

SYNTHÈSE GÉNÉRALE

Le rapport 2006-2007



Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



SYNTHÈSE GÉNÉRALE

Le rapport 2006-2007



Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



La composition de l'Observatoire

Décret n° 2003-529 du 19 juin 2003. Arrêté du 5 octobre 2006

Président : Pr Yvon Berland

Membres de droit

- la Direction générale de la santé (DGS), du ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, représentée par **Didier Houssin**
- la Direction de l'hospitalisation de l'organisation des soins (DHOS), du ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, représentée par **Annie Podeur**
- la Direction de la sécurité sociale (DSS), du ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, représentée par **Dominique Libault**
- la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), du ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, représentée par **Anne-Marie Brocas**
- la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), représentée par **Frédéric Van Roekeghem**

Personnalités qualifiées

- **Jean-Luc Audhoui**, membre du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens (CNOP)
- **Michelle Bressand**, infirmière, directrice des soins, Assistance publique. Hôpitaux de Paris (AP-HP)
- **Christian Couzinou**, président du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes (CNOCD)
- **Anne-Chantal Hardy**, chargée de recherche à l'université de Nantes (CNRS)
- **Jean Langlois**, membre du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM)
- **Anne Lazarevitch**, chargée de mission en santé publique pour l'association Vaincre la mucoviscidose
- **Pierre Loulergue**, président du Syndicat des chefs de clinique assistants des Hôpitaux de Paris (ISNCCA)
- **Jean-Claude Moisson**, directeur de recherche de l'École nationale supérieure des mines de Paris (ESMP)
- **Éric Pastor**, membre du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK)
- **Jean-Maurice Pugin**, secrétaire général du Comité d'harmonisation des centres de formation des manipulateurs en électroradiologie (CHU Nancy)

■ **Christian Celdran**, associé au Conseil d'orientation en tant que représentant des coordonnateurs des comités régionaux, au titre de la conférence des DRASS

Coordonnateurs des comités régionaux

- ALSACE • **A. Rommevaux** (*Dir. DRASS*)
- AQUITAINE • **M. Cartiaux** (*Dir. DRASS*)
- AUVERGNE • **C. Celdran** (*Dir. DRASS*)
- BASSE-NORMANDIE • **J. Magda** (*Dir. DRASS*)
- BOURGOGNE • **P. Richard** (*Dir. DRASS*)
- BRETAGNE • **F. Galard** (*Dir. DRASS*)
- CENTRE • **P.-M. Détour** (*Dir. DRASS*)
- CHAMPAGNE-ARDENNE • **J. Murat** (*Dir. DRASS*)
- CORSE • **A. Macarry** (*MIR DRASS*)
- FRANCHE-COMTÉ • **J.-M. Tourancheau** (*Dir. DRASS*)
- GUADELOUPE • **A. Parodi** (*Dir. DRASS*)
- GUYANE • **J.-L. Grangeon** (*Dir. DRASS*)
- HAUTE-NORMANDIE • **C. Bourgeois** (*Dir. DRASS*)
- ÎLE-DE-FRANCE • **M.-C. L'Helgoualc'h** (*Dir. adjoint, DRASS*)
- LANGUEDOC-ROUSSILLON • **J.-P. Rigaux** (*Dir. DRASS*)
- LIMOUSIN • **F. Delaux** (*Dir. DRASS*)
- LORRAINE • **M. Willaume** (*Dir. DRASS*)
- MARTINIQUE • **R. Ursulet** (*Dir. DRASS*)
- MIDI-PYRÉNÉES • **R. Pereira** (*Dir. DRASS*)
- NORD-PAS-DE-CALAIS • **J.-C. Westermann** (*Dir. DRASS*)
- PAYS DE LA LOIRE • **J.-P. Parra** (*Dir. DRASS*)
- PICARDIE • **F. Van Rechem** (*Dir. DRASS*)
- POITOU-CHARENTES • **G. Desborde** (*Dir. DRASS*)
- PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR • **S. Davin** (*dir. adjoint, DRASS*)
- RÉUNION • **F. Thérond-Rivani** (*Dir. DRASS*)
- RHÔNE-ALPES • **G. Janody** (*MIR DRASS*)

Secrétaire générale : **Martine Burdillat**
Chargé de mission auprès du président :
Pr Philippe Berbis
Assistante : **Valérie Evans**
Secrétariat : **Danielle Berg**

TABLE DES MATIÈRES

5 PRÉSENTATION

7 LES PRINCIPAUX CONSTATS SUR LES EFFECTIFS

- 8 L'augmentation sensible des effectifs des professions de santé repose sur la progression plus marquée des effectifs des professions autres que médicales
- 9 Sur la période 1995-2005, l'augmentation globale de 10,8% du nombre de médecins a surtout bénéficié aux médecins spécialistes et au secteur salarié
- 9 La densité de chirurgiens-dentistes en activité en France diminuerait régulièrement jusqu'en 2030, à *numerus clausus* et comportements constants

13 UN GRAND NOMBRE DE MÉDECINS DIPLÔMÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE N'EXERCE PAS LA MÉDECINE DE PREMIER RECOURS

