



Master 2
Pilotage des politiques et actions en
santé publique

Promotion : **2017-2018**

VOYAGE DANS LE MONDE LIBERAL
Missions et réflexions au sein de l'URPS
Médecins Libéraux de Bretagne

Laurianne DISCHLI
Septembre 2018

Remerciements

Je tiens à remercier Anaïs Clerc qui a assuré l'encadrement de mon stage, pour le temps qu'elle a pu me consacrer. Je remercie également le Dr Nikan Mohtadi, président de L'URPS Médecins Libéraux de Bretagne, qui a répondu favorablement à ma demande de stage.

Je souhaite également remercier l'ensemble du personnel de l'URPS Médecins Libéraux de Bretagne, Véronique, Chrystelle et Romain, ainsi que les élus de l'Union pour leur accueil et leur disponibilité.

Je remercie tout particulièrement Monsieur François-Xavier Schweyer, pour son accompagnement, son écoute, sa bienveillance, sa disponibilité et ses précieux conseils qui ont guidé ma réflexion tout le long de l'écriture de ce mémoire.

Je remercie également toute l'équipe pédagogique du Master 2 « Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique » pour la richesse intellectuelle et la grande qualité des enseignements suivis durant cette année.

Un grand merci à Jean-Louis, sans qui la réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible.

Enfin je souhaite remercier mes parents, Emilie, Juliette, Caroline et M. De Basic pour leur soutien sans faille et les relectures.

Les éclairages de chacun ont été précieux pour la bonne conduite de ce mémoire.

Sommaire

INTRODUCTION	1
PARTIE 1 : L'INDIVIDUALISME MÉDICAL À L'ÉPREUVE.....	4
1. PROFESSIONNELS DE SANTE ET POUVOIRS PUBLICS : UN ANTAGONISME HISTORIQUE.....	4
1.1 IDENTITE LIBERALE ET POLITIQUES PUBLIQUES : ENTRE INDEPENDANCE ET REGULATION.....	4
1.1.1 <i>Dynamiques professionnelles et identités libérales.....</i>	<i>4</i>
1.1.2 <i>Petite histoire du syndicalisme médical</i>	<i>6</i>
1.2 L'INSTAURATION PROGRESSIVE DES UNIONS PROFESSIONNELLES	7
1.2.1 <i>Des URML.....</i>	<i>7</i>
1.2.2 <i>...Aux URPS</i>	<i>9</i>
2. L'URPS ACTEUR DU SYSTEME DE SANTE	11
2.1 UNION, REGION ET PROFESSIONNELS LIBERAUX : UNE ORGANISATION INEDITE.....	11
2.1.1 <i>L'URPS, une organisation ad hoc ?.....</i>	<i>11</i>
2.1.2 <i>Une identité libérale en conflit avec une logique fédératrice ?.....</i>	<i>16</i>
2.2 UN SYSTEME DE SANTE QUI S'ORGANISE EN REGION : MISSIONS EXTERNES ET INTERNES DE L'URPS	18
2.2.1 <i>Des relations étroites avec les institutions</i>	<i>18</i>
2.2.2 <i>Missions spécifiques de l'URPS Médecins Libéraux de Bretagne</i>	<i>19</i>
PARTIE 2 : LA MÉDECINE LIBÉRALE EN ACTION : LES ACTIVITÉS DE L'URPS MÉDECINS LIBÉRAUX DE BRETAGNE	21
1. L'URPS COMME ACTEUR REGIONAL, UN FORT INVESTISSEMENT EN COMMUNICATION ...	21
1.1 LE RAPPORT D'ACTIVITE 2017 : D'UNE OBLIGATION LEGALE A UN OUTIL STRATEGIQUE DE COMMUNICATION	22
1.1.1 <i>L'élaboration du document : de l'inventaire des activités à la mise en forme</i>	<i>22</i>
1.1.2 <i>Conférer au document une dimension collective : la diffusion auprès de tous les médecins libéraux bretons</i>	<i>27</i>
1.2 VALORISER ET FAIRE CONNAITRE L'URPS MLB	29
1.2.1 <i>Garder le contact : la newsletter mensuelle.....</i>	<i>29</i>
1.2.2 <i>Une identité qui se construit à travers une stratégie de communication</i>	<i>36</i>

2. ACCOMPAGNER LE DEVELOPPEMENT DE LA TELEMEDECINE ET DES SYSTEMES D'INFORMATION : L'INVESTISSEMENT DE L'URPS POUR LA COORDINATION CLINIQUE DE PROXIMITE GRACE A UN OUTIL MOBILE	39
2.1 FACILITER LA COORDINATION CLINIQUE DE PROXIMITE GRACE A UN OUTIL MOBILE	40
2.1.1 <i>Sterenn Mobilité : le choix de la convergence régionale</i>	40
2.1.2 <i>Une application mobile qui se fait désirer</i>	41
2.1.3 <i>Une initiative de l'URPS : le challenge mobilité Bretagne</i>	44
2.2 LA TELEMEDECINE COMME « TECHNOLOGIE DE L'ESPOIR » ET REPONSE AUX DEFIS DE NOTRE SYSTEME DE SANTE ?	47
2.2.1 <i>Entre des espérances fortes et une réalité complexe : la gestion de projet en télémédecine</i>	48
2.2.2 <i>Télémédecine : une technologie invisible ?</i>	54
3. L'URPS ACTEUR DU SYSTEME DE SANTE : ITINERAIRE D'UN DOCUMENT « L'ESSENTIEL DE LA CPTS »	57
3.1 L'ELABORATION D'UN « DOCUMENT-OUTIL »	57
3.1.1 <i>La définition d'un cahier des charges des CPTS</i>	58
3.1.2 <i>La construction du document en interne</i>	59
3.2 LA TRANSFORMATION D'UN GUIDE EN UN INSTRUMENT D'ACTION TERRITORIAL.....	60
3.2.1 <i>L'intérêt manifeste de l'ARS pour le document : un travail de normalisation</i>	60
3.2.2 <i>Un travail de coopération au cœur d'un « jeu d'acteurs »</i>	62
3.2.3 <i>Le bras de fer des logos</i>	64
CONCLUSION	66
BIBLIOGRAPHIE	I
1. OUVRAGES.....	I
2. ARTICLES.....	III
3. RAPPORTS.....	VII
4. TEXTES JURIDIQUES.....	VII
5. THESES.....	VIII
6. ARTICLES DE PRESSE	VIII
7. SITES INTERNET (TOUS LES SITES INTERNET ONT ETE VERIFIES LE 26 AOUT 2016)	IX
LISTE DES ANNEXES	X

Liste des sigles utilisés

- AAL** Association des Anesthésiologistes Libéraux
- ACOSS** Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale
- ADBO** Association des Dermatologues de Bretagne Occidentale
- APCMA** Assemblée Permanente des Chambres de Métiers et de l'Artisanat
- ARH** Agence Régionale de l'Hospitalisation
- ARS** Agence Régionale Santé
- CARPEC** Cellule d'Appui Régionale pour les Projets d'Exercice Coordonné
- CNP** Conférence Nationale des Présidents (d'URML)
- CN URPS ML** Conférence Nationale des UPRS Médecins Libéraux
- CODAMUPS** Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente de la Permanence des Soins
- CPAM** Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CPTS** Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
- CPU** Conférence des Présidents d'Universités
- CROS** Comités Régionaux d'Organisation Sanitaire et Sociale
- CRSA** Conférence Régionale de la Santé e de l'Autonomie
- CSMF** Confédération des Syndicats Médicaux Français
- DDASS** Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DRASS** Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- EHPAD** Etablissement d'Hébergement pour Personne Âgée Dépendante
- ESP** Equipe de Soins Primaires
- ETAPES** Expérimentation de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours de Santé
- FEHAP** Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs
- FFMPS** Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé
- FHF** Fédération Hospitalière de France
- FHP** Fédération de l'Hospitalisation Privée

FIR Fonds d'Intervention Régional

FMF Fédération des Médecins de France

FNSMF Fédération Nationale des Syndicats de Médecins de France

GCS Groupement de Coopération Sanitaire

GECO Groupes d'Exercice Coordonné

GHT Groupement Hospitalier de Territoire

HPST Hôpital, Patient, Santé, Territoire (Loi)

ISPL Institut Statistique des Professionnels de Santé Libéraux

LFSS Loi de Financement de la Sécurité Sociale

LMSS Loi de Modernisation de notre Système de Santé

MSP Maison de Santé Pluri-professionnelle

PAF Personne Agée et Fragilités

PDSA Permanence des Soins Ambulatoires

PTA Plateforme Territoriale d'Appui

RAAC Récupération Améliorée Après Chirurgie

SML Syndicat des Médecins Libéraux

SROS Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SYNGOF Syndicat National des Gynécologues et Obstétriciens de France

UCDF Union des Chirugiens de France

URCAM Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

URML Union Régionale des Médecins Libéraux

URPS Union Régionale des Professionnels de Santé

URPS MLB URPS Médecins Libéraux de Bretagne

URSSAF Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

USMF Union des Syndicats Médicaux Français

Introduction

L'organisation de l'offre de soins de premier recours représente un défi majeur pour notre système de santé. Ce système mixte où coexistent hôpital public et médecine libérale est caractérisé par son hospitalocentrisme depuis la réforme de décembre 1958 initiée par le professeur Robert Debré¹. Toutefois, la nécessité d'une régulation territoriale de l'offre de soins s'est progressivement imposée. L'identité libérale se traduit par un attachement fort aux principes de liberté d'installation, de libre choix de son médecin par le patient et de liberté de prescription, tout en s'inscrivant dans une relation très paradoxale de dépendance à l'Etat et au système d'assurance maladie (Hassenteufel, 1997). De la *Charte de la médecine libérale* de 1927 en passant par les mobilisations contre les mécanismes d'encadrement et de régulation de la profession jusqu'à la virulente opposition des médecins libéraux à la loi Santé en 2015, le milieu libéral, au centre de toutes les réformes du secteur de la santé publique, constitue un terrain particulièrement propice à la compréhension du système de santé français.

Créées en 1993 et réformées en 2011, les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) sont des organisations qui permettent d'enrichir les dynamiques régionales en santé. Outil d'expertise au service de l'organisation de la profession et acteur de l'organisation des soins, nouant des relations étroites de coopération avec les autres institutions de santé, l'URPS Médecins Libéraux de Bretagne fait entendre la voix de la médecine libérale en Bretagne sur certains enjeux fondamentaux : la régionalisation de la politique de santé, les nouveaux modes d'exercices professionnels, l'exercice pluri-professionnel, l'accompagnement à la mise en place des systèmes d'informations ou encore à la santé des soignants. Dès lors, l'URPS représente un outil intéressant pour tenter de faire face à des mutations sociales vis-à-vis desquelles le corporatisme et le repli sur soi n'apparaissent pas comme des comportements adaptés.

« Un stage autour du déploiement d'une application mobile pour des échanges sécurisés entre professionnels de santé »²

Par sa volonté de travailler sur la mise en œuvre des politiques et actions menées en santé publique, sur l'organisation de l'exercice professionnel en santé, l'aménagement territorial de l'offre

¹ La médecine libérale représentait la forme presque exclusive de la pratique médicale, jusqu'à la réforme initiée par le Professeur Robert Debré de 1958 qui est venue placer l'hôpital au cœur de l'organisation des soins en France.

² Activité confiée d'après la convention de stage

de soin ou encore la mise en œuvre des systèmes d'information et de communication, l'URPS Médecins Libéraux de Bretagne s'est présentée comme un terrain de stage idéal.

Devant initialement travailler sur les questions de *e-santé* et de télémédecine, en raison d'une appétence personnelle pour les nouvelles technologies, d'une part, et pour la question de la télémédecine, « *grand chantier santé 2018* »³, d'autre part. C'est finalement une autre phase de la transformation du système de santé qui m'a été donnée d'observer.

L'attrait de la thématique des nouvelles technologies, et donc de la *e-santé*, n'est pas anodine. Le fait d'avoir grandi dans un environnement familial qui m'a appris qu'en informatique et en électronique « tout est possible », d'avoir eu dès 1997 un clavier dans les mains, puis une tablette graphique dix ans plus tard, d'avoir eu dès 1998 une connexion internet sur les premiers « *browsers* », de s'être initiée à la programmation avec des *arduin*os⁴ et un *Raspberry Pi*⁵, d'avoir appris à utiliser la ligne de commande pour résoudre des problèmes, puis de s'essayer plus récemment à la modélisation sur imprimante 3D, m'a sans doute permis de développer une certaine logique en informatique et logiciels. Toujours de manière pratique avec l'envie de « maîtriser » pour créer, pour s'amuser, particulièrement avec les logiciels d'édition d'images, de modélisation et d'illustrations.

Rattrapée par la réalité : une mission qui n'a pas eu lieu

Les difficultés de mise en œuvre du projet de télémédecine de l'URPS MLB, qui devait être initialement mené et étudié, ont désajusté la temporalité du stage par rapport à la temporalité de l'action. Ce conflit de temporalités, cette « *dyschronie* » (Alter, 2000), est d'ailleurs assez typique dans le domaine de l'innovation, particulièrement en télémédecine.

Face à la durée fixe du stage et à la temporalité glissante de l'innovation qui a éloigné la mission initiale, le stage s'est réajusté comme une opportunité d'enquête sur une institution originale ouvrant sur le monde de la médecine libérale.

Ce mémoire propose de conjuguer un compte-rendu des missions confiées et réalisées à l'URPS Médecins Libéraux de Bretagne et un travail d'observation participante qui a cherché à comprendre la dynamique de fonctionnement de cette organisation. Ainsi, les deux registres seront combinés dans ce rapport.

³ "Il n'existe pas de solution unique ou uniforme, mais la télémédecine, clairement, est un des outils dont nous avons besoin", a déclaré à l'Assemblée Nationale Agnès Buzyn, la ministre des solidarités et de la santé

⁴ Carte électronique permettant la réalisation de prototypes et programmes très facilement

⁵ Le Raspberry Pi est un nano-ordinateur monocarte à processeur ARM qui permet de s'initier à l'informatique

Démarche et méthodes

Nous avons eu un rôle d'appui à la mise en œuvre des projets relatifs aux systèmes d'informations et de télémédecine, de participation aux actions de communication de l'Union. Être ainsi « en appui » a permis l'observation et la réalisation de missions polyvalentes qui sont emblématiques de la vie de l'organisation, tout en mobilisant nos savoir-faire. Les activités réalisées découlent de notre nécessaire adaptation à l'important retard dans le développement du projet qui nous avait été initialement confié comme sujet principal.

Dès lors, notre posture n'était plus seulement celle d'une stagiaire chargée de missions, mais surtout celle d'un « observateur participant » (Bogdan, Taylor, 1975) ou plutôt d'un « participant observateur » (Lalonde, 2013) cherchant à comprendre la dynamique de fonctionnement de cette institution et sa place au sein du système de santé à l'aune d'une expérience quotidienne car « *un des principaux avantages de participer en observant est la possibilité d'expérimenter le monde de la vie quotidienne en tant qu'initié* » (Lalonde, 2013).

Questionnement

A l'occasion des missions confiées, comment comprendre le fonctionnement d'une entité représentant la profession médicale libérale au sein du système de santé ? Comment appréhender les dimensions où elle est actrice ainsi que les partenariats qu'elle entretient ? En quoi ses initiatives en termes de communication, de réponses d'appels à projets ou d'exercice libéral peuvent nous éclairer sur le fonctionnement interne de cette organisation singulière ?

L'histoire des dynamiques professionnelles et syndicales, caractéristiques de la médecine libérale, mérite une attention particulière. Les professions libérales sont bien à l'origine des transformations qui redéfinissent les contours de leurs activités et de leur régulation. Le rôle représentatif des intérêts des professionnels de santé libéraux dans la politique régionale de santé est dévolu aux URPS par la loi. Pourtant, ces dernières se retrouvent face à d'autres structures détentrices, elles aussi, de la capacité à éclairer et à accompagner les décisions politiques, ce qui questionne la place et la nature de l'URPS dans le paysage de la santé publique (partie 1). La justification de cette place et la recherche par l'Union d'une certaine influence la conduisent à mener divers actions et projets de nature à l'installer comme l'acteur majeur d'une « *Médecine Libérale en pointe* ». Nous porterons la focale sur trois thématiques et projets qui reflètent les activités de l'organisation : la communication, la télémédecine et l'organisation de l'exercice libéral (partie 2).

PARTIE 1. L'INDIVIDUALISME MÉDICAL À L'ÉPREUVE

1. Professionnels de santé et pouvoirs publics : un antagonisme historique

Afin de caractériser et comprendre les modes de représentations et d'actions des médecins libéraux, et de saisir les spécificités d'une organisation professionnelle qui représente la médecine libérale, il apparaît indispensable d'entamer notre réflexion par une démarche socio-historique. Celle-ci passe par une compréhension des dynamiques professionnelles et syndicales caractéristiques de la médecine libérale (1.1), avant de retracer l'instauration progressive des unions de professionnels de santé libéraux qui ont d'abord été « URML », pour pouvoir définir cette organisation originale et appréhender ses missions ainsi que sa place au sein du système de santé (1.2).

1.1 Identité libérale et politiques publiques : entre indépendance et régulation

1.1.1 Dynamiques professionnelles et identités libérales

Les médecins jouent un rôle décisif dans les politiques de santé, et leur légitimité à se saisir de ces questions a été longtemps prééminente par rapport aux autres acteurs. Les organisations syndicales sont notamment des acteurs politiques incontournables du développement du système de santé (Hassenteufel, 1997). Max Weber, dans « Le savant et le politique » (1919), distingue la posture du savant de celle de l'acteur politique : le savant produit des connaissances à partir de données scientifiquement reconnues et neutres, mais n'a pas à rentrer dans l'arène du politique : « *prendre une position politique pratique est une chose, analyser scientifiquement des structures politiques et des doctrines de partis en est une autre* ». Ce postulat se vérifie difficilement en matière de santé publique où l'expertise est à la confluence du politique. Comme le résume Didier Tabuteau (2010, p.33) : « *pas de problématique de santé publique sans expert, pas de politique de santé publique sans agence d'expertise* ».

Le système de santé français est ainsi marqué par la singularité des professionnels de santé qui bénéficient par leur statut d'une légitimité notable au sein de la société : dans l'imaginaire français domine la figure du médecin libéral. Le caractère libéral des professions fait référence de manière historique à une filiation avec les arts libéraux, qui s'opposent aux métiers manuels, en raison de leurs caractéristiques intellectuelles que l'on retrouve dans les professions libérales comme les médecins, les avocats ou encore les architectes. La notion de profession regroupe quant à elle des

personnes qui détiennent une expertise technique mais aussi une déontologie, une morale de pratique (Dubar, Tripier et Broussard, 2015). En ce sens, les professions de santé libérales revêtent une symbolique forte, en exerçant un métier qui implique un engagement personnel, des valeurs humanistes et morales, qui contrastent avec les logiques traditionnelles de marché ou bureaucratiques et d'administration, c'est cette spécificité attribuée aux médecins qui, selon Freidson (2001), constitue une « *troisième logique* ».

Les dynamiques professionnelles libérales sont étroitement liées à l'Etat qui concède un espace d'autonomie à une profession médicale en autorisant son exercice tout en opérant une régulation de la dimension économique, à travers la maîtrise des dépenses de santé. La régulation des professions de santé est une question très politique : les médecins s'organisent pour défendre leur autonomie et s'efforcent de contrecarrer les initiatives tendant à encadrer leurs pratiques. L'expertise et la crédibilité scientifique des médecins leur a permis d'asseoir le pouvoir social de la profession médicale et sa légitimité. Celle-ci se traduit notamment par un « autocontrôle » : les règles de l'exercice professionnel sont élaborées par les médecins eux-mêmes, les sanctions sont prises et exercées entre pairs, mais, surtout, c'est sur le fondement de la défense de l'intérêt général qu'ils appuient leurs revendications auprès des pouvoirs publics (Hassenteufel, 1997). En témoignent les débats contemporains concernant les déserts médicaux ou encore la généralisation du tiers payant.

La défense de l'identité libérale des professionnels de santé et du monopole d'exercice de ces derniers s'inscrit toutefois dans une relation très paradoxale de dépendance aux pouvoirs publics. Les sociologues de la deuxième école de Chicago (Hughes, Becker et Friedson) se sont interrogés sur ce monopole d'exercice : les professions établies se caractérisent par un diplôme universitaire de « docteur » qui témoigne de l'expertise scientifique les autorisant à exercer une activité de soignant et dont les règles professionnelles sont établies entre pairs, renvoyant à cette notion de monopole. Cependant, ces auteurs ont montré que ce monopole n'est pas fondé par le diplôme. D'après eux, le monopole de l'expertise est inhérent à une concession de l'Etat, en contrepartie d'une mission publique et sociale, telle que celle confiée aux médecins de veiller à la bonne santé de la population. Ainsi, ce serait la reconnaissance de ces savoirs, opérée par l'État, qui va ainsi conférer à la profession médicale sa légitimité. La création de l'ordre des médecins en 1940 va également dans ce sens : les normes professionnelles sont édictées dans un cadre de coproduction avec les pouvoirs publics, la production normative concernant les professionnels de santé libéraux est déléguée à l'instance. Les médecins, en tant que groupe professionnel organisé, sont ainsi devenus partie-prenante de la

fabrique des règles d'exercice professionnel et de la préparation des codes de déontologie (Hassenteufel, 1997).

1.1.2 Petite histoire du syndicalisme médical

En France, le syndicalisme médical a joué un rôle prépondérant dans l'organisation et la régulation des soins ambulatoires. Il a pris son essor quelques années avant la Seconde Guerre Mondiale, s'appuyant sur des réflexes corporatistes, face aux institutions de protection sociale. Il s'agissait alors d'organiser la défense des intérêts moraux de la médecine libérale, en particulier sur le principe de l'entente directe sur les tarifs (Bras, 2008). La conception syndicale de la régulation est alors celle d'une maîtrise médicalisée des dépenses, qui impose une participation effective des professions de santé au copilotage du système avec les tutelles. L'engagement des professionnels de santé libéraux dans une activité syndicale permet ainsi aux médecins d'exercer une influence sur les pouvoirs publics. Cependant, le syndicalisme médical est marqué par une fragmentation et une concurrence interne (Hassenteufel, Pierru, 2003).

Parmi les cinq syndicats médicaux qualifiés de représentatifs, plusieurs syndicats ont été fondés en opposition à la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF), le syndicat historique, né en 1928 de la réunification de l'Union des Syndicats Médicaux Français (USMF) et de la Fédération Nationale des Syndicats de Médecins de France (FNSMF). C'est le cas de spécialistes vigoureusement opposés au principe du conventionnement, qui ont fait scission avec la CSMF pour créer en 1961 l'Union Syndicale des Médecins de France qui deviendra en 1967 la Fédération des Médecins de France (FMF) ; tout comme le Syndicat des Médecins Libéraux (SML) créé en 1981 autour d'une vive défense des valeurs libérales. En outre, on doit relever l'existence de syndicats qui s'attachent plus particulièrement à la représentation d'un segment de la profession, comme MG France (1986) représentant les médecins généralistes, ou LE BLOC représentant les médecins spécialistes libéraux des plateaux techniques lourds (créé en 2010 et regroupant l'Association des Anesthésiologistes Libéraux (AAL), le Syndicat National des Gynécologues et Obstétriciens de France (SYNGOF) et l'Union des Chirurgiens de France (UCDF)).

Cette fragmentation du paysage syndical en médecine libérale⁶ et l'opposition ferme des médecins en raison de la défense de l'identité libérale rendent difficile les négociations conventionnelles, devant aboutir à un accord collectif avec les caisses d'assurance maladie (Hassenteufel, Palier, 2005).

⁶ Annexe 1 « schématisation du paysage des syndicats médicaux »

Cela s'est vérifié à plusieurs reprises, et notamment peu après le référendum sur le Traité de Maastricht⁷, lorsque René Teulade, ministre des Affaires Sociales, a décidé de relancer les discussions entamées en 1989 avec les caisses de Sécurité Sociale et les syndicats médicaux pour aboutir à une loi sur la maîtrise des dépenses de santé. Cependant, les négociations conventionnelles autour d'un accord seront longues et ardues en raison de tensions internes à la CSMF (Le Dr Jacques Beaupère, président de la CSMF, sera d'ailleurs désavoué par son bureau pour avoir signé l'accord sans consulter ses instances. Il sera contraint à la démission en octobre 1992) et un rejet catégorique de l'accord par le SML et la FMF.

L'autre point de discorde concerne l'instauration d'unions professionnelles à double collèges, une idée soufflée en 1990 par la CSMF qui promouvait l'idée d'associations professionnelles départementales « *chargées de mettre en œuvre une politique de maîtrise des dépenses prises en charge par la profession elle-même* ». L'idée est rejetée de prime abord par la FMF, ainsi que par le bureau de la CSMF qui n'accepte pas le principe du double collège généralistes et spécialistes (Hassenteufel, 1997, p.284). MG France, tenant à la reconnaissance du rôle « pivot » conféré au médecin généraliste, se positionne alors en faveur de l'instauration du double collège dans ces unions professionnelles.

Une entente est finalement trouvée le 14 octobre 1992. La convention est signée en octobre 1993 et marque le départ d'une « *maîtrise médicalisée dans le secteur ambulatoire* » (Hassenteufel, 1997, p. 306) et surtout, instaure les Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML).

1.2 L'instauration progressive des unions professionnelles

1.2.1 Des URML...

C'est la loi du 4 janvier 1993 dite « loi Teulade », relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie qui a prévu la création dans chaque région d'une union des médecins ayant une activité libérale. Ces organisations régionales de droit privé, tirent leur autonomie financière des cotisations des médecins libéraux eux-mêmes. L'assemblée générale est élue au suffrage universel à un tour sur des listes syndicales. Le modèle des URML est inspiré du modèle allemand des « unions de médecins de caisse » (Hassenteufel, 1997).

Aux termes de la loi Teulade, les URML sont tenues de participer aux actions suivantes :

⁷ Le Traité de Maastricht (septembre 1992) oblige les Etats membres de l'UE à une maîtrise accrue des finances publiques dont la maîtrise du déficit et la dette cumulés de l'ensemble des administrations publiques (État, Sécurité sociale, collectivités territoriales)

- *« L'analyse de l'étude du fonctionnement du système de santé, de l'exercice libéral de la médecine, de l'épidémiologie ainsi que l'évaluation des besoins médicaux ;*
- *L'organisation et la régulation du système de santé ;*
- *La prévention et les actions de santé publique ;*
- *La coordination avec les autres professionnels de santé ;*
- *L'information et la formation des médecins et des usagers. »*

Le décret Veil du 14 décembre 1993 viendra préciser que les unions régionales des médecins *«participent aux actions engagées notamment par l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale. En outre, elles assument les missions qui leur sont confiées par la ou les conventions nationales, ainsi que celles qui leur sont confiées par les organisations syndicales représentatives de médecins »*. Également, plus qu'une participation, les unions *« peuvent prendre les initiatives qu'elles jugent utiles dans les domaines suivants :*

- *Les analyses et les études relatives au fonctionnement du système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie et à l'évaluation des besoins médicaux ;*
- *La coordination avec les autres professionnels de santé ;*
- *L'information et la formation des médecins et des usagers. »*

Avec les Ordonnances Juppé d'avril 1996, la région continue à s'imposer comme territoire de référence de la politique de santé, faisant suite à la loi hospitalière de 1970, la création des Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) par la loi du 22 avril 1977, ou encore la loi du 31 juillet 1991 qui crée les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) et les Comités Régionaux d'Organisation Sanitaire et Sociale (CROS). La mise en place de ces derniers a d'ailleurs été confiée aux Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), nouvellement créées par ces ordonnances. Cette réforme de 1996 vient renforcer le dispositif régional de santé, mais conserve le traditionnel cloisonnement entre le secteur hospitalier et celui des soins ambulatoires, qui reste rattaché aux Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM). Dès lors, même si les URML sont les interlocuteurs des médecins libéraux auprès des ARH et des DRASS, un lien plus particulier entre les URCAM et les URML a été souhaité par le législateur : l'Ordonnance du 25 avril 1996 précise en effet que l'URCAM *« mène avec les unions des médecins exerçant à titre libéral toutes les études utiles à la mise en œuvre de ses attributions, notamment en matière d'évaluation des besoins médicaux, d'évaluation des comportements et des pratiques professionnelles et d'organisation et de régulation du système de santé »*.

1.2.2 ...Aux URPS

Puis, la loi du 21 juillet 2009 portant « *réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires* » dite « HPST » est venue renforcer ce système régional intégré de la santé par la création des Agences Régionales Santé (ARS) en 2010 qui se substituent aux ARH et reprennent les missions des services sanitaires des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et des URCAM. Les organisations régionales sont au cœur de cette nouvelle loi. Cette territorialisation du système de santé témoigne de la volonté d'une gestion de l'offre de soins plus optimale, qui soit au plus près du terrain.

La loi HPST étend le modèle des URML, seulement cantonnées aux médecins, à toutes les professions de santé en le faisant évoluer pour aboutir à une représentation complète de la santé libérale à l'échelle régionale : Les Unions Régionales des Professionnels de Santé Libéraux (URPS). Par cette déclinaison, nous pouvons supposer que les seize années d'activité des URML ont été jugées positives par les tutelles.

Chaque région est désormais composée de dix URPS constituées sous la forme associative. Cinq URPS (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers) possèdent un organe délibérant élu pour cinq ans au moyen de listes syndicales, les cinq autres (biologistes, sages-femmes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes) sont dotées d'une assemblée générale dont les membres sont désignés par les syndicats représentatifs. Au niveau national, le résultat des élections des URPS détermine l'audience des organisations représentatives et leur poids dans les négociations conventionnelles qui régissent les relations des professionnels de santé avec l'assurance maladie.

Financièrement indépendantes, le budget de chaque URPS est alimenté par la contribution des professionnels concernés : il s'agit d'une cotisation forfaitaire annuelle et obligatoire prélevée par l'Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF). Le total des fonds prélevés est viré à l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS). Les sommes redistribuées se répartissent, d'une part, entre un montant forfaitaire (40%) et, d'autre part, un montant proratisé en fonction du nombre de professionnels de la région (60%). Cette répartition permet de ne pas défavoriser les petites régions. Les unions peuvent également recevoir des subventions ou différents concours financiers, sous réserve que leur indépendance n'en soit pas remise en cause.

L'URPS des Médecins Libéraux, association loi 1901, élit un bureau lors de son assemblée générale suivant les élections qui comprend un président et deux vice-présidents, un trésorier et un

trésorier adjoint, un secrétaire et deux secrétaires adjoints. Quatre des membres du bureau sont issus du collège réunissant les médecins généralistes, trois sont issus du collège des médecins spécialistes et un du collège réunissant les chirurgiens, les anesthésistes et les obstétriciens. Une équipe technique salariée⁸ vient généralement en appui des élus de l'Union pour mener à bien les missions qui lui incombent.

D'après le Décret du 2 juin 2010 qui met en œuvre les Unions Régionales des Professionnels de Santé, elles contribuent à l'organisation de l'offre de santé régionale et participent notamment : « *A la préparation et à la mise en œuvre du projet régional de santé ; A l'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins, en vue notamment de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins ; A l'organisation de l'exercice professionnel, notamment en ce qui concerne la permanence des soins, la continuité des soins et les nouveaux modes d'exercice ; A des actions dans le domaine des soins, de la prévention, de la veille sanitaire, de la gestion des crises sanitaires, de la promotion de la santé et de l'éducation thérapeutique ; A la mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les réseaux de santé, les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé, ou des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins mentionnés à l'article L. 4135-4 ; Au déploiement et à l'utilisation des systèmes de communication et d'information partagés ; A la mise en œuvre du développement professionnel continu.* »

Bien que les attributions des URML et des URPS restent sensiblement les mêmes, voir identiques concernant leur fonctionnement, nous pouvons toutefois noter quelques différences entre les deux entités. Concernant la durée du mandat si les anciennes URML disposaient d'un mandat de six ans, la loi HPST fixe aux URPS un mandat de cinq ans, quant au bureau, il est désormais composé de deux vice-présidents et deux secrétaires généraux adjoints, contre un vice-président et un secrétaire général pour les URML. Aussi, les chirurgiens, les anesthésistes et les obstétriciens sont désormais représentés au sein d'un collège « plateaux techniques », à côté des deux sections historiques : le « collège des généralistes » et le « collège des spécialistes »

Les modifications les plus substantielles concernent les missions attribuées aux URPS. Les textes précisent que les URPS « *contribuent à l'organisation de l'offre de santé régionale* », là où les URML contribuaient « *de manière réglementaire à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins* ». L'« *information et la formation des médecins et des usagers* » est retirée au profit du « *développement professionnel continu* » et enfin la mention « *Analyse relative [...], à l'exercice libéral,* » est simplement retirée des missions.

⁸ Pour l'URPS Médecins Libéraux de Bretagne, elle est constituée d'une directrice, de deux chargés de missions, d'une secrétaire administrative et d'une secrétaire comptable

Mais surtout, l'Union participe désormais à l'élaboration du « *projet régional de santé* » et du « *schéma régional d'organisation des soins* » tout comme à la « *mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens [...] ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins* », quand bien même certains médecins craignent l'opposabilité de ce SROS qui selon eux pourrait constituer une entrave à la liberté d'installation⁹.

Dans ce mouvement de régionalisation, les URPS deviennent alors des interlocuteurs des pouvoirs publics dans la régionalisation des politiques de santé : comment se définit cette organisation et quelles est sa position et ses missions au sein système de santé ?

2. L'URPS acteur du système de santé

L'URPS interroge par sa forme organisationnelle hybride (2.1). Elle trouve pourtant sa place dans le paysage de la santé, notamment aux côtés de l'ARS et des autres organisations et institutions, mais également par la réalisation de ses missions propres en tant qu'acteur dans le système d'action régional de la santé publique (2.2).

2.1 Union, région et professionnels libéraux : une organisation inédite

2.1.1 L'URPS, une organisation *ad hoc* ?

L'URPS est régie par la Loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association, à ce titre, il s'agit d'une « *convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun d'une façon permanente leurs connaissances ou leurs activités dans un but autre que de partager des bénéfices* ». Trois éléments caractérisent une association : l'accord contractuel entre ses membres, la permanence (qui distingue l'association de la simple réunion), la poursuite d'un but désintéressé autre que de partager des bénéfices (ce qui différencie l'association de la société). Cependant une association est avant tout l'expression juridique d'un groupe social, qui lui donne un statut et donc une reconnaissance.

Ici, nous allons nous interroger sur la forme organisationnelle de l'URPS afin de comprendre le cadre d'action publique dans lequel elle évolue. La notion d'action publique est ici entendue selon la définition donnée par Vincent Dubois (2009), soit « *l'ensemble des relations, des pratiques et des représentations qui concourent à la production politiquement légitimée de modes de régulation des rapports sociaux* ».

⁹ « La représentation régionale des libéraux passe un cap », *Le Quotidien du Médecin*, 10 septembre 2010

L'URPS a été créée par le législateur pour être l'interlocuteur des professions de santé libérales qui la financent par un impôt (ce financement de type obligatoire assure une stabilité financière certaine à l'organisation). Elle est une structure de représentation professionnelle et de défense de l'intérêt libéral, pilotée par la coalition syndicale majoritaire élue à la suite d'élections professionnelles. Ainsi, elle n'est ni un syndicat ni une association professionnelle *stricto sensu* ; c'est une structure hybride et atypique, qui la rend difficilement assimilable à d'autres organisations.

Pourtant composée d'élus issus de syndicats différents, l'URPS n'est pas un syndicat, ni une fédération de syndicats quand bien même le résultat aux élections de l'URPS détermine le poids de chaque syndicat¹⁰ dans le cadre des négociations conventionnelles au niveau national. D'ailleurs, les syndicats en tant qu' « associations volontaires, formées par plusieurs personnes pour la défense d'un ou plusieurs intérêts communs » (Andolfatto, Labbé, 2011) supposent une adhésion libre et facultative, ce qui ne se vérifie pas pour notre objet d'étude.

En dépit de sa fonction tribunicienne, de son organisation en groupes de travail aux réunions périodiques, l'URPS n'a pas, contrairement à un *think tank*, vocation à produire des idées, des recommandations stratégiques, visant à influencer sur le cours de la vie sociale et politique. C'est néanmoins une *agora*, où les médecins peuvent donner écho aux préoccupations de la profession quant aux conditions d'exercice libéral, tel un parlement de la profession.

La structure de l'URPS telle que nous l'avons décrite suggère également une ressemblance avec les chambres consulaires, comme la chambre de métiers et de l'artisanat ou la chambre de commerce et d'industrie. L'assemblée générale de ces chambres est constituée d'élus désignés à travers des élections professionnelles. Elles sont chargées de veiller aux intérêts des entreprises artisanales, commerciales et industrielles qu'elles représentent, et surtout, la cotisation est obligatoire : Les personnes en activité commerciale et/ou artisanale doivent s'acquitter de cette taxe pour les frais de chambre. Cependant, les chambres consulaires sont des établissements publics, ce qui constitue une différence fondamentale avec les URPS.

On peut cependant les assimiler aux « corps intermédiaires » décrits par Émile Durkheim dans sa théorie de la cohésion sociale selon qui « une nation ne peut se maintenir que si, entre l'État et les particuliers, s'intercale toute une série de groupes secondaires qui soient assez proches des individus pour les attirer fortement dans leur sphère d'action et les entraîner ainsi dans le torrent de

¹⁰ La loi du 20 août 2008 a instauré une représentativité ascendante fondée principalement sur des mesures d'audience. L'article L2121-1 du code du travail prévoit que la représentativité des organisations syndicales est déterminée d'après 7 critères cumulatifs : le respect des valeurs républicaines, l'indépendance, la transparence financière, l'ancienneté (2ans minimum), l'audience, l'influence, les effectifs d'adhérents et les cotisations.

la vie sociale. Nous venons de montrer comment les groupes professionnels sont aptes à remplir ce rôle et que tout même les y destine » (1893). L'URPS s'intercale effectivement entre les pouvoirs publics et les professionnels de santé libéraux et traduit même un système original d'articulation du système administratif et de l'organisation professionnelle.

L'URPS dans sa constitution et ses fonctions semble, se rapprocher de la définition donnée des groupes d'intérêts. Grossman et Sarruger (2006) définissent le groupe d'intérêt comme une « *entité qui cherche à représenter les intérêts d'une section spécifique de la société dans l'espace public* ». En ce sens, l'URPS correspond à cette définition, puisqu'elle représente les professionnels de santé libéraux dans l'espace public, auprès de ses mandants, mais surtout auprès des pouvoirs publics.

Cependant, cette caractérisation est à nuancer, en raison de sa capacité d'influence nécessairement limitée : l'URPS est un groupe constitué, disposant de ressources financières et humaines, agissant pour un intérêt commun, celui de la représentation de la médecine libérale. Mais sa capacité d'influence sur les pouvoirs publics reste limitée sur les politiques régionales de santé et quasi nulle sur le pouvoir central. Comme nous le verrons un peu plus loin, les relations entre l'ARS et l'URPS s'inscrivent dans une relation partenariale imposée par la législation plutôt que par une influence propre.

Bien qu'imparfaite, cette caractérisation de l'URPS en tant que groupe d'intérêt semble cependant être la plus pertinente pour comprendre sa place dans le système de santé régional. Le rôle représentatif des intérêts des professionnels de santé libéraux est officiellement dévolu aux URPS. Une mission d'intérêt général lui est même reconnue, ce qui lui permet de légitimer son propre discours, hors de la sphère étatique (Rangeon, 1986). Où se situe donc cette organisation dans sa position de groupe d'intérêt ? C'est à ce niveau que la différenciation entre la notion de groupe d'intérêt et groupe de pression peut servir : le travail de représentation est fortement dissocié de celui de pression et d'influence qui demeure inconcevable à légitimer.

Il est en effet intéressant de faire appel aux écrits concernant la place des groupes d'intérêt dans l'analyse du processus décisionnel afin de comprendre le cadre de l'action collective dans lequel s'inscrit l'URPS. Ainsi, Theodor Lowi (1964) souligne l'existence de « *triangles de fer* » dans le processus décisionnel : groupes d'intérêt, agences de régulation et gouvernement constituent les bases de la gestion de différents secteurs, comme celui de la santé, où les intérêts économiques finissent généralement par capturer les politiques publiques. A la suite de Lowi, Philippe Schmitter et Gerhard Lehbruch (1979) développent une approche néo-corporatiste dans laquelle des groupes d'intérêt bénéficient d'une reconnaissance officielle, en échange de l'instauration d'une cogestion du

secteur. Cette approche peut être retenue pour les Unions : En donnant cette possibilité aux professions libérales de disposer d'une assise institutionnelle, les tutelles sont demandeuses d'une contribution externe pour légitimer leurs décisions, mais également pour acquérir de l'expertise dans cette perspective de cogestion du système régional de santé ambulatoire, ce qui se vérifie dans tous les travaux menés par l'URPS conjointement avec l'Agence Régionale Santé. La création des URPS évoque ainsi une volonté de représentation des médecins plus institutionnalisée et reconnue des pouvoirs publics, afin de participer à la politique régionale de santé.

Il est vrai que les groupes d'intérêts sont des instances qui, en dehors de lobbies régionalistes, agissent rarement à un niveau régional, ce qui ne permet pas d'y inclure complètement l'URPS Médecin Libéraux. Si l'on reprend la comparaison avec les chambres consulaires, au niveau national, les Chambres de Métiers et de l'Artisanat sont représentées par l'Assemblée Permanente des Chambres de Métiers et de l'Artisanat (APCMA) qui exerce bel et bien une activité de lobbying. Les Unions régionales de Médecins libéraux disposent également d'une représentation nationale : la Conférence Nationale des Unions Régionales des Professionnels de Santé Médecins Libéraux (CN URPS-ML).

Créée en 2011, la CN URPS-ML se donne un rôle de coordination technique. Ses objectifs sont de :

- Faciliter la coordination et la mutualisation des travaux des URPS-ML ;
- Promouvoir la circulation de l'information entre ces URPS-ML, notamment sur les priorités et contrats proposés régionalement par les ARS ;
- Maintenir la permanence du dialogue entre les URPS-ML.

La CN URPS-ML travaille sur sept thèmes, déclinés en commissions et groupes de travail: départements d'outre-mer, Permanence Des Soins en Ambulatoire (PDSA), répertoire opérationnel des ressources, chirurgie ambulatoire, messagerie sécurisée, télémédecine, territoires et plateformes territoriales d'appui (PTA). L'Assemblée générale de la CN a acté l'organisation annuelle d'un séminaire de restitution des travaux avec le ministère de la santé. Le premier a eu lieu le 28 juin 2017 et portait sur les liens entre les syndicats et les Unions, afin d'évoquer la PDSA, la démarche qualité, les PTA, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), l'accès aux données de santé et le zonage.

La CN URPS-ML a succédé à la Conférence Nationale des Président (CNP) des URML, au sein de laquelle le syndicat CSMF a été accusé d'avoir eu un comportement qualifié d'hégémonique¹¹.

La CN URPS annonce sur son site qu'elle « a un rôle de coordination technique, et en aucun cas un rôle politique ». S'il est vrai que la CN a été proactive sur l'organisation des soins, avec notamment la production de la « grille de progression »¹², force est de constater que depuis 2016 l'organisation devient progressivement un organe d'influence. Les groupes de travail ne produisent presque plus d'outils comme ils l'ont fait par le passé, se cantonnant à publier quelques communiqués de presse (cinq en 2017 et un seul en 2018) soit strictement informatifs (renouvellement du bureau de la CN), soit revendicatifs (« *Consultations avancées : la CN URPS-ML dénonce un recours abusif au dispositif* » « *Numéro 116 117 : les médecins demandent l'application de la loi !* »). Les relations entre la CN URPS et pouvoirs publics semblent plus fonctionner selon une logique de confrontation systématique.

En ce sens, la CN URPS-ML peut apparaître comme un « groupe d'intérêt » ou un « lobby ». Les groupes d'intérêt entendent être les vecteurs de la société civile auprès des institutions politiques. Ils se donnent pour objectif, à partir d'un intérêt particulier, de contribuer à la construction de l'intérêt général, en contradiction avec le rôle qu'ils se donnent publiquement.

On peut également relever que le précédent nom de la CN, « Conférence Nationale des Présidents », n'est pas sans rappeler celui de la Conférence des Présidents d'Université (CPU), association loi 1901 fondée en 2007 qui réunit les présidents des universités et les dirigeants de certaines grandes écoles françaises. Cependant, cette instance affiche clairement une activité de lobbying, comme en témoigne son inscription comme représentant d'intérêts auprès de l'Assemblée Nationale et de la Commission Européenne. En outre, la CPU bénéficie d'une audience et d'une visibilité, dont ne jouit pas la CN URPS ML, largement méconnue dans l'opinion.

Il convient également de rappeler qu'en France les activités de lobbying sont très mal vues : l'opinion publique et politique, fidèles à une tradition rousseauiste et étatiste, perçoivent les groupes de pression et groupes d'intérêts comme des entraves à l'intérêt général. S'ajoute à cela, dans les relations entre les médecins et l'Etat, une préférence pour la culture de l'affrontement plutôt que pour la concertation qui handicape les velléités de négociation (Tabuteau, 2010).

¹¹ « L'avenir de la conférence des présidents d'URML Évolution ou révolution ? », *Le Quotidien du Médecin*, 3 décembre 2006

¹² Cette grille s'adresse aux professionnels de santé libéraux pratiquant un exercice coordonné et permet une autoévaluation propice à l'optimisation de leur organisation

Ces deux éléments concourent au fait que la CN URPS ne s'affiche pas – et ne s'assume sans doute pas – comme groupe d'intérêt, alors qu'elle pourrait faire entendre sa voix sur les politiques nationales de santé, surtout dans le contexte d'érosion du « pouvoir médical », décrit par Patrick Hassenteufel en 1999.

En définitive, l'URPS est une organisation complexe, hybride et originale. Cette indéfinition de son identité peut expliquer les difficultés qu'elle a à se positionner parmi les autres acteurs du système de santé en tant que « *corps intermédiaire* » visant à stabiliser les relations historiquement compliquées entre l'Etat et la profession médicale.

2.1.2 Une identité libérale en conflit avec une logique fédératrice ?

Les acteurs intervenant dans la régulation du système de santé sont nombreux : Etat, caisses d'assurance maladie, professionnels de santé, associations d'usagers, syndicats, mutuelles, industries pharmaceutiques... Cette multitude d'acteurs complique la régulation du système de santé, particulièrement sur le volet ambulatoire, d'autant que des divergences peuvent exister au sein même de ces différentes entités. Les URPS se retrouvent ainsi face à d'autres structures homologues détentrices, elles aussi, de la capacité à éclairer et à accompagner les décisions politiques.

Le législateur, par la création des URPS, a fait le pari audacieux d'opérer d'en haut une structuration, afin d'avoir des interlocuteurs représentatifs des professionnels de santé libéraux au niveau régional. Cela entraîne une régulation conjointe (Reynaud, 2003), entendue comme une « *régulation qui est le résultat de plusieurs légitimités* » avec des règles et des intérêts qui sont partagés et discutés, par la rencontre d'une « *régulation de contrôle* », celle de l'Etat, et la « *régulation autonome* », celle des professionnels de santé (Reynaud 1999). Un travail conjoint s'opère à travers une mise en accord sur les règles et notamment sur le rôle des médecins dans la mise en œuvre des politiques de santé publique.

Les Unions sont des organisations conçues pour responsabiliser et crédibiliser le corps médical comme un des acteurs de la régulation du système de santé, qui lui donne les moyens matériels et humains de cette concertation. L'organisation professionnelle repose alors sur un travail d'étude et d'analyse du système de santé qui ne soit pas une simple imitation de ce que font les autres acteurs de la régulation. Les URPS contribuent dès lors à enrichir les réflexions sur l'organisation du système de santé : améliorer la médecine se traduit par un accroissement de la compétence individuelle de chaque médecin, mais également par le fait de donner du sens à l'exercice de la médecine de manière globale dans un environnement social en perpétuelle évolution.

En s'engageant dans une dynamique de mobilisation des professionnels libéraux, les Unions sont confrontées aux résistances fortes d'un monde professionnel très réglementé, disposant d'une fonction sociale identifiée et d'un monopole d'exercice.

Ainsi, le processus de légitimation d'un organisme comme l'URPS pose de nombreuses questions dans l'environnement institutionnel français : la construction de l'identité sociale professionnelle des médecins libéraux n'est liée en rien à l'existence de l'Union.

Autrement dit, entre les syndicats professionnels négociant dans un cadre conventionnel les évolutions des pratiques et leurs honoraires, l'ordre des médecins délivrant les autorisations d'exercice, l'université, lieu de formation initiale et reconnaissant la qualification professionnelle, les sociétés savantes qui produisent et diffusent le savoir scientifique via des référentiels de pratiques, la place est étroite pour un organisme revendiquant une position professionnelle, surtout quand son assemblée générale est constituée d'élus syndiqués. Cependant, le plus gros défi vient aujourd'hui de la fracture qui existe entre les médecins engagés et ceux indifférents à un fonctionnement collaboratif de la profession, alors même que l'URPS est faite pour tous les médecins libéraux.

En outre, le caractère obligatoire de la cotisation vient brouiller l'image de l'URPS : Elle ne permet aucunement de refléter le soutien et l'attachement des médecins à une organisation censée les représenter. D'ailleurs, aux dernières élections en 2015, le taux de participation national était de 39,92% (42,38% pour les médecins généralistes, 43,49% pour le collège des spécialités de bloc et 34,95% pour les autres spécialistes), en net retrait par rapport aux précédentes élections (44,6% en 2010, 46% en 2006, de 52,7 % en 2000 et de 59% en 1994) (Tabuteau, 2010).

De plus, les derniers scrutins ont conduit à une instabilité de l'organe de décision. Les alternances répétées n'ont pas contribué à une action cohérente dans la durée. En effet, les orientations politiques pouvant différer selon la mandature en cours et les syndicats majoritaires en place, ce qui est notamment le cas pour l'URPS Médecins Libéraux de Bretagne¹³.

L'URPS, créée en partie pour atténuer le jeu de la surenchère syndicale est finalement assez instable concernant la représentation syndicale dans ses mandatures. L'ancien bureau était dominé par la CSMF. Ce syndicat est totalement absent de l'actuel bureau. Pour autant, en tant qu'instrument d'action publique, l'URPS, aux mains des médecins vient contrer l'historique rapport de force entre l'Etat et professions libérales en nouant des liens étroits avec les tutelles en

¹³ Annexe 2 « Résultats aux élections URML/URPS de l'URPS MLB »

s'inscrivant dans le mouvement de régionalisation en œuvre depuis les années 1970 dans le secteur sanitaire et social (Schweyer, 1998).

2.2 Un système de santé qui s'organise en région : missions externes et internes de l'URPS

2.2.1 Des relations étroites avec les institutions

Au fil des réformes, la région est apparue comme le territoire le plus pertinent pour développer une politique de santé de proximité et valoriser la responsabilité des acteurs. Les URPS se positionnent comme outils d'expertise par la promotion d'une démarche qualité de la médecine ambulatoire. Elles ont été conçues comme un partenaire actif de la régionalisation, aux côtés des ARS, qui leur permettent d'être à la fois interlocuteurs des pouvoirs publics acteurs du système de santé.

L'objectif premier de l'ARS est de décloisonner et de territorialiser les politiques de santé afin de mieux les adapter aux besoins en région et de poursuivre la lutte contre les inégalités territoriales de santé. Le champ d'intervention des ARS est relativement large allant des questions de santé publique comme la prévention, la promotion, la veille et la sécurité sanitaire jusqu'à l'organisation de l'offre de soins impliquant les professionnels de santé, les établissements de santé ainsi que les structures médico-sociales.

Comme prévu dans les missions confiées par la loi HPST, les URPS participent à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre ainsi qu'aux travaux d'élaboration des schémas régionaux d'organisation des soins. L'URPS travaille également avec l'ARS Bretagne dans le cadre de tous les appels à projets ou partenariats :

- le projet Personne Âgée et Fragilités (PAF) qui est issu du groupe de travail « pathologies du vieillissement » piloté par l'ARS ;
- les questions relatives à la télémédecine et aux systèmes d'information, par la réponse à l'appel à projet « télémédecine » en 2017 lancé par l'Agence ;
- l'opération « Moi(s) sans tabac » auprès des étudiants en médecine, où l'ARS a apporté son soutien financier ;
- les négociations du cahier des charges de l'organisation de la permanence des soins ambulatoires ;
- le groupe de travail sur le zonage en médecine générale afin de prévenir la fragilité des territoires en termes de démographie médicale.

L'URPS est ainsi l'interlocuteur privilégié de l'ARS dans le renforcement de l'organisation et de l'offre de santé dans la région et dans la valorisation de la spécificité des professions libérales de santé. En effet, le président de l'URPS, une fois élu, par son poids politique, et sa maîtrise technique de son domaine d'activité (en sa qualité de médecin), entretient des contacts privilégiés avec l'ARS mais aussi avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et pourrait probablement être en position d'influencer les décisions administratives.

C'est d'ailleurs à l'initiative du président de l'URPS qu'ont été instaurées des rencontres biennuelles avec le directeur général de l'ARS Bretagne, permettant de rappeler et de discuter des différents projets engageant l'Union et l'Agence et d'évoquer les réflexions en cours sur les politiques de santé de manière plus générale. Ces rencontres témoignent ainsi des liens étroits existant entre les deux organisations. L'ARS présente d'ailleurs l'URPS dans son rapport d'activité 2017 comme « partenaire » en lui consacrant une page dans la partie dévolue à l'offre ambulatoire.

Toutefois, les ARS incarnent l'Etat dans les politiques de santé à l'échelon régional en saisissant les prérogatives jusqu'alors nationales concernant l'organisation de la médecine de ville. A ce titre, les agences entendent garder la maîtrise des politiques régionales de santé et exercer une forme de tutelle sur les acteurs non étatiques du système de santé à l'échelle régionale. L'URPS est tenue statutairement d'adresser chaque année ses comptes ainsi que son bilan d'activité au directeur général de l'ARS¹⁴. De même, concernant les travaux menés conjointement l'ARS semble vouloir garder la main sur les réalisations de l'URPS aboutissant à des négociations entre les deux parties¹⁵.

Après avoir abordé les missions qui incombent à l'Union et ses relations avec ses partenaires, il est nécessaire de regarder de plus près l'organisation interne de l'URPS MLB dans les thématiques qu'elle a décidé d'approfondir.

2.2.2 Missions spécifiques de l'URPS Médecins Libéraux de Bretagne

Il convient ici de s'intéresser aux missions spécifiques de l'URPS Médecins Libéraux de Bretagne. Celle-ci, au regard des missions confiées par la loi, a choisi d'organiser son fonctionnement autour de quatre grandes thématiques : représentation, accompagnement, formation et valorisation de l'exercice coordonné :

¹⁴ Décret n° 2017-886 du 9 mai 2017 modifiant les dispositions relatives aux unions régionales des professionnels de santé

¹⁵ Se référer au 3. « Itinéraire d'un document, l'Essentiel de la CPTS »

- La représentation des 6000 médecins libéraux bretons : L'URPS MLB représente les médecins libéraux bretons dans les diverses instances régionales et locales (ARS, CRSA, CODAMUPS, CSOS et groupes de travail initiés par les collectivités territoriales) ainsi qu'auprès de la CPAM en vue par exemple, du Dossier Médical Partagé, ou encore dans les cellules de veilles sanitaire concernant le médicament ou la vaccination ;
- L'accompagnement et le soutien à l'organisation des professionnels de santé : structuration de l'offre de soins sur le territoire, avec l'émergence des nouveaux modes d'exercices tels que les Équipes de Soins Primaires (ESP), les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) ou les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), mais également dans les projets innovants relatifs à la télémédecine et aux systèmes d'information partagés ;
- La formation et à l'évolution des pratiques professionnelles : accompagnement des thèses en médecine, participation aux projets de recherche, à la formation des coordinateurs d'équipes de soins primaires, portage des Groupes Qualité créés dans le but d'harmoniser et de faire évoluer les pratiques professionnelles.
- La valorisation et le développement de l'exercice coordonné : appui à la formation de groupes d'exercices coordonnés, déploiement de projets ville-hôpital, projets communs avec les autres URPS au sein du COPIL inter-URPS.

Ces thématiques permettent l'émergence de projets, de discussions grâce à la répartition des 60 élus de l'Union dans les six commissions suivantes qui mettent en œuvre les décisions prises par l'assemblée générale et le bureau : santé des médecins, permanence des soins, systèmes d'information, communication , exercice libéral, commission des thèses

C'est notamment à travers ces commissions que l'Union mène ses projets et activités. Dès lors, son portefeuille d'activité est assez large pour couvrir toutes les facettes de l'exercice médical libéral.

PARTIE 2. LA MÉDECINE LIBÉRALE EN ACTION : LES ACTIVITÉS DE L'URPS MÉDECINS LIBÉRAUX DE BRETAGNE

1. L'URPS comme acteur régional, un fort investissement en communication

La communication c'est l'action de communiquer, de transmettre et d'informer (Joly, 2009). Les organisations qui travaillent à la réalisation d'un objectif commun ont toutes besoin de communiquer.

Avant toute chose, il est nécessaire d'opérer une distinction entre « communication interne » et « communication externe ». La première vise à faciliter la communication à l'intérieur de l'organisation à des fins de mobilisation de ses membres et de développement de leur sentiment d'appartenance à l'entité. La seconde vise les partenaires extérieurs et les groupes cibles de l'organisation, pour faire connaître l'association et mettre en valeur ses « services ».

La communication publique est définie par Martial Pasquier comme « *l'ensemble des activités d'institutions et d'organisations publiques visant à transmettre et échanger des informations dans le but principal de présenter et d'expliquer des décisions et les actions publiques, d'en promouvoir la légitimité, de défendre des valeurs reconnues et d'aider au maintien du lien social* » (2017, p.35). Utilisée pour des mesures incitatives (comme les campagnes de vaccination) ou mêmes répressives (interdiction de la conduite en étant alcoolisé), la communication est un instrument de politique publique utilisé par toutes les organisations intervenant dans le domaine de la santé publique.

Au sein de l'URPS une commission est dédiée à la communication. Elle prend en charge le travail de liaison avec les partenaires de l'Union, les médias et tous les médecins ayant une activité libérale en Bretagne. Cette organisation vise à rendre lisible l'action et les missions de l'Union pour favoriser « *une meilleure articulation avec les demandes concernant l'organisation de la vie professionnelle qui émane des médecins libéraux de la région Bretagne* ». C'est en ce sens que la commission communication a décidé d'attribuer au rapport d'activité 2017 une place prépondérante dans ses actions de communication externe, par sa diffusion à tous les médecins libéraux de Bretagne (1.1). Ainsi, ce document vient pleinement s'intégrer dans la stratégie de communication de l'Union, tout comme l'envoi de la newsletter mensuelle (2.2).

1.1 Le Rapport d'activité 2017 : d'une obligation légale à un outil stratégique de communication

Conformément au décret du 9 mai 2017 portant modification à l'article R4031-10 du Code de la santé publique, les URPS se trouvent dans l'obligation de réaliser un rapport d'activité à destination du directeur général de l'ARS : « *L'assemblée adopte un rapport sur l'activité annuelle de l'union avant le 31 mars de l'année suivante, transmis au directeur général de l'agence régionale de santé pour publication sur son site internet* ». Ce rapport annuel à destination du DG ARS s'ajoute au budget, aux comptes annuels et au rapport de la commission de contrôle budgétaire.

