

# Médecin d'Occitanie

LE BULLETIN DE L'URPS DES MÉDECINS LIBÉRAUX

N°12 - FÉVRIER 2020



A U S O M M A I R E

ASPIRATIONS ET DIFFICULTÉS DES GÉNÉRALISTES DE HAUTE-GARONNE

NOUVEAU MÉTIER : COORDINATEUR DE PARCOURS DE SANTÉ

À QUOI RÊVENT LES JEUNES MÉDECINS

## AU SOMMAIRE

Page 3 : ÉDITORIAL du président :  
Convergences

### ACTUALITÉS

Page 4 et 5 : Enquête auprès des médecins de Haute-Garonne : aspirations et difficultés du généraliste  
Patience pour consulter un ophtalmologue !

Page 6 : CPTS : 13 focus réalisés dans les départements  
L'Occitanie s'attaque aux perturbateurs endocriniens

### D O S S I E R : LES PREMIÈRES EXPÉRIENCES DE TÉLÉCONSULTATION AU QUOTIDIEN

Page 7 : Les premiers expérimentateurs

Pages 8 : Guide de la téléconsultation au quotidien

Page 9 : Comment s'inscrire sur la plateforme

Pages 12 : Medicam : un dispositif de téléconsultation pour  
tous les médecins

### FOCUS

Pages 14 et 15 : Première installation médicale ; deux jeunes  
médecins témoignent

Pages 16 et 17 : Rezone, l'outil d'installation des jeunes  
médecins

### GRAND TÉMOIN

Pages 18 : Stéphane Cobigo, directeur santé à la CPAM  
Haute-Garonne

### DÉCRYPTAGE

Page 19 : Coordinateur de projet, un nouveau métier de  
santé



## MÉDECIN D'OCCITANIE N° 12 – FÉVRIER 2020

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

## CONVERGENCES

**Notre engagement dans la culture des pratiques collaboratives se poursuit, sans nostalgie, en dépit de conservateurs aigris toujours aveuglés du seul intérêt personnel.**

L'idée novatrice des concepteurs de Médimail serait restée une esthétique sans lendemain, si elle n'avait concerné que le monde libéral. Médimail fonde un autre lien entre la ville et l'hôpital. Initié dans un territoire, Médimail est aujourd'hui la messagerie médicalisée de chaque professionnel du monde de la santé d'Occitanie dans une totale équité et gratuité d'accès.

La téléconsultation, véritable miroir aux alouettes des entrepreneurs en tout genre, aiguise leurs appétits. Nous ne voulons plus voir les évolutions conventionnelles entre les médecins libéraux et l'assurance maladie confisquées par le monde commercial. **Votre URPS médecins a choisi de solliciter son partenaire historique, le développeur de Médimail, pour offrir à chaque médecin libéral de son territoire qui le souhaite, l'usage de Medicam.**

C'est un outil simple, convivial et pratique pour effectuer, en toute conformité au cadre juridique, une consultation à distance. Chaque prescription, y compris médicamentuse, est sécurisée, la facturation et l'encaissement des honoraires sont effectifs. La réussite ne sera complète qu'avec le soutien et l'accompagnement du Groupement d'Appui au développement de la e-santé et de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie.

Cette convergence, respectant la place et le rôle de chaque acteur, est indispensable si nous voulons voir nos initiatives se généraliser. Ainsi, dans la continuité des partenariats, **le Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie de l'agglomération toulousaine fait la**



**"ORGANISER LES SOINS, CE N'EST PAS APPLIQUER UN MODÈLE MILITAIRE, C'EST CONVERGER VERS DES PRATIQUES COLLABORATIVES."**

preuve de son efficacité, ce que le dernier rapport de l'IGAS souligne. Il participe activement à l'expérimentation d'un parcours de soins novateur pour les troubles mentaux d'intensité légère à modérée, en créant des espaces de concertation professionnelle entre médecins généralistes, psychologues et psychiatres.

Une autre innovation est son développement sur l'agglomération Montpelliéraine, qui débute focalisée sur la pédopsychiatrie.

En fin d'année 2018, quand l'ARS Occitanie cesse d'être une agence régionale de l'hospitalisation pour enfin s'ouvrir au monde de la santé, les URPS s'engagent toutes ensemble pour la mise en place des CPTS (Communautés professionnelles territoriales de santé). L'assurance maladie et l'ARS signent avec

nous la convention du 14 mars 2019. Ce sont déjà environ 80 projets de CPTS qui émergent dans notre région. **L'unité fonde leur mise en place, uniquement liée à l'initiative des acteurs de terrain, qui s'imposent d'informer et d'intégrer dans leur communauté chaque professionnel du territoire.**

D'autres projets convergent en Occitanie pour la construction de ces nouvelles organisations en santé, que le dernier rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, consacré à l'organisation de la médecine spécialisée et du second recours, alimente de ses réflexions.

Une révolution se dessine pour organiser les soins, non plus à partir du modèle hospitalier qui, performant pour traiter les pathologies rares, lourdes et complexes, ne l'était plus en adaptant son modèle aux pathologies courantes, fréquentes et ordinaires. **L'enjeu des CPTS est de montrer la capacité des professionnels de santé libéraux à s'organiser, pour prendre en charge les besoins de santé, au-delà du seul accès aux soins, de la population de leur territoire.** De leur place de premier recours mais aussi de second recours, ils devront s'articuler avec les autres acteurs du soin que sont leurs collègues des établissements de santé, mais aussi avec les acteurs du médicosocial et du champ social. Organiser les soins, ce n'est pas appliquer un modèle militaire, mais c'est converger vers des pratiques collaboratives, qui font des acteurs libéraux les garants d'une réponse adéquate aux besoins de santé de l'ensemble de la population d'un territoire.

Docteur Maurice Bensoussan

ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉDECINS  
DE HAUTE-GARONNE10 ANS APRÈS,  
ASPIRATIONS ET DIFFICULTÉS  
DES GÉNÉRALISTES

Une enquête menée au printemps dernier en Haute-Garonne auprès de tous les médecins du département vient de permettre d'actualiser des données qui remontaient à 2008. Alors que les réformes ayant pour objet l'organisation des soins du premier recours battent leur plein, les généralistes disent leurs aspirations mais aussi leurs difficultés. Un arrêt sur image qui devrait contribuer à améliorer les conditions d'exercice des praticiens.

**10 ANS APRÈS UNE ENQUÊTE consacrée à la démographie en Haute-Garonne et confiée à l'Institut de sondage BVA, les différents acteurs de la santé du département avaient besoin d'actualiser leurs données pour optimiser l'offre médicale du territoire.**

Aussi, au printemps dernier la Caisse primaire d'assurance maladie, l'Agence régionale de santé, le Conseil de l'ordre des médecins et l'URPS-ML d'Occitanie ont-ils mené une enquête auprès des 1 400 généralistes du département ! Pour établir une photographie de la situation des médecins, un document contenant une soixantaine de questions sur le profil, l'activité professionnelle, les caractéristiques de la patientèle, la disponibilité, la gestion du temps personnel et les projets personnels leur a été adressé. Ces questions sur les pratiques des médecins, leur temps de travail, leurs aspirations, leurs difficultés, près de 500 d'entre eux ont pris le temps d'y répondre.

ARRIVÉE MASSIVE  
DES FEMMES

Parmi les premiers enseignements de cette enquête, on constate une arrivée massive des femmes dans cette population de généralistes (52 % de femmes) : chez les moins de 40 ans qui représentent 26 % de la population médicale, on compte 77 % de femmes, et chez les plus de 60 ans on ne dépasse pas les 10 % de femmes !

Femmes

52%

Hommes

48%

Une population qui se féminise

L'âge moyen reste inchangé dix ans après, mais la part des âges extrêmes (d'un côté les moins de 40 ans et de l'autre les 60 ans et plus) progresse fortement. Parmi les autres enseignements qui indiquent l'évolution du monde médical, l'exercice de la médecine s'effectue en Haute-Garonne préférentiellement dans des structures regroupées ; les médecins sont 26 % à être installés seuls. Le temps de travail total reste soutenu (50 % travaillent plus de 45 heures par semaine), avec un volume de consultations toujours important (53 % des médecins réalisent plus de 100 consultations sur une semaine) voire en progression ; mais des visites qui diminuent significativement (8 visites hebdomadaires contre 14 en 2008). Parmi les difficultés rencontrées par les généralistes, ce sont les situations d'insécurité qui sont les plus mentionnées : 52 % déclarent avoir été confrontés à divers événements comme l'agression verbale (90 % contre 81 % il y a dix ans), les vols ou tentatives de vol (45 %), le vandalisme (22 %), les menaces (18 %) et les agressions physiques (15 %).

L'âge moyen reste inchangé dix ans après, mais la part des âges extrêmes (d'un côté les moins de 40 ans et de l'autre les 60 ans et plus) progresse fortement. Parmi les autres enseignements qui indiquent l'évolution du monde médical, l'exercice de la médecine s'effectue en Haute-Garonne préférentiellement dans des structures regroupées ; les médecins sont 26 % à être installés seuls. Le temps de travail total reste soutenu (50 % travaillent plus de 45 heures par semaine), avec un volume de consultations toujours important (53 % des médecins réalisent plus de 100 consultations sur une semaine) voire en progression ; mais des visites qui diminuent significativement (8 visites hebdomadaires contre 14 en 2008). Parmi les difficultés rencontrées par les généralistes, ce sont les situations d'insécurité qui sont les plus mentionnées : 52 % déclarent avoir été confrontés à divers événements comme l'agression verbale (90 % contre 81 % il y a dix ans), les vols ou tentatives de vol (45 %), le vandalisme (22 %), les menaces (18 %) et les agressions physiques (15 %).

90%

des généralistes n'ont pas trouvé de successeur

Une succession difficile

À QUOI RÊVENT  
LES GÉNÉRALISTES ?