- 14 Les diplômés de médecine générale choisissent un autre exercice que celui de la médecine de premier recours
- 14 *Dans certains départements, l'offre de soins de premier recours est plus fragile que ce que laisse apparaître la prise en compte des diplômés de médecine générale libéraux*
- 17 La diminution des effectifs qui s'orientent vers l'activité libérale de premier recours traduit une moindre attractivité de l'exercice. Les processus qui alimentent cette situation sont divers
- 17 *De multiples possibilités de formation sont ouvertes aux diplômés de médecine générale et leur permettent de spécialiser leur exercice en dehors du premier recours*
- 18 *Le métier de médecin généraliste de premier recours n'est pas aussi précisément défini que le métier des autres spécialistes. La lisibilité de son exercice s'en trouve d'autant plus affaiblie que les étudiants en médecine ne le découvrent que tardivement au cours de leur cursus*
- 19 *Le premier recours ne renvoie pas à une pratique uniforme du métier. L'état de santé des populations, la disponibilité des services spécialisés médicaux et médico-sociaux, notamment, particularisent les différents territoires. Ces éléments conduisent à des besoins de prise en charge des patients, en premier recours, qui diffèrent selon l'environnement*

21 L'ÉTAT DES LIEUX DES RESSOURCES SOIGNANTES PAR DOMAINE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS FAIT APPARAÎTRE DES MAILLONS FAIBLES

- 23 Les professionnels du diagnostic du cancer : une opposition Nord-Sud classique
- 25 La radiothérapie : trois métiers dont la coprésence est indispensable pour la sécurité et la qualité de la prise en charge du patient
- 30 Une approche régionale comparée des professionnels impliqués dans la périnatalité fait apparaître des zones de fragilisation qui pourraient s'accroître dans les prochaines années

- 32 *Les situations régionales en matière d'équipements*
- 33 *Quelques illustrations régionales*
- 35 Les évolutions techniques et les modes de prise en charge des patients ont des impacts sur le contenu des métiers et sur leurs conditions d'exercice

39 UNE IMPORTANTE AUGMENTATION DU NOMBRE D'INTERNES JUSQU'EN 2015

- 41 La démographie et la répartition actuelles des internes en médecine
- 43 Les capacités d'encadrement sont très inégales entre les régions
- 48 Une forte augmentation du nombre d'internes est en cours sur la période 2006-2015
- 48 L'augmentation du nombre d'internes provoque déjà des tensions de disponibilité des lieux de stages et de financement
- 49 Peu de régions disposent d'une vision prospective de la situation démographique des internes

51 POUR LES MÉDECINS, LES EFFETS DES DÉCISIONS EN MATIÈRE DE RÉPARTITION DES POSTES NE PEUVENT SANS DOUTE SE PRODUIRE QUE DANS LA DURÉE

- 52 Pour la médecine générale, l'ouverture plus importante des postes dans les régions à densité médicale la plus faible ne donne pas toujours les résultats escomptés en raison des postes non pourvus
- 54 Toutes les spécialités ne bénéficient pas de la même façon des investissements qu'elles réalisent en matière de formation
- 56 Toutes les régions ne bénéficient pas de la même façon des investissements qu'elles réalisent en matière de formation

57 ENSEIGNEMENTS ET PRÉCONISATIONS

63 ANNEXE

- 64 Principaux sigles et abréviations utilisés



Ce troisième rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé comporte, outre la synthèse des travaux assortie de préconisations, quatre tomes thématiques.

Les tomes 1 et 2, consacrés respectivement à la médecine générale et aux internes en médecine, présentent les résultats des groupes de travail qui se sont réunis au cours de l'année 2007.

Les analyses et les projections démographiques sur les chirurgiens-dentistes présentées dans le tome 3 ont été réalisées par la DREES.

Le tome 4, qui analyse les métiers de la cancérologie, est issu d'un travail mené en partenariat avec l'Institut national du cancer (INCa).

Le tome 1, La médecine générale, établit un état des lieux de l'exercice de cette spécialité. La mutualisation des données relatives aux effectifs, ainsi que la prise en compte de leur activité, permettent de produire un diagnostic des ressources disponibles pour la prise en charge des patients en premier recours. Les modalités de formation qui préparent au métier de médecin généraliste, ainsi que les conditions d'exercice, sont examinées dans l'optique de saisir les facteurs qui peuvent conduire à la « désaffectation » dont l'exercice libéral de cette profession semble faire l'objet.

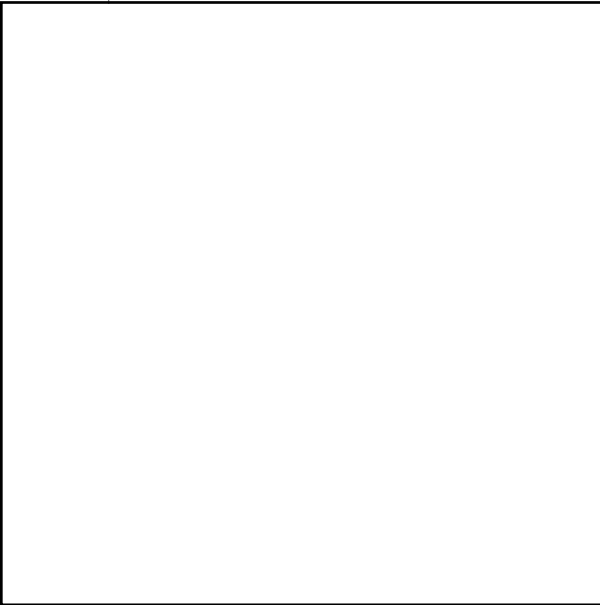
Le tome 2, Les internes en médecine : démographie et répartition, recense les effectifs des internes en médecine, par régions et par spécialités. L'importante progression du nombre d'internes qui suivra l'augmentation du *numerus clausus* est analysée. La diversité des situations locales, en termes notamment de capacité d'encadrement et de démographie médicale est mise en évidence. Les travaux développent également une analyse prospective de la démographie des internes en médecine. La croissance de leur nombre pourrait avoir des effets tant sur les structures régionales de formation que vis-à-vis des disparités de répartition notamment territoriales.

