels de santé, notamment en matière de financement.

QUELLE COORDINATION ? QUELS ACTEURS ? QUEL TERRITOIRE ?

Parmi les premières règles fixées par l'ACI, on note d'abord la définition de la coordination. Celle-ci est organisée à l'échelle d'une population et d'un territoire. Ainsi le territoire de santé n'est pas défini administrativement - par exemple à l'échelle d'un département ou d'un canton - mais en fonction des flux de patients, des aires de rayonnement ou encore de l'implantation de structures d'exercice coordonné, telles que les Maisons de Santé

pluri Professionnelles (MSP). Une CPTS est initiée prioritairement par les professionnels de santé du territoire. Elle se base sur les besoins des professionnels et les besoins de santé de leur territoire. Il peut s'agir d'un arrondissement ou d'un quartier d'une ville, d'une commune entière, d'une intercommunalité ou encore d'un bassin de vie

QUATRE TAILLES POUR LES CPTS

Quatre tailles de CPTS sont retenues dans les Accords Conventionnels Interprofessionnels :

- Taille 1
moins de 40 000 habitants,
- Taille 2
entre 40 000 et 80 000 habitants,
- Taille 3
entre 80 000 et 175 000 habitants,
- Taille 4
plus de 175 000 habitants.

présent sur plusieurs communes/intercommunalités, etc. Certaines CPTS peuvent se déployer à cheval sur plusieurs départements, elles restent toutefois plus difficiles à mettre en œuvre. Il faut savoir également que le territoire retenu pourra être réévalué au fur et à mesure de la construction et de la vie du projet, et que le territoire de projet d'une communauté professionnelle de santé dessine un périmètre géographique variable selon les lieux, les personnes investies et les dynamiques projets.

Pour être éligibles, les CPTS doivent comprendre différents acteurs du monde de la santé. Il s'agit tout d'abord des professionnels de santé : les pro-

fessions médicales (médecins-généralistes ou spécialistes de proximité, ou exerçant en établissement de santé, sages-femmes et odontologues) les professions d'auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes et psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale et techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes, diététiciens), aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers ; les professionnels de la pharmacie (pharmaciens, préparateurs en pharmacie). Vient ensuite les professionnels salariés des établissements de santé et enfin les professionnels de structures médico-sociales et sociales.

QUEL CONTRAT ? QUELLES MISSIONS ?

Pendant l'élaboration du projet de santé, avant la contractualisation, les promoteurs de la future CPTS peuvent bénéficier d'un accompagnement logistique et financier de l'Assurance Maladie.

Une fois le projet de santé validé par l'ARS, la CPTS peut souscrire au contrat défini dans l'ACI et ce quelle que soit sa forme juridique. Ce contrat demande que la communauté de santé offre la garantie d'une pluri-professionnalité, la possibilité d'adhésion à la communauté des différentes catégories d'acteurs nécessaires à la réalisation des missions (personnes physiques ou morales) et des adaptations aux missions choisies. Cinq missions prioritaires que pourraient assurer les CPTS permettant ainsi aux acteurs de santé d'un territoire de prendre l'initiative de s'organiser eux-mêmes comportent trois missions socles : amélioration de l'accès aux soins ; organisation de

FORAITS 1 PAR TAILLE DE STRUCTURE

LE FINANCEMENT DU FONCTIONNEMENT

Un budget est attribué dès la signature du contrat et sans attendre le démarrage des missions. Il finance l'animation et le pilotage, permet de valoriser le temps consacré par professionnels de santé pour définir et construire les missions et contribue à l'acquisition d'outils informatiques facilitant la coordination.

	Taille 1	Taille 2	Taille 3	Taille 4
Montant annuel par taille	moins de 40 000 habitants	entre 40 000 et 80 000 habitants	entre 80 000 et 175 000 habitants	plus de 175 000 habitants
Financement	50 000 €	60 000 €	75 000 €	90 000 €

FORAITS 2 PAR TAILLE DE STRUCTURE

LE FINANCEMENT DES MISSIONS MISES EN ŒUVRE

Chaque mission est financée en tenant compte de la taille de la CPTS, de l'intensité des moyens déployés pour l'atteinte des objectifs, mais aussi des résultats observés quant à l'impact des missions sur la base des indicateurs fixés dans chaque contrat.

MONTANT ANNUEL	Taille 1 Moins de 40 000 hab.	Taille 2 De 40 à 80 000 hab.	Taille 3 De 80 à 175 000 hab.	Taille 3 Plus de 175 000 hab.
Financement du fonctionnement de la CPTS	50 000 €	60 000 €	75 000 €	90 000 €
Amélioration de l'accès aux soins	40 000 €	47 000 €	65 000 €	80 000 €
Organisation du parcours pluriprofessionnel autour du patient	50 000 €	70 000 €	90 000 €	100 000 €
Développement des actions territoriales de prévention	20 000 €	30 000 €	35 000 €	40 000 €
Développement de la qualité et de la pertinence des soins	15 000 €	20 000 €	30 000 €	40 000 €
Accompagnement des professionnels de santé sur le territoire	10 000 €	15 000 €	20 000 €	30 000 €
FINANCEMENT TOTAL POSSIBLE	185 000 €	242 000 €	315 000 €	380 000 €

parcours pluri professionnels autour du patient ; développement des actions territoriales de prévention, et deux missions complémentaires : développement de la qualité et de la pertinence des soins ; accompagnement des professionnels de santé sur le territoire.

Ces missions ont pour objet améliorer la prise en charge de la population de leur territoire et apporter un soutien aux professionnels dans leur exercice, faciliter et fluidifier les parcours de soins, mobiliser les acteurs du maintien à domicile, communiquer auprès de la population et des acteurs de santé.

Les missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins qui font partie des missions socle sont au nombre de deux.

Il s'agit d'abord de faciliter l'accès à un médecin traitant en mettant en place une organisation facilitant la recherche d'un médecin traitant pour ces patients dans le respect du libre choix des patients et des médecins.

Il s'agit ensuite d'améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville. L'objectif est de proposer une organisation visant à permettre la prise en charge le jour-même ou dans les 24 heures de la demande d'un patient du territoire. À cet égard, plusieurs outils peuvent être mis en place : un dispositif de compensation financière en cas d'éventuelles pertes d'activité liées à l'organisation de soins non programmés ; un outil numérique ou relevant d'une autre forme de régulation, permettant notamment le partage d'agenda, l'orientation des patients et le partage

d'information sur la prise en charge ; un dispositif de traitement et d'orientation des demandes de soins non programmés, qui comprendra à minima une orientation téléphonique par un personnel formé.

La mission en faveur de l'organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient constitue la deuxième mission socle. L'un des enjeux clés de l'amélioration de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge des patients réside notamment dans une meilleure coordination des acteurs dans une dimension pluriprofessionnelle afin d'éviter les ruptures de parcours et favoriser le maintien à domicile des patients.

La mission en faveur du développement des actions territoriales de prévention a pour objectif de développer des politiques de santé publique et de prévention à l'échelle du territoire dans une dimension de prise en charge pluri-professionnelle des patients. Le déploiement d'actions autour d'une thématique en lien avec les besoins du territoire génère des effets plus importants sur les actions de prévention ou de dépistage auprès des patients.

QUEL FINANCEMENT ?

Le principe général est le suivant : les professionnels et les structures membres d'une CPTS conservent leurs modalités de financement et de rémunération habituelles. Le porteur du projet doit formaliser auprès de l'ARS une demande d'accompagnement qui devra présenter le territoire de santé, les acteurs, les thématiques dé-

veloppées, l'organisation envisagée et les moyens financiers estimés.

Les crédits FIR sont là pour rémunérer le temps consacré à la formalisation des projets. Pour le fonctionnement de la CPTS, un forfait structure est accordé par la CPAM. Lorsque le projet est relié à une thématique particulière portée par l'ARS, il s'agira de crédits FIR. D'autres financeurs comme les collectivités territoriales ou les aménageurs peuvent également être sollicités. La principale source de financement pour le fonctionnement est conventionnelle avec l'Assurance Maladie. (VOIR ENCADRÉS CI-DESSUS)

QUELLE ÉVALUATION ?

Le suivi et l'évaluation ont une place particulière dans le contrat. Des indicateurs d'actions et de résultats sont définis pour le suivi et le financement variable de chaque mission déployée par la communauté professionnelle. L'objectif est de valoriser l'intensité des moyens mis en œuvre par la communauté professionnelle et mesurer l'impact des actions de la communauté sur le territoire. Le contrat doit ainsi déterminer les indicateurs retenus pour le suivi des missions ; les indicateurs pris en compte dans le calcul du financement variable alloué à la communauté de santé, mesurant les effets des actions relevant du champ de responsabilité de la CPTS.

Odile Fraye

BAROMÈTRE 2017 DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

L'OCCITANIE FUME TOUJOURS TROP !