Comment gèrent-ils leur temps personnel ? Depuis 2008, on voit une augmentation du nombre de semaines de congés annuels, même si 27 % d'entre eux indiquent avoir renoncé à prendre des vacances du fait de problèmes de démographie médicale. Cette enquête aurait été incomplète si on avait omis d'aborder les projets des généralistes. Ils sont 42 % à prévoir prochainement un changement dans leur exercice : soit la durée, le lieu, le mode, le départ à

la retraite, soit aussi l'abandon de la profession (en progression) ; les principales raisons de ces souhaits de changement sont le risque de burn-out ou le surmenage, et l'évolution urbaine ou démographique de la zone d'exercice. Ainsi, ils seront 85 % à réduire leur temps de pratique (1 médecin sur 10 prévoit de réduire ce temps d'exercice d'une dizaine d'heures par semaine en moyenne) ; 12 % prévoient de partir à la retraite avec une pointe cette année, mais 45 % de ceux qui prévoient de partir à la retraite continueront à travailler tout en étant retraités. Mais ce qui inquiète bien sûr est la réponse à la question sur la succession : 90 % n'ont pas trouvé un successeur, et 91 % ont ou pensent avoir des difficultés à trouver un successeur.

26%

des généralistes sont installés seuls

74%

sont en cabinet de groupe ou en MSP

8

visites par semaine contre 14 visites en 2008

L'exercice de la médecine s'effectue préférentiellement dans des structures regroupées.

La pratique des visites reste plus fréquente chez les plus âgés : 11 visites pour les 60 ans et plus.

Ces difficultés quasi généralisées sont liées à la charge de travail et à l'isolement géographique.

AMÉLIORER LES  
CONDITIONS  
D'EXERCICE  
DES MÉDECINS

Les résultats de cette enquête devraient alimenter le travail engagé par

d'actions à l'issue de la présentation des résultats de l'enquête, ce qui devrait avoir un impact au niveau régional. Ainsi ils proposent des rencontres territoriales de proximité avec les généralistes d'ici à fin juin ; ils souhaitent également faciliter l'accès à l'information tout au long du parcours professionnel des médecins, de l'installation à la cessation d'activité ; et parallèlement les accompagner spécifiquement dans les zones démographiques sous-denses et leur faciliter l'exercice coordonné et pluriprofessionnel.

Philippe Meursault

60 ans et plus

26%

Homme 90%

Femme 10%

Une irrésistible féminisation de la profession ! Pour mémoire les 40-49 ans sont 23% et les 50-59 ans sont 25 %.

les acteurs institutionnels avec les professionnels de terrain qui a pour objectif de répondre aux besoins des patients et d'améliorer les conditions d'exercice des médecins. Il s'agit également de définir un modèle pérenne, autour de nouvelles pratiques. D'ores et déjà, les partenaires de la santé en Haute-Garonne formulent une liste

moins de 40 ans

26%

Femme 77%

Homme 23%

15%

vont augmenter leur temps de pratique

85%

vont réduire leur temps de pratique

La réduction sera d'une dizaine d'heures par semaine en moyenne

Moins de 10 visites par semaine

66%

De 10 à 14

18%

De 15 à 19

6%

De 20 à 24

4%

De 25 à 34

3%

35 et plus

3%

Une forte diminution des visites à domicile par semaine

PLUS DE TROIS MOIS ENTRE LA PRISE  
D'UN RENDEZ-VOUS ET LE RENDEZ-VOUSPATIENCE POUR  
CONSULTER UN  
OPHTALMOLOGUE !

SELON LES RÉSULTATS D'UN SONDAGE IPSOS réalisé pour le compte du Rassemblement des Opticiens de France (ROF), le délai moyen entre la prise d'un rendez-vous chez un ophtalmologue et la consultation est de 80,6 jours en moyenne au niveau national. En Occitanie, ce délai moyen est de 92,3 jours. Cinq régions ont un temps d'attente encore plus long : Bourgogne-Franche-Comté (95,9 jours), Bretagne (99,3 jours), Normandie (101,1 jours), Grand Est (102,3 jours) et Centre Val de Loire (118,3 jours). C'est en Provence-Alpes-Côte d'Azur que le délai est le plus court avec 54,3 jours. Autre différence : à Paris le délai moyen est de 43,7 jours, en zone rurale 97,3 jours.

Le délai moyen s'allonge dès que le rendez-vous concerne un enfant : 96,4 jours.

Il existe à ce jour 5 900 ophtalmologues sur le territoire. Dans l'ex-région Midi-Pyrénées, on compte 6,8 ophtalmos pour 100 000 habitants. Un chiffre qui devrait diminuer de 4 % d'ici à 2030 selon le site [www.profilmedecin.fr](http://www.profilmedecin.fr).

Pour diminuer les délais d'attente, les opticiens proposent de déléguer de nouvelles tâches aux 30 000 opticiens français (prise de la tension oculaire ou prise d'une photo du fond d'œil qui serait ensuite adressée au médecin). De son côté, la Cour des comptes propose d'élargir les compétences des orthoptistes et des opticiens en les autorisant notamment à rédiger la première prescription de lunettes.

Selon le docteur Arlette Gontier, ophtalmologue et élue de l'URPS-ML, la situation en Occitanie « varie fortement d'un cabinet à l'autre, surtout si la consigne est passée de ne pas prendre de nouveaux patients et de dévier les cas urgents vers l'Hôpital. » Néanmoins, elle estime que « si un patient est adressé directement par un médecin généraliste à un ophtalmologue, celui-ci est pris en charge rapidement par le spécialiste. » Ceci milite en faveur du développement des CPTS, dit le docteur Jean-Louis Bensoussan, « dans la mesure où celles-ci vont faciliter le parcours de soins. Il suffira de faire le numéro de téléphone de la Communauté professionnelle, et au même titre que pour un médecin généraliste de garde on trouvera plus aisément sur le territoire de la CPTS un ophtalmologue qui pourra recevoir le patient rapidement pour une pathologie mise en évidence par le médecin traitant. »

Odile Fraye

## INFORMATION SUR LES CPTS



# LA RONDE DES FOCUS CPTS SE TERMINE

Le guichet CPTS a fini au cours du mois de janvier son tour des départements après avoir programmé en Occitanie 13 Focus d'information de communication.

À l'initiative du guichet CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) et en partenariat avec l'Agence Régionale de Santé, et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie associée à la Mutualité Sociale Agricole, des réunions d'information et de communication appelées Focus CPTS se sont organisées localement avec les porteurs de projets du territoire du département pour déployer les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé en Occitanie. Rappelons que l'objectif des professionnels de santé est de travailler ensemble au sein d'un territoire donné en assurant une meilleure coordination dans les actions et en structurant des parcours de santé. Les CPTS ont été créées pour transformer les logiques de prise en charge médicale des patients et des populations.

Sous l'impulsion de l'URPS-ML, des réunions d'information ont été montées au cours du dernier trimestre 2019 dans 10 départements sur les 13 que compte la région. La ronde des Focus CPTS s'achève à la fin de ce mois de janvier avec trois départements (les Pyrénées Orientales, le Tarn-et-Garonne et le Gers).

Toutes ces réunions qui rassemblent des professionnels de santé souhaitant constituer une CPTS dans leur région se déroulent autour d'un plan de travail très rodé. Celui-ci se compose de trois temps forts : les enjeux du déploiement des CPTS ; la synthèse et les démarches liées au dispositif ; des témoignages et des échanges autour des projets. Tout est abordé, aussi bien la notion de territoire que la modalité de création, le suivi, l'évaluation et le financement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé.

Pierre Kerjean

## SIGNATURES DE LA CHARTE D'ENGAGEMENT VILLES ET TERRITOIRES

# L'OCCITANIE S'ATTAQUE AUX PERTURBATEURS ENDOCRINIENS

Le Conseil Régional d'Occitanie a rejoint plusieurs collectivités locales qui se sont engagées dans la lutte contre les perturbateurs endocriniens, en signant une Charte d'engagement Villes et territoires sans perturbateurs endocriniens, portée par le Réseau Environnement Santé.

Tout un chacun est exposé quotidiennement à des perturbateurs endocriniens, ces produits chimiques de synthèse présents dans les articles de consommation courante ou contaminants environnementaux de l'air, de l'eau ou des aliments. En moins d'un siècle la production de produits chimiques de synthèse est passée de 1 à 500 millions de tonnes par an. Leurs nombreuses applications sont indissociables du confort moderne : matières plastiques, engrais et pesticides agricoles, pharmacie, cosmétiques... Les perturbateurs endocriniens sont omniprésents dans notre quotidien. « Avec le recul, expliquent les membres du Réseau Environnement Santé, on associe maintenant de plus en plus ces expositions à certains types de produits chimiques à plusieurs maladies chroniques en pleine expansion telles que l'obésité-diabète, les troubles de la reproduction, l'asthme, maladies neuro-comportementales. 80 à 90% des cancers sont liés à nos modes de vie et à l'environnement. » Ce qui inclut : nutrition, sédentarité, tabagisme, alcool, stress, médicaments, exposition chimique, infections.

L'Occitanie est particulièrement concernée, avec des taux de troubles de la fertilité et de pubertés précoces supérieurs à la moyenne nationale. Selon le professeur Charles Sultan, endocrino-pédiatre au CHU de Montpellier qui participait la semaine dernière à une matinée d'information organisée à Toulouse par la Région, « les perturbateurs endocriniens sont un scandale sanitaire indiscutable ». Cela fait un moment que l'Occitanie et notamment Toulouse se sont saisies du problème : le médecin Gérard Bapt, député de Haute-

Garonne n'a-t-il pas été, il y a dix ans, le premier élu de France à interdire le Bisphénol A dans sa commune de Saint-Jean !

Pour participer à cette lutte, plusieurs communes dont Toulouse, Saint-Jean et Ramonville-Saint-Agne (Haute-Garonne), Le Sequestre (Tarn) et le département du Tarn ont signé la « Charte d'engagement Villes et territoires sans perturbateurs endocriniens ». Que dit cette charte ? Elle engage notamment les collectivités à ne plus utiliser de produits phytosanitaires contenant des perturbateurs ; à développer la consommation d'aliments bio ; à former la population, les soignants et leurs agents aux enjeux des perturbateurs, et à éliminer ces substances de leurs contrats et achats publics.

