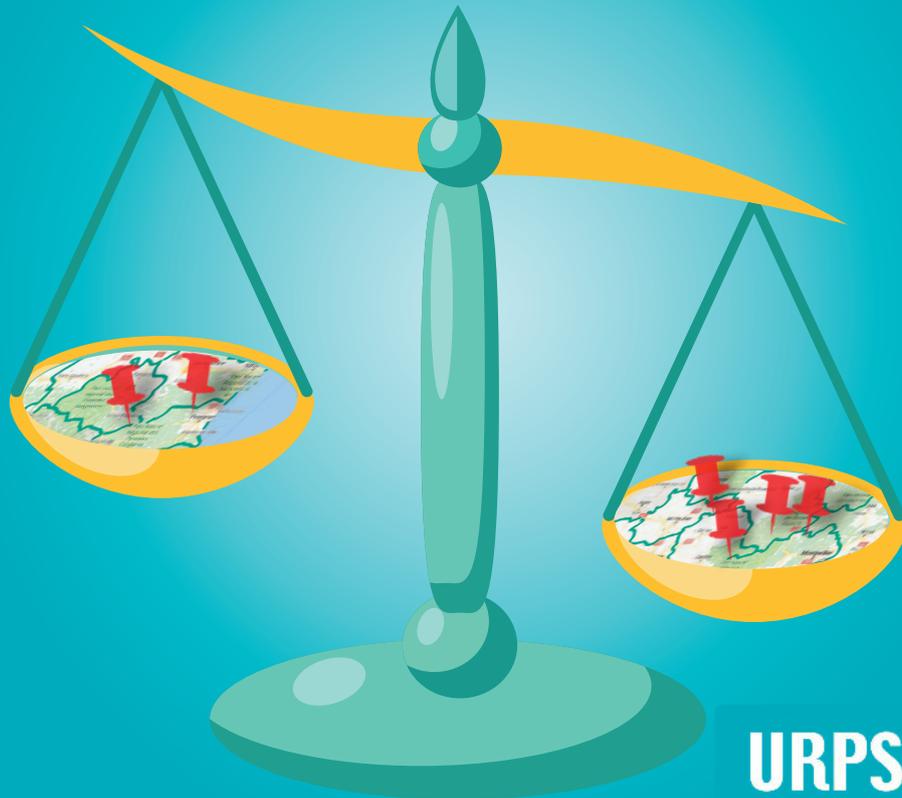


Médecin d'Occitanie

LE BULLETIN DE L'URPS DES MÉDECINS LIBÉRAUX

N°11 - NOVEMBRE 2019

LES INÉGALITÉS SOCIALES & TERRITORIALES DE SANTÉ



URPS
Médecin d'Occitanie

A U S O M M A I R E

CPTS, LE GRAND BOND EN AVANT

SANTÉ MENTALE : LES OBJECTIFS DU PTSM

ENTRETIEN AVEC STÉPHANE OUSTRIC

AU SOMMAIRE

Page 3 : ÉDITORIAL du président : Faire du médecin le maillon fort des organisations sanitaires

ACTUALITÉS

Page 4 et 5 : Le grand bond en avant des CPTS

Page 6 : L'URPS veut coopérer avec les conseils départementaux

D O S S I E R : LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ EN OCCITANIE À LA LOUPE

Page 7 : Connaître, comprendre et mesurer les inégalités

Pages 8 : Le préalable à toute réforme du système de santé

Pages 12 : Les déterminants des inégalités sociales de santé

Pages 14 : Inégalités territoriales versus désertification médicale

POINT DE VUE

Pages 15 : Pourquoi les médecins libéraux ont raison d'être méfiants face aux groupements hospitaliers de territoire ?

FOCUS

Pages 16 : Lancement du projet territorial de santé mentale en Haute-Garonne

DÉCRYPTAGE

Pages 17 : Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur la téléconsultation (sans jamais oser le demander)

GRAND TÉMOIN

Pages 18 et 19 : Le Pr Stéphane Oustric, président du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de la Haute-Garonne



MÉDECIN D'OCCITANIE N° 11 – NOVEMBRE 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

LE PARI DU CHANGEMENT : FAIRE DU MÉDECIN LE MAILLON FORT DES ORGANISATIONS SANITAIRES

Inutile d'ajouter au climat protestataire ambiant une énième contribution, elle se noierait dans la déferlante de communications idoines. Des événements nouveaux inquiètent comme les mouvements sociaux dans le monde hospitalier, public ou privé. Le risque existe de voir des patients, dans des situations de vie des plus critiques, privés de la présence indispensable de soignants. Finalement, est-ce si étonnant dans une société où soigner est devenu un métier comme un autre ? La dimension humaine de l'engagement de chaque soignant peine à être reconnue, à mesure que sa propre souffrance émerge dans les statistiques. Qui veut penser qu'il existe un lien entre ces constats ?

Le débat traverse les siècles d'Hippocrate à Galien, s'accélère avec les progrès médicaux extraordinaires de la modernité du XX^e siècle et ceux non moins mirifiques attendus de l'intelligence artificielle. Sciences et mythes continuent de converger en médecine et certains imaginent déjà le remplacement de l'homme-médecin par une machine bien plus fiable, en attendant l'avènement de l'éternité quand la machine aura définitivement remplacé l'homme.

A l'URPS, nous avons l'obligation d'être pragmatiques et de tenir compte du temps présent. « Ma santé 2022 » propose l'intégration des soins dits de ville aux schémas d'organisation des soins jusque-là purement hospitaliers. Le mot magique pour ce faire est tout trouvé : les données, d'autant qu'il s'agit du domaine d'excellence des technocrates de nos instances sanitaires. Elles sont imparables comme celles que vient de publier la DREES (Direction de la re-



“DONNER AU MÉDECIN UNE PLACE CENTRALE DANS LA MISE EN PLACE COMME DANS LE PILOTAGE DE CHAQUE ORGANISATION SANITAIRE”

cherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). Tout le monde s'accorde à parler de déserts médicaux, de pénurie de l'offre de soins, du manque de médecins... Or la DREES nous dit que début 2019 il y avait 0,3 % de médecins de plus qu'en 2018. Pire, cette augmentation est constante et régulière depuis 2013 (environ 4 %). Le monde hospitalier dénonce d'une seule voix la fuite de ses effectifs médicaux vers l'espace merveilleux du paradis des pratiques libérales. Sur la même période le nombre de médecins d'exercice libéral exclusif ne fait que décroître (environ 7 %) alors que celui des médecins hospitaliers a progressé d'environ 11 %. La subjectivité des chiffres est bien connue, mais tout laisse penser que ces données seront de peu d'incidence sur les discours ambiants.

Notre proposition est de toujours intégrer dans l'analyse des données, quelles qu'elles soient, celles issues des pratiques de terrain. La médecine est relationnelle, penser les organisations sans cette dimension prend le risque de bâtir des systèmes coupés des aspects humains. Il est urgent de changer de procédure pour donner au médecin une place centrale dans la mise en place comme dans le pilotage de chaque organisation sanitaire. C'est l'ambition de l'engagement des URPS dans la création des CPTS, en amont même de la lettre d'intention, pour donner suite à la convention signée en mars dernier avec l'agence régionale de santé et les caisses primaires d'assurance maladie.

La réussite de ce pari ira dans le sens des pistes ouvertes par la nouvelle directrice de la DGOS, Madame Katia Julienne qui propose d'instaurer une co-responsabilité dans la gouvernance des GHT entre le président de la CME et le directeur d'établissement. Celle-ci s'étendrait sur la signature du CPOM, des contrats et projets de pôle et sur les nominations. Cette co-gestion doit aussi s'expérimenter et s'appliquer dans les établissements privés à but lucratif, où les médecins libéraux qui y exercent doivent être associés, dans les mêmes conditions, à la gestion de leur établissement. Ce chemin est long, non encore consensuel mais il convient de l'emprunter sans délai.

Docteur Maurice Bensoussan



TOUS LES DEPARTEMENTS DE LA RÉGION COMPTENT AU MOINS UN PROJET DE CPTS

LE GRAND BOND EN AVANT DES CPTS



Une fois signée au printemps dernier la convention de partenariat stratégique entre les 10 URPS et l'administration de santé pour favoriser le déploiement des CPTS, il fallait faire un pas de géant pour passer à la concrétisation. On a fait mieux. C'est un véritable grand bond en avant que les acteurs des futures CPTS ont effectué. Une mobilisation qui en a surpris plus d'un !

Il l'espérait vivement, mais, en son for intérieur il ne s'attendait certainement pas à cela : en ce début d'automne, 55 CPTS sont en cours de déploiement en Occitanie, dont 10 déjà opérationnelles !

Le vice-président de l'URPS-ML ne cache pas sa satisfaction : « Le résultat est le fruit du travail conjoint que nous menons, depuis quelques mois, les uns les autres, avec les 9 URPS qui nous accompagnent, l'ARS et l'Assurance maladie », dit en souriant le Dr Jean-Louis Bensoussan. Depuis la signature de la convention, le 14 mars dernier à Carcassonne, ayant pour objectif d'organiser et de formaliser un partenariat stratégique entre l'ARS, l'Assurance Maladie et les URPS d'Occitanie en vue de concevoir, d'accompagner et d'évaluer le déploiement des CPTS à l'échelle de la région, le nombre de projets a quadruplé en moins de six mois.

« Il y a une accélération très forte, explique Jonathan Plantrou, directeur délégué de l'URPS-ML Occitanie, et un intérêt grandissant de la part des professionnels pour s'organiser au sein des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé. C'est clair, aux yeux des médecins, les CPTS constituent un véritable outil structurant de l'exercice coordonné pour les acteurs de santé. »

Au printemps, l'Union avait proposé un accompagnement progressif du déploiement avec la barre régionale à 25 projets fin 2019, puis 35 en 2020 et pour finir 35

en 2021, afin d'atteindre les 100 CPTS et participer au défi des 1 000 communautés de santé sur toute la France qu'avait lancé il y a un an le Président Emmanuel Macron. On a déjà dépassé les prévisions, et le résultat de fin d'année a toutes les chances de grimper encore. Jonathan Plantrou d'ajouter : « Et je ne vous parle pas de la vingtaine de projets sérieux en attente d'ici à décembre prochain ! » Alors, pas loin de 60 projets au 1er janvier 2020 ?...

