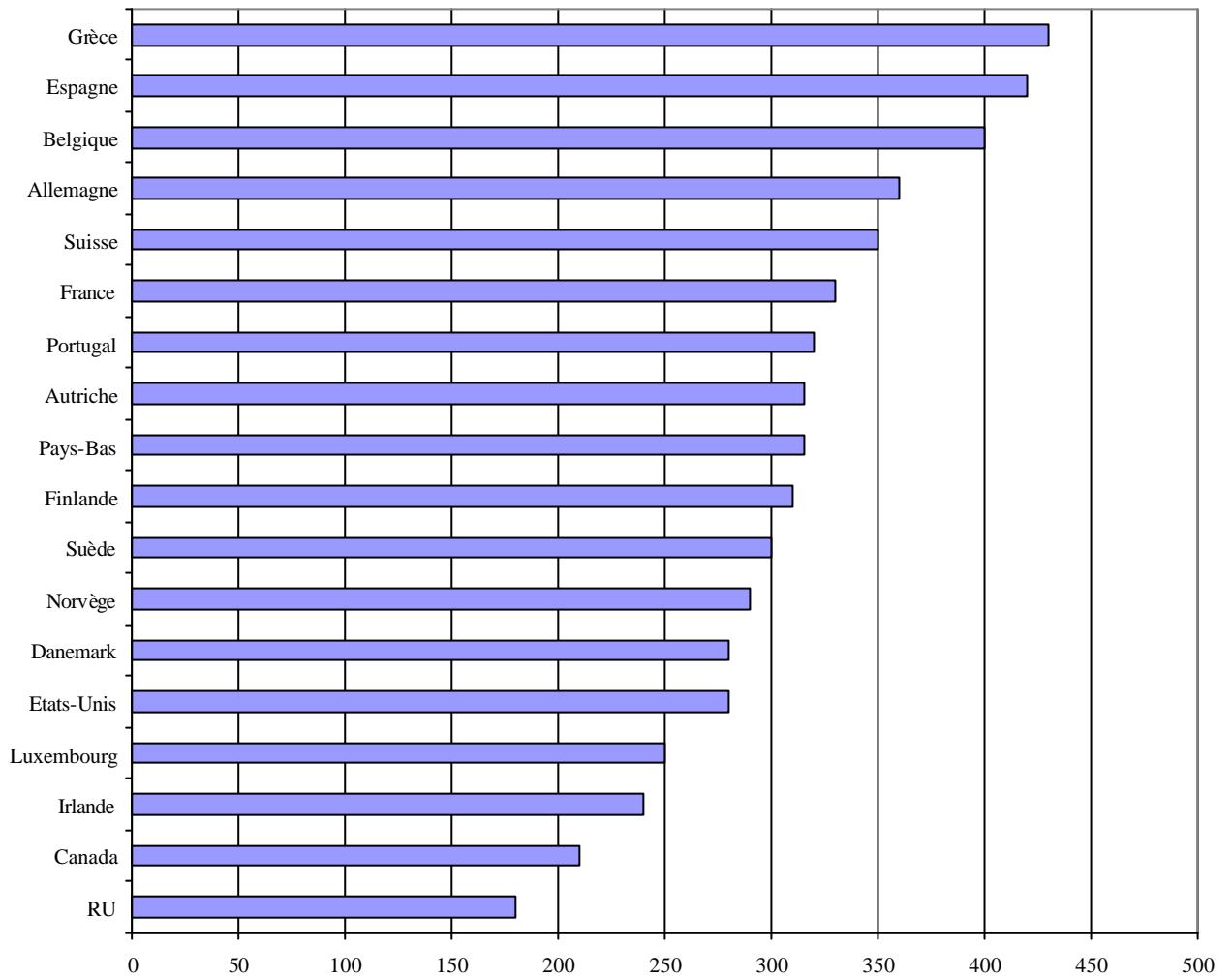


que rarement homogènes. Des Etats proches en termes de niveau de développement présentent des densités médicales variables : Espagne 420, Belgique 400, Allemagne 350, Autriche 310, Canada 210, Royaume Uni 180... sans mentionner l'Italie qui affiche une densité médicale de 590 praticiens pour 100 000 habitants.

La comparaison internationale des données permet de distinguer trois groupes de pays : les Etats à densité faible, inférieure à 250 pour 100 000 habitants, les Etats à densité forte supérieure à 380, et les pays en situation intermédiaires. Ces analyses soulignent que la France se trouve placée de fait dans une position intermédiaire, se situant en dessous de l'Allemagne et de la Belgique en 1997, mais au dessus des Etats-Unis, du Québec ou du Royaume-Uni.

Aussi convient-il de regarder le passé et les organisations voisines avec attention en se gardant toutefois d'en tirer des conclusions hâtives. Les indications fournies par ces analyses ont avant tout le mérite de signaler les situations extrêmes et de servir d'indicateur d'alerte éventuel.

Densités comparées de médecins pour 100 000 habitants en 2000



Source: CREDES⁴⁹

⁴⁹ Source : CREDES. Ces données doivent être analysées avec précaution dans la mesure où elles sont issues d'une confrontation de diverses sources et susceptibles d'être entachées d'une marge d'erreur non négligeable liée notamment aux contours variables du concept de médecin.

1.2 Des métiers et des modalités d'exercice en mutation

L'état des lieux qui précède souligne les limites de l'approche purement quantitative en termes d'effectif ou de densité de professionnels de santé. Un médecin n'est en réalité pas égal à un autre et il importe, afin de mesurer et de prévoir l'offre de soins réelle liée à un effectif donné de professionnels, de dépasser l'analyse quantitative pour s'intéresser au contenu des pratiques.

1.2.1 Des conditions d'exercice très diversifiées

Les années récentes ont été la source d'un certain nombre de transformations socio-économiques et techniques qui ont très largement influencé les modalités d'exercice des professions de santé. Les évolutions de la société ont en effet transformé à la fois les pratiques des médecins et les comportements des patients, contribuant ainsi à faire évoluer considérablement les métiers de la santé. De surcroît, sans être un phénomène véritablement récent, la frontière entre la demande médicale et la demande sociale s'estompe.

1.2.1.1 Répartition entre exercice libéral et salarié

La répartition entre l'activité libérale et salariée est variable selon les métiers. Les objectifs des métiers, l'organisation du système de soin, les conditions d'exercice, les niveaux de rémunération, l'offre et la demande influencent le choix des professionnels.

Sur 196 000 **médecins** en exercice, 118 141 exercent en secteur libéral soit plus de 60%. Une large majorité des omnipraticiens (70%) exercent en libéral alors que les spécialistes se répartissent de manière homogène entre les deux secteurs. Parmi les salariés, la majorité exerce en secteur hospitalier (55 970 soit 72% des salariés).

Parmi les autres professions de santé, les plus libérales sont les **chirurgiens dentistes** (93%), les **pédicures-podologues** (98%), les **orthoptistes** (77%), les **orthophonistes** (77%), les **masseurs kinésithérapeutes** (78%). A l'inverse les professions majoritairement salariées sont les **audio-prothésistes** (60%), les **opticiens-lunetiers** (64 %), les **sages-femmes** et les **infirmières** (86%), les **psychomotriciens** (92%), les **ergothérapeutes** (98%) et les **manipulateurs-radio** (99%)

Parmi les chirurgiens dentistes, l'activité salariée est très minoritaire et ne concerne que 7% des effectifs (2844 odontologues pour 40 481 au total)⁵⁰.

S'agissant des pharmaciens, une majorité d'entre eux (53%) exercent dans le secteur libéral ce qui représente environ 33 000 individus. Les femmes sont très largement majoritaires chez les salariés (76%).

⁵⁰ Source Drees

Les sages-femmes sont seulement 14% à exercer dans le secteur libéral au 1^{er} janvier 2002 soit 2 132 sages femmes sur un total de 15 122⁵¹.

La profession infirmière exerce en large majorité dans le secteur salarié, les infirmiers libéraux représentant 14% des 410 859 professionnels⁵². L'hôpital public reste le plus gros employeur avec 54% des effectifs.

Les psychomotriciens très majoritairement salariés de l'hôpital ou d'établissements accueillant des personnes handicapées, exercent souvent en plusieurs lieux en cumulant les emplois à temps partiel.

1.2.1.2 Des modalités d'exercice qui ont considérablement évolué

D'une manière générale l'ensemble des professionnels de santé déclare ne plus souhaiter l'exercice isolé, que ce soit en milieu urbain ou rural. Les raisons sont multiples : rejet de l'isolement intellectuel, souhait de préserver une qualité de vie personnelle et familiale, partage de plateau administratif, souci de faciliter la continuité des soins et leur permanence

Les conditions et les motifs d'installation des **médecins** ont considérablement évolué au cours des dernières années au point que les dispositions actuelles régissant l'exercice médical paraissent peu satisfaisantes et encore trop contraignantes aux yeux des professionnels.

Pour les **généralistes**, on observe une installation de plus en plus tardive conséquence de la prolongation d'une activité de remplacement longtemps après l'obtention du diplôme.

La mission a pu observer que l'attrait était vif parmi les résidents ou chez les jeunes généralistes pour l'exercice salarié qui minimise les contraintes liées à la gestion d'un cabinet. Le salariat est d'autant plus attractif que les conditions de remplacement sont souvent jugées trop astreignantes dans la mesure où il est fait fréquemment obligation de reprendre in extenso l'activité du médecin remplacé sans ajustement possible.

Les généralistes continuent en grande majorité à exercer seuls. Ils ne sont que 27% à exercer en cabinet de groupe.

Plusieurs études ont été conduites pour analyser les motifs d'installation des médecins.

Dans le cas particulier de l'Ile-de-France, les motifs les plus importants pour les médecins qui s'installent sont les propositions d'installation et la présence du conjoint dans la région⁵³. Le troisième critère dans l'ordre d'importance porte sur le lieu d'obtention du diplôme et on observe une assez forte corrélation entre la région d'installation et celle où ont été effectuées les études. Selon la même étude, 67% des médecins qui se sont installés entre octobre 2000 et septembre 2001 avaient obtenu leur diplôme dans une faculté de la région.

⁵¹ Source Drees

⁵² Source Drees

⁵³ Enquête sur les motifs d'installation des médecins libéraux. URCAM Ile de France - Mars 2002

Pour les **spécialistes**, l'installation est également de plus en plus tardive, du fait d'une formation qui en moyenne s'est allongée et du souhait de prolonger l'activité en milieu hospitalier.

Une étude du Centre de sociologie et de démographie médicales (CSDM) de 1999 fait ressortir le fait qu'une majorité des spécialistes tient fortement compte des conditions de concurrence existantes localement au moment du choix du lieu d'installation.

L'analyse du comportement des jeunes médecins en matière de mobilité indique que 70% des médecins en activité exercent dans la région où ils ont obtenu leur diplôme, cette proportion diminuant depuis 1990. Cette baisse est accentuée chez les spécialistes qui ne sont que 66% à exercer dans leur région de diplôme contre 80% en 1990.

Selon les données de la DREES, les **chirurgiens-dentistes** exercent dans leur grande majorité en cabinet individuel (61%). Un peu plus de 30% d'entre eux ont une activité en cabinet de groupe et en société. L'Ordre national des chirurgiens dentistes présente des ordres de grandeur similaires avec 37% des effectifs en exercice professionnel associé ou sous un statut de collaboration.

Le regroupement au sein d'une même structure des chirurgiens dentistes constitue une évolution très probable selon les professionnels rencontrés par la mission, notamment du fait des exigences croissantes en termes de stérilisation des instruments et des coûts induits.

Parmi les professions de santé, seuls les **pharmaciens d'officine** sont soumis à des contraintes réglementaires d'installation. Les officines sont en effet soumises à un mécanisme de régulation fonction de la population du lieu d'installation : depuis janvier 2000, une officine pour 2500 habitants dans les communes de moins de 30 000 habitants, une officine pour 3000 dans les communes de plus grande taille. De surcroît, le nombre de pharmaciens par officine est imposé chaque année par un arrêté⁵⁴ du ministre de la santé qui prévoit, en application de l'article L. 5125-20 du code de la santé publique, que les « titulaires d'officine doivent se faire assister en raison de l'importance de leur chiffre d'affaires ».

La mission observe, s'agissant des **infirmières**, qu'elles ont tendance à privilégier l'exercice collectif. Il n'y a d'ailleurs que très peu de créations de nouveaux cabinets, et les nouvelles diplômées reprennent une activité qui existe déjà, ou s'associent à des professionnels déjà en activité.

Les **orthophonistes**, qui exercent fréquemment dans des cabinets secondaires, sont également favorables aux regroupements pluridisciplinaires.

1.2.1.3 Temps de travail et durée d'exercice

Les changements socioéconomiques et les phénomènes de société récents exercent une influence sur la durée d'exercice des professionnels.

⁵⁴ Arrêté du 29 janvier 2002 fixant à 900 000 euros de chiffre d'affaires l'obligation de recourir à un pharmacien assistant, à 1 800 000 pour un second, et un assistant supplémentaire par tranche de 900 000 euros.

Les études conduites par la DREES⁵⁵ sur le temps de travail des **médecins** montrent qu'après une phase de stabilité de la durée hebdomadaire de travail déclarée⁵⁶, une hausse est observée depuis 1992 passant de 48 heures en 1990 à 51 heures en 2001, malgré la féminisation de la profession et le développement du temps partiel.

Ces constats généraux masquent toutefois une grande disparité des durées de travail selon l'âge, le sexe et les conditions de travail. Une réduction limitée du temps travaillé est observée à partir de 55 ans ; une femme travaille en moyenne et toutes choses étant égales par ailleurs, 6 heures de moins par semaine qu'un homme.

Les projections permettent d'estimer, à numerus clausus inchangé et comportements moyens identiques, une réduction d'environ 2 heures de la durée moyenne de travail des médecins dans les 20 prochaines années.

La mission a également eu connaissance d'études conduites à l'échelon régional⁵⁷ qui confirment à la fois la disparité des durées de travail et le souhait marqué des médecins de réduire leur temps de travail.

Des mécanismes visant à réduire le nombre de médecins en exercice mis en place dans les années 1990, ont contribué à réduire la durée totale d'exercice des praticiens. Le dispositif MICA (Mesure d'incitation à la cessation anticipée d'activité)⁵⁸ permettait jusqu'en 2001 des départs en retraite à l'âge de 57 ans.

S'agissant des **sages-femmes**, on observe une forte augmentation des effectifs qui travaillent à temps incomplet à l'hôpital (30% des sages-femmes en 2000 contre 15% en 1990). En moyenne, la durée de travail des sages-femmes à temps partiel représente environ 0,6 Equivalent Temps Plein.

Les études montrent que la proportion des **infirmières** à temps partiel a doublé depuis 1983 et s'établit à 22% au début des années 2000⁵⁹. Toutefois la durée moyenne de travail a augmenté passant de 24 heures en 1983 à 27 heures par semaine aujourd'hui. Au total, les deux phénomènes opposés conduisent à une réduction globale du temps travaillé : 100 emplois recensés correspondent à environ 93 équivalent temps plein contre 95,6 en 1983.

1.2.1.4 Activité en zone urbaine et en zone rurale

De manière générale, l'offre de soin est principalement concentrée dans les zones urbaines. Les zones péri-urbaines socialement défavorisées sont souvent sous médicalisées comme le sont les zones rurales. Les raisons sont différentes.

Dans les zones péri-urbaines la détérioration du tissu social et l'insécurité conduisent les professionnels à les abandonner.

⁵⁵ Le temps de travail des médecins ; Etudes et Résultats n°114, mai 2001

⁵⁶ Enquêtes Emploi de l'INSEE

⁵⁷ Notamment une analyse de l'ORS et de l'URML PACA menée sur un panel de médecins

⁵⁸ Dispositif supprimé par dans la PLFSS 2003

⁵⁹ « Les professions de santé : éléments d'information statistiques », Solidarité et santé n°1, 2001

Dans les zones rurales l'isolement, la nécessité d'assurer une permanence et une continuité des soins très contraignantes retentit sur le cadre de vie. La désertification des zones rurales n'est également pas propice à permettre au conjoint de trouver facilement un emploi et aux enfants d'être scolarisés. La féminisation de la profession médicale aggravera naturellement la situation actuelle.

La faible attractivité des zones rurales tient aussi pour certaines professions à exercice majoritairement libéral à des critères de viabilité économique. Le besoin de soins en orthophonie dans certain lieux de faible densité de population ne permet pas l'installation à temps plein d'un professionnel.

La démedicalisation de certaines communes conduit à des pratiques très contestables en particulier dans le secteur public qui doit faire face à des exigences de permanence de soins. Sont de plus en plus souvent décrits, les cas de petits hôpitaux qui doivent rémunérer à hauteur de 6000 francs net par jour un anesthésiste afin de pourvoir au poste vacant et à la permanence des soins pendant les congés et périodes de repos. Des réseaux "de mercenaires" se sont ainsi organisés. Ces situations conduisent les établissements à adopter des pratiques administratives périlleuses.

Les réticences à l'installation dans les zones défavorisées urbaines ou rurales renvoient à la question plus globale de l'aménagement du territoire, comme à l'aménagement des conditions d'exercice des professionnels de santé.

L'examen de la seule densité des professionnels mérite pour cela d'être élargi à une analyse plus fine des situations locales pour tenir compte des comportements de déterminants locaux. En effet, les réponses en termes de répartition des professionnels peuvent sensiblement différer selon la géographie locale et les temps d'accès estimés. Dans le cas de l'accès aux soins dits primaires, il est davantage pertinent d'observer la distance ou le temps d'accès au médecin généraliste le plus proche qu'une simple information chiffrée de densité pour 100 000 habitants. Une étude conduite par l'URCAM Poitou-Charente en septembre 2001 présente plusieurs cartographies établies non seulement sur le nombre de généralistes par canton, mais aussi sur les temps et distances d'accès au praticien le plus proche.

Au total, ces analyses locales, aussi partielles soient-elles, indiquent clairement une urgence en termes de mesures correctives à prendre afin d'empêcher une forte dégradation de l'offre de soins de premier recours dans des zones rurales ou dites difficiles.

1.2.2 Un décalage entre les objectifs professionnels et le contenu réel des métiers

Il n'y a pas eu, pour la grande majorité des métiers de la santé, de redéfinition des objectifs professionnels et un redécoupage des contours des métiers.