La Région Occitanie a, elle aussi, décidé d'apposer sa signature au bas de la Charte et le conseil départemental de Haute-Garonne devrait le faire à la fin du mois. Mais déjà Toulouse veut bannir les barquettes en plastique de ses cuisines centrales d'ici à 2021. À Ramonville, les personnels d'entretien sont formés à l'utilisation de produits sans perturbateurs. Et le Tarn, quant à lui, évalue le taux de contamination de ses habitants.

Odile Fraye

# DOSSIER

## LES PREMIÈRES EXPÉRIENCES DE TÉLÉCONSULTATION AU QUOTIDIEN



# ALLO VIDÉO DOCTEUR !

L'acquisition d'un dispositif de téléconsultation et son utilisation régulière est un changement de paradigme qui va avoir un impact sur les conditions d'exercice des professionnels de santé. L'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux d'Occitanie met gracieusement ce dispositif à la disposition des 12 000 médecins. Le médecin pourra donner rendez-vous à son patient pour une téléconsultation depuis sa tablette, sur son smartphone ou son ordinateur.

- Les premiers expérimentateurs de la téléconsultation  
**LE TÉLÉCONSULTATION : MÉDECINS D'OCCITANIE, LANCEZ-VOUS !** page 8
- Enrôlement  
**COMMENT S'INSCRIRE SUR LA PLATEFORME** page 9
- Un dispositif gratuit de téléconsultation pour tous les médecins  
**MEDICAM SERA BIENTÔT GÉNÉRALISÉ** page 12

## LES PREMIERS EXPÉRIMENTATEURS DE LA TÉLÉCONSULTATION

# TÉLÉCONSULTATION : MÉDECINS D'OCCITANIE, LANCEZ-VOUS !



Voir un patient à distance, le médecin d'Occitanie a désormais la possibilité de le faire grâce à la téléconsultation que met en place l'URPS-ML Occitanie depuis le début de l'année. Le dispositif a un nom : MEDICAM et est accessible sans coût pour les médecins adhérents à l'URPS qui prend à sa charge la réalisation et le déploiement de l'application. En effet, à la différence de certaines applications payantes, MEDICAM est totalement gratuite. C'est également une solution publique, car il s'agit d'une plateforme créée par un éditeur public, le MiPih. Les données de santé sont entièrement sécurisées et ne sont pas revendues à des tiers. L'URPS invite ses 12 000 membres à s'inscrire sur la plateforme pour utiliser au mieux ce dispositif, et les convie ainsi à une sorte d' enrôlement.

La pratique de la téléconsultation va passer dans les mœurs médicales. Le docteur Alain Delbos, président du directoire de Médipôle, en est persuadé. Avec une dizaine d'anesthésistes de la clinique du sport de Toulouse, il a participé durant l'année dernière à l'expérimentation de MEDICAM, qui sera cette année à la disposition des médecins d'Occitanie : « Même s'il y a des freins organisationnels importants (mise en place d'un agenda différencié, définition des plages de téléconsultation de chacun des praticiens dans un établissement, intégration dans le dossier médical), tous les acteurs de la santé et les patients vont s'y mettre rapidement et emprunter obligatoirement le sens du futur que représente la téléconsultation. » Et le Dr Alain Delbos de poursuivre : « Personnellement, je m'occupe d'une société savante européenne, et avec mes confrères, nous organisons depuis longtemps de nombreux congrès que l'on diffuse par voie vidéo dans le monde entier. Avec ces rencontres, nous sommes déjà habitués à travailler avec un outil virtuel. »

Un avis que partage le Dr Jean-Christophe Calmes, élu de l'URPS : « La téléconsultation va libérer du temps médical, libérer de la place dans les salles d'attente, absorber une partie des soins non programmés qui relèvent souvent plutôt du simple conseil que de l'acte médical lui-même. Cette méthode va offrir la possibilité de réduire les attentes dans les hôpitaux, parce que les patients n'ont pas trouvé de solutions auprès de leur médecin traitant. »

### FAIRE DISPARAÎTRE UNE CERTAINE MÉFIANCE

Néanmoins, il y aura des freins à lever, estime le médecin de Frontignan : « Tout d'abord des freins psychologiques. Les médecins ont l'habitude de gérer les relations en face-à-face. La téléconsultation est à cheval entre la régulation médicale et l'acte de consultation qui a lieu au cabinet. La relation physique est absente. C'est ce qui manque à certains médecins. D'où une véritable méfiance ! Le fait de toucher son patient, de l'examiner physiquement,

reste important. C'est la raison pour laquelle la téléconsultation ne peut pas être forcément généralisée à tous les types de demandes. Il se peut que cette consultation à distance se finisse par un constat d'échec. Le médecin peut finir par dire : là, je ne peux vraiment pas régler le problème, il faut que je vous voie. »

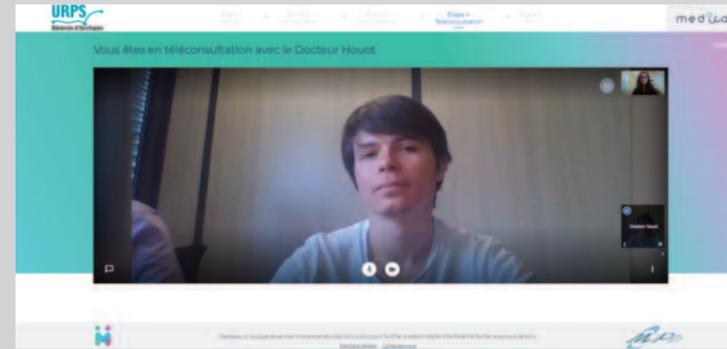
Autre frein, celui lié à la technique. Le système effraie a priori plus d'un médecin : « Pourtant, il suffit de suivre une formation. Ce n'est pas très compliqué. Il faut savoir que la formation prend vraiment quelques heures dans une journée. C'est très rapide. » Et c'est dommage de s'en priver, car la téléconsultation, selon le généraliste, « est une des bonnes réponses qui sera apportée à l'accès aux soins. »

Le meilleur exemple est celui de la proximité que donne le Dr Alain Delbos : « Lorsqu'un médecin fait une consultation de pré-anesthésie avec un patient qu'il connaît déjà et qui habite à Laguiole au nord de l'Aveyron, celui-ci doit faire deux heures et demie de route aller, deux heures et demie de route retour pour 10 minutes

## GUIDE PRATICO-PRATIQUE DE LA TÉLÉCONSULTATION AU QUOTIDIEN

L'URPS Médecins d'Occitanie a élaboré un guide pratique à destination des médecins libéraux pour les aider dans la mise en œuvre d'une pratique de téléconsultation et leur donner des outils pour informer au mieux leurs patients. Il s'appuie sur les dernières recommandations de la HAS parues en juin 2019. On peut le télécharger sur le site de l'URPS.

de consultation à Toulouse. Le médecin a tout intérêt à faire passer son patient en téléconsultation. Sinon, cela paraît disproportionné, inutile. Et je ne parle pas de l'incidence d'un trajet en



voiture de cinq heures sur le plan environnemental. Avec la téléconsultation, le médecin et le patient sont satisfaits. »

### ENTRE DEUX PATIENTS OU LE SOIR EN FIN DE JOURNÉE

Parmi les premiers principes pour une bonne utilisation, la téléconsultation se pratique avec un patient que l'on connaît, et que l'on a déjà examiné. Cela se décline dans de nombreux cas : « Parfois, explique le docteur Jean-Chris-



tophe Calmes, le médecin a toutes ses plages de rendez-vous prises, mais il peut en trouver entre deux patients ou le soir en fin de journée pour répondre à certaines problématiques. Ces problématiques doivent pouvoir être gérées par visioconférence. L'exemple typique est le patient qui vient de voir son spécialiste, chargé de ses conseils, et qui aimerait avoir l'avis de son médecin traitant. »

Ce genre d'entretien qui est régulièrement fait par téléphone est toujours difficile. « En revanche, la téléconsultation permet de formaliser la situation, de prendre le temps de faire cet entretien. Et cela permet également d'être rémunéré pour un acte que l'on faisait gratuitement, ou alors on faisait venir le patient au cabinet : apportez vos résultats, et je vous

verrai entre deux consultations programmées. Mais c'est toujours compliqué ! »

Autre principe : la téléconsultation est à la seule initiative du médecin. Il va proposer la consultation par visioconférence au patient qu'il connaît et donner rendez-vous tôt le matin ou tard le soir. « Au travers de son agenda, il peut très bien réserver des périodes spécifiques et à partir de là, travailler avec le patient. »

Deuxième cas, celui lié à la fragilité du patient. La convention infirmière prévoit aussi la rémunération des consultations pour les infirmiers. « C'est extrêmement intéressant pour le suivi des patients chroniques, explique le généraliste de Frontignan. Certains actes, comme prendre la tension ou la température, donner

son ressenti d'infirmière au médecin, entrevoir avec lui le degré d'urgence, et la nécessité d'une visite à domicile peuvent être gérés en délégation par l'infirmière. Celle-ci se met d'accord avec le médecin pour le soin à mettre en place auprès du patient. » Les deux intervenants, infirmière et médecin, sont rémunérés, rappelle le Dr Calmes, et il estime : « que les infirmiers puissent intervenir ainsi est quelque chose de précieux pour nous. Cette pratique nous protège. »