Avant de compter ces derniers arrivants, on peut déjà constater que sur les 55 projets de CPTS qui ont été enregistrés par le Guichet CPTS, les 13 départements d'Occitanie ont proposé au moins un projet (voir tableau ci-contre). C'est la Haute-Garonne qui est en tête du peloton avec 12 projets, suivie par l'Hérault avec 9 projets, le Gard avec 5, les Hautes-Pyrénées, les Pyrénées Orientales et le Tarn avec 4 projets chacun. 4 départements ont chacun 3 projets (Ariège, Aveyron, Aude et Gers), le Tarn-et-Garonne et la Lozère ont 2 projets et le Lot en a 1.

Ce n'est que la première étape, les artisans de la mise en place des communautés de santé veulent garder la tête froide : « Il nous faut relativiser un peu, tempère le Dr Jean-Louis Bensoussan. Il va falloir passer à la phase de la concrétisation qui va être majeure, et faire démarrer et aboutir un

maximum de CPTS dans les trois mois. Les projets qui n'en sont encore qu'au stade d'ébauche vont mériter à coup sûr d'être affinés. »

Ce que Jonathan Plantrou appelle « un temps long » : « Au-delà de ce bond en avant, dit-il, on s'aperçoit qu'un temps obligatoire est nécessaire pour bien coordonner l'ensemble des communautés de santé, en particulier les médecins pour définir le futur projet. Il faut préparer le terrain, favoriser les échanges avec les différents professionnels, et ficeler le dossier final qui sera remis à l'ARS. »

Ce début de forte mobilisation ne doit pas retomber comme un soufflé. La communication est une étape visant à fédérer. Cela commence par des réunions intitulées Focus départementaux : les 13 départements auront droit chacun à un focus, une réunion tous les dix jours pendant quatre mois. Des *missi dominici* de l'URPS iront porter la bonne parole auprès de futurs acteurs de CPTS et s'appuieront sur du matériel réalisé par la petite équipe de l'Union : des fiches techniques méthodologiques permettant de comprendre au mieux le dispositif, un support d'autoformation vidéo reprenant les principes de fonctionnement, des modèles type de lettre d'intention et de projet de santé à destination de l'ARS, des supports d'animation, et des guides pratiques.

" IL Y A UN INTÉRÊT GRANDISSANT DE LA PART DES PROFESSIONNELS "

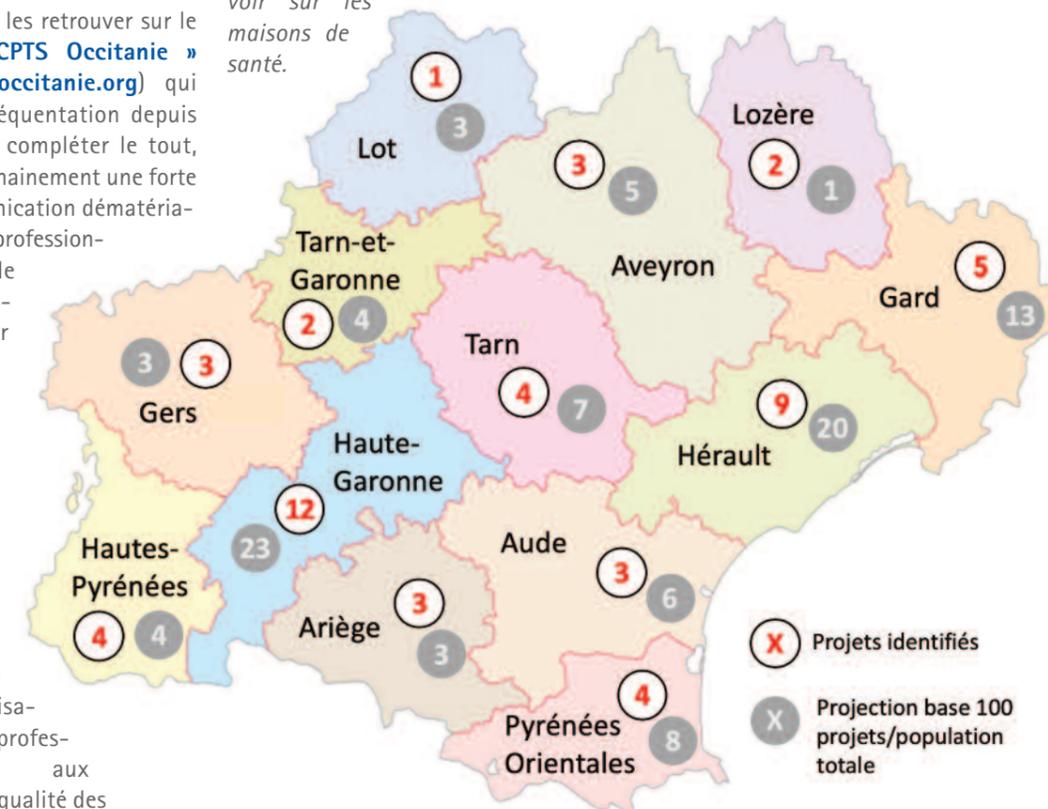


Tous ces outils, les professionnels de santé des 10 URPS peuvent les retrouver sur le site « Le Guichet CPTS Occitanie » (www.guichet-cpts-occitanie.org) qui connaît une forte fréquentation depuis juin dernier. Et pour compléter le tout, l'URPS-ML lance prochainement une forte campagne de communication dématérialisée en direction des professionnels de santé de Toulouse pour présenter le kit CPTS et aider à monter les projets.

Cette démarche est inédite. La signature de la convention de partenariat entre les URPS et les tutelles a permis de mobiliser les acteurs en les impliquant d'emblée dans la construction des nouvelles organisations sanitaires. Des professionnels parlent aux professionnels, car la qualité des organisations repose sur eux. « Ce qui est très positif, dit de son

côté le Dr Jean-Louis Bensoussan. Dorénavant, nous sommes au courant de la totalité de ce qui se prépare et de ce qui se met en route. Ce qui n'était pas forcément le cas, lorsque, parfois, les délégations territoriales de l'ARS jouaient solo, comme on a pu le voir sur les maisons de santé.

On travaille vraiment ensemble, et tout le monde est au même niveau d'information. »
Philippe Meursault



Le déploiement des CPTS en Occitanie, par département : 55 projets identifiés (novembre 2019)

L'URPS VEUT COOPÉRER AVEC LES CONSEILS DÉPARTEMENTAUX

Après les rencontres avec les maires il y a deux ans, voici celles avec les présidents des conseils départementaux ! L'URPS organise ces rencontres avec les élus des départements pour mettre en place des actions conjointes dans la lutte contre l'inégalité de l'accès aux soins sur les territoires départementaux.

Pendant six mois, entre la fin de 2017 et le début de l'année 2018, les élus de l'Union régionale des médecins libéraux d'Occitanie ont sillonné la région pour aller à la rencontre des représentants des collectivités locales, réfléchir sur les difficultés d'accès aux soins de la population et tenter de les prévenir. À chaque rencontre (une dizaine dans différentes villes, à Foix, Auch, Albi, Montpellier, Béziers, Toulouse, Lodève, La Grande Motte et Colomiers) avec le maire ou l'adjoint au maire chargé de la santé, ils ont abordé de front le sujet épineux de la démographie médicale.

L'accueil fait par les élus communaux a montré leur intérêt manifeste de mettre en place un travail collaboratif avec les médecins du territoire et l'ensemble des institutionnels concernés par l'organisation des soins.

Après cette mise en jambe relationnelle qui a permis de mieux faire connaître l'Union régionale des professionnels de santé – Médecins libéraux d'Occitanie aux élus des collectivités locales, l'URPS, aujourd'hui, veut aller plus loin. Elle souhaite tisser des liens privilégiés avec les acteurs publics régionaux, et notamment avec les décideurs départementaux. Aussi depuis début octobre, l'URPS a sollicité des rencontres avec trois conseils départementaux de l'Aude, de l'Aveyron et du Gers. Trois réunions par conseil départemental au cours desquelles l'URPS-ML Occitanie souhaite, dans la mesure où les conseils départementaux sont garants de la solidarité territoriale et acteurs majeurs de la santé, se positionner en tant que partenaire de référence de ces institutions dans la lutte contre l'inégalité de l'accès aux soins. Il s'agit, comme le souligne le Dr Maurice Bensoussan, président de

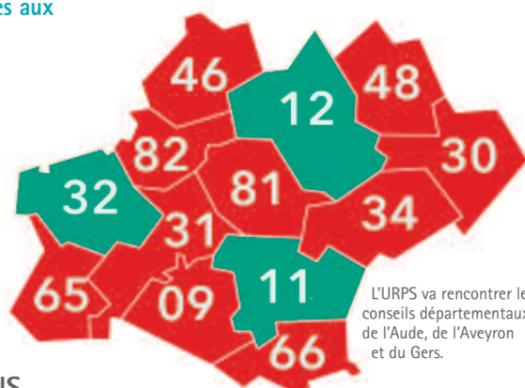
l'Union, « d'affirmer le rôle de la médecine libérale dans la construction de réponses concrètes sur l'accès aux soins et devenir le fédérateur des projets au service d'une vraie place pour la médecine libérale sur les territoires. »

L'INQUIÉTUDE DU DÉPART À LA RETRAITE DES MÉDECINS

Aujourd'hui, si l'on fait un survol rapide de ces trois départements, on constate un fort besoin de la part des élus.

L'Aveyron est déjà bien engagé dans toutes ces problématiques : le département accompagne financièrement la création des maisons de santé pluriprofessionnelles pour renforcer la présence médicale de proximité. Ses actions s'étendent aussi à l'accueil des internes avec une aide financière à l'hébergement ainsi qu'une aide logistique à la recherche de logement. Ces différents programmes semblent porter leurs fruits : l'Aveyron affiche aujourd'hui un solde positif d'installations de médecins généralistes. Néanmoins, les élus s'inquiètent pour l'avenir, car ils ont l'œil rivé sur le tableau de bord du départ à la retraite des médecins aveyronnais.

De leur côté, les Gersois veulent définir un projet de santé par bassin de vie. Ils souhaitent recevoir l'appui des professionnels de santé eux-mêmes. Ils se disent « persuadés que rien de concret ni d'efficace ne pourra se faire sans la participation des professionnels de santé qui doivent être le premier maillon de l'action nécessaire à engager. »(*)



L'URPS va rencontrer les conseils départementaux de l'Aude, de l'Aveyron et du Gers.

La pénurie de médecins n'épargne pas l'Aude. Le conseil départemental dit « faire de la lutte contre la désertification médicale une de ses priorités ». Deux démarches complémentaires sont menées : participer à l'ouverture de maisons pluriprofessionnelles de santé et inciter les jeunes médecins à s'installer dans l'Aude.