Le tome 3, Éclairage sur les professions : chirurgiens-dentistes, métiers de la périnatalité, fournit une analyse particulière pour chacune d'entre elles. L'analyse des effectifs actuels et les résultats des projections à l'horizon 2025 pour les chirurgiens-dentistes sont complétés par une étude qualitative portant sur l'exercice du métier. Un premier diagnostic régional des effectifs des professions enga-

gées dans le domaine de la périnatalité est aussi présenté. Ce tome comporte également la synthèse d'une étude sur les métiers qui assurent le fonctionnement du bloc opératoire.

Dans le tome 4, une vingtaine de professions médicales et paramédicales participant à la prise en charge des patients atteints d'un cancer sont examinées. L'analyse démographique des métiers et de leur évolution est approfondie pour les six professions dont l'activité est consacrée, de façon certaine, à la prise en charge des patients atteints de cancer.

**LES PRINCIPAUX
CONSTATS
SUR LES EFFECTIFS**



L'augmentation sensible des effectifs des professions de santé repose sur la progression plus marquée des effectifs des professions autres que médicales

Entre 2000 et 2007, les effectifs de l'ensemble des professions de santé réglementées ont augmenté de 20,3%. Ce score global recouvre trois types contrastés de situation : une augmentation beaucoup plus faible des effectifs pour les médecins et surtout les chirurgiens-dentistes ; une augmentation très supérieure des effectifs pour les psychomotriciens, les audioprothésistes les ergothérapeutes et, surtout, les opticiens ; une croissance des effectifs située entre 20 et 30 % pour les autres professions de santé.

TABEAU 1

PRINCIPAUX INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES SUR LES PROFESSIONS DE SANTÉ (2000-2007)

Au 1 ^{er} janvier 2007	Effectifs	Taux de croissance 2007-2000 (en %)	Taux de croissance annuel moyen (en %)	Part des femmes (en %)	Part des moins de 35 ans (en %)	Part des 55 ans ou plus (en %)	Âge moyen au 1 ^{er} janvier 2007
Médecins	208 191	7,3	1,0%	38,8	7,1	31,8	49,4
Dentistes	41 444	2,2	0,3%	36,0	14,0	29,0	47,8
Pharmaciens	70 498	20,7	2,7%	64,7	16,3	22,7	46,3
Sages-femmes	17 483	21,8	2,9%	98,9	30,0	15,3	42,2
Infirmiers	483 380	26,2	3,4%	87,2	28,6	17,3	43,0
Masseurs-kinésithérapeutes	62 602	20,3	2,7%	45,1	31,4	21,6	42,9
Orthophonistes	17 135	27,1	3,5%	96,0	29,5	19,6	42,8
Orthoptistes	2 808	31,4	4,0%	91,7	38,1	13,2	40,0
Psychomotriciens	6 540	42,5	5,2%	86,2	35,6	10,4	40,5
Pédicures-podologues	11 068	25,9	3,4%	67,7	38,1	17,7	41,1
Ergothérapeutes	6 067	56,0	6,6%	85,9	47,2	8,5	37,4
Audioprothésistes	2 029	54,5	6,4%	42,4	37,1	21,3	42,7
Opticiens	17 124	71,0	8,0%	47,7	50,2	15,0	38,8
Manipulateurs en électroradiologie	25 861	19,8	2,6%	72,8	27,2	16,7	43,0
Ensemble des professions réglementées par le Code de santé publique	972 230	20,3	2,7%	69,3	23,3	21,4	44,6

Sources : DREES, répertoire ADELI.

Champ : France métropolitaine.

Sur la période 1995-2005, l'augmentation globale de 10,8 % du nombre de médecins a surtout bénéficié aux médecins spécialistes et au secteur salarié

Selon les données ADELI, les effectifs des médecins spécialistes ont progressé de 14,8 %, alors que l'augmentation des effectifs des médecins généralistes n'a été que de 6,9 % sur cette période (cf. tableau 2).

L'examen des évolutions des effectifs et de leur répartition selon les différents secteurs d'exercice, sur la période 1995-2005, fait en outre apparaître que l'augmentation de 10,8 % de l'ensemble des médecins a moins bénéficié au secteur libéral (+4,4 %) qu'au secteur salarié (+ 18,7 % et +28,9 % respectivement pour les salariés hospitaliers et les salariés non hospitaliers). Le secteur salarié (hospitalier et non hospitalier) a, pour l'essentiel, accueilli la croissance des effectifs d'omnipraticiens enregistrée sur la période (respectivement +29 % et +19,6 %).

L'attrait pour le salariat, présenté dans la plupart des enquêtes réalisées auprès des étudiants en médecine comme un souhait récent des jeunes générations, semble en fait une tendance déjà installée.