### AUJOURD'HUI ÇA FONCTIONNE

Pour apprécier parfaitement l'usage de Medicam, il faut écouter les médecins qui ont expé-

rimé le dispositif depuis mai 2019 jusqu'au début de l'année 2020. Ils sont une quarantaine à avoir accepté de tester l'outil en pré-conception en participant à une batterie de tests organisés par le MIPIh. Le docteur Bertrand Basset, anesthésiste au centre Médipôle, est un de ces expérimentateurs : « J'ai commencé les consultations avec un outil qui en était à son démarrage. Il était en mode dégradé avec des fonctionnalités non développées. Nous avons pratiqué des essais. À mon correspondant du MIPIh je faisais des retours sur ce que je pensais du logiciel et sur ce qu'il fallait faire à mon sens pour l'améliorer. J'étais une sorte de médecin test. »

saient au téléphone. Le MIPIh réagissait assez vite lorsqu'il y avait des problèmes de fonctionnement. Aujourd'hui ça fonctionne. »

Et Dr Bertrand Basset déroule les étapes d'une consultation en visioconférence, en partant de son expérience en tant qu'anesthésiste : « Habituellement, votre patient prend rendez-vous pour lui-même avant une intervention chirurgicale ou après, il reprend un rendez-vous, si nécessaire, à votre demande. Il contacte notre secrétariat pour une consultation d'anesthésie. Il fait partie des patients qui sont déjà connus du service, des patients qu'on a déjà opérés, et qui sont en bon état de santé. Pour prendre rendez-vous, il faut

## EN PRATIQUE : COMMENT S'INSCRIRE



L'enrôlement du médecin est réalisé à partir d'une page spécifique proposant un formulaire d'inscription. Le médecin de la région dispose d'une adresse Medimail ou tout autre adresse de messagerie intégrée à l'espace de confiance MSSanté. Il suffit de s'inscrire en utilisant un formulaire comportant les informations suivantes : civilité, nom, prénom, email MSSanté ou Medimail, téléphone 1, téléphone 2, RPPS, adresse, CP, ville, spécialité.

À l'issue de la validation de ce formulaire, un compte medicam est créé. Les informations du compte (identifiant/mot de passe) et le kit de connexion sont envoyés exclusivement par messagerie MSSanté. Si le médecin ne dispose pas d'une adresse MSSanté, il sera invité à s'inscrire sur Medimail. Les médecins doivent être joignables de manière électronique via adresse Mail MSSanté.

Les difficultés qu'il a pu rencontrer ont été levées au fur et à mesure de l'exercice. « Au départ, explique le médecin anesthésiste, nous avions quelques problèmes techniques, l'outil d'interface vidéo connaissait des ratés. Les patients qui y participaient n'étaient pas bien informés, si bien que cela prenait beaucoup de retard. On essayait de les faire participer à des vraies consultations, qui, généralement, finis-

que deux conditions soient réunies : il doit être déjà venu au cabinet et son score ASA doit être celui d'un patient qui ne soit pas atteint de pathologies sévères. La classification ASA (American Society of Anesthesiologists) est une classification américaine utilisée dans le monde entier pour exprimer l'état de santé préopératoire d'un patient et qui permet d'évaluer le risque anesthésique. »

Suite page 10 >



## PRÉREQUIS TECHNIQUES

MEDICAM répond à toutes les obligations légales et réglementaires concernant l'échange électronique des données de santé. L'application se conforme aux référentiels de la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé. La solution MEDICAM est développée et exploitée par le MiPih qui est une instance publique certifiée Hébergeur de Données de Santé (HDS) avec des datacenters situés en France.

Les prérequis concernent le matériel et le navigateur. Pour le matériel : la solution fonctionne sur un PC ou un MAC. Il faut disposer d'un ordinateur équipé d'une WebCam, d'un micro et de hauts parleurs. Au sein de l'application, on a la possibilité de tester automatiquement la configuration technique de son ordinateur. Pour les navigateurs : l'application MEDICAM est accessible depuis les dernières versions des navigateurs suivants : Firefox et Chrome. Elle est non compatible avec Safari et Internet Explorer.

1

## LA PRISE DE RENDEZ-VOUS À UNE TÉLÉCONSULTATION

Le patient prend un rendez-vous de téléconsultation auprès du secrétariat du médecin ou du médecin lui-même.

**PRÉCAUTION** Le secrétariat ou le médecin s'assure de l'identité du patient à la téléconsultation et de la disponibilité des données médicales.

2

## LA TÉLÉCONSULTATION COMMENCE

Le médecin est informé de la présence du patient. Il se connecte au tableau de la salle d'attente. La téléconsultation débute.

**PRÉCAUTION** Le médecin s'assure de l'identité du patient et que les données de santé sont référencées dans le bon dossier du patient.

3

## BIEN COMMUNIQUER PENDANT LA TÉLÉCONSULTATION

Le médecin doit être attentif à bien se faire comprendre par le patient et le patient ne doit pas hésiter à questionner.

**PRÉCAUTION** Le médecin veille à l'aspect technique de l'échange (qualité de l'image et du son) ainsi qu'au respect mutuel et à la bienveillance.

4

## LA TRANSMISSION DE DOCUMENTS

Le médecin dépose électroniquement ses prescriptions dans un espace sécurisé (Dossier Médical Partagé).

**PRÉCAUTION** Le patient pourra récupérer les documents sous format électronique via une messagerie sécurisée.

> Suite de la page 9

Aujourd'hui, l'anesthésiste ne propose pas un rendez-vous à tous les patients qui rentrent dans ces critères, il le réserve à ceux qui habitent loin du cabinet. « Il s'agit de réduire les distances en tout premier lieu. On privilégie les patients de l'Aveyron, de la Lozère, de la Corrèze. Rouler longtemps pour quelques minutes de consultation, c'est agaçant. Généralement les patients à qui on propose une téléconsultation sont enthousiastes. »

Lors de la prise de rendez-vous, on informe le patient que la consultation se fera par le biais de son téléphone portable ou de son ordinateur et qu'il recevra une invitation sur sa boîte mail. « Nous avons sécurisé cette partie, précise Marielle Polonghini, directrice de l'Innovation et des Services du MiPih, c'est à dire qu'on utilise l'adresse mail du patient pour déposer le lien et l'invitation à la téléconsultation dans un coffre-fort sécurisé situé au

MiPih. On envoie dans le même temps un SMS au patient. Il possède un code qui lui permet d'ouvrir le lien pour les consultations. L'opération est faite de façon extrêmement sécurisée. On informe également le patient des prérequis pour lui permettre de vérifier sa connexion. On s'assure qu'il a bien une caméra sur son ordinateur, qu'il a bien un réseau, et ce, pour éviter les incidents possibles pendant la téléconsultation.

Car les praticiens veulent perdre le moins de temps possible. En fait, les incidents et une longue durée sont rédhibitoires pour la réussite d'une téléconsultation. Enfin, le secrétariat du médecin demande au patient qu'il se connecte 5 minutes avant l'heure du rendez-vous.

### JE LE VOIS, IL ME VOIT

Ainsi, le jour du rendez-vous, prévenu par le biais de la plate-

forme de téléconsultation, le patient clique sur le lien qui lui permet d'accéder à une salle d'attente virtuelle. Sur son écran, le médecin a accès à l'ensemble de la salle d'attente et voit les noms des personnes qui viennent consulter. « Quand je suis prêt, explique le docteur Bertrand Basset, je clique sur le nom d'un patient. Cela ouvre une fenêtre avec sa webcam. Je le vois, il me voit, et nous communiquons par les micros. »

Et comme dans la vie physique, un patient risque de devoir patienter dans la salle d'attente si le médecin est en retard. Avant de rejoindre cette salle d'attente, il fait un enregistrement de sa carte bleue pour un prépaiement en ligne. Après, tout se déroule comme sur Skype. C'est une consultation habituelle, avec l'interrogatoire qui décrit le motif de la consultation. L'échange avec le patient est donc sans examen

clinique. La spécificité du médecin traitant est de connaître son patient et de voir assez rapidement à son ton, à son aspect, à sa façon d'être et de comprendre s'il y a quelque chose de grave. « En parallèle, dit l'anesthésiste, j'ouvre sur mon écran mon dossier de consultation que je remplis, comme si le patient était en face de moi dans mon cabinet. Une fois que c'est terminé je dépose mes documents dans son

coffre-fort numérique. Mon patient aura accès à ses documents qu'il pourra imprimer via un code au moment où je ferme la consultation. Il valide à la fin le paiement en ligne. »

L'avantage de la téléconsultation est qu'elle autorise le patient à envoyer ses documents de façon sécurisée pendant la consultation. « Nous pouvons voir ensemble les papiers, débriefer avec lui ce qu'il a fait avec le spécialiste, ou commenter les résultats des examens biologiques qui l'inquiètent. » Et après la consultation, il peut imprimer les ordonnances pour la pharmacie et les consignes de l'anesthésie.

À l'entendre, le docteur Bertrand Basset est un expérimentateur très satisfait. Comme s'il disait avec une forte détermination : pour la téléconsultation, Médecins, lancez-vous !

Luc Jacob-Duvernet

5

## LA PRÉPARATION À LA TÉLÉCONSULTATION

Le cabinet du médecin envoie un lien au patient afin de se connecter lui-même à l'application sécurisée le jour du rendez-vous.

**PRÉCAUTION** Le patient doit tester la connexion au préalable. Il peut disposer d'un ordinateur ou d'une tablette équipée, ou utiliser son smartphone.

6

## LES CONSEILS DU CABINET MÉDICAL

Avec un mail de préparation, le cabinet adresse quelques recommandations précises au patient.

**PRÉCAUTION** Le patient doit disposer de toutes les informations de connexion et de ses documents médicaux à proximité. Il est dans un lieu calme.

7

## LE JOUR DU RENDEZ-VOUS : LA SALLE D'ATTENTE

Le jour du rendez-vous, le patient se connecte, se rend dans le cabinet virtuel et effectue en premier lieu un prépaiement en ligne sécurisé.

**PRÉCAUTION** Il doit patienter ensuite dans la salle d'attente virtuelle jusqu'à ce que le médecin l'appelle.

8

## LA FACTURATION DE LA TÉLÉCONSULTATION

Le patient a effectué un prépaiement avant d'accéder en salle d'attente. À l'issue de la téléconsultation le paiement est validé.