Il s'agira donc, dans cette lutte contre l'inégalité de l'accès aux soins, et au travers des différentes rencontres avec les représentants des conseils départementaux, d'élaborer une feuille de route partagée autour des projets concrets pour, notamment, améliorer l'accès aux soins incluant les questions de mobilité et donc de transport, des inégalités sociales, et du vieillissement. Et pour répondre à l'une des premières questions autour de la démographie médicale, il sera nécessaire de la poser en ces termes : comment augmenter l'attractivité des territoires respectifs pour les professionnels de santé ? Les élus locaux ont certainement des pistes pour élaborer la réponse. De son côté, l'URPS s'engage dans le déploiement le plus large possible des CPTS et essaiera d'impliquer les élus dans cette grande réforme territoriale de santé

Odile Fraye

(*) Source : La Dépêche



DOSSIER

LES INÉGALITÉS SOCIALES & TERRITORIALES DE SANTÉ EN OCCITANIE



CONNAÎTRE, COMPRENDRE ET MESURER LES INÉGALITÉS

L'Occitanie se place au 4ème rang des régions métropolitaines présentant les taux de pauvreté les plus élevés, au 3ème rang pour la pauvreté des moins de 30 ans et au 2ème rang pour la pauvreté des 75 ans ou plus, après la Corse. Les inégalités sociales de santé sont liées à cette pauvreté : la santé des individus ou des populations diffère en effet selon leur position socio-économique. En Occitanie, l'hétérogénéité en matière d'inégalités sociales de santé est grande. Aussi est-il difficile de parler de la région dans sa globalité, on préférera parler de territoires ! Pour mieux aborder cette question et connaître le champ de ces inégalités, il faut les comprendre et les mesurer pour favoriser une dynamique de sensibilisation et de formation des partenaires institutionnels, des professionnels et acteurs de santé à la problématique des ISS dans la région et à leur réduction. L'ARS, l'IFERISS-INSERM et le CREAL-ORS viennent de publier les résultats d'une solide enquête qui constitue un excellent relevé de mesures des ISS.

- Connaître les inégalités sociales et territoriales de santé, les comprendre et les mesurer
LE PRÉALABLE À TOUTE RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ page 8
- Le médecin généraliste face aux inégalités sociales
LE REFLET DE LA SOCIÉTÉ page 9
- Les déterminants des inégalités sociales de santé
DES EXPOSITIONS PROFESSIONNELLES À LA GROSSESSE page 11
- Inégalités territoriales versus désertification médicale
"N'ESSAYONS PAS D'INVENTER DES MÉDECINS ET DE LES IMPORTER DANS CES FAMEUX DÉSERTS MÉDICAUX !" page 14



CONNAÎTRE LES INÉGALITÉS SOCIALES
ET TERRITORIALES DE SANTÉ,
LES COMPRENDRE ET LES MESURER

LE PRÉALABLE À TOUTE RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ

Les inégalités sociales et territoriales de santé demeurent à des niveaux élevés en France. Il a été réaffirmé récemment combien chaque objectif national de santé doit contribuer à la lutte contre ces inégalités. Le Projet régional de santé en Occitanie s'inscrit dans cette stratégie et porte une ambition : « mieux prendre en compte les besoins des personnes les plus vulnérables et agir plus efficacement pour réduire les inégalités sociales de santé ou au moins ne pas les aggraver ». L'ARS et l'IFERISS-INSERM ont développé, depuis une dizaine d'années, un projet dont l'objectif est de proposer une méthode de mesure des ISS à partir des bases de données de l'Assurance maladie. Les deux organismes avec le CREAI-ORS viennent de publier les résultats d'une solide enquête dans un rapport qui peut servir de support à « la mise en place d'une dynamique de sensibilisation et formation des partenaires institutionnels, des professionnels et acteurs de santé à la problématique des ISS dans la région et à leur réduction ». Une mine d'informations pour connaître les inégalités sociales de santé, les comprendre et mieux les mesurer.

« Vue de l'ancienne région de Midi-Pyrénées avant l'Occitanie de 2016, l'analyse des inégalités sociales de santé était plutôt rassurante, le territoire semblant globalement plutôt privilégié. Il fallait se rapprocher de la carte pour constater que certains territoires précis étaient en réelle difficulté, dans l'ouest du département du Lot par exemple ou dans le Tarn-et-Garonne. Après le rapprochement avec le Languedoc-Roussillon, la vision sur le territoire de l'Occitanie a été profondément modifiée. Les problématiques autour de Nîmes, dans l'Hérault et dans la périphérie de Montpellier, à Alès, à Béziers, à Narbonne, à Sète, à

Perpignan et à Carcassonne ont changé notre appréhension de ces difficultés sociales en matière de santé dans notre grande région », explique le Dr Olivier Darreye, médecin généraliste du Lot, à Vayrac. Le constat est simple. En Occitanie, l'hétérogénéité en matière d'inégalités sociales de santé est grande : « On peut difficilement en matière d'inégalités parler de la région dans sa globalité, mais plutôt de territoires », poursuit l' élu de l'URPS-ML.

En effet, dans le rapport Inégalités Sociales de Santé en Occitanie réalisé par l'ARS, le CREAI-ORS et l'IFERISS-INSERM et rendu public en début d'an-

née, les rédacteurs s'appuient pour dérouler leurs analyses sur un indice dit de défavorisation (voir encadré p 10) ; et la distribution de cet indice témoigne de l'importance de la défavorisation dans la région, particulièrement dans les agglomérations du littoral méditerranéen. Cependant, si la part des personnes les plus défavorisées est de 30 % sur la commune de Toulouse et de 75 % sur la commune de Perpignan, les personnes les plus défavorisées sont plus nombreuses à Toulouse : 133 000 personnes contre 92 000.

En se penchant sur les inégalités à travers le taux de pauvreté,

on constate que l'Occitanie se place au 4e rang des régions métropolitaines présentant les taux de pauvreté les plus élevés, au 3e rang pour la pauvreté des moins de 30 ans et au 2e rang pour la pauvreté des 75 ans ou plus (après la Corse). La région Occitanie est celle qui comprend le plus de départements parmi les dix plus pauvres de France .

UN TRAVAIL DE LONGUE HALEINE

Face à ces fortes disparités sociales de santé qui frappent l'Occitanie en son sein et mettent en exergue les différences constatées dans d'autres ré-

diffère selon leur position socioéconomique. Il ne s'agit pas uniquement d'opposer la population la plus pauvre, en situation de précarité, qui aurait une mauvaise santé, au reste de la population.

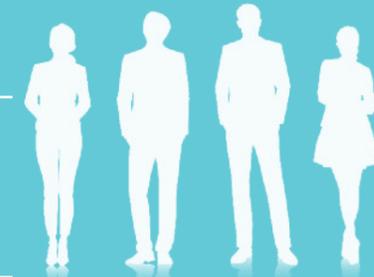


LA DÉFINITION DES ISS

On parle d'inégalités sociales de santé (ISS) lorsque la santé des individus ou des populations

LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE FACE AUX INÉGALITÉS SOCIALES

LE REFLET DE LA SOCIÉTÉ



Si le médecin ne peut intervenir directement sur les inégalités sociales dans le cadre de son exercice, il peut néanmoins agir sur l'accès aux soins et l'accès au dépistage.

« Ce n'est pas parce qu'il y a égalité d'accès aux soins qu'il y aura obligatoirement une équité de traitement de la population. En la matière, l'égalité ne veut pas dire équité, parce qu'il est nécessaire, pour parvenir à l'équité, de proposer des actions universelles mais avec une intensité proportionnelle aux besoins différents des groupes ou des personnes. » Pour Denis Ducros, responsable du Pôle Études et Statistiques de l'ARS, l'un des meilleurs marqueurs pour analyser l'équité dans l'accès aux soins est le niveau de revenu mais aussi le niveau d'éducation. « Il y a un intérêt à sensibiliser les médecins, dit Denis Ducros, qui, dans leur pratique, doivent avoir conscience de ces inégalités. Par leurs pratiques attentives aux besoins de leurs patients, ils peuvent contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé ».

Au niveau d'une patientèle, c'est souvent difficile

pour le médecin de faire du repérage et d'intervenir. En revanche au niveau d'un bassin de vie, au niveau d'un projet territorial comme une CPTS, c'est essentiel.

« Tous les médecins généralistes, explique le Dr Olivier Darreye, intègrent la dimension sociale dans leur consultation, au même titre que les paramètres biomédicaux et psychologiques. Il est également intéressant pour eux de connaître le profil de leur patientèle comme la prévalence de certaines pathologies ou la proportion de patients en CMU. Mais c'est à l'échelle de la population d'un bassin de vie, celle d'une CPTS, que l'ensemble des professionnels de santé peuvent agir en matière de dépistage, de prévention ou d'éducation à la santé. » Il complète son propos : « L'un des premiers objectifs qui fait partie du cahier des charges de la CPTS est de se dire comment

faire pour gérer ce qui concerne le premier recours, à savoir la gestion des soins non-programmés. La CPTS sait organiser le parcours de soins et faire en sorte que tous les citoyens quel que soit leur niveau social puissent bénéficier d'un même accès aux soins. »

Pour le médecin lotois, les inégalités sociales de santé sont des indicateurs qui ne disent pas que les gens sont mal soignés. « Que cela soit en termes de mortalité, de maladies chroniques, d'handicaps, d'obésité, de toxicomanie, les inégalités sociales de santé, constituent le reflet du niveau social, le reflet de la société. Les inégalités de santé sont d'abord des inégalités sociales et les critères médicaux sont avant tout des indicateurs sociaux. »

La priorité pour le médecin est, selon lui, le dépistage en ciblant les personnes à risque et l'organisation pour permettre de répondre aux besoins de la population.

« Le généraliste doit être plus performant dans le dépistage des populations les plus à risque et les plus pauvres. Il ne faut pas se dire que certains patients sont irresponsables, ce serait une erreur. Il faut aller les chercher, les sensibiliser, les informer et les accompagner. » Odile Fraye

gions, ceux qui ont en charge la gestion du système de soins et l'application des réformes en cours ont eu « besoin de mieux cerner la population dans son ensemble pour répondre à ces besoins. La question des inégalités est peu intégrée dans les politiques publiques jusqu'à maintenant. Il nous faut savoir où en est », souligne Denis Ducros, responsable du Pôle « Études et Statistiques » de l'Agence Régionale de Santé. Et l'économiste-statisticien de rappeler que ce travail effectué sur les inégalités sociales de santé a été « un point de repère fort au démarrage du Plan Régional de Santé ». En effet, depuis la création des Agences régionales de santé en 2010, la réduction des ISS est une des priorités des plans stratégiques des agences. Avec ce rapport, il s'agit en fait de pouvoir mesurer au fil de l'eau l'évolution des inégalités sociales de santé dans le temps et dans l'espace et apprécier l'impact des réformes mises en œuvre.

