

# Cycle de conférences

« Les jeudis de la sante en Comminges »

Construire un  
projet territorial de santé  
dans le Comminges ?

## Conférence de lancement du cycle

**Date et lieu :** 26 septembre 2019, Saint-Gaudens

**Intervenant :** Dr Pierre de Haas

**Animateur :** Dr Jean-Richard Dugast

*Ce compte rendu a vocation de refléter la synthèse et la richesse des échanges dans la salle. Pour une vision complète des interventions, les présentations sont disponibles sur la page Web du cycle de conférences : <https://www.commingespyrenees.fr/wp-content/uploads/2019/10/PPT-Cycle-de-conf%C3%A9rences-final.pdf>*

### Bienvenue

Le Dr Dugast donne la bienvenue à l'ensemble de participants, et les remercie d'avoir répondu favorablement à cette invitation. Il salue l'initiative du Pays d'organiser ce cycle de conférences, spécialement M. Duclos et Mme. Boland, respectivement président et directrice du Pays Comminges Pyrénées.

Soulignant qu'il s'agit d'une première sur notre territoire, ce cycle a pour objectif d'initier une réflexion commune et pluriprofessionnelle sur l'intérêt et les axes de travail pertinents pour mettre en place une organisation territoriale des acteurs de la santé et du social, ainsi que les dispositifs actuels que peuvent faciliter la réalisation de cet objectif.

Dans ce contexte, le contrat local de santé (CLS) du Pays Comminges Pyrénées, en tant que déclinaison des objectifs du Projet Régional de Santé dans le plan local afin de réduire les inégalités sociales de santé, représente un premier outil de structuration d'une collaboration entre professionnels.

Une brève présentation de ce dispositif est sollicitée à la coordinatrice du CLS.

### Contrat local de santé (CLS) du Pays Comminges Pyrénées

Mme Sánchez-Albor, coordinatrice du CLS, commence par remercier les assistants pour leur participation à cette conférence, qui a été coorganisée avec les coordinateurs des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) du territoire.

Mme Sánchez-Albor commence par définir le concept de Pays, des structures regroupant des communautés de communes, afin d'assurer le portage des projets qu'elles considèrent pertinents de réaliser à une échelle supérieure, en fonction de leur ambition et/ou d'une dimension territoriale qui dépasse leur propre périmètre géographique d'intervention. Ainsi, les Pays n'ont pas de compétences spécifiques, mais des missions spécifiquement commandées par leurs EPCI fondatrices, et ils n'ont pas

une relation de supériorité hiérarchique par rapport aux EPCI fondatrices, mais une relation de coopération et de service.

Dans le cas du Pays Comminges Pyrénées, cette structure porte des projets tels que le Schéma de cohérence territorial, le Projet Alimentaire territorial du Comminges ou le Contrat local de santé.

Si l'on se centre sur ce dernier, et comme indiqué au préalable, les CLS sont une déclinaison en local des priorités de la politique régionale de santé, en tenant compte des besoins spécifiques identifiés sur le territoire, afin de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Négocié et conclu avec l'Agence Régionale de Santé, il est un outil pour fédérer des acteurs de différents domaines, sur des problématiques identifiées ensemble et autour de projets concrets.

Le Contrat local de santé du Pays Comminges Pyrénées a été signé en juillet 2016, à la suite d'une démarche de co-construction avec les acteurs territoriaux de santé pour identifier les axes de travail prioritaires. Il intègre des thématiques diverses, telles que la clarification des parcours de soin, la mise en œuvre d'une coordination plus étroite entre les acteurs travaillant auprès des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, la promotion des comportements favorables à la santé et l'amélioration de la qualité de vie, ou la prise en compte de l'environnement en tant que facteur déterminant de la santé.

Les participants sollicitent que le Profil de santé du Pays Comminges Pyrénées, document qui a servi de diagnostic territorial pour l'élaboration du CLS, soit diffusé parmi les acteurs de la santé et du social du territoire.

La coordinatrice du CLS s'engage à solliciter que ce document soit facilement accessible sur le site web du Pays Comminges Pyrénées.