Pourtant la formation des professionnels a évolué, les pathologies ont changé, la technicité s'est développée. Cette situation a conduit à faire le constat que les professionnels de santé n'étaient pas utilisés au niveau optimal de leur fonction et de leurs connaissances.

Il existe beaucoup de chevauchements d'activité entre certaines professions médicales et entre professions médicales et paramédicales. On n'a pas su créer de nouveaux métiers dans le domaine de la santé pour répondre à de nouveaux besoins ou pour décharger, les médecins

notamment, de certaines activités. Il n'y a pas eu de réflexion sur le besoin mais uniquement une pratique conduite à partir de l'offre.

Si les professionnels s'accommodent parfois de cette situation, ils sont nombreux à la condamner:

- trop d'activités essentiellement sociales et administratives sont exercées par les professionnels de santé,
- la prise en charge de la santé mentale et de la souffrance psychologique est mal coordonnée,
- l'activité médicale de prévention est quasi inexistante.

La prévention figure, faute de disponibilité et par l'absence de valorisation, au second rang même si elle est jugée comme fondamentale. Certaines activités techniques relativement simples et répétitives sont consommatrices de temps médical mal utilisé. Cette absence de redéfinition des métiers et de redistribution des tâches est à terme sources de dangers.

1.2.2.1 Les modes de recrutement

Le tableau ci-après précise les modalités de recrutement dans les différentes formations conduisant aux métiers de la santé. Certaines professions sont soumises à des numerus clausus à l'entrée (médecine, pharmacie, odontologie, sage-femme, kinésithérapie, orthophonie), d'autres à des systèmes de quotas, d'autres n'ont pas de limitation administrative directe des flux d'entrée.

Tableau n°7 : Modes de recrutement et durée de formation des professions de santé

<i>Profession</i>	<i>Accès</i>	<i>Quotas</i>	<i>Durée de formation</i>	<i>Structure de formation</i>
Médecins	Bac	Numerus clausus	de 9 à 11 ans	Universités
Odontologues	Bac	Numerus clausus	de 6 à 9 ans	Universités
Pharmaciens	Bac	Numerus clausus	Au moins 6 ans	Universités
Sages-femmes	PCEM1	Numerus clausus	4 ans	Ecoles
Infirmiers	Bac ou équivalent, expérience professionnelle d'au moins 3 années	Quota	3 ans	Instituts de soins infirmiers agréés par le ministère de la santé
Masseur-kinésithérapeutes	Bac ou 5 années d'expérience professionnelle. Concours, Parfois PCEM1	Numerus clausus	3 ans	Instituts de formation agréés par le préfet de région
Orthophonistes	Bac	Quota	4 ans	Universités
Orthoptistes	Bac	Quota	3 ans	Universités
Psychomotriciens	Bac	Quota	3 ans	Instituts de formation agréés

				par le préfet de région
Pédicures-podologues	Bac ou 5 années d'expérience professionnelle		3 ans	Instituts de formation agréés par le préfet de région
Ergothérapeutes	Bac ou 5 années d'expérience professionnelle		3 ans	Instituts de formation agréés par le préfet de région
Manipulateurs-radio	Bac ou 5 années d'expérience professionnelle	quota	3 ans	Instituts de formation agréés par le préfet de région
Audioprothésistes	Bac ou équivalent		3 ans	Université ou écoles
Opticiens-lunetiers	Bac ou sélection sur dossier		2 ans (BTS)	Etablissements spécialisés

1.2.2.2 Les évolutions d'activités par rapport aux objectifs professionnels du métier

Un certain nombre de **médecins** omnipraticiens exercent une activité spécifique qui pourrait s'apparenter à une spécialité et qui éloigne le médecin des objectifs pour lesquels il a été formé. Il s'agit souvent d'une activité pratiquée après l'obtention d'un diplôme universitaire dont l'objet est dénaturé. Ces diplômes sont en effet prévus pour permettre une mise à niveau des praticiens à l'égard de techniques ou pratiques particulières. Ils visent également à fournir un complément de formation spécifique dans un secteur d'activité qui ne justifie pas un enseignement ad hoc dans le cursus de formation initiale. Ces diplômes n'ont en revanche pas pour finalité de servir de blancs-seings permettant d'exercer une activité qui pourrait être considérée au même titre qu'une spécialité médicale véritable.

L'activité des **sages-femmes** a considérablement évolué depuis 15 ans. Les sages-femmes possèdent un statut de personnel médical à compétence définie et encadrée. Elles sont formées pour assurer le suivi de la grossesse normale et l'accouchement normal. La pratique témoigne cependant d'un décalage progressif entre les objectifs professionnels qui leur sont assignés et l'exercice réel de leur métier. Les sages-femmes sont en effet de plus en plus souvent employées à la surveillance des grossesses pathologiques. Ce décalage pose la question de l'articulation de la profession avec les autres intervenants que sont les obstétriciens, les pédiatres et les puéricultrices.

Un certain nombre d'**infirmières** exerçant dans des unités de soins spécifiques ont acquis des compétences techniques de pointe. Une autre partie pratique des actes de soins pour lesquels leur formation apparaît surdimensionnée. Cet élargissement des actes est la conséquence d'un défaut d'organisation entre les métiers.

La frontière est souvent floue pour les orthophonistes entre la rééducation et l'éducation au langage et à l'écriture, mal pris en charge à l'école primaire.

Les **opticiens-lunetiers** constituent une profession particulière : à la fois auxiliaires de santé et commerçants. Une dérive se fait jour vers le métier d'optométriste non reconnu par le code de la santé publique et ne correspondant pas au type de formation reçue dans les autres pays européens.

D'autres professions n'ont pas connu de dérive de leur activité par rapport à leur cœur de métier tel qu'il est prévu dans le code de la santé publique. Parmi les professions paramédicales, les activités des **orthoptistes**⁶⁰ ou des **psychomotriciens** notamment ne présentent pas de décalage par rapport aux compétences attribuées.

⁶⁰ La pratique des orthoptistes a été récemment élargie, mais toujours sous le contrôle d'une prescription médicale. Cet élargissement a été conforté par la publication d'une nouvelle nomenclature le 28 juin 2002.

1.3 La circulation des médecins et des autres professionnels de santé dans l'espace européen: une incidence démographique limitée à court terme, incertaine à plus long terme.

Les flux des professionnels de santé restent très modérés à travers l'Europe.

En 2004 l'Union européenne va s'ouvrir à une dizaine de nouveaux membres, parmi lesquels des pays de l'ancien bloc de l'est, à tradition francophone comme la Pologne. Une étude diligentée par la direction générale de la santé⁶¹ par courrier auprès des ambassades a permis d'évaluer fin 2001 les formations dans les pays susceptibles d'intégrer l'Union en 2004 ainsi que les possibilités de flux de professionnels en provenance de ces pays. Ces flux apparaissent potentiellement très faibles.

Pour la Pologne, la République Tchèque, la Slovaquie et la Hongrie, les pays susceptibles d'être l'objet d'une immigration sont essentiellement l'Allemagne et l'Autriche. La Grande-Bretagne paraît être une destination prisée, en particulier par les Tchèques.

S'agissant de la Suisse qui a rejoint l'espace européen le 1er juin 2002, les conditions de travail des professionnels de santé dans ce pays y sont sensiblement différentes de la France et les possibilités de migrations nulles. En revanche, une attraction est possible vis à vis des professionnels français : du fait de la densité médicale helvétique, ces phénomènes seront quantitativement très limités.

La France fait figure de destination relativement peu attractive en dehors de la possibilité d'une migration transitoire pour parfaire des connaissances.

1.3.1 Formation des professionnels de santé en Europe⁶²

Les différentes professions de santé, qu'elles soient régies par une directive communautaire sectorielle ou générale⁶³, font l'objet de formations relativement hétérogènes d'un pays à l'autre. Si un socle minimum de compétences semble être identifiable, la qualité et les performances des professionnels, lors de leur entrée sur le marché du travail, restent certainement disparates.

Il convient globalement de retenir que pour la majorité des professions, les formations sont universitaires ou rattachées à l'université, et qu'à l'exception des médecins, le numerus clausus n'est pas une pratique généralisée.

61 Enquête de la DGS, août 2001 (DGS/2C/1217)

62 Voir pour plus de détails « formation des professions de santé » en annexe °33

63 Il s'agit des directives 1989/595/CEE, 1989/594/CEE, 1989/51/CEE, 1989/48/CEE, 1977/453/CEE, 1977/452/CEE.

Médecins

Le régime des diplômes de médecin obéit à la directive sectorielle européenne qui entraîne une reconnaissance automatique de la valeur du diplôme des ressortissants. Un test d'adéquation linguistique peut être prévu. Si la formation universitaire reste relativement homogène, le mode d'entrée dans les études est néanmoins très variable selon les pays. Un entretien de sélection existe dans certains pays, en particulier en Allemagne. En Grande-Bretagne l'admission conjugue une étude du dossier scolaire et un entretien. En Belgique cette sélection dépend de chacune des 3 universités qui ont chacune une approche différente de la formation.

Le principe du *numerus clausus* est largement répandu dans les pays européens qu'il soit régulé au niveau national ou délégué à l'échelon régional.

La majorité des pays européens incluent dans les études médicales une plate forme commune de compétence avant les orientations en spécialités. Malgré les directives européennes et les travaux des « boards » de spécialité, une certaine inhomogénéité dans les formations demeure.

Pharmaciens

Le régime des diplômes de pharmacien régit par la directive sectorielle européenne repose également sur le principe de la reconnaissance automatique de la valeur du diplôme.

Le cursus de formation est relativement bien harmonisé en Europe, au niveau universitaire, sur 5 à 6 ans. S'agissant des pharmaciens spécialisés en biologie, la formation dans la majorité des pays est identique à celle de la France sauf en Allemagne où des laboratoires d'analyses médicales biochimiques sont dirigés par des « chemists » diplômés à bac + 3.

Chirurgiens dentistes

Le régime des diplômes de chirurgiens dentistes obéit également aux principes de la directive sectorielle européenne.

La formation française se distingue des autres. En France, il existe une plate forme commune de 6 ans donnant droit ensuite à exercice ou à évolution vers une spécialisation courte sur 3 ans. Dans les autres pays d'Europe cette plate forme commune est de 4 ans et il existe ensuite des spécialisations longues de nature très variable selon les pays et n'existant pas toutes en France.

A l'exception de la France, tous les autres Etats pays prévoient des aides spécialisées aux chirurgiens-dentistes. Ce métier correspond à une fonction d'infirmière, avec une formation en 3 ans et a pour mission la prévention et les petits soins. Ces « hygiénistes » sont particulièrement nombreux dans les pays d'Europe du nord (plusieurs hygiénistes par dentiste), avec un gradient décroissant vers le sud. En France 50 % des praticiens exercent seuls, sans assistante dentaire, pour lesquelles il n'existe d'ailleurs pas de formation du niveau de celle des hygiénistes.

Sages-femmes

Le régime des diplômes de sage-femme est soumis également au mécanisme de reconnaissance automatique du diplôme des ressortissantes.

Deux approches différentes de formation peuvent être distinguées : la voie spécifique (ex. France, Allemagne) où la formation est d'emblée obstétricale et la spécialisation après le diplôme d'infirmière (ex. Espagne). En Grande Bretagne les deux voies coexistent depuis quelques années.

Sont formées par les universités, les sages-femmes grecques, allemandes (avec des différences suivant les Länders), anglaises, danoises, suédoises. Dans ce dernier pays, les sages-femmes ont des compétences très élargies superposables à celles des obstétriciens français. Les compétences et prérogatives des sages-femmes demeurent très diverses selon les pays de l'Union européenne.

Infirmières

Le diplôme d'infirmière obéit au mécanisme de la reconnaissance automatique. Dans l'ensemble, le niveau de formation et les prérogatives sont assez homogènes en Europe. Il n'y a pas de numerus clausus dans la majorité des pays mais parfois des ajustements en fonction des capacités de formation (Allemagne) ou des besoins évalués pour la santé publique du Pays (Finlande, Grèce).

Les formations sont le plus souvent universitaires ou évoluent vers un rattachement des écoles aux Universités. Dans la majorité des pays des spécialisations sont possibles de même que des formations vers des masters ou des diplômes universitaires de plus haut niveau.

Masseurs kinésithérapeutes

Les masseurs kinésithérapeutes sont régis par la directive générale européenne qui ne prévoit pas une reconnaissance automatique du diplôme. Les demandes d'exercice en France font donc l'objet d'un examen spécifique de validation en commission ministérielle.

Manipulateurs en électroradiologie médicale

La directive générale européenne s'applique également aux manipulateurs d'électroradiologie et ne prévoit donc pas de reconnaissance automatique du diplôme.

La durée d'études est de 3 à 4 ans dans tous les pays européens. La spécialisation précoce (ex. Grande Bretagne où le tronc commun n'est que de 18 mois avant le choix entre radiodiagnostic et radiothérapie) est le cas d'environ 50% des pays. Le rôle soignant du manipulateur français n'est pas généralisé.

Orthophonistes

Les orthophonistes sont régis par la directive générale européenne qui ne prévoit pas une reconnaissance automatique du diplôme.

Orthoptistes

Les orthoptistes sont régis par la directive générale européenne qui n'implique pas une reconnaissance automatique du diplôme. Cette profession ne donne pas lieu à formation dans tous les pays d'Europe. Elle est rattachée à l'Université lorsqu'elle existe suivant les mêmes conditions que pour les infirmières. Il n'existe pas de numerus clausus et certains pays sont importateurs à partir des pays formateurs.

Opticiens-lunetiers

Les opticiens-lunetiers sont régis par la directive générale européenne qui ne prévoit pas une reconnaissance automatique du diplôme. Dans certains pays comme la Grande Bretagne, leur profession peut évoluer vers celle d'optométriste qui n'est pas reconnue en France.

1.3.2 Formation dans les pays européens des ressortissants français aux professions de santé

Médecins

Deux sources apportent un éclairage sur le nombre de médecins français formés en Europe. il s'agit des médecins français titulaires d'un diplôme de base obtenu dans l'un des états membres de l'Union européenne. Il est impossible de dire s'il s'agit de nationaux français ayant émigré pour faire leur formation dans un pays communautaire ou d'européens diplômés dans leur pays ayant acquis la nationalité française.

La Belgique est le pays européen le plus attractif du fait de son mode de fonctionnement universitaire et de l'absence de barrière linguistique. Malgré cela, le nombre de professionnels formés annuellement demeure modeste par rapport aux diplômés en France : l'apport est du niveau d'une faculté de médecine française de taille moyenne. En effet, sur les 111 dossiers il est impossible de savoir combien de nouvelles inscriptions par rapport aux réinscriptions après passerelle de changement de spécialité.

Tableau n°8 : nombre de médecins français formés en Europe

	<i>Cumulatif 2000 : source, conseil national de l'ordre des médecins</i>	<i>Conseil national de l'ordre des médecins, session d'avril 2001</i>
Belgique	214 praticiens	111
Allemagne	58 praticiens	24
Danemark	1 praticien	1
Espagne	50 praticiens	13
Finlande	0	0

Grande Bretagne	11 praticiens	7
Grèce	28 praticiens	1
Italie	87 praticiens	95
Irlande	5 praticiens	1
Luxembourg	0	0
Norvège	0	1
Pays Bas	3 praticiens	1
Portugal	13 praticiens	3
Suède	1 praticien	1

Pharmaciens

Lors des rencontres tant avec les professionnels qu'avec les services du ministère de la santé, aucun flux significatif n'a été signalé.

Sages-femmes

Selon les professionnels contactés, la Belgique délivrerait une trentaine de diplômes par an.

Masseurs Kinésithérapeutes

Le flux essentiel concerne la Belgique. Entre 1991 et 1999 sur 1797 diplômes étrangers qui ont bénéficié d'une autorisation d'exercer en France, 1554 ont été accordés à des diplômés belges, et, sur ces 1554, 86 % étaient des français partis faire leurs études de kinésithérapie en Belgique à la suite de leur échec au concours en France.

La situation est en train d'évoluer car, en 2001, une nouvelle réglementation interdit l'exercice dans les autres pays européens aux diplômés non autorisés à exercer en Belgique. En 2001, sur 423 autorisations d'exercer données à des titulaires de diplôme de l'UE, 310 ont été données à des diplômés belges dont 232 étaient Français. Ces 232 nouveaux kinésithérapeutes à diplôme belge ne représentent qu'une faible part des soignants masseurs kinésithérapeutes en France mais 17 % de la promotion des diplômés français en 2001.

Orthoptistes

Il n'existe pas de concours d'admission en Belgique pour les études d'orthoptiste, ce qui attire une dizaine d'étudiants français par an.

1.3.3 Installation des Médecins et professionnels de santé européens en France

Médecins

Tableau n°9 : Nombre de médecins européens installés en France en 2000

	<i>Généralistes (INSEE⁶⁴)</i>	<i>Spécialistes (INSEE)</i>	<i>Conseil de l'Ordre⁶⁵</i>
Autriche	6	12	18
Belgique	199	345	825
Allemagne	184	204	441
Danemark	3	4	9
Espagne	80	85	214
France	94420	97535	
Finlande	7	5	5
Grande Bretagne	32	17	73
Grèce	24	42	67
Italie	100	167	387
Irlande	3	10	13
Islande	Inconnu	inconnu	
Luxembourg	Inconnu	Inconnu	
Norvège	Inconnu	inconnu	
Pays Bas	26	15	61
Portugal	24	13	10
Suède	2	7	11

La répartition des médecins diplômés en Europe sur le territoire reste très inégale : ils sont très concentrés dans les départements frontaliers avec l'Allemagne, la Belgique et, dans une moindre mesure l'Italie. Pour les autres localisations, l'héliotropisme joue également un rôle, mais la question de la langue et des habitudes culturelles demeure de manière évidente le premier guide de l'immigration des médecins diplômés en Europe.

Si les professionnels rencontrés pressentent que l'extension de l'Europe aux pays de l'Est pourrait modifier, de manière importante, ces données, l'enquête réalisée par la DGS, déjà citée, ne semble pas confirmer cette impression des professionnels.

Pharmaciens

Il n'existe aucun pays de l'UE duquel provienne un flux significatif de pharmaciens susceptible de représenter plus de 1 pour mille professionnels en exercice.

