

Éléments pour une prospective régionale des professionnels de santé

11
2

Karim Ould-Kaci
Olivier Lacoste

Marielle Rengot, Madiou Sampil, Marie-Antoinette Castel-Tallet,
Gilles Poirier, Gilles Trédez, Chloé Dumesnil

Éléments pour une prospective régionale des professionnels de santé

Karim Ould-Kaci¹

Olivier Lacoste²

Marielle Rengot³

Madiou Sampil³

Marie-Antoinette Castel-Tallet³

Gilles Poirier⁴

Gilles Trédez³

Chloé Dumesnil⁵

¹ Médecin de santé publique, interne à l'ORS Nord – Pas-de-Calais, Loos

² Directeur, ORS Nord – Pas-de-Calais, Loos

³ Chargé(e) d'études, ORS Nord – Pas-de-Calais, Loos

⁴ Statisticien – chargé d'études, ORS Nord – Pas-de-Calais, Loos

⁵ Interne de santé publique, Faculté de médecine, Université de Lille 2

Sommaire

Le pourquoi et les limites d'une première contribution	9
Mutation culturelle : D'un Monde que nous avons perdu vers la Grande Transformation	11
Quelle prospective ?	15
Méthodologie	17
La démographie de professions de santé : constats et projections, évocation du problème des déserts médicaux	23
Constats et projections	23
L'offre de soins médicaux et paramédicaux dans la santé du Nord – Pas-de-Calais	23
Projections de médecins 2007-2030	26
Conclusion	32
Évocation du problème des déserts médicaux	32
Évolutions des attentes des médecins, évolutions des besoins de soins	35
Les médecins ont une conception de leur profession qui a profondément évolué	35
Le choix de la médecine générale ?	35
Les nouvelles aspirations des médecins à l'origine de tensions	37
La relation médecin-malade évolue	46
Les besoins de soins changent et renforcent la nécessité de coordination	48
L'exemple du vieillissement illustre la nécessité de coordination des soins	48
L'explosion des savoirs médicaux, le changement de besoins	51
Un système non favorable à la prise en charge des maladies chroniques	51
La télésanté et l'hospitalisation à domicile pour faire face à de nouveaux challenges	52
Conclusion	57
La lutte contre les déserts médicaux doit être intégrée dans d'autres chantiers complémentaires	59
Faire face aux déserts médicaux	59
La liberté d'installation comme principe	59
Il n'existe pas de solutions magiques permettant de lutter contre les déserts médicaux	60
Proposition de nouvelles mesures permettant la régulation d'après le rapport Hubert	66
Conclusion	67
L'essor des coopérations	67
Qu'est-ce que la coopération ?	68
Les moyens qui permettent la mise en œuvre de la coopération	68
Il existe des limites au développement des coopérations	76
De nouvelles organisations visant le développement des moyens de coopération sont expérimentées	85
Le dépassement du cloisonnement des structures et des intervenants	86
L'évolution des métiers	91
Les professions se définissent les unes par rapport aux autres	91
Nouveaux métiers	92
Les besoins en médecins étrangers	93
Généralités	94
Médecins à diplôme étranger : une nécessité pour l'offre de soins ?	95

Conclusion	99
Bibliographie	101
Articles, rapports, thèses, ouvrages	101
Lois, décrets, arrêtés, articles de loi, jurisprudence	106
Annexes	109
Guide d'entretien	109
Capacité de renouvellement des médecins exerçant dans les bassins du Nord – Pas-de-Calais	111
Gynécologie médicale	111
Gynécologie obstétrique	112
Psychiatrie (adultes et enfants)	114
Anesthésie réanimation	115
Cardiologie	117
Dermatologie	118
Endocrinologie	119
Gastro-entérologie	120
Médecine physique et réadaptation	121
Neurologie	122
Pneumologie	123
Rhumatologie	124
Ophtalmologie	125
Radiodiagnostic	126
Pédiatrie	127
Médecine du travail	128
Table des illustrations et tableaux.....	129
Sigles et acronymes	131

Le pourquoi et les limites d'une première contribution

Cette publication est avant toute chose le résultat d'un travail convenu en cours d'année 2009 d'un commun accord entre les services du Conseil Régional et l'ORS Nord – Pas-de-Calais, consécutivement à l'expression des besoins d'éclaircissement formulés par divers élus locaux.

Il est probable que l'annonce puis l'arrivée de la loi *Hôpital, Patients, Santé, Territoires* n'est pas étrangère à la réalisation de ce premier travail. Celui-ci est censé être susceptible de favoriser la tenue d'*ateliers de prospective régionale et territoriale*.

Il semblerait logique et presque acquis que cette démarche ait lieu dans les mois à venir. Elle pourrait réunir tout autant la *Direction du Développement Durable, de la Prospective et de l'Évaluation* et d'autres services du Conseil Régional (dont la *Direction de la Recherche, de l'Enseignement Supérieur et des Technologies de l'Information et de la Communication*, en charge de la santé), les services de l'*Agence Régionale de Santé*, et bien sûr un grand nombre d'acteurs de la santé et des territoires intervenant dans la région Nord – Pas-de-Calais comme ailleurs. Il ne nous appartient pas de nous prononcer sur la structuration de ces ateliers.

Ce travail est, de plus, tel qu'il se présente, le fruit d'un organisme, l'ORS, celui d'une équipe, et enfin celui d'une personne. L'ORS s'est intéressé à la question des professions de santé depuis maintenant dix ans. Nous y avons consacré plusieurs travaux depuis les plus classiques¹ jusqu'à des approches plus innovantes, plus *transgressives*².

Par ailleurs si l'ORS eut par le passé, et encore aujourd'hui, à s'investir dans des démarches prospectives tant nationales³ que régionales⁴, l'occasion ne nous avait pas encore été donnée de marier les deux termes professions de santé et prospective.

Le texte qui suit est aussi, et surtout, le texte remanié de la thèse que Karim Ould-Kaci, interne récidiviste à l'ORS, a soutenue en mai 2011, sous la direction du Professeur Jean-Louis Salomez.

¹ Rengot M, Spinosi L. *Tableau de bord des professions paramédicales et sages-femmes dans la région Nord – Pas-de-Calais*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2002 ; 79 p.

Lacoste O, Brosh S, Cascales J. *Atlas des professions de santé du Nord – Pas-de-Calais*, Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2005 ; 186 p.

² Poirier G, Lacoste O, Brosh S. *Médecins et territoires. Première contribution à l'observation des professions de santé et à l'identification des zones difficiles*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2003 ; 232 p.

Lacoste O, Spinosi L, Schepens C. *Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins. Rhcp2s III*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2002 ; 73 p.

Cascales J, Lacoste O. *Les polarisations urbaines en médecine de ville spécialisée. L'attraction spatiale en Cardiologie et ORL dans le Nord – Pas-de-Calais en 1999*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2002 ; 87 p.

Moenclaey J. *Étude de la perception et des réponses des intercommunalités d'Arras et de Dunkerque face à la crise territoriale des professions de santé*. Loos : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2006 ; 22 p.

Trédez G, Lacoste O. *Accessibilité des professionnels de santé : une approche régionale de l'offre de soins et de son éloignement*. Loos : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2008 ; 130 p.

Poirier G, Sampil M, Trédez G. *Les systèmes territoriaux de prise en charge des cancers en Nord – Pas-de-Calais*. Loos : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2010 ; 70 p.

Lacoste O, Debeugny S. *Les réseaux médicaux, sanitaires et sociaux locaux*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 1998 ; 187 p.

³ Groupe de prospective *Santé et Territoires* de la Datar (1999 – 2002), groupe *Caducée-innovation et santé* au Commissariat général au Plan (2003 – 2004).

⁴ Collège régional de Prospective, groupe de pilotage multidisciplinaire robustesse et aménités territoriales, groupe des experts de la *Conférence permanente du Bassin minier* entre 1996-1998, groupe Prospective régionale et santé en attente.

Bien qu'ayant une triple formation⁵, ce jeune brillant ex-interne de santé publique, devenu depuis Docteur, s'est livré à un exercice qui reste empreint d'une approche classique. Le fait est qu'un médecin, fût-il placé en situation d'observateur et d'analyste, adopte à cause de la culture qu'il a acquise lors de sa formation un point de vue logique, admissible, *respectable*. Comme l'écrit Alexandre Jaunait⁶ : *de l'héritage hippocratique, la médecine a conservé trois choses : l'intérêt du malade, le prix attaché à la relation humaine et le principe corporatiste de fonctionnement*. Il faut sans doute beaucoup d'expérience avant de se détacher des fondamentaux classiques pour entrevoir ce qu'une démarche prospective peut contenir et comment elle peut être conduite.

Dans le domaine de la santé publique, la profession médicale est et reste centrale. Cette fonction a puissamment structuré le système de santé français dès l'Ancien Régime dont elle garde bien des traits comme si la Loi Le Chapelier, promulguée en France le 14 juin 1791, n'avait pas eu de prise, et n'a plus la moindre concurrence potentielle depuis l'abolition des officiers de santé en 1892⁷. Hors de la corporation, la place du médecin est tellement emblématique que cette profession a servi de modèle en sociologie pour identifier quels sont les traits distinctifs des professions⁸.

Aussi on pourra comprendre qu'il y a encore quelque temps –si proche qu'il pourrait même se compter en mois plus qu'en année– il était courant d'entendre évoquer les *déserts médicaux* ou encore les difficultés que la France rencontre avec sa démographie *médicale*, alors qu'il s'agissait en fait –et à cet égard le texte de la loi *Hôpital, Patients, Santé, Territoires* est très clair– de l'ensemble des professions contribuant à l'offre de soins de *premier recours*⁹. Cette offre de premier recours a été définie voici trois ans, à l'issue des travaux des *États Généraux de l'Organisation des Soins*¹⁰ –EGOS–. Ainsi est-on passé d'une conception fondée sur une profession centrale associée à divers *commensaux*, à une nécessité de construire une offre de soins reposant sur la totalité des professions.

Sur bien des aspects, les EGOS, et plus encore la très importante loi *Hôpital, Patients, Santé, Territoires*, marquent une avancée considérable de la législation sanitaire. Derrière cette loi, il y a à l'évidence selon nous un *air du temps* puissant et de fond qui pousse les acteurs du système de santé vers une transformation profonde. En cela nous sommes tentés d'évoquer un phénomène du *même ordre* que celui de la *grande transformation* de Karl Polanyi¹¹. La mutation observée des attentes et des modes d'organisation, cette volonté et cette aspiration d'une plus grande organisation et coordination entre acteurs isolés ne sont pas seulement causées par les innovations, les ouvertures procurées par la loi ou par l'évolution des techniques, des pratiques médicales et sanitaires. Il y aurait là une mutation des valeurs sociales et de sociabilité compte tenu de laquelle il conviendrait de proposer aux acteurs et aux usagers un nouveau schéma, une offre de *réencastrement*¹², afin de surmonter au mieux ce passage en ne laissant pas les uns et les autres à la seule nostalgie d'un *monde que nous avons perdu*, pour reprendre le titre de l'ouvrage de Peter Laslett¹³ évoqué par Claudine Herzlich et Martine Bungener¹⁴, et pire exposé aux risques d'une dérégulation exacerbée.

⁵ En plus de son doctorat de médecine, Karim Ould-Kaci est titulaire d'un Mastère de santé publique de l'École Pasteur-CNAM, sous la direction du Professeur Jean de Kervasdoué, dont il est sorti *major* et d'un Master de la Faculté des sciences juridiques, politiques et sociales, Lille 2 en droit public mention *droit et politiques de santé*, sous la direction du Professeur Rémi Pellet.

⁶ Jaunait A. *Comment pense l'institution médicale ? Une analyse des codes français de déontologie médicale*. Paris : Dalloz, 2005 ; 352 p.

⁷ Voir les travaux de Jacques Léonard dont *La Médecine entre les savoirs et les pouvoirs*.

⁸ Champy F. *La sociologie des professions*. Paris : PUF, 2009 ; 229 p.

⁹ Article 26 : *Ces soins comprennent : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que le conseil pharmaceutique ; l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; l'éducation pour la santé*.

¹⁰ Clos en avril 2008.

¹¹ Polanyi K. *La grande transformation. Aux origines politiques et économiques de notre temps*. Paris : Éditions Gallimard, 1983.

¹² *Ibid.*

¹³ Laslett P. *The World We Have Lost: England Before the Industrial Age*. New York: Charles Scribner's Sons, 1965; 353 p.

¹⁴ Herzlich C, Bungener M, Paicheler G, et al. *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français 1930-1980*. Paris : INSERM-Doïn, 1993 ; 274 p.

Mutation culturelle : D'un Monde que nous avons perdu vers la Grande Transformation

Bien qu'encore très centré sur la profession médicale, le texte qui suit insiste sur la probable mutation culturelle qui caractérise les professionnels de santé de ce début de siècle. Incontestablement, chez les plus jeunes tout au moins se dessinent dans les comportements et dans la parole, une envie et une recherche d'une autre façon de travailler. Avec le refus des modes de faire de leurs aînés, il semble bien que les hommes et les femmes de la santé entendent, pour eux-mêmes et la qualité recherchée de leur exercice, mettre implicitement un terme à la phase d'institutionnalisation des professions. Cette période fut longue, solide, acceptée et partagée. Si cette nouvelle aspiration se prolonge, perdure, alors il sera possible d'expliquer plus tard dans quelques années que le début des années 2010 a été celui d'une rupture majeure issue de la volonté diffuse mais convergente de ces mêmes professionnels.

Le fait est reconnu, suivi par le monde institutionnel, tel que la Haute Autorité de Santé (HAS), l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS)¹⁵, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAMTS), etc. Cela se formule sous la forme de l'examen des *évolutions possibles des contours des métiers de la santé et sur les modalités de transfert et ou de délégations d'activités et de compétences entre la profession médicale et les autres professions de santé*. Un temps compliquées et conflictuelles, les redéfinitions des périmètres d'exercice, la mise en place de zones de recouvrement entre types de professions se multiplient d'autant plus que les textes réglementaires accompagnent et parfois précèdent le mouvement.

Signe des temps, l'ONDPS lui-même évoque, dans ses publications portées récemment à connaissance, des *métiers*¹⁶ et non plus les professions telles qu'elles sont évoquées dans le Code de la santé publique.

Plus significatif encore, le rapport Hubert expose très clairement une analyse transgressive et ne manque pas d'énumérer et de proposer bien des outils possibles, visant à donner tout à la fois aux professionnels de santé des conditions d'exercice satisfaisantes et de faire en sorte que ceux-ci puissent s'installer et demeurer là où leur présence est ressentie aujourd'hui comme nécessaire.

Quelques éléments provenant du Rapport Hubert

En France, le code de la santé publique distingue trois grandes catégories de professions de santé : les professions médicales (médecins, sages-femmes et chirurgiens-dentistes), les professions pharmaceutiques (pharmaciens et préparateurs) et les auxiliaires médicaux. L'activité de soins est, de ce fait, organisée, pour l'essentiel, en fonction de la définition de ces professions, celle-ci étant elle-même établie à partir de l'autorisation, donnée par voie réglementaire, de l'exécution de leurs tâches. La recherche d'une sécurité maximale s'exprime elle aussi très clairement.

Le partage d'activités entre professionnels de santé a pris du retard en France, en comparaison notamment des pays anglo-saxons. Il convient donc de recentrer les médecins sur le cœur de métier et transférer certaines tâches à d'autres professionnels de santé.

La France se caractérise par rapport à d'autres pays européens par un nombre de médecins par habitant parmi les plus élevés et *a contrario* par un nombre de professionnels paramédicaux faible par médecin. Dans la perspective de la forte diminution du nombre de médecins dans les prochaines années, il convient de reconsidérer la répartition actuelle.

¹⁵ Berland Y. Bourgueil Y. *Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé*. Paris : ONDPS, 2006 ; 135 p.

Berland Y. Bourgueil Y, et al. *Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?* Paris : Haute Autorité de Santé, 2008 ; 61 p.

¹⁶ Matharan J, Micheau J, Rigal E. *Le métier de masseur-kinésithérapeute*. Paris : ONDPS - Plein sens, 2009 ; 137 p.

Rigal E, Micheau J. *Le métier de chirurgien-dentiste : caractéristiques actuelles et évolution*. Paris : ONDPS - Plein sens, 2007 ; 125 p.

Marin F, Marin E, Barrancos A. *Le métier de pharmacien : contenu et perspectives du rôle de premier recours*. Paris : ONDPS - Bernard Brunhes Consultants, 2006 ; 69 p.

Qu'en est-il de l'éducation thérapeutique et des actions de prévention qui sont le terrain privilégié des coopérations ? Il y aura très vraisemblablement de nouveaux métiers et de nouvelles tâches en fonction de l'évolution des techniques, donc des besoins de formation, et de formation reconnue.

Il est donc devenu inéluctable de sortir du cadre actuel de la définition des professions basée sur des décrets d'actes. Il est surtout devenu impératif d'avoir une lecture transversale de ces professions et non plus une approche profession par profession, sous peine de voir ces révisions être inspirées plus par le souci de protéger que par le souhait d'innover.

Affirmer que tous les professionnels sont pour cette redéfinition serait aller un peu trop vite en besogne. Il faut de la pédagogie, de la *bienveillance*, une grande sensibilité aux comportements générationnels, mettre en œuvre des processus de renforcement pour les *soi-niants*. Il est nécessaire de renvoyer une image positive de la tâche réalisée à plusieurs.

Les ARS doivent se voir accorder une réelle marge d'autonomie, il faut leur allouer des moyens humains et financiers [...], les inviter à conclure des contrats non à l'échelle individuelle des praticiens mais avec leurs représentants régionaux et les regroupements de professionnels, faire d'elles les *conseillers* santé des collectivités territoriales.

Il convient de retenir comme référence souhaitable et nécessaire une accessibilité moyenne à l'offre de santé de proximité (de premier recours) en vingt minutes. Ainsi pourront être pratiqués interrogatoire, examen clinique et prescriptions. Accéder à un avis médical, ce n'est pas obligatoirement avoir en face de soi, physiquement, un médecin. Ce peut être, dans certains cas, la présence d'un professionnel non-médecin qui réalise certaines étapes de l'interrogatoire et de l'examen, voire établit certaines préconisations thérapeutiques, le médecin validant la démarche, en direct ou en recours.

Toutes les zones en difficultés ne sont pas dépeuplées ou éloignées de villes. Pire même, la pénurie frappe également des quartiers d'importantes cités urbaines et concerne en ce cas tous les professionnels de santé, l'insécurité les conduisant à fuir ces endroits, malgré les difficultés sanitaires et les besoins considérables des populations concernées. Oui mais il y a aussi, parfois, le coût du foncier, donc la question ne se pose pas seulement dans des zones à problème, définies comme étant des zones difficiles ou en difficultés.

Facteur aggravant, le *sentiment de malaise* est, chez les médecins, *transgénérationnel*. On note une perte et une nostalgie d'un rang social perdu, pris par d'autres. Ils savent pourtant s'adapter en fuyant l'exercice libéral.

Les chiffres montrent la propension des jeunes internes médecins originaires des régions Sud de la France à quitter la région où ils effectuent leur internat, dès lors que celle-ci est située dans la moitié Nord du pays.

D'après le rapport d'Yves Bur, ce sont près de 7 000 systèmes d'information en santé différents qui coexistent. Ce foisonnement est rendu plus complexe encore par le cloisonnement des systèmes entre ville et hôpital. Ces derniers n'ont aucune raison d'être puisqu'ils ne communiquent pas entre eux.

Les données chiffrées relatives au nombre exact (et local) de médecins de premier recours et aux différents modes d'organisation ne permettent pas d'avoir une connaissance fine et une analyse précise de la réalité de l'offre de soins de proximité. [...] C'est un des chantiers les plus déterminants auquel devront répondre les ARS. Il faut établir des diagnostics territoriaux précis. Déterminer de façon fiable les territoires sur lesquels implanter prioritairement les MSP et les PSP et les cibles des financements publics.

Enfin, si la notion de rémunération est importante, elle n'intervient pas au premier plan de l'exercice, même si le paiement à l'acte n'est plus le mode exclusif de rémunération envisagé par les plus jeunes.

Hubert E. *Mission de concertation sur la médecine de proximité.*
Paris : Présidence de la République, 2010.

Dans le cadre du travail sur la *ré-ingénierie* des diplômes délivrés par le ministère en charge de la santé, la DHOS a défini la notion de "métier" de la façon suivante : *Le métier est un ensemble cohérent d'activités professionnelles, regroupant des emplois pour lesquels il existe une identité ou une forte proximité de compétences, ce qui en permet l'étude et le traitement de façon globale et unique. Le métier est situé dans une famille professionnelle et une seule. Une personne, à un moment donné de sa vie professionnelle, est positionnée sur un métier et un seul. Dans un même métier, les salariés peuvent changer d'emploi (à niveau égal de compétences), de poste, de structure, d'employeur, avec un temps d'adaptation et de formation relativement court. A contrario, changer de métier nécessite un temps d'apprentissage beaucoup plus long. Le métier est défini d'abord par des activités professionnelles. La description des activités d'un métier est indispensable pour pouvoir en inférer les compétences. Le métier est distinct : du poste, qui est lié à la structure ou à l'organigramme ; du statut, qui ne dit rien des compétences ; de la qualification, même si celle-ci est requise et du diplôme.*

**Profession, un terme mouvant
et
oscillations entre
pléthores et pénuries**

Les enquêtes qui cherchent à décrire les professions au sein de la société française manient une nomenclature socioprofessionnelle qui n'est pas utilisée dans d'autres pays. Celle-ci confond profession et *représentation* fondée sur des images-types. Il ne s'agit pas d'erreur ou de falsification. La classification socioprofessionnelle mise en place par les statisticiens et les démographes de l'INSEE dans les années cinquante et qui eut un succès indéniable en France, a été reprise par d'autres chercheurs issus d'autres disciplines. Cette classification a été revue en 1982.

Le terme de profession désigne un type d'occupations, développées depuis le XIX^e siècle dans les sociétés industrielles sur la base de savoirs académiques spécialisés et dont les membres se sont vu reconnaître le privilège d'une autonomie importante dans l'exercice de leurs activités et d'un monopole sur le marché de leurs services. À ces professions l'État délègue, en raison de leur savoir et de leurs compétences, la prise en charge des valeurs sociales centrales, par exemple, la santé dans le cas de la médecine. Celle-ci est ainsi souvent considérée comme le prototype de la profession dans l'ensemble des publications sociologiques mondiales.

Certaines études se sont pourtant efforcées d'aborder les professions en termes de *processus* ; elles ont mis en évidence la pluralité, l'hétérogénéité, la mobilité des groupes concrets, des segments qui composent une profession, et ont montré la diversité des positions et des pratiques, leur fluidité à la source de la dynamique professionnelle d'ensemble.

Herzlich et *alii* rapportaient déjà en 1993 l'adaptation plutôt facile des médecins d'hier à des changements importants et signalaient l'aptitude de nombreux praticiens à reconnaître la nécessité de certaines évolutions en décalage avec le discours souvent stéréotypé de leurs organes de presse et de leurs organisations professionnelles, qui perdure encore aujourd'hui.

Toujours dans les années 1990, l'un des maux de la profession était de se sentir exposée à l'insuffisance ou l'inquiétude en l'avenir pour ses rentrées d'argent. La valeur de référence à la pléthore médicale, le surnombre des effectifs médicaux induisirent la crainte de l'apparition, à l'époque, d'un *prolétariat médical* qui ne s'est jamais manifesté. L'autorité publique était mise en accusation sur ce fait. En revanche, la responsabilité de l'État n'était pas engagée pour ce qui était de la concurrence sauvage et des méthodes douteuses utilisées par des confrères peu scrupuleux.

Mais, par ailleurs, les médecins insatisfaits insistaient sur les servitudes de leur profession : charge de travail trop lourde, source de fatigue, disponibilité de tous les instants qui se traduisait par des loisirs sacrifiés, une vie de famille perturbée.

Le thème de la pénurie, qui mobilise beaucoup d'énergies diversifiées et les médias, n'est pas –on néglige souvent ce point– un fait nouveau. Déjà, le quatrième plan encourageait les démographies des professions sanitaires et sociales en insistant sur les motivations personnelles ; les plans suivants, jusqu'au sixième (1975), pensaient mettre en place les éléments d'une appréciation quantitative des besoins sanitaires et sociaux, et déjà encore faisaient de la pénurie des personnels le principal obstacle à la satisfaction des besoins. À l'inverse, la crainte de la pléthore médicale a été dominante dans les années 1890, puis en 1930, puis 1971, date à laquelle a été instauré le *numerus clausus* par Robert Boulin, alors ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale.

Enfin les institutions, perçues par le grand public comme étant les plus garantes d'une éthique et du respect des obligations professionnelles, se réforment puissamment. La chose n'est peut-être pas assez connue et reconnue. En 2005 s'est instauré un Comité national de Liaison Inter-Ordres. Quelque temps plus tard se mettaient en place les Comités régionaux Inter-Ordres¹⁷. Ainsi, les médecins et la plupart des auxiliaires médicaux¹⁸ tels qu'ils sont nommés sans être pour autant définis par le Code de la santé publique, mettent en place les conditions de leur travailler mieux. Pour ce faire, il est devenu évident qu'il leur faut travailler ensemble. Lorsqu'il s'agit de s'exprimer sur les conditions nécessaires à une bonne qualité d'exercice professionnel, rares sont ceux qui revendiquent encore dispenser des soins de qualité, il faut être seul décisionnaire, seul face aux dossiers de ses patients. Dans une certaine mesure, il aura fallu plus de cinquante ans pour que le travail en équipe, rendu possible dans les Centres Hospitaliers Universitaires par la Réforme Debré¹⁹, s'insinue auprès de tous.

Les choses vont vite. Il y a quelque temps encore, le statut de collaborateur salarié dans un cabinet libéral était inconcevable et pouvait être perçu comme contraire aux règles de la confraternité. Ceci a été rendu possible. Plus récemment encore, le Code de la santé publique s'est enrichi de la possibilité de créer et de travailler dans des sociétés civiles nommées *Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires* (SISA).

Pourquoi ? Aujourd'hui les termes de l'équation de la qualité professionnelle sont triples. Il faut tout à la fois être en nombre suffisant, travailler avec la diversité de professions ou de métiers nécessaire, tout en disposant de la qualification voulue.

Voilà l'un des axes, parmi bien d'autres, qui pourrait, qui devrait relever d'une démarche prospective régionale.

¹⁷ Les sept ordres professionnels sont ceux des : sages-femmes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, chirurgiens-dentistes et médecins.

¹⁸ Les infirmiers ;
Les masseurs-kinésithérapeutes ;
Les orthophonistes ;
Les pédicures-podologues ;
Les audioprothésistes ;
Les diététiciens ;
Les orthoptistes ;
Les ergothérapeutes ;
Les psychomotriciens ;
Les manipulateurs d'électroradiologie médicale ;
Et les opticiens-lunetiers.

¹⁹ 30 décembre 1958.

Quelle prospective ?

Depuis le début des années 1990, la prospective territoriale, la démarche qu'elle contient, ont pris un essor notable : en témoigne leur mise en œuvre par les services des conseils régionaux, par quelques EPCI s'appuyant ou non sur leurs agences d'urbanisme, mais aussi par des organismes nationaux tels que la DATAR, le Ministère du Développement durable. Les liens avec la santé publique restent cependant ténus, ponctuels, épisodiques. À ce jour, seul ce qui est en lien direct et explicite avec l'environnement déploie une approche et des analyses pouvant, dans une certaine limite toutefois, s'apparenter à une démarche de prospective territoriale, régionale ou encore locale. Quelques éléments peuvent être relevés dans le second plan santé environnement et, de façon dispersée, dans les Agendas 21 locaux.

La santé publique et ses agents ont été –et restent encore– très éloignés de la prospective²⁰. Ici réapparaissent sans doute de nouveau des *habitus* culturels solides mais qui pourraient bien céder. Pour la santé publique, l'avenir est censé être prévisible. Il n'est pas –ou très rarement– question d'envisager quel pourrait être, à quinze ou vingt ans, soit l'avenir que l'on entend éviter soit celui que l'on souhaite ou désire.

Aussi la santé publique utilise (et souvent confond avec la prospective) les techniques de prévisions quantitatives des projections ou extrapolations, sans avoir jamais trop fait le bilan de l'écart entre ce qui est constaté par rapport à ce qui avait été antérieurement calculé²¹.

En fait il est hautement significatif que, dans ce champ disciplinaire, peu de place ait été laissée dans l'abord des sujets à l'impact possible de l'action publique. Il n'est pas dans la culture commune (si tant est qu'il en existe une au-delà des règles et usages pourtant très évidents et présents) de s'autoriser à définir des objectifs souhaitables, désirables.

Cette caractéristique est cependant compréhensible. La refondation de la santé publique, en France, ne date que des années 1980 et il a fallu attendre les années 1990–2000 pour que quelques signes de finalité soient perceptibles dans la politique de santé. Il y a encore peu de temps, la santé n'entrait dans le champ de la prospective qu'en tant que politique sociale susceptible d'absorber une part indue, car non productive, de la richesse nationale. Le principal objectif de ces politiques nationales était, avant toute chose, de coûter moins cher sans qu'il soit question de s'interroger sur la nature des biens et services achetés, la satisfaction des patients, des usagers, des Français, le tout étant perçu comme des fausses questions susceptibles de ne générer rien d'autre que des *polémiques pénibles*²².

²⁰ À deux exceptions notables près, qui ne déploient pourtant pas de dimension explicitement territorialisée. Ainsi il faut signaler l'existence de l'**Office de Prospective en Santé** hébergé par la Chaire Santé de l'Institut d'Étude Politique de Paris (dirigé par Didier Tabuteau) et la publication récente du remarquable rapport du **Haut Conseil de Santé Publique**, dirigé par Catherine Lepoint et Jean-François Guégan, *Les maladies infectieuses émergentes : état de la situation et perspectives*, disponible à la Documentation française. Il convient par ailleurs de rappeler les travaux menés tant par la DATAR que par le Commissariat général au Plan dans les années 2000 à 2005, dont la qualité ne parvient pas à compenser leur insuffisante capillarité en direction du champ de la santé et de la santé publique et en outre, auprès des services du Ministère de la Santé.

²¹ Sur ce point, l'instrumentalisation des phénomènes de vieillissement est très intéressante. La santé publique tend à présenter le vieillissement comme un problème. Mais le problème n'est-il pas, dans le fond, qu'il n'y ait pas eu d'investissement à la hauteur des besoins pour prendre en charge plus de personnes âgées, plus de maladies chroniques ? Ce vieillissement, qui est en fait une *gérontocroissance*, est-il si étranger au monde de la santé au point que cela ne fût pas prévisible ? Non car d'une part, sa survenue pouvait se lire dans les pyramides des âges vingt ans à l'avance, et surtout d'autre part, elle est aussi attribuable au progrès médical et sanitaire. Les trois mois d'espérance de vie gagnés par an et depuis ont maintenu en vie bien des personnes.

À l'opposé, le système de santé français est parvenu à s'adapter à l'évolution des techniques de l'obstétrique et du suivi de grossesse, tout en restructurant puissamment ses maternités, dans un pays et dans une région où se maintiennent des taux de natalité exceptionnels, et ce, bien que la natalité soit fondamentalement impossible à prévoir, contrairement au vieillissement.

²² Lacoste O, Sampil M, Rengot M, Trédez G, Ould-Kaci K, Ben Hadj Yahia MB, Giovannelli J. *Enquête sur les besoins locaux de santé*. Loos : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2010 ; 57 p.

La promulgation de la loi *Hôpital, Patients, Santé, Territoires* qui, à bien des égards, marque l'existence –enfin– d'une politique de santé publique en France, ne date que du 22 juillet 2009. On comprend qu'avec un système de santé et des savoir-faire employés jusque-là dans le seul objectif collectif déclaré de coûter moins sans jamais y être parvenu, l'avenir ait été durablement plus source de frustrations que de satisfactions.

Aussi il nous semble que les enjeux principaux d'*ateliers de prospective régionale et locale*, sur lesquels pourrait d'ailleurs venir s'appuyer la conception d'un probable *Plan régional relatif à la démographie des professions de santé*²³, porté par l'ARS, seront bien de trouver un sens, de définir une situation souhaitée et souhaitable au profit des habitants d'une région tout d'abord, et aussi mais secondairement, satisfaisante pour les professionnels de santé qui y œuvrent.

Ceux-ci ont besoin d'être traités avec toute la bienveillance voulue, et sans plus avant entretenir quelque forme que ce soit de complaisance. Au premier chef, nous avons l'intime conviction que la culture commune des professionnels de santé vient de vivre une mutation notable pour la grande majorité de ceux qui sont aujourd'hui en exercice, les moins de 55 ans.

La question n'est plus tant pour eux de savoir à quels revenus ils prétendent, bien que ce point ne soit pas escamoté, mais bien plus de désirer disposer de bonnes conditions d'exercice. Or ces bonnes conditions sont, avant toute chose, des modes d'exercice plus collectifs, bien moins individuels, appelant une restructuration de l'approche de l'offre souhaitable.

En cela le cas des *maisons de santé pluridisciplinaires*, dont on fait tant grand cas aujourd'hui, est révélateur mais est très loin de résoudre la question de cette nouvelle attente que nous pensons être durable mais aussi légitime et souhaitable.

Plus que la quantité d'actes, les professionnels de santé expriment le souhait de produire de la qualité. Voilà un puissant et très respectable levier qui, très certainement, agira dans le sens d'une restructuration de l'offre et de l'exercice d'ici les années 2030–2050.

Pour le reste, nous sommes certains que, pour reprendre un titre de l'un des livres du philosophe austro-britannique, Karl Popper, *l'avenir est ouvert*, à condition de prendre le tout petit risque de le rendre souhaitable et désirable. Nous espérons que le risque de nous y associer sera perçu comme étant d'autant plus infime, et que cette participation nous sera proposée ou demandée.

²³ Mireille Willaume, directrice de la DRASS Nord – Pas-de-Calais, avait dès l'année 2000 mobilisé l'ORS sur cette question.

Méthodologie

Pour réaliser cette étude, nous nous sommes appuyés sur trois outils méthodologiques : une analyse documentaire, une analyse qualitative basée sur des entretiens semi-directifs, et une analyse quantitative.

1. L'analyse documentaire a nécessité un travail en trois temps :

- Le premier a été de recenser les publications existantes en rapport avec les thèmes traités (rapports, études, documents divers...) en utilisant des outils de recherche sur le web (moteur de recherche, base de données) grâce à l'utilisation de mots clés (par exemple : "démographie médicale", "professions de santé", "coopération des professions de santé", "maison de santé", "remplacement", "transferts de compétences", "responsabilité médicale", "modalités d'exercice médical", "métier de la santé", "rémunération des médecins", "relation médecin malade..."). Les organismes susceptibles de produire de la documentation relative à notre problématique, ont été identifiés : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) ; Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES) ; Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) ; Ministère de la Santé ; Agences Régionales de Santé (ARS) ; Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) ; Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM).
- Le deuxième temps a été la mise en place d'outils de surveillance afin d'être informé de l'apparition de nouvelles données : inscription aux listes de diffusion, newsletters, alertes automatiques, fils RSS ([Really Simple Syndication](#)).
- Enfin, dans un troisième temps, les informations contenues dans l'ensemble des documents ont été repérées et synthétisées.

2. Des entretiens semi-directifs :

Ces entretiens ont pour objectif de mettre en parallèle les données de l'analyse documentaire avec les réalités décrites par les acteurs de terrain, notamment régionaux.

L'entretien semi-directif s'est imposé dans la mesure où nous souhaitions que l'interviewé oriente et développe librement son propos, dans le cadre toutefois des thèmes que nous voulions aborder.

Nous avons identifié 14 organisations :

- À l'échelle régionale :
 - Ordre des Médecins : Conseil Régional
 - Ordre des Médecins : Conseil Départemental du Nord
 - Ordre des Médecins : Conseil Départemental du Pas-de-Calais
 - Union Régionale des Médecins Libéraux (URML)
 - Délégué de la Fédération Hospitalière de France (FHF)
 - Facultés de Médecine
 - Ordre des Sages-femmes : Conseil Départemental du Nord
 - Ordre des Infirmières : Conseil Départemental du Pas-de-Calais

- Conseil de l'Ordre Régional des Masseurs-Kinésithérapeutes
 - Conseil de l'Ordre Régional des Pharmaciens
 - Conseil Régional de l'Ordre des Dentistes
- À l'échelle nationale :
 - IRDES
 - ONDPS

Les entretiens ont reposé sur un guide d'entretien, présenté en annexes.

Ils ont été enregistrés et retranscrits intégralement. Néanmoins, seuls les éléments relevant des thèmes abordés dans ce travail ont été exploités.

L'analyse des entretiens n'a pas reposé sur une méthode systématique, en adéquation avec les habitudes de la structure répondante. Ce travail se veut être en effet avant tout un outil d'aide à la décision politique plutôt qu'un élément contribuant à la recherche sur les systèmes de santé.

3. L'outil statistique a été utilisé pour décrire les effectifs actuels de professionnels de santé en France et dans la région Nord – Pas-de-Calais, et pour calculer une prévision de la démographie médicale dans le Nord – Pas-de-Calais pour les années à venir :

- Concernant le calcul des effectifs actuels des professionnels de santé en France et dans la région Nord – Pas-de-Calais :

L'analyse de l'offre de soins au sein des bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais a été estimée au moyen des densités des professions médicales et paramédicales (nombre de médecins pour 100 000 habitants).

Les données régionales proviennent du fichier des inscriptions au répertoire administratif ADELI²⁴ Nord – Pas-de-Calais à la date du 01/01/2009. Ce sont les données les plus récentes que le service statistique du département des études de l'ARS Nord – Pas-de-Calais ait été en mesure de nous transmettre en 2010.

Nos résultats s'appuient sur des estimations établies par la DREES, qui tiennent compte du fait que tous les médecins, en particulier hospitaliers, ne s'inscrivent pas au répertoire ADELI comme ils sont tenus de le faire. La DREES affecte alors à chaque professionnel une pondération calée sur d'autres sources statistiques permettant de redresser les effectifs²⁵. En revanche, aucun redressement n'est réalisé pour les infirmiers, les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, ni pour les professionnels paramédicaux.

Afin de mesurer l'offre de soins en médecins, nous avons regroupé ceux exerçant des spécialités médicales, chirurgicales et obstétriques, ainsi que psychiatriques (MCO et psychiatrie). Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur les regroupements des disciplines de qualification utilisées par la DREES (Cf. tableau n° 1).

Ainsi que le souligne la DREES, les disciplines de qualification reposent sur les diplômes déclarés par les médecins, ce qui ne préjuge pas de l'activité réellement exercée par eux. Aussi, à l'instar de la DREES, parmi les médecins ayant déclaré des disciplines s'inscrivant dans notre regroupement (MCO et psychiatrie), seuls ceux considérés comme spécialistes ont été retenus.

²⁴ Le fichier ADELI provenant de la DREES est redressé pour les médecins en tenant compte, notamment, des médecins hospitaliers qui sont, selon les régions, souvent sous-estimés. Pour les autres professionnels (pharmaciens, infirmiers, chirurgiens-dentistes, sages-femmes) ainsi que pour les professionnels paramédicaux, il n'existe pas de redressement.

²⁵ Pour en savoir plus sur la méthode de redressement, voir : Sicart D. *Les médecins. Estimations au 1^{er} janvier 2009*. Paris : DREES. Série statistiques 2009 ; 138 : 117 p.

Du point de vue de la DREES, il s'agit :

- Des médecins qualifiés spécialistes par le Conseil de l'Ordre ;
- Des médecins ayant une compétence exclusive en gynécologie médicale, en obstétrique, en gynécologie médicale et obstétrique, et en chirurgie urologique ;
- Des médecins ayant obtenu le concours hospitalier et pratiquant une discipline de qualification reconnue par l'Ordre des Médecins comme une spécialité.

Les médecins qui ne se déclarent ni spécialistes ni généralistes ou qui ne répondent à aucun des trois critères décrits ci-dessus sont classés par la DREES en tant que généralistes.

Tableau n° 1 : Regroupements des disciplines de qualification (MCO et psychiatrie)

Spécialités médicales	Anatomie cyto-pathologie (02), Anesthésie-réanimation (03), Oncologie médicale (06), Cardiologie (07), Dermatologie (13), Médecine interne (15 et 25, voir ci-dessous), Endocrinologie (16), Gynécologie médicale (17), Gastro-entérologie (20), Hématologie (21), Médecine interne (25), Médecine nucléaire (27), Néphrologie (28), Neurologie (30), Pédiatrie (36), Pneumologie (38), Radiodiagnostic (41), Radiothérapie (42 et 50, voir ci-dessous), Médecine physique et de rééducation (44), Rhumatologie (45), Génétique médicale (68).
Spécialités chirurgicales	Chirurgie générale (08), Chirurgie maxillo-faciale (09), Chirurgie infantile (10), Chirurgie plastique (11), Chirurgie thoracique et cardiaque (12), Gynécologie obstétrique (18, 32 et 48, voir ci-dessous), Neurochirurgie (29), Ophtalmologie (33), Oto-rhino-laryngologie (35), Stomatologie (46, 70, 71, 75, 80, voir ci-dessous), Chirurgie urologique (47), Chirurgie orthopédique et traumatologique (53), Chirurgie vasculaire (58), Chirurgie viscérale (77)
Psychiatrie	Neuropsychiatrie (31), Psychiatrie (39), Psychiatrie enfant et adolescent (40).

Sources : DREES, ADELI.

Les autres professionnels de santé pris en compte dans cette analyse sont :

- Les infirmiers ;
 - Les masseurs-kinésithérapeutes ;
 - Les autres professions de santé répertoriées dans ADELI, qui regroupent les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens, les sages-femmes, les orthophonistes, les orthoptistes, les psychomotriciens, les pédicures-podologues, les ergothérapeutes, les audioprothésistes, les opticiens-lunetiers, les manipulateurs ERM.
- S'agissant de l'évolution de la démographie médicale dans le Nord – Pas-de-Calais, nous nous sommes attachés d'une part à effectuer des projections des effectifs de médecins jusqu'en 2030, puis à étudier les capacités de renouvellement des médecins exerçant dans les bassins²⁶ de santé du Nord – Pas-de-Calais.

➤ Projections des effectifs de médecins jusqu'en 2030

Le calcul des projections des médecins dans la Région s'est basé sur l'étude de la DREES en 2008 qui couvre, sur la période 2007-2030, les projections des effectifs de médecins en activité. Comme le soulignent les auteurs, ces projections ne sont pas des prévisions mais uniquement la modélisation et la quantification de différents scénarios visant à aider les pouvoirs publics à définir leur politique en matière de *numerus clausus* (NC) et de répartition des postes aux *épreuves nationales classantes* (ENC) par spécialité et région. Le choix s'est porté sur le scénario dit tendanciel, qui repose sur l'hypothèse du maintien de comportements actuels tout au long de la période de projection. Il sert de référence pour mesurer l'effet de variantes par rapport aux hypothèses de base.

²⁶ Les données et sources utilisées pour ce travail précèdent la nouvelle "territorialisation" de la santé conduite par les ARS.

✓ Le modèle de projection²⁷

Le modèle employé pour réaliser les projections (2008) est une nouvelle version du modèle utilisé par la DREES jusqu'en 2004, dont la première version avait été élaborée conjointement par l'INED et la DREES en 2000.

Le modèle produit des effectifs projetés de médecins en activité au cours de chaque année de la période de projection, celle-ci allant de 2007 à 2030 pour l'exercice réalisé en 2008. Ces effectifs sont ventilés par spécialité, âge, sexe, région d'exercice, mode d'exercice et zone d'exercice.

Les médecins actifs au début de la période de projection sont ceux inscrits à l'Ordre des Médecins au 31 décembre 2006. Les autres données utilisées par le modèle sont principalement les résultats des *épreuves classantes nationales* (ECN), produits par le Centre National de Gestion (CNG), les données du système SISE de la Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance (DEPP) relatives aux étudiants en médecine, les données sur la mortalité et les projections de populations régionales de l'INSEE. Le champ retenu est celui des médecins actifs, y compris les médecins remplaçants. En revanche, les médecins ayant cessé temporairement leur activité ne sont pas comptabilisés parmi les médecins en activité. L'élaboration de la version 2008 du modèle a permis d'actualiser toutes les données utilisées comme entrées par le modèle, de mieux prendre en compte les évolutions récentes, notamment les ECN, et de modéliser les changements de région, de mode et de zone d'exercice, ainsi que les cessations temporaires et les reprises d'activité.

Le modèle simule l'évolution des effectifs de médecins actifs année après année jusqu'en 2030, de façon agrégée jusqu'à l'entrée en troisième cycle des études médicales, puis individuellement (méthode de "microsimulation").

✓ Les hypothèses du scénario tendanciel²⁸

Le scénario tendanciel repose principalement sur l'hypothèse de comportements des médecins constants. Par exemple, les comportements des étudiants en médecine en matière de redoublement ou d'abandon des études médicales, d'absence aux *épreuves classantes nationales* (ECN), etc., ou encore les comportements des jeunes médecins à l'entrée dans la vie active en ce qui concerne le choix de leur région, de leur mode ou de leur zone d'exercice, sont supposés identiques à ceux observés au cours des dernières années. Le *numerus clausus* est fixé à 7 100 en 2007, 7 300 en 2008, 7 600 en 2009, 7 800 en 2010 et 8 000 de 2011 à 2020. Il est ensuite supposé décroître avec un pas de 100 de 2021 à 2030, pour atteindre 7 000 en 2030.

La répartition régionale du *numerus clausus* est supposée identique à celle constatée en 2007 pour chaque année de la période de projection. Il en est de même de la répartition par discipline et par région des postes ouverts aux ECN. Le rapport entre le nombre de postes ouverts et le nombre de candidats aux ECN est supposé constant de 2007 à 2030 et égal à celui observé en 2007 (0,953).

La répartition supposée des postes ouverts aux ECN entre la médecine générale et les autres disciplines est la suivante : 53,4 % de postes ouverts en médecine générale en 2007 (proportion observée) et 55 % de 2008 à 2030. La répartition par discipline des postes ouverts dans les disciplines autres que la médecine générale est, quant à elle, supposée identique à celle de 2007 jusqu'en 2030, tandis que les répartitions des diplômés des disciplines "spécialités chirurgicales" et "spécialités médicales" par spécialité sont présumées identiques aux répartitions moyennes observées sur les trois dernières années.

²⁷ ONDPS. Rapport 2008-2009. Tome 3 : Le renouvellement des effectifs médicaux. Paris : ONDPS, 2009. <http://www.sante-sports.gouv.fr/observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante-ondps.html>.

²⁸ Ibid.

Les flux internationaux de médecins actifs, entrants et sortants, sont supposés nuls, mais les flux d'étudiants en médecine entre la France et l'étranger sont pris en compte, de même que les départs vers l'étranger de jeunes médecins diplômés en France, avant leur entrée dans la vie active. Les médecins diplômés à l'étranger et inscrits à l'Ordre au 31 décembre 2006 sont également comptabilisés dans les effectifs de médecins actifs au début de la période de projection.

Le taux de fuite, c'est-à-dire le pourcentage de médecins diplômés qui n'exerceront jamais la médecine, est fixé à 3 % sur toute la période.

- Capacités de renouvellement des médecins exerçant dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais

Afin d'élaborer une perspective de remplacement des effectifs de médecins exerçant au sein de chaque territoire du Nord – Pas-de-Calais, nous nous sommes appuyés sur les simulations élaborées dans le cadre des diagnostics régionaux produits à partir des travaux des comités coordonnés et animés dans chaque région par les ARS²⁹.

Ces simulations, réalisées pour chaque discipline, visent à confronter le nombre de médecins actifs en 2008 âgés de 55 ans et plus, susceptibles d'avoir tous cessé leur activité dans dix ans, à l'estimation des effectifs inscrits en formation qui pourraient être diplômés dans les cinq et dix prochaines années. *Elles permettent ainsi de prendre la mesure du potentiel de remplacement des médecins dans chaque discipline si l'on maintient la part respective actuelle de chacune.*

Elles reposent sur :

- ✓ Les flux sortants qui correspondent au nombre de médecins actifs de 55 ans ou plus inscrits dans le répertoire ADELI au 01/01/2008 qui, sur la base d'un âge de départ à la retraite fixé à 65 ans, auront tous cessé d'exercer dans dix ans. Nous avons pu ainsi, à partir du répertoire ADELI régional de 2008, calculer les effectifs de ces mêmes groupes d'âges au sein des quatre bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais.
- ✓ Les flux entrants régionaux qui ont été estimés par chaque comité régional et reposent sur le nombre de diplômés potentiels correspondant aux promotions entrant en troisième cycle entre 2009-2010 et 2013-2014. Ce nombre a pu être déduit des *numerus clausus* des années 2003-2007. Ne disposant pas d'une estimation régionale de la ventilation du nombre de formations dans chaque bassin de santé, nous l'avons estimée en répartissant leur effectif régional au prorata de la proportion des médecins exerçant dans le Nord – Pas-de-Calais en 2008 dans chacun des territoires.

Par ailleurs, les comités régionaux ont fait des propositions portant sur un nombre total d'internes qu'ils estiment nécessaire et possible de former pour l'ensemble des cinq prochaines années. Nous avons également souhaité estimer l'effet de ces "propositions" dans chaque bassin de santé. Le nombre total d'internes proposé au niveau de la région Nord – Pas-de-Calais a été aussi ventilé par bassin de santé en s'appuyant sur la répartition du nombre de médecins dans chacun d'entre eux en 2008.

Au total, 18 spécialités ont été sélectionnées. L'organisation de la médecine générale tiendra une place centrale dans ce travail ; aussi, seule cette spécialité sera intégrée dans le corps de texte. Les autres spécialités sélectionnées (gynécologie médicale, gynécologie obstétrique, anesthésie réanimation, psychiatrie, cardiologie, dermatologie, endocrinologie, gastro-entérologie, médecine physique et réadaptation, neurologie,

²⁹ Ibid.

pneumologie, rhumatologie, ophtalmologie, radiodiagnostic, pédiatrie, médecine du travail) figureront en annexes.

Nous souhaitons également inclure la chirurgie parmi ces spécialités. Malheureusement, les chiffres que nous avons calculés pour le Nord – Pas-de-Calais (effectifs totaux de médecins exerçant dans cette spécialité, effectifs des 55 ans ou plus) s'écartaient trop de ceux publiés dans le rapport de l'ONDPS.

- Les limites des simulations

Il reste que l'interprétation de ces simulations repose sur l'idée d'une autarcie des régions en matière de formation, ce qui n'est pas réaliste dans les faits. En effet, comme le soulignent les auteurs, cette évaluation de la capacité qu'ont les régions à renouveler à cinq ans leurs médecins doit évidemment prendre en compte l'attractivité qu'exerce chaque région sur les diplômés, celle-ci se traduisant par la fuite ou l'arrivée de jeunes diplômés, dont le flux varie d'une région à l'autre et par spécialité. De même, les ventilations par bassin de santé des estimations et des propositions régionales en matière de formation ne prennent pas non plus en compte l'attractivité exercée par les bassins de santé. En outre, les résultats par bassin de santé reposant sur de faibles effectifs doivent être interprétés avec prudence.