TABLEAU 2

RÉPARTITION ET ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DE MÉDECINS SELON LES STATUTS D'EXERCICE SUR LA PÉRIODE 1995-2005

Au 1 ^{er} janvier	1995	2005	Taux de croissance 1995-2005
Généralistes	96 351	103 020	6,9 %
libéral et mixte	69 608	69 703	0,1 %
salarié hospitalier	14 113	18 209	29,0 %
salarié non hospitalier	12 631	15 109	19,6 %
Spécialistes	93 399	107 183	14,8 %
libéral et mixte	48 705	53 767	10,4 %
salarié hospitalier	38 258	43 945	14,9 %
salarié non hospitalier	6 435	9 470	47,2 %
Ensemble médecins	189 750	210 203	10,8 %
libéral et mixte	118 313	123 470	4,4 %
salarié hospitalier	52 371	62 154	18,7 %
salarié non hospitalier	19 066	24 579	28,9 %

Sources : répertoire ADELI/DREES.

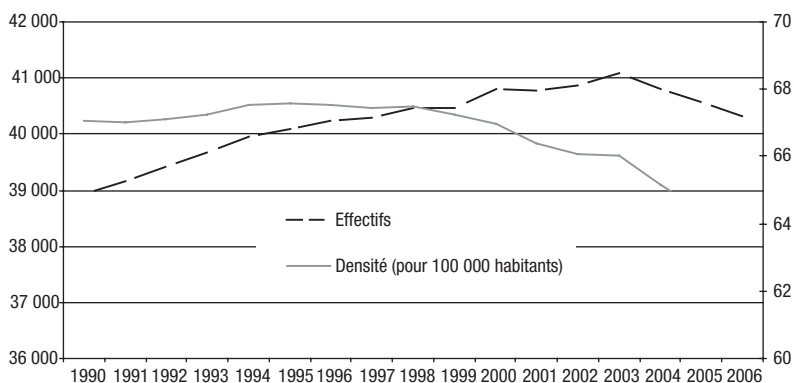
La densité de chirurgiens-dentistes en activité en France diminuerait régulièrement jusqu'en 2030, à *numerus clausus* et comportements constants

Ces vingt dernières années, le taux de croissance annuel moyen des effectifs de chirurgiens-dentistes a été le plus faible de toutes les professions de santé. La densité de chirurgiens-dentistes est passée de 67 à 65 pour 100 000 habitants entre 1990 et 2006. On assiste parallèlement à une hausse de l'âge moyen dans la profession : de 42 ans en 1990, il est passé à 47 ans en 2006, soit un âge moyen intermédiaire

entre celui des pharmaciens (46 ans) et celui des médecins (49 ans). La diminution soutenue des entrées, consécutive au *numerus clausus* instauré depuis 1971, a en effet entraîné une réduction de la présence des jeunes générations parmi l'ensemble des actifs et, par conséquent, un vieillissement marqué de la profession.

GRAPHIQUE 1

ÉVOLUTION DU NOMBRE ET DE LA DENSITÉ DES CHIRURGIENS-DENTISTES ENTRE 1990 ET 2006



Champ : France entière.

Sources : Fichier historique de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes depuis 1990, estimations localisées de population de l'INSEE, calculs DREES.

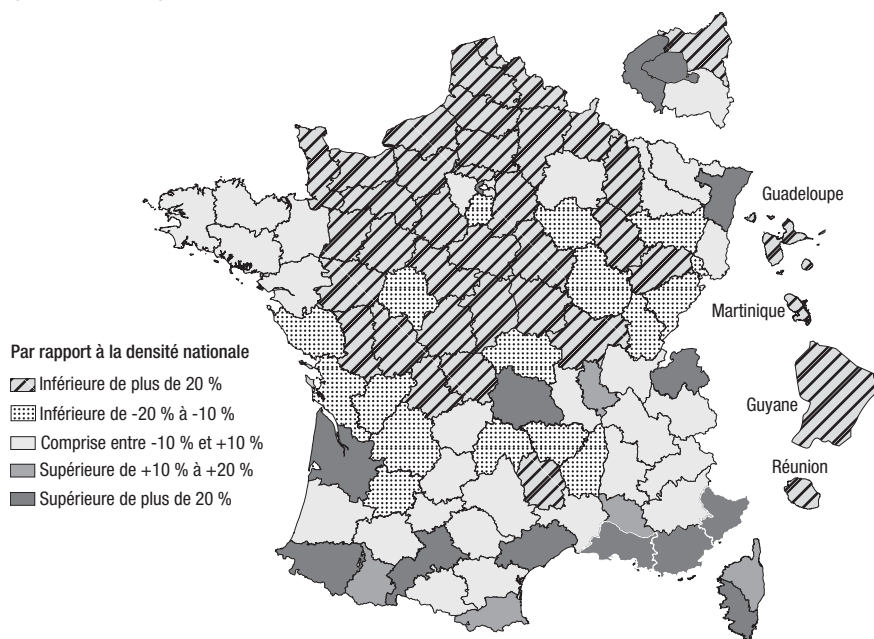
La répartition des chirurgiens-dentistes (tous statuts d'exercice confondus) est marquée par des disparités fortes entre le Nord et le Sud (carte 1). À la fin de l'année 2006, les densités régionales variaient du simple au double entre les régions les moins bien pourvues (Haute et Basse-Normandie, Picardie et DOM avec 40 dentistes pour 100 000 habitants) et les mieux dotées (Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse, Midi-Pyrénées avec 80 à 90 praticiens pour 100 000 habitants). La densité départementale varie quant à elle de 1 à 4 entre le département le mieux doté (Paris, avec une densité extrêmement élevée de 136 pour 100 000 habitants) et les moins bien pourvus (Creuse, Orne, Somme, départements d'outre-mer, Haute-Saône, Manche, etc., avec 35 à 40 praticiens pour 100 000 habitants). Des écarts intra-régionaux existent également dans les régions du sud de la France dans des conditions cependant plus favorables puisqu'elles opposent des départements plutôt bien dotés à des départements très bien dotés (régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Aquitaine, Midi-Pyrénées).

