

Médecin d'Occitanie

LE BULLETIN DE L'URPS DES MÉDECINS LIBÉRAUX

N°7 - OCTOBRE 2018



A U S O M M A I R E

LE ZONAGE SANS CONSULTATION

SÉMINAIRE DES INNOVATIONS EN SANTÉ

GRAND TÉMOIN : LE DIRECTEUR DE LA CPAM, MICHEL DAVILA

AU SOMMAIRE

Page 3 :

ÉDITO du président : Demain, les nouveaux médecins

ACTUALITÉS

Page 4-5: Innovation santé : des exemples venus de l'étranger

Pages 5 : Les services offerts par le Site Internet URPS

Page 6 : Dépister l'insuffisance cardiaque

DÉCRYPTAGE

Pages 7 à 10 : MSP d'Occitanie : arrêts sur images

DOSSIER

LA RELÈVE MÉDICALE : LE MÉDECIN NOUVEAU ARRIVE

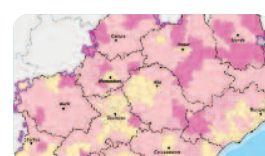
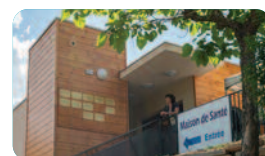
Pages 11 à 15 : la relève médicale

FOCUS

Pages 16-17 : Le zonage vu par l'ARS : sans consultation !

GRAND TÉMOIN

Pages 18-19 : Michel Davila, Directeur de la CPAM de Haute-Garonne



MÉDECIN D'OCCITANIE N° 7 – OCTOBRE 2018

Le bulletin de l'URPS des Médecins – Maison des Professions Libérales
285, Rue Alfred Nobel. 34000 Montpellier – Tél. : 05 61 15 80 90
Fax : 05 61 15 80 99 – urps@urpslrmp.org – www.urps-occitanie.org

ISSN 2556-9414

Directeur de la publication : Dr Maurice BENSOUSSAN

Comité de rédaction et de lecture : Les docteurs Maurice BENSOUSSAN, Michel COMBIER, Jean-Claude LUCIEN, Jean-Baptiste THIBERT, Patrick CONTIS, Jean-Marc LARUELLE, Philippe CUQ, Jean-Christophe CALMES, Olivier DARREYE, Pierre RADIER, Mesdames Camille RICART, Catherine MALGOUYRES-COFFIN.

Rédaction : Luc JACOB-DUVERNET, Odile FRAYE, Pierre KERJEAN, Philippe MEURSAULT, Tirage : 12 500 exemplaires – Maquette et mise en pages : Agence LSP.

Crédit photo : Freepik, LSP – Impression : Imprimerie Ménard

L'ÉDITORIAL

DOCTEUR MAURICE BENSOUSSAN, PSYCHIATRE À COLOMIERS, PRÉSIDENT DE L'URPS ML OCCITANIE

EST-CE QUE LA TECHNOCRATIE SANITAIRE A UN VISAGE ?

Le bruit court de plus en plus insistant : le départ de la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie est imminent. Le temps n'est pas au bilan, car le minimalisme de nos relations avec les services de l'Etat est notre actualité. Certes, quelques-unes de nos initiatives sont soutenues, peut-être même reconnues, mais la plupart de nos échanges s'inscrivent dans le simple formalisme d'un jeu de rôles. Ce n'est pas là le moindre des paradoxes en regard des enjeux sanitaires. Tout se passe dans notre territoire comme si l'Etat n'avait nul besoin d'interlocuteurs. Son savoir des affaires de santé est aujourd'hui abouti, il doit aller droit au but sous le sacrosaint primat de l'économie. Les instances de la démocratie sanitaire pourvoient au dialogue social.

Les plans suivent les lois de santé, l'innovation est le maître mot, comme bâtir un nouveau système de soins, plus égalitaire, plus accessible. Entre autres créations, les plateformes territoriales d'appui à la pratique des médecins généralistes. L'innovation en Occitanie se traduit par un constat : personne n'a pris la peine d'interroger les médecins généralistes pour connaître leur besoin d'appui. Quelle perte de temps ce serait, d'autant que l'agence a sous la main les réseaux !

Par effet d'aubaine, puisque financement il y a, les voilà transformés en plateforme territoriale d'appui, du seul fait de la puissance publique. L'implication des acteurs, le repérage des besoins de terrain, c'est tout simplement inutile. Les médecins n'ont qu'à s'installer dans les déserts, car plus personne ne comprend pourquoi ils ne le font pas !

Que fait-on d'ailleurs pour que les médecins s'installent ? Une série de mesures pensez-bien ! Le zonage en est le modèle, avec la plus grande partie de son périmètre décidée nationalement.

La centralisation ne s'arrête pas là. Son actualité concerne aussi l'hospitalisation privée. L'Etat facilite le regroupement des établissements au point que l'offre hospitalière privée devient la propriété de groupes capitalistiques de plus en plus puissants. Si ce mouvement améliore gestion et rentabilité, son impact sur la qualité de l'offre de soins est insuffisamment évalué. Nous ne voulons pas penser que derrière cette unification des modèles, créant des structures de taille nationale ou internationale, se cache aussi la pratique du pantouflage chère aux polytechniciens.

Ce ne doit pas être le visage de la technocratie. La médecine, même si elle l'exige, ne peut se satisfaire d'une approche purement technique, économique, et gestionnaire. Elle a besoin que les planificateurs, les tutelles, lui permettent de valoriser ses compétences dans les dimensions relationnelles, individuelles et identitaires du soin.



L'URPS des médecins d'Occitanie est de tout cœur avec ses confrères et la population de l'Aude, frappés par la catastrophe naturelle de la mi-octobre. L'URPS apportera son soutien aux médecins en difficulté. Pour cela une ligne téléphonique est mise à leur disposition : le 05 61 15 80 90.

ORGANISÉ PAR L'URPS, UN SÉMINAIRE DE L'INNOVATION EN SANTÉ A DÉBATTU DE L'AVENIR

VOUS AVEZ DIT INNOVATION ?



La réflexion sur les innovations pour améliorer le système de santé fait l'objet de débats au sein de l'URPS – Médecins libéraux. L'Occitanie est une région constituée de nombreux territoires aux conditions diverses et variées qui nécessitent en matière sanitaire des innovations adaptées, échappant à un moule uniforme national ! Fort de ce principe, un séminaire d'une très grande qualité s'est tenu début octobre à Toulouse. Organisé par l'Union régionale sur des innovations qui sont lancées... ailleurs, dans d'autres pays occidentaux, il a été question de retenir les meilleures, et d'essayer d'établir une méthodologie qui permettrait de répondre au mieux aux exigences locales de l'Occitanie.

Il faut refonder le système de santé au niveau de son organisation nationale, estime le Dr Marie-Josée Renaudie, coordonnatrice de la commission Innovation en Santé de l'URPS : « *Mais nous ne voulons plus, dit-elle, d'un modèle rigide à dupliquer sur tout le pays, et donc inadapté dans de multiples territoires. Nous avons conscience que cela passera par des innovations adaptées aux conditions locales.* » La commission a donc décidé d'ouvrir le débat en organisant début octobre un séminaire dont « *le but est la recherche d'une amélioration de notre système. Un système, et c'est notre préoccupation, dont nous souhaitons garder la maîtrise !* » Les participants à ce séminaire sont allés à la découverte des innovations des systèmes de santé des pays environnants au mode de fonctionnement proche du nôtre. « *Ce tour du monde autorise une réflexion conduisant à de nombreuses questions*, explique le Dr Marie-Josée Renaudie. *Ainsi, en confrontant ce qui se fait dans les autres pays avec notre système de santé, qu'est-ce qui nous paraît souhaitable ?* »

Se rendre d'abord au cabinet du généraliste, au cabinet du spécialiste et à l'hôpital relève de l'ancien paysage »

Parmi les spécialistes français qui ont étudié les organisations étrangères et qui ont participé à ce débat, Joseph Tedesco, directeur général du Centre national d'expertise hospitalière (CNEH) s'est penché sur les organisations américaines Obama care. Il a ainsi étudié des expériences très innovantes qui n'ont pas manqué de surprendre l'assistance. L'un des grands problèmes du système américain de prestations de soins est de tout faire porter par les médecins et les hôpitaux. Ainsi, un patient polypathologique verra plusieurs praticiens avec des conséquences fâcheuses :

une redondance des soins, pas de coordination et des soins coûteux. Les professionnels de santé américains ont alors imaginé un nouveau lieu et un nouveau métier. Selon eux, se rendre d'abord au cabinet du généraliste, au cabinet du spécialiste et à l'hôpital relève de « *l'ancien paysage* ». Le nouveau lieu qu'ils ont créé : un centre qui héberge la pharmacie, la clinique, là où se fait le diagnostic, là où se décident les soins coordonnés, la surveillance et les soins prolongés. Comme une gare de triage de la santé, le centre conduit en fonction des besoins le patient vers un spécialiste, une clinique, un cabinet de radiologie.

Pour les patients polypathologiques à la prise en charge difficile, l'extensiviste – ainsi les américains ont-ils appelé ce médecin aux consultations complexes ! –, réalisera une douzaine de consultations par jour de la durée nécessaire, pouvant dépasser l'heure pour une prise en charge globale.

