



# Séгур de la santé

## SYNTHESE DES PROPOSITIONS ISSUES DES PARTAGES D'EXPERIENCE TERRITORIAUX EN O C C I T A N I E

Séance Plénière de la CRSA  
du 19 juin 2020

*En région Occitanie, le recueil des partages d'expérience territoriaux sur le Ségur de la santé a été piloté par la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA).*

*Immédiatement après la période de confinement, la démocratie sanitaire s'était mobilisée avec un groupe de travail « COVID déconfinement » issu de la CRSA avec la présence des représentants des Conseils territoriaux de santé (CTS) autour du Président de la CRSA pour évaluer les enjeux du déconfinement et capitaliser sur les retours d'expérience et sur l'intérêt des dispositifs mis en place durant la crise pour accompagner cette nouvelle période.*

*Dès le lancement du Ségur par le Premier ministre et le Ministre des solidarités et de la santé, la CRSA d'Occitanie a tout naturellement souhaité élargir le champ de sa réflexion et organiser directement les partages territoriaux pour le Ségur de la Santé.*

*Dès le 3 juin, la CRSA d'Occitanie a ouvert les travaux*

*- en assemblée plénière à 2 reprises*

*-en web conférence à 3 reprises pour assurer la plus large participation,*

*-enfin au sein des 13 territoires de démocratie sanitaire de l'Occitanie, chaque conseil territorial de santé a animé un débat autour des 4 piliers du Ségur en invitant plus largement les acteurs de santé du territoire et institutions partenaires porteurs de projets ou dispositifs mis en place durant la crise COVID.*

*Une très bonne adhésion des 13 présidents de CTS pour porter cette animation a permis l'organisation des débats en 8 jours, du 10 au 18 juin. Parallèlement, les 4 commissions spécialisées de la CRSA se sont réunies pour alimenter la réflexion.*

*La synthèse des différentes contributions a été présentée en CRSA plénière le 19 juin.*

*Cette dernière séance met en exergue les principales propositions de l'Occitanie pour clore les partages d'expérience qui ont associé plus de 400 participants dans notre région. Le dynamisme et la richesse de ces contributions expriment la vitalité de la démocratie sanitaire en OCCITANIE. Merci à tous les contributeurs et à tous les participants !*



*Pr Laurent SCHMITT  
Président de la Conférence régionale  
de la santé et de l'autonomie  
CRSA Occitanie*

# LES 18 PROPOSITIONS PHARES ISSUES DES PARTAGES D'EXPERIENCES EN OCCITANIE

## Pilier 1 « Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent »

### 1. Rendre attractif et revaloriser les rémunérations des métiers de la santé

- Engager une revalorisation de l'ensemble des métiers du « care ». Au-delà de la revalorisation des rémunérations et carrières hospitalières qui est nécessaire, c'est l'ensemble des métiers des secteurs sociaux et médico-sociaux qu'il faut revaloriser, sans oublier les travailleurs sociaux.

### 2. Harmoniser et rendre cohérent les parcours professionnels individuels

- Revoir les maquettes de formation des différents métiers de la santé afin de permettre des parcours professionnels plus diversifiés.
- Avoir des unités de mise à niveau pour tenir compte des formations initiales très différentes, un tronc commun, des unités spécifiques, des passerelles et une harmonisation avec le dispositif universitaire de licence-master.
- Intégrer l'apport des savoirs expérientiels des patients dans la construction des programmes de formation et dans l'évaluation des professionnels de santé (cf. pilier 4).
- Donner à la région la possibilité de disposer d'un volant d'intervention pour majorer si besoin les quotas d'aides-soignants, d'infirmiers, de médecins spécialistes selon les nécessités territoriales.

### 3. Fluidifier le travail entre les professionnels

- Elargir les périmètres d'action respectifs des différents métiers de la santé en permettant une répartition des tâches ou un élargissement encadré de compétences facilitée dans le cadre du travail en équipe de soins et notamment dans des structures de coordination (CPTS). Les équipes soignantes en établissement de santé ou médico-sociales, les MSP ou les CPTS en ville permettraient de donner le cadre de ces formes d'exercices renouvelées.

### 4. Faciliter la connaissance réciproque des différents modes d'exercice

- Inscrire dans les parcours de formation initiale et continue des professions de santé (sanitaire, médico-social et social) des temps de découverte des autres métiers proches (sanitaire et social) et/ou des autres modes d'exercices (libéral/salarié)
- Apprentissage de l'interdisciplinarité dans les modules de chaque profession

## **Pilier 2 « Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins »**

### **5. Faire évoluer la politique d'investissement**

- Mettre en place un pilotage régional des investissements hospitaliers.
- Créer des financements sur des coopérations territoriales intersectorielles ou interprofessionnelles.

### **6. Investir dans le numérique**

- Mettre en place un grand plan d'investissement numérique à destination de l'ensemble des acteurs du système de santé (établissements de santé, médico-sociaux et ville) et développement d'un système d'information socle commun à tous les acteurs.

### **7. Investir dans la Prévention**

- Investir dans la prévention en construisant une cartographie des besoins prioritaires en prévention.
- Pérenniser et coordonner les financements.
- Prévoir des cotations pour développer des consultations de prévention et de dépistage pour les IDE.
- Garantir une prévention adaptée en soins primaires (optimisation et priorisation des actions en fonction d'indicateurs de santé), et financer la recherche en soins primaires (portée par des maisons de santé, des centres de santé ...) pour dynamiser les pratiques médicales.

### **8. Revoir l'allocation de ressources des Etablissements de Santé**

- Réduire la part de la T2A et accroître la part de la rémunération de la qualité.
- Financer des parcours de soins incluant les modalités de sortie de l'hôpital.
- Moderniser le financement de la psychiatrie en tenant compte de l'évolution des besoins en santé mentale et de la HAD pour favoriser son développement.

### **9. Revoir la rémunération des professionnels de santé libéraux**

- Financer de façon pérenne les équipes de soins primaires qui ne peuvent se transformer en Maisons de Santé Pluri professionnelles.
- Mettre en place des forfaits pour les consultations de prévention de dépistage
- Permettre le remboursement par l'assurance maladie des consultations de psychologues, après indication et évaluation médicale.
- Améliorer le financement des CPTS, au-delà des ACI.
- Prendre en compte les missions accomplies par les professionnels de santé libéraux en matière de santé publique ou de participation aux situations de crise.

### **10. Revoir l'allocation de ressources des secteurs des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et améliorer la prise en charge au domicile**

- Décliner le financement par dispositif et par parcours.
- Réformer le financement des services d'aide à domicile, avec une prise en compte du coût réel horaire des interventions à domicile/financement global ou à la place.
- Mettre en œuvre une tarification non exclusivement GIR/PATHOS pour les EHPAD et revaloriser les montants GIR/PATHOS.

## **Pilier 3 « Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes »**

### **11. Déconcentrer pour des décisions plus rapides et proches du terrain**

- Renforcer l'autonomie de l'ARS dans sa mission de pilotage stratégique en déconcentrant davantage les compétences du niveau national au niveau régional.
- Positionner le niveau départemental et les délégations ARS comme échelon de proximité en relation avec les acteurs de santé, les élus locaux et les institutions partenaires sur l'ensemble des champs de la santé afin d'en faire des acteurs en capacité de porter la coopération territoriale ville/hôpital/médico-social (cf. pilier 4).

### **12. Revoir les réglementations pour favoriser les initiatives locales et de terrain en favorisant les adaptations territoriales**

- Assouplir les procédures d'autorisation et notamment ouvrir des possibilités de dérogations par l'ARS pour la mise en place de projets de santé cohérents pour répondre aux besoins d'un territoire.

### **13. Simplifier l'organisation du secteur médico-social et unifier les sources de financement**

- Mettre en place un guichet unique en matière de « tutelle » et de tarification à l'échelle territoriale.

### **14. Rendre les fonctionnements plus simples et plus réactifs**

- Une gouvernance de l'hôpital plus équilibrée entre les fonctions administratives et médicales.
- Une plus grande délégation de gestion avec des circuits courts de décision et une révision des organisations et de la réglementation.
- Une ouverture de postes d'assistants partagés aux établissements autres que les établissements support de GHT.
- Une simplification des mises à disposition de personnels entre établissements publics et privés en maintenant un niveau d'attractivité du secteur public.
- La création de postes de médiateurs en santé sur les territoires pour soutenir les professionnels de santé (MSP).
- Un appui en temps administratif aux médecins de ville (amplification du mouvement d'assistants médicaux, systématisation du guichet unique à une échelle départementale) et des outils d'aide au case-management.

## **Pilier 4 « Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers »**

### **15. Renforcer le rôle de la démocratie en santé et des usagers**

- Renforcer la démocratie sanitaire avec une place prépondérante des CTS comme lieu d'élaboration des projets territoriaux en concertation avec les acteurs de santé, les élus et les usagers.
- Intégrer les usagers en tant qu'acteurs au sein des espaces de construction et de gouvernance des organisations de notre système de santé.
- Intégrer l'apport des savoirs expérientiels des patients dans la Co-construction, la co-mise en œuvre et la co-évaluation des projets d'amélioration des organisations et de la qualité ainsi que dans la construction des programmes de formation et dans l'évaluation des professionnels de santé.

### **16. Mettre davantage l'accent sur la prévention**

- Développer des actions de prévention co-construites avec les usagers en s'appuyant sur des organisations locales telles que des maisons de la prévention et des coordonnateurs de programmes territoriaux.
- Confier aux IDE les actions de repérage, de prévention et d'éducation thérapeutique du patient et inscrire cette mission dans une rémunération adaptée.
- Rendre obligatoire la vaccination des professionnels en contact avec les publics fragiles.

### **17. Mettre en œuvre de dispositifs opérationnels**

- Créer un « Plan Blanc interprofessionnels » Ville/Hôpital/Médico-social/Social à l'échelle du territoire et couvrant l'ensemble des populations dont les personnes en situation précaire ou de vulnérabilité.
- Mettre en place des cellules territoriales partenariales chargées de la gestion opérationnelle de missions, en particulier permettant une régulation territoriale à laquelle participent tous les acteurs de soins non programmés.
- Promouvoir un projet commun de santé à l'échelle du territoire associant l'ensemble des acteurs de santé et s'appuyant sur les dynamiques des CPTS avec un volet prévention et un volet gestion des crises.

### **18. Appuyer les EHPAD pour les sortir de leur isolement**

- Renforcer la médicalisation et les attributions des médecins coordonnateurs.
- Pérenniser les plateformes d'appui PA et étendre leur champ d'action aux établissements et services du champ du handicap.
- Renforcer l'intervention d'équipes mobiles en EHPAD, y compris de médecins généralistes, le week-end.
- Multiplier, pour les plus vulnérables, les interventions des professionnels sur les lieux de vie et le recours aux équipes mobiles.
- Développer les consultations dédiées aux personnes en situation de handicap en échec en milieu ordinaire.
- Promouvoir des interventions décroisées visant le renforcement psychosocial et la médiation santé.
- Instaurer un projet de vie pour chaque résident incluant ses accompagnants.
- Considérer les EHPAD comme de véritables lieux ressources en gériatrie de proximité, à l'échelle du territoire.

# Pilier 1 « Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent »

*L'ensemble des retours territoriaux d'expérience a salué la mobilisation exceptionnelle des personnels soignants, l'adaptation de nos établissements de santé et l'engagement de la médecine de ville, qui ont permis de faire face à la vague épidémique et prendre en charge les malades atteints du COVID-19.*

*Les établissements de santé et les ARS des régions les plus affectées ont fait appel à des personnels soignants issus de régions moins touchées, tout en organisant des transferts de patients, selon des modalités inédites, vers des établissements disposant de capacités d'accueils.*

*L'Occitanie a bien sûr répondu favorablement à la demande de solidarité inter régionale au profit de la prise en charge de patients avec :*

- *l'accueil de patients transférés du Grand Est (30 patients) et de la région Auvergne Rhône Alpes (2) ;*
- *la mise à disposition de plus d'une soixantaine de professionnels de santé (MAR, internes, IADE, IDE formées à la réanimation) pour la région Ile de France et Grand Est.*

## 1.1 Attractivité et revalorisation des rémunérations des métiers de la santé

Ce premier point fait aujourd'hui l'objet d'un consensus. Il est notamment fondé sur la dégradation du niveau de rémunération relatif des soignants par rapport au salaire moyen français (cet écart étant en outre plus défavorable en France que dans les autres pays européens). Il en résulte une perte d'attractivité pour les métiers du soin et de l'accompagnement au sens large, dans le champ sanitaire, médico-social et social. Ces métiers sont sous-valorisés et occupés très majoritairement par des femmes.