La démographie de professions de santé : constats et projections, évocation du problème des déserts médicaux

Constats et projections

L'OFFRE DE SOINS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX DANS LA SANTÉ DU NORD – PAS-DE-CALAIS

Les médecins exerçant une spécialité médicale, chirurgicale, obstétrique ou psychiatrique

En 2009, 5 197 médecins du Nord – Pas-de-Calais exerçaient une spécialité médicale, chirurgicale, obstétrique ou psychiatrique.

Les médecins du Nord – Pas-de-Calais présentent une particularité notable : la majorité d'entre eux sont salariés (52,6 % de salariés), contrairement à la situation nationale (54 % de libéraux).

Ce constat est lié à la densité de médecins salariés particulièrement importante dans le territoire de la métropole (118 médecins salariés pour 100 000 habitants *versus* 73 pour 100 000 pour la France métropolitaine et 68 pour 100 000 pour la région Nord – Pas-de-Calais), du fait de l'importance du secteur hospitalier dans la métropole et de la présence du Centre Hospitalier Régional (CHR).

Dans le secteur libéral, l'offre de soins régionale apparaît inférieure, en densité, au niveau national (on l'estime à 61 médecins libéraux pour 100 000 habitants dans le Nord – Pas-de-Calais contre 86 pour 100 000 en France métropolitaine). Si ce constat est vrai pour tous les territoires de la Région, il est toutefois plus marqué dans le département du Pas-de-Calais et dans le bassin de santé de l'Artois où les densités de médecins MCO et psychiatrie exerçant à titre libéral sont les plus faibles (46 pour 100 000 habitants).

Tableau n° 2 : Médecins spécialistes MCO et psychiatrie au 01/01/2009

Territoire	Population du recensement 2007	Libéraux ou mixtes		Salariés		Ensemble	
		Nombre de médecins	Autres professions de santé pour 100 000 habitants	Nombre de médecins	Nombre de médecins pour 100 000 habitants	Nombre de médecins	Nombre de médecins pour 100 000 habitants
France métropolitaine	61 795 007	52 996	86	45 222	73	98 218	159
Nord-Pas-de-Calais	4 021 665	2 461	61	2 736	68	5 197	129
Nord	2 564 945	1 771	69	2 058	80	3 829	149
Pas-de-Calais	1 456 720	690	47	678	47	1 368	94
Artois	1 142 348	530	46	501	44	1 031	90
Hainaut	759 353	443	58	337	44	780	103
Littoral	800 220	430	54	337	42	767	96
Métropole	1 319 743	1 058	80	1 560	118	2 618	198

Sources : DREES-ARS-ADELI. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Idée phare :

Les médecins de la Région sont plutôt salariés que libéraux

Les infirmiers

En 2009, on estime que 31 666 individus exercent la profession d’infirmier dans le Nord – Pas-de-Calais dont 27 823 en tant que salariés exclusifs, ce qui, en termes de proportion, est un peu supérieur au niveau national (88 % *versus* 85 %).

Tout mode d’exercice confondu, on observe une densité d’infirmiers inférieure dans la Région au regard de celle de la France métropolitaine (787 pour 100 000 habitants contre 802 dans l’Hexagone). Le département du Nord dispose en revanche d’un niveau d’offre de soins infirmiers par habitant nettement supérieur au niveau national. Cette situation s’explique de nouveau par la présence du CHR dans la métropole.

La situation est différente si l’on distingue les modes d’exercice salarié et libéral.

Concernant le secteur salarié, la densité régionale d’infirmiers dépasse celle de la France métropolitaine. C’est dans le bassin de santé de la Métropole que culmine la densité d’infirmiers salariés, avec des chiffres nettement supérieurs au niveau national et régional.

S’agissant des infirmiers libéraux, la densité régionale est nettement inférieure à celle de l’Hexagone (96 pour 100 000 habitants *versus* 119 pour 100 000). Les bassins de santé du Hainaut et du Littoral obtiennent des densités supérieures à la moyenne régionale mais en revanche, inférieures au niveau national.

Tableau n° 3 : Infirmiers au 01/01/2009

Territoire	Population du recensement 2007	Libéraux ou mixtes		Salariés		Ensemble	
		Nombre d'infirmiers	Autres professions de santé pour 100 000 habitants	Nombre d'infirmiers	Nombre d'infirmiers pour 100 000 habitants	Nombre d'infirmiers	Nombre d'infirmiers pour 100 000 habitants
France métropolitaine	61 795 007	73 510	119	422 324	683	495 834	802
Nord-Pas-de-Calais	4 021 665	3 293	96	27 823	692	31 666	787
Nord	2 564 945	2 355	92	19 569	763	21 924	855
Pas-de-Calais	1 456 720	1 488	102	8 254	567	9 742	669
Artois	1 142 348	1 010	88	6 283	550	7 293	638
Hainaut	759 353	877	115	4 593	605	5 470	720
Littoral	800 220	857	107	4 473	559	5 330	666
Métropole	1 319 743	1 099	83	12 474	945	13 573	1 028

Sources : DREES-ARS-ADELI. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Les masseurs-kinésithérapeutes

En 2009, les masseurs-kinésithérapeutes sont au nombre de 4 639 dans le Nord – Pas-de-Calais. De même qu’au niveau national, plus des trois quarts d’entre eux (78,6 %) exercent à titre libéral. Par ailleurs, 39,7 % sont installés dans le bassin de santé de la Métropole.

La densité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux est plus importante dans la Région que dans l’Hexagone (91 pour 100 000 habitants *versus* 85 pour 100 000). Le bassin de santé de la Métropole se place très nettement au-dessus de ses homologues. Les bassins de santé du Littoral et du Hainaut se situent en dessous de la densité régionale tout en restant très proches du niveau national. Des quatre bassins de santé, c’est celui de l’Artois qui affiche la densité de masseurs-kinésithérapeutes la plus faible.

Concernant les masseurs-kinésithérapeutes salariés, la densité de professionnels est légèrement supérieure à la moyenne nationale. Les bassins de santé du Littoral, de la Métropole et du Hainaut obtiennent des densités voisines et dépassent légèrement le niveau régional. En revanche, celui de l’Artois se singularise par une densité de masseurs-kinésithérapeutes salariés inférieure à celles affichées par ses homologues, et aux moyennes nationale et régionale.

Tableau n° 4 : Masseurs-kinésithérapeutes au 01/01/2009

Territoire	Population du recensement 2007	Libéraux ou mixtes		Salariés		Ensemble	
		Nombre de masseurs-kinésithérapeutes	Autres professions de santé pour 100 000 habitants	Nombre de masseurs-kinésithérapeutes	Nombre de masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants	Nombre de masseurs-kinésithérapeutes	Nombre de masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants
France métropolitaine	61 795 007	52 804	85	14 115	23	66 919	108
Nord-Pas-de-Calais	4 021 665	3 648	91	991	25	4 639	115
Nord	2 564 945	2 429	95	667	26	3 096	121
Pas-de-Calais	1 456 720	1 219	84	324	22	1 543	106
Artois	1 142 348	893	78	192	17	1 085	95
Hainaut	759 353	618	81	196	26	814	107
Littoral	800 220	690	86	236	29	926	116
Métropole	1 319 743	1 447	110	367	28	1 814	137

Sources : DREES-ARS-ADELI. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Les autres professions

Cette rubrique regroupe les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens, les sages-femmes, les orthophonistes, les orthoptistes, les psychomotriciens, les pédicures-podologues, les ergothérapeutes, les audioprothésistes, les opticiens-lunetiers, les manipulateurs ERM, ce qui représente dans le Nord – Pas-de-Calais un total de 14 183 professionnels de santé.

Dans la Région, les libéraux représentent 45,5 % des professionnels, soit une proportion qui reste assez proche du niveau national (48,3 % en France métropolitaine).

Tout mode d'exercice confondu, la densité régionale apparaît un peu en dessous de la moyenne nationale (364 pour 100 000 habitants *versus* 371 pour 100 000 dans l'Hexagone). La densité observée dans le bassin de santé de la Métropole dépasse à la fois les moyennes régionale et nationale, marquant une fois de plus la prédominance de ce territoire. Cependant il faut souligner que ces chiffres, calculés à partir du regroupement de plusieurs professions de santé, peuvent recouvrir des situations hétérogènes en matière d'offre de soins.

Tableau n° 5 : Autres professions de santé paramédicales au 01/01/2009

Territoire	Population du recensement 2007	Libéraux ou mixtes		Salariés		Ensemble	
		Autres professions de santé	Autres professions de santé pour 100 000 habitants	Autres professions de santé	Autres professions de santé pour 100 000 habitants	Autres professions de santé	Autres professions de santé pour 100 000 habitants
France métropolitaine	61 795 007	110 678	179	118 353	192	229 031	371
Nord-Pas-de-Calais	4 021 665	6 455	163	7 728	201	14 183	364
Nord	2 564 945	4 402	174	5 400	221	9 802	395
Pas-de-Calais	1 456 720	2 053	143	2 328	166	4 381	309
Artois	1 142 348	1 617	144	1 763	159	3 380	302
Hainaut	759 353	1 115	149	1 349	186	2 464	334
Littoral	800 220	1 221	154	1 347	176	2 568	330
Métropole	1 319 743	2 502	192	3 269	262	5 771	454

Sources : DREES-ARS-ADELI. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Idées phares :

La situation démographique des professionnels de santé de la Région n'apparaît pas ainsi comme étant si défavorable au regard de la moyenne nationale. Pour autant, les conclusions varient fortement à l'intra-régional, mais également en fonction des secteurs d'activité. *L'agglomération lilloise attire*, comme signalé lors d'un de nos entretiens. La réflexion intra-régionale permise par l'ARS trouve ainsi tout son sens.

Si ces chiffres décrivent la situation actuelle, les craintes suscitées par les déserts médicaux se fondent sur l'anticipation d'un nombre élevé de départs à la retraite de médecins dans les années à venir et sur l'absence de leur renouvellement. Les personnes interviewées s'accordaient à dire que le phénomène de déficit de professionnels de santé n'était pas à son apogée et que celui-ci s'amplifierait fortement dans les années à venir. Un certain nombre de nos interlocuteurs ont souligné l'âge élevé des médecins exerçant dans la Région, quelques-uns citant des exemples de

cessation d'activité due à des départs en retraite de gynécologues-obstétriciens. À l'échelle nationale, le nombre de médecins en activité augmente en effet moins que le nombre de médecins retraités (1,2 % contre 3,4 %).³⁰ Il nous est donc apparu indispensable d'étudier, d'une part, une projection du nombre de médecins (nous l'avons réalisée sur une période allant de 2007 à 2030), et d'autre part, les capacités de renouvellement des médecins exerçant dans le Nord - Pas-de-Calais.

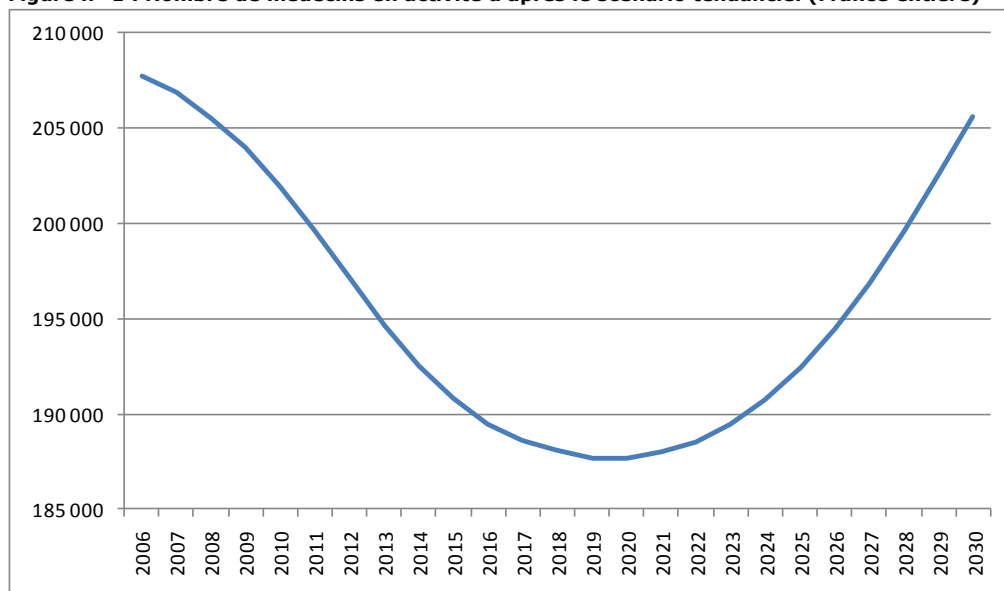
PROJECTIONS DE MÉDECINS 2007-2030

Les effectifs des médecins pourraient baisser jusqu'en 2019

Au niveau national, le nombre de médecins en activité passerait, entre 2006 et 2019, de 208 000 à 188 000, accusant ainsi une baisse des effectifs de 9,7 % sur cette période. Cette décroissance pourrait être soutenue jusqu'en 2012, puis ralentir à un rythme de plus en plus lent jusqu'en 2019. Elle est en grande partie « inéluctable ». En effet, la plupart des médecins qui exerceront durant cette période sont déjà en activité ou, compte tenu de la durée des études (9 à 11 ans selon la spécialité), ont déjà débuté leurs études. Par ailleurs, les départs à la retraite peuvent être modélisés de façon fiable dans la mesure où les comportements des médecins en matière de cessation d'activité pourraient peu se modifier sur cette période.

En revanche, au-delà de 2019, l'évolution des effectifs repose davantage sur des hypothèses quant à l'évolution du *numerus clausus* : elle devient plus complexe à modéliser. Après 2019, les effectifs pourraient croître de plus en plus rapidement pour retrouver, en 2030, un nombre de médecins (206 000) légèrement en deçà du niveau actuel.

Figure n° 1 : Nombre de médecins en activité d'après le scénario tendanciel (France entière)



Champ : Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France entière.

Sources : Fichier du Conseil National de l'Ordre des Médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections DREES.

D'après les projections de population de l'INSEE, la population française (y compris DOM) pourrait connaître un accroissement continu de l'ordre de 10 % entre 2006 et 2030. Le nombre de médecins rapporté au nombre d'habitants (densité médicale) pourrait par conséquent diminuer et passer de 327 à 279 médecins pour 100 000 habitants entre 2006 et 2020. La densité médicale recommencerait à croître à partir de 2024. Toutefois, comme le soulignent les auteurs, la densité

³⁰ CNOM. *Atlas de la démographie médicale 2008*. Paris : CNOM, 2008.

médicale n'atteindrait que 295 médecins pour 100 000 habitants, soit un niveau qui demeurerait de toute façon inférieur (de 10,6 %) à celui observé en 2006. Ces chiffres cachent cependant des disparités entre les différentes spécialités médicales.

Évolutions régionales : Des modifications importantes des densités médicales

L'évolution du nombre de médecins et de la population pourrait s'accompagner, entre 2006 et 2030, d'une profonde redistribution de la répartition entre l'offre et la demande de soins entre les différentes régions. Cette redistribution ne contribuera pas à réduire les inégalités entre régions.

Nous avons étudié ces évolutions sur la période 2006-2019, puis sur la période 2019-2030.

Durant la première partie de la période de projection (de 2006 à 2019), toutes les régions pourraient connaître une diminution de leurs densités médicales (Cf. figure n° 2). Pour huit d'entre elles, cette diminution serait supérieure à la moyenne nationale (-15 %). Elle serait particulièrement marquée en Corse (-27,7 %), en Languedoc-Roussillon (-24,3 %), en Île-de-France (-23,4 %), en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (-15,5 %). Contrairement à la majorité des autres régions, les densités de médecins pourraient continuer à diminuer dans ces quatre régions durant la seconde période de projection (2019-2030). À l'opposé, la plupart des autres régions pourraient bénéficier, au cours de la seconde période de projection, d'un accroissement de leurs densités médicales. Pour sept d'entre elles (Bretagne, Lorraine, Champagne-Ardenne, Basse-Normandie, Franche-Comté, Poitou-Charentes et Auvergne), il dépasserait 15 % (soit un chiffre de 10 points supérieur au niveau national).

Ainsi, les régions Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Languedoc-Roussillon qui, en 2006, se positionnaient aux trois premiers rangs du classement des densités médicales régionales, se retrouveraient respectivement, en 2030, aux 16^e, 15^e et 17^e rangs. L'Île-de-France et la région PACA garderaient néanmoins une densité médicale légèrement supérieure au niveau national (Cf. figure n° 3). Par contre, la densité médicale du Languedoc-Roussillon tomberait très en dessous de la densité nationale (-51 points). D'autres régions, au contraire, verraient leur situation très nettement s'améliorer par rapport à 2006. Ainsi, la région Poitou-Charentes, la Franche-Comté, la Bretagne, l'Auvergne, la Lorraine et, dans une moindre mesure, la Basse-Normandie, régions dont les densités médicales de 2006 étaient inférieures au niveau national, se situeraient d'ici 2030 dans les premiers rangs du classement, avec des densités médicales dépassant largement la moyenne nationale.

Le Nord – Pas-de-Calais, pour sa part, verrait sa situation peu évoluer. En effet, durant la première période de projection (2006-2019), la densité médicale de la Région ne diminuerait que de 8 %. Entre 2019 et 2030, l'accroissement de la densité médicale y serait également peu marqué (+7 %). Finalement, entre 2006 et 2030, la densité médicale diminuerait peu, passant ainsi de 291 à 287 médecins pour 100 000 habitants. Le Nord – Pas-de-Calais demeurerait également en dessous de la densité médicale nationale, mais l'écart pourrait considérablement se réduire d'ici 2019 (il ne serait plus que de 5 points au lieu de 36 en 2006). Cette tendance serait presque entièrement dictée par l'évolution du nombre de médecins en activité (-1,3 %), le nombre d'habitants du Nord – Pas-de-Calais restant pratiquement stable (+0,3 % entre 2006 et 2030) (Cf. figure n° 4).

Les évolutions démographiques médicales des différentes régions découlent de la combinaison de plusieurs facteurs. Néanmoins, ce solde des entrées et des sorties de la vie active resterait positif quasiment sur toute la période du fait de la conjonction de deux facteurs :

- Le Nord – Pas-de-Calais peine davantage à retenir les jeunes médecins qu'il a formés et attire beaucoup moins de médecins formés dans d'autres régions ; ces effets n'annulent cependant pas totalement le nombre assez important de médecins qui y sont formés³¹.

³¹ Seulement 78,2 % des médecins formés dans la Région débutent leur carrière dans le Nord – Pas-de-Calais, contre 79,5 % en moyenne pour l'ensemble des régions. Par contre, seulement 9,4 % des médecins exerçant dans le Nord – Pas-de-Calais ont été formés dans une autre région, contre 20,5 % en moyenne pour l'ensemble des régions.

- Les médecins exerçant dans la Région en début de période de projection étant plus jeunes par rapport à la moyenne nationale, le nombre de départs à la retraite au cours de la période de projection pourrait être moins important que dans d'autres régions.

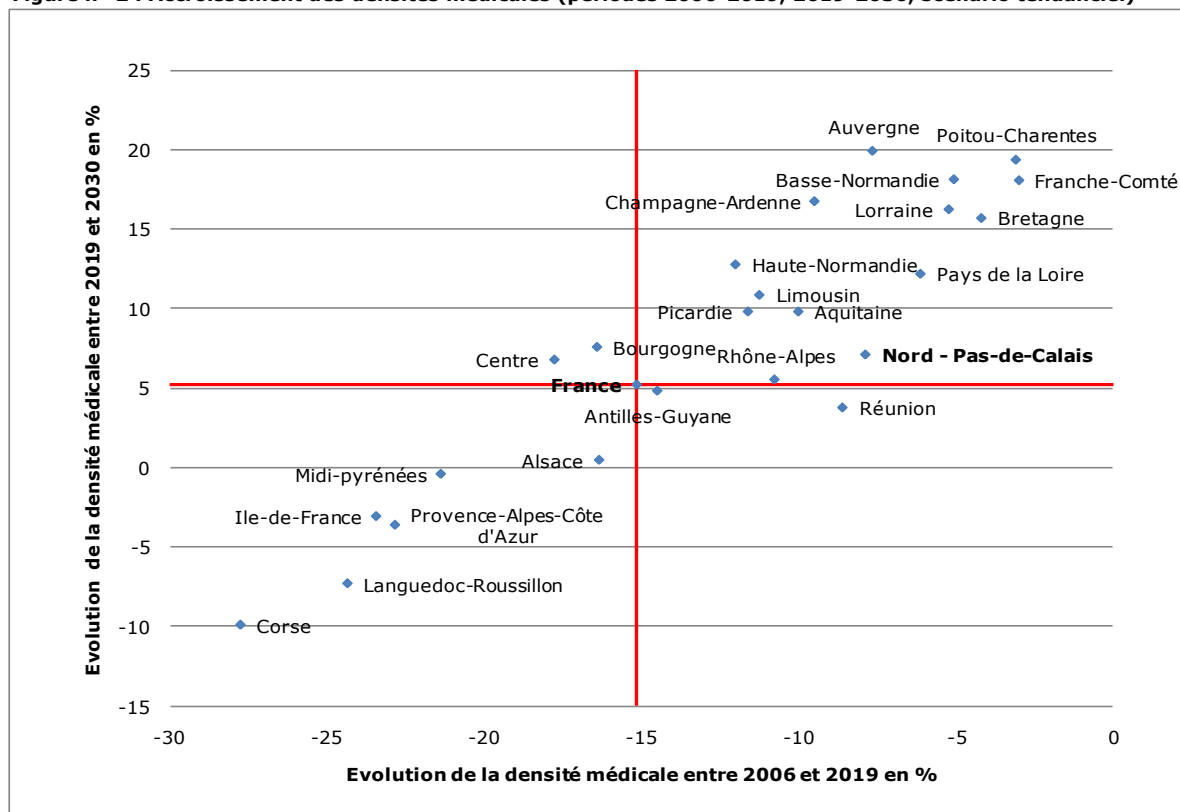
Il convient de souligner que les projections médicales utilisées dans cette analyse sont construites sur la base d'un scénario tendanciel³², qui est un modèle parmi d'autres.

Par ailleurs, les projections des densités médicales reposent à la fois sur les projections de la DREES, en ce qui concerne les effectifs de médecins, et les projections de l'INSEE, en ce qui concerne la population totale. Or, ces projections ne sont pas indépendantes l'une de l'autre et peuvent engendrer des biais. Ainsi la prévision d'accroissement important de la population du Languedoc-Roussillon s'explique-t-elle par la forte attractivité de cette région. Tout porte à croire que cette attractivité pourrait aussi toucher les médecins qui viendraient plus fréquemment s'y installer, conduisant par là-même à relever la densité médicale de cette région.

Idées phares :

La densité des médecins dans le Nord – Pas-de-Calais resterait relativement stable en 2030 : cette situation est plus enviable que celle d'un certain nombre de régions actuellement « mieux dotées », qui verront en revanche leur situation se dégrader fortement dans les années à venir.

Figure n° 2 : Accroissement des densités médicales (périodes 2006-2019, 2019-2030, scénario tendanciel)



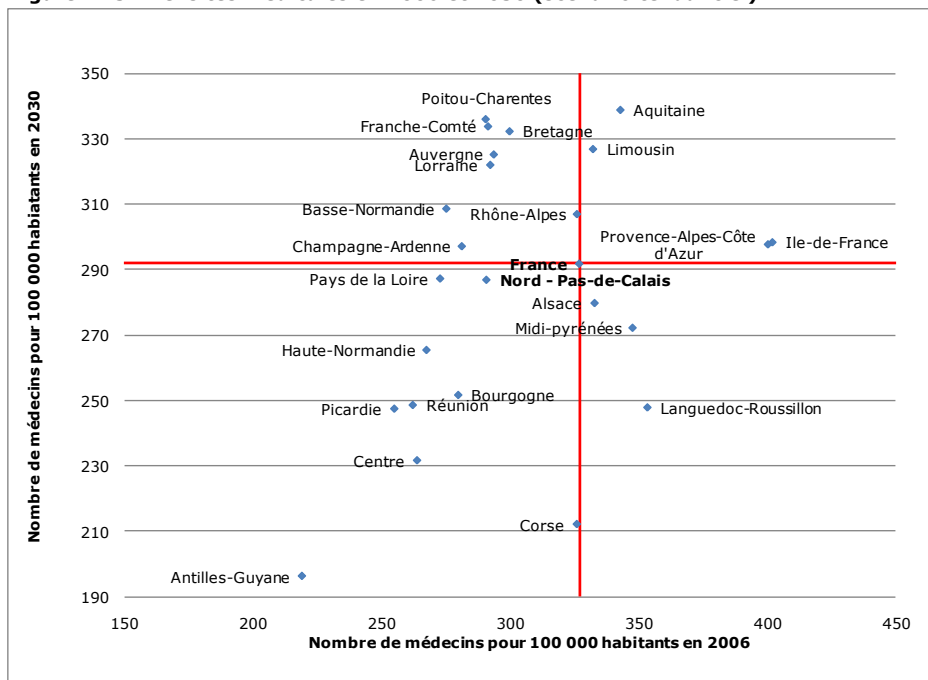
Champ : Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France entière.

Sources : Fichier du Conseil National de l'Ordre des Médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections DREES.

Lecture : Exemple du Nord – Pas-de-Calais : la densité médicale chute de -8 % sur la période 2006-2019 et augmente de +7 % sur la période 2019-2030.

³² Cf. méthodologie.

Figure n° 3 : Densités médicales en 2006 et 2030 (scénario tendanciel)

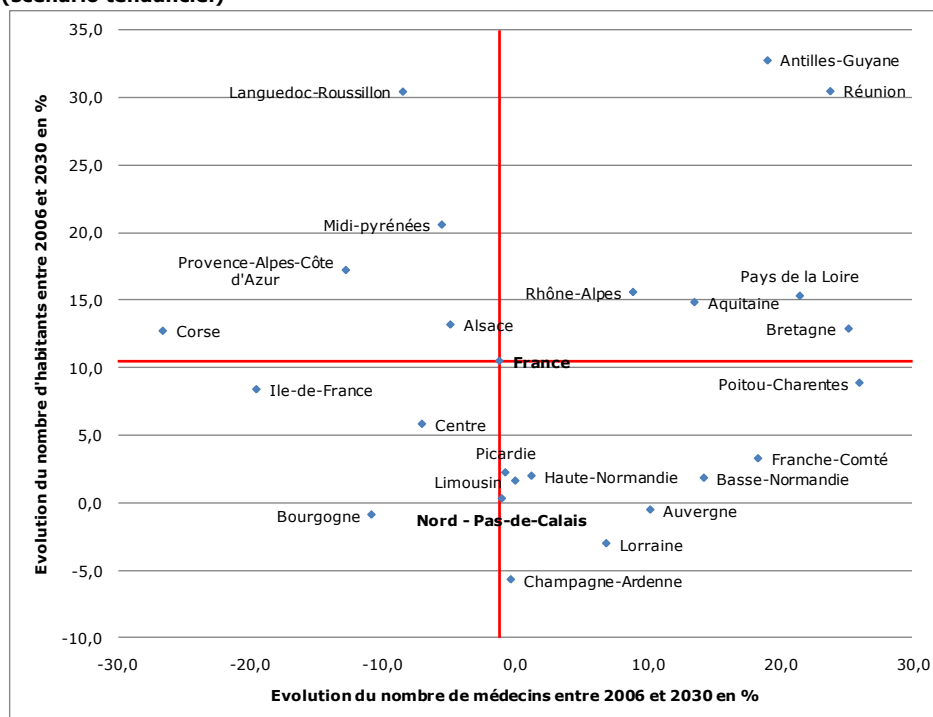


Champ : Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France entière.

Sources : Fichier du Conseil National de l'Ordre des Médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections DREES.

Lecture : Exemple du Nord - Pas-de-Calais : en 2006, la densité médicale est de 291 pour 100 000 ; en 2030, elle est de 287 pour 100 000.

Figure n° 4 : Accroissement du nombre de médecins et de la population entre 2006 et 2030 (scénario tendanciel)



Champ : Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France entière.

Sources : Fichier du Conseil National de l'Ordre des Médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections DREES.

Lecture : Exemple du Nord - Pas-de-Calais : le nombre de médecins en activité diminuerait de -1,3 % et le nombre d'habitants du Nord - Pas-de-Calais augmenterait de +0,3 % entre 2006 et 2030.

Notons également que certaines spécialités sont plus touchées que d'autres. Selon le scénario tendanciel élaboré par l'ONDPS³³, l'évolution des spécialistes est contrastée. Globalement au niveau national, entre 2006 et 2030, leur nombre pourrait diminuer. Seules la neurologie, l'endocrinologie, la santé publique et la chirurgie feraient exception avec une croissance des effectifs forte et quasi continue. À l'inverse, la baisse des effectifs serait importante et quasi continue pour la médecine du travail, la rééducation et réadaptation fonctionnelle, la dermatologie, la rhumatologie, l'ophtalmologie, la médecine interne et la psychiatrie. Pour la fonction publique hospitalière, les métiers paramédicaux et pour certains modes d'exercice, des tensions risquent de se renforcer, notamment pour les kinésithérapeutes et les orthophonistes qui sont plus attirés vers l'exercice libéral qu'hospitalier, de même que pour les manipulateurs d'électroradiologie médicale, spécialité où l'on observe un manque de vocation et une faible visibilité du métier. Pour les aides-soignants, les postes à pourvoir sont nombreux en raison des départs en retraite et des créations de postes dans certaines spécialités (gériatrie...). Dans le cas des infirmiers, des pénuries pourraient se faire sentir en fonction de la spécialité, du secteur et du lieu d'activité³⁴.

- Capacités de renouvellement des médecins généralistes exerçant dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais

29 % des médecins généralistes du Nord – Pas-de-Calais âgés de 55 ans ou plus en 2008 sont susceptibles de cesser d'exercer d'ici dix ans. Mais dans cinq ans, à mi-parcours, pratiquement la moitié d'entre eux (46 %) verraient leurs effectifs renouvelés par la venue de nouveaux diplômés, soit un chiffre nettement supérieur à la moyenne nationale (45,9 % *versus* 37,2 %). Ainsi, en termes de taux de renouvellement des médecins âgés de 55 ans ou plus à l'horizon de cinq ans, le Nord – Pas-de-Calais se trouve dans une situation plutôt favorable, en occupant le 9^e rang du classement décroissant des régions françaises, juste après la Bretagne (Cf. tableau n° 6).

La part estimée des médecins remplacés à mi-parcours est la plus élevée dans le bassin de santé de la Métropole (48,5 %), où elle y dépasse également le niveau national (37,2 %). C'est dans le bassin de santé du Hainaut que cette proportion reste la plus faible (42,7 %), mais elle reste supérieure à la moyenne de l'Hexagone. (Cf. tableau n° 7)

La proposition régionale en matière de formation se traduirait, s'agissant du Nord – Pas-de-Calais et de ses bassins de santé, par un niveau de remplacement à mi-parcours dépassant nettement la moitié des départs (58,6 % pour la Région). Cette proportion atteindrait 62 % dans le bassin de santé de la Métropole. (Cf. tableau n° 7)

Idée phare :

En termes de taux de renouvellement des médecins âgés de 55 ans ou plus à l'horizon de cinq ans, le Nord – Pas-de-Calais se trouve dans une situation plutôt favorable.

³³ ONDPS. *Rapport 2008-2009, op. cit.*

³⁴ Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. *Étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière. Tome 1 : Facteurs d'évolution probable à moyen et long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social publics.* Paris : Éditions ENSP, 2007.

Tableau n° 6 : Médecine générale – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans selon les régions

Régions	Effectifs des médecins âgés de 55 ans ou plus au 01/01/2008	Estimation du nombre de médecins en formation susceptibles d'entrer en activité entre 2009 et 2013 sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Part des 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)	Rang de classement
Antilles-Guyane	427	285	66,7	1
Rhône-Alpes	2 801	1 590	56,8	2
Alsace	907	480	52,9	3
Franche-Comté	523	270	51,6	4
Lorraine	994	495	49,8	5
Poitou-Charentes	870	410	47,1	6
Picardie	807	380	47,1	7
Bretagne	1 535	705	45,9	8
Nord-Pas-de-Calais	1 930	885	45,9	9
Pays de la Loire	1 494	685	45,9	10
Limousin	385	175	45,5	11
La Réunion	290	130	44,8	12
Basse-Normandie	640	280	43,8	13
Haute-Normandie	789	335	42,5	14
Auvergne	701	285	40,7	15
Champagne-Ardenne	601	240	39,9	16
Île-de-France	6 940	2 075	29,9	17
Aquitaine	1 749	515	29,4	18
Bourgogne	788	205	26,0	19
Midi-Pyrénées	1 639	400	24,4	20
Languedoc-Roussillon	1 500	345	23,0	21
PACA + Corse	3 197	720	22,5	22
Centre	1 121	240	21,4	23

Sources : ADELI 2008, DREES.

(1) Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation observée en 2008 » se réfèrent au *numerus clausus* de 2002 prolongé sur cinq ans.

Tableau n° 7 : Médecine générale – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais

	Ensemble des médecins au 01/01/2008		Nombre de médecins de 55 ans et plus susceptibles de cesser leur activité d'ici 2018		Estimation du nombre de médecins en formation susceptibles d'entrer en activité entre 2009 et 2013			
					sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)		sur la base des propositions régionales	
	Effectifs	Densité pour 100 000 habitants	Effectifs	%	Effectifs	Part des 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)	effectifs	Part des médecins de 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)
France entière	103 914	163,4	32 628	31,4	12 130	37,2	15 350	47,0
Nord - Pas-de-Calais	6 623	164,7	1 930	29,1	885	45,9	1 130	58,6
Artois	1 699	148,7	492	29,0	227	46,1	290	58,9
Hainaut	1 165	153,5	365	31,3	156	42,7	199	54,5
Littoral	1 181	147,6	362	30,7	158	43,6	202	55,7
Métropole	2 578	195,3	710	27,6	344	48,5	440	61,9

Sources : ADELI 2008, DREES. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais pour les données ADELI 2008 du Nord – Pas-de-Calais.

Lecture du tableau : Si la part du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, 37 % des médecins spécialisés en médecine générale âgés de 55 ans ou plus, susceptibles de cesser leur activité dans les dix prochaines années, seraient remplacés à mi-parcours, c'est-à-dire d'ici cinq ans.

(1) Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation observée en 2008 » se réfèrent au *numerus clausus* de 2002 prolongé sur cinq ans.

Ainsi l'évolution du nombre de médecins généralistes dans le Nord – Pas-de-Calais semble-t-elle relativement plus enviable que dans d'autres régions.

CONCLUSION

Dans le Nord – Pas-de-Calais, la situation démographique des professionnels de santé est plus contrastée que ne le laisseraient penser les "clichés" : les conclusions varient en fonction de la profession, du secteur d'activité (libéral ou salarié) et des territoires. La perspective d'évolution de la démographie médicale y est plus enviable que dans un certain nombre d'autres régions pourtant en situation favorable actuellement.

Évocation du problème des *déserts médicaux*

L'évocation du problème des déserts médicaux est une constante chez tous les experts, professionnels de santé, médias et usagers qui s'attachent à identifier les limites de notre système de santé. Ce problème a été systématiquement et spontanément identifié lors de nos entretiens comme étant l'une des principales limites actuelles de notre système de soins, et la principale évolution à appréhender dans les années à venir. *Le principal problème actuel et dans les années à venir est la désertification médicale* comme résumé par l'une des personnes interviewées.

Le principe d'égalité de tous devant le droit et l'accès aux soins, la permanence et la continuité des soins sont remis en cause par ce phénomène. De plus, une mauvaise organisation de la permanence des soins peut elle-même être à l'origine d'une cessation d'activité des médecins ou d'une réticence à l'installation de jeunes médecins, de par la charge de travail importante qu'impliquerait leur isolement³⁵.

Ce constat de déserts médicaux est souvent posé comme étant la résultante d'un simple manque d'effectifs de médecins. Or, même si les patients voient les délais de prises de rendez-vous médicaux s'allonger, il n'y a jamais eu autant de médecins en France. Au 1^{er} janvier 2010, ils étaient 222 000 en activité pour 63 millions d'habitants, contre 60 000 pour 49,7 millions d'habitants en 1968.³⁶ En 1985, on dénombrait 146 800 médecins³⁷, or ce chiffre était considéré à l'époque comme *pléthorique*.³⁸

Les déserts médicaux sont plus liés à une répartition inégale des effectifs médicaux sur le territoire. Les médecins s'installent davantage dans le sud de la France et en Île-de-France. *A contrario*, certaines régions sont délaissées, dont la nôtre : dans le Nord – Pas-de-Calais, au 1^{er} janvier 2010, la densité de médecins en activité régulière était de 278 pour 100 000 habitants, densité très inférieure à la moyenne nationale qui était de 309 pour 100 000 habitants³⁹. Cependant, cette hétérogénéité régionale cache de fortes inégalités de répartition intra-régionale. 90 % des inégalités de répartition des médecins généralistes libéraux s'observeraient entre les bassins de vie d'une même région ; seulement 10 % de ces inégalités seraient donc entre les régions.⁴⁰

Cette hétérogénéité peut donc conduire à l'émergence de zones non "suffisamment" desservies.

Ce phénomène d'inégalité risque d'être particulièrement problématique dans les années à venir.⁴¹ La littérature s'accorde en effet à souligner la baisse importante du nombre de médecins jusqu'en 2020. Le nombre de médecins généralistes passerait ainsi de près de 55 000 en 2006 à environ 25 000 en 2020, soit une baisse de plus de 50 %.

Certaines zones de notre territoire risquent ainsi d'être dramatiquement sous-desservies.

³⁵ Hubert E. *Mission de concertation sur la médecine de proximité*. Paris : Présidence de la République, 2010.

³⁶ De Kervasdoué J. *Très cher santé*. Paris : Éditions Perrin, 2009.

³⁷ Ulmann P. *La crise des professions de santé a-t-elle une origine économique ?* In Jean de Kervasdoué, dir. *La crise des professions de santé*. Paris : Dunod, 2003.

³⁸ De Kervasdoué J. *Une crise profonde et multiforme*. In Jean de Kervasdoué, dir. *La crise des professions de santé*. Paris : Dunod, 2003.

³⁹ CNOM. *Atlas de la démographie médicale 2010*. Paris : CNOM, 2010.

⁴⁰ ISNAR-IMG. *Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale*. ISNAR-IMG, 2011.

⁴¹ CNOM. *Atlas de la démographie médicale 2008*, op. cit.

Idées phares :

Les déserts médicaux actuels seraient plus liés à une inégalité de répartition des médecins plutôt qu'à un manque de médecins.

Les inégalités régionales masquent des inégalités infrarégionales plus importantes.

Ces inégalités seront d'autant plus problématiques que la démographie médicale diminuera fortement dans les années à venir.

La réflexion sur les déserts médicaux s'exerce à partir d'une image... bien que la définition de cette notion soit insuffisamment fondée.

Comme signalé au cours d'un entretien : *en fonction des tutelles, quand ils ont commencé de parler et travailler sur les zones défavorisées, nous nous sommes posé la question à ce moment-là de savoir ce qu'était une zone défavorisée. Et on n'a aucun élément de réponse par rapport à cela venant des tutelles.* Nous ne pouvons que partager cette interrogation.

Dans son *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*⁴², H. Picheral définit le désert médical comme *un espace et une population peu ou mal médicalisés*. Cette médicalisation se traduisant par *la distance au plus proche prestataire de soin*. Il ne manque pourtant pas de signaler que ce terme est *une formule imagée, qu'au sens propre, le désert médical est un espace vide d'hommes, en l'occurrence de médecins et d'auxiliaires médicaux*.

Tantôt exprimée en nombre de "représentants du corps médical" par unité spatiale, tantôt exprimée en densité de population, la définition de la notion de désert médical ne semble pas tranchée. La référence à la notion de distance ne tient pas compte de l'accessibilité en termes d'infrastructure routière ou encore de transports publics. Si ces paramètres étaient intégrés, la mesure du temps d'accès serait alors plus pertinente.

Surtout, rien n'est affirmé en termes de seuil critique. Il n'est ainsi pas défini de nombre de médecins minimal par espace (lui-même non défini) ni de densités minimales, ni de distance, ni de temps à partir desquels les déserts médicaux seraient constatés. Comme bien souvent lorsque les seuils ne sont pas définis, la comparaison à la moyenne est effectuée. Le désert médical peut se définir alors comme *zone au sein de laquelle la densité de médecins généralistes est plus faible que la moyenne nationale*. Cependant, la moyenne n'est pas nécessairement la norme. Surtout, ce type de comparaison brute occulte les besoins populationnels qui varient d'un territoire à l'autre. La variation d'espérance de vie d'un territoire à l'autre illustre bien ces variations de besoins de santé. Certains auteurs⁴³ ont ainsi proposé d'apprécier la notion de désert médical à l'aide de différents critères : la densité et l'activité médicales, la géographie (vallées de montagne enclavées, temps d'accès au généraliste, capacité touristique) et la population (part des plus de 75 ans, fragilités sociales, part des personnes en ALD, etc.).

En outre, on peut se poser la question des professionnels de santé impliqués dans la notion de désert médical. Il est communément admis que les médecins généralistes, pivots de l'offre de soins de proximité, peuvent être considérés comme des "marqueurs" des zones déficitaires. Cependant, un déficit concernant d'autres professions médicales ou des professions paramédicales peut également avoir des conséquences non négligeables sur l'offre de soins de proximité.

⁴² Picheral H. *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*. Montpellier : Université Paul Valéry, 2001.

⁴³ Tellier N, Leo M. Présentation des résultats de l'enquête en CPAM. *Démographie médicale, répartition des médecins sur le territoire*. Enjeux pour l'accès aux soins et la sécurité des usagers. Journée d'action CISS-FNATH-UNAF contre les déserts médicaux du 17 novembre 2010.

Une autre limite tient au comptage de médecins dispensant une médecine de proximité. Les médecins inscrits au tableau de l'Ordre peuvent ne pas exercer ou être inscrits comme médecins généralistes sans exercer la médecine de proximité⁴⁴. Dans son rapport sur la médecine de proximité⁴⁵, E. Hubert fait ainsi le constat de *l'absence de données précises relatives au nombre exact de médecins de premier recours*. La prise en compte des modes conventionnels sur une zone définie serait également pertinente, le secteur 2 pouvant être une source de non-accès aux soins et donc à sa manière, une "cause de désert médical".

Il est donc très difficile de définir précisément ce qu'est un désert médical. Pour établir une estimation précise du déficit d'offre de santé sur certains territoires, il conviendrait de prendre en compte de multiples facteurs. Les Missions Régionales de Santé définissent des zones dites "déficitaires en offre de soins" afin d'instituer des dispositifs d'aides à l'installation. La détermination de ces zones s'appuie sur des critères objectifs (activité des médecins, délai d'accès au médecin, part des plus de 75 ans, fragilités sociales...) et sur la consultation de terrain. La charge de l'identification de ces zones a été confiée aux ARS depuis l'instauration de la loi HPST de 2009. Cependant, les difficultés inhérentes à l'identification de ces "zones déficitaires" demeurent.

Dans son rapport de 2010⁴⁶, E. Hubert propose ainsi que l'offre de soins existante soit *évaluée de façon juste et incontestable*, et ce, grâce à l'harmonisation des méthodologies et des définitions. Il serait plus que pertinent de s'appuyer tant sur le nombre de médecins et leurs caractéristiques, que sur les caractéristiques populationnelles.

Idées phares :

La notion de désert médical est particulièrement difficile à appréhender, tant dans sa définition qu'en termes de fixation de seuil critique. Aussi est-il urgent de définir plus précisément cette notion, en s'appuyant sur des éléments propres aux professionnels mais également sur les caractéristiques populationnelles.

CONCLUSION

L'existence des déserts médicaux ne peut être réduite à la seule problématique d'un manque de médecins. Elle est la résultante d'une combinaison de facteurs. Comme l'a souligné une des personnes interrogées, c'est une *notion complexe à appréhender*. Cette question ne peut être traitée sans comprendre les attentes des professionnels de santé, lesquelles, au demeurant, ont considérablement changé. Par ailleurs, des changements d'ordre épidémiologique, faisant suite notamment au vieillissement de la population, et des changements d'ordre technologique et technique vont s'opérer et réformer les modalités de pratiques des professionnels de santé et les attentes en matière de soins prodigués. La conjonction de ces éléments viendra modifier l'énoncé de la problématique des déserts médicaux et apportera des pistes d'action.

⁴⁴ Flori F, Gilgenkrantz S. Démographie médicale, comment lutter contre les déserts médicaux ? *Médecine sciences* 2007 ; 23 : 533-7.

⁴⁵ Hubert E, *op. cit.*

⁴⁶ *Ibid.*

Évolutions des attentes des médecins, évolutions des besoins de soins

Faits sociétaux, progrès de la médecine ou évolutions technologiques, un certain nombre de changements majeurs sont intervenus ces dernières années, venant modifier les modalités d'exercice et de pratiques des professionnels de santé en général, et des médecins en particulier. Pourtant, l'organisation législative et administrative de la médecine libérale n'a pas connu de changements majeurs depuis près de 60 ans. Ce paradoxe est, selon nous, une explication essentielle des dysfonctionnements de l'organisation de l'offre de soins, déserts médicaux compris. Ces dysfonctionnements créent un certain malaise chez les médecins et notamment chez les généralistes. En dépit de l'amélioration de leur formation et de son intégration dans les filières d'internat, il persiste un décalage entre les aspirations des futurs médecins et la vision *monolithique*⁴⁷ imposée par les facultés de médecine. L'appréhension de ces évolutions est capitale pour lutter contre les zones déficitaires en offre de soins.

Les médecins ont une conception de leur profession qui a profondément évolué

Les évolutions relatives aux aspirations des médecins doivent être repérées et comprises, de même que les évolutions relationnelles ayant lieu dans le "colloque singulier". Cerner au mieux ces éléments est une condition nécessaire au traitement de la problématique de la démographie médicale.

LE CHOIX DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE ?

Un médecin en activité sur deux possède un diplôme de médecine générale⁴⁸. De même, près d'un étudiant sur deux entrant en troisième cycle d'études médicales intègre l'internat en médecine générale⁴⁹. Les facultés de médecine semblent ainsi former une majorité de médecins généralistes. Pourtant, de l'idée commune, la médecine générale semble subir des difficultés de recrutement. Depuis plusieurs années, en effet, un certain nombre de postes ne sont pas choisis à l'issue de la procédure de choix post-examen national classant, et restent donc vacants. En 2009, 612 postes de médecine générale sont restés vacants sur 3 333 (soit 18 %).⁵⁰

Nombre d'étudiants préfèrent redoubler et repasser l'examen national classant (ENC) plutôt que de choisir la médecine générale. De même, lors de nos entretiens, il a souvent été évoqué le peu d'intérêt des étudiants en médecine pour cette spécialité.

Cependant, ce constat de désaffection de la médecine générale est à relativiser. Depuis l'instauration de l'examen national classant, l'attrait pour la médecine générale se renforce. En 2007⁵¹, l'ordre des choix des différentes spécialités à l'issue de l'ENC plaçait la médecine générale en cinquième position, après les spécialités médicales, les spécialités chirurgicales, l'anesthésie-réanimation et la pédiatrie. En 2009, la médecine générale arrivait en deuxième position chez les

⁴⁷ Bloy G. *Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste...ou pas ?* DREES, 2011.

⁴⁸ *Ibid.*

⁴⁹ Fauvet L. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2009. *Études et résultats* 2010 ; 720 : 8 p.

⁵⁰ *Ibid.*

⁵¹ Vanderschelden M. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2007. *Études et résultats* 2007 ; 616 : 8 p.

femmes et en quatrième position chez les hommes. Il faut noter également que l'intégralité des postes de médecine générale a été pourvue à Lille lors des choix de spécialités pour l'année 2010-2011⁵².

D'après l'enquête ISNAR-IMG⁵³ étudiant l'opinion d'internes de médecine générale sur un certain nombre de questions relatives à leur avenir de praticien, la majorité des internes répondants déclarait avoir volontairement choisi la médecine générale.

Une des problématiques majeures concernant le choix de la médecine générale –et pourtant non évoquée lors de nos entretiens– est, selon nous, le décalage entre le nombre de diplômés en médecine générale et les effectifs qui exercent réellement cette spécialité au sens classique de fournisseur de soins de premier recours. Les étudiants ayant choisi d'être diplômés en médecine générale n'exerceront pas tous la médecine générale. Nous avons retrouvé⁵⁴ dans différentes études⁵⁵ une estimation de ce phénomène s'échelonnant entre 30 et 60 %.

Selon le rapport 2006-2007 de l'ONDPS, sur 107 000 médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre au 1^{er} janvier 2007, 96 889 étaient inscrits en activité régulière et, parmi eux, seuls 56 750 auraient réellement exercé une activité de soins primaires⁵⁶.

Ce phénomène de désaffection de l'exercice de premier recours n'est pas nouveau. Jusqu'au milieu des années 80, l'existence des CES permettait aux médecins généralistes de devenir spécialistes sans avoir passé le concours d'internat. La fin des CES n'a pas pour autant fléchi l'activité du diplômé de médecine générale. D'autres offres de formations complémentaires existent et permettent de diversifier les possibilités d'exercice : ce sont les diplômes universitaires, les capacités et les diplômes d'études spécialisées complémentaires. Outre les offres de formations universitaires, il existe également une formation informelle sur le "terrain"⁵⁷. La fin des CES a par ailleurs contribué à faire baisser la démographie de professions connaissant aujourd'hui des difficultés, comme l'ophtalmologie par exemple.

Il semblerait que ces possibilités diversifiées d'exercice soient constitutives de la conception de la médecine générale par les étudiants du DES de médecine générale⁵⁸.

Bloy *et al.* (2011)⁵⁹ considèrent ainsi la médecine générale comme étant *une polyvalence avant d'être une spécialité*. Cette polyvalence est favorisée par le contexte de crise de démographie professionnelle et par l'augmentation des besoins de soins⁶⁰, qui donnent une grande liberté de choix d'exercice aux médecins généralistes, les opportunités étant nombreuses quel que soit le secteur d'activité choisi.

Pourtant, toujours selon Bloy *et al.* (2011)⁶¹, cette polyvalence n'est pas portée par les départements de médecine générale au sein des facultés de médecine. Ces départements semblent au contraire promouvoir une vision classique et *monolithique* de la médecine générale (les auteurs reconnaissent toutefois des variations de conception entre les différentes facultés de médecine).

⁵² Association Nationale des Étudiants en Médecine de France. [Rangs limites, examen classant national 2010](#). Paris : ANEMF, 2010.

⁵³ ISNAR-IMG, *op. cit.*

⁵⁴ Nous n'avons pas la prétention d'avoir été exhaustifs.