« *C'est un modèle qui a beaucoup d'impact dans le milieu du soin. Cela prouve qu'en la matière, les Américains ont un grand sens de l'initiative*, » dit Joseph Tedesco. Et il ajoute : « *Le rôle d'extensiviste nécessite un large éventail de compétences (il est décideur unique !) et le désir d'une pratique différente. Tous les médecins ne sont pas prêts ou ne sont pas capables d'assumer ce rôle.* » Autant le système anglais est très encadré et est peu adaptable aux pratiques françaises, comme l'a rappelé Amélie Bages, travaillant à la NHS anglaise, responsable du programme quinquennal pour la prestation de soins de santé mentale, autant les innovations américaines retiennent l'intérêt de tous les obser-

vateurs français. Après Joseph Tedesco, c'est au tour de Natacha Lemaire, rapporteure générale du conseil stratégique de l'innovation en santé au Ministère des solidarités et de la santé, d'apporter sa réflexion sur les pays précurseurs et leurs expériences, notamment en coordination de soins. Selon elle, les Américains ont un véritable sens de l'initiative au service de la santé publique que, semble-t-il, n'ont pas suffisamment les Français. Natacha Lemaire a pu observer pendant un an à l'université d'Harvard toutes les organisations Obama Care et a pu apprécier « *un dynamisme très imaginaire qui permet de faire toutes sortes d'innovations.* » Elle en veut pour preuve, dans un système de santé excessivement cher et où un modèle d'exercice de la médecine indépendante est en crise, Medicare qui a une influence grandissante. Ce service d'assurance-santé fédéral pour les plus de 65 ans a réuni des groupes de médecins, des hôpitaux ou autres offreurs de soins pour délivrer des soins coordonnés de haute qualité à leurs patients Medicare. Même s'il ne résout pas les difficultés structurelles du système, ce modèle, où dominent le caractère non obligatoire du programme et la liberté de choix et d'organisation, est attractif pour les médecins indépendants.

Mais finalement quelle définition peut-on donner à l'innovation en matière de santé ? C'est la question à laquelle deux intervenants ont tenté de répondre. Le premier, Dominique Pon, en prenant un seul exemple : après la révolution scientifique, la révolution industrielle, voici venir la révolution NBIC (nanotechnologies, biologie, informatique et cognitive) dont la principale utilisation sera la lutte contre la maladie.

Selon le directeur de la Clinique Pasteur de Toulouse, qui a la direction d'une mission ministérielle sur le chantier numérique de la stratégie de transformation du système de santé, l'innovation sera sans limite, tant en génie biologique ou en génie cybernétique qu'en génie inorganique ou en thérapies et nouveaux traitements. La question que pose Dominique Pon tourne en fait autour de l'intelligence artificielle et du transhumanisme ? Améliorer certains aspects de la condition humaine tels que le handicap, la maladie, la souffrance, le vieillissement ou la mort, pourquoi pas, mais à quel prix ? C'est la raison pour laquelle il estime que le virage numérique en santé, qui peut être au service du patient avec une plateforme personnalisée connectée, doit s'opérer dans un cadre éthique. Plutôt pessimiste (« *on peut craindre le pire en la matière !* »), le directeur de la Clinique Pasteur de Toulouse pense qu'il est encore temps de sécuriser l'espace du patient, à condition qu'une volonté politique accompagne la définition de ce cadre éthique. Second intervenant pour la question originelle de l'innovation, Frédéric Bizard dresse, avant d'y répondre, un tableau sombre du système à la française : un système de santé qui est frappé de crises différentes, qui subit les errements des pouvoirs publics et les échecs des politiques publiques, et qui perd la confiance des citoyens.

L'innovation est disruptive

L'économiste, professeur à Sciences Po, souhaite la refondation d'un nouveau modèle social, avec, dit-il, « *la santé qui est de loin la réforme la plus complexe à opérer sur le plan politique* ».

Parmi les pistes pour une refondation concernant la santé, il faut, à côté d'un nouveau modèle social, une évolution de l'accès aux soins à l'accès à la santé, favoriser l'économie de l'innovation. Il rappelle, si l'on veut s'éloigner des vieux schémas, que « *l'innovation est disruptive.*

Elle offre une solution moins chère, plus accessible, simplificatrice et bouleversant le paysage compétitif et le système économique d'une sphère donnée ». Il complète cette définition en précisant qu'il est « *difficile pour des sociétés leader ou des institutions de réussir à créer ces innovations* ».

Appliquer cette théorie à la santé est complexe, voire hasardeux. Pourtant, on peut le faire, selon Frédéric Bizard, sous quatre conditions : des technologies sophistiquées et simplificatrices (biotech,

nouveaux dispositifs médicaux ou molécules, dispositifs de diagnostics, e-technologies) ; une innovation économique à forte valeur ajoutée ; un nouveau système de valeur ; un régulateur, dont les pouvoirs publics, qui doit mettre en place les conditions financières, techniques et organisationnelles cohérentes, n'entravant pas le changement mais le facilitant. Toutes ces pistes, « *de qualité* », selon le Dr Marie-Josée Renaudie, donneront du grain à moudre aux membres de la commission Innovation en Santé de l'URPS, qui souhaitent sur ce sujet de l'innovation, et particulièrement celle adaptable au territoire d'Occitanie, poursuivre leur réflexion.

Philippe Meursault

SITE INTERNET DE L'URPS

DES SERVICES EN LIGNE DÉDIÉS AUX MÉDECINS

Le site internet de l'URPS-ML d'Occitanie a enregistré pendant l'été des modifications. On pourra découvrir le site rénové en ce début décembre 2018. Parmi ces modifications, un ajout avec la création d'une plateforme de services. Des services au nombre de cinq qui seront proposés aux seuls médecins libéraux d'Occitanie.

Le site internet de l'URPS-ML d'Occitanie se compose dorénavant de deux grandes parties. La première est consacrée à l'actualité du monde de la santé en Occitanie et de la vie de l'Union régionale des médecins libéraux. Ces informations adaptées seront traitées à travers 6 rubriques : *Point de vue*, *Actualités video*, *Travaux de l'URPS*, *Actualités audio*, *L'essentiel de l'actualité* et *En bref*. Cet espace informatif est ouvert à tous.

La seconde partie, réservée aux seuls médecins libéraux d'Occitanie (un code d'accès est nécessaire), leur propose des services qui doivent leur simplifier la vie. Le premier service intitulé *J'entre en contact avec l'URPS* est une plateforme simplifiée d'échanges avec l'Union dont le lien a pour nom *L'URPS me répond*.

Le deuxième service intitulé *J'entre en contact avec la cellule Innovation* est également une plateforme d'échanges avec l'URPS chargée d'accompagner les médecins qui veulent promouvoir un nouveau mode d'organisations de soins (DSPP, PTA, CPTS, MSP et ESP) dans sa mise en place. Le lien a pour nom *L'URPS me soutient*.

Le troisième service intitulé *Je cherche un remplacement, je trouve un remplaçant* conduit au site *Rempla Occitanie*.



Le quatrième service intitulé *Je consulte mon annuaire URPS* est l'annuaire des médecins d'Occitanie. Une cartographie interactive donne les 12 000 adresses de cabinet et les 8 000 mails de l'ensemble de la communauté médicale libérale d'Occitanie.

Le cinquième service intitulé *Je rejoins ma communauté* permet d'aller à la découverte des applications dédiées à l'activité des médecins. Aujourd'hui, l'URPS STORE compte trois applications, deux téléchargeables sur smartphone et une sur tablette.

Odile Fraye

UNE CAMPAGNE DE DEPISTAGE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

INSUFFISANCE CARDIAQUE : PENSEZ E.P.O.F* !

L'insuffisance cardiaque constitue un défi majeur de santé publique. Cette pathologie est peu connue du patient qui n'en mesure pas les dangers, malgré des signes avant-coureurs pouvant le conduire à éviter des cas d'urgence. En cette fin d'année, les professionnels de santé d'Occitanie lancent une campagne d'information.

« La campagne grand public pour dépister l'insuffisance cardiaque a pour objet de mobiliser tout un chacun, aussi bien les patients que les pouvoirs publics qui sont dans une totale ignorance des effets désastreux de cette maladie fréquente », explique le Dr Elisabeth Pouchelon, présidente des cardiologues libéraux d'Occitanie. Les chiffres parlent d'eux-mêmes : près de 11 000 habitants d'Occitanie étaient concernés par la maladie en 2008, et on comptait 12 000 hospitalisations en 2013 et 7 000 décès. « C'est la première cause d'hospitalisation après 65 ans dans tous les pays occidentaux », rappelle le Professeur Michel Galinier, cardiologue au CHU de Toulouse et ancien responsable national de la commission de l'insuffisance cardiaque au sein de la société française de cardiologie. D'où la nécessité du dépistage de la pathologie. Les chances de survie pourraient être grandement améliorées si la maladie était diagnostiquée plus précocement.

Pour cette pathologie, c'est à la base que tout débute : « Le médecin généraliste est le mieux placé pour diagnostiquer une poussée de l'insuffisance cardiaque, car il connaît

bien ses patients, explique le Dr Christian Vedrenne, praticien à Maury dans les Pyrénées Orientales. Dans sa maison de santé pluriprofessionnelle, le médecin appelle à la mobilisation : « Nous avons établi des critères d'alerte de façon à déceler l'insuffisance cardiaque à son début. Avec cette campagne, nous travaillons avec les professionnels de santé qui nous entourent : les paramédicaux, les aides-soignants et les auxiliaires de vie. »

Il faut instiller dans les mémoires l'acronyme EPOF pour éviter des hospitalisations

La campagne veut en effet mobiliser les pharmaciens, les infirmiers et ceux qui interviennent auprès des patients au quotidien pour déceler les symptômes, et enjoindre le patient à consulter au plus vite son généraliste avant d'en arriver à une décompensation cardiaque aiguë. Le médecin traitant organisera ensuite le parcours de soins du patient. Selon Jean-François Bouscarain, président de l'URPS des Infirmiers Libéraux d'Occitanie, « les 16 000 infirmiers de la région qui, chacun, rencontrent 40 patients par jour constituent une très bonne porte d'entrée pour conseiller les malades. »

C'est la raison pour laquelle l'URPS-Médecins Libéraux, l'URPS-infirmiers, l'Ordre régional des



Pharmaciens, l'association des cardiologues Catalano-Occitans, le CHU de Montpellier et de Toulouse vont communiquer ensemble afin de traquer les symptômes chez les sujets à risque en impliquant, via les supports de cette campagne, les professionnels en relation régulière avec eux.

Repérer les symptômes, au nombre de quatre, permet d'améliorer le processus évolutif. Il s'agira donc d'instiller dans les mémoires l'acronyme EPOF. E comme essoufflement, P comme prise de poids, O comme œdème des membres inférieurs et F comme Fatigue.