Une inquiétude se fait jour à l'égard de possibles flux migratoires en provenance des pays de l'Est du fait de l'extension de l'Union européenne. De même, un projet de directive serait à l'étude et pourrait permettre une libre circulation pour des séjours inférieurs à 6 mois, ce qui modifierait profondément le marché du remplacement et de l'assistantat sans garantie universitaire. S'agissant des pharmaciens exerçant dans les laboratoires d'analyses médicales, les flux en provenance d'autres pays d'Europe sont vraisemblablement nuls.

⁶⁴ Source : Enquête emploi, INSEE, mars 2001. Cette enquête est basée sur la nationalité et non sur le pays d'obtention du diplôme : le nombre de Médecins européens diplômés hors de France est certainement sous évalué.

⁶⁵ Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins, enquête démographie 2001. Ce chiffre inclut les praticiens de nationalité française ayant obtenu leur diplôme dans un pays de l'UE

Chirurgiens dentistes

Au total, 331 praticiens européens (UE) formés en dehors de la France exercent sur le territoire. L'attractivité est faible car en sus des questions de langue deux problèmes sont spécifiques de la profession : différence dans le déroulement des études et non similitude des spécialités et, surtout, non attractivité des conditions d'exercice et de rémunération par rapport aux autres pays européens. Seuls les professionnels Belges représentent un taux significatif avec 2 pour mille professionnels en exercice.

Les dentistes exerçant en France diplômés dans l'Union Européenne sont au nombre de 310.

Sages-femmes

Il n'existe aucun pays de l'UE duquel provienne un flux significatif de sages-femmes susceptible de représenter plus de 1 pour mille professionnels en exercice. Dans ce métier les habitudes culturelles et les différences de responsabilités sont certainement un frein majeur. Il semble exister en revanche, selon la profession, un flux d'émigration significatif.

Infirmières

Il y a reconnaissance automatique du diplôme s'il est conforme aux directives européennes du 27 juin 1977. Suivant les vagues d'adhésion des pays à l'UE, les diplômes délivrés seront ou non conformes. L'expérience professionnelle est prise en compte dans tous les cas. Pour les infirmiers spécialisés et pour les cas non conformes, une commission régionale de professionnels examine les programmes de formation suivie par les candidats, en regard des cursus français. Cette commission a un pouvoir de reconnaissance du diplôme en soins généraux et du diplôme spécialité.

Seules les professionnelles belges représentent une population quantitativement significative avec 2 pour mille des infirmières en exercice.

Masseurs-kinésithérapeutes

Quel que soit le pays d'origine, le diplôme doit être validé par une commission nationale de professionnels qui peut exiger une mise à niveau le cas échéant. Seuls les professionnels belges représentent une population quantitativement très significative avec 1 % des infirmières en exercice.

Manipulateurs en électroradiologie médicale

Pour tous les pays Union, le diplôme est examiné par une commission nationale de professionnels. Il n'existe aucun pays de l'UE qui soit à l'origine d'un flux migratoire représentant plus de 1 pour mille des professionnels en exercice.

Une dizaine de dossiers de demande d'intégration de professionnels européens sont étudiés chaque année par la commission de qualification. Cela compense à peine les émigrations de professionnels français vers Monaco ou le Luxembourg.

Orthophonistes

Comme pour les manipulateurs d'électroradiologie, les dossiers de demande d'intégration de professionnels européens sont étudiés chaque année par la commission de qualification. Seuls les professionnels belges représentent une population quantitativement très significative avec 0,8 % des orthophonistes en exercice (Portugal : < 0,1 %, Suède : < 0,1 %).

Orthoptistes

Comme pour les manipulateurs d'électroradiologie, les dossiers de demande d'intégration de professionnels européens sont étudiés chaque année par la commission de qualification. Il n'existe aucun pays de l'UE qui soit à l'origine d'un flux migratoire représentant plus de 1 pour mille des professionnels en exercice.

Opticien lunetiers

Comme pour les manipulateurs d'électroradiologie, les dossiers de demande d'intégration de professionnels européens sont étudiés chaque année par la commission de qualification. Il n'existe aucun pays de l'UE qui soit à l'origine d'un flux migratoire représentant plus de 1 pour mille des professionnels en exercice sauf la Belgique avec 2 pour mille, l'Allemagne et l'Espagne avec 1 pour mille.

1.3.4 Les Praticiens à diplôme étranger en France

Médecins

Il s'agit de la question des praticiens à diplôme hors Union Européenne (PADHUE). Ces médecins ont pu suivre deux filières d'intégration :

- La voie du CSCT (certificat de synthèse clinique et thérapeutique): loi n° 72-661 du 13 juillet 1972,
- La voie des praticiens adjoints contractuels (PAC) : depuis 1995 (loi 95-116 dite loi Veil)

Il est difficile d'obtenir un chiffre exact car certains praticiens relèvent de plusieurs procédures. En cumulatif, les autorisations d'exercer concernent 3985 praticiens par la voie du CSCT, 2315 avant la loi CMU et 2737 après la loi CMU auxquels il faut ajouter les 27 praticiens de nationalité UE disposant d'un diplôme non européen, reconnu dans un état européen et faisant état d'un exercice professionnel européen.

Ce total de 9064 reconnaissances d'exercice est sur-évalué du fait de l'intrication des voies et des renouvellements d'autorisation d'exercice. Le nombre de **7000 à 8000 praticiens** est certainement plus réaliste.

Il reste, après l'application de ces différentes procédures, **2000 à 3000 praticiens sur des statuts précaires dans les hôpitaux**, certains y exerçant des responsabilités depuis plus de 10 ans sans reconnaissance.

Actuellement, un certain nombre de médecins à diplôme non européen exercent comme infirmiers dans les établissements de santé publics et privés. L'autorisation est délivrée par la DDASS pour 3 ans. Il semble ne pas exister de glissement de tâche dans le public mais les informations sur la situation du secteur privé restent indigentes à cet égard, notamment dans le cas de l'accueil des urgences. Ce statut d'attente peut leur permettre de passer un diplôme d'infirmier car ils peuvent obtenir une dispense complète d'études.

Même s'ils représentent moins de 3% des médecins exerçant en France, ces praticiens titulaires d'un diplôme non européen gonflent, artificiellement, l'effectif des médecins généralistes. Ils assurent la survie de nombre de services hospitaliers. Une part non négligeable d'entre eux travaille sous statuts précaires.

Pharmaciens

Il existe un nombre limité de pharmaciens à diplôme non européen exerçant en officine. Une sélection par équivalences est assurée par le Conseil supérieur de la pharmacie. En revanche, il y aurait plus de 6 000 pharmaciens dans l'industrie pharmaceutique, dont peu sont dénombrés par leur inscription à l'Ordre. Un certain nombre de pharmaciens PADHUE (estimé à 200 par le syndicat national des PAC) sont en attente d'autorisation après avoir passé le PAC en pharmacie. La procédure d'autorisation fait l'objet d'un quota qui est fixé par le conseil supérieur de la pharmacie. Une cinquantaine de ces praticiens exerceraient en pharmacie hospitalière, une dizaine en pharmacologie et toxicologie et un nombre inconnu des fonctions en officine sans statut officiellement reconnu.

Un certain nombre de PADHUE formés par le DIS sont restés en France. Ils doivent, pour obtenir le plein exercice de la biologie, passer devant une commission de qualification qui délivre un nombre réduit d'équivalences. Il y aurait entre 200 et 300 biologistes exerçant, essentiellement des remplacements en laboratoires libéraux, dans l'illégalité.

Chirurgiens-dentistes

Les autorisations d'exercice sont délivrées par une commission nationale d'autorisation après validation d'un examen de contrôle des connaissances. Elle ne délivre, annuellement, qu'un nombre très restreint d'autorisations. Néanmoins, quantitativement, le nombre de chirurgiens-dentistes PADHUE en France, est très limité. Entre 1974 et 2000, 2719 dossiers ont été examinés par la Commission. 591 autorisations ont été délivrées en 27 ans, soit une moyenne de 22 par an, et 22% des demandes. Un concours de PAC dentiste devrait être organisé en 2003.

Sages-Femmes

Il arrive, annuellement, une cinquantaine de sages-femmes titulaires d'un diplôme hors Union européenne par an, en France. Elles doivent satisfaire aux exigences d'un examen de contrôle des connaissances et passer devant une commission nationale d'autorisation ou valider une partie des études. Une dizaine sont autorisées chaque année, ce qui demeure un flux insignifiant. Néanmoins, certains établissements, essentiellement libéraux, emploieraient des sages-femmes non diplômées sur des emplois.

De 1996 à 2000, 385 dossiers ont été instruits. Il y a eu 160 candidats à l'examen qui a été validé par 32 d'entre eux et 57 autorisations d'exercice ont été délivrées par la commission après examen du dossier.

Masseurs kinésithérapeutes

Les diplômes non européens n'influent pas la démographie des kinésithérapeutes en France : au mieux, ces professionnels n'ont pas d'équivalence mais une simple dispense de scolarité pour pouvoir intégrer un institut de formation en 2^o année. Il s'agit, de plus, fréquemment d'étudiants issus de pays méditerranéens qui rentrent dans leur pays à fort potentiel de développement à la fin de leurs études, gênés de plus par les barrières linguistiques et coutumières. Selon le ministère de la santé, le flux de demandes, en particulier d'origine algérienne, est important et une part importante de ces professionnels reste sur des statuts inférieurs.

Infirmières

Tout ressortissant extra-communautaire ou titulaire d'un diplôme extra-communauté est tenu de passer un concours d'entrée d'une école d'infirmière. Il s'agit d'une liste ajoutée au quota normal. Le conseil technique de chaque école examine le cursus et décide de l'exemption de 1 ou 2 années et dans tous les cas la personne devra refaire la 3^o année.

Manipulateurs d'électroradiologie

Une quarantaine de dossiers de demande d'intégration sont étudiés annuellement, essentiellement en provenance d'étudiants originaires des pays du Maghreb. Cela représente bien moins que 0,2% des professionnels en exercice. La commission peut accorder une dispense totale ou partielle de scolarité. Dans ces derniers cas les étudiants doivent passer le DE et sont comptabilisés dans les diplômés français.

Orthophonistes, Orthoptistes, Opticiens lunetiers

Les mêmes commissions que pour les professionnels ressortissants d'Etats membres de l'UE se prononcent sur la validité du diplôme. Les flux restent insignifiants.

1.3.5 D'autres facteurs démographiques sont à prendre en considération

1.3.5.1 Les flux de sortie des professionnels de santé

L'approche démographique de la carte sanitaire doit être élargie. Il existe en effet une attractivité pour les professionnels de santé français vers des pays communautaires ou extra-communautaires offrant des conditions d'exercice plus rémunératrices ou plus satisfaisantes.

Médecins

Une émigration signalée en direction du Canada pour quelques professionnels par an par les pédiatres rencontrés et une seconde en direction de la Grande Bretagne pour des généralistes ou des spécialistes : avec en particulier la mise en place des SOS médecins par des praticiens français.

L'ensemble de ces flux est difficile à chiffrer mais pourrait compenser en partie l'immigration. Le bureau M1 de la DHOS délivre annuellement une centaine d'attestations de conformité à la directive européenne n°96/16 CEE du Conseil du 5 avril 1993 visant à faciliter la libre circulation des médecins à l'intérieur de l'Union européenne.

Il est possible que ce phénomène s'accroisse dans les années à venir car l'enseignement de la langue anglaise s'est imposé dans les universités françaises, ce qui facilitera grandement la mobilité des professionnels alors que la majorité des praticiens européens a beaucoup de difficultés à acquérir une pratique correcte du français.

Chirurgiens dentistes

La DHOS délivre annuellement une quarantaine d'attestations de conformité à la directive européenne n°96/16 CEE du Conseil du 5 avril 1993. Ces attestations permettent l'installation des professionnels hors de France, ce qui compense largement, pour cette profession, les flux d'entrée.

Sages-femmes

Une émigration modeste est signalée en direction du Canada qui a autorisé cet exercice depuis quelques années, mais également en direction de la Suisse du fait de conditions salariales attractives. La Suisse attire d'ailleurs les professionnels de santé français depuis de très nombreuses années mais ce phénomène concerne essentiellement des résidents frontaliers et demeure quantitativement limité. La DHOS délivre annuellement une dizaine d'attestations de conformité à la directive européenne n°96/16 CEE du Conseil du 5 avril 1993.

Manipulateurs d'électroradiologie médicale

Une mobilité des professionnels formés en France est signalée vers Monaco et le Luxembourg, pour un flux compensant celui des arrivées.

1.3.5.2 La mobilité des patients

Il existe un flux de patients vers la France, en provenance de pays européens comme la Grande-Bretagne (part non négligeable de l'activité du CHU de Lille) ou l'Italie mais aussi de pays du Maghreb

Il existe également un flux de patients français vers les autres pays de l'Union Européenne, essentiellement dans 4 cadres :

- Les résidents frontaliers ;
- Dans le cadre d'accords inter européens : les fonds structurels Intereg;
- A la suite de demandes de soins spécifiques qui sont traitées au niveau national par la CNAM (type TEP, implantation de pace maker dans le traitement des épilepsies rebelles) : ces demandes représentent environ 2000 cas annuels.
- Et surtout des patients français traités de manière inopinée lors d'un voyage à l'étranger. Il est impossible de connaître, dans cette cohorte assez importante, la part de patients pour lesquels il existait une préméditation au traitement européen permettant de contourner la réglementation de la demande d'entente préalable nationale.

Globalement, il semble bien, ainsi, que les flux de patients intra européens soient bien supérieurs à ceux des professionnels de santé.

Au total, il paraît exister globalement un équilibre entre les flux d'entrée et les flux de sortie des professionnels de santé dans le pays. Seuls deux points semblent devoir mériter une attention particulière :

- Les échanges avec la Belgique, Etat dans lequel la rigueur dans la sélection d'entrée des formations contraste avec les autres pays de l'Union européenne;
- La situation des Praticiens à Diplôme non Européen qui n'ont pas bénéficié d'une régularisation et qui continuent à être employés dans des conditions marginales à la réglementation en vigueur, représentant plusieurs milliers de professionnels.

L'incertitude concernant la proche extension de l'Union européenne ne paraît pas, en l'état des connaissances, influencer réellement les données de la démographie si la réglementation reste strictement appliquée.

1.4 Coopération entre les médecins du secteur privé et ceux du secteur public

1.4.1 Un bilan difficile à dresser en raison du polymorphisme et des évolutions rapides des coopérations existantes

1.4.1.1 La diversité des modèles

Deux grandes catégories d'organisation comportent des modalités explicites de coopération entre médecins des deux secteurs :

1. **La co-utilisation d'installations**, avec ou sans mise en commun de personnel salarié, est la plus ancienne.

➤ Co-utilisation de structures d'hospitalisation :

L'article L 6112-4 du Code de la santé publique prévoit que les médecins et les autres professionnels de santé non hospitaliers peuvent être associés au fonctionnement des établissements assurant le service public hospitalier, en ayant recours à leur aide technique ou à leur plateau technique pour en optimiser l'utilisation. Dans ce cas, un contrat doit être conclu.

Toutefois, si la plateau technique utilisé dépend d'un centre hospitalier, et qu'il est destiné « à l'accomplissement d'actes qui requièrent l'hospitalisation des patients, son accès aux médecins et sages-femmes non hospitaliers » est soumis à certaines conditions énumérées par l'article L 6146-10. Les établissements autorisés à faire fonctionner une structure médicale dans laquelle les personnes admises peuvent faire appel aux praticiens de leur choix, ne peuvent réserver à cette activité plus du tiers de la capacité d'accueil en lits de la discipline ou de la spécialité concernée.

Les structures relevant de l'art. 6146-10 CSP (autrefois « cliniques ouvertes ») ouvrent une partie de l'hospitalisation publique aux professionnels libéraux. Dans ces structures, des médecins de toute discipline disposent d'un quota de lits hospitaliers devenus « privés » et y exercent leur profession selon les modalités d'exercice libéral : paiement à l'acte notamment (avec ou sans dépassements d'honoraires). Ils peuvent utiliser les équipements hospitaliers pour leurs malades : blocs opératoires, imagerie, etc. Ils reversent une partie de leurs honoraires à l'hôpital.

Les lits privés ne sont pas individualisés, un malade peut ainsi passer d'un secteur à l'autre sans changer de lit. L'activité libérale des praticiens hospitaliers temps plein, relevant d'un choix personnel et rendant plus attractif l'exercice, s'en rapproche.

Les diverses formes de coopération inter-hospitalière entre établissements publics et privés à but lucratif ont fait l'objet de nombreux textes réglementaires. Leur mise en œuvre est souvent très lente et difficile et peut rester purement virtuelle.

En particulier, les quelques fusions d'établissements entiers effectivement réalisées ou entamées sont décrites comme restant fortement conflictuelles entre praticiens et gestionnaires des deux secteurs, même pour les praticiens exerçant à la fois dans les deux secteurs (praticiens à temps partiel).

➤ Co-utilisation d'équipement lourd : IRM et scanners.

Plusieurs formes juridiques permettent la co-utilisation d'équipements lourds par les deux secteurs, d'autant plus aisées à mettre en œuvre qu'il s'agit essentiellement de malades externes, ne touchant pas au partage des lits.

Le plus souvent, l'appareil est implanté dans les locaux de l'établissement public. La propriété peut être commune aux deux secteurs. Des plages horaires sont attribuées à chaque co-exploitant.

Ces organisations permettent une utilisation plus intense de matériels rares et l'accès du secteur privé à des équipements plus fréquemment autorisés en secteur public.

D'autres formes de coopération/complémentarité ou de partage des rôles sont observées, liées pour l'essentiel à l'opposition des statuts et financements des deux secteurs :

- Une première tendance lourde concerne le partage du marché : le secteur privé libéral prend une part croissante des activités médico-techniques à haute valeur ajoutée, le secteur sous dotation globale prenant en charge les pathologies très lourdes, les facteurs socio-sanitaires, la permanence des soins.
- S'y ajoute un clivage plus volatile concernant les innovations technologiques, vivement contesté par les deux secteurs qui peuvent bénéficier d'un monopole ou s'en trouver exclu en fonction de leur mode de financement⁶⁶. Certains praticiens hospitaliers font explicitement le choix du temps partiel afin de pouvoir utiliser au mieux les possibilités « inverses » - et donc complémentaires - des deux secteurs.