La bonne nouvelle : Un million de fumeurs quotidiens en moins en 2017 sur l'ensemble du territoire ! La mauvaise nouvelle pour la région : l'Occitanie est dans le peloton de tête des plus grands fumeurs ! Il reste donc du chemin à parcourir, et il n'est pas inutile de rappeler que le tabac reste la première cause de mortalité évitable.



application de Tabac info service avec l'Assurance Maladie. Les données du Baromètre santé 2017, soulignent de fortes disparités régionales : l'Ile-de-France et les Pays de la Loire sont les régions où l'on fume le moins en 2017 avec des prévalences respectives de 21,3 % et de 23 %. A l'inverse, dans quatre régions les prévalences étaient plus élevées que dans le reste de la métropole : Paca (32,1%), Hauts-de-France (30,5%), Occitanie (30,3%) et Grand-Est (30,1%). Ainsi la région Occitanie se hisse sur le podium de tête des

grands fumeurs en occupant la troisième place. Autre fait marquant, le tabagisme quotidien diminue également chez les fumeurs les plus défavorisés : passant de 39% en 2016 à 34% en 2017 parmi les personnes à bas revenus et de 50% à 44% parmi les personnes au chômage. En conséquence, pour la première fois depuis le début des années 2000, les inégalités sociales en matière de tabagisme cessent de croître. C'est l'un des objectifs du Programme National de Réduction du Tabagisme initié en 2014. « Nous nous sommes engagés chaque année à mesurer la prévalence du tabagisme, indicateur clef pour évaluer l'efficacité des politiques de prévention », explique François Bourdillon, directeur général de Santé pu-



blique France. *Aujourd'hui, cette baisse historique prouve à chacun qu'il est possible de lutter contre le tabagisme grâce à des actions cohérentes et intégrées.*

Philippe Meursault



LES QUATRE SERVICES DE TABAC INFO SERVICE

- **La ligne téléphonique gratuite 39 89**, qui a reçu 50 000 appels en 2017.
- **Le site internet Tabac-info-service.fr**, qui compte plus de 3 millions de visiteurs uniques en 2017.
- **L'application mobile**, disponible sur smartphones et tablettes, qui a été téléchargée 200 000 fois en 2017
- **La page Facebook**, qui compte 100 000 fans.

ÉTUDE INSTALLATION DU CONSEIL DE L'ORDRE

72% DES INTERNES ENVISAGENT UNE ACTIVITÉ LIBÉRALE QUELLE QUE SOIT SA FORME

Lancée par le Conseil national de l'Ordre des médecins début janvier 2019, une étude sur l'installation des jeunes médecins a évalué les conditions de l'exercice professionnel pour mettre en lumière les besoins, attentes et craintes des jeunes et futurs médecins. Les résultats sont tombés : le cadre de vie, les conditions d'exercice, le travail en réseau avec d'autres professionnels de santé et, dans une moindre mesure, les aides financières, sont des facteurs-clés pour l'installation des médecins dans les territoires.

La question de l'installation des médecins et de ses déterminants est essentielle pour accompagner les futures et jeunes générations de médecins à la découverte des différents modes d'exercice et des territoires. C'est ce qui a motivé le Conseil national de l'Ordre des médecins pour lancer cette grande enquête qui a été effectuée durant les deux premiers mois de l'année auprès de plus de 15 000 médecins (des internes, des remplaçants exclusifs, et en grande majorité des médecins installés, en libéral ou salariat).

« L'enquête sur les déterminants de l'installation, les attentes, les besoins et les projets des futurs médecins et des médecins en exercice, à l'échelle nationale, a été conçue afin d'apporter des orientations concrètes et pertinentes pour le développement de l'accompagnement des jeunes et nouvelles générations de médecins », ont expliqué les protagonistes du CNOM en présentant les résultats.

Parmi les résultats que l'on peut classer en sept enseignements, arrive en premier la volonté majoritaire d'installation en libéral pour les internes et les remplaçants : 72% des internes envisagent une activité libérale quelle que soit sa forme contre 19% pour une activité salariée pure. L'attrait de l'exercice libéral chez les futurs et jeunes médecins, dans les projections d'installation, demeure fort. « Ce constat souligne une relative discordance entre les souhaits d'installation des futurs et jeunes médecins, et les constats effectués dans l'Atlas 2018 du CNOM. En effet, 62% des nouveaux inscrits le sont en exercice salarié, 12% s'installent directement en libéral et 23% s'inscrivent en tant que remplaçants, toutes spécialités confondues », notent les rédacteurs du dossier de résultats.

Un besoin d'accompagnement humain dans le processus de concrétisation de l'installation apparaît en second. Pour les remplaçants et les installés, l'Ordre et les confrères sont les deux premiers sollicités pour l'accompagnement du projet professionnel, alors que pour les internes, les collectivités territoriales arrivent en deuxième position, avant l'Ordre. Le questionnaire a cherché à objectiver l'importance des aides financières dans le processus d'installation et ce pour chacune des trois des groupes. On s'aperçoit que l'influence des aides financières à l'installation est toute relative. Même si leur importance semble réelle notamment auprès des jeunes générations, les aides financières ne constituent pas un facteur prédominant qui détermine l'installation des médecins.

Parmi les déterminants liés au territoire d'installation, les deux facteurs les plus prioritaires sont « la proximité familiale » (60% pour les remplaçants et 61% pour les internes) et « la présence de services publics » (57% pour les remplaçants et 62% pour les internes). « Avoir un réseau de transport » est le troisième déterminant le plus mis en avant par les internes (52%) et les remplaçants (37%), pour lesquels il arrive à égalité avec « l'attachement au territoire » (37%). Pour les installés, il apparaît que « l'accessibilité des services publics » est le déterminant prédominant, suivi par le déterminant « transports » suivi de la « proximité familiale » et des « équipements culturels et sportifs ». Bien évidemment parmi les résultats revient l'importance du conjoint. Parmi les internes en couple, 86% pensent que le conjoint est un facteur influençant le projet d'installation.

Dans le registre de l'expansion des nouveaux modes d'exercice, la question des horaires et du rythme de travail revêt une importance significative dans les projets professionnels pour les internes et les remplaçants, puisqu'ils sont plus de 80% à la considérer déterminante. L'analyse en fonction de l'âge fait ressortir une nette prédominance de ce déterminant chez les 30-40 ans par rapport aux plus de 55 ans. Elle entre en résonance avec l'importance du bien-être au travail, l'équilibre nécessaire entre vie professionnelle et personnelle, et la prévention des risques psycho-sociaux.

A la question sur la possibilité d'un risque économique qui peut être un frein à l'installation, respectivement 43% et 59% des internes et remplaçants craignent le risque économique. Ils sont 80% et 92% si on compte ceux répondant "partiellement" ou "un peu".

« C'est un résultat surprise dans la mesure où le manque de médecins dans une grande majorité de territoires n'entraîne pas de difficultés majeures à se faire une patientèle, écrivent les rédacteurs du Conseil de l'Ordre. Nous proposons des pistes d'interprétation, avec prudence, dans la mesure où nous ne disposons pas d'une enquête équivalente explorant l'appréhension du risque économique chez les jeunes et futurs médecins il y a 20 ou 30 ans. (...) Pour les plus jeunes générations, nous avançons l'hypothèse d'une plus grande prise en compte du risque économique du fait de la comparaison aisée entre exercice libéral et salarié. Le questionnement sur la protection sociale, sur les démarches administratives et ainsi que sur une approche globale de la qualité de vie au travail en exercice libéral semble plus prégnant. »

Enfin la phase de remplacement reste importante. 81% des médecins installés ont effectué une période de remplacement exclusif avant leur installation : le remplacement n'est donc pas un frein à l'installation mais semble être une porte d'entrée privilégiée dans le monde professionnel libéral.

COMMISSION ORGANISATION DES SOINS DE L'URPS

QUELLE MÉTHODE POUR LES DÉLÉGATIONS DE TÂCHES ?

Depuis la loi Bachelot, les professionnels de santé peuvent opérer, à leur initiative, des transferts d'actes de soins et réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils sont sensés intervenir dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience. Les protocoles de coopération sont établis sous le contrôle de la HAS, et certains transferts d'activités médicales (examens, suivi des malades) assurés par des médecins vers des personnels paramédicaux (infirmiers, orthoptistes) sont visés par l'URPS avant la décision finale.

La commission Organisation des soins – Délégation de tâches de l'Union régionale des libéraux étudie régulièrement, sous la coordination du Dr Marie-Josée Renaudie, plusieurs protocoles de coopération par an. La dernière réunion de la commission s'est tenue à la fin du printemps. À chaque séance, les membres de la commission affichent leur volonté de veiller à ce que soit maintenue la qualité des soins. Tout en rejetant une médecine *low cost* et en soutenant le principe même de la délégation de tâches, ils souhaitent promouvoir une médecine de qualité. Cette délégation de tâches devrait en effet permettre d'avancer les délais d'accès aux soins dans une période de carence de spécialistes.

Pour avoir la possibilité de mettre en œuvre des délégations de tâches, les médecins libéraux veulent créer un modèle économique. Pour permettre une certaine autonomie, la délégation devrait se faire sous la responsabilité du médecin, qui en assurera le financement. Restent que toutes ces constatations n'empêchent pas l'URPS-ML de se poser des questions.

Organisons-nous d'abord, les délégations de tâches viendront après !

« Il me semble qu'en l'espèce on met la charrue avant les bœufs, rappelle le Dr Maurice Bensoussan, président de l'URPS. Favoriser le développement des délégations de tâches avant que les médecins ne s'organisent, notamment en créant des communautés professionnelles de santé sur les territoires n'est pas logique. Organisons-nous d'abord, les délégations de tâches viendront après ! »

Pierre Kerjean

LE DISPOSITIF VIGILANS SE DÉVELOPPE-T-IL DANS LE BON SENS ?

Le nombre de suicidants ayant eu recours aux soins au moins une fois au cours de l'année écoulée dans un même service d'un même établissement qui offre le dispositif de veille Vigilans a augmenté, selon Santé Publique France. La file active du dispositif de prévention contre le suicide s'allonge effectivement dans les 5 régions, dont l'Occitanie, qui explorent le programme. L'URPS de la région reste réticent à son déploiement tant que le médecin traitant ne sera pas considéré comme un partenaire à part entière dans le dispositif.

Vigilans, dispositif de prévention contre le suicide, est né en 2015 dans le Nord et le Pas-de-Calais. Il permet de garder un contact téléphonique avec les patients ayant été hospitalisés pour tentative de suicide afin de prévenir les récurrences. En janvier 2018, la ministre des solidarités et de la santé, Agnès Buzyn, avait annoncé sa généralisation d'ici à deux ans.