À court terme, l'évolution du nombre de dentistes ne dépend quasiment que des comportements de cessation d'activité des praticiens en exercice. En effet une nouvelle modification du *numerus clausus* ne peut avoir d'impact sur la démographie de la profession avant 2013, compte tenu de la durée des études d'odontologie. Selon les projections réalisées par la DREES, à *numerus clausus* constant, les entrées se stabiliseraient à partir de 2010-2015, après un accroissement assez sensible entre 2005 et 2010, directement lié au relèvement du *numerus clausus* au cours des cinq dernières années. L'écart entre le nombre de cessations et le nombre d'entrées dans la vie active

projetées devrait donc se creuser et entraîner une diminution accentuée du nombre de chirurgiens-dentistes entre 2006 et 2020. Une fois ce mouvement massif de départs en retraite passé, le nombre de sorties s'infléchirait sensiblement jusqu'en 2040, date à partir de laquelle les diplômés issus des promotions plus nombreuses des années 2000 parviendront à leur tour à l'âge de la retraite¹.

CARTE 1

PAR DÉPARTEMENTS, ÉCART EN % PAR RAPPORT À LA DENSITÉ MOYENNE DES CHIRURGIENS-DENTISTES EN ACTIVITÉ EN FRANCE

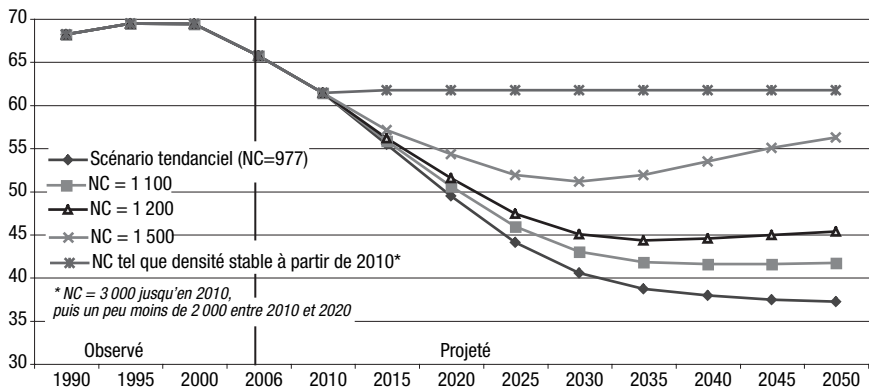


Sources : CNCD, DREES, 2006.

Un relèvement à 1 100 étudiants atténuerait la très forte baisse de densité prévisible entre 2015 et 2030 : à cette date, la densité de chirurgiens-dentistes serait encore de 35 % inférieure à celle d'aujourd'hui. Des *numerus clausus* portés respectivement à 1 200 et 1 500 étudiants permettraient de contenir le recul de densité de la profession à l'horizon 2030 à hauteur de 45 et 51 dentistes pour 100 000 habitants (soit un tiers et un quart de moins qu'aujourd'hui). Dans ces scénarios, la densité de chirurgiens-dentistes se stabiliserait ensuite entre 2030 et 2050, voire augmenterait de nouveau si le *numerus clausus* était relevé à 1 500 places. De manière générale, une augmentation de 100 places du *numerus clausus* sur toute la période réduirait la diminution de la densité de chirurgiens-dentistes de 3 points à l'horizon 2030 et de 5,5 points en 2050 (graphique 2).

1. Collet M., Sicart D., 2007, « Les chirurgiens-dentistes en France : situation démographique et analyse des comportements en 2006 », *Études et Résultats*, n° 594, septembre, DREES ; Collet M., Sicart D., 2007, « La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030 : un exercice de projection au niveau national », *Études et Résultats*, n° 595, septembre, DREES, et tome 3 de ce rapport.

**IMPACT SUR LA DENSITÉ DE CHIRURGIENS-DENTISTES DE DIFFÉRENTES HYPOTHÈSES D'ÉVOLUTION
DU NUMERUS CLAUSUS**



Champ : France entière, chirurgiens-dentistes de moins de 80 ans.

Sources : Fichier de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD) au 31 décembre 2006, projections DREES.

Deux enseignements peuvent être tirés de cette première série de variantes. Le premier tient à la relative inertie de la démographie des chirurgiens-dentistes face aux variations du *numerus clausus*. Le second est que l'évolution du *numerus clausus* doit tenir compte non seulement des niveaux souhaités de densité de praticiens, mais également de la date à laquelle cet objectif est atteint. Ainsi, quel que soit le *numerus clausus* fixé pour les prochaines années, les projections à comportements constants aboutissent à une diminution de la densité de dentistes jusqu'au début de la décennie 2010, moment où elle atteindrait un peu moins de 62 pour 100 000 habitants. Pour maintenir ensuite la densité de praticiens à ce niveau, les fluctuations du *numerus clausus* devraient être très contrastées : augmentation immédiate à 3 000 places jusqu'en 2010, puis à un peu moins de 2 000 places entre 2010 et 2020, date à laquelle le *numerus clausus* devrait entamer une baisse continue pendant vingt-cinq ans jusqu'à atteindre 1 300 en 2040, puis remonter à nouveau à 1 700 places pour compenser les nombreux départs à la retraite induits par les recrutements des années 2010. De telles variations, dans des délais aussi rapprochés, induiraient évidemment une sollicitation de l'appareil de formation qui semble difficilement envisageable².