La négociation relevant du cadre national, les acteurs locaux se sont contentés d'en rappeler la nécessité.

### PROPOSITION

→ Engager une revalorisation de l'ensemble des métiers du « care ». Au-delà de la revalorisation des rémunérations et carrières hospitalières qui est nécessaire, c'est l'ensemble des métiers des secteurs sociaux et médico-sociaux qu'il faut revaloriser, sans oublier les travailleurs sociaux.

## 1.2 Harmoniser et rendre cohérent les parcours professionnels individuels

La construction en silo des diplômes réglementés (référentiels de compétences / programme de formation / ...) ne permet pas de proposer aux professionnels de santé des parcours professionnels évolutifs. Ce constat contribue à la perte d'attractivité mentionnée plus haut et à une certaine forme de démotivation pour des agents à qui aucune perspective de carrière n'est offerte:

- Une infirmière peut devenir Puéricultrice, IBODE, IADE, cadre de santé, et désormais Infirmière de pratiques avancées,
- Mais une employée des services hospitaliers (ESH) peut au mieux devenir aide-soignante (ASDE),
- Et une aide-soignante deviendra rarement infirmière, du fait de la nécessité de suivre 3 années de formation<sup>1</sup> (en l'absence de budget formation dans les établissements).

<sup>1</sup> Une AS qui accède à la formation IDE devra accomplir les trois années de formation (modulo quelques équivalences qui lui seront accordées), alors qu'une élève IDE qui a validé sa première année bénéficie de l'équivalence du diplôme d'AS !

**Afin d'améliorer l'attractivité et la fidélisation du personnel, la mise en œuvre de perspectives de carrières pour les professionnels de santé est indispensable. Elle passe par l'existence de passerelles entre les métiers et nécessite pour ce faire une réforme de fond du système actuel des professions de santé réglementées pour faciliter les évolutions et l'apprentissage de nouvelles compétences** dans le respect des impératifs de sécurité des patients. Les formations doivent être construites sur la base de blocs de compétences pouvant être communs à plusieurs filières enseignées en pluri-professionnalité.

Dans le cadre des engagements pris dans MA SANTE 2022, l'intégration des savoirs expérientiels des patients devra être rendue opérationnelle dès l'ingénierie pédagogique des cursus de formation initiaux que continue jusqu'à l'évaluation des étudiants.

La prise en considération de l'évolutivité nécessaire de ces parcours professionnels, dès la construction, pour l'ensemble des référentiels de formation, permettrait :

- De tenir compte des unités d'enseignements (UE) déjà acquises,
- De limiter les temps d'enseignement requis aux seuls modules spécifiques du métier visé,
- De recourir à la VAE pour les éléments acquis sur le terrain, notamment lors d'un exercice dans le cadre de protocoles de coopération (article 51).

Ainsi, avec la construction de parcours, une ESH pourrait devenir auxiliaire de vie ... puis aide-soignante ... et poursuivre en évoluant vers d'autres métiers (IDE) ou fonctions.

L'existence de démarches territoriales de Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences pourrait faciliter l'inscription des aspirations individuelles dans un cadre collectif et prospectif facilitant leur débouché.

#### **PROPOSITIONS**

- **Revoir les maquettes de formation des différents métiers de la santé afin de permettre des parcours professionnels plus diversifiés.**
- **Avoir des unités de mise à niveau pour tenir compte des formations initiales très différentes, un tronc commun, des unités spécifiques, des passerelles et une harmonisation avec le dispositif universitaire de licence-master.**
- **Intégrer l'apport des savoirs expérientiels des patients dans la construction des programmes de formation et dans l'évaluation des professionnels de santé (cf. pilier 4).**

De plus, la création d'un métier intermédiaire entre celui d'aide-soignant (niveau 3) et celui d'infirmier (niveau 6) permettrait d'accompagner cette progression professionnelle tout en valorisant l'investissement des personnes.

**Paradoxalement, alors que le contenu de la formation aux professions de santé est fortement professionnalisé en faisant une place importante à la mise en œuvre des acquis théoriques sur le terrain, le recours à l'apprentissage y est peu développé.**

L'organisation actuelle des études est en effet trop contraignante pour permettre le recours à l'apprentissage en dépit de ses avantages bien connus :

- Pour l'employeur, cela lui permet d'anticiper ses futurs besoins, avec des professionnels qui connaissent déjà le fonctionnement de l'établissement et sa culture d'entreprise,
- Pour l'apprenti, son statut lui permet d'intégrer une équipe, tout en ayant une rémunération,
- Pour les équipes, elles contribuent à former leurs futurs collègues, et non pas un stagiaire de passage.

Un engagement politique en faveur de l'apprentissage dans le secteur de la santé devrait inspirer l'ouverture d'une réflexion associant l'ensemble des parties prenantes pour adapter l'organisation des études.

#### **PROPOSITIONS**

- **Faciliter le recours à la voie de l'apprentissage pour l'accès aux métiers du soin.**
- **Reconnaître et conforter la formation des métiers de la coordination.**

### 1.3 Fluidifier le travail entre les professionnels

#### ILLUSTRATION

*La crise du COVID a conduit les établissements de santé à se reconfigurer (double filière d'urgence, réduction de la chirurgie, développement des activités médicales et création de lits de réanimation). Elle a aussi conduit à modifier la répartition des besoins-entre les différentes catégories de personnels et à répartir les tâches différemment. Mais elle a aussi montré les rigidités induites par les limites réglementaires de compétences<sup>2</sup>.*

L'expérience acquise plaide pour un élargissement du périmètre des compétences (AS, IDE, technicien de labo, ambulancier, professionnels du domicile...) en lien avec la structuration des équipes (CPTS).

#### ILLUSTRATION

*L'expérience de la crise du COVID a mis également en évidence, les enjeux de la polyvalence à l'occasion de la recherche de renforts au profit des services de réanimation*

Ainsi, il serait intéressant que le cursus anesthésie réanimation permette un maintien des compétences opérationnelles des anesthésistes pour que ces derniers puissent arriver en soutien de leur collègues réanimateurs en période de crise. La même logique peut être appliquée aux IADE qui ne font que du bloc ou du SMUR et qui pourraient conserver un socle de compétence réanimation par le biais de la formation continue.

#### PROPOSITIONS

- **Elargir les périmètres d'action respectifs des différents métiers de la santé en permettant une répartition des tâches ou un élargissement encadré de compétences facilitée dans le cadre du travail en équipe de soins et notamment dans des structures de coordination (CPTS). Les équipes soignantes en établissement de santé ou médico-sociales, les MSP ou les CPTS en ville permettraient de donner le cadre de ces formes d'exercices rénovées.**

### 1.4 Faciliter la connaissance réciproque des différents modes d'exercice

#### ILLUSTRATION

*La crise a également montré la nécessité de travailler davantage en commun et que cette posture était facilitée lorsque les acteurs se connaissaient déjà, voire encore plus s'ils avaient déjà l'habitude de travailler ensemble.*

**Une des modalités pour faciliter cette connaissance mutuelle serait de rendre obligatoire dans le cadre du DPC, des échanges de professionnels de santé du secteur "hospitaliers" et de la ville et inversement.** Dans le cadre de l'internat, la réalisation d'un stage minimum dans les établissements de santé privés, afin de permettre de connaître l'exercice libéral, de découvrir de nouvelles organisations pourrait être également proposée.

#### PROPOSITIONS

- **Inscrire dans les parcours de formation initiale et continue des professions de santé (sanitaire, médico-social et social) des temps de découverte des autres métiers proches (sanitaire et social) et/ou des autres modes d'exercices (libéral/salarié).**
- **Apprentissage de l'interdisciplinarité dans les modules de chaque profession.**

<sup>2</sup> Exemples : AS versus IDE, techniciens de laboratoire (ne peuvent pas faire de prélèvements nasopharyngés alors qu'ils en ont la compétence pratique), évolution du métier d'ambulancier permettrait également d'éviter certains transports inutiles ...

## 1.5 Ajustement des besoins de formation des professionnels de santé soignants et médicaux

Les tensions sur le marché de l'emploi des personnels soignants induisent des difficultés à recruter et l'existence d'un volant important de postes vacants qui pénalisent les équipes en place. L'adaptation de l'appareil de formation aux besoins des établissements sanitaires et médico-sociaux (en prenant évidemment en compte également les besoins du secteur libéral) constitue un enjeu important.

Or la fixation des quotas ne résulte que partiellement d'une évaluation des besoins de santé. Pour les formations paramédicales, la définition des quotas des instituts de formation relève du Conseil Régional parfois dans le cadre d'un cadrage national sur propositions des régions (IFSI / kinésithérapeute / ...) et parfois strictement local (IFAS / IFAP). Il apparaît que les contraintes de financement pèsent significativement dans la détermination des quotas de formation.

Le même raisonnement est applicable à la formation des professions médicales et notamment des spécialités médicales pour lesquels les quotas de formation doivent être déterminés en donnant plus de place à l'évaluation des besoins de la population, de la démographie médicale et de la pyramide des âges selon les spécialités en complément des propositions des coordonnateurs de filières médicales et des doyens de faculté de médecine

**La formalisation d'un processus d'identification des besoins de formation pour les professionnels médicaux et soignants par l'ARS, s'appuyant sur des indices populationnels, devrait objectiver les termes du débat. Un quota laissé à l'appréciation de la région de DES de médecine devrait permettre de réduire les tensions liées à l'insuffisance de spécialistes de certains territoires.**

### PROPOSITION

→ La région doit disposer d'un volant d'intervention pour majorer si besoin les quotas d'aides-soignants, d'infirmiers, de médecins spécialistes selon les nécessités territoriales.

# Pilier 2 « Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins »

## CONSTAT

*« Un système de financement qui n'incite pas à la coopération et reste trop cloisonné.*

*Un système qui globalement ne valorise pas la coordination, qui valorise insuffisamment la qualité et la pertinence, qui peine à valoriser l'innovation et ne prend pas assez en compte la précarité et les situations locales (isolement géographique, démographie médicale et soignante, ...).*

*L'annualité de l'ONDAM crée des difficultés pour les acteurs, avec un manque de visibilité, néfaste pour des choix ambitieux et une réactivité/agilité adaptée aux situations.*

*Un financement plus qu'attendu (5ème risque de la Sécurité Sociale) : risques liés à la dépendance, notamment du fait de l'avancée en âge, de la perte d'autonomie ou du handicap.*

*Inquiétude du secteur du handicap vis-à-vis de « SERAFIN-PH » (double logique des besoins des personnes accompagnées et des prestations apportées) qui ne doit pas casser la dynamique du secteur, alors qu'il se transforme et s'ouvre à ses missions qui sont de plus en plus au domicile, et à partir du domicile, dans le cadre de l'inclusion.*

*Une tarification à l'activité ou à l'acte utile, mais devant être modulée, complétée et pas tributaire d'un effet volume uniquement régulé par les tarifs.*

*Les investissements exceptionnels ne sont pas couverts par la T2A et nécessitent des aides difficiles à mobiliser et aux effets « pervers » (non maîtrise de l'endettement et efforts de compensation des surcoûts financiers parfois difficile à réaliser...).*

*Des retards dans la diffusion et l'usage des outils numériques.*

*Dans des situations de crise, certaines contraintes semblent s'effacer (ex : freins réglementaires et financiers à la généralisation de la télémédecine). »*

## 2.1 Propositions préalables

### PROPOSITIONS

- Mettre en place une gestion dynamique et prudentielle pour constituer des stocks stratégiques (y compris au niveau régional) permettant de disposer de matériel non périmé en nombre suffisant en phase épidémique, avec nécessité de rendre compte annuellement au Parlement et devant la démocratie sanitaire (CRSA).
- Investissement dans la filière médicament et dispositifs médicaux (écouvillons ...) : mener une politique volontariste pour relocaliser la production des médicaments dans l'Union Européenne et notamment les principes actifs.
- Reconnaître et valoriser le secteur de la santé comme un véritable contributeur à la relance et à l'essor économique, en s'appuyant sur une coopération renforcée entre le secteur industriel et les acteurs de la santé (soins, recherche, innovation). La santé n'est pas qu'une « dépense ».

## 2.2 Evolution de la politique d'investissement

### « Investir » dans l'évaluation :

L'évaluation des projets, des dispositifs mis en place et des expérimentations menées est au cœur du Projet Régional de Santé OCCITANIE et trouve toute sa place dans les innovations organisationnelles relevant de l'article 51. Cette évaluation de la politique régionale doit être renforcée et partagée avec tous les acteurs.