Penser à ces signes évocateurs de la maladie évitera des hospitalisations en urgence. « À l'heure de l'exercice médical coordonné que l'on veut promouvoir, il n'y pas de meilleure preuve que ce travail en équipe pour combattre l'insuffisance cardiaque », conclut le Dr Christian Vedrenne.

Philippe Meursault

*E comme essoufflement, P comme prise de poids, O comme œdème des membres inférieurs et F comme Fatigue.

ÉVALUATION DES MAISONS DE SANTÉ PLURIPROFSSIONNELLES



MSP D'OCCITANIE : ARRÊTS SUR IMAGES

Les maisons de santé pluriprofessionnelles se sont installées petit à petit dans le paysage sanitaire français. D'une vingtaine sur le territoire national en 2008, le nombre des MSP a dépassé le millier cette année. L'Occitanie en compte 124. Il a semblé temps à l'URPS de saisir une image de ces établissements régionaux de soins de premier recours pour apprécier le ressenti des médecins dans leur condition d'exercice et analyser les difficultés que les MSP rencontrent afin de permettre aux médecins qui souhaitent en créer d'éviter certains écueils.

« Plusieurs projets de maisons de santé pluriprofessionnelles se sont retrouvés en grande difficulté devant le manque de préparation et de concertation entre les professionnels de santé, les élus, l'ARS et l'URPS », dit le Dr Bruno Gay, responsable de la commission MSP organisations des soins primaires de l'URPS. « Pour exemple, une MSP

permettre, entre autres, une continuité des soins organisée.

« Dans la région des Corbières, aux alentours de Lézignan, il y a cinq médecins, dont trois âgés de plus de 60 ans, un de plus de 50 ans », poursuit le Dr Bruno Gay. Il ajoute : « un jeune médecin devrait normalement s'installer dans une maison de santé à Trèbes

nécessité de s'organiser et de changer les méthodes de travail. »

Des maisons médicales qui souhaiteraient être labellisées, des maisons de santé pluriprofessionnelles qui décollent difficilement, d'autres qui tournent parfaitement, le profil des MSP en Occitanie reste à dessiner. Ayant fait de nouveaux modes d'organisation territoriale en santé une de ses priorités, l'URPS a décidé de faire un état des lieux de ces maisons à travers une étude confiée à deux cabinets de consultants toulousains (voir encadré page 9).



dans les Corbières se retrouve avec un seul médecin pour exercer alors que quatre médecins proches de la retraite exercent seuls dans un rayon de 10 km. » Aux yeux du généraliste, le regroupement de ces médecins dans une CPTS paraîtrait logique pour l'amélioration de leur condition de travail et

qui est actuellement vide. Mais il est terrifié à l'idée de rester seul, et souhaiterait que les cinq médecins viennent s'installer dans cette maison. Je suis en contact avec eux. Il faut absolument que nous nous réunissions tous ensemble. Un des rôles de l'URPS est d'expliquer, encore et encore, l'impérieuse

UNE LETTRE ADRESSÉE AUX MÉDECINS

« Au sujet de cette étude, nous parlons d'état des lieux, il s'agit plutôt d'un point d'étape, commente le Dr Jean-Louis Bensoussan, 1er vice-président de l'Union des médecins libéraux. Quant au Dr Michel Combier, secrétaire général de l'URPS, il se veut rassurant : « cela ne veut pas dire que nous voulons donner des labels ou des notes aux MSP ».

SUITE PAGE SUIVANTE >

MSP D'OCCITANIE : ARRÊTS SUR IMAGES

> SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

C'est sans doute la raison pour laquelle il a fallu convaincre des élus de l'Union et certaines MSP qui n'étaient pas favorables à l'étude. Maurice Bensoussan et Bruno Gay ont informé ces médecins au travers d'un courrier pour leur expliquer que leur participation à cette étude était essentielle.

« Mieux connaître les MSP à travers des résultats quantitatifs, savoir comment elles fonctionnent, apprécier le ressenti des médecins dans leur condition d'exercice, la prise en charge des patients et la coordination du parcours de soin, et aussi faire remonter les difficultés que les MSP rencontrent ou qu'elles ont rencontré au moment du montage des projets, tels sont, dans les grandes lignes, les objectifs poursuivis par cette étude, dit le Dr Bruno Gay.

Il s'agit également de voir si, face au refus des jeunes médecins de s'installer dans un cabinet isolé, la MSP constitue la seule réponse, ou pour le moins la solution qui prédomine. « Je ne vois pas comment un jeune dans quelques années, pourrait accepter de s'installer autrement que dans une maison de santé ? », questionne Michel Combiér, et

d'ajouter : « Durant ma carrière, j'ai connu les trois solutions : le cabinet de groupe, le cabinet où je travaillais seul et la maison médicale qui est, selon moi, la solution la plus confortable ». Bruno Gay est du même avis : « dans cinq ans, il n'y aura plus de médecin dont l'exercice sera solitaire, 50 % des médecins seront vraisemblablement dans des MSP ». Jean-Louis Bensoussan est plus réservé : « Je ne veux pas mettre en avant la maison de santé pluriprofessionnelle comme la solution, je préfère parler d'exercice en équipe, que cela soit dans une MSP ou dans une CPTS.

Aujourd'hui, on compte un peu plus de 1 000 MSP sur tout le territoire français.

Nous avons atteint un plafond de verre, et nous n'irons pas beaucoup plus loin en termes de nombre de maisons de santé pluriprofessionnelles, c'est-à-dire des professionnels réunis sous un même toit pour un même projet.

En revanche, les exercices en équipe sur un territoire au travers des CPTS vont se développer. J'estime plutôt que la moitié des généralistes seront, dans cinq ans, en CPTS, ce qui n'empêchera en rien que certains médecins seront seuls dans leur cabinet, que d'autres seront réunis au sein d'un même cabinet et seront voisins d'une MSP, mais tous travailleront sur un territoire pour un projet médical porté par les professionnels eux-

mêmes. »

UN DES ÉLÉMENTS DE LA PANOPLIE

Cet objectif semble partagé par tous les membres de l'URPS, même si, comme on le voit, certains divergent sur le mode d'application. Car, derrière cet objectif se dévoilent la problématique des urgences, celle des soins non programmés, et celle de toute l'activité médicale au niveau d'un territoire. La population attend des médecins qu'ils soient présents et qu'ils continuent d'assurer un service pour tous. « C'est à l'échelle d'un territoire et au niveau d'un travail global en

équipe qu'on peut répondre à cette demande, souligne le Dr Jean-Louis Bensoussan, et de répéter : « ce n'est pas au seul niveau d'une MSP aussi jolie soit-elle ! La maison de santé pluriprofessionnelle n'est qu'un des éléments de la panoplie de l'exercice médical en équipe. »

L'enquête se déroulera sous la forme de deux questionnaires, le premier adressé à 500 médecins des 124 MSP que compte l'Occitanie, le second aux responsables des maisons de santé. Cette enquête quantitative sera doublée par la suite d'une enquête qualitative qui permettra d'affiner un premier bilan.

« En mettant en exergue les besoins, les résultats vont, selon le Dr Michel Combiér, forger notre expertise pour les nouveaux programmes. » En effet, l'analyse des résultats de l'enquête va aider les porteurs de projets à accélérer leur mise en route et ils lèveront plus aisément les obstacles.

ON COURT À LA CATASTROPHE

« Il nous faut aider les médecins qui préparent des projets de MSP. Ils sont un peu perdus. Pour obtenir une labellisation, le chemin est long. Pourtant, le jeu en vaut la chandelle. L'attractivité financière n'est pas neutre », dit le Dr



UNE ÉTUDE IPSO FACTO POUR UN PANORAMA PRÉCIS DES MAISONS DE SANTÉ D'OCCITANIE LES MSP VONT SE DÉVOILER

Pour faire un état des lieux exhaustif des maisons de santé pluriprofessionnelles en Occitanie, l'URPS-ML a fait procéder à une analyse quantitative par le biais de deux questionnaires. Une immersion en profondeur dans ces établissements de soins d'un genre nouveau qui devrait livrer des renseignements in situ tant sur l'importance croissante du travail en équipe, de la coordination interprofessionnelle et de la traçabilité des informations.

Deux jeunes cabinets toulousains se sont associés pour mener l'évaluation des maisons de santé pluriprofessionnelles d'Occitanie. *Ipsa Facto* est structure coopérative de conseil et formation sur le champ de la santé et du social, et le *Lisst* est un laboratoire de recherche qui associe des géographes spécialistes de la ville, des sociologues et des anthropologues.

Ils ont élaboré deux questionnaires assez fournis qui montrent déjà en soi l'intérêt de la démarche. Fabriqués à l'issue d'une première enquête qualitative auprès de MSP, on perçoit déjà la richesse des résultats à venir : « C'est la première fois qu'on entreprend une telle étude en Occitanie », explique Delphine Leturgie, consultante d'*Ipsa Facto*.

« Comme nous partons de zéro, nous sommes obligés d'être exhaustif. Nous avons besoin d'un maximum de données, donc il nous faut un maximum de réponses. Les questionnaires sont donc très complets. » Ainsi le questionnaire adressé aux 500 médecins qui travaillent dans les maisons de santé comporte pas moins de 40 questions, et le questionnaire adressé aux 124 structures grimpe aux 75 questions !

Les enquêteurs recherchent les motivations des acteurs de ces MSP, leur implication dans les projets, les difficultés rencontrées, les éléments facilitants, les satisfecit qu'ils adressent aux uns et aux autres, l'intérêt du système d'information sur lequel ils s'arrêtent un moment, la valeur de l'accord conventionnel interprofessionnel, les apports de la maison de santé, la balance satisfaction et insatisfaction tant en matière de qualité du travail et de vie que du service rendu aux patients.