Prenant acte de cette nouvelle réglementation, l'URPS MLB a décidé de réaliser un rapport d'activité à communiquer à l'Agence, qui serait également un outil de communication afin de faire valoir son activité à la fois auprès de ses partenaires, des institutions, mais surtout auprès de ses mandants.

1.1.1 L'élaboration du document : de l'inventaire des activités à la mise en forme

Un rapport d'activité est un document écrit qui synthétise l'ensemble des activités réalisées par l'organisation pendant l'année passée et éventuellement ses orientations futures. Dans le cas de l'URPS MLB, le rapport d'activité 2017¹⁶ est un rapport dit « moral » ; le bilan financier et budgétaire est transmis, à part, au directeur général de l'ARS et présenté en assemblée générale, il n'est donc pas intégré dans le rapport et n'a pas l'obligation légale d'y figurer.

La réalisation d'un rapport d'activité permet de réexaminer les projets achevés, ceux qui ont occasionné des difficultés, ceux qui ont continué ou ont évolué et surtout de mettre en avant les projets phares. Cependant, la réalisation d'un tel document est chronophage. Ce retour sur l'année écoulée constitue une rupture dans le quotidien de la structure puisqu'il s'ajoute aux activités courantes et aux projets en cours. En 2018, la réalisation du rapport d'activité 2017 de l'URPS MLB a duré plus d'un mois. Les tâches opérationnelles ont été réparties et réalisées par l'équipe technique composée de deux chargés de missions et de deux stagiaires.

La production écrite comprenait deux étapes : la collecte des données concernant l'année 2017 et un travail de synthèse et d'harmonisation de ce matériau. Il a alors été nécessaire d'étudier les activités passées, qui, pour la majorité, étaient mentionnées au moins une fois sur le site internet de l'URPS MLB à travers une « brève » ou une « actualité » et toutes les données disponibles sur le

¹⁶ Annexe 3 « Le rapport d'activité 2017 de l'URPS MLB »

serveur partagé interne. La réalisation du rapport a ainsi nécessité une compilation d'informations sur les projets, les évènements et les réalisations menés par l'institution dans l'année précédente.

Il a été décidé que le document serait un répertoire des actions et projets menés selon les différentes rubriques du site internet de l'Union, régulièrement alimentées. Le contenu du sommaire a été validé par la commission communication et l'équipe technique comme suit :

- Edito du Président
- La santé en Bretagne : chiffres clés 2017
- Faits marquants 2017
- Organisation territoriale
- Groupes d'exercice coordonné
- E-santé
- Santé publique
- Démarche qualité
- Permanence des soins ambulatoires
- Santé des médecins
- Formation et recherche
- Représentation
- Logo des Partenaires

Concernant l'harmonisation des données, les décisions et choix rédactionnels ont été facilités quatre par le fait que le comité de rédaction de l'URPS était assez restreint (quatre personnes). De plus, l'URPS étant une organisation disposant d'une équipe technique réduite, les deux chargés de missions rédacteurs bénéficiaient d'une connaissance détaillée de toutes les activités et décisions prises pendant l'année écoulée.

La bonne synchronisation des rédacteurs et le suivi de l'avancée de l'écriture est essentiel. Afin que le document soit harmonieux et homogène dans son contenu, une trame d'écriture a alors été définie pour chaque thématique, comprenant :

- Un descriptif / objectifs
- Les outils / L'action
- Un ou des chiffres clés
- Idée d'image ou graphique
- Les perspectives 2018

La rédaction s'est répartie au sein de l'équipe technique : chacun devait approfondir et rédiger la synthèse de différentes thématiques. Cette écriture a nécessité une appropriation de toutes les thématiques traitées par l'Union. De même, des choix ont dû être opérés quant aux données diffusées, leur degré de précision et surtout leur analyse et leur interprétation, de manière à ce que l'ensemble soit intelligible et agréable à lire.

Une fois ce travail achevé, il a fallu mettre en page le document brut. A cet égard, la commission communication avait acté le principe d'une mise en page « ludique » pour ne pas tomber dans l'austérité qui prévaut souvent dans la présentation de ce type de document.

Le rapport d'activité 2017 a été imaginé selon la charte graphique qui suit, élaborée sur notre initiative, aux couleurs du logo de l'URPS MLB. La charte graphique est un document de référence qui permet d'affirmer la reconnaissance de la structure et sa reconnaissance à travers toutes ses représentations matérielles.

CHARTRE GRAPHIQUE DU RAPPORT D'ACTIVITE 2017 DE L'URPS MLB

COULEURS

Une gamme de cinq couleurs d'intensité assez vives. Elles forment l'identité de l'URPS MLB en faisant références aux couleurs présentes sur le site internet et sur le logo de l'association.

Ces teintes peuvent être utilisées en pourcentages pour jouer sur l'opacité.



TYPOGRAPHIE

La police « Calibri » est utilisée. Cette typographie est très lisible et disponible en plusieurs graisses.

1234567890
abcdefghijklmnopqrstuvwxy
ABCDEFGHIJKLMNPOQRSTUVWXYZ

1234567890
abcdefghijklmnopqrstuvwxy
ABCDEFGHIJKLMNPOQRSTUVWXYZ

1234567890
abcdefghijklmnopqrstuvwxy
ABCDEFGHIJKLMNPOQRSTUVWXYZ

1234567890
abcdefghijklmnopqrstuvwxy
ABCDEFGHIJKLMNPOQRSTUVWXYZ

1234567890
abcdefghijklmnopqrstuvwxy
ABCDEFGHIJKLMNPOQRSTUVWXYZ

1234567890
abcdefghijklmnopqrstuvwxy
ABCDEFGHIJKLMNPOQRSTUVWXYZ

ILLUSTRATIONS

Elles ont été réalisées pour certaines sur le logiciel *Adobe Photoshop*® CC par assemblage, modification et recolorisation de différents éléments disponibles en Creative Commons ou libre de droit.

Certaines sont des créations entièrement originales réalisées sous *Adobe Photoshop*® avec l'aide d'une tablette graphique.

Concernant les photos, elles ont été prises par l'URPS lors des différents évènements



Figure : chartre graphique du rapport d'activité 2017 de l'URPS MLB

La mise en page a été réalisée grâce aux logiciels de la suite Adobe : *Photoshop*® CC et *InDesign*®CC. Adobe InDesign® permet de réaliser de la mise en page de manière graphique et n'est donc pas un logiciel classique de contenu et traitement de texte comme le sont Microsoft Office® ou Open Office®. Plébiscité par les agences de communication ou de publicité, ce logiciel permet un contrôle dynamique de la typographie, de la mise en condition du texte, de la génération de modèle de documents ou encore des styles d'objets et de leurs importations.

Procéder à une mise en colonne du texte, largement utilisé dans les journaux et magazines, s'est imposé, notamment pour une question esthétique. En effet, la quantité de texte pour chaque double-page étant assez longue, la création de colonnes de texte permet de réduire la longueur des lignes et d'augmenter le confort de lecture.

Sur le plan graphique, chaque thématique bénéficie d'une double page avec pour chaque titre, les couleurs et pictogrammes déjà utilisés sur le site internet dans une bulle en pointe, référence au slogan de l'Union (« *La médecine libérale en pointe* »). Concernant les illustrations, elles ont toutes été réalisées avec le logiciel Adobe Photoshop® CC et avec l'aide d'une tablette graphique. Largement connu comme logiciel éditeur de photos et outil incontournable des infographistes, Adobe Photoshop® CC permet de réaliser des photomontages élaborés et de dessiner numériquement. Ce logiciel propose de travailler les images grâce à des « calques », qui permettent d'empiler les dessins pour leur donner forme. Photoshop est un logiciel d'édition d'image bitmap, c'est-à-dire que chaque document est composé de pixels assemblés, qui peuvent être supprimés, ajoutés, colorisés, jusqu'à obtenir la formation de l'image souhaitée. La tablette graphique est utilisée en remplacement de la souris pour plus de précision. Elle se branche sur l'ordinateur via le connecteur USB et est composée d'une surface tactile avec un crayon numérique ou « stylet », sensible à la pression exercée qui va donner de l'épaisseur et de la fluidité au trait. Notre maîtrise de ces différents outils a permis de donner au rapport d'activité la forme voulue par la commission communication. En effet, les logiciels de la suite Adobe sont des logiciels complexes pour ceux qui ne les ont jamais abordés. Disposant d'une multitude d'outils et offrant d'innombrables possibilités techniques en termes de graphisme, le temps d'appropriation pour parvenir à une maîtrise – non exhaustive - est assez long, surtout quand l'apprentissage se fait de manière autodidacte.

La dernière étape a constitué en une relecture attentive du rapport d'activité, en plusieurs phases, mobilisant sept personnes, soit toute l'équipe technique à laquelle s'ajoute l'élue responsable de la commission communication.

Bien que la rédaction ait été répartie entre quatre personnes, c'est finalement le travail collectif de relecture qui a permis de donner une cohérence à l'ensemble, une vision globale et partagée. Néanmoins, si la collégialité allège la tâche de relecture, elle n'a pas empêchée la correction de certaines coquilles et fautes d'orthographe. La version du rapport d'activité, imprimé en 100 exemplaires, pour l'Assemblée Générale de l'URPS MLB d'avril 2018 a ainsi été revue dans une seconde phase de relecture dite « mot-à-mot », qui s'est opérée sur deux demies-journées, à deux personnes, dont l'élue responsable de la commission communication de l'URPS.

1.1.2 Conférer au document une dimension collective : la diffusion auprès de tous les médecins libéraux bretons

Le rapport réalisé a été validé le 19 avril 2018. L'assemblée générale a voté favorablement l'envoi du rapport 2017 à l'ensemble des médecins libéraux bretons par voie postale (46 pour, 1 contre et 5 abstentions).

Si le rapport d'activité est utile en interne, comme outil d'information voire d'aide au management au sein de l'organisation en dressant son fonctionnement et le bilan d'une année, son rôle externe est capital. L'Union appartient à un système dans lequel elle interagit avec de nombreux acteurs. La diffusion du rapport d'activité qui synthétise les actions et enjeux de l'Union contribue à l'information et à la sensibilisation de ses partenaires, comme un outil stratégique de communication au service des relations publiques de l'URPS (Terrien, 2005). Dans cette perspective et alors qu'il s'agit d'un document obligatoire destiné au directeur général de l'ARS afin de lui permettre d'apprécier la bonne réalisation des missions qui incombe à l'Union, le rapport d'activité, par la valorisation des projets menés, s'inscrit au cœur de la stratégie de communication de l'organisation.

Sous couvert d'exposer de manière objective les réalisations passées, la publication d'un rapport d'activité répond nécessairement à un besoin d'autojustification de l'organisation, une présentation de l'organisation sous son meilleur jour et en définitive un authentique document de promotion, à la fois « *positif rassurant, optimiste, [et] persuasif* » (Fayet et Commeignes, 1999)

L'Union a souhaité garder une mainmise complète sur la production du document. C'est la raison pour laquelle il a été décidé de ne pas faire appel à une agence de communication pour sa réalisation. Outre les économies réalisées (le recours à un prestataire extérieur pour la mise en forme d'un rapport d'activité est d'environ 3 000 euros hors taxes, hors achat d'images et illustrations, et

variant selon la taille du document) la réalisation en interne, le « *fait-maison* » témoigne d'un gage de transparence et d'authenticité auprès des mandants. En effet, pour une telle diffusion, la forme du document compte le plus souvent autant que le sens ou le contenu du message lui-même. Le visuel du document participe intégralement de l'identité de l'URPS MLB. La charte graphique qui rappelle le logo de la « *médecine libérale en pointe* » mais aussi le site internet participe à la mise en valeur de son contenu : l'identité du document s'intègre dans celle de l'Union. L'importance du support et donc de sa crédibilité auprès de ses destinataires cibles joue un rôle déterminant dans la réception du message.

En l'occurrence, le public auquel s'adresse l'URPS est ciblé et relativement homogène, le discours peut donc être plus précis et plus technique que dans un document destiné au grand public. Cela constitue une indéniable facilité : Il est toujours beaucoup plus aisé de communiquer en direction d'un segment d'opinion identifié et homogène contrairement à un groupe très large où les intérêts et les attentes sont diversifiés voire contradictoires.

Par ailleurs, suite à la décision de l'Assemblée Générale d'avril 2018 d'adresser le rapport à tous les médecins libéraux, la couverture du rapport d'activité initialement présentée a été modifiée : Cette révision vise à capter d'emblée l'attention des destinataires et ainsi diminuer le nombre de praticiens qui jettent le rapport avant même de l'avoir ouvert.

Figure : les deux versions de la couverture du rapport d'activité



Le nouveau titre donné au rapport d'activité n'est pas anodin (« *Nos actions pour... Votre territoire, votre santé, votre exercice* »). Il y a ici l'idée de légitimer le rôle de l'URPS derrière le nouveau titre donné au rapport d'activité. Le discours utilisé par l'Union à destination de ses mandants affiche clairement sa capacité d'action sur le secteur. L'URPS doit justifier son rôle en s'affirmant à travers un « vous » et un « nous » récurrent en rappelant sa légitimité à agir et en utilisant la rhétorique de l'intérêt général des médecins libéraux et de la dynamique d'une organisation novatrice et audacieuse. Une volonté d'affirmation nécessaire pour une organisation méconnue voire contestée par une partie de la profession.

Dès lors, le rapport d'activité 2017 de l'URPS est un objet singulier, entre inventaire de toutes les actions menées, document officiel, support de présentation et brochure promotionnelle, attrayante et flatteuse.

Néanmoins, il ne faut pas perdre de vue que le rapport d'activité ne constitue qu'un élément parmi tant d'autres dans l'édification de la stratégie de communication de l'Union, qui reste un tout à appréhender de manière globale, fondée sur la diffusion d'information et la recherche de la (re)connaissance de l'organisation.

1.2 Valoriser et faire connaître l'URPS MLB

On devine une stratégie de communication à travers notamment deux exemples récurrents, en plus du rapport d'activité étudié plus haut.

1.2.1 Garder le contact : la newsletter mensuelle

Le choix des supports de communication est primordial pour une organisation. Communiquer est un travail exigeant nécessitant l'élaboration d'une stratégie qui lie à la fois le message et le support de diffusion permettant de véhiculer le message souhaité auprès des destinataires ciblés.

La newsletter est le moyen privilégié par l'URPS pour rentrer en contact avec ses mandants et les informer sur ses actions et actualités. Lancée en septembre 2017 et envoyée par courriel tous les derniers jeudi du mois, les lecteurs y trouvent des informations sur les actions et projets menés dans les territoires de santé, des événements à ne pas manquer et des informations utiles pour l'exercice professionnel. La newsletter, en paraissant régulièrement, apporte une vraie valeur ajoutée en matière d'information, ce qui en fait un support de communication assez efficace sur le long terme.

Pour que le visuel de la newsletter soit en adéquation avec l'identité de l'Union, il a été réalisé par l'agence de communication qui a réalisé le logo et le site internet. A l'instar d'un véritable périodique, la newsletter comporte plusieurs rubriques régulières, qui donnent accès des articles publiés sur le site internet :

- « A la pointe » qui met en avant le sujet le plus important du mois aux yeux de l'Union ;
- « Actualités » qui informent sur les différentes actualités de la santé en Bretagne, mais également de manière plus large ;
- « Actualité URPS » qui informe sur les actualités de l'URPS médecins mais également des autres URPS ;
- « Outils du quotidien » qui propose des outils pratiques aux professionnels de santé, des guides, des documents... ;
- « Agenda de la Santé » qui informe sur les dates et lieux des différents événements à venir ;
- « Etudes et publications » qui propose généralement la diffusion des questionnaires de thèses en médecine générale qui peuvent être accompagnées par l'URPS ;
- « Annonce » qui fait état d'une offre de formation par exemple, ou d'un appel à candidature.

Le sommaire de la newsletter est validé par la commission communication sur proposition de l'équipe technique, en fonction des différentes actualités et des sollicitations reçues par courriel au secrétariat de l'Union. Une fois les articles rédigés et illustrés, la newsletter est mise en page et envoyée grâce à un outil en ligne d'e-mailing, disponible sur abonnement.

Le public de la newsletter est ciblé : médecins libéraux généralistes et spécialistes de Bretagne, institutionnels, partenaires et nouveaux abonnés qui ont souscrit à la newsletter depuis le site internet. Les articles contenus sont variés afin de répondre au mieux aux attentes de ce public hétérogène.

Cependant, l'URPS MLB ne dispose pas d'une liste exhaustive de courriels de ses mandants. C'est une difficulté de taille et significative en ce qu'elle traduit la méconnaissance de l'organisation par les professionnels qu'elle est censée représenter. Collecter les adresses e-mails est compliqué, d'autant plus que le recensement des adresses e-mails est rendu aujourd'hui plus difficile par le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) qui implique d'obtenir l'accord préalable

d'une personne pour exploiter ses données. Il convient de souligner que pour les syndicats médicaux, le problème est identique : en dehors de ses adhérents, les adresses e-mails des autres médecins sont presque inaccessibles. A l'heure actuelle, l'URPS possède environ 2 000 adresses mail de médecins libéraux (généralistes et spécialistes) sur les 6 000 exerçants en Bretagne, ce qui constitue un handicap certain dans l'envoi de documents numériques. C'est la raison pour laquelle, chaque année, une campagne de communication par voie postale est réalisée en dépit de son coût important¹⁷.

Étudier ce vecteur de communication implique de s'intéresser aux flux : taux d'ouvertures de la newsletter et taux de clics sur les articles (la newsletter utilise la méthode du « push-pull », elle contient des liens qui renvoient vers des textes complets en ligne). Ici, nous pouvons proposer de retracer ces données à travers des cinq dernières newsletters de l'URPS MLB, que nous avons écrit¹⁸ et illustrées de février à juillet¹⁹, d'après le sommaire donné pour chaque mois :

¹⁷ Concernant le rapport d'activité 2017, les impressions et routage aux 6000 médecins libéraux de Bretagne a avoisiné les 12 000€

¹⁸ Annexe 4 « Newsletters de février à juillet 2018 »

¹⁹ Les données sont issues de l'outil d'e-mailing « Mailchimp » utilisé pour l'envoi des newsletters de l'Union

Newsletter Mois et titre « à la pointe »	Taux d'ouverture général par liste de diffusion		Taux de clic sur au moins un article	Les 3 articles les plus cliqués en pourcentage (par rapport au taux de clic)	
Février : « les médecins spécialistes libéraux et l'accueil des internes »	Médecins généralistes	30,5%	6,8%	Formation : « le plongeur en médecine générale »	29%
				Actualité : « consultation en psychothérapie sur prescription médicale dans le Morbihan »	21%
				A la pointe : « les médecins spécialistes libéraux et l'accueil des internes »	21%
	Médecins spécialistes	25,1%	4,8%	A la pointe : « les médecins spécialistes libéraux et l'accueil des internes »	48%
				Actualité : « consultation en psychothérapie sur prescription médicale dans le Morbihan »	27%
				Formation : « le plongeur en médecine générale »	7%
	Institutions	29,9%	12,1%	Actu URPS : « Le point sur PAERPA »	33%
				A la pointe : « les médecins spécialistes libéraux et l'accueil des internes »	19%
				Formation : « le plongeur en médecine générale »	14%
Mars : « Journée inter-URPS à Quimper »	Médecins généralistes	28,7%	3,8%	Outil : « Le mémento des outils numériques »	26%
				Actu URPS : « Journée inter-URPS : numériques et santé, libérons les échanges »	17%
				Evènement : « Projection débat le maire, le druide et le toubib »	17%
	Médecins spécialistes	23,7%	2,6%	Actu URPS : « Journée inter-URPS : numériques et santé, libérons les échanges »	34%
				Outil : « Le mémento des outils numériques »	28%
				Questionnaire : quelle est votre couverture santé et prévoyance?	10%
	Institutions	34,9%	15,1%	Actu URPS : « Journée inter-URPS : numériques et santé, libérons les échanges »	39%
				Actualité : « lancement de la formation PACTE soins primaires »	25%
				Outil : « Le mémento des outils numériques »	18%

Avril : « La BPCO à l'honneur »	Médecins généralistes	29,4 %	4,1%	Actualité : « RGPD et données de santé : ce qui va changer »	30%
				Actualité : « Reportage télévisé sur l'antibiorésistance »	23%
				A la pointe : « BPCO à l'honneur »	15%
	Médecins spécialistes	23,9%	2,6%	Actualité : « RGPD et données de santé : ce qui va changer »	48%
				Actualité : « Reportage télévisé sur l'antibiorésistance »	22%
				Actualité : « stratégie de transformation du système de santé : le chantier numérique en Bretagne »	11%
	Institutions	28,6%	8,6%	Actualité : « RGPD et données de santé : ce qui va changer »	44%
				Actualité : « stratégie de transformation du système de santé : le chantier numérique en Bretagne »	12%
				Actualité : « Reportage télévisé sur l'antibiorésistance »	12%
Mai : « Le rapport d'activité 2017 »	Médecins généralistes	29,8%	3,2%	Actu : « La vision de Mme Quéric sur l'article 51 de la LFSS »	24%
				A la pointe : « Le rapport d'activité 2017 »	16%
				Actualité : « Des nouvelles de GECO Lib' »	13%
	Médecins spécialistes	21,8%	2,2%	Actu : « La vision de Mme Quéric sur l'article 51 de la LFSS »	50%
				A la pointe : « Le rapport d'activité 2017 »	15%
				Actu URPS : « retour en vidéo sur la journée inter-URPS 2018 »	12%
	Institutions	30,1%	6,8%	Actu : « La vision de Mme Quéric sur l'article 51 de la LFSS »	38%
				A la pointe : « Le rapport d'activité 2017 »	31%
				Actu URPS : « retour en vidéo sur la journée inter-URPS 2018 »	23%
Juin : « Besoin d'un remplaçant cet été ? Accédez à RemplaBretagne ! »	Médecins généralistes	28,8 %	10%	Outil : «Affichage des tarifs dans les cabinets »	50%
				A la pointe : « Signature de la convention avec le site RemplaFrance »	46%
				Etude et publication : « Cours en ligne pour les médecins généralistes sur le traitement des dépressions »	2%
	Médecins spécialistes	23,8%	6,1%	Outil : «Affichage des tarifs dans les cabinets »	70%
				A la pointe : « Signature de la convention avec le site RemplaFrance »	21%
				Actualité : « Modalité de candidature à l'article 51 de la LFSS »	4%
	Institutions	27,6%	11,4%	Actualité URPS : «Télémédecine et mobilité : lancement du Challenge Mobilité »	16%
				Actualité : « Modalité de candidature à l'article 51 de la LFSS »	15%
				Actualité : « Deux nouvelles PTA en fonctionnement »	12%

Globalement, le taux d'ouverture des newsletters sur les cinq dernières publications est assez stable entre les listes de diffusions : pour les médecins généralistes, il varie de 28,7 % à 30,5 %, pour les médecins spécialistes il est un peu plus faible variant de 21,8 % à 25,1 %, enfin, pour les institutions si les taux d'ouvertures sont les plus importants, la variation l'est aussi allant de 27,6 % à 34,9 %. Ce taux d'ouverture montre un taux d'engagement des listes de diffusion très correct. En général, il est admis qu'une bonne moyenne de taux d'ouverture d'une newsletter se situe à environ 25 %²⁰.

Si l'on s'intéresse au taux de clics sur les articles qui témoignent de la pertinence du contenu, la newsletter, se situe également dans la moyenne, qui s'établit entre 4,2 % et 4,8 %. Le taux de clic sur les articles est globalement plus élevé sur la liste de diffusion institutionnelle, viennent ensuite les médecins généralistes et enfin les médecins spécialistes.

L'article le plus cliqué n'est presque jamais celui figurant « à la une ». En regardant de plus près les articles les plus consultés pour les médecins libéraux, il s'agit surtout des « outils du quotidien » comme le *memento des outils numériques*²¹ ou encore les *affiches sur l'obligation d'affichage des tarifs dans les cabinets médicaux*²². Il en ressort également que les articles les plus consultés sont en adéquation avec le segment cible. C'est particulièrement visible sur la newsletter du mois de février où les médecins spécialistes ont largement cliqué sur l'article les concernant (« *les médecins spécialistes libéraux et l'accueil des internes* ») et où les médecins généralistes ont fait de même (« *le plongeur en médecine générale* »). C'est également le cas pour les institutions qui ont des taux d'ouverture assez élevés sur certains articles qui sont délaissés par les médecins (« *Deux nouvelles PTA en fonctionnement* », « *stratégie de transformation du système de santé : le chantier numérique en Bretagne* », « *le point sur PAERPA* »).

Certains articles sont les plus ouverts pour les trois listes de diffusion (« *RGPD et données de santé : ce qui va changer* », « *La vision de Mme Quéric sur l'article 51 de la LFSS* ») ce qui témoigne de l'intérêt général pour ces thématiques relatives aux changements importants à venir dans le domaine de la santé publique.

Finalement, la newsletter est un outil de fidélisation qui s'inscrit sur le long terme : c'est une publication périodique et non une suite de courriels ponctuels. C'est pourquoi, au regard de l'analyse proposée, il semblerait qu'une préconisation puisse être faite, à savoir clarifier une politique éditoriale solide et trouver les sujets qui intéresseront les lecteurs.

²⁰ « Les statistiques de l'emailing : indicateurs clés et performances moyennes », [en ligne], <https://fr.sendinblue.com/blog/statistiques-email-marketing-indicateurs-cles-performances-moyennes/>

²¹ Annexe 5 « Le memento des outils numériques en Bretagne »

²² Annexe 6 « Affiches pour les nouveaux tarifs dans les cabinets médicaux »

1.2.2 Une identité qui se construit à travers une stratégie de communication

La question des objectifs de la communication est primordiale. Lewis (1898) a développé le modèle « AIDA » : une communication doit être visible et attirer l'attention (*attention*) elle doit susciter l'intérêt du destinataire (*interest*) afin de provoquer un désir (*desire*) de réaliser l'action souhaitée (*action*). Cependant, ce modèle s'applique plus à une communication à visée commerciale, qui suscite le désir d'acheter. Dans le cadre de l'URPS, ces objectifs doivent être adaptés à la nature de l'organisation.


Concernant l'Union, les objectifs de la communication externe visent principalement à la connaissance de la structure par la diffusion d'informations relatives au système de santé qu'elle fait l'effort de vulgariser et des projets qu'elle mène. Concernant les objectifs de communication interne, ils visent surtout à l'adhésion et à l'implication des élus de l'Union afin de susciter un sentiment d'appartenance.

A travers la communication, il y a une recherche de reconnaissance et de diffusion des actions d'une organisation pour notamment susciter des relations favorables et créer ainsi un lien privilégié avec les mandants. L'URPS construit son identité à travers sa stratégie de communication. A la lumière des éléments précités et étudiés, nous pouvons proposer une synthèse de la stratégie de communication, à la fois interne et externe, de l'URPS MLB ci-dessous :

COMMUNICATION EXTERNE			
<i>Objectifs</i>	<i>Canaux d'informations</i>	<i>Actions</i>	<i>Résultats attendus</i>
Faire connaître l'organisation et lui donner de la visibilité auprès des médecins libéraux	Site internet (articles numériques) et newsletter	Newsletter mensuelle envoyée aux médecins libéraux dont l'adresse mail est référencée par l'Union : articles sur les actualités et projets de l'Union, sur les événements santé, les actualités et informations utiles à l'exercice professionnel	Etablir une relation privilégiée avec ses mandants Reconnaissance de l'Union par les mandants qu'elle représente et susciter une adhésion une « proximité »
Affirmation de la position de l'Union dans le système de santé régional par le relais d'informations sur l'actualité des territoires de santé en Bretagne.	Campagne de communication postale	« L'URPS MLB c'est quoi ? » en 2017 Envoi des « vœux de l'Union » tous les ans en début d'année Le rapport annuel d'activité « <i>Nos actions pour votre territoire, votre santé, votre exercice</i> »	Visibilité large auprès de : tous les médecins libéraux en région, des institutionnels, et parfois même du grand public
Rôle « pédagogique » dans le décodage des informations sur la santé publique dans son aspect administratif (vulgarisation ou simplification des messages)	Réseaux sociaux	Présence sur quatre réseaux sociaux et publications régulières : Twitter, Facebook, LinkedIn et YouTube	Provoquer des sollicitations des médecins libéraux sur des projets qu'ils souhaitent mener, que l'Union pourrait accompagner
Diffuser et faire connaître les projets et thématiques dans lesquels l'Union est investie	Affiches et flyers	Réalisation d'affiches sur les projets menés par l'Union pour exposition aux Rencontres Annuelles de La Baule organisées par la CN URPS-ML ²³	Avoir une voix dans l'espace public concernant la médecine libérale en région
Mise en valeur des actions réalisées	Articles de presse	Ouest-France, Le Télégramme, le Quotidien du Médecin : sur les sujets de santé publique, particulièrement sur l'antibiorésistance.	Investir des lieux par l'utilisation de supports directs, destinés à être vus afin de provoquer la discussion et renforcer le message par les commentaires échangés
	Reportages télévisés	Reportage télévisé sur France 3 Bretagne mettant en valeur les missions de santé publique de l'Union, particulièrement sur le thème de l'antibiorésistance	

²³ Annexe 7 : « Les cinq affiches pour Les Rencontres de La Baule d'août 2018 »

La communication interne à l'URPS MLB est également à prendre en compte dans la stratégie globale de communication, d'autant plus que ses membres sont les premiers vecteurs de la communication de l'organisation, notamment dans la transmission d'informations :

COMMUNICATION INTERNE			
<i>Objectifs</i>	<i>Canal d'information</i>	<i>Action</i>	<i>Résultat attendu</i>
<p>Connaissance par les élus de la vie de l'organisation,</p> <p>Connaissance des actions menées et dans lesquelles ils peuvent s'investir</p> <p>Faciliter la communication transversale entre les élus des différents collèges (généralistes, spécialistes et de bloc)</p>	<p>Listes de diffusion pour tous les élus qui communiquent autour des sujets impliquant l'URPS</p> <p>Réseau Social interne (dit Réseau Social d'Entreprise (RSE)) possédant des espaces de publication, de conversation et de stockage de document</p> <p>Participation aux réunions des différentes commissions et collègues</p>	<p>Mise à disposition d'un RSE pour faciliter l'accès à tous les documents et renforcer les échanges.</p> <p>Cependant, le réseau est inanimé : tentative de relance du RSE dit « le Knock » qui est peu utilisé par les élus en le dotant d'un logo distinctif :</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: right; font-size: small;">24</p>	<p>Adhésion des élus, participation active à la vie de l'organisation,</p> <p>Fidélisation et sentiment d'appartenance à l'organisation, partage des valeurs et de la politique de l'Union</p> <p>Meilleure communication et transmission d'information entre les collègues, les élus de l'Union et l'équipe technique</p>

Selon Crozier et Friedberg, l'organisation est « un construit humain qui n'a pas de sens en dehors du rapport à ses membres » (1977, p. 50). Cette définition met alors l'accent sur les actes de communication qui donnent de la cohérence à l'organisation et qui définit ses actions.

Si la communication constitue une activité importante de l'URPS MLB et bénéficie, en conséquence, d'un budget important, elle ne reflète qu'une partie des activités de l'association. D'autres domaines d'activités font le quotidien de l'Union comme l'organisation territoriale de l'exercice libéral, mais également la télémédecine et les systèmes d'information, que nous allons aborder ci-après.

²⁴ Réalisation du logo : Laurianne DISCHLI

2. Accompagner le développement de la télémédecine et des Systèmes d'Information : l'investissement de l'URPS pour la coordination clinique de proximité grâce à un outil mobile

La télémédecine est une forme réglementée de pratique médicale. Elle est définie dans la Loi Hôpital Patients Santé et Territoires de 2009 (dite Loi HPST) et dans le Code de la Santé Publique comme « *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication* »²⁵. La télémédecine ne se substitue pas aux pratiques médicales mais est un complément de réponse aux enjeux d'accès aux soins. Elle s'inscrit dans un projet médical et nécessite des outils sécurisés, qui communiquent avec les logiciels métiers comme la messagerie sécurisée, une plateforme dédiée ou des applications mobiles de télé-expertise.

D'après la définition légale qui lui est donnée en France, la télémédecine recouvre cinq types d'actes²⁶:

- La téléconsultation (la consultation à distance d'un médecin) ;
- La télé-expertise (la sollicitation à distance de l'avis d'un autre médecin) ;
- La télésurveillance (la surveillance médicale et interprétation des données du suivi médical du patient à distance) ;
- La téléassistance (l'assistance à distance d'un médecin à un autre professionnel de santé pendant la réalisation d'un acte) ;
- La réponse apportée dans le cadre de la régulation médicale des appels au SAMU.

La télémédecine est ainsi prônée comme solution à l'amélioration la qualité de prise en charge des patients, à l'optimisation du temps de chaque professionnel et permettant de rompre l'isolement et pallier les difficultés induites par la démographie des professionnels de santé. En rendant plus accessible l'innovation dans les modes de prises en charge, le système de santé gagnerait ainsi en efficacité. Pratiques innovantes pour l'accès aux soins, les expérimentations en la matière se multiplient (2.1), mais finalement la télémédecine interroge : les projets ont souvent des difficultés à se pérenniser et parfois même à se concrétiser (2.2).

²⁵ Article L. 6316-1 du code de la santé publique issu de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires

²⁶ Dispositions du décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 codifiées à l'article R. 6316-1 du code de la santé publique

2.1 Faciliter la coordination clinique de proximité grâce à un outil mobile

C'est dans cette perspective de participation au déploiement de la médecine et des systèmes d'information que l'URPS MLB s'est saisie de la thématique à travers une commission « Système d'information ».

Par ailleurs l'Union entretient des liens privilégiés avec le Groupement de Coopération (GCS) e-Santé Bretagne (financée par l'ARS) dont le président de l'URPS MLB Bretagne est l'administrateur adjoint afin de développer conjointement une application mobile pour les professionnels de santé libéraux.

Cependant, le développement de cet outil a pris énormément de retard et la solution n'est pas à la hauteur des espérances dans sa phase de test ; de plus, le territoire de développement qui devait initialement couvrir toute la Bretagne a été circonscrit au seul département du Finistère conduisant l'URPS à initier un autre projet sur cette thématique.

2.1.1 Sterenn Mobilité : le choix de la convergence régionale

Beaucoup d'espoirs sont placés dans la télémédecine et dans les innovations technologiques pour relever les défis de prise en charge des nouvelles pathologies chroniques, du vieillissement et surtout faire face aux inégalités territoriales d'accès due notamment à la démographie médicale (Fernandez et al., 2015).

C'est ce qui a poussé l'URPS MLB à mener une réflexion sur une application mobile de télémédecine sécurisée, à disposition des professionnels de santé libéraux consistant en un outil simple, mobile, sécurisé, traçable, garantissant une prise en charge plus optimisée et facilitant la communication entre praticiens et autour du patient sur certaines thématiques déjà identifiées à travers un questionnaire réalisé en 2017 (prise en charge de douleur, prise en charge du patient sous Anti-Vitamines K, télé-dermatologie, maintien à domicile...).

Au printemps 2017, l'ARS a lancé un appel à projet Télémédecine. L'URPS MLB y a répondu au nom du Copil inter-URPS²⁷ en présentant un projet de déploiement d'une application mobile qui s'appuierait sur l'existant et profiterait des évolutions prévues de la plateforme dédiée à la télémédecine en Bretagne : « Sterenn ». Ce projet a été retenu par l'ARS mais il a toutefois été

²⁷ Le COPIL Inter-URPS rassemble les URPS Biologistes, Chirurgiens-Dentistes, Infirmiers, Masseurs-Kinésithérapeutes, Médecins, Orthophonistes, Orthoptistes, Pédicures-Podologues, Pharmaciens et Sages-Femmes de Bretagne autour du développement de l'exercice pluridisciplinaire et des pratiques coopératives. Cette concertation en vue d'apporter une réponse commune aux sollicitations des différents partenaires et de mettre en œuvre des projets innovants, s'est formalisée par la signature de la «Convention de partenariat inter-URPS» le 5 février 2013.

circonscrit au seul département du Finistère qui comprend trois équipes dont deux avec des projets communs sur les liens ville-hôpital. Un financement de 50 000 € a été attribué à l'Union pour la réalisation de ce projet. Pour l'appui technique dans la mise en œuvre de ce projet, l'équipe du pôle innovation et expertise du GCS e-Santé accompagne le projet depuis la mise en place du groupe de travail et coordonne le développement technique de la solution mobile. Le coût de la solution technique (développement et abonnement) est pris en charge par l'ARS pour le compte du GCS e-Santé Bretagne et n'entre donc pas en compte dans l'enveloppe financière globale.

L'application mobile comporte à la fois un volet de « téléexpertise » (concernant la dermatologie) et de « télécoordination ». La télécoordination, notion non reconnue comme activité de télémédecine²⁸, se définit avant tout par la nature du message échangé. Ce dernier ne pose ou ne répond pas obligatoirement à une question précise (comme cela peut être le cas en téléexpertise) : il n'y a pas de requis et de requérant comme en télémédecine mais des échanges quotidiens et des transmissions d'informations au sein de l'équipe de soins primaires. La mise en œuvre de la télécoordination s'opère grâce à une fonction de discussion instantanée et sécurisée, accessible depuis un smartphone.

2.1.2 Une application mobile qui se fait désirer

Le lancement de l'application mobile auprès des équipes pilotes, initialement prévu début mars 2018, a pris énormément de retard pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, la solution livrable n'était pas aboutie en raison de difficultés techniques de développement et d'un changement d'éditeur de la solution mobile. Le cahier des charges de l'application mobile a initialement été élaboré dès décembre 2017 avec le développeur « INOVELAN » en lien avec le COPIL inter-URPS et le GCS e-santé Bretagne. A la mi-février 2018, une vigilance est signalée par le GCS e-Santé quant à la tenue du calendrier prévisionnel par l'éditeur. Un autre éditeur est alors sollicité pour remplacer INOVELAN : « MAINCARE-COVALIA », également en charge de travailler à la seconde version de la plateforme régionale de télémédecine « STERENN 2 ». Le GCS e-Santé certifie que la meilleure solution est de choisir ce développeur qui semble avoir fait ses preuves dans d'autres régions, notamment en Bourgogne-Franche-Comté. Après audition de MAINCARE-COVALIA, l'ARS et le COPIL inter-URPS ont donné

²⁸ Dans le cadre de l'appel à candidature 2018 "Innovation et organisation" dans le cadre de l'article 51 de la LFSS, nous avons rédigé une lettre d'intention relative à la reconnaissance de la télécoordination, déposée le 31 juillet 2018 à l'ARS Bretagne. Voir annexe 8 « Lettre d'intention télécoordination »

leur accord. Le cahier des charges est transmis au nouveau développeur pour qu'il puisse travailler sur l'application mobile dont la livraison est alors prévue en avril 2018.

Le 22 mars 2018 a lieu la quatrième journée annuelle inter-URPS à Quimper. Ces journées, organisées par le COPIL inter-URPS sont l'occasion d'une rencontre entre les élus de toutes les URPS de Bretagne autour d'une thématique. Celle retenue en 2018 était « *le numérique en santé* ». Lors de cette journée, les différents services numériques disponibles pour les professionnels de santé en Bretagne ont été présentés²⁹. Cette rencontre a surtout été l'occasion d'introduire les maquettes de l'application mobile réalisées par MAINCARE-COVALIA. L'après-midi a été consacrée à des ateliers interprofessionnels pour définir les items à intégrer dans les formulaires qui serviront de base de demande de télé-expertise pour les professionnels de santé libéraux.

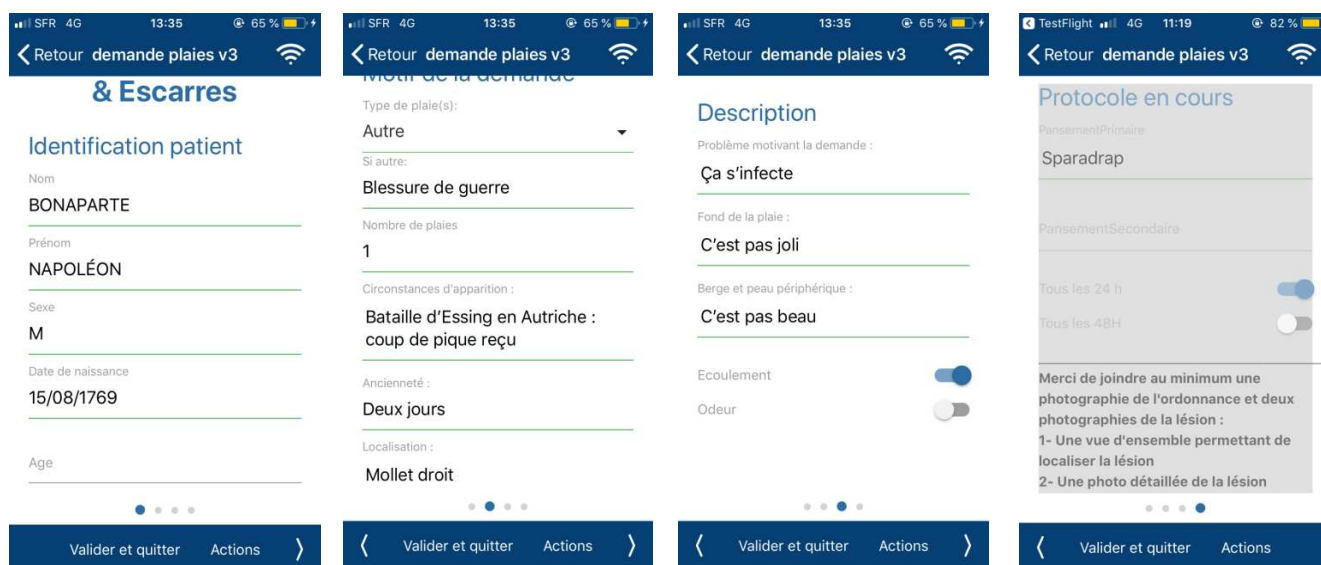
Initialement prévue début mars, puis fin avril, l'application est finalement rendue disponible en « bêta-test » le 5 juin en interne, entre trois personnes de l'URPS MLB (le président, une chargée de missions et nous-même) et le GCS e-Santé afin de tester l'application et de faire remonter les principaux dysfonctionnements.

Lors du test, de nombreuses difficultés techniques ont été recensées par l'URPS MLB permettant de conclure que l'application était encore inaboutie. Ainsi certaines spécificités étaient assez handicapantes pour une utilisation quotidienne chez des professionnels de santé libéraux : seuls les formulaires de télé-expertise étaient développés omettant la distinction entre requis (l'expert) et requérant (celui qui adresse la demande) pourtant fondamentale, les notifications sur smartphone ne pouvaient être désactivées et surtout, manquait un module de discussion instantanée, fonctionnalité essentielle qui occupait pourtant une place prépondérante dans le cahier des charges initial. Enfin, l'esthétique de l'application et son défaut d'intuitivité ne plaidait pas en sa faveur.

²⁹ Annexe 5 « Le memento des outils numériques en Bretagne »

Figure : captures d'écran d'une demande d'expertise concernant une plaie avec la version

« préprod » de Sterenn Mobilité :



L'URPS Médecins Libéraux n'a pas de contacts directs avec l'éditeur, c'est le GCS e-Santé, en tant que coordinateur technique du projet, qui se charge de cette relation. C'est ce dernier qui a transmis le constat de l'Union. Certains dysfonctionnements ont pu être corrigés tels que les erreurs de connexions et les problèmes d'affichages. Les autres évolutions sont « en cours de chiffrage » par l'éditeur (dixit le GCS e-Santé).

Bien que la version iOS³⁰ de l'application mobile ne soit pas encore disponible sur les stores suite à un problème technique, la réunion de lancement de l'application pour la partie télé-expertise, associant les médecins généralistes libéraux testeurs et les dermatologues du centre hospitalier est prévue le 4 juillet 2018. Ces professionnels utilisaient jusque-là des moyens non-sécurisés pour réaliser des demandes d'avis médicaux (WhatsApp, MMS). Ils étaient donc demandeurs d'une même application qui soit en conformité avec la réglementation sur la sécurité des données :

« Le cadre de la télémédecine change la donne, on passe d'un mode de bidouillage, c'est ce qu'on a mis en place autour de la dermato ici par exemple, c'était plus un service rendu... Or, le devoir c'est que pour l'utilisateur final, requis ou requérant, ce ne soit pas plus compliqué qu'un WhatsApp. Et c'est pas notre job en tant que soignant. Ça relève des modes d'organisation et des systèmes d'info ça. On veut un outil fonctionnel. Est-ce que l'outil par rapport à l'usage d'un SMS c'est aussi simple, avec la couche sécurisée en plus ? »³¹

³⁰ Système d'exploitation de la marque « Apple »

³¹ Professionnel de santé, extrait de la réunion de lancement du 4 juillet 2018

L'attente est forte, déjà reportée deux fois dans les deux derniers mois, le lancement de Sterenn Mobiltié qui devait se réaliser ce 4 juillet 2018 sera finalement retardé une fois de plus pour être reporté au 25 juillet en raison de deux dysfonctionnements pointés par le centre hospitalier :

1° L'impossibilité de générer un compte rendu de télé-expertise en PDF sur support mobile (tablette ou téléphone). Ce point n'est pas un frein réel au démarrage de la phase test mais doit être résolu pour faciliter l'envoi du compte-rendu de téléexpertise au médecin requérant sans passage par l'intervention sur poste fixe de la part du médecin ou du secrétariat médical.

2° L'archivage des comptes rendus de téléexpertise. À ce jour, il n'existe pas d'interface entre l'application Sterenn et le dossier patient informatisé à l'hôpital. Il est alors convenu en séance, que, pendant la phase test, les comptes rendus de téléexpertise seront conservés dans l'application Sterenn, le temps de trouver une solution permettant de sécuriser la conservation des avis rendus, d'autant que des évolutions sont à venir avec le dossier médical partagé et l'identification patient à partir de janvier 2019.

Une seconde réunion entre le GCS e-Sante en tant que support technique de la solution et la direction des systèmes d'informations est demandée afin de peaufiner le circuit organisationnel et lancer le démarrage de la phase test. L'impatience des professionnels de santé se fait sentir « *Quand est-ce qu'on commence ? Ça fait un an qu'on nous promet l'truc, on va attendre encore combien de temps ?* »³²

Finalement, L'application mobile « Sterenn Mobilité » est officiellement lancée en test le 25 juillet 2018 avec l'équipe ville-hôpital de Quimper pour le volet télé-expertise en dermatologie ainsi qu'avec une équipe libérale quimpéroise. La satisfaction n'est pas entière quant à l'application et à son périmètre de déploiement. C'est pourquoi, alors qu'engagé avec l'ARS et le GCS e-Santé, l'URPS a décidé de prendre les devants en contactant d'autres éditeurs de solutions mobiles en télémédecine afin de les proposer à des équipes de soins de proximité constituées.

2.1.3 Une initiative de l'URPS : le challenge mobilité Bretagne

De manière à ne pas négliger les autres territoires volontaires pour participer au projet initial d'application mobile, du fait du retard de Sterenn mobilité, l'URPS MLB a décidé de recenser les différentes solutions de mobilité en santé existantes pour les proposer aux équipes non financées par l'enveloppe ARS.

³² Professionnel de santé, extrait de la réunion de lancement du 4 juillet 2018


Les URPS estimant qu'il est important de développer la coordination des acteurs de santé en vue de l'amélioration de la qualité de soins pour les patients, souhaitent pouvoir se doter d'une application mobile de télé-expertise et de communication sécurisée qui pourrait être promue auprès des équipes accompagnées selon un label « *Testé et validé par votre URPS* ».


Le *Challenge mobilité Bretagne* est alors un projet proposant une « mise en concurrence » de différentes solutions mobiles par un « club utilisateur » représenté par les équipes-testeuses : chaque équipe identifiée va tester une des solutions durant une période donnée. C'est un projet Copil inter-URPS par son financement, mais il est porté de manière opérationnelle par l'URPS Médecin Libéraux.

Toutes les équipes qui auront testé une application seront invitées à une « Réunion du Club Utilisateur » qui se tiendra sur une journée à la fin de la période de test, à l'automne 2018. L'objectif de cette réunion sera de faire un retour d'expérience sur toutes les solutions testées, d'évoquer leurs avantages et inconvénients respectifs. A la suite de cette réunion, il sera décidé de retenir une ou deux solution(s) mobilité qui sera(ont) promue(s) par l'URPS en tant qu' « outil du quotidien » pour les professionnels de santé libéraux en Bretagne.

Les différents développeurs proposant chacun leur solution de mobilité (en adéquation avec le cahier des charges déposé lors de l'appel à projet de l'ARS Télémédecine 2017) sont : PandaLab, Miss (Apicem), Globule et Entr'Actes.

Les éditeurs de ces solutions mobiles ont été rencontrés par l'équipe de l'URPS et les applications ont pu être testées en interne dans un premier temps. Ensuite, les équipes de soins primaires ont été rencontrées afin d'évoquer leurs besoins en mobilité pour ensuite pouvoir leur attribuer une des applications mobiles testées, lors d'une réunion de lancement ultérieure, en présence de l'éditeur. Cependant, en raison d'un modèle économique par département, seules deux solutions mobiles ont été attribuées aux trois équipes rencontrées :

Equipe et département	Besoin exprimé	Solution mobile attribuée	Date de lancement
Equipe 1 (56)	<ul style="list-style-type: none"> - Échanger autour d'un patient - Messagerie instantanée - Projet commun : protocole AVK, souhait de le faire vivre - Relancer la 	 <p>PANDALAB permet la discussion instantanée autour d'un patient via la création d'une conversation à son nom, tel un dossier.</p> <p>Aussi, PANDALAB a pu développer un module AVK avec un formulaire contenant</p>	25 juin 2018

	dynamique au sein de l'équipe par des échanges	toutes les données nécessaires à la coordination entre professionnels autour de cette thématique	
Equipe 2 et Equipe 3 (35)	<ul style="list-style-type: none"> - Échanger autour d'un patient - A la manière d'un « carnet de liaison » - Souhaitent gérer les notifications par degré d'urgence - Souhaitent une plateforme disponible sur smartphone et ordinateur 	 <p>Globule permet de créer des dossiers patients pour une équipe de soins à la manière d'un carnet de liaison électronique, disposant d'un « journal » et d'espaces de stockage pour les documents essentiels.</p> <p>Une version « desktop » est disponible et les notifications sont entièrement personnalisables. Un journal interne permet aux professionnels de communiquer entre eux.</p>	<p>Equipe 2 : 6 juillet 2018</p> <p>Equipe 3 : 3 juillet 2018</p>

Afin de motiver les équipes à utiliser la solution qui leur est fournie, il a été décidé d'offrir un an de solution mobile au département de l'équipe de soins qui aura totalisé le plus d'usages sur sa solution mobile, ce qui participe au plan de communication du Challenge.

En effet, la communication est essentielle pour le bon fonctionnement du projet³³. Pour donner une identité à ce dernier, nous avons pris l'initiative de réaliser un visuel³⁴ afin de l'intégrer aux autres supports de communication. De plus, afin d'accompagner les équipes, nous avons réalisé et distribué un « Carnet du Challenge »³⁵. Il s'agit d'un petit livret format A5 qui contient les informations essentielles au bon déroulé du challenge. De plus, une « lettre d'information » numérique du challenge mobilité est envoyée au moment de son lancement, puis à la mi-juillet et à la mi-août : il s'agit de faire un point sur les usages, le nombre de flux échangés³⁶. Cette lettre d'information possède sa propre identité visuelle puisque son design a été conçu par nous³⁷, pour être amusante et stimuler les équipes.

Le Challenge a démarré cet été, les premiers retours auront donc lieu à l'automne. Par ailleurs, malgré ses cinq mois de retard, l'application Sterenn mobilité est en cours de test par quelques professionnels finistériens, de sorte que la première évaluation technique sera elle aussi remontée cet automne.

³³ Se référer à la partie « communication » au 1. de la partie 2.

³⁴ Annexe 9 « Visuel du Challenge Mobilité Bretagne »

³⁵ Annexe 10 « Le carnet du Challenge Mobilité Bretagne »

³⁶ Ces données sont communiquées par l'éditeur de la solution de télécommunication

³⁷ Annexe 11 « Visuel des lettres d'information du Challenge Mobilité Bretagne »

La télémédecine fait ainsi figure d'outil prometteur permettant à la fois de contribuer à une meilleure maîtrise des dépenses de santé, tout en améliorant l'accès à des soins de qualité et proposant des facilités de communication entre professionnels de santé. Cependant, vu les éléments précités, cette innovation délicate, assujettie aux aléas de la technologie, peut contribuer à son intégration difficile tant dans les pratiques médicales et soignantes que dans les organisations dont elle vient modifier le quotidien.

2.2 La télémédecine comme « technologie de l'espoir » et réponse aux défis de notre système de santé ?

La question de l'innovation est au cœur des politiques publiques de santé. Ainsi, la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 fixe des orientations fortes en affirmant que « *les promesses du numérique doivent être saisies par les professionnels de santé afin de développer l'accès à une médecine innovante et de qualité sur l'ensemble du territoire* » passant par une généralisation « *dans la pratique quotidienne de l'usage de la télémédecine, en premier lieu des téléconsultations et les téléexpertises et construire un cadre éthique de l'utilisation de la télémédecine afin qu'elle bénéficie à l'ensemble de la population* ».

Repris par le Schéma Régional de Santé 2017 de l'ARS Bretagne « *les organisations et coopérations territoriales ainsi que l'innovation en santé, notamment dans le champ de la télémédecine, sont des facteurs d'amélioration et de fluidité de l'offre dans notre région* ». Dans ce même document datant décembre 2017, l'ARS Bretagne insiste sur le développement du partage d'informations et de ses outils, des coopérations entre différents professionnels de santé pour la prise en charge d'une population d'un territoire, l'implantation et l'utilisation de messageries sécurisées, le recours à des outils collaboratifs ainsi que le développement des coopérations entre l'offre de soins de premier recours et l'offre de soins spécialisée.

Cependant, malgré un contexte technologique actuel favorable, force est de constater que les applications et services en télémédecine ont du mal à dépasser les stades expérimentaux, qui se sont multipliés à travers les appels à projets régionaux.

La question se pose alors de savoir pourquoi le secteur de la santé, particulièrement innovant, se montre si peu avancé dans l'usage d'une technologie permettant de répondre aux difficultés de gestion des systèmes de santé, des parcours de soins et de la coordination des professionnels. Quelles sont les conditions de réussite d'un projet en télémédecine ?

2.2.1 Entre des espérances fortes et une réalité complexe : la gestion de projet en télémédecine

Certains acteurs du milieu ambulatoire se sont emparés de la télémédecine pour améliorer la coordination autour du patient, comme l'URPS MLB dans son implication pour le développement de projets de télémédecine s'inscrivant dans la tendance nationale et régionale. Les nouveaux outils permettent une meilleure communication entre les professionnels de santé et évitent ainsi des risques d'hospitalisation, des retards de prise en charge, des événements indésirables et permettent de bénéficier d'une expertise de proximité. Dès lors, le développement de projets régionaux en la matière est une étape clé pour la généralisation de la télémédecine, puisqu'ils représentent la mise en œuvre des objectifs généraux de l'action publique.

L'environnement politique et institutionnel semble promouvoir le déploiement de la télémédecine comme « solution miracle » aux difficultés rencontrées par notre système de santé. Or, pour s'imposer, la télémédecine doit s'insérer au sein des organisations qui lui préexistent (Mathieu-Fritz, Gaglio, 2018). Il s'avère que la télémédecine vient, le plus souvent, bousculer les organisations dans leurs pratiques habituelles, ce qui peut engendrer des réticences et donc des difficultés dans sa mise en œuvre. Cela se vérifie particulièrement dans le développement de Sterenn Mobilité : certains éléments comme la génération et l'archivage des comptes rendus, des étapes clés dans la téléexpertise, n'avaient pas été soulevés entre le support technique et le centre hospitalier. En l'occurrence, les mécanismes de coordination ont été inefficaces entre les différents intervenants. On peut en conclure qu'une réunion de cadrage technique a manqué, entre la présentation du 30 janvier 2018 et le lancement du 4 juillet 2018, d'autant que peu de transferts d'informations par téléphone ou courriels ont eu lieu entre ces deux dates.

Aussi, le retard du déploiement de l'application peut s'expliquer par la multitude des acteurs impliqués dans le projet, qui ne sont pas tous en relation directe. En effet, l'URPS MLB est porteur du projet au nom du COPIL inter-URPS, le GCS e-Santé est le support technique en lien avec l'éditeur tandis que l'ARS est le financeur. Afin de rester dans le cadre régional de déploiement de la solution de télémédecine, le COPIL inter-URPS fût consulté mais le choix de l'éditeur appartenait au GCS e-Santé puisqu'il était également celui de la plateforme de télémédecine Sterenn. L'URPS MLB, chef de projet, n'étant pas l'interlocuteur du développeur, cela a posé quelques difficultés :

Tout d'abord, l'application devant permettre de répondre à la demande des professionnels libéraux émane d'un éditeur promouvant essentiellement des solutions de logiciels hospitaliers ; or, l'environnement libéral est fondamentalement différent du monde hospitalier et il semble que l'éditeur ne soupçonnait pas ces différences ; d'autre part, l'enveloppe prévue pour l'application

(25 000 €) ne correspond pas au budget que peuvent allouer certains établissements pour des systèmes d'informations hospitaliers (2 M€ par exemple pour le marché public passé par le CHU de Caen avec la société MAINCARE³⁸). L'application mobile ne représentait donc qu'un « petit marché » pour la société Maincare.

Deuxièmement, le GCS e-Santé est un support technique et ne comprend pas de professionnels de santé au sein de son « pôle innovation et expertise » en charge du projet. A *contrario*, l'URPS MLB est une organisation composée uniquement de médecins libéraux, hormis l'équipe technique. Nous pouvons alors émettre l'hypothèse que si l'URPS avait directement été en contact avec un éditeur pour participer au développement des fonctionnalités de l'application, certains éléments, essentiels pour des praticiens libéraux, n'auraient pas été oubliés. La négligence des mécanismes de coordination et des utilisateurs semble avoir handicapé le déploiement. On doit cependant relever que lors de la journée inter-URPS, il n'a pas été question de l'ergonomie générale de l'application ni de son design au sein des groupes de travail. Il est pourtant avéré que le design est primordial pour « donner envie » aux professionnels d'utiliser l'application³⁹. Une interface claire et intuitive (grâce à des pictogrammes par exemple) est de nature à séduire l'utilisateur et l'incite à prolonger l'expérience.

Ces « défauts » dans le pilotage et la gestion du projet Sterenn Mobilité à son démarrage sont symptomatiques des projets de télémédecine comme l'ont décrit Albert David, Fabienne Mindy et Jean-Claude Moïsson dans leur article sur les « *péripéties d'un réseau de télémédecine en l'absence d'une gestion de projet* » paru dans la Revue française des affaires sociales en 2003. La qualification technique des projets de télémédecine est ambiguë, car ni informatique, ni téléphonique, aux enjeux relativement faibles en termes économiques ou d'urgence par rapport à d'autres projets : « *Ce n'est pas la technologie qui constitue l'innovation majeure mais [...] la façon dont elle s'est organisée* » (David, Midy, Moïsson 2003).