⁵⁵ Bloy G, *op. cit.* ; De Kervasdoué J, *op. cit.* ; Hubert E, *op. cit.*

⁵⁶ ONDPS. *Rapport 2006-2007. Tome 1 : La médecine générale*. Paris : ONDPS, 2008.

⁵⁷ Bloy G, *op. cit.*

⁵⁸ *Ibid.*

⁵⁹ *Ibid.*

⁶⁰ *Ibid.*

⁶¹ *Ibid.*

Ces divergences de conception entre le futur médecin généraliste et l'enseignement universitaire peuvent être à l'origine de tensions et de mécontentements.

De même, il existe une divergence entre l'organisation actuelle du système d'offre de soins et les nouvelles aspirations des médecins.

LES NOUVELLES ASPIRATIONS DES MÉDECINS À L'ORIGINE DE TENSIONS

Plusieurs rapports, comme par exemple ceux d'Yvon Berland sur *La démographie des professions de santé* et très récemment celui d'Élisabeth Hubert, *Mission de concertation sur la médecine de proximité*, remis fin novembre 2010, ont attiré l'attention sur les modifications comportementales des jeunes médecins. Nous avons mis en exergue et discuté le moindre investissement supposé de ces derniers, les "blues" des médecins généralistes, ainsi que les tendances aux regroupements, au salariat, au remplacement, et à la féminisation de la profession.

Des médecins moins investis ?

L'une des idées les plus communément évoquées par les experts, mais également par les médias et le public, concerne le moindre investissement professionnel des médecins au profit d'une amélioration de leur qualité de vie. Cette modification de comportement a été largement relevée dans nos entretiens. *Les jeunes n'ont plus la mentalité d'avant, ils veulent une qualité de vie, la quantité [d'argent], ils s'en moquent (...) ils ne veulent plus sacrifier leur vie personnelle (...) c'est la société des 35 H et des loisirs qui est arrivée chez les médecins (...) Avant, les meilleurs à l'internat faisaient des spécialités prestigieuses comme de la chirurgie ; aujourd'hui, plus personne ne veut faire de la chirurgie car c'est trop lourd, les jeunes préfèrent faire de la radiologie, c'est plus tranquille.* Une étude de la DREES⁶², entre autres, illustre ce constat en montrant des durées de travail moins importantes chez les plus jeunes. D'après celle-ci, près d'un médecin généraliste sur deux déclarait souhaiter réduire sa durée de travail. Les médecins généralistes libéraux ont des durées de travail hebdomadaire qu'ils jugent trop importantes (entre 55 et 59 heures par semaine)⁶³ *a fortiori* dans les zones rurales, où les activités en dehors du cabinet médical y sont plus fréquentes.⁶⁴

Cette tendance au moindre engagement doit être intégrée à des changements plus globaux : comme souligné par Bloy et al.⁶⁵, *les changements dans la notabilité et le statut de leur personnage social, la féminisation de la profession médicale et la bi activité au sein des couples ne sont pas des épiphénomènes. Il est logique qu'ils retentissent sur leur mode d'engagement au travail.*

Pourtant, ce constat d'une moindre implication des jeunes générations est relativisé par un certain nombre d'auteurs.⁶⁶ Outre les critiques d'ordre méthodologique⁶⁷ des études faisant état de ce phénomène, et l'absence d'homogénéité comportementale générationnelle tant chez les jeunes médecins que chez les plus âgés⁶⁸, ce constat ne tient pas compte du changement des modalités d'exercice ni de l'évolution même de la médecine ayant eu lieu ces dernières années. Les relations médecin-patient ont largement évolué (Cf. partie *ad hoc*) et peuvent avoir une incidence sur la nature, la pénibilité et la quantité de travail fourni. De plus, le savoir médical s'est

⁶² Aulagnier M, et al. L'exercice de la médecine générale libérale : premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. *Études et résultats* 2007 ; 610 : 8 p.

⁶³ Remarquons que ces horaires ne sont pas nécessairement plus importants que chez leurs confrères spécialistes.

⁶⁴ Aulagnier M, et al. L'exercice de la médecine générale libérale, *op. cit.*

⁶⁵ Bloy G, *op. cit.*

⁶⁶ *Ibid.*

⁶⁷ *Ibid.*

⁶⁸ *Ibid.*

considérablement accru. Le développement de la médecine basée sur les preuves nécessite un temps de formation continue qui ne peut se faire, compte tenu de l'organisation de la médecine libérale actuelle et notamment du mode de rémunération à l'acte, qu'en dehors des heures de travail.

Le "blues" des médecins généralistes

De nombreuses études font état des difficultés que connaissent les médecins généralistes.

Outre les différences injustifiées de salaire avec leurs confrères spécialistes (de l'ordre de 30 %) ⁶⁹, les médecins généralistes évoquent volontiers les lourdeurs administratives et les relations problématiques avec l'Assurance Maladie, qui est perçue bien souvent comme étant intrusive. Ces limites ont également été signalées lors de nos entretiens : *trop de paperasse, beaucoup trop (...) la sécu nous contrôle comme si on était des voyous, ils ne se rendent pas compte.*

Les médecins sont également en première ligne face aux problèmes sociétaux, sans pour autant avoir les capacités, ni même la prétention d'y faire face.

Un autre problème fréquemment évoqué est la déconsidération ⁷⁰ de la médecine générale.

L'évolution de la médecine elle-même a contribué à dévaloriser l'exercice de la médecine générale.

En effet, comme rappelé par Géraldine Blois : *l'essentiel des avancées diagnostiques, puis thérapeutiques, s'est fondé sur une compréhension de plus en plus organique, technique et décontextualisée de la maladie* ⁷¹. La médecine hyperspécialisée "d'organes" laisse en effet peu de reconnaissance au médecin généraliste. Ce constat tend à participer à la dévalorisation de la médecine générale, alors qu'au contraire son rôle devrait en être renforcé. Le médecin généraliste s'apparente à un simple orienteur du système et non le centralisateur. ⁷²

Une évolution majeure du statut de la médecine générale au sein des facultés de médecine s'est opérée, afin de revaloriser scientifiquement la médecine générale.

Auparavant, en effet, l'activité de médecine générale était exercée à défaut de préparer le concours d'internat. Un article de Bloy et al. ⁷³ cite I. Baszanger, qui décrivait les médecins généralistes comme la catégorie de professionnels que l'institution socialisante ne fabrique pas pour elle-même et dont elle se désintéressait, ou qualifiait encore les médecins généralistes de *peuple vague*.

L'instauration de la spécialité de médecine générale et son intégration dans les filières d'internat vont dans le sens d'une reconnaissance scientifique de la médecine générale. Cependant, comme évoqué précédemment, la vision de la médecine générale inculquée aux futurs médecins ne semble pas coïncider avec leurs aspirations.

De même, il existe un décalage entre l'organisation de la médecine libérale qui n'a pratiquement pas évolué depuis 60 ans, et les évolutions concernant les nouvelles aspirations des médecins, la technique et la situation épidémiologique. Pour paraphraser Jean de Kervasdoué, *les hommes politiques semblent croire que le généraliste est encore le médecin de campagne des années 1950.* ⁷⁴

⁶⁹ De Kervasdoué. Très cher santé, *op. cit.*

⁷⁰ Bloy G, *op. cit.*

⁷¹ Bloy G. Une médecine générale durablement dépréciée ? Enquête sur une évidence. In ONDPS. Rapport 2006-2007. Tome 1 : La médecine générale. Paris : ONDPS, 2008 ; 138-72.

⁷² ONDPS. Le renouvellement des effectifs médicaux, *op. cit.*

⁷³ Bloy G, *op. cit.*

⁷⁴ De Kervasdoué J. Symptômes et origines "objectives" de la crise. In De Kervasdoué J, dir. La crise des professions de santé. Paris : Dunod, 2003.

La différence entre médecine spécialisée et médecine générale reposerait également sur une question de dépendance : *la dépendance aux pairs pour la première* (c'est vers eux que s'effectue l'adressage des patients, et ce sont eux qui restent détenteurs de leur réputation) *et la dépendance aux patients* (notamment économique) *pour la seconde*, menaçant la construction de son identité professionnelle. Ainsi, *le généraliste français travaille sous une contrainte forte de satisfaction du patient et de réputation à constituer auprès des profanes : en tant que libéral, la pérennité de son revenu en dépend, et en tant que médecin de premier recours, il bénéficie peu de l'adressage d'autres professionnels*⁷⁵. L'importance du mode de rémunération des professionnels dans leurs modalités d'exercice professionnel est ici illustrée.

Dans une enquête citée par l'ONDPS⁷⁶, Géraldine Blois fait état *d'un paradoxe entre leur capacité à brosser le tableau d'une situation collective très dégradée, dans laquelle ils seraient pris en tenailles entre la montée des exigences des patients, le mépris de l'hôpital et de la médecine spécialisée, et l'incompréhension tatillonne des administrations de Sécurité sociale, tout en répondant au final très positivement à la question : "Mais vous, professionnellement, vous êtes plutôt heureux ?"* Ainsi, malgré les difficultés, la profession "plaît". Ce constat est également à mettre en parallèle avec les différences qui peuvent s'exprimer quant aux possibilités de réformes de l'organisation de la médecine libérale, entre des médecins favorables au changement lorsqu'ils s'expriment de manière individuelle, et des médecins hostiles à tout changement lorsqu'ils s'expriment en groupe par le biais de leurs syndicats (Cf. conclusion).

Une nécessaire revalorisation de la médecine générale

Face à l'hospitalo-centrisme et à la médecine spécialisée qui y est dispensée, traitant des pathologies dites lourdes, la médecine générale s'est trouvée dévalorisée et limitée, de manière stéréotypée, à la "bobologie".

La revalorisation de la médecine générale passe par le renforcement du rôle central du médecin généraliste dans la prise en charge du patient et dans le système de soins : en faire un véritable "gate keeper" pour reprendre la dénomination anglo-saxonne. Cette position centrale est particulièrement importante dans la prise en charge du patient, notamment dans le cadre des pathologies chroniques. Elle garantit une prise en charge optimale en favorisant la coordination des soins et le suivi du patient.

Le parcours de soins instauré par la loi sur la réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004, visant à une meilleure coordination des soins, contribue à asseoir ce rôle central du médecin généraliste. Le parcours de soins coordonné en France impose à chaque assuré social de plus de 16 ans de désigner un médecin traitant de son choix avant de consulter un autre spécialiste, pour bénéficier d'un remboursement à taux plein (sauf cas d'urgence, et pour les consultations en ophtalmologie, gynécologie, odontologie, psychiatrie pour les moins de 26 ans, ou chez les spécialistes pour lesquels l'assuré dispose d'une dispense permanente d'autorisation, notamment en cas d'affection de longue durée). Dans l'hypothèse où il ne serait pas respecté, des pénalités financières à la charge de l'assuré sont instaurées.

Cette réforme a permis ainsi au médecin généraliste de s'approcher de ce rôle de "gate keeper". D'après l'IRDES⁷⁷, elle a conduit à *la diminution de la proportion de consultations en accès direct, en particulier en dermatologie et en ORL. Pour de nombreuses spécialités, on constate une progression de l'accès faisant suite au conseil du généraliste (médecin traitant le plus souvent),*

⁷⁵ Bloy G. Une médecine générale durablement dépréciée ? Enquête sur une évidence. In ONDPS. Rapport 2006-2007. Tome 1 : La médecine générale. Paris : ONDPS, 2008 ; 138-72.

⁷⁶ Bloy G. Une médecine générale durablement dépréciée ? Enquête sur une évidence, *op. cit.*

⁷⁷ Le Fur P, Yilmaz E. Modes d'accès aux spécialistes en 2006 et évolution depuis la réforme de l'Assurance Maladie. Enquêtes Santé Protection Sociale 2004 et 2006. *Questions d'économie de la santé* 2008 ; 134 : 5.

dont l'ampleur diffère selon les spécialités. Ce constat est cependant à tempérer. D'après une autre étude de l'IRDES⁷⁸, *la proportion des médecins généralistes qui pensent que depuis sa mise en place, le partage des rôles entre spécialistes et généralistes est mieux défini, avoisine 40 % (...) Un sur trois dit qu'il lui est plus facile de connaître le parcours de soins de ses patients. Près de la moitié (...) déclarent voir, depuis la réforme, des patients qui étaient auparavant pris en charge exclusivement par un spécialiste. Environ 70 % partagent l'idée que certaines consultations ont uniquement pour objet la délivrance d'une ordonnance d'accès au spécialiste, permettant au patient d'être mieux remboursé. L'ensemble des responsabilités et des activités induites par le rôle du médecin traitant explique que près de neuf généralistes interrogés sur dix estiment que leur charge administrative a augmenté. Seuls 7 % des patients ont eu le sentiment d'un changement dans leur suivi depuis la mise en place de la réforme. Comme le rappelle Serge Canasse⁷⁹, le médecin traitant choisi était dans l'immense majorité des cas le médecin généraliste que le patient consultait de toute façon en premier, l'accès direct au spécialiste étant loin d'être la règle. Les effets de cette réforme seraient plutôt ainsi, d'après ces auteurs, d'ordre symbolique.*

Les conditions à ce rôle central d'orientation et de coordination, comme retrouvé dans les pays anglo-saxons, reposeraient notamment, selon Pierre-Louis Bras, sur : *une nouvelle définition du rôle des infirmières (...) considérées comme des collaboratrices du médecin, capables d'intervenir dans la prise en charge globale du patient ; une informatisation systématique des dossiers médicaux (...) (afin de) construire des outils proactifs pour améliorer le suivi des patients et mesurer les performances techniques ; un développement du travail en groupe, non seulement entre médecins mais entre médecins et autres professionnels de santé pour constituer des cabinets de soins primaires ; un nouveau mode de rémunération des médecins, ou plutôt des cabinets.*⁸⁰ Une réforme en profondeur est ainsi nécessaire.

La réforme des études de médecine faisant de la médecine générale une spécialité va dans le sens d'une revalorisation de cette profession, revalorisation qui semble ainsi être un enjeu persistant dans les années à venir. Le développement de la recherche en médecine générale pourrait être un fer de lance de cet enjeu.

Dans son rapport sur la médecine de proximité, Élisabeth Hubert propose un certain nombre de réformes des études médicales destinées à revaloriser cette filière, comme la découverte précoce de l'exercice hors CHU. Elle préconise pour améliorer l'enseignement de la médecine générale d'augmenter le nombre de professeurs titulaires de médecine générale, de rendre plus attractif le statut de chef de clinique en médecine générale (par répercussions, plus ils sont nombreux et plus il y a d'enseignement et de valorisation de la filière). Une autre mesure serait d'améliorer l'attrait de la mission de maître de stage, afin d'en augmenter leur nombre. La priorisation de la mise en place généralisée des stages d'initiation à la médecine générale serait un point important, toutes les facultés ne proposant pas de stage en médecine générale malgré l'obligation qui leur en est faite (et pour celles qui les proposent, ils sont parfois plus courts que les textes ne le requièrent). Concernant les stages hors CHU, elle propose la mise en place de mesures de transport et de logement. Une modification des modalités des ECN viserait à réduire le poids des notes du concours (afin de permettre un enseignement qui ne soit pas complètement centré sur le concours, en sixième année) tandis qu'un ECN interrégional serait, d'après l'auteur, de nature à diminuer les migrations des futurs médecins.

Les auteurs recommandent également de créer une année complémentaire pour la formation aux particularités de l'exercice libéral et à la gestion du cabinet, aux modalités de l'exercice libéral

⁷⁸ Ibid.

⁷⁹ Canasse S. [Exercice de la médecine générale : un état des lieux](#). Carnets de santé, septembre 2008.

⁸⁰ Bras PL. *Développement des maladies chroniques et avenir de la médecine générale : un regard à partir d'expériences étrangères*. In Tabuteau D. Office de prospective en santé, rapport 2008. Paris : Éditions de Santé - Les Presses de Sciences Po, 2008.

(installation, gestion de cabinet...). Notons que le rapport propose d'envisager une réduction de la durée du DCEM ou la scission du métier d'enseignant chercheur avec celui de clinicien⁸¹.

Exercice individuel / exercice regroupé⁸² : les médecins se regroupent

La dynamique de regroupement des médecins a été mise en évidence dans de nombreux travaux.

D'après une étude réalisée en 2004 par la DREES⁸³, l'exercice de groupe des médecins toutes spécialités confondues, est passé de 30 % au début des années 1980 à 44 % en 2002. Ces groupes apparaissent comme principalement mono-disciplinaires et de petite taille. Ils se sont plutôt implantés dans le grand Ouest et concernent de préférence les spécialités à haute technicité⁸⁴. La technicité augmente en effet le besoin de regroupement.

Une étude de l'IRDES⁸⁵ de 2010 limitée à l'analyse de l'exercice regroupé chez les médecins généralistes libéraux indique que ce mode d'exercice est majoritaire aujourd'hui : 54 % des médecins généralistes libéraux travaillent en groupe en 2009 (contre 43 % en 1998). Fait intéressant relevé par cette étude, ce phénomène est particulièrement important chez les jeunes médecins : huit médecins de moins de 40 ans sur dix travaillent en groupe.

Nos entretiens ont également confirmé cette tendance à l'exercice de groupe : *maintenant les jeunes veulent travailler en groupe (...) ils ne veulent pas être seuls comme avant.*

Cependant, contrairement aux Anglais par exemple, les cabinets de généralistes libéraux de groupe demeurent pour trois quarts d'entre eux composés exclusivement de médecins : ils se réunissent peu en groupes pluri-professionnels avec d'autres professionnels de santé. Les généralistes de moins de 40 ans installés en cabinet de groupe continuent comme leurs aînés à privilégier l'exercice en cabinets composés exclusivement de médecins. Il est à noter que les groupes pluri-professionnels en Angleterre permettent aux médecins anglais de consacrer davantage leur temps aux activités médicales et de prévention⁸⁶.

La nature du regroupement semble évoluer, comme le signale l'un de nos interviewés : *Les libéraux entre eux, au sein d'un même cabinet, n'ont pas la sensation de cohabiter entre eux, mais de coopérer, peut-être qu'il y a 20 ans 30 ans c'était un peu différent.*

Le regroupement était plutôt pratico-pratique : en termes de moyens, de matériel, de locaux. Honnêtement, ce que nous on pense c'est que ça, ce n'était pas de la coopération ou la coordination, mais c'était pour retrouver le confort professionnel.

En termes de nombre d'actes par jour, les médecins en groupes pluri-professionnels déclarent en moyenne plus d'actes par jour d'activité que les médecins exerçant en groupes exclusivement médicaux, et ce, pour un nombre de jours d'activité équivalent (respectivement, 52 % ont déclaré effectuer plus de 25 actes en moyenne par jour d'activité, contre 38 %)⁸⁷.

L'activité des médecins généralistes exerçant en cabinet de groupe semble s'organiser différemment par rapport à celle de leurs confrères exerçant seuls, sans qu'il y ait pourtant des modifications au regard du volume d'activité⁸⁸. En effet, les généralistes exerçant en groupe déclarent travailler plus souvent moins de cinq jours mais déclarent dans le même temps réaliser

⁸¹ Hubert E, *op. cit.*

⁸² L'exercice en groupe se définit par l'exercice dans un même lieu d'au moins deux praticiens.

⁸³ Audric S. L'exercice en groupe des médecins libéraux. *Études et Résultats* 2004 ; 314 : 12 p.

⁸⁴ *Ibid.*

⁸⁵ Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. *Questions d'économie de la santé* 2010 ; 157 : 6 p.

⁸⁶ Bernstein D. Les réformes de l'organisation de soins primaires en Angleterre. *Points de repère* 2008 ; 17 : 12 p.

⁸⁷ *Ibid.*

⁸⁸ *Ibid.*

plus d'actes par jour que les médecins exerçant seuls. Or, il convient de souligner que la satisfaction des médecins généralistes croît avec le nombre d'actes effectués⁸⁹.

D'après une enquête de la DREES⁹⁰, la durée moyenne de travail hebdomadaire d'un médecin est inférieure de deux à quatre heures dans l'exercice de groupe par rapport à l'exercice solitaire. Or, selon cette même enquête, un praticien sur deux se déclarait désireux de réduire sa durée de travail hebdomadaire (d'un volume de 12 heures environ).

Autre différence notable avec les cabinets de groupe anglais⁹¹ : leur petite taille. Les cabinets en France rassemblent en majorité deux ou trois praticiens. Il semble toutefois que les jeunes médecins français s'installent dans des cabinets médicaux de plus grande taille que leurs aînés⁹².

Le phénomène de regroupement, s'il tendait à se conforter dans les années futures, viendrait probablement modifier les moyens et les équipements dont disposent les médecins, et les possibilités en termes de formation. L'étude de l'IRDES, précédemment citée⁹³, montre que les cabinets de groupe permettent de favoriser la formation, tant celle des étudiants accueillis que celle des professionnels eux-mêmes. La propension à l'exercice regroupé peut s'avérer un atout non négligeable pour servir les enjeux liés au développement professionnel continu. Les cabinets de groupe offrent également un meilleur taux d'équipement informatique et d'utilisation de dossiers patients informatisés. En effet, l'exercice de groupe favorise une mutualisation des coûts de fonctionnement. Le renouvellement du matériel informatique et l'achat de logiciels s'en trouvent facilités. Le regroupement constituera probablement un avantage dans la mission de relance du Dossier Médical Personnel (DMP). Il est à noter également que le regroupement permet de faciliter l'embauche de personnel administratif (secrétaire...), et ce, toujours grâce à la mutualisation des moyens. Les médecins pourraient ainsi se voir soulager de tâches administratives : ce souhait revêt une importance capitale à leurs yeux.

Dans l'étude ISNAR-IMG précitée⁹⁴, à la question : *"Si vous travailliez en groupe hors hôpital (Maison de Santé Pluridisciplinaire, cabinet de groupe, réseau...), souhaiteriez-vous que la gestion administrative de la structure, y compris de la comptabilité et votre rémunération, soit déléguée à une tierce personne ou un organisme spécifique ?"* 80 % des internes répondants ont répondu positivement. Il peut être considéré par extension que les jeunes médecins souhaiteraient se focaliser sur leurs tâches médicales.

Les différents avantages évoqués ont été exprimés dans nos entretiens : *Quelqu'un qui travaille seul, il a plus de mal à faire les choses seul. Il ne peut pas suivre une formation continue, tout simplement. Il a plus de mal à faire les choses nouvelles, au point de vue santé, il ne peut pas quitter son cabinet car le temps n'est pas géré de la même façon (...) Quand on est à plusieurs ou en groupe, on peut quitter facilement son cabinet pour une formation continue, gérer son temps.*

D'une manière générale, la satisfaction des médecins généralistes quant à leur mode d'exercice est plus importante chez les médecins exerçant en groupe⁹⁵.

Ainsi le temps de l'exercice solitaire de la médecine semble-t-il révolu. Aujourd'hui, les jeunes diplômés sont animés par un fort souhait d'exercice en groupe, d'exercice partagé. Cela doit

⁸⁹ Un médecin effectuant plus de 120 actes par semaine a une opinion nettement plus favorable de son activité professionnelle qu'un médecin réalisant moins de 80 actes par semaine d'après Bloy G, *op. cit.*

⁹⁰ Aulagnier M, *et al.* L'exercice de la médecine générale libérale, *op. cit.*

⁹¹ Bernstein D, *op. cit.*

⁹² Baudier F, *et al.* La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009, *op. cit.*

⁹³ *Ibid.*

⁹⁴ ISNAR-IMG, *op. cit.*

⁹⁵ Bloy G, *op. cit.*

incontestablement impacter l'organisation de l'offre de soins et nécessiter des dispositions juridiques et déontologiques en conformité avec ce type d'exercice.

La tendance au salariat

Outre la tendance à l'exercice regroupé observée chez les médecins, on constate une augmentation de l'exercice médical salarié au détriment du secteur libéral. Au 1^{er} janvier 2009, parmi les nouveaux inscrits à l'Ordre des Médecins, seuls 9 % ont opté pour un mode d'exercice libéral exclusif, et 66 %, pour le salariat⁹⁶.

D'après Michel Legmann⁹⁷, ce phénomène d'attraction du statut de salarié touche toute la société, professions libérales comprises, en rapport avec les avantages que procure ce statut sur le plan de la protection sociale et en matière de responsabilité. Pour le corps médical, il indique ainsi que *la "judiciarisation" de la pratique médicale depuis deux décennies incite les professionnels de santé à rechercher le statut le plus protecteur en la matière et il ne fait aucun doute que le statut de salarié, qui transfère vers l'employeur la responsabilité civile des aléas thérapeutiques, évite aux praticiens les mises en cause personnelles. Ainsi, les inconvénients de la subordination à un employeur, qui restent au demeurant relatifs dans le cas des médecins salariés dont l'indépendance technique reste protégée, ont tendance à être nettement compensés par les avantages du salariat.*

Nos entretiens ont confirmé cette tendance : *Ils ne veulent pas aller en libéral parce que c'est compliqué, c'est de l'administration, de la comptabilité, ils préfèrent rester à l'hôpital. C'est simple, ils ont leur salaire.* Le salariat apparaît comme une continuité au "cocooning" dont ils ont profité pendant les dix ans de leurs études. Ce statut assure un équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle, souhait qui, comme nous l'avons vu, est largement exprimé.

La tendance au remplacement

Au 1^{er} janvier 2010, selon l'Ordre des Médecins, 10 006 médecins sont des remplaçants : 69 % d'entre eux, dont une majorité de femmes, exercent la médecine générale.⁹⁸ En 30 ans, le nombre de médecins remplaçants nouvellement inscrits a augmenté de 75,4 %. Les nouveaux inscrits à l'Ordre étaient 23,9 % à choisir l'activité de remplacement au 1^{er} janvier 2010. Le CNOM a par ailleurs constaté qu'un cinquième des médecins retraités actifs sont des remplaçants⁹⁹.

Une enquête a été réalisée par la section santé publique et démographie médicale du CNOM sur les médecins remplaçants jamais installés.¹⁰⁰ Elle montre qu'il s'agit d'une population jeune (moyenne d'âge 38 ans), pour deux tiers féminine, dont une grande majorité (86 %) est inscrite au tableau de l'Ordre comme médecins généralistes, et exerce en secteur libéral. 32 % n'envisagent pas de s'installer en secteur libéral. Les principales raisons à la non installation sont les charges administratives, la solitude de l'exercice, les contraintes des gardes, la profession du conjoint non compatible, et la rémunération insuffisante.

Quand il est considéré comme une simple période de transition, le remplacement est perçu comme un moyen de se forger une expérience, sorte de formation pratique faisant suite à l'enseignement universitaire¹⁰¹. C'est également une période permettant de se faire une idée précise de l'exercice et de l'ensemble de ses contraintes, et du même temps, d'affirmer ses choix d'orientation¹⁰². Elle permet un *ajustement vie privée/vie professionnelle au sein des couples biactifs souvent parents*

⁹⁶ CNOM. Atlas de la démographie médicale 2008, *op. cit.*

⁹⁷ Legmann M. *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale*. Paris : CNOM, 2010.

⁹⁸ CNOM. Atlas de la démographie médicale 2010, *op. cit.*

⁹⁹ *Ibid.*

¹⁰⁰ *Ibid.*

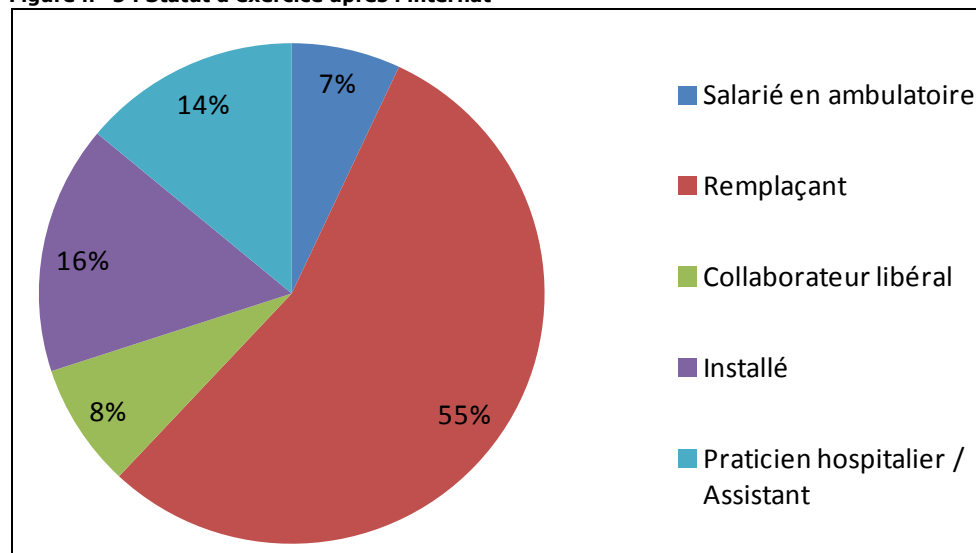
¹⁰¹ Bloy G. Jeunes diplômés de médecine générale, *op. cit.*

¹⁰² *Ibid.*

de jeunes enfants¹⁰³. Elle permet enfin de mettre de l'argent de côté, pour reprendre les termes relevés dans un de nos entretiens, dans l'optique d'une reprise de cabinet future.

Dans l'enquête ISNAR-IMG¹⁰⁴ étudiant les attentes des internes de médecine générale, la majorité de ceux-ci déclare qu'ils exerceront en tant que remplaçants à la fin de leur internat.

Figure n° 5 : Statut d'exercice après l'internat



Source : Enquête ISNAR-IMG 2011.

Cette enquête ne précise cependant pas la durée moyenne de remplacement avant une éventuelle installation.

Les entretiens réalisés nous ont permis également de soulever la problématique de la coordination et de la planification de l'offre de soins suscitée par cette tendance. En effet, l'absence de "fixation" peut altérer le suivi du patient, et ne permet pas de garantir la pérennité de l'offre de soins.

D'après l'un de nos interviewés, *l'Ordre doit ainsi faciliter la démarche provisoire de l'activité, il faut leur laisser le temps de s'installer*. L'Ordre et les pouvoirs publics doivent apporter une aide logistique et organisationnelle à ce phénomène : ils doivent être en mesure de fournir des informations, de conseiller. Le remplacement peut permettre d'apporter une réponse aux déserts médicaux, en favorisant les exercices ponctuels dans les zones déficitaires (Cf. partie dédiée à la lutte contre les déserts médicaux).

La profession de médecin se féminise et vieillit

En 2010, un médecin en activité sur trois a plus de 55 ans. L'âge moyen des médecins en activité régulière atteint 50 ans ce qui, dans les années futures, aura pour conséquence un nombre important de cessations d'activité. Les zones sous-dotées (essentiellement les zones rurales ou périurbaines) risquent d'être plus touchées en raison de l'âge moyen plus élevé des médecins.

¹⁰³ Ibid.

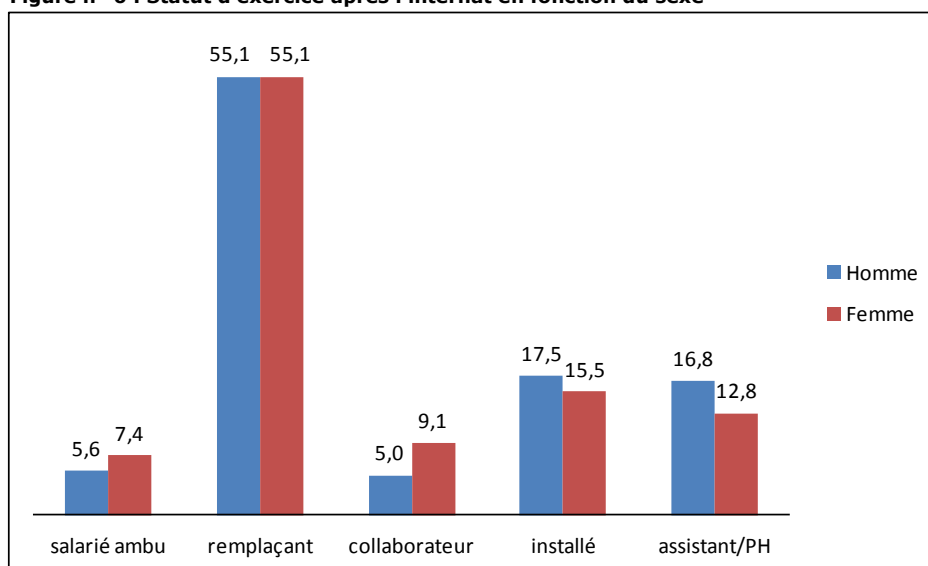
¹⁰⁴ ISNAR-IMG, *op. cit.*

Une autre tendance se confirme : la féminisation de la profession. 54 % des médecins en activité sont des femmes¹⁰⁵. Un certain nombre de travaux montre que les femmes ont un temps de travail plus faible que les hommes.^{106 107}

Nous avons cité précédemment une étude de la DREES¹⁰⁸, selon laquelle un médecin généraliste sur deux souhaitait réduire sa durée de travail : il faut souligner toutefois que cette proportion est plus élevée pour les hommes (autour de 53 %) que pour les femmes (entre 35 % et 48 %), dont le temps travaillé semble plus proche du temps désiré. D'après l'enquête de l'ISNAR-IMG précitée¹⁰⁹, la moyenne du temps de travail quotidien souhaitée chez les hommes et chez les femmes ne montrait qu'une différence particulièrement minime (30 minutes par jour)¹¹⁰. Les aspirations entre les deux sexes semblent être équivalentes.

S'agissant des statuts d'exercice, l'enquête de l'ISNAR précédemment citée montrait que les femmes préféreraient le statut de collaborateur, et les hommes, le statut de PH/assistant. Pour les autres statuts, il n'existerait pas de différences de préférence.

Figure n° 6 : Statut d'exercice après l'internat en fonction du sexe



Source : Enquête ISNAR-IMG 2011.

Lors de nos entretiens, cette féminisation a été présentée comme un facteur de désaffection des spécialités "lourdes", et en particulier de la médecine générale. Pourtant, il n'est pas observé de différence "sexuée" dans le choix des spécialités médicales à l'issue de l'ENC en fonction de la pénibilité¹¹¹. Il paraît difficile de tirer des conclusions univoques sur l'effet de la féminisation de la profession. Effet générationnel ou effet de genre, réalité ou non d'une quelconque différence, possibilité ou non de caractériser un "comportement féminin" de la profession, les différentes études ne semblent pas permettre de trancher précisément.

¹⁰⁵ CNOM. Atlas de la démographie médicale 2008, *op. cit.*

¹⁰⁶ De Kervasdoué. Très cher santé, *op. cit.*

¹⁰⁷ Aulagnier M, *et al.* L'exercice de la médecine générale libérale, *op. cit.*

¹⁰⁸ Aulagnier M, *et al.* L'exercice de la médecine générale libérale, *op. cit.*

¹⁰⁹ ISNAR-IMG, *op. cit.*

¹¹⁰ 9,63 heures par jour pour les hommes et 9,1 heures par jour pour les femmes.

¹¹¹ Fauvet L, *op. cit.*

LA RELATION MÉDECIN-MALADE ÉVOLUE

L'information du patient fait partie des obligations du médecin

La responsabilité du médecin face à son patient est contractuelle (arrêt Mercier de 1936) : le contrat est régi par le Code civil. Les médecins doivent également se conformer aux règles déontologiques inscrites dans le Code de déontologie, à des "règles" issues du Code de la sécurité sociale et du Code de la santé publique, ainsi qu'à des conventions nationales signées avec l'Assurance Maladie.

Parallèlement à ces "règles", les patients font de plus en plus valoir "leurs droits" ; ils tendent à voir augmenter leur "pouvoir" au sein du "colloque singulier". Le monde médical constate ainsi une tendance à l'autonomisation des patients. Les patients sont demandeurs d'informations et d'explications, et souhaitent de plus en plus participer à la décision de soins.

La loi du 4 mars 2002 va d'ailleurs dans ce sens : elle a véritablement consacré l'obligation d'information et le consentement du patient, allant jusqu'à instaurer la participation de ce dernier à la prise de décision médicale. L'ère de la toute-puissance médicale paternaliste, qui s'exerçait sans contrôle et voyait le patient s'en remettre totalement à son thérapeute, a laissé place à l'ère du patient consommateur de soins et acteur de sa prise en charge. Les patients réclament ainsi de plus en plus des comptes et deviennent, dans le même temps, de plus en plus procéduriers. La consultation médicale peut ainsi placer à certains moments le médecin dans une position "défensive" ; comme relevé par Bloy *et al.* (2011)¹¹², *les jeunes médecins (...) convergent sur l'idée qu'il faudrait apprendre à contenir certaines plaintes, à ne pas répondre n'importe comment à la demande, à "ne pas se laisser bouffer", à "savoir dire non".*

D'une manière générale, cette nécessité d'information contribue à augmenter les capacités de contrôle des patients sur le système de santé, ce qui pourrait conduire également à l'amélioration de la qualité, de la fiabilité, et de la compréhension des données.¹¹³

Ce changement de rôle du patient, assimilable à un changement de paradigme, repose largement sur l'acquisition de l'information médicale par le patient en dehors du "colloque singulier", et ce, notamment grâce à Internet. Ainsi, selon un sondage réalisé pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins¹¹⁴, bien que le médecin demeure la première source d'information médicale, Internet arrive en deuxième position, avec 64 % des personnes interrogées qui consultent des sites pour rechercher des informations médicales. Les trois quarts de ces internautes affirment que les sources leur paraissent fiables, toujours d'après cette étude. En outre, il y est également fait mention que dans plus de deux cas sur trois, la réaction des médecins face à cette recherche sur Internet est positive : ils apportent des précisions sur les contenus lus en ligne par leurs patients. Le fait d'utiliser Internet comme source d'information peut parfois même contribuer à améliorer la qualité des relations patients-médecins : 36 % des personnes questionnées considèrent que les relations avec leur médecin sont devenues plus constructives et basées sur le dialogue, et 30 % estiment qu'elles sont plus franches qu'auparavant.

Cependant, le patient n'est pas forcément mieux renseigné. Le terrain "profane" ne permet pas toujours une bonne acquisition, compréhension, et surtout critique de l'information. Par ailleurs, grâce à cette information accessible, le patient peut parfois se montrer relativement plus directif lors de la consultation, comme signalé lors d'un entretien : *les patients sont demandeurs d'examen complémentaires car ils ont vu telle ou telle info sur Internet... c'est à nous de faire de*

¹¹² Bloy G, *op. cit.*

¹¹³ Services d'affaires mondiaux IBM. [Santé 2015](#) : Gagnant-gagnant ou perdant-perdant ? Systèmes de santé : état des lieux et évolution pour une transformation réussie. USA : IBM, 2008. Cité dans : Tabuteau D. Office de prospective en santé, rapport 2008. Paris : Éditions de Santé - Les Presses de Sciences Po, 2008.

¹¹⁴ CNOM. Les principaux enseignements de l'enquête. [Les conséquences des usages d'internet sur les relations patients-médecins](#). Paris, 4 mai 2010.

la pédagogie... le problème est que si le patient n'est pas convaincu, il changera de médecin jusqu'à ce qu'il ait SON examen... Ce comportement est décrit par les économistes de la santé sous le terme de contrôle profane.

Des sites américains ou d'autres pays européens proposent des services plus élaborés que celui de "la simple information" : après avoir rempli un questionnaire, les patients peuvent obtenir des informations, telles que d'éventuelles interactions médicamenteuses, et parfois même se voir délivrer des médicaments... De tels services verront probablement le jour prochainement sur les sites médicaux français, services qui permettront de plus en plus aux patients de se prendre en charge par eux-mêmes. Ces évolutions, si elles tendaient à se confirmer, bouleverseraient la notion de consultation médicale.

Les professionnels de santé craignent la judiciarisation

La judiciarisation de la médecine est une problématique fréquemment évoquée par les professionnels de santé : ils ont le sentiment que leur exercice de la médecine est de plus en plus remis en cause par la justice. Nos entretiens ont à plusieurs reprises relevé ces craintes, et pas seulement chez les médecins. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce sentiment : quelques procès très médiatisés ces dernières années et qui font jurisprudence, l'évolution législative depuis notamment les lois du 4 mars 2002, l'accès facilité pour les patients à une pléthore d'informations médicales par la généralisation d'Internet, l'augmentation importante des primes d'assurances. La hausse des primes de responsabilité civile implique que le praticien majore le montant de ses honoraires, ce qui crée un frein à l'accessibilité aux soins pour certains patients et creuse le problème de l'inégalité d'accès aux soins. Cette judiciarisation aurait eu comme conséquence la désaffection des internes pour certaines spécialités¹¹⁵ (les spécialités "à risque", comme l'anesthésie ou l'obstétrique, étant les plus touchées).

Toutefois, au regard des données observées, on constate que les recours en justice ne sont pas aussi nombreux que le croient les professionnels de santé. Un article de synthèse sur la judiciarisation de la médecine, paru en 2004¹¹⁶, constatait en effet que dans le secteur hospitalier, les réclamations relatives à des préjudices corporels étaient certes en augmentation, mais ne concernaient que 16 lits pour 1 000 lits assurés en 2004. Dans le secteur libéral, la proportion de médecins ayant fait l'objet d'une réclamation était passée de 3 % en 1990 à 6 % en 2003. Les données juridictionnelles, quant à elles, montraient que la pénalisation de la médecine était stable et que, bien que le nombre d'affaires dans lesquelles était engagée la responsabilité civile ait été multiplié par cinq entre 1990 et 2002, le nombre de contentieux avait peu augmenté. Les auteurs de l'article l'estimaient à environ 6 000/7 000 par an en 2003 (toutes juridictions confondues). Ils précisaient que ce nombre était très faible eu égard à l'ensemble de l'activité médicale. Selon d'autres sources¹¹⁷, devant les juridictions civiles, le nombre d'affaires nouvelles introduites en 2004 en matière de dommages liés à l'activité médicale, était de 2 006 devant les TGI et de 751 devant les cours d'appel. En 1997, elles se chiffraient respectivement à 1 396 et 468 ; on observe donc une augmentation mais pas d'explosion. Même en ce qui concerne les contentieux portés devant le CNOM, il y a un tassement.¹¹⁸

Par ailleurs, selon d'autres auteurs qui se basaient sur une note de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance, l'augmentation très importante des primes d'assurances avait été provoquée par le déséquilibre financier des assurances bien plus que par l'augmentation des contentieux.

Enfin, il convient de préciser que les plaintes à l'encontre des médecins ne sont pas le seul fait des patients : les médecins s'attaquent également volontiers...

¹¹⁵ Helmlinger L, Martin D. Justice et Santé : la judiciarisation de la médecine, mythe et réalité. *Sève* 2004 ; 5 : 39-46.

¹¹⁶ *Ibid.*

¹¹⁷ Desplats E, Favrolt N, Gerbaud L, Faiet T. L'influence de la judiciarisation sur les pratiques médicales. Quand Esculape craint Thémis. *Revue générale de droit médical* 2008 ; 28 : 125-44.

¹¹⁸ *Ibid.*

Il y aurait donc un décalage entre la perception des professionnels de santé et la réalité du terrain. Un article paru dans la revue *Prescrire*¹¹⁹ en 2010 confirme cette observation : *le sentiment souvent répandu et très ancien d'une judiciarisation croissante de la médecine relève davantage d'une crainte confortée dans certaines spécialités médicales par des hausses importantes des primes d'assurances professionnelles, que d'une augmentation significative des actions en justice.*

De plus, cet article rappelle qu'il existe en France d'autres moyens que le procès pour obtenir réparation d'un dommage d'origine médicale, grâce aux Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation, et à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux.

Il faut donc "dédramatiser" ce débat. C'est ce que propose également Elisabeth Hubert dans son rapport¹²⁰. Elle précise, elle aussi, que le recours en justice, bien qu'il soit très médiatisé et très craint par les médecins, reste très rare en pratique. Ce rapport fait deux propositions pour "rassurer" patients et médecins : l'intégration de la prévention des risques à la pratique par l'information du patient, la sécurité des pratiques (exercice collectif, relectures de dossiers avec les pairs...), et la rédaction de protocoles de soins.

Les besoins de soins changent et renforcent la nécessité de coordination

Les besoins de soins changent. On observe une augmentation du nombre de patients atteints de pathologies chroniques (cancer, maladies cardiovasculaires, maladies mentales) et de patients "polypathologiques" nécessitant une organisation de soins adaptée et coordonnée. Il convient alors d'articuler les compétences soignantes et relationnelles, et de faire le lien entre les différents secteurs de soins (hospitalier, ambulatoire, médico-social). L'exemple des conséquences liées au vieillissement illustre bien ces nécessités. Ce besoin de liens entre les différents soins revêt une importance capitale du fait également de la tendance à la sur-spécialisation des médecins, qui conduit à l'émergence d'une multitude de nouveaux soins. Tout cela a, bien entendu, des répercussions majeures sur le problème de démographie médicale.

L'EXEMPLE DU VIEILLISSEMENT ILLUSTRE LA NÉCESSITÉ DE COORDINATION DES SOINS

L'augmentation de l'espérance de vie, le nombre important de personnes issues du baby-boom arrivant à l'âge de la retraite et le moindre nombre des naissances ont pour conséquence le vieillissement de la population française : plus de 16 % des personnes ont aujourd'hui plus de 65 ans. On estime qu'en 2020, environ 17 millions de Français seront âgés de plus de 60 ans, dont quatre millions d'octogénaires¹²¹. D'après l'INSEE¹²², en France, un habitant sur trois serait âgé d'au moins 60 ans en 2050, contre un sur cinq en 2005. Alors qu'il y avait 2,2 actifs pour un inactif de 60 ans ou plus en 2005, on en compterait 1,4 en 2050¹²³.

Ce vieillissement de la population entraînera une augmentation du nombre de patients polypathologiques et une augmentation de la prévalence des pathologies chroniques. À l'horizon 2020, près de 20 millions de personnes pourraient être atteintes d'une maladie chronique¹²⁴. Le corps médical devra ainsi faire face à une recrudescence de cancers, de maladies cardiovasculaires, de troubles musculo-squelettiques, de maladies neuro-dégénératives. Le nombre de cas de maladie

¹¹⁹ Gribeauval JP. Judiciarisation de la médecine : réalité ou idée reçue ? *Revue Prescrire* 2010 ; 30(321) : 536-41.

¹²⁰ Hubert E, *op. cit.*

¹²¹ INSEE. Enquête de recensement annuel de la population : www.insee.fr.

¹²² Robbert-Bobée I. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. La population continue de croître et le vieillissement se poursuit. *Insee Première* 2006 ; 1089 : 4 p. Cité dans : Tabuteau D. Office de prospective en santé, rapport 2008. Paris : Éditions de Santé - Les Presses de Sciences Po, 2008.

¹²³ Coudin E. Projections 2005-2050 : des actifs en nombre stable pour une population âgée toujours plus nombreuse. *Insee Première* 2006 ; 1092 : 4 p. Cité dans Tabuteau D. Office de prospective en santé, rapport 2008. Paris : Éditions de Santé - Les Presses de Sciences Po, 2008.

¹²⁴ TIC & Santé : l'innovation technologique au service des patients souffrant de maladies chroniques. [Appel à projet](#).

d'Alzheimer en France pourrait s'élever à 1,3 million en 2020 (15 pour 1 000) et à 2,1 millions en 2040 (soit 30 pour 1 000)¹²⁵.

Ces polypathologies et maladies chroniques induiront une prise en charge de plus en plus complexe, avec un parcours médical varié, de nombreux retours d'hospitalisation, et une nécessité de prise en charge de la dépendance. L'organisation des soins devra être adaptée de même que les pratiques, et certaines professions devront être renforcées (psychologues, ergothérapeutes ou orthophonistes, kinésithérapeutes, professionnels médico-sociaux) afin d'assurer une prise en charge globale de la personne âgée. L'appréciation actuelle des effectifs de professionnels de santé peut être erronée si elle ne tient pas compte de cette demande croissante de prise en charge de la dépendance.

Nos entretiens ont confirmé que le vieillissement de la population était une problématique dont les professionnels de santé avaient conscience. Ils étaient plusieurs à relever l'augmentation des besoins en personnel médical et paramédical pour faire face à la *gérontocroissance*¹²⁶. Par ailleurs, certains ont souligné les carences en structures médico-sociales et le problème de la prise en charge des patients âgés à la sortie de l'hospitalisation.

L'impact économique du vieillissement

Le vieillissement de la population a un impact au niveau économique. En effet, les personnes âgées présentant souvent des polypathologies consomment plus de médicaments et de soins que la population générale.

Cependant, contrairement aux idées reçues, le vieillissement ne correspond pas à une cause majeure d'accélération des dépenses de santé^{127 128}. La croissance des dépenses résulterait beaucoup plus des innovations technologiques que du vieillissement.¹²⁹

Il faut noter toutefois que la génération des jeunes retraités est plus exigeante vis-à-vis du système de soins d'autant plus que leur revenu et leur couverture de complémentaire santé sont meilleurs qu'auparavant¹³⁰. Ceci risque d'influer sur la demande d'actes diagnostiques et préventifs. En outre, comme signalé par le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, *les soins dont l'importance est étroitement liée à l'état de plus grande fragilité physique ou cognitive des personnes âgées vont connaître une croissance plus forte que le reste de la dépense d'Assurance Maladie. C'est notamment le cas des soins infirmiers et des soins délivrés par les établissements et services dits "médico-sociaux". Ce peut également être le cas des dépenses d'hospitalisation.*¹³¹

La mauvaise organisation des soins, particulièrement aux grands âges, de même que les inadéquations et disparités territoriales d'équipements sanitaires et médico-sociaux, peuvent être responsables d'une perte d'efficacité économique.¹³² Par exemple, l'insuffisance de lits de court séjour gériatrique se traduit par l'occupation inadéquate et coûteuse de lits de spécialité. L'indisponibilité de lits de soins de suite ou de places d'EHPAD se traduit par des durées de séjour trop longues dans les services de soins aigus¹³³. Il est donc urgent de se concentrer sur une approche globale de l'offre des secteurs sanitaire et médico-social.

¹²⁵ Tabuteau D. *Office de prospective en santé, rapport 2008*. Paris : Éditions de Santé - Les Presses de Sciences Po, 2008.

¹²⁶ À ne pas confondre avec le vieillissement de la population stricto sensu.

¹²⁷ Dormont B. *Les dépenses de santé, une augmentation salutaire ?* Paris : Éditions Rue d'Ulm, 2009.

¹²⁸ Avis du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie du 22 avril 2010. [Vieillesse, longévité et assurance maladie](#). Constats et orientations.