Dans le questionnaire consacré aux structures, les enquêteurs passent au crible le profil de la MSP de manière très pointue (lieu, hommes, matériels, procédures, gouvernance, règlement intérieur, échanges internes, projet de santé, financement, SI). *Ipsa Facto* a adressé les questionnaires à la mi-octobre, les premières réponses devraient tomber mi-novembre et « on devrait disposer avant la fin de l'année, explique Delphine Leturgie, d'une photographie à l'instant t qui autorisera la lecture d'un panorama précis des MSP d'Occitanie. »

Pierre Kerjean



> SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

Bruno Gay.
Ainsi une aide immobilière peut être octroyée à condition d'être en zone prioritaire, ainsi qu'une aide dite ACI (accord conventionnel interprofessionnel). Ces aides reposent sur des critères socles et des critères optionnels. « Vous gagnez des points, explique le généraliste de Trèbes, si vous avez un secrétariat, si vous faites des réunions de concertation pluriprofessionnelle, si vous avez un service informatique sur serveur partagé. Avec suffisamment de points, vous pouvez obtenir annuellement 80 000 € pour la structure, ce qui permet généralement de payer un coordonnateur, qui est un nouveau métier de santé. »
Le maître-mot reste donc l'organisation. « Si les médecins ne se réorganisent pas, on court à la catastrophe », dit le responsable de la commission MSP organisations des soins primaires de l'URPS. Selon lui, il faut créer au plan départemental des cellules auxquelles participent l'URPS, l'ARS, l'Assurance Maladie, et la FORMS (Fédération Occitanie Roussillon des Maisons de Santé). « Ces quatre acteurs doivent travailler ensemble de manière régulière pour pister les zones en péril et promouvoir une autre façon de travailler. Et c'est un problème à résoudre d'urgence », conclut-il. L'analyse quantitative des maisons de santé pluriprofessionnelles d'Occitanie constitue un pas supplémentaire dans ce sens.

Luc Jacob-Duvernay

DES MÉDECINS SUR DES STARTING BLOCKS

QUAND LA MAISON DE LAISSAC DEVIENDRA GRANDE

« Notre souhait est qu'on nous livre la MSP clé en main ! » À Laissac, en plein Aveyron, c'est effectivement un rêve que des médecins caressent. Ils ont tout (le lieu, les acteurs, la volonté) pour obtenir l'agrément de l'administration de la santé afin de lancer une maison pluriprofessionnelle. Mais le temps leur manque.



114, avenue de Rodez, à deux pas du foirail de Laissac, le 2^{me} marché aux bestiaux de France

Quatre médecins généralistes, âgés de 57, 59, 60 et 70 ans ! Et aussi deux kinésithérapeutes (un couple), deux orthophonistes, une psychologue, un ostéopathe, deux podologues, une sage-femme, deux cabinets d'une dizaine d'infirmières ! Tous réunis dans une maison médicale qui a été construite il y a moins de dix ans, et dont les murs ont été récemment rafraîchis de peinture blanche, au 114, avenue de Rodez, à deux pas du foirail de Laissac, le deuxième marché aux bestiaux de France. Dans cette petite commune d'Aveyron de 1 600 habitants, les habitants apprécient « la maison des médecins », sans savoir si cette maison médicale est une MSP ou non. À vrai dire, ils s'en moquent, seul compte le service que leur offrent les professionnels de santé laissaguais. Le Dr Jacques Sudres, lui, ne s'en moque pas. Le médecin généraliste aimerait qu'elle devienne rapidement une maison de santé pluriprofessionnelle, et donc être adoubée par l'ARS d'Occitanie. Sauf que les médecins – pour faire court – n'ont pas une minute pour étudier les dossiers qu'on leur demande de remplir afin d'obtenir l'agrément, ni pour réunir un soir de la semaine les quinze professionnels de la maison et réfléchir ensemble sur le mode d'organisation de l'établissement. Un mode qu'ils n'ont pas encore trouvé aujourd'hui : « Nous avons des journées longues, de 8h du matin à 8h du soir et plus. Il est difficile de nous investir pour mettre en forme ce projet. A priori nous voulons le faire. Qui plus est, nous allons changer bientôt le logiciel médical de façon à ce qu'il soit compatible avec celui des infirmières, ce qui va dans le sens de l'histoire d'une MSP. Mais pour l'instant

nous ne sommes pas rentrés dans le vif du sujet », explique le Dr Jacques Sudres. Les quatre médecins généralistes de Laissac ont par ailleurs des contacts réguliers avec deux médecins de Gages, une petite commune à 10 kms de Laissac, avec lesquels ils partagent sur leurs ordinateurs les dossiers de tous leurs patients. « C'est vrai que nous réfléchissons à monter une CPTS dans notre région. Cela nous rendrait plus efficaces et sans doute plus forts. Aujourd'hui, par exemple, nous avons des craintes avec les changements des secteurs de garde qu'on veut nous imposer. Sans doute, en étant mieux organisés, nous pourrions appréhender les choses différemment. » Pour l'heure, c'est la MSP qui constitue l'objectif. « Créer une MSP, c'est bien sûr recevoir des subsides, mais c'est surtout travailler en équipe », dit Jacques Sudres. C'est ce qui a motivé Marie-Agnès Caurier. La psychologue, originaire d'Aveyron, qui a passé une grande partie de sa carrière en Touraine avec son mari pédiatre, s'est installée définitivement à Laissac, il y a plus d'un an, et a intégré la maison médicale : « Je ne pouvais pas travailler à l'ancienne, dans mon coin, dit-elle. J'avais besoin d'échanger avec d'autres professionnels. Et dans un milieu rural, il est difficile d'ouvrir seul un cabinet quand on est psychologue. Les patients ne veulent pas que leurs voisins sachent qu'on vous consulte. Se rendre dans une maison de santé qui compte une quinzaine de professionnels préserve l'anonymat. » La recherche de liens plus nets entre praticiens et une coordination mieux établie constituent aux yeux de Marie-Agnès Caurier les principales raisons pour créer une MSP et ainsi « monter un projet commun pour une meilleure prise en charge des patients ». Et elle ajoute : « Nous sommes dans un même lieu, nous accueillons la même population. Rien n'est meilleur pour le patient que de nous coordonner. Une coordination que le Dr Jacques Sudres appelle de ses vœux : « Pour attirer les jeunes à Laissac qui va voir ses médecins actuels partir bientôt à la retraite, nous devons nous organiser, et nous coordonner plus clairement... sinon les jeunes médecins ne viendront pas ».

L.J.D.

DOSSIER

LA RELÈVE MÉDICALE



OPÉRATION SÉDUCTION POUR ATTIRER LES JEUNES MÉDECINS

« Ce ne sera pas un maelstrom, dit Michel Combier, secrétaire général de l'URPS, mais dans les cinq ans qui viennent, ça va bouger fortement dans le monde médical ! » Avec les départs à la retraite, le nombre de médecins libéraux diminuera dans un premier temps, le nombre de remplacements va également décroître. Parallèlement, les jeunes vont arriver, faut-il encore que cette arrivée de sang neuf se concrétise par des installations en nombre ! Pour comprendre quels choix feront les nouveaux médecins, il est bon de prendre en considération leurs aspirations, la profonde modification des mentalités qui traverse l'univers médical et l'attractivité que sauront développer leurs aînés pour que ces jeunes les rejoignent.

■ LE JOUR OÙ LES ÉTUDIANTS ENTRERONT DANS LA CARRIÈRE

La relève médicale se fera à l'image des jeunes médecins

page 12

■ ANNE LA THÉSARDE S'INSTALLE POUR LA PREMIÈRE FOIS

Sans d'états d'âme et beaucoup de passion

page 13

■ CE QUE DISENT D'ELLES-MÊMES LES NOUVELLES COHORTES

Le médecin nouveau arrive !

page 14

■ DÉSERTIFICATION ET COERCITION À L'INSTALLATION

Les idées folles, les idées fausses vues par le Collège de médecine générale

page 15



LE JOUR OÙ LES ÉTUDIANTS ENTRERONT DANS LA CARRIÈRE

LA RELÈVE MÉDICALE DES JEUNES MÉDECINS SE FERA À LEUR IMAGE

Les jeunes médecins ne travailleront pas demain comme leurs aînés. Derrière cette évidence sur la relève médicale d'aujourd'hui et dans un proche avenir, il y a une assertion plus précise : moins attirés par le mode de vie des médecins plus âgés et craignant les profondes modifications qui redessinent la carrière, nombreux seront ceux qui ne voudront pas s'installer en libéral ou, s'ils le font, le plus tard possible. Pourtant, il semble impératif, aux yeux des membres de l'URPS, qu'ils fassent un choix immédiat pour conforter leur position future et résoudre pour partie les problèmes de démographie médicale. L'installation est l'enjeu de la relève médicale. Il va falloir d'abord, dit-on à l'URPS, que cette relève se fasse véritablement et que ceux qui y participent la fassent à leur image à partir de la manière dont ils voient le monde.

S'il y a bien un point sur lequel tous les médecins âgés s'accordent est le jugement qu'ils portent sur la compétence et le savoir des jeunes qui constituent les nouvelles cohortes d'étudiants en médecine. « Ils ont un haut niveau scientifique et sont totalement en lien avec la société actuelle selon un modèle foncièrement différent de celui qui a été le nôtre. Ce qui est normal et légitime », explique le Pr Stéphane Oustric, médecin généraliste, professeur des universités. En écho, le Dr Jean-Louis Bensoussan souligne : « Nous avons des jeunes bien formés et particulièrement compétents, au sens qu'ils ont acquis non seulement des connaissances comme cela était notre cas, il y a près de quarante ans, mais aussi des compétences ce qui n'était pas notre cas. Nous n'avions aucune capacité quand on sortait de l'hôpital et de la faculté. Pour ces jeunes, cela est dû aux bienfaits des stages qu'ils font dans nos cabinets et que nous, nous ne faisons pas. » Stéphane Oustric confirme : « À l'issue des études, ils font des stages durant trois ans, dont deux

chez les généralistes durant lesquels ils sont mis en situation. Nous, nous avons un voire deux ans de stages et uniquement à l'hôpital. » Alors ces jeunes seraient-ils donc le sel de la terre médicale, prêts à relever le gant pour faire reculer la désertification sanitaire, en remplaçant parfaitement les anciens qui partent ou qui vont partir à la retraite ? Malgré les compliments qu'ils leur adressent, les anciens émettent quelques réserves et soulèvent quelques inquiétudes : « Le problème de la relève chez les jeunes, c'est la frilosité devant l'installation, dit le Dr Michel Combier. C'est générationnel, les jeunes sont changeants. Auparavant, tout était plus simple, on faisait des études, on trouvait un endroit où on se posait professionnellement et on ne bougeait plus. Cette période est finie. Pourquoi les jeunes médecins auraient-ils un comportement différent des jeunes ingénieurs, des jeunes artisans, des jeunes commerçants... ? Placée au cœur de la mondialisation, la nouvelle génération va vers un monde ouvert.