### Investir dans la prévention :

« La prévention est obligatoire mais dépend de financements aléatoires ». L'investissement n'est pas que matériel. A ce titre, les acteurs de la région Occitanie soulignent la nécessité :

- D'investir dans la prévention en construisant une cartographie des besoins prioritaires en prévention, en s'appuyant sur des données probantes et en prenant en compte les déterminants - notamment sociaux - de santé.
- De pérenniser les financements de la prévention (avec une logique accrue d'évaluation) et faire évoluer l'ONDAM MS, en priorité pour les besoins couvrant la cancérologie, la nutrition, les maladies mentales, des CSAPA, CAARUD et CJC, au regard de l'augmentation des addictions en lien avec la crise COVID.
- De prévoir des cotations pour développer des consultations de prévention et de dépistage pour les IDE.
- De garantir une prévention adaptée en soins primaires (optimisation et priorisation des actions en fonction d'indicateurs de santé), et financer la recherche en soins primaires (portée par des maisons de santé, des centres de santé ...) pour dynamiser les pratiques médicales.

### Investissements majeurs/innovants dans une perspective territoriale :

- Mettre en place un pilotage régional des investissements hospitaliers en impliquant les collectivités territoriales, les projets d'investissement étant inscrits dans les projets territoriaux ou régionaux selon la nature de ces derniers. Dans ce cadre, le COPERMO rénové deviendrait une instance de conseil des ARS, sauf pour certains projets de très grande ampleur qui resteraient sous compétence nationale. Le financement des investissements s'inscrirait dans un cadre pluriannuel de soutien à l'investissement ne pénalisant pas les budgets de fonctionnement des établissements.
- Au sein des établissements publics de santé, un des enjeux est de réduire les délais entre la décision et la mise en service de l'investissement. Un allègement des procédures administratives (c'est-à-dire de celles que subissent les seuls établissements publics au-delà des étapes indispensables à la programmation et à la réalisation d'investissements efficaces) devrait être recherché.
- Au sein des EHPAD, capitaliser sur l'expérience du COVID, pour repenser l'utilisation de l'espace (permettre une sectorisation des résidents), l'équipement numérique des ESMS, l'organisation architecturale, etc. en travaillant avec l'ensemble des acteurs (direction, communes, conseils départementaux, ARS notamment).
- Soutenir les investissements attendus en imagerie, dès lors qu'ils s'appuient sur des nouvelles organisations mutualisées et qu'ils sont corrélés à la pertinence des prescriptions et à l'amélioration continue de la qualité des examens.

### Investissements numériques :

- L'investissement numérique constitue une priorité. Il doit viser l'ensemble des acteurs du système de santé (établissements de santé, médico-sociaux, ville) et développer un système d'information socle commun à tous les acteurs. Le secteur médico-social doit notamment rattraper son retard en termes de couverture fonctionnelle.
- La mise en place d'un grand plan d'investissement numérique (fonds d'aide) en collaboration avec les acteurs de terrain et les collectivités territoriales est préconisée.

## 2.3 Evolution du financement des soins

### Décloisonner les financements :

Les financements par secteur limitent les possibilités de coopération territoriale (cf. pilier 4). Il faut créer des financements sur des coopérations territoriales intersectorielles ou interprofessionnelles.

Le FIR qui est aujourd'hui le seul outil de financement transversal devrait être développé en ce sens.

Dans le prolongement du rôle accru qui doit être donné aux acteurs de santé au sein du territoire (cf. pilier 4), la mise en place d'un financement de la responsabilité populationnelle constitue un enjeu important.

### Allocation de ressources des établissements :

S'agissant des établissements de santé, les points suivants sont relevés :

- Réduire la part de la T2A, mais sans renier les effets positifs du financement à l'activité, notamment en HAD où la part activité doit rester prépondérante. Pour les établissements isolés ou à faible activité, prévoir une part de financement socle, en plus de l'activité (extension du modèle des « hôpitaux de proximité »). Tenir compte de l'engagement des établissements dans l'organisation territoriale.
- Accroître la part de la rémunération de la qualité et de la pertinence dans le financement (augmentation significative de l'IFAQ) et les forfaits (coordination des parcours).
- Financer des parcours de soins incluant les modalités de sortie de l'hôpital par les équipes traitantes de ville, en prenant en compte l'environnement du patient et ses besoins éventuels en matière de soutien social ou psychologique.
- Moderniser le financement de la psychiatrie, en tenant compte de l'évolution des besoins en santé mentale.
- Moderniser le financement de la HAD pour favoriser son développement (tarifs journaliers très éclatés en fonction de critères multiples)

### Rémunération des professionnels de santé libéraux :

Sans remettre en cause le paiement à l'acte, il est souligné la nécessité de développer d'autres sources de rémunération de l'activité libérale. Il s'agit notamment de :

- Mettre en place des financements pérennes pour les équipes de soins primaires qui ne peuvent se transformer en Maisons de Santé Pluri professionnelles, faute de médecins en nombre suffisant pour aider à consolider l'offre et la coordination entre professionnels.
- Développer les forfaits pour les consultations de prévention de dépistage permettant l'autonomisation des patients.
- Rembourser par l'assurance maladie les consultations de psychologues, après évaluation initiale et secondaire médicale, (suites du COVID : augmentation des troubles psychiques).
- Investir sur la coordination libérale en finançant mieux les CPTS, au-delà des ACI.
- Prendre en compte les différentes missions accomplies par les professionnels de santé libéraux en matière de santé publique ou de participation aux situations de crise.

## **Allocation de ressources aux secteurs PA/PH et amélioration de la prise en charge au domicile :**

- Décliner le financement par dispositif et par parcours, avec des financements différenciés selon les activités et les territoires et l'Introduction de la reconnaissance populationnelle dans les tarifs et pas seulement celle du tarif (domicile par exemple où seule la visite sert de base au tarif).
- Réformer le financement des services d'aide à domicile, avec une prise en compte du coût réel horaire des interventions à domicile/financement global ou à la place.
- Mettre en œuvre une tarification non exclusivement GIR/PATHOS pour les EHPAD et revaloriser les montants GIR/PATHOS.
- Faire évoluer la fiscalité des EHPAD publics, par des abattements de charges sociales comme dans le secteur privé lucratif.

# Pilier 3 « Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes »

## 3.1 Déconcentration pour des décisions plus rapides et proches du terrain

Un besoin de déconcentration accru a largement émergé des discussions pour des décisions adaptées aux réalités de terrain et réactives. Il est en effet plus facile de simplifier lorsque la décision se rapproche du terrain puisque le contexte local est alors mieux connu.

Au plan opérationnel, le niveau départemental est plébiscité comme étant le bon niveau d'action en proximité des acteurs de santé, des élus locaux et les institutions partenaires sur l'ensemble des champs de la santé

Un bon équilibre entre régional et départemental doit être trouvé. L'ARS est une des seules structures administratives qui dispose d'un niveau régional et départemental intégré, ce qui lui donne une grande souplesse pour articuler les deux. C'est à conserver mais en équilibrant mieux les deux niveaux.

La région est le bon niveau pour tenir compte des réalités économiques et sociales et garantir les équilibres territoriaux. Il est donc important de donner à chaque région plus d'autonomie ou de capacité d'action.

Pour la préparation et la gestion de crise, les dispositifs nationaux devraient être déconcentrés dans leur mise en œuvre opérationnelle : masques et EPI avec un stock national réparti et géré en région, mobilisation régionale de la réserve sanitaire etc...

En ce qui concerne l'ARS, l'échelon régional est donc à positionner avec une autonomie renforcée sur des fonctions de pilotage stratégique (stratégie régionale, enveloppe financière à octroyer pour l'investissement, dérogation d'autorisation réglementaire...), de coordination, de mutualisation interdépartementale et d'expertise.

### ILLUSTRATION DE LA CRISE COVID : UNE ORGANISATION TERRITORIALISEE POUR FAIRE FACE A LA VAGUE EPIDEMIQUE

*Enjeu : organiser l'offre de soins hospitalière pour faire face à la vague épidémique avec un enjeu crucial sur la réanimation mais également une nécessité d'organisation des filières de l'amont et de l'aval*

*Constat : Un plan de montée en puissance des capacités de réanimation s'appuyant sur un travail collectif et la déprogrammation :*

*- Choix d'une organisation territoriale déconcentrée sous le pilotage des 3 CHU avec les représentants de l'hospitalisation privée pour trouver les meilleures solutions locales avec des cellules de coordination quotidienne des activités de soins critiques et filières chirurgicales de recours graduées : lettre de mission aux CHU, avec représentativité d'acteurs de la réanimation du secteur privé et de l'ARS.*

*- Octroi d'autorisations exceptionnelles et temporaires de réanimation (5), SSR respiratoire (2 transformation HDJ en HC) et reconnaissances de lits d'aval de la réanimation (3 SSR de type USV2) en réponse aux besoins nouveaux liées à l'épidémie en concertation avec les cellules de coordination hémirégionale et les acteurs concernés*

*Ce qui a permis une montée en charge des capacités d'accueil en réanimation : quasi doublement des capacités en quelques jours, à partir des autorisations existantes, apport de compétences RH des ES moins mobilisés sur la crise (anesthésistes, IADE, IDE de SSPI) et de moyens matériels (respirateurs) et gestion de dotations nationales (respirateurs, pompes nutrition entérale).*

## PROPOSITIONS

- Renforcer l'autonomie de l'ARS dans sa mission de pilotage stratégique en déconcentrant davantage les compétences du niveau national au niveau régional
- Positionner le niveau départemental et conforter une dynamique des délégations ARS comme échelon de proximité en relation avec les acteurs de santé, les élus locaux et les institutions partenaires sur l'ensemble des champs de la santé afin d'en faire des acteurs en capacité de porter la coopération territoriale ville/hôpital/médico-social (cf. pilier 4).

### 3.2 Simplifier les fonctionnements et responsabiliser les acteurs

Pendant la crise, les professionnels ont retrouvé du sens à leur action et à leur métier par la mise en place d'actions communes au service de la population. Cela a eu pour conséquence de favoriser une simplification et une responsabilisation.

#### Revoir les réglementations pour favoriser les initiatives locales et de terrain et les adaptations territoriales :

La procédure des autorisations doit être simplifiée et assouplie en permettant notamment de donner des autorisations temporaires pour faire face à des besoins imprévus notamment en crise.

Il est proposé :

- De simplifier le régime des autorisations sanitaires en permettant des dérogations par l'ARS ;
- De revoir les autorisations des EML en supprimant les quotas d'IRM et scanners tout en revoyant les modes de rémunération pour éviter l'inflation des dépenses en veillant à la pertinence des actes ;
- De revoir le régime des autorisations médico-sociales pour assouplir et favoriser les dispositifs « d'aller vers » (redéploiement de l'accueil de jour pour une meilleure prise en charge du domicile).

## PROPOSITION

- Assouplir les procédures d'autorisation et notamment ouvrir des possibilités de dérogations par l'ARS pour la mise en place de projets de santé cohérents pour répondre aux besoins d'un territoire.

#### Simplifier l'organisation du secteur médico-social et unifier les sources de financement :

De façon récurrente pour le secteur médico-social, la complexité tant des continuités des prises en charge que de la gestion des établissements liée à la multiplicité des financeurs est soulignée.

La transformation de l'offre en médico-social s'engage très rapidement. Si le problème est bien financier pour les EHPAD et le domicile, il convient de ne pas créer un modèle trop administré, source de lourdeur dans l'organisation

## PROPOSITION

- Mettre en place un guichet unique en matière de « tutelle » et de tarification à l'échelle territoriale.

## **Simplifier et rendre lisible les différents régimes de coordination :**

L'empilement des dispositifs de coordination nuit à la lisibilité pour les acteurs eux-mêmes et les usagers.

## **Rendre les fonctionnements plus simples et plus réactifs :**

Les mots clés ont été simplification, délégation, mise à disposition d'outils informatiques performants et adaptés. Différentes propositions en ce sens ont été formulées portant sur :

- Une **gouvernance de l'hôpital plus équilibrée entre les fonctions administratives et médicales**. Durant la gestion de la crise, le binôme PCME/directeur est devenu plus opérationnel pour un management plus réactif,
- Une plus grande **délégation de gestion avec des circuits courts de décision** et une révision des organisations et de la réglementation,
- Un **allègement des procédures et sollicitations administratives** (appels à projet, marchés publics dans les hôpitaux, reporting, codage à l'activité, CPOM),
- **Des procédures d'achat réalisées à une échelle régionale/locale** en vue de diversifier les fournisseurs pour notamment éviter les situations de rupture, favoriser l'économie régionale et le développement durable,
- Des **renforcements des compétences** :
  - Ouverture de postes d'assistants partagés aux établissements autres que les établissements support de GHT,
  - Simplification des mises à disposition de personnels entre établissements publics et privés en maintenant un niveau d'attractivité du secteur public,
  - Création de postes de médiateurs en santé en nombre sur les territoires pour soutenir les professionnels de santé parfois démunis devant un public en situation de précarité (notamment au niveau des MSP).
- Un **appui en temps administratif aux médecins de ville** (amplification du mouvement d'assistants médicaux, systématisation du guichet unique à une échelle départementale) et des outils d'aide au case-management,
- La **mise à disposition d'outils informatiques performants et adaptés** afin de simplifier et de sécuriser les pratiques (réduction du temps consacré aux tâches administratives, informatisation du parcours patient (y compris la dispensation nominative et la délivrance des médicaments par robot... cf. pilier 2).