**PRÉCAUTION** C'est en prenant rendez-vous que le type d'acte (payant, gratuit, ALD) est choisi.

9

## APRÈS LA TÉLÉCONSULTATION

Le médecin oriente le patient pour la suite de sa prise en charge : consultation auprès d'un spécialiste, examens complémentaires, mise en place du parcours de santé.

**PRÉCAUTION** À la fin de la téléconsultation, le médecin interroge le patient sur sa satisfaction.

UN DISPOSITIF GRATUIT DE TÉLÉCONSULTATION  
POUR TOUS LES MÉDECINS

medicam

MEDICAM SERA  
BIENTÔT GÉNÉRALISÉ SUR  
TOUT LE TERRITOIRE D'OCCITANIE

L'affaire a été rondement menée. En un peu plus d'un an, entre les premières discussions autour du projet et l'ouverture au public médical, le premier dispositif français de téléconsultation créé par des médecins pour des médecins a vu le jour en Occitanie.

LE PRÉSIDENT ET LES MEMBRES du bureau de l'URPS-ML d'Occitanie tournaient autour de ce projet depuis le début du printemps 2018.

Le docteur Maurice Bensoussan était assez agacé devant le coût d'abonnement pour des prises de rendez-vous, des échanges entre médecins ou des annuaires réclamés aux médecins par les éditeurs de logiciels ou par des startups, et voulait reproduire la réussite de Médimail, cette messagerie sécurisée du monde médical d'Occitanie. Même méthode, mêmes recettes, même succès !

Rendez-vous fut pris en novembre 2018 avec le MIPIH, une structure publique de coopération inter-hospitalière toulousaine. Ce Groupement d'Intérêt Public qui développe des solutions pour les systèmes d'informations dans le monde de la santé avait créé Médimail en 2008, à la demande des médecins de Midi-Pyrénées, répond présent pour développer ce qui allait devenir Medicam. « Quand nous avons rencontré l'équipe du MIPIH, explique le docteur Jean-

Marc Castadère, nous leur avons donné un cahier des charges qui tenait en trois mots : simplicité, efficacité et sécurité. Nous ne voulions rien de compliqué, aussi simple que Médimail, aussi sécurisé que Médimail, utilisable sur ordinateur, sur tablette et sur smartphone, et fonctionnant aussi rapidement que Skype ou WhatsApp mais extrêmement sécurisé. Il nous fallait aller vite : la téléconsultation qui est un des cinq actes de télémédecine définis dans le Code de la santé publique a été créée le 15 septembre 2018 et ouverte à tout assuré, quel que soit son lieu de résidence, et à tout médecin, quelle que soit sa spécialité. »

Après la sollicitation de l'URPS à l'automne 2018, le rythme s'accéléra. Le MIPIH présente une maquette en janvier 2019, l'URPS fait adopter par son assemblée générale le principe d'une réalisation en mars et signe avec le MIPIH un accord pour la remise d'un prototype en avril, et les premiers utilisateurs sont enrôlés en mai.

Après plusieurs mois d'ajustements en fonction des recom-

mandations des médecins testeurs, le dispositif commence à fonctionner : « Notre objectif, explique Marielle Polonghini, directrice de l'Innovation et des Services du MIPIH, a été de monter le dispositif en étroite collaboration et co-construction avec les utilisateurs. On part du besoin exprimé par les utilisateurs pour développer les services attendus. »

Fin novembre 2019, Medicam est ouvert à l'ensemble des médecins libéraux d'Occitanie, et le 15 janvier de cette année, la solution de paiement est mise en place. Voilà pour le planning de cette construction. Revenons en arrière sur une période d'expérimentation essentielle. Le projet de déploiement de l'outil de téléconsultation s'est construit sous la forme d'une étude de faisabilité qui a réellement débuté en mai 2019, avec une évaluation par le biais de questionnaires de patients et de médecins. L'inclusion de médecins s'est faite progressivement, avec 19 médecins libéraux, dont 7 généralistes, et 3 cliniques : clinique des Cèdres à Cornebarrieu,

clinique Médipôle Garonne à Toulouse et clinique du Parc à Castelnau-le-Lez.

Il fallait ensuite préciser les évolutions de fonctionnalités à opérer pour répondre aux besoins et attentes des professionnels et des patients. « Le plus difficile a été la stabilité de la visioconférence, dit Marielle Polonghini. Nous avons testé cette stabilité de façon à réduire, voire empêcher la coupure de la visioconférence. Certains systèmes ne sont pas fiables à 99 %, nous voulions d'abord conforter la partie technique. Nous avons eu d'excellents retours, aussi avons-nous poursuivi des développements de façon à construire un processus de téléconsultations ! »

Le premier principe est que la téléconsultation ne peut être qu'à l'initiative du médecin. Contrairement à certains dispositifs qui sont mis en place actuellement, la téléconsultation ne peut jamais être à l'initiative d'un patient. La réglementation est respectée : c'est le médecin qui va proposer une telle consultation à un patient qu'il connaît. « Il est indispensable, dit le doc-

teur Jean-Marc Castadère, que ce soit le médecin traitant qui utilise à bonne fin la téléconsultation pour éviter toute dérive préjudiciable pour le patient. » La généralisation devrait s'étendre bientôt à l'ensemble des treize départements d'Occitanie grâce à une procédure d'enrôlement automatique permettant l'enregistrement progressif des médecins qui pratiqueront des téléconsultations. Cette mise en service gratuite du dispositif dédié aux libéraux de la région, prise en charge par l'URPS-ML, devrait connaître un engouement rapide, car les premiers médecins qui l'ont essayé ne veulent plus se séparer de cet outil numérique qui va leur changer la vie.

Odile Fraye

LA TÉLÉCONSULTATION  
ET L'EXERCICE COORDONNÉ

L'Assurance Maladie et les syndicats représentant les médecins libéraux se sont engagés à déployer les actes de téléconsultation en respectant deux principes :

1 la téléconsultation s'inscrit dans le parcours de soins avec une orientation initiale par le médecin traitant,

2 le patient doit être connu du médecin réalisant la téléconsultation.

Concrètement, lorsque le patient ne dispose pas de médecin traitant ou lorsque son médecin traitant est indisponible dans un délai compatible avec son état de santé, le patient doit se rapprocher d'une organisation territoriale type Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) afin d'accéder à une téléconsultation avec un médecin.

LES MÉDECINS LIBÉRAUX SONT  
LES PREMIERS TÉLÉCONSULTANTS

Plus de 60 000 téléconsultations, tel est le bilan du nombre de téléconsultations facturées au niveau national à l'Assurance Maladie en un an, selon le bilan officiel de la CNAM.

Le nombre d'actes réalisés en téléconsultation est monté progressivement. En janvier, on ne recensait que 2 000 téléconsultations, puis 8 000 actes en mai. Selon la CNAM, le rythme est de 3 300 actes par semaine depuis la rentrée. Ces chiffres restent toutefois largement en deçà des objectifs du gouvernement qui espérait quelque 500 000 actes de télémédecine dès 2019, un million en 2020 et 1,3 million en 2021.

Sur la période de 2018 à 2019, ce sont les médecins libéraux qui ont le plus pratiqué la téléconsultation avec 85 % d'actes facturés (65 % par les généralistes et 35 % par les autres spécialistes).

Loin derrière, les centres de santé ont facturé 8 % des actes de consultation à distance, les médecins hospitaliers lors de consultations externes 5 %, les établissements de santé 2 %.

La CNAM brosse le portrait de médecins plus jeunes que la moyenne : un téléconsultant sur deux à moins de 50 ans (alors que cette classe d'âge ne constitue que 37 % des effectifs de généralistes libéraux). Côté patients, un tiers des patients a moins de 30 ans, 56 % moins de 50 ans et 12 % plus de 70 ans.

Les patients en ALD recourent également à la téléconsultation (27 % des actes facturés).

PREMIÈRE INSTALLATION MÉDICALE

# IL FAUT ÉVITER LES EMBÛCHES DE L'INSTALLATION, DISENT-ILS !

Le Pr Stéphane Oustric, président du Conseil de l'ordre des médecins de Haute-Garonne, commentant une grande enquête sur les 1 400 médecins généralistes de son département, estimait cet automne que la démographie médicale allait encore être tendue pendant sept ans. « Il faut donc, disait-il, faire en sorte que les jeunes s'installent beaucoup plus vite, les structures de regroupement doivent le permettre. Aujourd'hui, pour les médecins, il est très pénible de refuser des patients ». Pour consolider l'avenir du soin en Occitanie, tout l'enjeu est là : réussir de nombreuses installations de médecins libéraux qui quittent, frais émoulus, la faculté, et le faire faire dans les meilleures conditions. Deux médecins, la trentaine conquérante, témoignent dans ces colonnes. Enthousiastes, ils ont intégré la cohorte des jeunes installés. Derrière les mots de satisfaction d'exercer leur nouveau métier, se cachent quelques aigreurs nourries par les embûches au moment de cette fameuse installation.