Toutefois, ces difficultés dans la gestion de projet en télémédecine ne sont pas nouvelles pour l'URPS MLB. En effet, en 2014 a été initié un projet concernant la réalisation d'actes de téléexpertise via la plateforme Sterenn sur le territoire 8 (Pontivy-Loudéac) en partenariat avec des professionnels de ville (généralistes, spécialistes, infirmiers libéraux) et des médecins du Centre hospitalier du Centre Bretagne. Ce projet était issu d'un appel à projet de l'ARS en 2013

³⁸ Centrale des Marchés, « 14 suivi de logiciels intégrés au système d'information édités par la société maincare solutions avec les logiciels " systèmes " et abonnements intégrés à ces applications à Caen » [en ligne :] <https://centraledesmarches.com/marches-publics/Caen-Centre-Hospitalier-Universitaire-Caen-14-suivi-de-logiciels-integres-au-systeme-d-information-edites-par-la-societe-maincare-solutions-avec-les-logiciels-systemes-et-abonnements-integres-a-ces-applications-a-Caen/1349915>

³⁹ Voir 2. L'URPS comme acteur régional, un fort investissement en communication

pour « *accompagner l'émergence d'activités de télémédecine au service des résidents de structures médico-sociales et de la prise en charge des maladies chroniques* ». Or, malgré une tentative de relance en 2014, aucune demande n'a été effectuée et les professionnels se sont démobilisés, en dépit des 100 000 € alloués par l'ARS Bretagne au centre hospitalier. En parallèle, un autre projet de téléexpertise dermatologique en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) déposé au titre d'un appel à projet en 2013 n'a pas été retenu par l'ARS. Il a tout de même pu être mis en œuvre en 2014 et 2015 grâce à l'apport financier l'Association des Dermatologues de Bretagne Occidentale (ADBO) qui regroupe des dermatologues libéraux brestois. L'objectif de ce projet de téléexpertise était d'organiser un suivi dermatologique des résidents des EHPAD en s'appuyant sur l'outil technique GLOBULE développée par KI-LAB qui permet aux médecins intervenant en EHPAD d'envoyer aux dermatologues pour avis les photos des plaies des patients de façon confidentielle et sécurisée grâce à une application dédiée.

Nous avons pu comparer ces deux projets⁴⁰(Brest et Pontivy) et identifier les freins et leviers du développement d'un projet de *e-santé*, dont les résultats pourraient être profitables au projet « Sterenn Mobilité ». En l'état actuel des choses, il s'avère que le bilan du projet brestois est plutôt positif, même s'il est maintenant arrêté faute de financement de l'outil permettant la réalisation des actes téléexpertise. Les professionnels ont adopté GLOBULE, générant de nombreuses demandes de téléexpertise. *A contrario*, le projet pontivien n'a pas connu cet essor et ce pour plusieurs raisons :

1° Une gestion de projet déficiente. A cet égard, un médecin libéral intégré au projet en 2014 et lors de sa relance en 2016 déplore « *un fort amateurisme dans la gestion de ce projet, une incapacité des correspondants à être fixes et à gérer des projets. Ça ne faisait que changer* ». Il convient d'ajouter que le contexte territorial n'était à l'époque pas favorable à une coopération des acteurs. Un infirmier libéral le qualifie de « sensible » ajoutant que « *pile au moment du projet, tout le monde se regardait en chien de faïence : c'était à cause du contexte local et politique quoi. Alors un projet commun à ce moment, bon...* ».

2° Le projet était issu de la fusion entre deux candidatures déposées à l'ARS, celle de l'équipe libérale, et celle du centre hospitalier, obligeant ces acteurs à travailler ensemble à contrecœur.

3° Selon les professionnels « *l'outil informatique ne marchait pas* ». En effet, la plateforme régionale Sterenn essayait les plâtres de sa première version en 2014 et de sa transition vers une version plus opérationnelle ce qui la rendait peu fonctionnelle en l'état. Malgré une relance du

⁴⁰ Annexe 12 « Etude comparative de deux projets en télédermatologie »

projet en 2016 et la tenue de nouvelles formations à l'outil Sterenn, aucun acte de téléexpertise n'a été réalisé.

Lors de cette étude comparative, une relance a été tentée en juin 2018 auprès des acteurs, la direction du centre hospitalier s'est montrée favorable à une relance du projet d'autant que les 100 000 € n'avaient, semble-t-il pas été consommés. Cependant la mobilisation des acteurs libéraux reste compliquée. Du côté de l'URPS MLB, qui a la co-chefferie du projet avec le centre hospitalier, il a été décidé par son président de laisser passer l'été, et d'attendre le déploiement de la version mobile de Sterenn pour pouvoir proposer quelque chose. Ainsi, une réunion devrait se tenir à l'automne 2018 pour procéder à un état des lieux, pour que les acteurs se rencontrent et décider de la poursuite ou non du projet.

Cet exemple est significatif de l'importance d'une gestion rigoureuse d'un projet en télémédecine qui, pour se pérenniser, doit nécessairement impliquer les professionnels à chaque stade de son développement. Ce cas illustre parfaitement les conclusions de la Cour des comptes qui en 2017 appelait à « *mettre en œuvre une stratégie cohérente* » en matière de télémédecine, et qui soulève que les expérimentations en la matière « *souffrent de trois faiblesses intrinsèques : leur dépendance à l'égard de l'investissement personnel des médecins porteurs de projet, l'hétérogénéité des périmètres et niveaux de soutien, en fonctionnement et en investissement et le caractère en principe non pérenne du soutien financier du FIR. Elles gagneraient ainsi à être recentrées sur les seuls dispositifs à même d'être rapidement généralisable.* » ainsi que « *d'un suivi national défaillant des projets locaux de télémédecine subventionnés par le FIR* »⁴¹

Au regard de ces quatre projets menés par l'URPS en télémédecine et systèmes d'information, quelles sont alors les conditions de réussite de la mise en place d'un projet de télémédecine ?

Comme les dispositifs de télémédecine impliquent de fortes transformations tant dans la coordination et la coopération des différents professionnels de santé que dans les organisations, il est ici intéressant de s'appuyer sur le modèle d'analyse de la télémédecine proposé par Carl May, Robert Harrison, *et al.* en 2003. Celui-ci présente quatre étapes cumulatives et nécessaires à l'intégration de la télémédecine dans les organisations déjà existantes pour concourir à sa « *normalisation comme moyen de prestation de soins -est conditionnelle de l'addition de P1+P2+P3+P4-* »⁴² :

⁴¹ Cour des comptes, rapport 2017 [en ligne] : <https://www.ccomptes.fr/fr/media/39693>

⁴² "The normalization of telemedicine as a means of health care delivery (in whatever setting and at whatever level of health care provision) is conditional on P1 + P2 + P3 + P4." (May, Harrison *et al.* 2003)

- P1: Implémentation : la mise en œuvre de la télémédecine dépend des liens de soutien qui existent avec les pouvoirs publics permettant de créer des infrastructures adéquates à son usage et de considérer la télémédecine comme un moyen effectif producteur de soin ;
- P2: Adoption : l'adoption de la télémédecine dépend de sa légitimation du point de vue structurel ; elle peut alors être intégrée dans les structures et dans le cadre des soins délivrés ;
- P3: Translation : la traduction de la télémédecine dans les pratiques cliniques dépend de l'intégration d'acteurs hétérogènes dans des groupes d'acteurs déjà définis, coopérant, avec des identités et pouvoirs déjà définis ;
- P4: Stabilization : la stabilisation de la télémédecine dépend de son intégration au niveau de l'expertise et de la pratique professionnelle, où les médecins sont capables d'inclure la télémédecine dans leurs activités de soin à travers le développement de nouvelles procédures et/ou protocoles⁴³.

En complément de ce modèle d'analyse qui permet de comprendre les différentes étapes de la « normalisation » de la télémédecine, le tableau ci-dessous, inspiré des travaux de Alami, Lamothe, Fortin et Gagnon (2016) sur les conditions de réussite des projets de télésanté au Canada, est un excellent complément qui permet de comprendre les différentes étapes de la « normalisation » de la télémédecine. Ce tableau reprenant les conditions de réussite d'un projet de télémédecine a été réalisé à notre initiative, d'après les trois projets bretons suscités :

⁴³ Citation traduite de l'anglais (May, Harrison *et al.* 2003)

Facteur	Condition(s) de réussite
Adéquation au contexte et aux besoins	<ul style="list-style-type: none"> - Un projet non imposé : il doit être à l'initiative des professionnels de santé pour susciter l'adhésion - Le projet répond à un besoin du territoire, de la population, des professionnels de santé - Prise en considération des aspects réglementaires inhérents à la télémédecine : éthiques, organisationnels, juridiques, sécurité des données, etc.
La gestion et la gouvernance du projet	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une vision partagée entre tous les professionnels de santé autour du projet - Choix d'une technologie et des modalités organisationnelles qui correspondent aux besoins identifiés en amont - Identification d'un leader ayant capacité de mobilisation de ses pairs et pouvant promouvoir l'utilisation de l'outil. Ce dernier assure aussi la stabilité du projet pour le futur. - Communication : sur les objectifs, l'avancée du projet, ce qui permet une certaine transparence, une vision partagée et donc une implication de tous les professionnels en amont du processus de lancement. - Organiser un suivi régulier pour prévoir et mettre en place les ajustements si nécessaire. - Prévoir une évaluation du projet, tant sur le volet qualitatif que quantitatif
Formation	<ul style="list-style-type: none"> - Prévoir une formation sur l'outil technique et un accompagnement sur les changements organisationnels corollaires
La collaboration entre professionnels de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Inclusion de l'ensemble des acteurs volontaire de l'équipe de soins au projet et dans son suivi - Définition du rôle de chaque professionnel dans la prise en charge, des modalités de recours à l'outil
L'outil technique	<ul style="list-style-type: none"> - Doit impérativement répondre aux besoins cliniques ou de coordination définis en amont - Un outil ergonomique : la facilité d'usage est primordiale - Un outil disponible autant sur poste fixe (ordinateur) qu'en mobilité (smartphone) pour pouvoir être utilisé dans toutes les situations et par toutes les professions de santé (autant les médecins, que les infirmiers, par exemple) - Un outil qui répond aux exigences de la sécurité des données de santé - L'outil doit s'intégrer aux pratiques quotidiennes, et, éventuellement, être interopérable dans le système d'information existant - Un outil prévoyant un support utilisateur et des éventuelles évolutions en fonction des besoins des professionnels de santé
Financement et rémunération	<ul style="list-style-type: none"> - Penser aux coûts de fonctionnement et de mise en œuvre pour assurer la stabilité du projet : formation, achat, matériel additionnel, maintenance, mises à jour et coûts d'évolution, coûts des éventuelles interopérabilités entre les systèmes déjà existants - Prise en considération de la volonté de rémunération des différents professionnels au regard de la législation en vigueur

Finalement, les difficultés inhérentes au développement de l'application mobile, son retard, et le fait que l'application ne corresponde pas aux attentes initiales est un phénomène assez classique dans l'étude des nouvelles technologies, à savoir l'association de la technologie à un espoir d'amélioration et de résolution de toutes les problématiques d'un territoire ou d'une population, à défaut de pouvoir prouver son efficacité future (Gaglio et Mathieu-Fritz, 2018), ce que Morozov qualifie de « *solutionnisme technologique* » (2014).

Pour que la télémédecine puisse répondre aux espoirs qu'elle engendre, des ajustements à la fois dans l'organisation, la pratique et la coordination entre professionnels sont nécessaires du lancement jusqu'à l'élaboration de l'outil.

2.2.2 Télémédecine : une technologie invisible ?

« Ouais mais attention on veut passer à un truc pas compliqué. Déjà qu'on a du mal avec toutes les contraintes imposées par l'Etat et l'Assurance Maladie. Il ne faut pas que ça change complètement les exercices. »⁴⁴

Avec la télémédecine, la technologie rencontre les pratiques quotidiennes des praticiens, ce qui ne va *a priori* pas de soi. Il s'enclenche un processus de confrontation entre l'utilisation de l'innovation et l'activité médicale. Cette confrontation détermine l'usage de l'outil produisant un changement substantiel dans le quotidien du professionnel.

Il en résulte que soit l'outil de télémédecine est bénéfique aux pratiques quotidiennes et s'y intègre parfaitement, soit la technologie est rejetée jugée trop complexe, inadaptée ou comme étant une surcharge de travail.

Les technologies, et particulièrement les nouvelles technologies de l'information et de la communication, ne doivent pas être pensées isolément : elles sont le fait d'un assemblage plus ou moins stable d'une multitude d'éléments matériels et surtout humains. La stabilité d'une technologie comme la télémédecine est avant tout le résultat d'un travail et d'une volonté humaine de coopération. La télémédecine rapproche les hommes mais ne les remplace pas.

Les professionnels de santé libéraux peuvent se montrer hostiles à une technologie qui modifie sensiblement leurs principes de coordination et de mise en relation mutuelle. La télémédecine se fonde sur le partage des informations entre professionnels, aboutissant à une décision concertée, délaissant la décision individuelle de l'expert et son monopole d'exercice. La médecine s'est de plus en plus spécialisée au cours de ces dernières années et il est devenu

⁴⁴ Extrait de la réunion de lancement de STERENN MOBILITE en Juillet 2018

impossible pour un médecin généraliste de maîtriser de manière exhaustive la totalité des connaissances médicales nécessaire à sa pratique quotidienne (Simon, 2015). Dès lors, la coopération entre les différents professionnels, qu'ils soient médicaux ou paramédicaux, est devenue indispensable afin d'assurer aux patients leur prise en charge au sein d'un parcours de soin coordonné, la fiabilité et la rapidité des diagnostics, l'homogénéisation des pratiques ainsi que la transparence des informations entre professionnels de santé.

Cette transparence facilite aussi l'action des pouvoirs publics sur le champ de la santé publique. Mais alors, la télémédecine serait-elle un instrument de standardisation des pratiques, voire un moyen de contrôle des professionnels dans un contexte de maîtrise des dépenses, particulièrement en médecine de ville ? A cet égard, il faut admettre que la position des pouvoirs publics ne souffre d'aucune ambiguïté : le recours à la télémédecine doit en effet permettre d'aller vers un encadrement des dépenses de santé, par le transfert des compétences médicales vers les professionnels paramédicaux, la mise en réseau des professionnels de ville et hospitaliers et la réduction des coûts de transports des patients (Raully, 2015).

La question du financement de la télémédecine et de la rémunération des professionnels qui l'utilisent ne facilite guère son intégration dans les pratiques. Afin de soutenir des projets de télémédecine, les ARS ont mobilisé notamment une partie des crédits du Fonds d'intervention régional (FIR) créé par la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2012. Aussi, la LFSS pour 2014 a encouragé les expérimentations en matière de télémédecine dans neuf régions à travers le programme ETAPES (Expérimentation de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours de Santé). Rentrer dans le cadre du programme ETAPES est cependant assez complexe: six étapes doivent être réalisées, comprenant la rédaction de nombreuses conventions, déclarations d'activités et, en Bretagne, l'utilisation impérative de la plateforme régionale Sterenn pour bénéficier d'une rémunération.

Ces contraintes administratives sont lourdes pour des professionnels, qui préfèrent en général renoncer à l'utilisation de la télémédecine. Si elle constitue une surcharge de travail, la télémédecine est rejetée : le succès de la télémédecine repose sur son invisibilité même et ne doit ainsi pas venir perturber les pratiques cliniques.

C'est dans ce sens qu'un allègement des formalités préalables à la réalisation des activités de télémédecine va avoir lieu à partir du 15 septembre 2018. En effet, un cadre commun et pérenne pour la télémédecine ayant été fixé suite à la signature de l'avenant conventionnel dit « avenant n°6 » en juin 2018 par la CNAM et les syndicats médicaux, la téléconsultation rentrera

dans le droit commun à cette date et, la téléexpertise pourra être facturée à partir de février 2019 pour les patients en affection de longue durée, ou atteints de maladie rare, pour les patients résidant en zone sous-dense, en EHPAD ou en structures médico-sociales et pour les détenus. Enfin, à partir de 2020, la rémunération de la téléexpertise devrait s'opérer pour tous les patients. L'Assurance Maladie a donc prévu une nouvelle cotation pour le médecin requis : paiement à l'acte de 12€ pour une téléexpertise dite de « niveau 1 » (un « avis donné sur une question circonscrite sans nécessité de réaliser une étude approfondie de la situation médicale » dans la limite de quatre actes par an par médecin pour un même patient), et une rémunération de 12 € par acte dans la limite de deux actes par an par médecin pour un même patient pour une téléexpertise dite de niveau 2 (« un avis en réponse d'une situation médicale complexe après étude approfondie ») et le médecin requérant (forfait annuel de 5€ par téléexpertise de niveau 1 et de 10 € par téléexpertise de niveau 2, avec un maximum de 500 €).

La mise en œuvre d'une action coordonnée à travers la télémédecine implique une redéfinition des compétences et rôles de chaque professionnels dans un système resté longtemps parcellisé. Finalement, la télémédecine ne sera acceptée par les professionnels de santé lorsque celle-ci sera en adéquation avec leurs pratiques, au point d'en être oubliée mais sans omettre que la télémédecine peut être un outil de lissage des inégalités induites par le système de santé, mais certainement pas une finalité.

Par son investissement sur la thématique de la télémédecine, l'URPS MLB s'inscrit dans une tendance nationale et tente ainsi de s'affirmer comme un acteur de poids dans le système de santé libéral. Elle y trouve l'appui de l'ARS et une certaine visibilité auprès des professionnels, ce qui est de nature à consolider sa légitimité.

Pourtant les relations restent complexes entre l'Etat et les professions médicales, et même si l'URPS participe au mécanisme d'action publique à travers des instruments comme la télémédecine et les appels à projets, les coopérations restent fragiles. En témoigne le choix de déployer d'autres solutions mobiles que celle promue régionalement, mais également d'autres thématiques, comme l'organisation de l'offre de soins en région par la définition et la mise en œuvre des nouveaux modes d'organisation prévus par la Loi Santé de 2016.

3. L'URPS acteur du système de santé : itinéraire d'un document « L'Essentiel de la CPTS »

Parmi les nouveaux outils au service du monde ambulatoire introduits par la Loi de Modernisation de notre Système de Santé de 2016, on trouve la Plateformes Territoriale d'Appui (PTA), l'Équipes de Soins Primaires (ESP) et la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS).

Une CPTS est définie à l'article 1434-12 du code de la santé publique comme une communauté de professionnels de santé dont l'objectif est d'assurer une meilleure coordination de leurs actions et de structurer le parcours de santé (accès, prévention et soins) pour mieux répondre aux besoins de la population d'un territoire.

Dès lors Les CPTS représentent une opportunité pour :

- Organiser les initiatives et coopérations existantes dans les territoires ;
- Soutenir une dynamique coordonnée de prise en charge des patients ;
- Respecter les compétences et la place de chaque acteur ;
- Fluidifier la prise en charge des patients ;
- Structurer le parcours de soins ;
- Fédérer les acteurs de santé.

L'URPS MLB a choisi de soutenir la constitution de CPTS et plus particulièrement trois projets : l'organisation du parcours patient et de la prise en charge dans le cadre d'une Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC) dans le Pays de Lorient, un projet ville-hôpital initié par des médecins libéraux du Pays de Quimper en collaboration avec le Centre hospitalier de Cornouaille et la mise en place d'une «Plateforme santé» pour identifier l'offre de soins et les ressources professionnelles disponibles dans le Pays d'Auray.

Cependant, le soutien à ces projets ne peut se faire sans une définition précise des modalités de constitution et d'organisation des CPTS (3.1). Le cahier des charges réalisé, ce dernier est présenté à l'Agence Régionale de Santé qui propose une « co-construction » du document avec l'URPS (3.2).

3.1 L'élaboration d'un « document-outil »

Soutenir une CPTS consiste à insuffler une dynamique d'équipe et créer une identité commune pour faire vivre le projet, mais aussi s'assurer des moyens d'une gestion quotidienne,

d'un point de vue plus administratif et managérial. C'est pourquoi il est nécessaire que les acteurs disposent d'outils appropriés pour assurer la solidité du projet dès son lancement. Cela s'est traduit par la volonté de l'URPS MLB de proposer un cahier des charges, sous forme de guide mis à la disposition des professionnels de santé pour les accompagner dans ce nouveau mode d'organisation.

3.1.1 La définition d'un cahier des charges des CPTS

En partenariat avec le COPIL Inter URPS de Bretagne et l'ARS Bretagne, l'URPS MLB a initié l'écriture de « *L'essentiel de la CPTS* », guide pratique pour comprendre les enjeux et le fonctionnement d'une CPTS, expliciter chaque étape de sa construction et les éléments essentiels de son bon fonctionnement pour en assurer l'efficacité et la pérennité.

L'élaboration de ce document fait notamment suite aux réunions de réflexion sur les CPTS du groupe de travail formé par la commission "exercice libéral" de l'Union, ainsi que d'un travail mené conjointement par l'Institut Statistique des Professionnels de Santé Libéraux (ISPL)⁴⁵ et l'URPS Médecins Libéraux Centre-Val-de-Loire, afin d'analyser les zones les plus propices dans ces deux régions pour l'émergence des CPTS. En Bretagne, l'ISPL relève la potentialité de formation de 36 CPTS.

La définition légale donnée aux CPTS est finalement assez peu précise, ce qui présente à la fois des avantages et des inconvénients. Du point de vue de l'URPS MLB, ce flou relatif permet de mieux s'adapter aux besoins des territoires. A l'inverse, l'ARS semble estimer que le manque de cadrage est un frein, préférant privilégier le financement de structure de type Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP), en pleine expansion. Dès lors, l'objectif de l'URPS MLB par la création de ce document était, d'une certaine manière, de convaincre l'ARS de l'intérêt d'affirmer le positionnement de l'Union en faveur de leur développement. En effet, l'URPS a décidé de promouvoir ces nouveaux modes d'exercices, particulièrement les ESP et CPTS via l'association GECO Lib' qu'elle a créé. Les Groupes d'Exercice COordonnés (GECO) se définissent par l'existence de liens entre professionnels de santé, d'au moins deux professions différentes, dans le cadre d'un exercice coordonné. Ces liens peuvent se formaliser sous différentes formes : structures juridiques, conventions de partenariat, protocoles de soins, de coordination, formels ou

⁴⁵ L'ISPL, créé en 2007 vise à doter les URPS d'un système mutualisé de gestion et d'analyse des données de santé, l'institut aide à la réalisation des projets par l'accès à des ressources et par l'analyse des données permettant de décrire et d'illustrer l'activité des territoires.

informels, partage d'informations, rencontres régulières etc. Ainsi, l'URPS a fait le choix comme politique d'accompagner tous les types d'exercice coordonné, considérant qu'ils doivent tous être valorisés, notamment en termes de rémunération : La MSP, largement promue par l'ARS, est aujourd'hui le seul mode d'exercice coordonné pouvant bénéficier de fonds publics.

Des discussions étaient en cours depuis le début d'année 2018 sur la réalisation d'un cahier des charges commun entre l'ARS et l'URPS à propos des Équipes de Soins Primaires (ESP) et des CPTS. Ce dernier ayant quelques difficultés à se concrétiser notamment en raison de l'incertitude concernant l'accompagnement économique des CPTS par l'ARS Bretagne. L'URPS MLB s'est donc décidée à rédiger seule le document.

Le président de l'URPS a choisi de s'inspirer du guide pratique « *Constituer une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) en Île-de-France* », réalisé à la demande de l'ARS Île-de-France, en l'adaptant aux « expériences et sensibilités » propres à la région Bretagne.

3.1.2 La construction du document en interne

La rédaction du guide CPTS de l'URPS MLB a ainsi débuté au sein de l'équipe technique entre les deux chargés de missions et les deux chargés de missions stagiaires, sur la base des travaux de GECO Lib'⁴⁶, du guide de l'ARS Île-de-France et sur les travaux déjà menés en la matière par l'URPS Centre-Val de Loire. Ce travail de synthèse a abouti à la création de « *L'Essentiel de la CPTS* »⁴⁷, un guide pratique d'une quinzaine de pages en trois parties : définition et concepts, la CPTS comme démarche projet et animation de la CPTS.

La mise en page du document ainsi que l'intégration de ses modifications successives nous ont été confié. Il est réalisé est aux couleurs de l'URPS MLB, une partie du logo apparaît d'ailleurs en filigrane sur la première et la dernière de couverture. L'illustration, représentant une CPTS, a été réalisée à notre initiative, tout comme le schéma final venant faire la synthèse des étapes de construction d'une CPTS. Le guide possède une marge qui permet des renvois à des encadrés : « La vision de l'URPS MLB », « Les outils de GECO Lib' » et enfin « Les conseils de l'URPS » qui viennent

⁴⁶ Un guide de l'exercice coordonné a été réalisé en juin 2017 par GECO Lib' et une stagiaire (Laurianne Dischli) regroupant plus de 50 fiches pratiques sur l'exercice coordonné et la gestion de projet ainsi que des modèles et trames de documents

⁴⁷ Annexe 13 « L'Essentiel de la CPTS, version du 27 juillet 2018 »

compléter les recommandations émises quant à l'élaboration, la constitution et l'animation de ce mode d'organisation.

Pour les raisons que nous avons exposées plus haut, l'ARS est le partenaire privilégié des URPS, en particulier sur les questions de l'offre ambulatoire et de l'exercice coordonné. Dans l'optique de le présenter à l'ARS, le document a été soumis aux présidents des autres URPS par courriel le 20 mars 2018 pour qu'il soit validé au titre du COPIL inter-URPS, lui conférant ainsi une dimension pluri-professionnelle et donc plus de poids, avec la proposition d'ajouter le logo du COPIL inter-URPS. Le document a alors pu être présenté à l'ARS le 29 mars 2018 pour validation avant diffusion par l'URPS MLB.

A la suite de cette présentation, l'ARS Bretagne a proposé d'apporter des modifications à « L'Essentiel de la CPTS » et d'opérer un travail de coopération pour aboutir à un document commun et partagé entre l'URPS MLB et l'ARS.

L'URPS MLB accepte, saisissant l'opportunité d'un document validé par les deux parties. L'ARS propose également d'associer les Fédérations Hospitalières (Fédération Hospitalière de France (FHF), la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs (FEHAP) et la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP)). Débute alors un cycle de réunions de travail entre l'URPS et l'ARS à des fins de modifications du guide, donnant à ce document une toute autre dimension.

3.2 La transformation d'un guide en un instrument d'action territorial

Les réunions de travail entre URPS et ARS ont abouti à des modifications substantielles. Le travail d'édition est essentiellement normatif : les modifications portent sur l'articulation des différentes parties, le contenu du document et non sur sa mise en forme (saluée par l'ARS).

3.2.1 L'intérêt manifeste de l'ARS pour le document : un travail de normalisation

Vu l'ampleur du travail réalisé, l'ARS a proposé d'écrire un préambule à deux voix, celle du directeur général de l'ARS jointe à celle du président de l'URPS, au lieu d'une introduction signée par le président de l'URPS seul. Ce préambule porte l'idée de « co-construction » de préférence à une élaboration « concurrentielle » des CPTS, vision partagée de l'URPS qui souligne néanmoins qu'elle en est à l'initiative.

En dépit de sa contribution à l'élaboration de ce guide, l'ARS n'y clarifie pas les modalités de son accompagnement financier : « *l'accompagnement des projets de CPTS sera possible sur l'ensemble de la région Bretagne. Le porteur de projet formalise auprès de l'ARS une demande*

d'accompagnement qui devra présenter le territoire de projet, les professionnels de santé et les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux impliqués et parties prenantes au projet, la ou les thématiques conventionnel et/ou en répondant à des appels à projets dont ceux de l'ARS (prévention et promotion de la santé, Système d'Information ,innovation en santé, ETP...), etc.». Une mention un peu plus précise est venue s'ajouter quant au suivi des CPTS : « *La reconnaissance de CPTS fait l'objet d'un suivi annuel avec les professionnels dans le cadre de la contractualisation, avec une rencontre annuelle à laquelle participeront l'ARS et les URPS* ». Ici nous pouvons entrevoir la création ou l'utilisation d'une instance en charge de la sélection et du suivi des CPTS dans leurs financements attribués, comme c'est le cas de la Cellule d'Appui Régionale pour les Projets d'Exercice Coordonné (CARPEC). La CARPEC mise en place en avril 2012 réunit une fois par an l'ARS et les représentants de chaque URPS pour donner un avis sur les demandes de financement de projets de santé⁴⁸.

L'ARS préconisera l'ajout d'une quatrième partie sur la « communication interprofessionnelle » afin de favoriser la connaissance mutuelle des différents acteurs. Un point de vigilance est alors soulevé quant au fait que « *Les CPTS pourront se positionner comme interlocutrices privilégiées des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) ou autres groupements puisqu'elles ont pour vocation de structurer l'offre de soins ambulatoire, de la même manière que ces groupements visent à structurer l'offre hospitalière.* » En effet, l'Agence estime que la CPTS devra participer à un projet comme ville-hôpital, et ne constitue pas « l'organisation de l'offre ambulatoire versus l'hôpital ». Aussi, dans une optique de coopération et de décloisonnement, la formulation est adaptée : « *De manière générale, l'identification des interlocuteurs des établissements de santé privés et publics, permettra de créer une interface et de faciliter la construction de projets communs* ». L'ARS entend en effet présenter le document aux fédérations hospitalières. L'URPS, souhaitant faire valoir sa qualité d'initiatrice du document, demande à l'Agence une présentation à deux voix, ce qui aura bien lieu lors des deux réunions de présentation, où les fédérations hospitalières ont pu émettre leurs remarques et suggestions. Cette présentation est dès lors une invitation pour les établissements à s'investir dans les CPTS susceptibles d'émerger sur leurs territoires.

Le travail de modification opéré par l'ARS est ainsi avant tout un travail de normalisation afin d'aboutir à un outil d'action territorial pouvant se décliner à l'ensemble de la région et pour l'ensemble des acteurs.

⁴⁸ L'attribution du financement est ensuite validé en Commission spécialisée de l'Organisation des Soins (CSOS) de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA)

A ce titre, il convient de noter que toutes les références aux « *professionnels de santé* » seraient retirées au profit de « *professionnels* ». Ce point est non-négociable du point de vue de l'ARS. Pourtant l'URPS a marqué son désaccord sur cette dénomination tronquée. La justification tient au fait que d'autres professionnels que « de santé » puissent être intégrés à une CPTS (comme par exemple les professionnels de structures médico-sociales et sociales tels que définis par l'article L 312 – 1 du code de l'action sociale et des familles. Toujours dans cette optique de normalisation, toutes les mentions « en marge » personnalisées sur l'apport de l'URPS et de son outil l'association GECO Lib', voient leurs titres changer : « La vision régionale », « Les outils » et enfin « Les conseils ».

L'implication de l'ARS dans la modification et la promotion de « L'Essentiel de la CPTS » le fait apparaître comme un instrument de planification de la mise en place des communautés professionnelles, portant une logique de territorialisation et de coopération entre tous les secteurs de la santé. Ceci nous amène à nous interroger sur les modalités de cette coopération particulière entre l'URPS et l'ARS.

3.2.2 Un travail de coopération au cœur d'un « jeu d'acteurs »

A partir des interactions observées entre les deux organisations dans la production du document "L'essentiel de la CPTS", nous allons essayer de saisir comment se sont organisées les interdépendances et les contraintes en nous basant sur la théorie de l'analyse stratégique proposée par Michel Crozier et Erhard Friedberg (1977).

L'analyse stratégique (Crozier, Friedberg, 1977) constitue un cadre de lecture et de compréhension du fonctionnement des organisations. Elle vient à l'encontre des classiques « théories des organisations » estimant que les organisations forment et conditionnent les individus. En sociologie des organisations, l'analyse stratégique postule plutôt que les organisations sont des « *construits sociaux* » qui résultent de relations de pouvoir entre les acteurs. Ainsi, ce sont les individus, en tant qu'acteurs, qui créent et exploitent des espaces de liberté. Surtout, l'acteur a recours à des stratégies et procède à un calcul rationnel pour parvenir à son objectif, en fonction de l'évaluation de ses ressources et de ses contraintes. Dès lors, les acteurs ont un « *jeu autonome* » entre les contraintes et les zones d'incertitude et « *interprètent leur rôle* », ce qui peut expliquer l'imprévisibilité de certains comportements.

L'URPS MLB, en soumettant « L'Essentiel de la CPTS » à l'ARS s'est inscrite dans une perspective de coopération. Coopérer consiste à obtenir des autres certains comportements que

l'on ne peut pas avoir soi-même et pourtant nécessaires dans l'accomplissement d'une tâche (Candau, 2012).

En l'espèce, d'un côté la loi (article L1434-12 du code de la santé publique) dispose que *“les professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé”* mais également que *“Les membres [...] formalisent, à cet effet, un projet de santé, qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé”* tout en ajoutant *“qu'à défaut d'initiative des professionnels, l'agence régionale de santé prend, en concertation avec les URPS [...] les initiatives nécessaires à la constitution de CPTS”*.

On constate une incertitude sur la création, la reconnaissance et le financement des Communautés mais également une relation d'interdépendance entre l'ARS et les Unions sur ce travail commun de définition d'un cahier des charges et modalités d'accompagnement. L'influence que chaque acteur peut exercer dans sa relation avec l'autre provient des ressources qu'il trouve dans son organisation et son expertise afin de faire face aux incertitudes de leur situation commune. Les acteurs sont aussi mutuellement dépendants : aucun ne peut résoudre seul les problématiques. Ici, l'URPS représente les professionnels de santé, indispensables à la constitution et au fonctionnement des CPTS, tandis que l'ARS représente la capacité de reconnaissance officielle de ce mode d'exercice et son financement, indispensable au montage et à la vie du projet. La coopération n'est pour autant jamais acquise : elle suppose qu'un acteur adopte un comportement intéressant et pertinent pour l'autre. En l'occurrence, l'URPS apporte à l'ARS sa légitimité d'organisation représentative des professionnels de santé libéraux, tandis que l'ARS apporte à l'URPS la reconnaissance de l'Etat et l'assurance d'un cadre « validé » pour les CPTS.

Les acteurs « à l'intérieur des contraintes souvent très lourdes que leur impose « le système », disposent d'une marge de liberté qu'ils utilisent de façon stratégique dans leurs interactions avec les autres » (Crozier, Friedberg, 1977, p.30). Ceci peut s'illustrer avec la partie « budget et financement ».

L'URPS MLB, face à un certain « flou » de la législation, a jugé opportun de mentionner à la première ligne de ce chapitre que *« Plusieurs types de financements et de partenariats sont possibles : contrat territorial de santé avec l'ARS, partenariats publics et partenariats privés »*. Le cadre est ainsi posé avec l'affirmation de l'importance d'une relation contractuelle avec l'ARS et une porte ouverte à d'autres types de financements que ceux de l'Agence. L'ARS lors des réunions de modification soutient qu'elle *« n'est pas en mesure de s'engager sur ces types de financement »* et propose la formule suivante (plus prudente) : *« dans le cadre d'une*

reconnaissance par l'ARS il peut donner lieu à contractualisation » puis un financement dit *starter* pour la première année de la constitution de la CPTS sans engagement sur un financement plus pérenne « *Le montant de l'accompagnement, dans la limite de 50 000 euros, sera adapté à la taille du territoire et à l'ambition du projet [et selon] quelques critères identifiés* ». Finalement, l'inscription de la possibilité de solliciter d'autres partenaires financiers est conservée dans la version finale du guide, à la demande de l'URPS.

3.2.3 Le bras de fer des logos

Selon l'analyse stratégique, la « *résolution de problème* » est toujours un enjeu de pouvoir dans les relations entre acteurs : ils s'engagent dans des interactions, qui, plus que des confrontations d'idées abstraites, sont de véritables négociations cachées. En effet, les solutions proposées par les uns, s'opposent à celles des autres et certaines solutions avantagent certains acteurs au détriment des autres. Il s'est agi ici d'une discussion sur les logos qui devraient figurer sur « L'essentiel de la CPTS ». Bien évidemment celui de l'URPS MLB y figurerait, ainsi que celui de l'ARS. Bien qu'uniquement rédigé par l'URPS MLB, la validation du document par les présidents des différentes URPS de Bretagne a permis au logo COPIL inter-URPS d'y figurer.

Enfin, l'URPS MLB, souhaitant promouvoir son outil GECO Lib' et lui donner une place d'acteur dans l'accompagnement des futures CPTS, souhaitait l'y voir apparaître. A ce propos, des négociations mouvementées ont eu lieu.

Les acteurs entendent « gérer » les dépendances dans lesquelles ils se sont pris en marchandant leurs comportements de la manière la moins perdante possible. Plus ils auront la capacité de laisser planer la possibilité de rester vague ou d'émettre la possibilité d'annuler la poursuite de la coopération, plus ils rendront dépendants leurs interlocuteurs, maximisant *de facto* les arrangements qui seront les plus favorables à leurs propres objectifs.

En l'occurrence, GECO Lib', association loi 1901 promouvant l'accompagnement des projets d'exercice coordonnés et pluri-professionnel est, en Bretagne, en concurrence avec la branche régionale de la Fédération Française des Pôles et des Maisons de Santé (FFMPS) qui est un partenaire privilégié de l'ARS sur les questions de l'offre de soins ambulatoire, bénéficiant, au détriment de GECO Lib' d'une légitimité nationale. Or, l'ARS estime qu'elle n'a pas à promouvoir plus une association que l'autre : le logo de GECO Lib' ne figurera donc pas sur le document. L'URPS maintenant fermement sa position d'afficher ce visuel n'a pas totalement obtenu gain de cause. Menaçant de se rétracter de la coopération autour du document, l'ARS a réaffirmé sa position initiale. Le logo n'apparaîtrait finalement pas, mais toutefois l'URPS a obtenu qu'une

mention écrite « *avec la contribution de GECO Lib'* » apparaîtrait sous son logo, de plus il y serait fait référence dans le préambule.

La notion de pouvoir comme décrite par Crozier et Friedberg apparaît clairement ici, puisque celle-ci se définit par la capacité d'un individu à obtenir quelque chose d'un autre individu. Le pouvoir ne se détient pas, mais se réalise dans une relation et est inséparablement lié à la négociation, comme nous avons pu le constater.

Le jeu est aussi essentiel dans la coopération : l'acteur reste libre mais « *doit, s'il veut gagner, adopter une stratégie rationnelle en fonction de la nature du jeu et respecter les règles de celui-ci [...] le produit du jeu sera le résultat commun recherché par l'organisation* » (Crozier, Friedberg, 1977, p.113). Concernant notre objet d'analyse, il convient d'ajouter que l'ARS souhaitait initialement attendre le rapport de l'IGAS sur les CPTS, disponible fin septembre, pour acter la diffusion de « L'essentiel de la CPTS » et y apporter ses dernières modifications. L'objectif de l'URPS était la diffusion la plus rapide (le document a été initialement réalisé en mars) mais le « bras de fer » sur les logos risquait de fortement compromettre la diffusion rapide du guide. C'est en prenant en considération ce risque et son objectif de diffusion rapide, que l'URPS a adopté une stratégie rationnelle pour ne pas compromettre l'avenir du guide.

Finalement, ce dernier devait être diffusé par l'URPS MLB lors des Rencontres annuelles de La Baule organisées par la CN UPRS-ML le dernier week-end d'août, en complément de l'affiche dédiée aux CPTS. Un lancement officiel par l'ARS Bretagne et l'URPS MLB devrait avoir lieu en septembre avec la tenue d'une conférence de presse commune.

L'itinéraire du guide « L'Essentiel de la CPTS » est assez caractéristique des relations entre l'Agence et l'Union : à la fois, un travail de coopération et de co-construction est souhaité par les deux parties, mais les relations restent complexes entre une URPS qui véhicule des valeurs libérales et autonomes assez fortes

Conclusion

La création des URML, des ARH, des URCAM puis des URPS et des ARS, par la Loi HPST, a modifié l'organisation du système de santé ambulatoire : à côté des traditionnelles négociations conventionnelles entre l'assurance maladie et les syndicats médicaux, s'est dégagé un espace régional où les ARS et les URPS apprennent à coopérer.

Cependant, en Bretagne, où existe une forte culture libérale, l'URPS MLB peine à se faire reconnaître et à toucher ses mandants, en dépit de ses nombreuses initiatives.

Acteur du système de santé ? Interlocuteur des pouvoirs publics ? Défenseur des valeurs de la médecine libérale ?

Devant coexister avec les structures ordinales, les syndicats médicaux, les facultés et les académies de médecine, l'identité de cette organisation hybride reste indéfinie. Bien que légitimée en région comme acteur du système de santé, maillon de l'action publique en santé ambulatoire, l'URPS se cherche.

Cette organisation témoigne, en fait, d'une relation historiquement complexe et conflictuelle entre l'Etat et les médecins libéraux, mais également du dilemme des corps intermédiaires : adopter une stratégie purement défensive pouvant aller jusqu'au conservatisme? Ou s'adapter aux évolutions jusqu'à essayer de les anticiper ?

Bibliographie

1. Ouvrages

ANDOLFATTO D., LABBE D. (2011), *Sociologie des syndicats*, Paris La Découverte, p. 3-4.

BECKER H. (2002), *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris La Découverte.

BOGDAN S., TAYLOR R. (1975), *Introduction to qualitative research methods*, in PERETZ H. (1998) *Les méthodes en sociologie : l'observation*, Paris, La Découverte.

BONNICI B. (2016), *La politique de santé en France*. Presses Universitaires de France.

CHAPOULIE J.-M. (1996), « E.C. Hughes et la tradition de Chicago », in Hughes E. (1996), *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, Editions de l'EHESS.

CHATRIOT A., LEMERCIER C. (2002), « Les corps intermédiaires », in DUCLERT V. et PROCHASSON C. (dir.), *Dictionnaire critique de la République*, Paris, Flammarion, p.691-698.

CROZIER M., Friedberg E. (1977), *L'Acteur et le système*, Paris, Editions du Seuil.

DA SILVA N., RAULY A. (2014), « Le difficile déploiement de la télémédecine : une lecture par l'Économie des conventions », in Lamotte B., Le Roy A., Massit C. et Puissant E. (dir.), *Innovations sociales, innovations économiques*, Louvain-la-Neuve, Presses Universitaires de Louvain, p.145-162.

DOUGUET F., FILLAUT T., et HONTEBEYRIE J. (2016), *Intervenir en première ligne. Les professions de santé libérales face au défi de la santé de proximité*, Paris, L'Harmattan.

DUBAR C., TRIPIER P., BOUSSARD V. (2015), *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin.

DUBOIS V., (2009), « L'action publique » in Cohen A. (sous la direction de), *Nouveau manuel de science politique*, Paris, La Découverte, p. 311-325.

DURKHEIM E. (1893), *De la division du travail social*, Presses Universitaires de France, édition de 2013.

FAYET M., COMMEIGNES J.-D. (2015), *Rédiger des rapports efficaces*, Paris, Dunod.

FERNANDEZ V., GILLE L. et HOUY T. (2015), *Les technologies numériques de santé : Examen prospectif et critique*, Paris, Presses des Mines.

FOUDRIAT M. (2007), *Sociologie des organisations. La pratique du raisonnement*, Paris, Pearson Education.

FREIDSON E. (1984), *La profession médicale*, Paris, Payot.

FREIDSON E. (2001), *Professionalism: The Third Logic : on the practice of knowledge*, Chicago, The University of Chicago Press.

HASSENTEUFEL P. (1997), *Les médecins face à l'Etat. Une comparaison européenne*, Paris, Presses de Sciences Po.

HASSENTEUFEL P. (2011), « Chapitre 5 - L'action publique comme construction collective d'acteurs en interaction », *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin, p. 115-156.

HASSENTEUFEL P., PIERRU F. (2003), « De la crise de la représentation à la crise de la régulation en matière d'assurance maladie », in J. De Kervasdoué (sous la direction de), *La crise des professions de santé*, Paris, Dunod.

MULLER P. (2009), *Les politiques publiques*, Paris, Presses Universitaires de France.

OFFERLE M. (1998), *Sociologie des groupes d'intérêts*, Paris, Montchrestien.

PALIER B. (2010), *La réforme des systèmes de santé*. Presses Universitaires de France.

PASQUIER M. (2017), *Communication des organisations publiques*, Louvain-La-Neuve, De Boeck Supérieur.

RANGEON F. (1986), *L'Idéologie de l'intérêt général*, Paris, Economica.

REYNAUD J-D. (1999), *Le conflit, la négociation et la règle*, Toulouse, Octarès.

SALGUES B., PAQUEL N. (2013), *Télésanté, espoir du monde rural ? Des objectifs à la construction des usages*, Michel Houdiard Editeur.

SIMON P. (2015), *Télé médecine. Enjeux et pratiques*, Brignais, Le Coudrier.

WEBER M. (1959), *Le savant et le politique*, trad. par J. Freund, Paris, Plon

2. Articles

ABECASSIS P., DOMIN J. (2016), « Le rôle des syndicats de médecins dans la production des idées en matière de politique de conventionnement. Une étude lexicométrique (1971-2008) », *Mots. Les langages du politique*, vol. 110, n° 1, p. 119-139.

ALAMO H., LAMOTHE L., FORTIN J-P., GAGNON M.-P. (2016), « L'implantation de la télésanté et la pérennité de son utilisation au Canada : quelques leçons à retenir », *European Research in Telemedicine/La recherche européenne en télémédecine*, n°5, p. 105-117.

ALTER N. (2003), « Mouvement et dyschronies dans les organisations », *L'Année sociologique*, vol. 53, n°2, 2003, p. 489-514.

ALTER N. (2010), « Coopération, sentiments et engagement dans les organisations », *Revue du MAUSS*, vol. 36, n°2, 2010, p. 347-369.

BRAS, P. (2008), « Organisation des soins et régulation des dépenses ambulatoires : le rôle des syndicats médicaux », *Les Tribunes de la santé*, vol. 18, n° 1, p. 47-56.

CANDAU J. (2012), « Pourquoi coopérer », *Terrain*, n° 58, p. 4-25.

CHABROL A., CASTEX J., LUCAS J. (2006) « Notre système de santé s'organise en régions », *Bulletin de l'Ordre des Médecins*, n°7, p. 8-12.

DA SILVA N., RAULY A. (2016), « La télémédecine, un instrument de renouvellement de l'action publique ? Une lecture par l'économie des conventions », *Économie et institution*, n°24.

DAUDELIN G., LEHOUX P., SICOTTE C. (2008), « La recomposition des patients et des pratiques Médicales en télénéphrologie. Les présences décalées », *Sciences sociales et santé*, vol.26, n°3, p. 81-105.

DE TERSSAC G. (2003), *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements*, Paris, La Découverte.

DE TERSSAC G. (2012), « La théorie de la régulation sociale : repères introductifs », *Revue Interventions économiques*, n°45.

DUPUY C., LE NOE O., PELISSE J. (2014), « Régulations professionnelles et organisations catégorielles. Pour un dialogue autour des logiques professionnelles », *Terrains & travaux*, vol. 25, n°2, p. 5-19.

DURUPT, M., BOUCHY, O., CHRISTOPHE, S., KIVITS, J. & BOIVIN, J. (2016), La télémédecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes, *Santé Publique*, vol. 28, n°4, p. 487-497.

GAGLIO G., MATHIEU-FRITZ A., (2018) « Les pratiques médicales et soignantes à distance. La télémédecine en actes », *Réseaux*, vol. 207, n°1, p. 9-24.

GAGLIO G. (2018) « Échec et « potentialités collatérales » d'une expérimentation en télémédecine d'urgence », *Réseaux*, vol. 207, n°1, p. 165-195.

GALLOIS F., RAULY A. (2018), « Complémentarité des systèmes de production et de régulation : une mise en évidence par la télémédecine », *Revue de la régulation*, n°23.

GROSSMAN E., SAURUGGER S. (2006), « Les groupes d'intérêt au secours de la démocratie ? », *Revue française de science politique*, vol. 56, no. 2, p. 299-321.

HAIRON H. (2017), « Médecins et offre de soins : un rôle à jouer pour les établissements de santé et des initiatives à suivre dans les territoires », *Santé RH - la lettre des ressources humaines dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux*, n°92, p.14-15.

HASSENTEUFEL P. (1999), « Vers le déclin du pouvoir médical ? Un éclairage européen », *Pouvoirs*, n° 89.

HASSENTEUFEL P. (2008), « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », *Les Tribunes de la santé*, vol. 18, n° 1, p. 21-28.

HASSENTEUFEL P., PALIER B. (2005), « Les trompe-l'œil de la « gouvernance » de l'assurance maladie. Contrastes franco-allemands », *Revue française d'administration publique*, vol. 113, n°1, p. 13-27.

LALONDE J.-F. (2013), « La participation observante en sciences de la gestion: plaidoyer pour une utilisation accrue », *Recherches qualitatives*, vol. 32(2), p. 13-32.

LEHMBRUCH G., SCHMITTER P. (1979), *Trends toward corporatist intermediation*, London, Beverly Hill, Sage Publications.

LOWI T. (1964), « American Business, Public Policy, Case Studies and Political Theory », *World Politics*, n°16, p. 677-715.

MARTIN D. (2012), « L'analyse stratégique en perspective », *Revue européenne des sciences sociales*, 50-2, p. 93-114.

MARTIN L. (2018), « La télémédecine doit prouver son efficacité. Dossier », *La Gazette santé sociale*, n°148, p.15-22.

MATHIEU-FRITZ A., GAGLIO G. (2018), « À la recherche des configurations sociotechniques de la télémédecine. Revue de littérature des travaux de sciences sociales », *Réseaux*, vol. 207, n°1, p. 27-63.

MAY C., HARRISON R., WILLIAMS T., MAIR F., GASK L. (2003), "Health technology assessment in its local context: studies of telehealth care", *Social Sciences & Medicine*, vol. 57, n°4, p.697-710.

POINDRON P.-Y. (2000), « Dossier - Unions régionales des médecins libéraux : Les enjeux d'une élection », *Espace social européen*, n°50, p.15-19.

POINDRON J.-Y. (2004), « URML : à quoi servent-elles ? », *Le Concours médical*, vol. 126, n°29.

RAULY A. (2015), « Intervention publique versus régulation professionnelle », *Revue de la régulation*, n°17.

ROSANVALLON P. (1989), « Corporations et corps intermédiaires », *Le Débat*, vol. 57, n°5, p. 172-175.

SCHWEYER F.-X. « La régulation régionale du système hospitalier : pilotage par l'Etat ou territorialisation ? » *Politiques et management public*, vol. 16, n° 3, p. 43-68.

SINTOMER Y. (2011), « Émile Durkheim, entre républicanisme et démocratie délibérative », *Sociologie*, vol. 2, n° 4, p. 405-416.

TABUTEAU D. (2010), « L'expert et la décision en santé publique », *Les Tribunes de la santé*, vol. 27, no. 2, p. 33-48.

TABUTEAU D. (2013), « Les pouvoirs de la santé : la complexité d'un système en quête de régulation », *Les Tribunes de la santé*, vol. 41, n° 4, p. 37-55.

TERRIER C. (2005), Communiquer à travers le rapport annuel d'activité. *Les Cahiers Dynamiques*, 35, n°3.

VAYSSETTE P. (2013), « Des URPS qui construisent », *RS & T Réseaux, santé & territoire*, n°52, p.23-31.

3. Rapports

COUR DES COMPTES (2017), *La sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre.

HAS (2011), « Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation », *Rapport de la HAS*.

MINISTERE DES SOLIDARITE ET DE LA SANTE (2017) « Stratégie nationale de santé 2018-2022 »
[en ligne : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf]

4. Textes juridiques

LOI du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association

LOI n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

LOI n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

LOI n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.

Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Décret n°77-429 du 22 avril 1977 portant organisation des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales

Décret n°93-1268 du 29 novembre 1993 relatif aux missions de maîtrise d'œuvre confiées par des maîtres d'ouvrage publics à des prestataires de droit privé

Décret n° 2010-585 du 2 juin 2010 relatif aux unions régionales de professionnels de santé

Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine

Décret n° 2017-886 du 9 mai 2017 modifiant les dispositions relatives aux unions régionales des professionnels de santé.

Code de la santé publique - Version consolidée au 6 août 2018

Code de l'action sociale et des familles - Version consolidée au 24 août 2018

5. Thèses

BILI A.-B. (2012), « La place de la télémédecine à domicile dans l'organisation du système de santé en France, » Thèse de sociologie, Dir, A. Huet, Université de Haute Bretagne Rennes 2.

RAULY A. (2016), « Gouverner la télémédecine Analyse institutionnaliste d'une nouvelle pratique médicale », Thèse de sciences économiques, Dir, Domin J.-P., Université de Reims Champagne-Ardenne.

6. Articles de presse

« La représentation régionale des libéraux passe un cap », Le Quotidien du Médecin, 10 septembre 2010

[en ligne : https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2010/09/10/la-representation-regionale-des-liberaux-passe-un-cap_272741]

« L'avenir de la conférence des présidents d'URML Évolution ou révolution ? », Le Quotidien du Médecin, 3 décembre 2006

[en ligne : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2006/12/03/evolution-ou-revolution-475896>]

7. Sites internet (tous les sites internet ont été vérifiés le 26 août 2016)

ARS Bretagne, en ligne : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/>

CN URPS-ML, en ligne: <http://cn-urps-ml.org/index.php/conference-nationale-urps-ml/role-cnurps>

FMC Dinan « Election Bureau URPS Bretagne », en ligne : <http://www.fmcdinan.org/article-election-bureau-urps-bretagne-76927960.html>

Le Quotidien du Médecin, quotidien en ligne : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/>

Légifrance, en ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/>

Mailchimp, en ligne : <https://mailchimp.com/>

Sciences Humaines, 2013 « Michel Crozier, la vie des organisations », en ligne : https://www.scienceshumaines.com/michel-crozier-la-vie-des-organisations_fr_30354.html

Sendinblue, « statistiques des newsletters », en ligne : <https://fr.sendinblue.com/blog/statistiques-email-marketing-indicateurs-cles-performances-moyennes/>

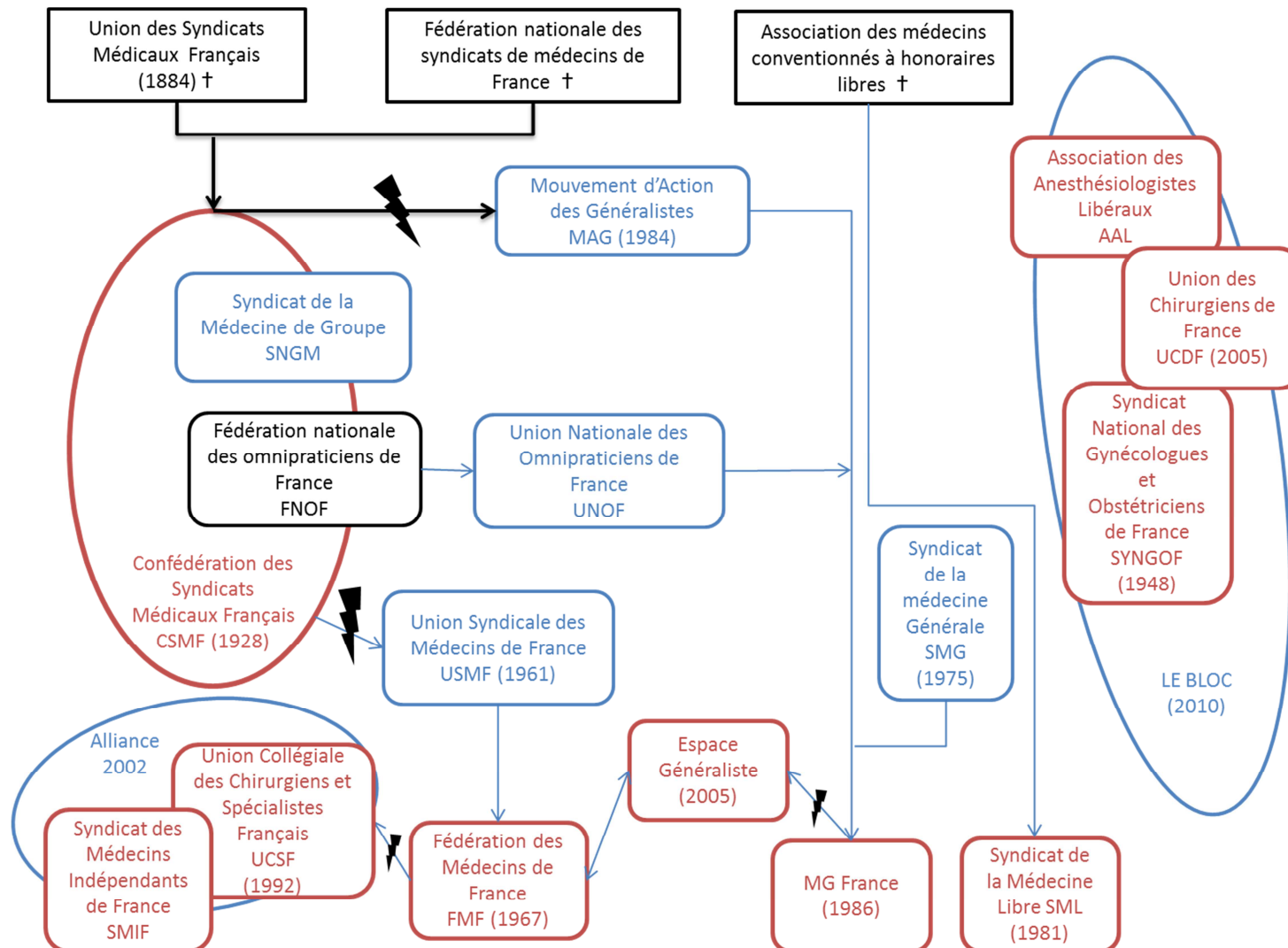
URPS Médecins Libéraux de Bretagne, en ligne : www.urpsmlb.org

Liste des annexes

ANNEXE 1 : « SCHEMATISATION DU PAYSAGE DES SYNDICATS MEDICAUX »	XII
ANNEXE 2 : « RESULTATS AUX ELECTIONS URML/URPS DE L'URPS MLB »	XIII
ANNEXE 3 : « LE RAPPORT D'ACTIVITE 2017 DE L'URPS MLB »	XIV
ANNEXE 4 : « NEWSLETTERS DE FEVRIER A JUILLET 2018 » (REDACTION ET ILLUSTRATIONS LAURIANNE DISCHLI)	LXII
ANNEXE 5 : « LE MEMENTO DES OUTILS NUMERIQUES EN BRETAGNE » (REALISATION LAURIANNE DISCHLI)	LXXXVI
ANNEXE 6 : « AFFICHES POUR LES NOUVEAUX TARIFS DANS LES CABINETS MEDICAUX » (REALISATION LAURIANNE DISCHLI)	CVII
ANNEXE 7 : « LES 5 AFFICHES DE L'URPS MLB POUR LES RENCONTRES DE LA BAULE DE LA CN UPRS-ML » (REDACTION ET CONCEPTION : LAURIANNE DISCHLI – REALISATION IDMAGINE)	CXI
ANNEXE 8 : « LETTRE D'INTENTION ARTICLE 51 : LA TELECOORDINATION » (REDACTION LAURIANNE DISCHLI)	CXVI
ANNEXE 9 : « VISUEL DU CHALLENGE MOBILITE BRETAGNE » (REALISATION LAURIANNE DISCHLI)	CXL
ANNEXE 10 : « LE CARNET DU CHALLENGE MOBILITE BRETAGNE » (REALISATION LAURIANNE DISCHLI)	CXLI
ANNEXE 11 : « VISUEL DES LETTRES D'INFORMATION DU CHALLENGE MOBILITE BRETAGNE (COPIES D'ECRAN) » (REALISATION : LAURIANNE DISCHLI)	CLI
ANNEXE 12 : « ETUDE COMPARATIVE EN TELEDERMATOLOGIE – NON ACHEVEE » (REDACTION : LAURIANNE DISCHLI)	CLIII
ANNEXE 13 : « L'ESSENTIEL DE LA CPTS » VERSION DU 27/07/2018 (MISE EN PAGE ET ILLUSTRATIONS : LAURIANNE DISCHLI)	CLXVIII

Annexe 1 : « schématisation du paysage des syndicats médicaux »

Réalisation et actualisation d'après le schéma réalisé par P. ABECASSIS et J.DOMIN (2016)



Annexe 2 « Résultats aux élections URML/URPS de l'URPS MLB »

Elections	Résultats par syndicat : nombres de sièges à l'assemblée générale		Composition du Bureau par syndicat	
26 Avril 1994 changement de bureau en juin 1997 à la demande de la préfecture, mais représentation syndicale identique du bureau	CSMF	19	Président	CSMF
			Vice-président	CSMF
	MG France	12	Trésorier	SML
			Trésorier Adjoint	CSMF
	SML	5	Secrétaire	CSMF
	Union collégiale des chirurgiens et spécialistes français	4	Secrétaire adjoint	SML
15 Mai 2000 démission du président en décembre 2001, puis changement de bureau à la demande de la préfecture en juin 2003, la représentation syndicale du bureau reste identique	Non disponible/trouvé		Président	CSMF
			Vice-président	CSMF
			Trésorier	CSMF
			Trésorier Adjoint	CSMF
			Secrétaire	CSMF
			Secrétaire adjoint	SML
29 mai 2006	Non disponible/trouvé		Président	FMF
			Vice-président	Espace Généraliste
			Trésorier	MG France
			Trésorier adjoint	FMF
			Secrétaire général	FMF
			Secrétaire général adjoint	FMF
12 mai 2011	CSMF	18	Président	CSMF
			Vice-président	CSMF
	FMF	15	Vice-président	LE BLOC
	SML	14	Trésorier	CSMF
	MG France	7	Trésorier adjoint	SML
			Secrétaire	SML
	LE BLOC	6	Secrétaire adjoint	SML
			Secrétaire adjoint	CSMF
12 octobre 2015	FMF	17	Président	FMF
	SMF	15	Vice-président	SML
	CSMF	13	Vice-président	LE BLOC
	MG France	7	Secrétaire	FMF
	LE BLOC	6	Secrétaire adjoint	SML
			Secrétaire adjoint	SML
	Union des collègues	2	Trésorier	FMF
			Trésorier adjoint	MG France



Directeur de publication : Dr Nikan MOHTADI

Rédacteurs en chef : Dr Ivane AUDO et Olivia BRIANTAIS

Comité de lecture : Dr Ivane AUDO, Véronique DELAHAYE, Dr Cédric FABRE, Dr Loïc KERDILES, Dr Thierry LABARTHE,
Chrystelle MARET, Dr Nikan MOHTADI, Dr Hubert SEVIN, Dr Nadia SIMON

Rédacteurs : Anaïs CLERC, Laurianne DISCHLI, Romain GAILLARD, Hadrien LEVENES,
Dr Nikan MOHTADI, Dr Daniel PENCOLE

Mise en page : Anaïs CLERC, Laurianne DISCHLI

Réalisation : URPS MLB
Avril 2018

LISTE DES ABRÉVIATIONS



ADPS : Association Départementale de Permanence des Soins

APIMED : Amélioration des Pratiques et Information MEDicale

ARS : Agence Régionale de Santé

BPCO : BronchoPneumopathie Chronique Obstructive

CARPEC : Cellule d'Appui Régionale des Projets d'Exercices Coordinés

CHP : Centre Hospitalier Privé

CHRU : Centre Hospitalier Régional et Universitaire

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CODAMUPS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente de la Permanence des Soins

CODTS : Collectif pour l'Organisation et la Défense du Territoire de Santé

COPIL : Comité de Pilotage

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CROM : Conseil Régional de l'Ordre des Médecins

CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

CTS : Conseil Territorial de Santé

DMP : Dossier Médical Partagé

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

ESP : Equipe de Soins Primaires

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FBI : Fédération Bretonne Interprofessionnelle

FFGQ : Fédération Française des Groupes Qualité

FFMPS : Fédération Française des Pôles et Maisons de Santé

GECO : Groupe d'Exercice COordonné

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAS : Haute Autorité de Santé

HGO : Hospi Grand Ouest

IRAPS : Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins

ISPL : Institut Statistique des Professionnels de santé Libéraux

LMSS : Loi de Modernisation de notre Système de Santé

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

MMG : Maison Médicale de Garde

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

PACTE : Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe

PAF : Personnes Âgées et Fragilités

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

PROPIAS : PROgramme national d'actions de Prévention des Infections Associées aux Soins

PRS : Projet Régional de Santé

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

RAAC : Récupération Améliorée Après Chirurgie

SNIIRAM : Système National d'Information Interrégimes de l'Assurance Maladie

UNANIME : Une approche synergique de Ntistes phArmaciens kiNésithérapeutes Infirmiers MédEcins

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

SOMMAIRE



	Edito du Président	7
	La santé en Bretagne : chiffres clés 2017	8
	Votre Union	10
	Faits marquants 2017	16
	Organisation territoriale	18
	Groupes d'exercice coordonné	26
	E-santé	28
	Santé publique	30
	Démarche qualité	32
	Permanence des soins	34
	Santé des médecins	36
	Formation et recherche	38
	Instances professionnelles	40
	Représentation	44
	Communication	46
	Partenaires	48

ÉDITO DU PRÉSIDENT



Depuis 2001, l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne a entamé une démarche de mise en place de projets centrés sur une logique de «Territoires». La première expérimentation des « Groupes Qualité » répondait déjà à cette logique. En 2006, la mise en place et le déploiement des messageries sécurisées s'est aussi faite dans des territoires bien définis dans une collaboration ville-hôpital. En 2009, notre Union travaillait avec celle de la Basse-Normandie et des Pays-de-Loire sur le concept et la mise en place des premiers « Pôles de Santé Libéraux Ambulatoires ». C'est d'ailleurs ce concept qui a été repris dans la Loi HPST en 2010 avec l'émergence des «Maisons de Santé Pluridisciplinaires» (MSP).