L'étude publiée en janvier der-

nier met en lumière le fait qu'il existe très peu d'analyses sur les ISS, notamment au niveau régional et infra régional, et aucune donnée permettant d'en mesurer clairement les évolutions. « Notre étude est constituée de la compilation de beaucoup d'études que nous menons depuis près de dix ans, dit Denis Ducros. Il nous a fallu croiser des bases de données et maîtriser de nombreuses contraintes. Un travail de longue haleine ! »

FACE À LA MORTALITÉ Les inégalités sociales de santé restent très marquées en France, notamment chez les hommes, par rapport à d'autres pays européens.

« Alors que l'espérance de vie ou l'état de santé moyen de la population s'améliore d'année en année, écrivent les rapporteurs de l'étude, les écarts de santé continuent de s'agrandir entre les différents groupes sociaux et les ISS se creusent. Ce constat vaut pour la mortalité, la morbidité, les déterminants et les

comportements de santé. » Les inégalités de santé sont la conséquence des déterminants sociaux de la santé, à savoir les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie, ces circonstances et systèmes étant déterminés par plusieurs forces issues des domaines de l'économie, des politiques sociales et de la politique de santé. Dans les travaux d'analyse des ISS, la position socioéconomique des individus est classiquement approchée par trois dimensions : le revenu, l'éducation, l'emploi ou la catégorie socioprofessionnelle. « En France, ces données ne figurent que très rarement dans les dossiers médicaux », rappelle l'étude. Alors face à la mort, à la maladie, au handicap et à la perte d'autonomie, que dit l'étude de l'Occitanie ?

Face à la mortalité, il faut d'abord rappeler que l'espérance de vie varie selon le ni-

veau de revenus. En France, 13 ans d'écart d'espérance de vie entre les hommes plus aisés et les plus modestes. Chez les femmes, cet écart est plus faible : 8 ans séparent les plus aisées des plus pauvres. À âge égal, la probabilité de décéder diminue quand le niveau de vie augmente, non seulement à diplôme identique mais aussi : sexe, âge, diplôme, catégorie sociale et région de résidence. La probabilité de décéder à sexe et âge donnés varie selon la région de résidence. L'Occitanie est, avec l'Île-de-France, une des régions où la probabilité est la plus faible même si la moyenne régionale masque de fortes disparités. « Les écarts de niveau de vie, en plus des caractéristiques sociales habituelles (catégorie sociale, diplôme), expliquent en partie ces différences régionales. Des différences culturelles (habitudes alimentaires...), comportementales, environnementales



QU'EST-CE QUE L'INDICE DE DÉFAVORISATION ?



L'indice de défavorisation utilisé dans l'étude est l'un des deux indices recommandés par Santé Publique France : l'EDI (European Deprivation Index).

Cet indice inclut les variables suivantes : surpopulation dans le logement, pas de chauffage central

ou électrique, non propriétaire, chômeur, de nationalité étrangère, pas de voiture, ouvrier non qualifié ou agricole, niveau d'études faible et famille monoparentale. Cet indicateur écologique de défavorisation permet d'approcher le niveau de défavorisation individuel.

> Suite de la page 9

ou encore liées à l'offre de soins pourraient expliquer ces écarts », écrivent les rédacteurs de l'étude.

À cet égard, la mortalité diffère selon les catégories socio-professionnelles. Des inégalités sociales de mortalité prématurée sont bien présentes pour les hommes en Occitanie. Le taux de mortalité, à structure d'âge identique, observé chez les ouvriers et employés est 3,5 fois plus élevé que celui observé chez les cadres et professions intellectuelles supérieures. Ce différentiel est inférieur à celui observé au niveau national.

À structure d'âge identique, les employés et ouvriers présentent un taux de décès plus de deux fois supérieur à celui des professions intermédiaires et une fois et demi supérieur à celui des agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise. « Il faut noter que, pour chacun des regroupements de catégories socioprofessionnelles, les taux de mortalité en Occitanie sont inférieurs, à structure d'âge identique, à ceux observés en France métropolitaine ».

La mortalité prématurée et le taux de pauvreté (deux notions très corrélées) diffèrent selon les bassins de vie de la région : « Les bassins de vie des deux métropoles régionales bénéficient d'un taux significativement inférieur à celui de la France entière. À l'inverse, les bassins de vie des villes moyennes sur le sud du littoral et les bassins de

vie de certaines petites villes pyrénéennes et du nord-est de la région ont un taux de mortalité prématurée significativement supérieur à celui de la France entière. »

FACE À LA MALADIE

La prévalence de nombreuses maladies (affections cardiovasculaires, métaboliques comme le diabète, cancéreuses ou mentales) est augmentée dans les groupes sociaux les moins favorisés.

La part des cancers attribuables à la défavorisation sociale était la plus importante pour les cancers du larynx, des lèvres-bouche-pharynx, et du poumon chez l'homme. Pour la femme il s'agit des cancers des lèvres-bouche-pharynx et du col de l'utérus. Quel que soit le cancer, la mortalité est toujours plus élevée dans les populations défavorisées, et logiquement la survie des patients les plus défavorisés est toujours la plus courte. Une meilleure utilisation du système de soins par les groupes socialement les plus favorisés peut expliquer ce phénomène. Elle interviendrait alors par des diagnostics plus précoces, donc fait à des stades où la maladie est plus facilement curable, et des soins plus efficaces. Pour approcher le problème de retard au diagnostic des cancers dans les populations les plus défavorisées, une étude portant sur cinq cancers (rectocolique, sein, prostate, col utérin

et mélanome cutané) a été ainsi réalisée par les registres des cancers des départements du Tarn et de l'Hérault.

Quant à la prévalence du diabète, maladie particulièrement sensible aux différences socioéconomiques, celle-ci était en 2015 légèrement plus faible qu'en moyenne nationale (4,4 %) avec environ 265 000 personnes diabétiques traitées.

Parmi les différents instruments de mesure des inégalités de santé, les indicateurs de santé perçue et de santé mentale apparaissent comme de bons outils de mesure, car prédictifs de la mortalité. En Occitanie, le Baromètre Santé réalisé en 2016 au-

près de plus de 2500 personnes âgées de 18 à 75 ans, permet d'apprécier les facteurs sociaux associés à deux indicateurs de santé : la santé perçue et le risque de détresse psychologique. « Une santé est perçue plus mauvaise pour les personnes plus âgées et des catégories sociales les moins favorisées ». En Occitanie, 11,4 % des personnes âgées de 18 à 75 ans non scolarisées perçoivent leur état de santé comme médiocre ou mauvais.

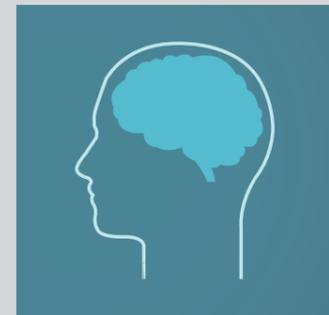
« Un risque de détresse psychologique est plus important pour les personnes en inactivité, au chômage et ayant de faibles revenus ». En Occitanie 17,5 %

VERBATIM

CERTAINES RÉFORMES CONDUISENT À AUGMENTER LES INÉGALITÉS PLUTÔT QU'À LES RÉDUIRE



« Quand on opère une réforme du système de santé, explique Denis Ducros, économiste statisticien de l'ARS, on doit avoir pleinement conscience des inégalités sociales. Car toute politique publique de santé ne doit pas conduire à aggraver les inégalités sociales de santé. Le Programme national nutrition santé, ce plan de santé publique visant à améliorer l'état de santé de la population, a probablement conduit à augmenter les inégalités plutôt qu'à les réduire. On sait aujourd'hui que ceux qui ont bénéficié de ce PNNS sont les personnes les plus favorisées. »



LES DEUX INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE

Deux indicateurs de santé mentale issus des études régionales témoignent d'une fréquence plus élevée des problèmes de santé

mentale dans les groupes sociaux les moins favorisés :

- le risque de détresse psychologique
- la consommation de psychotropes.

des personnes âgées de 18 à 75 ans présentent un risque de détresse psychologique.

FACE AU HANDICAP ET À LA PERTE D'AUTONOMIE

Les ouvriers ont non seulement une espérance de vie plus courte que les cadres, mais ils vivent aussi plus de temps qu'eux avec des incapacités. Les cadres hommes vivent 10 années de plus que les ouvriers sans limitation fonctionnelle. Le Baromètre santé 2010 réalisé dans l'ex-région Midi-Pyrénées : 11,8 % des Midi-pyrénéens âgés de 15 à 85 ans considéraient avoir un handicap, 16,3 % déclaraient être limités dans leurs activités, 6,4 % l'étaient fortement et 9,9 % l'étaient modérément.

Si l'on fait la somme des marques des inégalités sociales de santé examinées précédemment et de leurs déterminants en Occitanie (voir tableau pages 10 et 11), on peut dresser un tableau des grands indicateurs des ISS afin de pouvoir dresser un second tableau, celui des recommandations. Ces grands indicateurs sont les suivants :

- des inégalités sociales et territoriales face à la mort bien présentes ;
- des inégalités sociales face à la maladie mesurables ;
- des délais de diagnostic, des recours aux soins et des recours à la prévention impactés par les déterminants sociaux ;
- une analyse des comportements

de santé selon la catégorie sociale qui permet de mieux comprendre les mécanismes en jeu ;

- des métiers qui exposent à des facteurs de risque professionnels et qui contribuent aux inégalités sociales de santé ;
- un lien entre pollution de l'air et défavorisation sociale dans les grandes agglomérations de la région bien mis en évidence ;
- la construction des ISS dès l'enfance.

RECOMMANDATIONS POUR MESURER ET COMPRENDRE

Les inégalités sociales de santé en Occitanie, on l'a vu, sont importantes alors même que l'espérance de vie y est élevée.