Santé publique France a analysé le processus d'implantation du dispositif dans cinq territoires pilotes : quatre régions (Occitanie, Hauts-de-France, Bretagne, Normandie) et un département (le Jura). L'agence s'est appuyée sur la base de comptes rendus de réunions, d'entretiens semi-directifs avec les professionnels en charge du dispositif ou encore des observations lors des visites des cellules de veille et lors de journées d'échange et de pratiques. Les patients primo-suicidants (une seule Tentative de Suicide-TS) sont recontactés six mois après leur tentative afin d'effectuer un bilan de leur situation personnelle et décider, ou non, de leur sortie du dispositif. « Dans toutes les régions la file active s'allonge et l'on constate les mêmes difficultés pour sortir les patients de la veille », a expliqué Santé publique France. Le nombre de patients inclus dans le dispositif augmente continuellement : alors qu'ils étaient 4.144 pa-

tients inclus en 2016 (quatre territoires), ils sont 7.230 en 2017 (cinq territoires) et 9.822 patients en 2018 (cinq territoires).

UN DISPOSITIF HOSPITALOCENTRISTE L'Union régionale des médecins libéraux d'Occitanie est plus réservée sur le tableau que dresse Santé publique France : « Bien que le dispositif Vigilans fasse partie de la feuille de route de Madame la Ministre de la Santé et des Solidarités, écrit dans un communiqué l'URPS-ML Occitanie, l'Union dénonce « un dispositif hospitalocentriste ! » Et de préciser sa pensée : « Si l'intérêt de maintenir un lien avec les patients ayant été hospitalisés pour une tentative de suicide procède de l'évidence, l'absence de liens prévus avec le médecin traitant ou les autres acteurs de la prise en charge ambulatoire apparaît comme une incongruité. » L'URPS des médecins libéraux d'Occitanie rappelle « les liens qu'elle cherche à tisser entre la ville et l'hôpital au travers de plusieurs démarches et s'étonne de voir ce programme se déployer sans partenariat, dans l'ignorance du parcours de santé et de soins du patient. » À cet égard, le dispositif Vigilans ne semble pas se développer dans le bon sens.

Odile Fraye



DOSSIER

LES HUITIÈMES RENCONTRES DE L'URPS-ML À LA GRANDE-MOTTE



LES NOUVELLES ORGANISATIONS TERRITORIALES POUR LA COMMUNAUTÉ DE SANTÉ D'OCCITANIE

Samedi 15 juin, l'URPS tenait ses huitièmes rencontres à La Grande-Motte. Cette année fut un grand cru, avec la présence de Cécile Courrèges et de Pierre Ricordeau. Toujours à la recherche de solutions pérennes pour la mise en place de parcours de santé sans rupture, les membres de l'URPS médecins et leurs invités ont débattu sur les futures organisations territoriales. Trois débats fructueux ont montré que soufflait sur l'Occitanie de la santé un nouvel état d'esprit : chacun des acteurs a gagné en maturité pour, comme l'a souligné avant les débats le Dr Maurice Bensoussan, « le grand bénéfice des patients et de leurs proches et pour la plus grande satisfaction des professionnels que nous sommes ».

- LA STRATÉGIE DE LA CONFIANCE
Huitièmes Rencontres de l'URPS Médecins libéraux à La Grande-Motte page 10
- MOTS CHOISIS SUR LES URGENCES
Choses entendues pendant les Rencontres page 12
- LES ORGANISATIONS TERRITORIALES VUES D'AILLEURS
Dr Jean-Baptiste Caillard, président de l'URPS-ML des Pays de la Loire page 13
- LE DÉPLOIEMENT INÉLUCTABLE DE LA E-SANTÉ
Évolution des pratiques professionnelles autour de la télémédecine et du partage d'information page 15



HUITIÈMES RENCONTRES DE L'URPS MÉDECINS LIBÉRAUX À LA GRANDE-MOTTE

LA STRATÉGIE DE LA CONFIANCE

Formidable effervescence en Occitanie... vraie révolution culturelle... pari considérable... mobilisation essentielle ! Tels sont les mots forts qu'ont prononcés avec une apparente sincérité tous les participants aux 8es Rencontres de l'URPS-Médecins Libéraux qui se sont tenues le 15 juin dernier à La Grande-Motte. Face à cette exubérance, les observateurs extérieurs pouvaient être agréablement surpris. Durant ce congrès dont l'objet était la réflexion autour de la mise en place de parcours de santé sans rupture grâce aux nouvelles organisations territoriales, ils ont pu constater une entente cordiale affichée par des personnalités de la santé qui n'avaient pas donné l'habitude de vouloir se comprendre, s'apprécier, se respecter et se faire confiance. Cette confiance est sans nul doute le meilleur indicateur d'un nouvel état d'esprit et d'une stratégie de la vérité que chacun des protagonistes a décidé de faire sienne.

Deux raisons à cela. La première est le changement d'équipe à l'ARS Occitanie, qui a eu pour effet, selon le Dr Maurice Bensoussan, d'opérer un virage à 180 degrés. La Haute administration de la santé a changé d'attitude, elle a décidé de jouer la carte de la confiance. La traduction de cette attitude est la signature par tous les acteurs de santé de la région, en mars dernier, de la convention du déploiement des CPTS. Un événement que chacun s'accorde à juger remarquable : la deuxième raison.

Aux huitièmes Rencontres de l'URPS qui se sont tenues le 15 juin dernier à La Grande-Motte, les nouvelles organisations territoriales étaient une fois de plus au cœur de toutes les préoccupations des médecins libéraux. Avec en vedette américaine une organisation rêvée constituée demain des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, des hôpitaux de proximité et des Groupements Hospitaliers de Territoire qui doivent répondre ensemble aux besoins en santé de la population et aux problématiques d'accès aux soins sur les territoires. Et, avec en vedette principale la CPTS ! Le Dr Maurice Bensoussan n'a pas caché sa fierté d'avoir, le 14 mars dernier, signé avec l'ensemble de toutes les unions professionnelles de santé d'Occitanie, l'ARS et l'Assurance Maladie une convention de partenariat pour faciliter le déploiement des CPTS en région : « Cette convention se veut opérationnelle dans une démarche de co-construction à l'échelle de chaque département de la Région. Au-delà des mots, cette

approche est inédite en France », a souligné le président de l'URPS-ML.

J'ÉTAIS TRÈS DUBITATIF

Inversons le déroulement de la journée de La Grande-Motte. Commençons par la vedette principale, ce sujet « exemplaire », selon Maurice Bensoussan. À cet égard, plusieurs participants des Rencontres se sont laissés aller à des confidences.

« Il y a quelques années j'étais très dubitatif quand on me parlait de ces CPTS et de la régionalisation du système de soins, explique **Richard Fabre**, le président de l'URPS-Biologistes Occitanie. Je n'étais pas un fervent partisan. Je dois avouer que j'ai mis trois à quatre ans avant de comprendre les tenants et les aboutissants de toutes ces nouvelles organisations. » Et celui qui a, aujourd'hui, en charge la coordination du nouveau guichet CPTS soutenu par les 10 URPS



d'Occitanie déclare, pince-sans-rire : « Maintenant, j'ai compris. »

Un autre participant était dans le même état d'esprit. Il s'agit de Cécile Courrèges, directrice générale de la DGOS au Ministère des solidarités et de la santé. Elle affirme d'entrée de jeu, et très honnêtement : « Je ne croyais pas aux CPTS en 2016. Selon moi, c'était un système remplaçant le service territorial de santé qui s'était effondré au Parlement. Il avait été donc renégocié à la va-vite dans un bureau ministériel avec les organisations syndicales de médecins pour commander quelque chose qui était acceptable par les différentes parties mais qui n'allait pas être nécessairement pensé. »

Cécile Courrèges est devenue aujourd'hui une farouche défenderesse des CPTS, qui sont, selon elle, une des pièces maîtresses des organisations territoriales.

Cette belle unanimité, les participants du Congrès l'ont affichée, interprétée et répétée sur tous les tons, sur tous les modes : « Il faut travailler en-

semble ! » tonnent, volontaires, les représentants des URPS, de l'ARS, de l'Assurance Maladie, de la Direction Générale de l'Offre de soins. Conscients que des questions restent à résoudre, que des freins psychologiques et des difficultés techniques sont à lever, ils estiment qu'une mobilisation générale des professionnels de santé autour de la création de ces dispositifs est la clé de la réussite du déploiement des nouvelles organisations. Chacun le dit à sa façon.

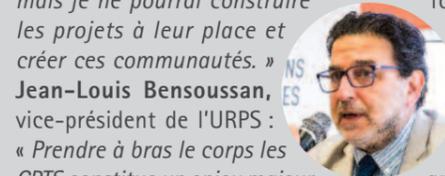


Cécile Courrèges : « On compte énormément sur vous, professionnels de santé ! »

Le **Dr Philippe Cuq**, vice-président de l'URPS-ML : « Nous devons faire attention à n'oublier personne, à emmener tous les professionnels de santé dans cette affaire. »



Pierre Ricordeau, Directeur Général de l'ARS Occitanie : « Ce sont principalement les professionnels qui vont construire les projets, les porter et être au cœur de cette transformation du système de soins dans les territoires. » Et aussi : « Jamais je ne pourrai construire les projets à leur place et créer ces communautés. »



Jean-Louis Bensoussan, vice-président de l'URPS : « Prendre à bras le corps les CPTS constitue un enjeu majeur pour nous, les généralistes libéraux. C'est une dernière chance pour l'exercice libéral tel qu'on le connaît aujourd'hui. Il ne faut absolument pas louer cette partie de la mise en place des CPTS. »

Richard Fabre : « La question est de savoir comment peut-on concrètement aider nos confrères à rentrer dans ce nouveau système qui est une véritable révolution. Tout le monde l'a compris à commencer par les ministères, les CPTS ne se décrètent pas avenue de Ségur mais dans les territoires. »