Conscient que les MSP ne résumaient pas seules l'exercice de la santé, nous entamions en 2011 des réflexions sur l'exercice coordonné en dehors des MSP. Ces concepts s'appelaient les CODTS (Collectif pour l'Organisation et la Défense du Territoire de Santé), FBI (Fédération Bretonne Interprofessionnelle), GécoLib (Groupe d'Exercice Coordonné Libéral), etc.

Depuis 2016, la nouvelle mandature de l'Union a initié un projet politique consistant à aider les professionnels de santé qui le souhaitent à s'organiser dans leur territoire. Ce projet politique a été partagé et validé avec les autres URPS, permettant un renforcement de l'outil «GECO Lib'» mis à disposition des professionnels de santé. Par ailleurs, la Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) de 2016 reconnaît de nouveaux outils au service du monde ambulatoire, comme les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et les Equipes de Soins Primaires (ESP).

Nous allons aider les professionnels à s'organiser autour d'un projet de santé partagé afin de constituer de nouvelles communautés de territoire. Ils pourront s'appuyer sur ces nouveaux outils, avec l'aide et le soutien de GécoLib.

Cette organisation permettra de les rendre visibles et lisibles des autres acteurs de santé, qu'ils soient des champs sanitaire (Public et Privé), médico-social ou social.

C'est ensemble que nous mettrons en place ce maillage du monde ambulatoire, sur une logique collective et coordonnée, bien loin de l'individualisme qui a marqué pendant des décennies nos exercices respectifs.

Le monde de la santé a profondément changé en moins de 10 ans. La nouvelle génération des professionnels de santé libéraux aspire à ces nouvelles organisations qui, nous l'espérons, permettront en grande partie de répondre au défi de la démographie médicale.

C'est cette mise en adéquation qui nous anime aujourd'hui, dans le respect de l'exercice de chacun et sur la base du volontariat.

*Dr Nikan MOHTADI
Président L'URPS Médecins Libéraux de Bretagne*

LA SANTÉ EN BRETAGNE : CHIFFRES CLÉS 2017

3 516

médecins
généralistes

2 497

médecins
spécialistes

3 276 543

habitants en Bretagne

24%

de moins de 20 ans

20%

de plus de 65 ans

**181,6 médecins
pour 100 000
habitants**

Densité moyenne des
médecins libéraux en
activité

4

départements

7

territoires de santé

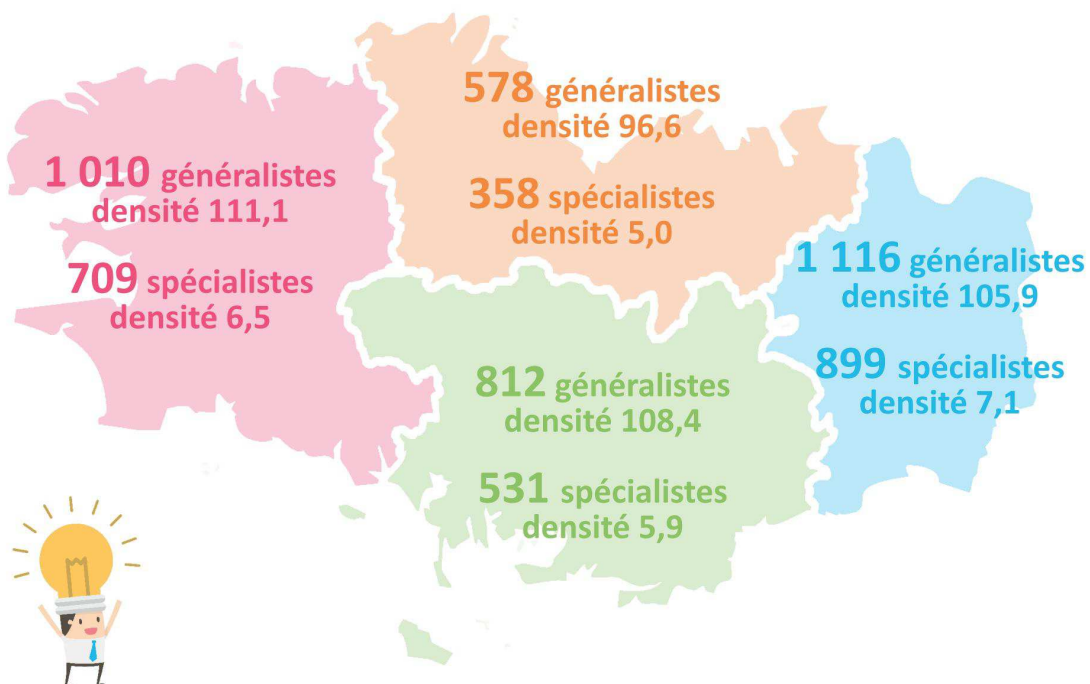
Sources :

ISPL – données issues du SNIIRAM
Observatoire des territoires ARS Bretagne
Atlas de la démographie médicale 2017



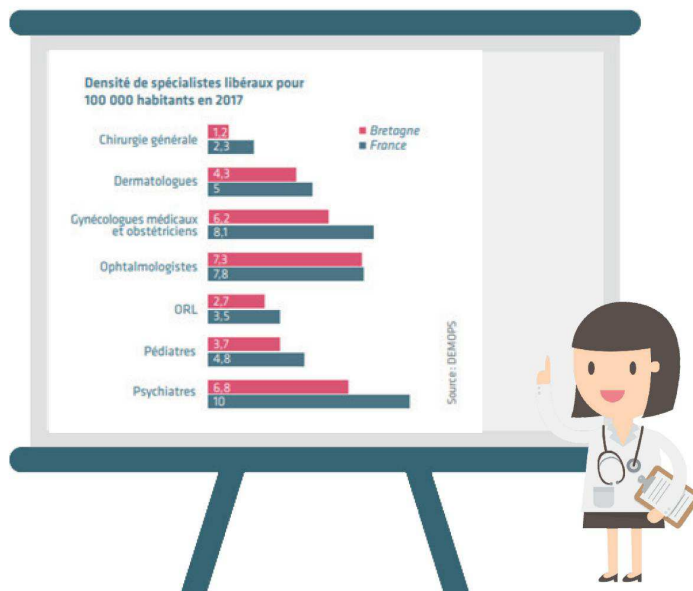
**6 013 médecins
libéraux en
Bretagne !**

NOMBRE DE MÉDECINS ET DENSITÉ PAR DÉPARTEMENT



Densité pour 100 000 habitants

Pour les médecins spécialistes, densité moyenne des spécialités suivantes :
anesthésistes, cardiologues, chirurgiens, dermatologues, gynécologues, oncologues, ophtalmologues, ORL, pneumologues, psychiatres, radiologues



9

VOTRE UNION



NOS MISSIONS

REPRÉSENTATION 6000

MÉDECINS LIBÉRAUX
DE PROXIMITÉ, POUR
LA SANTÉ DE DEMAIN
EN BRETAGNE

L'URPS MLB représente les Médecins Libéraux bretons dans :

- Les instances régionales et locales : démocratie en santé, CODAMUPS, groupes de travail ARS...
- Le déploiement de projets : Dossier Médical Partagé, PAERPA, ETP...
- Les cellules de veille sanitaire concernant le médicament ou la vaccination...

L'URPS MLB soutient et accompagne les professionnels de santé dans :

- La structuration de l'offre de soins sur le territoire : PTA, CPTS, ESP...
- L'aide à l'installation et la santé des médecins
- Les projets innovants : télémédecine, systèmes d'information partagés...

ACCOMPAGNEMENT

ET SOUTIEN
À L'ORGANISATION
PROFESSIONNELLE

FORMATION ET ÉVOLUTION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

L'URPS MLB s'investit dans l'évolution des pratiques professionnelles pour :

- L'accompagnement des thèses en médecine, la participation à des projets de recherche
- La formation des coordinateurs des équipes de soins primaires à l'EHESP
- L'engagement au sein de Groupes Qualité dans le but d'harmoniser et faire évoluer les pratiques professionnelles

L'URPS MLB valorise le développement de l'exercice coordonné par :

- L'appui à la formation de groupes d'exercice coordonné (GECO)
- Le développement de projets ville/hôpital
- Le travail de concert avec les autres URPS au sein du COPIL Inter-URPS

COORDINATION

DES PROFESSIONNELS
DE LA MÉDECINE LIBÉRALE



LA GOUVERNANCE

L'URPS MLB a été créée par la loi «Hôpital, Patients, Santé et Territoires», dite «HPST», du 21 juillet 2009. Elle succède à l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne (URMLB).

L'URPS MLB est une association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901. Elle représente l'ensemble des médecins libéraux bretons, exerçant en ville ou en établissement de soins et les accompagne au quotidien dans la mise en oeuvre de leurs projets.

Les membres de l'URPS MLB sont élus par des médecins libéraux en activité dans la région Bretagne, exerçant à titre libéral dans le régime conventionnel.

Le financement de l'URPS MLB est basé sur une contribution obligatoire versée par les médecins libéraux bretons (URSSAF - CURPS).

L'ORGANISATION

Les 59 élus sont répartis en 3 collèges et en 6 commissions

COLLÈGE 1

29 médecins généralistes

COLLÈGE 2

8 médecins anesthésistes/chirurgiens/obstétriciens

COLLÈGE 3

22 médecins spécialistes

COMMISSION SANTÉ

Rapporteur : Dr Nicole COCHELIN
5 médecins généralistes et 4 médecins spécialistes

COMMISSION PERMANENCE DES SOINS

Rapporteur : Dr Daniel PENCOLE
14 médecins généralistes et 6 médecins spécialistes

COMMISSION SYSTEMES D'INFORMATION

Rapporteur : Dr Nikan MOHTADI
10 médecins généralistes et 13 médecins spécialistes

COMMISSION COMMUNICATION

Rapporteur : Dr Ivane AUDO
13 médecins généralistes et 7 médecins spécialistes

COMMISSION EXERCICE LIBÉRAL

Rapporteur : Dr Bénédicte DELAMARE
19 médecins généralistes et 14 médecins spécialistes

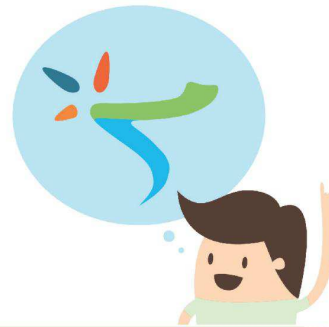
COMMISSION DES THÈSES

Rapporteur : Dr Yann PRIGENT
3 médecins généralistes et 5 médecins spécialistes

NOS ÉLUS EN BRETAGNE

Pascal ANET - Médecin généraliste
 Sylvain BELLO - Pédiatre
 Jean-Paul BERTHET - Psychiatre
 Bertrand BIBES - Médecin généraliste
 Virginie BLONS - Médecin généraliste
 Olivier BOYER - Anesthésiste
 Nathalie CARLOTTI - Endocrinologue
 Gérard CHAUVIN - Médecin généraliste
 Nicole COCHELIN - Dermatologue
 Christophe COUSIN - Gynécologue-obstétricien
 Bénédicte DELAMARE - Médecin généraliste
 Frédéric DUBOIS - Chirurgien urologue
 Cédric FABRE - Médecin généraliste
 Loïc KERDILES - Anesthésiste
 Thierry LABARTHE - Médecin généraliste
 Hubert LE HETET - Anesthésiste
 Hervé LE NEEL - Médecin généraliste
 Virginie LE RAY - Médecin généraliste
 Frédéric MAS - Médecin généraliste
 Catherine NOEL - Médecin généraliste
 Mireille PATOUX-PIBOUIN - Dermatologue
 Daniel PENCOLE - Médecin généraliste
 Perrine PICHON - Endocrinologue
 Jérôme POIRIER - Radiologue
 Hubert SEVIN - Médecin généraliste

35



Ivane AUDO - Médecin généraliste
 Hélène BAUDRY - Médecin généraliste
 Alain BERTHIER - Médecin généraliste
 Gérard CASTILLON - Cardiologue
 Chantal CAVIN - Médecin généraliste
 Éric CHEVALLIER - Radiologue
 Yves FROGER - Psychiatre
 Éric HENRY - Médecin généraliste
 Pascal LAMY - Médecin généraliste
 Jean-François LE PODER - Cardiologue
 Jean-Yves MAIRE - Anesthésiste
 Pierre POIRIER - Chirurgien orthopédiste
 Frédéric POUJADE - Cardiologue
 Uwe-Martin SCHNEIDER - Médecin généraliste
 Sébastien THOS - Médecin généraliste

56

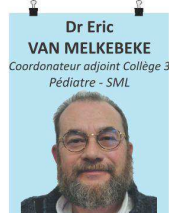
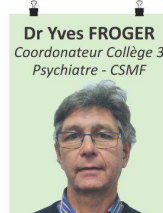
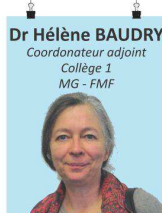
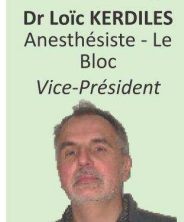
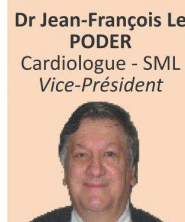
Philippe HUBERT - Pneumologue
 Jean-Pierre LAGUENS - Médecin généraliste
 Isabelle LECHAT - Gynécologue
 Michel MAHÉ - Gastro-entérologue
 Gilles MEHEUT - Médecin généraliste
 Jean-Luc MILIN - Médecin généraliste
 Nadia SIMON - Médecin généraliste
 Éric VAN MELKEBEKE - Pédiatre
 Brigitte VIÉ - Oncologue

22

Lucas BEURTON-COURAUD - Médecin généraliste
 Natalie CREFF-AZZOLIN - Médecin généraliste
 Benoît FEGER - ORL
 Ali HASBINI - Oncologue, radiothérapeute
 Nicole JOUAN-ABALLEA - Dermatologue
 Jean-Yves LOHEAC - Médecin généraliste
 Nikan MOHTADI - Médecin généraliste
 Luc PRIGENT - Radiologue
 Yann PRIGENT - Biologiste
 Claude ZABBE - Pneumologue

29

LES MEMBRES DU BUREAU ET LES RAPPORTEURS DE COLLÈGES



L'ÉQUIPE TECHNIQUE



ACCUEIL DE STAGIAIRES

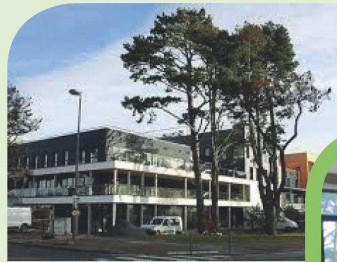
En 2017, l'URPS MLB a accueilli un stagiaire :

Gilles GARDAN, stagiaire pour l'inter-URPS, étudiant en Master 2 Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique à l'EHESP

LA VIE DE L'UNION : LES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES 2017



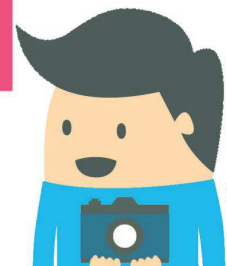
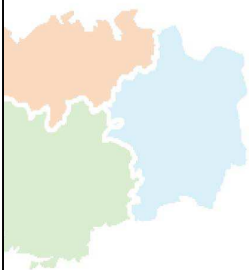
Le 27 avril 2017 à Rennes



Le 21 septembre à Lorient



Le 7 décembre 2017 à Rennes



15

MESSAGERIE SÉCURISÉE

8 millions de messages envoyés par les médecins libéraux de Bretagne

SANTÉ DES MÉDECINS

Un médecin inscrit au DIU «Soigner les soignants»

E-SANTÉ

Réponse à l'appel à projet «télémédecine 2017» pour le déploiement d'une solution mobile et sécurisée



EXERCICE COORDONNÉ

Initialisation de CPTS sur 4 sites et accompagnement des PTA en construction



MOI(S) SANS TABAC

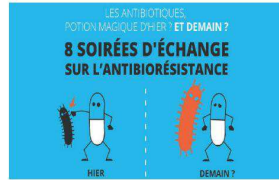
Participation au Moi(s) Sans Tabac



2017,

ANTIBIORÉSISTANCE

8 soirées organisées en Bretagne réunissant près de 400 professionnels de santé



FORMATION

Participation à la formation PACTE soins primaires de l'EHESP

PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

Rédaction du nouveau cahier des charges pour l'organisation de la permanence des soins

une année marquante

ORGANISATION TERRITORIALE



Projet Personnes Âgées et Fragilités (PAF)

Cette expérimentation, portée par l'URPS MLB avec le soutien financier de l'ARS Bretagne, s'inscrit à la fois dans une logique d'amélioration du parcours patient et dans une logique de prévention secondaire.

Elle est issue du groupe de travail régional « Pathologies du vieillissement » piloté par l'ARS.

Trois territoires ont été retenus pour mettre en œuvre ce projet : **Brest Métropole**, le **Pays d'Auray** et la communauté de communes de **Matignon**.

L'objectif est de prévenir et retarder la perte d'autonomie chez la **personne âgée de plus de 70 ans le plus précocement possible et dès le domicile**.

Grâce aux soirées de sensibilisation et à l'aide de la grille de repérage, les professionnels peuvent orienter leurs patients identifiés comme fragiles

et mettre en œuvre, si nécessaire, une expertise gériatrique.



18

L'objectif de cette expérimentation est d'agir sur les déterminants de la fragilité, afin de retarder la dépendance dite « évitable » et de prévenir la survenue d'événements entraînant la perte d'autonomie.

Cette expérimentation est destinée aux professionnels de santé bretons et est déployée grâce à l'engagement des médecins, pharmaciens, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, et pédicures podologues, sous l'impulsion de l'Inter-URPS.

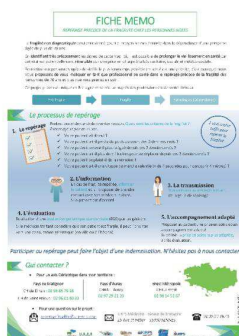
En 2017, plusieurs actions ont été menées :

- Associer les gériatres des équipes hospitalières à l'élaboration du projet et informer les pilotes MAIA et les PTA de son déroulement



- Former et sensibiliser les professionnels de santé au cours de soirées coanimées par les gériatres sur la base d'échanges techniques et de cas cliniques
- Accompagner la mise en œuvre de l'expérimentation par les professionnels de santé
- Réaliser un suivi avec des données remontées tous les mois

Plusieurs **outils ont été mis à la disposition des professionnels pour faciliter le repérage** dans leur pratique quotidienne :



- Outil d'aide à la décision pour le professionnel de santé : grille de repérage précoce de la fragilité
- Fiche Mémo : repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées (juin 2017)

LES CHIFFRES

60%
des 105 professionnels présents aux soirées de sensibilisation s'est engagé à participer au repérage.

La grille de repérage élaborée a été pertinente pour 65 % des professionnels de santé.

85%
des participants a pu mieux appréhender la notion de fragilité chez la personne âgée grâce aux éléments de sensibilisation et d'information mis à disposition.

POINT MAIA*

*Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

Le Dr Cédric Fabre et Olivia Briantais ont participé au DIU «Gestionnaire de Cas MAIA» le 28 avril au CHU de Rennes.

*Cette journée fut l'occasion d'échanger auprès des gestionnaires de cas sur le **rôle des médecins libéraux en lien avec les MAIA.***

*Camille Cousin, stagiaire pour l'Inter-URPS en 2017, a réalisé un travail visant à **clarifier auprès des professionnels de santé libéraux les missions des MAIA.** L'objectif est de mieux comprendre les situations pour lesquelles les professionnels de santé peuvent les solliciter.*

Retrouvez ce travail sur les MAIA :
<https://fr.calameo.com/read/0052972655a84d67a1d40>



Dans la poursuite des actions de prévention réalisées par les professionnels, le projet entame en 2018 une phase d'évaluation qualitative. Une série d'entretiens permettra aux professionnels de faire part de leur expérience pour dégager des pistes d'améliorations pour le parcours de soin de la personne en situation de fragilité.

ORGANISATION TERRITORIALE



Le parcours en chirurgie

La prise en charge du patient en sortie de chirurgie, qu'il s'agisse de chirurgie « classique », de chirurgie ambulatoire ou de RAAC (Récupération Améliorée Après Chirurgie), est un élément majeur du virage ambulatoire.

L'organisation du parcours entre la ville et l'hôpital pour garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge du patient, nécessite de redéfinir le rôle des établissements de santé et des professionnels de santé libéraux du territoire dans la prise en charge.

Imaginer un modèle innovant d'organisation transversale sur un territoire entre la ville et l'hôpital est un enjeu dont s'est saisi l'URPS MLB en 2017 afin de :

- Garantir au patient une prise en charge et un retour à domicile sûr et de qualité
- Répondre à un enjeu de pertinence des soins
- Promouvoir une démarche qualité et d'amélioration des pratiques
- Développer des outils de coordination et de communication partagés

2017

Gilles GARDAN, étudiant en Master 2 à l'EHESP et stagiaire pour l'inter-URPS, a réalisé un mémoire portant sur le suivi post-opératoire d'une chirurgie ambulatoire et la coordination ville-hôpital pour le parcours de soins, s'appuyant sur le projet de RAAC de Lorient.

Retrouvez ce travail :

<https://www.urpsmlb.org/wp-content/uploads/2017/08/R%C3%A9ponses-au-questionnaire-vf.pdf?x37326&x37326>



20

PROJET RAAC

La RAAC vise à favoriser la continuité des soins, à assurer une prise en charge optimale du patient et à permettre une traçabilité de l'information.

L'objectif est de réduire le nombre de ruptures de parcours, d'améliorer la récupération du patient après sa chirurgie et d'éviter les ré-hospitalisations par la modélisation d'un parcours de prise en charge, débutant en amont de la chirurgie, entre l'établissement de santé et les professionnels de ville.

En 2017, l'URPS MLB a accompagné le développement de la RAAC sur le territoire de Lorient-Quimperlé.



Le projet est né dans le département du Morbihan, d'une double volonté : celle des établissements de santé de développer une activité de chirurgie dans le cadre d'un programme RAAC, et celle des professionnels libéraux du territoire, directement concernés par ce type de prise en charge, de s'investir activement dans l'élaboration du parcours.

Des professionnels libéraux du territoire (médecins généralistes, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers), des anesthésistes et des chirurgiens orthopédistes de la Clinique Mutualiste de la Porte de l'Orient, accompagnés par GECO Lib', se sont mobilisés pour mettre en oeuvre ce projet afin de :

- Organiser le parcours RAAC et construire les outils de la coordination
- Promouvoir une démarche qualité, d'amélioration des pratiques et de formation
- Rendre visible l'organisation territoriale et mobiliser les professionnels de santé autour d'un projet médical partagé

PAPRICA

Autour de la prise en charge en chirurgie ambulatoire, l'URPS infirmiers soutenu par l'URPS MLB ont créé la plateforme PAPERICA dont la mise en service s'est effectuée en 2017.

Sur cette plateforme, chaque établissement peut mettre à disposition des professionnels de santé de ville et des patients, des outils comme par exemple des fiches d'informations et des vidéos, pour favoriser l'information vers la ville et ainsi sécuriser la prise en charge du patient.

VIRAGE AMBULATOIRE

Des rencontres régulières ont lieu entre l'URPS MLB et les fédérations hospitalières publiques et privées dans le but de privilégier la relation ville-hôpital.

En juillet 2017, une rencontre avec la FHF Bretagne a été l'occasion d'aborder l'organisation territoriale, l'articulation des projets médicaux des GHT et la relation ville-hôpital. Une réunion est désormais prévue tous les semestres.

PROJET CESSON SEVIGNÉ

Le projet de GECO en Chirurgie Ambulatoire de l'Hôpital Privé de Cesson Sévigné a émergé de la volonté d'instaurer une coordination plus efficiente entre l'établissement de santé et les professionnels de santé de ville, autour des sorties de chirurgie ambulatoire.

L'URPS MLB a suivi et soutenu ce projet avec l'association GECO Lib', proposant un accompagnement pour développer des outils et des protocoles répondant à un triple objectif :

- Améliorer la prise en charge des patients lors de la sortie d'hospitalisation
- Construire des liens forts entre l'établissement de santé et les professionnels libéraux du territoire
- Promouvoir une démarche qualité d'amélioration des pratiques et de formation



Concernant le projet RAAC de Lorient-Quimperlé :

- La création d'une CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) intégrant le projet
- Le recrutement d'un référent parcours qui sera chargé de faire le lien entre tous les professionnels intervenant dans la prise en charge du patient est envisagé. Il organisera la démarche qualité et l'amélioration des pratiques pour assurer la continuité des projets.



ORGANISATION TERRITORIALE



Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive - BPCO

RESPIBREIZH - Pays d'Auray

Depuis 2014, ce projet est porté par une **équipe pluriprofessionnelle de douze professionnels de santé libéraux** en collaboration avec l'URPS MLB.

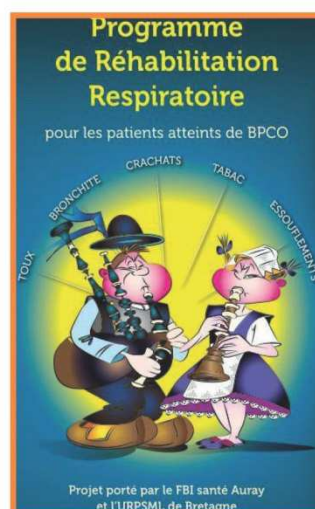
Il a permis aux patients porteurs de BronchoPneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) de bénéficier d'un programme de réhabilitation respiratoire, associant éducation thérapeutique et réentraînement à l'effort, à proximité de leur domicile.

L'objectif poursuivi est de **diminuer la mortalité**, évitable par un dépistage, un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée.

Le programme est animé par une coordonnatrice de la Fédération Bretonne Interprofessionnelle (FBI) Santé Pays d'Auray. Chaque patient qui intègre le projet bénéficiera de :

- 2 rencontres individuelles en début et en fin de programme
- 8 séances collectives d'éducation thérapeutique pour mieux comprendre certains éléments (les traitements, la nutrition, la ventilation, le souffle, la gestion du stress)
- 1 test de marche en début et en fin de programme

Une équipe pluriprofessionnelle formée en ETP intervient tout au long du programme : médecins, pharmaciens, masseur-kinésithérapeutes, infirmiers, enseignants en activité physique et adaptée.



PROJET UNANIME

« UNANIME » est un projet de recherche expérimenté dans le Finistère depuis juin 2017.

Cet acronyme reflète la philosophie d'«**Une approche synergique – deNtistes – phArmaciens – kiNésithérapeutes - Infirmiers – MédEcins**». Son objectif est de repérer précocement les patients atteints de BPCO.

L'association du CHRU de Brest et des URPS met en exergue les liens entre les professionnels de santé libéraux de ville et les praticiens hospitaliers.

La mise en place d'un repérage organisé, effectué par chacun des professionnels de santé (dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, médecins généralistes et pharmaciens), entraîne l'optimisation du parcours de soins du patient.

La mesure du souffle permet de dépister une potentielle BPCO et de définir l'âge pulmonaire du patient. Le professionnel juge alors de la pertinence d'orienter ce dernier vers son médecin traitant. Le pneumologue est ensuite amené à confirmer ou non le diagnostic de BPCO.

Enfin, les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge établissent un plan de santé et accompagnent le patient dans l'arrêt du tabac.

Soutenue par l'Institut Archipel (regroupement d'associations pour le service à la personne), l'Association de Perfectionnement des Pneumologues Libéraux de Bretagne et l'ARS, les acteurs du projet ont rencontré une soixantaine de personnes à l'occasion de la journée mondiale de la BPCO, le jeudi 16 novembre 2017 au CHRU de Brest, sur le site de la Cavale Blanche.

Professionnels de santé et associations de patients étaient disponibles pour sensibiliser le public, transmettre des informations et échanger sur la

LE CHIFFRE

40

professionnels de santé du Finistère ont été formés et équipés pour le repérage des premiers signes de BPCO



ORGANISATION TERRITORIALE



Le 26 janvier 2016, la Loi de Modernisation du Système de Santé (LMSS) a acté la mise en place de nouveaux dispositifs visant à améliorer la coordination des professionnels de santé sur les territoires et à leur fournir de nouveaux outils.

LES PLATEFORMES TERRITORIALES D'APPUI (PTA)

Un an après la publication de la loi, quelle mise en œuvre des Plateformes Territoriales d'Appui en Bretagne ?

Les PTA ont pour objectif d'apporter un **soutien aux professionnels de santé, en collaboration avec les professionnels des secteurs social et médico-social dans la prise en charge de cas complexes**. L'objectif est de limiter les hospitalisations inutiles ou évitables et les ruptures de parcours.

Les professionnels du secteur sanitaire, social ou médico-social, peuvent solliciter la PTA. L'accord du médecin traitant du patient est systématiquement requis. L'appui réalisé par la PTA peut concerner tout patient dont la prise en charge est complexe, par exemple : les patients poly-pathologiques, les patients ayant besoin d'un accompagnement social, les patients en situation de handicap, etc. Les services de la PTA enclencheront ensuite un accompagnement avec les acteurs du territoire pour organiser ensemble la prise en charge adéquat.

Les élus de l'URPS MLB sont impliqués dans la mise en place des PTA sur leurs territoires.



Les PTA émanent de l'initiative des professionnels de terrain du secteur sanitaire, social ou médico-social avec une priorité donnée aux professionnels de santé de ville. Les Equipes de Soins Primaires (ESP) ou Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) lorsqu'elles sont constituées peuvent également porter une PTA.

Au 31 décembre 2017, il y a **12** PTA recensées dans la région.

4 sont en fonctionnement :

PTA Appui Santé Nord Finistère
PTA Appui Santé du Pays de Fougères
PTA Cap Santé Trégor
PTA Appui aux Professionnels de santé (Vannes-Muzillac)

En Bretagne **6 PTA** sont en cours de structuration :

PTA de Quimper
PTA de Lorient-Quimperlé
PTA du Pays de Guingamp
PTA du Pays de Saint-Brieuc
PTA de Saint-Malo - Dinan

Et **2 autres** sont en cours de préfiguration :

PTA du Pays de Rennes
PTA du Pays de Brocéliande

LES COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ (CPTS)

Une CPTS est une communauté de professionnels de santé dont l'objectif est d'**assurer une meilleure coordination de leurs actions et de structurer le parcours de santé** (accès, prévention et soins) pour mieux répondre aux besoins de la population d'un territoire.

Elle se constitue à l'**initiative de professionnels de santé libéraux** sur un territoire. La CPTS est une opportunité pour organiser les initiatives et les coopérations existantes, soutenir les dynamiques coordonnées autour du patient, respecter la place et les compétences de chacun, fédérer les acteurs de santé.

Les URPS ont travaillé depuis 2016 à l'**identification et à la formalisation d'un accompagnement** pour l'émergence de ces organisations professionnelles.

Plusieurs projets ont émergé en 2017

3 projets soutenus par l'URPS MLB marquent le lancement de cette dynamique :

- Organisation du parcours du patient et de l'amélioration de la prise en charge du retour à domicile après chirurgie (RAAC) sur le Pays de Lorient, partenariat avec les établissements de santé privés et publics du territoire



- Projet ville-hôpital, à l'initiative des médecins libéraux du Pays de Quimper, pour l'amélioration de la coordination entre les professionnels de santé de ville et le Centre Hospitalier Intercommunal de Quimper
- Mise en place d'une «Plateforme santé» pour répondre aux besoins des professionnels et des patients. Cet outil permettra d'identifier l'offre de soins et les ressources professionnelles disponibles sur le Pays d'Auray.

2017

3 CPTS en cours de formalisation :
Auray, Lorient, Quimper

36 CPTS potentielles sur le territoire breton

Lancement de la démarche d'accompagnement des URPS de Bretagne auprès des professionnels de santé souhaitant formaliser leur CPTS avec la publication de «*L'essentiel de la CPTS*».



25

GROUPES D'EXERCICE COORDONNÉ



Les pratiques professionnelles évoluent : qu'ils exercent seuls ou en groupe, qu'ils soient médicaux ou paramédicaux, les professionnels de santé libéraux sont de plus en plus amenés à se coordonner avec d'autres acteurs de santé qui interviennent dans la prise en charge d'un patient. Ainsi se développent, sur des thématiques de santé particulières ou sur des organisations professionnelles, des groupes de professionnels de santé qui s'associent pour former un exercice coordonné : les GECO.

Les GECO se définissent par l'existence de **liens entre professionnels de santé, d'au moins deux professions différentes**, dans le cadre d'un exercice coordonné.

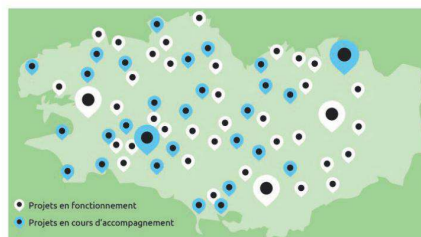
Ces liens peuvent **se formaliser sous différentes formes** : structure juridique, conventions de partenariat, protocole de soins ou de coordination, partage d'informations, existence de rencontres régulières...

STRUCTURATION TRÈS DIVERSE DES GECO :

- **Pôles ou maisons de santé**, autour d'un projet de santé et d'un territoire
- **Thématiques spécifiques autour du parcours**: suivi de la femme enceinte et du nouveau-né, organisation de la chirurgie ambulatoire, parcours de la personne âgée, élaboration de programmes d'éducation thérapeutique, santé mentale...
- Aide à la **mutualisation de l'organisation professionnelle** : cabinets de groupe (mono ou pluriprofessionnel), mutualisation du secrétariat

Le 26 janvier 2016, la Loi de Modernisation de notre Système de Santé est venue réorganiser le paysage des territoires de santé avec la mise en place de nouvelles structures dédiées à la coordination entre professionnels :

- Equipes de Soins Primaires (ESP)
- Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)
- Plateformes Territoriales d'Appui (PTA)



Cartographie des GECO bretons

INSTANCES DE SÉLECTION DES PROJETS D'EXERCICE COORDONNÉ :

La **CARPEC - Commission d'Appui Régionale des Projets d'Exercice Coordonné** - échange sur les projets de pôles et maisons de santé, se prononce sur les demandes d'accompagnement, suit et examine les projets de santé déposés par les associations de professionnels. Elle sélectionne les projets retenus pour un accompagnement. En 2017, l'URPS MLB a participé à 4 CARPEC.

Le **Comité de sélection des MSP** oriente les financements préfectoraux, destinés aux financements de l'immobilier et/ou du système d'information, vers les maisons et pôles de santé pluridisciplinaires. Ceux-ci doivent répondre à des critères partagés, tant sur les zones d'implantation que sur l'existence d'un projet de santé validé par l'ARS. L'URPS MLB a participé à 2 réunions de ce comité.

L'ASSOCIATION



Groupes libéraux d'exercice coordonné en santé

Présentation

GECO Lib' Bretagne a été créée en 2014 à l'initiative de l'URPS MLB, soutenue par le COPIL Inter-URPS (URPS des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes, des chirurgiens-dentistes, des pédicures-podologues et des pharmaciens).

GECO Lib' (Groupe d'Exercice COordonné LIBéraux) est une association par et pour les professionnels de santé désireux de s'associer dans un exercice coordonné et de développer de nouvelles prises en charge pour les patients.

L'objectif de GECO Lib' est de permettre aux professionnels de santé de définir et de mettre en place des projets de santé partagés.

GECO Lib' a formé 26 facilitateurs : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, pédicures-podologues et pharmaciens. Leur rôle est d'accompagner et de fédérer les différents acteurs autour d'un projet de santé commun. Ils interviennent sur la médiation, le changement dans le mode d'exercice et la méthodologie de projet.



LES OUTILS DE GECO LIB'

Un GUIDE DE L'EXERCICE COORDONNÉ a été réalisé par GECO Lib' afin de fournir à tous les professionnels de santé des outils pratiques pour faciliter la mise en place de leurs projets.

Ce dernier comprend des fiches techniques spécifiques concernant les aspects juridiques (création d'une association loi 1901, d'une SISA...), les aspects organisationnels (mise en place d'un protocole pluridisciplinaire, d'un programme d'éducation thérapeutique ou encore l'accueil de stagiaires...) et d'autres outils méthodologiques utiles pour l'exercice coordonné.

LE GUIDE DE PROGRESSION

Il vous permet de faire le point de vos organisations et de vous fixer des objectifs à atteindre.

Pour plus d'informations : www.gecolib.fr

2017

4 soirées sur les protocoles de coopération en région Bretagne avec la MACSF

114 professionnels de santé informés sur l'usage de la messagerie sécurisée et 90 comptes de messageries créés

16 nouvelles facilitations en Bretagne

43 projets d'exercice coordonné accompagnés par GECO Lib'

E-SANTÉ



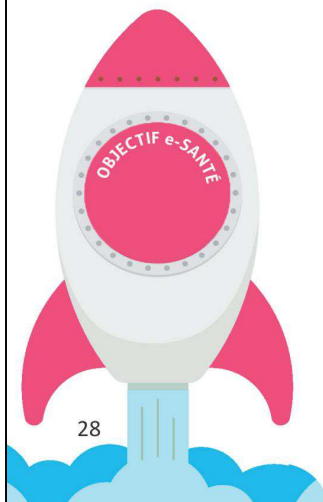
La e-Santé apparaît de plus en plus comme une solution pertinente pour répondre aux défis que doit relever notre système de santé : inégalités territoriales d'accès aux soins, vieillissement de la population, évolution de la démographie médicale. L'usage des nouvelles technologies numériques au service de la santé est encouragé dans le but de répondre à ces enjeux.

LA TÉLÉMÉDECINE

En 2017, un appel à projets a été lancé par l'ARS sur la Télémédecine. Au total, 17 projets ont été sélectionnés et vont se déployer à travers toute la Bretagne.

Le projet du COPIL Inter-URPS pour le déploiement d'une application mobile figure parmi ces 17 projets. Il s'agit d'un projet pluriprofessionnel visant à développer la coordination des professionnels sur le terrain, à travers l'usage d'une application mobile.

L'objectif de ce projet mobilité est de mettre à la disposition des professionnels de santé libéraux un outil simple, mobile et sécurisé. Il garantira une prise en charge plus optimisée en **facilitant la communication entre ces professionnels**, autour du patient, sur des thématiques précises.



AUTRES PROJETS

- Projet **téléexpertise en dermatologie** en Centre Bretagne
- Projet de **téléexpertise en dermatologie dans les EHPAD** sur le pays de Brest
- Participation au **comité de projet du Dossier Médical Partagé (DMP)** dans les Côtes d'Armor
- Déploiement des **messageries sécurisées de santé**
- Participation aux groupes de travail sur la **mise en place du Dossier Communicant en Cancérologie (DCC)**
- Participation au **séminaire régional du ROR** (Répertoire Opérationnel des Ressources)

LE GCS e-SANTÉ BRETAGNE



Le Groupement de
Coopération Sanitaire
(GCS) e-Santé
Bretagne, promeut,
pilote et coordonne
les projets mutualisés

qui permettent des échanges numériques
entre tous les professionnels de santé.

Ce dernier accompagne également les
projets numériques en santé et propose un
bouquet de services pour les établissements
et les professionnels libéraux. En ce
sens, le GCS e-Santé est l'interlocuteur
privilegié pour la mise en œuvre des projets
numériques.

L'URPS MLB est membre du GCS e-Santé et
le Dr Nikan MOHTADI, Président de l'URPS
MLB, en est administrateur adjoint.

Pour plus d'informations :
www.esante-bretagne.fr



2017
PRISE DE POSITION

L'URPS MLB suit avec attention le
déploiement du DMP en région, mais
appelle à une certaine vigilance des
professionnels de santé quant à la
sécurisation des données.
Sa participation au comité projet
dans les Côtes d'Armor est en ce sens
seulement informative

SI PARCOURS GWALENN

C'est à l'initiative des réseaux bretons et des structures
de coordination que l'outil SI Parcours GWALENN a vu le
jour. L'URPS MLB est intégrée au développement de ce
projet, en tant que membre du comité de pilotage, et
participe aux différents groupes de travail.

GWALENN est une solution d'échanges d'informations
autour de la gestion du parcours patient à destination
des structures de coordination (PTA, CLIC, MAIA). Elle
est partagée avec les professionnels de santé.

Ce dispositif doit faciliter les échanges entre les acteurs
du sanitaire, du social et du médico-social participant
à la prise en charge des patients. Le résultat attendu
est avant tout une meilleure efficacité dans la prise en
charge coordonnée des patients.

Les professionnels de santé libéraux y accéderont via un
«portail partenaires» permettant de faire des demandes
d'orientation vers les dispositifs de coordination et de
suivre le parcours du patient.



- Phase de tests de l'application mobile prévue en juin 2018
- 4 sites pilotes sur l'outil GWALENN
- Relance du projet téléexpertise en dermatologie du Centre Bretagne
- Rédaction d'un mémento sur les services et outils numériques en Bretagne

SANTÉ PUBLIQUE



MÉDICAMENTS

L'URPS MLB s'engage depuis plusieurs années dans les actions nationales et régionales liées au bon usage des médicaments.

L'année 2017 marque la poursuite de notre engagement dans la lutte contre l'antibiorésistance afin de valoriser les bonnes pratiques et mettre en place des actions susceptibles de contribuer à l'amélioration des soins.

LES ANTIBIOTIQUES, POTIONS MAGIQUES D'HIER ... ET DE DEMAIN !

L'URPS MLB a organisé, avec l'URPS Pharmaciens, l'URPS Biologistes et Medqual, 8 soirées d'information et d'échanges, au cours de l'hiver 2017-2018.



L'objectif est de sensibiliser l'ensemble des professionnels de santé libéraux, pharmaciens et biologistes sur l'état des résistances aux antibiotiques. Avec l'intervention de 18 experts en microbiologie, en infectiologie et en biologie venant de toute la Bretagne.

30

Ces soirées ont été réalisées avec le soutien institutionnel de Sanofi, en partenariat avec le CHP St Grégoire et le groupe HGO.

Les soirées ont permis d'aborder une problématique de santé publique majeure, relayée par la presse régionale à de multiples reprises. En effet, la consommation en excès et de façon inappropriée d'antibiotiques conduit à augmenter la pression de sélection sur les bactéries qui, comme tout être vivant, se modifient avec les contraintes de leur environnement.

Elle ont également fait émerger les enjeux et la notion de coordination entre professionnels de santé lors des échanges quotidiens médecin-biologiste ou médecin-pharmacien.

LES CHIFFRES

367 participants

18 experts

8 soirées



FORUM SANTÉ PUBLIQUE

L'URPS MLB a également participé à des travaux régionaux et nationaux en lien avec SANOFI sur le thème : « *Mieux gérer, mieux organiser : comment la Bretagne lutte contre l'antibiorésistance* ».

Ce forum a permis également de porter l'intérêt de « l'ordonnance de non prescription » des antibiotiques et d'aborder la question de la vaccination des professionnels de santé.

PROPIAS

Le PROgramme national d'actions de Prévention des Infections Associées aux Soins (PROPIAS) a déterminé la prévention des infections associées aux soins comme pivot de la stratégie nationale d'aujourd'hui et de demain.

L'URPS MLB a participé à ces travaux nationaux dans le cadre d'un groupe de travail.

PRÉVENTION

Agir en matière de prévention pour garantir la bonne santé, favoriser et promouvoir les actions de prévention et de lutte contre le tabac, a été la position de l'URPS MLB en 2017.

MOI(S) SANSTABAC : FAUT-IL FUMER POUR ÊTRE UN BON MÉDECIN ?

L'objectif: **motiver les étudiants en médecine à arrêter de fumer et les accompagner dans cette démarche.** L'action s'est déroulée durant les mois d'octobre et novembre 2017, en lien avec la campagne nationale. Au programme, conférences animées par une troupe de théâtre, stands et distributions de kits d'accompagnement.

Cette action a été réalisée en partenariat avec les associations d'étudiants, les services de Médecine Universitaire, les doyens des deux facultés, les services de tabacologie des CHU de Brest et Rennes, avec le soutien financier de l'ARS.



Au total, ce sont 60 étudiants en médecine qui ont relevé le défi «Moi(s) sans tabac»



VACCINATION

L'URPS MLB soutient le déploiement de la vaccination. Le Dr VAN MELKEBEKE participe à la cellule de vigilance de l'ARS sur la vaccination et relaie les informations auprès des élus.

PERTINENCE DES SOINS

L'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins (IRAPS) regroupe différents représentants des professionnels de santé, les associations d'usagers, l'Ordre des médecins, l'Agence Régionale de Santé, l'Assurance Maladie et les URPS. L'objectif est **de déployer la culture de la pertinence des soins en région, en mobilisant les professionnels et en associant les usagers.**

La pertinence des soins s'appuie sur l'idée d'**une pratique efficace et appropriée.** Il s'agit aussi d'associer le patient à la décision médicale et de garantir à tous l'accès aux soins.

Un groupe de travail de l'IRAPS s'attache à analyser les résultats de l'enquête menée par le GCS «Coordination pour l'Amélioration des Pratiques Professionnelles en Santé Bretagne». Il se base sur les Évaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) de 63 établissements.

Les Drs Hubert LE HETET et Loïc KERDILES participent à cette analyse qui doit permettre de déterminer les nouveaux sujets importants en matière de pertinence des soins en Bretagne, et les actions à mettre en œuvre.



En 2018, des soirées seront organisées en Bretagne sur le thème de la vaccination

DÉMARCHE QUALITÉ

Q



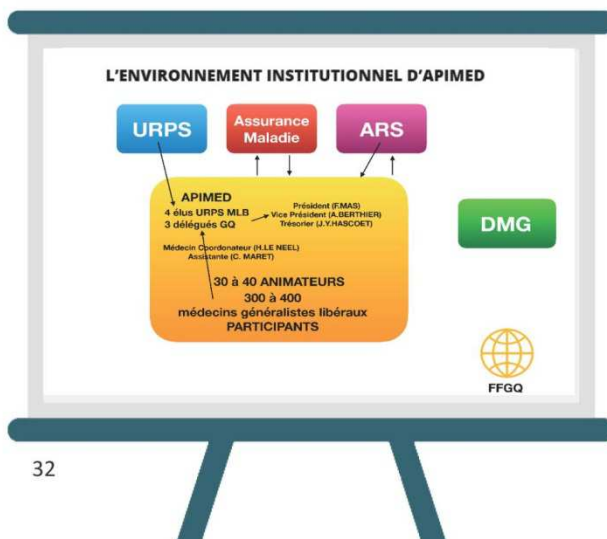
Les Groupes Qualité sont composés d'une dizaine de médecins généralistes d'un même territoire, qui se rencontrent mensuellement, accompagnés par un animateur, pour échanger sur leur pratique professionnelle autour de thèmes définis régionalement ou au sein du groupe.

APIMED

En Bretagne, c'est l'association APIMED qui représente les groupes qualité pour l'amélioration des pratiques et de l'information médicale.

Le projet Groupe Qualité, déployé en Bretagne depuis 2001, porté par l'URPS MLB, poursuit une triple ambition :

- **Politique**, en utilisant le territoire comme levier d'incitation et de recrutement des participants; avec l'ambition d'engager une large majorité de médecins généralistes du territoire dans le groupe qualité.
- **Professionnelle**, en organisant des séances d'échanges entre médecins sur leur pratique, autour d'une analyse partagée de ces pratiques et de leur confrontation aux données de la science, exprimées ou non en termes de recommandations. Ces séances sont aussi une protection collective contre le surmenage professionnel, l'isolement professionnel, et leurs conséquences.
- **Qualitative**, ces opportunités d'analyses partagées des pratiques de chacun conduisent à une amélioration des pratiques individuelles, et globalement de celle du Groupe. Il s'agit donc d'un dispositif collectif et partagé d'incitation et d'accompagnement à la démarche qualité. Ce dernier point est analysable en termes de comportements thérapeutiques et diagnostiques, avec l'utilisation des outils de recueil de données de l'Assurance Maladie.

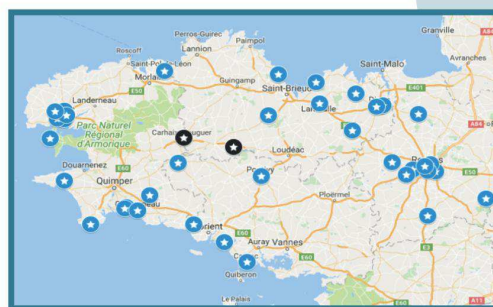


En mai 2017, a eu lieu l'élection du nouveau Président et du nouveau Trésorier de l'association APIMED :

Dr Frédéric MAS, Président Apimed
Dr Alain BERTHIER, Vice-Président Apimed
Dr Jean-Yves HASCOET, Trésorier Apimed
Dr Nathalie MATHILIN, Secrétaire Apimed

OUTILS ET ACTIONS D'APIMED

- 10 réunions par an (6 thèmes prédéterminés, 2 thèmes libres, 2 séances de restitution des indicateurs)
- Évaluation des groupes sur la base d'indicateurs issus du SNIIRAM
- Dossier documentaire élaboré par APIMED
- Indemnisation des participants par APIMED



LES CHIFFRES



37 Groupes Qualité et **334** médecins généralistes impliqués en Bretagne en 2017

Dans la région, pour 500 000 € engagés dans l'organisation, **10 millions d'euros** sont

économisés par l'Assurance Maladie ;

Un projet qui s'exporte dans 6 régions, avec

144 Groupes et **1 540** médecins engagés.



- Expérimentation concernant la participation de tiers
- Réflexion sur l'intégration de spécialistes dans des groupes volontaires
- Volonté du collège des spécialistes de l'URPS MLB de leur entrée dans la démarche qualité
- Mise à disposition par APIMED de l'expertise des animateurs Groupes Qualité
- Réflexion sur la mise en place d'un système d'information et d'échanges entre institutionnels et médecins sur un territoire

PERMANENCE DES SOINS



L'organisation de la Permanence Des Soins (PDS) est une des composantes de l'offre de soins. Elle se définit par la mise en œuvre d'une réponse aux demandes de soins non programmés, c'est-à-dire en dehors des heures d'ouverture habituelles des cabinets médicaux, sur l'ensemble du territoire et pour l'ensemble des spécialités médicales. A côté de l'offre des établissements publics, elle se décline pour la médecine libérale en ambulatoire et en établissements.

La Permanence Des Soins Ambulatoire (PDSA) est actuellement organisée en Bretagne selon les directives d'un cahier des charges, publié par l'ARS en 2012, qui définit son organisation dans les 4 départements bretons et ses modalités de rémunération.

Conclu pour une durée de 5 ans, il a été prorogé en 2018 pour permettre la concertation nécessaire à sa réécriture pour la période 2018-2023.

Ce document socle est le fruit d'une large concertation conduite avec une trentaine d'acteurs parmi lesquels :

- L'URPS MLB
- Les associations départementales de la permanence des soins (ADPS)
- Le conseil régional et les conseils départementaux de l'Ordre des Médecins
- Les associations SOS Médecins
- Les représentants des SAMU Centre 15

Le cahier des charges définit ainsi trois modes de participation à la PDSA pour les médecins volontaires :

- Le **médecin régulateur** qui reçoit les appels provenant au 15 et décide avec le patient de la meilleure réponse à apporter
- Le **médecin consultant** qui assure en soirée (20h - minuit) et le week-end des consultations sur site dédié (Maison Médicale de Garde) ou dans son cabinet
- Le **médecin dit «mobile»** qui réalise au domicile du patient ou en institution les visites inévitables, préférables à une hospitalisation d'emblée.



LES 7 PRINCIPES DE LA PDSA

- Une mission de service public assurée par des volontaires
- Une couverture totale des horaires de la PDSA
- Un dispositif reposant sur une régulation médicale
- Un dispositif fondé sur de nouveaux territoires
- Des consultations assurées sur des points fixes
- Des visites incompressibles assurées par les effecteurs mobiles
- Le respect de l'enveloppe annuelle régionale

LA PDSA RESPECTE DEUX ÉLÉMENTS :

- Être joignable toutes les nuits de 20h à 8h du matin
- Être joignable les dimanches et jours fériés de 8h à 20h



LES CHIFFRES

120 médecins régulateurs libéraux interviennent au sein des 4 SAMU Centre 15 de Brest, St Briec, Vannes et Rennes

50 médecins mobiles libéraux se relaient tout au long de l'année pour réaliser les visites indispensables

60 % des médecins libéraux installés participe à la dynamique des sites de consultation, en MMG ou dans leurs cabinets

56 territoires de PDSA dont **9** îles

30 Maisons Médicales de Garde (MMG)



Négociations à venir entre l'ARS et les acteurs professionnels autour de 6 axes :

- Réaffirmer les 7 principes fondateurs du cahier des charges
- Renforcer les sites de consultations fixes dans chaque département
- Consolider la coopération ville-établissements afin de rationaliser la circulation des patients aux heures de PDS
- Réguler l'accès aux services d'accueil et d'urgences dans les établissements afin de réorienter vers un site de consultation PDSA si nécessaire
- Coordonner les acteurs libéraux présents sur le territoire au sein des associations SOS Médecins et des ADOPS - ADPS
- Rééquilibrer les revenus perçus par les médecins volontaires pour leur activité de PDSA



35

SANTÉ DES MÉDECINS



En mars 2017 s'est réunie pour la première fois la commission santé de l'URPS MLB. Soucieuse de l'accès aux soins des professionnels de santé, du nombre de médecins concernés par l'épuisement professionnel, cette commission a pour objectif d'améliorer l'information et l'orientation des médecins en souffrance. La santé des médecins est une condition indispensable à un bon exercice de la médecine.

L'URPS MLB, le CROM Bretagne, l'ARS et l'Assurance Maladie ont signé une convention en faveur de l'accessibilité à des bilans de santé pour les médecins. Une attention particulière est portée à la souffrance psychique.

Les médecins bretons ont désormais la possibilité de se rendre dans des centres d'exams de santé, situés à Brest (29), Lanester (56), Rennes (35), Saint-Brieuc (22), afin d'y effectuer un bilan complet de leur santé en toute confidentialité.