« Cet apparent paradoxe, écrit-on dans l'étude, est notamment le fruit d'une politique publique fondée sur l'égalité et centrée sur une amélioration globale des indicateurs sans prendre en compte l'existence d'un gradient social de santé. »

À cet égard les rédacteurs de l'ARS et l'IFERISS restent prudents : « Comme le montre l'ensemble des études et recherches sur les ISS, actuellement de nombreux déterminants interviennent pour constituer le gradient social de santé sans que l'on puisse expliquer complètement la part et le rôle de chacun. »

Et d'égrener les causes multiples de la persistance des inégalités sociales de santé :

- différences d'exposition aux facteurs de risque, en particulier

dans le domaine du travail et de l'environnement ;

- accélération du vieillissement physiologique corrélée avec la dureté des conditions sociales d'existence des individus ;
- impact des habitudes de classe en matière d'alimentation et d'hygiène de vie ;
- aptitude socialement différenciée à pouvoir intégrer et mettre en œuvre des informations d'ordre préventif notamment en matière de soins ;
- impact des différentes attitudes des professionnels de santé en fonction de l'appartenance sociale des patients ;
- effet cumulatif entre position objective délétère dans l'échelle sociale et fragilisation par des éléments subjectifs susceptibles de renforcer les handicaps sociaux et économiques.

Face à la complexité de ce champ d'investigation « fondamentale » selon le Dr Olivier Darreye pour mieux prendre en compte les besoins des personnes les plus vulnérables en matière de santé et agir plus efficacement pour réduire les ISS ou au moins ne pas les aggraver, plusieurs axes de développement ou de renforcement de différents systèmes d'information sur la région peuvent être proposés.

On peut classer ces recommandations selon les rapporteurs de l'étude en cinq points :

1. Juger comme prioritaires les politiques de l'enfance ; car les ISS se construisent dans les premières années de la vie.

2. La santé au travail : c'est un des champs prioritaires du système de santé tant les expositions professionnelles sont socialement différenciées.

3. La prise en compte des caractéristiques sociales et d'un environnement favorable à la santé dans les programmes de promotion de la santé. Les politiques publiques qui visent la modification des comportements doivent cibler l'individu en tenant compte de ses caractéristiques sociales et de ses conditions de vie.

4. La question du lien entre inégalités sociales de santé et inégalités territoriales pour mieux cibler les priorités et espaces pour agir.

5. Le système de santé, son évolution et la prise en compte des ISS : le fonctionnement et l'organisation du système de santé restent des éléments déterminants qui peuvent amplifier les inégalités sociales et territoriales de santé ou au contraire les réduire.

Et tout en soulignant les limites des principaux résultats issus de ces différents travaux en prenant le risque notamment de réduire l'étendue des gradients sociaux, les rédacteurs de l'étude insistent sur l'importance des recommandations pour renforcer la capacité de mesurer les inégalités en Occitanie. « Cette mesure est, selon eux, un préalable à l'action et la première traduction de l'objectif d'une réduction des ISS. »

Luc Jacob-Duvernet

Suite du dossier page 12 >



LES DÉTERMINANTS DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ DES EXPOSITIONS PROFESSIONNELLES... À LA GROSSESSE

Les déterminants des inégalités sociales de santé sont les comportements de santé, les expositions professionnelles, les expositions environnementales, les recours aux soins et à la prévention, les inégalités de prévention au cours de la grossesse et les inégalités de santé de l'enfant. Classement par situation et par pathologie.

LE COMPORTEMENT DE SANTÉ

CONSOMMATION DE TABAC, DE CANNABIS ET D'ALCOOL



Un tabagisme quotidien est plus fréquent chez les ouvriers et les chômeurs.

En Occitanie, la prévalence du tabagisme quotidien dans la population âgée de 18 à 75 ans non scolarisés est de 28,7 %. Un niveau de diplôme plus élevé apparaît comme un facteur protecteur du tabagisme. La situation du chômage est très significativement associée à ce tabagisme quotidien (50,4 %) mais aussi le fait de vivre seul.

Une consommation de cannabis est plus fréquente chez les hommes jeunes et ceux qui ont les plus bas revenus. En Occitanie, la consommation de cannabis concerne 8,2 % des personnes entre 18 et 75 ans non scolarisées. La fréquence est plus élevée pour les personnes ayant les plus bas revenus. Une consommation d'alcool à risque de dépendance est bien plus fréquente chez les hommes.

ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SURCHARGE PONDERALE

Le niveau d'activité physique élevé (considéré comme favorable à la santé), est atteint plus fréquemment chez les

hommes, les personnes qui ne vivent pas seules et moins fréquemment chez les cadres et professions intermédiaires.

La surcharge pondérale s'observe plus souvent chez les hommes, augmente avec l'âge et pour les personnes en âge de travailler qui sont inactives. Les cadres sont moins souvent en surcharge pondérale et le niveau d'éducation est un facteur protecteur. Aucun lien n'a pu être démontré avec le niveau de revenus.

SANTÉ SEXUELLE

Un risque de violences sexuelles est plus important pour les femmes, lié aussi au chômage et plus fréquent chez les employés. En revanche, ce risque n'est pas significativement associé au niveau de diplôme.

Un taux de couverture contraceptive est moins élevé chez les moins diplômées et en milieu urbain, un taux de grossesse non prévues et d'IVG plus élevé en cas de situation sociale précaire et chez les moins diplômées.



EXPOSITIONS PROFESSIONNELLES

INÉGALITÉS SOCIALES DE CONDITIONS DE TRAVAIL POUVANT AVOIR UN EFFET SUR LA SANTÉ

Les expositions professionnelles contribuent aux inégalités dans la population en âge d'activité professionnelle. La répétitivité des gestes, la manutention physique des charges, l'exposition à des produits chimiques (dont les substances cancérigènes), les contraintes d'horaires atypiques, les contraintes de rythme de travail touchent de préférence les catégories sociales défavorisées.

Certains métiers cumulent plusieurs grands types d'expositions : cuisinier, aide-soignant, employé dans la restauration, infirmier et sage-femme, aides à domicile et aides ménagères, ouvriers non-qualifiés, coiffeurs et esthéticiens.



EXPOSITIONS ENVIRONNEMENTALES

POLLUTION DE L'AIR ET DÉFAVORISATION SOCIALE DANS LES QUATRE GRANDES AGGLOMÉRATIONS D'OCCITANIE

Les expositions environnementales peuvent être avancées comme contributeur à l'état de santé lié à la situation sociale.

Un travail spécifique a été réalisé pour les quatre grandes agglomérations de la région (Toulouse, Montpellier, Perpignan et Nîmes) et a conforté cette hypothèse : la défavorisation sociale augmente la probabilité ou l'intensité des expositions environnementales défavorables à la santé, et la défavorisation sociale augmente la vulnérabilité aux expositions environnementales.



RECOURS AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION

INÉGALITÉS SOCIALES DE RECOURS AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION DANS LA PARTIE OUEST DE L'OCCITANIE

Quand le niveau de défavorisation augmente, un recours aux soins primaires décroît.



L'analyse réalisée dans l'ex-région Midi-Pyrénées à partir de la base de données régionales de l'Assurance-Maladie met en évidence l'existence d'une association négative entre les niveaux de défavorisation et la fréquence de recours aux soins et à la prévention. Le recours au dépistage des cancers (sein, col de l'utérus) diminue régulièrement avec l'augmentation de la défavorisation.

DÉPISTAGES VIH ET HÉPATITE

La pratique des dépistages augmente avec le niveau de diplôme mais est indépendante du niveau de revenu ou de la caté-



gorie socioprofessionnelle. En Occitanie, la part de personnes ayant déjà fait un dépistage de l'infection par le VIH diminue significativement à partir de 55 ans. Entre 65 et 75 ans, cette part est de 33 % des répondants. En revanche, cette part augmente significativement avec le niveau de diplôme : 49 % des personnes ayant un diplôme de niveau inférieur au Bac, 67% des personnes ayant un diplôme de niveau Bac et 75 % de celles ayant un diplôme de niveau supérieur au Bac. La fréquence de dépistage de l'infection par les virus des hépatites B et C montre les mêmes tendances

VACCINATIONS VHB ET DTP



Le taux de vaccination VHB est indépendant des caractéristiques sociales mais le taux de vaccination DTP est plus faible chez les personnes sans couverture santé complémentaire.

GROSSESSE ET PETITE ENFANCE

UNE CONSTRUCTION PRÉCOCE



Avant même la naissance de l'enfant, les inégalités de prévention au cours de la grossesse sont en lien avec la situation sociale des parents. Lors du suivi prénatal, il y a moins de consultations pour les femmes les plus défavorisées, le suivi échographique est moins bon, et les hospitalisations sont plus nombreuses. Pour les différents facteurs de risque, la consommation de tabac est plus fréquente chez les femmes les plus défavorisées, les grossesses précoces sont plus nombreuses, et les conditions de travail difficiles souvent plus fréquentes.

FACTEURS ASSOCIÉS À LA PRÉSENCE D'AU MOINS UNE CARIE DENTAIRE NON TRAITÉE POUR LES ÉLÈVES DE GSM

Les caries dentaires non traitées sont un indicateur fort d'inégalités sociales. Le risque de développer des caries dentaires est fortement corrélé à l'hygiène bucco-dentaire.



INÉGALITÉS TERRITORIALES
VERSUS DÉSSERTIFICATION MÉDICALE“N’ESSAYONS PAS D’INVENTER
DES MÉDECINS ET DE LES IMPORTER
DANS CES FAMEUX DÉSERTS MÉDICAUX !”

Inégalités territoriales versus désertification médicale : cette opposition masque la véritable analyse à faire de l'accès aux soins et des difficultés sur certains territoires.