# Pilier 4 « Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers »

## 4.1 Une démocratie en santé renforcée

Dans les réflexions relatives au 4<sup>ème</sup> pilier « Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers », il apparaît comme un prérequis indispensable de considérer les dispositifs à mettre en œuvre comme issus d'un engagement conjoint des usagers, des professionnels et des décideurs. Le renforcement de la démocratie sanitaire est ainsi une exigence forte qui passe notamment par :

- Le développement du pouvoir d'agir individuel et collectif des citoyens en les intégrant en tant qu'acteurs au sein des constructions des projets et au sein des organisations ;
- L'organisation d'un plus grand nombre de débats publics et par le recours à des méthodes pour promouvoir l'intégration de la parole et de l'expérience de l'utilisateur.

### Une démocratie en santé renforcée au niveau territorial :

Les politiques territoriales en santé et notamment les projets territoriaux de santé doivent être élaborés en association étroite avec les espaces de démocratie sanitaire et les usagers ou leurs représentants.

La représentation des personnes en situation de précarité est à renforcer sans préjudice du recueil et de la prise en compte de leur parole, en « allant vers » ces personnes.

L'utilisation d'outils numériques dans le respect de valeurs éthiques et d'accessibilité (ex : webinaire, plateforme collaborative, plateforme de recueil de la parole de l'utilisateur, ...) peut permettre une dynamisation de la démocratie en santé.

### La participation des usagers au sein des unités de soins ou de prise en charge :

La soudaineté de la crise sanitaire et la forte tension qui a pesé sur le système de santé a rendu difficile, pendant la période de confinement, l'association des usagers à l'élaboration des mesures sanitaires prises, à leur diffusion ainsi qu'à leur application au niveau opérationnel. **Les usagers doivent être impliqués dans les mesures qui les concernent.**

#### ILLUSTRATION : ASSOCIATION DES USAGERS ET DE LA DEMOCRATIE EN SANTE AU PROCESSUS DE DECONFINEMENT

- *Mise en place du « groupe de travail COVID CRSA » pour accompagner le processus de déconfinement*
- *Participation de France ASSOS SANTE OCCITANIE au groupe scientifique COVID prévention mis en place par l'ARS pour accompagner le déploiement des mesures de déconfinement*
- *Participation de France ASSOS SANTE OCCITANIE au comité de liaison régional crise Covid (Préfecture de région, ARS et acteurs de santé)*

Il est demandé :

- **Un élargissement de la composition des Conseils de la Vie Sociale (CVS) aux Représentants des Usagers (RU),**
- **De favoriser la prise en compte de la parole des usagers au sein des organisations et des dispositifs de coopération.**

## **Intégrer l'apport expérientiel des patients :**

Des dispositifs d'accompagnement des établissements et des structures doivent être prévus pour que puisse être intégré **l'apport des savoirs expérientiels dans la co-construction, la co-mise en œuvre et la co-évaluation** des projets d'amélioration des organisations et de la qualité (mise à disposition dans les territoires de l'expertise et des méthodes pour promouvoir la mise en œuvre du partenariat en santé). Une évaluation de l'apport de ces nouvelles pratiques doit être prévue.

### **PROPOSITIONS**

- **Renforcer la démocratie sanitaire avec une place prépondérante des CTS comme lieu d'élaboration des projets territoriaux en concertation avec les acteurs de santé, les élus et les usagers.**
- **Intégrer les usagers, en tant qu'acteurs au sein des espaces de construction et de gouvernance des organisations de notre système de santé.**
- **Intégrer l'apport des savoirs expérientiels des patients dans la co-construction, la co-mise en œuvre et la co-évaluation des projets d'amélioration des organisations et de la qualité ainsi que dans la construction des programmes de formation et dans l'évaluation des professionnels de santé (cf. pilier 1).**

## **4.2 Mettre davantage l'accent sur la prévention**

La crise du COVID a mis l'accent sur la nécessité et l'efficacité de la prévention et milite pour un développement volontariste de l'approche préventive en privilégiant l'éducation à la santé et la promotion de la santé et en développant les compétences et aptitudes des personnes. Les messages de prévention doivent être co-construits avec les usagers.

L'expérience du COVID a montré l'intérêt de s'appuyer sur les maisons de la Prévention, en lien étroit avec les collectivités locales. La mise en place de coordonnateurs territoriaux de programmes de prévention peut être un levier pour des interventions plus ciblées et plus efficaces. Leur but vise à harmoniser sur un territoire les différentes politiques de prévention.

Le rôle de la médecine préventive doit être accru notamment en mobilisant mieux la PMI, la PJJ, la médecine scolaire et la médecine du travail dans la stratégie territoriale, en leur faisant une place dans les nouvelles organisations et les lieux de coordination des politiques publiques.

Le champ de compétence de la profession d'infirmiers libéraux doit intégrer toutes les actions de repérage à domicile, d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique, en s'appuyant sur des nouveaux modes de rémunération.

La prévention doit maintenant anticiper la persistance des infections de type Covid, leur association à des canicules, infections grippales, bronchiolites,.....

Enfin, la vaccination des professionnels devrait être obligatoire, lorsqu'ils sont en contact avec les publics fragiles, voire l'ensemble de la population.

### **PROPOSITIONS**

- **Développer des actions de prévention co-construites avec les usagers en s'appuyant sur des organisations locales telles que des maisons de la prévention et des coordonnateurs de programmes territoriaux.**
- **Confier aux IDE les actions de repérage, de prévention et d'éducation thérapeutique du patient et inscrire cette mission dans une rémunération adaptée.**
- **Rendre obligatoire la vaccination des professionnels en contact avec les publics fragiles.**

### 4.3 Un outil sanitaire de gestion de crise intégratif : « un Plan Blanc » interprofessionnels intégrant la médecine de ville

Créer un plan sanitaire de gestion de crise : « un Plan Blanc interprofessionnels » incluant l'ambulatoire, les champs hospitalier et médico-social pour prévoir et répondre à une urgence sanitaire partout sur les territoires, en s'appuyant sur les organisations locales ainsi que sur les Départements Universitaires de Médecine Générale et leur réseau de médecins sur tout le territoire (maitre de stages, internes) en lien avec les URPS en y associant les infirmiers libéraux, les pharmaciens, les laboratoires de biologie de ville.

Il doit exister une instance de concertation permanente.

Prendre en compte, dans la gestion de crise, tous les publics en particulier les publics les plus vulnérables ou les plus éloignés du soin, en intégrant l'ensemble des acteurs médico-sociaux, sociaux et associatifs à la définition et à la mise en œuvre des plans de gestion de crise pour s'assurer que personne n'est oublié.

#### PROPOSITION

→ Créer un Plan Blanc interprofessionnels à l'échelle du territoire et couvrant l'ensemble des populations.

### 4.4 Des cellules territoriales de gestion opérationnelle

Créer des cellules territoriales chargées de la gestion opérationnelle d'une mission animées par les professionnels de santé, l'ARS intervenant en support et en régulateur, voire en arbitrage en cas de besoin. Ces cellules pourraient capitaliser sur l'expérience de coopération publique-privée mise en œuvre pour le pilotage des capacités de réanimation, la gestion des ressources humaines et matérielles et des urgences hospitalières (cf. encart ci-dessous) ou autres missions.

De telles cellules pourraient avoir en charge la gestion des flux à destination des services d'urgences et des structures d'hospitalisation lors de situation de crise : canicule, grippe. L'ARS missionnerait ces cellules, en leur donnant la possibilité d'instruire des autorisations temporaires et superviserait leurs actions.

Il s'agit de se recentrer sur l'intérêt commun à agir pour l'intérêt du patient autour d'échanges personnalisés amenant la confiance et simplifiés, améliorant les circuits de décisions et le parcours patient.

#### ILLUSTRATION DE LA CRISE COVID : LA MOBILISATION ET LA COOPERATION HOSPITALIERE PUBLIQUE - PRIVEE DANS LES TERRITOIRES

*Enjeux : organiser l'offre de soins hospitalière pour faire face à la vague épidémique avec un enjeu crucial sur les capacités de réanimation mais également d'organisation des filières d'amont et d'aval.*

*Constat : La mobilisation remarquable entre établissements de santé publics et privés aura été la première réponse au défi de la vague épidémique dans un même élan au service des patients.*

*Cette mobilisation s'est structurée en Occitanie – au-delà des clivages traditionnels – par la mise en place d'une organisation déconcentrée avec 3 cellules de coordination, sous pilotage des 3 CHU avec les représentants de l'hospitalisation privée pour trouver les solutions les plus adaptées au niveau local, l'ARS assurant la régulation du dispositif.*

*Ces trois cellules ont permis d'assurer :*

- *la déprogrammation des activités, le redéploiement des ressources humaines ou des moyens matériels (respirateurs...) entre établissements jusqu'à la réorganisation des activités des établissements (quasi doublement des capacités de réanimation de la région à partir des autorisations existantes et en mettant en œuvre collectivement la souplesse offerte aux ARS d'octroyer des autorisations exceptionnelles),*
- *une gestion déconcentrée des tensions hospitalières et la coordination des activités de soins critiques et filières chirurgicales publiques et privées,*
- *la gestion de la solidarité inter régionale au profit de la prise en charge des patients avec l'accueil de 30 patients extrarégionaux ou l'envoi de professionnels de santé en renfort hors région.*

## PROPOSITION

→ Mettre en place des cellules territoriales partenariales chargées de la gestion opérationnelle de missions.

### 4.5 Le renforcement des coopérations interprofessionnelles et de l'exercice coordonné

La nécessité d'un renforcement, à l'échelle des territoires, de la coopération entre les professionnels des différentes spécialités, des différents métiers et des différents secteurs est une conclusion évidente de la crise du COVID. Ceci passe par l'accélération de la mise en place des CPTS, par un rôle plus actif des GHT, notamment vis-à-vis des EHPAD mais laissant toute sa place au secteur privé et surtout par un projet territorial de santé commun. Ce projet d'organisation territoriale se structurerait à partir du parcours du patient et associerait tous les acteurs d'une filière. L'accompagnement et la supervision seraient réalisés par l'ARS et des structures d'appui (ORU, Grades, ...) apportant leur concours. Il nécessite par ailleurs de cartographier la place de chacun, de la partager et de réaffirmer la place du médecin traitant comme médecin référent. Cette démarche doit s'envisager de façon agile, dans une recherche d'efficacité du plan d'actions qui doit être évalué.

En complément du mouvement précédent, le recentrage des préoccupations sur les exigences de la prise en charge des patients et de l'accès aux soins a permis de dépasser les méfiances entre les secteurs et les modes d'exercice. L'approfondissement de cette culture commune doit être poursuivi notamment en :

- Favorisant les exercices mixtes hôpital/secteur privé,
- Incluant dans le cursus de formation des internes en médecine au moins un semestre de stage en secteur libéral,
- Favorisant au cours de la formation initiale, la découverte des autres secteurs, par exemple, la connaissance du secteur médico-social pour les formations sanitaires.

L'expérience acquise a également mis en avant la nécessité de compléter le dispositif de soins de première ligne en y intégrant les acteurs et services d'aide à domicile, portant les missions d'accès aux soins, de prévention et promotion de la santé, tout en renforçant les moyens de la coordination des parcours. En lien avec le pilier 2, une telle organisation pourrait constituer le support d'un financement populationnel. A titre d'exemple, l'intégration de médiateurs sociaux au sein des équipes des MSP ou à l'échelle des CPTS serait de nature à renforcer la prise en charge des publics fragiles.

Enfin, de façon plus ponctuelle, les enjeux de coopération ont conduit à souligner l'intérêt de promouvoir des binômes AS/ IDE, au-delà de la seule organisation sous la forme de SSIAD.

## PROPOSITION

→ Promouvoir un projet commun de santé à l'échelle du territoire associant l'ensemble des acteurs de santé et s'appuyant sur les dynamiques des CPTS avec un volet prévention et un volet gestion des crises.

### 4.6 Une organisation plus fluide de la régulation des urgences et des soins non programmés

La permanence des soins, l'organisation des soins non programmés et la prise en charge des urgences constituent un enjeu majeur que la crise sanitaire n'a fait que souligner.