Naguère, le métier de médecin était celui autour duquel s'articulait toute la vie du couple, de la famille, des enfants, du patrimoine. Ce n'est plus vrai. Ce changement sociétal entraîne une instabilité sur le maintien sur place et le recul devant l'installation. »

UN EFFET D'ANNONCE POLITIQUE

Avant de s'attaquer à ce problème central, il faut considérer la relève selon des critères temporels. Deux échéances : la relève dans ces 10 prochaines années, et la relève au-delà. Selon le Dr Jean-Louis Bensoussan, « quand on parle aujourd'hui de la fin du numérus clausus, les effets se feront ressentir dans dix ans. » Un numérus clausus qui fait l'actualité, ce qui ne manque pas d'agacer plus d'un médecin : « la fin du numérus clausus est un effet d'annonce politique, estime le vice-président de l'URPS. Quel que soit le nom que l'on donne à cette réforme, on ne pourra pas accepter 3 000 étu-

dants en deuxième année s'il n'y a que 500 places dans un amphithéâtre et dans des services hospitaliers. Nous sommes dans l'hypocrisie la plus totale. On fait croire à l'opinion publique que la fin du numérus clausus va régler le problème de la démographie médicale. » C'est également l'avis de Marc-Olivier Deplaude, chargé de recherche en sociologie à l'INRA : « La fin du numérus clausus n'aura aucun effet sur les déserts médicaux. Les universités qui forment déjà le plus de médecins sont situées dans les régions les plus denses en médecins, et les médecins s'installent généralement dans la région où ils ont fait leur troisième cycle. » En fait, on a touché, depuis 6 ans, au numérus clausus en remontant la barre de sélection : « toutes les courbes ont montré que dans 10 ans, c'est-à-dire autour de 2030, la démographie va remonter sous l'effet d'un numérus clausus beaucoup plus large, dit Jean-Louis Bensoussan. Si nous conservons le même numérus clausus que celui d'aujourd'hui, nous aurons une remontée du potentiel d'installation. Est-ce qu'on va donner envie pour



autant aux jeunes médecins de s'installer en libéral dans les 10 ans qui viennent ou continuer à les laisser partir dans des emplois salariés, voire les laisser partir à l'étranger ? » Toutes les décisions à prendre maintenant tournent autour cette question. Comment réussir cette relève en offrant aux jeunes médecins des conditions d'installation en libéral suffisamment attractives ? Selon les élus de l'URPS, les annonces gouvernementales faites récemment vont, semble-t-il, dans le bon sens : favoriser la mise en place des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) où les médecins pourront exercer à l'échelon d'un territoire et s'organiser entre eux, avec le renforcement d'un deuxième niveau constitué par les hôpitaux de proximité, tout en redonnant à l'hôpital et au CHU sa place de troisième niveau. « Nous sommes bien dans une approche politique dont les effets doivent donner envie aux jeunes de s'installer, souligne le Dr Jean-Louis Bensoussan. Si on ne fait pas cela, les jeunes médecins ne viendront

pas. Dans les cinq ans qui viennent, ils auront des opportunités de salariat énormes, ils vont prendre ces postes, et ils ne nous remplaceront pas dans les cabinets de libéraux. » Il y a donc un énorme travail pédagogique auprès d'eux à entreprendre. Les aînés en sont conscients. Il s'agit d'être très explicite : « En somme, il faut dire au jeune médecin qui sort de ses études qu'il va être heureux dans son travail, qu'il ne va pas être harassé par les tâches administratives, qu'il pourra travailler en équipe dans un territoire et pas forcément dans une maison de santé, qu'il aura des assistants pour venir l'accompagner dans ces consultations, et qu'il ne sera pas obligé de travailler de 8h à 21h tous les jours pour gagner sa vie. Nous nous faisons plaisir, nous vieux médecins, en disant qu'ils vont travailler moins que nous, alors que tous, nous avons levé le pied, nous prenons des vacances plus longues, nous prenons une journée libre dans la semaine. Au regard de notre activité d'aujourd'hui, nous aussi, nous avons évolué. »

SUITE PAGE SUIVANTE >

ANNE LA THÉSARDE S'INSTALLE POUR LA PREMIÈRE FOIS

SANS ÉTATS D'ÂME ET BEAUCOUP DE PASSION

Un parcours étonnant pour cette jeune femme médecin, fraîche émoulue de l'université toulousaine ! Après la kinésithérapie, l'exercice d'un métier, elle reprend des études et devient généraliste. Pourtant, elle dit ne pas se sentir différente des autres étudiants qui entrent dans la vie active.

À l'entendre et pour ceux qui la connaissent, Anne fait avec entrain tout ce qu'elle entreprend. « Je fonce ! », dit-elle de façon lapidaire. Et il faut user des ruses de sœurs pour la faire parler d'elle, ce qu'elle semble détester. Cette femme de 35 ans a passé sa thèse de médecine fin septembre à Toulouse et s'installe début novembre dans un village du Nord-Aveyron. La qualité de son travail universitaire sur le dépistage systématique des *chlamydiae tachromatis* avant la pose d'un stérilet lui a valu une mention très honorable, et lui permet de participer au concours de thèse pour la médaille d'or. Elle n'a pas eu d'états d'âme pour s'installer aussi vite : « Je n'avais pas envie de faire des remplacements. Quand on a des patients, on a envie de les suivre dans la durée. »

À l'origine, la médecine ne l'intéresse pas, plus exactement elle est indifférente aux études médicales et au métier. Sportive, Anne préfère se tourner vers la kinésithérapie. À 23 ans, elle a fini ses quatre années d'études et va exercer pendant deux années. Et c'est à 25 ans qu'elle tombe amoureuse de Pierre, originaire de Castres, son conjoint actuel avec lequel elle aura 2 enfants et parallèlement elle tombe amoureuse de la médecine. Le jeune homme étant étudiant en troisième année, ceci explique peut-être cela. Elle va se lancer dans ces études médicales qui paraissent plus longues lorsqu'on a passé 25 ans, mais elle est toujours sereine et décidée ! « Reprendre des études n'a pas été très compliqué. Même après avoir travaillé. Cela a été un réel plaisir. » Durant les septième, huitième et neuvième années, elle fait comme tous les étudiants d'aujourd'hui qui se destinent à la médecine générale trois années de stages dans des cabinets de généralistes, deux à Toulouse dont une MSP et un à Val Thorens : « un vrai bonheur ! J'ai découvert le métier avec des gens merveilleux, passionnés. Cela m'a donné envie de faire un travail d'équipe en libéral. Il était hors de question de travailler de façon solitaire. » C'est l'avis, selon elle, de tous les jeunes médecins de sa génération qui « ne veulent pas travailler seul. C'est rassurant de travailler en groupe, pour les gardes, pour un congé maladie. C'est enrichissant d'avoir des échanges parce que chacun apporte des spécificités dans des domaines très divers. Tout le monde en profite, autant les patients que les médecins. » Bien avant Noël, Anne ouvrira donc son cabinet avec Pierre dans ce village dont elle est originaire et où vivent ses parents. Créer une MSP, participer à une CPTS, pourquoi pas, elle se dit ouverte à tout. Elle explique simplement qu'il faut avancer, ne pas attendre, s'installer et soigner. S'il y avait un message qu'elle aimerait faire passer à ses contemporains, il tient en un mot : « Foncez ! » Luc Jacob-Duverniet



LE JOUR OÙ LES ÉTUDIANTS ENTRERONT DANS LA CARRIÈRE

> SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

CE QUE DISENT D'ELLES-MÊMES
LES NOUVELLES COHORTES
LE MÉDECIN NOUVEAU
ARRIVE !

L'exercice médical vu par les jeunes médecins est bien différent de celui que les aînés avaient envisagé et qu'ils ont vécu par la suite. Un nouveau profil de médecin se dessine.

Au moment d'entamer la dernière année d'internat, un étudiant en médecine générale sur six indique ne pas encore avoir arrêté de choix (*). Les autres se disent attirés avant tout par une activité libérale : les deux tiers des futurs médecins veulent en priorité opter pour ce mode d'exercice, alors qu'ils envisagent un peu moins fréquemment une activité mixte et que le salariat exclusif ne constitue une option ou une priorité que pour un tiers d'entre eux, voire un peu moins.

Les étudiants qui se destinent à une activité libérale se distinguent très nettement de leurs aînés en ce qui concerne le cadre dans lequel ils souhaitent exercer leur profession. Ils sont de façon très majoritaire intéressés par l'exercice en cabinet de groupe, mais aussi, dans une moindre mesure, par des activités de remplacement et un exercice en maison de santé. Travailler seul dans son propre cabinet est en revanche une perspective que la majorité des étudiants rejette.

Quelles sont les raisons de cette appétence pour l'activité libérale ? Arrivent en tête l'autonomie et l'absence de hiérarchie, puis viennent ensuite la qualité de vie et de travail (ils revendiquent la volonté de travailler dans une ambiance agréable, en groupe avec un vrai souci de coordination) et la possibilité d'assurer une continuité des soins pour leur patientèle.