Aussi comment opérer ? La méthode est, selon les intervenants, de partir du territoire, et de là partir des pro-

fessionnels de santé. Ces professionnels de santé doivent être informés, mobilisés, et pour finir encadrés et accompagnés. Ceci veut dire que le programme du déploiement prendra plusieurs années, car l'objectif est de toucher tous les professionnels du territoire régional, sans exception. Pour cette première étape d'information et de mobilisation, le

guichet CPTS des URPS Occitanie, chargé d'aider et de conseiller les porteurs de projets, va organiser pendant les prochains mois des grand-messes dans les 13 départements de la région pour aller à la rencontre des professionnels de santé : ceux qui lancent des projets en cours mais également ceux à qui l'on veut faire découvrir les CPTS. Ce n'est que dans un second temps qu'il faudra produire les CPTS auprès des usagers pour en faire comprendre la destination : « Une CPTS, explique Jean-Louis Bensoussan, ne devrait pas être uniquement un outil de l'accès aux soins primaires mais aussi de l'accès aux soins secondaires. Pour les spécialistes libéraux, c'est à travers des CPTS qu'il faut améliorer l'accès au second recours. Certaines spécialités ne peuvent plus

Suite page 12 >

VALÉRIE GARNIER,
PRÉSIDENTE DE L'URPS
PHARMACIENS OCCITANIE



LES PREMIERS PAS D'UN DÉCLOISONNEMENT

Valérie Garnier est présidente de l'URPS Pharmaciens Occitanie qui compte 2000 pharmacies et près de 5 000 pharmaciens sur l'ensemble de la région. Cette union s'est lancée tôt dans la bataille du décloisonnement. Elle s'en souvient : « Lorsque l'on a commencé à vouloir mettre en avant les difficultés de cloisonnement et les points de parcours critiques du système de santé durant l'élaboration de la loi de modernisation, nous avons souhaité justement mettre un accent particulier sur le lien ville-hôpital. Dès le début 2010, nous avons voulu faire tomber cette barrière qui existait encore entre l'hôpital et la ville. Et contrairement aux médecins, nous n'avons pas d'exercice mixte, c'est à dire qu'il existe des pharmaciens à l'hôpital et des pharmaciens libéraux en ville. Nous avons donc souhaité créer un lien qui nous paraissait naturel entre les pharmacies qui travaillent dans le secteur hospitalier et les pharmacies de la ville. Nous avons lancé plusieurs comités de pilotage entre ville et hôpital. Et en travaillant énormément dans ce sens, je pense que nous avons fait évoluer les choses. »



ILS SE SONT EXPRIMÉS PENDANT LES RENCONTRES

MOTS CHOISIS SUR LES URGENCES



**DR JEAN-LOUIS
BENSOUSSAN, 1ER VICE-
PRÉSIDENT DE L'URPS-ML
GÉNÉRALISTE À
CASTELMAUROU – HAUTE GARONNE**

« Certains de mes patients qui vont aux urgences me le disent 3 à 4 jours après. Ils n'ont même pas téléphoné au cabinet avant d'y aller : « Ah, de toute façon, vous êtes sur rendez-vous, Docteur ! On savait qu'on ne pouvait pas venir vous déranger. Ils sont allés aux urgences pour un fait banal c'est ainsi que notre information est assurée. »

**DR PHILIPPE CUQ, VICE-PRÉSIDENT DE
L'URPS-ML, CHIRURGIEN
VASCULAIRE, À TOULOUSE –
HAUTE GARONNE**

« Plus de 50 % des patients qui se présentent aux urgences hospitalières n'ont pas à y être. Pourquoi y vont-ils ? Il faut balayer un peu devant notre porte. Pendant des années, on a tapé sur la médecine libérale. On lui a donné un peu de moyens mais on ne l'a pas sécurisée. À 19 heures, les médecins ont tiré le rideau de fer et ils ont dit aux patients d'aller là où il y a de la lumière, là où c'est gratuit, là où on peut tout faire. Il faut donc remettre des moyens dans le secteur libéral pour soulager les urgences hospitalières. In fine, ça coûtera moins cher. Je rappelle que l'addition est lourde. Une partie de cet argent pourrait aller vers les médecins de premier recours, pour créer des maisons de soins non programmés, donner les moyens pour une assistance qui permettrait de rendre service à la population qui a besoin de soins. Les CPTS peuvent y conduire. »



**DR OLIVIER DARREYE, GÉNÉRALISTE
À VAYRAC – LOT**

« Pourquoi tant de gens se retrouvent aux urgences ? Parce que les gens ne savent pas où aller. Pourquoi les gens ne savent pas où aller ? Parce qu'ils n'ont pas de schéma fléché ! Sur les 10 millions de patients qui vont aux urgences et qui n'ont pas besoin d'y aller, on peut compter trois patients par semaine qui pourraient se rendre chez un médecin généraliste plutôt que de se rendre aux urgences. Puisque ce n'est pas fléché, il nous faut absolument en journée un système de régulation. Le médecin traitant n'est pas disponible. Son patient compose sur mon smartphone le 116 117 (un numéro unique national serait le bienvenu). On lui propose le service d'un médecin qui peut le prendre en charge très rapidement. Il s'agit d'un des socles des CPTS ! Si l'on ne peut pas disposer de ce système, les CPTS ne servent à rien, c'est pas la peine d'aller plus loin. »



DR JEAN-BAPTISTE CAILLARD, PRÉSIDENT DE L'URPS-ML DES PAYS DE LA LOIRE LES ORGANISATIONS TERRITORIALES VUES D'AILLEURS

Il y a un an, les membres de l'URPS Médecins des Pays de la Loire ont commencé à s'intéresser aux Communautés professionnelles territoriales de santé. Ils ont traversé la frontière de la région pour aller voir ce que faisaient à ce sujet leurs voisins qui, eux, avaient lancé leur première étude sur les CPTS en 2016.

« Nous avons repris la méthode de la région Centre, dit le Dr Jean-Baptiste Caillard, président de l'URPS-ML des Pays de la Loire. La méthode est simple. Elle est basée sur l'envie des professionnels de changer ce qui ne va pas dans leur territoire. Une initiative essentiellement libérale, un besoin de responsabiliser les libéraux par rapport à la population pour gagner ensemble et être une force de proposition et également une force politique ! » La CPTS est, selon le cardiologue angevin, la force politique pour être partenaire avec les autres acteurs du territoire et devenir incontournable. « Notre accompagnement pour les CPTS en Pays de la Loire consiste à donner aux professionnels l'envie d'être vraiment les propres décisionnaires de ce qui se passe sur leur territoire. » L'Inter-URPS a recruté trois chargés de mission qui accompagnent 15 territoires pour une quinzaine de projets. « Nous n'avons pas voulu aller trop vite parce nous voulions prendre du recul par rapport à ces projets. C'est la raison pour laquelle nous ne sommes pas encore dans l'opérationnel. » Si aujourd'hui des territoires de santé sont déjà identifiés comme des super MSP qui correspondent à des CPTS, les professionnels de santé des Pays de la Loire



ont fixé l'échéance de fin 2020 pour faire une identification complète d'initiatives territoriales. Ainsi ont-ils décidé de planifier cette mise en œuvre du choix coordonné ! Pour ce faire, ils se sont appuyés sur le savoir-faire de Cécile Courrèges, directrice de la DGOS, qui était à l'époque directrice de l'ARS Pays de la Loire. « Nous ne voulions pas commencer dans notre région par les solutions les plus difficiles à mettre en place, celles qui correspondaient finalement à un niveau supérieur. Nous avons commencé par les équipes de soins primaires. Les ESP ne représentent que le premier recours, les CPTS le second recours. Nous avons pensé qu'il fallait donner aux professionnels qui ne sont pas dans des MSP la possibilité d'organiser les soins coordonnés. » Parce qu'il était difficile de mobiliser toutes les URPS sur ce thème, l'URPS-ML a lancé l'opération avec l'URPS-Infirmiers libéraux. Infirmiers et médecins ont été financés par l'ARS pour réfléchir autour de leurs projets, pour donner aux professionnels l'envie de travailler ensemble et formaliser ce qu'ils faisaient déjà. « En fait les ESP existent déjà dans tous les territoires, dit le Dr Jean-Baptiste Caillard. Partout nous travaillons ensemble entre professionnels. Simplement ce n'est pas formalisé avec des

Suite de la page 11

continuer à travailler avec des délais de 50 jours, 90 jours, voire 6 mois. Les usagers ne se plaignent pas de ne pas trouver de médecin traitant, ils se plaignent d'avoir des délais considérables sur l'accès au second recours. »

C'EST FACILE D'ÊTRE PRESCRIPTEUR NORMATIF

Autre étape supplémentaire à celle de la mobilisation : promouvoir le travail en commun, ce qui « fait sens pour répondre mieux aux besoins des patients », comme le dit Pierre Ricordeau. La réussite de cette réforme repose sur une alliance à plusieurs : la construction de la base de cette alliance est à l'initiative des professionnels de santé qui reçoivent le soutien et l'accompagnement des acteurs institutionnels, comme l'ARS, l'Assurance Maladie et des élus qui portent également sur leurs épaules les enjeux sur les territoires.