Au titre des bonnes pratiques, il convient de souligner que le travail mutualisé entre les centres 15 a permis d'éviter la saturation de centres départementaux, dans les périodes d'afflux massif d'appels et d'organiser une réponse mutualisée, dans de bonnes conditions.

## ILLUSTRATION DE LA CRISE COVID : LE TRAVAIL MUTUALISE DES CENTRES 15

*Enjeux : éviter la saturation des centres 15*

*Constat : Dès le début de la crise sanitaire, la consigne a été donnée de contacter le centre 15, dès suspicion de symptômes. Les centres 15 ont dû faire face un afflux massif d'appel (environ 200 000 dossiers de régulation médicale au mois de mars 2020 soit 100 000 dossier de plus que l'année précédente en mars 2019).*

*La mobilisation exemplaire des acteurs (SAMU, MG, URPS médecins, Ordres, facultés et représentants des instituts de formation) a permis d'épauler les centre 15 pour assurer la continuité des réponses et garantir l'orientation des patients vers la médecine générale.*

*Par ailleurs, la solidarité entre SAMU pour assurer la « bascule » des appels COVID des SAMU en saturation vers le SAMU 31 a été facilitée par la mise en place d'un CRRA régional.*

*L'ARS Occitanie a accompagné cette coordination des actions et mis en place le financement de renforts humains (ARM et médecins) et techniques (infrastructures télécoms et accompagnement de la fiabilisation des tableaux de bord de suivi d'activité avec mise à disposition des moyens de l'ORU et du GRADES). Ces financements s'élèvent à près de 2,8 M€.*

*Cette synergie d'actions entre les centres 15 doit pouvoir être poursuivie.*

Plusieurs mesures ressortent des propositions des acteurs de la région Occitanie :

- La mise en place, prévue par le ministère de la santé d'un service de régulation des soins non programmés (le Service d'Accès aux Soins) qui pourrait s'inscrire dans une plateforme de régulation territoriale confiée à une instance interprofessionnelle ;
- La possibilité de déclencher l'intervention par le centre 15 d'une IDE à domicile ou en EHPAD, lorsque l'intervention d'un médecin n'est pas possible et que le tableau clinique du patient le permet. Cette infirmière serait équipée de moyens de télésanté lui permettant d'organiser avec un médecin dédié, une téléconsultation à domicile et d'assurer les soins de proximité. Ce dispositif permettrait d'éviter certains transferts aux urgences, la mobilisation du SMUR ou d'un transporteur sanitaire. Cette possibilité pourrait être facilitée par la mise en place d'une régulation infirmière au sein du 15 ;
- L'accès, pour les transporteurs sanitaires, à des outils de télémédecine en mobilité, afin que puissent être organisées dans le cadre de la régulation, au chevet du patient, des téléconsultations avec un médecin dédié, lors de leurs interventions ;
- Plus largement, une PDSA pensée sur la base de la mobilisation d'une équipe pluri professionnelle associant un binôme Médecin généraliste et IDE ;
- La systématisation des accès directs aux services hospitaliers sans passer par les urgences pour les patients connus atteints de maladie chroniques et les personnes âgées ;
- L'accès plus aisé aux transports sanitaires notamment en période de crise et pour les transports partagés en bénéficiant d'une application incluant un répertoire unique des transporteurs agréés par l'ARS par territoire et une possibilité de réservation directe, y compris par les médecins généralistes pour un transport à l'hôpital ;
- La mise en place de lieux dédiés à l'accueil des soins non programmés s'inspirant de l'expérience des centres COVID. Ces lieux fonctionnant sur la base de cabinets secondaires associant divers professionnels de santé libéraux pourraient être mis en place en priorité lors des périodes de fermeture des cabinets médicaux (en août et entre Noël et jour de l'an). Ils pourraient s'appuyer sur les MSP ;
- Leur organisation et leur capacité à offrir une réponse large aux besoins des patients serait facilitée par l'accès à des bilans biologiques simples et à l'imagerie, y compris avec des capacités d'interprétation à distance.

## ILLUSTRATION DE LA CRISE COVID : LES LIEUX DE CONSULTATION DEDIES COVID

*Enjeux : organiser une offre de soins ambulatoire non programmés*

*Constat :*

*En Occitanie, les professionnels de santé ont souhaité s'organiser en constituant des cabinets secondaires basés sur la mutualisation de moyens entre professionnels de santé, afin de sécuriser la filière des patients susceptibles d'être atteints par le SARS-COVID-2. C'est ainsi que tout médecin traitant au vu des symptômes décide s'il réalise une téléconsultation, s'il demande à son patient de venir à un horaire particulier au cabinet ou s'il préfère l'orienter vers ce lieu dédié. L'orientation peut être également faite par le 15.*

*Près de 200 lieux dédiés ont ainsi été mis en place dans la région, à l'initiative des professionnels de santé, en lien étroit avec les Ordres et les URPS. L'ARS, sur la base d'un cahier des charges, actualisé régulièrement en fonction de l'évolution de l'épidémie et de l'adaptation souhaitée des professionnels de santé, a mis à disposition des équipements de protection individuelle. L'ARS finance prioritairement des temps de coordination, des temps dédiés à l'accueil, les équipements de protection individuels, l'oxygène et les DASRI. Ces lieux dédiés ont été mis en place dans plusieurs MSP, ou dans des lieux créés ex-nihilo, fréquemment à l'initiative de professionnels de santé déjà engagés dans des projets de CPTS.*

### PROPOSITIONS

- Mettre en place une plateforme de régulation territoriale à laquelle participent tous les acteurs de soins non programmés.
- Promouvoir des interventions spécifiques des IDE, coordonnées avec le médecin, dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires, de la régulation des urgences et de l'effectif.
- Développer un registre territorial des transporteurs sanitaires agréés et une capacité de réservations en ligne.

## 4.7 La mutualisation et les approches régionales au service de la coopération entre structures sanitaires et médico-sociales

L'organisation progressive de la stratégie de dépistage dans une organisation régionale graduée autour de sites de prélèvements et d'analyse illustre la pertinence de ce prisme d'analyse et de décision.

### ILLUSTRATION DE LA CRISE COVID : LA MONTEE EN PUISSANCE PRECOCE ET RAPIDE DE LA BIOLOGIE PUBLIQUE ET PRIVEE

*Enjeux : organiser efficacement les capacités de dépistage des patients COVID +*

*Constats : Les capacités de dépistage étaient, aux premiers jours du mois de mars, concentrées sur les CHU de Montpellier, Toulouse, Nîmes, le CH de Perpignan et un laboratoire privé avec des situations de tensions/pénuries sur des consommables nécessaires aux analyses (EPI, Ecouvillons, Réactifs) et une capacité de l'ordre de 1000 test RT-PCR/jour.*

*Pour renforcer les capacités de dépistage par RT-PCR et le maillage territorial, l'ARS a mobilisé un groupe d'experts en biologie composé des CHU de Montpellier, Toulouse et Nîmes, du CH de Perpignan et de 2 représentants de l'URPS Biologistes.*

*Chaque laboratoire public et privé, en capacité de faire du dépistage a été mobilisé. Des conventions avec les laboratoires départementaux et universitaires ont été mises en place. L'ARS a également mobilisé le ministère de la santé pour pouvoir bénéficier de machines de grande capacité.*

*Les acheteurs des laboratoires privés, des CHU et de la Préfecture ont été mobilisés pour trouver des solutions palliatives faces aux tensions/pénuries.*

*269 sites de prélèvement ont été installés sur l'ensemble de la région.*

*Les capacités théoriques de dépistage par RT-PCR en conditions normales d'approvisionnement sont ainsi passées de 1 000 tests/jour début Mars à >31 000 tests possibles/jour en début Juin. Toutefois, les pénuries de réactifs aujourd'hui réduisent de presque 50% celles-ci.*

*De fait, il a été nécessaire de mettre en place un système de "back-up" inter départemental, où chaque laboratoire préleveur s'est vu désigner un laboratoire de recours du 31, 34 ou 66 vers lequel il devait envoyer ses prélèvements, pour ainsi assurer une réponse et des délais homogènes pour toute la région.*

*Dès le mois d'avril, les EHPAD faisaient l'objet de campagnes de dépistages de masse et dès le 4 mai la région a dépisté l'ensemble des personnes symptomatiques.*

C'est aussi au niveau régional qu'ont pu être organisés des renforts en ressources humaines au profit d'établissements en difficulté. La mobilisation de la réserve sanitaire dans une approche régionale, dans les périodes de tensions (canicule par exemple) apparaît absolument nécessaire. Cette approche régionale doit s'articuler avec une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences à l'échelle des territoires.

#### ILLUSTRATION DE LA CRISE COVID : ORGANISATION GRADUEE DU RENFORT RH

*Enjeux : Organiser le renfort RH des établissements et services pour les personnes âgées en s'appuyant sur des plateformes dédiées*

*Constats : Les établissements pour personnes âgées (EHPAD, SSIAD, SAAD ...) ont eu la possibilité d'exprimer un besoin en renfort sur différentes plateformes dédiées (renfort COVID, mobilisationemploi.gouv.fr porté par pôle emploi, solidarité.esms.occitanie.fr promu par l'URIOPSS, le CREA I ORS ...) et avoir accès à des offres de volontariat provenant de professionnels en situations diverses (demandeurs d'emploi, étudiants, professionnels libéraux ou de structures connaissant une baisse partielle d'activité, professionnels retraités) pour tous types de missions (infirmiers, AS, médecins, ASH, personnel administratif, ...).*

*En cas de difficulté, la délégation départementale de l'ARS apportait un appui en mobilisant ses partenaires voire mobilisait la réserve sanitaire sur décision du directeur général de l'ARS.*

#### PROPOSITIONS

- **Consolider les capacités de dépistage dans une organisation régionale graduée.**
- **Pérenniser le renfort RH des établissements médico sociaux dans une démarche régionalisée.**

## 4.8 Des outils collaboratifs et de télésanté simples au service des professionnels et des usagers

La coopération des professionnels ne peut se passer du support des outils numériques. L'expérience a mis en évidence deux enjeux centraux :

- Le partage d'information relatif au patient. C'est le rôle dévolu au **Dossier Médical Partagé** dont il convient d'amplifier le déploiement et les usages. C'est aussi l'enjeu des exigences d'interopérabilité qui ont vocation à être imposées aux différents outils qui composent le système d'information de santé.
- Le partage d'informations rapide entre soignants qui a souvent reposé sur l'utilisation « un peu sauvage » d'outils grands publics (ex Whats'up) et pour lequel il convient de proposer **des solutions de travail collaboratif sécurisées et faciles d'usage.**

Enfin, la télésanté a trouvé dans la crise l'occasion d'un démarrage réel à grande échelle qu'il convient de consolider tant au plan technique que financier (règles de rémunération et de prise en charge). L'extension de la télésanté aux professionnels de santé non médicaux, expérimentée avec succès pendant la crise du COVID, devrait être pérennisée, notamment pour le suivi des patients chroniques. Il en va de même pour le télé-suivi à domicile qui doit être développé avec des applications qui permettent à l'utilisateur d'exprimer son ressenti régulièrement, de bénéficier de conseils des soignants par des "chat" ou en étant appelé en cas de nécessité, dans le cadre d'une prise en charge pluri professionnelle. Dans ce contexte, il est indispensable de bénéficier d'outils simples et ergonomiques au service de la relation patients-soignants et de s'appuyer sur les représentants des usagers pour accompagner l'acculturation des patients à la télé-médecine, notamment ceux qui maîtrisent peu les outils numériques.

Enfin, le développement des outils numériques ne doit pas se faire au détriment de l'accès aux droits des personnes (dématérialisation des guichets et des procédures d'accès aux droits). Des moyens massifs doivent être mis en place pour lutter contre la fracture numérique et rendre les outils numériques accessibles. Il paraît indispensable de poursuivre les ateliers citoyens inscrits dans la feuille de route du numérique en santé, et de co-construire l'Espace numérique de santé avec les publics les plus vulnérables (en situation de handicap, personnes âgées, en situation de précarité).

Le suivi par téléphone, dans une approche de « aller vers » pour les patients suivis en psychiatrie a permis de ne pas rompre le lien avec ces patients ambulatoires.