Cette offre de service innovante s'adresse à l'ensemble des médecins libéraux et hospitaliers de la région.



Pour prendre rendez-vous et bénéficier de ce service:

0 290 033 130*

*Appel gratuit

36





DES PLATEFORMES À L'ÉCOUTE DES SOIGNANTS

Des plateformes d'aide psychologique sont à votre écoute, dans le strict respect de votre confidentialité et du secret professionnel.

Ces dispositifs peuvent orienter vers des solutions de prise en charge, y compris d'hospitalisation, à proximité ou éloignées.

L'URPS MLB soutient deux plateformes nationales d'appels anonymes et gratuits, 24/24h et 7/7j



Pour tous les professionnels de santé :

0 800 800 854

Pour tous les soignants et leurs familles :

0 805 23 23 36



En 2017, l'URPS MLB a adhéré à l'association SPS



Le Dr Hubert SEVIN, élu URPS MLB, terminera en 2018 un DIU sur la santé des soignants. Le thème de son mémoire porte sur la prévoyance, la couverture santé et l'assurance professionnelle.

37

FORMATION RECHERCHE



L'URPS MLB entretient des liens étroits avec les universités de Médecine de Rennes et de Brest et avec l'EHESP. Elle intervient régulièrement dans les formations initiales toujours dans l'objectif de mieux faire connaître la Médecine Libérale et son exercice en Bretagne.

L'ACCOMPAGNEMENT DE THÈSES

La commission des thèses de l'URPS MLB se réunit mensuellement et répond aux demandes d'accompagnement, qu'il s'agisse d'aide dans la définition du sujet de thèse, de trouver un directeur de thèse, de relayer les questionnaires, de répondre à une demande de bourse.

À ce jour, les travaux de thèse accompagnés par l'union se sont intéressés à (aux) :

- la chirurgie ambulatoire
- la e-santé
- la médecine insulaire
- la santé des médecins
- la BPCO
- l'ETP
- Groupes Qualité
- pôles et maisons de santé
- la déclaration des événements indésirables
- l'utilisation du Guide de Progression*
- liens entre environnement et grossesse
- la couverture vaccinale

**s'adresse aux professionnels de santé libéraux pratiquant un exercice coordonné permettant une autoévaluation pour l'optimisation de leurs organisations.*

D'autres actions concernant les thèses en médecine sont également proposées aux internes :

- La diffusion de questionnaires auprès des médecins libéraux bretons
- L'attribution d'une bourse de thèse pour l'accompagnement aux projets de recherche des étudiants

En 2017, 6 questionnaires de thèse ont été diffusés et 2 bourses de thèse attribuées.

QUALSOPRIM

En 2017 l'URPS MLB a participé au comité scientifique de l'étude QUALSOPRIM. Il s'agit d'un programme de recherche qui vise à établir une échelle d'évaluation de la qualité des soins primaires en pôles et maisons de santé pluriprofessionnelles, intégrant les points de vue des patients en situation complexe et de leurs aidants.



Les demandes
d'accompagnement sont à
effectuer par mail à l'adresse
contact@urpsmlb.org

LA FORMATION «PACTE SOINS PRIMAIRES»

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), en partenariat avec la Haute Autorité de Santé (HAS) met en œuvre depuis 2016 avec la branche régionale de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS), les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS), l'association GECO Lib' et les ARS, un **programme de formation destiné aux coordonnateurs d'équipes pluriprofessionnelles de soins primaires**.

L'URPS MLB et GECO Lib' font partie du comité de pilotage régional de la formation et interviennent dans le cadre de certains séminaires.

Composée de 4 modules répartis en séminaires dispensés en e-learning et de 4 journées en présentiel à l'EHESP, cette formation propose un partage d'expériences entre les différents participants, une appropriation des outils et des référentiels, des mises en situation, mais surtout une application des apprentissages dans les organisations respectives des futurs diplômés.

L'objectif de cette formation diplômante est multiple : il s'agit de soutenir l'émergence de la fonction d'**animation-management des ESP** et ce en appui aux leaders professionnels, de **favoriser**

les pratiques pluriprofessionnelles en poursuivant l'amélioration du service rendu à la population, et de contribuer à la pérennisation des ESP.



2017



La formation
PACTE est
reconduite en
2018 et compte
13 inscrits



39

INSTANCES PROFESSIONNELLES



CONFÉRENCE NATIONALE DES UNIONS RÉGIONALES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ - MÉDECINS LIBÉRAUX

Créée en 2011, la Conférence Nationale des Unions Régionales des Professionnels de Santé Médecins Libéraux (CN URPS-ML) a un rôle de coordination technique.

LES OBJECTIFS PRINCIPAUX DE LA CN-URPS

- Faciliter la coordination et la mutualisation des travaux des URPS-ML
- Promouvoir la circulation de l'information entre ces URPS-ML, notamment sur les priorités et contrats proposés régionalement par les ARS
- Maintenir la permanence du dialogue entre les URPS-ML

COMMISSIONS ET GROUPES DE TRAVAIL

Pour travailler efficacement, la CN URPS-ML a choisi 7 thèmes déclinés en commissions et groupes de travail: départements d'outre-mer, permanence des soins en ambulatoire, répertoire opérationnel des ressources, chirurgie ambulatoire, messagerie sécurisée, télémedecine, territoires et plateformes territoriales d'appui.

Les élus de l'URPS MLB participent aux réunions, évènements et rencontres organisés par la CN URPS.

L'AG de la CN a acté l'organisation annuelle d'un séminaire de restitution des travaux. Le premier a eu lieu le 28 juin 2017 et portait sur les liens entre les syndicats et les Unions, afin d'évoquer PDSA, démarche qualité, PTA, CPTS, accès aux données de santé et zonage.

40

L'ISPL

L'Institut Statistique des Professionnels de Santé Libéraux (ISPL), créé en 2007, vise à doter les Unions Régionales de Professionnels de Santé d'un système mutualisé de gestion et d'analyse des données de santé. Ces données sont principalement issues des feuilles de soins produites par les praticiens de santé libéraux (extraction automatique mensuelle d'agrégats de données au sein du SNIRAM).

L'ISPL offre une réponse aux missions d'études et d'analyses des URPS. Elle aide à la réalisation des projets par l'accès à des ressources et par l'analyse des données permettant de décrire et d'illustrer l'activité des territoires.

En 2017, l'AG de l'URPS MLB a adhéré à l'ISPL afin d'obtenir un accès rapide aux données. Cela se caractérise par une plateforme en ligne de services statistiques et d'aide à la décision centrée sur l'analyse de l'activité des praticiens de santé libéraux.

Cet outil a permis la mise en exergue des flux de patients sur le territoire breton en fonction des spécialités médicales. Ce travail a été mené en lien avec l'URPS ML Centre-Val-de-Loire dans le cadre de la mise en place des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), afin d'analyser les zones les plus propices pour l'émergence de ces organisations.

Les cartes sont disponibles auprès de votre URPS MLB.



RETOUR SUR LES RENCONTRES DE LA BAULE



LES RENCONTRES DE LA BAULE 2017

Les Rencontres de La Baule, portées par la CN URPS ML, contribuent activement aux réflexions sur le financement et l'organisation de la Santé Publique en France.



Les 31 août et 1^{er} septembre 2017, pour la 13^{ème} édition des Rencontres de La Baule, le thème de «*La Médecine Libérale au sein du nouveau système de santé*» était à l'honneur.

Des élus de l'URPS MLB ainsi que des membres de l'équipe, étaient présents lors de ces journées riches en retours d'expériences sur les projets mis en œuvre au sein des autres URPS ML en France et sur les autres systèmes de santé de nos voisins européens.

Les sujets abordés étaient multiples :

- Financement du système de santé
- Bouleversement du colloque singulier par les nouvelles technologies
- Rôle des médecins libéraux dans la formation des jeunes médecins
- Contraintes et perspectives du médecin libéral en établissement de santé privé

- Médecine libérale et systèmes d'information au-delà de nos frontières.

Ces rencontres ont été clôturées par la Ministre de la Santé, Madame Agnès Buzyn, qui a évoqué ses priorités en matière de santé et la place de la Médecine Libérale dans le Système de Santé Français.

Ces journées ont surtout été l'occasion pour l'URPS MLB de faire la présentation de 4 projets innovants:

- Application mobile : « Télémédecine pour une meilleure prise en charge au domicile »
- L'URPS MLB s'engage sur l'antibiorésistance
- Le projet de RAAC Lorient-Quimperlé
- L'exercice coordonné : « gardez la maîtrise avec GECO Lib' »

Des affiches ont été réalisées pour l'occasion et exposées tout au long de ces deux jours.



INSTANCES PROFESSIONNELLES



LE COPIL INTER-URPS

Le « COPIL inter-URPS » ou comité de pilotage inter-URPS est né de la volonté commune des URPS Biologistes, Chirurgiens-Dentistes, Infirmiers, Masseurs-Kinésithérapeutes, Médecins, Orthophonistes, Orthoptistes, Pédiatres-Podologues et Pharmaciens de mener une réflexion commune et d'échanger autour de l'exercice pluridisciplinaire et des pratiques coopératives innovantes.

En 2017, le COPIL se partage la mise en place des projets suivants :

THROMBOSE ET CANCER

Ayant pour objectif d'informer les professionnels de santé sur le risque de maladie thromboembolique veineuse chez le patient atteint d'un cancer, le COPIL s'est engagé à encourager la prévention et l'évolution des pratiques professionnelles sur ce sujet.

L'objectif fixé était de définir et de mettre en place des actions correctrices permettant d'éviter les zones de rupture du parcours de soins du patient entre l'hôpital et la ville réunissant tous les acteurs de santé.

Des enquêtes de besoins ont ainsi été réalisées auprès des professionnels de santé : elles ont abouti à la création d'outils de communication et à la mise en place de réunions pluriprofessionnelles sur le territoire.

PROJET « PAF »

Le COPIL inter-URPS souhaite favoriser le repérage précoce de la fragilité chez la personne âgée de plus de 70 ans par tous les professionnels de santé à travers le projet « Personnes Âgées et Fragilités ».

APPLICATION MOBILE

Fin 2017 le COPIL inter-URPS a répondu à l'appel à projet « Télémédecine » de l'ARS par un projet d'application mobile visant à sécuriser les échanges au sein d'une équipe de soins de proximité.

DMP

Participation aux réunions du comité projet : échanges et partages avec les membres du COPIL inter-URPS sur le déploiement du DMP.

ORGANISATION TERRITORIALE

Définition d'un langage commun et de la place des professionnels de santé libéraux dans les nouvelles formes d'organisation : ESP, CPTS, PTA.

Aujourd'hui le COPIL inter-URPS, constitué des Présidents de chaque URPS ou de leur représentant, se réunit tous les premiers mardis du mois à la Maison des URPS.



JOURNEE INTER-URPS

Pour la quatrième année consécutive, le COPIL inter-URPS a organisé une journée de rencontre et d'échanges pour l'ensemble des élus des URPS de Bretagne. Celle-ci s'est tenue le 16 mars 2017 à Larmor-Plage (56).

La thématique retenue pour la journée était celle des nouveaux concepts d'organisation territoriale des soins introduits par la Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) de 2016.



Ces nouvelles formes d'organisations que sont les Equipes de Soins Primaires (ESP), les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA), mettent au cœur de leurs fonctionnements l'exercice pluriprofessionnel où chacun a un rôle à jouer dans la mise en œuvre des projets territoriaux de santé.



L'objectif de cette journée riche en échanges a permis de réfléchir collectivement à ces nouveaux concepts et à leur appropriation par les professionnels de santé libéraux: ateliers, retours d'expériences, mises en situation en fonction de cas cliniques...



Face au succès de l'édition 2017, une nouvelle journée sera organisée à Quimper en 2018 sur le thème du numérique en santé .



Elle sera l'occasion de présenter le nouveau projet porté par le COPIL inter-URPS : une application mobile sécurisée à destination des professionnels de santé permettant d'effectuer des actes de Télémedecine avec une fonction de discussion instantanée.

REPRÉSENTATION



CONTRIBUTION DE L'URPS MLB À L'ÉLABORATION DU PRS 2

L'ARS de Bretagne définit avec l'ensemble de ses partenaires une stratégie politique de santé : le Projet Régional de Santé (PRS).

Il englobe les champs prioritaires de la Santé que sont la prévention, les soins hospitaliers et ambulatoires et l'accompagnement médico-social.

Les élus de l'URPS MLB se sont impliqués pour participer à l'élaboration du PRS de 2^e génération, et ont été mobilisés sur l'année 2017 afin de :

- Participer à la construction du Projet Régional de Santé à venir dont les objectifs vont déterminer la politique de l'ARS Bretagne sur la période 2018-2022
- Apporter le regard de la Médecine Libérale dans les différents enjeux et dans politique de Santé Publique
- Être force de propositions dans l'élaboration du projet



Le Projet Régional de Santé (PRS) est réécrit tous les 5 ans pour s'adapter à l'évolution des pratiques et des besoins de la région.



24 élus mobilisés pour l'élaboration du PRS2

20 réunions organisées

LA CRSA

La Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA) est un espace d'expression des acteurs de santé.

Elle permet de rassembler les besoins et de consulter les acteurs de santé pour connaître leur position sur les différents enjeux de la santé et de l'autonomie.

Cette instance a pour mission d'émettre un avis sur le Projet Régional de Santé (PRS). La CRSA est composée de 95 membres titulaires élus pour 4 ans. Elle mène ses travaux au sein de 4 commissions spécialisées qui sont force de propositions sur les politiques conduites et peut constituer des groupes de travail permanents. De plus, elle organise des débats publics sur les questions de santé de son choix.

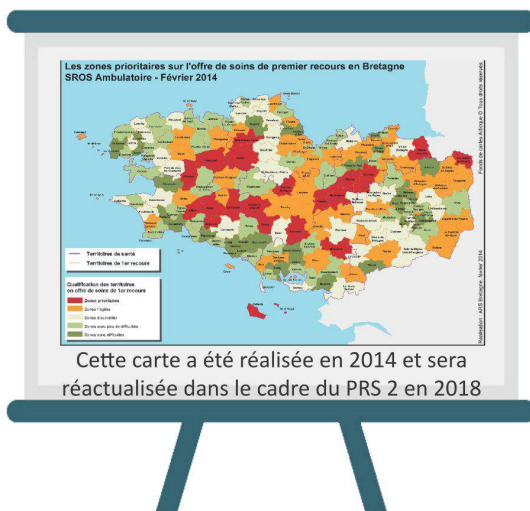
Les élus de l'URPS MLB participent aux différentes commissions et groupes de travail.



PRÉVENIR LA DÉSERTIFICATION MÉDICALE : LE ZONAGE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

La prévention de la désertification médicale est un enjeu auquel l'ARS répond par une politique territoriale d'incitation.

Il s'agit d'identifier et d'anticiper la fragilité des territoires en terme de démographie médicale. L'URPS MLB a donc été conviée au groupe de travail, dans une démarche de concertation, pour déterminer une méthodologie prenant en compte tous les aspects du sujet.



LES CONSEILS TERRITORIAUX DE SANTÉ (CTS)

La Bretagne se compose de 7 CTS dans lesquels l'URPS MLB est fortement impliquée dans l'animation et les échanges avec l'ensemble des acteurs territoriaux. **17 élus sont titulaires et 5 sont suppléants au sein des CTS** de leurs territoires.

Ainsi dans le cadre du PRS2, un nouveau zonage va être déterminé, pour attribuer des aides aux médecins dans les territoires identifiés.



COMMUNICATION



La proximité et la visibilité des actions sont deux des missions prépondérantes de l'URPS MLB. Investie sur plusieurs réseaux sociaux et dans les médias, la communication est pour l'Union le moyen de créer et d'entretenir ses liens avec les professionnels de santé libéraux de Bretagne et ses partenaires.

LE SITE INTERNET

Régulièrement alimenté avec des actualités, une veille sanitaire, des newsletters, des informations et communications sur l'actualité des territoires de santé en Bretagne, le site internet de l'URPS MLB est l'interface clé pour que les médecins libéraux puissent y recueillir des informations et faire connaître leurs projets.



«LA NEWSLETTER POUR UNE INFORMATION À LA POINTE»

La rentrée de septembre 2017 a été l'occasion pour la Commission Communication de lancer la nouvelle newsletter de l'URPS MLB.

Envoyée tous les derniers jeudis du mois par e-mail, vous pouvez y trouver ce qui fait l'actualité de l'URPS MLB : des informations sur les actions et projets des territoires, des événements à ne pas manquer, des informations utiles pour l'exercice professionnel.



46

UNE REMARQUE, UNE QUESTION ? LE KNOCK !



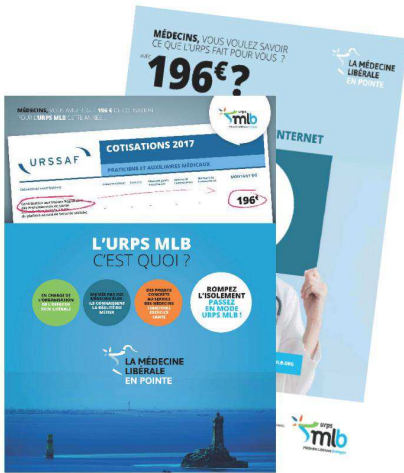
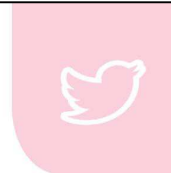
Le Knock, accessible depuis le site internet, est un système de communication interne, un lieu d'échanges professionnels accessible à tous les élus.

Son objectif est de faciliter la communication transversale au sein des différents collèges et commissions, afin de renforcer la transmission d'informations en interne. Les fonctionnalités Knock se rapprochent de celles des réseaux sociaux avec des espaces de publications, de conversations et de stockage de documents ressources.

REVUE DE PRESSE

Plusieurs articles de presse et émissions de télévisions mettant en valeur les actions réalisées ont été diffusés au cours de l'année 2017.

Ouest-France, le Télégramme, le Quotidien du Pharmacien, France 3 Bretagne, ont été des relais sur la thématique de l'antibiorésistance, démontrant l'investissement de l'URPS MLB dans ses missions de Santé Publique.



CAMPAGNES DE COMMUNICATION 2017

Plusieurs opérations de communication ont été lancées à destination des médecins bretons pour faire connaître les actions de l'URPS MLB :

- L'opération « L'URPS MLB : c'est quoi ? »
- Une information sur les nouveaux tarifs de la Convention Médicale 2016



PRÉSENTE SUR VOS RÉSEAUX SOCIAUX



@URPSMLB

URPS Médecins Libéraux de Bretagne



@URPSMLB

@urps mlb



En 2017
L'URPS MLB C'EST :

165 Tweets et 247 abonnés sur Tweeter

Une NEWSLETTER par mois depuis septembre

8 386 visites sur son site internet

PARTENARIATS







URPS MLB
25 rue Saint-Hélier
35000 RENNES

contact@urpsmlb.org
02.99.30.36.45



urpsmlb.org



Réalisation par URPS MLB - Avril 2018

NEWSLETTER FEVRIER #6

A LA POINTE

L'accueil des internes chez les spécialistes libéraux // Le stage d'interne auprès du spécialiste libéral

Une possibilité nouvelle pour les médecins spécialistes libéraux

Si en médecine générale le stage en cabinet au contact du praticien et de la patientèle est effectif et a fait la preuve de son grand intérêt, il n'en est pas de même dans les cabinets

des spécialistes libéraux où cette pratique reste confidentielle. La possibilité de faire un stage formateur et validant dans le secteur libéral, permis par la loi HPST du 21 juillet 2009, représente pourtant une réelle opportunité pour les internes qui envisagent de s'installer et d'exercer en médecine ambulatoire. Le stage en ambulatoire auprès d'un praticien spécialiste, qu'il soit radiologue, cardiologue, dermatologue ou encore pédiatre vise à découvrir et aborder les principes de l'activité libérale dans leurs spécialités respectives.

C'est dans cette optique que le collège des spécialistes de l'URPS Médecins libéraux de Bretagne a entrepris un travail visant à promouvoir les pratiques de ces stages d'internats chez les praticiens spécialistes libéraux. Actuellement ont notamment été recensés :

- Une interne de psychiatrie en stage chez un psychiatre libéral à Vannes
- Trois internes en stage chez des pédiatres libéraux bretons
- Un interne en stage chez un anatomopathologiste libéral à Brest
- Un interne en radiothérapie en stage à la clinique de Vannes
- Un interne chez un radiologue libéral à Brest

Egalement, en parallèle des stages hospitaliers d'internat, des journées en cabinet libéral sont proposées. C'est par exemple le cas en cardiologie, et à St Malo en radiologie.

Les habilitations à recevoir des internes en stage ambulatoire chez des spécialistes progressent petit à petit : des dermatologues de la périphérie de Rennes envisagent un accueil partagé de deux internes sur plusieurs cabinets.

Ce tour de table non exhaustif des stages en ambulatoire proposés en région Bretagne conforte la volonté de poursuivre le déploiement de nouveaux lieux d'accueil et de recrutement de maîtres de stage motivés pour les internes de spécialité.

Par ailleurs, une journée de rencontre serait envisagée à ce sujet en présence des maîtres de stage et leurs internes accueillis ainsi que des internes de spécialités et leurs responsables universitaires, afin de les sensibiliser à cette opportunité. ■



FORMATION

Le plongeur en médecine générale // Plongée en médecine générale

Une formation à destination des médecins généralistes sur l'accueil du patient plongeur

La plongée sous-marine s'est fortement démocratisée ces dernières années, se classant au 11^{ème} rang national des pratiques sportives avec de plus en plus de pratiquants qu'ils soient réguliers ou occasionnels. Sa pratique en Bretagne est particulièrement réputée et appréciée en raison de ses fonds rocheux, ses marées et ses nombreuses épaves.

L'arrêté du 24 juillet 2017 permet à tout médecin de délivrer des certificats médicaux de non contre-indication à la pratique de disciplines sportives à contraintes particulières. Dès lors, la plongée subaquatique s'inscrit dans les disciplines à contraintes particulières telles que définies dans le Code du Sport de par son exercice en environnement spécifique.

En effet, cette discipline comporte à elle seule de nombreux types de pratiques différentes, touchant un public très hétérogène allant du jeune à partir de 8 ans au sénior retraité.

La plongée expose aux risques de l'effort en immersion, particulièrement en eaux froides de notre région, mais également à ceux de la pression et de la respiration de gaz sous pression.

Ainsi, l'évaluation d'un pratiquant à la plongée subaquatique est primordiale et nécessite examen approfondi pour la délivrance d'un certificat d'absence de contre-indication. Les médecins généralistes bretons, et plus particulièrement ceux exerçant sur la frange littorale bretonne, sont concernés par cette évolution réglementaire.

C'est pourquoi une formation d'une journée est proposée aux médecins généralistes à Brest le 6 avril 2018 : Celle-ci vise à leur apporter les éléments nécessaires pour l'abord du plongeur et pour l'examen clinique en vue d'une délivrance du certificat médical d'absence de contre-indication. Des éléments sur la prise en charge des accidents de plongée au cabinet seront également apportés. Cette formation permettra également de revoir l'abord du sportif dans son ensemble. ■



Pour tout renseignement :

Renseignements administratifs :
Secrétariat : Isabelle GUILLAUMEUX
fcs.medecine@univ-brest.fr

Tél. 02 98 01 73 89

Renseignements pédagogiques :
Dr. Anne HENCKES
anne.henckes@chu-brest.fr
www.univ-brest.fr/fcsante

EVENEMENT

L'antibiorésistance sur TEBEO

« Antibiotiques : des médecins bretons alertent » l'interview diffusée sur TEBEO

La chaîne locale diffusée en TNT sur le canal 31 « TEBEO » a reçu le Docteur Prigent, biologiste libéral dans son émission *L'instant T* à propos de l'antibiorésistance.

Cette interview fait suite aux 8 soirées sont organisées en Bretagne en partenariat avec l'URPS Pharmaciens, le syndicat des biologistes de Bretagne et Pays de Loire (ARMORIS), le centre de ressources en antibiologie MEDQUAL et le soutien institutionnel de Sanofi.

Lors de celles-ci, de nombreux experts, généralistes et spécialistes ont présenté les enjeux scientifiques et environnementaux de l'antibiorésistance, des études de cas cliniques, ont apporté des informations, débats et réflexions, afin d'encourager les professionnels de santé à adapter leurs pratiques et leurs prescriptions afin d'agir positivement dans la lutte contre l'antibiorésistance ■

Nous vous proposons de retrouver l'interview du Dr Prigent sur <http://www.tebeo.bzh/replay/173-linstant-t/10111659>



ACTUALITE DES TERRITOIRES

Une nouvelle offre gériatrique à Brest

Le Centre de Médecine Ambulatoire (CMA) ouvrira sur le site de la Cavale Blanche le 5 février 2018. 5 places seront dédiées à la gériatrie. Un gériatre sera spécifiquement affecté à cette activité.

https://www.urpsmlb.org/actualite_sante/nouvelle-offre-geriatrique-a-brest/

ACTUALITE DES TERRITOIRES

Le point sur PAERPA : préserver l'autonomie des personnes âgées

Face au vieillissement de la population française, le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé a déployé en 2014 un dispositif innovant à destination des personnes âgées de plus de 75 ans. Le programme PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) a ainsi pour objectif de

faciliter le repérage de la perte d'autonomie chez les personnes âgées et au maximum, d'améliorer leur prise en charge de ces personnes et faciliter leurs parcours de santé.

Le programme PAERPA s'inscrit également dans les orientations de la Loi de Modernisation de notre Système de Santé de 2016, notamment à travers la mise en place des Plateformes Territoriales d'Appui (PTA), le développement d'Equipes de Soins Primaires (ESP), de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), mais également proposer des alternatives à l'hospitalisation et favoriser un accompagnement de proximité.



Dans un courrier d'octobre 2017 reçu du Ministère des Solidarités et de la Santé, il a été indiqué la volonté de continuer le programme PAERPA en adaptant les dispositifs actuels aux spécificités territoriales.

Qu'en est-il en Bretagne ?

Il y a actuellement 3 territoires bretons en expérimentation sur le programme PAERPA qui concernent près de 35 500 personnes âgées :

- le Pays de Rennes,
- le Pays des Vallons de Vilaine,
- le Pays de Brocéliande.

A la suite du courrier reçu, ces trois territoires en expérimentation ont été relancés et un plan d'action pour l'année 2018 a été présenté. Piloté par l'ARS Bretagne, le programme PAERPA réunit les acteurs de la prise en charge des personnes âgées autour de différents axes d'actions comme la facilitation du repérage de la perte d'autonomie, le développement des actions visant le maintien à domicile ainsi que le développement de nouvelles réponses de soins et d'accompagnement à destination de cette population.

Concernant les actions, afin de prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées, une formation à destination des professionnels de santé libéraux et des acteurs du domicile est en cours d'élaboration en partenariat avec les URPS de Bretagne. ■

ACTUALITE DES TERRITOIRES

Consultation en psychothérapie sur prescription médicale dans le Morbihan

Le département du Morbihan a été choisi par la CNAM pour le déploiement d'une nouvelle expérimentation des soins en santé mentale. Sur le territoire national, deux autres départements ont été choisis pour cette même expérimentation : Les Bouches-Du-Rhône et la Haute-Garonne.

Cette expérimentation qui va s'étaler sur trois ans jusqu'en 2020 consiste à ouvrir le remboursement des consultations de psychothérapie des psychologues et psychothérapeutes dans un périmètre bien défini. Le patient doit être adressé par le médecin traitant à un psychologue ou psychothérapeute qui a contractualisé avec la CPAM. Cela signifie qu'il accepte la rémunération proposée de 22 ou



32€ suivant les séances sans possibilité de dépassement d'honoraires. Autre condition, le patient doit être âgé de 18 à 60 ans et concerne le patient souffrant de pathologie légère et qui ne nécessite pas de prescription médicamenteuse, en particulier des antidépresseurs, ce qui exclut les états dépressifs caractérisés et les pathologies mentales pour lesquelles l'orientation vers le psychiatre doit être privilégiée. Le nombre de séance est limité à 20 : 10 séances de psychothérapie de soutien et éventuellement 10 séances de psychothérapies structurées auxquelles s'ajoutent deux entretiens d'évaluation

La CPAM du Morbihan tient à disposition des médecins le guide précis de l'expérimentation et la liste des psychologues et psychothérapeutes qui ont accepté de participer à l'expérimentation.

Contact : CPAM du Morbihan Le Prat

73 rue du Général-Weygand

56000 Vannes

AGENDA DE L'URPS

22 mars : journée interURPS à Quimper

9 et 10 mars : à Nantes Journées FFMPs « 7èmes journées nationales

A LA POINTE : Journée Inter URPS à Quimper

« Santé et numérique : Libérons les échanges ! », était le thème de la journée Inter-URPS 2018 qui s'est tenue à Quimper le 22 mars dernier et qui a réuni plus de 50 participants.

La journée a débuté par une intervention du GCS e-santé Bretagne portant sur l'environnement numérique en région. Ce dernier a présenté l'ensemble des services déployés en faveur du décloisonnement des parcours et permettant la collaboration et les échanges entre les professionnels de santé en Bretagne.



Orienter, coordonner et expertiser : quels sont les différents usages des outils numériques utilisés par les professionnels de santé libéraux ?

Afin de faciliter la gestion des parcours et de leur apporter de la lisibilité, différentes applications et plateformes sont utilisées quotidiennement par les professionnels de santé. Ont ainsi été présentés par des professionnels de santé libéraux utilisateurs : le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR), la plateforme INZEE.CARE, Hospiville ainsi que STERENN la plateforme de télé-expertise.

Objectif mobilité : les ateliers

Faciliter la coordination clinique de proximité grâce au développement et à l'utilisation d'une application mobile sécurisée permettant d'effectuer des actes de télé-médecine avec une fonction de discussion instantanée est le projet porté par le Copil inter-URPS. Une partie de ce projet a été sélectionnée par l'ARS Bretagne lors de l'appel à projet « Télé-médecine 2017 ». Le déploiement d'une solution mobile (proposée par le développeur MAINCARE) va donc s'effectuer sur des équipes identifiées dans le Finistère, avec l'appui du GCS e-Santé.

C'est dans ce cadre que l'application « STERENN mobilité » a été présentée, suivie d'ateliers participatifs en petits groupes afin de recueillir les différentes informations à fournir et à recueillir pour effectuer les actes de télé-expertise.

A l'issue de ces présentations, une clé USB avec les différents documents retraçant la journée a été remise aux participants. Ces derniers peuvent notamment y retrouver le « mémento des outils numériques » qui présente les différentes plateformes et applications mobiles dont peuvent se saisir les professionnels de santé libéraux.

Cette journée Inter URPS riche en échanges, a permis de mettre en lumière les enjeux et objectifs relatifs à la télésanté et son utilisation par les professionnels de santé libéraux. L'esprit et la volonté du COPIL inter URPS étaient présents : mener une réflexion commune et échanger autour de l'exercice pluridisciplinaire et des pratiques coopératives innovantes. ■



Evènement : 7^{èmes} journées nationales de la FFMPs



La Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPs) a organisé ses 7^{èmes} journées à Nantes (Loire-Atlantique), les 9 et 10 mars. Professionnels de santé et acteurs de soins de la santé et de la solidarité s'y sont retrouvés sur la thématique "*Avançons ensemble dans la révolution des soins primaires*". L'URPS MLB et GECO Lib' étaient présents à ces journées.

Au programme, des conférences, tables-rondes et témoignages autour de la structuration des soins primaires et de leur organisation territoriale ; un enjeu majeur de la nouvelle stratégie nationale de santé. Puis, répartis en petits groupes lors des ateliers, les participants ont été invités à discuter autour des notions d'équipes pluri-professionnelles, d'innovation en santé et des nouvelles pratiques en soins primaires.

Une multiplication des Maisons de Santé Pluri-professionnelles

Au 1^{er} janvier 2018 il existe **964 MSP** en activité sur l'ensemble du territoire national. Des chiffres présentés par l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) montrent également l'impact positif de ces MSP sur la densité de médecins généralistes dans les espaces péri-urbains. La multiplication des MSP est annoncée : le plan d'accès aux soins prévoit un doublement de ces structures d'ici à 2022. La FFMPs a alors réaffirmé sa politique nationale estimant que cela nécessitait « *un accompagnement tant méthodologique que financier* ».

Nicolas Revel, directeur général de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAMTS), intervenu au sujet des équipes de soins primaires et des questions de financement, a souligné qu'« *il n'y a pas de bon système de santé sans organisation des soins primaires* ». Réaffirmant là le rôle des équipes de soins primaires et des maisons de santé dans l'accès territorial à la santé, la question de la rémunération et du financement n'en reste pas moins sensible : seulement la moitié des MSP sont aujourd'hui signataires de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI). Afin de susciter l'intérêt des professionnels de santé, le directeur général de la CNAM a annoncé une augmentation des moyens consacrés aux structures conventionnées, ciblant la coordination, le développement des systèmes d'information internes aux structures et la venue de praticiens spécialistes pour des consultations avancées.

Le grand chantier des CPTS et des ESP

L'exercice coordonné n'est pas exclusif aux MSP, comme souligné par Mme Elisabeth Doineau, sénatrice de la Mayenne et déléguée à l'accès aux soins : « *la santé est une question de réflexion collective et d'innovation* ». ■

En effet, il n'existe pas à ce jour de cadre conventionnel pérenne pour les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et les Equipes de Soins Primaires (ESP), pourtant nécessaire à leur bon fonctionnement. A ce sujet, le directeur de la CNAMTS a insisté sur le fait qu'il n'y aurait « *pas de CPTS sans des MSP en leur cœur* ».

L'article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2018 a également été abordé : avec une tarification à l'acte entraînant des cloisonnements, il est proposé que des expérimentations organisationnelles innovantes puissent donner lieu à des financements, par dérogation, pour une durée maximum de 5 ans. Ainsi, les établissements, les MSP et professionnels membres d'une CPTS ou ESP pourront être porteurs de projets, présenter leur initiative et tenter d'obtenir un financement dérogatoire dans le cadre de cet article 51. Afin que cette intention puisse aboutir et se transformer en capacité, les représentants nationaux (DGOS, ARS, CNAMTS) ont précisé que la FFMPs devait alors y « *prendre toute sa part* », de même que les ARS et la CNAMTS devront se révéler accompagnateurs de ces projets. ■

Formation : Lancement de la formation PACTE

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), en partenariat avec la Haute autorité de santé (HAS), met en œuvre depuis 2016, avec la branche régionale de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPs), les Unions régionales des professionnels de santé (URPS), l'association GecoLib' et les Agences régionales de santé (ARS), un programme de formation destiné aux coordonnateurs d'équipes pluri-professionnelles de soins primaire. La deuxième session de formation des coordinateurs en soins primaires 2018/2019 a débuté le 16 mars, réunissant une vingtaine d'inscrits.



Composée de 4 modules répartis en séminaires dispensés en e-learning et sur 4 journées en présentiel à l'EHESP, cette formation propose un partage d'expérience entre les différents participants, une appropriation des outils et des référentiels, des mises en situation, mais surtout une application des apprentissages dans les organisations respectives des futurs diplômés.

L'objectif de cette formation diplômante est multiple : il s'agit de soutenir l'émergence de la fonction d'animation-management des équipes de soins primaires et ce en appui aux leaders professionnels, de favoriser les pratiques pluri-professionnelles en poursuivant l'amélioration du service rendu à la population et enfin de contribuer à la pérennisation des équipes de soins primaires. ■

Santé des médecins : un numéro unique destiné à l'écoute et l'assistance des médecins

Le Conseil national de l'Ordre des médecins et l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et Soignants (AAPMS) proposent dans le respect de la confidentialité et du secret professionnel, un numéro d'appel unique et gratuit pour renforcer l'écoute et l'assistance des soignants en difficulté.

0826 000 401

Ce numéro unique d'écoute et d'assistance aux médecins et internes est disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, permet l'orientation du soignant vers un des organismes signataire de la charte d'entraide, une association, un établissement ou encore le service entraide du Conseil National de l'Ordre des médecins.

Vous pouvez également vous tourner vers la plateforme de **l'association SPS** (Soins aux Professionnels de Santé) au **0805 23 23 36**.

Pour plus d'informations :

<https://www.urpsmlb.org/sur-le-terrain/sante-des-medecins/> ■



AGENDA :

Appel à candidatures pour la nomination des membres des deux comités de protection de Rennes et de Brest. Candidatures avant le 1er juin : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/comite-de-protection-des-personnes>

Jeudi 19 avril : Assemblée Générale de l'URPS MLB

A LA POINTE

« La BPCO à l'honneur »

La Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) se définit comme une maladie chronique inflammatoire, lentement progressive atteignant les bronches. C'est la 5^{ème} cause de décès dans le monde, après l'infarctus, les accidents vasculaires cérébraux, les infections respiratoires communautaires et la tuberculose. Dès lors, la BPCO constitue un enjeu de santé publique de plus en plus important et impose une prévention ciblée, un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée.



En Bretagne, deux projets relatifs à la BPCO sont portés par des équipes de professionnels de santé libéraux : le projet RESPIBREIZH à Auray (56) et le projet UNANIME à Brest (29), en collaboration avec l'URPS MLB.

Ces projets ont permis aux patients porteurs de BPCO de bénéficier d'un programme de réhabilitation respiratoire, associant éducation thérapeutique et réentraînement à l'effort, à proximité de leur domicile mais également d'opérer un repérage précoce des patients pour cette maladie respiratoire.

L'objectif poursuivi est de diminuer la mortalité évitable par un dépistage, un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée.

Concernant le programme alréen, il est animé par une coordonnatrice de la Fédération Bretonne Interprofessionnelle (FBI) Santé Pays d'Auray avec l'intervention d'une équipe composée de plusieurs professionnels de santé formés en ETP. Chaque patient qui intègre le projet peut bénéficier de 2 rencontres individuelles en début et fin de programme, 8 séances collectives d'éducation thérapeutique et un test de marche en début et en fin de programme. En 2017, 16 patients ont pu bénéficier du programme Respireizh et 38 séances d'ETP ont été dispensées.

Le projet de recherche « UNANIME » porté par le CHU de Brest et les URPS propose quant à lui la mise en place d'un repérage organisé effectué par chacun des professionnels de santé grâce à la mesure du souffle. Le professionnel juge alors de la pertinence d'orienter le patient vers son médecin traitant et proposent éventuellement un accompagnement dans l'arrêt du tabac. Soutenue par l'Institut Archipel, l'Association de Perfectionnement des Pneumologues Libéraux de Bretagne et l'ARS, les acteurs du projet ont rencontré une soixantaine de personnes à l'occasion de la journée mondiale de la BPCO, le jeudi 16 novembre 2017 au CHRU de Brest sur le site de la Cavale Blanche. ■

ACTUALITE

« Règlement Général pour la Protection des Données (RGPD) et données de santé : ce qui va changer »

Le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) va entrer en vigueur dans les pays de l'Union Européenne à partir du 25 mai 2018. A cette date, le règlement va s'appliquer à tous les acteurs traitant des données personnelles, visant ainsi particulièrement le secteur de la santé.



L'objectif poursuivi est un encadrement juridique plus strict afin de protéger davantage les données personnelles des citoyens et obtenir leur consentement en cas de collecte de données. Les structures devront dorénavant justifier leurs collectes de données, qui permettent directement ou indirectement d'identifier des personnes, auprès des intéressés et des autorités, sous peine de sanctions.

Le secteur de la santé est impacté par ce texte : les données de santé bénéficient d'un régime de protection renforcé puisqu'elles sont considérées comme des données sensibles. A cela s'ajoutent les obligations additionnelles prévues par le Code de la Santé Publique, relatives aux données de santé couvertes par le secret médical.

Cette mise en conformité concerne principalement les établissements de santé et les opérateurs en santé qui doivent assurer une protection optimale des données à chaque instant, et être en mesure de la démontrer en documentant leur conformité. **Les professionnels de santé libéraux sont également tenus de veiller à ce renforcement, qui passe par une sécurisation des données** (verrouillage de l'ordinateur de travail, mot de passe, armoire à clé pour les dossiers papiers, clause de confidentialité, envoi d'informations médicales exclusivement par messagerie cryptée et sécurisée). Cette sécurisation **doit pouvoir être prouvée** en cas de contrôle et implique de **prendre les mesures nécessaires sur le plan de la sécurité informatique** pour satisfaire à cette réglementation.

Le règlement rappelle aussi que le traitement des données se rapportant à la santé est interdit (comme des usages à des fins commerciales). Toutefois, certaines exemptions sont prévues, en cas de nécessités restrictivement définies, et exclusivement avec le consentement des personnes concernées:

- Les appréciations médicales (médecine préventive, médecine du travail, diagnostic, prise en charge etc.)
- La gestion des systèmes et des services de soins de santé ou de protection sociale
- La préservation de l'intérêt public dans le domaine de la santé publique tel que la prévention d'épidémies■

ACTUALITE DES URPS

« Reportage France 3 Bretagne et bilan des soirées antibiorésistance »

Les 8 soirées d'information et d'échange qui ont été organisées au cours de l'hiver 2017-2018 par l'URPS MLB en partenariat avec l'URPS Pharmaciens, l'URPS Biologistes et Medqual ont été un franc succès. Au total, 367 professionnels de santé ont assistés à ces soirées afin d'être sensibilisés sur l'état des résistances aux antibiotiques grâce aux interventions de 18 experts en microbiologie, en infectiologie et en biologie.



Les soirées ont permis de faire émerger les enjeux et la notion de coordination entre professionnels de santé lors des échanges quotidiens médecin/biologiste ou médecin/pharmacien mais surtout d'aborder une problématique de santé publique majeure, relayée par la presse régionale à de multiples reprises comme vous pouvez le retrouver dans le reportage réalisé par France 3, diffusé le 6 avril 2018, où vous pourrez écouter l'intervention du Dr Thierry Labarthe, médecin généraliste et élu URPS MLB :

<https://france3-regions.francetvinfo.fr/bretagne/ille-et-vilaine/rennes/quand-surconsommation-antibiotiques-devient-dangereuse-1453573.html>

D'autres soirées sur cette thématique sont prévues et vont être organisées en 2018. ■

E-SANTE

« Point sur la stratégie de transformation du système de santé : le chantier numérique »

Le 24 avril a eu lieu à Rennes la première consultation régionale sur la stratégie de transformation du système de santé. Au total, ce sont 15 consultations qui sont prévues dans toute les régions de France avec les membres des CRSA et des autres instances régionales.

Cinq chantiers structurants ont été retenus afin de faire remonter des propositions et ouvrir cette consultation en amont de la transformation du système de santé :

- La qualité et la pertinence des soins
- Les modes de rémunération, de financement et de régulation de l'ensemble du système de soin
- L'affirmation du virage numérique
- L'adaptation des formations aux enjeux du système de soins
- L'organisation territoriale des soins comprenant un accès équitable aux soins sur l'ensemble du territoire.

L'objectif poursuivi de ces consultations est procéder à une transformation de l'ensemble de notre système de santé pour s'investir dans des modes de fonctionnement pérennes à travers une réflexion collective et participative.

La consultation régionale en Bretagne concerne **le virage numérique en santé**. Il a été rappelé que la région Bretagne a une expérience avérée sur le numérique au service du système de soin, avec près de 60 projets en cours ou en devenir, notamment en télémédecine. Le numérique est donc prôné pour permettre le rapprochement de l'information indispensable des acteurs dans les territoires, s'illustrant notamment par la télémédecine.

Des ateliers sur 3 thématiques ont été proposés pour produire une feuille de route qui sera la ligne de conduite pour la prochaine période de concertation au national :

- « Le patient au cœur de la démarche numérique »
- « Les besoins clés des professionnels »
- « La structuration d'un écosystème pérenne »

Les idées phares qui ont pu émerger des réflexions des ateliers ont notamment concerné les modalités de décloisonnement du système de santé, les notions de fluidité de parcours, d'adaptabilité aux pratiques de terrain, d'accès au soin simplifié, de gain de temps pour les professionnels, de mobilité et d'accessibilité.

Un point de vigilance peut toutefois être soulevé : tous ces éléments doivent être mis en balance avec les questions de sécurité des données et d'éthique, l'outil numérique ne devant rester qu'un appui proposé aux usagers et aux professionnels de santé. ■



A LA POINTE : LE RAPPORT D'ACTIVITE 2017

MAILCHIMP : Le nouveau rapport d'activité est disponible, l'occasion de revenir sur les faits marquants et les projets qui ont animé l'année 2017.

Quels ont été les temps forts de l'année 2017 ? Quels projets ont vu le jour ? L'URPS MLB retrace l'année 2017 autour de votre territoire, votre santé et votre exercice.

Pour l'URPS MLB, l'année 2017 aura notamment été celle de

l'accompagnement des projets de coordination avec l'initialisation de CPTS et l'accompagnement des PTA en construction, l'engagement sur des projets de santé publique comme la lutte contre l'antibiorésistance, la participation au Moi(s) sans tabac ou encore la santé des médecins. L'URPS MLB a également participé au développement de projets en e-Santé, pour une meilleure coordination entre professionnels de santé et sur l'optimisation de la prise en charge des patients.

Les actions et projets portés, supports de cette ambition d'agir en Bretagne pour une *médecine libérale en pointe*, reflètent les missions de l'URPS MLB : la représentation des médecins libéraux, l'accompagnement et le soutien à l'organisation professionnelle, la formation et l'évolution des pratiques professionnelles ainsi que la coordination des professionnels de la médecine libérale.

Le rapport d'activité 2017 est l'occasion idéale de revenir sur les différents projets menés par votre Union, sur ses missions avec l'ensemble de ses élus et partenaires.

Il sera adressé à tous les médecins libéraux bretons par voie postale ainsi qu'à nos partenaires.

Bonne lecture !■



MOT DU PRESIDENT : DEPART DU DR BENOIT FEGER



La présidence de l'Union n'est pas toujours chose aisée, et tous les confrères qui ont occupé cette fonction depuis 1994 savent de quoi je parle. Benoît FEGER a fait bien plus que cela et c'est la raison pour laquelle son départ de la région me touche tout particulièrement.

Camarade d'aventure dès 2001, il a suivi la naissance des coordinations, d'abord de généralistes puis de spécialistes. Ensemble nous avons créé en 2002, la Fédération des Médecins de Bretagne qui est devenue en moins de 4 ans la première force syndicale de la région. En 2006, il devient le Président de l'Union, mandature pendant laquelle nous avons exporté les groupes qualité, déployé les messageries sécurisées et mis en place le concept de Pôle de Santé Libéral Ambulatoire.

Rapidement, il devient Président de la branche spécialiste de la Fédération des Médecins de France (FMF), et avec d'autres confrères il fait de la FMF, la 2^e force syndicale médicale libérale lors des élections de 2016.

Que de chemin parcouru et quel investissement dans cette volonté de défendre coûte que coûte une certaine idée de l'exercice de la médecine libérale. C'est clair qu'il va nous manquer, qu'il va me manquer... Son énergie, ses coups de gueules, son humour décapant et sa dyslexie légendaire sont des empreintes qu'il a laissé en région.

Bon vent Benoit dans ta vie future et merci pour tout ce que tu as fait, et ce que tu vas faire pour la profession. ■

ACTUALITE : LE NOUVEL ARTICLE 51 - INTERVIEW MME QUERIC

MAILCHIMP : L'URPS MLB a rencontré Mme Claudine QUERIC, Directrice de la CPAM d'Ille-et-Vilaine, ce fut l'occasion d'évoquer notamment la mise en œuvre de l'article 51 de la LFSS 2018 qui porte sur les organisations innovantes en santé



Le décret précisant les modalités de mise en œuvre de l'article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2018 portant sur l'innovation dans l'organisation des soins est paru le 23 février 2018 au Journal Officiel. Il ouvre la possibilité à des financements dérogatoires aux règles actuelles de tarification pour des « *expérimentations organisationnelles innovantes du système de santé* ».

Les acteurs de terrain sont plus que jamais concernés et impliqués. En effet, professionnels de santé et acteurs locaux pourront défendre leurs projets, s'ils poursuivent des objectifs d'efficacité et de qualité des soins, une meilleure coordination des acteurs, ou encore un accès à la prévention.

Nous avons rencontré Mme Claudine QUERIC, Directrice de la CPAM d'Ille-et-Vilaine et en charge de la coordination des caisses d'assurance maladie au niveau régional, afin d'en savoir un peu plus sur la mise en œuvre de cet article 51 :

1) Selon vous, l'article 51 apportera-t-il une meilleure visibilité sur les dynamiques projets, existantes dans les territoires ?

« L'article 51 donne une réelle opportunité de mieux identifier et d'accompagner les professionnels de santé qui souhaitent s'investir dans des projets visant à faire évoluer l'organisation du système de santé. C'est important que les acteurs eux-mêmes puissent être à l'initiative de ces évolutions, car ils sont au plus près des problématiques concrètes, qu'il s'agisse de qualité, d'accès aux soins, de promotion de la santé ou encore de coordination des soins. De telles initiatives existent aujourd'hui dans les régions et les territoires ; mais elles sont peu visibles du niveau national, seul à même de « transformer l'essai » en décidant la généralisation d'une expérimentation. »

2) Qu'apporte ce dispositif de nouveau pour les professionnels de santé libéraux souhaitant valoriser leur projet ?

« Il s'agit d'abord d'un appui dans la méthode, qu'il s'agisse de la conduite des projets ou de l'évaluation des résultats. Des financements seront disponibles pour accompagner les porteurs de projet sur ces deux dimensions. Mais surtout, l'article 51 apporte de la souplesse en permettant de déroger à un certain nombre de règles :

– les règles de financement de droit commun, tout d'abord (facturation, tarification, remboursement, paiement direct des honoraires par le malade...) ;

-et certaines règles d'organisation de l'offre de soins comme le partage d'honoraires entre professionnels de santé, la limitation des missions des établissements de santé ou les autorisations d'activité de soins et d'équipement lourds.

C'est donc un espace d'innovation et de créativité qui est ainsi ouvert aux porteurs de projets locaux, là où auparavant seules des dispositions dérogatoires inscrites dans la Loi de financement pour la sécurité sociale permettaient d'expérimenter. »

3) Si des professionnels de santé souhaitent déposer un projet dans le cadre de l'article 51, comment doivent-ils procéder ?

« Il n'y a aucune condition particulière pour porter et déposer un projet, soit de façon spontanée, soit dans le cadre d'un appel à projet régional ou national.

Pour les projets d'initiative locale, l'ARS et l'assurance maladie sont chargées de rendre un avis avant leur examen par un comité technique national. Si le projet est validé, il fera l'objet d'un arrêté d'autorisation par le directeur général de l'ARS. Concrètement, les candidatures se font en deux temps : le porteur de projet complète une lettre d'intention, servant de base à des échanges avec l'ARS et l'assurance maladie. Puis à l'issue de cette phase, il transmet un projet de cahier des charges. »

4) Sur quelles modalités un projet pourra-t-il être retenu par la CPAM ?

« Les projets devront répondre à plusieurs critères d'appréciation : la faisabilité, la reproductibilité, le caractère innovant et l'efficacité, c'est-à-dire la contribution à l'amélioration de la qualité et à la diminution des coûts. »

5) Combien de projets pourront-ils être retenus ? Ces projets bénéficieront-ils d'un accompagnement spécifique par l'Assurance Maladie ?

« Il n'y a pas de limitation sur le nombre de projets pouvant être retenus au niveau national. Si plusieurs initiatives émanant de différents territoires convergent entre elles, le comité technique pourra les regrouper au travers d'un appel à projets national prévoyant des modalités d'application locales spécifiques le cas échéant.

En région, l'assurance maladie s'organise aux côtés de l'ARS pour accompagner au mieux les porteurs de projet. Des référents locaux seront désignés d'ici l'été dans chaque caisse primaire. Ils auront vocation à recevoir, informer, orienter, conseiller les porteurs de projet potentiels. Une cellule d'appui régionale est également en cours de constitution, pour mobiliser rapidement les compétences utiles à l'analyse et l'accompagnement des projets. Nous abordons l'article 51 comme une réelle opportunité de renforcer notre partenariat avec les professionnels de santé, dans une logique de co-construction du système de santé de demain. »■

ÉVÈNEMENT URPS : RETOUR EN IMAGES SUR LA JOURNÉE INTER-URPS



Nous vous proposons un retour en image sur la journée Inter-URPS de Bretagne « Santé et numérique : Libérons les échanges ! » qui a eu lieu à Quimper en mars dernier

Cette vidéo est l'occasion de revenir sur les présentations des outils numériques et les temps forts de la journée :

<https://www.youtube.com/watch?v=l80K3Uo7Qb8&feature=youtu.be>

https://www.urpsmlb.org/actualite_urps/journee-inter-urps-a-quimper-numerique-sante-liberons-echanges/■

EXERCICE COORDONNE : DES NOUVELLES DE GECO LIB'



MAILCHIMP : Lucie SOUFFOIS occupe désormais le poste chargée de développement à GECO Lib' et assure le fonctionnement de l'association et l'accompagnement des projets d'exercice pluri-professionnels sur toute la Bretagne

GECO Lib', association portée par les URPS de Bretagne, réunit aujourd'hui les professionnels de santé libéraux désireux de s'associer dans un exercice coordonné et de développer de nouvelles prises en charge pour les patients, en développant le travail en équipe et en favorisant des conditions d'exercice

attractives. L'exercice coordonné entre plusieurs professionnels ne demande pas seulement un cadre, mais aussi des outils, des compétences, des espaces d'échanges et un apprentissage partagé.

UNE NOUVELLE RECRUE A GECO LIB'

Après le départ d'Eve GUILLAUME, GECO Lib' a accueilli en avril Lucie SOUFFOIS, qui occupe désormais le poste chargée de développement. Lucie assure le fonctionnement de l'association et l'accompagnement des projets d'exercice pluri-professionnels sur toute la Bretagne, avec le soutien de tous les chargés de missions des URPS de Bretagne et des facilitateurs GECO Lib' :

Lucie, quel est votre parcours ?

« Infirmière de formation, j'ai ensuite réalisé un master en santé publique à l'EHESP où j'ai découvert un fort intérêt pour l'évolution de la médecine ambulatoire. Par la suite, j'ai exercé des fonctions de consultante dans un cabinet de conseil où j'ai pu accompagner les équipes à construire leurs projets d'exercice coordonné. »

Comment s'est passé votre arrivée à GECO Lib' ?

« Mon arrivée à GECO Lib' s'est très bien passé grâce à l'accueil et à l'accompagnement des différents chargés de missions des Unions et du Conseil d'Administration. J'ai pu prendre la mesure des nombreux projets à mener pour promouvoir l'exercice coordonné en Bretagne »

Quels sont les projets en cours ou à venir pour GECO Lib' ?

« L'activité principale de GECO Lib' reste l'accompagnement des équipes grâce aux facilitations. Une charte de la facilitation est d'ailleurs en cours d'élaboration. D'autres évènements sont à venir : GECO Lib' va participer aux Universités d'été de la performance en santé à Bordeaux en septembre 2018, on va aussi organiser la journée annuelle « Les rencontres GECO Lib' » qui sera le 9 octobre prochain. En fin d'année une nouvelle formation des facilitateurs sera proposée, pour consolider le pool de facilitateurs ; d'une part en actualisant nos connaissances sur les nouveaux dispositifs de coordination et d'autre part en échangeant sur l'animation, l'écoute et la médiation ».

Grâce à l'arrivée de Lucie, GECO Lib' continue d'apporter le soutien, l'information et les conseils aux professionnels de santé libéraux dans la mise en œuvre de leurs projets, de favoriser le partage d'expériences et d'informations entre les professionnels de santé porteurs de projets, tout en étant force de proposition auprès des URPS de Bretagne.

Vous avez un projet d'exercice coordonné ? Vous souhaitez solliciter et être accompagné par GECO Lib' ?

Contactez Lucie SOUFFOIS, la chargée de développement : l.souffois@gecolib.fr ■

ANNONCE : CANDIDATURES DIU « SOIGNER LES SOIGNANTS »

« Prendre soin de soi et de ses confrères, ça se travaille ! »

Les facultés de médecine de Paris Diderot et de Toulouse Ranguel proposent une nouvelle édition du Diplôme InterUniversitaire « Soigner les Soignants » pour l'année universitaire 2018-2019.

Ce DIU a pour but de former des médecins capables d'aider, d'accompagner et de prendre en charge des soignants pour leur permettre de concilier projet personnel de santé et de vie, et exercice professionnel.

Pour plus d'informations et adresser vos candidatures pour la rentrée de Septembre 2018 : *Flyer DIU* ■

A la Une : Besoin d'un remplaçant cet été ?

Accédez à RemplaBretagne !

Le 29 juin l'URPS MLB a signé une convention de partenariat vous permettant de trouver un remplaçant en un clic grâce à « REMPLABRETAGNE » !

REMLABRETAGNE est une plateforme de mise en relation des médecins qui permet d'assurer la continuité des soins des patients lors de vacances, formations, congé maternité ou départ à la retraite. Le site regroupe toutes les annonces de remplacement, collaboration, association, assistantat et succession des professions médicales en Bretagne.

Grâce des fonctions dématérialisées, comme le contrat électronique, vous pourrez être mis en relation de manière facilitée avec les 5 300 Médecins Libéraux bretons. Cet outil s'appuie également sur la force du réseau national de *REMPLAFRANCE* et les compétences d'*Urbreizh association*.

Il s'agit d'une convention quadripartite entre l'ARS, Urbreizh association, RemplaFrance et l'URPS MLB. Vous pouvez dès à présent consulter et poster des annonces sur REMPLABRETAGNE en accès direct depuis la page d'accueil de notre site internet.



Actus projets : LANCEMENT DU CHALLENGE MOBILITE

Faciliter la coordination clinique de proximité grâce au développement et à l'utilisation d'une application mobile sécurisée permettant d'effectuer des actes de télémédecine avec une fonction de discussion instantanée est le projet « Challenge mobilité Bretagne » porté par le Copil inter-URPS.

En effet, dans la pratique journalière, il existe de nombreuses situations où des questions se posent et où une réponse rapide est nécessaire à la prise en charge du patient entre les différents professionnels de santé que ce soit dans le cadre en particulier de pathologies chroniques, de cas complexes ou du maintien au domicile du patient. Actuellement ces questions sont posées souvent par téléphone (avec toutes les difficultés pour contacter l'interlocuteur) ou par SMS (avec toutes les risques médico-légaux liés à l'absence de sécurisation), les réponses souvent tardives, et sans aucune traçabilité.



Les URPS considérant qu'il est important de développer la coordination des acteurs de santé dans cette finalité partagée qui est l'amélioration de la qualité de soins pour les patients, souhaitent pouvoir se doter d'une application mobile de télé-expertise et de communication sécurisée qui pourrait être promue auprès des équipes accompagnées.

L'objectif est de mettre à disposition des équipes de soins primaires bretonnes un outil mobile et sécurisé facilitant la communication autour des patients durant 6 mois.

Le Challenge mobilité Bretagne propose ainsi une « mise en concurrence » de différentes solutions mobiles par un « Club Utilisateur » représenté par les équipes pilotes qui vont chacune tester l'application mobile qui lui a été attribuée en fonction de ses projets et besoins.

Qui sont les équipes pluri-professionnelles prenant part au Challenge ?

- Lanester (56)
- Quiberon (56)
- Bain de Bretagne (35) et Vern-sur-Seiche (35)
- Combourg (35)
- Quimper (29)

Toutes ces équipes qui auront testé une application seront invitées à une « réunion du Club Utilisateur » après ces 6 mois, afin d'opérer un retour d'expérience sur toutes les solutions testées, et d'évoquer leurs avantages et inconvénients respectifs. De nouvelles équipes volontaires seront intégrées à la suite de la réunion du Club Utilisateur.