¹²⁹ Dormont B, *op. cit.*

¹³⁰ Avis du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie du 22 avril 2010, *op. cit.*

¹³¹ *Ibid.*

¹³² *Ibid.*

¹³³ *Ibid.*

La gériatrie est peu attractive

Contrairement à d'autres pays, la France a pris du retard dans l'évolution des métiers de la vieillesse¹³⁴. La prise en charge des personnes âgées est encore trop axée sur le sanitaire. Les métiers en gériatrie restent trop polarisés sur l'hygiène et les soins de base, qui sont assurés par les aides-soignantes et les infirmières. Un effort doit être fait sur l'équilibre entre professionnels du soin et professionnels de la prise en charge du handicap dans les structures pour personnes âgées. L'accompagnement doit être développé en plus du soin. Pour autant, le secteur sanitaire reste déficient et trop peu attractif pour les professionnels médicaux et paramédicaux, alors que les besoins d'emploi sont dès à présent considérables et ne vont cesser de croître. La pénurie en infirmiers touche par exemple préférentiellement les services de gériatrie.¹³⁵ Les structures gériatriques peinent à recruter du personnel médical et paramédical et l'absentéisme y est reconnu plus important qu'ailleurs.¹³⁶

✓ ***Des mesures ont été mises en œuvre pour la prise en charge spécifique des personnes âgées***

Des changements majeurs sont déjà intervenus au cours de ces dernières années, comme la création de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) qui a imposé le principe d'individualisation de la prise en charge de la personne âgée, ou la mise en place et le développement de nombreuses structures (maisons de retraite, services hospitaliers avec consultations, hospitalisation de jour, services hospitaliers d'hébergement temporaire, accueils de jour, unités de gériatrie aiguë, de soins de suite gériatriques, de soins de longue durée, etc.) pour tenter de mieux répondre aux besoins des personnes âgées.

Pour pallier l'insuffisance de formation des personnels soignants, des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ont déjà été mis en place récemment. Grâce à leur approche multidisciplinaire, qui permet d'assurer à la fois des soins infirmiers à domicile et des services d'aide et d'accompagnement à domicile par des professionnels, ces structures sont particulièrement adaptées à la prise en charge des personnes âgées dépendantes en général, et des malades atteints de la maladie d'Alzheimer en particulier.¹³⁷

Le Ministère de la Santé a prévu la création de 500 équipes spécialisées, représentant 5 000 places de service à domicile entre 2009 et 2012¹³⁸. Parallèlement, pour optimiser le temps de travail et améliorer la qualité des soins des patients, la coordination des professionnels de santé libéraux sera promue, avec notamment des équipes comprenant des ergothérapeutes et des psychomotriciens. Ce type de progrès a, d'une manière générale, été souligné par certains de nos entretiens. Ces mêmes entretiens ont également précisé qu'il restait encore beaucoup à faire ; on avance mais la route est encore longue, ou encore, les progrès encore à faire sont considérables.

La coordination du parcours de soins reste à améliorer

La coordination du parcours de soins, de l'organisation de la sortie d'hôpital et de l'éventuel retour au domicile est problématique. L'élargissement de l'éventail de types de prises en charge, et la complexité du système qui en découle, conduisent au défaut d'orientation de nombreuses personnes vers la bonne structure, faute d'information et de fluidité du système. Il y a un réel besoin d'accompagnement et d'une meilleure coordination de l'information. Les disparités territoriales contrecarrent la satisfaction de ce besoin.

¹³⁴ Guinchard P, Legrain S. La dépendance du grand âge. *Esprit* 2007 ; 1 : 118-29.

¹³⁵ Cour des comptes. *La sécurité sociale*. Paris : La documentation française, 2006 ; 409 p.

¹³⁶ *Ibid.*

¹³⁷ Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. Appel à candidature 2009 pour la constitution de 40 équipes spécialisées « pilotes » dans la prise en charge à domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/Appel_a_candidatures_pour_des_equipes_specialisees_pilotes_dans_les_SSIAD_et_les_SPASAD_-_mars_2009.pdf

¹³⁸ Plan Alzheimer 2008-2012 : <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/>

La sur-spécialisation amène un renforcement de la coordination des soins

La sur-spécialisation précédemment évoquée tend à désorganiser le système de soins : la coordination des soins devient plus complexe. Par ailleurs, cette multiplicité de nouveaux soins vient créer de nouveaux besoins, ce qui accentue les problèmes de démographie médicale. Nos entretiens ont ainsi révélé que *le nombre de professionnels nécessaire pour faire tourner le service [a] augmenté du fait des nouvelles techniques*. Comme signalé par Jean de Kervasdoué, *il existait moins de 10 spécialités médico-chirurgicales il y a 50 ans, les facultés en reconnaissent aujourd'hui 57. Il en existe en réalité plus de 100. La cardiologie a 12 sous-spécialités*.

L'EXPLOSION DES SAVOIRS MÉDICAUX, LE CHANGEMENT DE BESOINS

Environ 25 000 articles médicaux sont publiés chaque mois.¹³⁹ L'explosion des savoirs médicaux vient modifier les exigences en termes d'acquisition des connaissances médicales et de formation continue. Les réformes de la formation continue amenées par la loi dite HPST du 21 juillet 2009 s'inscrivent dans cette nouvelle exigence, même si les mesures censées répondre à cet objectif demeurent floues. La mise à jour des connaissances est particulièrement chronophage, ce qui correspond, dans notre système de rémunération à l'acte, à une perte de revenu potentielle. L'organisation actuelle de la médecine libérale n'est pas en faveur d'une médecine de pointe dans laquelle les médecins maîtriseraient à coup sûr les données acquises de la science.

L'augmentation des savoirs médicaux et de la technique médicale explique le phénomène de sur-spécialisation évoqué plus haut. Les besoins en soins, et donc en professionnels, s'en trouvent multipliés. Notons également que les progrès médicaux participent à la chronicisation du profil des pathologies. Des pathologies autrefois relativement aiguës, comme par exemple le sida, l'insuffisance rénale, le diabète, le cancer, sont désormais des pathologies chroniques, avec tout ce que cela implique en termes d'organisation de prise en charge (multiplicité des acteurs, nécessité de coordination, rôle du patient dans sa prise en charge, éducation du patient, augmentation des dépenses de soins...).

Par ailleurs, de nouvelles formes de besoins liés à des changements d'ordre sociétal se développent. La frontière entre facteur de risque et pathologie s'amenuise : le soin se développe alors que le patient ne ressent aucun symptôme. L'augmentation des consultations chez les professionnels des soins mentaux ne résulte pas nécessairement d'une augmentation de la prévalence des troubles mentaux. La "culture sociétale" actuelle est plus encline à accepter le recours à un psychiatre qu'auparavant. De la même manière, le comportement de patients vis-à-vis du port de lunettes a très certainement évolué au cours des dernières décennies, conduisant à une augmentation de "besoins" de recours aux ophtalmologues. Ainsi les prévalences et incidences des pathologies ne déterminent-elles pas à elles seules l'augmentation de recours aux professionnels de santé : des évolutions sociétales jouent un rôle non négligeable.

UN SYSTÈME NON FAVORABLE À LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES

Comme nous l'avons vu précédemment, les pathologies chroniques se développent : le médecin est surtout amené à traiter la "chronicité". Or, la formation des étudiants en médecine est dévolue à la prise en charge de l'aigu. Les compétences indispensables à la prise en charge des pathologies chroniques, comme l'éducation du patient, la psychologie, la communication, ne sont qu'effleurées. Par exemple, la formation à l'éducation sur les règles hygiéno-diététiques n'est bien souvent limitée qu'à l'énonciation de l'exigence d'éducation du patient et de règles hygiéno-diététiques...

¹³⁹ De Kervasdoué J. Symptômes et origines "objectives" de la crise, *op. cit.*

Plus que la formation, c'est l'organisation même du système de soins qui ne favorise pas la prise en charge des pathologies chroniques.

Un article de Pierre-Louis Bras¹⁴⁰ rappelle les six piliers interdépendants sur lesquels repose le *Chronic care model* permettant l'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques :

- *Les producteurs de soins doivent avoir la possibilité de mobiliser des ressources "communautaires" (groupes de malades, structures d'éducation thérapeutique, etc.).*
- *La qualité de la prise en charge doit être valorisée, des incitations à la qualité doivent être adressées aux professionnels de santé (la rémunération des professionnels doit être en adéquation avec ces exigences).*
- *Les patients ayant une influence déterminante sur l'évolution de leur maladie, il convient de les aider à modifier leurs comportements, à gérer leur maladie.*
- *Une organisation en équipe est nécessaire avec un clair partage du travail où le médecin intervient principalement dans les épisodes aigus et où les membres de l'équipe assurent le suivi du malade.*
- *Les soins doivent être organisés à partir des protocoles formalisés scientifiquement fondés.*
- *Un système informatisé doit être disponible pour gérer les soins : suivi d'indicateurs de résultats, dispositif d'alerte, gestion du rappel des patients.*

Or, force est de constater que notre système ne va pas dans ce sens. L'auteur de cet article précise ainsi qu'une prise en charge pertinente des pathologies chroniques en France ne pourra se faire qu'au prix de bouleversements profonds de l'organisation de l'ensemble du système de santé.

LA TÉLÉSANTÉ ET L'HOSPITALISATION À DOMICILE POUR FAIRE FACE À DE NOUVEAUX CHALLENGES¹⁴¹

Face à la *gérontocroissance*, au développement des pathologies chroniques, à une démographie médicale en baisse et à une nécessité de coordination et de continuité des soins, le développement de l'hospitalisation à domicile représente un atout incontournable. Le développement des nouvelles technologies, comme la télésanté, permet de répondre aux mêmes attentes.

L'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile se positionne comme *un substitut à la prise en charge du patient en établissement de santé : son objectif est de raccourcir, retarder ou éviter totalement une hospitalisation complète, selon que les patients sont admis directement de leur domicile ou bien qu'ils sont adressés à la suite d'une hospitalisation en établissement de santé*. Véritable passerelle entre l'hôpital et l'ambulatoire, son activité repose donc sur la coordination des soins au domicile du patient.¹⁴² L'hospitalisation à domicile est un mode d'hospitalisation qui permet d'assurer, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Elle concerne des malades de tous âges, atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, qui, à défaut de prise en charge en structure d'hospitalisation à domicile, seraient hospitalisés en établissement de santé avec hébergement. Elle prend en charge des patients pour lesquels les soins prodigués nécessitent une mobilisation de moyens importants, proches de ceux mis en œuvre si le patient était resté hospitalisé en institution avec hébergement. C'est l'hôpital qui se déplace au domicile des malades : il s'agit bien d'un dispositif sanitaire et non médico-social. Son motif d'entrée n'est pas la dépendance mais bien la maladie.¹⁴³

¹⁴⁰ Bras PL. *Développement des maladies chroniques et avenir de la médecine générale : un regard à partir d'expériences étrangères*. In : Tabuteau D. Office de prospective en santé, rapport 2008. Paris : Éditions de Santé - Les Presses de Sciences Po, 2008.

¹⁴¹ Cette partie est tirée du rapport de la Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD) : FNEHAD. Télésanté et HAD : La médecine du XXI^e siècle, dossier de presse, 3 juin 2010.

¹⁴² *Ibid.*

¹⁴³ *Ibid.*

L'HAD n'est reconnue en France légalement que depuis la loi hospitalière de 1970. Elle devient une alternative à part entière à l'hospitalisation traditionnelle grâce à la réforme hospitalière de 1991, où elle est intégrée aux schémas régionaux d'organisation sanitaire¹⁴⁴. L'hospitalisation à domicile, dont les contours ont été précisés dans une circulaire du 1^{er} décembre 2006, a obtenu, dans le cadre de la loi HPST du 21 juillet 2009, une consécration législative. En définissant dans son article premier le domicile comme l'un des lieux de possible exercice des missions des établissements de santé, la loi reconnaît l'HAD comme une modalité d'hospitalisation à part entière et non plus comme une simple alternative à l'hospitalisation traditionnelle.¹⁴⁵

Certifiées par la HAS, les structures HAD sont reconnues comme des établissements de santé à caractère généraliste et polyvalent. Elles se soumettent aux mêmes obligations que tout autre établissement de santé, et sont tenues d'assurer la continuité des soins 24h/24, sept jours sur sept.

On remarque depuis ces dernières années un essor rapide de l'HAD, encouragé par le gouvernement.¹⁴⁶ Elle a en effet connu un essor particulièrement marquant entre 2005 et 2009 de par la levée de freins réglementaires et financiers qui, jusqu'alors, en avaient limité le développement.¹⁴⁷

Selon les données de l'ATIH publiées en mai 2010, le nombre d'établissements d'HAD est passé de 124 à 265, le nombre de séjours, de 63 000 à 129 748, et le nombre de patients ayant bénéficié d'une HAD, de 35 017 à 86 674. Ainsi, que ce soit en nombre de patients, volume d'activité ou valorisation financière, l'HAD a donc plus que doublé en à peine cinq ans.

De plus, dans un contexte de difficultés financières, l'HAD apparaît, d'après les mêmes auteurs, comme une solution pour alléger les dépenses de santé. Le coût moyen d'une journée en MCO avoisine 700 euros, il est de 200 euros en HAD, et la prise en charge quotidienne de 10 000 patients dans les 206 établissements d'HAD représente moins de 600 millions d'euros pour l'Assurance Maladie, soit 0,8 % des dépenses d'hospitalisation.¹⁴⁸ Une récente étude de l'ATIH démontre également que, pour les mêmes patients en soins palliatifs, une prise en charge en HAD a un coût médian 50 % moins élevé qu'en MCO.¹⁴⁹

Selon une étude de l'IRDES¹⁵⁰, la cancérologie et les soins palliatifs représentaient les principaux motifs de l'HAD, situations principalement rencontrées chez les personnes âgées. Trois patients hospitalisés à domicile sur dix présentaient une dépendance moyenne à très lourde.

Ainsi, même si l'offre HAD reste encore marginale dans le système de soins, elle est en passe de devenir incontournable dans le paysage médico-social. Elle permettrait de répondre aux problèmes inhérents à la prise en charge et au maintien à domicile de personnes fragilisées, dépendantes ou handicapées, et ce, nonobstant sa vocation médicale première.

L'avenir de l'HAD reste pourtant incertain : pour la première fois depuis cinq ans, on observe une baisse de 2 % de l'activité moyenne des établissements d'HAD. La FNEHAD (Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation à Domicile) craint la fermeture de certaines structures, faute de budget, et revendique dès lors un soutien financier renforcé de la part du gouvernement.¹⁵¹

¹⁴⁴ *Ibid.*

¹⁴⁵ *Ibid.*

¹⁴⁶ *Ibid.*

¹⁴⁷ *Ibid.*

¹⁴⁸ *Ibid.*

¹⁴⁹ *Ibid.*

¹⁵⁰ Afrite A, Chaleix M, Com-Ruelle L, Valdelièvre H. L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients. *Questions d'économie de la santé* 2009 ; 140 : 8 p.

¹⁵¹ Assemblée Générale de la FNEHAD, présidée par le Dr Élisabeth Hubert le 24/06/2010.

Notons qu'aucun des interlocuteurs rencontrés lors de nos entretiens n'a évoqué spontanément l'HAD, ce qui pourrait tendre vers une négligence de ce mode d'hospitalisation de la part des professionnels de santé.

Télésanté

La télésanté est définie par le député Pierre Lasbordes comme *l'utilisation des outils de production, de transmission, de gestion et de partage d'informations numérisées au bénéfice des pratiques tant médicales que médico-sociales*.¹⁵²

Le terme télésanté regroupe toutefois deux notions qu'il faut savoir distinguer¹⁵³ :

- La télémédecine¹⁵⁴, partie de la médecine qui utilise la transmission par télécommunication d'informations médicales. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

Au regard de la loi, la télémédecine est *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients*.¹⁵⁵

- La dématérialisation de l'information de santé, favorisant le partage et l'accès à l'information entre les professionnels de santé ou avec le patient. Il peut s'agir soit des dossiers médicaux partagés (DMP) soit de portails d'informations ou de télétransmissions en tous genres.

La télémédecine a pour vocation de répondre aux problématiques majeures que nous avons évoquées, ainsi qu'à d'autres que nous expliciterons par la suite (coordination des soins, coopérations entre professionnels, prise en charge des maladies chroniques).

L'HAD et la télémédecine sont complémentaires. Selon la FNEHAD¹⁵⁶, *le développement de la télémédecine pour certaines pathologies et certains territoires permettrait de maintenir des patients à domicile ou en EHPAD, dans le cadre d'une prise en charge HAD, en évitant des*

¹⁵² FNEHAD, *op. cit.*

¹⁵³ Loi "HPST" du 21 juillet 2009.

¹⁵⁴ Les actes de la télémédecine comprennent :

- La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues peuvent également être présents auprès du patient.
- La téléexpertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient.
- La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé.
- La téléassistance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.
- La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation de l'aide médicale urgente.

¹⁵⁵ Article 78 de la loi "Hôpital, Patients, Santé, Territoires" du 21 juillet 2009.

¹⁵⁶ FNEHAD. *Livre blanc des systèmes d'information de l'HAD*. FNEHAD, 2009.

hospitalisations conventionnelles ou un défaut de soin. De plus, certains patients pris en charge en HAD demandent un niveau de suivi médical qui, en l'absence de télé médecine, est générateur de déplacements pour le patient ou d'un risque de non prise en charge quand l'éloignement est trop important. Enfin, l'HAD peut être partie prenante de l'acte de télé médecine lorsque celui-ci demande l'assistance d'un personnel paramédical pour sécuriser la pose des équipements ou le recueil des indicateurs avant interprétation par le médecin, ou encore pour assister le patient en téléconsultation.

Expérimentée depuis plusieurs années au sein de nombreux services, la télé médecine a passé un cap en octobre 2010 avec la publication au Journal Officiel d'un décret encadrant sa pratique ; elle quittera son statut expérimental courant avril 2012, laissant ainsi le temps aux individus ou organismes qui exerçaient déjà une activité de télé médecine de se mettre en conformité avec les nouvelles dispositions.¹⁵⁷

Au niveau organisationnel, les textes de loi précisent que le praticien libéral qui souhaite faire de la télé médecine doit préalablement signer avec le directeur de l'ARS un contrat particulier, dont les termes tiendront compte des spécificités de l'offre de soins dans le territoire considéré. Du côté des organismes, les professionnels de santé qui organisent une activité de télé médecine doivent conclure entre eux une convention spécifiant qu'ils respectent bien les règles d'hébergement des données de santé à caractère personnel.¹⁵⁸

Ce décret ne fait cependant pas l'unanimité. La Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) déplore un problème de fond : *En effet, si le décret reconnaît l'acte de télé médecine comme un acte médical à part entière, les modalités de rémunération de cet acte relèvent du pouvoir discrétionnaire des seules ARS, et sont ainsi sorties du champ conventionnel. Ainsi, il y aura une télé médecine à plusieurs vitesses. Cette situation est totalement inacceptable. Il revient, en effet, à la seule Commission de hiérarchisation des actes professionnels, et à elle seule, de déterminer la valeur des actes médicaux sur des bases connues et définies, annonce-t-elle.*

D'autres sont beaucoup plus critiques, comme Jean-Paul Hamon, co-président d'Union Généraliste : *Il n'y a pas eu l'ombre de concertation avec les syndicats, c'est un délire technocratique. La priorité serait déjà d'installer le haut débit dans certaines zones du territoire, et même si la télé médecine peut rendre des services dans des zones isolées, où un médecin peut consulter à distance un autre spécialiste, en aucun cas, il est envisageable de consulter des patients par mail. C'est parfaitement ridicule et je vois bien que l'objectif est de faire un maximum de médecine sans les médecins. On ne soignera pas les gens par internet ou alors on s'expose à de graves dangers. Et ce n'est pas cela qui vous résoudra les problèmes de démographie médicale.*

Le CNOM, quant à lui, fait part de son optimisme : *Cette nouvelle modalité d'exercice de la médecine, dans le respect de la déontologie médicale, devra renforcer l'équité dans l'accès aux soins.*

Et pour l'Ordre des Médecins, *cela devra également contribuer à faciliter l'exercice des médecins libéraux et hospitaliers et des autres professionnels de santé, dans le cadre juridique de leurs compétences avec un financement assuré.*

Une enquête réalisée par Europe Assistance montre toutefois que les Français paraissent peu favorables au développement des consultations par Internet (13 % pour, contre 69 % en Suède ou 47 % en Italie).

¹⁵⁷ JORF n° 0245 du 21 octobre 2010 - Texte n° 13, décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télé médecine.

¹⁵⁸ FNEHAD.

En matière de financement, la télémedecine est éligible au FIQCS ou à la dotation MIGAC et peut bénéficier des dotations de l'État et des départements aux établissements sociaux et médico-sociaux. Cependant, certains médecins ne cachent pas leur inquiétude à propos de ce financement, à l'image du coordonnateur Télégéria, le Dr Pierre Espinoza, qui pense que celui-ci est trop faible pour assurer la pérennité de la télémedecine.¹⁵⁹

Le Dossier Médical Personnel

Le Dossier Médical Personnel (DMP), instauré par la loi du 13 août 2004 et se voulant constituer l'un des piliers de la réforme de l'Assurance Maladie, a été marqué par un profond échec. Il a été créé initialement pour assurer une meilleure coordination des soins. Comme vu précédemment, le DMP constitue par ailleurs un support pour le développement de nouvelles pratiques médicales, comme la télémedecine. Malgré des lenteurs dans la mise en place du DMP –qui était prévue pour 2007–, des errements techniques et beaucoup d'argent gaspillé, certains retours d'expérimentations se sont montrés plutôt positifs¹⁶⁰. Par exemple, 86 % des praticiens hospitaliers estiment que le DMP modifie le dialogue interprofessionnel et 20 %, qu'il permet une diminution du nombre de documents papiers envoyés. À propos des patients, ils perçoivent en particulier deux avantages majeurs au DMP : bénéficier d'une meilleure coordination des soins (pour 72 % d'entre eux) et d'une rapidité de prise en charge accrue (pour 38 % d'entre eux).

L'informatisation des données permettrait une meilleure coordination entre les différents professionnels. Un certain nombre de difficultés, techniques et politiques, limitent toutefois la mise en application de cet outil.

Le médecin en France *utilise peu les moyens techniques informatiques ou ne les utilise que dans l'optique d'une gestion individuelle du dossier*¹⁶¹. L'utilisation de l'outil informatique est bloquée en France par des problèmes techniques relatifs à la formalisation de l'ensemble de ces données. L'un des problèmes techniques essentiels réside dans la faible *interopérabilité sémantique des systèmes d'information*.¹⁶² Les causes de ces lacunes ne sont pas uniquement techniques mais liées également à des questions de gouvernance. Le rapport de M. Fieschi¹⁶³ déplore en effet, une fois de plus¹⁶⁴, l'absence de pilotage national cohérent des systèmes d'information en France.

Par ailleurs, ce projet ne suscite pas nécessairement une forte adhésion de la part de tous les futurs utilisateurs¹⁶⁵ :

- Certains professionnels de santé craignent un alourdissement des tâches administratives et une augmentation de la charge de travail alors que, paradoxalement, le DMP a été conçu pour faire gagner du temps, en permettant notamment un accès aux informations pertinentes au moment

¹⁵⁹ Le Quotidien du Médecin du 25/10/2010.

¹⁶⁰ GIP DMP, Direction des Usages et du Déploiement. [Retour d'expérience des projets de l'appel à projet DMP](#). Juillet 2009.

¹⁶¹ Bras PL, Duhamel G. *Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères*. Paris : IGAS, 2008.

¹⁶² Fieschi M. *La gouvernance de l'interopérabilité sémantique est au cœur du développement des systèmes d'information en santé*. Paris : Ministère de la santé et des sports, 2009.

¹⁶³ *Ibid.*

¹⁶⁴ Voir par exemple : Bacquet P. *Rapport d'information au parlement sur l'informatisation du système de santé*. Assemblée Nationale, 1998. - Fieschi M. *Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins*. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003. - Gagneux M. *Rapport de la mission de relance du Dossier médical personnel*. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, 2008. - Jegou JJ. *Rapport d'information au Sénat n° 35. Systèmes d'information de santé : le diagnostic est posé, le traitement s'impose*. Sénat, séance du 17 octobre 2007.

¹⁶⁵ Assemblée Nationale. [Le dossier médical personnel \(DMP\) : quel bilan d'étape pour quelles perspectives ?](#) Compte-rendu de l'audition publique du 30 avril 2009.

opportun. D'autres perçoivent le DMP comme un moyen de surveillance voire de "flicage" de la pratique médicale.

- Les patients, quant à eux, sont surtout inquiets du problème de confidentialité des données personnelles contenues dans le DMP.

Le DMP appelle des mutations dans les organisations et le cadre juridique de la production de soins, une implication forte de l'encadrement des établissements de santé, des actions de formation auprès des professionnels de santé, et une mobilisation appropriée des industriels.

Comme signalé par Michel Gagneux : *Ce qui est en train de se mettre en œuvre n'est encore que du papier, de l'intention, un cadre qui va permettre à l'action de se déployer. L'essentiel reste à faire (...). Nous avons devant nous encore 4, 5, 6 années de travail extrêmement important*¹⁶⁶.

CONCLUSION

Répondre aux aspirations des professionnels de santé et appréhender les évolutions des besoins de soins est un pré-requis indispensable pour répondre à la problématique des *déserts médicaux*. Ces éléments permettent de contribuer à définir les besoins et à identifier ce qui peut "satisfaire" le professionnel de santé.

Le développement des moyens de coopérations et l'apparition de "nouveaux métiers de la santé" collent aux aspirations des professionnels de santé et aux nouvelles nécessités de prise en charge.

¹⁶⁶ TICsante.com. Accès des patients au DMP : le président de l'Asip santé annonce des expérimentations en 2011 : [TIC santé, 11/10/2010](http://TICsante.com).

La lutte contre les déserts médicaux doit être intégrée dans d'autres chantiers complémentaires

Faire face aux déserts médicaux

L'hétérogénéité de l'offre de soins sur le territoire et l'atteinte au principe de l'égalité d'accès aux soins ont conduit les pouvoirs publics à s'interroger sur la pertinence des mesures à mettre en place. La baisse de la démographie médicale et les probables problèmes de santé publique qui en découleront, placent ce problème d'accès aux soins sur l'agenda politique.

L'idée d'une régulation de l'installation des médecins libéraux se heurte toutefois au "référentiel" de la profession, qui fait de la liberté d'installation un principe fondamental.

LA LIBERTÉ D'INSTALLATION COMME PRINCIPE

Le cabinet médical peut se définir comme *le local professionnel où le praticien reçoit habituellement ses malades et donne ses consultations et non la clientèle à laquelle il dispense des soins*¹⁶⁷. Il est constitué par le local professionnel, le mobilier et le matériel technique permettant de recevoir et soigner, et la propriété des fiches de renseignements personnels sur les malades.¹⁶⁸

L'arrêt Casanova du 29 mars 1901¹⁶⁹ énonce que l'autorité publique ne peut procurer des soins médicaux aux habitants qui en sont privés que devant la carence de l'initiative privée. La liberté d'ouverture du cabinet médical constitue un corollaire à ces normes restrictives de l'initiative publique.

Cette liberté d'installation est un principe fondamental de la médecine libérale. Elle est reprise par la loi du 30 avril 1930 qui intègre la "charte de la médecine libérale"¹⁷⁰, et par la loi du 3 juillet 1971. Elle figure également dans le Code de la sécurité sociale¹⁷¹. Les cabinets médicaux s'ouvrent ainsi selon les choix du praticien, sans autorisation administrative préalable. Des zones sous-dotées et des déserts médicaux apparaissent ainsi, sans possibilité de régulation. La complémentarité entre médecine hospitalière et médecine de ville souffre également de cette absence de possibilité de régulation de la médecine libérale et s'illustre par l'"embouteillage" des services d'urgence hospitaliers.

Un certain nombre de limites à cette liberté existent néanmoins. Outre les clauses de non concurrence ou de non réinstallation déterminées lors de l'établissement d'un contrat (sous la responsabilité de la juridiction civile), le Code de déontologie prévoit lui-même des limites. Peuvent être cités l'installation après remplacement¹⁷² (prévue en l'absence de clause de non réinstallation

¹⁶⁷ CE 27 juillet 2005, décision n° 269136.

¹⁶⁸ Legros B. Cours master 2 : *droit public, droit et politiques de santé*. Université Lille 2, 2007.

¹⁶⁹ CE 29 mars 1901, Casanova.

¹⁷⁰ Les principes pouvant être résumés à la liberté de choix du lieu d'installation du médecin, la liberté de choix par le malade de son médecin, la liberté de prescription du médecin, la liberté de fixation des honoraires : par entente directe entre le médecin et son patient, essentiellement caractérisée par le "paiement de l'acte".

¹⁷¹ Article L. 162-2 du Code de la sécurité sociale.

¹⁷² Article R. 4127-86 du Code de la santé publique.

contractuelle), l'installation dans un même immeuble qu'un confrère de même discipline¹⁷³ et l'exercice sur lieux multiples¹⁷⁴. De même, cette liberté est limitée par le biais d'autorisations "administratives" attribuées pour certains actes ou certains équipements. Ce type d'autorisation est aujourd'hui consacré à des actes et équipements relativement perfectionnés. L'augmentation de la technicité de la médecine pourrait conduire au développement de ce type d'outils.

IL N'EXISTE PAS DE SOLUTIONS MAGIQUES PERMETTANT DE LUTTER CONTRE LES DÉSERTS MÉDICAUX

Comme vu précédemment, les inégalités de répartition des médecins sur le territoire sont problématiques et ce constat ne va pas en s'arrangeant.

Le Conseil de l'Ordre des Médecins constate en effet que *les nouveaux inscrits au Tableau de l'Ordre ne s'installent pas dans les zones dites désertifiées mais dans les grandes villes et à proximité des Centres Hospitalo-universitaires, en dépit de l'octroi d'aides à l'installation*. Le Conseil de l'Ordre conclut ainsi : *Il est flagrant que les mesures incitatives, dont l'évaluation n'a pas été faite officiellement, ne portent pas leurs fruits*¹⁷⁵.

Les mesures destinées à faire face aux déserts médicaux ont reposé en France sur des mécanismes incitatifs : essentiellement sur l'augmentation du nombre de médecins en formation, sur des tentatives de fidélisation des jeunes médecins à leur région de formation, sur des incitations financières et autres aides matérielles à l'installation.

D'après l'enquête ISNAR-IMG précitée¹⁷⁶, seuls 12,2 % des internes de médecine générale répondants affirmaient qu'aucune mesure *ne les inciterait à s'installer en zone déficitaire*. Si les possibilités d'action sont ouvertes, encore faut-il pouvoir identifier les mesures susceptibles d'être efficaces. Nombre d'études ont tenté d'évaluer les différentes mesures mises en place et d'identifier celles apparaissant comme les plus pertinentes à instaurer, en s'appuyant notamment sur des expériences étrangères. Aucune n'a permis, d'une manière générale, d'*identifier de solution unique durable et satisfaisante au problème récurrent de la répartition optimale des services de soins de santé sur le territoire*.¹⁷⁷ L'objet du présent rapport n'est pas de réaliser cet exercice de synthèse (auquel s'est d'ailleurs récemment livrée Aurélie Pilorget dans sa thèse de médecine¹⁷⁸). Nous critiquerons cependant la pertinence de certaines mesures en mettant en exergue, grâce à nos entretiens, un certain nombre d'incohérences pouvant contribuer à expliquer leur échec.

Les mesures liées à la formation

L'augmentation du *numerus clausus* a été l'une des premières mesures pour pallier la diminution du nombre de médecins. Depuis 1997, il est en croissance constante : en douze ans il a presque été multiplié par deux (3 583 en 1997 pour atteindre 7 400 en 2009). Toutefois, de par la durée de la formation, les décisions relatives au *numerus clausus* ne produiront leurs effets qu'au terme d'une période de neuf à douze ans. Mais surtout, l'action sur le *numerus clausus* n'assure aucune garantie de meilleure répartition de l'offre de médecins, et ce, malgré la répartition des étudiants à l'issue de l'examen national classant.

¹⁷³ Article R. 4127-90 du Code de la santé publique.

¹⁷⁴ Article R. 4127-85 du Code de la santé publique.

¹⁷⁵ CNOM. Atlas de la démographie médicale 2008, *op. cit.*

¹⁷⁶ ISNAR-IMG, *op. cit.*

¹⁷⁷ Bourgueil Y, Mousquès J, Tajahmadi A. Améliorer la répartition géographique des médecins : les enseignements de la littérature. *Questions d'économie de la santé* 2006 ; 116 : 6 p.

¹⁷⁸ Pilorget A. *Inégalité de répartition des médecins généralistes sur le territoire, quelles solutions ? Étude des mesures prises dans quatre pays européens*. Thèse. Faculté de médecine, Rennes, 2010.

L'augmentation du *numerus clausus* s'est traduite par une augmentation du nombre d'internes¹⁷⁹. Maints experts ont tablé sur une régulation du nombre de postes ouverts à l'issue de l'examen national classant (ENC), en majorant le nombre de postes dans les régions défavorisées et en le réduisant dans celles mieux pourvues en offre, afin de réguler l'installation des futurs médecins. Pourtant, cette réflexion peut être critiquée. Elle repose sur l'idée que les médecins exerceront dans la région où ils ont effectué leur internat. Or cette idée est sujette à caution, *a fortiori* quand les internes sont originaires d'autres régions. Les données étudiant la mobilité des professionnels à l'issue de leur formation sont peu nombreuses ; elles varient en fonction des spécialités et des régions, et reposent souvent sur des enquêtes d'intention et non sur des réalités observées.

Notons ainsi qu'en matière de formation médicale, les Facultés de médecine de Lille placent la Région au 4^e rang national en nombre d'étudiants, alors que la densité des médecins qui y exercent lui confère la 13^e position¹⁸⁰. De même, Lille est le 3^e pôle français de formation de chirurgien-dentiste mais la Région se place au 19^e rang au regard de son nombre de praticiens.¹⁸¹ Cette situation se retrouve pour les pharmaciens : 3^e pôle de formation national de pharmaciens mais 17^e rang national décerné au Nord – Pas-de-Calais, en considération du nombre de professionnels qui y exercent. Pour les sages-femmes, le rang de 3^e pôle de formation côtoie l'avant-dernier rang national (21^e sur 22) en termes de densité.

Comme signalé dans l'un de nos entretiens : *plus d'un tiers des internes¹⁸² au CHU sont des Parisiens. Ces internes parisiens sont ainsi susceptibles de vouloir retourner dans leur région d'origine à l'issue de leur internat*. Notre interlocuteur insiste donc sur l'amélioration de la qualité de la formation des externes lillois afin que ceux-ci aient le choix, à l'issue de l'ENC, de pouvoir effectuer leur internat à Lille : ces derniers auraient ainsi moins de raisons de migrer à la fin de leur internat.

Il faut rappeler toutefois qu'en 2009, 32 % des étudiants affectés à un poste d'interne à l'issue de l'ENC ont changé de subdivision alors qu'ils pouvaient choisir la même discipline en restant sur place (mobilité choisie), et ce, alors qu'au total 48 % des étudiants étaient mobiles géographiquement.¹⁸³ *A contrario*, 16 % ont été affectés ailleurs car la discipline qu'ils ont retenue n'était plus accessible dans leur subdivision d'origine (mobilité contrainte).¹⁸⁴ Une grande partie de la mobilité est ainsi choisie et non subie. Cependant, cette mobilité varie en fonction de la spécialité choisie (de 39 % pour la médecine générale à 60 % pour l'anesthésie-réanimation et la biologie médicale). Il est fort probable que cette mobilité fluctue également selon les "régions d'externat" et les "régions d'internat".

Il conviendrait, d'une manière générale, d'augmenter la connaissance dans le domaine de la migration des jeunes professionnels de santé, en disposant de données propres à chaque région, à chaque spécialité et à chaque profession, afin d'identifier les mesures les plus à même d'être efficaces.

Autre motif probable d'échec à cette régulation de la démographie médicale par la régulation des postes à l'ENC : l'absence de répercussions de ce type de régulation à l'échelle infrarégionale. Or, comme nous l'avons vu précédemment, c'est à cette échelle que les inégalités territoriales sont principalement observées.

¹⁷⁹ Le nombre d'internes en formation s'élève à 19 470 en 2009 : il devrait atteindre 27 824 en 2020.

¹⁸⁰ ORS Nord – Pas-de-Calais. La formation des professionnels de santé. 50/51^e Nord 2006 ; 8 : 6 p.

¹⁸¹ *Ibid.*

¹⁸² Chiffre non vérifié.

¹⁸³ Fauvet L. Les affections des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2009. *Études et Résultats* 2010 ; 720 : 8 p.

¹⁸⁴ *Ibid.*

L'afflux d'internes dans une région déficitaire peut toutefois contribuer à répondre à la carence de l'offre de soins dans certaines régions, mais de manière transitoire et partielle.

L'ouverture de stages dans des hôpitaux non universitaires, situés dans des zones défavorisées démographiquement, est particulièrement pertinente. Cependant, la portée de cette mesure est tempérée par le nombre de stages offerts aux internes, qui est supérieur à l'effectif des postulants. Par conséquent, il n'existe pas de garantie que ces postes soient pourvus. Comme l'a souligné l'une des personnes interviewées, *il faut que les étudiants en médecine sortent du CHU pour découvrir l'exercice de la médecine en périphérie. Actuellement les internes ne souhaitent pas aller en périphérie, d'autant moins que les stages n'y sont pas validant pour leur spécialité. Il faudrait donc développer les stages chez le praticien pour les internes de médecine générale et les stages en périphérie pour les internes de spécialité (...), avant de conclure : la seule chose qui fonctionne c'est l'obligation.* Ainsi pourrait-il être pertinent que des stages validant soient ouverts en zones déficitaires et que l'équilibre entre nombre de stages proposés et nombre d'étudiants soit favorable au comblement de tels postes.

Notons que dans certains pays, une sorte de "service civique" contraint les jeunes médecins à s'installer, au début de leur carrière et pour une période transitoire, dans les zones déficitaires. Sans arriver à de tels extrêmes, la réforme du post-internat actuellement en cours s'inscrit dans cette logique. L'ouverture de postes d'"assistant-Bachelot" en zones déficitaires répond aux problèmes de l'offre de soins dans les zones insuffisamment desservies et aux nécessités de formation du post-internat pour les nombreux internes arrivant, nécessités qui ne peuvent être comblées par les seuls CHU en raison du faible nombre de postes de chef de clinique-assistant des hôpitaux qu'ils sont à même de proposer (budget limité, absence de pertinence de former trop de prétendants à la carrière hospitalo-universitaire pour un faible nombre "d'élus").

À travers la question de la capacité de formation et d'accueil des CHU, se pose également celle de l'ouverture de stages d'interne au sein de structures privées. Cette possibilité a été évoquée par un certain nombre de décideurs politiques, au premier rang desquels figure la Ministre de la Santé.¹⁸⁵ Aucun de nos interviewés n'a soutenu une telle démarche. À l'exception de partenariats strictement encadrés, répondant à une offre de formation non dispensée au sein de structures publiques (par exemple l'ouverture de stages de chirurgie au sein de "SOS Main"), nos interlocuteurs, d'une manière générale, mettaient en exergue *le caractère public indissociable dans notre République de notre système d'éducation ou de formation (...) l'enseignement revient au service public, certainement pas au privé.*

Une autre personne interviewée a évoqué la création d'universités et de lieux de formation dans des zones défavorisées. De la même manière, on peut douter de la propension des étudiants à vouloir rester dans la zone dans laquelle ils se sont formés, *a fortiori* si celle-ci s'avère défavorisée.

Pour conclure, l'augmentation du nombre de professionnels de santé repose sur l'idée d'une saturation de l'offre dans les zones attractives, saturation devant aboutir à un phénomène de concurrence. Théoriquement, le jeu de cette concurrence économique devrait permettre une régulation économique classique et favoriser une répartition équitable et efficace sur le territoire. Sauf que, dans le domaine médical, la régulation économique "classique" ne fonctionne pas, le marché médical n'étant pas un marché de "concurrence pure et parfaite". Nous pouvons citer le phénomène de "demande induite", qui permet au praticien de se garantir un revenu malgré la concurrence. L'augmentation des effectifs ne semble pas résoudre le problème des inégalités spatiales des professions de santé.

¹⁸⁵ Mme Roselyne Bachelot, lors de la Journée de l'ISNIH, 2010.

Les mesures financières

Elles concernent les postes hospitaliers et l'exercice libéral, et sont proposées dès les études médicales, à travers l'allocation de bourses d'études en échange d'un engagement à exercer dans les zones déficitaires. Cette dernière mesure a pour principale limite d'être trop coûteuse pour être généralisable¹⁸⁶. Pour résumer l'apport des mesures financières, nous emprunterons les résultats d'une étude effectuée par Yann Bourgueil *et al.*, selon laquelle ces mesures n'auraient qu'une influence modérée à court terme et très faible à long terme (...) Les statistiques françaises montrent que les médecins sont peu sensibles aux incitations financières et qu'un supplément de revenu ne constitue pas un élément déterminant dans le choix de leur lieu d'installation.¹⁸⁷

Les personnes interrogées lors de nos entretiens faisaient également part de leur doute quant à l'efficacité des mesures financières. *Ce n'est pas sur des critères financiers que l'on va les attirer (...)*

Les mesures d'incitation à l'installation n'ont pas été efficaces (...) Les bourses proposées aux étudiants contre leur installation dans les zones défavorisées n'ont pas eu d'impact.

En ce qui concerne les enveloppes financières, ce n'est pas cela qui va les attirer. Ils ne veulent pas aller dans un endroit où ils savent qu'il n'y a personne.

Selon un interviewé, *les médecins gagnent suffisamment bien leur vie pour être sensibles à une augmentation de ce qui ne représente qu'un faible pourcentage de ce qu'ils gagnent. Selon certains, le cadre de vie est essentiel, aussi important que la rémunération (...) on en revient au problème de la qualité de vie : les médecins ne souhaitent pas s'installer dans des zones où il n'y a pas d'école, où les loisirs sont limités, où les magasins sont peu accessibles (...) Un jeune médecin qui a le choix ne va certainement pas aller s'installer dans certains secteurs où il n'y a plus de pharmaciens, de kiné... il va plutôt aller à Lille parce qu'il a un conjoint qui ne veut pas aller s'enterrer (...) Est-ce que les jeunes médecins sont opposés à aller en dehors de l'agglomération ? La réponse est non mais il faut qu'il y ait une organisation différente.*

Mais cet avis de prégnance du cadre de vie n'a pas été partagé par l'ensemble des personnes interrogées. Aux yeux de quelques-uns, *rien n'empêche un médecin de vivre dans un endroit et de travailler dans un autre (...) ce qui est déterminant, ce sont les conditions de travail, la capacité du lieu d'exercice à remplir les attentes des professionnels. Certaines personnes interrogées semblent plus croire à l'incitation non monétaire, sur les conditions de travail (...) c'est une notion de travail en équipe, un échange intellectuel, un endroit agréable, qui vont attirer le jeune médecin.*

La coordination entre les secteurs est mise à mal par la multiplicité des acteurs

Les difficultés en termes de démographie médicale figurent également sur l'agenda des pouvoirs publics en charge des questions d'aménagement du territoire¹⁸⁸. Lors de nos entretiens, des observateurs ont identifié comme moyen de lutter contre les déserts médicaux, le développement des voies de communication, qu'elles soient routières ou technologiques. Ces voies de communication peuvent en effet d'une part permettre aux patients de se rendre vers les structures de soins et d'autre part *aux médecins de vivre dans des lieux répondant à leurs "exigences sociales" tout en travaillant dans d'autres lieux.* Comme signalé par l'un de nos interlocuteurs : *comme pour les bibliobus, on pourrait imaginer qu'un camion passe, subventionné par le Conseil Régional, où des médecins prendraient place pour visiter des zones sous-dotées.*

¹⁸⁶ Bourgueil Y, Mousquès J, Tajahmadi A. Améliorer la répartition géographique des médecins, *op. cit.*

¹⁸⁷ *Ibid.*

¹⁸⁸ La loi n°2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux.

Les questions de communication liées à l'image du Nord – Pas-de-Calais ont également été mises en exergue. *Il faut aussi arrêter de dire que c'est une région pauvre (...) on n'est pas dans la ruralité profonde. Il faut vanter les atouts de la Région. Il y a beaucoup d'avantages ici. Le Nord – Pas-de-Calais n'est pas une région sinistrée. Il y a une relation humaine qui est favorable ici, une culture, on a envie de rester. On n'est pas loin de Paris tout en n'ayant pas les inconvénients. On est un carrefour européen. Il y a une circulation des médecins. L'agglomération lilloise attire.*

Il reste donc à définir les contours d'une collaboration intersectorielle qui permettent une pertinence d'adéquation entre les différents secteurs de décision des politiques publiques.

Il faudra cependant faire face à des questions d'articulation, de cohérence et de clarté entre les différents acteurs, dans un secteur qui est déjà marqué par une pléthore d'intervenants et un défaut de visibilité.

Par exemple, les mesures incitatives censées favoriser l'installation des médecins sont attribuées par l'Assurance Maladie mais également par les collectivités territoriales, les hôpitaux et l'État. La multitude d'acteurs conduit à "perdre" les jeunes professionnels. D'après l'étude ISNAR-IMG précitée¹⁸⁹, 95 % des internes déclaraient ne pas connaître les aides à l'installation.

Des mesures coercitives ?

Certaines voix s'élèvent pour que des mesures coercitives soient prises et que la liberté d'installation soit remise en question à travers, par exemple, un conventionnement sélectif sur la base du nombre de médecins de même spécialité exerçant dans une zone, ou encore l'obligation d'une installation provisoire dans une zone déficitaire. Il convient de rappeler que pour certaines professions de santé, la limitation de la liberté d'installation a été mise en application (les pharmaciens par exemple). Seulement deux de nos entretiens se sont alignés sur cette volonté de remise en cause de la liberté d'installation pour les médecins libéraux. Cette solution a, au contraire, été largement critiquée par les autres interviewés. Quelques-uns soulignaient notamment le fait que les expériences étrangères allant dans ce sens s'étaient soldées par des échecs.

L'Angleterre et l'Allemagne ont en effet expérimenté ce type de mesures, sans toutefois parvenir à mettre un terme à la problématique des déserts médicaux. En Allemagne par exemple, les seuils sont parfois considérés comme arbitraires car ils ne tiennent pas compte de certains facteurs comme l'âge, le genre, la morbidité, le statut socioéconomique de la population.¹⁹⁰ Cet échec des mesures coercitives peut également s'expliquer par le fait qu'interdire l'installation dans les zones surmédicalisées ne présage pas automatiquement de l'attractivité des zones délaissées. En Allemagne, ces mesures ont eu pour effet une réorientation des étudiants en médecine vers des métiers non directement liés au soin, et le vieillissement de la population de médecins¹⁹¹. Au Royaume-Uni, le système mis en place aurait également entraîné une *réduction du nombre de candidats par rapport aux places offertes* en rendant les carrières moins attractives.¹⁹²

Les timides remises en cause de ce principe de liberté d'installation se heurtent en France à l'opposition du corps médical. Peuvent être citées en exemple les manifestations des internes en médecine en octobre 2007, qui ont sonné le glas des propositions contraignantes en matière d'installation figurant dans le projet de loi du 21 juillet 2009 dite HPST. De manière générale, tout ce qui va à l'encontre des principes de la "médecine libérale" (Cf. des professionnels favorables au changement ?) soulève l'opposition du corps médical.

¹⁸⁹ ISNAR-IMG, *op. cit.*

¹⁹⁰ Hartmann L., *et al.* L'accès aux soins de premier recours en Europe. *Revue Française des Affaires sociales* 2006 ; 2-3 : 121-39.

¹⁹¹ Kopetsch T. L'expérience allemande de planification des installations médicales. *Cah Sociol Demogr Med.* 2003 ; 43(3) : 529-42.

¹⁹² Descours C. *Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire.* Paris : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003.

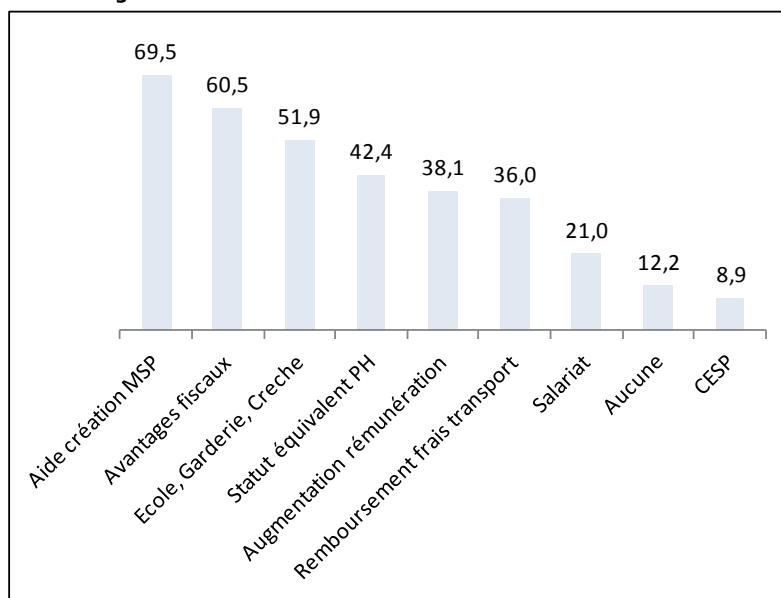
La loi du 21 juillet 2009 dite HPST tente de réguler l'offre de soins ambulatoires en favorisant sa complémentarité avec le secteur hospitalier, grâce à l'incorporation au schéma régional d'organisation sanitaire régulant l'offre de soins hospitaliers, d'un volet ambulatoire : le schéma d'organisation des soins. Cependant, ce volet de soins ambulatoires n'est pas opposable juridiquement.

Des mesures sur les conditions d'exercice et de pratique

Ces mesures portent essentiellement sur le soutien et le financement des modes d'organisation d'offre de soins innovants et sur le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication. Ces nouvelles formes d'organisation font principalement référence aux maisons médicales pluri-professionnelles, ainsi qu'aux dispositifs liés à la permanence des soins.

Dans l'enquête ISNAR-IMG précitée¹⁹³, à la question "quels types de mesure vous inciteraient à vous installer en zone déficitaire ?", la mesure la plus fréquemment citée (pour 70 % des internes) était une aide logistique et financière à la création d'une maison de santé pluri-professionnelle ou d'un cabinet de groupe.

Figure n° 7 : Types de mesure susceptibles d'inciter les internes de médecine générale à s'installer en zone déficitaire



Source : Enquête ISNAR-IMG 2011.