2. Les réseaux en développement rapide

Introduits par les ordonnances de 1996, modifiés par plusieurs textes ultérieurs, et devenus réseaux de santé⁶⁷, (L. 6321-1 du CSP) les réseaux constituent des modes de coopération connaissant un succès certain entre professionnels de santé libéraux, médecins du travail, établissements de santé, centres de santé, institutions sociales ou médico-sociales, et usagers. Ces adaptations législatives et réglementaires s'expliquent notamment par la grande diversité

⁶⁶ Le secteur public a accès à des innovations technologiques (ex : dispositifs implantables) non pris en charge par l'assurance maladie, par prélèvement sur sa dotation, alors que le coût en est prohibitif pour le secteur libéral. Toutefois, dès que la prestation est remboursable, la situation se renverse, les cliniques privées étant rémunérées au premier franc alors que les hôpitaux prélèvent toujours sur leur dotation.

⁶⁷ La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 redéfinit les réseaux en deux types distincts (article L. 6321-1CSP) : les réseaux de santé chargés de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, les réseaux coopératifs de santé qui sont des sociétés de prise en charge pluridisciplinaires répondant aux critères de définition des réseaux de santé.

des organisations existantes ou projetées, ainsi que des modalités de financement et de suivi nécessaires.

D'objectifs, de taille et de complexité variables, ces réseaux visent à organiser et coordonner au mieux la prise en charge d'une population définie par une pathologie (diabète, asthme), et/ou des critères géographiques (bassin de santé), d'âge (gériatrie), de besoins de soins (soins palliatifs).

En l'état des données rassemblées, il n'est pas permis de recenser précisément les réseaux existants (mise en œuvre effective, durée de vie, objectifs poursuivis, public desservi, professionnels concernés...)

Cette prise en charge nécessite l'intervention coordonnée et rationalisée de professionnels de santé sous diverses formes de dispensation des soins : ambulatoires, hospitaliers. C'est pourquoi la plupart des réseaux comporte la participation de professionnels des secteurs public et privé, du milieu hospitalier et de l'exercice de ville.

1.4.1.2 Bilan fonctionnel

En termes exclusivement démographiques, ces coopérations n'ont pas d'impact direct. Leur instauration cherche davantage à compenser qu'à supprimer les segmentations multiples de notre système de soins. Pourtant les redondances qu'elles entraînent sont non seulement coûteuses, mais chronophages.

Ainsi, les rares coopérations intra-hospitalières, comme les co-utilisations d'équipements lourds⁶⁸, demeurent conflictuelles et ne peuvent être créditées économie de temps médical.

L'essor des réseaux constitue toutefois une amélioration indirecte de la situation démographique des professionnels. Les réseaux ont en effet contribué à clarifier les frontières entre différentes professions de santé qui ont par ces dispositifs été amenées à redéfinir concrètement les contours de leurs métiers à l'occasion de leur coopération régulière.

1.4.2 Des obstacles économiques, administratifs et culturels qui persistent

1.4.2.1 Des incitations économiques opposées

Les incitations existantes entraînent dans les établissements de chaque secteur une conduite économiquement rationnelle d'externalisation de leurs dépenses évitables⁶⁹. Quant aux médecins, les différences de revenus selon les disciplines peuvent être identifiées comme une des causes de leur inégale répartition entre les deux secteurs.

Il est certain que ces comportements, parfaitement compréhensibles, restent contre-productifs en matière d'utilisation des ressources démographiques.

⁶⁸ Dès que le secteur privé obtient une autorisation d'équipement lourd, les accords sont dénoncés.

⁶⁹ Ainsi un malade, opéré en établissement sous dotation globale ou privé lucratif, subira chimiothérapie et/ou radiothérapie en structure libérale s'il est ambulatoire, en établissement public s'il doit être hospitalisé...

Les déterminants principaux des tentatives de coopération entre établissements publics et privés concernent l'aménagement du territoire : maintien d'une offre hospitalière locale, et/ou d'un outil de travail pour les professionnels (Châteaubriant, Pithiviers)⁷⁰. Elles sont le plus souvent suscitées, voire imposées par l'administration et non souhaitées par les médecins chargés de leur mise en œuvre

L'objectif poursuivi n'est pas proprement démographique, mais selon la plupart des personnalités entendues par la mission, la mise à disposition d'un plateau technique hospitalier peut constituer un argument intéressant pour attirer des installations libérales ou des participations libérales. C'est explicitement cet argument qui a servi de leviers dans certains cas de coopération.

1.4.2.2 Des obstacles administratifs, juridiques et culturels

Le statut des vacataires exerçant à l'hôpital constitue indéniablement un frein à l'accroissement de la participation des praticiens libéraux au service hospitalier. Les professionnels indiquent sur ce point que l'attractivité du statut de vacataire reste bien trop faible pour permettre une collaboration durable.

Les pratiques existantes en terme de vacations hospitalières témoignent de l'inadaptation du dispositif alors que le monde libéral continue de vouloir dans sa grande majorité garder des liens étroits avec l'hôpital qui a lui-même besoin, au moment de la mise en œuvre de la RTT, de temps médical supplémentaire.

De l'avis de bon nombre des personnes rencontrées par la mission, les différences persistantes en termes d'approche de l'exercice entre le secteur privé et le secteur public continuent en outre de faire obstacle à une meilleure collaboration des acteurs.

1.4.2.3 Une « efficacité démographique » de la coopération est-elle possible ?

La coopération entre les deux secteurs est indispensable d'abord pour des raisons d'optimisation de l'offre qui, précisément en raison des projections réalisées, doit comporter une dimension démographique, notamment médicale.

En toute logique, une offre adaptée aux besoins en volume (capacité de production) et en nature (degré de granularité) entraîne des économies d'échelle et/ou de gamme, en regroupant des équipes, en réduisant les segmentations, en augmentant l'utilisation d'équipements et l'activité de services moins redondants.

⁷⁰ Un tel argument ne justifie pas une structure défaillante en termes de qualité, que son équipement soit insuffisant, et/ou que le seuil d'activité nécessaire au maintien de la compétence ne puisse être atteint. Le maintien de la seule offre de soins comme arme anti-désertification est illusoire : son efficacité est transitoire et ne suffit pas à empêcher la disparition des autres services communautaires, encore moins à les faire revenir. Si le maintien, voire la création de telle ou telle structure est vraiment nécessaire, il convient alors d'en assurer la sécurité quel qu'en soit le coût. Reste à savoir à qui incombe le surcoût : le temps d'accès dépend autant de l'état des routes, de l'existence de transports en communs ou sanitaires, que de la densité géographique.

Les principaux obstacles sont de nature administrative et financière : il convient donc de les réduire. Sans rapprochement de la situation des médecins des deux secteurs, aucune véritable coopération ne semble viable.

1.5 Formation et démographie ont été trop longtemps déconnectées

1.5.1 Les conditions générales de formation des médecins

1.5.1.1 Modalités d'accès

Pour accéder aux études médicales, les candidats doivent être titulaires d'un baccalauréat, ou d'un diplôme d'accès aux études universitaires, ou d'un titre en dispense du baccalauréat. En théorie, la formation est ouverte à tous les bacheliers. Cependant on remarque que 95% des étudiants qui réussissent le concours en fin de première année sont titulaires d'un baccalauréat scientifique.

1.5.1.2 Formation

Les études médicales sont dispensées dans les Unités de Formation et de Recherche (Facultés de Médecine). Elles se décomposent en trois cycles : le premier d'une durée de 2 ans, le deuxième d'une durée de 4 ans et le troisième dont la durée varie entre 3 ans (pour les généralistes) et 4 ou 5 ans (pour les spécialistes), soit entre 9 et 11 ans au total.

Le premier cycle

La première année: elle est désormais commune aux études médicales, odontologiques et de sage-femme. Elle peut également l'être avec certaines formations paramédicales, notamment Kinésithérapie. Les études comportent des enseignements théoriques, organisés en six modules de 60 à 90 heures (qui comprennent notamment des modules de physique, de biophysique, de chimie et biochimie, de biologie moléculaire et cellulaire, d'anatomie, et un module de sciences humaines et sociales). Des travaux dirigés et pratiques pour lesquels l'assiduité des étudiants est obligatoire, représentent au moins 30% des enseignements.

Le concours⁷¹: Au terme de la première année, des épreuves de classement sont organisées en vue d'admettre en deuxième année un nombre limité d'étudiants, déterminé réglementairement chaque année par le Numerus Clausus. En 2000, sur les 26 328 étudiants qui ont passé le concours de PCEM 1, 3 931 ont été admis en deuxième année de médecine et 800 en deuxième année d'odontologie. Ce concours est organisé localement par les Facultés de Médecine avec des modalités propres à chacune d'elles.

Les épreuves du concours sont des questionnaires à choix multiple (QCM) ou des questions rédactionnelles, notamment pour le module de sciences humaines et sociales. Les épreuves de sciences humaines et sociales doivent obligatoirement compter pour 20% des coefficients aux épreuves d'admission en deuxième année. Les inscriptions en première année des études médicales sont limitées à deux.

⁷¹ Voir « flux d'entrées en PCEM1 » en annexe n°34

La deuxième année du premier cycle est à associer à la première année du deuxième cycle. Elle comprend des enseignements théoriques, mais aussi 300 heures de travaux pratiques et de 400 heures de stage à l'hôpital. Les enseignements portent sur les mêmes disciplines et abordent notamment la sémiologie clinique, la biologie, et les techniques d'imagerie (minimum 120 heures), mais aussi des enseignements non médicaux complémentaires tels que les langues étrangères (120 heures), l'informatique.

Le deuxième cycle

Le deuxième cycle, à l'exception de la première année qui est la continuation directe de la deuxième année de premier cycle, est consacré à l'enseignement de la pathologie pendant 3 ans (DCEM 2, 3, 4). Ces 3 années sont consacrées à l'enseignement des processus pathologiques, de leur thérapeutique et de leur prévention, ainsi qu'à l'enseignement des systèmes de santé, de l'évaluation des pratiques de soins, de la déontologie et de la responsabilité médicale.

Les enseignements théoriques sont, depuis la réforme de la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales, organisés en 11 modules obligatoires et 3 modules optionnels et comprennent au total 347 items. La validation des enseignements théoriques comporte un examen écrit et une épreuve orale.

La formation clinique comporte une participation à l'activité hospitalière, d'une durée totale de 35 mois et de 36 gardes sur les trois dernières années du second cycle.

Au cours de ces stages, les étudiants doivent préparer au moins trois exposés en rapport avec les pathologies rencontrées dans les services dans lesquels ils ont été affectés. Les notes de stages tiennent compte de l'assiduité, du degré d'acquisition d'un certain nombre de gestes techniques et des points obtenus lors d'une épreuve de mise en situation clinique.

Le troisième cycle

Au terme du deuxième cycle, deux solutions s'offrent actuellement aux étudiants, selon qu'ils souhaitent exercer la médecine générale ou une spécialité qu'elle soit médicale ou chirurgicale.

1.5.2 La formation des généralistes

Le résidanat constitue le troisième cycle menant à l'exercice de la médecine générale, dont la durée est de trois ans.

L'enseignement théorique porte notamment sur la médecine générale et son champ d'application, les gestes et les techniques, les stratégies diagnostiques et thérapeutiques, et les conditions de l'exercice professionnel.

La formation pratique comprend :

- des fonctions hospitalières pendant au moins cinq semestres, dans des services agréés pour la médecine générale (un en médecine adulte, un en gynécologie et/ou en pédiatrie, un en médecine d'urgence, deux laissés au choix de l'étudiant).
- Un semestre dans un cabinet de médecine générale en présence du praticien.

1.5.3 La formation des spécialistes

L'internat constitue le troisième cycle menant à l'exercice d'une spécialité. Contrairement au troisième cycle de médecine générale, l'accès au troisième cycle de spécialité est subordonné à la réussite du concours de l'internat. Les filières accessibles par le concours de l'internat sont :

- spécialités médicales
- spécialités chirurgicales
- anesthésie-réanimation
- pédiatrie
- psychiatrie
- santé publique
- médecine du travail
- biologie médicale
- gynécologie-obstétrique et gynécologie médicale.

Le concours est organisé chaque année pour chacune des deux zones géographiques (nord et sud). Il est ouvert pour un nombre donné de postes par spécialité et par région, par arrêté des ministres de l'enseignement et de la santé⁷².

Il comprend trois épreuves écrites et anonymes :

- Une épreuve de QCM, affectée d'un coefficient 0,7, d'une durée de trois heures répartie en deux épreuves équivalentes.
- Une épreuve de cas cliniques (questions à choix multiples), affectée d'un coefficient 0,3, d'une durée de 1 heure.
- Une épreuve de dossiers diagnostiques et thérapeutiques comprenant 12 dossiers, affectée d'un coefficient 2 d'une durée de 6 heures réparties en deux épreuves équivalentes.

Chaque étudiant a la possibilité de se présenter à deux reprises à ce concours, à la fin de la dernière année de deuxième cycle et l'année suivante. Les candidats reçus deviennent des internes. Après la publication des résultats, chaque étudiant reçoit individuellement son classement pour chacune des deux zones géographiques pour lesquelles il a concouru. Le classement au concours est déterminant pour le choix aussi bien de la discipline que de la région d'études. Les internes sont par la suite rattachés à un centre hospitalier régional.

La formation dure de 4 à 5 ans selon les spécialités. A l'issue de cette formation, un diplôme d'études spécialisées (DES) est délivré aux internes qui ont :

- effectué la totalité de leur internat et validé leur DES,
- obtenu le diplôme d'état de Docteur en médecine, après avoir soutenu leur thèse.

La thèse

Le diplôme d'état de docteur en médecine est délivré aux candidats ayant soutenu avec succès une thèse devant un jury présidé par un professeur de médecine. Ce diplôme n'ouvre droit à un exercice libéral qu'après obtention de la qualification dans le secteur d'activité envisagé (médecine générale ou spécialité).

⁷² Voir «Recensement des internes 2000-2001 » en annexe n°35

Les Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC)

Les DESC sont classés en :

- Groupe 1 (discipline médicale) et Biologie médicale.
La durée de préparation est de 4 semestres. 2 semestres sont effectués au cours de l'Internat, les 2 autres comportent des fonctions hospitalo-universitaires ou hospitalières dans des services agréés. Ce DESC est délivré aux anciens Internes ayant accompli la durée totale des fonctions requises, et validé l'ensemble de la formation théorique et pratique du DESC.
- Groupe 2 (disciplines chirurgicales).
La durée de préparation est de 6 semestres. 4 semestres sont effectués au cours de l'Internat, les 2 autres comportent des fonctions hospitalo-universitaires ou hospitalières dans des services agréés. Ce DESC est délivré aux anciens Internes titulaires du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine et du DES de chirurgie générale s'ils ont accompli la durée totale des fonctions requises et validé l'ensemble de la formation théorique et pratique du DESC. Les fonctions retenues pour la validation de la dernière année sont de nature hospitalo-universitaire ou hospitalière.

L'accès à la **recherche médicale** est favorisé au cours du troisième cycle. Il est subordonné à l'obtention d'un Diplôme d'études approfondies (DEA). Ce DEA est accessible aux internes ayant obtenue une maîtrise, par exemple en sciences biologiques et médicales. Il est possible de préparer un DEA dans le cadre de l'année-recherche, accessible à 10 des internes de chaque promotion. Pour les autres, il faut demander une mise en disponibilité.

La réforme du concours de l'internat

A partir de 2004-2005, tous les étudiants ayant validé le second cycle passeront le concours de l'internat, y compris ceux qui souhaiteront se diriger vers la médecine générale, qui sera considérée comme une spécialité à part entière avec un DES et une maquette de stage qui lui seront propres. Le choix de la spécialité et de la région de formation se fera selon le classement obtenu à ce concours national classant.

A total, la mission constate que le cursus des études du 3^{ème} cycle de spécialité n'offre aucun tronc commun de formation comme cela est pourtant le cas dans certains pays européens.

L'exercice d'une discipline est par ailleurs exclusif et aucune passerelle naturelle n'est organisée et donc possible entre les spécialités.

2 PROPOSITIONS

2.1 Vers une maîtrise régionale de la démographie des professions dans le domaine de la santé.

2.1.1 Synthèse des constats

La nécessité de disposer de données fiables sur la démographie des professions de santé a été souvent rappelée ces dernières années. Le travail d'harmonisation des différentes sources d'information a essentiellement porté sur les médecins, dans la perspective notamment de la délivrance de la carte professionnelle de santé. Pour autant, ces sources restent multiples et les procédures de recensement très diversifiées.

L'étude nationale de la démographie médicale et paramédicale ne permet pas d'approcher réellement l'offre de soins. L'analyse menée au niveau régional, et plus encore à l'échelon départemental, est davantage pertinente. Les chiffres mis à disposition de la mission montrent qu'il existe une grande disparité régionale des densités des différentes professions de santé et notamment des médecins. Cette disparité est largement accentuée à l'échelle départementale.

Pour autant, les données quantitatives existantes constituent des informations encore insuffisantes. Elles doivent en effet être confrontées à des données qualitatives portant sur l'organisation locale des soins, les contextes socio-économiques, les données épidémiologiques, les caractéristiques géographiques et les conditions de transport existant dans la région, dans le département et dans le bassin de vie⁷³.

Ces données quantitatives ne renseignent pas non plus sur les pratiques des différents professionnels. L'exemple le plus significatif est celui des omnipraticiens, population dont il est relativement délicat de cerner les contours précis. L'effectif de ceux qui exercent réellement le métier de médecin généraliste demeure en effet difficile à établir. Enfin, les changements d'orientation des spécialistes, les modifications de durée réservée à l'activité professionnelle au cours d'une carrière restent des paramètres pratiquement inaccessibles.

Ainsi est-il souhaitable qu'au-delà des données quantitatives fiables qui résulteraient d'une procédure de recueil simplifiée, il soit possible d'accéder à des données qualitatives concernant l'offre de soins à un niveau d'analyse régional et départemental.

⁷³ A cet égard, la mission a eu connaissance d'un certain nombre d'initiatives locales intéressantes émanant des URCAM, des URML, des ORS et de diverses organisations (société Géosanté notamment)...développant une approche régionale intégrée de la géographie de la santé.

2.1.2 Propositions

Il apparaît nécessaire de mettre en place un dispositif d'analyse fine de la démographie des professions de santé afin de disposer d'un outil efficace et opérationnel d'observation, d'évaluation et de proposition en lien direct avec la réalité du terrain et la vie régionale.