#### **ILLUSTRATION DE LA CRISE COVID : LE DEVELOPPEMENT MASSIF DES USAGES DE LA TELEMEDECINE ET DE FICHES DE LIAISON VILLE-HOPITAL**

*Enjeux : assurer une coordination des soins en ville (ML et IDEL) et en établissements des patients atteints du COVID 19 et organiser à distance le suivi et la continuité des soins des malades chroniques.*

*Constat : Des services logiciels de téléconsultation ont été déployés et utilisés par les professionnels régionaux en s'appuyant sur deux dynamiques existantes :*

- *la plate-forme Médic@m portée par l'URPS des médecins libéraux depuis 2019 : 3 700 médecins libéraux d'Occitanie ont ouvert un compte avant le 30 avril 2020 et plus de 45 000 téléconsultations ont été réalisées à fin avril, avec des pointes à 2 000 téléconsultations / jour fin mars ;*
- *le module Téléconsultation de la plate-forme régionale publique Téléo, portée par le GRADeS (GIP e-santé Occitanie). Mis en service le 24 mars, il a été déployé dans 30 établissements à fin avril 2020 avec plus de 10 500 téléconsultations réalisées au 25 mai.*

*L'appui de l'ARS a porté sur la diffusion de préconisations de l'usage de la télé-médecine par les médecins libéraux et la promotion de l'offre Médic@m, et sur le financement du module téléconsultation de Téléo pour 140 k€.*

*Une fiche COVHO mise au point avec l'appui du CDOM31, des URPS ML et IDEL, du CHU Toulouse a été élaborée pour développer la coordination Ville-Hôpital-Ville, outillant notamment les lieux dédiés de consultation COVID. Cette fiche a été réalisée sur la base du Système d'Information de l'ORU-Occitanie et opérée par le GRADeS (GIP e-santé Occitanie). Les Fiches COVHO développées ont concerné 1 900 médecins (libéraux et hospitaliers) et plus de 1 700 infirmiers libéraux utilisateurs à fin avril 2020. Plus de 15 500 fiches ont été saisies à fin avril 2020, avec des pointes à plus de 1 000 par jour fin mars.*

#### **PROPOSITIONS**

- Amplifier le déploiement et les usages du DMP.
- Proposer des solutions de travail collaboratif sécurisées et faciles d'usage à destination des professionnels.
- Confirmer la possibilité pour les professionnels de santé non médicaux de réaliser des actes de télésanté et de télé soins.
- Accélérer la mise en place du télé suivi notamment pour les patients chroniques à domicile.

## 4.9 Appui aux EHPAD pour les sortir de leur isolement

### Appui à l'orientation et aux bonnes pratiques

Les EHPAD sont apparus isolés dans la crise et l'action de l'ARS comme des acteurs locaux de santé a visé à leur apporter les appuis indispensables pour gérer les situations de crise et sécuriser leur fonctionnement. Plusieurs actions apparaissent essentielles à poursuivre :

- Constituer des équipes mobiles de médecins généralistes dans les territoires qui pourraient intervenir au sein des EHPAD le week-end, lorsque la situation des résidents le nécessite et éviter ainsi des transferts inutiles vers les services des urgences hospitaliers. Ils pourraient également réaliser des certificats de décès, sur le territoire concerné, y compris à domicile.
- Fournir un appui aux EHPAD, notamment les plus isolées, par le renforcement des mutualisations et coopérations locales et par le renforcement des équipes mobiles dont la notoriété et les capacités d'intervention extra muros doivent être garanties.
- Pérenniser les Plateformes PA expérimentées lors de la crise : ces plateformes fourniraient des services qui pourraient inclure : des conseils en hygiène hospitalière, en prévention des maladies infectieuses et en organisation des dépistages, un appui dans la gestion des situations des résidents sur le volet sanitaire (prévention des chutes, lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, aide au transfert et à l'hospitalisation, aux prélèvements). Leurs modalités d'intervention pourraient être des conseils à distance sur les mesures à prendre ou des interventions des experts sur site (équipe mobile), en cas de besoin. Les ESMS dans le champ du handicap pourraient également bénéficier de l'accès à ces plateformes.

#### ILLUSTRATION DE LA CRISE COVID : LES PLATEFORMES COVID PA

*Enjeux : Fournir un appui aux établissements et structures pour personnes âgées dans l'aide à la décision*

*Constat : 22 plateformes Covid-PA articulées avec le centre 15 ont été promues en Occitanie. Leur objectif est de fournir un appui et une aide à la décision à l'ensemble des ESMS PA pour optimiser les soins des résidents et mobiliser au mieux la filière en limitant le recours aux urgences.*

*Chaque plateforme comprend une plateforme téléphonique et une équipe mobile prélèvement Covid-19. La plateforme téléphonique est constituée a minima de temps médecin et infirmier, avec un numéro dédié assurant une permanence 7 jours sur 7 en journée. Elle permet notamment de conseiller et soutenir les ESMS PA par télémedecine, d'aider au dépistage et déclencher la réalisation de tests virologiques Covid pour les résidents et soignants, d'apporter les informations sur des procédures de soins, d'activer les dispositifs du territoire à même de répondre aux besoins de l'ESMS (équipe mobile de gériatrie, HAD, équipes mobiles et/ou territoriales de soins palliatifs, LISP et USP).*

*S'agissant des soins palliatifs, si les ressources du territoire sont insuffisantes, la plateforme a la possibilité de recourir à une hotline régionale coordonnée par les CHU31-CHU34 7/7, de 8h à 19h.*

*Les deux plateformes Covid PA du CHU 31 et du CHU 34 ont été identifiées comme « pôles ressources universitaires » pour les autres plateformes Covid PA de la région et à ce titre, ont été missionnées par l'ARS Occitanie pour favoriser l'harmonisation par des recommandations de bonnes pratiques, des temps d'échange et des renforts d'expertise en tant que de besoin.*

#### PROPOSITIONS

- Renforcer la médicalisation et les attributions des médecins coordonnateurs.
- Pérenniser les plateformes d'appui PA et étendre leur champ d'action aux établissements et services dans le champ du handicap.
- Renforcer l'intervention d'équipes mobiles en EHPAD, y compris de médecins généralistes, le week-end.

## **4.10 Développement de « l'aller vers » en santé mentale, dans le champ du handicap et pour les publics précaires et fragiles**

Le confinement a semblé entraîner une augmentation des difficultés pour les malades porteurs de pathologies chroniques ou en situation de pauvreté ou d'isolement qu'il conviendrait de documenter par une étude de cohorte pouvant aider à suivre les impacts de la crise et développer des actions de prévention.

La fermeture de certains lieux d'accueils notamment au profit des personnes en situation de handicap a conduit à initier des solutions alternatives hors les murs incitant à aller au-devant des personnes.

La démarche de l'aller-vers doit être non seulement maintenue après la réouverture des lieux d'accueil mais amplifiée et généralisée.

Concrètement, cette démarche doit s'appuyer sur la multiplication des interventions sur les lieux de vie, sur le renforcement des équipes mobiles notamment pour les plus précaires et les personnes présentant un handicap, et dans le champ de la personne âgée, sur le développement des EHPAD hors les murs. A cet égard, les EHPAD doivent être considérés comme de véritables lieux ressources en gériatrie de proximité qui maillent le territoire régional et dont les services doivent s'étendre à l'ensemble de la population âgée du territoire y compris à domicile, avec les acteurs de l'aide à domicile.

Il conviendrait également de développer les unités de consultations dédiées aux personnes en situation de handicap en échec en milieu ordinaire de type Handiconsult et de les élargir aux cas spécifiques Personnes Agées. Il est en outre proposé de proposer des bilans santé pour les aidants.

Les interventions qui précèdent devraient s'inscrire dans une démarche globale privilégiant une « médecine des comportements ». Cette démarche permet de repenser les interventions dans une approche à la fois individualisée et décloisonnée des problématiques psychosociales, des troubles mentaux, de la précarité et des comportements à risques (tabagisme, mauvaise alimentation, faible activité physique, abus d'alcool ou de drogues...) basées sur des méthodes de renforcement psychosocial et le développement de la médiation en santé.

### **PROPOSITIONS**

- **Multiplier, pour les plus vulnérables, les interventions des professionnels sur les lieux de vie et le recours aux équipes mobiles.**
- **Développer les consultations dédiées aux personnes en situation de handicap en échec en milieu ordinaire.**
- **Promouvoir des interventions décloisonnées visant le renforcement psychosocial et la médiation en santé.**
- **Instaurer un projet de vie pour chaque résident incluant ses accompagnants.**
- **Considérer les EHPAD comme de véritables lieux ressources en gériatrie de proximité, à l'échelle du territoire.**

## PARTAGES D'EXPERIENCE TERRITORIAUX EN OCCITANIE

### PERSONNES PARTICIPANTES

#### Membres titulaires de la CRSA, des commissions spécialisées et invités

**Pr Laurent SCHMITT, Président de la CME du CHU de Toulouse, Président de la CRSA**

M. Michel BOUSSATON, Conseil Régional

Mme Marie PIQUÉ, Conseillère Régionale

Mme Françoise BONS, Conseillère Régionale

Mme Marie-France VILAPLANA, Vice-présidente du Conseil départemental de l'Ariège

Mme Hélène SANDRAGNÉ, Vice-présidente du Conseil départemental de l'Aude

M. Jean-Philippe ABINAL, Conseiller départemental de l'Aveyron

M. Christophe SERRE, Vice-président du Conseil départemental du Gard

Mme Véronique VOLTO, Conseillère départementale de Haute-Garonne

Mme Gisèle BIÉMOURET, Vice-Présidente du Conseil Départemental du Gers

Mme Dominique NURIT, Conseillère départementale de l'Hérault

Mme Maryse MAURY, Vice-présidente du Conseil départemental du Lot

Mme Laurence BEAUD, Conseillère départementale de la Lozère

M. Laurent LAGES, Conseiller départemental des Hautes-Pyrénées

Mme Hermeline MALHERBE, Présidente du Conseil départemental des Pyrénées-Orientales

Mme Elisabeth CLAVERIE, Conseillère départementale du Tarn

Mme Maryse BAULU, Conseillère départementale du Tarn-et-Garonne

Mme Annie YAGUE, Vice-présidente de Montpellier méditerranée Métropole

Mme Stéphanie GUIRAUD-CHAUMEIL, Présidente de la Communauté d'Agglomération de l'Albigeois

Mme Annie MORIN, France Rein

M. Yannick PRIOUX, Président de l'Association Française des Diabétiques du Gard

Mme Marie-Claire MALHERBE, Ligue contre le cancer - LRMP

M. Jean-Michel BRUEL, Association François Aupetit

M. Guy CASTEL, UFC Que choisir MP

M. Serge VANNIÈRE, UNAFAM

M. Yves DUPONT-REDONDO, ENVIE

Mme Ginette ARIAS, France Alzheimer Haute-Garonne

Mme Christiane MAGNA, Rétina France

M. Régis MARCOU, Union Départementale des Retraités Force Ouvrière

Mme Colette CASANOVA, Union Nationale des Syndicats Autonomes (UNSA)

**M. Simon SITBON, Union Territoriale des Retraités et Personnes Agréées CFDT, Président de la Commission Spécialisée dans le domaine des Droits des Usagers**