« Aujourd'hui la pression est tellement forte face à la réponse à donner à l'accès aux soins que ça aboutit à des confrontations, voire des oppositions des acteurs, ce qu'il nous faut éviter, dit Cécile Courrèges. Effectivement nous sommes à un tournant et la balle est dans nos mains. Je me sens autant comptable que tous les professionnels de santé de ce qui va se passer demain dans les territoires. Nous avons fait un pari que j'assume parfaitement. » Pour que sa démarche soit bien comprise, la directrice générale de la DGOS précise : « On a dit à tort que c'est une loi de planification, d'organisation. Ceux qui l'ont lue, ils ont pu constater que, pour la première fois, on ne norme pas, on ne prescrit pas. Nous avons refusé de définir les missions des CPTS, d'intervenir sur le périmètre de leurs territoires, de dessiner leurs configurations. C'est tellement plus facile pour une autorité ministérielle nationale d'être prescripteur normatif, et d'imposer un règlement pour tout le monde que d'accep-

ter que les choses soient différemment d'un territoire à l'autre. » D'une certaine manière, avec cette loi sur les CPTS, la Haute administration de la santé gagne en modernité en desserrant les liens d'un cadre trop contraignant : « C'est une loi moderne, dit effectivement le directeur de l'ARS en écho aux propos de Cécile Courrèges. Elle donne quelques grands principes. Certes un accord conventionnel va préciser les choses pour donner un modèle économique. Il reste une grande liberté. Il n'y aura aucune CPTS qui sera identique à une autre CPTS parce que tout va dépendre des besoins des territoires, des acteurs d'un territoire. »

En revanche, on y retrouvera le même moteur à savoir les besoins de la population d'un territoire, on y retrouvera toujours la pluri-professionnalité, avec des professionnels libéraux, médecins mais aussi infirmières, pharmaciens, biologistes, masseurs kinésithérapeutes, etc. En se mettant en-

semble pour prendre des engagements vis à vis de la population de ces territoires et répondre à ces besoins, ces professionnels vont s'organiser, se coordonner pour tenir leurs engagements. »

Parmi les engagements, il y a notamment l'organisation des soins non programmés qui aura un impact sur les questions de l'urgence. Il faudra également se donner les moyens humains pour assurer la coordination, ainsi que les moyens technologiques, à cet égard le programme Parcours qualité va y contribuer. « Seconde révolution, explique Pierre Ricordeau, il faut faire en sorte que l'approche du praticien ne soit pas dans la direction de ses seuls patients mais plutôt en direction de la population du territoire où il exerce. Ainsi, on entre plus facilement dans les logiques de prévention et de gestion de la santé, on ne répond pas essentiellement à un besoin de soins unique à un moment donné. »

Cela rend lisible une organisation d'un parcours de santé. Sur leur territoire, les citoyens doivent voir clairement ce dont ils ont besoin pour gérer leur santé. La porte d'entrée étant bien identifiée, ceci devrait permettre de les prendre en charge et de les guider.

UN ECHEC ABSOLU, UNE CHIMÈRE OU QUELQUE CHOSE DE POSITIF

Les dispositifs CPTS auxquels l'ensemble des URPS d'Occitanie souscrivent « vont, souligne le Dr Maurice Bensoussan, nous permettre de travailler et de construire collectivement des réponses adaptées. » Ils ne sont pas les seuls. CPTS, GHT, hôpitaux de proximité, supports de e-santé, il appartient aux professionnels de santé « de les faire vivre et de les faire travailler ensemble au plus près des territoires, avec les acteurs de terrain pour créer des dispositifs opérationnels au bénéfice des patients et de leurs proches. »

Ainsi la nouvelle structure territoriale décloisonnée, à créer autour de trois piliers qui fait débat (les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, les hôpitaux de proximité et les Groupements Hospitaliers de Territoire), participe-t-elle à l'amélioration de l'organisation coordonnée et fluide des soins de proximité ? Une ébauche de réponse avec le premier sujet d'étude : les liens entre Communauté professionnelle territoriale de santé et Groupement hospitalier de territoire. Le Pr Laurent Schmitt, Président de la CRSA Occitanie prend l'exemple de l'hybridation qui concerne en l'espèce une CPTS et un GHT, et rappelle que l'hybridation « peut donner naissance soit à un animal fabuleux, une chimère, en d'autres termes à un échec absolu, soit à quelque chose de positif ». Le Groupement Hospitalier de Territoire, qui, aux yeux du médecin, a été une construction lar-



gement hospitalière doit pourtant s'ouvrir impérativement aux autres partenaires et notamment aux CPTS. En filigrane apparaissent les liens avec tous les professionnels de santé. Qu'est-ce qu'un CHU et un GHT doivent structurer ? demande le Pr Laurent Schmitt : « le CHU est le lieu naturel du recours et de la complexité. Le recours, ce sont par exemple les urgences. Beaucoup de ces CHU ont un certain nombre de disciplines qu'on ne trouve pas ailleurs. Cette complexité, beaucoup d'autres peuvent la traiter. » Quelles sont les conditions pour une hybridation entre GHT et CPTS ? « C'est d'abord former des médecins généralistes à des compétences pluri professionnelles, faire en sorte que des spécialistes aillent dans des cabinets de médecine libérale. Il y a actuellement un manque cruel de connaissance des spécia-



listes sur ce qu'est la médecine libérale. La formation exclusivement hospitalo-centrée ne les forme pas à la médecine de ville. » Il est nécessaire de savoir ce que sont les réseaux et connaître leur fonctionnement, recommande le Pr Laurent Schmitt : « Il faut aussi apprécier également la dimension de partenariat avec les établissements privés, qui peut être parfois concurrentiel ; cela conduira à une hybridation réussie. Une occasion pour Lamine Gharbi, président de la Fédération Hospitalière Privée, de faire une offre au directeur général du CHU de Montpellier, Thomas Le Ludec, présent aux Rencontres : « Pense à moi quand tu vois qu'il y a trop de brancards dans tes couloirs : il y a cinq beaux services d'urgences privées à Montpellier. C'est magique ! »

contrats. » Les infirmiers et les médecins ont donc travaillé ensemble sur des protocoles d'organisation qui ont abouti à la signature avec l'ARS d'un cahier des charges. Ce cahier reprend pratiquement dans ces grandes lignes celui d'une MSP. Et pour porter ce qui est structurel, ils ont fondé une association intitulée ESP-CLAP (Coordonner Localement Autour du Patient) qui accompagne toutes les demandes d'équipes de soins primaires à condition qu'il y ait un médecin et un autre professionnel. Avec la possibilité pour cette équipe d'accompagner leurs patients à domicile, assurer la coordination autour du patient avec des visites conjointes au domicile du patient financées par l'association, la coordination en dehors du domicile du patient qui aboutit à la signature de protocoles. Aujourd'hui, il y a des ESP-clap comptant 10 médecins et 50 professionnels qui n'ont ni le désir, ni les possibilités de faire une MSP, soit pour des raisons logistiques, soit pour des raisons de soins. Une fois que le contrat de santé est signé à posteriori avec l'ARS, « nous finançons tout ce que les professionnels ont réalisé. C'est une somme forfaitaire par professionnel pour élaborer le projet de santé et mettre en œuvre le projet de santé avec les financements adéquats pour toutes les coordinations ». Une ESP est donc financée comme une MSP mais à partir de fonds FIR. Actuellement en Pays de la Loire, 25 équipes ont signé avec l'ARS, 64 équipes sont sur les starting blocks. Pour effectuer le déploiement, les 2 URPS ont mis un an. Philippe Meursault



Il rappelle que la situation sanitaire de l'Occitanie « est bénie » parce qu'il y a, dit-il, caustique, « une population forte d'établissements privés capitalistiques ». Avec à l'appui des comptes précis : « Sur les 160 établissements privés d'Occitanie, nous avons 25 services d'urgences privées contre 121 sur tout le territoire et 42 départements en France où il n'y a pas de privé. Nous prenons en charge 500 000 patients, nous pourrions doubler notre accueil. »

Selon lui, les raisons sont simples : « Il y a 20 ans nous avons été quelques-uns du privé à croire aux urgences sur le territoire de l'Occitanie. Ce n'est pas le fait du hasard. En Rhône-Alpes, il y a 18 services, à Paris Ile-de-France 14 services. Nous sommes la première région parce qu'on y a cru. Nous avons toujours pensé que l'établissement a un avenir s'il répond à un besoin. Et ce besoin c'est l'urgence, la permanence des soins et la prise en charge de nos aînés en médecine. En chirurgie nous sommes arrivés à 65 % de chirurgie ambulatoire et nous avons atteint un palier assez important. Pour corollaire, cette organisation nous libère de la place dans les établissements. »

LE PREMIER RECOURS CE N'EST PAS L'HÔPITAL, C'EST LA VILLE

Comme l'ambiance de cette journée était au beau fixe, à la différence de la météo grisaille, au point de surprendre un jeune médecin martiniquais, porteur d'une CPTS dans son île, venu en métropole et notamment à La Grande-Motte pour écouter ses pairs parler de communautés de santé, et qui n'avait pas l'habitude d'assister à une telle unanimité et d'entendre des discours aussi positifs, Thomas Le Ludec n'a pas dérogé à la règle. Le directeur général du CHU de Montpellier, venu aux Rencontres en tant qu'un des vice-présidents pour l'Occitanie de la FHF et président du comité stratégique du Groupement hospitalier de territoire, a expliqué,



De g. à d., le Dr Bensoussan président de l'URPS Médecins libéraux d'Occitanie, Laetitia Goëau, sous-directrice régionale en charge de la gestion du risque Occitanie à l'Assurance maladie, le Dr Emmanuel Gagneux, du service médical de la Caisse d'assurance maladie Occitanie, Cécile Courrèges, directrice générale de la DGOS au Ministère de la Santé et de la Sécurité, Lamine Gharbi, président de la Fédération Hospitalière Privée, Pierre Ricordeau, directeur général de l'ARS.

sans se forcer, devant des médecins ravis, « qu'en Occitanie, le premier recours ce n'est pas l'hôpital, le premier recours c'est clairement la ville. Le premier recours, ce n'est pas l'hôpital dans l'esprit de ceux qui ont conçu cette réforme, ce sont vraiment les professionnels de la ville dans leur diversité, des médecins généralistes aux médecins spécialistes, en passant par les infirmières et les biologistes. »

À ses yeux, le plan de la santé 2022 constitue « une transformation de long terme qui s'ouvre à nous avec un virage très net vers le premier recours ». Pour être tout à fait clair, Thomas Le Ludec, avec les organisations qu'il représente, est en total désaccord avec l'Association nationale des centres hospitaliers locaux qui définissent les ex-hôpitaux locaux, les futurs hôpitaux de proximité, comme les hôpitaux du premier recours : « Nous ne sommes pas du tout sur cette ligne. Les hôpitaux locaux de proximité sont des éléments d'appui, qui viennent faire le lien entre les soins de premier recours en ville et puis le second recours voire le troisième recours. C'est un lieu qui peut venir d'une opération d'hybridation ou en tout cas de transition. »