La mission formule 4 propositions en la matière :

- Mettre en place un « guichet unique » d'enregistrement des professions de santé,
- Identifier et rassembler des données démographiques qualitatives,
- Organiser un dispositif d'observation de la démographie des professions de santé à un niveau régional autour d'un observatoire national tête de réseau,
- Partager les produits de l'observation démographique.

1) Réduire la multiplicité des procédures d'enregistrement des professions de santé

La mission souligne l'urgence des mesures à prendre en termes de mise en cohérence des sources de données démographiques. Un dispositif de **guichet unique** permettant l'inscription et la mise à jour annuelle des données concernant les professionnels reste un objectif prioritaire.

A cet égard, les travaux de la mission MARINE (Modernisation de l'Administration des Répertoires d'Identification Nationale et Etudes) lancée au printemps 2002 devrait permettre de faire évoluer les outils vers des répertoires partagés plus simples et plus fiables. La mission considère que l'élaboration d'un cahier des charges permettant la mise en place d'une base d'information commune est impérative. De ce point de vue, le calendrier de la mission MARINE pourrait être redéfini.

L'harmonisation des données démographiques doit rester un des objectifs principaux du travail statistique. Entreprise avec efficacité pour les professions médicales, elle doit être étendue à l'ensemble des professionnels de santé dans la droite ligne des travaux conduits notamment par les directions concernées du ministère de la santé et le Conseil national de l'Ordre des médecins.

2) Rassembler des données démographiques qualitatives

Il importe toutefois de ne pas restreindre l'observation aux seuls effectifs et densités des professionnels de santé mais d'**atteindre un niveau d'information qualitative minimal** permettant d'interpréter les données démographiques en terme d'offre de soins.

Pour cela, l'observation devra contribuer à améliorer la connaissance :

- des conditions d'exercice des professionnels (notamment activités salariées, libérale et mixte ; lieux d'exercice, activité isolée ou de groupe...),

- des contenus, des durées et des charges de travail des métiers (notamment activité, durée hebdomadaire, annuelle et de carrière, part des fonctions hors soins...),
- des conditions d'accès aux soins (distance d'accès, temps d'accès, patientèle par praticien, en distinguant soins de première ligne et soins de recours, articulation avec la carte sanitaire...),
- des besoins de soins de la population (choix de marqueurs épidémiologiques pertinents par profession pour identifier le besoin, évolution de la survenue des pathologies...) en relation avec les priorités définies à l'échelon régional et national

3) Mettre en place un dispositif d'observation démographique adapté au territoire et aux attentes des acteurs

L'observation démographique devra être réalisée au plus près des réalités locales. La mission considère que l'échelon régional pourrait être le niveau pertinent d'analyse susceptible d'affiner l'observation sur des zones départementales ou de tailles inférieures selon les thématiques retenues.

a) Créer un réseau d'observatoires régionaux

Le dispositif d'observation mérite d'être construit autour d'un véritable projet d'observation démographique régionale. Il sera d'autant plus efficace dans sa mise en œuvre qu'il ne surchargera pas une carte administrative déjà complexe. Pour cela des « **programmes régionaux pluriannuels d'observation de la démographie des professionnels de santé** » pourraient être mis en place.

Leur élaboration et leur pilotage pourraient être assurés localement par **un observatoire régional de la démographie des professions de santé**. Organe opérationnel de petite taille, l'observatoire ferait office d'interface entre une structure nationale de coordination et les nombreux acteurs locaux concernés.

La mission suggère que dans un premier temps les observatoires régionaux de santé (ORS) constituent les structures supports des observatoires de la démographie dans un cadre conventionnel pluriannuel entre l'Etat (DRASS), principal financeur des ORS, et les autres partenaires institutionnels (URML, ARH, collectivités locales, caisses). Toutefois, afin d'assurer une veille démographique cohérente et systématique sur le territoire, il conviendrait sans doute de saisir cette occasion pour préciser les missions des ORS et consolider leurs fondements juridiques.

A terme, cette mission d'observation pourrait être dévolue aux futures agences régionales de la santé (ARS).

La fiabilité des travaux d'observation est conditionnée par la nécessité de mettre en place un mécanisme de consultation large et régulière des acteurs régionaux et départementaux (professionnels de santé, usagers, administrations, statisticiens...) afin de déterminer les

orientations régionales prioritaires en matière de veille démographique et de consolider la valeur des données fournies par les multiples intervenants concernés.

Les programmes d'observation régionale devront en effet s'appuyer sur l'ensemble des informations transmises par les partenaires actifs dans le domaine de la santé et des statistiques : les URCAM, les URML, les professions de santé, les établissements sanitaires et sociaux, les usagers et les associations qui les représentent, les services de l'Etat, l'INSEE, les collectivités locales, les agences régionales de l'hospitalisation, les organismes de sécurité sociale.

b) Mettre en place un Observatoire national de la démographie des professions de santé faisant office de tête de réseau

Réalisée au niveau régional, l'observation devra toutefois être organisée au niveau national pour être harmonisée dans sa méthodologie sur l'ensemble du territoire sous peine de perdre toute validité scientifique et de n'être pas propice à une prise de décision fondée.

Le décret du 4 mars 2002 portant création de l'Observatoire de la démographie des professions de santé et de l'évolution de leurs métiers prévoit la création d'une structure nationale chargée de rassembler et d'expertiser les connaissances en la matière et d'en tirer les enseignements.

Si les constats effectués par la mission confirment l'intérêt d'une telle initiative, la mission considère toutefois que ses modalités de mise en œuvre et notamment la lourdeur du dispositif prévu sont en contradiction avec un objectif de mise en place d'une structure opérationnelle réactive.

La mission propose par conséquent d'abroger les dispositions prévues par le décret du 4 mars pour créer un **observatoire national de la démographie des professions de santé** assumant une fonction de **tête de réseau nationale** chargée :

- de l'identification des besoins de connaissances démographiques en concertation avec les services de l'Etat, les caisses de sécurité sociale, les professionnels au niveau national, et les structures ayant développé une expertise dans ce domaine (CREDES, CSDM, ...)
- de la coordination et de la mise en cohérence des travaux démographiques régionaux en distinguant un noyau dur de données indispensables commun à toutes les régions et des projets des observatoires régionaux de la démographie des professions de santé
- de la synthèse des données régionales,
- de l'appui méthodologique aux observatoires régionaux de la démographie des professions de santé
- de la définition de la politique de communication et de diffusion

L'observatoire national devra rester une structure opérationnelle et technique de taille limitée qui devrait être installée auprès du ministre de la santé et fonctionner avec une équipe technique autour d'un directeur.

4) Partager les produits de l'observation

Les produits issus de l'observation n'ont de sens que s'ils répondent à des besoins identifiés par les décideurs publics et privés et par les professionnels eux-mêmes. Pour que chacun des acteurs concernés trouve un intérêt objectif à participer aux travaux d'observation, il convient **d'orienter la production vers des instruments utiles aux destinataires potentiels.**

Un objectif de bonne articulation entre l'observation et l'action en vue notamment d'améliorer la réactivité et l'adaptabilité du système de soins doit guider la présentation des études démographiques.

A cet effet, des tableaux de bord avec des indicateurs d'alerte démographique pourraient être mis en place pour signaler, à un niveau géographique adapté et en temps voulu, les pénuries, les « sur densités » à venir... L'élaboration des dispositions réglementaires nouvelles pourra faire l'objet d'une étude d'impact en termes de démographie afin d'évaluer l'applicabilité de nouvelles normes au regard des effectifs existants. Les difficultés de mise en œuvre des décrets d'octobre 1998 concernant la périnatalité justifient la mise en place de ces procédures.

La veille démographique doit permettre également d'offrir, aux professionnels qui souhaitent s'installer, des indications claires sur la situation démographique de la profession en région. Une étude des Cahiers de la sociologie et de la démographie médicale réalisée en 1999 souligne que l'analyse géographique de la concurrence figure parmi les facteurs déterminants du choix du lieu d'installation pour les médecins libéraux.

Les études démographiques régionales pourraient faire l'objet d'une conférence annuelle à l'ensemble des intervenants locaux concernés.

2.2 Vers une augmentation progressive et raisonnée des différents numerus clausus pour l'entrée dans le cursus d'apprentissage des métiers de la Santé.

2.2.1 Synthèse des constats

A travers les travaux statistiques entrepris essentiellement pour les professions médicales et les analyses plus ponctuelles concernant d'autres professions, l'évolution projetée des effectifs fait émerger plusieurs cas de figures : hausse de densité à venir pour plusieurs professions, stagnation ou légère décreue pour d'autres, baisse importante pour les médecins.

Les cas de diminution prévue des densités conduisent à envisager une baisse du volume de prise en charge des soins, qui devrait encore être majorée par la réduction du temps de travail souhaité ou non souhaité, la féminisation accrue de certaines professions jusque-là, à prédominance masculine, l'augmentation et le vieillissement de la population.

Ces constatations ont amené certains professionnels à demander l'augmentation immédiate des numerus clausus en sachant que son influence produira un impact démographique sur la profession à une échéance différée en fonction de la durée des études.

Pour autant, le relèvement des flux d'entrée ne saurait résoudre à lui seul la question démographique. La définition des *numerus clausus* pertinents doit en effet être impérativement établie sur la base d'une réflexion qui prend en compte l'organisation du système de soins et le dispositif de formation des professionnels de santé.

Deux déterminants principaux doivent être analysés pour guider la réflexion liée aux évolutions possibles des *numerus clausus* :

- **L'évaluation des besoins de soins** ; la détermination d'une densité optimale de professionnels n'a de signification que dans la perspective de la couverture d'un besoin de soins. Or l'appariement de l'offre de soins et de la demande n'est pas systématiquement réalisé pour chacun des métiers. Une analyse prospective de la demande (évolution des pathologies, vieillissement de la population, influence du progrès médical, évolution des durées de travail et d'exercice...) peut compléter l'analyse de la situation actuelle pour conduire à une estimation des effectifs de professionnels à moyen terme. Cette évaluation est d'autant plus aisée que les pathologies rencontrées restent relativement stables ou prévisibles. Parmi les professions rencontrées par la mission, un bon nombre d'entre-elles est susceptible de déterminer de manière objective la quantité de soins à prodiguer dans les années qui viennent.
- **L'articulation entre les métiers de la santé** ; La couverture des besoins de soins s'inscrit dans une organisation du système de santé rendue confuse par le chevauchement d'activités entre professionnels. Les effectifs nécessaires à la prise en charge des soins ne peuvent être déterminés que dans le cadre d'une définition précise des compétences sous peine de redondances inutiles. A cet égard, toutes les professions de santé ne connaissent pas la même situation. Certaines évoluent clairement sans problèmes de frontières (notamment les chirurgiens dentistes, les pharmaciens, les orthophonistes...). D'autres en revanche entretiennent entre elles des relations qui doivent être précisées et qui demandent à évoluer (gynécologues-obstétriciens/sages-femmes ; radiologues/manipulateurs-radio ; ophtalmologistes/orthoptistes, ...). Ce n'est donc qu'une fois les activités de soins réparties entre les professionnels qu'une détermination précise des effectifs est envisageable.

Les modalités de relèvement des *numerus clausus* doivent respecter plusieurs conditions :

- Prévoir les effets différés dans le temps entre la prise de décision et l'impact sur la démographie
- Définir un plan pluriannuel afin que les décisions s'inscrivent dans la pérennité
- Etre effectué de manière progressive. Cette dernière condition est essentielle pour plusieurs raisons :
 - Eviter les politiques de « stop and go » qui altèrent le bon fonctionnement du système, interdisent les évaluations prospectives, et brouillent d'une part l'image des professionnels auprès des autres acteurs et d'autre part celle de l'Etat auprès des partenaires sociaux,
 - Permettre aux établissements de formation de mettre en place les conditions d'un accueil satisfaisant des étudiants

- Ne pas créer de sauts de promotion d'étudiants trop importants d'une année sur l'autre,
- Permettre d'évaluer les besoins,
- Permettre d'évaluer l'influence des mesures qui auront pour objectif d'améliorer l'organisation de la prise en charge des soins.
- Permettre à l'observatoire de la démographie des professions de santé de dresser un réel bilan quantitatif et qualitatif de l'offre de soins.

2.2.2 Propositions

Au terme de ses travaux, la mission considère qu'il convient de distinguer plusieurs groupes de professions selon l'état des connaissances démographiques et sanitaires les concernant.

Pour plusieurs d'entre elles, l'augmentation des effectifs apparaît impérative au regard des conditions d'exercice actuelles et des prévisions. D'autres professions connaissent une situation qui n'est pas alarmante en l'état actuel des flux d'entrée et des projections annoncées. Il conviendra toutefois d'approfondir l'observation démographique et l'analyse des besoins futurs concernant ces professions. Un flux d'entrée suffisant aujourd'hui peut devenir demain, au terme de réorganisations de compétences entre professionnels et d'une évaluation de la demande de soins, insuffisant ou, à l'inverse, inflationniste par rapport aux objectifs de santé publique.

Les médecins :

L'évolution projetée de la densité des médecins telle qu'elle a été mise en perspective par la DREES, indique une baisse sensible de la densité nationale qui passera de 332 à 305 pour 100 000 habitants en 2012. Dans le même temps, on assistera à une nette féminisation, 45% de femmes médecins en 2020, un vieillissement de la profession avec un âge moyen qui atteindra 50 ans en 2011. Enfin, dès 2008, le rapport médecins généralistes - médecins spécialistes s'inversera en faveur des généralistes. Quel que soit le *numerus clausus* des études médicales en 2004, la densité médicale chutera de manière sensible pour atteindre une valeur équivalente au niveau des années 90 alors que les besoins et les conditions d'exercice étaient nettement différents.

La diminution inéluctable des effectifs médicaux au cours des prochaines années sera concomitante de l'augmentation des besoins liés à l'accroissement de la population et à son vieillissement. Elle est une raison majeure qui justifie et impose que soit planifiée une meilleure organisation de l'offre de soins, que soient redéfinies les missions des différents acteurs de santé et que soient encouragées les collaborations entre les différents partenaires médicaux et paramédicaux des secteurs d'activité publique et privée.

Pour autant, l'évaluation de l'impact possible de ces mesures sur l'offre de soins reste hautement incertaine. En tout état de cause, l'accentuation des contraintes rencontrées par les praticiens dans l'exercice de la médecine, la démedicalisation annoncée de certaines zones ne paraissent pas pouvoir être résolues par l'unique voie de la réorganisation sans action significative sur les effectifs.

Il est également hasardeux de faire un pari sur l'avenir en considérant en particulier qu'aucun besoin de santé publique n'émergera de manière significative dans les 20 ans à venir. L'exemple du SIDA est en ce sens tout à fait marquant. Il est de même difficile de prévoir les évolutions sociales qui se feront jour, l'exemple de la Réduction du Temps de Travail à 35h étant lui aussi emblématique.

Il convient par ailleurs d'être en mesure de répondre aux besoins qui devraient émerger dans les domaines encore relativement peu investis que sont la prévention ou plus largement la santé publique. De surcroît, il est impératif de répondre à l'objectif majeur que constitue le renforcement du nombre de médecins parmi les chercheurs des grands organismes nationaux et en particulier l'INSERM. Lors du concours de recrutement aux postes de chargés de recherche de l'année 2001 à l'INSERM, sur 582 candidats, seuls 18 médecins se sont présentés. A titre de comparaison, l'Institut recrutait environ 25% de chercheurs de formation médicale dans les années 80.

Aussi, afin de préserver l'avenir, paraît-il raisonnable d'envisager de ne pas accepter de descendre en dessous d'une densité médicale trop faible pour notre pays et donc, de prévoir, pour une période donnée, de relever de manière sensible le numerus clausus des études médicales.

Les simulations proposées par la DRESS, conduisent au constat qu'une baisse de la densité médicale au-dessous de 300 pour 100 000 habitants entre 2012 et 2032 est inexorable, même dans le cas où le numerus clausus serait de 8000 dès 2003.

Différents scénarios d'évolution du numerus clausus ont été élaborés par la DREES. Trois simulations peuvent être distinguées :

- Le maintien du numerus clausus actuel (5100 pour 2003) qui conduit à une chute régulière de la densité qui atteindra 220 en 2030,
- Le relèvement immédiat à 7000 qui conduit à un minimum de densité de 271 en 2030 et un retour à une densité de 305 en 2040,
- Le relèvement immédiat du numerus clausus à 9250 jusqu'en 2010 puis 6000 en 2020 et 4750 en 2030 qui conduit à un maintien de la densité de 2012 (densité de 305 pour 100 000 habitants qui sera atteinte en 2012 quelle que soit l'action sur les flux d'entrées).