## Dr Laetitia Gimenez UN PARCOURS ATYPIQUE

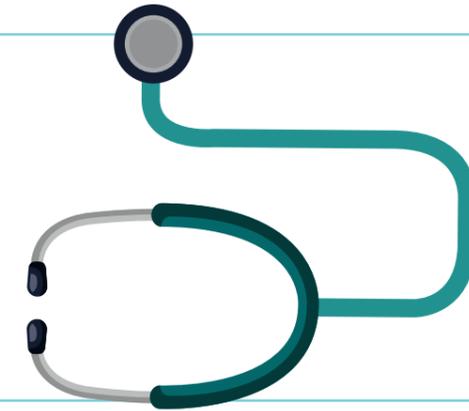


Son entregent, sa curiosité, son militantisme associatif et syndical, sa volonté de rompre avec les voies toutes tracées, et rejoignant en cela la nouvelle génération de médecins généralistes qui ne veut plus travailler comme naguère, ont fait que le Dr Laëtitia Gimenez s'est installée, sans perdre une seconde, dans un cabinet médical une fois son cursus universitaire bouclé. Cette jeune femme de 32 ans est parisienne d'origine, et c'est à Paris qu'elle fait la quasi intégralité de ses études de médecine. Pour des raisons de rapprochement personnel, elle s'installe à Toulouse en 2015. « Je n'avais initialement aucune attache familiale avec la région, dit-elle. En revanche à Paris, j'avais noué des contacts avec quelques figures phares de la médecine générale toulousaine au travers des organisations syndicales auxquelles je participais en tant que représentante des internes de médecine générale. » Elle rencontre effectivement le Professeur Stéphane Oustric qui deviendra son associé actuel. « Comme j'avais la

volonté de m'impliquer dans l'enseignement et la recherche en médecine générale, qui sont également des pans de l'activité de Stéphane Oustric, nos centres d'intérêt se sont rejoints. » Toulouse accueille sans difficulté cette future médecin au parcours qu'elle qualifie « d'atypique ». Elle ne se voyait pas exercer la médecine à Paris « bien que j'aime beaucoup cette ville. Le mode d'exercice médical à Paris n'est pas le même que l'on peut avoir à Toulouse, parce qu'il y a un fort turn-over de la patientèle. Et puis, j'avais envie aussi d'une autre qualité de vie. » Elle revoit le Pr Stéphane Oustric, et c'est dans son cabinet qu'elle entreprend son dernier semestre d'internat : « Alors que j'étais encore interne, il m'a parlé rapidement d'un projet de maison de santé pluriprofessionnelle en m'invitant à m'y associer ».

Elle rencontre le docteur Michel Combié, médecin généraliste, secrétaire général de l'URPS-ML d'Occitanie qu'elle remplace à l'été 2016. Et c'est avec ses deux aînés qu'elle participe à la création de la MSP universitaire de La Providence à Toulouse, en juillet 2017. Une maison qui compte aujourd'hui 9 généralistes, 3 spécialistes, 10 infirmières et un centre d'activité physique adaptée avec un médecin du sport et des coachs d'activité physique adaptée. « Nous nous sommes également organisés en CPTS avec d'autres professionnels de santé qui sont installés dans le quartier. » Cette organisation qui tourne fort bien convient parfaitement au Dr Laëtitia Gimenez, et ce d'autant qu'elle partage son temps avec un poste de chef de clinique des universités (enseignante-chercheuse) à la Faculté de médecine de Toulouse. On serait tenté de lui dire qu'elle a été gâtée par la vie en s'installant rapidement là où elle voulait être, en faisant ce qu'elle voulait faire. Mais elle ne l'entend pas ainsi : « C'est vrai, explique-t-elle, je suis un exemple vivant de ce qui peut bien se passer. Pour moi, cela n'a pas été le parcours du combattant. J'ai rencontré les bonnes personnes au bon moment.

Les circonstances, le réseau ont fait beaucoup pour cette installation. Mais comme tous mes jeunes confrères, j'ai dû affronter les tracasseries administratives. Les formalités avec la Sécurité sociale, la CARMF, l'URSSAF, l'Ordre des médecins, sont contraignantes. Néanmoins, comme j'avais milité dans des mouvements syndicaux, j'étais au fait de ce qu'il fallait faire ; et les organismes dédiés fonctionnent plutôt bien dans notre région, ce qui n'est pas le cas partout ! » Même si elle estime que l'accompagnement des jeunes médecins qui veulent s'installer s'est beaucoup amélioré, cela reste un point noir dans ce processus : « Au travers de différentes enquêtes sur les problématiques d'installation, on a soulevé de nombreuses fois les difficultés, on a alerté, pourtant l'accompagnement est toujours insuffisant. Nous percevons parfaitement la volonté des pouvoirs publics de jouer le jeu avec les médecins, de les voir s'installer sans avoir à subir quelques mesures coercitives, pourtant... » Le Dr Laëtitia Gimenez souhaiterait que soit instaurée une journée unique et que soit créé un guichet unique pour le jeune médecin qui s'installe, où il peut rencontrer les représentants de toutes les insti-



tutions afin d'assurer un lien entre elles, et que tout soit dématérialisé sur un même site, finir par récupérer un même dossier et l'envoyer in fine à toutes les instances. Il existe bien des sites qui se veulent uniques, « mais l'information est peu lisible, peu claire. On accède à des multi-informations sur des multi-sites, d'où l'importance d'un accompagnement de qualité. » À cet effet, la jeune médecin co-organise en fin d'internat à la Faculté de Toulouse, un séminaire de deux jours sur la fin du cursus, le remplacement, l'installation et toutes les démarches à entreprendre. « Nous faisons cela au sein d'ateliers de petits groupes, en faisant l'étude de cas concrets (statuts, lieux, types de collaboration, etc. » Les étudiants sont ravis, dit le Dr Laëtitia Gimenez, « on leur explique enfin comment ça fonctionne ».

## Dr Florian Savignac CET ENFER EST DERRIÈRE LUI



Le Dr Florian Savignac est du Tarn-et-Garonne, et il le reste ! Né à Nohic, un petit village entre Montauban et Toulouse, au pied duquel coule le Tarn, il partage pourtant son temps entre son cabinet de Montech situé à 20 km de Nohic et son appartement à Toulouse qu'il partage avec une interne en médecine générale pré-nommée Juliette. Ayant fini à 28 ans ses études de médecine à Tou-

louse en octobre 2017 après avoir fait des stages d'internat à la MSP de Montech puis du remplacement, il devient collaborateur, puis associé. « Tout s'est fait très simplement ! dit-il. Je connaissais Montech pour y avoir joué jeune au rugby. Et ce mode d'exercice médical me plaisait. Je suis à cheval entre deux départements. J'ai 40 minutes de transport entre Toulouse et Montech, matin et soir. Parfois, je prends le train. J'aime vivre en ville, je n'exclus pas de vivre à la campagne. Pour le moment ce n'est pas ce dont j'ai envie. » Aller ailleurs et faire différemment n'était pas ce qu'il souhaitait : « Je voulais exercer dans la région, une région que j'aime beaucoup. Et en termes d'exercice, je savais que je voulais être dans une maison de santé, en exercice regroupé, pas trop loin des hôpitaux en ayant un exercice rural. »

Sa patientèle est très diversifiée : des employés d'Airbus aux agriculteurs des alentours de Montech en passant par les petits commerçants de la commune. « J'ai voulu être dans une maison de santé pour ne pas être seul dans un cabinet. La pratique quotidienne des médecins de la MSP nous conduit à échanger entre nous sur des pa-

tients. Nous faisons régulièrement une réunion de concertation entre les professionnels paramédicaux et les médecins pour les cas complexes. Et une à deux fois par mois, je fais des ateliers diététiques et de l'éducation thérapeutique avec une infirmière Asalée. Je suis également en train de monter un programme d'éducation thérapeutique sur l'obésité de l'adulte. »

Très satisfait de son mode de vie et de son activité professionnelle, Florian Savignac est conscient qu'il bénéficie des effets des nouvelles pratiques de la médecine : « Cela me paraît naturel. Dès notre formation initiale, c'est ce qu'on nous a enseigné et nous vivons avec cet enseignement. Je travaille avec des collègues plus âgés, dont l'un a soixante-cinq ans. Sa pratique d'il y a trente ans et celle d'aujourd'hui n'ont rien à voir, c'est le jour et la nuit ! C'est d'ailleurs impressionnant ! Et même des collègues de 40-45 ans me disent que sur les 10 dernières années, ils ont pu mesurer cette révolution dans la pratique. »

Il travaille quatre jours par semaine au cabinet et a d'autres occupations : « Je fais de la formation médicale continue ; je participe à des modules d'enseignement à la faculté. C'est une nouvelle pratique. Les médecins qui m'ont précédé travaillaient du lundi au samedi et ils étaient de garde une nuit sur deux. » Et à l'époque, la concurrence entre les praticiens était forte. « Aujourd'hui, la pratique est différente, il nous est facile de parler entre nous et d'avoir de meilleurs échanges. »

Le docteur Florian Savignac se considère comme l'un des représentants de la nouvelle génération de ces nouvelles pratiques de la médecine. « Dès lors, l'installation s'est plutôt très bien déroulée. » Quand il était remplaçant, des confrères l'appelaient assez souvent pour lui proposer de s'installer avec eux : « J'ai été très sollicité, à droite, à gauche. Ce genre d'appel, j'en recevais une fois tous les dix jours, cela a duré un an. J'aurai pu poser mes valises où je voulais. Je suis resté droit dans mes bottes en restant fidèle à mes souhaits d'origine, à ce que je voulais au début de mes études, notamment la pratique regroupée, et si possible en maison de santé. » Néanmoins, le jeune médecin garde un mauvais souvenir du démarrage : « Dans une installation, il y a deux étapes. La bonne et la moins bonne. La première étape est de trouver l'endroit où on veut être et savoir que là, on pourra faire évoluer sa pratique dans le sens qu'on idéalise. La mauvaise étape consiste à exécuter les démarches administratives pour s'installer. La première est aisée. La deuxième est pénible. Il y a trop de couacs ». Des couacs qui peuvent décourager. « Les tâches administratives m'ont paru extrêmement compliquées. À mon sens cela tient à une mauvaise organisation et à la mauvaise coordination entre les multiples organismes auxquels les médecins doivent s'adresser. Un guichet unique afin d'éviter 36 interlocuteurs simplifierait la vie. Mais cet enfer est derrière moi. »