Le directeur général du CHU de Montpellier se félicite de l'hétérogénéité de l'offre de soins en Occitanie des différents établissements, publics, et médico sociaux également. Les situations

sont diverses avec un territoire régional très complexe avec des zones montagneuses, des zones de plaine, des zones faiblement denses sur le plan démographique et d'autres beaucoup plus denses. « Au fond, demande-t-il, qu'est ce qui nous unit dans cette région bénie des dieux ? C'est un certain nombre de thématiques de santé publique spécifiques à l'Occitanie, un vieillissement plus soutenu que dans le reste de la France, une

croissance démographique qui s'accroît, et des particularités en matière d'inégalités sociales. Ce qui va nous unir passe donc par certains éléments du projet médical (vieillesse, santé mentale et maladies chroniques) pour lesquels nous nous mobilisons. »

Cette mobilisation autour de ces sujets dont les contenus sont au cœur du développement des organisations territoriales se doit effectivement d'être partagée par tous les acteurs du soin, à quelque échelon que ce soit. Et en premier lieu être informés sur cette grande réforme du système de santé : « Sur 15 500 employés que comptent le CHU de Toulouse, très peu connaissent les nouvelles organisations territoriales, et au premier chef les CPTS, explique Marc Penaud, directeur général du Centre hospitalier universitaire de Toulouse. Il est vrai que c'est récent, ce qui explique cette méconnaissance. »

« Nous y remédions. Nous en parlons maintenant de façon régulière à la fois dans nos instances représentatives et à chaque fois que nous prenons des décisions qui engagent le CHU. Cela fait partie intégrante de notre projet d'établissement. Dans nos objectifs stratégiques, nous avons fixé l'ouverture de l'hôpital sur la ville afin de tisser des liens indispensables. Ceux qui ont lu le projet d'établissement de notre hôpital savent que ça existe dorénavant. »

TRAVAILLER EN CONFIANCE ET FAIRE CONFIANCE

On le voit, au travers de ces débats, de l'expression de la volonté des uns et des autres et de leurs postures, tous les acteurs du soin ont gagné en maturité. La meilleure traduction de ce nouvel état d'esprit a un nom : la confiance. « Nous devons pouvoir travailler en toute confiance », souligne Pierre Ricordeau, indiquant au préalable souhaiter « faire confiance dans l'engagement des professionnels de santé libéraux ». Le Dr Maurice Bensoussan ne dit pas autre chose : « Nous voulons réussir ce pari d'organiser l'offre de soins libérale sur l'intégralité du territoire et nous espérons pouvoir être dignes de la confiance que l'on nous a accordée. »

Luc Jacob-Duvernet

ÉVOLUTION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES AUTOUR DE LA TÉLÉ-MÉDECINE ET DU PARTAGE D'INFORMATION

LE DÉPLOIEMENT INÉLUCTABLE DE L'E-SANTÉ



Il y a 17 ans, les premiers logiciels mis en place dans le cadre du système de soins remplaçaient les échanges de disquettes entre les hôpitaux, l'Assurance Maladie et la trésorerie générale. Depuis 15 ans, on a vu se multiplier de façon exponentielle les échanges de données dans tous les domaines médicaux, médecine de ville, laboratoire, établissement français du sang, Assurance Maladie, complémentaire santé, etc. Ceci constitue une révolution numérique en matière de santé qui a un impact déterminant sur les nouvelles organisations territoriales.

Au-delà de la multiplication des échanges de données en matière de santé, les sources de données en font autant.

« Dans quelques années, explique Laurent Frigara, Président directeur général délégué de Enovacom (Orange Business Services), tout sera connectable et tout sera connecté. Tout objet de soins, tout patient seront connectés, ceci va encore augmenter la quantité d'échange et la quantité de données stockées. Il faut absolument mettre en place une infrastructure informatique au-delà des outils et des logiciels d'étude de la gestion de patients. »

Quand le Dr Jean-Christophe Calmes, médecin généraliste à Frontignan, dans l'Hérault, fait lui aussi un retour en arrière et pense à l'achat en 1995 de son premier ordinateur avec deux disques durs de 250 mégas, il peut mesurer le chemin parcouru et celui à parcourir, « une révolution qu'on devine et dont le maître-mot est la communication. »

Aujourd'hui, l'élu URPS commence à être bardé d'outils : « Je me sers d'un électrocardiogramme connecté lorsque j'ai un problème. Je fais de la télé-médecine depuis longtemps sans le savoir. J'appelle mon cardiologue correspondant. Je lui ai dit : regarde les résultats de ce patient, dis-moi ce que tu en penses ; qu'est-ce que je dois

faire ? Aujourd'hui la communication fait la révolution médicale de la prise en charge coordonnée des malades. »

Et les exercices coordonnés ne peuvent exister sans le support numérique. Cela semble irréversible.

« Risque-t-on de perdre notre âme de médecin à laisser ces objets se développer ? demande le Dr Jean-Christophe Calmes. L'humain reste et restera central. Tous ces outils numériques qu'on est en train de déployer sont et doivent rester simplement des outils au service de l'amélioration de la relation de soin et de l'amélioration de la prise en charge du patient »

Pour affronter cette révolution numérique dans la santé, les professionnels doivent être accompagnés. « Notre mission d'accompagnement des infirmiers dans l'implication numérique sera professionnelle et culturelle, dit Jean-François Bouscarain, Président de l'URPS Infirmiers Libéraux d'Occitanie. Il nous faudra aider nos collègues à adopter la bonne posture, c'est-à-dire à ne pas faire n'importe quoi entre la téléconsultation et la télé expertise. Cette posture passe par une réflexion sur l'éthique et oblige à pratiquer les bons usages avec son smartphone et toutes les données de santé mis à notre disposition. »

Quel véhicule utiliser ? Le Dr Philippe Cuq, vice-président de l'URPS-ML dit militer depuis longtemps pour un WhatsApp médical sécurisé : « Il nous permettra de communiquer entre nous sans aucun problème. Deux points me paraissent essentiels : le territoire doit être couvert par le réseau ; on doit tous avoir un WhatsApp médical sécurisé. À partir de là les choses vont s'améliorer et nos problèmes de communication vont disparaître. »

Un avis que partage Jérôme Euvrad. Le président du GIP E-santé Occitanie estime que la solution est effectivement la messagerie instantanée : « On peut avoir un échange immédiat parce qu'on a toujours son smartphone sur soi. C'est ainsi que cela fonctionne. » La messagerie instantanée sécurisée est aujourd'hui à un stade d'expérimentation puisqu'elle est disponible technologiquement. « Il faut que les médecins d'Occitanie se l'approprient », dit Jérôme Euvrad. À la fin du deuxième semestre 2019 cette messagerie devrait être disponible pour l'ensemble des communautés. « C'est un réseau de confiance qui va être mis en place. La confiance numérique !

En attendant les solutions technologiques, il est sans doute nécessaire de lever

quelques freins psychologiques et casser des habitudes. Richard Fabre, président de l'URPS Biologistes d'Occitanie, en veut pour preuve son expérience personnelle : « Le soir, dans mon laboratoire, je signe mes dossiers. Sur les 150 dossiers que je vois par jour, il y en a dix qui posent un problème, souvent d'urgence vitale ! Je dois joindre un médecin correspondant. Là, ça devient compliqué. Si c'est un médecin hospitalier, j'abandonne. Si c'est un médecin libéral qui peut être quelquefois de l'autre côté de ma rue, c'est tout aussi compliqué. Tous les soirs, ma secrétaire ou moi passons une heure et demie à deux heures à essayer de joindre les médecins. Je connais à peu près toutes les musiques d'attente et tous les opérateurs téléphoniques. On finit toujours par y arriver. Les nouveaux outils qu'on nous promet sont sans doute superbes, mais le plus important est la volonté de communiquer. Aujourd'hui, je le dis clairement à tous les médecins correspondants : vous pouvez m'appeler à 17 heures pour une urgence, il n'y a pas de souci. Je prends votre urgence si vous me donnez le numéro de votre téléphone portable. Sinon je ne prends pas l'urgence. »

Pierre Kerjean

ENJEUX, DIFFICULTÉS, PLACE DE L'URPS

LES MÉDECINS DES FUTURES CPTS D'OCCITANIE TÉMOIGNENT

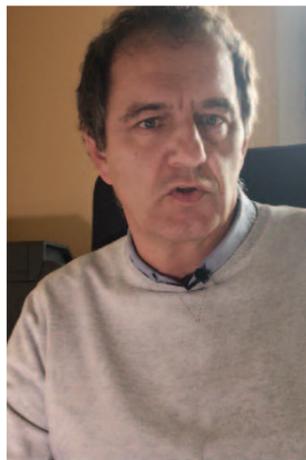
Quels sont les enjeux du projet de CPTS sur lequel vous vous investissez ? Quelles sont les difficultés que vous rencontrez et l'aide pratique dont vous avez besoin ? Que diriez-vous à vos confrères qui souhaitent participer à la mise en œuvre de ce nouveau dispositif ? Ce sont les questions auxquelles ont bien voulu répondre les médecins généralistes promoteurs d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé que chacun veut lancer aujourd'hui dans le bassin de son cabinet. Les réponses diffèrent selon le degré d'avancement des projets, mais toutes montrent la détermination de ces praticiens innovateurs. C'est à fois une palette de constats sur l'exercice médical, mais aussi un formidable appel en direction de leurs confrères pour qu'ils les rejoignent dans cette aventure capitale de la création des CPTS.

Les 3 questions posées aux médecins

- Quels sont les enjeux du projet de CPTS sur lequel vous vous investissez ?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez et l'aide pratique dont vous avez besoin ?
- Que diriez-vous à vos confrères qui souhaitent participer à la mise en œuvre de ce nouveau dispositif ?