M. Pierre ZANETTIN, Union des Sections de Retraités CGT

M. Lucien RAOUL, Union Départementale des Syndicats CGT 82

Mme Catherine COUSERGUE, GIHP MIDI-PYRENEES

M. Jacques TUFNER, Association des accidentés de la vie FNATH

M. Pierre-Dominique AIGUEPERSE, UNAPEI

Mme Catherine BLOND, ADAPEI 48

Mme Marie MAFFRAND, Sésame Autisme Languedoc Roussillon

Mme Elvire ALMEIDA LOUBIERE, Présidente du CTS HAUTE GARONNE  
Mme Régine JALLET, Représentante du CTS LOT  
M. Hervé FLOQUET, CGT  
M. Jose RAZAFIMANDIMBY, CFDT  
M. Luc MAUREL, FO  
M. Laurent FOURCADE, CFTC  
M. Jacques PECHON, CFE-CGC  
M. Benjamin GUIRAUD-CHAUMEIL, CGPME  
M. Patrice COHADE, MEDEF  
M. Jean-Pierre GARCIA, Union Professionnelle Artisanale  
M. Philippe CANOBY, CRMA LRMP  
M. Cédric SAUR, Chambre d'Agriculture Occitanie  
M. Gérald FRANGIN, ADAGES  
Mme Anne-Claire HOCHEDÉL, FAS  
Mme Marie-Martine LIMONGI, Présidente de la CARSAT LR  
M. Patrice SOUBRIE, Président du Conseil d'Administration de la CAF de l'Aveyron  
Mme Stéphanie CARRASCO, Mutualité Française LRMP  
Mme Béatrice SENEMAUD, Conseillère technique auprès de Mme le Recteur de l'académie de Montpellier  
Mme Valérie CICCHELERO, Conseillère technique auprès de Mme le Recteur de l'académie de Toulouse  
Mme Diane LARUEL, Directrice d'AIPALS  
Mme Catherine SMALLWOOD, Médecin du travail du SST PST 66  
Mme Anne ALAUZEN, Directeur de la PMI de l'Hérault  
Mme Claire BOUILHAC, Directrice Adjointe de la PMI en Haute-Garonne  
Mme Martine LACOSTE, Fédération addiction LRMP  
M. Pierre-Jean GRACIA, IREPS MP  
**Mme Hélène GRANDJEAN, ORSMIP, Présidente de la Commission Spécialisée de Prévention**  
Mme Gaëlle VALENTIN, Groupe Régional d'Animation et d'Initiative à la Nature et l'Environnement  
M. Christian CATALDO, Délégué Régional FHF  
**M. Olivier JONQUET, PU-PH CHU de Montpellier, Président de la commission spécialisée de l'organisation des soins**  
Mme Sonia LAZAROVICI, Présidente de la CME du CH de Carcassonne  
M. Philippe RAYNAUD, Président de la CME du CHS de Thuir  
M. Pascal DELUBAC, Directeur de la Clinique St Pierre - Perpignan  
M. Djamel DIB, Président de la CME de la Clinique d'Embats- Auch  
M. Jean-Marc GAFFARD, Directeur de la Clinique Mutualiste Catalane - Perpignan  
M. Michel ENJALBERT, Président de la CME du Centre Bouffard Vercelli – Cerbère  
M. Pierre PÉRUCHO, HAD - CH Perpignan  
**M. Philippe JOURDY, Directeur Général de l'ASEI, Président de la Commission Spécialisée pour les prises en charge et accompagnements Médico-Sociaux**  
M. André DUCOURNAU, Directeur Général de l'ARSEAA  
Mme Line ROMÉRO, Présidente de l'APSH 34  
M. Pierre BUCCO, Association régionale PEP Occitanie  
Mme Séverine JAFFIER, Directrice de l'EHPAD de Ganges  
Mme Christine CAZELLES, UNA Occitanie  
Mme Isabelle MEUNIER, Directrice adjointe AGESPA  
Mme Véronique GÉMAR, Directrice de l'EHPAD Maisonneuve à Villefranche de Lauragais  
M. Guillaume FRITSCHY, Directeur URIOPSS Occitanie  
Dr Christian VÉDRENNE, Vice-Président de la Fédération Occitanie Roussillon des Maisons de Santé

Mme Béatrice LE NIR, Présidente de Réso Occitanie  
Dr Marc ÉGOUMÉNIDES, Médecin régulateur Hérault  
Pr Jean-Emmanuel de la COUSSAYE, Samu Urgences de France CHU de Nîmes  
M. Olivier ASSIÉ, Représentant de la fédération nationale des transports sanitaires (Aude)  
Colonel Éric FLORES, Directeur du SDIS de l'Hérault  
M. Jean ETTORI, CPH  
Mme Valérie GARNIER, URPS Pharmaciens  
M. Vivien HAUSBERG, URPS Masseurs-Kinésithérapeutes  
M. Jean François BOUSCARAIN, URPS Infirmiers  
M. Maurice BENSOUSSAN, URPS Médecins  
M. Patrick SOUTEYRAND, URPS Médecins  
M. Richard FABRE, URPS Biologistes  
M. Pierre ROUVIÈRE, CROM Occitanie  
M. Jean-Baptiste BONNET, Interne d'Endocrinologie  
M. Philippe VICTOIRE, CMA 11 TOULOUSE  
Mme Sandrine ANDRIEU, personnalité qualifiée  
M. Jacques BRINGER, personnalité qualifiée  
M Philippe ALIBERT, France Rein  
M Bernard DELPECH, URAF Occitanie  
M. Jean-Claude JAMOT, Génération Mouvement « Les Aînés Ruraux »  
M. Erick MICHEL, Fédération Syndicale Unitaire  
Mme Jacqueline FRAISSENET, UNAFAM  
Mme Danièle PREVOSTI, UNAFAM  
Dr Henri DUBOIS, ATD Quart Monde  
Mme Cathy JARROUX, IREPS  
Mme Audrey ROQUEFORT, Fédération des Acteurs de la Solidarité Occitanie  
M. Jean-Dominique MOUCHARD, MEDEF  
Dr Alain ROUGET, CDOM Haute Garonne  
Dr BENSOUSSAN Jean-Louis, URPS Médecins  
M. BROUSSE Pascal, URIOPSS  
Mme ROMERO Line, APSH 34  
Pr BRINGER Jacques, Président ERE Occitanie  
Mme DUPRÉ-GOUDABLE Catherine, Directrice de l'ERE-OC  
M. CHAPEL Jean-Olivier C, directeur mutualiste (TOULOUSE – 31)  
M. AYGOBERE Patrick, chef d'entreprise PME (LISLE JOURDAIN - 32)  
M. Patrick CAVAGNE, PCA Promotion

### **Participants sur le territoire de démocratie sanitaire de l'Ariège**

M. DEPLANQUE, UGECAM – Directeur, Président du CTS  
MME PICCININI, IREPS  
M. DELMAS, URPS BIOLOGISTES  
M. CASTAING, CIDOI IDE  
M. POUCHES, coordonnateur CLS COUSERANS  
M. THIEULE, Directeur CHAC  
M. BOUSSEMAERE (représentant M. VIGUIER), Directeur des soins CHIVA

### **Participants sur le territoire de démocratie sanitaire de l'Aude**

M. GREFFIER président CTS et président de la communauté de commune de Castelnaudary.  
M. GUINAMANT, vice-président du CTS et directeur du CH de Carcassonne  
M. BOURDON, directeur de la CPAM de l'Aude  
M BARTHES, directeur du CH de Narbonne  
Dr BOUDET, CH de Narbonne  
Mme GOMEZ, directrice du CH de Castelnaudary  
M. BRIZON, directeur du CH Limoux Quillan  
M. GRAS, président de L'Ordre des infirmiers  
Dr BORRAS, CPTS Narbonne  
Mme BIDEGORRY, Coordinatrice de la MSP du Lauragais  
Dr DRAPEAU, médecin coordinateur  
Mme Laure HUBER MAHOUCI, médiatrice en santé auprès de Médecin du Monde  
Dr CRASSOUS, de l'Association de la permanence des soins ambulatoire (APSA)  
Mme SERGENT, directrice EHPAD de MONTREAL  
M DUMAS, président de l'association d'ambulanciers pour les secours urgents au domicile dans l'Aude (AASUD 11)  
Mme BONETTO, directrice de l'USSAP ASM  
M FAIL, USSAP ASM  
Mme SOUTEYRAND, directrice adjointe de l'AFDAIM  
M RONDET, président de l'APAJH  
M LEGENDRE, Président de la Caisse d'Assurance Maladie de l'Aude.

### **Participants sur le territoire de démocratie sanitaire de l'Aveyron**

Dr CRISTOFARI, Présidente ADMR  
Mme CUSSAC, Présidente de la CPAM  
Mme FRAISSENET, UNAFAM  
M. PANIS, UDAF  
M. PERROT, Directeur CHS Ste Marie  
M. RAYNAL, APF  
M. BERTHIN, FORMS  
M. ALAZARD, Infirmier libéral  
Mme BERTON, Coordinatrice POSAVI (Pole de Santé du Villefranchois)  
M. BONNEMAIRE, Président du CDOI  
Mme DURAND, Infirmière libérale  
Mme LAMOTTE, URPS Infirmier  
Dr VAYSETTES, URPS pharmacien  
M Didier DELABRUSSE, président du CTS

### **Participants sur le territoire de démocratie sanitaire du Gard**

Mme VEZIGNOL, présidente du CTS  
M. Guiraud, vice-président du CTS  
Mme PERSILLET, association des paralysés de France  
M.PONTIER, URPS infirmiers  
Mme STRUBEL, France Alzheimer

M. CHELLOUL, directeur de la CPAM du Gard  
M. VANNIERE, UNAFAM  
M. PRIOUX, association française des diabétiques  
M. SAJUS, directeur du CH de Bagnols  
M. NARDIAS, directeur adjoint du CH d'Alès (dont le directeur général Monsieur Cencic est du , mais excusé)  
Mme LYON, directrice de l'ITEP Le Grézan  
Mme le Docteur ROUX, de l'équipe opérationnelle d'hygiène du CHU de Nîmes  
M. GERAUDIE, directeur de l'EHPAD des Magnans  
M. le Docteur COSTA, de l'URPS médecins ;  
Mme SALLES, directrice du CPI Montaury.

### **Participants sur le territoire de démocratie sanitaire de la Haute- Garonne**

M Yildiray KUCUKOGLU Directeur Clinique des Cèdres CORNEBARRIEU  
M Benjamin GUIRAUD CHAUMEIL, Directeur Clinique Aufréry Pin-Balma  
Mme Marie-Paule CHARIOT, Présidente CME Clinique des Cèdres Cornebarrieu  
M Benoît ZADRO, Directeur du développement et des potentiels Agir Soigner Eduquer Insérer (ASEI)  
Mme Najah AL BAZZOU, Plateforme Santé Précarité Hôpital Joseph Ducuing TOULOUSE  
Mme Geneviève GENEVE, Médecins du Monde  
M. Maurice BENSOUSSAN URPS Médecins  
M. Olivier THIEBAU GEORGES, URPS Médecins  
M Nicolas MACHURET, URPS Masseurs-Kinésithérapeutes  
Mme Nelly FONTANAUD Directrice Réseau Réliance TOULOUSE  
M. Michel DUTECH, MSP de Nailloux  
Mme Sophie RENARD, MSP CARBONNE  
Mme Martine SEMAT, Santé Relais Domicile Toulouse  
M Guy CASTEL, UFC QUE CHOISIR  
Mme Natacha MARTI, Déléguée Départementale FNATH Grand Sud  
Mme Francette DESCLINE, Association Française Myopathie (AFM)  
Mme Claire BOUILHAC, Directrice Adjointe de la Protection Maternelle et Infantile  
M. Bernard BROS, Maire de Carbonne  
M. Bernard GIL, Président du Conseil CPAM 31  
M. Bertrand LE ROY, Directeur Départemental de la Cohésion Sociale de la Haute-Garonne  
Mme Elvire DE ALMEIDA LOUBIERE, Fédération Nationale de la Mutualité Française, Présidente du CTS  
Mme Camille ABADIA, IREPS Occitanie  
Mme Cécile GENOT, Attachée parlementaire  
Dr Jacques BEZ, conseiller en santé publique parlementaire  
M. Pierre CABARE, Député de Haute-Garonne  
M. Pierre-Jean GRACIA, Président de la Mutualité Française Occitanie  
M. Adam CALVET, Association Générale Étudiante de Midi-Pyrénées - AGEMP  
M. Dominique BOURGOIS, mairie de Toulouse  
Mme Véronique DELAGNES-CHARASSON, médecin conseil MSA Midi-Pyrénées Sud  
Mme Valérie PONS-PRETRE, secrétaire générale CHU Toulouse  
M. Michel BOUSSATON, Conseiller Régional

### **Participants sur le territoire de démocratie sanitaire du Gers**

Mme Sylvie LACARRIERE, Directrice CH AUCH  
M. Bernard LANGE, Directeur CRF de St Blancard  
Mme Isabelle GIRON, Directrice SSR Roquetaillade  
M. Soffian BUCHERIE, Directeur FAM les Thuyas MONFERRAN SAVES  
Mme Bernadette DAOUST, Présidente NEOPROXY SAAD Auch  
Mme Gaëlle POUDES, IREPS  
Mme Ingrid LADERRIERE, Directrice ANPAA 32  
Mme Sylvaine TOULEMONDE, URPS Médecins  
M. Jean Marc CASTADERE, URPS Médecins  
M. Pascal MERILHOU, URPS Infirmiers  
Mme Nathalie CHAOUI, Médecin Directeur Réseau Arpège  
Mme Martine LARROCHE, MSP NOGARO  
Mme Anne Marie PRONOST, HAD clinique Pasteur Toulouse  
M. Jacques TUFNER, Président d'honneur FNATH grand sud  
Mme Marie Jeanne INGREGIOLA, Présidente FNATH Grand Sud  
Mme Fernande CARRERE, Génération Mouvement Fédé 32  
M. Benoit COURTIAUD, Directeur de cabinet préfecture  
M. Daniel GESTA, Président du Conseil d'Administration MSA  
M. Michel SESPIAUT, CPAM  
Dr Denis BROUSSE, Délégation Départementale Croix Rouge  
M Sébastien LESTIENNE, APF France Handicap Gers  
Mme Gisèle BIEMOURET, Présidente du CTS