2. Delahaye-Guillocheau V., Dizamboug B., Bonaccordis F., 2006, *Audit de l'appareil de formation odontologique IGAS/IGAENR*, décembre, La Documentation française.

**UN GRAND NOMBRE
DE MÉDECINS DIPLÔMÉS
DE MÉDECINE GÉNÉRALE
N'EXERCE PAS LA MÉDECINE
DE PREMIER RECOURS**

Au 1^{er} janvier 2007, les effectifs de diplômés de médecine générale sont de 107 073 selon le fichier de l'Ordre des médecins et de 104 007 selon le fichier ADELI¹. Toutefois, la totalité de ces médecins diplômés de médecine générale ne participe pas, ou pas à temps plein, à l'offre de soins que l'on qualifie de premier recours. Les titulaires du diplôme de médecine générale exercent en effet des métiers divers. Sans avoir forcément acquis les compétences au sens réglementaire, ou déclaré leur nouvel exercice spécialisé, des généralistes exercent en tant que salarié en oncologie, psychiatrie, néphrologie, gériatrie... Des médecins généralistes libéraux ont pour leur part opté pour un exercice particulier (homéopathie, acupuncture).

Ainsi, cette spécialité, qui constitue dorénavant le « pivot » du parcours de soins, pourrait être confrontée à un tarissement du renouvellement de ses effectifs du fait de la diminution de la part des diplômés de médecine générale qui se consacre à la médecine de premier recours².

Les travaux du groupe de travail se sont attachés à évaluer l'ampleur de ce phénomène et à mieux comprendre les facteurs qui en sont à l'origine. L'appellation de médecins généralistes de premier recours a été réservée, dans ces travaux, à ceux, parmi les omnipraticiens libéraux, qui exercent le plus sûrement une médecine de premier recours, auprès des populations, en secteur ambulatoire.

■ Les diplômés de médecine générale choisissent un autre exercice que celui de la médecine de premier recours

Dans le cadre de la moindre augmentation du nombre de diplômés de médecine générale par rapport à celle qui a caractérisé, ces dix dernières années, les autres spécialités, le phénomène le plus notable est la quasi-stagnation des effectifs de la part des omnipraticiens qui ont un exercice libéral et mixte (+0,1 %), c'est-à-dire de la part de ceux qui se consacrent à la médecine ambulatoire de premier recours.

■ ■ Dans certains départements, l'offre de soins de premier recours est plus fragile que ce que laisse apparaître la prise en compte des diplômés de médecine générale libéraux

Pour apprécier le potentiel d'offre de soins de premier recours, la situation de chaque département a été analysée en comparant les densités départementales obtenues à partir de la prise en compte des médecins diplômés de médecine générale avec les densités résultant de la prise en compte des seuls médecins participant réellement à l'offre de premier recours. Les effectifs alors considérés sont les médecins diplômés de médecine générale, conventionnés avec l'Assurance-maladie.

1. À champs comparables, c'est-à-dire en excluant du fichier ADELI les diplômés de médecine générale ayant une compétence exclusive en gynécologie médicale et/ou obstétrique, ou en chirurgie urologique, et les diplômés de médecine générale reçus au concours national de praticien hospitalier, la différence d'effectifs entre ces deux sources s'amenuisent, mais elle concerne encore 3 178 praticiens.

2. Les patients ont largement reconnu au médecin généraliste le rôle de premier recours puisque la presque totalité des patients l'ont choisi comme médecin traitant après la réforme de 2004.

Il résulte de l'application de cette méthode que, au 31 décembre 2006, 56 757 médecins généralistes libéraux constituent le potentiel de soins de premier recours en France métropolitaine sur un effectif de 61 529 diplômés de médecine générale exerçant en libéral (soit 92,2 % de l'effectif total initial). Les départements ont été positionnés dans trois catégories : les départements présentant une densité proche de la moyenne nationale, une densité inférieure à la moyenne et une densité supérieure à la moyenne. La majorité des départements reste dans la même classe quel que soit l'effectif pris en considération. Mais, pour onze départements, la comparaison fait apparaître que la densité de médecins de premier recours diffère de celle obtenue à partir du nombre de diplômés et conduit à une modification de leur positionnement : l'offre de premier recours est plus faible en Ardèche, Corrèze, Haute-Marne, à Paris, dans les Deux-Sèvres et la Vienne ; à l'inverse, la densité est supérieure à celle que fait apparaître la prise en compte de l'ensemble des diplômés pour la Creuse, la Dordogne, la Moselle, le Tarn et les Vosges.

Pour établir le diagnostic de la situation de la médecine de premier recours, deux éléments complémentaires ont été par ailleurs considérés : l'âge des professionnels et l'orientation de leur activité.

La prise en compte de l'âge est importante pour apprécier la pérennité des ressources (c'est-à-dire la présence à échéance de cinq à dix ans de ces médecins). Cette donnée renseigne également sur l'activité puisque, de façon générale, le nombre de patients a tendance à décroître avec l'âge du praticien.