La sémantique a perdu une bataille lorsque des patients ont eu du mal à trouver dans certains pays un médecin dans la journée ou un spécialiste dans la quinzaine et s'en sont ouverts à des représentants de la presse. À la formule « inégalités territoriales » on lui préfère « désert médical » qui fait le bonheur de médias à la recherche de raccourcis factices. Ces médias qui évoquent la « pénurie » de médecins dans des « territoires désertés » et vont jusqu'à proposer sérieusement un « véritable plan Marshall » pour surmonter les vents du désert où, dit-on, ne pousserait aucun professionnel de santé. Ce « désert médical » a le don d'en exaspérer plus d'un à l'URPS-ML, et au premier chef le Dr Maurice Bensoussan qui, entre deux discours, s'est fait l'écho de cette exaspération aux rencontres de La Grande-Motte en juin dernier. Le Dr Olivier Darreye parle de « mauvais vocabulaire » et insiste pour que l'on évoque à la place « des difficultés d'accès aux soins ». Le Dr Jean-Louis Bensoussan partage cet avis : « Dans certains secteurs, dit-il, il est effectivement difficile d'avoir un médecin traitant. C'est une des raisons majeures de la création des CPTS pour répondre à cette demande d'accès aux soins. La seconde difficulté concerne le deuxième recours, celle d'avoir des rendez-vous avec des spécialistes. Et puis nous constatons des retours de patients qui se plaignent de dépassements d'honoraires et qu'ils

ne peuvent pas ou ne veulent pas assurer. » Et le vice-président de l'URPS-ML de donner un contour plus précis à l'intitulé « inégalité territoriale » : « À Toulouse et dans sa périphérie par exemple, les patients peuvent choisir des spécialistes comme ils le souhaitent, avec des délais de rendez-vous certes parfois longs. Et dans d'autres endroits, les patients n'ont aucun choix. C'est là que se créent les inégalités et les iniquités. Dans notre grande région d'Occitanie, nous avons la chance d'avoir une densité médicale qui est globalement très bonne mais bien sûr nous faisons face à quelques disparités, là où les choses deviennent difficiles à supporter. »

Ces disparités procèdent de deux raisons selon le Dr Olivier Darreye : « L'organisation est insuffisante pour permettre aux gens de se soigner. En cas de soins aigus, de soins non-programmés, les patients n'ont pas toujours le fléchage suffisant pour savoir où s'adresser pour ces soins non planifiés et qui peuvent être partagés avec d'autres professionnels de santé. » La deuxième raison tient aux délais de rendez-vous trop longs : « Si on n'offre pas aux patients un délai acceptable pour un rendez-vous avec un généraliste, et plus certainement avec un spécialiste (pour

un ophtalmologue, il faut compter dans mon territoire rural entre un an et un an et demi, pour un neurologue entre trois et quatre mois), ils se lassent, décrochent et ne cherchent pas à consulter un médecin. Nous sommes dans l'inégalité des soins, parce qu'il y a renoncement aux soins. Et quand les patients ne trouvent pas de généralistes, ils se rendent aux urgences. Ce renoncement aux soins est un facteur de risque. Dès lors, il faut parler d'équité face aux soins, tout le monde doit avoir la même chance de rencontrer des professionnels de santé. »

On serait tenté de calquer la carte de l'inégalité territoriale sur la carte de l'inégalité sociale de santé. Le médecin de Vayrac pense que ce serait une erreur : « Dans le terme même de désertification, on pourrait affirmer avoir trouvé la solution à cet état. Il suffirait de dire que, dans un désert médical, il n'y pas assez de médecins, donc il en faut plus. À l'URPS, nous disons ceci : il ne s'agit pas d'inventer des médecins qui n'existent pas, de les importer dans ces déserts, mais de faire en sorte que les médecins déjà présents sur ces territoires développent une organisation leur permettant de travailler dans de bonnes conditions. Cela aura plusieurs effets : des

jeunes médecins voudront s'installer si l'organisation est performante, et chaque patient aura accès au bon professionnel, au bon endroit, au bon moment. Si l'on compare la démographie médicale et les inégalités sociales de santé, en toute logique cela ne doit pas se recouper, même si dans certains endroits cela peut être concordant parce que cela constitue un facteur aggravant du fait de la rupture du parcours de soins. »

L'économiste de l'ARS Denis Ducros partage ce sentiment : « Les gradients sociaux traversent les territoires. Par exemple, pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, on observe un fort gradient social de recours sur l'ensemble de l'ex-région Midi-Pyrénées. Mais sur l'agglomération de Toulouse, territoire plutôt favorisé, nous constatons le même gradient social. Ce gradient peut être accentué ou réduit dans certains territoires de la région selon l'accessibilité à des professionnels qui réalisent des frotis, le niveau socioéconomique de la population ou par la présence ou l'absence d'actions locales de sensibilisation des femmes. Mais une chose est sûre, la fracture territoriale est très souvent dépassée par la fracture sociale. Ce sont deux fractures bien distinctes même si elles peuvent s'additionner. »

Pierre Kerjean

“TOUT LE MONDE
DOIT AVOIR
LA MÊME CHANCE
DE RENCONTRER
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ”



PAR LE DOCTEUR PATRICK SOUTEYRAND

POURQUOI LES MÉDECINS LIBÉRAUX
ONT RAISON D'ÊTRE MÉFIANTS
FACE AUX GROUPEMENTS
HOSPITALIERS DE TERRITOIRE ?

Si la réorganisation du secteur hospitalier mettant en place une graduation des soins et créant des GHT qui associent des centres hospitaliers importants et d'autres plus petits, ainsi confortés, paraît logique et même souhaitable, elle ne saurait se faire au détriment du secteur libéral surtout quand celui-ci existe déjà dans le territoire et, de plus, qu'il est bien organisé et donne toute satisfaction aux usagers.

Le plus mauvais exemple est le projet du GHT CHU de Montpellier-Sud Aveyron (c'est à dire principalement le CH de Millau) portant sur Clermont l'Hérault, ville de 9000 habitants au sein d'un bassin de population en pleine expansion et située à l'intérieur d'un triangle Montpellier-Béziers-Lodève, villes dotées en scanners.

Le GHT demande l'autorisation d'exploitation d'un scanner à Clermont l'Hérault, scanner dont les examens seraient interprétés soit sur place, soit par téléradiologie par des médecins du CHU de Montpellier, ce dernier projetant à cet effet le recrutement de deux PH. Des consultations avancées du CHU en Orthopédie et Gynécologie sont par ailleurs en phase de développement.

Ce secteur ne manque pourtant pas d'acteurs libéraux et entre autres d'un cabinet de radiolo-

gie installé depuis plus de 40 ans à Clermont l'Hérault. Il est géré par un groupe de 12 radiologues libéraux qui assurent aussi le fonctionnement du scanner de Pézenas situé à seulement 20 kms. Ce centre est d'ailleurs pris comme exemple par le Conseil National de l'Ordre :

- Le cabinet de radiologie est situé dans des locaux neufs où viennent consulter 30 spécialistes représentant 19 spécialités et il participe à une CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé)
- Il assure de façon contractuelle l'imagerie en radiologie conventionnelle et l'échographie du Centre Hospitalier voisin.
- Pour les patients du territoire, il assure toute l'échographie (obstétricale entre autres), la radiographie conventionnelle qui garde toujours des indications, la radiologie dentaire et surtout le dépistage du cancer du sein (il assure entre 10 et 12 % de l'activité de dépistage du département de l'Hérault !)
- Il a le soutien de la Maison médicale de garde (pourtant située dans les locaux du CH) ainsi que de l'association Santé Lib Cœur d'Hérault qui regroupe une centaine de professionnels de santé libéraux
- Tous ces radiologues exercent en secteur 1 sans dépassement d'honoraires.

Pour ce qui concerne l'implantation d'un scanner, les radiologues ont déposé une demande d'installation auprès de l'ARS, après avoir appris fortuitement le projet du CHU, auquel ils n'ont pas été conviés à participer.

Si ce projet exclusivement hospitalier venait à voir le jour, le centre libéral devrait fermer à terme, dans l'impossibilité de trouver de jeunes successeurs pour réaliser uniquement une imagerie conventionnelle sans adossement à une imagerie en coupes, demain seule pertinente dans de nombreuses indications.

Où iront alors les Clermontois pour réaliser un simple panoramique dentaire, une échographie obstétricale ou une mammographie de dépistage, toutes activités non pratiquées par le CHU ?

Cette demande va à l'inverse des recommandations du G4 de Radiologie (regroupant radiologues publics, libéraux et société savante de radiologie) qui préconise des plateaux d'imagerie complets permettant de proposer au patient la technique la plus adéquate en fonction de la pathologie recherchée.

Installer une imagerie moderne dans un tel bassin de population est à l'évidence cohérent et légitime, mais l'attitude agres-

sive du CHU envers le secteur libéral présent depuis si longtemps dans le territoire est non seulement inélégante mais surtout inappropriée. La ressource médicale est trop précieuse pour la gaspiller dans des territoires où sont déjà présents des professionnels prêts à répondre à tous les besoins de la population si on leur donne les autorisations requises, en particulier pour implanter un scanner.

Voudrait-on aggraver le climat de méfiance qu'inspire aux libéraux la volonté hégémonique du secteur hospitalier ?

Le verdict des autorisations sera rendu au plus tard fin octobre. Souhaitons que la raison l'emporte.

Dr Patrick Souteyrand
Radiologue libéral
Membre de l'URPS OCCITANIE
Nommé à ce titre à la CRSA et la
COSOS

LANCEMENT DU PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ MENTALE EN HAUTE-GARONNE

SANTÉ MENTALE : SIX PISTES POUR AMÉLIORER LE PARCOURS DE SOINS



Le Projet territorial de santé mentale émane du Conseil National de la Santé Mentale et de la Psychiatrie, dissous par la ministre de la Santé et des Solidarités lors de sa prise de fonction. Il survit donc à l'instance qui lui a permis d'exister avec l'objectif de mieux répondre aux besoins des usagers en santé mentale. Il a pour objet l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité, sans rupture, dans ce champ de la santé mentale. La Haute-Garonne a délibérément choisi de bâtir son PTSM en suivant les textes au plus près pour aller contre les cloisonnements. Les acteurs départementaux de la santé mentale formalisent actuellement le diagnostic territorial partagé.

Le rapport de la mission d'information sur l'organisation territoriale de la santé mentale lancée par la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, rendu fin septembre, dresse un portrait accablant de la prise en charge psychiatrique française.