Les projets de nouvelles formes d'exercice relèvent le plus souvent davantage d'initiatives de professionnels que d'un pilotage régional : leur pertinence quant à leur localisation et leur apport en termes d'amélioration de la répartition des professionnels sur le territoire ne sont pas toujours assurés. Ainsi, *l'impact de ces maisons médicales sur l'amélioration du maillage du territoire, voire de la qualité des soins, n'est pas encore documenté*¹⁹⁴. De même, si les dispositifs de permanence des soins semblent susceptibles de répondre au problème de la couverture de l'urgence et de la continuité des soins, leur efficacité reste en revanche non démontrée¹⁹⁵. L'enquête de 2005 réalisée auprès des comités régionaux de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), précédemment citée, a permis de faire un recensement des mesures prises pour améliorer la répartition des professionnels de santé. Comme signalé dans

¹⁹³ ISNAR-IMG, *op. cit.*

¹⁹⁴ Bourgueil Y, et al. Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France, *op. cit.*

¹⁹⁵ *Ibid.*

cette étude, à l'échelle régionale *les mesures les plus fréquemment citées portent sur les conditions d'exercice et la formation des médecins mais aussi de certaines professions paramédicales*. Les enjeux liés aux nouveaux modes d'exercice revêtent ainsi une importance majeure dans la problématique de l'installation médicale et des professionnels de santé en général. Cependant, d'après ladite étude, *les initiatives prises à l'échelon infrarégional visant à faciliter l'installation (lieux d'exercice et équipement) sont peu documentées*. Ce constat semble paradoxal car les inégalités de répartitions sont criantes à l'échelle infrarégionale.

Les mesures concernant l'accès aux nouvelles technologies ciblent plus particulièrement les projets de télémédecine. Toutefois, ces mesures sont pour l'heure encore modestes. De plus, *les coûts induits sont souvent mal connus, et parfois considérés comme un frein à la généralisation de ces expériences*¹⁹⁶.

Ainsi, si les mesures intervenant sur les modes d'exercice et de pratique de professionnels de santé semblent répondre à une demande des professionnels pour faire face aux déserts médicaux, elles requièrent néanmoins un accompagnement des pouvoirs publics. Et également l'identification de l'ensemble des facteurs intervenant sur ces modalités d'exercice et de pratique, en tentant de répondre au mieux aux exigences et aux difficultés que connaissent les médecins, certes, mais aussi à celles rencontrées par l'ensemble des professionnels de santé.

PROPOSITION DE NOUVELLES MESURES PERMETTANT LA RÉGULATION D'APRÈS LE RAPPORT HUBERT¹⁹⁷

Le rapport sur la médecine de proximité d'Élisabeth Hubert¹⁹⁸ propose des mesures incitatives et non coercitives pour pallier la désertification médicale. Il précise que ces mesures devront être mises en œuvre par les pouvoirs publics : le corollaire à cette précision est que leur mise en œuvre reposera sur les volontés politiques.

Malgré l'augmentation de la pratique de remplacement en médecine libérale, l'auteur n'est pas en faveur de la création d'un statut spécifique à ce mode d'exercice. Il recommande d'agir sur les facteurs déterminants de l'installation, en sécurisant financièrement celle-ci. Pour ceux qui souhaitent investir, seraient proposés des prêts à taux zéro dans certaines zones, un développement du crédit-bail, des mécanismes de déductions fiscales, ou encore l'instauration d'un fonds de garantie de l'investissement. Pour ceux qui ne souhaitent pas investir, le rapport propose de faire connaître les statuts de collaborateur et d'assistant, d'aider les professionnels à négocier avec les collectivités territoriales pour qu'elles financent l'installation (Cf. rôle des ARS). Il préconise d'offrir des évolutions de carrière en valorisant l'expérience, en privilégiant les exercices mixtes, en formant les médecins au management, à la gestion, à l'enseignement, en leur permettant d'évoluer vers d'autres spécialités ou d'autres activités (prévention, contrôle, inspection). Il propose aussi d'améliorer la protection sociale des professionnels de santé libéraux (la couverture maternité des médecins libéraux de secteur 1, la modification du régime de l'assurance vieillesse). Enfin, il met l'accent sur la mise en place du Développement Professionnel Continu (DPC) et sur le fait qu'il faille relativiser les inquiétudes concernant la responsabilité civile (Cf. partie judiciarisation). Il souhaiterait par ailleurs que les ARS jouent un rôle important dans l'incitation à l'installation en identifiant des territoires déficitaires, en impulsant des actions de communication et d'information et en sollicitant les collectivités (appui des démarches et prise en charge des logements de stagiaires et d'internes en zones rurales, par exemple).

Le rapport propose en outre des mesures provisoires pour faire face dès à présent aux déserts médicaux, et précise qu'il appartiendra aux ARS de gérer celles-ci pour des questions de cohérence

¹⁹⁶ Ibid.

¹⁹⁷ Hubert E, *op. cit.*

¹⁹⁸ Ibid.

et de pérennité. Ces mesures consistent à reconnaître comme mission de service public l'exercice en territoire désertifié et à proposer en conséquence un certain nombre d'avantages (rémunération spécifique et incitative, locaux aménagés et mis à disposition par les communes). Cette mission serait assurée par des internes, des jeunes médecins souhaitant différer leur installation, des remplaçants, et tout médecin libéral, salarié ou jeune retraité, exerçant à proximité et désirant s'y associer. Ces mesures mettent aussi l'accent sur la nécessité de faciliter l'accès au médecin, notamment par sa mise à disposition auprès des patients isolés de transports.

CONCLUSION

D'une manière générale, la régulation de l'installation doit tenir compte des aspirations des médecins et des autres professionnels de santé, en termes de conditions d'exercice et de pratique. Ces conditions d'exercice et de pratique connaissent des évolutions majeures, à travers notamment le développement des moyens de coopérations et l'apparition de « nouveaux métiers de la santé », ou encore à travers l'essor des nouvelles technologies. Des évolutions sociétales, comme le vieillissement de la population, auront également des répercussions sur les professionnels de santé. L'ensemble de ces phénomènes est donc à prendre en considération dans la réflexion sur les différentes politiques de régulation à instituer.

L'essor des coopérations

Avec une augmentation de l'importance des pathologies chroniques, les besoins de soins se modifient. Les restrictions budgétaires amènent les pouvoirs publics à proposer de nouveaux modes d'organisation du système de santé. Le vieillissement du corps médical s'accompagnera de départs massifs de médecins à la retraite durant la première moitié de cette décennie. Enfin, le modèle « traditionnel » de la profession médicale n'est plus concordant avec les aspirations des jeunes médecins. À cela s'ajoute une mauvaise lisibilité des aides à l'installation, la méconnaissance de la gestion de cabinet, les « lourdeurs administratives » et une inquiétude concernant les mises en cause juridiques.

Face à ces différents facteurs, les réponses n'étaient jusqu'à présent que ponctuelles. Redéfinir le contour des métiers, en créer de nouveaux, faciliter les passerelles entre les différentes professions et anticiper les compétences par rapport aux besoins de la société, tels sont les éléments indispensables à considérer pour optimiser notre système de soins. Le développement de la coopération entre professionnels de santé représente un espoir majeur pour l'avenir de celui-ci. Ces nouvelles formes de coopération constituent donc une véritable opportunité d'évolution du système de santé, et font partie des multiples défis que doit relever la santé publique.¹⁹⁹ Les professionnels rencontrés lors de nos entretiens ont souligné l'importance majeure des coopérations pour les années à venir.

Dans la prise en charge des pathologies chroniques, nous l'avons vu, cette coopération interprofessionnelle apparaît en effet comme indispensable. Elle permettrait d'améliorer la qualité des soins en réorganisant la prise en charge des patients et en privilégiant le développement de certaines activités, comme l'éducation thérapeutique. La coordination des soins serait améliorée afin d'optimiser le parcours de soins. Un autre enjeu de la coopération est de favoriser l'attractivité

¹⁹⁹ HAS, ONDPS. Délégation, transfert, nouveaux métiers... Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. Rapport d'étape. Saint-Denis La Plaine : HAS, 2007.

des professions de santé en privilégiant les activités purement médicales pour les médecins, tout en étendant le champ de compétences et d'interventions aux autres professionnels de santé.²⁰⁰

Les coopérations peuvent consister en des transferts d'activités ou d'actes de soins, voire en une réorganisation du mode d'intervention auprès des patients.²⁰¹

Après un certain nombre d'études menées notamment par la HAS et l'ONDPS, la dynamique des coopérations entre professionnels a été lancée. Mais encore faut-il que les modalités de formation, les exigences d'indépendance professionnelle, ou encore la défense des monopoles d'exercice, ne se heurtent pas au développement de ces nouvelles formes de coopération.

QU'EST-CE QUE LA COOPÉRATION²⁰² ?

Si le mot coopération est aujourd'hui employé, divers termes y sont associés : délégation, transfert, compétence...

La délégation désigne l'action par laquelle le médecin confie à un autre professionnel de santé la réalisation d'un acte de soin ou d'une tâche. Elle comprend donc l'idée de supervision, la responsabilité du médecin restant engagée.

Le transfert se traduit par l'action de déplacer l'acte de soin d'un corps professionnel à un autre : toutes les activités lui sont confiées. Les professionnels non médicaux sont donc responsables et autonomes dans la décision et la réalisation.

La délégation et le transfert peuvent donc se faire à destination de corps professionnels déjà existants. On peut toutefois envisager la création de nouveaux métiers lorsque cela est pertinent.

Le professionnel qui se voit déléguer ou transférer un acte de soin ou une tâche doit maîtriser une combinaison de savoirs (connaissances, savoir-faire, comportement et expérience).

Enfin, au sens de l'article L. 4011-1 du Code de la santé publique, la coopération est un processus par lequel au moins deux professionnels de santé, volontaires, définissent ensemble leurs nouvelles modalités d'intervention auprès du patient, en maintenant la qualité et la sécurité des soins qui lui sont dues.

LES MOYENS QUI PERMETTENT LA MISE EN ŒUVRE DE LA COOPÉRATION

Des dispositifs de collaboration entre les médecins : les sociétés civiles, les sociétés d'exercice libéral, le statut de collaborateur salarié, les remplacements

Si la mise en commun des ressources par les médecins a reposé jusqu'à ces dernières années sur les sociétés civiles, la loi du 31 décembre 1990²⁰³ et le décret du 3 août 1994²⁰⁴ ont autorisé la création de société d'exercice libéral, permettant ainsi de faire appel aux capitaux extérieurs et de constituer des sociétés commerciales²⁰⁵. Les caractéristiques de la société civile sont régies par les articles 1832 à 1882 du Code civil.

²⁰⁰ *Ibid.*

²⁰¹ *Ibid.*

²⁰² Tiré notamment de : HAS, ONDPS. Délégation, transfert, nouveaux métiers, *op. cit.*

²⁰³ La loi du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de société de profession libérale soumise à un statut législatif ou réglementaire.

²⁰⁴ Décret du 3 août 1994 relatif à l'exercice en commun de la profession de médecin sous forme de SEL.

²⁰⁵ Legros B. Cours master 2 : *droit public, droit et politiques de santé*, Université Lille 2, 2007.

On distingue les sociétés ayant pour but de faciliter l'exercice de leurs membres, comme la société civile de moyens (SCM), des sociétés ayant pour objet d'exercer une activité professionnelle, comme la société civile professionnelle (SCP) et la société d'exercice libéral (SEL) qui regroupe des membres de professions libérales réglementées souhaitant exercer leur profession en commun.

Bien que disposant de la personnalité morale, la société civile de moyens n'est pas autorisée à réaliser des bénéfices. Elle peut être constituée entre médecins de même spécialité ou de spécialités différentes, ou avec des professionnels paramédicaux dans le respect de l'indépendance professionnelle. L'exercice médical reste personnel et individuel (propriété de la clientèle ou perception des honoraires). La société civile professionnelle est une société d'exercice : c'est la société qu'elle constitue qui exerce la médecine par l'intermédiaire de ses membres. Elle ne peut être constituée qu'entre membres d'une même profession. Elle doit être inscrite à l'Ordre des Médecins, en plus de l'inscription de ses membres. Elle peut faire des bénéfices. Les dispositions de la société d'exercice libéral, dans le cadre de la profession médicale, figurent à l'article R. 4113-1 du Code de la santé publique. Les médecins peuvent s'associer pour créer une société ouverte à des capitaux extérieurs. Si l'apport de capitaux extérieurs est permis, il est cependant interdit à certaines professions afin de garantir l'indépendance professionnelle. Ces SEL sont des sociétés d'exercice : elles exercent la médecine par l'intermédiaire de leurs membres et doivent être inscrites au tableau de l'Ordre. Elles sont sans limitation du nombre d'associés.

D'autres formes de sociétés sont utilisées pour la coopération entre médecins, comme la société civile immobilière (SCI) qui a pour effet l'acquisition et la gestion du bien immobilier nécessaire à l'activité médicale du groupe, ou encore la société créée de fait.

La coopération entre médecins peut éviter la forme sociétale grâce au contrat d'exercice en commun.

Les conditions législatives de remplacement sont définies par le Code de la santé publique. L'article R. 4127-65 du CSP énonce qu'*un médecin ne peut se faire remplacer dans son exercice que temporairement et par un confrère inscrit au tableau de l'ordre ou par un étudiant remplissant les conditions prévues par l'article L. 4131-2* (validation du deuxième cycle des études médicales ou équivalent, et validation d'un certain nombre de semestres du troisième cycle, en fonction de la spécialité). L'article R. 4127-66 du CSP précise qu'*après la fin de la période de remplacement, le remplaçant doit cesser toute activité s'y rapportant et transmettre les informations nécessaires à la continuité des soins*. Le remplaçant relève de la juridiction disciplinaire de l'Ordre, et de ce fait, est soumis au Code de déontologie. L'article 65 précise les conditions essentielles du remplacement : *Un médecin ne peut se faire remplacer dans son exercice que temporairement (...). Le médecin qui se fait remplacer doit en informer préalablement, sauf urgence, le Conseil de l'Ordre dont il relève en indiquant les noms et qualité du remplaçant ainsi que les dates et la durée du remplacement. Le remplacement est personnel. Le médecin doit cesser toute activité médicale libérale pendant la durée du remplacement*. L'article 66 précise qu'*une fois le remplacement terminé, le remplaçant doit cesser toute activité s'y rapportant et transmettre les informations nécessaires à la conformité des soins*.

Concernant le remplacement au sein d'un cabinet de groupe ou d'une association de médecins, l'article 93 stipule que (...) *Sans préjudice des dispositions particulières aux sociétés civiles professionnelles ou aux sociétés d'exercice libéral, lorsque plusieurs médecins associés exercent en des lieux différents, chacun d'eux doit, hormis les urgences et les gardes, ne donner des consultations que dans son propre cabinet. Il en va de même en cas de remplacement mutuel et régulier des médecins au sein de l'association*. Enfin, l'article 86 précise les limites d'interdiction d'installation après un remplacement afin qu'un médecin ayant effectué le remplacement d'un confrère pendant trois mois ou plus ne puisse pas entrer en concurrence avec lui sur une période de deux ans après la fin du remplacement (sauf si accord entre les intéressés).

D'après l'article R. 4127-87 du CSP, le médecin peut s'attacher le concours d'un médecin collaborateur libéral. *À la qualité de collaborateur libéral, le membre non salarié d'une profession qui, dans le cadre d'un contrat de collaboration libérale, exerce auprès d'un autre professionnel, personne physique ou personne morale, la même profession. Chacun d'entre eux exerce son activité en toute indépendance, sans lien de subordination, et dans le respect des règles de la profession, notamment le libre choix du médecin par les patients et l'interdiction du compérage*²⁰⁶. Le collaborateur libéral peut compléter sa formation et peut se constituer une clientèle personnelle. Ce collaborateur exerce à titre libéral et le Conseil de l'Ordre en a déduit qu'il entrerait *dans le champ d'application de la convention médicale qui s'applique à tous les médecins en exercice libéral, en vertu de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale*²⁰⁷. À la différence du remplaçant, le médecin collaborateur perçoit directement ses honoraires. Les feuilles de soins et l'ordonnancier sont à son propre nom. Une redevance est versée par le collaborateur au titulaire pour l'utilisation du cabinet : celle-ci est considérée par l'administration fiscale comme un loyer. Le médecin collaborateur peut exercer les mêmes jours que le médecin titulaire.

Les commentaires du contrat type du Conseil de l'Ordre rappellent que, conformément au Code de déontologie, *la collaboration n'est envisageable qu'entre deux praticiens de même discipline*. Le respect de l'indépendance professionnelle et la prohibition du compérage sont responsables de cette disposition. Le statut de collaborateur permet d'éviter les lourdeurs d'une réelle installation et le manque d'engagement du simple remplacement. Ce contrat est censé « rassurer » en donnant une certaine stabilité au médecin remplaçant.

Si ce dispositif permet de favoriser la collaboration entre médecins, il soulève cependant un certain nombre de questions communes au statut de remplaçant, comme celles liées à la transmission de la patientèle entre un médecin titulaire cessant son activité et un médecin collaborateur.

L'appréciation de la valeur de la patientèle est de fait problématique, le collaborateur ayant participé à la constitution de celle-ci. Le développement des moyens de coopération entre les médecins, et notamment celui du statut de collaborateur salarié, étant de plus en plus importants, cette problématique d'appréciation de la patientèle et de la transmission de cabinet plus généralement peut se révéler épineuse dans le futur.

S'agissant du cabinet secondaire, l'article 85 du Code de déontologie stipule que le lieu habituel d'exercice d'un médecin est celui de la résidence professionnelle au titre de laquelle il est inscrit sur le tableau du Conseil départemental. Cependant, dans l'intérêt de la population, un médecin peut exercer son activité professionnelle sur un ou plusieurs sites distincts de sa résidence professionnelle habituelle, notamment lorsqu'il existe, dans le secteur géographique considéré, une carence ou une insuffisance de l'offre de soins préjudiciable aux besoins des patients ou à la permanence des soins, ou lorsque les investigations et les soins qu'il entreprend nécessitent un environnement adapté, l'utilisation d'équipements particuliers, la mise en œuvre de techniques spécifiques ou la coordination de différents intervenants.

Le cabinet secondaire fait ainsi partie de l'arsenal permettant de lutter contre les déserts médicaux. La perspective d'exercer dans les zones déficitaires peut être acceptée par les jeunes médecins si cet exercice s'envisage à temps partiel. Les médecins ont en effet tendance à multiplier leurs activités et à diversifier leurs lieux d'exercice. Nos entretiens ont confirmé la pertinence de cet outil : *En accordant plus facilement des possibilités de créer des cabinets secondaires dans des villages où il n'y a plus personne, cela permet au médecin de venir un ou deux jours par semaine. Le médecin peut alors accepter de venir dans ces lieux si c'est seulement deux jours dans la semaine.*

Il convient de rappeler que de nombreux médecins ont deux activités et cumulent une activité libérale avec leur activité salariée.

²⁰⁶ Article R. 4127-87 du CSP.

²⁰⁷ Commentaires sur le contrat type de médecin collaborateur libéral (CNOM), par Hue B. [A propos du médecin collaborateur libéral](#). Mardi 03 janvier 2006.

Les réseaux de santé

Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. Les réseaux de santé (...) peuvent bénéficier de subventions de l'État, (...) des collectivités territoriales ou de l'Assurance Maladie ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'Assurance Maladie (...).²⁰⁸

Les formes juridiques des réseaux relèvent soit de groupements de coopération sanitaire (GCS), de groupements d'intérêt économique (GIE), de groupements d'intérêt public (GIP), ou d'associations. D'après une étude de la DREES²⁰⁹, entre 27 et 44 % des généralistes travaillent avec un réseau. Une large majorité des généralistes adhérents indique que *les réseaux leur permettent d'améliorer leur connaissance des problèmes de santé des patients*. Ce type de collaboration permettrait notamment une meilleure coordination et continuité des soins, et une meilleure qualité de la prise en charge. Selon cette même étude de la DREES²¹⁰, la majorité des médecins qui adhèrent à un réseau justifie son implication par l'appréciation de l'importance de la pathologie prise en charge en termes de santé publique et par la nécessité de coordination dans la prise en charge. Les réseaux permettraient également, d'après les médecins de l'enquête, de favoriser la collaboration entre les différents secteurs de soins, à savoir le secteur hospitalier, médico-social et ambulatoire.²¹¹ La mise en place d'un réseau est le fait de plusieurs professionnels motivés, interpellés par une problématique de santé publique. La création des réseaux dépend donc d'initiatives personnelles.

La création des réseaux se voulait apporter une réponse aux problématiques que nous avons évoquées, telles que l'émergence des pathologies chroniques ou la prise en charge de populations fragilisées grâce à un dispositif novateur de coopération. Cependant, la dépendance de ces structures à l'initiative de quelques professionnels en a fait des structures fragiles. Les tâches administratives sont en effet lourdes, les possibilités de financements ne sont pas toujours claires et la gestion des projets est chronophage. Il devient de fait trop lourd, pour un professionnel de santé, de participer à plusieurs réseaux. Qui plus est, la preuve de leur efficacité –et surtout de leur efficacité médico-économique– n'est pas démontrée. Les réseaux de santé ont ainsi été critiqués par de nombreuses études, dont un rapport IGAS²¹². En outre, s'ils permettent une expertise des professionnels dans un domaine, les réseaux limitent les coopérations à celui-ci. On constate une stabilisation voire, dans certaines régions comme le Nord – Pas-de-Calais, un infléchissement de la dynamique des réseaux. Les maisons de santé ou les pôles de santé pluridisciplinaires semblent apporter une réponse plus complète à la nécessité de l'exercice coopératif. Dans un entretien accordé en 2010, Michel Varroud-Vial, Président de l'Union Nationale des Réseaux de Santé²¹³, insiste sur les rôles différents des MSP et des réseaux et souhaiterait que ces deux modes d'exercice deviennent synergiques²¹⁴. De l'avis de nombreux auteurs, le réseau de santé est peut-être aujourd'hui un concept dépassé. D'autres formes de coopérations plus efficaces doivent être explorées et développées.

²⁰⁸ Article L. 6321-1 du Code de la santé publique.

²⁰⁹ Boumot MC, Goupil MC, Tyffreau F. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. *Études et résultats* 2008 ; 649 : 8 p.

²¹⁰ Ibid.

²¹¹ Ibid.

²¹² Daniel C, Delpal B, Lannelongue C. *Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR)*. Paris : IGAS, 2006.

²¹³ Association créée le 2 décembre 2008.

²¹⁴ [L'articulation avec les réseaux de santé](#) : coexistence ou synergie ? *Réseaux, Santé & Territoire* 2010 ; 31.

Les collaborations se font également au sein de réseaux informels²¹⁵

La collaboration entre professionnels de santé se fait bien évidemment au-delà de tout dispositif formel. D'une manière générale, les généralistes ont des contacts privilégiés avec les spécialistes. D'après l'étude DREES précédemment citée²¹⁶, 90 % des généralistes ont eu un échange avec au moins l'un d'eux dans les 15 jours précédant l'enquête.

Les rapports sont également privilégiés avec les pharmaciens, en lien direct avec la forte proportion de consultations faisant l'objet d'une prescription de médicaments, les infirmiers (surtout en relation avec la prise en charge des personnes âgées à domicile), les biologistes et les masseurs-kinésithérapeutes.

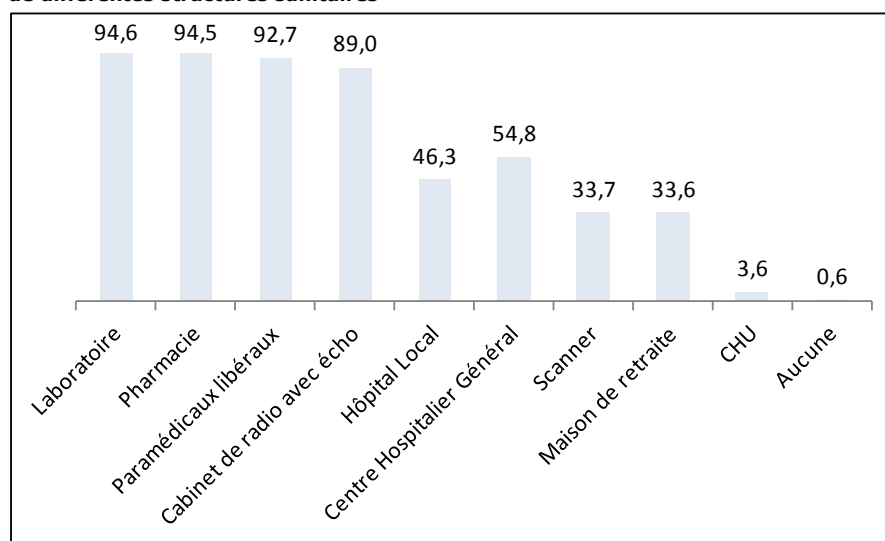
Cette étude relève par contre les faibles contacts qu'ont les généralistes avec d'autres professions comme les orthophonistes, les psychologues, les chirurgiens-dentistes, les médecins conseil de l'Assurance Maladie, les médecins du travail et les assistants sociaux. Ces contacts sont particulièrement ténus avec les médecins de PMI, les sages-femmes et les diététiciennes.

L'étude indique également que la collaboration s'instaure essentiellement entre professions libérales : *Dans 80 % des cas, la dernière fois que le généraliste a orienté un patient vers l'un de ses confrères, le spécialiste consulté était de statut libéral et dans 80 % des cas également, il a conseillé des noms de spécialistes.* La question de la collaboration entre les différents secteurs se pose donc, et ce, alors même que le salariat se développe.

Toujours d'après ladite étude, une large majorité des généralistes adresse ses patients à des infirmiers libéraux lorsqu'ils prennent en charge des personnes âgées, ce qui illustre, une fois de plus, les implications pluridisciplinaires de ce type de prise en charge. Ces généralistes collaborent également avec *les assistants sociaux et les services d'aides et d'accompagnement à domicile.*

Ce lien de collaboration entre différents professionnels de santé souligne l'importance de la diversification des professions de santé sur un même « territoire ». Cette importance a été pointée dans l'enquête ISNAR-IMG précitée²¹⁷ : à la question « *quelles structures sanitaires vous semblent indispensables près de votre lieu d'exercice (distance maximale correspondant à 30 minutes de trajet) ?* », environ 90 % des futurs médecins généralistes ont estimé comme *indispensable* la présence d'un laboratoire d'analyses médicales, d'une pharmacie, de paramédicaux libéraux (IDE, kinésithérapeute, orthophoniste, etc.) et d'un cabinet de radiologie avec échographie.

Figure n° 8 : Proportion d'internes répondants estimant indispensable la présence de différentes structures sanitaires



Source : Enquête ISNAR-IMG 2011.

²¹⁵ Canasse S. [Exercice de la médecine générale : un état des lieux](#). Carnets de santé, septembre 2008.

²¹⁶ Boumot MC, Goupil MC, Tyffreau F. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. *Études et résultats* 2008 ; 649 : 8 p.

²¹⁷ ISNAR-IMG, op. cit.

On comprend dès lors que la problématique des déserts médicaux ne doit pas seulement considérer une densité ou un nombre de médecins généralistes, mais tout un ensemble de professionnels. L'intérêt des maisons de santé (Cf. chapitre suivant) trouve ici une illustration de sa pertinence.

Dans l'étude de la DREES précitée²¹⁸, les médecins mettaient en avant les défauts de retour d'information entre professionnels et l'insuffisance de temps dévolue à la coordination. Ce manque de temps imparti à la coordination est inhérent notamment au mode de rémunération qui, par nature, favorise l'acte aux dépens d'activités annexes comme la coordination ou encore la prévention. Notons que la prévention a été présentée dans plusieurs entretiens comme étant l'un des principaux champs amené à se développer dans un avenir proche.

Dans certaines zones affectées de faibles densités de professionnels de santé, il est observé un certain nombre d'initiatives locales aboutissant à la constitution de réseaux de coopération entre professionnels. Cependant ces initiatives se trouvent limitées par des obstacles relevés, entre autres, dans un rapport présenté par la Délégation Interministérielle de la Ville²¹⁹.

Elles se heurtent souvent à leur propre méconnaissance des cadres juridiques et réglementaires en vigueur et des dispositifs déjà en œuvre. À ceci s'ajoutent fréquemment le manque de réactivité des pouvoirs publics, la difficulté de dialogue et un manque de sensibilité aux préoccupations des professions de santé, notamment libéraux. Elles reposent souvent sur l'engagement de certains professionnels de santé, volontiers désignés comme militants. Ces actions impliquent pour eux un surplus de travail difficile à intégrer dans des horaires déjà surchargés et ce d'autant qu'ils ne sont pas rémunérés. Elles pâtiennent en outre bien souvent d'une méconnaissance de la part des pouvoirs publics locaux et de l'absence d'aide notable. De fait, l'engagement des professionnels libéraux dans des actions de services publics (tel le soin aux personnes vulnérables) n'est pas favorisé.

La loi HPST est censée impulser les coopérations. C'est à cela que s'emploient les schémas régionaux de soins ambulatoires. De nouvelles formes juridiques de collaboration peuvent être créées. Ces modes de collaboration ne seraient apparemment pas promis à une institutionnalisation systématique, celle-ci pouvant alourdir les initiatives. La possibilité d'offrir un appui juridique et logistique aux initiatives locales pourrait être pertinente, comme pourrait l'être également la création de nouveaux métiers favorisant les collaborations.

Les maisons de santé²²⁰

Un autre dispositif fait partie du paysage actuel de la coopération : ce sont les Maisons de Santé Pluridisciplinaires. Elles répondent à un double enjeu de mobilisation des professions de santé et d'aménagement du territoire, au sein duquel doit prendre place « un projet de santé territorial ». Contrairement à la France où, dès les années 80, les syndicats avaient lancé l'idée de regroupement de professionnels médicaux et paramédicaux, la France n'y avait pas adhéré (d'après l'ONDPS). Ce n'est que depuis quelques années que cette notion est réapparue, en réaction notamment à la baisse annoncée de la démographie médicale et à la désertification professionnelle de certaines zones.

Les initiatives récentes, bien que nombreuses, sont confrontées à différents chantiers²²¹ comme l'identification et l'adoption d'un nouveau cadre juridique pour les exercices pluri-professionnels, la promotion de nouveaux modes de financement (voire la recherche de paiement mixte, forfaitaire et

²¹⁸ DREES, *op. cit.*

²¹⁹ Lebas J. *Amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé dans les quartiers de la politique de la ville*. Saint-Denis La Plaine : Les éditions de la DIV, 2002.

²²⁰ D'après notamment le rapport interministériel : le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement, 2010.

²²¹ Chambeau L, Schaetzel F, *dir.* *Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement*. IGAS, 2010.

à l'activité, et à terme, la création d'un fonds national pérenne), l'accompagnement des professionnels de santé par l'instauration d'une mission d'appui nationale, et le déploiement des systèmes d'informations partagées.

Les maisons de santé sont rattachées à la notion de « territoire » : elles doivent répondre en effet aux attentes spécifiques et aux problématiques des territoires sur lesquels elles seraient implantées ; leur apport s'agissant de la problématique des déserts médicaux est constitutif de leur création. L'intervention des autorités publiques, à travers une contractualisation avec les ARS et la collaboration des collectivités territoriales, apparaît donc comme une nécessité. L'établissement de « diagnostics » de santé pour chaque territoire trouve, dans ce cadre, un nouvel intérêt.

Les personnes interviewées se sont toutefois montrées critiques vis-à-vis des maisons de santé. Si certaines ont salué l'idée d'une mise en commun des moyens permettant, par exemple, *d'investir dans du matériel informatique*, ou offrant *la possibilité de rompre l'isolement*, d'autres en revanche se sont montrées volontiers plus prudentes quant aux attentes qu'elles suscitent : *il ne faut pas en attendre des miracles*. En effet, comme le signale l'un de nos interlocuteurs, *s'il y a une difficulté de déplacement dans une zone, on ne va pas obliger les médecins à s'y installer même s'il y a une maison pluridisciplinaire*.

Ou encore : *les médecins veulent travailler en équipe mais ce n'est pas pour cela que l'on va créer des maisons médicales partout. S'il existe des endroits où il n'y a plus de boulanger, de kiné, ils ne voient pas pourquoi il y aurait un médecin*.

Se pose également la question de leur financement, de leur pérennité et de leur fonctionnement : *qui va les financer, les construire ? Le fonctionnement, c'est un bazar. Qui doit s'en occuper ? Les médecins ? Un organisme ? C'est compliqué, il y en aura, mais pas tant que cela*.

Quand il y a une difficulté de déplacement, on ne va pas obliger les médecins à s'y installer même s'il y a une maison pluridisciplinaire. Par ailleurs, les maisons de santé soulèvent des questions de concurrence entre les professionnels. La construction d'une maison de santé risque en effet *d'instituer une sorte de concurrence déloyale vis-à-vis des professionnels du secteur*, les adressages se faisant à coup sûr entre les professionnels de la maison de santé.

Ces limites illustrent les freins à la coopération que nous évoquerons dans un chapitre *ad hoc*, et tempèrent les optimismes suscités par ce nouveau moyen de collaboration.

Le transfert de compétences constitue également un élément de développement des coopérations

Les frontières entre les métiers s'estompent. Leurs tâches respectives sont amenées à changer afin de garantir une meilleure inter-complémentarité des professions.

Sous réserve de l'existence de référentiels, des transferts peuvent être réalisés entre les métiers, de médecins à infirmiers, mais aussi d'infirmiers à auxiliaires de soins (des expérimentations sont énoncées dans le rapport Berland 2006²²²).

L'un des terrains privilégiés des transferts de compétences est la prévention. Selon le rapport d'Élisabeth Hubert²²³, les exemples étrangers attestent que dans ce domaine, les infirmières obtiennent de meilleurs résultats que les médecins (facteurs temps et relationnel). L'un de nos interviewés a cité un exemple de l'apport des transferts et/ou délégations de tâches pour la prévention : la contraception. *S'il y a autant d'IVG en France c'est qu'il y a un problème d'accès. Alors qui prescrit la contraception ? Ce sont principalement les médecins généralistes qui ont beaucoup d'autres choses à faire, qui ne sont pas toujours intéressés par la gynécologie, qui ne sont pas forcément bien formés... Donc les femmes n'ont pas toujours la contraception qui leur est adaptée. Pour une contraception adaptée et efficace, il faut prendre le temps d'expliquer, de chasser les idées reçues, ce que les médecins généralistes n'ont pas toujours le temps de faire*.

²²² Berland Y, Bourgueil Y. *Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé*. Paris : ONDPS, 2006.

²²³ Hubert E, *op. cit.*

Les médecins gynécologues sont de moins en moins nombreux ici à Roubaix (il n'y en a plus que trois sur toute la ville), donc très peu de femmes sont suivies par un gynécologue médical. Dans les hôpitaux, il n'y a plus les moyens de faire des consultations de contraception. Il reste le planning familial hospitalier ou de ville, mais les gens n'ont pas toujours l'information de son existence. L'IVG chez les jeunes filles est en augmentation, sûrement parce qu'il y a un problème d'accès à la contraception. Elles n'ont pas forcément envie d'aller chez leur médecin généraliste et elles ne savent pas trop vers qui se tourner. Donc si les sages-femmes pouvaient exercer pleinement leurs compétences, ce pour quoi elles sont formées, (...) on ferait plus de prévention.

Toujours dans ce registre de transferts de compétences bénéfiques à la prévention, l'exemple du diabète, mis en avant par un autre interviewé, vient conforter le point de vue précédemment exprimé : *On peut imaginer que par exemple, étant débordé, le médecin fasse appel à l'infirmière, ce qui se fait couramment actuellement dans le cas du diabète : l'infirmière explique le fonctionnement de l'appareil, cela soulage le médecin. Qu'il y ait régulièrement des diététiciens qui expliquent au diabétique la façon de manger, c'est bien aussi (...) même s'il s'agit d'un super infirmier qui connaît beaucoup de choses, ce n'est pas pareil.*

Ou encore, les infirmières peuvent être impliquées dans la surveillance de l'hypertension artérielle.

Ce transfert de compétences peut aussi exister dans le domaine des actes techniques, comme c'est souvent le cas à l'étranger. Enfin, parfois, il peut être pratiqué dans le champ du diagnostic (exemple des consultations de premier recours réalisées par des infirmières en France), au sein de cabinets pluridisciplinaires et encadrés par des protocoles précis.

La plupart du temps, ce transfert s'organise après formation spécifique du professionnel. En France il est très peu développé et d'ordre expérimental bien qu'ayant été évalué par l'ONDPS et la HAS comme positif²²⁴. La loi HPST veut favoriser les coopérations ; l'initiative en revient cependant aux professionnels (Cf. partie HPST).

Les coopérations hospitalières et sectorielles

Le développement des coopérations hospitalières est inscrit dans la loi HPST. La communauté hospitalière de territoire (CHT) vise à favoriser le développement de complémentarités et les rapprochements entre hôpitaux publics, autour de projets pertinents en termes d'activité médicale, de taille des établissements et de flux de population. Le groupement de coopération sanitaire (GCS), simplifié par cette loi, est le mode de coopération privilégié entre les établissements de santé publics et privés et permet de développer des moyens de coopération indispensables avec les professionnels de santé libéraux et le secteur médico-social.

Le principe d'une organisation des soins par niveau de recours est adopté par cette loi, et distingue :

- l'« offre de soins de premier recours », qui a pour vocation de répondre aux besoins de proximité ;
- l'« offre de soins spécialisés de second recours », qui mobilise des ressources médicales plus rares et, de ce fait, doit être organisée suivant un maillage territorial différent de celui de l'offre de soins de premier recours.

Ce principe trouve une application pratique dans les nouveaux schémas d'organisation des soins (SROS IV) instaurés par cette loi, qui organiseront l'offre de soins suivant les niveaux de recours ainsi définis. Les nouveaux SROS couvriront ainsi, certes les soins hospitaliers, mais également les soins ambulatoires. Bien que non contraignant, le volet soins ambulatoires du SROS IV propose l'élaboration d'un cadre partenarial entre les ARS et les professionnels, reposant sur des mécanismes incitatifs (fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) dédié

²²⁴ HAS. *Coopération entre professionnels de santé. Guide méthodologique. Tome 1 : Conditions de succès et retour sur les expérimentations de 2004 à 2007*. HAS, 2010.

à la permanence des soins et aux structures d'exercice collectif, contrat santé-solidarité, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ambulatoires, contrat d'engagement de service public, etc.).

Un des objectifs majeurs de ces réformes est de coordonner le secteur public et le privé, et les mondes hospitalier, ambulatoire et le médico-social. Elles ont vocation à lutter contre l'hospitalo-centrisme présent depuis 1958. Une gouvernance fondée sur le projet médical permettra sans doute de rompre le classique cloisonnement entre secteurs que connaît notre système. Cette nouvelle gouvernance est essentielle pour permettre enfin une complémentarité entre secteurs et un parcours de soins optimal.

Ces différents dispositifs qui ont pour but d'impulser les coopérations entre professionnels se heurtent à des limites. En effet, en dépit des promesses suscitées par l'exercice de groupe et malgré la dynamique positive, la France se situe derrière la plupart des pays européens en ce qui concerne le regroupement de la médecine générale.²²⁵

IL EXISTE DES LIMITES AU DÉVELOPPEMENT DES COOPÉRATIONS

Les moyens de coopération doivent respecter certains aspects juridiques

D'après le Code de la santé publique, le médecin est le seul à pouvoir porter atteinte à l'intégrité corporelle du patient. La nature des actes possiblement réalisables par les auxiliaires médicaux est limitée. Ces actes ne peuvent être effectués que sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin, ou sur prescription qualitative et quantitative du médecin en dehors de la présence de celui-ci²²⁶. Ce cadre légal d'exercice entérine alors cette séparation entre professionnels médicaux et les « autres », laissant une organisation des professions figée²²⁷. Cette organisation n'est pas fondée sur la compétence, mais uniquement sur les qualifications, en référence à leur diplôme. Il est à noter que le pharmacien a le pouvoir de se prononcer sur l'opportunité d'une prescription voire de refuser une délivrance lorsque la santé du patient l'exige²²⁸.

Par ailleurs, les coopérations doivent être conformes au Code de déontologie et en cela respecter notamment les notions d'indépendance professionnelle, d'interdiction du compérage et de certains investissements extérieurs.

L'indépendance professionnelle est une composante essentielle de la profession de médecin. Elle est notifiée à plusieurs reprises dans le Code de la santé publique, le Code de déontologie ou le Code de la sécurité sociale²²⁹. Les différents modes de coopération doivent s'y résoudre, y compris le salariat. En effet, si le lien de subordination est l'élément déterminant du contrat de travail (*la qualité de salarié implique nécessairement l'existence d'un lien juridique de subordination du travailleur à la personne qui l'emploie*²³⁰), cette subordination ne doit pas concerner la liberté de jugement et d'action pour le praticien. Selon le Conseil de l'Ordre, *le corps médical doit continuer à préserver son indépendance professionnelle, sans en sacrifier une partie pour une meilleure stabilité personnelle*. L'indépendance professionnelle consacrée dans le Code de déontologie est intransgressible. Le Code du travail limite également cette subordination. L'article L. 120-2 du Code du travail énonce que *nul (l'employeur) ne peut apporter aux droits des personnes (les salariés) et aux libertés individuelles et collectives, de restrictions qui ne seraient justifiées par la nature de la tâche à accomplir, ni proportionnelles au but recherché*. Ainsi, outre la garantie de la vie privée, cet article limite la subordination (qui est une restriction à la liberté) au strict nécessaire.

²²⁵ Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. *Questions d'économie de la santé* 2010 ; 157 : 6 p.

²²⁶ *Ibid.*

²²⁷ *Ibid.*

²²⁸ Article R.4235 du Code de la santé publique (CSP).

²²⁹ Article L. 162-2 du Code de la sécurité sociale.

²³⁰ Cass. civ. 6 juillet 1931, DP 1931, 1, 131, note P. PIC.

Certaines ententes sont prohibées. Si le Code de déontologie prévoit la possibilité de conclure un certain nombre de contrats, l'indépendance du médecin doit cependant être toujours garantie²³¹.

Tout compérage est formellement prohibé par le CSP entre médecins, entre médecins et pharmaciens, et auxiliaires médicaux²³². De même, certaines conventions entre médecins et pharmaciens sont interdites²³³, et tout avantage direct ou indirect, en nature ou en espèces, pour une prescription ou un acte médical quelconque est prohibé²³⁴.

Dans les cabinets regroupant plusieurs praticiens exerçant en commun, quel qu'en soit le statut juridique, l'exercice de la médecine doit rester personnel : chaque praticien garde son indépendance professionnelle²³⁵.

- Le partage de l'information

Dans le secteur libéral, l'échange d'information est limité par l'article L.1110-4 du Code de la santé publique et le Code de déontologie : la coopération entre professionnels de santé doit s'y conformer.

- Les relations entre professionnels

La coopération obéit aux règles de confraternité. En cas de désaccord entre médecins, il est obligatoire de chercher conciliation auprès de l'Ordre.

- La liberté de choix

Toute forme de collaboration est soumise au droit dont dispose toute personne de choisir librement son médecin²³⁶. De même, quel que soit le statut juridique des cabinets de groupe, le libre choix du médecin par le malade doit être respecté²³⁷.

- Les statuts juridiques de l'exercice groupé

La coexistence de plusieurs statuts juridiques dans l'exercice regroupé pluridisciplinaire (association Loi 1901, société civile de moyen, contrat d'exercice en commun...) peut être un frein au développement des maisons de santé et des pôles de santé pluridisciplinaires. Dans son rapport sur la médecine de proximité, Elisabeth Hubert souligne qu'*aucun des statuts existant pris individuellement ne répond complètement aux objectifs et besoins des Maisons de santé*²³⁸. Elle propose par conséquent de définir un ou plusieurs nouveau(x) statut(s) juridique(s) pour l'exercice regroupé afin de simplifier la mise en place et le fonctionnement des structures.

Les conditions de formation ne se prêtent pas réellement à la coopération

De par leur cloisonnement et leur étanchéité, les conditions de formation initiale des différentes professions de santé peuvent également constituer un frein aux coopérations professionnelles. Les formations proposées aux professions de santé sont marquées par un écart important concernant à la fois leur durée (de neuf à onze ans pour les médecins, et trois ans le plus souvent pour les auxiliaires médicaux) et la nature de l'enseignement proposé (universitaire avec un cursus de recherche pour certaines professions, professionnel pour les auxiliaires médicaux et les sages-femmes sans possibilité d'évolution autre que managériale). Cette organisation particulière ne laisse que peu de place pour des métiers intermédiaires. Ainsi les médecins qui souhaiteraient se

²³¹ Article R.4127-91 du CSP.

²³² Article R.4127-23 du CSP.

²³³ Articles L.4113-5 et L.4113-8 du CSP.

²³⁴ Articles R.4127-24 CSP et 4113-6 du CSP.

²³⁵ Article R.4127-93 du CSP.

²³⁶ Article R.4127-6 du CSP.

²³⁷ Article R.4127-93 du CSP.

²³⁸ Hubert E, *op. cit.*

concentrer sur leur pratique médicale sont amenés à effectuer des tâches et des activités qui ne nécessitent en rien neuf à onze ans d'études, mais qui ne peuvent pas non plus être prises en charge par des professions paramédicales limitées aux activités permises par leur décret d'actes.

Comme l'a signalé Yvon Berland dans un rapport²³⁹, *les auxiliaires médicaux français ont été formés dans le sens de la collaboration avec le médecin, sur un versant curatif, ils sont reconnus comme d'excellents professionnels acolytes des médecins, mais ils manquent de bases en connaissances générales et théoriques dans des matières plus transversales qui leur permettraient d'évoluer plus facilement dans leur carrière, et de faire évoluer les savoirs de leur profession.*

Ainsi les formations des auxiliaires médicaux sont-elles parfois qualifiées par certains auteurs de très hétérogènes et aujourd'hui *obsolètes*.

La formation pour les professions médicales et paramédicales se répartit entre les facultés et les écoles ; les institutions intervenantes sont nombreuses (l'État, différents ministères y compris les ARS, les collectivités territoriales, le domaine privé), ajoutant des problèmes d'articulation entre les différentes formations. Leurs qualités et leurs contenus sont en outre marqués par une forte hétérogénéité d'un endroit à l'autre.

La France se caractérise par une quasi-absence du niveau master dans les études de santé. Cette lacune constitue une faiblesse dans la formation des auxiliaires médicaux, induisant chez eux un défaut de qualification suffisante, qui contribue à freiner le développement de coopérations entre les professionnels. Qui plus est, peu de passerelles sont aujourd'hui permises pour les étudiants, hormis celles mises en place en première année de médecine.²⁴⁰

Depuis la rentrée universitaire 2010, les professions dites médicales (médecins, odontologistes, pharmaciens et sages-femmes) sont actuellement sélectionnées par le même concours pendant une année commune. Jusqu'alors réservé aux médecins, odontologistes et sages-femmes, ce tronc commun de sélection, en s'ouvrant aux pharmaciens, reconnaît la médicalisation de ce métier et crée un premier échelon de sélection des professions de santé. Cette année implémente donc une culture commune aux étudiants de santé pour ces quatre professions. Comme signalé par l'un de nos interviewés, une première année commune à l'ensemble de ces professions est *une garantie de rester dans la « famille médicale »*. Mais un autre professionnel interrogé n'a pas semblé mettre en exergue le bénéfice d'une telle année commune : *les premières années communes entre médecine et pharmacie n'apporteront pas grand-chose, car ce sont des métiers différents entre eux*. De même, les stages de formation sont un lieu essentiel pour familiariser les futurs professionnels à la coopération. Or, comme l'a souligné l'un de nos interlocuteurs : *rien n'est mis en place pendant la formation pour favoriser de manière directe la collaboration entre différentes professions*.

Ces passerelles entre formations sont fondamentales. Elles doivent concourir à cultiver la coopération et la coordination entre professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, et inciter à une culture commune. Par ailleurs, elles leur ouvrent des perspectives de changement de carrière. Enfin, elles offrent une seconde chance à des étudiants qui souhaiteraient se réorienter sans recommencer leur scolarité depuis le début, ou à des professionnels qui n'ont pas eu la possibilité de poursuivre des études longues avant d'entrer dans la vie professionnelle.²⁴¹

Pour favoriser une certaine homogénéité, gage de collaboration, *l'universitarisation* des formations paramédicales et l'inscription dans la démarche LMD (licence-master-doctorat) se mettent en place. Depuis septembre 2010, dans le cadre de la réforme LMD, les études infirmières se sont

²³⁹ Berland Y, dir. *La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner*. HAS, 2007.

²⁴⁰ *Ibid.*

²⁴¹ *Ibid.*

universitarisées avec la reconnaissance, pour la profession, d'un niveau licence. La reconnaissance de leur diplôme au niveau de la licence permettra d'élargir les perspectives d'avenir des infirmiers et des personnels paramédicaux dans leur ensemble. Ces derniers pourront poursuivre leurs études vers un master, voire un doctorat. Les autres professions paramédicales seraient en mesure, elles aussi, d'intégrer une filière universitaire (pour la rentrée 2013 d'après un rapport de l'Assemblée Nationale²⁴²). Elles seraient cependant dissociées de la formation d'infirmière, ce qui peut prêter à controverse car elles créeraient, de fait, de nouvelles cloisons entre professions vouées à partager un même socle de connaissance. Dans la problématique de coopération qui nous concerne, cette *universitarisation* se veut contribuer à la mutualisation de certains enseignements et ainsi à l'émergence d'une culture commune, de modes de travail communs. Des paliers de formation intermédiaires pourraient être créés afin de répondre à la demande croissante et plus diversifiée de soins.

Notons que la filière médicale n'a pas été intégrée d'emblée dans le système LMD, contrairement aux autres filières.

Ainsi, si les professions paramédicales veulent muter, si elles veulent suivre les progrès techniques médicaux, participer à la distribution de nouveaux soins et jouer un nouveau rôle, plus important, dans la prise en charge du patient, il faut réformer la formation des professionnels. La formation, initiale comme continue, est un temps essentiel durant lequel la notion de complémentarité doit s'organiser. La complémentarité des formations, l'acquisition d'un référentiel commun, le développement de nouvelles compétences doivent occuper une place dans la constitution des programmes.

✓ **Le développement professionnel continu**

La loi du 21 juillet 2009 a officialisé la naissance du développement professionnel continu (DPC), qui prend le pas sur la notion de développement médical continu (DMC) ayant vu le jour en mars 2009. Si le DMC était le tout-en-un de la formation médicale continue (FMC) et de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), le DPC, normalement en vigueur au 1^{er} janvier 2012, sera quant à lui obligatoire et pour les médecins, et pour les chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes et préparateurs en pharmacie. Selon le rapport d'Élisabeth Hubert²⁴³, les modalités du DPC ne sont pas encore claires (organisation floue, évaluation complexe).

Dans le cadre d'une délégation/transfert de tâches et de coopérations au sens large du terme, il conviendrait d'imaginer un dispositif d'évaluation des professionnels paramédicaux basé sur des actes précis. La formation continue leur étant dispensée offrirait également de nouvelles perspectives de recrutement. L'une des personnes interviewées a évoqué la pertinence de *recruter des personnes par la validation de leurs acquis d'expérience*, pensant notamment aux professions d'aides-soignantes. Avoir la capacité *d'offrir des possibilités d'évolution qui ne passe pas nécessairement par des diplômes*, est aussi une idée chère à notre interlocuteur. *Il faut reconnaître les qualifications acquises par les gens. Le fait qu'il y a des expériences personnelles dans le travail informel, qui font que parfois les gens dépassent largement le cadre formel, soit parce qu'on leur fait confiance, soit ils sont encadrés, soit ils ont des initiatives et finalement la reconnaissance de ces capacités, de ces compétences. Faire que des gens très motivés intègrent des parcours. C'est quelque chose de très important à imaginer. Comment on permet des passerelles et des trajectoires qui peuvent être fécondes. Les hôpitaux qui survivent sont ceux qui ont compris que la ressource la plus importante c'est la ressource humaine. Ceux qui essaient de mettre en place des conditions attractives, des processus de valorisation des acquis, sont plutôt gagnants.*

²⁴² Domergue J. Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la Commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'information sur la formation des auxiliaires médicaux. Assemblée Nationale, 2010.