Au niveau national, 27,7 % des généralistes libéraux de premier recours ont 55 ans et plus. Cette proportion est plus importante dans certains départements comme l'Ariège, l'Aveyron ou encore le Lot-et-Garonne, département dans lequel 38 % ont 55 ans et plus. L'inégalité de densité qui caractérise la répartition des médecins généralistes libéraux de premier recours est renforcée dans certains départements si l'on tient compte de l'âge des médecins en activité (cartes 1 et 2).

La prise en compte de l'orientation de l'activité fait par ailleurs apparaître que les médecins libéraux qui déclarent un exercice particulier (MEP) présentent des caractéristiques différentes de celles de l'ensemble des médecins libéraux généralistes de premier recours. Seulement 54 % des MEP sont en secteur 1, alors que 91 % des médecins généralistes libéraux de premier recours exercent dans ce secteur. Ils ont également en moyenne un nombre inférieur de patients, et leur activité fait apparaître une part moindre d'actes cliniques (69 % contre 95 % pour l'ensemble des omnipraticiens libéraux).

Leur présence, qui est très inégalement répartie sur le territoire, peut donc ponctuellement se traduire par une détérioration de la situation de la médecine généraliste de premier recours. Par exemple, à Paris, dans les départements de la Gironde, des Pyrénées-Atlantiques, des Pyrénées-Orientales et des Alpes-de-Haute-Provence, la densité d'omnipraticiens libéraux située dans la fourchette haute repose sur une proportion de médecins à exercice particulier supérieure à 15 %.

Enfin, l'examen fin de l'offre de soins libérale de premier recours mené en Basse-Normandie a permis d'intégrer les différences d'activité existant entre les médecins, à partir de la prise en compte du volume des actes qu'ils dispensent. Cet examen, conduit à partir d'une comparaison des fichiers du conseil départemental de l'Ordre des médecins et de l'URCAM, montre que les 1180 médecins généralistes exclusifs

au 31 décembre 2006 dans cette région n'enregistrent pas, loin de là, une activité homogène. En effet :

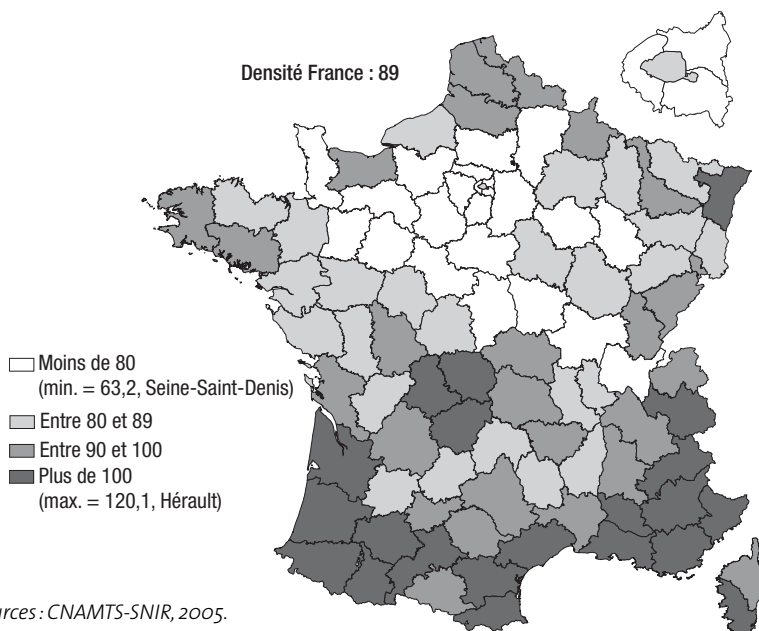
- 19 d'entre eux ont enregistré moins de 1 500 actes dans l'année (hors installés dans l'année) ;
- 42 ont enregistré entre 1 500 et 2 500 actes dans l'année ;
- 1 058 ont, quant à eux, enregistré plus de 2 500 actes ;
- enfin, l'activité n'est pas complète ou non évaluée pour 60 médecins qui se sont installés entre 2005 et 2006.

Si l'on ne prend pas en compte les médecins à très petite activité, si l'on considère en mi-temps les médecins à activité faible (entre 1 500 et 2 500 actes), les autres étant comptés à temps plein, l'offre de soins libérale réelle de médecine générale peut être évaluée, dans cette région, à 1139,5 ETP (équivalents temps plein) pour un effectif de 1180 diplômés.

Le fait que l'activité des médecins puisse subir de fortes variations d'un territoire à l'autre conduit à considérer cet indicateur comme un traceur important de l'offre de premier recours.