Après demande, ce document est effectivement accessible sur :  
[https://www.commingespyrenees.fr/wp-content/uploads/2019/10/Profil-de-sant%C3%A9-CLS\\_PaysCommingesPyrenees\\_VF.pdf](https://www.commingespyrenees.fr/wp-content/uploads/2019/10/Profil-de-sant%C3%A9-CLS_PaysCommingesPyrenees_VF.pdf)

## Construire un projet territorial de santé - Quelques éléments de réflexion

Le Dr Dugast introduit la conférence en faisant remarquer à l'audience l'importante évolution de l'exercice professionnel dans les deux dernières décennies, afin d'améliorer l'efficacité autour du patient. La création de maisons médicales et maisons pluriprofessionnelles répondait à cet objectif, mais s'est avéré insuffisant pour répondre aux enjeux d'organisation de la médecine de premier recours face aux enjeux actuels : le déploiement de missions de prévention, l'organisation des gardes/soins non programmés, l'articulation entre multiples professionnels dans un parcours de soin... A côté de cela, des nouvelles formes de collaboration émergent : les ESP, le guichet intégré MAIA, les PTA, les IPA... Dispositifs qui devraient être soutenus par des avancées techniques : le DMP, les téléconsultations et téléexpertises, ... Ces innovations techniques et organisationnelles ont émergé pour faire face à une problématique majeure : la désertification médicale qui souffrent la plupart des territoires ruraux, mais qui commence à être constatée également dans certaines zones urbaines.

Le médecin généraliste est maintenant positionné comme le pivot du système de santé, devant assumer une charge croissante de travail médical et du travail considéré comme « administratif » mais toujours en lien avec le patient (la mise à jour des dossiers des patients, les certificats d'absence de

non contre-indication à la pratique du *sport*, les certificats médicaux d'arrêt de travail, les prises en charge ALD, les bons de transport, ...).

La question est donc de savoir si et comment une nouvelle organisation dans l'exercice professionnel peut permettre aux praticiens libéraux d'assumer et d'assurer les missions qui lui sont commandées ? C'est la question à laquelle s'attèle l'intervenant de cette conférence.

Le Dr Dugast présente brièvement le Dr de Haas. Médecin généraliste exerçant en libéral, le Dr de Haas a été l'un des pionniers en France dans la création de MSP. Fondateur de la Fédération française de maisons et pôles de santé, il a participé aux négociations avec les instances de santé gouvernementales dans l'expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR) qui ont permis d'affiner le modèle de financement des MSP et ont donné lieu à la signature de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI).

Le Dr de Haas commence son intervention en remerciant les organisateurs pour leur invitation, ainsi qu'aux participants présents dans la salle.

Il souligne la complexité de l'exercice car pour parler de projet territorial de santé il faudrait d'abord comprendre ce que « territoire » veut indiquer, car il s'agit d'une notion qui n'est pas familière d'un professionnel de santé, habitué aux patients, à une approche individuelle de la santé et pas à une approche géographique. Son objectif est donc de montrer ce qu'un professionnel de santé peut apporter à un territoire.

Le Dr de Haas présente ensuite le contexte de la réflexion : l'évolution démographique montre une augmentation significative du nombre de seniors, ce qui est associée à une augmentation exponentielle des polyopathologies chroniques, et donc d'un temps de suivi/patient plus important. En revanche, la démographie médicale a fortement diminué et même si les projections montrent une progression des effectifs dans les années à venir, le temps médical continuera à diminuer (féminisation de la profession, tâches administratives chronophages, aspiration de concilier vie professionnelle et familiale, ...). Ceci aura pour effet une augmentation du transfert de missions vers d'autres professionnels de santé (notamment les IDE) pour le suivi des patients.

Une analyse des enjeux des acteurs en présence (territoire/élus ; usagers/patients et professionnels de santé) appelle à se poser la question de la nécessité et les conséquences d'une réorganisation du système, que l'ensemble des acteurs semble réclamer. La situation actuelle ne permettra pas la survie du système, puisque l'accessibilité et la qualité de la prise en charge du patient ne seront pas assurés, ce qui entrainera une chute de la reconnaissance sociale des professionnels de santé et donc de leur reconnaissance économique. Côté professionnels de santé, le changement permettrait d'assurer la qualité des soins prodigués et d'améliorer leur qualité de vie personnelle.