²⁴³ Hubert E, op. cit.

Les modes de rémunération des professionnels représentent aussi un frein au développement de la coopération

En ville, l'offre de soins concerne les soins de premier recours prodigués par les généralistes et les professionnels paramédicaux, et les soins spécialisés assurés par des médecins spécialistes. Tous ces professionnels exercent le plus souvent dans un cadre libéral, qui s'accompagne d'un mode de rémunération basé sur le paiement à l'acte. Sur un plan économique, le paiement à l'acte a pour limite d'être inflationniste. Pour les actes cliniques, le médecin n'est pas rémunéré en fonction de leur durée respective ni de leur niveau de difficulté. Une première consultation est ainsi facturée de la même manière qu'un renouvellement d'ordonnance, consultation plus rapide et plus simple. Ces consultations sont celles qui assurent aux médecins la meilleure rentabilité. Il est aisé de comprendre qu'il ne leur serait pas profitable de déléguer celles-ci, lesquelles pourtant pourraient être prises en charge par d'autres professionnels de santé.

Par ailleurs, le paiement à l'acte ne favorise pas une disponibilité professionnelle pour une prestation autre que le soin lui-même : tout temps consacré à autre chose que du soin conduit à une perte de revenu. Or, comme il nous l'a été signalé dans un entretien, la coopération nécessite *un temps de coordination et un temps de coopération*. De même, la prise en charge des pathologies chroniques dépasse le cadre de la simple prescription ; l'éducation du patient fait partie intégrante du soin. Pourtant le paiement à l'acte n'incite pas le professionnel de santé à « prendre le temps » d'effectuer cette partie du soin. Ces limites concernent l'ensemble des professionnels de santé rémunérés de cette manière. Comme l'a rappelé une des personnes que nous avons rencontrées, *les infirmières ne veulent pas intégrer des structures de regroupement où elles seraient salariées car c'est moins intéressant que l'exercice libéral*.

On comprend dès lors les difficultés de la mise en place des nouvelles formes de coopération entre professionnels de ville dans un contexte économique qui favorise l'exercice individuel.

En milieu hospitalier public, les conditions de rémunération des professionnels paramédicaux obéissent aux règles de la fonction publique hospitalière. Les rémunérations s'inscrivent ainsi dans le cadre de « grilles » qui ne permettent que peu d'évolution pour les personnels paramédicaux dans le domaine des soins. Les principales opportunités de carrière pour les infirmières se situent dans l'encadrement des équipes soignantes ou encore sur quelques spécialités précises (infirmières de bloc opératoire, infirmières anesthésistes ou infirmières puéricultrices)²⁴⁴.

Ainsi, que ce soit en ville ou à l'hôpital, les modes de rémunération des professionnels de santé n'encouragent pas le développement de nouvelles formes de coopération, ni même celui de missions spécifiques comme la prévention, la coordination des soins ou même la qualité des soins.

Le « dépassement d'honoraire » a été évoqué comme étant un problème majeur de notre système de soins. Il vient accentuer la problématique d'accès aux soins. Comme signalé en effet dans un entretien, *dans la région à part certains secteurs très favorisés, si un médecin est en secteur 2, dans une zone très défavorisée, les gens n'iront pas le voir*.

Un certain nombre de rapports et d'études ont largement abordé les problèmes suscités par ce mode conventionnel sur le restant à charge et sur l'accès aux soins. Sans vouloir nous étendre sur le sujet, notons que la réforme en cours du post-internat pourrait indirectement conduire à la diminution du nombre de médecins éligible au secteur 2. En effet, l'afflux de nouveaux internes est plutôt destiné, en cas de poursuite d'un parcours universitaire post-internat, à occuper les postes d'« assistant-Bachelot ». Or il semblerait que ces derniers ne donnent pas accès au secteur 2. En outre, toujours d'après cette réforme en cours, les postes de chefs de clinique-assistants hospitalo-universitaires assureraient pratiquement la carrière hospitalo-universitaire de ceux qui en bénéficieraient. Ainsi ceux susceptibles de rallier le secteur 2 n'exerceraient-ils pas en tant que médecins libéraux (à l'exception de leurs « consultations privées »).

²⁴⁴ HAS, ONDPS. Délégation, transferts, nouveaux métiers, *op. cit.*

✓ **Les nouveaux modes de rémunération**

Comme signalé plus haut, les modes de rémunération actuels des professionnels de santé ne favorisent pas les coopérations, mais plutôt l'exercice individuel. Avec l'évolution du travail en groupe, le paiement à l'acte doit donc être repensé. C'est dans cette optique de réflexion sur les alternatives au paiement à l'acte que des expérimentations sur de nouveaux modes de rémunération ont été entreprises. Des expérimentations qualifiées de « timides »²⁴⁵ par certains auteurs ont été mises en place depuis 2008 (Loi de financement de la sécurité sociale)²⁴⁵ avant que d'autres ne soient lancées en 2010 sous l'égide des ARS.

Après une phase de test dans six régions, une première vague d'expérimentations a déjà eu lieu dans pas moins de 90 structures différentes, essentiellement des centres de santé et des maisons de santé.²⁴⁶ Au total, quatre modules de financement sont étudiés durant ces expérimentations. Le premier, auquel est alloué près de 90 % du budget, concerne les missions de coordination et plus particulièrement la tenue d'un dossier médical partagé et des réunions de staff. Le deuxième porte sur l'éducation thérapeutique des patients pour des pathologies chroniques, tels le diabète ou l'insuffisance cardiaque. À ce jour ce sont les deux seuls modules qui ont été testés dans les structures de santé. Les expérimentations des nouveaux modes de rémunération sont conduites par la DSS (Direction de la Sécurité Sociale), avec la participation de la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins). Ces opérateurs ont souligné la forte motivation que ces expérimentations génèrent au niveau des sites participants. *Le nombre de réponses à l'appel d'offres montre l'engouement des professionnels pour ces nouveaux modes de rémunération qui indemnisent les fonctions de coordination des équipes de soins*, assure Pierre de Haas, Président de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS).

Les deux autres modules de financement restant à étudier sont la rémunération de la coopération interprofessionnelle et la rémunération à la performance.

Toutefois, des problèmes importants n'ont pas encore été résolus, comme la structure juridique que doivent adopter les maisons de santé dans le cadre de l'expérimentation. De fait, la DSS reconnaît dans son bilan qu'il n'existe pas aujourd'hui de structure juridique qui permette aux maisons de santé et pôles de santé de percevoir des financements puis de les répartir entre professionnels libéraux sans risque pour le statut libéral²⁴⁷.

Le rapport d'Élisabeth Hubert²⁴⁸ préconise également de trouver un équilibre entre rémunération à l'acte et rémunération forfaitaire. Mais il estime que les expérimentations menées en 2010 ne sont pas à la hauteur des enjeux. Un certain nombre de propositions y ont été consignées : des modifications dans la rémunération à l'acte en établissant une nouvelle grille tarifaire, l'intégration du partage d'activité dans la fixation des tarifs, la rémunération inspirée de la tarification à l'activité pour certaines prises en charge coordonnées, mais également le financement pour les maisons de santé, enfin l'apport d'une réponse à la question du régime social des rémunérations autres que les honoraires liés à l'acte.

Encore faut-il que les professionnels partagent cette volonté de changement de mode de rémunération (Cf. des professionnels favorables au changement ?).

Les limites organisationnelles

Ainsi que nous l'a résumé une des personnes interrogées : *il faut favoriser la coopération mais y mettre les moyens, pas seulement financiers, mais organisationnels*.

Qu'ils soient formels ou informels, les modes de coopération, nous l'avons vu précédemment, sont particulièrement chronophages. *Il y a une multitude de réseaux qui offrent des formations mais on*

²⁴⁵ Hubert E, *op. cit.*

²⁴⁶ *Ibid.*

²⁴⁷ Le Quotidien du Médecin 14/10/2010.

²⁴⁸ Hubert E, *op. cit.*

ne peut pas être partout, signalait l'un de nos interlocuteurs. Autre limite déjà évoquée s'agissant des MSP, qui rejoint celle-ci : l'absence de coordination. *On nous met dans des réseaux, dans des MSP, je veux bien... mais qui assure la coordination au sein de chaque structure et entre les structures elles-mêmes ?* L'apparition de nouveaux métiers de coordination pourrait constituer une piste de réflexion.

Si les dispositifs de collaboration reposent bien souvent, comme nous l'avons montré, sur des initiatives personnelles –*un réseau se crée par la volonté des personnes*, pour reprendre les termes d'un de nos interviewés–, les mécanismes de blocage sont également bien souvent l'affaire de personnes, comme en témoigne cet autre propos recueilli : *dans le développement des coopérations, ce sont plus les personnes que les structures qui font obstacle*.

Une mauvaise organisation peut conduire à la perte de sens de création des structures comme les MSP : effectivement dans une maison de santé le fait qu'il y ait un turn-over important de médecins, le patient est perdu parce qu'il n'a plus son médecin référent et on a peur pour l'état de santé de la population ; une personne âgée habituée à voir son médecin, si elle ne peut pas le voir au moment voulu, est-ce qu'on va vers un mauvais suivi ?

Enfin, la quasi-totalité de nos entretiens ont souligné *l'importance cruciale du développement des systèmes d'information* pour aider au suivi des patients et à une bonne transmission des informations entre les professionnels.

L'impact des actions incitatives au regroupement reste limité²⁴⁹

Les actions incitatives restent peu efficaces car elles sont *multiples, dispersées et mal connues*. En effet, même si depuis quelques années, les aides au regroupement se sont multipliées (création du statut de collaborateur libéral, versement d'un forfait annuel pour les médecins exerçant en groupe dans les zones sous-dotées²⁵⁰, etc.), elles demeurent peu connues des médecins en raison de la dispersion des fonds. De plus, elles ne sont pas suffisantes pour attirer ces derniers dans les zones peu attractives. Un autre problème se pose : l'absence de pérennité de ces aides.

Le montage des projets n'est pas accompagné²⁵¹

Les professionnels porteurs d'un projet de regroupement sont tenus d'effectuer de nombreuses démarches pour lesquelles ils n'ont ni les compétences (du fait de leur *inculture* en la matière) ni le temps. L'aboutissement des projets requiert donc de leur part un engagement fort, ce qui le rend incertain. Élisabeth Hubert, dans son rapport, insiste sur la nécessité d'une forte implication des autorités sanitaires dans l'accompagnement des projets, tout en émettant des réserves quant à l'appropriation de ceux-ci par les collectivités territoriales, les projets devant, selon elle, rester l'initiative des professionnels de santé. Par ailleurs, elle craint une surenchère des aides qui pourrait se révéler coûteuse et peu efficace, et exclure les collectivités les plus pauvres.

Des professionnels favorables au changement ?

Un certain nombre d'experts remettent en question la volonté des médecins de changer de « référentiel » professionnel, lequel comporte le paiement à l'acte et le paiement direct des honoraires par le malade, éléments constitutifs de la médecine libérale²⁵². En effet, le principe de la médecine libérale est consacré depuis l'adoption par le parlement de la loi du 30 avril 1930, qui intègre la « charte de la médecine libérale »²⁵³ reprise par la loi du 3 juillet 1971²⁵⁴, où la médecine

²⁴⁹ Hubert E, *op. cit.*

²⁵⁰ Arrêté du 23 mars 2007 portant approbation de l'avenant n° 20 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. JORF n° 74 du 28 mars 2007, page 5797, texte n° 59.

²⁵¹ Hubert E, *op. cit.*

²⁵² Article L.162-2 du CSS.

²⁵³ Les principes pouvant être résumés à la liberté de choix du lieu d'installation du médecin, la liberté de choix par le malade de son médecin, la liberté de prescription du médecin, la liberté de fixation des honoraires : par entente directe entre le médecin et son patient, essentiellement caractérisée par le "paiement de l'acte".

libérale est définie comme suit : *le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin.* Les interventions des pouvoirs publics pour une réelle régulation de la médecine libérale se sont heurtées jusqu'à présent à l'opposition du syndicalisme médical.

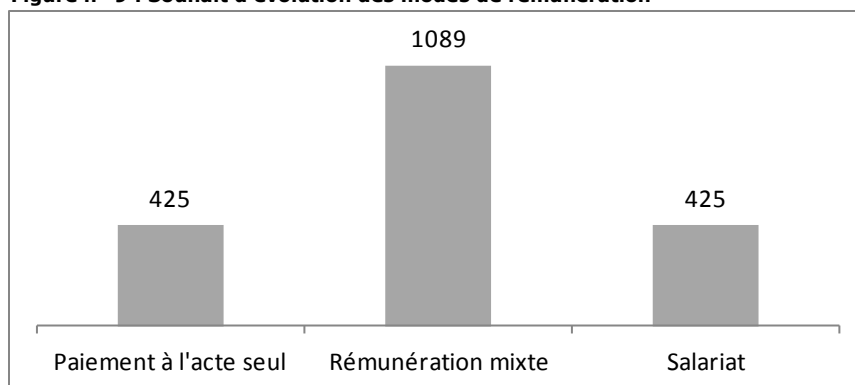
Un médecin a souligné lors d'un entretien : *nous, on est une profession qui est majoritairement à vocation libérale, ce qui interpelle beaucoup de personnes.*

Certains propos recueillis mettent en lumière une autre aspérité : *quand on parle des honoraires, c'est une question de culture. En France, c'est un peu délicat.* Quelques-uns se montrent toutefois plus optimistes : *les médecins libéraux restent très attachés aux honoraires, mais par contre, ils ne sont pas contre à ce que toutes les pratiques reconnues ou nouvellement reconnues puissent être rémunérées à partir des forfaits. Ce n'est pas tout l'un ou tout l'autre, ça va être un complément entre les forfaits et les honoraires, tout ça ce n'est pas inintéressant.*

L'échec en France des tentatives de rémunération à la performance (les contrats de santé publique, les accords de bon usage des soins²⁵⁵ (dits AcBUS), ou les récents contrats d'amélioration des pratiques individuelles²⁵⁶ (CAPI)) pourrait en partie relever de cette opposition.

Certaines enquêtes montrent pourtant que les futurs médecins sembleraient enclins à accepter de nouveaux modes de rémunération. Ainsi, d'après l'étude ISNAR-IMG déjà citée²⁵⁷, un changement de mode de rémunération est *largement souhaité chez les internes de médecine générale*. À la question : « *Si les modalités de rémunération évoluaient, comment aimeriez-vous être rémunéré ?* », 78 % des internes répondants souhaitent sortir du paiement à l'acte exclusif, avec 22 % des internes envisageant une rémunération par salaire.

Figure n° 9 : Souhait d'évolution des modes de rémunération



Source : Enquête ISNAR-IMG 2011.

Les nouveaux modes de rémunération privilégiés seraient, selon ladite enquête, les forfaits (47,5 %), puis la capitation (38,6 %), et en dernier lieu la rémunération à la performance (13,8 %).

²⁵⁴ La loi n° 71-525 du 3 juillet 1971 relative aux rapports entre l'Assurance Maladie et les praticiens et les auxiliaires médicaux.

²⁵⁵ Cf. Article L. 162-12-17 du CSS.

²⁵⁶ Journal Officiel du 21 avril 2009. Contrat passé entre le directeur de la CPAM du lieu d'exercice et les médecins qui le souhaitent. Il prévoit une rémunération à la performance selon l'atteinte d'objectifs en termes de prescription de médicaments, de vaccinations, de dépistage et de suivi.

Cette prime pourrait atteindre jusqu'à 5 600 euros annuels en cas d'atteinte de tous les objectifs (soit 7 euros par patient). L'objectif de la CNAMTS est d'atteindre 5 000 adhésions d'ici la fin de l'année 2009, soit un peu plus de 8 % des médecins déclarés comme médecins traitants.

²⁵⁷ ISNAR-IMG, *op. cit.*

Il semble donc y avoir des évolutions dans la conception du référentiel professionnel médical. En revanche, il serait prématuré d'augurer à coup sûr d'une possibilité de remise en question du paiement à l'acte et d'une diversification des modes de rémunération. Le discours engageant l'opinion personnelle et l'avis d'une profession est en effet bien souvent contradictoire.

Par ailleurs, toutes les évolutions évoquées inspirent aux professionnels de santé des craintes de perte d'indépendance. En témoigne l'un de nos entretiens : *Notre crainte, un peu, est que les Maisons de Santé soient imposées. Si la tendance est de mettre les professionnels de santé entre les murs, ça ne tient pas la route.* Une fois de plus, c'est la crainte de la coercition qui s'exprime, l'opposition d'un professionnel de santé à toute limitation de sa liberté d'installation. *Sinon, l'essentiel est de partir de l'existant et d'élaborer* : à travers cette proposition d'un de nos interviewés, c'est la limite de l'apport des maisons de santé qui est formulée, l'opposition d'un professionnel de santé à voir une création dans une zone défavorisée où il sera contraint d'aller.

Autre référentiel, la culture du soin : *On est dans une culture d'actes de soins ou d'actes de santé : on peut l'appeler comme ça ; cette culture inhérente à l'acte de santé ou acte de soin ne reconnaît pas tout ce qui se fait en dehors de l'acte de santé ou de soin. On est donc dans ce type de pratique. Comme cela n'a jamais été reconnu, ni financièrement, ni juridiquement, tout ce qui se faisait se faisait en plus.* La notion de coopération devra faire face à cette culture.

La question des monopoles

La question des monopoles de certaines de ces tâches peut aboutir à des luttes, à des conflits entre professionnels. La sémantique entre délégation et transfert illustre bien ces enjeux, et la crainte de certaines professions de voir leurs monopoles s'effriter.

Nous avons été frappés de constater, au fil de nos entretiens, que les corps de métiers interrogés renvoyaient systématiquement au corporatisme et au blocage des autres corps, ceux interrogés se présentant, bien entendu, comme « vertueux ».

Par exemple : *La délégation de tâches d'infirmières sur les aides-soignantes n'est pas tout à fait dans ce registre-là, car c'est quand même une profession très corporatiste la profession d'infirmière, comme la profession de médecin l'a été pendant très longtemps.*

Ou encore : *Les sages-femmes aimeraient effectuer les accouchements, mais les gynécologues s'y opposent par corporatisme (...) la majorité des médecins gynécologues sont hostiles à l'évolution du champ de compétence des sages-femmes et tentent de le limiter. D'autant plus que leur profession est en voie de disparition (...) les infirmiers craignent ainsi l'instauration d'un lien de subordination aux médecins (...) les médecins sont très réticents sur ce sujet (...) il faut rester vigilant pour que le médecin reste le chef d'orchestre des soins. Il faut le décharger, mais pas le dépouiller. Il reste l'ordonnateur des soins et de la prévention. Il faut faire toujours avec son accord et sa participation. Délégation de tâches oui, mais on ne va pas non plus remplacer le médecin. En médecine libérale, la relation médecin-patient ne peut pas être remplacée par la relation médecin-délégué. Le patient doit voir son médecin.*

Autre exemple : *Les pharmaciens étaient très satisfaits des nouvelles dispositions de la loi HPST venant élargir leur participation à la prise en charge des patients. Mais les médecins y sont opposés : les décrets d'application ne passeront probablement pas.*

D'une manière générale, les professionnels interviewés ont souligné la difficulté de la mise en place des délégations/transferts de compétences : *Le transfert de tâches est une voie intéressante mais qui rencontre des oppositions (...) l'idée [des délégations/transferts] est bonne, cependant on n'en prend pas le chemin.*

Comme signalé par Jean de Kervasdoué, *chacun souhaite accomplir les tâches réservées à la catégorie immédiatement supérieure et, dans certaines circonstances y parvient ! Il en est ainsi du travail mais aussi des symboles institutionnels qui y sont attachés. Chaque personne familière tente depuis de longues années de revêtir les atours sociologiques de la profession médicale.*²⁵⁸

Les questions de la formation et de la responsabilité sont souvent mises en avant pour justifier d'un monopole d'exercice :

Les sages-femmes demandent plus de responsabilité mais sont ambivalentes (...) là où il y a une décision médicale à prendre, ça devient dangereux, la sage-femme ne veut pas non plus prendre cette responsabilité (...) pour prendre en charge la physiologie, il faut savoir dépister les anomalies et adresser la patiente à un médecin. Les étudiantes qui sortent aujourd'hui des écoles ont la compétence pour cela, mais les sages-femmes qui exercent actuellement en libéral manquent de formation en gynécologie. Parler de transfert de tâches sans modifier la formation semble ainsi avoir peu de sens.

La question de la rémunération rejoint également celle de la défense des monopoles : *Certains actes faisant partie de la compétence des médecins peuvent être considérés comme nécessaires à leur rémunération.* Ou encore : *Il faudrait que la consultation des sages-femmes soit augmentée pour qu'elles réalisent des actes actuellement réservés aux médecins.* De même, les modes de rémunération tels qu'ils sont ne permettront pas d'accompagner efficacement les atteintes à certains monopoles d'exercice.

La plupart des médecins généralistes pensent que la coordination pour la prise en charge des patients relève de leur rôle. La possibilité de voir émerger d'autres professions spécialement dédiées à cette coordination des plus problématique dans notre système de soins, risque d'être mise à mal.

Porter ces nouveaux modes d'exercice nécessite un courage politique : *La situation ne pourra pas évoluer en France tant que l'organisation de la santé en libéral n'aura pas été modifiée. Il faudrait que ce soit légiféré, mais les enjeux économiques et financiers des médecins exerçant en cliniques sont tels que ça ne sera probablement jamais fait. C'est un problème politique.*

L'exercice de groupe est impulsé par un certain nombre d'expérimentations touchant notamment au mode de rémunération et à la formation. La loi HPST veut également favoriser le développement de la coopération entre professionnels.

DE NOUVELLES ORGANISATIONS VISANT LE DÉVELOPPEMENT DES MOYENS DE COOPÉRATION SONT EXPÉRIMENTÉES

Afin d'assurer la faisabilité et la sécurité de ces nouvelles formes de coopération, le Ministre de la Santé, Jean-François Mattéi, avait confié en 2003 à Yvon Berland²⁵⁹ (Président de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé – ONDPS) la mission de mettre en œuvre des expérimentations. De 2004 à 2007, une deuxième vague d'expérimentations a été menée sous l'égide de l'ONDPS et de la Haute Autorité de Santé (HAS). Pour l'occasion, la loi de santé publique avait modifié le Code de la santé publique pour autoriser un transfert de tâches et de compétences, jusqu'ici réservées aux médecins, vers d'autres professionnels de santé.

Les expériences ont été conduites sur des actes techniques effectués par un professionnel paramédical (échographie, explorations fonctionnelles digestives), des actes médico-techniques (suivi de prescription médicale comme la chimiothérapie à domicile), et enfin sur des actes médicaux (consultations de prévention et de dépistage pour le suivi de pathologies chroniques).

²⁵⁸ De Kervasdoué J. *Symptômes et origines "objectives" de la crise.* In De Kervasdoué J, dir. La crise des professions de santé. Paris : Dunod, 2003.

²⁵⁹ HAS. Conditions de succès et retour sur les expérimentations de 2004 à 2007, *op. cit.*

Elles avaient porté aussi bien sur le transfert d'actes bien ciblés et techniques que sur l'émergence de nouveaux métiers, ou encore la collaboration entre professionnels.

D'une façon générale, le retour des expérimentations a été positif, et la répartition des tâches entre médecins et professionnels paramédicaux a été jugée possible *dans des conditions satisfaisantes de qualité et de sécurité pour les patients*²⁶⁰. Les acteurs médicaux et paramédicaux ont généralement été motivés de voir évoluer les pratiques vers plus de collaboration, et les patients ont bien accepté ces expériences.

De plus, ces expérimentations démontraient fréquemment que les résultats obtenus au bénéfice des patients étaient réels.

Dans celles où l'évaluation visait à tester la corrélation des résultats d'examen paracliniques entre deux professionnels de santé de catégorie différente (un professionnel médical *versus* un professionnel de santé paramédical), les résultats étaient souvent similaires avec de faibles écarts observés (même si les répercussions de ces écarts en termes de résultats de santé pour le malade n'ont pas été évaluées).

Dans celles où était évaluée la qualité des interventions, les informations recueillies ont été jugées complètes et satisfaisantes dans plus de 90 % des cas, que ce soit dans la réalisation d'échographies, d'explorations fonctionnelles digestives, d'échocardiographies, ou encore de suivi du patient en pathologie prostatique.

Quant à celles portant sur l'analyse clinique des patients ou de leurs paramètres biologiques, les résultats y furent également encourageants. Aucune différence significative n'a été démontrée entre les prises en charge de patients diabétiques suivis par un diététicien et un médecin, et un impact positif a été retrouvé chez les patients atteints d'hépatite C suivis par une infirmière, avec une meilleure adhésion des malades aux protocoles de traitement.

C'est donc avec un certain succès que toutes ces expérimentations ont été menées.

LE DÉPASSEMENT DU CLOISONNEMENT DES STRUCTURES ET DES INTERVENANTS

Au cours de l'un de nos entretiens, l'apport du Comité de Liaison Inter-Ordres (CLIO) a été reconnu : *Cela nous permet d'échanger et de faire connaissance. C'est très enrichissant, et on essaie de travailler ensemble. On a déjà fait des études, des tests (éducation thérapeutique du patient sur le diabète par exemple) ensemble.*

Le CLIO ne soutient pas pour autant aveuglément toutes les démarches allant dans le sens d'une coopération.²⁶¹ Il s'est ainsi élevé contre les dispositions contenues dans l'arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé prévus par l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009. Cet arrêté confère au directeur général de l'ARS tout pouvoir pour autoriser un protocole de coopération entre professionnels de santé ou pour autoriser un professionnel à adhérer à un protocole de coopération. Le CLIO a déclaré dans un communiqué daté du 15 janvier 2010²⁶² : *Ces dispositions prévoient que des professionnels, qui n'ont pas les titres nécessaires, puissent pratiquer des actes ou des activités qui ne relèveraient pas de leur domaine de compétence légal, dans le cadre de protocoles de coopération, après avoir reçu l'autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS).* Dans ce

²⁶⁰ Ibid.

²⁶¹ Zeiger G. Le Comité de Liaison Inter-Ordres. Ordres professionnels et transversalité. *Soins* 2006 ; 51(709) : 39-4.

Le Comité de Liaison des Institutions Ordinales du secteur de la santé (CLIO Santé) est un organisme qui réunit tous les Ordres professionnels français. Représenté à la Commission Nationale de Concertation des Professions Libérales (CNCPL), le CLIO Santé assure l'information mutuelle des Ordres, la coordination de leurs positions, leur représentation auprès des instances nationales, européennes et internationales, et participe à la réglementation de la profession.

²⁶² CNOM. [*Coopération entre professionnels de santé*](#) : l'ensemble des ordres des professions de santé désapprouve l'arrêté du 31 déc. 2009. 15/01/2010.

communiqué, le CLIO regrette tout d'abord son éviction de l'élaboration de l'arrêté malgré sa compétence revendiquée en matière de coopération. Il y exprime son inquiétude s'agissant de la sécurité pour les usagers des protocoles de coopération susceptibles d'être implémentés suite à son adoption. À ses yeux, ni les compétences des professionnels ni les modalités de leur exercice ne pourront être garanties. En outre, il déplore que le pouvoir d'autoriser ou non une coopération soit du seul ressort du directeur général de l'ARS, sans consultation des instances ordinales. Enfin, il s'interroge sur le paradoxe entre ce décret et l'obligation faite aux professionnels de santé de se soumettre au développement professionnel continu. Le CLIO Santé conclut son communiqué en demandant au Ministère de la Santé de modifier ledit arrêté pour *reprendre un chemin collaboratif avec les Ordres des professions concernées*.

Les URML, initialement réservées aux médecins libéraux, ont été élargies à d'autres professions pour devenir les URPS. Depuis la loi HPST, l'article L.4031-1 du CSP édicte que : *Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une union régionale des professionnels de santé rassemble, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral. Ces unions régionales des professionnels de santé sont regroupées en une fédération régionale des professionnels de santé libéraux*. L'article L.4031-2 stipule que *tous les électeurs sont éligibles. Les listes de candidats sont présentées par des organisations syndicales des professions de santé bénéficiant d'une ancienneté minimale de deux ans à compter du dépôt légal des statuts et présentes sur le territoire national dans au moins la moitié des départements et la moitié des régions. Le collège d'électeurs de chaque union régionale des professionnels de santé est constitué par les membres de la profession concernée exerçant dans la région*.

D'après l'article L.4031-3 du CSP, *les unions régionales des professionnels de santé et leurs fédérations contribuent à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre. Les unions régionales des professionnels de santé peuvent conclure des contrats avec l'agence régionale de santé et assurer des missions particulières impliquant les professionnels de santé libéraux dans les domaines de compétence de l'agence. Elles assument les missions qui leur sont confiées par les conventions nationales prévues au titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale*.

Ce dispositif est ainsi une des composantes de la nécessaire mise en œuvre de processus collaboratifs entre professionnels de santé, qui ne peut être que saluée.

La mise en œuvre de la loi HPST

Le principe général de coopération entre professionnels de santé est défini par l'article 51 de la loi HPST, complété par l'arrêté du Ministère de la Santé du 31 décembre 2009, modifié à son tour le 21 juillet 2010.

La loi doit ainsi permettre le transfert d'actes ou d'activités de soins d'un corps de métier à un autre. Par exemple, *dans le cadre du suivi à domicile d'un patient atteint de pathologie cancéreuse, une infirmière pourra évaluer les données cliniques et biologiques du patient, adapter les prescriptions si besoin, par exemple reporter une cure de chimiothérapie, mais aussi adresser le patient à l'hôpital en cas de dégradation de l'état clinique du patient*.

La loi prévoit que l'initiative revient aux professionnels de santé de s'engager *dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles*.

Laisser le choix aux professionnels de santé, sans leur imposer la démarche, permet selon le législateur d'anticiper une meilleure adhésion de leur part au protocole de coopération. Pour créer

ce protocole, les professionnels renseignent un modèle type qu'ils soumettent à l'ARS. Une fois la demande enregistrée, qui vaut autorisation, *les professionnels s'engagent à procéder, pendant une durée de douze mois, au suivi de la mise en œuvre du protocole selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la santé et à transmettre les informations relatives à ce suivi à l'ARS et à la HAS.* Les professionnels de santé concernés par les protocoles de coopération sont ceux exclusivement mentionnés à l'article L. 4011-1 du Code de la santé publique²⁶³.

Le patient est informé, par les professionnels de santé, de cet engagement dans un protocole impliquant d'autres professionnels de santé dans une démarche de coopération interdisciplinaire impliquant des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès de lui.

Les protocoles précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés.

L'ARS vérifie (...) que la volonté de l'ensemble des parties prenantes de coopérer est avérée, que le demandeur dispose d'une garantie assurantielle portant sur le champ défini par le protocole et qu'il a fourni la preuve de son expérience dans le domaine considéré et de sa formation. Elle soumet ensuite le protocole à la HAS. Le directeur général de l'ARS autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté pris après avis conforme de la HAS. L'ARS peut décider de mettre fin à l'application d'un protocole, pour des motifs et selon des modalités définies par arrêté. Elle en informe les professionnels de santé concernés et la HAS.

La HAS valide les protocoles qui lui sont soumis par l'ARS. Elle peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. Dans ce cas, le directeur général de l'ARS autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté. Il informe la HAS de sa décision. Les protocoles de coopération étendus sont intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé selon des modalités définies par voie réglementaire.

La coopération entre professionnels de santé est possible quels que soient le mode d'exercice (libéral, salarié, mixte) et le cadre d'exercice (établissements de santé, maisons de santé, pôles de santé, réseaux de santé, centres de santé, cabinets médicaux, EHPAD, HAD, SSIAD, etc.).

L'arrêté du 31 décembre 2009, relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé, détaille notamment les pièces justificatives à produire à l'appui de toute demande, les délais d'instruction, les consultations possibles, les retours d'information vers les organisations professionnelles.

Cet arrêté fut mal accueilli par l'ensemble des ordres des professions de santé, qui l'a désapprouvé dans un communiqué commun du 15 janvier 2010²⁶⁴, jugeant qu'en l'état, il ouvrait la porte aux risques de dérives de qualité et de sécurité des soins délivrés aux patients. Les ordres mettent en garde contre les risques induits par la mise en place des protocoles dédiés au renforcement de la qualification des professionnels, risques qu'ils estiment potentiellement préjudiciables aux patients. Se pose une nouvelle fois le problème de la formation des professionnels.

En effet, selon l'article 2-I-4° de l'arrêté du 31 décembre 2009, ayant trait aux pièces à fournir à l'agence régionale de santé par le professionnel de santé qui souhaite adhérer à un protocole de coopération : *Tous documents attestant de l'expérience, de la formation initiale et continue et des actions de développement professionnel continu acquises leur permettant la réalisation des activités, des actes de soins ou des modes d'intervention définis par le protocole et dans le champ*

²⁶³ Aide-soignante, audioprothésiste, auxiliaire de puériculture, chirurgien-dentiste, conseiller génétique, diététicien, ergothérapeute, infirmier, manipulateur d'électroradiologie médicale, masseur-kinésithérapeute, médecin, opticien-lunetier, orthophoniste, orthoptiste, prothésistes et orthésistes, pédicure-podologue, pharmacien, psychomotricien, sage-femme.

²⁶⁴ [Communiqué inter-ordre du 15 janvier 2010](#) "L'ensemble des ordres des professions de santé désapprouve l'arrêté du 31 décembre 2009".

prévu par celui-ci. Ces documents peuvent prendre la forme d'attestation, d'habilitation ou de certificats délivrés par toutes entités, telles que les organismes formateurs, organismes professionnels, organismes certificateurs, établissements de santé, établissements sociaux ou médico-sociaux, associations professionnelles ayant été en capacité de les constater. L'expérience peut également être attestée par des professionnels de santé ayant été en capacité de la constater.

Les professionnels redoutent que les régions et les départements en butte à des problèmes de démographie voient s'appliquer la mise en place des protocoles de coopération entre professionnels de santé, tels que prévus par l'arrêté, sans aucune garantie de compétence, de qualité et de sécurité des soins pour les patients.

L'ensemble des ordres des professions de santé dénonce aussi le risque d'accroître des disparités régionales et les inégalités sociales. Cet argument paraît au demeurant surprenant, la lutte contre les inégalités s'inscrivant dans un souci d'amélioration du système et non dans l'immobilisme.

Notons toutefois que les avis divergent. Dans les régions où la densité des médecins est élevée, les projets de délégation de tâches peuvent être perçus par ces derniers comme une menace. Mais dans les endroits où ils sont déficitaires, ils peuvent au contraire y voir une aubaine.

Le CISS (Collectif Inter associatif Sur la Santé) a déposé un recours devant le Conseil d'État, qui évoque des risques quant à la sécurité et la qualité des soins. Il reproche notamment l'absence de contrôle prévu et l'absence de garantie suffisante quant à l'information complète, adaptée et préalable de l'utilisateur s'agissant du recueil de son consentement.

Dès lors, un nouvel arrêté du 21 juillet 2010 prévoit que *les professionnels de santé qui ont adhéré à un protocole de coopération s'engagent à effectuer un suivi de sa mise en œuvre effective, en application de l'article L. 4011-3 du Code de la santé publique.*

Le CISS exige une concertation entre pouvoirs publics, professionnels concernés et représentants des usagers, pour remettre au centre des discussions les questions de sécurité par rapport à la circulation des informations relatives aux patients, et repenser le cadre juridique dans lequel doit s'opérer la coopération entre professionnels de santé.

Ce protocole repose peut-être trop sur l'implication des acteurs.

L'aide à la collaboration ne peut s'y limiter : elle paraîtrait trop cloisonnée, passant sous silence d'autres aspects incontournables comme la formation des professionnels, leur évaluation, leur mode de rémunération, les soutiens logistiques...

La coopération nécessite une implication économique

Dans son rapport, Elisabeth Hubert²⁶⁵ évoque *la vulnérabilité économique* de l'exercice regroupé. L'exercice regroupé engendre un surcoût. Par exemple, une maison de santé pluridisciplinaire a un coût de fonctionnement plus élevé qu'un cabinet isolé (évalué à 4 400 euros par médecin et par an par une étude de la fédération française des maisons et pôles de santé (FFMSP)²⁶⁶). Concernant les centres de santé, on note un déficit allant de 10 % à 50 % du fait des charges administratives et de l'importance du personnel.

D'après le rapport du groupe de travail sur les enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé présidé par Mireille Elbaum²⁶⁷, il ne faut pas s'attendre à une baisse des dépenses immédiates par les mécanismes de coopération. À ses yeux, si les économies escomptées sont basées sur le temps libéré au médecin par le transfert de tâches à des paramédicaux, on est

²⁶⁵ Hubert E, *op. cit.*

²⁶⁶ <http://www.ffmps.fr/index.php/documents-produits/96-note-concernant-les-frais-des-medecins-generalistes-en-maisons-de-sante>

²⁶⁷ HAS. Rapport du groupe de travail présidé par Mireille Elbaum " *enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé* ". HAS, 2007.

toujours incertain sur la durée exacte de ce temps médical libéré, sur son affectation et son différentiel de productivité.

Par ailleurs, la revalorisation universitaire de certaines professions va devoir entraîner une revalorisation salariale. L'un de nos interviewés signale ainsi : *L'enjeu derrière c'est la reconnaissance à travers des titres, des consultations infirmières, des fonctions qui sont reconnues et il faut les payer plus. Il y en aura beaucoup au départ, mais c'est leur reconnaître un statut de cadre, après il faut les mettre dans des grilles particulières.*

Autre exemple relevé dans un de nos entretiens, illustrateur des coûts qu'impliquerait une délégation de tâches : *Le coût d'une consultation d'une sage-femme est moindre que celui d'un médecin, ce qui n'incite pas les sages-femmes libérales à se lancer dans des consultations de gynécologie qui prennent du temps. Il faudrait donc revaloriser la consultation.*

Ceci va à l'encontre des sensibilités exprimées par d'autres professionnels interviewés : *Il y a des possibilités en France de faire des économies de santé (...) on peut faire des économies si [ces soins] sont réalisés par des infirmières et non par les médecins (...) Si nous [les sages-femmes] faisons ça [ces soins] à la place des gynécos, cela coûtera moins cher : on peut faire des économies.* Ou encore : *Concernant le secteur libéral, la France ferait des économies de santé si les sages-femmes pouvaient exercer pleinement leurs compétences, car les gynéco-obstétriciens du privé demandent des honoraires importants, surtout lorsqu'ils sont en secteur 2.*

De plus, l'évolution des coopérations entre professionnels de santé va mettre l'accent sur de nouvelles activités de services et de prises en charge, comme l'observance et l'éducation pour la santé, qui engendreront des dépenses supplémentaires.

L'« universitarisation » des formations paramédicales suppose des moyens financiers supplémentaires car le coût horaire des formations sera majoré. Pour la première année de fonctionnement, le surcoût généré par la réforme pourrait avoisiner les 7 millions d'euros²⁶⁸.

Enfin, des dépenses spécifiques seront à prévoir pour le bon déroulement et l'organisation des nouvelles formes de coopération par le renforcement de la formation des professionnels de santé, surtout en cas de généralisation, par un temps de coordination nécessaire au sein des équipes de soins, et enfin par la reconnaissance financière des nouveaux métiers et nouvelles qualifications qui apparaîtront à cette occasion.

Le financement de ces nouvelles formes de coopération constitue donc un aspect à ne pas négliger.

Conclusion

L'apport des coopérations est indéniable. Il est conditionné toutefois à une modification de la formation des professionnels, à la mise en place et l'identification d'aides logistiques et financières, au développement de statuts juridiques adaptés, à des modifications des modes de rémunération. Les coopérations n'ont par ailleurs de sens qu'en étant associées à des moyens de coordination élaborés. Des divergences entre professionnels défendant un monopole peuvent apparaître. De plus, la coopération s'oppose à la « liberté » dont ont toujours joui les médecins libéraux. Un certain nombre de mesures doivent donc être prises par les décideurs publics pour pouvoir mettre en place efficacement les moyens d'une coopération entre professionnels. La redéfinition du champ de certaines professions et la création de nouvelles s'inscrivent dans ce type de moyens.

²⁶⁸ Domergue J. Assemblée Nationale, 2010, *op. cit.*

L'évolution des métiers

Les professions et les métiers de la santé sont amenés à évoluer. Les évolutions à prévoir sont liées à la problématique des coopérations entre les différents professionnels, que nous venons de développer. Les modes de coopération peuvent être bouleversés par la redéfinition des champs de compétences des différents professionnels, à travers les délégations de tâches ou les délégations de compétences comme nous l'avons vu. De même, ils peuvent conduire à l'apparition de nouvelles professions et de nouveaux métiers. Ces nouvelles professions et ces nouveaux métiers ont un rôle à jouer, notamment face à la pénurie de médecins qui s'annonce. Un des professionnels interrogés signalait : *L'avantage de la pénurie c'est que ça oblige à dire qu'il n'y a pas besoin des spécialistes pour certaines tâches. Les compétences des ophtalmologues sont mieux utilisées au bloc qu'à faire lire des tableaux de lettres. Par nécessité on arrivera inévitablement à une augmentation des métiers intermédiaires et des transferts de tâches.*

Comme relevé dans un entretien, *pour certains acteurs, avant de parler de délégation, il y a des métiers intermédiaires qui méritent d'être complétés... ou encore : il n'y a pas de délégation de tâches ; il y a des métiers intermédiaires.*

Ainsi la problématique de délégations de tâches est-elle confondue avec celle de nouveaux métiers. Comme en témoigne la parution du rapport « Hénart », est mise à l'agenda politique, la réflexion sur les professions et les métiers de la santé dont le paysage va s'en trouver modifié.

LES PROFESSIONS SE DÉFINISSENT LES UNES PAR RAPPORT AUX AUTRES²⁶⁹

Un rapport de la HAS²⁷⁰ reprenait à son compte une approche *dynamique et systémique* de la notion de profession, celle-ci ne pouvant dès lors être appréhendée *a priori* : les professions évoluent et se définissent les unes par rapport aux autres, dans des rapports de concurrence pour le monopole de compétences juridiquement établies. D'après cette notion *dynamique et systémique*, on ne peut pas dire vraiment à partir de quand un groupe peut être catalogué comme ayant réussi à constituer une profession. Les professions définissent leur travail, et ce faisant, se définissent elles-mêmes. Les frontières d'une profession n'ont qu'une existence courte et peuvent être remises en cause par un groupe professionnel concurrent.

Ainsi, la définition des tâches et des fonctions d'une profession de santé devrait être considérée au regard des autres professions. La coopération, la complémentarité, l'évitement de rapport de concurrence, la possibilité de transfert/délégation de tâches reposent sur ce pré-requis.

L'un de nos entretiens a présenté une synthèse intéressante du concept de profession et de métiers, en le mettant en parallèle avec les rigidités des formations :

On a une profession de santé et on a des métiers dans la santé, qui vont de l'aide-soignante jusqu'au médecin spécialiste. Le métier s'apprend tout au long de la carrière. Une aide-soignante qui a un complément de formation sur un acte, devient compétente pour cet acte. Donc ce monde de la santé qui change sans arrêt, en face ce qu'il faut faire, c'est avoir quelque chose de très souple en termes de formation. Or les organismes de formation sont très rigides. La formation initiale c'est l'université bloquée dans son cadre et la formation continue, une fois qu'on est sorti de l'université, on se la fait nous-mêmes. La formation est l'affaire de tous et pas seulement des institutions. Ou les institutions qui s'en chargent doivent être suffisamment souples pour évoluer face aux changements et aux nouveaux besoins.

²⁶⁹ D'après notamment Berland Y. La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner, *op. cit.*

²⁷⁰ Abbott A. *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: The University of Chicago Press, 1988. Cité dans La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner, *op. cit.*

NOUVEAUX MÉTIERS

Comme l'illustrent certains exemples étrangers, des professions intermédiaires entre corps médical et paramédical sont amenées à se développer. Ainsi la profession d'infirmière ne revêt pas au Québec le même visage que dans l'Hexagone. Il existe en effet dans cette province canadienne des infirmières praticiennes spécialisées, dont les compétences, sanctionnées par un diplôme, sont élargies par rapport à celles de leurs consœurs. Elles peuvent ainsi prescrire certains médicaments ou actes médicaux, ou avoir recours à des techniques invasives de diagnostic, en particulier en néonatalogie, néphrologie et cardiologie. D'autres pays ont suivi une voie similaire. C'est ce que montre le rapport Berland²⁷¹ de 2007, qui cite des exemples de variantes de différents métiers dans d'autres pays. Nous pouvons également évoquer l'exemple de la Hollande.²⁷²

L'adaptation de la réponse aux besoins de soins de la population favorise l'évolution des métiers, voire l'apparition de nouveaux métiers. La prise en compte du parcours patient, tant dans le secteur sanitaire que dans le secteur social et médico-social, met en exergue la nécessité d'envisager de nouveaux métiers afin de garantir une réponse satisfaisante aux besoins de santé.

Plusieurs exemples ont déjà été relevés par l'ONDPS : des cyto-techniciens ou des gestionnaires de tumorotheque pour l'anatomo-cytopathologie ; des techniciens en cardiologie ; des techniciens spécialisés dans les épreuves fonctionnelles respiratoires pour la pneumologie ; des promoteurs de greffes...

D'autres professions ont été évoquées dans le rapport du Ministère²⁷³ sur les métiers sensibles de la fonction publique hospitalière. Ce rapport identifie certaines évolutions comme l'affirmation d'un besoin en éducation thérapeutique, la nécessité de la formation des personnels sur la mission d'information médicale, une réorganisation des tâches pour les préparateurs en pharmacie...

Nos entretiens ont soulevé la possibilité de voir émerger des métiers de coordination assurant *la circulation et la bonne conduite et l'aide administrative de la prise en charge pour compléter la fonction de coordination de soins des médecins généralistes*.

Dans le secteur hospitalier, d'autres métiers vont évoluer. En attestent les propos recueillis au cours de l'un de nos entretiens : *La démographie professionnelle a un impact sur les métiers managériaux : il va y avoir un appel d'air des fonctions dirigeantes, du fait de la présence d'une classe vieillissante de dirigeants, y compris dans les établissements médico-sociaux. Cet enjeu nourrit l'idée de revoir les modes de promotion aux fonctions de cadre (remise en cause du système de concours interne et externe)*²⁷⁴. Les métiers de la vigilance tendent également à se développer.

De même, une autre personne interviewée signalait que *des professions intermédiaires entre corps médical et paramédical sont amenées à se développer par l'intermédiaire de :*

- *la technicisation des diagnostics : biologie, imagerie... ;*
- *les moyens d'investigation, tels que la génétique et autres ;*
- *la médecine qui va également devenir de plus en plus préventive. On ne s'est pas encore beaucoup intéressé à cet aspect de la médecine mais on aura intérêt à le faire car ça va changer des choses.*

²⁷¹ Berland Y. La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner, op. cit.

²⁷² Letort E. *Les soins primaires aux Pays-Bas et la délégation de tâches : discussion sur les applications potentielles en France*. Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine, 16 mars 2011.

²⁷³ Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. *Étude prospective des métiers sensibles de la fonction hospitalière publique. Tome 1 : Facteurs d'évolution probable à moyen et long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social publics*. Paris : Éditions ENSP, 2007.

²⁷⁴ Ibid.

Comme précisé par la HAS²⁷⁵, le processus de définition d'un nouveau métier ou de l'évolution des rôles professionnels peut venir d'une décision ministérielle (création du métier de conseiller en génétique), résulter d'un arbitrage entre plusieurs groupes professionnels, ou partir des innovations portées par des professionnels de santé ou des associations de malades.

Quelle que soit l'origine de la démarche, les nouveaux rôles ou nouveaux métiers doivent s'inscrire dans un processus désormais commun à l'ensemble des professions de santé : ce processus comprend l'élaboration de référentiels d'activité et donc de référentiels de compétences, permettant de bâtir le contenu des formations, et d'homologation de formation permettant d'accéder aux qualifications nécessaires pour exercer. Le choix des secteurs d'activité et des métiers devant faire l'objet de cette élaboration doit être piloté par l'État et s'appuyer sur les ordres, afin de légitimer ces différentes mesures.

Les changements intervenus sur l'organisation des diplômes universitaires (réforme LMD) doivent intégrer l'apparition de nouveaux métiers. Comme nous l'a signalé un de nos interlocuteurs, l'organisation des formations devra éclaircir notamment *le lien entre les niveaux de passage dans la réforme LMD et dans la structure actuelle ; entre infirmière, cadre, cadre supérieur, les niveaux ne sont pas en face les uns des autres (...) Je pense que s'imposera de revoir l'organisation hiérarchique dans le corps de métier infirmier à l'hôpital.*

Et de l'avis d'un autre, le chantier de l'adaptation des diplômes aux professions de santé est important : *C'est en train de s'installer. Mais c'est chaotique car cela nous a été imposé par des législations européennes, on n'a pas eu le temps de se préparer.*

Si le développement pertinent de la formation continue peut permettre d'impulser l'apparition de nouvelles compétences requises, l'accès à cette formation continue doit cependant être régulé. L'offre de formation continue peut constituer une source de délaissement de certains types d'exercice.

Les perspectives apportées par ces nouveaux métiers et nouvelles professions n'ont de sens que si elles trouvent une complémentarité avec les métiers et professions existants. Cette complémentarité peut être atteinte si les moyens d'une coopération entre professionnels de santé sont assurés. D'une manière générale, la nécessité de « pertinence » et de « rationalité » des réponses à apporter aux besoins de soins s'est traduite par une évolution des modes de coopération entre professionnels. L'évolution des modes de coopération doit être prise en compte par tout décideur public soucieux de répondre aux besoins de soins.

Les besoins en médecins étrangers

Les médecins étrangers sont une solution préconisée pour pallier le manque de médecins. La législation est cependant relativement complexe à identifier et les réalités non suffisamment prises en compte. Cela est probablement dû à la multiplicité des situations rencontrées, celles-ci fluctuant selon la nationalité des médecins étrangers et selon le lieu où ils ont effectué leurs études. Notons ainsi que, d'une part, la nationalité du médecin ne préjuge pas du pays d'obtention du diplôme et que, d'autre part, un certain nombre de médecins diplômés à l'étranger exercent en France sans être inscrits à l'Ordre, via le recrutement opéré par des établissements hospitaliers. En outre, pour reprendre les propos d'une des personnes que nous avons interrogée, *se pose le problème de la formation : il y a une incohérence entre le numerus clausus du PCEM1 en France et la possibilité pour les médecins de l'Union européenne de venir librement travailler en France, sans avoir été aussi durement sélectionnés.* Cette partie tentera de mettre en lumière la situation de ces médecins.