L'organisation territoriale de la santé mentale est jugée « inefficace », « inefficace », avec une prise en charge des patients « catastrophique » et une filière psychiatrique, et en particulier la psychiatrie publique, « au bord de l'implosion ». Le rapport pointe également du doigt la saturation de l'hôpital psychiatrique mais surtout sa place isolée dans la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques. « Les médecins généralistes, qui sont souvent le premier recours dans la prise en charge des troubles psychiques, sont bien peu armés pour les repérer et les prendre en charge et orienter leurs patients dans le labyrinthe de la psychiatrie », expliquent les deux parlementaires. Les rapporteurs auraient été bien inspirés, et auraient ainsi mieux géré les deniers publics, au lieu de s'engager dans le passé de prendre en compte les propositions et innovations qui se développent sur l'ensemble du territoire national. « L'Occitanie n'a pas attendu ce rapport pour essayer de modifier

cet état de fait, rappelle le Dr Brigitte Cabanat, médecin généraliste toulousaine, élue de l'URPS. Nous avons anticipé et mis en place une solution pour créer un support original à la pratique en psychiatrie du médecin traitant : le dispositif de soins partagés en psychiatrie et en santé mentale. » Ce DSPP, lancé à Toulouse, il y a bientôt trois ans, début 2017, sous la houlette du psychiatre Maurice Bensoussan, a trouvé sa place dans l'univers toulousain du soin de la santé mentale et est devenu un modèle de coopération entre médecine générale et psychiatrie. Cette création prend un relief tout particulier au moment où est présenté le rapport national au Palais Bourbon et où est lancée par la commission de santé mentale de la Haute-Garonne une vaste réflexion sur un Projet territorial de santé mentale.

« Le DSPP peut constituer, il est vrai, une dimension structurante d'un PTSM dans l'accès aux soins. Le DSPP est original, notre ambition est de le généraliser, explique le président de l'URPS-ML. Mais le PTSM est beaucoup plus large que le DSPP qui en constitue une des parties. »

Effectivement quand on regarde de près les objectifs poursuivis par le Projet territorial de santé mentale, l'ambition est plus large et doit répondre en premier lieu

UNE DEMARCHE PORTEUSE DE VALEURS

Le Projet territorial de santé mentale est une démarche porteuse de valeurs : elle est partagée et prend en compte les besoins des usagers.

Elle s'appuie sur les réflexions déjà menées en Haute-Garonne et est ouverte à toute personne souhaitant y contribuer tout en étant soucieuse de garantir l'équilibre des représentations et l'expression de tous. Elle laisse la place à l'innovation et à l'expérimentation. Enfin cette démarche appartient aux acteurs de la santé mentale, au plus proche des usagers.

aux besoins des usagers.

« Il s'agit, dit le Dr Maurice Bensoussan, « dans le cadre de la pathologie la plus grave, une fois qu'elle est constituée et installée en handicap psychique, de penser les soins en santé mentale et en psychiatrie au plus près du patient. Et il ne faut pas penser les soins à partir de l'hôpital. »

RESPECTER SIX PRIORITÉS

Cette ambition se traduit en six objectifs qui sont précisément les six priorités sur lesquelles les participants du PTSM vont travailler. C'est en premier lieu le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles.

La seconde priorité est le parcours de santé et de vie de qualité et

sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale. Vient ensuite l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.

Cinquième priorité, le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques. La dernière priorité est l'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

Pour parvenir à respecter ces six priorités, « la Commission de santé mentale, explique Maurice Bensoussan, Président de cette commission, a mis en place un processus très participatif en suivant au plus près le décret de juin 2018 portant

sur les projets territoriaux de santé mentale. À cette occasion, nous avons développé une méthodologie originale dans le département de Haute-Garonne. »

La participation à cette démarche est très large. L'ensemble des acteurs concernés par ce projet compte les représentants des personnes impliquées et des familles, les établissements de santé autorisés en psychiatrie, les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, les médecins de ville et les professionnels d'exercice libéral, les psychologues, les conseils locaux de santé mentale, les groupes d'entraide mutuelle, les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, les acteurs du logement et de l'hébergement, de l'emploi, de l'inclusion sociale et citoyenne. Ainsi, toute personne rencontrant, dans son expérience ou sa pratique (prévention, prise en charge en santé mentale, réinsertion et réhabilitation sociale), des questionnements liés à la santé mentale peut prendre part au projet.

LES DEUX GRANDES ÉTAPES

La première étape du projet sera l'élaboration d'un diagnostic sur ce qui fonctionne et sur ce qui doit être amélioré sur le département de Haute-Garonne. Il s'agira de participer à un questionnaire diffusé en ligne jusqu'en décembre prochain et ainsi s'exprimer sur les six priorités du projet. « Au travers du questionnaire, chaque territoire va écrire ses besoins, dit le Dr Maurice Bensoussan. Le PTSM prend du sens dès lors que l'on décrit, précise, spécifie les parcours de l'utilisateur confronté à des problèmes de santé mentale ou psychiatrique. »

La seconde étape après le séminaire du 5 novembre, au cours duquel le diagnostic territorial sera partagé à partir des 6 priorités, sera celle de l'écriture du projet territorial avec l'intention d'un plan d'action concret mais aussi ambitieux élaboré par l'ensemble des acteurs.

Pierre Kerjean



LA E-MÉDECINE PROGRESSE EN OCCITANIE

TOUT CE QUE VOUS AVEZ TOUJOURS VOULU SAVOIR SUR LA TÉLÉCONSULTATION (SANS JAMAIS OSER LE DEMANDER) !

La téléconsultation qui permet à un médecin de réaliser une consultation à distance à un patient fait sa grande entrée en Occitanie. Les médecins souvent indécis devant ce genre de nouvel acte de médecine devront, dans leur grande majorité, se faire accompagner, au début de l'exercice, pour appréhender au mieux cette pratique.

La première étape est terminée. L'expérimentation de téléconsultation qui a été lancée sur toute la région en avril dernier a été close après l'été. Elle avait pour objet d'expérimenter un outil pratique, simple, sous la forme d'une étude menée auprès d'une cohorte de patients pour améliorer les connaissances sur la mise en place d'un outil de téléconsultation et son impact sur les organisations des professionnels. Malgré le fait que peu de médecins (une vingtaine) y ont participé, les résultats de cette enquête *in situ* sont riches d'enseignements. Le retour d'expérience confirme la nécessité d'accompagner les médecins en la matière. Ce faisant, l'expérimentation a confirmé que l'usage de l'outil de téléconsultation répond à une attente forte des professionnels. D'ailleurs, ce n'est pas tant un nouvel outil mais bien une nouvelle pratique. C'est l'innovation qu'il faut accompagner pour qu'elle porte bien de nou-

velles modalités de pratique et d'organisation des soins. L'URPS s'impliquera pour accompagner les médecins libéraux dans ce changement qui va bien au-delà de la seule technicité.

UNE MULTITUDE DE QUESTIONS

Forte de ses enseignements, l'Union a aussitôt lancé une campagne d'information et de sensibilisation auprès des médecins s'appuyant sur la diffusion d'une plaquette de douze pages qui répond aux questions que se pose un praticien avant de se lancer dans la téléconsultation.

Ce mode d'emploi se veut pratique. Il est conseillé de tester tout d'abord le bon fonctionnement du matériel de vidéo-transmission ; de bien identifier le patient ; de bien communiquer avec lui avant et pendant la consultation (voir l'exemple de notice pour informer les patients en amont d'une téléconsultation en dernière page de la revue) ; organiser la suite de sa prise

en charge ; et à la fin de la téléconsultation, l'interroger sur son avis, via un questionnaire de satisfaction.

UNE VITESSE RAPIDE D'EXÉCUTION

Prochaine étape, la finalisation de l'outil de téléconsultation qui sera installé sur tablette et sur smartphone ! Une finalisation qui s'effectue avec le MiPih, structure publique de coopération interhospitalière spécialisée dans la construction du système d'information et qui devrait passer par un déploiement généralisé sur toute la région en décembre prochain. Comme l'indique le directeur délégué de l'URPS-ML, « la vitesse d'exécution de ce projet a été rapide ! »

Odile Fraye

ENTRETIEN AVEC LE PR STÉPHANE OUSTRIC PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'ORDRE DES MÉDECINS DE HAUTE-GARONNE

« NOUS MANQUONS DE MATURITÉ À L'ÉGARD DES CPTS. IL EST NÉCESSAIRE DE CHANGER DE PARADIGME ET DE FAIRE CONFIANCE. »

Même s'il se satisfait de la signature de l'accord conventionnel de mars dernier et de l'élan qui s'est levé autour de la création des CPTS, le Pr Stéphane Oustric s'inquiète du manque de recul et de vision que certains professionnels de santé, médecins notamment, ont à l'égard des Communautés professionnelles territoriales de santé qu'ils sont en train de mettre en place ou auxquelles ils participent. Selon le médecin toulousain, une attitude assez répandue qui manque de maturité envers cette réforme en marche !

MÉDECIN D'OCCITANIE. Médecin généraliste, vous avez créé la Maison de santé pluriprofessionnelle universitaire La Providence à Toulouse où vous exercez. Une MSPU à partir de laquelle vous avez participé à la création d'une Communauté professionnelle territoriale de santé qui compte déjà plus de 100 professionnels. Pensez-vous que l'objectif de 100 CPTS en Occitanie à l'horizon début 2021 peut être tenu ? Que pensez-vous de ce démarrage ?

PR STÉPHANE OUSTRIC. Nous sommes, nous médecins, placés devant un choix majeur à un moment particulier : faire du volume et de la quantité d'actes sans régulation ni coordination ou faire de la qualité partagée ? Parler de la qualité à notre niveau, c'est poser une autre question : avons-nous vraiment réfléchi à la mission de ces communautés qui est de réunir le plus grand nombre de professionnels autour de parcours de santé pour répondre aux besoins réellement exprimés et attendus des patients avec des stratégies de territoires ? Cette réflexion n'est pas facile à mener.

Nous devons penser à ce qui pourrait être fait dans une CPTS et quel choix de thème de parcours sur notre territoire ? Et combien de parcours par CPTS ? Et quelle organisation du fonctionnement de ces CPTS ?

À titre d'exemple, sur notre CPTS présidée par le Dr Michel Combié, nous nous interrogeons depuis longtemps : allons-nous construire un parcours autour de la santé de l'enfant, de la santé de la femme, de la santé mentale, autour d'actions de préventions et de dépistages, autour de maladies chroniques et lesquelles ? Nous voulons rassembler tous les professionnels qui le souhaitent pour agir avec et pour les patients. Il va falloir impérativement structurer tous ces parcours dans nos pratiques, dans la

coordination et grâce notamment à des dossiers médicaux, si divers et différents selon les acteurs et les fournisseurs de logiciels, de façon réfléchie et partagée. Aussi l'élément moteur de ces CPTS, contrairement à ce que certains professionnels pourraient penser, n'est sûrement pas d'obtenir un gain financier supplémentaire. Il est avant tout conçu pour le patient et le professionnel, et sur un territoire bien défini. Il s'agira, pour le professionnel, d'optimiser un accès aux soins et à l'avis médical, faciliter le temps de travail de chaque professionnel en réduisant la charge administrative, et fluidifier effectivement le parcours de santé entre les différents recours et établissements. Il s'agira, pour les patients, probablement, de mieux exprimer leurs attentes et de mieux appréhender les contraintes des professionnels sur le territoire. La place des médecins est majeure, centrale et non négociable.