Luc Jacob-Duvernet

DISPOSITIF DE CARTOGRAPHIE MÉDICALE

REZONE, L'OUTIL D'INSTALLATION DES JEUNES MÉDECINS

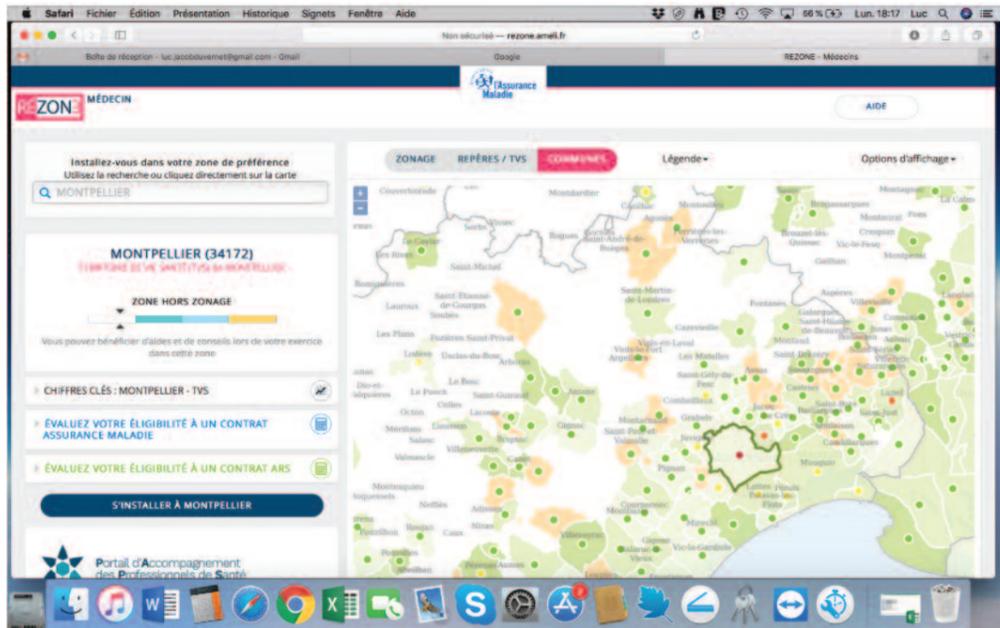
Rezone est un nouvel outil de cartographie dédié aux professionnels de santé, plus particulièrement aux jeunes médecins libéraux qui souhaitent s'installer. Il permet de visualiser les caractéristiques des territoires et les zones éligibles à des aides à l'installation.



C'est un simulateur qui informe des aides possibles et conseils pour l'installation d'un médecin en libéral : REZONE permet en effet de découvrir en un clin d'œil les données de la démographie médicale ou de la patientèle ainsi que les hôpitaux, cliniques, maisons et centres de santé et autres structures de proximité et de recours. Un outil idéal pour accompagner les professionnels de santé dans le choix de leur installation sur le territoire ! C'est la CPAM de Toulon qui est à l'initiative de ce projet. Il est mis à disposition des médecins en région PACA depuis le 24 septembre 2018. Depuis mars 2019, il intègre aussi la région Bretagne. Et en juillet dernier, il a été déployé dans toutes les régions. Dans un premier temps proposé pour les médecins, cet outil sera ensuite développé pour les masseurs-kinésithérapeutes avant de s'étendre aux infirmiers, aux sages-femmes, aux orthophonistes.

POURQUOI REZONE ?

La définition du verbe rézoner qui signifie en langage informatique « effectuer de nouveau le zonage de quelque chose » a dû plaire aux concepteurs toulonnais qui ont développé cet outil de cartographie. Car il s'agit bien d'informer sur les zonages démographiques existants et de présenter de manière synthétique les caractéris-



tiques principales des territoires (offre de soins, patientèle). Tout en offrant des simulateurs ou des informations permettant de déterminer le champ des aides Assurance Maladie, ARS et Urssaf possibles en fonction du projet d'installation, il permet également d'accéder aux services nationaux d'installation en ligne. Le menu de REZONE est assez simple. En entrée, on vous propose de repérer les différents territoires de vie en matière de santé, les communes et leur potentiel. On découvre, commune par commune, la démographie générale, la démographie des patients (âge, affections longue durée, couverture

maladie universelle) et des médecins libéraux (nombre, âge, secteur conventionnel des médecins installés), ainsi que l'offre de soins des omnipraticiens (estimation de l'activité médicale sur le territoire réalisée en actes cliniques et en actes techniques). En plat de résistance, on obtient des informations consacrées aux aides disponibles sur les zones sous-denses en offre de soins et dans lesquelles les médecins peuvent être incités à s'installer (grâce aux aides proposées notamment dans le cadre des accords conventionnels). Les montants de ces aides et l'éligibilité contractuelle du futur impétrant sont alors évalués. Et pour

dessert, REZONE vous offre la possibilité de situer l'environnement hospitalier et les structures d'exercice coordonné de la commune consultée. Ainsi REZONE géolocalise les établissements hospitaliers, les cliniques, l'environnement sanitaire médico-social, l'hébergement en EHPAD, les services de suite, les maisons de santé, les centres de santé. Les données d'activité sont enrichies semestriellement, les données de structures bimestriellement et les données démographiques mensuellement. On peut, par le biais du lien avec CARTOSANTÉ de l'ARS, accéder à des données plus affinées.

LA NOUVELLE MÉTHODOLOGIE

Le zonage reste le maître mot de cette politique d'aide à l'installation médicale ou à la pratique du médecin dans des zones sous-dotées. Auparavant, la sélection se faisait en fonction du nombre de médecins par habitants, ce qu'on appelle la densité médicale. La nouvelle méthodologie s'appuie sur deux points. Tout d'abord le repérage se fait sur une base démographique et non géographique. On ne parle pas de zone en tant que superficie d'un territoire mais en parts de population couverte. Ensuite, tous les critères qui participent à l'analyse sont rassemblés dans un indicateur dit d'accessibilité potentielle localisée (APL) au médecin, qui s'exprime en nombre de consultations accessibles par an par habitant. Cet indicateur recouvre trois dimensions : l'activité de chaque praticien (mesurée par le nombre de consultations ou visites effectuées par le praticien) ; le temps d'accès au praticien ; et la consommation de soins des habitants par classe d'âge (pour tenir compte des besoins différenciés en offre de soins). Chaque région est constituée de territoires de vie-santé qui constituent la maille territoriale du zonage. Ces territoires sont composés eux-mêmes d'un ensemble de communes. Pour caractériser les zones, sont établis 3 seuils d'APL exprimés en nombre de consultations accessibles par habitant par an afin d'être plus facilement compris

AIDE À L'INSTALLATION OU À LA PRATIQUE DU MÉDECIN DANS LES ZONES SOUS-DOTÉES

La convention médicale 2016 prévoit la mise en place de quatre nouveaux contrats pour lutter contre la désertification médicale. Ces dispositifs proposent des aides à l'installation aux médecins qui souhaitent exercer dans les zones sous-dotées.

LE CAIM OU CONTRAT D'AIDE À L'INSTALLATION DES MÉDECINS

est une aide financière accordée une seule fois et versée aux médecins en 2 fois : 50 % dès l'installation en zone fragile et 50 % après 1 an. Elle vise à aider à faire face aux frais d'investissement liés au début de votre activité (locaux, équipements, charges diverses).

LE COSCOM OU CONTRAT DE STABILISATION ET DE COORDINATION DES MÉDECINS

encourage les médecins qui s'impliquent dans des démarches de prise en charge coordonnée de leurs patients sur un territoire donné ; la formation de futurs diplômés au sein des cabinets libéraux pour faciliter leur installation et leur maintien en exercice libéral,

dans ces territoires ; la réalisation d'une partie de leur activité libérale au sein des hôpitaux de proximité. Une aide forfaitaire annuelle de 5 000 € est accordée, à laquelle peuvent s'ajouter une majoration de 1 250 € par an si une partie de l'activité libérale a été effectuée au sein d'un hôpital de proximité.

LE COTRAM OU CONTRAT DE TRANSITION

a pour objet de soutenir les médecins qui exercent dans les zones sous-denses et préparent leur cessation d'activité en accueillant et accompagnant un médecin nouvellement installé dans leur cabinet. L'aide est une aide annuelle de 10 % des honoraires de l'activité conventionnée clinique et technique réalisée en zones

sous-denses, dans la limite de 20 000 € par an, calculée par année civile.

LE CSTM OU CONTRAT DE SOLIDARITÉ TERRITORIALE MÉDECIN

favorise l'exercice ponctuel de médecins dans les zones identifiées comme sous-denses par les ARS. Tout type d'intervention ponctuelle est pris en compte. Est proposée une aide annuelle de 25% des honoraires de l'activité conventionnée clinique et technique réalisée en zones fragiles dans la limite de 50 000 € par an, calculée par année civile. En cas de majoration par l'ARS (pour les zones particulièrement déficitaires en médecins), cette aide peut s'élever à 27% maximum, dans la limite de 60 000 € par an.

Odile Fraye

par les usagers du système de santé tout comme les professionnels. En partant de l'observation qu'un habitant bénéficie en moyenne de près de 4 consultations par an sur le territoire national, trois zones ont été définies. Les plus fragiles sont en dessous du seuil souhaitable, accessible de 2,5 consultations par an et par habitant. Elles sont dénommées Zone d'Intervention prioritaire (ZIP). Les zones intermédiaires sont les zones d'action complémentaires (ZAC) et les moins fragiles les zones d'appui régional (ZAR). Les aides pour les médecins dans les zones d'inter-

vention prioritaire (ZIP) sont plus riches que dans les deux suivantes, les zones d'action complémentaires et les zones d'appui régionales qui sont moins fragiles. Les plus appréciées sont les aides conventionnelles pour les médecins toutes spécialités confondues. Parmi les aides auxquelles on peut avoir droit, sous conditions, dans les ZIP, on compte : les aides collectives pour les Maisons de santé et les Centres de santé pluri professionnels (aide au démarrage de projet) ; les aides collectives de l'Assurance Maladie à

l'exercice coordonné ; les aides collectives de l'ARS pour les équipes de soins primaires (ESP) et les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ; les aides individuelles pour les étudiants en médecine et odontologie et internes en médecine (CESP) ; les aides individuelles pour les maîtres de stage (revalorisation des honoraires) et les stagiaires (forfait transport et hébergement).