²⁷⁵ Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? *op. cit.*

GÉNÉRALITÉS

Les médecins détenteurs d'un diplôme de docteur en médecine d'un pays de l'Union européenne, de la Principauté d'Andorre ou de l'Espace économique européen, peuvent exercer en France en toute liberté, en vertu des principes de la liberté d'établissement et de prestation²⁷⁶. Ils sont dispensés d'épreuves de vérification des connaissances et déposent leur dossier directement devant la commission d'autorisation d'exercice.

A contrario, les médecins étrangers ayant obtenu leur diplôme hors Union européenne ne peuvent exercer en France que sous certaines conditions très strictes.

Afin de bénéficier de la plénitude d'exercice, ils doivent valider la Procédure d'Autorisation d'Exercice (PAE). Les médecins diplômés hors UE n'ayant pas validé la PAE ne disposent pas de la plénitude d'exercice. Ils peuvent cependant être recrutés sous statuts particuliers : faisant fonction d'interne (FFI), assistant associé, ou praticien attaché associé, par un établissement de santé. L'exercice de la médecine sous ces différents statuts s'effectue sous la responsabilité du chef de service ou du responsable de la structure d'affectation.

Selon les données du CNOM²⁷⁷, au 1^{er} janvier 2010, 261 378 médecins étaient inscrits au tableau de l'Ordre. Parmi eux, on en comptait 10 165 de nationalité européenne et extra-européenne, soit 4,7 % des inscrits. On note une augmentation de plus de 20 % en trois ans. 64,3 % de ces médecins sont salariés, 28,8 % sont libéraux. Les trois pays les plus représentés sont la France (16,1 %), la Roumanie (13,6 %) et l'Espagne (10,6 %). Un tiers pratique la médecine générale. Ils sont principalement installés en Île-de-France, dans le Nord – Pas-de-Calais, en Alsace, en Lorraine et sur le pourtour méditerranéen.

Le total déclaré des médecins diplômés hors UE tous statuts confondus était de 6 750. Les nationalités les plus représentées étaient celles du Maghreb (30,3 %), de l'Europe de l'Est (13,7 %), de l'Afrique Noire (12,7 %) et de l'Union européenne (12,3 %).²⁷⁸

Une étude de la DHOS²⁷⁹ montrait que 9,1 %, soit 614 médecins, exerçaient irrégulièrement et/ou sur des postes non agréés en 2005. Ce pourcentage culminait à 23,6 % pour la région Nord – Pas-de-Calais (pourcentage le plus élevé de France). Dans le même registre, une étude de 2007²⁸⁰ mettait en lumière une grande disparité entre les hôpitaux, s'agissant des droits et responsabilités des médecins diplômés hors UE (entre autres en matière de liberté de prescription, de modalités de garde et d'astreinte...), et donc que la législation n'était pas respectée dans beaucoup de cas.

Concernant la répartition géographique des médecins étrangers, un rapport de l'OCDE²⁸¹ indique que *les diplômés hors Union européenne ayant un droit d'exercice plein sont peu présents dans les départements où il y a des CHU, et sont installés dans les départements dont les densités médicales sont les plus faibles. [...] Les diplômés hors Union européenne dont le droit d'exercice est limité à l'hôpital ont subi la politique des pouvoirs publics qui a été de les recruter préférentiellement dans les hôpitaux généraux et le moins possible dans les CHU, considérés comme suffisamment pourvus en médecins. Ainsi, (ils) exercent dans les centres hospitaliers de petites villes et remplissent des postes laissés vacants par les médecins diplômés de France.*

Ce comportement est différent de celui des médecins étrangers ayant un diplôme européen qui optent pour une migration frontalière et vers les centres urbains.

²⁷⁶ Traité sur le fonctionnement de l'UE, JO UE 30/03/2010 articles 49 et 56.

²⁷⁷ CNOM. *Les médecins de nationalité européenne et extra européenne : situation au 1^{er} janvier 2010*. Paris : CNOM, 2010.

²⁷⁸ Direction de l'Hospitalisation et de la Direction des Soins. *Synthèse de l'enquête sur les médecins n'ayant pas la plénitude d'exercice en France*. Paris : DHOS, 2005.

²⁷⁹ *Ibid.*

²⁸⁰ Drexler A. *Le défi du recrutement des médecins à diplôme étranger dans les hôpitaux publics*. Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique, 2008.

²⁸¹ Cash R, Ulmann P. *Projet OCDE sur la migration des professionnels de santé : le cas de la France*. OCDE, 2008.

À l'échelon régional, selon le CNOM²⁸², le Nord – Pas-de-Calais est la deuxième région en termes d'attractivité (avec toutefois une baisse de près de 16 % durant l'année 2009).

En 2007, les médecins étrangers exerçant dans le Nord – Pas-de-Calais étaient le plus souvent des hommes (73 %). La majorité était belge (41 %, proportion la plus élevée de médecins étrangers).²⁸³ Les Allemands et les Italiens arrivaient en deuxième et troisième position. Le Nord – Pas-de-Calais était en 2007 la quatrième région d'accueil des médecins diplômés hors UE, et la sixième en termes d'effectif de FFI étrangers. Par ailleurs, comme indiqué plus haut, le pourcentage de médecins à diplôme hors UE exerçant irrégulièrement ou sur des postes non agréés était de 9,1 % sur l'ensemble du territoire et atteignait 23,6 % – le plus élevé de France – pour la région Nord – Pas-de-Calais.

De l'ensemble de ces données, il ressort que le Nord – Pas-de-Calais attire de nombreux médecins étrangers. Il y a d'une part une migration frontalière européenne mais également une migration importante de médecins diplômés hors UE. Ceux issus de l'Union européenne et bénéficiant de la plénitude d'exercice sont plutôt enclins à s'installer dans les zones attractives, à l'instar de leurs confrères français. *A contrario*, les médecins ne bénéficiant pas de la plénitude d'exercice seraient surtout employés dans des zones peu attractives de faible densité médicale, et ce, illégalement assez souvent.

MÉDECINS À DIPLÔME ÉTRANGER : UNE NÉCESSITÉ POUR L'OFFRE DE SOINS ?

D'après l'OCDE²⁸⁴, *les médecins à diplôme étranger contribuent de manière importante au fonctionnement du système de santé, non seulement en raison de leur nombre, mais aussi puisqu'ils aident à assurer la continuité du service durant les nuits ou les weekends et sont présents dans les régions les moins équipées.*

Selon une enquête menée au sein des hôpitaux sur les raisons qui les incitent à recruter des médecins étrangers, 84 % des établissements publics répondants reconnaissent que *c'est parce qu'ils n'ont tout simplement pas de candidat titulaire d'un diplôme français pour le poste recherché*²⁸⁵. Plus de 80 % des établissements ayant répondu à cette enquête ont déclaré *ne pas pouvoir se passer des recrutements internationaux de médecins.*

Un de nos entretiens soulignait également l'importance des médecins étrangers au CHR : *ils remplissent quand même pas mal les services, c'est sûr, certains services sont contents de les avoir.*

D'un point de vue régional aussi, les médecins étrangers sont nécessaires. En février 2010, le Dr Béthune²⁸⁶, médecin généraliste à Calais et vice-président de l'Ordre départemental des médecins, faisait état d'une augmentation des recrutements et des installations de médecins étrangers pour contrer la pénurie de praticiens dans la Région. Pour reprendre ses termes, leur présence est *un soulagement face au manque de personnel médical.*

²⁸² CNOM. *Atlas de la démographie médicale en région Nord-Pas-de-Calais, situation au 1^{er} janvier 2009*. CNOM, 2009.

²⁸³ Liagre R. *L'attractivité de la région Nord-Pas-de-Calais envers les élites étrangères*. Thèse de doctorat en géographie humaine. Université des Sciences et Technologies de Lille, 2007.

²⁸⁴ OCDE. *Perspectives des migrations internationales*. OCDE, 2007.

²⁸⁵ Drexler A. *op. cit.*

²⁸⁶ [De plus en plus de médecins étrangers](#). *La Voix du Nord*, 21/02/2010.

Exemple du CH de Fourmies²⁸⁷

Le centre hospitalier de Fourmies (petite ville du département du Nord) était menacé de disparition. En 1991 il ne comptait que 7 médecins dont 5 très proches de la retraite. N'étant pas parvenu à recruter des médecins français, le directeur de l'hôpital s'est tourné vers les professionnels étrangers. En 2007, 40 médecins travaillaient à l'hôpital de Fourmies. Seuls 16 étaient français. Les médecins étrangers viennent aussi bien d'Europe que de pays hors UE. Le directeur, Philippe Legros, explique l'attractivité de l'hôpital pour les médecins étrangers, par les conditions d'accueil, la non-précarité des postes et les projets professionnels proposés.

Dans un de nos entretiens, un professionnel déclarait : *On n'a pas réellement dans cette région de politique d'intégration des médecins étrangers qui soit cohérente. Seul le CHU le fait mais de manière ponctuelle, sur des échanges tenant beaucoup plus à la recherche qu'à l'irrigation de la ressource médicale sur le territoire. C'est plus de la coopération scientifique, technique et de recherche.*

Les praticiens à diplôme hors Union européenne sont, du fait de leur statut très particulier, deux à trois fois moins payés que les autres. De plus, ils sont recrutés pour des durées limitées, et même si les contrats sont parfois renouvelables de façon illimitée, la situation reste précaire pour eux puisqu'ils sont tributaires des besoins de l'hôpital.

La Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité (HALDE) a d'ailleurs pris position en février 2006 au sujet des praticiens à diplôme hors UE : *C'est dans l'exploitation faite de leur absence de statut, alors même que leurs responsabilités concrètes sont identiques, que la discrimination à leur égard trouve sa source. Celle-ci s'opère en raison de l'origine, dans l'accès à l'emploi et dans l'emploi.* Depuis, la PAE a été assouplie à plusieurs reprises, notamment en 2006 dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité Sociale. Aujourd'hui, l'expérience acquise par certains praticiens recrutés depuis plusieurs années dans les établissements de santé est davantage prise en considération. De plus, les chances de réussite à la PAE sont plus grandes pour les médecins exerçant déjà en France depuis quelques années²⁸⁸.

Selon les données du CNG²⁸⁹, en 2009, 3 552 médecins ont passé les épreuves de la PAE. Le taux global de réussite a été de 51,7 %. Cependant, il faut prendre en compte que le nombre de dossiers pouvant être examinés par la commission n'est pas extensible à l'infini. Ainsi il sera compliqué d'absorber rapidement tout le « contingent » de praticiens en exercice concerné, qui continue à croître chaque année. Rappelons qu'un candidat ne peut se présenter à la PAE que deux fois. Il faudra veiller à la concordance entre le nombre d'arrivants et de places offertes par la PAE, afin de ne pas pérenniser des situations de discrimination et de précarité, pour des médecins dont les compétences sont nécessaires au fonctionnement du système hospitalier.

Positionnement des autorités

Le Conseil National de l'Ordre admet que les médecins diplômés hors de France *ont contribué à pallier l'insuffisance numérique en médecins hospitaliers français*. Il souligne néanmoins qu'une proportion *non négligeable* de ces médecins sont des Français ayant *contourné la rigueur du numerus clausus*.

²⁸⁷ Quille F. Comment les médecins étrangers ont sauvé l'hôpital de Fourmies. *Le Quotidien du médecin*, 01/07/2004.

²⁸⁸ Bilguissa D. Un point de vue sur la situation en France : "L'Horizon s'éclaircit pour les médecins étrangers". *Parisiens du bout du monde*, 24/03/2010.

²⁸⁹ CNG : Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière.

Il déclare enfin ne pas être favorable à la pérennisation des recrutements de ces médecins en arguant de la difficulté d'évaluation des facultés étrangères, et donc du risque encouru pour la qualité des soins, de l'incohérence politique entre la rigueur des études en France et l'ouverture à ces médecins, et du problème éthique de la « fuite des cerveaux ».

De plus, l'Ordre des médecins estime que le recours aux médecins étrangers européens et extra-européens n'apporte pas de solution au problème des régions sous-dotées qui peinent à attirer des praticiens²⁹⁰.

Concernant les praticiens à diplôme hors Union européenne, le Président de la République, dans son discours du 17 avril 2008 portant sur la réforme de l'hôpital, déplore une situation de non-droit et fait part de son souhait de voir leur travail mieux reconnu. Il propose un aménagement de la PAE pour *permettre à chacun de faire valoir au mieux ses compétences professionnelles* (aménagement prévu dans la loi HPST).

Toutefois, le Président de la République a réaffirmé l'objectif d'autosuffisance nationale : *Je ne veux pas que la France s'engage à son tour dans une opération de pillage des cerveaux. L'immigration ne saurait être considérée comme la solution aux difficultés de l'accès aux soins que connaît notre pays. La réponse réside dans la formation des professions de santé et dans l'organisation des soins sur le territoire.* On ne peut que constater la grande ambivalence des autorités dirigeantes face au problème des médecins étrangers diplômés hors de France. D'une part, la demande est très forte sur des postes ou dans des régions désertées par les médecins diplômés en France, mais paradoxalement la législation est très complexe et restrictive s'agissant du droit d'exercice de ces médecins. On se retrouve dès lors avec des médecins exerçant sous des statuts très précaires, voire dans l'illégalité, pour des salaires largement inférieurs à ceux de leurs homologues français. La situation pourrait tendre à s'améliorer grâce aux nouvelles PAE. Cependant, il faudrait une politique claire en matière de recrutement et de gestion de carrière des médecins étrangers.

Conclusion

L'apport des médecins étrangers s'apprécie essentiellement à l'aune des médecins diplômés hors de l'Union européenne : ayant une autorisation d'exercice restreint, ils sont davantage enclins à s'installer dans les zones déficitaires. Un certain nombre de services ne pourraient ainsi fonctionner sans leur contribution. Cependant, le fait d'y avoir recours soulève des questions d'ordre éthique. Non seulement l'emploi de tels professionnels engendre le « dépouillement » en cerveaux des pays d'origine, mais la précarité à laquelle ils sont bien souvent soumis peut être condamnable. Se pose également la question de justice et de cohérence vis-à-vis du concours sélectif de la première année de médecine. La priorité définie par certains responsables politiques est donc d'anticiper au mieux les besoins en professionnels pour en former un effectif suffisant.

²⁹⁰ Le niveau des médecins roumains inquiète l'Ordre. *Nord Éclair*, 09/09/2009.

Conclusion

L'évocation des problèmes de déserts médicaux est une constante qui n'a malheureusement toujours pas trouvé de solution univoque claire et efficace. Plus qu'un manque de médecins, c'est leur inégalité de répartition sur les territoires qui est actuellement à l'origine de l'existence de zones insuffisamment desservies. Ce constat est d'autant plus dommageable qu'une réelle pénurie de médecins s'observera dans les années à venir : une crise de santé publique risque d'apparaître.

La situation du Nord – Pas-de-Calais ne serait *pas si pire*. La situation démographique des professionnels de santé est plus contrastée que ne le laisseraient penser les « clichés » : les conclusions varient en fonction de la profession, du secteur d'activité (libéral ou salarié) et des territoires. La perspective d'évolution de la démographie médicale est plus enviable dans cette région que dans un certain nombre d'autres, pourtant en situation favorable aujourd'hui.

Pour autant, il serait inexact de n'appréhender la situation du Nord – Pas-de-Calais qu'au regard de celle de la France et de ses autres régions : l'essentiel des inégalités de répartition des professionnels s'observe en effet à l'échelle infrarégionale. La gouvernance régionale instaurée par la création des agences régionales de santé trouve ici une partie de son sens.

La lutte contre les déserts médicaux doit en premier lieu s'appuyer sur une définition précise et pertinente de ce phénomène, définition qui n'existe manifestement pas actuellement. Il nous semble indispensable que cette définition intègre l'abord des caractéristiques populationnelles des différentes zones étudiées à celui, plus classique, des caractéristiques professionnelles.

Dans l'Hexagone comme à l'étranger, diverses mesures ont été étudiées afin de lutter contre les déserts médicaux, sans toutefois avoir débouché sur une *solution magique*.²⁹¹

La saturation de l'offre de soins ne permet pas une régulation économique classique par la concurrence ; la régulation par l'Examen National Classant ne donne pas de garantie de « fixation » des médecins à l'issue de leur formation et ne permet pas de jouer sur les régulations intra-régionales ; les incitations financières coûtent cher, ne sont pas identifiées par les professionnels et ne semblent pas non plus être déterminantes. Les mesures coercitives n'ont, elles-mêmes, pas réglé ce problème de manière définitive dans les pays où elles ont été instaurées.

L'existence des déserts médicaux ne peut être réduite à la seule problématique d'un manque de médecins. Elle est la résultante d'une combinaison de facteurs. C'est une *notion complexe à appréhender*. Cette question ne peut être traitée sans prendre en compte les évolutions des besoins de soins ni sans comprendre les attentes des professionnels de santé, lesquelles, au demeurant, ont changé.

Le profil des pathologies se modifie : celles-ci deviennent chroniques de par le vieillissement de la population mais également en raison des progrès médicaux. Notons que ces progrès médicaux conduisent les médecins à s'hyperspécialiser, d'où l'augmentation du nombre de professionnels nécessaires à la prise en charge et l'intensification de l'effort de mise à jour des connaissances.

La chronicité implique une prise en charge pluridisciplinaire dépassant le cadre classique du soin (éducation du patient, prise en charge sociale...), faisant intervenir des secteurs différents (ambulatoire, hospitalier, social, médico-social) et des professionnels différents. Une coordination optimale est indispensable.

²⁹¹ Bourgueil Y, Mousquès J, Tajahmadi A. Améliorer la répartition géographique des médecins : les enseignements de la littérature. *Questions d'économie de la santé* 2006 ; 116 : 6 p.

Les avancées technologiques participent à la prise en charge du patient en favorisant la circulation de l'information.

Les médecins tendent à se regrouper dans le cadre de leur activité, la médecine salariée se développe au détriment de la médecine libérale, la tendance au remplacement s'accroît, la profession se féminise et vieillit, les lourdeurs administratives et les tâches non médicales exaspèrent les médecins. Les professionnels craignent aussi la judiciarisation de la médecine, qui accompagne un changement dans la relation médecin/malade. Certains voient également comme évolution notable, un moindre investissement professionnel des jeunes médecins par rapport à leurs aînés, constat qu'il convient toutefois de relativiser grandement.

En dépit des mesures universitaires qui ont contribué à revaloriser la médecine générale, cette dernière est en proie à des difficultés qui seraient liées à une double divergence :

- Divergence de conception de la profession de médecin généraliste entre les universitaires enseignant une vision classique de fournisseur de soins primaires, presque monolithique, et les jeunes médecins généralistes ayant une vision moins classique et plus polyvalente du métier.
- Divergence entre l'organisation actuelle du système de l'offre de soins, qui n'a pas évolué de manière décisive depuis 70 ans, et les « nécessités » qu'impliquent les phénomènes que nous venons de décrire, dont notamment la prise en charge des pathologies chroniques.

Malgré ces difficultés, la médecine générale est bien placée dans le choix des étudiants à l'issue de l'ENC.

La conjonction de ces éléments vient modifier l'énoncé de la problématique des déserts médicaux.

La régulation de l'installation doit tenir compte des aspirations des médecins et des autres professionnels de santé, en termes de conditions d'exercice et de pratiques professionnelles, à travers notamment le développement des moyens de coopération et l'apparition de « nouveaux métiers de la santé ».

Redéfinir le contour des métiers, en créer de nouveaux, faciliter les passerelles entre les différentes professions et anticiper les compétences par rapport aux besoins de la société, tels sont les éléments indispensables pour optimiser notre système de soins. Le développement de la coopération entre professionnels de santé représente un espoir majeur pour l'avenir de celui-ci. Ces nouvelles formes de coopération constituent donc une véritable opportunité d'évolution du système de santé.

Cependant, il reste à trouver des formules juridiques et des aides financières adaptées, à modifier les systèmes de rémunération et de formation des professionnels, à trouver des articulations pertinentes entre les différentes professions, pour éviter tout conflit lié à des défenses de monopole. Surtout, il reste aux pouvoirs publics à définir des politiques ambitieuses et coordonnées. Ces politiques doivent proposer une réforme en profondeur de l'organisation du système de soins. Des mesures ponctuelles isolées et sectorisées sont vouées à l'échec : les phénomènes que nous avons décrits sont en effet « interdépendants ».

Par exemple, une incitation financière à l'installation dans une zone déficitaire est vouée à l'échec si le médecin est isolé dans le cadre de son exercice. Un dispositif de coopération entre professionnels de santé est voué à l'échec si son statut juridique et financier n'est pas viable. Les transferts de tâches sont voués à l'échec si la formation et le mode de rémunération des professionnels ne sont pas modifiés.

Ces politiques ambitieuses devront faire face au « référentiel » de la profession médicale, qui fait de la défense des principes de la médecine libérale la clé de voûte de son identité. Les enquêtes d'opinion menées auprès des jeunes médecins semblent montrer qu'ils ont conscience des nécessités actuelles et paraissent favorables à un changement de paradigme.

Cependant, comme le rappelle Pierre-Louis Bras, la nécessité ne fait pas loi et *les jeunes médecins vieillissent très vite*.

Bibliographie

Articles, rapports, thèses, ouvrages

- Aballea P, Bartoli F, Eslous L, Yeni I. *Les dépassements d'honoraires médicaux*. Paris : IGAS, 2007.
- Abbott A. *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: The University of Chicago Press, 1988.
- Acker D, Simon P. *La place de la médecine dans l'organisation des soins*. DHOS, 2008.
- Afrite A, Chaleix M, Com-Ruelle L, Valdelièvre H. L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients. *Questions d'économie de la santé* 2009 ; 140 : 8 p.
- Assemblée Générale de la FNEHAD présidée par le Dr Elisabeth Hubert, le 24/06/2010.
- Assemblée nationale. [Le dossier médical personnel \(DMP\) : quel bilan d'étape pour quelles perspectives ?](#) Compte-rendu de l'audition publique du 30 avril 2009.
- Association Nationale des Etudiants en Médecine de France. [Rangs limites, examen classant national 2010](#). Paris : ANEMF, 2010.
- Audric S. L'exercice en groupe des médecins libéraux. *Etudes et Résultats* 2004 ; 314 : 12 p.
- Aulagnier M, et al. L'exercice de la médecine générale libérale : premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. *Etudes et résultats* 2007 ; 610 : 8 p.
- Avis du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie du 22 avril 2010. [Vieillesse, longévité et assurance maladie](#). Constats et orientations.
- Bacquet P. *Rapport d'information au parlement sur l'informatisation du système de santé*. Assemblée Nationale, 1998.
- Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. *Questions d'économie de la santé* 2010 ; 157 : 6 p.
- Berland Y, Bourgueil Y. *Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé*. Paris : ONDPS, 2006.
- Berland Y, dir. *La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner*. HAS, 2007.
- Bernier M. *Rapport d'information déposé le 30 septembre pour la Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale en conclusion des travaux de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire*. Assemblée Nationale, 2008.
- Bernstein D. Les réformes de l'organisation de soins primaires en Angleterre. *Points de repère* 2008 ; 17 : 12 p.
- Bilguissa D. Un point de vue sur la situation en France : "L'Horizon s'éclaircit pour les médecins étrangers". *Parisiens du bout du monde*, 24/03/2010.
- Bloy G. *Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste... ou pas ?* DREES, 2011. Série Etudes et recherches n° 104.
- Bloy G. *Une médecine générale durablement dépréciée ? Enquête sur une évidence*. In ONDPS. Rapport 2006-2007. Tome 1 : La médecine générale. Paris : ONDPS, 2008 ; 138-72.

- Bourgueil Y, Mousquès J, Marek A, Tajahmadi A. Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France. *Question d'économie de la santé* 2007 ; 122 : 6 p.
- Bournot MC, Goupil MC, Tyffreau F. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. *Etudes et résultats* 2008 ; 649 : 8 p.
- Bras PL, Duhamel G. *Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères*. Paris : IGAS, 2008.
- Bras PL. *Développement des maladies chroniques et avenir de la médecine générale : un regard à partir d'expériences étrangères*. In Tabuteau D. Office de prospective en santé, rapport 2008. Paris : Éditions de Santé – Les Presses de Sciences Po, 2008.
- Canasse S. [Exercice de la médecine générale : un état des lieux](#). Carnets de santé, septembre 2008.
- Cash R, Ulmann P. *Projet OCDE sur la migration des professionnels de santé : le cas de la France*. OCDE, 2008.
- Chambeau L, Schaetzel F, dir. *Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement*. Paris : IGAS, 2010.
- Champy F. *La sociologie des professions*. Paris : PUF, 2009 ; 229 p.
- Chan B, DeJani N, Crichton T, Pong R, Rourke J, Goertzen J, et al. Factors influencing family physicians to enter rural practice. Does rural or urban background make a difference? *Can Fam Physician* 2005; 51(9): 1246-47. Cité dans Pilorget A, 2010.
- Charpak Y, Knockaert R. [Les médecins aujourd'hui en France](#). *Actualité et dossier en santé publique* 2000 ; 32 : 15-66.
- Chevrier-Fatome C, Daniel C. *Le système de santé en Angleterre. Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire*. Paris : IGAS, 2002.
- CNOM. *Atlas de la démographie médicale 2008*. Paris : CNOM, 2008.
- CNOM. *Atlas de la démographie médicale 2010*. Paris : CNOM, 2010.
- CNOM. *Atlas de la démographie médicale en région Nord-Pas-de-Calais, situation au 1^{er} janvier 2009*. Paris : CNOM, 2009.
- CNOM. [Coopération entre professionnels de santé : l'ensemble des ordres des professions de santé désapprouve l'arrêté du 31 déc.](#) 15 janvier 2010.
- CNOM. *Les médecins de nationalité européenne et extra européenne : situation au 1^{er} janvier 2010*. Paris : CNOM, 2010.
- CNOM. Les principaux enseignements de l'enquête. [Les conséquences des usages d'internet sur les relations patients-médecins](#). 4 mai 2010.
- CNOM. *Télémédecine : les préconisations du CNOM*. Paris : CNOM, 2009.
- Commission pour la libération de la croissance française. [Une ambition pour dix ans, une mobilisation générale pour libérer la croissance et donner un avenir aux générations futures](#). 15 octobre 2010 ; 177 p.
- [Communiqué inter-ordre du 15 janvier 2010](#) : « L'ensemble des ordres des professions de santé désapprouve l'arrêté du 31 décembre 2009 ».
- Coudin E. Projections 2005-2050 : des actifs en nombre stable pour une population âgée toujours plus nombreuse. *Insee Première* 2006 ; 1092 : 4 p.
- Couffinal A, Mousquès J. Les médecins diplômés hors de France : statuts et caractéristiques. *Questions d'économie de la santé* 2001 ; 45 : 6 p.
- Cour des comptes. [La sécurité sociale](#). Paris : La documentation française, 2006 ; 409 p.

Couty E, Kouchner C, Laude A, Tabuteau D. *La loi HPST : regards sur la réforme du système de santé*. Paris : EHESP, 2009.

Daniel C, Delpal B, Lannelongue C. *Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR)*. Paris : IGAS, 2006.

De Cock J, INAMI. *L'accord-cadre franco-belge de coopération sanitaire transfrontalière et les conventions de coopération dans l'espace franco-belge-luxembourgeois*. Colloque structuration et régulation. Comité des régions, Bruxelles, 26 novembre 2009.

De Kervasdoué J. *Symptômes et origines « objectives » de la crise*. In De Kervasdoué J, dir. *La crise des professions de santé*. Paris : Dunod, 2003.

De Kervasdoué J. *Très cher santé*. Paris : Editions Perrin, 2009.

De Kervasdoué J. *Une crise profonde et multiforme*. In De Kervasdoué J, dir. *La crise des professions de santé*. Paris : Dunod, 2003.

[De plus en plus de médecins étrangers](#). *La Voix du Nord*, 21/02/2010.

Descours C. *Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire*. Paris : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003.

Desplats E, Favrolt N, Gerbaud L, Faict T. L'influence de la judiciarisation sur les pratiques médicales. Quand Esculape craint Thémis. *Revue générale de droit médical* 2008 ; 28 : 125-44.

Direction de l'Hospitalisation et de la Direction des Soins. *Synthèse de l'enquête sur les médecins n'ayant pas la plénitude d'exercice en France*. Paris : DHOS, 2005.

Domergue J. *Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la Commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'information sur la formation des auxiliaires médicaux*. Assemblée Nationale, 2010.

Dominique E. [En savoir plus sur les réseaux de soins](#). Medcost, juin 2000.

Dormont B. *Les dépenses de santé, une augmentation salubre ?* Paris : Editions Rue d'Ulm, 2009.

Drexler A. *Le défi du recrutement des médecins à diplôme étranger dans les hôpitaux publics*. Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique, 2008.

Fauvet L. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2009. *Etudes et résultats* 2010 ; 720 : 8 p.

FFMPS. [Note concernant les frais des médecins généralistes en maisons de santé](#) [en ligne].

Fieschi M. *La gouvernance de l'interopérabilité sémantique est au cœur du développement des systèmes d'information en santé*. Paris : Ministère de la santé et des sports, 2009.

Fieschi M. *Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins*. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003.

Flori F, Gilgenkrantz S. Démographie médicale, comment lutter contre les déserts médicaux ? *Médecine sciences* 2007 ; 23 : 533-7.

FNEHAD. *Livre blanc des systèmes d'information de l'HAD*. FNEHAD, 2009.

FNEHAD. *Télésanté et HAD : [La médecine du XXI^e siècle](#)*, dossier de presse, 3 juin 2010.

Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins. [Rapport d'activité 2009](#). Septembre 2010.

Gagneux M. *Rapport de la mission de relance du Dossier médical personnel*. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, 2008.

GAY C. *Note méthodologique pour l'élaboration des diplômes du ministère chargé de la santé*. Gay Conseil – DHOS, novembre 2005.

GIP DMP, Direction des Usages et du Déploiement. [Retour d'expérience des projets de l'appel à projet DMP](#). Juillet 2009.

Gribeauval JP. Judicialisation de la médecine : réalité ou idée reçue ? *Revue Prescrire* 2010 ; 30(321) : 536-41.

Guinchard P, Legrain S. La dépendance du grand âge. *Esprit* 2007 ; 1 : 118-29.

Hartmann L, Ulmann P, Rochaix L. L'accès aux soins de premier recours en Europe. *Revue Française des Affaires sociales* 2006 ; 2-3 : 121-39.

HAS, ONDPS. *Délégation, transfert, nouveaux métiers... Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé*. Rapport d'étape. Saint-Denis La Plaine : HAS, 2007.

HAS, ONDPS. *Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?* Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS. Saint-Denis La Plaine : HAS, 2008.

HAS. *Coopération entre professionnels de santé. Guide méthodologique. Tome 1 : Conditions de succès et retour sur les expérimentations de 2004 à 2007*. HAS, 2010.

HAS. *Rapport du groupe de travail présidé par Mireille Elbaum : enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé*. Saint-Denis La Plaine : HAS, 2007.

Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie. *Rapport annuel 2007*. HCAAM, 2007 ; p. 89.

Helmlinger L, Martin D. Justice et Santé : la judicialisation de la médecine, mythe et réalité. *Sève* 2004 ; 5 : 39-46.

Herzlich C, Bungener M, Paicheler G, et al. *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français 1930-1980*. Paris : INSERM-Doin, 1993 ; 274 p.

Honnorat C. [Filières et Réseaux](#). 18 novembre 2002.

Hubert E. *Mission de concertation sur la médecine de proximité*. Paris : Présidence de la République, 2010.

Hue B. [A propos du médecin collaborateur libéral](#). Commentaires, sur le contrat type de médecin collaborateur libéral (CNOM), 03 janvier 2006.

INSEE. Enquête de recensement annuel de la population : <http://www.insee.fr>.

ISNAR-IMG. *Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale*. ISNAR-IMG, 2011.

Jaunait A. *Comment pense l'institution médicale ? Une analyse des codes français de déontologie médicale*. Paris : Dalloz, 2005 ; 352 p.

Jegou JJ. *Rapport d'information au Sénat n°35. Systèmes d'information de santé : le diagnostic est posé, le traitement s'impose*. Sénat, séance du 17 octobre 2007.

Kopetsch T. L'expérience allemande de planification des installations médicales. *Cah Sociol Demogr Med*. 2003 ; 43(3) : 529-42.

Lacoste O, Sampil M, Rengot M, Trédez G, Ould-Kaci K, Ben Hadj Yahia MB, Giovannelli J. *Enquête sur les besoins locaux de santé*. Loos : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2010 ; 57 p.

Lapolla M, Brandt E, Barker A, Ryn L. State Public Policy: The Impact of Oklahoma's Physicians Incentive Programs. *J Okla State Med Assoc* 2004 ; 97(5) : 190-4. Cité dans Pilorget A, 2010.

Laslett P. *The World We Have Lost: England Before the Industrial Age*. New York: Charles Scribner's Sons, 1965; 353 p.

Le Fur P, Yilmaz E. Modes d'accès aux spécialistes en 2006 et évolution depuis la réforme de l'Assurance Maladie : enquêtes Santé Protection Sociale 2004 et 2006. *Questions d'économie de la santé* 2008 ; 134 : 8 p.

Le Quotidien du Médecin du 14 octobre 2010 ; 25 octobre 2010.

Lebas J. *Amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé dans les quartiers de la politique de la ville*. Saint-Denis La Plaine : Les éditions de la DIV, 2002.

Legmann M. *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale*. Paris : CNOM, 2010.

Legros B. Cours master 2 : *droit public, droit et politiques de santé*. Université Lille 2, 2007.

Letort E. *Les soins primaires aux Pays-Bas et la délégation de tâches : discussion sur les applications potentielles en France*. Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, 16 mars 2011.

Liagre R. *L'attractivité de la région Nord-Pas-de-Calais envers les élites étrangères*. Thèse de doctorat en géographie humaine. Université des Sciences et Technologies de Lille, 2007.

Marin F, Marin E, Barrancos A. *Le métier de pharmacien : contenu et perspectives du rôle de premier recours*. Paris : ONDPS - Bernard Brunhes Consultants, 2006 ; 69 p.

Matharan J, Micheau J, Rigal E. *Le métier de masseur-kinésithérapeute*. Paris : ONDPS - Plein sens, 2009 ; 137 p.

Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. *Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière. Tome 1 : Facteurs d'évolution probable à moyen et long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social publics*. Paris : éditions ENSP, 2007.

MSP – Groupe Galilee. [L'articulation avec les réseaux de santé](#) : coexistence ou synergie ? Entretien avec Michel Varroud-Vial. *Réseaux, Santé & Territoire* 2010 ; 31.

Nord Éclair. [Le niveau des médecins roumains inquiète l'Ordre](#). 09 septembre 2009.

OCDE. *Perspectives des migrations internationales*. OCDE, 2007.

ONDPS. *Rapport 2008-2009. Tome 3 : le renouvellement des effectifs médicaux*. Paris : ONDPS, 2009.

Ordre national des pharmaciens. *Dossier Pharmaceutique (DP) : le cap des 10 millions de Français ayant un DP vient d'être franchi*. [Conférence de presse du 19/10/2010](#).

ORS Nord – Pas-de-Calais. La formation des professionnels de santé. *50/51° Nord* 2006 ; 8 : 6 p.

Picheral H. *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*. Montpellier : Université Paul Valéry, 2001.

Pilorget A. *Inégalité de répartition des médecins généralistes sur le territoire, quelles solutions ? Étude des mesures prises dans quatre pays européens*. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Université de Rennes 1, 2010.

Plan Alzheimer 2008-2012 : <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/>.

Polanyi K. *La grande transformation. Aux origines politiques et économiques de notre temps*. Paris : Éditions Gallimard, 1983.

Quille F. Comment les médecins étrangers ont sauvé l'hôpital de Fourmies. *Le Quotidien du médecin*, 1^{er} juillet 2004.

Rabinowitz H. Recruitment, Retention, and Follow-up of Graduates of a Program to Increase the Number of Family Physicians in Rural and Underserved Areas. *N Engl J Med*. 1993 ; 328 : 934-9. Cité dans Pilorget A, 2010.

Rigal E, Micheau J. *Le métier de chirurgien-dentiste : caractéristiques actuelles et évolution*. Paris : ONDPS - Plein sens, 2007 ; 125 p.

Robbert-Bobée I. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. La population continue de croître et le vieillissement se poursuit. *Insee Première* 2006 ; 1089 : 4 p.

Sicart D. *Les médecins. Estimations au 1^{er} janvier 2009*. Paris : DREES, 2009. Série statistiques n° 138, 117 p.

Schweyer FX, Levasseur G, Pawlikowska T. *Créer et piloter un réseau de santé : un outil de travail pour les équipes*. Paris : Editions ENSP, 2004.

Sénat. *La démographie médicale*. Les documents de travail du Sénat, série législation comparée, 2008.

Sénat. [Rappel des grandes lignes de la jurisprudence de la CJCE](#). In Reis R. Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires européennes sur les droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers (E 3903). Sénat, 2009.

Services d'affaires mondiaux IBM. [Santé 2015](#) : Gagnant-gagnant ou perdant-perdant ? Systèmes de santé : état des lieux et évolution pour une transformation réussie. USA : IBM, 2008.

Tabuteau D. *Office de prospective en santé, rapport 2008*. Paris : Éditions de Santé – Les Presses de Sciences Po, 2008.

Tellier N, Leo M. Présentation des résultats de l'enquête en CPAM. *Démographie médicale, répartition des médecins sur le territoire. Enjeux pour l'accès aux soins et la sécurité des usagers*. [Journée d'action CISS-FNATH-UNAF contre les déserts médicaux du 17 novembre 2010](#).

TIC & Santé : l'innovation technologique au service des patients souffrant de maladies chroniques. [Appel à projet](#).

TICsante.com. *Accès des patients au DMP : le président de l'Asip santé annonce des expérimentations en 2011* : [TIC santé, 11/10/2010](#).

Ulmann P. *La crise des professions de santé a-t-elle une origine économique ?* In De Kervasdoué J, dir. *La crise des professions de santé*. Paris : Dunod, 2003.

Vanderschelden M. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2007. *Etudes et résultats* 2007 ; 616 : 8 p.

Zeiger G. Le Comité de liaison inter-Ordres. Ordres professionnels et transversalité. *Soins* 2006 ; 51(709) : 39-4.

Lois, décrets, arrêtés, articles de loi, jurisprudence

Arrêté du 23 mars 2007 portant approbation de l'avenant n° 20 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. JORF n°74 du 28 mars 2007 page 5797 texte n° 59.

Article 78 de la loi *Hôpital, Patients, Santé, Territoires* du 21 juillet 2009.

Art. 168 de la version consolidée du traité de fonctionnement de l'union européenne.

Article 51 Loi HPST

Article 78 de la loi *Hôpital, Patients, Santé, Territoires* du 21 juillet 2009.

Article 83 modifiant la procédure d'autorisation d'exercice.

Article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2007.

Article L162-2 du Code de la sécurité sociale.

Article L162-2 du Code de la sécurité sociale.

Article L162-2 du CSS.

Article L162-12-17 du CSS.

Article L162643 du Code de la sécurité sociale, abrogé en 2006.

Articles L4113-5 et L.4113-8 du CSP.

Article L6321-1 du Code de la santé publique modifié par ordonnances en 2002 et 2003.

Article R4127-85 du Code de la santé publique.

Article R4127-86 du Code de la santé publique.

Article R4127-90 du Code de la santé publique.

Article R4127-23 du CSP.

Article R4127-24 du CSP, 4113-6 du CSP.

Article R4127-6 du CSP.

Article R4127-87 du CSP.

Article R4127-91 du CSP.

Article R4127-93 du CSP.

Article R4127-93 du CSP.

Article R4235 du Code de la santé publique.

Cass. Civ. 6 juillet 1931, DP 1931, 1, 131, note P. PIC.

CE 27 juillet 2005, décision n° 269136.

CE 29 mars 1901, Casanova.

Décret du 3 août 1994 relatif à l'exercice en commun de la profession de médecin sous forme de SEL.

JORF n° 0245 du 21 octobre 2010 – Texte n° 13, décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine.

JORF n° 35 du 11 février 2005, page 2275 texte n° 4.

Loi "HPST" du 21 juillet 2009.

La loi du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de société de profession libérale soumise à un statut législatif ou réglementaire.

Loi n° 71-525 du 3 juillet 1971 relative aux rapports entre l'Assurance Maladie et les praticiens et les auxiliaires médicaux.

Loi n°2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux.

Loi du 21 décembre 1992 sur la structure du système de santé.

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

Loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises.

Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 : Article 25.

Ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titre et de l'exercice illégal de ces professions.

Traité sur le fonctionnement de l'UE, JO UE 30/03/2010 articles 49 et 56.

Annexes

Guide d'entretien

PROSPECTIVE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ : MODE D'EXERCICE

Cadre général de l'étude :

- Que se passe-t-il dans le Nord – Pas de Calais pour les professions de santé ?
- Que peut-il se produire d'ici 2030 ?

ATTENTION À ADAPTER À LA SPÉCIALITÉ

Bonjour (Madame ou Monsieur X), je vous remercie d'avoir accepté cet entretien. Comme nous avons convenu lors de la prise de rendez vous, nous allons parler de l'étude dénommée « prospective des professions de santé » ayant pour but de tenter de prévoir l'évolution des modalités d'exercices et de pratiques des professions de santé.

Avant de commencer, sachez que :

- Vous n'avez pas de justifications bibliographiques ou quel qu'elles soient à apporter à vos propos.
- Nous souhaitons simplement recueillir VOTRE perception. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses.
- L'ORS engage dans cette étude sa responsabilité et respecte bien entendu le principe d'anonymat
-

Nous souhaiterions aussi savoir si vous accepteriez que nous enregistrons cette entrevue ?

MODALITÉS DE PRATIQUES ET D'EXERCICES ACTUELLES

Consigne : Dans un premier temps de notre entretien, avant de parler des évolutions, j'aimerais que vous me parliez de vos modalités de pratiques et d'exercices actuelles.

ÉVOLUTION DES MODALITÉS DE PRATIQUES ET D'EXERCICES DANS 20 ANS

Consigne Maintenant, pouvez-vous me dire comment vous voyez l'évolution de votre profession dans 15 ans ?

Thèmes à développer :

- Démographie
- Compétences exercées
- Formation
- Attentes
- Conditions d'exercices
- Est-ce que la profession est amenée à exercer différents métiers à l'avenir ?

ÉVOLUTION DES MODALITÉS DE PRATIQUES ET D'EXERCICES DES AUTRES PROFESSIONS

Consigne : J'aimerais, maintenant que vous me disiez comment vous voyez l'évolution des autres professions ?

Thèmes à développer :

Champs de la coopération : POLITIQUE / SANITAIRE ET SOCIALE

- Quelles professions pourraient être amenées à coopérer dans le futur ? Comment ?
- Pour seul qui coopère quels changements ?

ÉVOLUTION ET PARTICULARITÉS RÉGIONALES

Consigne : J'aimerais enfin que vous me disiez si vous pensez que le Nord Pas de Calais pourrait avoir des évolutions particulières par rapport au reste de la France.

Thèmes à développer :

- Démographie
- Compétences exercées
- Formation
- Attentes
- Conditions d'exercices
- Est-ce que la profession est amenée à exercer différents métiers à l'avenir ?
- Champs de la coopération : POLITIQUE / SANITAIRE ET SOCIALE

Référence enquête : KARIM OULD-KACI, MADIOU SAMPIL Tel : 03-20-15-49-28
--

Capacité de renouvellement des médecins exerçant dans les bassins du Nord – Pas-de-Calais

GYNÉCOLOGIE MÉDICALE

Pour cette spécialité nous nous bornerons ici à ne présenter que les tableaux statistiques sans qu'aucun commentaire n'y soit apporté.

En effet, en raison de la faiblesse des effectifs, les densités médicales ainsi que les taux de renouvellement à mi-parcours des médecins âgés de 55 ans ou plus ne sont pas significatifs. Par ailleurs, comme le soulignent les auteurs, *beaucoup de régions n'ont pas raisonné pour cette seule spécialité et ont globalisé leurs propositions avec celles relatives à la gynécologie obstétrique. L'analyse a été effectuée en cumulant les données pour les deux spécialités.*

Tableau n° 8 : Gynécologie médicale – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d'ici cinq ans selon les régions

Régions	Effectifs des médecins âgés de 55 ans ou plus au 01/01/2008	Estimation du nombre de médecins en formation susceptibles d'entrer en activité entre 2009 et 2013 sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Part des 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)	Rang de classement
Bretagne	36	15	41,7	1
Champagne-Ardenne	13	5	38,5	2
Picardie	19	5	26,3	3
Poitou-Charentes	22	5	22,7	4
Nord-Pas-de-Calais	55	10	18,2	5
Midi-Pyrénées	65	10	15,4	6
Lorraine	41	5	12,2	7
Aquitaine	87	10	11,5	8
Pays de la Loire	45	5	11,1	9
PACA + Corse	93	10	10,8	10
Île-de-France	390	25	6,4	11
Rhône-Alpes	83	5	6,0	12
Antilles-Guyane	2	0	0,0	-
Alsace	8	0	0,0	-
Auvergne	20	0	0,0	-
Basse-Normandie	16	0	0,0	-
Bourgogne	11	0	0,0	-
Centre	30	0	0,0	-
Franche-Comté	10	0	0,0	-
Haute-Normandie	36	0	0,0	-
Languedoc-Roussillon	33	0	0,0	-
Limousin	9	0	0,0	-
La Réunion	1	0	0,0	-

Source : ADELI 2008, DREES.

(1) : Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation en 2008 » se réfèrent au *numerus clausus* de 2002 prolongé sur cinq ans.

Tableau n° 9 : Gynécologie médicale – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais

	Ensemble des médecins au 01/01/2008		Nombre de médecins de 55 ans et plus susceptibles de cesser leur activité d’ici 2018		Estimation du nombre de médecins en formation susceptibles d’entrer en activité entre 2009 et 2013			
					sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu’en 2013 (1)		sur la base des propositions régionales	
	Effectifs	Densité pour 100 000 femmes de 15 ans ou plus	Effectifs	%	Effectifs	Part des 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)	Effectifs	Part des médecins de 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)
France entière	2 078	7,7	1 126	54,2	110	9,8	136	12,1
Nord – Pas-de-Calais	130	7,7	55	42,3	10	18,2	10	18,2
Artois	17	3,5	5	29,8	1	25,9	1	25,9
Hainaut	18	5,8	11	60,9	1	12,7	1	12,7
Littoral	18	5,4	6	33,1	1	23,3	1	23,3
Métropole	76	13,7	33	42,8	6	18,0	6	18,0

Source : ADELI 2008, DREES. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais pour les données ADELI 2008 du Nord – Pas-de-Calais.

Lecture du tableau : En France, si la part du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, 10 % des médecins âgés de 55 ans ou plus, susceptibles de cesser leur activité dans les dix prochaines années, seraient remplacés à mi-parcours, c’est-à-dire d’ici cinq ans.

(1) : Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation en 2008 » se réfèrent au *numerus clausus* de 2002 prolongé sur cinq ans.

GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE

À mi-parcours (d’ici cinq ans), le Nord – Pas-de-Calais pourrait être en mesure de renouveler 85 % de ses gynécologues obstétriciens censés ne plus exercer d’ici dix ans. Ce taux, très supérieur à la moyenne nationale, place notre région en deuxième position du classement régional (Tableau 10), juste après la Réunion (88,2 %). Notons que cette importante capacité de renouvellement n’est pas propre à notre région puisque, dans dix autres régions, plus de la moitié des effectifs des 55 ans ou plus serait également remplacée d’ici cinq ans.

Au niveau des bassins de santé de la Métropole et de l’Artois, la totalité des médecins de 55 ans ou plus pourrait être renouvelée à mi-parcours (Tableau 11). Bien qu’inférieur à la moyenne régionale, le taux de renouvellement des bassins de santé du Hainaut et du Littoral n’en demeure pas moins supérieur au seuil de renouvellement de 50 %, signifiant que plus de la moitié des médecins cessant de travailler dans dix ans serait remplacée d’ici cinq ans dans ces territoires.

Les propositions régionales n’entraîneraient au niveau national qu’une légère augmentation du taux de renouvellement, qui passerait ainsi de 42 à 45 %. En revanche, dans le Nord – Pas-de-Calais, le nombre de formations proposé est inférieur au nombre de formations estimé (60 *versus* 75). Néanmoins, les taux de renouvellement des bassins de santé de la Métropole et de l’Artois resteraient élevés (respectivement 80 % et 82 %), et ceux des bassins de santé du Hainaut et du Littoral resteraient néanmoins un peu supérieurs à 50 %.

Tableau n° 10 : Gynécologie obstétrique – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d'ici cinq ans selon les régions

Régions	Effectifs des médecins âgés de 55 ans ou plus au 01/01/2008	Estimation du nombre de médecins en formation susceptibles d'entrer en activité entre 2009 et 2013 sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Part des 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)	Rang de classement
La Réunion	17	15	88,2	1
Nord-Pas-de-Calais	88	75	85,2	2
Pays de la Loire	65	50	76,9	3
Auvergne	34	25	73,5	4
Basse-Normandie	35	25	71,4	5
Bourgogne	35	25	71,4	6
Haute-Normandie	37	25	67,6	7
Franche-Comté	32	20	62,5	8
Limousin	8	5	62,5	9
Picardie	48	30	62,5	10
Poitou-Charentes	43	25	58,1	11
Alsace	73	35	47,9	12
Bretagne	88	40	45,5	13
Centre	56	25	44,6	14
Lorraine	70	30	42,9	15
Champagne-Ardenne	38	15	39,5	16
Midi-Pyrénées	77	30	39,0	17
Languedoc-Roussillon	67	25	37,3	18
Aquitaine	95	35	36,8	19
Rhône-Alpes	181	65	35,9	20
Île-de-France	579	170	29,4	21
PACA + Corse	213	55	25,8	22
Antilles-Guyane	55	10	18,2	23

Source : ADELI 2008, DREES.

(1) : Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation en 2008 » se réfèrent au *numerus clausus* de 2002 prolongé sur cinq ans.

Tableau n° 11 : Gynécologie obstétrique – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d'ici cinq ans dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais

Ensemble des médecins au 01/01/2008			Nombre de médecins de 55 ans et plus susceptibles de cesser leur activité d'ici 2018		Estimation du nombre de médecins en formation susceptibles d'entrer en activité entre 2009 et 2013			
					sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)		sur la base des propositions régionales	
	Effectifs	Densité pour 100 000 femmes de 15-49 ans	Effectifs	%	Effectifs	Part des 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)	Effectifs	Part des médecins de 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)
France entière	5 467	36,6	2 041	37,3	855	41,9	912	44,7
Nord - Pas-de-Calais	300	31,0	88	29,4	75	85,2	60	68,1
Artois	64	23,9	16	24,4	16	102,6	13	82,1
Hainaut	51	28,8	19	38,0	13	65,9	10	52,7
Littoral	48	25,8	19	39,7	12	63,0	10	50,4
Métropole	137	40,5	34	24,9	34	100,4	28	80,3

Source : ADELI 2008, DREES. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais pour les données ADELI 2008 du Nord – Pas-de-Calais. Lecture du tableau : En France, si la part du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, 42 % des médecins âgés de 55 ans ou plus, susceptibles de cesser leur activité dans les dix prochaines années, seraient remplacés à mi-parcours, c'est-à-dire d'ici cinq ans.