Alors comment faire ?

Pour cela, et d'une manière générale, il va falloir se réunir vite entre acteurs responsables, professionnels et patients, et institutionnels (ARS-URPS-Ordre), pour établir non pas une règle inhibante mais une charte de bonnes pratiques régionales valorisante et libératrice des énergies et des acteurs de territoires. D'une manière plus spécifique, il faut développer la coordination et son organisation territoriale, développer l'utilisation des outils partagés notamment numériques, et enfin faire en sorte que tous les acteurs disposent des mêmes informations avant de pouvoir donner une réponse, en un temps précis de manière structurée donc évaluable. Par expérience, je sais que cela ne sera pas simple. Prenez le cas

d'un patient lombalgique, professionnels et patients devront se mettre d'accord sur les mêmes référentiels et les mêmes recommandations professionnelles, sur la même organisation temporelle avant la réalisation d'une imagerie, avant la mise en place d'éventuels soins de kinésithérapie ou de prescription médicamenteuse... Il y aura de nombreuses résistances aux changements tant côté professionnels que côté patients. Le fonctionnement des CPTS devra être là pour faciliter l'activité professionnelle, l'explication et l'information aux patients, et l'optimisation du parcours de soins. Toute cette démarche devra être tracée et traçable, évaluable et opposable.

Les CPTS devront aussi offrir des moyens pour créer, tester et développer des outils numériques de facilitation de travail en commun. Pour cela, les CPTS devront embaucher des coordonnateurs de parcours, vrais facilitateurs d'intelligence territoriale. Elles devront vérifier les conditions d'un meilleur travail co-construit et respectueux de tous, personnes, patients, professionnels, établissements et institutionnels. Mais qui dit travailler mieux ensemble, peut dire aussi travailler plus. Quand on lit l'accord conventionnel interprofessionnel du 21 août 2019, on comprend que l'augmentation quantitative de l'accès aux soins (médecin traitant, soins non programmés, télémédecine) est un préalable non négociable. Il ne faut donc pas se tromper. Certains médecins paraissent très excités à l'idée que les CPTS seraient synonymes de gain financier personnel, et surtout qu'ils pourront exercer dans le périmètre territorial qui leur convient. Un petit périmètre territorial, confortable à un petit nombre de professionnel, serait une er-

IL NOUS FAUDRA
PROBABLEMENT AGIR
SUR DES TERRITOIRES
DE PLUS DE 180 000
HABITANTS



reur et sclérosant. Quand nous évoquons, par exemple, au sein de notre métropole toulousaine comment nous devrions envisager la forme des CPTS, nous pouvons imaginer qu'il faudra justement suivre beaucoup de patients et leur famille, en proximité et en population générale. Il nous faudra probablement agir sur des territoires de plus de 180 000 habitants et non pas gérer son petit quartier, son petit pré-carré de 10 à 20 000 Habitants. Cette échelle est maintenant celle de la MSP. Une CPTS à peu

PARCOURS LE CONSEIL DE L'ORDRE N'A PAS DE MYSTÈRE POUR LUI

Le Pr Stéphane Oustric, 53 ans, est médecin généraliste, installé à Toulouse depuis 26 ans. Il a été élu conseiller départemental de l'Ordre des médecins de Haute-Garonne, dès 1998. Il a présidé le conseil régional de l'Ordre des médecins de Midi-Pyrénées (2007-2009) et siège au conseil national de l'Ordre des médecins depuis 2010 où il a été élu récemment délégué général des données de santé et au numérique. Le 19 juin 2018, le conseil départemental de l'Ordre des médecins de Haute-Garonne l'a élu président pour trois ans. Il dirige le département universitaire de médecine générale à Toulouse depuis dix ans. En juillet 2017, il a créé la première Maison de santé pluriprofessionnelle universitaire de Toulouse dans le quartier Guilhemery.

tion collectivement nous serions vite rattrapés par l'histoire à venir. Le regroupement, l'organisation et la coordination, voilà l'essence même de la CPTS. Ceux qui veulent des CPTS de petites tailles personnalisées sur des grands territoires et qui pensent les créer ainsi, dans une démarche autocentrée, se trompent. C'est la raison pour laquelle je pense que nous manquons aujourd'hui, sur ce sujet, de maturité collective et de discernement. Il est nécessaire de changer de paradigme et de se demander comment organiser en confiance sur un territoire, le recrutement de patients autour du parcours en santé : il faut réfléchir sur l'origine géographique des patients qui viennent dans nos cabinets et qui vont dans les structures de second recours, des établissements publics ou privés. Alors on se rend compte que le territoire de la communauté est beaucoup plus vaste qu'un simple petit quartier. A ce titre, la CPTS est une chance pour les GHT. Ils devront s'interconnecter et non s'opposer.

Le pari des 100 CPTS en Occitanie semble bientôt gagné. Cette première étape sera vraisemblablement réussie. Ne craignez-vous pas que l'on déchanté au cours de la deuxième étape ?

Les professionnels qui affirment avoir créé une CPTS n'ont pas encore signé un accord conventionnel interprofessionnel. Ceux qui ont des MSP ou des centres de santé ont déjà signé, pour la plupart, un ACI. C'est un contrat particulier avec l'Assurance maladie, qui nécessite de la rigueur et de l'organisation administrative. Nous ne sommes pas forcément prêts à faire cela car nous sommes médecins et notre métier n'est pas celui-là. Pour autant, nous devons être leader, sans détour, du mécanisme organisationnel et décisionnel. Une période

d'habitants ne mène à rien en dehors de territoires ruraux particuliers, de territoires de montagne ou démographiquement difficiles et particuliers. En dehors de ces cas précis, il s'agirait d'un protectionnisme mal placé. C'est là où l'on perçoit le biais ou la limite initiale à la création de cet ACI et des CPTS. À emprunter cette direc-

transitoire de construction et d'appropriation du fonctionnement et de l'organisation territoriale, d'environ deux ans, est prévue par la CNAM et par son directeur, Nicolas Revel. Ce dernier a certainement eu la volonté que cela fonctionne en mettant les moyens financiers. Mais, à nouveau, il s'agira de financer, de payer les professionnels. Cette construction professionnelle doit se faire également, ou enfin, avec les personnes, les patients et les associations de patients. Cela constitue le changement majeur auquel les médecins ne sont pas foncièrement habitués. Cette démarche doit être accompagnée et co-construite par des professionnels dûment formés dont c'est le métier, afin de garantir l'alchimie du travail en collaboration et en coordination entre tous les professionnels de santé, entre tous les types d'établissements, entre le sanitaire et le social. Ce sont les coordonnateurs des parcours de santé. Vous imaginez donc bien que pour réaliser tous ces changements et s'approprier une méthode et des moyens d'organisation et de fonctionnement, il faudra du temps. J'imagine aisément qu'il faudrait au moins 18 à 24 mois pour définir les parcours avec tous les acteurs, se mettre d'accord entre professionnels, rencontrer les associations, créer les outils médecins, les outils patients, les outils établissements, et mettre en place toutes les procédures.

Il faudra embaucher des coordonnateurs pour aider à structurer le système. Là encore, une veille ou une vigilance institutionnelle devra être mise en place en lien avec la faculté de médecine de Toulouse (lieu de formation de ces coordonnateurs depuis six ans) et les acteurs institutionnels au premier desquels figurent les URPS et les Ordres. Comment pourrez-vous embaucher une coordinatrice ou un coordinateur, équivalent temps plein, dans une CPTS dont la population ne dépasse pas les 40 000 personnes et la subvention de fonctionnement ne dépasse pas les 50 000 €, sachant qu'il faudrait au moins 2 ETP ? Les échelles de financement ne sont pas cohérentes. Il faudra donc prendre dans la totalité du budget afin d'assurer la réalité de l'action et du fonctionnement territorial. Beaucoup de médecins n'ont pas cette vision-là, ils attendent de suite de l'argent pour eux-mêmes. Cet argent n'est pas fait pour ça. Les professionnels se paieront sur l'activité de soins qui va changer.

Propos recueillis par Luc Jacob-Duvernert

DEMAIN VOUS ALLEZ CONSULTER À DISTANCE !

VOICI COMMENT VOUS INFORMEREZ VOTRE PATIENT

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MA CONSULTATION MÉDICALE À DISTANCE TÉLÉCONSULTATION

J'ai rendez-vous avec le Dr _____ le / / à h

La téléconsultation aura lieu : à mon domicile
Autre lieu : _____

Je serai assisté(e) : d'un proche d'un professionnel de santé

Je me connecte à la plateforme sécurisée : _____

En cas d'annulation ou de problème technique, appeler le _____

?

Pourquoi une téléconsultation ?

- Pour m'éviter un déplacement
- Pour consulter plus rapidement
- Parce que ma situation médicale le permet

€

Comment payer et être remboursé ?

- La téléconsultation est facturée par le médecin téléconsultant de la même façon qu'en face-à-face
- Les modalités de remboursement sont les mêmes que pour une consultation classique

🔒

Mes droits et la sécurité de mes données

- Mon consentement est nécessaire pour la téléconsultation
- Le secret médical est assuré
- Mes données personnelles sont protégées

📱

Quel est l'équipement nécessaire ?

- Un ordinateur ou une tablette équipé(e) d'une webcam pour la vidéo-transmission
- Une connexion internet avec un débit adapté

📄

Comment se déroule une téléconsultation ?

Avant la téléconsultation

- ✓ Je dispose de toutes les informations pour me connecter
- ✓ J'ai mes documents médicaux à proximité
- ✓ Je suis dans un lieu calme

Le jour du rendez-vous

- ✓ Je me connecte à la plateforme sécurisée
- ✓ Je me place face à la caméra
- ✓ Je vérifie que je vois et que j'entends bien mon médecin
- ✓ Je parle assez fort
- ✓ À l'issue de la téléconsultation : mon médecin m'informe de la suite de ma prise en charge

👨‍⚕️

Téléexpertise

Mon médecin peut solliciter à distance l'avis d'un médecin expert sur ma prise en charge
Je dois donner mon accord après avoir été informé(e) de la procédure

Plus d'informations sur www.has-sante.fr

HAS – MA CONSULTATION MÉDICALE À DISTANCE : TÉLÉCONSULTATION – Mai 2019 © Haute Autorité de santé