Pierre Kerjean



## ENTRETIEN AVEC STÉPHANE COBIGO DIRECTEUR SANTÉ DE LA CPAM DE HAUTE-GARONNE

« AIDONS LES MÉDECINS  
À S'INSTALLER »

Le dispositif REZONE est déjà en cours de déploiement sur toute la France et notamment en Occitanie. En visant à accompagner les professionnels de santé dans leur choix d'installation sur le territoire, c'est un outil qui apparaît essentiel pour l'Assurance Maladie. Stéphane Cobigo, directeur santé de la CPAM de Haute-Garonne nous dit pourquoi.

**MÉDECIN D'OCCITANIE.** Le nouveau dispositif numérique REZONE définit des territoires qui sont attractifs en fonction des aides disponibles et fournies par des institutions publiques, dont notamment l'Assurance Maladie qui offre pas moins de quatre contrats d'aide à l'installation. Que pensez-vous de ce dispositif ?

STÉPHANE COBIGO. En effet, la convention nationale des médecins de 2016 prévoit 4 types de contrats incitatifs assortis d'une rémunération forfaitaire pour l'exercice dans des zones sous dotées : le contrat d'aide à l'installation médecin pour favoriser l'installation des médecins en zone sous dotée ; le contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins pour maintenir l'exercice dans la zone ; le contrat de transition pour les médecins pour soutenir les médecins qui préparent leur cessation d'activité en accompagnant leur successeur ; et enfin le contrat de solidarité territoriale vise à favoriser la solidarité entre médecin exerçant en zone sous dense comme par exemple y ouvrir un cabinet secondaire (voir pages 16 et 17). Dans ce cadre, l'outil REZONE qui vise à accompagner les professionnels de santé dans leur choix d'installation sur le territoire est particulièrement intéressant. L'objectif est de les informer sur les zones sous denses en offre de soins dans lesquelles ils peuvent être incités à s'installer avec les dispositifs d'aide dont j'ai parlé ou celles mises en place par l'ARS. Le dispositif REZONE présente les chiffres clés du territoire de vie-santé ou de la commune comme la démographie des médecins, de la patientèle, la localisation des structures et des établissements de santé, les informations sur le droit des patients (bénéficiaires de la complémentaire santé solidarité, en ALD), l'activité des médecins

"L'AVENIR EST À  
L'EXERCICE  
COORDONNÉ EN  
ÉQUIPES DE SOINS"

installés dans la zone (actes cliniques et actes techniques). Il offre également la possibilité de simuler un niveau financier d'aide. Autre point fort, il est en accès libre, consultable en direct par le médecin et à tout moment.

**Quand pensez-vous déployer ce dispositif en Haute-Garonne, et allez-vous le faire de conserve avec les 12 autres Assurance Maladie d'Occitanie ?**

L'outil REZONE est déjà en cours de déploiement. Dans le cadre du guichet unique URPS-Assurance Maladie- ARS-Conseil de l'Ordre, il sera intégré au Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé PAPS Occitanie. (\*)

**Plus largement, au vu de l'évolution de la démographie médicale et des conditions d'exercice, quels sont les leviers dont l'Assurance Maladie dispose ?**

L'avenir est à l'exercice coordonné en équipes de soins. Une convention de partenariat a été signée en Occitanie entre les URPS, l'ARS, et

l'Assurance Maladie afin d'accompagner la création des Maisons de santé pluri professionnelles et les Communautés professionnelles territoriales de santé. Dans ce cadre, l'Assurance Maladie a pérennisé

le financement de l'exercice coordonné grâce à différents accords conventionnels interprofessionnels tant pour les MSP que pour les CPTS. Par ailleurs, pour faciliter l'exercice médical, les orientations nationales de Ma santé 2022 ont prévu la création de postes d'assistants médicaux. Un accord conventionnel entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux a été signé courant juin. L'objectif est de libérer le médecin de certaines tâches et de lui permettre de se recentrer sur son cœur de métier, le soin, contribuant ainsi à favoriser l'accès aux soins et

à rendre l'exercice libéral plus attractif notamment dans les territoires déficitaires. Ces différentes mesures illustrent, à travers quelques exemples, les évolutions de notre système de soins, portées dans le cadre des orientations nationales de Ma santé 2022, déployées et accompagnées par l'Assurance-Maladie avec ses partenaires.

Propos recueillis par Luc Jacob-Duvernet

(\*) <https://www.occitanie.paps.sante.fr/>

## PARCOURS

### DANS LE GRAND BAIN DE L'ASSURANCE MALADIE

*Ce breton de Lorient de 49 ans est passé par l'Institut de Préparation à l'Administration Générale de Rennes pour rejoindre le Centre National d'Etudes Supérieures de Sécurité Sociale. Avant de tomber dans le grand bain de l'assurance maladie, cet amoureux de l'histoire antique et de l'histoire contemporaine a à son actif une maîtrise en histoire qu'il a poursuivie dans la capitale bretonne.*

*L'assurance maladie va donc colorer toute sa vie professionnelle. Nordiste de l'ouest, Stéphane Cobigo choisit de partir dans le sud où il vit depuis 22 ans. Il commence par la CPAM de la Haute-Garonne, puis rejoint celle du Tarn, pour revenir dans le département toulousain pour occuper successivement la direction des assurés, puis la direction de la santé qu'il gère depuis juillet 2019. Cet homme dont la silhouette est aussi fine qu'un silex d'Armorique a un péché mignon : la gastronomie !*

## COORDINATEUR DE PROJET

# UN NOUVEAU MÉTIER DE SANTÉ

Il va apparaître bientôt comme indispensable dans le paysage médical où poussent avec vigueur CPTS, MSP et autres organismes qui réforment le monde de la santé. La mise en œuvre de ces projets nécessite de suivre un parcours à la fois précis et complexe. Le coordinateur de projet, qui enfile les habits neufs d'un nouveau métier, sera à la manœuvre. Il va bientôt vivre dans le quotidien du médecin et lui permettre de se concentrer pleinement sur son exercice en se libérant du temps médical.

**Élaborer un projet de CPTS demande un investissement qu'il ne faut pas sous-estimer. Ce n'est pas le cœur de métier des professionnels de santé et ce travail exige des compétences spécifiques qu'ils n'ont pas forcément.**

Ce projet CPTS nécessite des interventions sur des thématiques nouvelles liées à un mode d'organisation inédit du fait de son approche populationnelle et non patientèle, du nombre de professionnels impliqués et de la taille du territoire concerné. La coordination apparaît comme essentielle voire indispensable en tant que support et soutien aux diverses démarches de création et de fonctionnement d'une CPTS.

Dans le cadre de la mise en place d'une CPTS et de l'accompagnement de ses promoteurs, deux périodes sont à distinguer. Il s'agit tout d'abord de celle de la construction du projet, jalonnée par la production des deux documents de référence que sont la lettre d'intention et le projet de santé.

La rédaction du premier document est un travail finalement assez simple, et réalisable sur un temps court.

Le projet de santé est, quant à lui, beaucoup plus complexe à élaborer.

La seconde période correspond au fonctionnement et à l'animation de la CPTS une fois la contractualisation réalisée avec l'ARS et l'Assurance Maladie.

Dans les deux cas, il n'est pas fait appel aux mêmes compétences, ce qui implique de s'appuyer sur des ressources différentes.

## DEUX SORTES DE MISSION

Les missions du coordinateur de projet sont soit liées à la construction d'un projet de CPTS, soit liées à l'animation et au fonctionnement de la CPTS.

Dans les deux cas, il peut être fait appel soit à un coordinateur salarié soit à un indépendant :

- coordinateur embauché directement par l'association ;
- coordinateur indépendant, rémunéré par la CPTS sous forme de prestations de services ;

- ou encore, l'un des professionnels de santé de l'équipe peut assurer ces missions de coordination, à temps partiel. La prudence sur ce choix s'impose au regard du niveau de complexité d'un projet de CPTS.

Pour la phase de création, le recours à un consultant externe ou à un salarié ponctuel est à privilégier pour une plus grande efficacité – mission déterminée – et une sécurisation de la trésorerie de l'association au regard des fonds d'ingénierie, par nature plus volatiles qu'un budget de fonctionnement. Il est fortement conseillé de faire plusieurs devis comparatifs (appel d'offre) afin d'assurer une transparence indispensable dans la sélection du prestataire.

Pour la phase d'animation, selon les besoins et les ressources financières, le coordinateur pourra intervenir à temps plein ou à temps partiel (1 à 3 jours par semaine par exemple), permettant ainsi de mutualiser cette ressource entre plusieurs structures éventuellement.

Philippe Meursault

## QUEL EST LE SAVOIR-FAIRE DE CE MÉTIER ?

## LE PROFIL D'UN COORDINATEUR DE PROJET

La notion de gestion de projet est variable en fonction de l'ambition et du niveau de maturité du projet de CPTS. On parle donc parfois alternativement d'animateur, de coordinateur, de manager, de directeur, de pilote, de chef de projet, ou de gestionnaire. Les profils de coordinateurs sont assez variés. Les compétences attendues concernent principalement :

- Le management stratégique/opérationnel du projet de santé ;
- La coordination du projet et des acteurs de santé dans la pluriprofessionnalité et la pluridisciplinarité ;
- La gestion des ressources humaines, administratives et financières ;
- La gestion et le partage d'outils numériques ;
- L'organisation de formations pour les professionnels ;
- La connaissance du système de santé et des différentes professions de santé libérales et/ou instances administratives
- L'organisation de parcours de santé sur un large territoire ;
- L'évaluation et la démarche qualité pour le suivi du projet.

Médecins,  
**gagnez en flexibilité**  
avec la téléconsultation

medicam

LA PLATEFORME DE TÉLÉCONSULTATION  
SÉCURISÉE, PUBLIQUE, ET FINANCÉE PAR VOTRE URPS

[medicam.mipih.fr](https://medicam.mipih.fr)



**URPS**  
Médecin d'Occitanie