Moyenne d'âge : 55 ans (de 43 ans à 62 ans). Ces 6 médecins viennent de l'Aude, l'Hérault, la Haute-Garonne et des Hautes-Pyrénées. Ils ont eu l'idée de lancer autour de leur cabinet une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé. Ce sont les véritables promoteurs des CPTS d'Occitanie de demain ! Ils répondent à nos trois questions, et leurs propos sont riches d'enseignements. On pourra retrouver les vidéos de ces entretiens sur le site de l'URPS-ML consacré à la promotion des CPTS. Et on découvrira d'autres témoignages dans le prochain numéro de la revue MÉDECIN D'OCCITANIE.

BRUNO GAY, 57 ANS, MÉDECIN GÉNÉRALISTE À TRÈBES DANS L'AUDE



Le projet de CPTS dont le nom n'est pas encore arrêté sur lequel travaille le Dr Bruno Gay a pour emplacement le canton de Trèbes-Capendu-Lézignan. Cela concerne 30 communes pour une population de 30 000 habitants. Aujourd'hui, un comité de pilotage prépare la présentation du projet de CPTS qui sera soumis en septembre prochain aux professionnels de santé de la future communauté. Dans ce comité de pilotage, on compte deux médecins généralistes, une pharmacienne, une infirmière et une biologiste.

Enjeux : J'attends d'abord une meilleure organisation de notre profession, et puis une meilleure relation entre la ville et les différentes institutions comme l'hôpital, l'ARS... Nous vivons actuellement une démographie médicale basse mais surtout une crise organisationnelle de notre profession. La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé peut être l'occasion de mieux nous organiser et de mieux nous structurer.

Difficultés et aides : Un des défauts lié à notre métier est de perdre beaucoup de temps pour des tâches qui ne devraient pas avoir lieu d'être. Nous perdons du temps dans la coordination, nous n'utilisons pas les outils, notamment numériques, pour mieux nous coordonner. Ce que j'attends de l'URPS est de m'aider justement à la création de ces CPTS. Celles-ci sont, selon moi, une idée particulièrement intéressante, qui devrait devenir un outil de travail performant.

Arguments : Je dirais à mes confrères qu'ils vont gagner du temps avec le nouveau dispositif de la CPTS. Au lieu de perdre leur temps dans des tâches qui ne relèvent pas de l'exercice du médecin, ils vont confier ces tâches à une structure et finalement gagner du temps médical.

JEAN-CHRISTOPHE CALMES, 57 ANS, MÉDECIN GÉNÉRALISTE À FRONTIGNAN DANS L'HÉRAULT



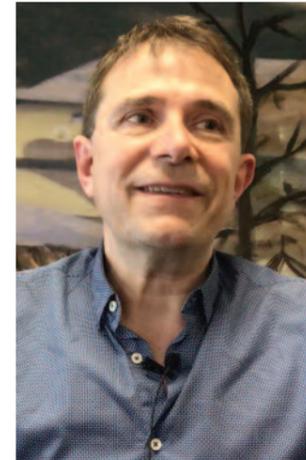
« La CPTS du Bassin de Thau » va se développer autour de l'étang de Thau et la ville de Sète. 13 communes sont concernées. Le projet en étant à son lancement, les médecins promoteurs attendent pour l'heure la future implication d'une centaine de professionnels qui pourraient participer. Une assemblée constitutive a eu lieu le 6 juin dernier et un pré-projet a été adressé à l'ARS d'Occitanie.

Enjeux : Essentiellement deux enjeux : améliorer les parcours de soins, le but des CPTS étant d'autoriser des rendez-vous rapides aussi bien chez le spécialiste qu'à l'hôpital ou à la clinique ; le deuxième objectif est la réponse à la demande de soins non programmés. Aujourd'hui, les patients ne peuvent accéder à des rendez-vous urgents avec leur médecin généraliste ou avec des spécialistes. Au travers d'un agenda partagé, il s'agira de permettre un accès plus rapide aux rendez-vous et d'organiser la réponse à la demande de soins non programmés.

Difficultés et aides : Les problèmes sont principalement d'ordre technique, et souvent liés au peu de motivation des praticiens. Problèmes techniques parce que ce sont des projets difficiles, complexes et les médecins ne sont pas des gestionnaires de projets. Nous avons donc besoin de l'aide technique de l'URPS pour nous aider à constituer les dossiers et à construire le projet de CPTS.

Arguments : Il nous faut prendre du plaisir dans notre exercice médical. C'est cette thématique qui m'anime, cependant, aujourd'hui, je perds un temps monstrueux à répondre aux patients qui ne trouvent pas de médecins, à chercher des rendez-vous avec des spécialistes. La CPTS va nous simplifier la vie. C'est pour cette raison que nous créons une CPTS ici à Frontignan et sur le bassin de Thau, pour nous redonner du plaisir à exercer et pour donner du temps à nos patients.

JEAN-PIERRE SERROU, 51 ANS, MÉDECIN GÉNÉRALISTE À LA GRANDE-MOTTE DANS L'HÉRAULT



« Allo Santé » sera la CPTS du bassin de vie de La Grande Motte pour une population qui varie de 20 000 habitants l'hiver à 120 000 habitants l'été, avec une moyenne de 45 000 habitants sur le reste de l'année. Elle couvrira une commune voire deux au maximum. Le projet qui a reçu l'accord de l'URPS est porté par 15 professionnels de santé. Le potentiel des professionnels qui peuvent rejoindre le noyau de base est important : 12 médecins généralistes, 15 kinésithérapeutes, 45 infirmiers, 2 podologues, 5 orthophonistes, un laboratoire d'analyse, un cabinet de radiologie, 12 dentistes, 10 sophrologues-psychologues, un service d'ambulances et 4 pharmacies.

Enjeux : J'attends plusieurs réponses notamment permettre de lutter contre la désertification médicale qui est un vrai problème actuellement mais aussi de créer un nouveau mode de travail qui passe par une coopération entre tous les professionnels de santé afin

qu'ils puissent échanger, et de proposer une nouvelle médecine plus humaine, plus réfléchie, plus coordonnée.

Difficultés et aides : La plus grande difficulté est la disponibilité des professionnels de santé, surtout pour les médecins. La difficulté à laquelle je suis confronté est le peu d'adhésion des médecins vis-à-vis du montage du dossier de la CPTS.

Arguments : Il nous faut entrer dans la médecine de demain : nous ne pouvons plus rester comme nous sommes. Allons vers la médecine de demain, allons vers une médecine humaniste, allons vers une médecine de coopération.

FRÉDÉRIC VENOUIL, 62 ANS, MÉDECIN GÉNÉRALISTE À COLOMIERS EN HAUTE GARONNE



La CPTS de Colomiers, dans l'ouest toulousain, s'étendra sur un bassin de vie comptant 150 000 habitants. Seront concernées la ville de Colomiers et les communes avoisinantes. Une centaine de professionnels de santé sont aujourd'hui partie

prenante de ce projet qui en est au stade de la définition des actions et au début de la rédaction de la lettre d'intention.

Enjeux : Être capable de répondre à un enjeu de santé et à une offre de soins sur un territoire donné, en l'occurrence la ville de Colomiers pour le moment. Ensuite essayer d'organiser au mieux notre vie professionnelle, la rendre la plus attractive possible et la plus simple possible donc avec la nouvelle organisation que propose la CPTS.

Difficultés et aides : La difficulté est de permettre aux confrères et aux acteurs des soins de passer du « je » au « nous ». En fait, il s'agit d'accéder à une organisation qui soit en capacité de répondre aux problèmes de santé d'une population dans la mesure où nous avons dorénavant une approche populationnelle : nous sortons de notre cabinet ! Et nous avons besoin de logistique et d'aides administratives principalement.

Arguments : Partager des agendas, partager des organigrammes ou des temps de travail, ça veut dire simplifier le travail. Nous allons nous organiser pour notre vie et celle de nos confrères : partir en vacances, trouver un remplaçant, la CPTS est là ! Des protocoles vont aider chacun des professionnels de santé parce qu'on les aura mis en place ensemble et nous saurons les faire fonctionner. Avec la technologie qu'on pourra mettre en place, nous allons faciliter la communication entre nous, ce qui permettra de fluidifier l'exercice médical et de faciliter la vie du médecin.

Pierre Lasry et Luc Jacob-Duvernet

ENTRETIEN AVEC ISABELLE TARTARIN DIRECTRICE DE LA SANTÉ À LA CPAM DE HAUTE-GARONNE

« NOUS PARTICIPONS AVEC NOS PARTENAIRES À UNE VÉRITABLE RÉVOLUTION DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ. »

À l'écouter, Isabelle Tartarin, directrice de la santé à la CPAM de Haute-Garonne, prend un réel plaisir à collaborer avec tous les acteurs de la santé de son département mais aussi avec ceux de la région. Le bouillonnement d'idées, de projets, d'activités qui saisit actuellement, en continue, l'univers de la santé d'Occitanie la conduit à travailler en partenariat avec tout le monde, sans préjugé ni un quelconque sentiment d'appartenance, avec respect pour ses partenaires et l'administration dont elle dépend, mais aussi avec lucidité. Travailler ensemble ! semble être son mot d'ordre personnel.

MÉDECIN D'OCCITANIE. Vous avez pu apprécier la grande révolution que vit depuis quelques années le monde de la santé. Les nouveaux modes d'organisation territoriale permettent aux professionnels de santé d'embrasser de nouvelles pratiques fondées sur la collaboration et la coopération, sur la coordination et sur l'éducation thérapeutique du patient. Ils semblent se les approprier. Pensez-vous que nous soyons sur le bon chemin ?

ISABELLE TARTARIN. Effectivement, nous connaissons des évolutions fortes dans le domaine de la santé. Si l'on prend l'exemple du département de la Haute-Garonne, les nouvelles pratiques fondées sur la coordination répondent aux attentes des professionnels de santé du département et on constate une montée en charge fulgurante de ces dispositifs, soit + 50 % par rapport à 2017. J'ajouterai que les actions structurantes engagées avec les partenaires institutionnels du territoire permettent à la CPAM de la Haute-Garonne de consolider les fondamentaux et d'opter pour des objectifs ambitieux en matière de Prévention et de Régulation des dépenses de santé pour les prochaines années. La Direction de la CPAM rencontre régulièrement des porteurs de projets s'engageant dans ces nouveaux modes d'organisation et conduisant des projets particulièrement innovants.