A la clé de ce challenge ? L'équipe qui comptabilisera le plus d'usage sur son application remportera un de solution mobile pour son département ! ■

Actus territoires :

2 NOUVELLES PTA EN FONCTIONNEMENT

Deux nouvelles Plateformes Territoriales d'Appui sont désormais en fonctionnement en Bretagne : la PTA de Saint Malo (Appui Santé Rance-Émeraude) – Dinan et celle de Lorient – Quimperlé (Cap Autonomie Santé)

Article déjà rédigé sur le site



Annonce :

COURS EN LIGNE POUR LES MEDECINS GENERALISTES SUR LE TRAITEMENT DES DEPRESSIONS

Le Groupe de Travail « Santé mentale et Psychiatrie » de la CN URPS propose un SPOC (Small Private Online Course) à destination des médecins généralistes. Il s'agit de cours en ligne limités dans le temps et ouverts à un public choisi. Il a été créé dans le cadre d'un partenariat entre la Conférence Nationale des URPS ML, le CHU et le CHS de Toulouse.

Ce programme est une diffusion des savoirs actualisés présentés sous une forme vivante et concrète et porte sur l'amélioration de la prise en charge des dépressions en médecine générale. Ce SPOC à usage professionnel et gratuit propose une formation d'1 heure par semaine pendant 4 semaines.

Les inscriptions en ligne s'effectueront en juillet-août 2018 et l'ouverture du SPOC est prévue en septembre 2018

Plus de renseignements : [le powerpoint]



Outils pratiques :

AFFICHAGE DES TARIFS DANS LES CABINETS MEDICAUX : NOUVELLES OBLIGATIONS LEGALES

A partir du 1^{er} juillet 2018, tous les professionnels de santé qui reçoivent des patients se doivent d'afficher les tarifs de leurs honoraires. L'URPS vous propose 4 affiches avec les informations que vous devez afficher.

A partir 1er juillet 2018, les professionnels libéraux ainsi que les établissements de santé se voient dans l'obligation d'afficher "de façon lisible et visible sur un même support" les tarifs (ou fourchettes de tarifs) des honoraires qui sont pratiqués, ainsi que le texte relatif à la situation conventionnelle du praticien.



Cet affichage doit être visible dans la salle d'attente ou, à défaut, dans votre lieu d'exercice ainsi que sur votre site internet si vous en possédez un.

L'URPS MLB a conçu quatre modèles d'affiches pour chaque catégorie de médecins que vous pourrez imprimer, compléter et afficher dans vos cabinets.

Téléchargez, complétez et imprimez votre affiche → [lien]

Lien vers l'arrêté

LA CHARTE D'ENGAGEMENT SUR LES RISQUES INFECTIEUX LIES AU SOIN

Afin de sensibiliser les professionnels de santé à la problématique du risque infectieux lié au soin, une charte d'engagement des professionnels de santé a été établie par le groupe de travail « Ville » du Comité de suivi du PROPIAS (PROgramme national d'actions de Prévention des Infections Associées au Soins).



Celle-ci se fonde sur des actions d'hygiène de base auxquelles tout professionnel doit pouvoir s'engager.

En effet, la promotion de la vaccination, la résistance aux antibiotiques et la prévention du risque infectieux reposent sur la mise en œuvre de précautions de standard d'hygiène et du respect des bonnes pratiques de soins qui sont définies au sein de référentiels et recommandations.

Accessible en ligne, <http://www.cpias.fr/Ville/charte.html> vous pouvez constituer votre charte d'engagement personnalisée en sélectionnant les items qui correspondent à votre pratique professionnelle afin de l'imprimer et l'afficher dans votre cabinet médical si vous le souhaitez.

Appel à projet :

ARTICLE 51 - TOUT SAVOIR SUR L'APPEL A CANDIDATURES PUBLIE PAR L'ARS COURANT JUIN « INNOVATION ET ORGANISATION »

Pour le lancement de l'appel à candidatures « Innovation et organisation », l'URPS MLB a participé à une réunion d'information organisée par l'ARS Bretagne et la CPAM.

Pour le lancement de l'appel à candidatures « Innovation et organisation », l'URPS MLB a participé à une réunion d'information organisée par l'ARS Bretagne et la CPAM.



Pour rappel, l'article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2018 portant sur l'innovation dans l'organisation des soins ouvre la possibilité à des financements dérogatoires aux règles actuelles de tarification pour des « expérimentations organisationnelles innovantes du système de santé ». Vous trouverez ci-dessous une interview de Mme QUERIC, directrice de la CPAM Ille-et-Vilaine au sujet de l'article 51.

L'appel à candidatures « Innovation et organisation » publié le 1er juin 2018 par l'ARS Bretagne comporte deux axes :

- L'identification des projets des acteurs et des territoires qui expérimenteront le dispositif prévu par l'article 51

- Le soutien des projets régionaux innovants mais qui n'entraient pas dans le cadre dérogatoire de cet article 51

En effet, l'ARS Bretagne souhaite favoriser l'émergence des initiatives en région en publiant cet appel à candidatures régional mutualisé :

Si le projet rentre dans le cadre de l'article 51, soit l'ARS décidera de l'intégrer aux projets régionaux au regard des orientations du PRS2, ou bien les projets seront portés au national si l'Agence estime que les projets reçus ont une portée nationale.

A cela, s'ajoute des thématiques identifiées faisant l'objet d'un appel à manifestation d'intérêt : paiement à l'épisode de soin, incitation à une prise en charge partagée et paiement en équipe de professionnels de santé. Ces thématiques seront traitées au niveau national avec la rédaction d'un cahier des charges.

SCHÉMA DE SÉLECTION DES PROJETS

Pour toutes questions sur au sujet de l'article 51, vous pouvez contacter :

L'URPS MLB, contact@urpsmlb.org, 02 99 30 36 45

Madame Caroline BONNET,
caroline.bonnet1@assurance-maladie.fr, Directrice adjointe de la CPAM 35

Madame Anne-Briac BILI, Responsable Département Innovation en Santé de l'ARS Bretagne

anne-briac.bili@ars.sante.fr – 02.22.06.73-75



D'après Franquin – Dupuis



MEMENTO

« LES OUTILS NUMÉRIQUES AU SERVICE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX EN BRETAGNE »



LES SYSTÈMES D'INFORMATION ET LA TÉLÉMÉDECINE, DE QUOI PARLE-T-ON ?

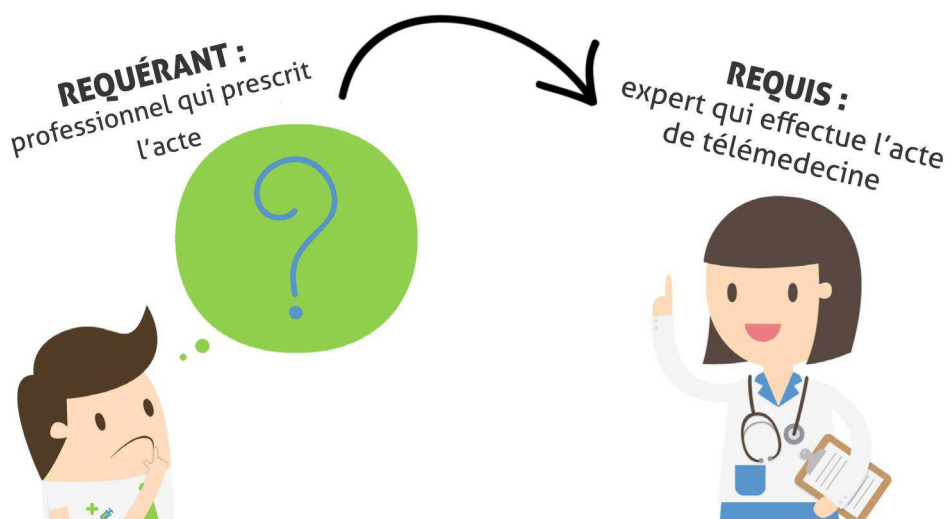
Les **Systèmes d'Information** (SI) permettent aux différents acteurs de transmettre des informations et de communiquer grâce à un ensemble de ressources matérielles, humaines et logicielles. Le SI vise à **faciliter la communication entre les professionnels de santé** libéraux, au sein d'une même structure ou entre plusieurs structures de soins. Cela implique qu'il doit être utilisé de manière large pour exploiter l'ensemble de ses fonctionnalités comme le recueil et le stockage de données.

La **télémédecine** est une forme réglementée de pratique médicale. Elle est définie dans la loi Hôpital Patients Santé et Territoires de 2009 (loi HPST) et dans le Code de la Santé Publique comme : « *une pratique médicale à distance mobilisant des technologies de l'information et de la communication (TIC)* ».

La télémédecine ne se substitue pas aux pratiques médicales mais est un complément de réponse aux enjeux d'accès aux soins. Elle doit également s'inscrire dans un projet médical et nécessite des outils sécurisés, qui communiquent avec les logiciels métiers comme la messagerie sécurisée, une plateforme dédiée.

Le déploiement de la télémédecine permet :

- Un meilleur accès aux soins pour les patients et leur évite des déplacements (par exemple pour les personnes en perte d'autonomie, à mobilité réduite)
- Un accès simplifié et rapide à des avis spécialisés (dermatologie, psychiatrie, gériatrie...)
- Une meilleure coordination des soins et une meilleure organisation sur certaines spécialités et sur des actes précis.
- Une amélioration de l'accès aux soins dans les régions à basse densité médicale



2

LES ACTES DE TELEMEDECINE

La **TÉLÉCONSULTATION** constitue un acte réalisé en présence du patient, qui dialogue avec le professionnel de santé à distance requis grâce aux technologies de l'information et de la communication (téléphone, visioconférence, messagerie sécurisée...) et en présence d'un professionnel de santé.

La **TÉLÉEXPERTISE** est un avis médical apporté par un professionnel de santé situé à distance à partir d'éléments d'information fourni par le requérant. L'acte de téléexpertise se décrit comme un échange entre deux ou plusieurs professionnels de santé (souvent médecins spécialistes) qui arrêtent ensemble un diagnostic sur la base de données cliniques, radiologiques, biologiques, etc.

Lorsqu'un professionnel de santé assiste à distance un professionnel de santé réalisant un acte médical ou chirurgical, il s'agit de **TÉLÉASSISTANCE**.

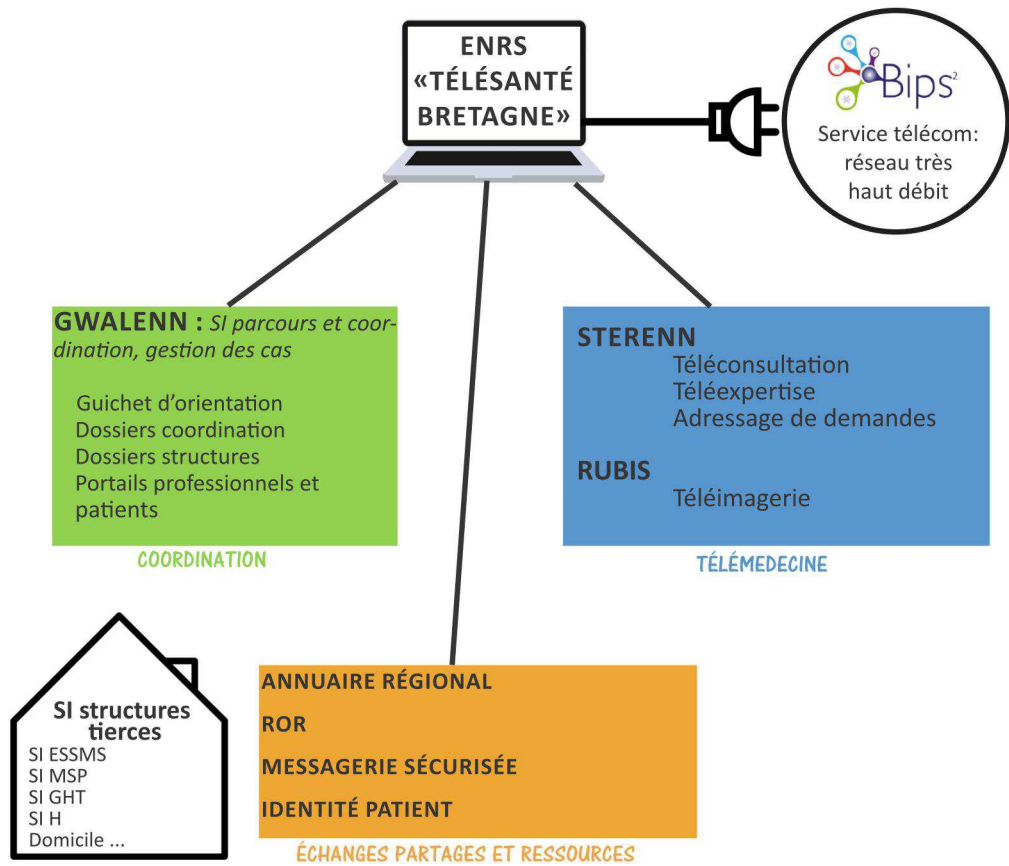
La **TÉLÉSURVEILLANCE** médicale découle de la transmission et de l'interprétation d'indicateurs cliniques, radiologiques, biologiques recueillis par le patient ou par le professionnel de santé via des objets connectés. L'interprétation de ces données peut conduire à une intervention auprès du patient.

Les échanges quotidiens entre professionnels de santé peuvent être considérés comme de la **TÉLÉCOORDINATION** : une application mobile de messagerie sécurisée instantanée peut illustrer cette pratique.



ET EN BRETAGNE ?

ESPACE NUMÉRIQUE RÉGIONAL DE SANTÉ



ET EN BRETAGNE ?

SNAC

Services Numériques d'Appui à la Coordination

SNAC est un **appel à projets** lancé par la DGOS auprès des ARS en 2017.

COMMENT ÇA MARCHE ?

L'objectif de SNAC est de répondre à la demande de développement et de déploiement des services numériques en appui à la coordination des parcours, en cohérence avec la stratégie régionale sur les services numériques et en capitalisant sur les expériences Territoire de Soins Numériques (TSN).

QUELLE UTILISATION ?

Le SNAC va s'appuyer sur des services socles tels que le ROR, la messagerie sécurisée, l'identité patient, les annuaires professionnels, mais également des services de gestion du parcours du patient et de la coordination (portail professionnel, agenda partagé, dossiers de coordination). Dans ce sens, SNAC va englober l'outil GWALENN dans sa dimension de coordination et de guichet d'orientation.

Nous vous proposons un tour d'horizon des outils régionaux numériques et des applications mobiles à destination des professionnels de santé libéraux



Le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) e-Santé Bretagne, promeut, pilote et coordonne les projets mutualisés qui permettent des échanges numériques entre tous les professionnels de santé.

Ainsi, le GCS accompagne **les projets numériques en santé** et propose un bouquet de services en télémédecine, des services pour les infrastructures ou encore à destination des professionnels. En ce sens le GCS e-Santé est l'interlocuteur privilégié pour la mise en oeuvre des projets numériques

OBJECTIF MOBILITÉ AVEC LES URPS

Faciliter la coordination clinique de proximité grâce au développement et à l'utilisation d'une **application mobile sécurisée permettant d'effectuer des actes de télémédecine avec une fonction de discussion instantanée** est le projet porté par le Copil inter-URPS.

L'objectif est de mettre à disposition des équipes de soins primaires **bretannes** un outil mobile et sécurisé facilitant la communication autour des patients sur des thématiques identifiées.

Des expérimentations seront lancées dans 4 territoires avec des équipes pilotes pour tester différentes solutions et retenir celle qui correspondra le plus aux besoins des professionnels de santé.

Une partie du projet ayant été sélectionnée par l'ARS Bretagne lors de l'appel à projet Télémédecine 2017, le déploiement d'une solution mobile (proposée par MAINCARE) va donc s'effectuer sur des équipes identifiées dans le Finistère, avec l'appui du GCS e-Santé.



TYPE D'OUTIL : Plateforme de télémédecine accessible en ligne

**MISE EN OEUVRE
OPÉRATIONNELLE :** Mars 2015

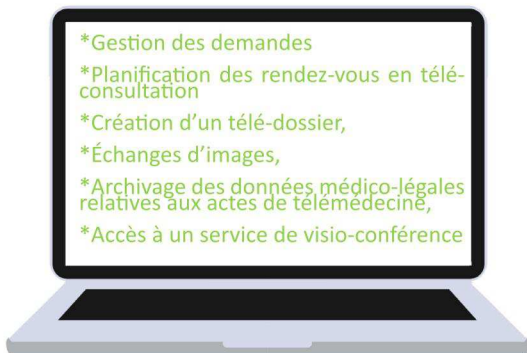
PAR QUI ? INOVELAN et  e-Santé
BRETAGNE

COMMENT ÇA MARCHE ?

La plateforme STERENN est structurée comme un centre de services et permet aux professionnels de santé d'**échanger de manière sécurisée** : de la préparation de l'acte de télémédecine jusqu'à la diffusion du compte-rendu.

Les différentes fonctionnalités proposées sont :

- *Gestion des demandes
- *Planification des rendez-vous en télé-consultation
- *Création d'un télé-dossier,
- *Échanges d'images,
- *Archivage des données médico-légales relatives aux actes de télémédecine,
- *Accès à un service de visio-conférence



QUELLE UTILISATION ?

La plateforme STERENN est une mise à disposition des professionnels de santé des outils nécessaires pour **assurer des actes de téléconsultation et de télé-expertise**.

Depuis le lancement de la plateforme en 2015, 1139 actes ont été terminés et 679 patients suivis. 54 structures et 43 professionnels de santé libéraux ont été requérants et 17 professionnels ont été requis.

QUELLES PERSPECTIVES ?

Le marché actuel de la plateforme STERENN va arriver à échéance en juillet 2019, à ce titre des groupes de travail ont été constitués pour recueillir les nouveaux besoins fonctionnels et techniques.

A terme, la plateforme STERENN devrait être accessible depuis le portail ENRS « télésanté Bretagne ».

Une application mobile est en cours de développement par MAINCARE et sera expérimentée dans les 3 équipes du Finistère retenues lors de l'appel à projets Télémédecine 2017.



TYPE D'OUTIL : Plateforme au service des dispositifs de coordination

MISE EN OEUVRE

OPÉRATIONNELLE : prévue en juin 2018, en production auprès des équipes pilotes depuis mars 2018

PAR QUI ? MEDIALIS et 

COMMENT ÇA MARCHE ?

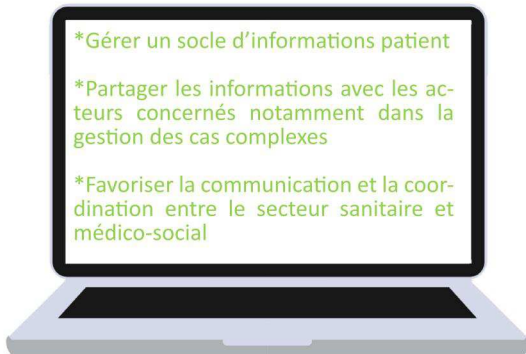
Gwalenn est une solution d'échange d'informations autour de la **gestion du parcours patient, entre professionnels de santé et structures de coordination.**

Cet outil relevant du système d'information qualifié de « Parcours et Coordination » permet de :

*Gérer un socle d'informations patient

*Partager les informations avec les acteurs concernés notamment dans la gestion des cas complexes

*Favoriser la communication et la coordination entre le secteur sanitaire et médico-social




QUELLE UTILISATION ?

A destination des structures de coordination (PTA, Réseaux de santé spécifiques, MAIA, CLIC, HAD, etc.) et des équipes de soins, cet outil permettra de réaliser du **repérage, de l'orientation et de la coordination au bénéfice de la personne** afin de fluidifier son parcours de santé.

Ce dispositif doit faciliter les échanges entre les acteurs participant à la prise en charge des patients. Le résultat attendu est avant tout une meilleure efficacité dans la prise en charge coordonnée des patients.

QUELLES PERSPECTIVES ?


Gwalenn est en production auprès des équipes pilotes identifiées, jusqu'à sa mise en service généralisée prévue en juin 2018 et sera accessible depuis l'ENRS « télésanté Bretagne ».




**Echange d'images médicales
e Santé Bretagne**

TYPE D'OUTIL : Service de télé-imagerie

**MISE EN OEUVRE
OPÉRATIONNELLE :** 2011

PAR QUI ? ETIAM, SIB et 



COMMENT ÇA MARCHE ?

RUBIS (Réseau Breton d'Imagerie en Santé) permet aux établissements de la région Bretagne :

*D'effectuer des échanges sécurisés d'images médicales entre les établissements publics ou privés

*D'adresser des demandes d'expertise médicale et des examens vers les sites référents

*D'effectuer des télédiagnostics à partir d'examens télétransmis.

Le Centre Régional Breton d'Expertise Neuroradiologie (CREBEN) s'appuie sur RUBIS dans un mode étendu pour proposer **une expertise neuroradiologique à distance** dans les 15 minutes pour les urgences et dans les 6 heures pour les examens non urgents, ceci 24h/24 et 7j/7. RUBIS est adaptable aux besoins spécifiques à certains domaines médicaux

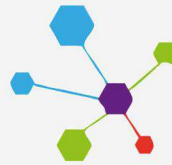
comme la radiologie mais aussi la neurochirurgie. Il dispose de passerelles interrégionales qui permettent aux établissements de santé de solliciter des avis au-delà du territoire breton.

QUELLE UTILISATION ?

26 établissements bretons utilisent les services de RUBIS. Chaque année, plus de 49 000 dossiers transitent par ce service. Concernant les professionnels de santé libéraux, les radiologues peuvent être amenés à être associés à RUBIS .

QUELLES PERSPECTIVES ?

Une deuxième version est prévue afin d'améliorer les différentes fonctionnalités pour permettre des services d'échange, de partage, de télé-expertise, de télé-radiologie et de dosimétrie. RUBIS sera intégré dans l'ENRS «télé-santé Bretagne» et à terme être interopérable avec les autres outils disponibles.



**Répertoire
Opérationnel des
Ressources
Bretagne**

TYPE D'OUTIL : Répertoire informatique détaillé et mis à jour en permanence de toute l'offre de soins régionale

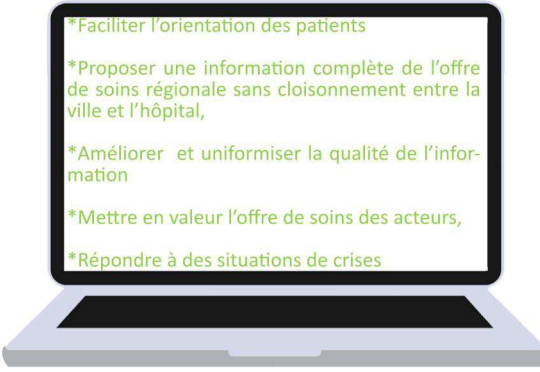
**MISE EN OEUVRE
OPÉRATIONNELLE :** en 2018 et offre ambulatoire prévue en 2019

PAR QUI ? PLÉIADES et 

COMMENT ÇA MARCHE ?

Le ROR est un outil informatique dynamique et partagé, contenant les données détaillées des **ressources dans les structures, alimentées et actualisées par les professionnels de santé** eux-mêmes.

Les enjeux stratégiques du ROR sont les suivants :

- 
- *Faciliter l'orientation des patients
 - *Proposer une information complète de l'offre de soins régionale sans cloisonnement entre la ville et l'hôpital,
 - *Améliorer et uniformiser la qualité de l'information
 - *Mettre en valeur l'offre de soins des acteurs,
 - *Répondre à des situations de crises

QUELLE UTILISATION ?

L'outil est destiné aux **professionnels de santé pour orienter les patients**.

Son objectif est de proposer une information exhaustive de l'offre de soins régionale et extrarégionale, sans cloisonnement entre la ville et l'hôpital, sur les champs du sanitaire, du médico-social et à terme du social.

QUELLES PERSPECTIVES ?

En 2018 la priorité est donnée à l'ensemble des structures sanitaires pour les doter du ROR, mais également de prendre en compte les projets locaux impactés par le ROR (PAERPA, sites pilotes de l'instruction SNAC « Services Numériques d'Appui à la Coordination »).

Le démarrage de la généralisation vers l'offre médicosociale, social et l'ambulatoire devrait s'opérer courant 2019.



HOSPIVILLE



TYPE D'OUTIL : Plateforme de coordination des professionnels de santé autour de la prise en charge médicamenteuse

MISE EN OEUVRE OPÉRATIONNELLE : Prévus en 2018

PAR QUI ? MaPUI Labs

COMMENT ÇA MARCHE ?

La plateforme numérique Hospiville permet de recouper rapidement les informations de prise de médicament du patient.

L'objectif est de **coordonner la prise en charge médicamenteuse des patients** dans leurs parcours de soins entre la ville et l'hôpital.

QUELLE UTILISATION ?

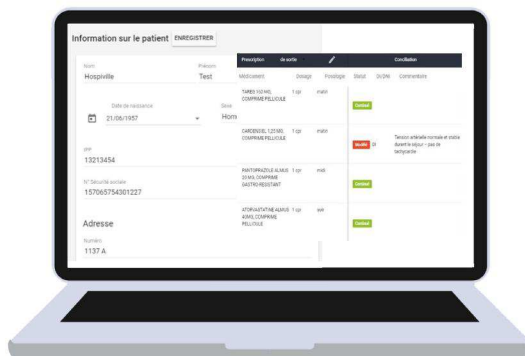
La plateforme s'adresse à tous les professionnels de santé et met à disposition différents outils :

- Un **carnet de soins pharmaceutique** récupérant les informations administratives (médecin traitant, officine...) et physiopathologiques pour établir un suivi et partager l'information avec les professionnels identifiés.
- Des **outils de conciliation médicamenteuse** pour réduire les erreurs et partager plus efficacement l'information.

Il existe par ailleurs la possibilité de partager des documents ainsi que de générer des statistiques pour les pharmacies cliniques.

QUELLES PERSPECTIVES ?

En 2017 ont eu lieu les premiers développements pour l'hospitalier. En janvier 2018, l'entreprise MaPUI a terminé sa première levée de fonds de 500.000€ pour notamment ouvrir la plateforme aux professionnels libéraux.





inzee.care
Le professionnel de santé à proximité

TYPE D'OUTIL : Plateforme régionale de mise en relation des établissements de santé avec les IDEL

MISE EN OEUVRE OPÉRATIONNELLE : Novembre 2017

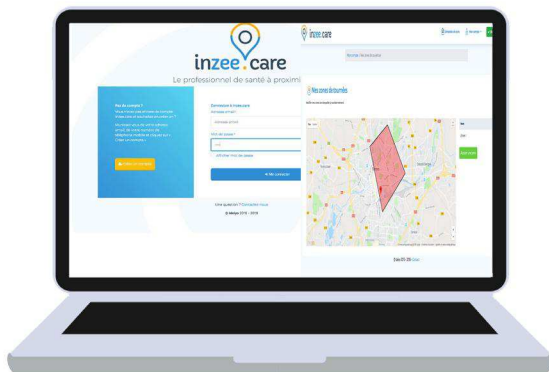
PAR QUI ? IDELYO et  **URPS**
INFIRMIERS LIBÉRAUX

COMMENT ÇA MARCHE ?

L'objectif principal d'Inzee.Care est de participer au **décloisonnement entre la ville et l'hôpital** mais aussi fluidifier les parcours patients, **faciliter les sorties d'hospitalisation**.

La plateforme va permettre de disposer d'un répertoire actualisé des IDEL sur un territoire donné avec, pour chacun d'eux :

- Un profil de prise en charge,
- Les disponibilités de l'IDEL,
- Les types de soins qu'il est susceptible de prendre en charge en temps réel et qu'il peut changer en fonction de sa charge de travail.



QUELLE UTILISATION ?

Grâce à un algorithme développé par l'Ecole Centrale d'Ingénieurs Supélec, la plateforme va en quelque sorte faire coïncider l'offre et la demande : pour chaque demande de prise en charge d'un patient, dès lors que celui-ci n'a pas d'IDEL référent ou que ce dernier indique qu'il n'est pas disponible, InzeeCare déterminera, grâce à la définition du secteur géographique de la tournée, les infirmiers en capacité de le prendre en charge. Ces derniers recevront un SMS de demande de soins. Si l'IDEL est intéressé, il cliquera sur un lien pour être mis en relation avec le service adresseur.

QUELLES PERSPECTIVES ?

Au 1er trimestre 2018 : attente d'une montée en charge des inscriptions des IDEL pour couvrir la région. Au 2ème trimestre 2018 : prospection auprès des établissements de santé. Des contacts ont été pris avec des représentants d'autres professions de santé pour les intégrer, notamment des masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes.

Une application smartphone (sur iOS et Android) est en cours de développement.



TYPE D'OUTIL : Logiciel collaboratif destiné à la coordination des parcours de santé

MISE EN OEUVRE OPÉRATIONNELLE : 2012

PAR QUI ? KI-Lab

COMMENT ÇA MARCHE ?

Globule est une **application de e-Santé communicante** disponible sur smartphone à destination des professionnels de santé et des établissements de santé, sociaux et/ou médico-sociaux.

Globule associe un dossier structuré pour le patient et un cahier de liaison mobile afin de :

- Intégrer le patient dans un «guichet unique»
- Décrire la situation et ses différents volets, du social au médical
- Evaluer les besoins et élaborer des Plans Personnalisés de Santé
- Communiquer entre professionnels du territoire



QUELLE UTILISATION ?

Globule met à disposition : l'annuaire des intervenants et des partenaires, le réseau familial et les aidants, les documents du patient, les agendas et plannings, les traitements, l'historisation des prises en charge et la traçabilité du parcours.

Globule est un outil ouvert à tous les professionnels de santé libéraux et permet le **partage des informations entre les différents intervenants et services d'accompagnement.**

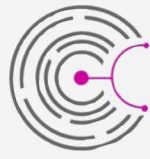
ET ÇA COÛTE COMBIEN ?

Le téléchargement est gratuit et l'application est disponible en téléchargement sur Android et iOS.

L'utilisation de l'application est payante, elle dépend du nombre d'utilisateurs.



12



entr'Actes



TYPE D'OUTIL : Application mobile pour les professionnels de santé ambulatoire

MISE EN OEUVRE OPÉRATIONNELLE : janvier 2017

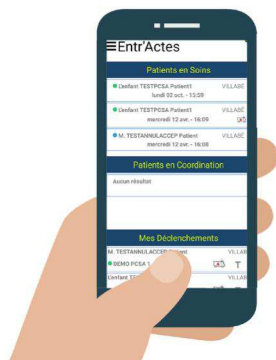
PAR QUI ? Medical concept



COMMENT ÇA MARCHE ?

Cette application permet à un professionnel de santé de **solliciter des ressources** (consultations de spécialistes, examens) pour son patient, particulièrement lors de sorties d'hospitalisation.

L'application prévient alors tous les professionnels de santé susceptibles d'intervenir dans le soin grâce à une notification à l'ensemble des professionnels ciblés. Le patient est alors pris en charge, passe ses examens, et ses résultats sont directement communiqués dans l'application. D'autres professionnels peuvent ensuite consulter l'historique du patient de façon sécurisée.



QUELLE UTILISATION ?

Entr'actes permet de **confirmer instantanément la capacité d'engagement d'une équipe** médicale, paramédicale ou médico-sociale, autour d'un patient dans un site et dans un temps donné.

Cette application est également accessible aux services hospitaliers ou établissements sanitaires.

Les professionnels de la région Île-de-France utilisent majoritairement Entr'Actes.

ET ÇA COÛTE COMBIEN ?

L'application est disponible en téléchargement sur Android à 0,99€ et à 1,09€ sur iOS.

Entr'Actes ne nécessite pas d'abonnement mensuel.

Au début destinée aux médecins, elle se destine désormais à tous les professionnels de santé.





TYPE D'OUTIL : Application mobile de messagerie instantanée et sécurisée

MISE EN OEUVRE OPÉRATIONNELLE : Novembre 2017

PAR QUI ? Claranet

COMMENT ÇA MARCHE ?

PandaLab est une application de **messagerie sécurisée et instantanée pour les professionnels de santé libéraux.**

L'objectif de cette application disponible sur smartphone est de fluidifier les échanges entre les professionnels de santé au sein d'une équipe, d'un service ou d'un établissement.

L'application est également **dotée d'un lecteur radio et d'imagerie.** Un support utilisateur est disponible instantanément en cas de dysfonctionnement.

QUELLE UTILISATION ?

Des **groupes de conversation** peuvent être créés : entre professionnels, autour d'une thématique, un secteur géographique ou encore autour d'un patient.

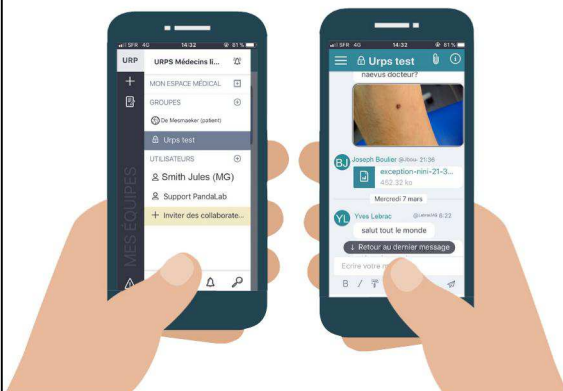
L'application permet d'envoyer des photos qualité diagnostic, et également de générer des PDF comme des avis formalisés ou encore des ordonnances.

Aussi, selon la disponibilité des professionnels, les notifications peuvent être mise en veille pendant une période définie par l'utilisateur.

ET ÇA COÛTE COMBIEN ?

L'application est disponible en téléchargement sur Android et sur iOS. L'abonnement mensuel est de 10€ HT pour les professionnels de santé libéraux.

L'équipe de PandaLab propose de développer des extensions et services spécifiques selon les demandes et les besoins.



14



MiSS
Messagerie immédiate
Sécurisée de Santé

TYPE D'OUTIL : Application mobile de messagerie instantanée et sécurisée

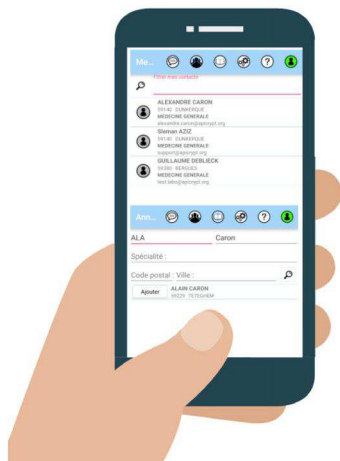
MISE EN OEUVRE OPÉRATIONNELLE : Mai 2015

PAR QUI ? APICEM

COMMENT ÇA MARCHE ?

La MiSS est un **service de messagerie immédiate et sécurisée** accessible sur smartphone et tablette.

Ce service permet aux professionnels de santé APICRYPT ou MiSS, de s'envoyer des messages sécurisés de façon instantanée au sujet d'un patient, sans avoir besoin de connaître les coordonnées de leur correspondant.



QUELLE UTILISATION ?

Les utilisateurs de la MiSS pourront :

- Echanger et de manière sécurisée avec un autre correspondant
- Envoyer des photos en pièce jointe
- Choisir sa disponibilité sur l'application

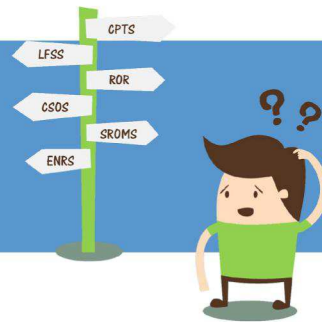
ET ÇA COÛTE COMBIEN ?

L'utilisation de cette messagerie immédiate sécurisée est ouverte à tous les professionnels de santé ou concourant aux soins.

Le service MiSS est gratuit pour les utilisateurs disposant d'une adresse personnelle nominative APYCRYPT et hors tarifs spéciaux (établissement de soins et EHPAD). Elle coûte 20€/an pour les non abonnés APYCRYPT.

L'application est disponible sur Android et iOS. Le téléchargement de l'application MiSS est au tarif de 0,99€

GLOSSAIRE



A

ACOSS : Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale

ADPS : Association Départementale de Permanence des Soins

AFDET : Association Française pour le Développement de l'Education Thérapeutique

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

ARAPL : Association Régionale Agréée des Professions Libérales

ARS : Agence Régionale de Santé

Article 70 : Article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale 2012 visant à améliorer l'organisation et la coordination des parcours de santé des personnes âgées afin de prévenir des recours évitables à l'hospitalisation (module 1) et de coordonner les soins en sortie d'hospitalisation (module 2)

ASIP Santé : Agence nationale des Systèmes d'Information Partagés de Santé

B

BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

C

CARPEC : Cellule d'Appui Régionale pour les Projets d'Exercice Coordiné

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CCLIN : Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales

CCP : Coordination Clinique de Proximité

CES : Centre d'Examens de Santé

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies (10ème version)

CIRDD : Centre d'Information et de Ressources sur les Drogues et les Dépendances

CIRE : Cellule Inter-Régionale d'Epidémiologie

CISS : Collectif Inter-associatif sur la Santé

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CLS : Contrat Local de Santé

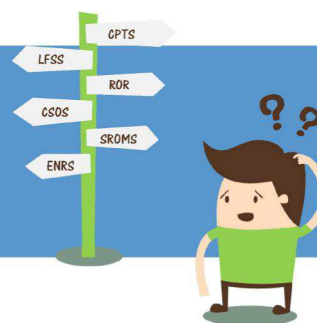
CME : Commission Médicale d'Etablissement

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CODAMUPS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence

GLOSSAIRE



des Soins et des Transports Sanitaires

COPIL : Comité de Pilotage

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CPR : Commission Paritaire Régionale

CPS : Carte de Professionnel de Santé

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CRCI : Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation des Accidents Médicaux, Affections Iatrogènes et Infections Nosocomiales

CREBEN : Centre Régional Breton d'Expertise Neuroradiologie

CRONDPS : Comité Régional de l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé

CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

CSMS : Commission Spécialisée pour la prise en charge et les accompagnants Médico-Sociaux

CSOS : Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins

CTA : Coordination Territoriale d'Appui

CTS : Conseils Territoriaux de Santé

D

DAM : Délégué de l'Assurance Maladie

DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux

DCC : Dossier Communicant de Cancérologie

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DGS : Direction Générale de la Santé

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DIM : Département de l'Information Médicale

DMLA : Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age

DMP : Dossier Médical Personnel

DP : Dossier Pharmaceutique

DPC : Développement Professionnel Continu

DSS : Direction de la Sécurité Sociale

E

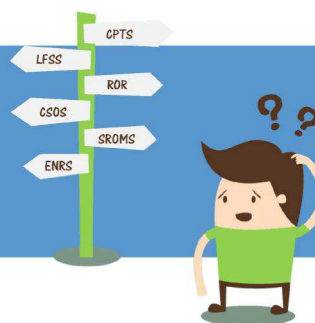
EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ENMR : Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération

ENRS : Espaces Numériques Régionaux de Santé

GLOSSAIRE



EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

EPS : Etablissement Public de Santé ou Education pour la Santé

ESPIC : Etablissement de santé Privé d'Intérêt Collectif

ESP : Equipe de Soins Primaires

ETP : Education Thérapeutique du Patient

F

FEHAP : Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs

FHF : Fédération Hospitalière de France

FHP : Fédération de l'Hospitalisation Privée

FIR : Fonds d'Intervention Régional

FMC : Formation Médicale Continue

G

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GDR : Gestion Du Risque

GECO : Groupes pour l'Exercice Coordonné

GIP : Groupement d'Intérêt Public

GTR : Groupe Thématique Régional

H

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HPST : Hôpital Patients Santé Territoire

HPV : Human Papilloma Virus

I

IAS : Infections Associées aux Soins

IRAPS : Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins

IRC : Insuffisance Rénale et Chronique

J

LABM : Laboratoire d'Analyse de Biologie Médicale

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

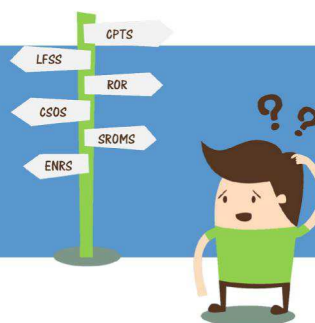
M

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

MCS : Médecin Correspondant Samu

GLOSSAIRE



MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MEP : Médecin à Exercice Particulier

MIG : Mission d'Intérêt Général

MIGAC : Mission d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation

MMG : Maison Médicale de Garde

MSA : Mutualité Sociale Agricole

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

N

NACO : Nouveaux Anti Coagulants Oraux

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

NIR : Numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques

O

OGC FPC : Organisme Gestionnaire Conventionnel de la Formation Professionnelle Conventionnelle des médecins libéraux

OMEDIT : Observatoire des Médicaments, des dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

ORS : Observatoire Régional de Santé

P

PDS : Permanence Des Soins

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoire

PDSE : Permanence Des Soins Etablissement

PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

PPS : Programme Personnalisé de Soins

PRAPS : Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins

Programme PAERPA : Programme pour les Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie

PRS : Programme Régional de Santé

PRSE : Programme Régional Santé et Environnement

PSL : Professionnels de Santé Libéraux

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

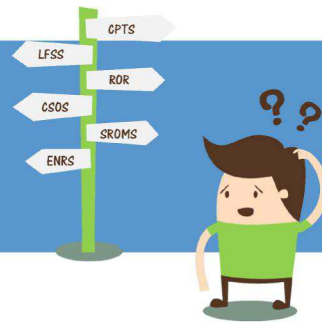
R

RAAC : Récupération Améliorée Après Chirurgie (selon HAS)

RAP : Référentiel d'Analyse et de Progression (outil développé par la HAS)

RCP : Réunions de Concertation Pluridisciplinaire

GLOSSAIRE



RREVA : Réseau Régional de Vigilances et d'Appui

ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

RRAC : Réhabilitation Rapide Après Chirurgie

RSI : Régime Social des Indépendants

RUBIS : RéseaU Breton d'Imagerie en Santé

S

SCOOP : Suivi Coordonné et Organisé en Obstétrique et Pédiatrie

SFSP : Société Française de Santé Publique

SI : Système d'Informations

SNIIRAM : Système National d'Informations Inter-Régimes de l'Assurance Maladie

SNAC : Services Numériques d'Appui à la Coordination

SOPHIA : Service d'Accompagnement de l'Assurance Maladie pour les Personnes atteintes de maladies chroniques

SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

SROSA : SROS Volet Ambulatoire

SSAD : Service de Soins à Domicile

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

STPS : Service Territorial de Santé au Public

T

T2A : Tarification à l'Activité

TS : Territoire de Santé

U

UCA : Unité de Chirurgie Ambulatoire

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

MENTO

« LES OUTILS NUMÉRIQUES AU SERVICE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX EN BRETAGNE »

CONTACT :

MAISON DES URPS
13E BOULEVARD SOLFÉRINO,
RENNES

02 99 84 15 15



URPS Biologistes
de Bretagne



Annexe 6 : « Affiches pour les nouveaux tarifs dans les cabinets médicaux » (Réalisation Laurianne Dischli)



LE CABINET DU
Dr.....
Médecin Généraliste secteur 1
VOUS INFORME



	En semaine de 8h à 20h		Dimanche et jours fériés		Soirée de 20h à minuit et de 6h à 8h		Nuit de minuit à 6h	
Consultation	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€
Visite à domicile*	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€
Consultation de garde	*Les visites à domicile ne sont prises en charge par la Sécurité Sociale que lorsqu'elles sont médicalement justifiées. Il convient également d'ajouter les indemnités de déplacement		...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€
Visite de Garde			...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€

LES 5 ACTES LES PLUS COURAMMENT PRATIQUES PAR VOTRE MEDECIN :	HONORAIRES :	Base de remboursement Assurance Maladie
	€	€
	€	€
	€	€
	€	€
	€	€

« Votre médecin applique les tarifs de remboursement de l'Assurance Maladie. Ces tarifs ne peuvent pas être dépassés, sauf dans deux cas :

- Exigence exceptionnelle de votre part, s'agissant de l'horaire ou du lieu de la consultation ;
- Non-respect par vous-même du parcours de soins.

Si votre médecin vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie, il doit obligatoirement vous en informer.

Dans tous les cas cités ci-dessus où votre médecin fixe librement ses honoraires ou ses dépassements d'honoraires, leur montant doit être déterminé avec tact et mesure. »

D'après le décret n° 2009-152 du 10 février 2009 relatif à l'information sur les tarifs d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé

Plus d'informations : www.ameli.fr



Dans le cadre du parcours de soins coordonnés (vous consultez votre médecin traitant, son remplaçant ou un médecin correspondant sur orientation de votre médecin traitant) : la Sécurité Sociale vous remboursera toujours 70% du tarif de convention. La différence sera prise en charge partiellement ou totalement en fonction de votre complémentaire santé.

LE CABINET DU

Dr.....

Médecin Généraliste secteur 2

VOUS INFORME



	En semaine de 8h à 20h		Dimanche et jours fériés		Soirée de 20h à minuit et de 6h à 8h		Nuit de minuit à 6h	
Consultation	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€
Visite à domicile*	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€
Consultation de garde	*Les visites à domicile ne sont prises en charge par la Sécurité Sociale que lorsqu'elles sont médicalement justifiées. Il convient également d'ajouter les indemnités de déplacement		...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€
Visite de Garde			...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€

LES 5 ACTES LES PLUS COURAMMENT PRATIQUES PAR VOTRE MEDECIN :	HONORAIRES :	Base de remboursement Assurance Maladie
	€	€
	€	€
	€	€
	€	€
	€	€

« Votre médecin détermine librement ses honoraires. Ils peuvent donc être supérieurs au tarif du remboursement par l'Assurance Maladie.

Si votre médecin vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie, il doit obligatoirement vous en informer.

Dans tous les cas, il doit fixer ses honoraires avec tact et mesure.

Si vous bénéficiez de la couverture maladie universelle complémentaire, votre médecin doit appliquer le tarif de remboursement de l'Assurance Maladie. »

D'après le décret n° 2009-152 du 10 février 2009 relatif à l'information sur les tarifs d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé

Plus d'informations : www.ameli.fr



Dans le cadre du parcours de soins coordonnés (vous consultez votre médecin traitant, son remplaçant ou un médecin correspondant sur orientation de votre médecin traitant) : la Sécurité Sociale vous remboursera toujours 70% du tarif de convention. La différence sera prise en charge partiellement ou totalement en fonction de votre complémentaire santé.

LE CABINET DU

Dr.....

Médecin Spécialiste secteur 1

VOUS INFORME



	En semaine de 8h à 20h		Dimanche et jours fériés		Soirée de 20h à minuit et de 6h à 8h		Nuit de minuit à 6h	
Consultation	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€
Consultation de garde			...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€
	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€

LES 5 ACTES LES PLUS COURAMMENT PRATIQUES PAR VOTRE MEDECIN :	HONORAIRES :	Base de remboursement Assurance Maladie
	€	€
	€	€
	€	€
	€	€
	€	€

« Votre médecin applique les tarifs de remboursement de l'Assurance Maladie. Ces tarifs ne peuvent pas être dépassés, sauf dans deux cas :

- Exigence exceptionnelle de votre part, s'agissant de l'horaire ou du lieu de la consultation ;
- Non-respect par vous-même du parcours de soins.

Si votre médecin vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie, il doit obligatoirement vous en informer.

Dans tous les cas cités ci-dessus où votre médecin fixe librement ses honoraires ou ses dépassements d'honoraires, leur montant doit être déterminé avec tact et mesure. »

D'après le décret n° 2009-152 du 10 février 2009 relatif à l'information sur les tarifs d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé

Plus d'informations : www.ameli.fr



Dans le cadre du parcours de soins coordonnés (vous consultez votre médecin traitant, son remplaçant ou un médecin correspondant sur orientation de votre médecin traitant) : la Sécurité Sociale vous remboursera toujours 70% du tarif de convention. La différence sera prise en charge partiellement ou totalement en fonction de votre complémentaire santé.

LE CABINET DU

Dr.....

Médecin Spécialiste secteur 2

VOUS INFORME



	En semaine de 8h à 20h		Dimanche et jours fériés		Soirée de 20h à minuit et de 6h à 8h		Nuit de minuit à 6h	
Consultation	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€
Consultation de garde			...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€
	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€	...€	Base de remboursement Assurance Maladie ...€

LES 5 ACTES LES PLUS COURAMMENT PRATIQUES PAR VOTRE MEDECIN :	HONORAIRES :	Base de remboursement Assurance Maladie
	€	€
	€	€
	€	€
	€	€
	€	€

« Votre médecin détermine librement ses honoraires. Ils peuvent donc être supérieurs au tarif du remboursement par l'Assurance Maladie.

Si votre médecin vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie, il doit obligatoirement vous en informer.

Dans tous les cas, il doit fixer ses honoraires avec tact et mesure.

Si vous bénéficiez de la couverture maladie universelle complémentaire, votre médecin doit appliquer le tarif de remboursement de l'Assurance Maladie. »

D'après le décret n° 2009-152 du 10 février 2009 relatif à l'information sur les tarifs d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé

Plus d'informations : www.ameli.fr



Dans le cadre du parcours de soins coordonnés (vous consultez votre médecin traitant, son remplaçant ou un médecin correspondant sur orientation de votre médecin traitant) : la Sécurité Sociale vous remboursera toujours 70% du tarif de convention. La différence sera prise en charge partiellement ou totalement en fonction de votre complémentaire santé.

Annexe 7 : « Les 5 affiches de l'URPS MLB pour les Rencontres de La Baule de la CN UPRS-ML » (rédaction et conception : Laurianne Dischli – Réalisation IdMagine)



EN ACTION : ETP • E-SANTÉ • PDS • FORMATION • BPCO • GROUPES QUALITÉ • VACCINATION • ANTIBIOTIQUES • CHIRURGIE AMBULATOIRE • GECO • ENTREPRISE LIBÉRALE • MESSAGERIE SÉCURISÉE • SANTÉ MENTALE • THÈSES • RAAC • TÉLÉMÉDECINE • SANTÉ DES MÉDECINS • REPÉRAGE DE LA FRAGILITÉ • DÉMARCHE QUALITÉ • RECHERCHE • REPRÉSENTATION • FORMATION

APIMED : LA QUALITE EN BRETAGNE

Un laboratoire d'innovation en termes d'exercice et d'organisation des soins

Les Groupes Qualité c'est...

1540
Médecins engagés

6
Régions impliquées

148
Groupes

500 000 €
Engagés dans l'organisation

= 10 MILLIONS
de dépenses non engagées par l'Assurance Maladie

Les Groupes Qualité en Bretagne

368
Médecins généralistes impliqués

38
Groupes Qualités

35
Animateurs Formés

Portrait de l'animateur des Groupes Qualité

Continue à l'organisation du territoire et à l'amélioration des parcours de soins

Une démarche au service de la santé
GROUPE QUALITE

Favorise la dynamique de groupe

Qualités relationnelles

Gère l'organisation des réunions et leur animation

Est attentif aux participants et gère les crises au sein du groupe

Fort intérêt pour les démarches d'amélioration des pratiques

Médecin Généraliste, formé à ce rôle par des experts lors de séminaires

Assure le respect du cahier des charges

Utilise un système d'information pour transmettre les idées et remontées des groupes

Objectifs

Le projet Groupes Qualité, déployé en Bretagne depuis 2001, porté par l'URPS MLB, poursuit une triple ambition :

► **Professionnelle**
en organisant des séances d'échanges entre médecins sur leur pratique, autour d'une analyse partagée et de leur confrontation aux données de la science

► **Politique**
en utilisant le territoire comme levier d'incitation et de recrutement des participants

► **Qualitative**
en améliorant les pratiques individuelles grâce aux analyses partagées

Perspectives

Des réflexions sont menées actuellement concernant :

- L'intégration d'autres professionnels de santé dans des groupes expérimentaux
- La mise en place d'un système d'information permettant des remontées d'informations sur un territoire
- La mise à disposition par APIMED de l'expertise des animateurs Groupes Qualité

Et demain...

- Soirées d'informations
- Groupements libéraux de territoire
- Coopération ville/hôpital
- Plateformes Territoriales d'Appui
- Prévention

- SI parcours
- SI mobilité
- Antibiorésistance
- Vaccination
- Équipes de Soins Primaires
- Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
- ...

urpsmlb.org

© IdMagine

Projets soutenus par l'URPS MLB



Organisation du parcours patient et de la prise en charge dans le cadre d'une Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC) sur le Pays de Lorient.

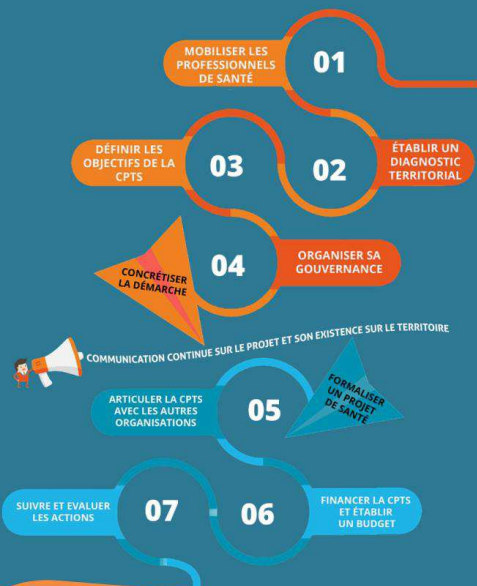


Projet ville-hôpital, à l'initiative des médecins libéraux du Pays de Quimper et collaboration avec le Centre Hospitalier de Quimper.



Mise en place d'une «Plateforme santé» pour identifier l'offre de soins et les ressources professionnelles disponibles sur le Pays d'Auray.

Processus de création d'une CPTS



Et demain...

- Soirées d'informations
- Groupements libéraux de territoire
- Coopération ville/hôpital
- Plateformes Territoriales d'Appui
- Prévention
- SI parcours
- SI mobilité
- Antibiorésistance
- Vaccination
- Équipes de Soins Primaires
- Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
- ...

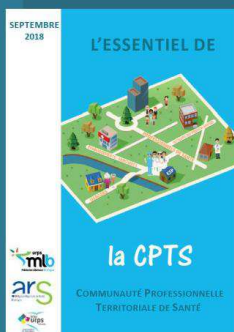


ORGANISATION TERRITORIALE : Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

Une CPTS est une communauté de professionnels de santé dont l'objectif est **d'assurer une meilleure coordination de leurs actions et de structurer le parcours de santé** (prévention, accompagnement et soins) pour mieux répondre aux besoins de **la population d'un territoire**.

Elle se constitue à **l'initiative de professionnels de santé libéraux** sur un territoire. La CPTS est une opportunité pour **organiser les initiatives et les coopérations existantes**, soutenir les dynamiques coordonnées autour du patient, respecter la place et les compétences de chacun, amorcer une réflexion sur la qualité des soins et fédérer les acteurs de santé.

Accompagner : « L'Essentiel de la CPTS »



Les URPS de Bretagne ont travaillé à l'identification et à la formalisation d'un accompagnement pour l'émergence de ces organisations professionnelles.

Parce qu'il est nécessaire que les acteurs disposent d'outils et de moyens appropriés pour assurer la solidité du projet dès son initiation, l'URPS MLB a initié, **en concertation avec le COPIL inter-URPS, l'ARS Bretagne et avec l'appui de GECO Lib'**, « L'Essentiel de la CPTS ».

Ce document vise à être un guide pratique pour comprendre les enjeux et le fonctionnement des CPTS, mais surtout à expliciter les étapes et éléments essentiels à leur construction et bon fonctionnement.

Document présenté aux fédérations :





JUIN
Rencontre
avec
les équipes



FIN JUIN
Lancement
opérationnel
du challenge



SEPTEMBRE
OCTOBRE
Bilan : réunion du
« club utilisateurs »



MI JUIN
Comité de
sélection par
l'inter-URPS



JUIN
SEPTEMBRE
Usage : points de
communication
réguliers



SEPTEMBRE
MARS
intégration de
nouvelles équipes
et réévaluation

Les thématiques

Sollicitations régulières sur les thématiques suivantes :

- ▶ Prise en charge de la douleur
- ▶ Prise en charge du patient sous Anti-Vitamines K (AVK)
- ▶ Prévention de la perte d'autonomie
- ▶ Prise en charge et suivi du patient Hypertendu à domicile (HTA)
- ▶ Télé expertise en dermatologie ambulatoire
- ▶ Prise en charge post opératoire

Perspectives

- ▶ Futur système d'information en mobilité des Equipes de Soins Primaires (ESP) et des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) pour toutes les situations cliniques.

Et demain...

- Soirées d'informations
- Groupements libéraux de territoire
- Coopération ville/hôpital
- Plateformes Territoriales d'Appui
- Prévention
- SI parcours
- SI mobilité
- Antibiorésistance
- Vaccination
- Équipes de Soins Primaires
- Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
- • •

CHALLENGE MOBILITÉ :

Une application mobile sécurisée pour améliorer la qualité de vos échanges

Le projet « **Challenge mobilité Bretagne** », porté par le Copil inter-URPS, vise à faciliter la coordination clinique de proximité grâce au développement et à l'utilisation d'une application mobile.

L'objectif est de mettre à disposition des équipes de soins primaires bretonnes un outil mobile et sécurisé facilitant la communication autour des patients, avec la possibilité d'effectuer des actes de télémédecine.

L'expérimentation est lancée avec des équipes pilotes pour tester différentes solutions et retenir celle qui correspondra le plus aux besoins et usages des professionnels de santé.

Les équipes pilotes

Le Challenge mobilité Bretagne est un projet proposant une « **mise en concurrence** » de différentes solutions mobiles.

Un carnet a été réalisé pour accompagner les professionnels de santé tout au long du challenge et des points d'informations réguliers seront diffusés via une newsletter.



Club utilisateurs

Toutes les équipes qui auront testé une application formeront le « Club Utilisateurs » qui se tiendra sur une journée à la fin de la période de test. L'objectif de cette réunion sera de faire un retour d'expériences sur toutes les solutions testées, d'évoquer leurs avantages et inconvénients respectifs.



MISE À LA DISPOSITION POUR LE DÉPARTEMENT DE L'ÉQUIPE AYANT EFFECTUÉ LE PLUS D'USAGES.



Les projets

Accompagnement des projets

- ▶ Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)
- ▶ Équipes de Soins Primaires (ESP)
- ▶ Plateformes Territoriales d'Appui (PTA)
- ▶ Pôles et maisons de santé
- ▶ Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC) et chirurgie ambulatoire

Échanges et informations

- ▶ Déploiement de la messagerie sécurisée
- ▶ Organisation de soirées d'échanges et d'information

Formation

Élaboration et mise en œuvre de la formation d'animateurs de regroupements pluri-professionnels de soins primaires avec l'EHESP et la HAS



Les Facilitateurs

26 facilitateurs formés grâce à :

-  Une formation annuelle des facilitateurs
-  Une «Charte de la facilitation»

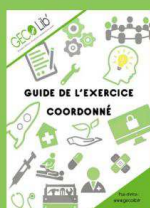
Avec des connaissances actualisées à propos de l'exercice coordonné ils interviennent auprès des équipes sur :



Les outils

Le guide de l'exercice coordonné

- ▶ Plus de 50 fiches pratiques sur l'exercice coordonné et la gestion de projet
- ▶ Modèles et trames de documents



A venir

- ▶ Un catalogue de formation relatif à l'exercice coordonné.

Et demain...

- Soirées d'informations
- Groupements libéraux de territoire
- Coopération ville/hôpital
- Plateformes Territoriales d'Appui
- Prévention
- SI parcours
- SI mobilité
- Antibiorésistance
- Vaccination
- Équipes de Soins Primaires
- Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
- ••



GECO Lib' est une association créée en mai 2014, portée et financée par les URPS de Bretagne pour l'accompagnement des acteurs de terrain.