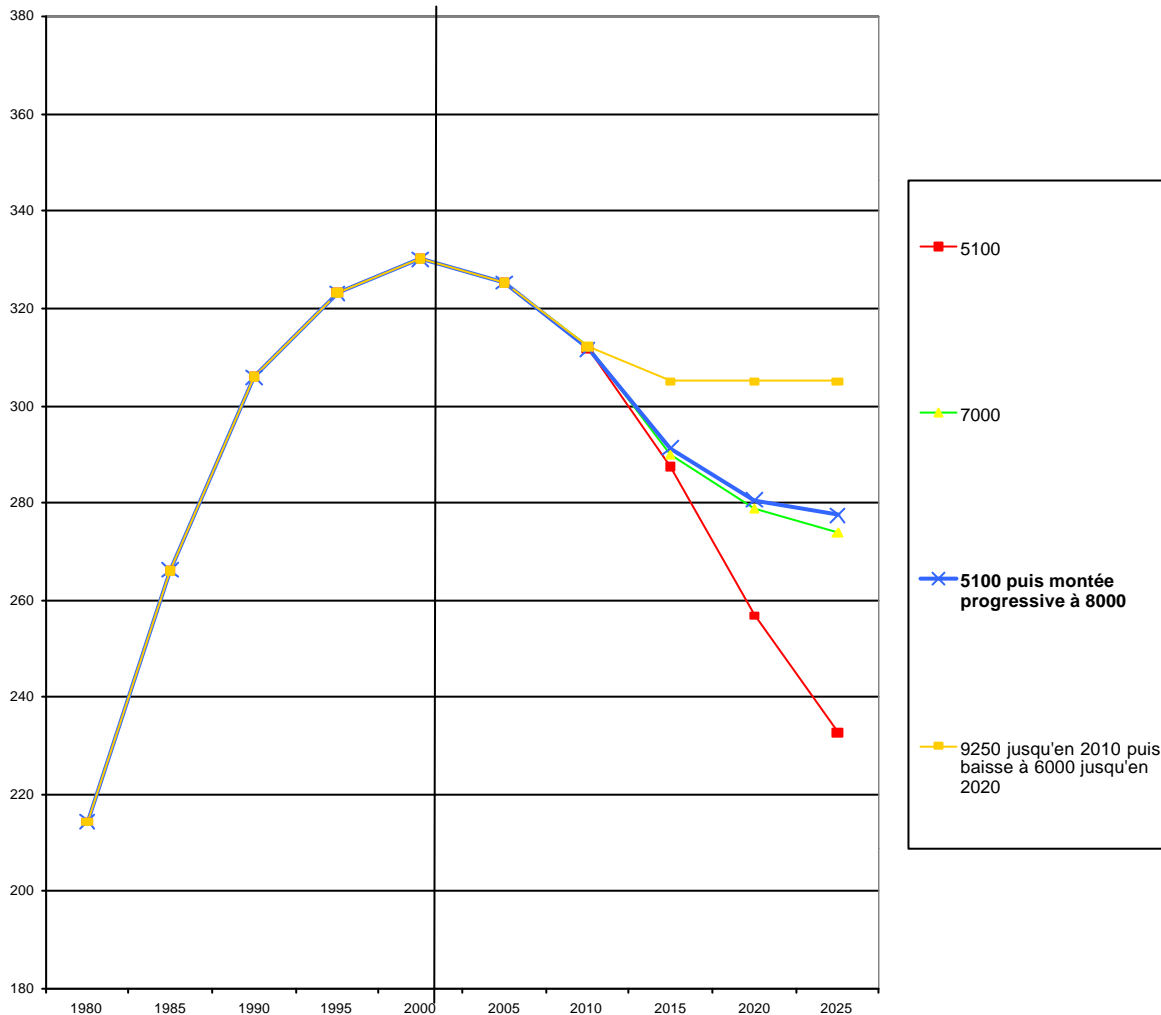
Pour les raisons évoquées plus haut, l'augmentation du numerus clausus doit être progressive et être intégrée dans le cadre d'un **plan pluriannuel de 4 à 5 ans**. L'actualisation des données démographiques et des prévisions doit par la suite permettre d'ajuster les flux d'entrée à la hausse ou à la baisse.

La mission propose un **relèvement progressif sur 4 ans** pour atteindre le chiffre de **8000 en 2007**, sachant que le numerus clausus pour l'année 2003 a déjà été fixé à 5100. Sur cette base, le numerus clausus augmenterait de **725 places environ par an**, ce qui permettrait d'amortir la chute de la densité médicale⁷⁴.

⁷⁴ Voir infra «Evolution et projection du nombre de médecins » ???

Il conviendra à moyen terme de **réévaluer** en fonction des évolutions en matière de besoins et d'organisation des soins les actions à mener sur le numerus clausus à partir des travaux de l'observatoire de la démographie des professions de santé.

Evolution et projection du nombre de médecins pour 100 000 habitants selon plusieurs hypothèses d'évolution du numerus clausus



Source: DREES

En l'état des connaissances rassemblées par la mission, les flux de praticiens au sein de l'Union européenne ne semblent pas être de nature à influencer de manière significative les données démographiques.

Toutefois, 2 à 3000 **praticiens à diplôme hors Union européenne** (PADHUE) devraient être clairement identifiés et être intégrés au potentiel médical français, à la condition de justifier d'un niveau de formation et de compétences adapté aux impératifs de la pratique médicale en France.

Les chirurgiens dentistes

Après une croissance continue du nombre de chirurgiens-dentistes pendant 30 ans, les effectifs se sont stabilisés récemment et une décroissance est annoncée à l'avenir.

D'ici 5 ans le nombre de praticiens atteignant 65 ans s'élèvera à 815 et sera donc supérieur au *numerus clausus* actuel fixé à 801. La différence entre le flux entrant et les départs à la retraite ne cessera d'augmenter, en 2020, 1410 dentistes seront en âge de partir. La profession se féminise, elle est actuellement composée d'un tiers de femmes qui représente 50% des étudiants dans les nouvelles promotions. Par ailleurs, les besoins en direction des personnes âgées vont progresser.

Toutefois, les capacités de formation dans les UFR d'odontologie restent limitées et ne permettent pas en l'état de faire face à des variations brutales d'effectif.

Il apparaît donc souhaitable de prévoir sur les quatre prochaines années une **augmentation mesurée du *numerus clausus*** des études d'odontologie pour arriver au chiffre de **1000 en 2007**, soit 50 places de plus par an à partir du concours 2004.

Les pharmaciens

Le conseil national de l'ordre des pharmaciens a estimé à 6,5% au niveau national la proportion des officines auxquelles il manque au moins un pharmacien adjoint pour répondre aux obligations réglementaires, ce qui représente environ 1477 pharmaciens adjoints.

Par ailleurs la conférence nationale des doyens des facultés de pharmacie a estimé à 700 le nombre de postes à créer dans les pharmacies hospitalières pour répondre aux récentes modifications réglementaires dans les établissements de soins.

L'ordre des pharmaciens a établi différents scénarios pour déterminer le *numerus clausus* des études de pharmacie. En fonction des différents scénarios, le *numerus clausus* lissé sur onze ans à partir de 2003 est évalué dans une fourchette de 2775 à 4592 au lieu de 2250 actuellement. Le chiffre de 2775 reviendrait à considérer que les activités pharmaceutiques ne connaîtraient aucune croissance et qu'il conviendrait de réduire par 2 en 20 ans le nombre de pharmaciens biologistes en limitant à 150 le nombre de postes à l'internat de biologie pour les pharmaciens.

En l'absence de projections clairement établies par les organismes nationaux selon des modèles mathématiques éprouvés comme cela a été fait pour les médecins, la mission n'est pas en mesure de faire des propositions argumentées. Par ailleurs, elle considère que s'agissant des pharmaciens il est indispensable de pouvoir **établir des projections pour chaque métier de la pharmacie** afin d'envisager des quotas pour chacune des filières.

La mission souhaite également mettre l'accent sur la difficulté qu'elle a rencontrée pour analyser en détail la filière biologie dont l'accès est ouvert à la fois par les études de pharmacie et par les études de médecine à travers l'internat de pharmacie, filière biologie, et l'internat de médecine filière biologie. Au 1^{er} janvier 2002, on recensait 7900 pharmaciens biologistes et 2975 médecins biologistes soit près de 11 000 biologistes.

Si l'on comprend l'intérêt qu'il peut y avoir à conserver ces deux voies d'accès pour permettre un mélange des cultures, il apparaît souhaitable d'équilibrer les quotas entre les médecins et les pharmaciens alors qu'en 2002, 147 postes d'interne en biologie pour les pharmaciens, et 50 en médecine étaient recensés.

La mission considère qu'il est urgent d'**obtenir des données stabilisées sur les projections des différentes filières de pharmacie** afin de permettre une analyse fine des besoins projetés. En attendant, elle propose **d'augmenter progressivement le numerus clausus pour atteindre 2775 en 2007** afin de répondre aux besoins les plus évidents recensés par la profession.

Par ailleurs, la mission considère qu'avant de fixer des règles administratives contraignantes, comme l'obligation d'affectation d'un quota de pharmaciens assistants en fonction du chiffre d'affaire, il serait raisonnable d'évaluer, a priori, si les mesures sont applicables en fonction des effectifs recensés et des quotas d'étudiants inscrits dans les différentes filières de formation.

Les manipulateurs en électroradiologie médicale

Il s'agit d'une profession dont l'exercice est essentiellement salarial. Sa visibilité est mauvaise et sa reconnaissance est médiocre auprès des lycéens. Ce constat est la conséquence, en grande partie, d'une formation qui n'est pas unique mais double. L'une qui dépend du ministère de la santé et qui conduit à un diplôme d'état, l'autre qui dépend du ministère de l'éducation nationale et débouche sur un diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique.

C'est une profession dont l'embauche se fait à 100% avec des difficultés de recrutement. Les besoins dans certaines structures vont augmenter du fait de l'accroissement sensible programmé des équipements lourds, type scanners, IRM, appareils de radiothérapie et comme conséquence de la mise en application de la RTT.

La mission propose que la formation se fasse par une seule voie dans le cadre universitaire.

Les **flux de formation doivent être augmentés**, à court terme, d'environ 100 places pour faire face aux besoins qui vont rapidement émerger avec la mise en fonction des équipements lourds.

Les orthophonistes

Sous réserve d'études statistiques complémentaires affinant les projections estimées, le déclin prévisible des effectifs qui se dessine à long terme si les flux d'entrée sont inchangés, devra être compensé par une **augmentation progressive des quotas d'entrée**.

Les orthoptistes

L'évaluation des effectifs d'orthoptistes nécessaires pour assurer la couverture des besoins de soins à venir doit être, à l'instar des autres professions paramédicales, fondée sur des études statistiques fiables.

Elle devra également **tenir compte des transferts de compétences** envisagés avec les ophtalmologistes. Il est de surcroît indispensable de donner une meilleure visibilité à cette profession pour attirer des candidats. Améliorer les conditions de formation, arrêter la filière optométrie qui n'a pas la reconnaissance d'une profession de santé, constituent des impératifs pour disposer d'orthoptistes aptes à assurer le transfert des compétences envisagé avec les ophtalmologistes.

Les sages-femmes, les masseurs-kinésithérapeutes, et les infirmières

Si la situation de plusieurs professions de santé n'appelle pas un relèvement immédiat des flux d'entrée, les pouvoirs publics et les professionnels eux-mêmes ne pourront pas faire l'économie d'une réflexion accrue sur l'adéquation des effectifs et des compétences aux besoins de soins.

Les tendances déterminées pour **les sages-femmes** avec un numerus clausus à 900 par an laisse envisager une augmentation progressive des effectifs qui devraient atteindre 17000 en 2020 contre 15122 actuellement.

La progression du nombre des **kinésithérapeutes** va être régulière avec les quotas actuels de recrutement, 1426 par an, laissant prévoir une augmentation de 30% des effectifs d'ici 2020.

Les flux actuels d'entrée dans la formation **d'infirmière**, 26 000 par an depuis 2000, doivent permettre de subvenir rapidement aux besoins. En effet, les effectifs vont progresser jusqu'en 2020, d'abord très rapidement jusqu'en 2006 puis un peu plus lentement par la suite. Toutefois, la mise en place de la réduction du temps de travail appelle une analyse démographique fine et régulière de la demande infirmière.

Autres professions

En l'état des connaissances démographiques et épidémiologiques et à condition de mettre en place une organisation efficace de coopération entre les professionnels, plusieurs professions présentent des flux d'entrée qui paraissent aujourd'hui suffisants pour répondre à la demande de soins à court et moyen terme.

Toutefois, une attention particulière devra être portée sur les effectifs de certaines professions en fonction de l'évolution des besoins de soins et des réorganisations touchant les collaborations entre les métiers. En l'espèce, le vieillissement de la population française et l'augmentation prévisible de plusieurs pathologies associées devrait susciter un essor de la demande à l'égard notamment **des ergothérapeutes, des psychomotriciens, des audio-prothésistes** qu'il convient d'évaluer avec précision.

2.3 Vers une évolution des métiers de la santé

2.3.1 Synthèse des constats

Les chevauchements observés entre activités parmi plusieurs professions de santé constituent des redondances inutiles et des pertes d'efficacité auxquelles il convient de remédier. Par ailleurs au fil du temps les professionnels ont acquis des compétences et des savoir-faire de plus en plus larges les amenant à développer leur pratique sans pour autant confier ou déléguer à d'autres professionnels ce qui pouvait l'être. Ainsi une pratique médicale qui apparaissait très spécifique il y a 20 ans peut aujourd'hui être davantage banalisée, plus systématisée, mieux encadrée rendant l'intervention du médecin moins nécessaire.

Au terme de ses auditions, la mission observe que l'univers des professions de santé demeure sans conteste un monde cloisonné où les acteurs d'une spécialité, d'une discipline ne connaissent que peu de chose des autres intervenants. Il devrait pourtant exister davantage de liens entre les différents métiers de la santé. Cette méconnaissance constitue en effet un frein aux collaborations, aux délégations de compétence, aux associations professionnelles, à la juste mise à disposition des compétences des uns et des autres au service d'un malade ou d'une pathologie.

Un des obstacles majeurs qui ralentit assurément la coopération entre les professionnels de la santé reste le cloisonnement des cadres de formation qui peuvent être l'université, une école ou un institut dont les contours sont variables.

Par ailleurs, les différents professionnels qui ont été auditionnés déplorent la rigidité d'exercice dans le cadre des professions de santé et l'absence de passerelles d'une discipline à une autre pour les médecins, et, pour les professions paramédicales, l'impossibilité d'acquérir une formation complémentaire pour mieux partager l'offre de soin.

2.3.2 Propositions

2.3.2.1 Une redéfinition des missions, des métiers à créer

Il est impératif de redéfinir d'une manière globale pour tous les métiers de la santé, les contenus et les champs de compétences. Ce travail, déjà entamé de manière ponctuelle par quelques professions, doit être conduit de façon concertée entre professionnels afin de gommer les dérives et les chevauchements d'activités fréquents qui ne permettent pas de rendre réellement visible l'offre de soins.

Dans cette perspective, la mission considère que l'objectif réaliste et admissible que doit poursuivre cette redéfinition des métiers consiste à valoriser l'investissement intellectuel aux dépens de l'acte technique et à tirer vers le haut chaque profession qui devra abandonner ce qui n'est plus de son niveau de compétence pour se consacrer à son cœur de métier. Cette

formulation des contours des métiers doit tenir compte de l'évolution de la science et des techniques.

S'agissant des **médecins**, leur exercice est affecté par deux exigences qui peuvent être contradictoires. Certes le médecin se trouve placé au centre du dispositif de soins, mais il est également formé, au terme d'études particulièrement longues, pour une activité spécifique que ne devraient pas dénaturer des tâches périphériques, hors du champ de ses compétences directes, susceptibles de ne pas permettre de rentabiliser l'investissement lourd que représente sa formation.

Les médecins doivent intervenir là où leur compétence est indispensable. Il convient pour ce faire de déléguer certaines activités à d'autres professions médicales ou paramédicales dont plusieurs sont à créer. Ainsi du temps médical pourra être libéré et utilisé de manière optimale.

Les **radiologues** pourraient confier certains examens standardisés aux manipulateurs radio.

Les **ophtalmologistes** pourraient être déchargés de la prise en charge de la correction de la vue par des orthoptistes dont la formation serait adaptée et complétée.

Les **psychiatres** pourraient être déchargés, après avoir éliminé toute pathologie psychiatrique délirante ou à risque suicidaire, d'une partie de la prise en charge de la souffrance psychologique et du mal être par une collaboration étroite avec des psychologues cliniciens dont la formation serait reconsidérée et adaptée.

Les **cardiologues** pourraient déléguer certains actes techniques : holter, échographie etc. à des infirmières techniciennes en cardiologie. L'interprétation des examens resterait de la responsabilité du spécialiste.

Les **néphrologues** pourraient déléguer, sous leur autorité, certaines activités de dialyse à des infirmières techniciens de dialyses.

Les **chirurgiens dentistes** pourraient confier à des hygiénistes, dont le métier est à créer et la formation à organiser, la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire, le détartrage, l'adaptation des prothèses chez le sujet âgé.

Ces délégations de compétences ou ces transferts de compétences d'une profession médicale vers une profession paramédicale nécessiteront le cas échéant la redéfinition des conditions de formation de certaines professions et parfois la création de nouveaux métiers.

Ainsi, par exemple après plusieurs années d'activité et d'acquis professionnels dans le domaine de la cardiologie une **infirmière** diplômée d'Etat pourrait après 2 ans de formation spécifique, acquérir un diplôme professionnel de niveau MASTER en technique cardiologique.

Les **infirmières** diplômées d'Etat devront, sous réserve d'une formation complémentaire, pouvoir accéder à d'autres corps de métier. Pour autant, à l'instar des médecins, elles devront être soulagées par des aides soignantes de la prise en charge à domicile, des actes de la vie

courante des sujets ou des patients dans l'incapacité de les accomplir de manière temporaire ou définitive, les soins demeurant sous l'autorité et la compétence de l'infirmière.

Les exemples donnés ne sont pas exhaustifs. L'objectif final est de mettre en face de chaque pathologie le groupe de professionnels ayant la compétence pour intervenir au meilleur niveau de complémentarité.

Il apparaît urgent à la mission de réunir les différentes spécialités médicales et leurs auxiliaires naturelles afin de fixer de nouvelles règles de délégations, de réviser les statuts et d'adapter les formations. La révision éventuelle des décrets de compétences qu'appellent les nouveaux tracés de frontières entre les différents métiers devra être élaborée en concertation avec l'ensemble des professionnels concernés par ces clarifications. Ces travaux devront faire l'objet de cahiers des charges précis et encadrés par le ministère de la santé pour éviter qu'ils ne débouchent sur des revendications catégorielles stériles.

2.3.2.2 *Vers la création de passerelles professionnelles*

Des passerelles professionnelles entre les différents métiers de la santé doivent être organisées. Elles s'avèrent nécessaires pour plusieurs raisons :

- pour répondre de manière rapide à l'exigence de nouveaux besoins de santé publique et ainsi rendre plus réactive l'offre de soin,
- pour répondre au désir de réorientation de certains professionnels qui ne veulent pas, du fait d'un choix de vie, ou ne peuvent pas du fait de la pénibilité de leur exercice, pratiquer toute leur vie le même métier,
- pour répondre au souhait légitime de promotion professionnelle de certains acteurs qui veulent ainsi valoriser leurs acquis professionnels.

Ainsi, il est nécessaire de permettre à des médecins généralistes ou des médecins spécialistes d'accéder à d'autres pratiques que celles permises par leur formation initiale en tenant compte de leurs années d'exercice professionnel et après un temps de formation théorique et pratique parfaitement défini et encadré.

Mais pour que ces passerelles aient toute leur légitimité, il est nécessaire qu'elles répondent à un besoin clairement identifié tant en ce qui concerne le métier à exercer que la zone géographique d'exercice. Il est nécessaire également d'exiger un nombre d'années de pratique minimum, par exemple 10 ans, dans la profession à laquelle le diplôme a donné accès, avant d'autoriser un autre exercice.