(1) : Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation en 2008 » se réfèrent au *numerus clausus* de 2002 prolongé sur cinq ans.

PSYCHIATRIE (ADULTES ET ENFANTS)

Un peu plus des trois quarts (79 %) des psychiatres exerçant dans le Nord – Pas-de-Calais, censés arrêter leur activité professionnelle dans les dix prochaines années, pourraient être remplacés à mi-parcours. Ce chiffre, très supérieur à la moyenne nationale (27 %), place le Nord – Pas-de-Calais au premier rang du classement régional (Tableau 12). Les six autres régions suivantes (Franche-Comté, Picardie, Lorraine, Champagne-Ardenne, Basse et Haute-Normandie) seraient également en position de renouveler au minimum la moitié de la tranche d'âge des 55 ans ou plus d'ici cinq ans. En revanche, les Antilles-Guyane, l'Île-de-France, les régions PACA-Corse ainsi que l'Aquitaine obtiendraient des taux de renouvellement inférieurs à 20 %.

Le taux de renouvellement des psychiatres âgés de 55 ans ou plus que nous avons estimé dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais, demeurerait compris dans une fourchette de valeurs élevées comprises entre 74,3 % pour la plus basse (Littoral) et 85,4 % pour la plus élevée (Hainaut).

Les propositions régionales se traduiraient sur le plan national par un accroissement de neuf points du taux de renouvellement. Les propositions faites pour le Nord – Pas-de-Calais vont au contraire dans le sens d'une réduction du nombre de formations, qui passerait de 140 à 125. Malgré cette diminution, l'ensemble des bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais resterait néanmoins en capacité de renouveler plus de la moitié des psychiatres qui cesseront leur activité dans dix ans.

Tableau n° 12 : Psychiatrie– Perspectives de renouvellement des départs en retraite d'ici cinq ans selon les régions

Régions	Effectifs des médecins âgés de 55 ans ou plus au 01/01/2008	Estimation du nombre de médecins en formation susceptibles d'entrer en activité entre 2009 et 2013 sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Part des 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)	Rang de classement
Nord-Pas-de-calais	177	140	79,1	1
Franche-Comté	89	60	67,4	2
Picardie	106	65	61,3	3
Lorraine	118	70	59,3	4
Champagne-Ardenne	88	50	56,8	5
Basse-Normandie	93	50	53,8	6
Haute-Normandie	119	60	50,4	7
Pays de la Loire	208	100	48,1	8
Limousin	53	25	47,2	9
Auvergne	91	40	44,0	10
Bretagne	221	95	43,0	11
Poitou-Charentes	123	50	40,7	12
Bourgogne	119	45	37,8	13
Alsace	149	55	36,9	14
La Réunion	41	15	36,6	15
Centre	191	50	26,2	16
Rhône-Alpes	553	130	23,5	17
Languedoc-Roussillon	244	55	22,5	18
Midi-Pyrénées	284	60	21,1	19
Aquitaine	390	70	17,9	20
PACA + Corse	607	100	16,5	21
Île-de-France	1 937	235	12,1	22
Antilles-Guyane	48	5	10,4	23

Source : ADELI 2008, DREES.

(1) : Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation en 2008 » se réfèrent au *numerus clausus* de 2002 prolongé sur cinq ans.

Tableau n° 13 : Psychiatrie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais

	Ensemble des médecins au 01/01/2008		Nombre de médecins de 55 ans et plus susceptibles de cesser leur activité d’ici 2018		Estimation du nombre de médecins en formation susceptibles d’entrer en activité entre 2009 et 2013			
					sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu’en 2013 (1)		sur la base des propositions régionales	
	Effectifs	Densité pour 100 000 habitants	Effectifs	%	Effectifs	Part des 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)	Effectifs	Part des médecins de 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)
France entière	13 846	21,8	6 049	43,7	1 625	26,9	2 191	36,2
Nord - Pas-de-Calais	549	13,6	177	32,2	140	79,1	125	70,6
Artois	129	11,3	41	31,7	33	80,5	29	71,9
Hainaut	76	10,0	23	29,9	19	85,4	17	76,2
Littoral	40	5,0	14	34,3	10	74,3	9	66,4
Métropole	304	23,0	99	32,7	78	78,1	69	69,8

Source : ADEL 2008, DREES. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais pour les données ADEL 2008 du Nord – Pas-de-Calais. Lecture du tableau : En France, si la part du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, 27 % des médecins âgés de 55 ans ou plus, susceptibles de cesser leur activité dans les dix prochaines années, seraient remplacés à mi-parcours, c’est-à-dire d’ici cinq ans.

(1) : Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation en 2008 » se réfèrent au *numerus clausus* de 2002 prolongé sur cinq ans.

ANESTHÉSIE RÉANIMATION

Près de la moitié (49 %) des médecins anesthésistes réanimateurs exerçant dans le Nord – Pas-de-Calais, âgés d’au moins 55 ans, pourrait être renouvelée d’ici cinq ans. La Région se situe dans une position relativement bonne (7^e rang) par rapport au classement décroissant des régions selon leur taux de renouvellement (Tableau 14). Ce chiffre nous positionne également 17 points au-dessus de la moyenne nationale (32 %). Les taux les plus élevés se trouvent en Picardie, Franche-Comté, Haute-Normandie, où ils dépassent nettement le seuil des 50 % de renouvellement à mi-parcours. En revanche, c’est en Aquitaine, dans les régions des Antilles et de Guyane, en Île-de-France, dans le centre, et dans les régions de PACA-Corse, que les taux de renouvellement sont les plus faibles (en dessous de 25 %).

On observe une différence très marquée entre bassins de santé, avec d’un côté la Métropole, qui obtiendrait un taux de renouvellement à mi-parcours très supérieur au niveau régional (+ 12 points), et de l’autre les trois autres bassins de santé pour lesquels les taux seraient inférieurs au niveau régional, en particulier dans le Littoral où seulement un peu plus d’un tiers des médecins âgés de 55 ans ou plus serait renouvelé sur cinq ans.

Les propositions régionales se traduiraient dans le Nord – Pas-de-Calais par un accroissement des effectifs en formation, qui passeraient ainsi de 90 à 100 médecins sur la période 2009-2013. Cette hausse rejoint la tendance nationale, qui verrait le nombre de ses formations augmenter en moyenne de 30 %. Malgré la hausse du nombre de formations proposé dans le Nord – Pas-de-Calais, le taux de renouvellement du bassin de santé du Littoral resterait 12 points inférieur au seuil des 50 %, permettant de renouveler à mi-parcours la moitié des départs en retraite prévus dans les dix prochaines années.

Tableau n° 14 : Anesthésie-réanimation – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans selon les régions

Régions	Effectifs des médecins âgés de 55 ans ou plus au 01/01/2008	Estimation du nombre de médecins en formation susceptibles d'entrer en activité entre 2009 et 2013 sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Part des 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)	Rang de classement
Picardie	70	55	78,6	1
Franche-Comté	58	40	69,0	2
Haute-Normandie	85	50	58,8	3
Champagne-Ardenne	84	45	53,6	4
Auvergne	77	40	51,9	5
Basse-Normandie	90	45	50,0	6
Nord-Pas-de-Calais	183	90	49,2	7
Lorraine	124	50	40,3	8
Pays de la Loire	177	70	39,5	9
Rhône-Alpes	411	160	38,9	10
Bourgogne	104	40	38,5	11
La Réunion	39	15	38,5	12
Alsace	132	50	37,9	13
Limousin	53	20	37,7	14
Bretagne	191	70	36,6	15
Midi-Pyrénées	240	80	33,3	16
Poitou-Charentes	91	30	33,0	17
Languedoc-Roussillon	198	50	25,3	18
PACA + Corse	459	110	24,0	19
Centre	147	35	23,8	20
Île-de-France	946	185	19,6	21
Antilles-Guyane	68	10	14,7	22
Aquitaine	277	40	14,4	23

Source : ADELI 2008, DREES.

(1) : Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation en 2008 » se réfèrent au *numerus clausus* de 2002 prolongé sur cinq ans.

Tableau n° 15 : Anesthésie-réanimation – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais

	Ensemble des médecins au 01/01/2008		Nombre de médecins de 55 ans et plus susceptibles de cesser leur activité d’ici 2018		Estimation du nombre de médecins en formation susceptibles d'entrer en activité entre 2009 et 2013			
					sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)		sur la base des propositions régionales	
	Effectifs	Densité pour 100 000 habitants	Effectifs	%	Effectifs	Part des 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)	Effectifs	Part des médecins de 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)
France entière	10 739	16,9	4 302	40,1	1 380	32,1	1 801	41,9
Nord - Pas-de-Calais	558	13,9	183	32,8	90	49,1	100	54,6
Artois	105	9,2	40	38,3	17	42,2	19	46,9
Hainaut	80	10,5	30	38,0	13	42,5	14	47,3
Littoral	68	8,5	32	47,4	11	34,0	12	37,8
Métropole	305	23,1	81	26,4	49	61,1	55	67,9

Source : ADELI 2008, DREES. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais pour les données ADELI 2008 du Nord – Pas-de-Calais. Lecture du tableau : En France, si la part du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, 32 % des médecins âgés de 55 ans ou plus, susceptibles de cesser leur activité dans les dix prochaines années, seraient remplacés à mi-parcours, c'est-à-dire d’ici cinq ans.

(1) : Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation en 2008 » se réfèrent au *numerus clausus* de 2002 prolongé sur cinq ans.

CARDIOLOGIE

Tableau n° 16 : Cardiologie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans selon les régions

Régions	Effectifs des médecins âgés de 55 ans ou plus au 01/01/2008	Estimation du nombre de médecins en formation susceptibles d'entrer en activité entre 2009 et 2013 sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Part des 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)	Rang de classement
Basse-Normandie	31	40	129,0	1
Limousin	25	20	80,0	2
Picardie	34	25	73,5	3
Franche-Comté	21	15	71,4	4
Lorraine	63	45	71,4	5
Bretagne	68	40	58,8	6
Poitou-Charentes	44	25	56,8	7
Alsace	62	35	56,5	8
Pays de la Loire	73	40	54,8	9
Nord-Pas-de-Calais	112	60	53,6	10
Rhône-Alpes	140	65	46,4	11
Antilles-Guyane	22	10	45,5	12
Bourgogne	47	20	42,6	13
Haute-Normandie	37	15	40,5	14
Languedoc-Roussillon	76	30	39,5	15
Auvergne	49	15	30,6	16
Champagne-Adenne	35	10	28,6	17
La Réunion	18	5	27,8	18
Aquitaine	112	30	26,8	19
Île-de-France	572	135	23,6	20
PACA + Corse	296	65	22,0	21
Centre	74	15	20,3	22
Midi-Pyrénées	115	20	17,4	23

Source : ADELI 2008, DREES.

(1) : Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation en 2008 » se réfèrent au *numerus clausus* de 2002 prolongé sur cinq ans.

Tableau n° 17 : Cardiologie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais

	Ensemble des médecins au 01/01/2008		Nombre de médecins de 55 ans et plus susceptibles de cesser leur activité d’ici 2018		Estimation du nombre de médecins en formation susceptibles d’entrer en activité entre 2009 et 2013			
					sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)		sur la base des propositions régionales	
	Effectifs	Densité pour 100 000 habitants	Effectifs	%	Effectifs	Part des 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)	effectifs	Part des médecins de 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)
France entière	6 268	9,9	2 126	33,9	780	36,7	869	40,9
Nord - Pas-de-Calais	372	9,2	112	30,2	60	53,5	55	49,1
Artois	88	7,7	31	35,7	14	45,2	13	41,4
Hainaut	64	8,4	16	25,0	10	64,6	9	59,2
Littoral	60	7,4	22	37,5	10	43,1	9	39,5
Métropole	160	12,1	42	26,4	26	61,1	24	56,0

Source : ADELI 2008, DREES. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais pour les données ADELI 2008 du Nord – Pas-de-Calais.

Lecture du tableau : En France, si la part du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, 36,7 % des médecins âgés de 55 ans ou plus, susceptibles de cesser leur activité dans les dix prochaines années, seraient remplacés à mi-parcours, c’est-à-dire d’ici cinq ans.

(1) : Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation en 2008 » se réfèrent au *numerus clausus* de 2002 prolongé sur cinq ans.

DERMATOLOGIE

Tableau n° 18 : Dermatologie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d'ici cinq ans selon les régions

Régions	Effectifs des médecins âgés de 55 ans ou plus au 01/01/2008	Estimation du nombre de médecins en formation susceptibles d'entrer en activité entre 2009 et 2013 sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Part des 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)	Rang de classement
Limousin	10	10	100,0	1
Auvergne	17	15	88,2	2
Basse-Normandie	17	10	58,8	3
Champagne-Ardenne	17	10	58,8	4
Bourgogne	27	15	55,6	5
Lorraine	36	20	55,6	6
Haute-Normandie	23	10	43,5	7
Pays de la Loire	48	20	41,7	8
Franche-Comté	26	10	38,5	9
Languedoc-Roussillon	54	20	37,0	10
Centre	33	10	30,3	11
Antilles-Guyane	17	5	29,4	12
Picardie	17	5	29,4	13
Nord-Pas-de-Calais	52	15	28,8	14
Rhône-Alpes	135	35	25,9	15
PACA + Corse	183	35	19,1	16
Bretagne	57	10	17,5	17
Poitou-Charentes	30	5	16,7	18
Île-de-France	476	65	13,7	19
Midi-Pyrénées	75	10	13,3	20
Aquitaine	80	10	12,5	21
Alsace	44	5	11,4	22
La Réunion	12	0	0,0	23

Source : ADELI 2008, DREES.

(1) : Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation en 2008 » se réfèrent au *numerus clausus* de 2002 prolongé sur cinq ans.

Tableau n° 19 : Dermatologie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d'ici cinq ans dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais

	Ensemble des médecins au 01/01/2008		Nombre de médecins de 55 ans et plus susceptibles de cesser leur activité d'ici 2018		Estimation du nombre de médecins en formation susceptibles d'entrer en activité entre 2009 et 2013			
					sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)		sur la base des propositions régionales	
	Effectifs	Densité pour 100 000 habitants	Effectifs	%	Effectifs	Part des 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)	effectifs	Part des médecins de 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)
France entière	4 124	6,5	1 486	36,0	350	23,6	444	29,9
Nord - Pas-de-Calais	191	4,7	52	27,5	15	28,6	15	28,6
Artois	41	3,6	13	31,4	3	25,1	3	25,1
Hainaut	29	3,8	8	28,0	2	28,1	2	28,1
Littoral	24	3,0	8	33,3	2	23,6	2	23,6
Métropole	97	7,3	24	24,3	8	32,4	8	32,4

Source : ADELI 2008, DREES. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais pour les données ADELI 2008 du Nord – Pas-de-Calais. Lecture du tableau : En France, si la part du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, 23,6 % des médecins âgés de 55 ans ou plus, susceptibles de cesser leur activité dans les dix prochaines années, seraient remplacés à mi-parcours, c'est-à-dire d'ici cinq ans.

(1) : Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation en 2008 » se réfèrent au *numerus clausus* de 2002 prolongé sur cinq ans.

ENDOCRINOLOGIE

Tableau n° 20 : Endocrinologie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans selon les régions

Régions	Effectifs des médecins âgés de 55 ans ou plus au 01/01/2008	Estimation du nombre de médecins en formation susceptibles d'entrer en activité entre 2009 et 2013 sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Part des 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)	Rang de classement
Haute-Normandie	1	15	1500,0	1
Pays de la Loire	4	25	625,0	2
Picardie	3	15	500,0	3
Poitou-Charentes	2	10	500,0	4
Basse-Normandie	3	10	333,3	5
Bretagne	3	10	333,3	6
Champagne-Ardenne	3	10	333,3	7
Lorraine	5	15	300,0	8
La Réunion	2	5	250,0	9
Rhône-Alpes	23	40	173,9	10
Bourgogne	6	10	166,7	11
Limousin	3	5	166,7	12
Auvergne	4	5	125,0	13
Midi-Pyrénées	22	25	113,6	14
Franche-Comté	5	5	100,0	15
Nord-Pas-de-Calais	20	20	100,0	16
Alsace	6	5	83,3	17
Languedoc-Roussillon	23	15	65,2	18
Île-de-France	100	45	45,0	19
Aquitaine	23	5	21,7	20
PACA + Corse	46	5	10,9	21
Antilles-Guyane	6	0	0,0	22
Centre	10	0	0,0	23

Source : ADELI 2008, DREES.

(1) : Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation en 2008 » se réfèrent au *numerus clausus* de 2002 prolongé sur cinq ans.

Tableau n° 21 : Endocrinologie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais

	Ensemble des médecins au 01/01/2008		Nombre de médecins de 55 ans et plus susceptibles de cesser leur activité d’ici 2018		Estimation du nombre de médecins en formation susceptibles d’entrer en activité entre 2009 et 2013			
					sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu’en 2013 (1)		sur la base des propositions régionales	
	Effectifs	Densité pour 100 000 habitants	Effectifs	%	Effectifs	Part des 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)	effectifs	Part des médecins de 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)
France entière	1 567	2,5	323	20,6	300	92,9	263	81,4
Nord - Pas-de-Calais	99	2,5	20	20,3	20	99,7	25	124,6
Artois	21	1,8	1	5,4	4	372,3	5	465,4
Hainaut	10	1,3	3	32,1	2	62,9	3	78,7
Littoral	16	2,0	5	32,9	3	61,5	4	76,9
Métropole	52	3,9	10	20,0	10	101,1	13	126,4

Source : ADELI 2008, DREES. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais pour les données ADELI 2008 du Nord – Pas-de-Calais. Lecture du tableau : En France, si la part du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, 93 % des médecins âgés de 55 ans ou plus, susceptibles de cesser leur activité dans les dix prochaines années, seraient remplacés à mi-parcours, c’est-à-dire d’ici cinq ans.

(1) : Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation en 2008 » se réfèrent au *numerus clausus* de 2002 prolongé sur cinq ans.

GASTRO-ENTÉROLOGIE

Tableau n° 22 : Gastro-entérologie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d'ici cinq ans selon les régions

Régions	Effectifs des médecins âgés de 55 ans ou plus au 01/01/2008	Estimation du nombre de médecins en formation susceptibles d'entrer en activité entre 2009 et 2013 sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Part des 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)	Rang de classement
Limousin	11	10	90,9	1
Basse-Normandie	18	15	83,3	2
Haute-Normandie	30	25	83,3	3
Auvergne	14	10	71,4	4
Poitou-Charentes	21	15	71,4	5
Bretagne	43	30	69,8	6
Franche-Comté	26	15	57,7	7
Lorraine	26	15	57,7	8
Champagne-Ardenne	18	10	55,6	9
Midi-Pyrénées	45	25	55,6	10
Alsace	28	15	53,6	11
Nord-Pas-de-Calais	47	25	53,2	12
Pays de la Loire	37	15	40,5	13
Bourgogne	26	10	38,5	14
Rhône-Alpes	65	25	38,5	15
Picardie	29	10	34,5	16
Languedoc-Roussillon	45	10	22,2	17
Centre	24	5	20,8	18
Île-de-France	245	50	20,4	19
PACA + Corse	113	20	17,7	20
Aquitaine	51	5	9,8	21
Antilles-Guyane	11	0	0,0	22
La Réunion	8	0	0,0	23

Source : ADELI 2008, DREES.

(1) : Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation en 2008 » se réfèrent au *numerus clausus* de 2002 prolongé sur cinq ans.

Tableau n° 23 : Gastro-entérologie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d'ici cinq ans dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais

	Ensemble des médecins au 01/01/2008		Nombre de médecins de 55 ans et plus susceptibles de cesser leur activité d'ici 2018		Estimation du nombre de médecins en formation susceptibles d'entrer en activité entre 2009 et 2013			
					sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)		sur la base des propositions régionales	
	Effectifs	Densité pour 100 000 habitants	Effectifs	%	Effectifs	Part des 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)	effectifs	Part des médecins de 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)
France entière	3 466	5,4	981	28,3	360	36,7	396	40,4
Nord - Pas-de-Calais	190	4,7	47	24,7	25	53,4	25	53,4
Artois	41	3,6	11	26,6	5	49,6	5	49,6
Hainaut	35	4,6	3	8,5	5	154,5	5	154,5
Littoral	34	4,2	6	18,7	4	70,5	4	70,5
Métropole	79	6,0	27	33,4	10	39,4	10	39,4

Source : ADELI 2008, DREES. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais pour les données ADELI 2008 du Nord – Pas-de-Calais. Lecture du tableau : En France, si la part du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, 36,7 % des médecins âgés de 55 ans ou plus, susceptibles de cesser leur activité dans les dix prochaines années, seraient remplacés à mi-parcours, c'est-à-dire d'ici cinq ans.

(1) : Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation en 2008 » se réfèrent au *numerus clausus* de 2002 prolongé sur cinq ans.

MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION

Tableau n° 24 : Médecine physique et réadaptation – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans selon les régions

Régions	Effectifs des médecins âgés de 55 ans ou plus au 01/01/2008	Estimation du nombre de médecins en formation susceptibles d'entrer en activité entre 2009 et 2013 sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Part des 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)	Rang de classement
Champagne-Ardenne	12	10	83,3	1
La Réunion	8	5	62,5	2
Franche-Comté	10	5	50,0	3
Lorraine	30	15	50,0	4
Pays de la Loire	37	15	40,5	5
Haute-Normandie	13	5	38,5	6
Picardie	13	5	38,5	7
Rhône-Alpes	56	15	26,8	8
Nord-Pas-de-Calais	52	10	19,2	9
Aquitaine	59	10	16,9	10
Île-de-France	113	15	13,3	11
Alsace	40	5	12,5	12
Midi-Pyrénées	47	5	10,6	13
Bretagne	50	5	10,0	14
Languedoc-Roussillon	61	5	8,2	15
PACA + Corse	98	5	5,1	16
Antilles-Guyane	5	0	0,0	-
Auvergne	4	0	0,0	-
Basse-Normandie	17	0	0,0	-
Bourgogne	11	0	0,0	-
Centre	17	0	0,0	-
Limousin	6	0	0,0	-
Poitou-Charentes	19	0	0,0	-

Source : ADELI 2008, DREES.

(1) : Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation en 2008 » se réfèrent au *numerus clausus* de 2002 prolongé sur cinq ans.

Tableau n° 25 : Médecine physique et réadaptation – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais

	Ensemble des médecins au 01/01/2008		Nombre de médecins de 55 ans et plus susceptibles de cesser leur activité d’ici 2018		Estimation du nombre de médecins en formation susceptibles d'entrer en activité entre 2009 et 2013			
					sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)		sur la base des propositions régionales	
	Effectifs	Densité pour 100 000 habitants	Effectifs	%	Effectifs	Part des 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)	effectifs	Part des médecins de 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)
France entière	1 904	3,0	778	40,9	135	17,4	377	48,5
Nord - Pas-de-Calais	125	3,1	52	41,6	10	19,3	25	48,2
Artois	22	1,9	9	39,4	2	20,4	4	50,9
Hainaut	13	1,7	8	62,6	1	12,8	3	32,1
Littoral	36	4,5	18	48,5	3	16,6	7	41,4
Métropole	54	4,1	18	33,0	4	24,3	11	60,8

Source : ADELI 2008, DREES. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais pour les données ADELI 2008 du Nord – Pas-de-Calais. Lecture du tableau : En France, si la part du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, 17,4 % des médecins âgés de 55 ans ou plus, susceptibles de cesser leur activité dans les dix prochaines années, seraient remplacés à mi-parcours, c’est-à-dire d’ici cinq ans.

(1) : Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation en 2008 » se réfèrent au *numerus clausus* de 2002 prolongé sur cinq ans.

NEUROLOGIE

Tableau n° 26 : Neurologie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans selon les régions

Régions	Effectifs des médecins âgés de 55 ans ou plus au 01/01/2008	Estimation du nombre de médecins en formation susceptibles d'entrer en activité entre 2009 et 2013 sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Part des 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)	Rang de classement
Picardie	3	10	333,3	1
Limousin	4	10	250,0	2
Nord-Pas-de-Calais	17	40	235,3	3
Bourgogne	11	20	181,8	4
Alsace	12	20	166,7	5
Franche-Comté	3	5	166,7	6
Haute-Normandie	13	20	153,8	7
Bretagne	11	15	136,4	8
Champagne-Ardenne	4	5	125,0	9
La Réunion	5	5	100,0	10
Pays de la Loire	22	20	90,9	11
Poitou-Charentes	11	10	90,9	12
Antilles-Guyane	6	5	83,3	13
Languedoc-Roussillon	18	15	83,3	14
Rhône-Alpes	44	35	79,5	15
Lorraine	14	10	71,4	16
Basse-Normandie	9	5	55,6	17
Île-de-France	100	55	55,0	18
Midi-Pyrénées	23	10	43,5	19
Aquitaine	26	10	38,5	20
Centre	14	5	35,7	21
PACA + Corse	47	10	21,3	22
Auvergne	4	0	0,0	23

Source : ADELI 2008, DREES.

(1) : Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation en 2008 » se réfèrent au *numerus clausus* de 2002 prolongé sur cinq ans.

Tableau n° 27 : Neurologie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais

	Ensemble des médecins au 01/01/2008		Nombre de médecins de 55 ans et plus susceptibles de cesser leur activité d’ici 2018		Estimation du nombre de médecins en formation susceptibles d'entrer en activité entre 2009 et 2013			
					sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)		sur la base des propositions régionales	
	Effectifs	Densité pour 100 000 habitants	Effectifs	%	Effectifs	Part des 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)	effectifs	Part des médecins de 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)
France entière	1 952	3,1	421	21,6	340	80,8	437	103,8
Nord - Pas-de-Calais	132	3,3	17	12,6	40	242,3	25	151,4
Artois	25	2,2	4	18,1	8	167,9	5	104,9
Hainaut	17	2,3	2	12,5	5	243,3	3	152,0
Littoral	21	2,6	3	16,0	6	189,8	4	118,6
Métropole	69	5,2	7	9,5	21	319,6	13	199,7

Source : ADELI 2008, DREES. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais pour les données ADELI 2008 du Nord – Pas-de-Calais. Lecture du tableau : En France, si la part du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, 80,8 % des médecins âgés de 55 ans ou plus, susceptibles de cesser leur activité dans les dix prochaines années, seraient remplacés à mi-parcours, c’est-à-dire d’ici cinq ans.

(1) : Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation en 2008 » se réfèrent au *numerus clausus* de 2002 prolongé sur cinq ans.

PNEUMOLOGIE

Tableau n° 28 : Pneumologie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d'ici cinq ans selon les régions

Régions	Effectifs des médecins âgés de 55 ans ou plus au 01/01/2008	Estimation du nombre de médecins en formation susceptibles d'entrer en activité entre 2009 et 2013 sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Part des 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)	Rang de classement
Alsace	26	20	76,9	1
Nord-Pas-de-Calais	42	30	71,4	2
Pays de la Loire	37	25	67,6	3
Bretagne	33	20	60,6	4
Haute-Normandie	25	15	60,0	5
Rhône-Alpes	73	40	54,8	6
Champagne-Ardenne	19	10	52,6	7
Île-de-France	160	70	43,8	8
Bourgogne	23	10	43,5	9
Lorraine	28	10	35,7	10
Basse-Normandie	15	5	33,3	11
Picardie	31	10	32,3	12
Poitou-Charentes	17	5	29,4	13
Midi-Pyrénées	51	10	19,6	14
Aquitaine	26	5	19,2	15
Centre	34	5	14,7	16
PACA + Corse	108	15	13,9	17
Languedoc-Roussillon	43	5	11,6	18
Antilles-Guyane	2	0	0,0	19
Auvergne	13	0	0,0	-
Franche-Comté	13	0	0,0	-
Limousin	12	0	0,0	-
La Réunion	6	0	0,0	-

Source : ADELI 2008, DREES.

(1): Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation en 2008 » se réfèrent au *numerus clausus* de 2002 prolongé sur cinq ans.

Tableau n° 29 : Pneumologie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d'ici cinq ans dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais

	Ensemble des médecins au 01/01/2008		Nombre de médecins de 55 ans et plus susceptibles de cesser leur activité d'ici 2018		Estimation du nombre de médecins en formation susceptibles d'entrer en activité entre 2009 et 2013			
					sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)		sur la base des propositions régionales	
	Effectifs	Densité pour 100 000 habitants	Effectifs	%	Effectifs	Part des 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)	effectifs	Part des médecins de 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)
France entière	2 775	4,4	837	30,2	310	37,0	400	47,8
Nord - Pas-de-Calais	178	4,4	42	23,4	30	72,1	35	84,1
Artois	39	3,4	11	27,1	7	62,3	8	72,7
Hainaut	29	3,8	6	21,9	5	76,9	6	89,7
Littoral	32	4,0	6	20,3	5	83,3	6	97,2
Métropole	78	5,9	18	23,4	13	72,0	15	84,0

Source : ADELI 2008, DREES. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais pour les données ADELI 2008 du Nord – Pas-de-Calais. Lecture du tableau : En France, si la part du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, 37 % des médecins âgés de 55 ans ou plus, susceptibles de cesser leur activité dans les dix prochaines années, seraient remplacés à mi-parcours, c'est-à-dire d'ici cinq ans.

(1) : Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation en 2008 » se réfèrent au *numerus clausus* de 2002 prolongé sur cinq ans.

RHUMATOLOGIE

Tableau n° 30 : Rhumatologie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d'ici cinq ans selon les régions

Régions	Effectifs des médecins âgés de 55 ans ou plus au 01/01/2008	Estimation du nombre de médecins en formation susceptibles d'entrer en activité entre 2009 et 2013 sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Part des 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)	Rang de classement
Limousin	6	10	166,7	1
Haute-Normandie	12	15	125,0	2
Franche-Comté	9	10	111,1	3
Alsace	20	15	75,0	4
Basse-Normandie	14	10	71,4	5
Poitou-Charentes	14	10	71,4	6
Auvergne	19	10	52,6	7
Pays de la Loire	34	15	44,1	8
Languedoc-Roussillon	48	20	41,7	9
Aquitaine	38	15	39,5	10
Nord-Pas-de-Calais	27	10	37,0	11
Bourgogne	15	5	33,3	12
Midi-Pyrénées	48	15	31,3	13
Champagne-Ardenne	18	5	27,8	14
Picardie	21	5	23,8	15
Centre	26	5	19,2	16
Rhône-Alpes	87	15	17,2	17
Lorraine	32	5	15,6	18
Île-de-France	263	35	13,3	19
Bretagne	48	5	10,4	20
PACA + Corse	115	10	8,7	21
Antilles-Guyane	9	0	0,0	22
La Réunion	4	0	0,0	-

Source : ADELI 2008, DREES.

(1) : Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation en 2008 » se réfèrent au *numerus clausus* de 2002 prolongé sur cinq ans.

Tableau n° 31 : Rhumatologie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d'ici cinq ans dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais

	Ensemble des médecins au 01/01/2008		Nombre de médecins de 55 ans et plus susceptibles de cesser leur activité d'ici 2018		Estimation du nombre de médecins en formation susceptibles d'entrer en activité entre 2009 et 2013			
					sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)		sur la base des propositions régionales	
	Effectifs	Densité pour 100 000 habitants	Effectifs	%	Effectifs	Part des 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)	effectifs	Part des médecins de 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)
France entière	2 649	4,2	927	35,0	245	26,4	339	36,6
Nord-Pas-de-Calais	123	3,1	27	22,3	10	36,4	15	54,7
Artois	26	2,3	4	15,9	2	50,9	3	76,3
Hainaut	16	2,2	3	18,3	1	44,3	2	66,4
Littoral	22	2,8	7	32,4	2	25,1	3	37,6
Métropole	59	4,5	13	22,3	5	36,3	7	54,5

Source : ADELI 2008, DREES. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais pour les données ADELI 2008 du Nord – Pas-de-Calais. Lecture du tableau : En France, si la part du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, 26,4 % des médecins âgés de 55 ans ou plus, susceptibles de cesser leur activité dans les dix prochaines années, seraient remplacés à mi-parcours, c'est-à-dire d'ici cinq ans.

(1) : Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation en 2008 » se réfèrent au *numerus clausus* de 2002 prolongé sur cinq ans.

OPHTALMOLOGIE

Tableau n° 32 : Ophtalmologie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d'ici cinq ans selon les régions

Régions	Effectifs des médecins âgés de 55 ans ou plus au 01/01/2008	Estimation du nombre de médecins en formation susceptibles d'entrer en activité entre 2009 et 2013 sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Part des 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)	Rang de classement
Franche-Comté	32	15	46,9	1
Nord-Pas-de-Calais	86	40	46,5	2
Picardie	38	15	39,5	3
Lorraine	52	20	38,5	4
Poitou-Charentes	42	15	35,7	5
Antilles-Guyane	29	10	34,5	6
Champagne-Ardenne	34	10	29,4	7
Basse-Normandie	36	10	27,8	8
Pays de la Loire	72	20	27,8	9
Alsace	59	15	25,4	10
Rhône-Alpes	200	50	25,0	11
Bretagne	81	20	24,7	12
Midi-Pyrénées	94	20	21,3	13
Auvergne	48	10	20,8	14
Limousin	24	5	20,8	15
Languedoc-Roussillon	80	15	18,8	16
Bourgogne	54	10	18,5	17
Haute-Normandie	54	10	18,5	18
Centre	59	10	16,9	19
Île-de-France	592	100	16,9	20
Aquitaine	122	20	16,4	21
PACA + Corse	212	25	11,8	22
La Réunion	11	0	0,0	23

Source : ADELI 2008, DREES.

(1) : Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation en 2008 » se réfèrent au *numerus clausus* de 2002 prolongé sur cinq ans.

Tableau n° 33 : Ophtalmologie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d'ici cinq ans dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais

	Ensemble des médecins au 01/01/2008		Nombre de médecins de 55 ans et plus susceptibles de cesser leur activité d'ici 2018		Estimation du nombre de médecins en formation susceptibles d'entrer en activité entre 2009 et 2013			
					sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)		sur la base des propositions régionales	
	Effectifs	Densité pour 100 000 habitants	Effectifs	%	Effectifs	Part des 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)	effectifs	Part des médecins de 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)
France entière	5 612	8,8	2 114	37,7	465	22,0	583	27,6
Nord-Pas-de-Calais	242	6,0	86	35,6	40	46,4	40	46,4
Artois	53	4,6	21	39,3	9	42,0	9	42,0
Hainaut	39	5,2	19	48,5	6	34,0	6	34,0
Littoral	41	5,1	15	37,3	7	44,2	7	44,2
Métropole	109	8,3	31	28,5	18	57,9	18	57,9

Source : ADELI 2008, DREES. *Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais pour les données ADELI 2008 du Nord – Pas-de-Calais.*
Lecture du tableau : En France, si la part du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, 22 % des médecins âgés de 55 ans ou plus, susceptibles de cesser leur activité dans les dix prochaines années, seraient remplacés à mi-parcours, c'est-à-dire d'ici cinq ans.

(1) : Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation en 2008 » se réfèrent au *numerus clausus* de 2002 prolongé sur cinq ans.

RADIOLOGIQUE

Tableau n° 34 : Radiodiagnostic – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans selon les régions

Régions	Effectifs des médecins âgés de 55 ans ou plus au 01/01/2008	Estimation du nombre de médecins en formation susceptibles d'entrer en activité entre 2009 et 2013 sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Part des 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)	Rang de classement
Picardie	51	30	58,8	1
Nord-Pas-de-Calais	122	70	57,4	2
Limousin	22	10	45,5	3
Franche-Comté	34	15	44,1	4
Pays de la Loire	94	40	42,6	5
Haute-Normandie	59	25	42,4	6
Auvergne	50	20	40,0	7
Bourgogne	70	25	35,7	8
Alsace	101	35	34,7	9
Lorraine	105	35	33,3	10
Rhône-Alpes	197	65	33,0	11
Basse-Normandie	50	15	30,0	12
Poitou-Charentes	74	20	27,0	13
Languedoc-Roussillon	129	30	23,3	14
Aquitaine	134	30	22,4	15
Bretagne	115	25	21,7	16
Midi-Pyrénées	138	30	21,7	17
Champagne-Ardenne	47	10	21,3	18
Antilles-Guyane	28	5	17,9	19
Centre	88	15	17,0	20
PACA + Corse	328	55	16,8	21
Île-de-France	660	110	16,7	22
La Réunion	24	0	0,0	23

Source : ADELI 2008, DREES.

(1) : Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation en 2008 » se réfèrent au *numerus clausus* de 2002 prolongé sur cinq ans.

Tableau n° 35 : Radiodiagnostic – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais

	Ensemble des médecins au 01/01/2008		Nombre de médecins de 55 ans et plus susceptibles de cesser leur activité d’ici 2018		Estimation du nombre de médecins en formation susceptibles d'entrer en activité entre 2009 et 2013			
					sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)		sur la base des propositions régionales	
	Effectifs	Densité pour 100 000 habitants	Effectifs	%	Effectifs	Part des 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)	Effectifs	Part des médecins de 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)
France entière	7 999	12,6	2 720	34,0	715	26,3	851	31,3
Nord - Pas-de-Calais	447	11,1	122	27,3	70	57,4	60	49,2
Artois	90	7,9	33	36,1	14	43,3	12	37,1
Hainaut	78	10,2	21	27,0	12	57,9	10	49,6
Littoral	84	10,5	27	31,8	13	49,1	11	42,1
Métropole	195	14,8	42	21,3	31	73,4	26	62,9

Source : ADELI 2008, DREES. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais pour les données ADELI 2008 du Nord – Pas-de-Calais. Lecture du tableau : En France, si la part du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, 26,3 % des médecins âgés de 55 ans ou plus, susceptibles de cesser leur activité dans les dix prochaines années, seraient remplacés à mi-parcours, c’est-à-dire d’ici cinq ans.

(1) : Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation en 2008 » se réfèrent au *numerus clausus* de 2002 prolongé sur cinq ans.

PÉDIATRIE

Tableau n° 36 : Pédiatrie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans selon les régions

Régions	Effectifs des médecins âgés de 55 ans ou plus au 01/01/2008	Estimation du nombre de médecins en formation susceptibles d'entrer en activité entre 2009 et 2013 sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Part des 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)	Rang de classement
Champagne-Ardenne	36	50	138,9	1
Franche-Comté	34	40	117,6	2
Poitou-Charentes	37	35	94,6	3
Picardie	52	45	86,5	4
Basse-Normandie	49	40	81,6	5
Limousin	20	15	75,0	6
Alsace	67	50	74,6	7
Auvergne	37	25	67,6	8
Bourgogne	46	30	65,2	9
Haute-Normandie	57	35	61,4	10
Bretagne	83	50	60,2	11
Nord-Pas-de-Calais	139	80	57,6	12
Antilles-Guyane	35	20	57,1	13
Pays de la Loire	94	50	53,2	14
Rhône-Alpes	226	100	44,2	15
Lorraine	105	45	42,9	16
La Réunion	36	15	41,7	17
Centre	88	35	39,8	18
Languedoc-Roussillon	101	35	34,7	19
Aquitaine	102	35	34,3	20
PACA + Corse	265	80	30,2	21
Midi-Pyrénées	114	30	26,3	22
Île-de-France	833	210	25,2	23

Source : ADELI 2008, DREES.

(1) : Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation en 2008 » se réfèrent au *numerus clausus* de 2002 prolongé sur cinq ans.

Tableau n° 37 : Pédiatrie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais

	Ensemble des médecins au 1/01/2008		Médecins âgés de 55 ans et plus (cessation d'activité prévue en 2018)		Estimations des formations sur la période 2009 - 2013 sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)		Estimations des formations sur la période 2009 - 2013 sur la base des propositions régionales	
	Effectifs	Densité pour 100 000 enfants de 0-15 ans	Effectifs	%	Effectifs	Part des médecins de 55 ans et plus renouvelés à 5 ans	Effectifs	Part des médecins de 55 ans et plus renouvelés à 5 ans
Artois	62	25,6	27	43,9	12	45,4	14	51,1
Hainaut	56	34,6	21	37,6	11	53,0	13	59,7
Littoral	56	32,5	19	33,4	11	59,8	13	67,3
Métropole	227	79,4	71	31,5	45	63,3	51	71,2
Nord - Pas-de-Calais	401	46,5	139	34,6	80	57,7	90	64,9
France entière	7 066	56,2	2 656	37,6	1 150	43,3	1 245	46,9

Source : ADELI 2008, DREES. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais pour les données ADELI 2008 du Nord – Pas-de-Calais. Lecture du tableau : En France, si la part du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, 43,3 % des médecins âgés de 55 ans ou plus, susceptibles de cesser leur activité dans les dix prochaines années, seraient remplacés à mi-parcours, c’est-à-dire d’ici cinq ans.

(1) : Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation en 2008 » se réfèrent au *numerus clausus* de 2002 prolongé sur cinq ans.

MÉDECINE DU TRAVAIL

Tableau n° 38 : Médecine du travail – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans selon les régions

Régions	Effectifs des médecins âgés de 55 ans ou plus au 01/01/2008	Estimation du nombre de médecins en formation susceptibles d'entrer en activité entre 2009 et 2013 sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Part des 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)	Rang de classement
Auvergne	35	15	42,9	1
Nord-Pas-de-Calais	100	35	35,0	2
Champagne-Ardenne	39	10	25,6	3
Bretagne	96	20	20,8	4
Haute-Normandie	56	10	17,9	5
Picardie	56	10	17,9	6
Lorraine	93	15	16,1	7
Limousin	32	5	15,6	8
PACA + Corse	192	30	15,6	9
Rhône-Alpes	237	35	14,8	10
Alsace	82	10	12,2	11
Île-de-France	473	55	11,6	12
Midi-Pyrénées	89	10	11,2	13
Pays de la Loire	141	15	10,6	14
Franche-Comté	50	5	10,0	15
Bourgogne	54	5	9,3	16
Basse-Normandie	55	5	9,1	17
Aquitaine	133	10	7,5	18
Antilles-Guyane	15	0	0,0	-
Centre	97	0	0,0	-
Languedoc-Roussillon	75	0	0,0	-
Poitou-Charentes	67	0	0,0	-
La Réunion	17	0	0,0	-

Source : ADELI 2008, DREES.

(1) : Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation en 2008 » se réfèrent au *numerus clausus* de 2002 prolongé sur cinq ans.

Tableau n° 39 : Médecine du travail – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais

	Ensemble des médecins au 01/01/2008		Nombre de médecins de 55 ans et plus susceptibles de cesser leur activité d’ici 2018		Estimation du nombre de médecins en formation susceptibles d'entrer en activité entre 2009 et 2013			
					sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)		sur la base des propositions régionales	
	Effectifs	Densité pour 100 000 habitants	Effectifs	%	Effectifs	Part des 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)	Effectifs	Part des médecins de 55 ans et plus renouvelés à 5 ans (%)
France entière	4 975	7,8	2 284	45,9	300	13,1	609	26,7
Nord - Pas-de-Calais	254	6,3	100	39,4	35	34,9	50	49,9
Artois	81	7,1	38	46,8	11	29,4	16	42,1
Hainaut	23	3,0	13	56,5	3	24,4	5	34,8
Littoral	39	4,9	19	49,4	5	27,9	8	39,8
Métropole	111	8,4	30	27,0	15	50,9	22	72,8

Source : ADELI 2008, DREES. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais pour les données ADELI 2008 du Nord – Pas-de-Calais. Lecture du tableau : En France, si la part du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, 13,1 % des médecins âgés de 55 ans ou plus, susceptibles de cesser leur activité dans les dix prochaines années, seraient remplacés à mi-parcours, c’est-à-dire d’ici cinq ans.

(1) : Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation en 2008 » se réfèrent au *numerus clausus* de 2002 prolongé sur cinq ans.

Table des illustrations et tableaux

Figure n° 1 : Nombre de médecins en activité d'après le scénario tendanciel (France entière)	26
Figure n° 2 : Accroissement des densités médicales (périodes 2006-2019, 2019-2030, scénario tendanciel)	28
Figure n° 3 : Densités médicales en 2006 et 2030 (scénario tendanciel)	29
Figure n° 4 : Accroissement du nombre de médecins et de la population entre 2006 et 2030 (scénario tendanciel)	29
Figure n° 5 : Statut d'exercice après l'internat	44
Figure n° 6 : Statut d'exercice après l'internat en fonction du sexe	45
Figure n° 7 : Types de mesure susceptibles d'inciter les internes de médecine générale à s'installer en zone déficitaire	65
Figure n° 8 : Proportion d'internes répondants estimant indispensable la présence de différentes structures sanitaires	72
Figure n° 9 : Souhait d'évolution des modes de rémunération	83
Tableau n° 1 : Regroupements des disciplines de qualification (MCO et psychiatrie)	19
Tableau n° 2 : Médecins spécialistes MCO et psychiatrie au 01/01/2009	23
Tableau n° 3 : Infirmiers au 01/01/2009	24
Tableau n° 4 : Masseurs-kinésithérapeutes au 01/01/2009	25
Tableau n° 5 : Autres professions de santé paramédicales au 01/01/2009	25
Tableau n° 6 : Médecine générale – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d'ici cinq ans selon les régions	31
Tableau n° 7 : Médecine générale – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d'ici cinq ans dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais	31
Tableau n° 8 : Gynécologie médicale – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d'ici cinq ans selon les régions	111
Tableau n° 9 : Gynécologie médicale – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d'ici cinq ans dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais	112
Tableau n° 10 : Gynécologie obstétrique – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d'ici cinq ans selon les régions	113
Tableau n° 11 : Gynécologie obstétrique – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d'ici cinq ans dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais	113
Tableau n° 12 : Psychiatrie– Perspectives de renouvellement des départs en retraite d'ici cinq ans selon les régions	114
Tableau n° 13 : Psychiatrie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d'ici cinq ans dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais	115
Tableau n° 14 : Anesthésie-réanimation – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d'ici cinq ans selon les régions	116
Tableau n° 15 : Anesthésie-réanimation – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d'ici cinq ans dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais	116

Tableau n° 16 : Cardiologie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans selon les régions	117
Tableau n° 17 : Cardiologie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais	117
Tableau n° 18 : Dermatologie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans selon les régions	118
Tableau n° 19 : Dermatologie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais	118
Tableau n° 20 : Endocrinologie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans selon les régions	119
Tableau n° 21 : Endocrinologie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais	119
Tableau n° 22 : Gastro-entérologie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans selon les régions	120
Tableau n° 23 : Gastro-entérologie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais	120
Tableau n° 24 : Médecine physique et réadaptation – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans selon les régions	121
Tableau n° 25 : Médecine physique et réadaptation – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais	121
Tableau n° 26 : Neurologie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans selon les régions	122
Tableau n° 27 : Neurologie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais	122
Tableau n° 28 : Pneumologie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans selon les régions	123
Tableau n° 29 : Pneumologie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais	123
Tableau n° 30 : Rhumatologie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans selon les régions	124
Tableau n° 31 : Rhumatologie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais	124
Tableau n° 32 : Ophtalmologie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans selon les régions	125
Tableau n° 33 : Ophtalmologie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais	125
Tableau n° 34 : Radiodiagnostic – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans selon les régions	126
Tableau n° 35 : Radiodiagnostic – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais	126
Tableau n° 36 : Pédiatrie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans selon les régions	127
Tableau n° 37 : Pédiatrie – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais	127
Tableau n° 38 : Médecine du travail – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans selon les régions	128
Tableau n° 39 : Médecine du travail – Perspectives de renouvellement des départs en retraite d’ici cinq ans dans les bassins de santé du Nord – Pas-de-Calais	128

Sigles et acronymes

ADELI : Automatisation DEs Listes
ALD : Allocation de Longue Durée
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS : Agence Régionale de Sante
ATIH : Agence Technique de l'information sur l'Hospitalisation
CAPI : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles
CES : Certificat d'Études Spécialisées
CHR : Centre Hospitalier Régional
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CISS : Collectif Inter associatif Sur la Santé
CLIO : Comité de Liaison Inter-Ordres
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNCPL : Commission Nationale de Concertation des Professions Libérales
CNG : Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français
CSP : Code de la Santé Publique
CSS : Code de la Sécurité Sociale
DATAR : Délégation interministérielle à l'Aménagement du Territoire et à l'Attractivité Régionale
DCEM : Deuxième Cycle des Études Médicales
DEPP : Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance
DES : Diplôme d'Études Spécialisées
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins.
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre des Soins
DMP : Dossier Médical Personnel
DPC : Développement Professionnel Continu
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DSS : Direction de la Sécurité Sociale
EGOS : États Généraux de l'Organisation des Soins
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ENC : Épreuves Nationales Classantes (ECN : Épreuves Classantes Nationales)
EPCI : Établissement Public de Coopération Intercommunale
EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles
FFI : Faisant Fonction d'Interne
FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de santé
FHF : Fédération Hospitalière de France
FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FMC : Formation Médicale Continue
FNEHAD : Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation à Domicile
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GIE : Groupement d'Intérêt Économique
GIP : Groupement d'Intérêt Public
HAD : Hospitalisation À Domicile
HALDE : Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité
HAS : Haute Autorité de Santé
HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires
IDE : Infirmier Diplômé d'État

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IMG : Interne de Médecine Générale
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
ISNAR-IMG : Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
ISNIH : Inter Syndical National des Internes des Hôpitaux
LMD : Licence-Master-Doctorat
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
MIGAC : Missions d'Intérêt Général et à l'Aide à la Contractualisation
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques
ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
ORS : Observatoire Régional de la Santé
PAE : Procédure d'Autorisation d'Exercice
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PSP : Pôle de Santé Pluridisciplinaire
SCI : Société Civile Immobilière
SCM : Société Civile de Moyens
SCP : Société Civile Professionnelle
SEL : Société d'Exercice Libéral
SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins À Domicile
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD : Service de Soins Infirmiers À Domicile
TGI : Tribunal de Grande Instance
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
URPS : Union Régionale de Professions de Santé

ISBN : 2-914512-53-8

Novembre 2011



Observatoire Régional de la Santé Nord - Pas-de-Calais

235 avenue de la Recherche
CS 50086 59373 Loos cedex
Tél. : +33 (0)3 20 15 49 20
Fax : +33 (0)3 20 15 10 46
www.orsnpdc.org



L'ORS est membre du GIE
Groupement Régional de Promotion de la Santé