Nous tâchons d'accompagner au mieux ces professionnels de santé d'un point de vue méthodologique pour aboutir à des projets économiquement structurés et reproductibles sur d'autres territoires. Si l'on prend le cas des projets de CPTS, plusieurs indicateurs sont directement renseignés par les

porteurs de projet avant remontée à la CNAM : il s'agit d'un système basé en partie sur du déclaratif. Compte tenu de la qualité de ces éléments transmis, la Caisse Nationale peut émettre une évaluation sur l'atteinte des indicateurs et dès lors calculer le pendant financier pour ces CPTS.

L'Assurance Maladie a ainsi une vision globale sur le territoire et évalue de façon homogène les structures pour mieux objectiver les résultats. En participant au même titre que nos partenaires URPS et ARS à l'accompagnement des porteurs de projets, nous apportons notre expertise sur le cœur de métier de l'Assurance Maladie et nous pouvons ainsi offrir une connaissance complémentaire du territoire (données statistiques, démographiques, géographiques, consommations de soins...). Il faut continuer sur cette voie-là.

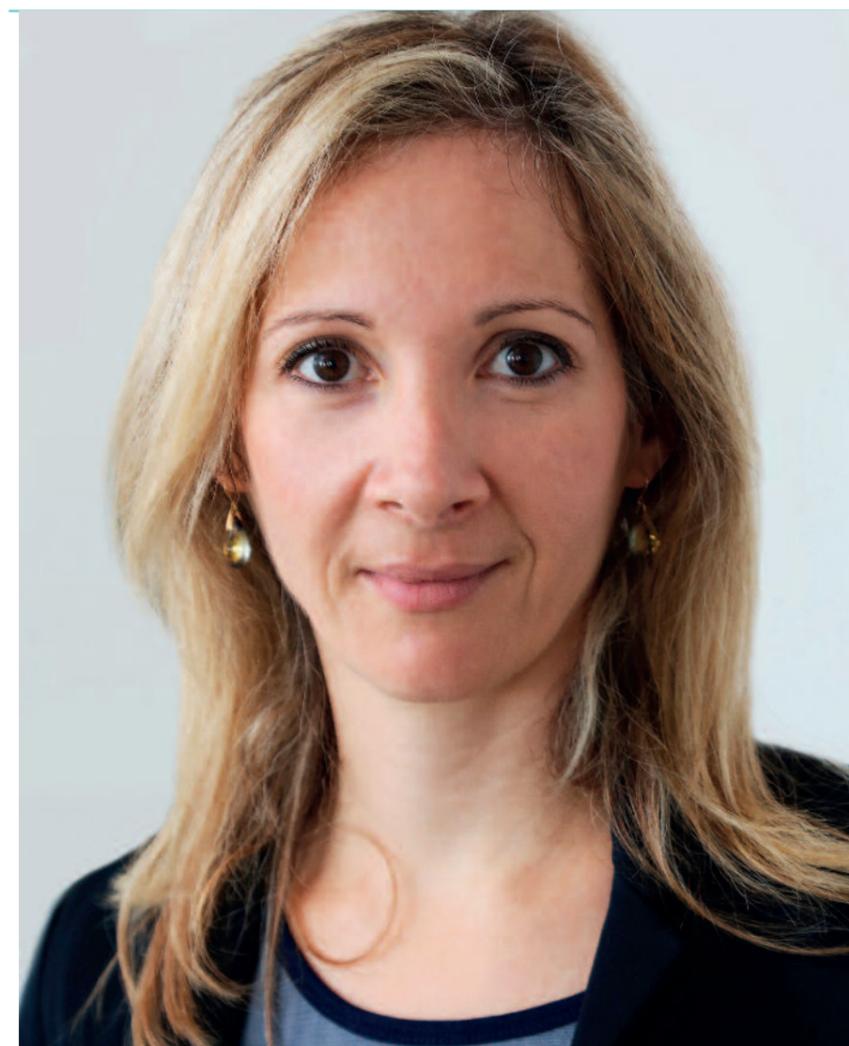
La Caisse Primaire de l'Assurance Maladie a été un des douze signataires de la Convention qui affiche un partenariat stratégique entre différents organismes de santé pour accompagner le déploiement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé en Occitanie. C'est une grande première en France. Pensez-vous que ce partenariat peut être exemplaire et dépasser les frontières de la Région ?

Certainement. La volonté d'un fort partenariat a été actée par la signature, le 14 mars 2019, d'une convention de déploiement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé entre les URPS, l'ARS Occitanie et la Direction de la Coordination de la Gestion du Risque. La région Occitanie est, en la matière, déjà prise en

modèle. Au regard de la signature de cette convention, on perçoit que les choses ont profondément changé et que les relations constructives entre les professionnels de santé et l'administration peuvent servir d'exemple : avant, l'ensemble des partenaires travaillait en silo ; aujourd'hui, ils poursuivent les mêmes desseins, ils travaillent ensemble en conciliant les besoins et les attentes de chacun. La situation est à ce point mature qu'elle a conduit à la signature de cette convention, qui, sera déployée sur le terrain.

Un Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie et en santé mentale a été lancé à Toulouse au printemps 2017. Se présentant comme un support original à la pratique en psychiatrie du médecin traitant, il concerne un millier de généralistes et près de 300 psychiatres de l'agglomération toulousaine. Deux ans après son lancement, peut-on tirer un premier bilan ?

Les retours perçus sur ces dispositifs sont extrêmement positifs. Dans le cadre du DSPP, les médecins généralistes sont satisfaits. Actuellement, pour obtenir un rendez-vous avec un psychiatre, le délai a sensiblement diminué. Il avoisine sur notre territoire une dizaine de jours. Nous pensons d'ailleurs que l'extension de l'expérimentation sur l'agglomération Montpelliéraine sera l'occasion de confirmer que le modèle est reproductible. Nous restons particulièrement intéressés par les solutions qui pourraient être envisagées sur les territoires à très faible densité de professionnels de santé.



UNE FEMME DE RESSOURCES

Isabelle Tartarin, 44 ans, est toulousaine d'origine. Diplômée de l'Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale (EN3S), elle a commencé sa carrière d'agent de direction au sein de la Sécurité Sociale en occupant le poste de directeur comptable et financier à la CPAM de l'Ariège, puis à la direction de la CPAM du Tarn.

Pendant près de 10 ans, elle a occupé les fonctions d'agent de direction au sein de l'Institution et plus précisément depuis 2016 le poste de sous-directrice en charge de la Direction de la Santé à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Haute-Garonne. Début juillet, Isabelle Tartarin deviendra Directrice des Ressources de la CPAM du 31 en charge des ressources humaines, de l'immobilier et du budget.

L'Assurance maladie expérimente, dans quatre départements dont la Haute-Garonne, un système de prise en charge totale de consultations chez un psychologue pour les personnes souffrant de troubles en santé mentale légers à modérés. Quels sont les premiers enseignements de cette expérimentation ? Travaillez-vous sur d'autres évaluations dans des domaines similaires ?

Avec le recul de plus d'un an sur cette expérimentation, nous pouvons dire que le dispositif mis en place sur la Haute-Garonne rencontre un certain succès : 331 psychologues cliniciens et psychothérapeutes ont souhaité participer au programme. A ce jour, 1 184 médecins généralistes ont au moins adressé un de leurs patients à un psychologue conventionné avec l'Assurance maladie. L'évaluation médico-économique qui se met en place nous donnera une analyse plus fine sur l'impact qualitatif de cette prise en charge. Cette évaluation est pilotée par la Caisse Nationale qui est à l'origine de ce dispositif expérimenté sur 4 départements,

les Bouches-du-Rhône, les Landes, le Morbihan et le nôtre. Les résultats de cette évaluation au niveau national sont très attendus compte tenu des enjeux économiques et de santé sont extrêmement forts. Il est nécessaire d'anticiper les impacts d'un éventuel déploiement sur tout le territoire de ce dispositif. Je profite de notre entretien pour remercier l'ensemble des professionnels de santé qui contribuent actuellement à cette expérimentation.

Les relations que vous entretenez avec la médecine libérale sont-elles toujours au beau fixe ? si c'est nécessaire, que faut-il faire de part et d'autre pour améliorer ces relations ?

D'un point de vue local, la CPAM de la Haute Garonne a toujours eu d'excellentes relations de travail avec les différents représentants de la médecine libérale. Il est vrai que de nouveaux rapports de confiance s'instaurent entre les professionnels de santé libéraux et l'administration. Nous prenons le temps de s'écouter, pour comprendre les problématiques de chacun et avancer de manière corrélée. Au niveau de l'Assurance Maladie, on se met davantage, depuis quelques années, dans une approche que l'on pourrait qualifier d'accompagnement. Si nous progressons dans cette dynamique d'accompagnement, nous devons, à chaque fois, nous mettre à la place de nos vis-à-vis. Nous essayons de concilier les souhaits des porteurs de projets et la réglementation. Cette approche montre que nous avons évolué. Nous avons, peut-être, une démarche par trop administrative. Aujourd'hui, il y a des tendances fortes d'évolution, pour ne pas dire de révolution dans le domaine de la santé. Nous y participons, avec d'autres : nous avançons ensemble pour le bien de tous !

Propos recueillis par Luc JACOB-DUVERNET

POUR INSTALLER VOTRE COMMUNAUTÉ PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTÉ, LE GUICHET CPTS OCCITANIE !



www.guichet-cpts-occitanie.org



LES URPS D'OCCITANIE
ŒUVRENT ENSEMBLE
AU DÉPLOIEMENT
DES CPTS SUR NOTRE TERRITOIRE !

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