GECO Lib' réunit et accompagne des professionnels de santé libéraux désireux de formaliser un exercice coordonné et de développer de nouvelles prises en charge à destination des patients.

Une chargée de développement salariée vient en appui aux projets de l'association.

Les partenaires de GECO



Contact : 25 rue Saint Hélier – 35000 RENNES
www.gecolib.fr
contact@gecolib.fr
Tel: 02.99.30.36.45



Les projets GECO en Bretagne

Les soirées Santé Publique de l'URPS MLB

Saison 1

*Les antibiotiques, potion magique d'hier ?
Et demain ?!*



En 2017, la saison 1 c'était....


8
Soirées
d'information


367
Participants


18
Experts
en microbiologie,
infectiologie
et biologie

Saison 2

La vaccination, notre protection !



De nouvelles soirées santé publique vont être organisées en Bretagne à l'**automne 2018** sur le thème de la vaccination. Elles seront l'occasion pour les professionnels de santé d'aborder **les enjeux et les priorités de la vaccination** ainsi que la **valeur interprofessionnelle** qu'elle revêt.

Et demain...

- Soirées d'informations
- Groupements libéraux de territoire
- Coopération ville/hôpital
- Plateformes Territoriales d'Appui
- Prévention
- SI parcours
- SI mobilité
- Antibiorésistance
- Vaccination
- Équipes de Soins Primaires
- Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
- • •



SANTÉ PUBLIQUE, L'URPS MLB S'ENGAGE

L'URPS Médecins a mis en place un groupe de travail **démarche qualité**, afin de promouvoir et développer la démarche de santé publique et de qualité des soins.

Nous sommes impliqués depuis plusieurs années au sein d'instances spécialisées relatives aux **vigilances** et à la **qualité des soins** aux niveaux régional et national : OMEDIT, RREVA, PROPIAS...

En 2018, nous agissons pour la **promotion de la vaccination** afin de valoriser les bonnes pratiques, mettre en place des actions susceptibles de contribuer à l'amélioration des soins et du parcours du patient. Cette action est réalisée en partenariat avec l'URPS Infirmiers Libéraux de Bretagne.

Nous nous engageons avec eux...



**Trame de lettre d'intention et de projet de cahier des charges pour les projets
d'expérimentation d'innovation en santé**

LA TELECOORDINATION:

**AMÉLIORER L'ORGANISATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE
PROXIMITÉ POUR L'OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT,
À TRAVERS L'UTILISATION D'UN OUTIL NUMÉRIQUE**

1. Objet et finalité du projet d'expérimentation / Enjeu de l'expérimentation

a. Description du projet d'expérimentation

La télémédecine est une forme réglementée de pratique médicale. Elle est définie dans la Loi Hôpital Patients Santé et Territoires de 2009 (dite Loi HPST) et dans le Code de la Santé Publique comme « *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication* »⁴⁹.

La télémédecine ne se substitue pas aux pratiques médicales mais est un complément de réponse aux enjeux d'accès aux soins. Elle s'inscrit dans un projet médical et nécessite des outils sécurisés, qui communiquent avec les logiciels métiers comme la messagerie sécurisée, une plateforme dédiée, des applications mobiles de télé-expertise.

D'après la définition légale qui lui est accordée en France, la télémédecine recouvre 5 types d'actes⁵⁰ :

- La **téléconsultation** (la consultation à distance d'un médecin)
- La **télé-expertise** (la sollicitation à distance de l'avis d'un autre médecin)
- La **télé-surveillance** (la surveillance médicale et interprétation des données du suivi médical du patient à distance)
- La **télé-assistance** (l'assistance à distance d'un médecin à un autre professionnel de santé pendant la réalisation d'un acte)
- La réponse apportée dans le cadre de la **régulation médicale** des appels au SAMU

La télémédecine fait émerger des innovations technologiques et organisationnelles fortes mais aussi de nouveaux services. Parmi ceux-ci nous avons identifié la coordination des

⁴⁹ Article L. 6316-1 du code de la santé publique issu de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires

⁵⁰ Dispositions du décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 codifiées à l'article R. 6316-1 du code de la santé publique

soins au sein des équipes de soins primaires (ou de premier recours), qui peut bénéficier du support des nouvelles technologies et que nous définissons ici comme la “**télécoordination**”.

La télécoordination facilite l'accès au système de soins et enrichit les possibilités de prise en charge offertes au patient. Grâce à cette dernière, la pratique clinique devient collective, voire pluri-professionnelle en associant plusieurs praticiens ou plusieurs catégories de professionnels de santé, qui partagent un même protocole de prise en charge thérapeutique ou suivent un même patient.

La **télécoordination** se définit avant tout par la nature du message échangé. Ce dernier ne pose ou ne répond pas obligatoirement à une question précise (comme cela peut être le cas en télé-expertise). La notion de requis et de requérant est ainsi floutée au profit de **celle d'échanges quotidiens et de transmissions d'informations au sein de l'équipe de soins**. Ceux-ci peuvent concerner :

- Les échanges quasi-instantanés entre professionnels de santé sur la prise en charge d'un patient commun
- Le signalement ou alerte d'une situation au domicile du patient, suivi de l'état de santé du patient au domicile
- Le suivi ou la nécessité d'un avis ponctuel sur une pathologie chronique d'un patient pris en charge au sein d'une même équipe de soins
- L'identification d'un risque qui nécessite la mise en place d'actions pluridisciplinaires pour éviter des complications ou une hospitalisation

Ces échanges quotidiens dans l'équipe de proximité pluriprofessionnelle sont rendus possibles **via un outil numérique mobile disposant de fonctionnalités de :**

- Discussion instantanée,
- Echange de documents et photos,
- Répertoire des professionnels de santé intervenant auprès d'un même patient,
- Stockage des flux échangés entre les professionnels de l'équipe de soins.

b. Les objectifs de l'expérimentation (stratégiques et opérationnels)

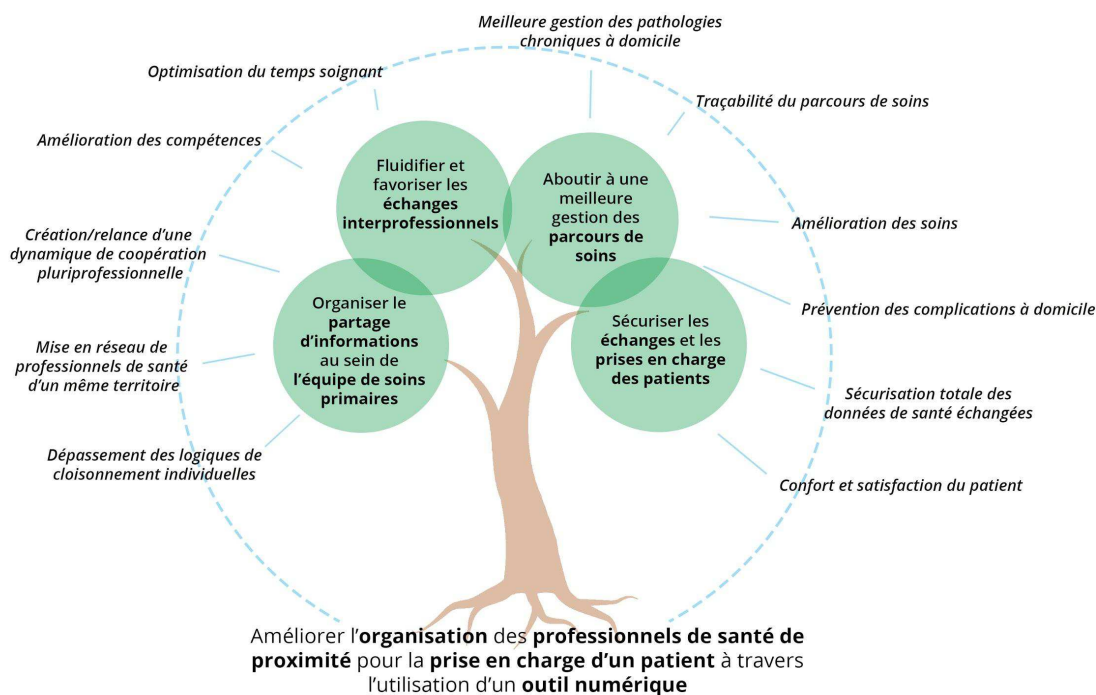
La coordination est devenue depuis de nombreuses années l'un des objets centraux des discours et politiques pour parvenir à une meilleure efficacité du système de santé français. Elle est ainsi évoquée à la fois comme un besoin ressenti par les patients, mais également comme une solution pour améliorer la qualité des prestations de santé. C'est sans doute par la gestion des parcours coordonnés, notamment par une meilleure synergie des compétences et une rapidité de transmission des informations entre

professionnels, que pourrait avoir lieu une amélioration de la qualité des soins ainsi qu'une optimisation des dépenses en matière de santé.

L'objectif premier de cette expérimentation est de contribuer à **l'amélioration de l'organisation des professionnels de santé de proximité pour l'optimisation de la prise en charge d'un patient à travers l'utilisation d'un outil numérique.**

Plusieurs **objectifs stratégiques** émanent de cet objectif clé, déclinés en différents objectifs opérationnels :

- **Organiser le partage d'informations au sein de l'équipe de soins primaires**
 - Dépassement des logiques de cloisonnement individuelles
 - Mise en réseau des professionnels de santé d'un même territoire
 - Création/relance/entretien d'une dynamique de coopération pluriprofessionnelle
- **Fluidifier et favoriser les échanges interprofessionnels**
 - Amélioration des compétences
 - Optimisation de l'organisation du temps soignant
- **Aboutir à une meilleure gestion des parcours de soins**
 - Meilleure gestion des pathologies chroniques à domicile
 - Amélioration des soins
 - Prévention des complications à domicile
- **Sécuriser les échanges et les prises en charge des patients**
 - Traçabilité du parcours de soins
 - Sécurisation totale des données de santé échangées entre professionnels
 - Confort et satisfaction du patient



c. La population ciblée par le projet d'expérimentation

La population ciblée dans ce projet est celle de tous les professionnels de santé libéraux intervenant auprès de patients en situation de maintien à domicile, de polyopathologies ou encore atteints de pathologies chroniques.

2. En adéquation avec les objectifs fixés ci-dessus, quels sont les impacts attendus à court et moyen terme du projet d'expérimentation...

La transmission d'informations à distance, de manière dématérialisée et instantanée facilite une prise en charge plus rapide et plus efficace des patients. Ce point va dans le sens du développement de la dénommée « médecine ambulatoire », et qui répond à des objectifs de gestion du système de santé et une meilleure coopération entre professionnels de santé.

a. ...En termes d'amélioration du service rendu pour les usagers ?

Les nouvelles technologies peuvent optimiser une coordination entre les professionnels de santé d'une même équipe de soins primaires afin d'**améliorer la prise en charge des patients**:

- La nécessité d'une coordination quotidienne sécurisée entre professionnels de santé, sur des thématiques courantes, non-complexes, est renforcée par **l'explosion épidémiologique actuelle des pathologies chroniques, de patients polyopathologiques, de personnes âgées en perte d'autonomie et la nécessité du**

maintien à domicile. En 2020, la France devrait compter 548 000 personnes atteintes d'une pathologie chronique de plus qu'en 2015⁵¹.

- Une meilleure synergie des compétences, une rapidité de transmission des informations et une traçabilité des actions des professionnels de santé de l'équipe de soins de proximité supposent une **amélioration notable de la qualité des soins et une sécurisation de la prise en charge du patient, et, par conséquent, de la satisfaction patient quant à sa prise en charge.**
- La télécoordination permet de prévoir les étapes de la prise en charge du patient, de coordonner l'action et le partage d'information entre tous les professionnels impliqués. Ainsi, **les épisodes aigus sont mieux pris en charge, les ruptures de parcours sont évitées, et l'évolution de la maladie chronique vers un stade plus grave ou la perte d'autonomie sont retardées autant que possible.**

b. ...En termes d'organisation et de pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services ?

Dans la pratique journalière, il existe de nombreuses situations où des questions se posent et où **une réponse rapide est nécessaire à la prise en charge du patient entre les différents professionnels de santé** que ce soit dans le cadre particulier de pathologies chroniques, de polyopathologies ou du maintien au domicile du patient. Actuellement ces questions sont posées souvent par téléphone (avec toutes les difficultés de contacter l'interlocuteur) ou par SMS (avec tous les risques médico-légaux liés à l'absence de sécurisation), et les réponses souvent tardives et sans aucune traçabilité.

Le partage de données nécessaire à cette coordination grâce à l'outil de télécoordination est effectué de manière **fluide, dématérialisée, immédiate, traçable et sécurisée**, répondant *de facto* aux exigences actuelles de la **réglementation concernant la sécurisation des données de santé.**

A ce titre, l'activité de **télécoordination permet d'améliorer les pratiques professionnelles au sein de l'équipe de soins de proximité grâce aux échanges autour de la prise en charge des patients.** Des liens entre les professionnels libéraux d'un même territoire et les équipes se construisent à travers ces échanges, qui ont une répercussion directe sur :

⁵¹ http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_sns2017_18092017.docx.pdf

- **L'organisation et la dynamique de l'équipe pluriprofessionnelle** : celle-ci peut aboutir à la rédaction d'un projet de santé partagé, contribuer à l'élaboration de ce dernier ou encore participer activement à sa mise en oeuvre
- **L'amélioration des pratiques pluriprofessionnelles**, particulièrement sur la qualité et la pertinence des soins

De plus, l'outil qui permettrait la mise en œuvre opérationnelle de la télécoordination, par la mise en relation de plusieurs professionnels de santé d'une même équipe de soins, peut prétendre à devenir **un outil de ressources professionnelles (répertoire opérationnel des ressources territoriales)**. En effet, ce dernier mettrait à disposition, de manière raccourcie, les coordonnées des professionnels intervenant auprès d'un patient commun, pouvant constituer la base d'un répertoire des ressources professionnelles ambulatoires sur un territoire.

c. ...En termes d'efficience pour les dépenses de santé ?

Une prise en charge plus coordonnée des acteurs de santé autour d'un patient permet :

- D'avoir recours au bon moment à chaque compétence professionnelle médicale, soignante et sociale, et en réduisant ce faisant les dépenses mal orientées ou inadéquates
- D'éviter des coûts liés à des examens superflus (et les transports associés)
- D'éviter des hospitalisations inhérentes aux patients atteints de pathologies chroniques et prévenir dès le domicile l'apparition d'épisodes aigus

3. Durée de l'expérimentation envisagée (maximum 5 ans)

Quelle est la durée envisagée du projet d'expérimentation proposé ?

La durée de ce projet d'expérimentation serait de 2 ans.

Quel est le planning prévisionnel des grandes phases de mise en œuvre du projet d'expérimentation ?

L'expérimentation du déploiement et le soutien de la télécoordination sera menée à l'appui d'équipes de soins primaires déjà constituées et intéressées.

1ère année

- *Phase 1 (6 mois)* : usage des solutions de télé-coordination choisies par 5 équipes bretonnes identifiées
 - Première évaluation à 6 mois sur les usages, la pertinence et l'ergonomie des outils testés.
 - Reporting régulier des flux d'usages

- Reporting régulier des améliorations techniques et des nouvelles fonctionnalités de l'outil
- Déterminer les solutions qui se démarquent par l'usage et l'ergonomie pour les déployer dans la phase suivante.
- *Phase 2 (6 mois)* : Élargissement du projet à 10 autres équipes bretonnes sur l'outil qui correspond le mieux à leurs usages en fonction de la préselection (phase 1).
 - Retour aux éditeurs des améliorations pointés et demandées par les équipes (évaluation de la flexibilité de l'éditeur pour répondre aux besoins)
 - Reporting régulier des flux d'usages
 - Reporting régulier des améliorations techniques et nouvelles fonctionnalités de l'outil

2ème année

- Phase 3 (9mois) : continuer les usages sur les 15 équipes
 - Intégration de nouvelles équipes si volontaires (5 envisagées)
 - Reporting régulier des flux d'usages
 - Reporting régulier des améliorations techniques et nouvelles fonctionnalités de l'outil
- Phase 4 (3 mois) : Evaluation finale sur l'objectif général et les objectifs spécifiques de l'expérimentation autour de la télécoordination grâce à des enquêtes quantitatives, qualitatives et aux reporting réguliers effectués tout au long du projet

1. Champ d'application territorial proposé :

a- Éléments de diagnostic

Contexte et constats ayant conduit à la proposition de projet d'expérimentation

Les objectifs ont été consolidés par **une enquête qualitative et quantitative** du 05 janvier au 20 janvier 2017. Elle a été envoyée via leurs URPS respectives aux Infirmiers (IDEL), Masseurs-Kinésithérapeutes (MK), Médecins (Généralistes et Spécialistes) et aux Pharmaciens exerçant dans la région Bretagne.

L'objectif du questionnaire était de **mettre en évidence la fréquence des sollicitations des professionnels sur des prises en charge identifiées** en amont par le groupe de travail du projet, ainsi que de faire ressortir les difficultés rencontrées dans la prise en charge.

Les thématiques retenues qui correspondent à des pathologies chroniques récurrentes et des sujets de santé publique, étaient les suivantes :

- Prise en charge de la douleur,
- Prise en charge et suivi des AVK,
- Prise en charge et suivi du patient hypertendu,
- Prévention de la perte d'autonomie,
- Dermatologie ambulatoire.

Le nombre de réponses à ce questionnaire s'est élevé à 375.

Voici une **synthèse des résultats** en fonction des thématiques :

Prise en charge de la douleur

En majorité, les médecins généralistes ont besoin chaque jour d'avis ou de coordination pluriprofessionnelle sur ce type de prise en charge (44%), viennent ensuite les IDEL, les pharmaciens et les MK avec des fréquences hebdomadaires ou mensuelles.

Prise en charge du patient sous AVK

Les 45% médecins généralistes ont recours tous les jours à des besoins d'avis ou de coordination pluriprofessionnelle. Nous retrouvons ensuite les IDEL qui réalisent des demandes d'avis chaque semaine à 45 % d'entre eux. Les pharmaciens y ont recours moins d'une fois par mois pour 27% d'entre eux.

Prise en charge et suivi du patient hypertendu

Sur cette prise en charge les MK à 77% et les médecins spécialistes à 75% n'ont quasiment jamais besoin d'une demande d'avis ou d'une coordination pluriprofessionnelle.

Les pharmaciens sont ceux qui ont le plus de demande d'avis sur cette prise en charge. Pour 35% d'entre eux, ils y ont recours chaque semaine. On retrouve ensuite les IDEL avec 32% de fréquence des demandes mensuelles puis les MG avec 28% de sollicitations quotidiennes.

Prévention de la perte d'autonomie

Sur cette thématique, la fréquence moyenne des demandes d'avis est mensuelle. Les MK, les IDEL, les MG et les pharmaciens ont recours mensuellement à des demandes d'avis à 36%.

Pour la catégorie « autres » la fréquence est beaucoup plus faible voire inexistante pour 60% d'entre eux.

Dermatologie ambulatoire

Les demandes d'avis sont moins fréquentes. En moyenne, les demandes se font moins d'une fois par mois pour 37% des professionnels dont une majorité de MK. Pour les pharmaciens, le recours à une demande d'avis sur ce type de prise en charge est estimé à une fois par semaine pour 41% d'entre eux.

Concernant les principales difficultés remontées par les professionnels de santé nous pouvons retrouver le fait de :

- **Contact**er les professionnels de santé
- **Obtenir les informations** nécessaires à une prise de décision rapide
- **Transmettre des informations** aux professionnels de santé concernés
- Avoir la **traçabilité** de la décision
- Avoir un **retour sur les informations** transmises
- La **cohésion et la liaison** avec les hospitaliers
- Anticiper et préparer les **sorties d'hospitalisation**

Face à ces résultats, il ressort que **la place de la coordination quotidienne dans la prise en charge d'un patient à domicile est aujourd'hui un élément central**. Le partage de données nécessaire à cette coordination doit se faire de manière fluide et sécurisée avec des applications dédiées

A ce titre, l'activité de **télécoordination permettra d'harmoniser les pratiques professionnelles, au sein de l'équipe de soins de proximité, autour de la prise en charge des patients**.

Quels sont les atouts du territoire sur lequel sera mise en œuvre l'expérimentation ?

Les **initiatives en termes d'exercice pluri-professionnel ou coordonné sont nombreuses, particulièrement en Bretagne**, que ce soit le déploiement des MSP, des Groupes d'Exercice COordonné, ou les autres modèles prévus par la Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) de janvier 2016, comme les Équipes de Soins Primaires (ESP) ou les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

Cet outil de communication permet de garantir une prise en charge du patient plus optimisée et rapide, par une facilitation de la communication entre ces professionnels autour de patients sur des thématiques précises et servir comme système d'information en mobilité des futures équipes de soins constituées qu'elles soient MSP, ESP, associations ou encore CPTS.

De surcroît, en termes de numérique et santé, de nombreuses initiatives ont été entreprises en Bretagne et permettent d'étendre les dispositifs existants ayant démontré le service médical rendu aux patients. **Les réflexions relatives à la télécoordination sont issues des remontées régulières des professionnels de santé libéraux**, et la question est réfléchie au sein de l'URPS depuis 2016.

Conscients de la nécessaire interopérabilité, de la mise en cohérence et de la convergence des activités "numérique et santé" existantes en Bretagne, l'outil

télécoordination a vocation, si possible, **à s'inscrire dans l'Espace Numérique Régional de Santé existant en Bretagne** et d'être interconnecté avec les systèmes d'information régionaux déjà existants et opérationnels pour que les échanges, autant *ville-ville* que *ville-hôpital* s'en trouvent fluidifiés.

Quelles sont les spécificités éventuelles du territoire ?

Lors du dépôt de la candidature de l'appel à projet « Télémédecine 2017 », un ensemble d'équipes de soins libérales du territoire breton avait été mobilisé au sujet d'une application mobile de télé-expertise, et surtout, de télécoordination. A cette occasion, un cahier des charges définissant la télécoordination et ses modalités d'application a été rédigé.

Le projet a été financé sur le département du Finistère (29) pour le déploiement et l'usage de l'application mobile de la plateforme régionale de Télémédecine STERENN avec l'appui du GCS e-Santé Bretagne. Le Finistère est un territoire qui bénéficie d'une bonne dynamique concernant les projets numériques régionaux (SNAC et différents projets en télémédecine). L'application proposée est une extension de la plateforme de télémédecine. Elle permet donc essentiellement la réalisation d'actes de télé-expertise en mobilité.

Compte tenu des résultats de l'enquête présentée en amont, les professionnels de santé libéraux, restent intéressés quant à la possibilité de se doter d'un outil de télécoordination et de faire évoluer leurs pratiques.

Afin d'offrir la possibilité à ces équipes pluriprofessionnelles bretonnes identifiées et **exprimant un vif besoin de communication pluriprofessionnelle via un outil numérique en mobilité**, l'URPS a décidé de recenser les différentes solutions de mobilité en santé existantes pour les proposer aux équipes, d'après le cahier des charges "télécoordination" défini.

Ainsi, **5 équipes pluriprofessionnelles constituées chacune d'une vingtaine de professionnels de santé** vont pouvoir tester les applications mobiles sélectionnées d'après le cahier des charges et débiter les usages. Le cahier des charges a été transmis aux éditeurs des différentes solutions numériques, qui ont, pour la majorité, décidé de faire évoluer leur application en fonction des besoins identifiés sur le terrain et présentés dans ledit document.

Ce lancement des premiers usages en télécoordination **témoigne du besoin, de la mobilisation et de la volonté des équipes de soins primaires bretonnes de se doter d'un tel outil numérique de coordination de proximité pour assurer une prise en charge efficiente et de qualité de leurs patients**, particulièrement sur les pathologies précitées.

Quels sont les dysfonctionnements ou ruptures de parcours éventuels observés ?

Le dysfonctionnement qui pourrait être observé réside dans l'outil de télécoordination : ce dernier **doit correspondre aux usages et besoins des professionnels de santé de proximité au risque de ne pas être intégré aux pratiques de l'équipe de soins primaires**. C'est pourquoi il semble important que **plusieurs solutions de télécoordination soient testées par différentes équipes**, afin de retenir lors de l'évaluation la/les solution.s la plus probante quant aux objectifs établis.

Ainsi, comme évoqué précédemment, si l'outil de télécoordination a vocation à s'inscrire dans l'Espace Numérique Régional de Santé existant en Bretagne et à être interconnecté avec les systèmes d'information régionaux déjà existants et opérationnels, **cette finalité ne pourra être atteinte que si l'outil est reconnu, adopté par les équipes et s'il s'adapte et évolue en fonction des usages quotidiens des professionnels de santé**.

Par ailleurs, il convient d'ajouter que la plupart des solutions mobiles répondant au cahier des charges de la télécoordination ont comme possibilité d'évolution d'être interoperables avec tous les autres systèmes d'information (hospitaliers ou de ville).

Aucun élément de rupture de parcours n'a pu être identifié.

b- Champ d'application territorial

	OUI/NON	Préciser le champ d'application territorial Et observations éventuelles
Local	OUI	S'applique à toutes les équipes de soins primaires sur la région Bretagne
Régional	OUI	La région Bretagne dans son ensemble
Interrégional	NON	Pourra l'être dans un second temps si l'expérimentation est concluante
National	NON	Pourra l'être dans un second temps si l'expérimentation est concluante

2. Présentation du porteur du projet d'expérimentation et des partenaires de l'expérimentation (ou groupe d'acteurs)

- Compléter le tableau ci-dessous pour :
 - o Présenter le porteur du projet d'expérimentation.
 - o Préciser l'implication d'autres acteurs dans le projet d'expérimentation et la nature du partenariat ou de la participation au projet d'expérimentation (prestation humaine ? financière ?...). // est

souhaitable que les partenaires soient également signataires de la lettre d'intention.

- Préciser les modalités d'organisation et de pilotage (gouvernance) du projet d'expérimentation.

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Nature du partenariat ou de la participation au projet d'expérimentation (moyen humain, logistique, financier, autres à préciser,...) Préciser les coopérations existantes
Porteur :	URPS Médecins Libéraux de Bretagne 25 rue St Hélier 35000 Rennes	Nikan MOHTADI Médecin Généraliste et Président de l'URPS MLB 02 99 30 36 45 nikan.mohtadi@urpsmlb.org	
Partenaire(s) du projet d'expérimentation :	<i>URPS Infirmiers Libéraux de Bretagne (IDEL) –</i> <i>Président M. THORAVAL</i> <i>Maison des URPS</i> <i>13E Boulevard Solférino, 35000 Rennes</i>		<i>Partenaire de l'expérimentation, membre du Comité de Pilotage de l'expérimentation</i>
	<i>URPS Pharmaciens Libéraux de Bretagne (PHA) –</i> <i>Présidente Dr DEGUILLAUME</i> <i>Maison des URPS</i>		<i>Partenaire de l'expérimentation, membre du Comité de Pilotage de l'expérimentation</i>

	<p>13E Boulevard Solférino, 35000 Rennes</p>		
	<p>URPS Masseurs- kinésithérapeutes de Bretagne (MK) – Président M. DARTOIS Maison des URPS 13E Boulevard Solférino, 35000 Rennes</p>		<p>Partenaire de l'expérimentation, membre du Comité de Pilotage de l'expérimentation</p>
	<p>URPS Orthophonistes de Bretagne – Président M. TESSIER Maison des URPS 13E Boulevard Solférino, 35000 Rennes</p>		<p>Partenaire de l'expérimentation, membre du Comité de Pilotage de l'expérimentation</p>
	<p>URPS Chirurgiens dentistes libéraux de Bretagne Président M. LE BRIZAULT Maison des URPS 13E Boulevard Solférino, 35000 Rennes</p>		<p>Partenaire de l'expérimentation, membre du Comité de Pilotage de l'expérimentation</p>

Concernant la gouvernance, un Comité de Pilotage pourra être mis en place pour assurer la mise en œuvre et le suivi du projet.

Ce comité de pilotage composé :

- Des **membres du COFIL inter-URPS**
- D'un **représentant de chaque équipe de soins** prenant part à l'expérimentation

Ce comité de pilotage serait **appuyé** par **le financeur** ainsi que **les éditeurs des solutions mobiles choisies** par les équipes de soins pour le côté technique.

3. Catégories d'expérimentations

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 – I-1°)	Cocher
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité	X
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants au projet d'expérimentation d'expérimentations	
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné	X

Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2°)	Cocher
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	X
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social	X
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	X

Modalités d'amélioration de l'efficacité ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II°)[1] :	Cocher

1o Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle	
2o De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières	
3o Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.	

4. Dérogations envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation

Au moins une dérogation, et plusieurs réponses sont possibles.

I - Règles de financements de droit commun auxquelles il est souhaité déroger ?	
Limites du financement actuel	<i>Aucun financement ni rémunération ne sont actuellement prévus pour l'activité de télécoordination et le financement de son outil, qui ne rentre ni dans le droit commun, ni dans le cadre de l'expérimentation ETAPES en télémédecine.</i>
<u>Dérogations de financement</u> envisagées (article L162-31-1-II-1° et 3°) : <ul style="list-style-type: none"> • <i>Facturation,</i> • <i>Tarifification,</i> • <i>Remboursement,</i> • <i>Paiement direct des honoraires par le malade</i> • <i>Participation de l'assuré</i> 	Améliorer l'organisation des professionnels de santé de proximité pour la prise en charge d'un patient, à travers l'utilisation d'un outil numérique : Financement de l'activité de télécoordination et de son outil Ce dernier permettrait de couvrir d'une part, les frais :

CXXX

	<ul style="list-style-type: none"> - Du choix de la solution technique et de son achat (abonnement), - De la formation des équipes à l'usage de cette solution technique choisie - De l'animation et de l'accompagnement des équipes depuis le choix de la solution à l'évaluation <p>Et d'autre part :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la rémunération allouée pour la pratique de la télécoordination par une équipe de soins primaires
--	---

II - Règles d'organisation de l'offre de soins auxquelles il est souhaité déroger ?	
Limites des règles d'organisation actuelles	<i>Décrire</i>
<p><u>Dérogations organisationnelles</u> envisagées (article L162-31-1-II-2°):</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Partage d'honoraires entre professionnels de santé</i> • <i>Prestations d'hébergement non médicalisé</i> • <i>Autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements</i> • <i>Dispensation à</i> 	<i>Décrire</i>

<i>domicile des dialysats</i>	
-------------------------------	--

5. Principes du modèle économique cible et équilibre du schéma de financement:

Décrire le modèle de mise en œuvre et de fonctionnement de l'expérimentation en termes de :

Volumétrie de patients et critères d'inclusion et/ou d'exclusion,

Les patients inclus sont en priorité ceux à domicile, atteints de pathologies chroniques ou de polyopathologies. Ce sont également des patients intégrés dans une équipe de soins de proximité.

Pour la première étape de ce projet, la délimitation est celle de la région Bretagne, tous les patients qui résident en région Bretagne peuvent ainsi être concernés.

Estimation financière du modèle

Budget prévisionnel télécoordination sur 2 ans pour 400 professionnels de santé

RÉSUMÉ TTC	BUDGET	SOLDE
Revenu total	330 000,00 €	
Dépenses totales	328 125,00 €	1 875,00 €

BUDGET		
Apports		
Financement	330 000,00 €	
TOTAL	330 000,00 €	
Dépenses		
Outil technique, logistique et animation sur 2 ans		
	Total	Unité
Abonnement à l'outil de coordination (24 mois)	80 000,00 €	200,00 €
Indemnisation leaders équipes (lancement+formation)	8 625,00 €	172,50 €
Frais logistiques (salles, collations...)	2 500,00 €	
Frais communication (impressions, communiqués...)	2 000,00 €	
Frais de transports éditeurs solutions mobiles	5 000,00 €	
Temps d'animation salarié (0,5ETP) et médical	105 000,00 €	
Frais de transport salarié animation projet	5 000,00 €	
		sur 24 mois
Indemnisation forfaitaire selon grille contractuelle à définir (sur 2 ans)		
Indemnisation forfaitaire de l'équipe pluriprofessionnelle pour usage de télécoordination	120 000,00 €	300,00 €
		Forfait annuel par équipe à répartir de manière contractuelle entre tous les professionnels, si les critères d'attribution définis préalablement sont remplis
TOTAL	328 125,00 €	

Soutenabilité financière du projet d'expérimentation (bénéfices identifiés/ coûts évités/ économies potentielles....)

La télécoordination tient sa soutenabilité financière dans les coûts évités et les bénéfices apportés à la prise en charge quotidienne du patient. La télécoordination permet de garantir une prise en charge du patient plus optimisée, de qualité plus efficiente pour l'équipe de soins de proximité. Aussi, elle **permet d'avoir recours au bon moment à chaque compétence professionnelle médicale, soignante et sociale, et en réduisant ce faisant les dépenses mal orientées ou inadéquates.**

La facilitation de la communication entre ces professionnels autour de patients permettra d'éviter :

- Des coûts liés à la réduction du nombre d'hospitalisations (hospitalisations évitables)

- Des coûts liés à des ruptures de parcours
- Des coûts liés à la prise en charge quotidienne des patients atteints de pathologies chroniques
- Des coûts liés aux déplacements des patients (la prise en charge à domicile est facilitée par une meilleure coordination de l'équipe de soins)
- Des coûts liés aux coups de téléphones et courriers papiers envoyés

6. Modalités de financement de l'expérimentation

Pour permettre une rémunération de l'activité de la télécoordination, deux volets sont identifiés :

Phase d'ingénierie et initialisation de l'expérimentation

Les équipes qui souhaitent expérimenter la télécoordination pourront demander à ce **que les frais inhérents à la solution technique choisie et la formation à celle-ci soient intégralement pris en charge**, à condition que :

- L'équipe de soins soit **pluri-professionnelle**
- L'équipe de soins soit **organisée et identifiable**, peu importe sa structuration, elle peut donc être constituée selon différents modes. Toutefois, une association de professionnels est *a minima* requise pour être identifiable.

Ensuite, l'équipe devra **choisir l'outil qui permettra la télécoordination**, selon leurs usages, leurs modes de fonctionnement, leurs organisations, leurs besoins respectifs, **parmi les solutions techniques disponibles actuellement sur le marché**.

Cependant, cet outil devra **répondre à certains critères définis dans le cahier des charges pour pouvoir être retenu et validé**.

La **formation à l'outil choisi sera également prise en charge. Elle sera dispensée par l'éditeur de la solution technique retenue**, pour faciliter la prise en main de l'outil par les équipes, de manière à éviter toute éventuelle désorganisation.

Concernant **l'animation du projet**, un temps d'animation salarié et médical est prévu afin d'accompagner les équipes depuis le choix des solutions, pour l'animation lors des usages, la communication et pour l'évaluation du projet.

Une **indemnisation des leaders de chaque équipe** est également prévue.

Phase de fonctionnement et d'usages

La mise en place de la télécoordination, permet de reconnaître une organisation pluriprofessionnelle au service du patient. Afin de soutenir les professionnels dans ce nouveau mode de pratique **une rémunération sera allouée pour la pratique de la télécoordination par une équipe de soins primaires**. Une fois l'application choisie et mise en place selon les modalités explicitées ci-dessus.

Proposition d'un financement pour un exercice pluriprofessionnel relatif à la télécoordination :

Alors que l'ensemble du système de soins et ses modalités de rémunération ont été conçues pour répondre aux épisodes aigus de la maladie, **les pathologies chroniques demandent des instruments tarifaires nouveaux pour faciliter les prises en charge qui nécessitent des temps importants de coordination pluriprofessionnelle quotidienne**. Le développement d'un **mode de financement reconnaissant la pratique de télécoordination, afin de renforcer la coordination quotidienne des acteurs au profit des parcours patient paraît pertinent**.

L'objectif est d'améliorer la qualité de la prise en charge en incitant les différents professionnels impliqués à **mieux coordonner de manière quotidienne leurs interventions par des échanges pluri-professionnels, quasi-immédiats, grâce à l'outil de télécoordination**.

Ici, l'exercice coordonné est caractérisé par **l'inclusion du patient dans les flux d'échanges pour développer les actions d'anticipation, la coordination quotidienne et le partage d'informations entre tous les acteurs impliqués**

Cette inclusion se tient en priorité sur les patients atteints de pathologies chroniques, de polyopathologies, du maintien au domicile et sur les thématiques identifiées et citées en amont (AVK, HTA, diabète...) puisqu'**ils nécessitent une coordination pluriprofessionnelle quasiment quotidienne**.

Quelles modalités de gestion pour ce forfait ?

Une **répartition du forfait attribué à l'équipe pluri-professionnelle** semble optimale.

Pour pouvoir bénéficier de ce forfait annuel, **l'équipe de soins de proximité devra satisfaire certains critères :**

- L'équipe de soins est **pluri-professionnelle**
- L'équipe de soins est **organisée et identifiable** (*a minima* une association de professionnels de santé)

- Une **décision collective du début et de la fin d'un épisode de prise en charge** par télécoordination (nécessite une traçabilité)
- Réaliser un certain **nombre d'épisodes de prise en charge** annuellement au sein de l'équipe de proximité

La répartition serait **égale entre tous les acteurs sur la base d'une grille de rémunération contractuelle**.

Pour opérer ce mode de fonctionnement, il est proposé deux solutions, soit :

- L'entité représentant l'équipe de soins (association, GCS, CPTS, ESP...) **perçoit le forfait global et charge à cette structure d'opérer la répartition entre les acteurs par contractualisation**. Dans ce cas, la structure porte le risque financier et s'assure de la bonne répartition entre tous les professionnels de santé
- Un tiers opère **la répartition du forfait entre les acteurs directement**, en fonction des règles de gestion définies dans le cahier des charges.

Les modes de répartition et/ou de distribution du forfait seront à définir conjointement avec les institutions financières.

7. Modalités d'évaluation de l'expérimentation envisagées

Quels sont les indicateurs de suivi proposés pour l'évaluation ou l'autoévaluation ? (non exclusif : plusieurs catégories possibles) :

- Indicateurs de résultat et d'impact (ceux correspondants aux impacts attendus par l'expérimentation dans la rubrique 4) ;
- Indicateurs de satisfaction et «expérience» des patients (et/ou de leurs aidants) ;

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Indicateurs
<p>Organiser le partage d'informations au sein de l'équipe de soins primaires</p>	<p>Dépassement des logiques de cloisonnement</p> <p>Mise en réseau des professionnels de santé d'un même territoire</p> <p>Création/relance/entretien d'une dynamique de coopération pluriprofessionnelle</p>	<p>Définition d'une modalité/cadre d'utilisation partagé de la télécoordination au sein de l'équipe</p> <p>Nombre d'échanges interprofessionnels, entre au moins deux professions différentes</p> <p>Nombre de messages échangés entre professionnels de santé</p> <p>Nombre de professionnels de santé recourant à la télécoordination faisant partie d'une équipe structurée ou en cours de structuration (association..)</p> <p>Projet de santé commun créé / en cours de création / mis en oeuvre</p> <p>Nombre de professionnels utilisant le même outil de coordination</p>
<p>Fluidifier les échanges interprofessionnels</p>	<p>Amélioration des compétences</p> <p>Optimisation de l'organisation du temps soignant</p>	<p>Concertation entre plusieurs acteurs de santé sur une même prise en charge</p> <p>Nombre de protocoles communs de prise en charge élaborés</p> <p>Facilité de contact avec les autres professionnels de santé intervenant dans la prise en charge</p> <p>Complémentarité de la prise en charge par les différents acteurs (nombre de professionnels intervenant dans les flux de télécoordination par patient)</p>

Aboutir à une meilleure gestion des parcours de soins	<p>Meilleure gestion des pathologies chroniques à domicile</p> <p>Amélioration des soins</p> <p>Prévention des complications à domicile</p>	<p>Satisfaction du patient (qualitative) relative à sa prise en charge coordonnée</p> <p>Nombre de rupture de parcours identifiées (estimation)</p> <p>Nombre de patients ayant pu bénéficier de la télécoordination (nombre de dossiers créés)</p> <p>Appréciation du bénéfice apporté au parcours patient de la télécoordination (par les professionnels de santé)</p>
Sécuriser les échanges et les prises en charge des patients	<p>Traçabilité du parcours de soins</p> <p>Sécurisation totale des données de santé échangées entre professionnels</p> <p>Confort et satisfaction du patient</p>	<p>Nombre de messages et pièces-jointes sécurisés échangés au total</p> <p>Professionnels de santé ayant recours à la télécoordination utilisant toujours des moyens non sécurisés (WhatsApp, SMS, MMS)</p>

Indicateurs de processus : ils permettront de suivre le déploiement du projet d'expérimentation ; Indicateurs de moyens (financiers, humains...).

Objectifs de processus / moyens	Indicateurs
<i>Suivi du déploiement du projet</i>	<p>Adhésion des équipes à l'outil : Ergonomie, fonctionnalités et facilité d'utilisation de l'outil</p> <p>Flexibilité et adaptabilité de l'outil par les éditeurs, selon les besoins remontés</p> <p>Nombre d'équipes souhaitant pérenniser et continuer cette activité de télécoordination en fin du projet</p> <p>Nombre d'équipes prenant part au projet de télécoordination</p> <p>Estimation des bassins de population ayant pu "bénéficier" de la télécoordination (patientèle de l'équipe de soins de proximité)</p> <p>Nombre de réunions qui ont été nécessaires pour les professionnels de santé</p> <p>Temps écoulé entre choix de l'application et le début des usages</p>
<i>Suivi des moyens humains et financiers mis en</i>	Respect du budget initial du projet

oeuvre	<p>Nombre d'outils ayant été testés par les équipes</p> <p>Temps de chargé de missions octroyé au projet</p> <p>Nombre de leaders indemnisés</p>
---------------	--

8. Nature des informations recueillies sur les patients pris en charge dans le cadre de l'expérimentation et les modalités selon lesquelles elles sont recueillies, utilisées et conservées

Le projet nécessite-t-il de recueillir des données spécifiques auprès des patients qui peuvent être des données d'enquête ou des données de santé nécessaires à leur prise en charge. Comment sont-elles recueillies et stockées ?

Les données recueillies sont des données de santé puisqu'elles constituent et qualifient le parcours des patients. Celles-ci sont récoltées par les professionnels de santé intervenant auprès du patient, après avoir recueilli préalablement le consentement de ce dernier. Les données sont stockées dans l'outil de télécoordination, qui est agréé "hébergeur de données de santé" conformément à la réglementation actuelle.

Les données ont-elles vocation à être partagées avec d'autres professionnels ou structures que celui qui a recueilli la donnée, selon quelles modalités ?

Les données sont partagées au sein de l'équipe de soins pluriprofessionnelle, dans le cadre d'un exercice coordonné, dès lors que le patient a consenti à la collecte et au partage de ces données avec son équipe de soins de proximité. Elles peuvent être partagées avec d'autres acteurs sanitaires et médico-sociaux après accord de l'équipe de soins primaires

9. Liens d'intérêts

Liste des professionnels, organismes ou structures participant aux projets d'expérimentation qui remettent à l'ARS une déclaration d'intérêt au titre des liens directs ou indirects (au cours des cinq années précédant l'expérimentation) avec des établissements pharmaceutiques ou des entreprises fabriquant des matériels ou des dispositifs médicaux.

10. Le cas échéant, fournir les éléments bibliographiques et/ou exemples d'expériences étrangères

Annexe 9 : « Visuel du Challenge Mobilité Bretagne » (réalisation Laurianne Dischli)



Annexe 10 : « Le carnet du Challenge Mobilité Bretagne » (réalisation Laurianne Dischli)



Le Challenge mobilité Bretagne

Faciliter la coordination clinique de proximité grâce au développement et à l'utilisation d'une **application mobile sécurisée permettant d'effectuer des actes de télé-médecine avec une fonction de discussion instantanée** est le projet « Challenge mobilité Bretagne » porté par le Copil inter-URPS.

L'objectif est de mettre à disposition des équipes de soins primaires bretonnes un outil mobile et sécurisé facilitant la communication autour des patients.



Le Challenge mobilité Bretagne est un projet proposant une « mise en concurrence » de différentes solutions mobiles par un « **Club Utilisateur** » représenté par les équipes-testeuses identifiées : **chaque équipe identifiée va tester une des solutions durant une période donnée.**

Toutes les équipes qui auront testé une application seront invitées à une « **réunion du Club Utilisateur** » afin d'opérer un retour d'expérience sur toutes les solutions testées, et d'évoquer leurs avantages et inconvénients respectifs.

Les URPS considérant qu'il est important de développer la coordination des acteurs de santé dans cette finalité partagée qui est l'amélioration de la qualité de soins pour les patients, souhaitent pouvoir se doter d'une **application mobile de télé-expertise et de communication sécurisée qui pourrait être promue auprès des équipes accompagnées selon un label « Testé et validé par votre URPS ».**

Le calendrier

Une première rencontre se tiendra dans le courant du mois de juin.

Elle va permettre de **réunir les professionnels participant à l'expérimentation, de présenter le projet, les applications qui vont être**

testées et permettre de dégager la solution mobile qui conviendrait le mieux à l'équipe.

Au regard des éléments qui seront ressortis des premières réunions une validation des solutions mobiles et des équipes sera opérée par l'inter-URPS.



Cette validation donnera lieu à **réunion de lancement de l'expérimentation avec les professionnels et l'éditeur de la solution identifiée** pour chaque équipe et la distribution du carnet support.

Durant l'été nous reviendrons vers les équipes, pour les **informer sur les éventuelles mises à jour, faire des points sur les usages et dynamiser le projet !**



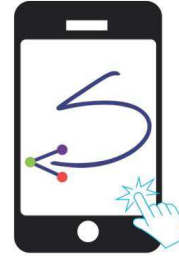
A la suite de cette réunion, il sera décidé de retenir **la solution mobilité qui sera promue par l'URPS en tant qu' « outil du quotidien »** pour les professionnels de santé libéraux en Bretagne.



Toutes les équipes qui auront testé une application seront invitées à une « *Réunion du Club Utilisateur* » qui se tiendra sur une journée à la fin de la période de test. L'objectif de cette réunion sera de faire un retour d'expérience sur toutes les solutions testées, d'évoquer leurs avantages et inconvénients respectifs.



Les applications mobiles en jeu



Sterenn mobilité



Vous testerez cette application

L'application mobile que vous allez tester est une application dite de «télé-coordination». Elle vous permet de communiquer de manière instantanée et sécurisée autour d'une thématique, d'un patient, entre professionnels de santé.



CARTE D'IDENTITÉ

TYPE D'OUTIL : WebApp accessible sur smartphone, tablette, navigateur et ordinateur de messagerie instantanée sécurisée et de demandes d'avis de téléexpertise

MISE EN OEUVRE OPÉRATIONNELLE :
Novembre 2017

HERBEGEUR DE DONNÉES DE SANTÉ :
Claranet et OVH

COMMENT ÇA MARCHE ?

PandaLab est une application de **messagerie sécurisée et instantanée pour les professionnels de santé** libéraux.

L'objectif de cette application est de fluidifier les échanges entre les professionnels de santé au sein d'une équipe, d'un service ou d'un établissement.

L'application est également dotée d'un **lecteur radio et d'imagerie médicale**, une **base de données de médicament**, module d'**ordonnances** et modules d'**avis d'experts**.

Un support utilisateur est disponible instantanément en cas de dysfonctionnement.

QUELLE UTILISATION ?

Des **groupes de conversation** peuvent être créés : entre professionnels, autour d'une thématique, un secteur géographique ou encore autour d'un patient.

L'application permet d'envoyer des photos qualité diagnostic, et également de générer des PDF comme des avis formalisés ou encore des ordonnances.

Aussi, selon la disponibilité des professionnels, les notifications peuvent être mises en veille pendant une période définie par l'utilisateur.

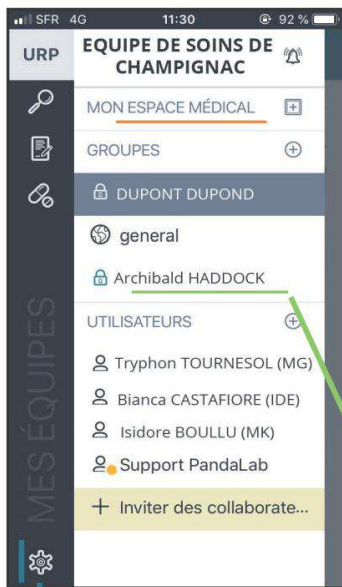


TÉLÉCHARGEMENT

PandaLab est disponible sur tous vos supports : ordinateur de bureau, smartphone et tablette



LES FONCTIONNALITÉS GÉNÉRALES



Voici l'écran d'accueil de PandaLab.

Vous y trouvez votre **nom d'équipe** avec les **utilisateurs** (professionnels de santé) qui la compose et tous vos **groupes** (vos conversations autour d'un patient ou d'une thématique)

Vous pouvez créer de nouveaux dossiers en cliquant sur le «**+**»

Prenons le détail d'une conversation patient, ici le patient Archibald HADDOCK

Accédez à tous les **fichiers partagés**, les **membres** de la discussion et bientôt le module «**avis médicaux**»

Ici, vous accédez à vos paramètres : gestion des **notifications**, gestion des **appareils** et gestion de son **profil**



Telle une **messagerie instantanée** classique, les **nouveaux messages s'affichent avec l'heure et la date**.

Vous pouvez aussi ajouter des **pièces jointes**.

L'**accusé de lecture** est représenté par la photo de profil de l'utilisateur



Depuis «**Mon espace Médical**», sous votre **nom d'équipe**, nous avons accès au **générateur d'ordonnances**, à la **monographie des médicaments** ainsi qu'au **lecteur d'imagerie médicale**

Le tableau d'évaluation

Sur une échelle allant **de 1 à 5**, le chiffre 1 correspond à « **non satisfaisant** », le chiffre 5 à « **très satisfaisant** » et la **lettre X** désigne les « sans opinion » ou « **non disponible/testé** ».

CRITÈRE	NOTATION (1 à 5 ou X)	COMMENTAIRE
Prise en main de l'outil		
Ergonomie et facilité d'utilisation		
VOTRE AVIS SUR LES FONCTIONNALITÉS :		
Connexion et identification		
Création de dossier		
Saisie des informations		
Pièces-jointe (ajout et lecture)		
Gestion des utilisateurs		
Notifications		
Transmission des informations		
Rédaction de compte-rendu		



Les «pour»	
Les «contre»	
Avantages et «indispensables»	
Inconvénients	
Points d'amélioration	

Commentaires et appréciations personnelles
Recommanderiez-vous cette application ?
Et pourquoi ?



Toutes les informations
et les évolutions du
projet vous seront
communiquées à
travers les points d'info
mensuels !

N'oubliez pas de
compléter ce carnet
pour la réunion du
Club Utilisateur !



★ PROFESSIONNELS DE SANTÉ :
RELEVEZ LE DÉFI MOBILITÉ ! ★

UNE QUESTION ? UN DYSFONCTIONNEMENT ?

CONTACTEZ-NOUS !



a.clerc@urpsmlb.org



02 99 30 36 45 (URPS MLB)



Annexe 11 : « Visuel des lettres d'information du Challenge Mobilité Bretagne
(copies d'écran) » (Réalisation : Laurianne Dischli)



L'actualité



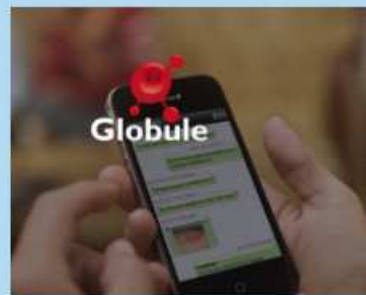
Challenge Mobilité : C'est parti !

L'équipe de Bain-de-Bretagne, vous avez tous été sélectionnés pour tester l'application Globule, l'application qui vous permet d'échanger des messages, des photos, des informations sur le journal, et de partager les documents pouvant faciliter la prise en charge de vos patients.



Globule : Comment ça marche ?

Globule est une application de coordination entre professionnels de santé, disponible sur smartphone et ordinateur. Globule associe un dossier structuré pour le patient et un cahier de liaison mobile autour du patient.



VOS PREMIERS PAS
AVEC GLOBULE :
LE GUIDE PRATIQUE

CLIQUEZ !

Les statistiques



Au 12 juillet 2018, un premier point sur les usages :

- 17 utilisateurs sur l'équipe Bain-de-Bretagne
- 15 dossiers patients créés
- 31 notes échangés dans les journaux des patients
- 2 pièces jointes partagées
- 7 utilisateurs très actifs



Continuez comme ça !



L'actualité



Challenge Mobilité : C'est parti !

L'équipe de Quiberon vous avez été sélectionnés pour tester l'application PandaLab, l'application qui vous permet d'échanger des messages, des photos, des informations ou tout document pouvant faciliter la prise en charge de vos patients.



PandaLab évolue ! Pensez à mettre à jour votre application

PandaLab est désormais disponible dans sa nouvelle version : le module "AVK" a été intégré. Vous allez pouvoir échanger entre professionnels de santé autour de cette thématique, demander des avis...

En cliquant sur l'illustration ci-dessous, accédez au mode d'emploi du module "avis médical" pour pouvoir l'activer :



Les statistiques



Au 6 juillet 2018, un premier point sur les usages :

- 20 utilisateurs sur l'équipe de Quiberon
- Plus que 7 invitations en attente sur les 25 envoyées le jour du lancement
- Une connexion quotidienne avec des pics en matinée vers 9h et en soirée vers 19h
- Pic de connexions le mardi
- 294 messages échangés dont 7 pièces jointes
- 6 utilisateurs très actifs
- Création de 2 groupes de conversation publics, 3 groupes privés, 1 groupe caché



Continuez comme ça !

Annexe 12 : « Etude comparative en télédermatologie – non achevée » (Rédaction :
Laurianne Dischli)

1.METHODOLOGIE ENVISAGEE DE L'ETUDE

1	La contextualisation : stage et missions
2	Les questions de départ
	L'exploration <i>Les lectures</i> <i>Les entretiens exploratoires</i>
4	La problématique
5	La construction du modèle d'analyse
6	L'observation
7	L'analyse des informations et données collectées
8	Les conclusions

LA CONTEXTUALISATION : LES PROJETS EN TELEEXPERTISE

L'Union Régionale des Professionnels de Santé des Médecins Libéraux de Bretagne (URPS MLB) est une association loi 1901 qui représente les médecins généralistes et spécialistes libéraux de Bretagne. Elle a pour objet de contribuer à l'organisation et l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre. Aussi, par sa forte présence sur le terrain, elle accompagne les médecins libéraux bretons dans la mise en place de leurs projets, notamment dans le cadre d'un exercice coordonné entre professionnels de santé.

A l'URPS Médecins Libéraux de Bretagne, plusieurs projets sont actuellement en cours autour de cette question de la télé-expertise :

Un premier concerne la réalisation d'actes de télé-expertise via la plateforme STERENN sur le territoire 8 de Pontivy-Loudéac en partenariat avec des professionnels de ville (généralistes, spécialistes, infirmiers libéraux) et des médecins du Centre Hospitalier du Centre Bretagne de Pontivy. C'est un projet porté par le GCS e-santé Bretagne issu d'un appel à projet de l'ARS en 2013 pour « accompagner l'émergence d'activités de télémédecine au service des résidents de structures médico-sociales et de la prise en charge des maladies chroniques ». Ce projet a été mis en œuvre, mais il a cependant perdu de son dynamisme en raison d'une méconnaissance de l'outil par les professionnels de santé.

En parallèle, un autre projet de télé-expertise dermatologique en EHPAD a déposé une candidature à l'appel à projet télémédecine en 2013 mais n'a pas été retenu par l'ARS. Sa mise en œuvre a tout de même pu être effective entre 2014 et 2015 grâce à un financement propre de l'Association des Dermatologues de Bretagne Occidentale (ADBO) qui regroupe des dermatologues libéraux brestois et une convention signée avec l'URPS MLB. L'objectif de ce projet de télé-expertise était d'organiser un suivi dermatologique des résidents des EHPAD en s'appuyant sur l'outil technique « Globule » qui permet aux médecins des EHPAD d'envoyer aux

dermatologues les photos des plaies des patients pour un avis, le tout de façon confidentielle et sécurisée grâce à une application dédiée.

OBJET DE COMPARAISON

L'objectif est de comparer les deux projets, celui de Brest et de Pontivy. En l'état actuel des choses, il s'avère que le projet de Brest renvoi à un bilan très positif : les professionnels ont adhéré à l'outil « Globule » ce qui a généré de nombreuses demandes de télé-expertise contribuant à la vie poursuite du projet.

A *contrario* le projet de Pontivy n'a pas connu cet essor : la méconnaissance du projet par les professionnels de santé, l'absence de leader.s identifié.s et de formation adéquate à l'outil ont convergés vers un renoncement à utiliser l'outil de télé-expertise mis à disposition.

Critère \ Projet	BREST	PONTIVY
<i>Appel à projet 2013</i>	Déposé, non retenu	Déposé, retenu
<i>Solution de téléexpertise</i>	Globule (mobile)	Plateforme Sterenn (logiciel)
<i>Editeur de l'outil</i>	Ki-Lab	Inovelan – GCS eSanté Bretagne
<i>Date début déploiement</i>	2014	2014, puis relance en 2016
<i>Localisation</i>	Brest et son agglomération	CHCB et pôle de santé de Bréhan/Réguiny
<i>Financement</i>	URPS	Enveloppe ARS
<i>Budget alloué</i>	Prise en charge de l'application Globule par l'URPS	100 000€
<i>Périmètre des actes</i>	Pathologies tumorales et pertes de substance	Plaies chroniques et dermatologie
<i>Patient</i>	EHPAD	EHPAD et domicile
<i>Acteurs et nombre de professionnels impliqués</i>	Dermatologues libéraux (4) et médecins coordonnateurs libéraux, EHPAD de la région Brestoise (4), réseau gérontologique brestois,	7 médecins généralistes de XXX, 15 infirmiers libéraux et 3 en EHPAD Unité de plaie et cicatrisation CHCB, 2 dermato libéraux hors territoire
<i>Professions représentées</i>	Médecins coordonnateurs EHPAD, dermatologues libéraux	Médecins Généralistes, Médecins Spécialistes, infirmiers (formés DIU plaies), praticiens hospitaliers
<i>Objectif du projet</i>	<u>Structurer une communauté dermatologique du territoire</u> : Développer une expertise professionnelle mutualisée, éviter les déplacements inutiles dans les structures, mutualiser la PDS et/ou la CDS <u>Développer les circuits d'accès à l'expertise</u> : structurer les niveaux de recours, identifier des	<u>Structurer une réponse locale au besoin de prise en charge</u> : coordonner la prise en charge des plaies chroniques et complexes de façon multidisciplinaire, éviter les déplacements du patient pour une consultation dermatologique hors du territoire, rationaliser le temps médical, raccourcir et éviter les hospitalisations

	référénts « surspécialisés »	<u>Développer les circuits d'accès à l'expertise</u> : donner un accès rapide à un avis spécialisé en dermato, structurer les niveaux de recours, identifier les référénts territoriaux pour les différentes pathologies
<i>Leader</i>		
<i>Objectif quantitatif</i>	100 patients sur une année	Non défini

LES QUESTIONS DE DEPART

- Comment expliquer l'absence d'usage du projet de télé-expertise en dermatologie mis en place en 2015 sur le territoire de Pontivy ?
- Comment expliquer le « succès » dans le cas du projet de Brest ? Qu'en est-il aujourd'hui ?
- Quelle.s piste.s de relance envisager concernant le projet de Pontivy ?
- Quelle.s proposition.s pour relancer le projet et réengager une dynamique sur le territoire de Pontivy ?