Ce qu'ils ne veulent surtout pas est que la charge de travail impie sur la vie de famille : ils veulent concilier vie professionnelle et vie privée, ils militent pour une forme d'épanouis-

sement. Ils ne veulent pas non plus de temps administratif trop important. Sans pour autant envisager de passer aux 35 heures et réclamer le confort que l'on prête à l'hôpital, ils souhaitent des horaires moins élevés que ceux que pratiquent leurs aînés, et des congés plus longs. Et la hauteur de la rémunération n'est pas la première de leur préoccupation, le volet financier étant rarement mis en avant. L'épanouissement personnel et professionnel étant, comme on l'a vu, un des principaux critères, 66 % des étudiants interrogés se disent prêts à cesser d'exercer la médecine s'ils risquent le syndrome d'épuisement professionnel ou si les conditions d'installation sont durcies. Ainsi les jeunes médecins se disent désormais prêts à renoncer à la profession de médecin d'ici les prochaines années pour différentes raisons majoritairement liées à l'évolution des conditions d'exercice. Enfin ils ne considèrent pas l'hôpital comme leurs aînés : les futurs médecins semblent séduits par l'exercice mixte privé-public, qui permet de garder un pied dans le milieu hospitalier où le travail en équipe apporte une autre forme de stimulation intellectuelle. Ce qui ne signifie pas pour autant que les internes envisagent de désertier l'exercice ambulatoire pour se réfugier à l'hôpital. Bien au contraire.

Pierre Kerjean

(*) Toutes ces données sont issues de différentes enquêtes dont un sondage du Syndicat des internes des hôpitaux de Paris (SIHP) publié en juin 2013 et une enquête auprès des internes en médecine générale menée par l'Observatoire Régional de la Santé d'Alsace et l'ARS d'Alsace en juillet 2016.

IL NE FAUT
PAS ATTENDRE
POUR S'INSTALLER

Le Pr Stéphane Oustric les rencontre quotidiennement. Durant ses cours avec les internes, il n'hésite jamais à évoquer avec eux la question de l'installation : « Il faut savoir les accueillir, dit-il, savoir créer les conditions de leur installation à nos côtés. Ils vont nous apporter énormément d'habileté dans l'exercice, ils construiront des contraintes axées avant tout vers une qualité de vie pas uniquement professionnelle mais également personnelle. Il nous faut répondre à leur besoin de regroupement de professionnels d'activités pluridisciplinaires, leur souci de disposer de nouvelles organisations de soins sur le territoire. Tout ceci va changer les paradigmes de l'exercice médical en soins premiers. »

Ce professeur des universités a même un slogan qu'il rabâche avec constance. « Nous devons leur dire : « N'ayez pas peur, ayez confiance ! Ayez confiance dans votre métier, installez-vous pleinement, accueillez à bras ouvert cet exercice médical, et profitez de votre métier. » Ils ont des craintes de ne pas profiter de la vie. Pour construire une carrière, un parcours de vie personnelle et professionnelle, il est également nécessaire de construire des contraintes. S'ils veulent l'apprendre à leur patients, il faut aussi qu'ils se l'appliquent à eux-mêmes. Par cette élaboration de contraintes, ces jeunes médecins vont en tirer de nombreuses satisfactions. »

Stéphane Oustric fait le pari qu'une fois qu'ils auront basculé dans le monde professionnel, ils vont être valorisés par leur métier, bien gagner leur vie, et être plus épanouis. Mais il complète son propos : « Pour s'installer, il ne faut pas trop attendre, car je crains qu'il y ait de nouvelles conditions moins intéressantes qui seront mises sur la table par les décideurs politiques bientôt. Ils pourraient imposer des contraintes qui ne plairont pas aux jeunes médecins mais en direction de la population et des besoins ressentis par les territoires. » Et on sait, de nombreux sondages effectués auprès d'internes l'ont montré, que la remise en cause éventuelle de la liberté d'installation pourrait



les conduire à renoncer à la profession médicale.

Le Pr Stéphane Oustric poursuit : « Arrêtons avec les messages délétères portés par certains médecins. Il est important, au contraire, de porter des messages positifs. Je nous dis : « Si nous n'avons pas su régler certains tracas comme les tâches administratives ou autres, relevons les manches, et travaillons avec la jeune génération pour résoudre ces tracas ». Et aux jeunes : « vous voulez travailler... Travaillez le nombre d'heures que vous voulez mais n'attendez pas. Et si vous voulez travailler plus, l'activité vous le permet. » Certains voudront travailler tous les jours et trouver un équilibre personnel dans le professionnel, gagner bien leur vie. Ceux-là, il ne faut pas les en dissuader non plus. Cela ne sert à rien de dire aux jeunes de travailler 35 h comme tout le monde. Ce n'est pas méprisable de travailler plus pour les patients et la société. Une chose est sûre, tous ces jeunes internes, ces jeunes confrères en formation construisent leur exercice de demain en pleine conscience. Il nous faut en tenir compte sans détour et les respecter. »

Luc Jacob-Duvernet

CE QU'ILS DISENT DE LA DÉSERTIFICATION ET DE LA COERCITION À L'INSTALLATION

LES IDÉES FOLLES, LES IDÉES FAUSSES
VUES PAR LE COLLÈGE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Sous un titre définitif « idées folles, idées fausses », la revue du Collège de Médecine Générale de juillet 2018 s'est penchée sur la démographie et la désertification médicale, et l'obligation d'installation. Un tour de piste revigorant qui remet les choses à leur place !

« Les médecins généralistes ne travaillent plus... Ils voient les patients à la volée... La féminisation aggrave le phénomène... »

Le Collège de Médecine Générale répond à ces assertions : les médecins généralistes français travaillent 55 à 59h par semaine en moyenne ; la durée moyenne de consultation de médecine générale en France (16,4 minutes) est parmi les plus longues d'Europe (10,7 minutes) et du monde (5 minutes) ; les jeunes installés ont une activité supérieure à celle qu'avaient les plus anciens lorsqu'ils se sont installés ; le niveau d'activité des femmes est plus faible en début d'installation mais rattrape ensuite celui des hommes.

Seconde volée d'assertions : « Les déserts médicaux sont à la campagne... les médecins généralistes sont trop nombreux dans les zones ensoleillées... une répartition égalitaire sur le territoire réglera le problème... » Les réponses du Collège de Médecine Générale sont sans appel : les zones déficitaires touchent aussi bien les villes que les campagnes : un quart de la population habitant dans une commune sous-dense en médecins généralistes vit dans un pôle urbain, dont près de 18 % dans l'unité urbaine de Paris ; les inégalités de répartition sont infra-départementales : les inégalités de densités départementales n'ont pas augmenté depuis les années 1980 ; les difficultés d'accès ressenties par la population ne correspondent pas aux zones déficitaires : une répartition égalitaire aggraverait la situation pour bon nombre

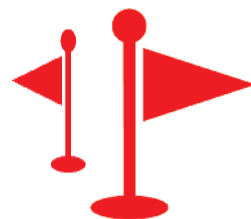
d'habitants qui se sentent déjà en difficulté d'accès au médecin généraliste ; le problème est avant tout lié au manque général de médecins généralistes : la répartition de l'offre en médecine générale est au même niveau que les pharmacies dont l'installation est pourtant régulée. Les 10 % des personnes les mieux loties ont une accessibilité égale à 5,7 consultations par an et par habitant, tandis que les 10 % les moins favorisés ont accès à 2,7 consultations par an et par habitant.

Troisième point : la France perd près de 1000 médecins généralistes par an (97 012 en 2007 vs 88137 en 2017). Cette baisse devrait se poursuivre jusqu'en 2025. Dernier point : le numérique clausus régulant l'entrée dans les études médicales depuis 1971 a été drastiquement diminué jusqu'à la fin des années 1990, ne revenant à son niveau initial qu'aujourd'hui.

Le Collège de Médecine Générale profite de cette mise au point pour dénoncer les effets pervers de la coercition. Il en liste 6 jugés à ses yeux importants : le déconventionnement des médecins voulant échapper à la contrainte ; l'augmentation de la valeur de la patientèle des médecins en zone dite sur-dotée ; scission générationnelle entre les médecins ; fuite des médecins vers un exercice autre que les soins de ville (par exemple, vers la médecine polyvalente hospitalière) ; diminution de l'attractivité de l'exercice de la médecine générale ; suppression de la liberté de choix pour le patient.

ORGANISATION DES SOINS SUR LE PÉRIMÈTRE RÉGIONAL SELON LA RÈGLE DES TROIS ZONES

LA LISTE DU ZONAGE PAR L'ARS : SANS CONSULTATION !



Le zonage a été mis en place pour répondre au désert médical qui grignote jour après jour les terrains fastes où règne sans souci l'accès aux soins. Cet outil a pour usage l'allocation de subventions en fonction de territoires géographiques plus ou moins touchés par ce phénomène de désertification. L'ARS a rendu sa copie début septembre en nommant les zones éligibles pour accueillir les médecins bénéficiant de dispositifs d'aides à l'installation et à l'exercice, au grand dam des médecins libéraux qui n'ont pas été associés à l'établissement du découpage de la carte sanitaire d'Occitanie.

Ils en avaient rêvé. Se retrouver, le stylo rouge à la main, autour d'une carte de l'Occitanie punaisée au mur, avec des représentants de l'ARS et des délégations départementales particulièrement concernées par la désertification médicale, et essayer de trouver ensemble le bon découpage des territoires afin de déterminer les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante, les membres de l'URPS-ML auraient été ravis d'en être ! De ce travail en commun, il n'en a rien été. Depuis plus d'un an, les administratifs de l'ARS leur avaient pourtant promis de débattre de ce zonage et de tenir cette fameuse réunion, « ce qui a été le cas pour d'autres URPS régionales qui discutent avec leur ARS depuis janvier dernier », souligne le Dr Jean-Louis Bensoussan, 1er vice-président de l'URPS.