De la même manière, il faut permettre aux professions paramédicales d'accéder à d'autres corps de métier et notamment à ceux que nous avons évoqués précédemment comme des métiers à créer dans le cadre de **MASTERS professionnels** auxquels les médecins pourront déléguer une partie de leur activité actuelle.

2.3.2.3 *Un cadre de formation commun*

L'hétérogénéité de formation aux différents métiers de la santé est le fruit de l'histoire mais n'a pas lieu d'être pérennisée. Il convient à présent de prévoir la formation des métiers de la santé dans le cadre universitaire comme cela est le cas dans la majorité des pays européens et nord-américains, sans pour cela perdre l'excellence de la formation professionnelle à laquelle certaines professions sont parvenues.

La formation dans le cadre universitaire pourra permettre d'introduire une culture commune et pour certaines professions la possibilité d'accéder à d'autres niveaux de formation que celui initialement prévu pour exercer un métier. Un infirmier, après l'accès en 3 ans à une licence professionnelle aux soins infirmiers, pourrait, au terme de 2 années de formation théorique et pratique complémentaire, accéder à un MASTER qui lui donnera une compétence spécifique dans un domaine de la santé. Au-delà du MASTER cette formation universitaire pourrait tout naturellement autoriser l'accès à une thèse d'Université.

La formation universitaire autorisera dès lors plus facilement les passerelles entre les différentes professions.

En ce sens, les réflexions actuelles au sujet de la réforme de la première année des études de santé sont importantes et devront être finalisées dans les délais les plus brefs.

Actuellement, la dimension pratique de formation des différentes professions de santé est reconnue par les acteurs comme étant d'un niveau satisfaisant et le plus souvent supérieur en qualité à ce qui est fait dans la plupart des pays d'Europe. L'universitarisation de la formation ne devra pas provoquer une baisse du niveau de formation pratique.

2.4 **Vers un regroupement des professionnels de santé**

2.4.1 *Synthèse des constats*

La diminution globale de la densité médicale ne peut qu'aggraver les pénuries localisées notamment en zone rurale ou en zone urbaine difficile. Pour autant, une augmentation globale des effectifs ne suffirait sans doute pas à combler ces déficits tant les conditions d'exercice découragent les professionnels au moment de l'installation.

L'exercice isolé est en effet source de nombreuses difficultés pour les praticiens. Il est synonyme d'activité non planifiable, de difficultés à trouver un remplaçant, d'isolement intellectuel, de contraintes administratives non partagées, d'environnement culturel déficient, voire de contraintes familiales et scolaires lourdes.

Les professionnels de santé notamment les médecins et les infirmières ont une partie de leur temps de travail entièrement consacré à du travail social. Cela constitue une dérive d'activité de plus en plus contraignante.

Les conditions d'exercice rencontrées par les professionnels en place et les réticences des plus jeunes à s'installer, notamment en zone rurale, ont des conséquences négatives sur la couverture des besoins de soins. La diminution de la présence médicale dans certaines zones et l'isolement des professionnels ne permettent plus d'assurer la continuité des soins. Dans le cas des zones urbaines difficiles, la clientèle se dirige dès lors vers les hôpitaux déjà surchargés, pour des urgences qui n'en sont pas.

Les professionnels sont unanimes à souhaiter pouvoir exercer en groupe. Ils en attendent en effet un allègement des charges administratives et de secrétariat, une stimulation professionnelle plus forte, une meilleure gestion des obligations liées à la permanence des soins, une prise en charge mieux coordonnée des urgences sociales.

La mission a en revanche observé que les incitations financières envisagées pour l'installation en zone déficitaire ne constituaient pas un critère de choix prioritaire. Bien plus qu'une prime à l'installation, ce sont les aides techniques et administratives susceptibles d'améliorer les conditions de travail des professionnels qui paraissent pouvoir être déterminantes dans le choix du lieu d'installation. L'incitation au regroupement constitue une des modalités d'amélioration de l'organisation et de la qualité de l'offre de soin.

2.4.2 Propositions

Il conviendrait d'inciter les professionnels à se regrouper au sein de **maisons de soins** abritant généralistes, spécialistes, et différents professionnels de santé.

Ces regroupements doivent être envisagés à l'aide de dispositifs permettant d'apporter un **appui administratif aux professionnels** : accueil, secrétariat, lien informatique avec des établissements publics et privés, et une aide à la prise en charge des problèmes sociaux par des assistantes sociales. Ces aides devront être suffisamment significatives pour encourager dans des délais les plus brefs possibles un maillage de territoire national correspondant aux zones de pénurie identifiées, l'objectif poursuivi est double : éviter le départ de professionnels déjà installés et favoriser l'installation de nouveaux.

Les diverses expériences portées à la connaissance de la mission, à l'instar du projet de maison de santé de Pont d'Ain en zone rurale, témoignent de la nécessité d'organiser les regroupements avec le soutien de l'ensemble des acteurs locaux concernés (conseil régional, conseil général, CRAM et CPAM, MSA, communes...). La **mise à disposition d'une structure d'accueil** par des collectivités locales, associées éventuellement à d'autres intervenants, peut constituer une incitation forte au regroupement.

Au delà du simple regroupement de professionnels en exercice libéral, d'autres formes d'exercice collectif rassemblant des professionnels salariés méritent également d'être facilitées dans des zones particulièrement touchées par la démedicalisation.

Il convient donc d'organiser l'exercice collectif sur les bases d'une connaissance fine des conditions d'accès aux soins (distance, temps, population concernée, âge, revenu, catégorie socioprofessionnelle, mode de consommation des soins...), à partir notamment des informations qui pourront être disponibles grâce au travail des observatoires régionaux de la démographie des professions de santé.

Les maisons de soins devront être des lieux de stage privilégiés et agréés pour les futurs spécialistes en médecine générale notamment, car les étudiants y trouveront tous les ingrédients propices à une formation adaptée à leur exercice futur.

L'installation en zone rurale ou difficile doit être incitée par des mesures complémentaires.

Plusieurs pistes sont envisageables :

- La mise en place d'incitations financières pérennes,
- La création du statut de collaborateur salarié,
- L'autorisation d'exercice en cabinet secondaire.

Sur le plan financier, la voie des incitations liée au régime fiscal des professions libérales et notamment l'exonération partielle de charges doit être explorée par les collectivités et l'Etat. Les conditions de financements de mesures incitatives à l'installation par le fond national d'aménagement du territoire (FNADT) pourraient être étudiées.

Les modalités d'un conventionnement attractif mériteraient également d'être développées dans le cadre de la rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les caisses d'assurance maladie.

Toutefois, ces incitations ne seront efficaces que pour autant qu'elles seront accompagnées de mesures concrètes facilitant l'exercice collectif des soins. Il convient pour cela d'ouvrir, en aménageant des règles déontologiques encore trop limitatives sur ce point, la possibilité de recrutement de **collaborateurs salariés** dans les cabinets médicaux.

L'autorisation de mise en œuvre d'un **cabinet secondaire** doit aussi être proposée dans des zones de pénurie identifiée ou bien des zones pour lesquelles la population reste insuffisante pour permettre de rentabiliser un cabinet.

Le conseil national de l'ordre des médecins avec les autres professions libérales attentives aux évolutions des conditions d'exercice susceptibles de pallier des déséquilibres démographiques, ont conduit d'ailleurs depuis plusieurs mois une réflexion sur le statut de collaborateur du médecin. La collaboration peut constituer un moyen pour les jeunes diplômés, qui recherchent pour bon nombre d'entre eux un exercice salarié, d'appréhender progressivement la gestion d'une entreprise libérale. Le statut de collaborateur doit cependant être défini avec précision d'un point de vue juridique afin de pas porter atteinte à l'indépendance professionnelle des praticiens.

2.5 Une politique volontariste doit être mise en œuvre pour doter les zones rurales à faible densité médicale d'outils d'information et de communication moderne

2.5.1 Synthèse des constats

L'isolement des professionnels en zone rurale compromet les possibilités d'installation de nouveaux professionnels de santé et constitue un risque de départ des professionnels en place.

Les expériences conduites autour d'outils de communication et d'information modernes paraissent susceptibles d'endiguer partiellement le déclin prévisible de la présence médicale et paramédicale en zone rurale. Les projets portés à la connaissance de la mission n'ont pas pour objectif principal et direct une résorption des chocs démographiques à venir. Ils sont, par les améliorations qu'ils apportent aux conditions d'exercice des professionnels, de nature à atténuer les charges spécifiques qui pèsent sur les acteurs de santé implantés dans des zones de faible densité de population et à restaurer l'attractivité de ces territoires.

La communication facilitée entre praticiens peut en effet rompre partiellement la sensation d'isolement, permettre une circulation plus efficace des dossiers des patients entre le cabinet médical et l'hôpital, améliorer plus généralement la coordination des soins entre professions médicales et paramédicales.

La mission a pu en particulier relever un certain nombre de solutions pragmatiques locales qui méritent d'être signalées. Le projet de création d'une maison médicale virtuelle en Mayenne constitue à cet égard une initiative intéressante qui prévoit un regroupement des cabinets par la mise en commun de dossiers médicaux partagés et d'une permanence téléphonique. Un projet piloté par l'ARH de Franche-Comté tente également de tirer partie des technologies de l'information et de la communication pour créer notamment un serveur départemental unique d'images médicales (IRM, scanner, radiologie numérisée) afin de les rediffuser vers d'autres professionnels de santé (centres hospitaliers, radiologues libéraux, maisons médicales et généralistes).

2.5.2 Propositions

Les diverses potentialités de la télé médecine en milieu rural appellent **un maillage des zones concernées par un réseau à haut débit** permettant le transport rapide d'informations et d'images numérisées.

La connexion devra pouvoir se faire entre les médecins généralistes d'un même réseau, des médecins généralistes et un médecin spécialiste référent libéral ou hospitalier. A terme des patients devront être également connectés.

L'installation d'infrastructures de communication performantes peut être développée en deux phases selon les objectifs visés par les intervenants concernés :

- Une première phase visant à améliorer les conditions d'exercice des professionnels : informations à caractère générale, dossiers médicaux partagés, centre d'appel téléphonique commun, maisons médicales virtuelles...
- Une seconde phase d'amélioration de la qualité des soins : utilisation de l'imagerie médicale, expertise à distance... La rémunération des professionnels libéraux participant à un tel dispositif entre dans le cadre des dispositions de la loi du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie (article L. 162-12-20 du code de la santé publique) qui prévoit que les professionnels peuvent adhérer individuellement à des « contrats de santé publique » qui ouvrent droit à une rémunération forfaitaire pour des actions liées à la coordination des soins ou à la

prévention. Il reste toutefois nécessaire d'étudier plus largement, au delà de la portée de ce texte, le régime de rémunération des actes médicaux de télémédecine.

Ces projets pourraient en particulier s'inscrire dans le cadre du FAQSV et des appels à projet [E-s@nté](#) lancés auprès des établissements publics de santé instruits par la DHOS. Ils devront également s'insérer dans une approche plus large d'aménagement du territoire portée notamment par les collectivités locales dans leurs activités de développement économique.

2.6 Vers une collaboration organisée entre médecins des secteurs public et privé

2.6.1 Synthèse des constats

A travers l'imbricatio des structures juridiques et des réseaux existant, il est aujourd'hui difficile d'y voir clair dans l'organisation des collaborations entre le secteur public et le secteur privé.

Encore très peu d'expériences convaincantes de bonne collaboration entre le secteur public et le secteur privé sont signalées de manière unanime. Quelques-unes ont été tentées ou sont en cours de mise en œuvre avec des petits établissements contraints de s'associer pour maintenir une activité médicale suffisante. Il s'agit souvent d'un mariage de raison qui ne résiste pas longtemps aux nombreux problèmes qui émergent liés notamment aux différences de statuts entre les médecins, à des considérations de rémunération, aux problèmes de responsabilité, aux questions d'organisation. Si de nombreuses expériences se mettent en place avec enthousiasme, rapidement des obstacles concrets se dressent et gênent les actions de coopération entre les deux secteurs.

Si la co-utilisation d'équipement lourd permet une utilisation plus intensive de matériels rares et l'accès du secteur privé à des équipements présents dans le secteur public, ces expériences ne se départissent que rarement d'une dimension conflictuelle et n'ont en tout état de cause pas d'effet en termes d'économie de temps médical.

Les réseaux sont d'objectifs, de taille et de complexité variables. Ils constituent des modes d'intervention coordonnée de professionnels de santé des secteurs public et privé. Ils ont un impact indirect en termes de démographie médicale dans la mesure où ils apportent une clarification des contours des métiers et contribuent à lutter contre l'isolement des professionnels.

La coopération entre les médecins libéraux et les médecins exerçant à l'hôpital repose essentiellement sur le mécanisme des vacations hospitalières largement diffusées, et à moindre échelle l'accès au poste de praticien hospitalier à temps partiel.

2.6.2 Propositions

Pour espérer répondre à une demande de coopération légitime en termes de qualité d'exercice et d'organisation adaptée des soins, la collaboration entre le secteur public et le secteur privé, qui apparaît comme essentielle, mérite d'être redéfinie dans un cadre nouveau, sur le plan des structures et des acteurs.

Cette collaboration intéresse en particulier la prise en charge des urgences, qui fait par ailleurs l'objet de l'attention d'un groupe de travail sur la permanence de soins, lancé par le ministre de la santé au printemps 2002.

a) La coopération entre structures

Afin de permettre une optimisation de l'activité des structures de soins à l'échelle départementale et interdépartementale, il convient de définir des **pôles médico-chirurgicaux référents** disposant de plateaux techniques accessibles aussi bien au secteur public qu'au secteur privé, et gérés par une structure administrative unique.

Cette structure pourrait dans un premier temps intéresser des activités de soins, à l'instar de ce qui existe aujourd'hui pour certains équipements lourds, pour conduire à terme à la totalité d'un établissement de santé. L'objectif est d'arriver à terme, pour optimiser le temps médical, à concentrer sur un site unique les moyens publics et privés afin de répondre à des besoins identifiés par le travail des Observatoires régionaux en évitant les redondances et les concurrences.

Malgré la diversité des formules élaborées⁷⁵, le cadre juridique actuel de coopération ne paraît pas satisfaisant et mériterait d'être adapté pour offrir de réelles opportunités de collaboration entre les deux secteurs et permettre l'existence de telles structures.

L'identification des plateaux techniques et installations nécessaires devra être conduite par l'ensemble des acteurs locaux. Ces pôles devront être créés en minimisant les facteurs de concurrence technique, sectorielle ou politique.

Comme les autres structures de soins, ces pôles médico-chirurgicaux référents devraient être mis systématiquement en réseau avec les centres hospitalo-universitaires auxquels ils seraient reliés par des moyens de communication efficaces permettant de mettre au service des professionnels et des patients les techniques de l'information et de la communication moderne.

Les structures sans mur que représentent les **réseaux de soins** qui permettent la collaboration des secteurs public et privé notamment pour la prise en charge des personnes âgées et des soins palliatifs, constituent un élément de réponse à court terme à divers facteurs de démedicalisation. Ils permettent de rompre l'isolement intellectuel et administratif en favorisant le rapprochement des acteurs et l'accès à des structures techniques. Le développement de ces réseaux doit être largement encouragé par une mise à disposition, au moins en partie, de moyens administratifs et financiers significatifs.

⁷⁵ communauté d'établissement de santé, syndicats interhospitaliers, conventions, GIP, GIE, GCS...

➤ *b) La coopération des acteurs*

Un certain nombre de médecins du secteur privé aspirent à exercer une partie de leur activité au sein de structures publiques. Suivant les disciplines, ils souhaitent en effet pouvoir bénéficier de plateaux techniques performants, optimiser leurs connaissances et entretenir une pratique collective de leur métier. En outre, l'accès à des équipements techniques et à des lits d'hospitalisation peut constituer un atout potentiellement déterminant dans le choix d'un site d'installation.

Une activité dans le cadre des vacations telles qu'elles existent aujourd'hui n'est plus du tout souhaitée par les professionnels libéraux car peu valorisante statutairement et financièrement. Elles donnent lieu de surcroît à des pratiques contestables, où pour répondre aux besoins, les établissements sont contraints de rémunérer plusieurs vacations pour une seule effectuée.

De leur côté, les acteurs du secteur public déplorent fréquemment la dégradation de leurs conditions d'exercice (une hausse non maîtrisée de leur activité) et de leur outil de travail (vétusté des installations).

Ces constats amènent à proposer de nouvelles modalités d'exercice.

D'une part, il conviendrait de remplacer les vacations hospitalières par un **mécanisme contractuel souple et attractif** susceptible de renforcer les collaborations avec le secteur libéral et de faciliter la variabilité de l'activité en exercice public. L'assouplissement des règles de recrutement de professionnels hors statut est une orientation de nature à offrir des conditions de collaboration adaptées aux situations locales : mise en place de recrutements par contrats à durée déterminée, signés entre le directeur de l'établissement et le praticien. Le cadre contractuel, facilité par l'ouverture de marges de manœuvre en termes de rémunération (en fonction des compétences, de la discipline concernée notamment), devrait prévoir les missions, leur cadre, le temps de travail hebdomadaire et les objectifs annuels à atteindre. Ces contrats devront être conclus après avis explicite de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) qui se prononcera sur les missions retenues et l'adéquation de la candidature aux objectifs fixés. Ces contrats devront être soumis à l'avis de l'agence régionale de l'hospitalisation.

D'autre part, il serait nécessaire de favoriser les postes de **Praticiens Hospitaliers à mi-temps**. Ces postes d'activité à temps partiel seraient une réponse :

- à des besoins hospitaliers ciblés sur des activités techniques et des compétences spécifiques,
- à la réalité de l'exercice d'une profession médicale qui se féminise,
- au souhait des plus jeunes d'aller vers un exercice au moins en partie salarié,
- à la nécessité de développer l'interpénétration entre le secteur public et le secteur libéral.

2.7 Vers une régionalisation d'accès aux spécialités médicales

2.7.1 Synthèse des constats

Plusieurs facteurs influencent la démographie médicale au niveau régional :

- le numerus clausus
- le nombre de postes d'interne
- le taux de réussite au concours de l'internat
- la mobilité à l'installation
- la mobilité professionnelle
- les départs à la retraite
- les variations régionales de la population française

Les 4 premiers facteurs ont les impacts les plus importants. Mais si le numerus clausus et le nombre de postes à l'internat sont par construction clairement maîtrisables, les deux derniers restent aléatoires dans les conditions actuelles du concours de l'internat et le cadre de la liberté d'installation. La mission observe que l'organisation du concours de l'internat et la mobilité à l'installation rendent caduques le rôle du numerus clausus et du nombre de postes d'interne pour maintenir la démographie médicale au niveau régional.