### **Participants sur le territoire de démocratie sanitaire de l'Hérault**

M. Philippe SAUREL, Maire Montpellier, Président Montpellier Méditerranée Métropole, Président du CTS  
M. Marc EGOUMENIDES, URPS Médecins - Vice-Président  
M. Nicolas DAUDE, Directeur Polyclinique St Privat - Suppléant de M. Max PONSEILLE  
M. Frédéric HOIBIAN, Directeur général ADAGES  
M. Jean Marc LARUELLE, URPS Médecins  
Mme Noëlle MARY LLOPIS, APF 34  
M. Jean François SOTO, Maire Gignac  
M. Michel LOPEZ, CAF 34  
M. Régis LAUTREC, Personnalité qualifiée  
M. François BERARD, Directeur adjoint, CHU de MONTPELLIER  
Dr David MORQUIN, Médecine Interne - Maladies Infectieuses et tropicales, CHU de MONTPELLIER  
Dr Jean Christophe CALMES, CPTS Bassin de Thau  
Mme Gaëlle BACOU, IDEL, CPTS de Lunel  
Mme Lucie BOISSEUIL, Directrice, EHPAD Mauguio  
Mme Nathalie BIGEON, IDEL, CPTS Montpellier 1 et Présidente de l'association Secours Infirmiers

### **Participants sur le territoire de démocratie sanitaire du Lot**

Mme Huguette TIEGNA, Députée du lot LREM  
Mme Maryse MAURY, Présidente CTS 46 / Vice-présidence secteur PA/PH CD 46  
Mme Jacquie DESTIC, Administrateur APAJH 46 Secteur PH  
M. Jean Claude AREVALO, Directeur APAJH 46 secteur PH  
M. H. BONNIN, Directeur Territorial APAJH / Fédération Secteur PH  
Mr Jean MALHOMME, Fédération APAJH  
M. Pierre NOGRETTE, Directeur CH CAHORS  
M. David DOMBROWSKI, Gériatre CH CAHORS / Appui Plateforme COVID PA/PH  
Mme. REMI, Médecin CH CAHORS / Appui Plateforme COVID PA/PH  
Mme Béatrice GAILLARD, Directrice EHPAD/SSR La Roseraie  
Dr Olivier DARREYE, URPS Médecin  
Mme. Stéphanie POUMEAUD, Médecin CPAM 46 Centre d'Examen de Santé secteur santé précarité  
Mme Christelle MAZEYRIE, Directrice réseau Icare et PTA 46  
Mme Yolande CAZES, Coordinatrice PTA  
Mme Frédérique YONNET, Directrice générale Institut Camille Miret  
M. Franck ANTETOMASO, Directeur adjoint Institut Camille Miret  
M. Bernard KIERZEK, Président de CME ICM  
M. Frédéric DELMAS, Directeur CH St CERÉ  
Mme. Dominique PENCHENAT, Présidente de CME CH GOURDON  
M. André DELMAS, Association de retraité  
M. Laurent BAILLY, Directeur APMV Centre de santé IDE et SSIAD et Accueil de jour  
M. Raphael LAGARDE, Directeur CH Figeac  
M. Jean Pierre LEMOZI, Président CME CH Figeac  
Mme Laurence ALIDOR, DSD CD 46  
M. Remi BENSOUSSAN, Directeur LOT AIDE A DOMICILE / SAD secteur social aide à domicile  
Mme Claire POUZOLS, Directrice ARSEAA secteur PH  
M. Jean Bernard SOLIGNAC, CDOM Médecin  
M. ROUE, représentant M. DELATTRE CDOI Lot  
M. Xavier CALOIN, URPS IDE  
Mme Danièle FOURNIOLS, représentante Pharmaciens  
Mme ARESANDAUX, directrice EHPAD Robert Durrieu à Bretenoux  
Mme Mathilde COUDERC, Coordinatrice CLS Grand Quercy  
M. Alexandre ALBERT AGUILAR, Coordinateur CLS Grand Figeac  
Mme Delphine SOULIGNAC, Réfèrent Territorial IREPS LOT  
Mme MAYA PALTINAUD, Référente Territoriale IREPS LOT

### **Participants sur le territoire de démocratie sanitaire de la Lozère**

M. Vincent BARDOU, ALLFS  
M. Pierre BERBON, Fédération Départementale Générations Mouvements les Aînés Ruraux  
Mme Patricia BREMON, Conseillère Départementale du canton de Marvejols, Présidente du CTS  
Mme Michèle CASTAN,  
Mme Christine CHARDON, MSP St Chély  
M. Alexandre CHELIAS, CH François Tosquelles

M. Patrick JULIEN, Association Le Clos du Nid  
Mme Brigitte LASSUS, EHPAD villa St Jean  
Mme Marie LAUZE, CD 48  
M. Michel LIBERATORE, Association François AUPETIT (AFA)  
M. Jean-Claude LUCENO, Hôpital de Lozère  
M. Hervé MESLAND, Association des paralysés de France  
M. Alain NOGARET, Centre Antrenas  
M. Jean-Michel POIRSON, DDCSPP  
Mme Stéphanie PONS-LOUVEAU, Sésame Autisme  
M. Didier PUTOD, Hôpital de Lozère  
M. Pierre RADIER, URPS Médecins  
M. Arnaud ROCABOY, Association "Les résidences d'Olt"

### **Participants sur le territoire de démocratie sanitaire des Hautes- Pyrénées**

Dr Jean François MILLET, Président du CTS, CDOM  
Mme Sylvie BENICOURT, Directrice Ehpac Hautacam  
M. Christophe BOURIAT, Directeur Hôpital TLB  
Mme Carole GAVIGNAUX, URPS Infirmiers  
M. Nicolas DATAS TAPIE, Vice-Président de CC des Côteaux du Val Arros  
M. Patrick CAZALA, Président de la CPAM des Hautes Pyrénées  
M. Cyril DUFOURCQ, Directeur de la Polyclinique de l'Ormeau,  
M Henri Régis BLANCHÉ, Invité, CH Lannemezan,  
M. Joël TUECH, Invité, URPS Biologiste,  
Dr Hervé GACHIES, Invité, Médecin Généraliste

### **Participants sur le territoire de démocratie sanitaire des Pyrénées Orientales**

M. DELUBAC, Vice-président CTS et directeur général ELSAN PO/AUDE  
Dr VEDRENNE, MG, représentant URPS/FORMS/CDOM  
M. DELSENI, Administrateur MSA  
M. LE ROCHAIS, représentant France Alzheimer  
M. BLANC, DG Val de Sournia, représentant des ESMS PA/PH privés à but non lucratif  
M. MEDINA, Maire de TOREILLES  
Mme QUES, Union Nationale des Amis et des Parents de Personnes Handicapées Mentales des Pyrénées-Orientales  
M. KELLER, Président de l'ANPA  
Mme GUIBAS, Personnalité Qualifiée  
M. ROUVET, Directeur du CH de Perpignan  
Mme DESMARS, Directrice Adjointe du CH de Perpignan  
Mme PAYRE, Bed Manager de Territoire  
Dr ROUQUET, Directeur du SAMU  
M. COULOMB et M. AULOMBARD, représentant des SAU des cliniques privées  
M. GIBERT, Directeur de la Clinique Mutualiste et représentant FEHAP  
Mme ROGGE, Directrice de la Clinique SSR le Vallespir  
Mme THIBAUT-JOBE, Directrice du GCS Pôle Sanitaire Cerdan  
M. MATHEU, Directeur de la Clinique SSR Supervaltech  
Dr PERRUCHO, Représentant des HAD

M. BOBO, représentant de la MDU, Représentant de la précarité  
Dr Pavageau et Dr Aumaitre  
Dr Bolte, Vice-Président CDOM  
Dr GARCIA, président CME CHP  
M. LEGUEVAQUES, directeur EHPAD Francis Panicot à Toulouges  
Mme ADLER GASTALDI, directrice EHPAD Jean Rostand à St Cyprien

### **Participants sur le territoire de démocratie sanitaire du Tarn**

M. Serge FOURSANS, Directeur CH ALBI  
M. Marc BAILLET, Directeur Polyclinique de Sidobre CASTRES  
M. Gilbert HANGARD, Directeur Clinique Bon Sauveur ALBI  
M. Jean Pierre SCIOLLA, Président CME CH CASTRES MAZAMET  
M. Philippe VANTAUX, Président CME CH LAVAUR ET GRAULHET  
M. Thomas LEMETTRE, Président CME Clinique Claude Bernard ALBI, Président du CTS  
Mme Aurélie PLANCHAT, Directrice Résopolid81 GAILLAC  
M. Claude CORBA, MSP DE LA HAUTE VALLEE DU TORT LABASTIDE ROUAIROUX  
M. Jean-Marie GARCIA, Directeur Délégué Offre en Santé FILIERIS  
M. Etienne MOULIN, Président CDOM 81  
M. Yoro SIDIBE, Association Française des diabétiques (AFD MP)  
M. Jean-Christophe DELAUNAY, France Alzheimer 81  
M. Francis DELON, Union Nationale de Familles et Amis de personnes malades et/ou handicapés (UNAFAM)  
Mme Pascale BERLY, Association des Paralysés de France (APF)  
Mme Pascale REYNAUD-MATTUTZU, Union Départementale des Associations Familiales (UDAF)  
Mme Annie CLOTTE, Présidente du Comité du Tarn de la Ligue Nationale contre le Cancer  
M. Bernard PRADINES, Association Roger Garin  
Mme Isabelle MAS, UNSA  
M. Frédéric GERMAIN, APF France Handicap  
M. Marc BOUDIER, AGAPEI  
M. Guillaume CROS, Vice-Président du Conseil Régional  
Mme Claudie BONNET, Vice-Présidente du Conseil Départemental du TARN  
Mme Isabelle BASSE-FREDON, Médecin Responsable Service PMI  
M. Thierry DUFOUR, Maire du PUYGOUZON  
M. Jean-Pierre DILE, Président du Conseil d'Administration MSA  
M. Bernard BLATERON, Président du Conseil CPAM Tarn  
Directeur Départemental de la Cohésion Sociale et de la Protection des populations (DDCSPP)  
M. Jean-Pierre DILE, Président du Conseil d'Administration MSA  
M. Bernard BLATERON, Président du Conseil CPAM Tarn  
M. Gabriel GUY, Fédération Nationale de la Mutualité Française  
M. Yves DUCHENE

### **Participants sur le territoire de démocratie sanitaire du Tarn et Garonne**

M Laurent GEORGES, Directeur du CH des 2 Rives  
Mme Valérie POUGET-GAZUT, Directrice de l'ASEI  
Mme Christine TAHLAIDES, ADAPEI 82  
Mme Clarisse HEULLAND, ville de Montauban

Mme Jacques CABRIERES, Directeur CHI Castelsarrasin- Moissac,  
Mme Claude PORCHER, Directrice Clinique du Pont de Chaume  
M Ludovic VIART, Président CME Clinique Pont de Chaume,  
Mme Anne BLANDINO PAULIN, URPS médecin,  
Dr Pierre MARDEGAN, responsable du service des urgences/ SAMU centre 15,  
Mme Christine JEAN, Réseau de santé RESO 82,  
M Christophe GEORGES, Directeur Croix Rouge 82  
M Sylvain DUPOUY, responsable psychiatrie infanto-juvénile, CH Montauban  
Mme Chantal MARTINEZ, responsable psychiatre pôle adulte, CH Montauban  
Mme Marie-Christine ROSSIGNOL, CDOM 82,  
Dr Aurélie ROUSTAN, gériatre, réseau GERONTO 82 CH Montauban  
M Stéphane SMAIL, MSP Lavit-Beaumont de Lomagne-St Nicolas  
Mme Laurence GILLARD, MSP de Montech  
Emile BELLOD, MSP de Moissac  
Etienne LASSERRE, Groupe médical de Verdun sur Garonne  
M. Pierre GAUTHIER, Président du CTS

**LISTE DES CONTRIBUTIONS DES FEDERATIONS ET DES INSTITUTIONS  
RECUES EN OCCITANIE**

- 1- Fédération Hospitalière de France
- 2- Fédération de l'Hospitalisation Privée
- 3- FEHAP
- 4- FNEHAD
- 5- URIOPSS
- 6- Mutualité Française
- 7- FNMR Occitanie
- 8- Syndicat national des scientifiques hospitaliers
- 9- URPS Médecins
- 10- URPS des Biologistes Médicaux d'Occitanie
- 11- URPS Infirmiers
- 12- URPS des Sages-Femmes
- 13- URPS Masseurs Kinésithérapeutes
- 14- URPS Pharmaciens
- 15- FORMS
- 16- France Assos Santé Occitanie
- 17- Ligue Contre le Cancer
- 18- UNAFAM
- 19- ATD QUART MONDE
- 20- Fédération Santé et Habitat
- 21- Fédération des addictions