La réorganisation du système implique en premier lieu une réorganisation des soignants autour du patient : un temps de travail spécifique autour du dossier patient, à travers une vision pluriprofessionnelle qui permet de prendre en compte sa situation et ses besoins et de mettre en place des interventions coordonnées et si nécessaire des transferts de missions bien encadrées ; c'est le fonctionnement des équipes en MSP. Une réorganisation sur le territoire implique la prise en compte des besoins de la population (*à titre d'exemple, seulement 1% des MG relancent leur patientèle concernant la mise à jour des vaccins*), afin de structurer les filières de soins, d'assurer les soins non-programmés, de faciliter l'accessibilité, etc. ; c'est la proposition des PTA et des CPTS.

Dans les deux cas, l'exercice pluriprofessionnel permet de mettre en place des nouvelles modalités de fonctionnement (délégation, transfert de missions) afin de réattribuer du temps médical là où il est nécessaire. Soit dans le cadre réglementaire actuel, soit en proposant des dérogations dans l'exercice des compétences (à travers l'art 66 de la Loi santé 2019, traitant des protocoles de coopération interprofessionnels) ou des dérogations au droit commun (à travers l'art. 51 de la LFSS 2018, qui a permis de financer l'expérimentation de nouvelles organisations en santé innovantes).

D'autres outils ont été développés pour faciliter cet exercice coordonné : les réunions de concertation pluriprofessionnelles permettent un gain de temps en coordination, mais aussi l'apprentissage mutuel entre les professionnels et l'amélioration de la prise en charge du patient. Les systèmes d'information partagés de santé permettent aux nouvelles organisations de faciliter la coordination d'interventions via l'accès aux mêmes données du patient pour l'ensemble des professionnels concernés.

Quels seraient les conséquences économiques de ces nouveaux modes d'organisation ? Différentes publications signalent qu'une augmentation dans le financement des soins primaires implique une augmentation de la qualité de soins et donc de vie, et une diminution globale des dépenses de santé. Pour cela, des nouveaux modes de financement ont été mis en place progressivement, visant à transférer le paiement à l'acte vers le paiement à la coordination entre professionnels. Cela a eu pour effet un fort encouragement à l'exercice coordonné et l'augmentation significative du nombre de MSP. Le Rapport « *Réforme des modes de financement et de régulation* » Vers un modèle de paiement combiné, dit Rapport Aubert assoit le principe de rémunération des professionnels et établissements selon un mode de paiement combiné, à flux multiples, permettant de mieux prendre en compte la qualité et la pertinence des soins, ainsi que le suivi des pathologie chroniques, à côté du paiement à l'activité.

Si dans l'organisation de l'exercice coordonné les MSP ont émergé du terrain (d'une approche bottom up) la création de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent une approche top down : il s'agit de favoriser la coordination sur un territoire, afin de répondre à une ou plusieurs problématiques en matière de santé identifiées par les professionnels, de façon à assurer l'accessibilité de soins de premier et deuxième recours (facilité d'accès au médecin traitant, prise en charge de soins non-programmés), de structurer les parcours de soins, et de conduire des actions de prévention. La contractualisation avec les ARS permettra à ces nouvelles structures d'accéder à des financements, pour contribuer au fonctionnement de la structure et pour rémunérer les missions conduites (en fonction du bassin de population couvert, les montants oscillent de 185 K€ à 380 K€).

## Echanges avec la salle

Des réflexions ont émergé pendant les échanges avec la salle :

1/ la coordination pluriprofessionnelle est un facteur d'attractivité pour l'installation de professionnels de santé sur le territoire ; mais la possibilité d'un contrat salarial ne semble pas toujours être un facteur décisif, puisque l'écart de rémunération par rapport à l'exercice en libéral est très important. Les facteurs qui semblent attirer les jeunes professionnels sont l'ambiance de travail et collaboration dans l'équipe pluriprofessionnelle, l'accès à des expertises techniques et à l'appui des praticiens seniors, la qualité du système d'information partagé et la possibilité pour les conjoints de trouver un emploi qui corresponde à leurs attentes.