Une étude de la DREES montre clairement que le nombre d'étudiants formés, spécialistes et généralistes d'une région, est totalement différent du nombre d'étudiants de cette même région entrant en PCEM2 à partir du numerus clausus établi. En effet ce nombre d'étudiants formés dépend certes du nombre de postes d'interne attribué à la région mais également du taux de réussite au concours national de l'internat des étudiants de la région. Ainsi plusieurs combinaisons sont possibles entre un nombre élevé de postes d'interne combiné à une faible proportion d'étudiants qui obtiennent le concours - ce qui augmente considérablement le nombre total d'étudiants formés par rapport au numerus clausus (exemple de la Picardie en 2000) - et un faible nombre d'internes combiné à un fort taux de réussite qui contribue à diminuer le nombre d'étudiants formés (ex. de l'Ile-de-France en 2000).

Le phénomène qui voudrait que les régions bien dotées « exportent » des étudiants au niveau de la sixième année d'études vers les régions les moins bien dotées n'est qu'un constat conjoncturel. Il est en effet lié au fait que les régions à forte densité médicale sont à la fois celles où le nombre de postes d'interne est restreint et celle où le taux de réussite au concours est élevé. L'évolution du comportement des facultés et des étudiants peut tout à fait modifier cette situation sans que cela puisse être prévisible.

Par ailleurs du fait de la mobilité à l'installation, il ne peut y avoir de relation clairement établie entre le nombre de médecins formés dans une région et le nombre d'installations. La part des médecins exerçant dans leur région de diplôme a diminué dès 1989 pour les spécialistes avec l'entrée en activité des promotions concernées par la réforme de l'internat et le phénomène s'est accentué progressivement. En 1980, 80% des spécialistes diplômés depuis moins de 5 ans exerçaient encore dans leur région de diplôme contre 76% en 1995 et 66% aujourd'hui. La plus grande mobilité des spécialistes depuis la réforme de l'internat s'explique sans doute par des retours vers la région de formation d'origine après la migration imposée et non choisie entre le deuxième et le troisième cycle.

L'examen national classant prévu en 2004-2005 aggravera ce phénomène car il intéressera non seulement les spécialistes mais également les généralistes.

Ainsi un *numerus clausus* et un nombre de postes d'interne seront attribués à chaque faculté pour, respectivement, fixer le nombre d'étudiants entrant dans les études médicales et déterminer le flux des différentes filières, mais les chiffres affichés ne pourront en aucun cas influencer la démographie médicale ou chirurgicale car ils ne permettront pas de prévoir les sites d'installation des médecins.

Le *numerus clausus* et le nombre de poste d'internes constituent actuellement deux vannes au débit sans cesse modifié qui n'ont cependant aucune influence sur la démographie régionale et infra-régionale. Ces deux leviers n'influencent en réalité que le nombre total de médecins et de spécialistes à l'échelle du pays dans la mesure où l'installation reste soumise au libre choix du médecin.

Avec la réforme du concours de l'internat et l'accès de tous les étudiants à une spécialité, une épreuve gérée à l'échelon national perd sa pertinence dans la mesure où l'accès aux études médicales par le concours de PCEM1 est lui, organisé au niveau local.

2.7.2 Propositions

Seules des mesures qui imposeraient une planification des installations en fonction des besoins recensés permettraient de considérer le *numerus clausus* des postes d'internes comme un outil de planification de la démographie médicale.

Ces mesures coercitives imposant un lieu d'installation à chaque médecin et une carte sanitaire des cabinets libéraux n'est pas prête à être admise par les professionnels. Elles n'apparaissent pas souhaitables car elles sont de nature à décourager les plus jeunes à un moment où le nombre de médecins va diminuer en France. Mais plus encore, elles pourraient déboucher sur des pratiques tout à fait préjudiciables comme la généralisation du mode d'exercice par remplacement.

Il apparaît raisonnable, pour que le *numerus clausus* des postes d'internes affectés à chaque région ait une influence prévisible sur la démographie médicale régionale, d'abandonner le concours national de l'internat et d'envisager **un concours régional**.

L'objectif recherché est de stabiliser les étudiants dans la région où ils auront effectué leurs études de 3^{ième} cycle par choix et non par contrainte. Chaque étudiant aura la possibilité de s'inscrire à l'examen classant de 3 régions qu'il aura déterminées.

Il est cependant nécessaire dans une politique de décentralisation de veiller à ce que les étudiants puissent bénéficier au cours de l'ensemble de leurs études de possibilités de formation équivalentes, qu'ils soient affectés à une région ou à une autre, pour ne pas créer un internat à deux vitesses. Il est clair que toutes les régions ne sont pas équivalentes en termes de capacités d'accueil d'étudiants dans les facultés de médecine ou dans les services hospitaliers des CHU. Il sera donc nécessaire de **regrouper certaines régions** pour permettre aux étudiants d'accéder à une formation diversifiée et de qualité.

2.8 Vers la filiarisation des disciplines médicales et chirurgicales

2.8.1 Synthèse des constats

Les besoins de médecins et de chirurgiens vont apparaître pour toutes les disciplines dans les années à venir. Ces besoins seront toutefois variables d'une discipline à une autre, d'une région à une autre. Ils devront être précisément évalués après la redéfinition d'une part du champ d'intervention de chacune des disciplines, et d'autre part des délégations et des collaborations que pourront avoir les différentes disciplines entre elles ou avec les autres métiers de la santé.

Le système de choix des disciplines médicales et chirurgicales au cours de l'internat ne peut permettre aucune planification démographique car il laisse une totale liberté aux internes d'accéder à telle ou telle discipline sans aucun contingentement et sans qu'il soit tenu compte des besoins réels de santé publique.

La récente filiarisation de certaines disciplines, pédiatrie, anesthésie réanimation, gynécologie obstétrique, si elle a permis de prendre en compte les besoins de ces disciplines en difficulté en affectant dans ces filières un nombre d'interne significatif, a par voie de conséquence, contribué à aggraver la situation des autres disciplines puisque globalement le nombre de postes d'internes n'a pas été majoré.

Le fonctionnement des établissements hospitaliers et plus particulièrement des CHU est très dépendant du nombre d'internes, véritables chevilles ouvrières des différents services. Aussi, c'est bien souvent plus les besoins des établissements que les besoins de formation qui sont pris en compte lors de l'affectation des internes dans les différents services de spécialité.

Enfin, au sortir du 2^{ème} cycle des études médicales, les Internes sont installés rapidement dans une spécialisation intensive souvent hautement technologique sans avoir pu bénéficier au préalable d'une formation médicale ou chirurgicale élargie

2.8.2 Propositions

Afin d'avoir une réelle politique démographique, il est nécessaire de prévoir d'**ériger en filière l'ensemble des disciplines médicales et chirurgicales**. Les besoins des différentes filières de spécialité devront faire l'objet d'un plan pluriannuel s'appuyant sur le travail de l'observatoire de la démographie des professions de santé.

Ceci étant, afin que cette filiarisation ait un sens, il est nécessaire de prévoir une **trame commune de formation** de 2 ans pour d'une part l'ensemble des disciplines médicales, y compris la médecine du travail, la santé publique, la biologie médicale et la psychiatrie, et d'autre part les disciplines chirurgicales. Ce tronc commun aura pour avantage de donner aux professionnels une culture médicale de base commune indispensable avant toute spécialisation, de permettre aux internes de choisir en toute connaissance de cause leur filière et de faciliter les orientations et les passerelles que nous avons déjà évoqué plus haut.

Cette orientation doit toutefois s'accompagner d'une déconnexion entre les besoins de formation et les besoins internes aux établissements. Afin de mener une véritable politique de

formation fondée sur les besoins régionaux, il doit être fait l'inventaire des ressources nécessaires au fonctionnement des différents services pour leur permettre une activité qui ne soit pas dépendante du nombre d'internes qui leur est affecté.

2.9 Développement de l'éducation sanitaire

2.9.1 Synthèse des constats

La régulation de la démographie des professionnels de santé nécessite la planification de l'offre en fonction des besoins et également la régulation de la demande. La population souhaite légitimement avoir accès aux soins dans les plus brefs délais et au meilleur niveau de prise en charge. Les appels aux médecins généralistes sont nombreux, souvent pour des motifs bénins, la fréquentation des urgences hospitalières ne cesse de grandir.

Plusieurs explications peuvent être données pour justifier ces comportements, une paraît essentielle l'absence d'éducation sanitaire de la population.

A aucun moment du cursus scolaire, universitaire, professionnel, il est consacré un temps significatif pour évoquer ce thème important. Si bien qu'en France l'éducation à la santé d'une population démunie de réelle formation est faite de manière conjoncturelle et aléatoire par les médias à l'occasion d'évènements exceptionnels qu'il s'agisse d'exploits technologiques de telle ou telle équipe ou d'anomalies recensées dans le fonctionnement de telle ou telle structure.

L'absence d'éducation aux grands problèmes de santé publique a au moins deux conséquences majeures en terme de démographie médicale, car contribuant au consumérisme médical : la défiance vis à vis des professionnels de santé qui conduit aux consultations multiples et successives, mais aussi le recours sans discernement aux professionnels de santé.

L'information sanitaire en direction des malades est également insuffisante, les pathologies aiguës bénéficient régulièrement des progrès thérapeutiques et technologiques, ce qui est moins souvent le cas des maladies chroniques, pourtant bien plus fréquentes et plus coûteuses. L'éducation thérapeutique des patients atteints de pathologie chronique doit être une priorité pour optimiser notre système de santé. Elle vient à ce titre d'être inscrite dans le cadre de la loi de préparation quinquennale en santé publique.

2.9.2 Proposition

S'il est impératif de programmer de manière organisée et pérenne **l'éducation à la santé de la population française**, il est dès lors nécessaire de former et d'identifier les professionnels de santé publique capable de mener des actions coordonnées d'information auprès des usagers sur leur lieu de travail, d'éducation, sur leur lieu d'habitation.

Des professionnels devront participer à l'éducation des enfants à l'école primaire, dans les collèges et lycées, afin d'assurer une éducation et transmettre des connaissances sur des

grands thèmes : le corps humain, ses possibilités, ses limites, ses contraintes; l'infection; la vaccination; l'obésité et les règles d'une alimentation équilibrée; les drogues; la sexualité etc.

Pour ce qui est de **l'éducation thérapeutique des patients**, elle doit être structurée, organisée, et faite par des professionnels de santé, formés et évalués. Des formations universitaires diplômantes doivent impérativement et rapidement se développer dans ce domaine, tant en formation initiale qu'en formation continue, et ce autant à l'attention des professions médicales que paramédicales. Le rôle des facultés de médecine est à cet égard essentiel.

Il apparaît ainsi clairement que l'éducation thérapeutique des patients va s'imposer dans les années à venir comme une part intégrante de la thérapeutique, au même titre que les traitements d'origine médicamenteuse ou technologique. De ce fait, il sera nécessaire de doter les établissements de santé, privés ou publics, en fonction de cette exigence de santé publique, de **structures dédiées** à l'éducation thérapeutique.

2.10 Récapitulatif des propositions

2.10.1 Mesures à court terme

Vers une maîtrise régionale de la démographie des professions de santé

- Mise en place d'un Observatoire national de la démographie des professions de santé faisant office de tête du réseau,
- Mise en place des observatoires régionaux de la démographie des professions de santé.

Vers une augmentation progressive et raisonnée des différents numerus clausus

- Relèvement progressif jusqu'à 8000 en 2007 du numerus clausus des études de médecine,
- Intégration des praticiens à diplômes hors Union européenne au potentiel médical après formation complémentaire et évaluation,
- Augmentation progressive du numerus clausus des chirurgiens-dentistes,
- Elaboration de projections démographiques pour chaque métier de la pharmacie,
- Augmentation des flux de formation des manipulateurs en radiologie,
- Augmentation progressive des quotas de formation des orthophonistes,
- Elaboration de projections démographiques fonction de l'estimation des besoins de soins futurs pour toutes les professions.

Vers une évolution des métiers de la santé

- Redéfinition du contour des métiers et mise en place du partage des tâches pour les radiologues/manipulateurs-radio, ophtamologistes/orthoptistes, psychiatres/psychologues cliniciens, cardiologues/techniciens en cardiologie, néphrologues/techniciens de dialyses, chirurgiens-dentistes/hygiénistes dentaires, infirmières/aides soignantes,
- Mise en place de passerelles professionnelles.

Vers un regroupement des professionnels de santé

- Incitation au regroupement des professionnels de santé dans des maisons de soins (appui administratif, mise à disposition de structures d'accueil, conventionnement adapté, statut de collaborateur salarié dans les cabinets médicaux, autorisation de cabinet secondaire).

Vers une collaboration organisée entre médecins des secteurs public et privé

- Identification et mise en place de pôles médico-chirurgicaux référents,
- Remplacement des vacations par un dispositif contractuel souple et attractif, et développement du statut de PH à temps partiel.

Vers la filiarisation des disciplines médicales

- Introduction des filières pour l'ensemble des disciplines médico-chirurgicales,

2.10.2 Orientations à moyen terme

Vers une maîtrise régionale de la démographie des professions de santé

- Mise en place d'un guichet unique d'enregistrement des professionnels de santé,
- Recueil d'informations démographiques qualitatives liées à l'offre de soins,
- Orientation de la fonction d'observation vers la production d'outils utiles aux différents acteurs de la santé et à l'organisation des soins.

Vers une évolution des métiers de la santé

- Insertion du dispositif de formation des métiers de la santé dans le cadre universitaire.

Vers une politique volontariste pour doter les zones rurales d'outils de communication modernes

- Maillage par un réseau à haut débit des zones rurales à faible densité de population.

Vers une régionalisation de l'accès aux spécialités médicales

- Mise en place d'un concours régional de l'internat.

Vers un développement de l'éducation sanitaire

- Développement de l'éducation sanitaire de la population,
- Mise en place de structure dédiée.

Les dix propositions qui appellent des prises de décisions urgentes

- 1/ Mise en place d'un Observatoire national de la démographie des professions de santé, et de son réseau d'observatoires régionaux,**
- 2/ Augmentation progressive jusqu'à 8000 en 2007 du numerus clausus des études médicales pour préserver le potentiel médical du pays,**
- 3/ Redéfinir le contour des métiers, mettre en place un partage des tâches, créer de nouveaux métiers, faciliter les passerelles entre différentes professions de santé,**
- 4/ Offrir des mesures incitatives au regroupement des professionnels de santé dans des maisons de soins, autoriser l'exercice en cabinet secondaire, élaborer un statut de collaborateur salarié, mettre en place un mécanisme de conventionnement adapté pour les zones démedicalisées,**
- 5/ Identifier et organiser dans un cadre administratif unique des pôles médico-chirurgicaux référents permettant la collaboration public/privé pour répondre à des besoins de santé de manière non redondante et non concurrentielle dans un périmètre géographique défini,**
- 6/ Favoriser l'activité en secteur public des médecins libéraux en favorisant le statut de Praticien Hospitalier à mi-temps et les contrats hospitaliers pour médecins libéraux,**
- 7/ « Filiariser » l'ensemble des disciplines médicales et chirurgicales et mettre en place une plate-forme commune de formation, pour les disciplines médicales d'une part, pour les disciplines chirurgicales d'autre part,**
- 8/ Définir les modalités d'insertion de la formation aux métiers de la santé dans le cadre universitaire,**
- 9/ Préciser les contours d'une régionalisation de l'examen national classant de l'internat,**
- 10/ Intégrer l'objectif d'éducation sanitaire de la population et des malades dans l'organisation des soins.**

LISTE DES ANNEXES

- 1. Liste des personnes rencontrées**
- 2. Répartition des spécialistes par région**
- 3. Carte de la répartition départementale des omnipraticiens et spécialistes (chiffres DREES)**
- 4. Carte de la répartition départementale des omnipraticiens (chiffres DREES)**
- 5. Carte de la répartition départementale des spécialistes (chiffres DREES)**
- 6. Carte des nouvelles installations (CNOM)**
- 7. Cartes de répartition départementale de l'anesthésie-réanimation, de la gynécologie obstétrique, de l'ophtalmologie, de la pédiatrie, de la psychiatrie, du radiodiagnostic et de l'imagerie médicale (chiffres DREES)**
- 8. Répartition des généralistes et des spécialistes par âge (chiffres DREES)**
- 9. Répartition par âge en région (chiffres DREES)**
- 10. Répartition par classe d'âge et sexe des omnipraticiens et des spécialistes (chiffres DREES)**
- 11. Répartition par sexe des médecins en région (chiffres DREES)**
- 12. Evolution du numerus clausus (CNOM)**
- 13. Evolution des effectifs selon les spécialités depuis 1984**
- 14. Projection des effectifs par spécialité**
- 15. Projection du nombre d'omnipraticiens par région (chiffres DREES)**

- 16. Projection du nombre de spécialistes par région
(chiffres DREES)**
- 17. Répartition géographique des chirurgiens-dentistes**
- 18. Répartition géographique des sages-femmes**
- 19. Répartition géographique des pharmaciens**
- 20. Densité régionale des pharmaciens et des pharmacies
(Ordre national des pharmaciens)**
- 21. Pyramide des âges des pharmaciens
(Ordre national des pharmaciens)**
- 22. Evolution du numerus clausus de pharmacie depuis 1981
(Ordre national des pharmaciens)**
- 23. Répartition géographique des infirmières**
- 24. Répartition géographique des masseurs-kinésithérapeutes**
- 25. Répartition géographique des pédicures-podologues**
- 26. Répartition géographique des ergothérapeutes**
- 27. Répartition géographique des psychomotriciens**
- 28. Répartition géographique des orthophonistes**
- 29. Répartition géographique des orthoptistes**
- 30. Répartition géographique des manipulateurs en ERM**
- 31. Répartition géographique des audioprothésistes**
- 32. Répartition géographique des opticiens-lunetiers**
- 33. Formation des professions de santé en Europe**
- 34. Flux d'entrée en études de médecine**
- 35. Recensement des internes 2000-2001 par faculté**
- 36. Bibliographie**