Le 5 septembre dernier, l'ARS a fini par réunir l'URPS. Comme pour les résultats d'un concours universitaire, l'agence a donné une liste bien sobre comportant les noms des territoires éligibles et leur destination. « La nouvelle cartographie est arrivée avec 2 ans de retard... Elle est déjà obsolète par endroit puisque basée sur des chiffres datant de plus de 18 mois ! », explique le Dr Olivier Darreye qui suit de près le dossier pour l'URPS, et l'ARS nous a demandé de la valider avant le 15 octobre pour la promulgation du décret... avec de possibles changements dans 18 mois. » Difficile de proposer quelques infléchissements à la date butoir ! « Ce qui devait arriver arriva », dit Jean-Louis Bensoussan. Sans discussion, sans échange, les situations se bloquent et in fine de nombreuses personnes sont mécontentes. » Ainsi, André Martinez, président de la communauté de

communes de Decazeville, en Aveyron, avait pris, dès la mi-septembre, sa plus belle plume pour afficher son mécontentement auprès de Monique Cavalier, directrice de l'ARS d'Occitanie et de lui demander de modifier pour son territoire, eu égard à « la gravité de la situation actuelle, de sa dégradation rapide et du manque d'attractivité du territoire », le classement proposé pour sa région, jugé « injuste et difficile à vivre ».

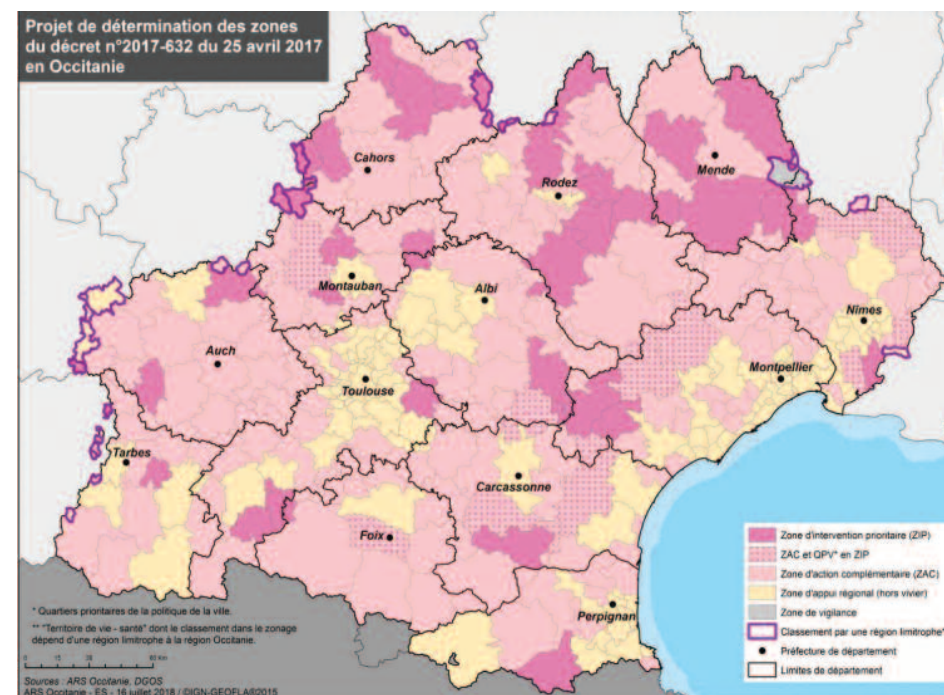
Pourtant, tout avait bien commencé. Pour régler ce problème de désertification médicale, on avait modifié astucieusement les critères de sélection pour mieux intervenir dans des territoires de plus en plus nombreux à se fragiliser. « On a créé un indice de façon à ce qu'il n'y ait pas d'iniquité au niveau national, c'est-à-dire que les critères soient les mêmes pour tous afin de distribuer l'argent par zones qui demandent de l'aide », explique le Dr Michel Combier, secrétaire général de l'URPS. Olivier Darreye va même jusqu'à dire que « dans certains départements, l'ARS a travaillé avec la CPAM pour repérer les zones à risque ».

Il est vrai que l'affaire n'était pas simple, et ce d'autant que les promoteurs de ce zonage avaient fait preuve d'imagination pour affiner les critères. Auparavant, la sélection se faisait en fonction du nombre de médecins par habitants, ce qu'on appelle la densité médicale. La nouvelle méthodologie s'appuie sur deux points. Tout d'abord le repérage se fait sur une base démographique et non géogra-

phique. On ne parle pas de zone en tant que superficie d'un territoire mais en parts de population couverte. Ensuite, tous les critères qui participent à l'analyse sont ramassés dans un indicateur dit d'accessibilité potentielle localisée (APL) au médecin, qui s'exprime en nombre de consultations accessibles par an par habitant. Cet indicateur recouvre trois dimensions : l'activité de chaque praticien (mesurée par le nombre de consultations ou visites effectuées par le praticien) ; le temps d'accès au praticien ; et la consommation de soins des habitants par classe d'âge (pour tenir compte des besoins différenciés en offre de soins). Chaque région est constituée de territoires de vie-santé qui constituent la maille territoriale du zonage. Ces territoires sont composés eux-mêmes d'un ensem-

ble de communes. Pour caractériser les zones, sont établis 3 seuils d'APL exprimés en nombre de consultations accessibles par habitant par an afin d'être plus facilement compris par les usagers du système de santé tout comme les professionnels. En partant de l'observation qu'un habitant bénéficie en moyenne de près de 4 consultations par an sur le territoire national, trois zones ont été définies. Les plus fragiles sont en dessous du seuil, souhaitable, accessible de 2,5 consultations par an et par habitant. Elles sont dénommées Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP). Les zones intermédiaires sont les Zones d'Action Complémentaires (ZAC) accessibles de 2,5 à 4

On ne se rend pas chez le médecin au-delà de 20 minutes de trajet automobile



consultations par an et par habitant et les moins fragiles, les Zones d'Appui Régional (ZAR) accessibles de 4 consultations et plus par an et par habitant.

C'est bien sûr autour des ZIP que le bât blesse. Certains territoires qui devraient être retenus pour devenir ZIP passent au travers du filet des tables mathématiques. « Il est vrai que ce mode de calcul n'est pas plus mauvais qu'un autre, pourtant... », dit le Dr Olivier Darreye. On ne s'en est pas rendu compte immédiatement, le biais vient du territoire. Auparavant, la base était le territoire de commune. Les zones fragiles étaient donc repérées par communes. Aujourd'hui la base est fondée sur les bassins de vie qui sont des territoires beaucoup plus vastes. Et dans un trop grand territoire, un canton par exemple, on n'est plus raccord avec la réalité. La distance est rédhibitoire. On ne se rend pas chez le médecin au-delà de 20 minutes de trajet automobile. Pour éviter ce biais, et repérer parfaitement les zones fragiles, il aurait fallu faire appel aux hommes et aux femmes de terrain. Cela aurait

permis de faire bouger les lignes. »

D'autres écueils inquiètent les libéraux. En donnant à des zones le label de fragilité et dès lors, en leur accordant des facilités, celles-ci

L'ARS a établi le zonage sans tenir compte des spécialistes

vont devenir des zones moins fragiles et à terme, se verront retirer leur aide : « D'une certaine manière, nous sommes placés devant le paradoxe des zones franches où tout le monde veut s'installer », dit le Dr Jean-Louis Bensoussan.

Le deuxième écueil vient du fait que l'ARS a établi le zonage sans tenir compte des spécialistes. « Faire l'impasse sur eux manque de cohérence », dit le Dr Olivier Darreye. Il y a des territoires où il y a des carences criantes pour certaines spécialités médicales (ophtalmologie, psychiatrie), qui impactent directement le travail du médecin généraliste et l'accès aux soins. Tous les médecins, conventionnés, peuvent bénéficier des aides conventionnelles, mais selon les seuls critères d'accès au médecin généraliste. Il faut un zonage pour chaque spécialité. »

Odile Fraye

LES AIDES POUR LES MÉDECINS MOBILISÉES EN FONCTION DES ZONES

SELON QUE VOUS SOYEZ ZIP, ZAC OU ZAR...

Les aides pour les médecins dans les zones d'intervention prioritaire (ZIP) sont plus riches que dans les deux suivantes, les zones d'action complémentaires et les zones d'appui régionales qui sont moins fragiles.

Les plus appréciées sont les aides conventionnelles pour les médecins toutes spécialités confondues. Il y a sept types de contrats à passer avec la CPAM et l'ARS.

Dans les ZIP, la CAIM (Contrat d'aide à l'installation médicale) est une aide individuelle à l'installation d'un montant de 50 000 € versé en deux fois, à condition de rester sur place pendant cinq ans. Si l'on part au bout de 1 an, on rembourse 40 000 €, au bout de 2 ans 30 000 € et ainsi de suite.

Parmi les aides auxquelles on peut avoir droit, sous conditions, dans les ZIP, on compte :

- les aides collectives pour les Maisons de santé et les Centres de santé pluri professionnels (aide au démarrage de projet) ;
- les aides collectives de l'Assurance Maladie à l'exercice coordonné ;
- les aides collectives de l'ARS pour les équipes de soins primaires (ESP) et les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ;
- les aides individuelles pour les étudiants en médecine et odontologie et internes en médecine (CESP) ;
- les aides individuelles pour les maîtres de stage (revalorisation des honoraires) et les stagiaires (forfait transport et hébergement).

ENTRETIEN AVEC MICHEL DAVILA, DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ASSURANCE MALADIE DE LA HAUTE-GARONNE

« CE QUI NOUS LIE EST PLUS FORT QUE CE QUI PEUT NOUS DISTINGUER OU NOUS OPPOSER ! »

La pratique libérale est une pierre angulaire du système de la santé, selon Michel Davila, directeur général de l'Assurance Maladie de Haute-Garonne. Et le grand argentier des soins toulousains n'oublie pas de préciser que cette pratique représente le plus haut poste de dépenses. Aussi rien d'étonnant à ce que Michel Davila estime nécessaire que l'URPS et l'Assurance Maladie travaillent en partenariat sur le sujet de l'innovation et des organisations innovantes. Loin de toutes querelles, cette collaboration doit être plutôt empreinte du saint principe de la confiance.