2/ travailler l'attractivité du territoire au sens large semble donc un facteur essentiel, et demande une coordination avec les acteurs politiques et institutionnels. A titre d'exemple, grâce au partenariat entre le conseil départemental et la faculté de médecine de Toulouse, l'Aveyron est des départements qui affiche un solde positif d'installations de médecins.

3/ l'élaboration d'un projet pour mettre en place un exercice coordonné, que ce soit une MSP ou une CPTS, est assez chronophage et demande beaucoup d'énergie, et c'est un exercice inhabituel pour un PS. En revanche c'est un exercice qui peut être délégué : des aides sont accordées par l'ARS pour financer l'accompagnement des PS par des experts, pour la construction de leur projet (ex, les fédérations régionales de la FFMPS).

4/ l'option d'une obligation d'installation des PS en zones sous-dotées n'a pas été choisi par le gouvernement, du fait de la pression qu'exercent les syndicats médicaux. C'est donc un problème de rapport de force dans un contexte de décalage entre l'offre et la demande. La situation actuelle semble le résultat d'une gestion politique de la démographie médicale, depuis des décennies, qui n'a pas été pertinente, et que la fin de *numerus clausus* montrera des résultats, mais pas dans l'immédiat. Il revient donc aux professionnels du territoire d'imaginer des actions pour faire face à cette situation et de faire des propositions, avant que l'Etat reprenne la main (ce qu'il fait déjà, d'une certaine façon, à travers l'évolution envisagée des modes de rémunération-cf diapositive 28).

5/ à ce jour, nous sommes dans une situation de crise concernant le nombre de praticiens installés sur notre territoire, et cela demande de faire preuve d'imagination pour envisager des nouveaux modes de collaboration et de prise en charge des patients : le recrutement d'une infirmière de pratique avancée, les consultations en binôme avec des IDE ou d'autres professionnels, la téléconsultation et la télé-expertise,... tous les modes d'organisation sont possibles pour que le temps médical ne soit pas encombré par des tâches pour lesquelles le praticien n'a pas de plus-value à apporter.

6/ le positionnement de l'hôpital dans les nouveaux modes de collaboration est fondamental, l'articulation avec la médecine de ville est un sujet majeur et les praticiens hospitaliers en sont conscients et peuvent être moteurs et force de proposition. Cette collaboration qui est déjà mise en place de façon « informelle » pourrait être formalisée (et valorisée) dans le cadre de la création d'une CPTS.

7/ c'est aussi dans le cadre d'une CPTS que peuvent le plus facilement se mettre en place des protocoles et des transferts de compétences encadrés et efficaces, y compris avec les officines pharmaceutiques, qui pourraient ainsi renouveler les traitements chroniques ou adapter des posologies. Les CPTS constituent un moyen pour intégrer et coordonner les compétences des différents professionnels de santé pour une meilleure prise en charge de la population.

8/ le contrat local de santé (CLS) est un dispositif qui a vocation d'encourager le maillage entre les acteurs du territoire pour partager les compétences et les expériences. Les CPTS émanent des professionnels de santé d'un territoire et sont composées de professionnels de santé, mais aussi des acteurs du social et du médico-social, dont plusieurs représentants sont dans la salle. Le CLS sera là pour accompagner la démarche de ces acteurs et les aider à porter le projet. De par son lien avec l'ARS, le CLS sera un facilitateur, comme peuvent l'être d'autres acteurs.

Le cycle de conférences que nous proposons devrait nous permettre d'approfondir sur des axes de travail thématiques qui pourraient par la suite faire partie du projet de santé d'une future CPTS.

## Prochaine conférence : Santé mentale

17 octobre / 20h30, auditorium de l'Hôtel de de Lassus (*6 rue du Barry*) à Montréjeau

### Intervenants :

Dr Dutech (MSP Nailloux Calmont)

Dr Haoui (CH Gérard Marchant)

Mme Vernhes (association des psychologues du Comminges)

Dr Vizuite Rebollo et Dr Vessova (Hôpitaux de Lannemezan)

Conférence animée par le Pr Poutrain (MSP Mont Royal Santé)