L'EXPLORATION : LES LECTURES ET LES ENTRETIENS EXPLORATOIRES

Des lectures ont été réalisées, issus d'ouvrages et articles en sciences sociales pour leurs apports en « repères théoriques » et les réflexions de synthèse dans le domaine de la télémédecine.

Des entretiens exploratoires ont été réalisés afin de saisir les enjeux et la construction du projet lancé en 2014. Ces entretiens exploratoires vont constituer en un premier « tour de piste » avant d'engager des moyens d'études plus larges et conséquents. Pour mener ces entretiens, une grille d'entretien a été élaborée.

Personne à rencontrer	Fonction	Lieu	« Projet »	Objectif
			Pontivy	Comprendre la situation du projet, ses difficultés de mise en œuvre et voir si idées de relance
			Pontivy	Comprendre la situation du projet, ses difficultés de mise en œuvre et voir si idées de relance
			Pontivy	Comprendre la situation du projet, ses difficultés de mise en œuvre, rôle, et voir si idées de relance
			Pontivy	Comprendre la situation du projet, ses difficultés de mise en œuvre, rôle du CHCB, et voir

CLV

				si idées de relance ? Question du financement
			Brest	Comprendre projet : quel fonctionnement, quels bénéfices, quelles difficultés, quelle suite

Concernant Pontivy, pour plus tard : reprendre la carte réalisée en 2014, recenser les MSP et ESP et les EHPAD qui pourraient être associés au projet en vue d'un futur élargissement.

IDENTIFICATION DES SCENARIOS ENVISAGEABLE : PROJET DE TELE-DERMATOLOGIE SUR LE T8

Etat des lieux et éléments réalisés

L'objectif est de comparer les deux projets, celui de Brest et de Pontivy. En l'état actuel des choses, il s'avère que le projet de Brest renvoi à un bilan très positif : les professionnels ont adhéré à l'outil « Globule » ce qui a généré de nombreuses demandes de télé-expertise contribuant à la poursuite du projet. *A contrario* le projet de Pontivy n'a pas connu cet essor.

Les questions de départ pour amorcer la reprise du projet :

- Comment expliquer l'absence d'usage du projet de télé-expertise en dermatologie mis en place en 2014/2015 sur le territoire de Pontivy ?
- Comment expliquer le « succès » dans le cas du projet de Brest ? Qu'en est-il aujourd'hui ?
- Quelle.s piste.s de relance envisager concernant le projet de Pontivy ?
- Quelle.s proposition.s pour relancer et faire vivre de nouveau le projet de Pontivy ?
- Quelle.s proposition.s pour relancer le projet et réengager une dynamique sur le territoire de Pontivy ?

Un tableau comparatif des deux projets a été réalisé pour pointer les éléments de comparaison. Un historique a également été retracé pour chaque projet (date des réunions, lancement, réponse de l'appel à projet...). Les priorités et tâches pour l'étude et pour la relance du projet de Pontivy ont été définies. Les concepts théoriques s'y rattachant ont également été réfléchis.

Un listing des personnes à contacter a été dressé, suivant une méthodologie de trois groupes :

- *Le premier groupe d'entretiens concerne les référents identifiés des deux projets de télé-expertise en dermatologie.*
- *Un second groupe d'entretiens concernera les professionnels associés à chaque projets pour recueillir les besoins « actuels » et les « motivations » afin de dresser une liste des solutions de relance qui pourraient être envisagées :*
 - *un premier sous-groupe avec les parties-prenantes du projet à son origine, et*
 - *un deuxième sous-groupe avec les professionnels qui pourraient être intéressés souhaiteraient s'y investir désormais*

- *Un troisième groupe pourra être constitué afin de réunir les professionnels souhaitant la relance du projet de Pontivy, afin d'évoquer les modalités d'organisation de cette dernière et procéder à sa mise en œuvre.*

Des guides d'entretiens ont été réalisés, détaillant les questions essentielles et les grandes thématiques à aborder pour l'étude.

Chronologie

CHRONOLOGIE DU PROJET PONTIVY	
16/07/2013	Publication de l'AAP Télémédecine par l'ARS
18/04/2014	Réponse de l'ARS : projet non retenu
03/07/2014	Réunion de tous les projets non retenus "pour une perspective de déploiement pour l'avenir" + demande de convergence des projets du même territoire
30/09/2014	Nouvelle version du projet "convergé" déposé à l'ARS
27/11/2014	Projet retenu : 100 000€ alloués
29/01/2015	Premier COPIL au CHCB
17/03/2015	COPIL au CHCB
25/05/2015	COPIL au CHCB
26/05/2015	Réunion du Comité Médical
30/06/2015	Réunion information des acteurs
24/09/2015	1ère session de formation (présentation projet, plaies, plateforme Sterenn...) = 25 pro et 5 intervenants
06/10/2015	Réunion de suivi au CHCB (difficulté évoquée = pas d'appli mobile pour prendre la photo) + première téléexpertises reportées à novembre 2015 (VSR)
01/11/2015	Démarrage prévu de l'activité
de novembre 2015 à août 2016	Aucune activité
01/08/2016	reprise du projet / nouvelle note cadrage
20/09/2016	Discussion avec le GCS e-Santé et CHCB sur reprise projet + Formation Sterenn
27/09/2016	Déploiement Sterenn
14/11/2016	Ouverture de comptes Sterenn aux dermatologues : mais pas d'accord sur modalités planning de garde
29/06/2017	Mail du GCS : aucune activité depuis 6 mois = dde plan d'action/relance
10/07/2017	Copil Sterenn : statue sur les projets qui n'ont pas d'activité. A priori comptes conservés
27/07/2017	Dde de l'URPS une remobilisation et propose rencontre en sept 17 avec les acteurs à Pontivy // CHCB dirr en congés : pas de réponses
28/10/2017	CHCB revient vers URPS MLB : dde si date de fixée ?
15/05/2018	Reprise de contact avec CHCB pr relance du projet

CHRONOLOGIE DU PROJET DE BREST	
16/07/2013	Publication de l'AAP Télémédecine par l'ARS
18/04/2014	Réponse de l'ARS : projet non retenu
03/07/2014	Réunion de tous les projets non retenus "pour une perspective de déploiement pour l'avenir" + demande de convergence des projets du même territoire
24/11/2014	Projet non retenu
10/12/2014	Proposition de Globule comme solution mobile de téléexpertise
2015	Création des formulaires+ mise en place du projet
30/06/2015	Mise à disposition de Globule aux équipes
01/07/2015	Organisation des dermato sous forme de "planning d'astreinte" établi sur 3 mois et par quinzaine durant les 6 mois
04/12/2015	Bilan à 6 mois de l'utilisation de la solution : bilan favorable
01/06/2016	Prolongation de l'application pour 6 "offert" par Globule
01/10/2016	Retour des fiches d'évaluation de l'application
depuis	Activité cessée ? Continué ?

Entretiens

Le premier entretien avec le leader côté libéral du projet de Pontivy a été rencontré le 23/05/2018 à XXX. La première partie fait état de l'entretien dans son intégralité, la seconde partie propose une synthèse de la rencontre relative au projet de télé-expertise.

Compte rendu global de l'entretien

Contextualisation, présentation du pôle de santé et de ses activités :

Le pôle XXX où le Dr. XXX exerce avec des pharmaciens, IDE, opticiens, 3 médecins, kiné et radiologue (ndlr : manipulateur radio) a été créé en 2004 (à son initiative principalement). « C'est un pôle de santé privé ».

Le Pôle a beaucoup de projets en cours, notamment des protocoles de délégation de tâches (IDE pour vaccination, son assistante médicale gère les « actes non médicaux »).

Un projet de consultations ophtalmologiques est en cours de création avec des ophtalmos de Vannes qui feraient venir en consultation « avancées » des orthoptistes 2 ou 3 jours par semaine au pôle. Ils ont également un projet de télé-radiologie autonome « *qui fonctionne* ». Concernant la télé-radiologie, ils ont tous le matériel et des manipulateurs radio : c'est la société Philips qui a créé le logiciel à leur demande sur leur financement. Les radiologues requis viennent de loin1, loin2, loin3, loin4... Concernant la rémunération, ils le sont à la cotation d'un acte libéral pour la télé-radiologie.

Egalement, pour le fonctionnement du Pôle, il a instauré des « *contrat de collaboration* » pour les jeunes médecins thésés, mais également les internes : le collaborateur libéral est

professionnellement indépendant du médecin titulaire et personnellement responsable de ses actes professionnels et encaisse les honoraires à son nom.

Avec 64 professionnels du territoire, il ont monté XX. Avec un projet de santé. *Techniquement, cette constitution ressemble à un début de CPTS.* Dans un certain contexte politique, des élus se sont emparés du projet de santé et ont construit des « murs » dans la ville de XXX pour une MSP : vide à l'heure actuelle. Un des objectifs de l'XXX était que tous se dotent d'un outil informatique commun, or plus ou moins échec et utilisation de logiciels différents à cause du « *contexte politique* ». Il notifie que le Pôle XXX utilise bien l'outil qui devait être généralisé à l'ensemble de l'interpole.

A priori, le projet de télé-dermato a été formalisé spécifiquement pour l'Appel à Projet de 2013, mais était en discussion dans le pôle de santé (et pas plus large apparemment).

Projet Sterenn de télé-dermato :

Selon lui, déjà un problème de financement à l'origine : quelle rémunération ? Ce n'était pas clair.

Problème de formation : « *on a voulu former tout le monde, et en plus on avait un outil informatique qui ne marchait pas* ». Il pointe également un discours contradictoire dans la formation, avec une présentation de la plateforme « COMEDIE » des Hauts-de-France et une de Globule déployé à Brest « *qui avaient tous les deux l'air très bien, et qui eux fonctionnaient !* »

Actuellement ils travaillent avec des dermatologues de pasloin1, pasloin2, loin3 et pasloin3. Ils font de la télé-expertise, de manière non sécurisée, avec Whatsapp et l'envoi de photos, de manière non rémunérée, par conséquent.

Ils ne travaillent pas avec le CHCB avec XXX , évoquant un « *problème d'expertise et de dermatologie uniquement de CHU* ».

Concernant le projet de 2014 et sa reprise en 2016 le Dr XX déplore un « *un fort amateurisme dans la gestion de ce projet, une incapacité des correspondants à être fixes et à gérer des projets. Ça ne faisait que changer, et apparemment avec vous, ça va être le cas, vous partez fin juillet c'est ça ? Franchement, bon courage* ».

Un des objectifs poursuivi du projet était d'éviter les déplacements des personnes âgées pour les problèmes dermatologique « *j'ai trouvé une autre solution, j'ai passé un contrat privé avec les ambulances du coin. Pour 4€, 4€ hein, ils vont me chercher jusqu'à 4 vieux et me les ramène au cabinet. Ils ont même proposé, le temps de leurs consultations, d'aller faire leurs courses au Super U !* ».

Il y a également eu des problèmes de réseau et de débit, avec le GCS. Ils ont dû passer sur le BIPS.

Il évoque également un problème de « stabilité » également chez le personnel du CHCB (direction en intérim...)

N'ont jamais utilisé STERENN d'après lui à cause principalement de cet « *abandon de suivi par toutes les équipes* » de plus il nous informe qu'aucune rencontre/présentation n'a eu lieu entre les équipes et dermatologue du CHCB.

Relance du projet ?

Concernant les équipes selon lui il y aurait une certaine demande chez les infirmiers, notamment ceux formés au DU plaies, aussi les IDE exerçant en EHPAD.

Il n'est pas contre la relance du projet, ne sait pas si c'est une bonne idée de réinterroger les équipes de toutprès¹, toutprès² et toutprès³ = « *les équipes sont fatiguées, et occupée par le montage d'une SISA pour certaines* ». Selon lui, cette relance devrait s'opérer uniquement sur un territoire réduit, comme celle uniquement de son pôle de santé.

Souhaiterait avoir une application avec « *le moins de clic possible, un truc qui marche, simple et qui fonctionne. Si on peut avoir un témoignage de gens qui l'utilise, nous montrer que c'est facile d'utilisation, OK, pourquoi pas* ».

Il évoque :

- Trop de protocoles
- Pas le temps
- L'objectif est de passer moins de temps qu'au téléphone
-

Concernant le calendrier, XXX ne voit pas comment cette relance pourrait s'opérer avant septembre. Il souhaiterait avoir à faire à une personne « fixe » que ce soit au GCS ou à l'URPS car le projet nécessitera selon lui « *un suivi sur du long terme et une grande disponibilité, donc y'a besoin de quelqu'un de dispo, que j'appelle en août ou en septembre et que je tombe sur la personne qui suit, pas une qui a commencé et qui est partie* »

SYNTHESE :

L'entretien d'1h20 n'a pas été très concluant : il montre une démotivation des équipes de manière globale à la suite d'un projet selon lui « *mené avec un fort amateurisme* ». Souhaiterait éventuellement la reprise de son projet, mais sans recours à l'application régionale STERENN et ne souhaite pas non plus collaborer avec la dermatologue du CHCB. Il souhaite également « *avoir une personne référente « fixe » à l'URPS qui relancera le projet jusqu'au bout s'il a lieu* ». Aussi, ne souhaite pas communiquer les coordonnées des professionnels de santé qui étaient inclus à l'origine dans le projet.

Actuellement ils travaillent avec des dermatologues de pasloin¹, pasloin², loin³ et pasloin³. Ils font de la télé-expertise, de manière non sécurisée, avec Whatsapp et l'envoi de photos, de manière non rémunérée par conséquent.

Concernant les équipes, selon lui il y aurait une certaine demande chez les infirmiers, notamment ceux formés au DU plaies, aussi les IDE exerçant en EHPAD.

Il n'est pas contre la relance du projet, ne sait pas si c'est une bonne idée de réinterroger les équipes de toutprès¹, toutprès² et toutprès³ « *les équipes sont fatiguées, et occupée par le montage d'une SISA pour certaines* ». Il pense qu'une relance sur un territoire très restreint, d'une seule équipe de soins primaire devrait être opérée pour plus d'efficacité.

Entretien téléphonique XXX, infirmier libéral à XXX

L'entretien a eu lieu par téléphone le 31 mai 2018. XXX est infirmier libéral à ville1 dans un cabinet de 5 associés. Au moment du projet il souhaitait vivement intégrer le projet de XX

XXX souhaite tout d'abord aborder le contexte local et politique qu'il juge « *sensible* » ajoutant que « *XXX c'était un groupe de libéraux. Mais ça a capoté. Pile au moment du projet d'ailleurs. Donc tout le monde se regardait en chien de faïence : c'était à cause du contexte local et politique quoi. Alors un projet commun à ce moment, bon...* »

A propos du projet de télé-expertise et du pilotage il nous fait part qu'il n'est « *pas forcément du même avis que le Dr Dr XXX. C'est à l'hôpital d'être moteur et d'élargir le bassin* » « *Il faut que ce soit un projet ambitieux* » « *Tout est à reconstruire. Il faut tout reprendre* ».

Concernant le montage du projet de télé-expertise il estime que « *ça été mal géré* ». Il ajoute avoir été intégré dès le début, mais ajoute que « *c'est surtout le projet du Dr XXX à l'origine* »

Actuellement, il vient de terminer un DU Plaies et Cicatrisations. Cette nouvelle qualification est pour lui une opportunité, couplée avec une application de télé-expertise en plaies et cicatrisation qui pourrait être une aide quotidienne : « *Forcément pour nous les infirmiers ça simplifie quand on passe pas par le médecin traitant pour le suivi des plaies chroniques. Si on peut avoir accès à un infirmier qui a le DU par exemple. Surtout quand c'est un patient déjà suivi* » en faisant tout de même un distinguo important, partagé des médecins et des dermatologues : « *Il y a deux volets, la téléplaie et cicatrisation où c'est plus les infirmiers et la télédermato où là c'est dermato et médecin traitant* ».

Le volet téléplaie et cicatrisation « *c'est aussi l'occasion de donner plus d'autonomie aux infirmiers au niveau de la plaie* ». Concernant les réticences éventuelles des professionnels de santé, particulièrement des médecins, il estime qu'il « *faut faire confiance aux professionnels, pour ne pas abuser des demandes, et même quitte à déléguer aussi* ».

Il n'hésite pas à faire des comparaisons avec un dispositif de téléexpertise dans ce même domaine déjà établi et mis en place : « *A Caen ils utilisent DOMOPLAIE et c'est vachement bien.* »

En guise de conclusion, il estime que « *L'appli oui c'est avoir une aide, et peut être même sortir d'une impasse* » et qu'« *Il faut y faire adhérer le plus de professionnels possible* », avant de terminer sur le projet de téléexpertise de manière plus globale : « *Y'a beaucoup à reconstruire sur ce projet, peut-être même tout* »

Autres réponses

Une autre réponse suite à une demande d'entretien à l'EHPAD de XXX est celle de l'IDE XXX

Le 1^{er} juin 2018

Bonjour ,

Suite à enquête auprès des IDE de notre établissement car je suis en poste depuis 1 an seulement, il apparait que le recours au service de télé-médecine en dermatologie STERENN ne soit plus utilisé.

La raison principale est un trop long délai pour le retour d'information suite à l'envoi des photos.

Si ce service s'est amélioré, nous serions disposés à l'utiliser à nouveau.

Cordialement.

Echange téléphonique avec le Dr XXX, médecin au CHCB

Le 27 juin 2018, contact téléphonique avec le Dr XXX, médecin au CHCB. Son activité traite des plaies chroniques concernant le projet de télé-expertise (et non pas de la dermatologie, qui n'est pas son domaine d'activité).

Elle témoigne avoir eu que très peu d'informations sur le projet, elle en est restée à l'attente d'information une fois que les comptes STERENN ont été créés.

Scénarios envisageables concernant le projet de Pontivy au 15 juin 2018 :

En attente de l'entretien avec le CHCB notamment sur l'état des lieux du projet de leur côté, sur le financement, et la suite à y apporter dans une éventuelle reprise.

Trois scénarios semblent se dégager :

Reprise du projet initial : avec XXX et le CHCB et avec la solution STERENN Mobilité	Reprise du projet avec le CHCB, STERENN Mobilité	Abandon du projet
<ul style="list-style-type: none">•Nécessité de faire "vite et bien"•Acteurs a priori "fatigués d'être mobilisés continuellement", l'ont déjà été 3 fois ("<i>on ne va pas redire les mêmes choses tout le temps et encore</i>")•Leader "compliqué" sur son territoire	<ul style="list-style-type: none">•Nécessité de retrouver une équipe volontaire et motivée•Prendre garde au suivi du projet (attention aux "erreurs du passé")•Redéfinir avec cette nouvelle équipe leurs souhaits et adapter en fonction le projet•Quelle équipe sur le T8 ? Quel processus de recrutement ?	<ul style="list-style-type: none">•A cause de l'obligation de recourir à l'outil de télé-médecine régional qui ne semble pas probant ?•Manque de financement ?•Impossibilité de recruter une nouvelle équipe ?•Manque de moyens "humains" au CHCB ? Et dysfonctionnements internes qui leurs sont propres ?•Projet trop "ancien" et ne pouvant être repris aujourd'hui ?•Retard trop important de la solution STERENN Mobilité ?

Points de vigilances :

- Quelle contractualisation sur les termes du projet avec l'ARS ? Concernant l'outil régional ? Concernant les équipes identifiées à l'origine ?
- Idem du côté du CHCB
- Vigilance globale sur le « process » : ne pas imposer l'outil mais le proposer + risque plus fort de non adhésion à l'outil et/ou démotivation des équipes.
- Attention à la période estivale qui se rapproche
- Impératif de respecter les souhaits des professionnels afin de garder une motivation
- Quel leader ? Comment le recruter sans imposer ?
- Quelle articulation avec le CHCB sur ce projet, qui semble faire face actuellement à des problématiques internes ?
- Quelle temporalité ? Quel référent URPS pour le projet, sachant qu'un suivi sur le long terme est nécessaire pour assurer la réussite du projet ?
Projet qui dans sa mise en place va prendre du temps, surtout si scénario 2 retenu. Temps de mobiliser les équipes + de leur mettre à disposition STERENN Mobilité qui ne sera disponible qu'en Septembre = nécessité de bénéficier de tout le « matériel » pour opérer la formation des équipes et les familiariser à l'outil et son usage.
- Engagement vis-à-vis de Sterenn Mobilité ? L'application doit-elle être valorisée au regard de ses fonctionnalités actuelles ?

Quelle suite ?

- Quelle relance ? Quel choix de scénario ? Quel « référent » ?
- Et quand ? Dès maintenant ? Attendre Septembre avec la généralisation de Sterenn Mobilité ?

GUIDES D'ENTRETIENS : PROJETS DE TELE-EXPERTISE EN DERMATOLOGIE

Le premier groupe d'entretiens concerne les référents identifiés des deux projets de télé-expertise en dermatologie. Un second groupe d'entretiens concernera les professionnels associés à chaque projets pour recueillir les besoins « actuels » et les « motivations » afin de dresser une liste des solutions de relance qui pourraient être envisagées. Un troisième groupe pourra être constitué afin de réunir les professionnels souhaitant la relance du projet de Pontivy, afin d'évoquer les modalités d'organisation de cette dernière et procéder à sa mise en œuvre.

Groupe 1 : "explorer et comprendre"

- **Entretiens avec les référents des 2 projets Brest et Pontivy**
- Retracer l'historique des deux projets
- Recueil bibliographique sur les sujets
- Recueil des données quantitatives disponibles (notamment sur Brest : données déjà disponibles sur nombre d'actes réalisés)

Groupe 2 : "identifier et enquêter"

- **Groupe 2.1** : Entretiens avec les parties prenantes aux projets : nombre d'entretiens à définir selon les contacts des référents rencontrés dans le Groupe 1 Brest et Pontivy
- **Groupe 2.2** : Entretiens avec d'autres professionnels de santé libéraux du T8 qui pourraient être concernés et souhaiteraient s'impliquer (Médecins Généralistes et IDE coordonnateurs en EHPAD par exemple) = Pontivy
- Recueil des besoins "actuels" et "motivations" des professionnels à porter ce projet
- Connaître les raisons d'engagement des professionnels, mais aussi celles du "non-aboutissement" du projet de Pontivy
- Réalisation d'un diagnostic territorial sur le T8 suivant la posture adoptée : (estimer par exemple le nombre de consultations réalisées en 2017 et éventuellement 2018 sur les EHPAD du T8 ?) **s'appuyer sur des données concrètes du territoire en plus des besoins des professionnels.**
- Voir modalités et solutions de relances qui pourraient être envisagées à Pontivy (sur le modèle de Brest et ses facteurs de réussite identifiés / Anticiper les freins et difficultés du passé et qui pourraient survenir de nouveau)
- Quelle dynamique sur ce projet peut être envisagée sur le T8 et sous quelles modalités ?

Groupe 3 : "Agir" (si données G1 et G2 probantes)

- Selon les éléments recueillis en amont :
- Proposer des réunions de groupes de professionnels ?
- Quelle solution ? Quelle communication ? Quelle formation ?
- Proposer les solutions de relance / Mise en oeuvre
- Dépendant du précédent

GRUPE 1 : PERSONNES REFERENTES DU PROJET : TELEDERMATO A PONTIVY

1. Introduction : présentation générale

Thématiques à aborder : Fonction occupée / Présentation des activités principales / L'environnement de travail

- Pouvez-vous vous présenter ? Quel est votre parcours ?
- De quel manière exercez-vous (seul, groupe, coordonné...) ?
- Avec qui travaillez-vous au quotidien, comment se répartit votre temps de travail ?

2. Le projet de télé-dermatologie : ingénierie et démarches

Thématiques à aborder : Construction du projet / Périmètre du projet / Implication / gouvernance choisie du projet

- Comment la mise en place de ce projet s'est-elle opérée ? Mobilisation avant/pour l'appel à projet télé-médecine ?
- Quand avez-vous commencé à être impliqué dans ce projet ?
- Quelle place av(i)ez-vous dans ce projet de télé-expertise en dermatologie ?
- Quelles étaient vos motivations concernant votre participation dans ce projet ?
- Quelle a été la dynamique des professionnels engagés dans le projet ? Leur investissement ?
- Quels objectifs avaient été fixés à travers ce projet (patient, professionnels, santé publique) ?
- Quel type de « gouvernance » avait été choisie ? Quel.s référent.s pour le projet ?
- Comment vous êtes-vous réparti les tâches / compétences ?
- Y avait-il un leader du côté des professionnels libéraux ? Du côté du CHCB ?

3. Partie « opérationnelle » : la mise en place

Thématiques à aborder : Expliquer la « non-prise » du projet en 2014 et lors de sa relance en 2016 / Identifier les difficultés rencontrées et les leviers

- De votre point de vue, comment s'est déroulée la « mise en œuvre » du projet en 2014 ?
- Et lors de sa relance en 2016 ?
- Quelles difficultés avez-vous rencontré ?
- Au contraire, quels ont été les éléments facilitateurs ?
- Selon vous, pourquoi il n'y a pas eu d'actes réalisés ? Quelles en sont les raisons ?
 - Les acteurs du projet avaient-ils les compétences nécessaires pour mener à bien leur.s tâche.s ?
 - Les rôles et actions de chacun étaient-ils bien définis ?
 - Non adhésion des professionnels ? « Turn-over » des professionnels engagés ?
 - Savez-vous si la communication sur l'action a-t-elle été réalisée auprès de tous les acteurs concernés ? Comment les professionnels ont-ils été contactés et informés du projet ?
 - La gouvernance choisie était-elle adaptée à tous les acteurs ?
 - Des appréhensions concernant l'utilisation la solution logicielle ont-elles été perçues / ressenties / exprimées ?
 - Ergonomie de la solution ? Question du choix de la solution logicielle ?
 - Question financement / rémunération ?
 - Le temps affecté au projet était-il suffisant ? (coordination, communication, formation...) Le calendrier a-t-il été respecté ?
 - Un suivi a-t-il été réalisé/mis en place ?
 - Des stratégies de gestion de ce risque (de non-activité) avaient-elles été mises en place ?
 - Quels manques pour la pérennité du projet ?

4. Pistes de relance

Thématiques à aborder : Identifier les facteurs propices à une relance du projet, les éléments sur lesquels le projet pourrait reprendre appui

- Selon vous, comment le projet pourrait-il être relancé ?
 - Remobilisation des professionnels ?
 - Redéfinition des objectifs initiaux ?
 - Concernant l'organisation/gouvernance du projet ?
 - Concernant les ressources matérielles : la solution logicielle qui avait été retenue (Plateforme Sterenn) ? Autre solutions ? Mobilité ?
- Par quels moyens ? (financiers/rémunération, matériels, humains...)
- Sur quel périmètre (géographique, professions de santé...)
- Que pensez-vous de ce projet pour l'avenir des professionnels de santé (coopération/coordination numérique) ?
- Quels avantages de ce projet pour vous / les professionnels / les patients ? Quels inconvénients ?
- Pensez-vous que l'utilisation de cet outil numérique a changé quelque chose à votre exercice de la médecine (par rapport à précédemment) ?

5. Demande de contacts

- Avez-vous des contacts sur votre territoire de professionnels de santé libéraux qui pourraient être intéressés pour participer à ce projet ?
- Avez-vous contact de professionnels engagés au début ?
- Avez-vous des éléments que vous souhaiteriez ajouter ?

GROUPE 1 : PERSONNES REFERENTES DU PROJET : TELEDERMATO A BREST

6. Introduction : présentation générale

Thématiques à aborder : Fonction occupée / Présentation des activités principales / L'environnement de travail

- Pouvez-vous vous présenter ? Quel est votre parcours ?
- De quel manière exercez-vous (seul, groupe, coordonné...)
- Avec qui travaillez-vous au quotidien, comment se répartit votre temps de travail ?

7. Le projet de télé-dermatologie : ingénierie et démarches

Thématiques à aborder : Construction du projet / Périmètre du projet / Implication / gouvernance choisie du projet

- Comment la mise en place de ce projet s'est-elle opérée ? Mobilisation avant/pour l'appel à projet télé-médecine ?
- Quand avez-vous commencé à être impliqué dans ce projet ?
- Quelle place av(i)ez-vous dans ce projet de télé-expertise en dermatologie ?
- Quelles étaient vos motivations concernant votre participation dans ce projet ?
- Quelle a été la dynamique des professionnels engagés dans le projet ? Leur investissement ?
- Comment avez-vous choisi cette solution logicielle // sur quels critères ? Et pourquoi ?
- Quels objectifs avaient été fixés à travers ce projet ?
- Quel type de « gouvernance » avait été choisie ? Quel.s référent.s et/ou leader pour le projet ?
- Comment vous êtes-vous réparti les tâches / compétences ?
- Et concernant le planning (garde/astreinte) ?
- Et concernant la rémunération et le financement ? (De quel soutien avez-vous bénéficié ?)

8. Partie « opérationnelle » : la mise en place

Thématiques à aborder : Bilan de la mise en œuvre du projet / Difficultés / Atouts du projet / Réalisations / Leviers / Etat actuel du projet

- Quelles ont été les difficultés lors de la « période active » du projet ?
- De même, quels ont été les éléments facilitateurs ?
- Où en est le projet aujourd'hui ?
- Quel bilan en faites-vous ?
 - Concernant l'organisation ?
 - Concernant la solution retenue ?
- Une dynamique de coopération a-t-elle été ressentie ?
- Que pensez-vous cette collaboration numérique entre plusieurs professionnels de santé ?
- Y a-t-il eu un bénéfice ressenti/effectif par rapport aux objectifs fixés (EHPAD, patients, professionnels de santé...) ?
- Selon vous, ce projet était-il utile ? Cela valait-il la peine de la mettre en place ?

9. Pistes de relance + « mise en perspective » avec projet Pontivy ?

Thématiques à aborder : Identifier les facteurs propices à une relance du projet, les éléments sur lesquels le projet pourrait reprendre appui // Perspective avec Pontivy

- Que pensez-vous de ce projet pour l'avenir des professionnels de santé (coopération numérique) ?
- Quels avantages de ce projet pour vous / les professionnels / les patients ? Quels inconvénients ?
- Selon vous, il y aurait-il une demande et mobilisation des professionnels pour continuer le projet ?
- Si oui, par quels moyens ? Sur quel périmètre (géographique, professions de santé) ?
- Question de la continuité : quelle « pérennité » pour le projet ? (*apparemment terminé aujourd'hui*)
- Seriez-vous prêts/intéressés pour poursuivre cette activité avec une autre solution mobile ? (Sterenn Mobilité)
- Conseils « d'ingénierie » pour le projet de Pontivy ?
- Pensez-vous que l'utilisation de cet outil numérique a changé quelque chose à votre exercice de la médecine (par rapport à précédemment) ?

10. Demande de contacts

- Avez-vous des contacts de personnes qui se sont investis dans le projet et pourraient témoigner de leur expérience ?
- Avez-vous des éléments que vous souhaiteriez ajouter ?

SEPTEMBRE
2018

L'ESSENTIEL DE



Avec la contribution
de GECO Lib'

la CPTS

COMMUNAUTÉ PROFESSIONNELLE
TERRITORIALE DE SANTÉ

PRÉAMBULE

Créées par la loi de Modernisation du système de santé de 2016, les Communautés Professionnelles Territoriales De Santé (CPTS) constituent un nouveau cadre et une opportunité pour faire évoluer les pratiques professionnelles sur les territoires, au service du développement de la prise en charge ambulatoire et de l'amélioration du parcours coordonné du patient.

Les CPTS doivent permettre aux acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux de franchir une étape supplémentaire dans le décloisonnement du système de santé afin de renforcer la coordination des soins pour mieux accompagner les usagers dans leur parcours de santé. C'est également une opportunité pour les professionnels de santé d'apprendre à mieux travailler ensemble, d'améliorer leurs conditions d'exercice, de renforcer leurs coopérations et de favoriser l'attractivité des territoires.

A l'initiative des acteurs de santé, et en premier lieu des professionnels de santé de ville, les CPTS s'inscrivent dans une approche territoriale caractérisée par l'existence d'habitudes de travail collectives, en s'appuyant par exemple sur les équipes de soins primaires déjà constituées.

Ce guide se veut volontairement souple afin de laisser la place aux initiatives locales en tenant compte des spécificités de chaque territoire. C'est ainsi que des organisations innovantes verront le jour.

Deux principes de base sous-tendent toutefois la création d'une CPTS pour qu'elle devienne un levier majeur de l'organisation territoriale de l'offre :

- Une approche populationnelle correspondant à des besoins de santé insuffisamment couverts, sur un territoire en cohérence avec les parcours de santé de la population;
- Une association la plus large possible d'un ensemble d'acteurs de santé volontaires pour coopérer et se coordonner en réponse aux enjeux identifiés afin d'assurer la légitimité, la visibilité, la lisibilité et la reconnaissance de la CPTS sur le territoire.

C'est dans ce cadre que les Unions Régionales des Professionnels de Santé de Bretagne et l'Agence régionale de santé, avec l'association GECO Lib', ont travaillé conjointement à l'élaboration de ce guide régional visant à encourager les dynamiques d'acteurs sur la région.

C'est dans cet esprit de coopération et d'association des acteurs de santé que ce guide a été présenté aux fédérations hospitalières et médico-sociales afin d'avoir une vision partagée de ce que seront les futures CPTS en Bretagne.

Notre volonté commune est de pouvoir vous conseiller, vous accompagner et vous soutenir pour faire émerger demain des projets novateurs sur votre territoire.

Dr Nikan Mohtadi

Président de l'Union Régionale
des Médecins Libéraux,
pour le COPIL Inter-URPS de
Bretagne

Olivier De Cadeville

Directeur de l'Agence
Régionale de Santé Bretagne



LA VISION RÉGIONALE

Les CPTS sont une opportunité pour :

- Organiser les initiatives et coopérations existantes dans les territoires
- Soutenir une dynamique coordonnée de prise en charge des patients
- Respecter les compétences et la place de chaque acteur
- Fluidifier la prise en charge des patients
- Structurer le parcours de soins
- Fédérer les acteurs de santé

Par les professionnels et pour les professionnels, elles seront un succès car adaptées aux territoires et aux besoins des usagers.



LA VISION RÉGIONALE

Une CPTS est constituée de professionnels de santé regroupés ou non (ESP, MSP...), mais également d'acteurs des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

La CPTS est **accessible à tous** les professionnels qui désirent travailler ensemble et pourra grandir avec l'implication de nouveaux professionnels de manière graduée selon les projets portés.

1. DÉFINITION ET CONCEPT

1.1. COMMUNAUTÉ : QU'EST-CE QU'UNE CPTS ?

Une CPTS est une communauté de professionnels dont l'objectif est :

- d'assurer une meilleure coordination de leurs actions
- de structurer le parcours de santé (accès, prévention et soins) pour mieux répondre aux besoins de la population d'un territoire

« La communauté professionnelle territoriale de santé **est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, (...) et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé.**

Les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé formalisent, à cet effet, **un projet de santé**, qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé. Le projet de santé précise en particulier le territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé.

A défaut d'initiative des professionnels, l'agence régionale de santé prend, **en concertation avec les unions régionales des professionnels de santé et les représentants des centres de santé**, les initiatives nécessaires à la constitution de communautés territoriales de santé. »

Extrait du code de la santé publique art. L 1434-12

1.2. PROFESSIONNELS : QUI LA COMPOSE ? QUI L'INITIE ?

1.2.1. QUI LA COMPOSE ?

Les professionnels suivants peuvent composer la CPTS :

Les professions médicales : médecins généralistes ou spécialistes de proximité, ou exerçant en établissement de santé, sages-femmes et odontologistes (art. L4111-1 à L4163-10).

Les professions d'auxiliaires médicaux : (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes et psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale et techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes, diététiciens), aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers (art. 4311-1 à 4394-3).

Les **professions de la pharmacie** : pharmaciens, préparateurs en pharmacie et en pharmacie hospitalière (art. 4211-1 à 4244-2).

Les **professionnels des établissements de santé**.



LA VISION RÉGIONALE

Le territoire doit refléter les dynamiques professionnelles. Une cartographie représentant les flux de patients en fonction des spécialités médicales en Bretagne est disponible auprès de l'URPS MLB. Les données des URPS et de l'ARS peuvent aider à faire cet exercice.



LES CONSEILS

Le territoire idéal :

- Réunir un ensemble de professionnels autour d'un projet commun au bénéfice des usagers et créant une dynamique de proximité
- Il peut s'agir d'un arrondissement, d'un quartier, d'une commune, d'une intercommunalité ou d'un bassin de vie
- Il pourra être réévalué au fur et à mesure de la vie des projets de la CPTS

Les **professionnels de structures médico-sociales et sociales** tels que définis par l'article L. 312 – 1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

Il n'est pas attendu une participation exhaustive de l'ensemble des acteurs du territoire, néanmoins, elle ne peut associer uniquement des acteurs d'un même champ : ambulatoire, hospitalier, médico-social, etc.

1.2.2. QUI PEUT INITIER UNE CPTS ?

La conception d'une CPTS se fera sur la base du **volontariat et est laissée à l'initiative des acteurs de santé et en priorité aux professionnels de santé de ville**. La CPTS pourra grandir avec l'implication de nouveaux professionnels de manière graduée. Le nombre et la nature des professionnels varient selon le projet et dans le temps. Toutefois, les porteurs de la démarche devront veiller à informer et à associer le plus largement possible les professionnels de santé libéraux, avec un accent particulier sur les Équipes de Soins Primaires (ESP), dont les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP).

1.3. TERRITORIALE : QUEL PÉRIMÈTRE ?

Il n'y a pas de territoire imposé aux CPTS. Le territoire de projet dessine un périmètre géographique variable selon les lieux, les personnes investies et les dynamiques projets. Il sera déterminé au regard de différents critères :

- Une volonté d'animation globale d'un territoire de vie pour des populations d'un ordre de grandeur supérieur à 20 000 habitants
- Un territoire plus large que celui d'une ESP-MSP mais infra territoire d'un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)
- La cohérence avec les flux de population
- Le niveau de coopération entre les acteurs

Le territoire d'action sera défini dans un premier temps par les professionnels initiateurs de la CPTS puis affiné au fur et à mesure que de nouvelles thématiques émergent et que de nouveaux professionnels y sont associés.

Il ne serait pas logique que deux CPTS s'organisent sur un même territoire. En effet, une CPTS peut porter un projet avec un ou plusieurs thèmes **sur lesquels les acteurs veulent travailler en pluri-professionnalité et définir les modalités organisationnelles à mettre en place pour le faire**.

1.4. SANTÉ : QUELS OBJECTIFS ?

Les CPTS n'ont pas de missions fixes et prédéterminées à remplir : leur démarche est adaptée au contexte local, populationnel, professionnel et peut être progressive : le projet initial peut se concentrer sur un ou



LES CONSEILS

Comment contacter les professionnels et instaurer la dynamique d'équipe



Mails



Appel à un confrère



Discussions informelles



Rencontres professionnelles



LES OUTILS

Vous pouvez contacter l'ARS Bretagne et les URPS pour des conseils et expertises sur :

- Créer une dynamique d'équipe et fixer des objectifs
- Savoir rester motivé
- Gérer le changement
- Comment Construire son projet associatif
- La place du leader

plusieurs sujet(s) identifié(s) comme prioritaire(s).

Chaque projet de CPTS doit répondre à des besoins identifiés dans un territoire, dans une logique de fluidification des parcours de santé. Les sujets doivent être définis collectivement par les membres de la CPTS.

Les professionnels se mobilisent pour une population autour d'un projet d'exercice coordonné. Le projet doit préciser les besoins identifiés à partir des données objectives et d'enquêtes auprès des professionnels pour organiser au mieux les parcours de santé et les actions proposées pour y répondre. Les missions de la CPTS visent notamment à structurer les parcours, à assurer l'accès et la continuité des soins, à améliorer les relations ville-hôpital et à développer des activités de prévention et de dépistage organisé. En fonction de l'objectif des actions, une attention particulière sera portée pour que l'ensemble des acteurs utiles à l'amélioration effective des parcours de santé et de l'accès aux soins soient intégrés.

Les thématiques identifiées par la CPTS devront être en cohérence avec les priorités du Projet régional de santé.

Voici par exemple quelques grands objectifs généraux pouvant être développés :

- Assurer l'accès aux soins
- Impliquer les patients dans les parcours
- Améliorer les parcours de santé

2. LA CPTS UNE DÉMARCHE PROJET

2.1. MOBILISER LES PROFESSIONNELS

2.1.1. FÉDÉRER

Fédérer les professionnels autour d'un projet de CPTS implique de mobiliser le maximum d'acteurs du soin, du médico-social et du social.

Les échanges entre acteurs sont déterminants pour l'émergence d'une CPTS et de son projet de santé. En effet, c'est la meilleure connaissance de l'exercice de chacun qui favorise la création de liens.

L'initiation du projet reposera sur quelques "leaders". **Le leader est une personne référente** sur le territoire et motivée pour travailler sur le ou les projets de la CPTS ou sur une des missions/actions réalisées par la CPTS.

La réussite reposera sur la **participation et l'implication progressive** d'un ensemble d'acteurs de l'élaboration du projet et de son suivi.



LA VISION RÉGIONALE

Une cartographie représentant les flux de patients en fonction des spécialités médicales en Bretagne est disponible auprès de l'URPS MLB et peut être un appui à la réalisation de l'état des lieux.

Aussi, l'étape du diagnostic peut être l'occasion d'établir un répertoire des acteurs de santé du territoire et préciser une personne référente pour chaque organisation afin de mieux communiquer sur la démarche.

2.1.2. FAIRE CONNAÎTRE LA DÉMARCHE

L'étape suivant la fédération des professionnels au projet est de faire connaître la démarche CPTS aux différents acteurs pressentis. Il conviendra d'organiser des réunions sur le territoire envisagé. Ces réunions seront l'occasion de :

- informer sur la démarche CPTS
- recenser les besoins des territoires et des professionnels
- échanger sur des actions concrètes pouvant être menées par la future CPTS
- discuter des délimitations géographiques de cette dernière

2.1.3. CONSTITUER L'ÉQUIPE PROJET

A la suite de ces réunions de lancement, un recensement des équipes, structures et professionnels de santé du territoire souhaitant et pouvant s'investir dans la création d'une CPTS est nécessaire.

Il conviendra de constituer un ou des groupes de travail pour chaque projet de la CPTS (sur sa constitution et sur ses projets) et d'associer **les acteurs volontaires et essentiels au projet**, en pluri-professionnalité (professionnels de santé assurant des soins de 1er recours ou de 2ème recours et d'acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux).

Un ou des référents par action peuvent être identifiés, pour chacune des thématiques des CPTS, parmi les professionnels engagés. Ce référent sera en charge d'initier et d'animer les groupes de travail.

2.2. ÉTABLIR UN DIAGNOSTIC

Le diagnostic du territoire défini devra identifier les spécificités, les besoins et les opportunités d'actions :

- Etat des lieux des besoins de santé
- Etat des lieux de l'offre de soins (recenser tous les types d'exercices et autres acteurs de la santé).
- Etat des lieux des structures sociales et médico-sociales
- Inventaire des acteurs locaux et partenaires potentiels
- Identification des problématiques rencontrées par les professionnels et des ruptures de parcours constatés

Le diagnostic peut se faire à travers la capitalisation des diagnostics territoriaux de santé déjà existants (Contrats Locaux de Santé, projets de parcours thématiques, PTA, projets de MSP, centres de santé, Conseil Territorial de Santé...).

2.3. DÉFINIR DES OBJECTIFS JUSQU'À LA FORMALISATION D'UN PROJET DE SANTÉ

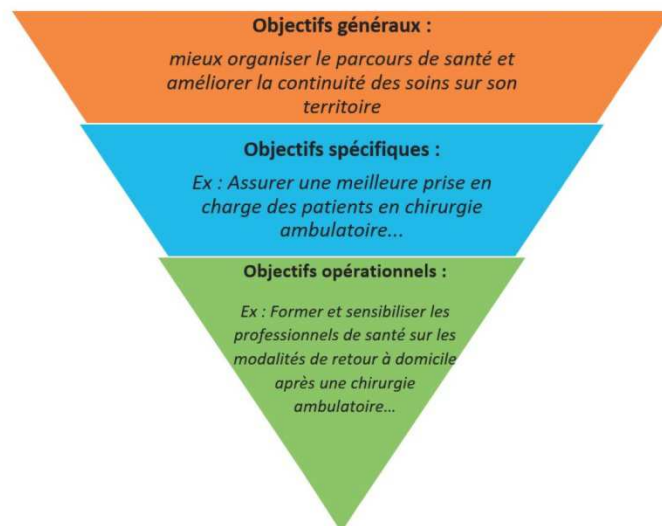
Une fois le diagnostic territorial réalisé et partagé, des objectifs devront être définis collectivement.

Des **objectifs généraux** seront établis au regard des résultats du diagnostic et en cohérence avec ceux du Projet Régional de Santé (PRS).

Ensuite, la CPTS devra les prioriser et définir comment ces objectifs pourront se traduire en missions et activités de la CPTS : ce sont ces **objectifs spécifiques qui donnent le sens de l'action**. Ceux-ci définiront en pratique le projet territorial de santé de la CPTS, pierre angulaire de la démarche.

Enfin, les **objectifs opérationnels** décriront les actions concrètes à effectuer qui dépendent des compétences existantes au sein de l'équipe et de l'implication des professionnels pour contribuer à la réalisation des objectifs généraux.

Ces objectifs devront être partagés par tous les membres de la CPTS.



2.4. LA GOUVERNANCE

L'adoption d'une gouvernance est une **étape primordiale** dans l'élaboration de la CPTS. Elle permet de formaliser l'organisation retenue par l'équipe porteuse du projet et de choisir le montage juridique le plus adéquat.

Plusieurs volets doivent être pensés, par exemple :

LES OUTILS

Vous pouvez contacter l'ARS Bretagne et les URPS pour des conseils et expertises sur :

- Etablir une fiche projet
- Créer une dynamique d'équipe et fixer des objectifs



LA VISION RÉGIONALE

Le modèle associatif reste celui à privilégier de par sa souplesse.



LES OUTILS

Vous pouvez contacter l'ARS Bretagne et les URPS pour des conseils et expertises sur :

- La gestion de projet



LA VISION RÉGIONALE

Cette implication est variable et progressive selon la maturité du projet.



LES OUTILS

Vous pouvez contacter l'ARS Bretagne et les URPS pour des conseils et expertises sur :

- Etablir et gérer des partenariats

- La représentativité des professions de santé au sein de la CPTS
- L'attribution des rôles de chacun dans la gouvernance (statut, règlement intérieur)
- Les modalités de prise de décision
- La concertation avec les bénéficiaires et les partenaires éventuels
- La formalisation et l'utilisation des outils internes (fiches projets, compte-rendu, agenda...)

Aucun statut juridique particulier n'est prévu concernant les CPTS mais une structure juridique doit être créée.

Selon le montage juridique choisi, les modalités d'organisation et de prise de décision peuvent varier. C'est en effet le mode de gouvernance choisi qui influera sur le fonctionnement de la CPTS. C'est pourquoi, il est nécessaire de s'engager dans le montage juridique qui sera le plus adapté au projet, en fonction des avantages et inconvénients de chaque structure juridique (modulation, rémunération, entrée ou sortie de membres, modalités de gestion, etc.).

Les différents modèles qui peuvent être envisagés sont l'association loi 1901, le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), Groupement d'Intérêt Economique (GIE), ou autres.

3. ANIMER LA CPTS

3.1. ARTICULATION AVEC LES ACTEURS TERRITORIAUX

Le projet de la CPTS doit permettre la rencontre des acteurs de santé **motivés**, pour les impliquer de manière progressive selon leurs compétences et les priorités de la CPTS (projets, temps disponible...).

Plusieurs niveaux d'investissement pourront être proposés aux différents acteurs :

- S'associer au projet de CPTS et rejoindre l'équipe pilote,
- Participer au projet de la CPTS au travers d'une action ciblée

La CPTS s'appuiera sur les ressources du territoire et notamment :

Les établissements de santé publics et privés

De manière générale, l'identification des interlocuteurs des établissements de santé privés et publics, permettra de créer une interface et de faciliter la construction de projets communs.

Les acteurs du médico-social et du social

Les professionnels du médico-social et du social s'intègrent dans les différentes dynamiques projets (EHPAD, Services sociaux, etc.).

Les services tels que les CLIC (Centre Locaux d'Information et de Coordination) pourront apporter leur regard en matière d'accompagnement social.



LES CONSEILS

Vos interlocuteurs :

- MAIA
- CLIC
- PTA



LES CONSEILS

Vos interlocuteurs :

- France Asso Bretagne



LES OUTILS

Vous pouvez contacter l'ARS Bretagne et les URPS pour des conseils et expertises sur :

- Le dialogue avec les usagers

Les services d'appui et d'intégration

La Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA)

Les projets prenant en compte la personne âgée et la personne en situation de handicap associeront la démarche MAIA, pour mobiliser les acteurs intervenants au sein de ces parcours.

Les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA)

Dans plusieurs territoires bretons une plateforme territoriale d'appui aux professionnels de santé existe ou est en cours de formalisation. Cette organisation a pour objet d'apporter un soutien aux professionnels de santé par l'information et **l'orientation, l'accompagnement à l'organisation des parcours complexes et le soutien aux pratiques professionnelles (qualité et sécurité des soins).**

Les CPTS peuvent mobiliser les moyens de la PTA, dans le cadre de leurs missions, pour le pilotage et le suivi de leurs projets. Il est recommandé que la CPTS, comme les autres formes d'exercice coordonné (ESP, CPTS), intègre la gouvernance de la PTA.

Les acteurs de la démocratie sanitaire

La démocratie sanitaire a pour objectif de faire participer les usagers/patients aux côtés d'autres opérateurs (professionnels du champ médico-social, collectivités locales...) à l'amélioration de la qualité du système de santé. Ils pourront être associés à l'élaboration de protocoles ou de parcours de soins.

Les représentants des usagers

L'implication des usagers au projet de la CPTS est un levier pour la réussite du projet.

Les Conseils Territoriaux de Santé (CTS)

La Bretagne fait preuve d'un vrai dynamisme en termes de concertation en matière de santé, avec 7 Conseils Territoriaux de Santé (CTS).

Les CTS et CPTS pourront être partenaires, en effet le CTS pourra soutenir le projet et le relayer mais aussi assurer sa cohérence avec le PRS. Par ailleurs, dans le cadre d'un contrat territorial de santé, le CTS devra être consulté pour avis.

3.2. BUDGET, FINANCEMENTS

3.2.1. ACCOMPAGNEMENT DU PROJET

L'accompagnement des projets de CPTS sera possible sur l'ensemble de la région Bretagne.

Le porteur de projet formalise auprès de l'ARS une demande d'accompagnement qui devra présenter le territoire de projet, les professionnels de santé et les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux impliqués et parties prenantes au projet, la ou les thématiques

développées, l'organisation pluri-professionnelle envisagée et les moyens financiers estimés.

La demande d'accompagnement devra être présentée devant une instance associant ARS et partenaires pour avis avant validation par le Directeur Général de l'ARS pour que les porteurs soient accompagnés dans l'élaboration de leur projet.

Suite à cet avis et la validation par le Directeur Général de l'ARS, les professionnels seront accompagnés pour financer l'ingénierie de projet incluant :

- un temps de coordination nécessaire à la réflexion et à l'évolution de l'organisation professionnelle existante
- l'indemnisation des professionnels de santé libéraux qui y participent à la formalisation du projet de santé (excepté ceux mandatés par les instances qu'ils représentent).

Le coordinateur du projet sera déterminé par les acteurs (interne ou ressource extérieure). L'ARS, les URPS de Bretagne sont identifiés comme des facilitateurs pour accompagner les porteurs du projet.

Le montant de l'accompagnement, dans la limite de 50 000 euros, sera adapté à la taille du territoire et à l'ambition du projet, quelques critères identifiés :

- Nombre de professionnels associés
- La typologie des porteurs (représentativité des différents champs)
- Thématique(s) du projet
- Le territoire

3.2.2. CONTRÉTISATION DE LA DÉMARCHE

Le projet de CPTS formalisé est présenté devant l'instance pour avis avant validation par le Directeur Général de l'ARS pour permettre la reconnaissance en tant que CPTS. Tout projet de CPTS peut faire l'objet d'un contrat territorial de santé avec l'ARS.

Ce contrat avec l'ARS comprendra *a minima* des dispositions sur l'objet et les objectifs de la CPTS, son périmètre géographique, l'engagement des parties prenantes, les moyens consentis, les modalités de mise en œuvre (projet de santé), de suivi et d'évaluation.

Le financement pourra concerner :

- La mise en place d'une CPTS, rémunérant notamment les professionnels de santé pour le temps consacré à la formalisation du projet
- Attribuer des crédits dédiés à une thématique particulière

Pour assurer la pérennité de la CPTS, charge à celle-ci de pérenniser son mode de fonctionnement, soit en rentrant demain dans un dispositif

conventionnel et/ou en répondant à des appels à projets dont ceux de l'ARS (prévention et promotion de la santé, Système d'Information, innovation en santé, ETP...), etc.

Un financement ou une mutualisation des ressources pourra être recherché auprès d'autres acteurs (Collectivités Territoriales, établissements de santé et médico-sociaux, Fondations, etc.), par le biais d'appels à projets, de convention de partenariat ou de coopération, agissant dans le cadre du projet de santé.

La CPTS devra s'appuyer sur les dispositifs et services existants, les utiliser, les inclure dans le projet, avec leurs rôles et leurs moyens budgétaires.

Elles peuvent également recevoir d'autres sources de **financements notamment par la convention des médecins libéraux** du 25 août 2016 qui rémunère leur participation à ces dispositifs dans le cadre de nouveaux forfaits structure.

La construction du projet devra également intégrer les aspects financiers budgétaires relatifs à la gestion quotidienne de la CPTS.

La reconnaissance de CPTS fait l'objet d'un suivi annuel avec les professionnels dans le cadre de la contractualisation, avec une rencontre annuelle à laquelle participeront l'ARS et les URPS.

3.3. SUIVRE ET ÉVALUER LES ACTIONS

La CPTS devra suivre les actions mises en place, notamment pour les valoriser et rendre leurs impacts visibles et ainsi, révéler la plus-value sur le parcours et les pratiques professionnelles.

Des indicateurs devront être choisis de façon à être faciles à colliger sans pour autant contraindre les acteurs à un *reporting* trop lourd.

La démarche d'évaluation de toute CPTS pourra a minima reposer sur :

- **Le suivi d'au moins un indicateur par action menée par la CPTS.** Chaque équipe devra construire ses propres indicateurs à partir des objectifs qu'elle se fixe. Ces indicateurs seront définis en amont du démarrage des actions et pourront être établis avec l'aide de l'ARS et des URPS. Le diagnostic des besoins peut aider à cibler les indicateurs pertinents
- **Le renseignement continu ou régulier des indicateurs selon leur importance**, et ce au travers du système d'information partagé, de la mise en circulation d'un questionnaire, etc.

Pour être pertinents les indicateurs de l'évaluation devront être en adéquation avec les objectifs fixés au préalable par l'équipe projet.

Le résultat de l'évaluation permettra d'ajuster les actions et de répondre au mieux aux missions de la CPTS dans un souci d'amélioration continue de la qualité.



LES CONSEILS

Plusieurs outils et indicateurs peuvent être mis en place :

- Le service rendu à la population
- L'amélioration de l'état de santé de la population



LA VISION RÉGIONALE

Selon la situation et les besoins identifiés les URPS et l'ARS Bretagne, avec l'appui du GCS e-santé Bretagne, pourront proposer un accompagnement adapté :

- Télémedecine
- Messagerie sécurisée
- SI parcours et coordination
- Annuaire régional
- Espaces collaboratifs
- Mini-sites internet

4. UNE CLÉ DE RÉUSSITE : INSTAURER UNE COMMUNICATION INTERPROFESSIONNELLE

Communiquer est indispensable pour rendre visible le projet de la CPTS et les actions menées. Deux modes de communication doivent être envisagés dans leur cadre :

- Une communication générale sur le projet et son existence sur le territoire
- Une communication interprofessionnelle comme un support de partage d'informations

4.1 COMMUNIQUER TOUT AU LONG DU PROJET

Afin d'intégrer le maximum de professionnels, de les informer de la dynamique en cours de construction, il est nécessaire de les informer tout au long du projet.

Communiquer à destination du grand public et de l'ensemble des professionnels permettra de faire connaître la démarche, le projet de santé de la CPTS, les actions menées, les événements proposés, etc.

4.2 INSTAURER UNE COMMUNICATION INTERPROFESSIONNELLE

La Bretagne met à disposition des professionnels et des usagers des services qui visent à faciliter l'organisation, la planification, le suivi, la coopération entre tous les acteurs de santé et avec le patient/usager.

Lors de la réalisation de la phase diagnostic, un état des lieux en matière de système d'information et une évaluation des besoins devra être réalisé, le système d'information étant un outil au service de l'organisation professionnelle.

Dans le cadre du projet de CPTS, les professionnels peuvent être amenés à s'interroger sur leurs équipements informatiques en propre. L'intégration des nouveaux services numériques régionaux pourra nécessiter une évolution de l'équipement dont ils disposent.

Suivant les besoins exprimés, les professionnels pourront avoir recours à d'autres outils de communication numérique dédiés spécifiquement au service d'un projet (réseau social interne de type Réseau Social d'Entreprise (RSE), une application de messagerie instantanée sécurisée...).



L'ESSENTIEL DE
LA COMMUNAUTÉ PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE
SANTÉ

SEPTEMBRE 2018



AGENCE REGIONALE DE SANTE DE BRETAGNE

Tel : 02 90 08 08 00

6 place des Colombes

www.bretagne.ars.sante.fr

CS 14253 - 35042 RENNES CEDEX

www.facebook.com/arsbretagne



MAISON DES URPS

13E BOULEVARD SOLFÉRINO, 35000 RENNES

02 99 84 15 15



**VOTRE EXERCICE,
VOS PROJETS,
VOTRE TERRITOIRE,
VOTRE SANTÉ...**

ROMPEZ L'ISOLEMENT,
PASSEZ EN MODE URPS MLB



URPS-ML Bretagne
25, rue Saint-Hélier - 35000 Rennes
Tél : 02.99.30.36.45
Fax : 02.99.30.36.63
contact@urpsmlb.org

Avec la contribution
de GECO Lib'

DISCHLI	Laurianne	13 Septembre 2018
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique		
VOYAGE DANS LE MONDE LIBERAL Missions et réflexions au sein de l'URPS Médecins Libéraux de Bretagne		
Promotion 2017-2018		
<p>Résumé :</p> <p>Créées en 1993 et réformées en 2011, les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) sont des organisations qui permettent d'enrichir les dynamiques régionales en santé.</p> <p>Outil d'expertise au service de l'organisation de la profession et acteur de l'organisation des soins, nouant des relations étroites de coopération avec les autres institutions de santé, les Unions viennent faire entendre la voix de la médecine libérale en région.</p> <p>Ce mémoire propose de conjuguer un compte-rendu des missions confiées et réalisées à l'URPS Médecins Libéraux de Bretagne et un travail d'observation participante qui a cherché à comprendre la dynamique de fonctionnement de cette organisation</p> <p>L'analyse porte ainsi sur l'histoire des dynamiques professionnelles et syndicales, caractéristiques de la médecine libérale, qui viennent questionner la place et la nature de l'URPS dans le paysage de la santé publique, en s'appuyant sur trois thématiques et projets qui reflètent les activités de l'URPS Médecins Libéraux de Bretagne : la communication, la télémédecine et l'organisation de l'exercice libéral.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>URPS, professionnels de santé libéraux, médecine libérale, régionalisation, syndicats médicaux, communication, télémédecine, exercice libéral</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		