MÉDECIN D'OCCITANIE. Quelle place la Caisse primaire d'Assurance Maladie, qui exerce une mission de service public en matière de santé, accorde-t-elle aujourd'hui aux pratiques libérales dans l'exercice médical ?

MICHEL DAVILA. Une place centrale, en raison même de son positionnement historique et ancien dans le champ des conventions nous liant avec toutes les professions libérales. La pratique libérale intégrée à la thématique *Soins de ville* est aujourd'hui une pierre angulaire de notre système de santé et elle représente le plus haut poste de dépenses : les soins de ville équivalent à 91,5 milliards d'€ en France dans le plan ONDAM 2019. Les difficultés rencontrées par la profession dans l'exercice de la médecine de ville se rattachent plus largement aux problématiques de l'organisation des soins de premiers recours : il s'agit de concilier les sollicitations des patients, la demande de soins, avec les conditions d'exercice des personnels soignants et médecins. L'objectif de *Ma santé 2022* consiste à décloisonner la médecine de ville libérale, hospitalière ou encore médico-sociale : à ce titre, l'Assurance Maladie accompagne les nouveaux installés et les porteurs de projets de structures pluri professionnels, et veille à une bonne fluidité et une meilleure articulation ville-hôpital. Sur le seul département de la Haute-Garonne, six nouveaux projets ont été créés en moins de 2 ans et 16 autres sont en cours d'élaboration : un parcours « MSP », expérimenté en 2017, consiste, au-delà de l'ac-

compagnement du porteur de projet et du suivi de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI), à mettre en lien les différents services de la CPAM pour faciliter la mise en œuvre du projet (CIS, DAM, LUP* et service prévention).

Pour développer la médecine générale en particulier sur les territoires en tension démographique, outre la création en 2019 de 400 postes de médecins généralistes à exercice partagé entre la ville et l'hôpital (salariés par un centre hospitalier de proximité ou un centre de santé), *Ma santé 2022* évoque le développement de postes d'assistants médicaux pour libérer du temps médical aux médecins, permettant d'augmenter significativement le nombre de consultations sur les territoires, soit environ 15 à 20 %.

Aux médecins qui se plaignent d'un "contrôle permanent et pesant" de l'Assurance Maladie, que répondez-vous ?

D'abord que nous n'avons pas le droit d'ignorer ce ressenti, même si nous le percevons comme décalé avec nos intentions. Ensuite, et compte tenu de l'inflexion de la politique que nous avons à cœur de mettre en œuvre, je parlais davantage d'accompagnement, plutôt que de contrôle, un mot chargé, qui renvoie une image très normative. Cela se traduit par des actions concrètes en direction des acteurs de santé dans tous les moments de leur vie professionnelle : à travers les visites des Délégués d'Assurance Ma-

ladie (DAM) et la mise à disposition de nouveaux outils, l'Assurance Maladie entend faciliter au quotidien la pratique médicale par une meilleure compréhension des dispositifs.

Je rappelle que les relations entre l'Assurance Maladie et l'ensemble des professionnels de santé ont été construites sur le principe de la confiance (le déclaratif), et ce principe n'exclut pas la mise en place de contrôles du respect de la réglementation : en la matière, la CPAM de la Haute Garonne a mis en place une politique de régulation graduée afin de privilégier l'approche pédagogique, tout en contribuant à réduire le coût de la non-pertinence des soins par la mise en œuvre d'actions d'information, de formation, de supervision et d'incitation à l'évolution des pratiques. C'est notamment le cas sur les thématiques d'arrêt de travail ou de transport, par exemple. Ne perdons pas de vue que le contrat qui nous rassemble, nous lie, est plus fort que ce qui peut nous distinguer ou nous opposer.

L'URPS d'Occitanie s'est engagée pleinement dans le développement d'organisations innovantes sur son territoire. Parmi les objectifs qui sont assignés à l'Assurance Maladie, celle-ci doit contribuer à la transformation du système de santé et accompagner l'innovation en santé. Dans ce cadre, quelles opérations de partenariat menez-vous ou envisagez-vous de mener avec les membres de l'URPS ?



L'URPS et l'Assurance Maladie travaillent en partenariat sur le sujet de l'innovation. L'Assurance Maladie accompagne l'ensemble des porteurs de projets pouvant relever d'un financement en lien avec le fond d'innovation nationale (art 51) : il s'agit avant tout d'identifier les projets innovants, d'apporter notre expertise technique sur la conduite et l'évaluation de projet et d'expliquer aux porteurs de projets les axes d'amélioration. Les projets présentés à l'Assurance Maladie sont étudiés en lien avec l'ARS, notamment dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018 qui permet de tester de nouveaux modes de rémunération. Parmi les projets en cours de réalisation, j'insisterais sur la réussite du parcours en santé mentale expérimenté depuis cette année en Haute-Garonne : ce projet de prise en charge par l'Assurance Maladie de séances de psychothérapies n'aurait pu connaître un tel succès sans l'étroite collaboration entre l'Assurance Maladie et l'URPS : 239 médecins généralistes impliqués et 2200 patients pris en charge depuis mars 2018 !

En outre, la CPAM de la Haute-Garonne encourage le développement de l'exercice pluri professionnel et tous les modes d'exercice coordonné ; elle apporte également son expertise à l'appui des projets de création des structures pluriprofessionnelles ou de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), en particulier dans les zones en tension démographique. Au-delà de l'exercice en structure pluri professionnelle, il s'agit également de promouvoir la coordination pluriprofessionnelle, au travers des dispositifs favorisant une meilleure organisation, notamment territoriale, comme les Équipes de Soins Primaires, les Communautés Professionnelles de Territoire en Santé, voire dans une certaine mesure les Plateformes Territoriales

d'Appui. Les travaux communs CPAM-ARS dans le département de la Haute-Garonne devraient permettre de co-construire une feuille de route avec les professionnels et les élus sur la problématique de la démographie médicale, devant aboutir en 2019 à la création d'une journée d'échanges entre les acteurs de santé du territoire (professionnels de santé, institution, élus, société civile). Les services de la CPAM s'investissent également sur le champ de la formation des professionnels de santé aussi bien sur son versant initial que continu, en se rapprochant des facultés et des écoles pour investir des modules d'enseignement afin de sensibiliser les futurs professionnels sur les sujets de régulation. Enfin, un appel à projet sera lancé par la Caisse au dernier trimestre 2018 pour la remise des premières Médailles d'Innovation en Santé.

MÉDECIN D'OCCITANIE consacre une large part de ce présent numéro à la relève médicale à 5/10 ans. De votre poste, qui est aussi un remarquable balcon d'observation, quelle analyse faites-vous sur cette relève ?

Cette relève médicale nécessite en effet que l'Assurance Maladie appuie les transformations, notamment numériques, et s'adapte aux innovations en privilégiant les rencontres avec les acteurs de santé du territoire. Nous ambitionnons ainsi d'être un partenaire à l'écoute d'interlocuteurs aux aspirations fortes et aux pratiques diverses. L'exercice en activités coordonnées est largement plébiscité par les jeunes internes faisant le choix de l'activité libérale : le développement des structures pluriprofessionnelles, de nouveaux modes d'organisation devraient replacer le soin au cœur de la pratique

PARCOURS DANS LE BAIN DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Le toulousain d'origine qui préside aujourd'hui aux destinées de la CPAM de la Haute-Garonne est diplômé de l'École Nationale Supérieure de Sécurité Sociale. Michel Davila, 62 ans, a fait quasiment toute sa carrière à l'Assurance Maladie. Après six ans passés dans la préfecturale (au cabinet du Préfet de l'Ariège, puis à celui du Préfet de la Région Midi Pyrénées), il tombe dans le bain de la sécurité sociale pour ne plus la quitter.

Successivement, Michel Davila a occupé les postes de direction à la CPAM du Gers, de Charente Maritime, du Lot, du Tarn. Il est directeur de la CPAM de Haute Garonne depuis juin 2014.

médicale. Cette dimension est désormais pleinement intégrée dans le développement des outils que nous mettons à disposition des professionnels de santé.

De façon plus générale, quel est l'avenir du soin en Occitanie, à partir de la Haute-Garonne dont vous avez la charge ?

L'offre de soins est particulièrement diversifiée sur la Haute-Garonne et en Occitanie, et l'enjeu pour l'Assurance Maladie consiste à s'adapter à cette singularité territoriale.

En Haute-Garonne, la diversité d'offre de soins en établissements public et privé ne doit pas masquer une réalité plus complexe : la forte attractivité toulousaine pose aussi la question du coût induit pour les transports médicaux, avec des déplacements de plus en plus nombreux de patients vers Toulouse.

La mise en œuvre du Groupement Hospitalier de Territoire, nous le pensons, devrait permettre de réguler, voire d'optimiser l'offre d'ici à quelques années. Concernant la médecine de ville, nous constatons que les problématiques de démographie médicale ne sont plus limitées à quelques bassins de vie du Sud du département mais concernent l'ensemble du département (y compris la ville de Toulouse).

Sur ces questions, la CPAM de la Haute-Garonne s'investit en lien étroit et rapproché avec l'URPS, le CDOM et l'ARS à la mise en œuvre d'un premier colloque visant à réunir l'ensemble des acteurs concernés (professionnels de santé, établissements, collectivités locales, mode de l'entreprise) pour construire ensemble les alternatives à la désertification médicale.

Propos recueillis par Luc JACOB-DUVERNET

Pour joindre un confrère : > par son nom,
> par sa spécialité,
> par le lieu où il exerce,

EN 1 CLIC ! JE CONSULTE MON ANNUAIRE URPS (*)



Rendez-vous dès le 1^{er} décembre sur le site renové
de l'URPS-ML OCCITANIE : urps-occitanie.org

URPS
Médecin d'Occitanie

(*) Accès sécurisé aux coordonnées des 12 000 médecins libéraux des 13 départements d'Occitanie. Cet annuaire est remis à jour régulièrement.