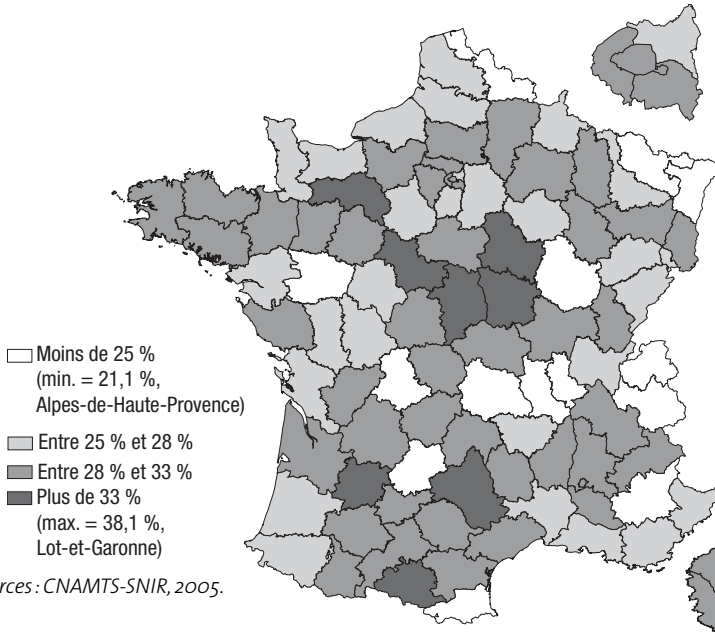
CARTE 1

DENSITÉ DE GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX DE PREMIER RECOURS, PAR DÉPARTEMENT POUR 100 000 HABITANTS (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE 2005)



CARTE 2

**TAUX DE GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX DE PREMIER RECOURS DE 55 ANS ET PLUS
(SITUATION AU 31 DÉCEMBRE 2005)**



Sources : CNAMTS-SNIR, 2005.

La diminution des effectifs qui s'orientent vers l'activité libérale de premier recours traduit une moindre attractivité de l'exercice. Les processus qui alimentent cette situation sont divers

■ ■ De multiples possibilités de formation sont ouvertes aux diplômés de médecine générale et leur permettent de spécialiser leur exercice en dehors du premier recours

Une augmentation importante du nombre de postes ouverts à l'internat en médecine générale vise à assurer le renouvellement des effectifs qui se consacrent à cet exercice. On constate toutefois chaque année qu'un nombre important de ces postes ne sont pas choisis, en sorte que l'accès de la médecine générale au rang de spécialité et les comportements de choix observés depuis quatre ans, au moment des ECN, se traduisent localement par une diminution des effectifs par rapport à ceux qui caractérisaient le résidanat. L'inadéquation entre le nombre de postes ouverts et le nombre de postes choisis pénalise particulièrement certaines régions.

Si la prudence s'impose dans l'interprétation de ce phénomène³, on doit aussi

3. Vanderschelden M., 2007, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2007 », *Études et Résultats*, n° 616, décembre, et tome 2 de ce rapport.

considérer que la possibilité ouverte maintenant aux médecins spécialistes en médecine générale d'accéder à des DESC constitue une opportunité de spécialisation, dès la fin du cursus initial de la spécialité de médecine générale. Cette possibilité pourrait amplifier la tendance à un exercice différent de celui de médecin de premier recours et accroître l'importance des flux qui sont déjà facilités par les passerelles universitaires permettant d'aller de la médecine générale vers une médecine plus spécialisée. Ces flux sont également alimentés par les passerelles hospitalières grâce auxquelles un omnipraticien peut exercer à l'hôpital soit en médecine d'urgence ou en gériatrie, soit même dans le cadre de la spécialité de psychiatrie au bénéfice des dérogations accordées pour passer le concours de praticien hospitalier dans cette spécialité.

La sortie de cet exercice est structurellement encouragée du fait des possibilités diverses qui sont ouvertes aux diplômés de médecine générale et qui leur permettent de spécialiser leur exercice. Le recensement des formations complémentaires existantes qui a été effectué met à jour leur foisonnement⁴.

Les formations complémentaires comme les passerelles entre les exercices remplissent une double fonction. D'une part, elles constituent une possibilité importante de maintien et de développement des compétences qui sont nécessaires aux médecins généralistes pour assurer la prise en charge des patients divers qui les consultent. Elles constituent, d'autre part, pour les diplômés de médecine générale une possibilité de réorientation de leur activité. La croissance des effectifs salariés parmi les diplômés de médecine générale, enregistrée ces quinze dernières années, illustre que cette alternative est largement utilisée.

De façon plus fondamentale, ce foisonnement des options ouvertes et le succès qu'elles rencontrent peuvent être considérés comme des révélateurs des insuffisances actuelles de la formation en médecine générale dans la perspective d'un exercice de premier recours. Le déroulement exclusif en milieu hospitalier de la formation renvoyait jusqu'à récemment le premier contact avec la médecine générale au moment de l'installation. Des évolutions sont en cours dans ce domaine, notamment à travers les possibilités ouvertes de stages ambulatoires, la création d'une filière d'enseignement universitaire, mais leurs effets restent encore modestes.

■ ■ **Le métier de médecin généraliste de premier recours n'est pas aussi précisément défini que le métier des autres spécialistes. La lisibilité de son exercice s'en trouve d'autant plus affaiblie que les étudiants en médecine ne le découvrent que tardivement au cours de leur cursus**

Comme le rappelle la contribution de Géraldine Bloy, la dépréciation de la médecine générale est un processus engagé depuis longtemps⁵. Le développement des

4. Le maintien de ces possibilités modère la portée de la relative modestie aujourd'hui du nombre de médecins généralistes inscrits en DESC. De plus, le contenu de ces diplômes ne paraît pas homogène d'un lieu de formation à l'autre, et leur compatibilité avec les DESC peut parfois se poser (par exemple : capacité médecine tropicale et DESC pathologie tropicale et infectieuse, capacité pratiques médico-judiciaires, DIU réparation juridique du dommage corporel et DESC médecine légale et expertises médicales et 4 DU se rapportant à ce domaine).

5. Bloy G., *Une médecine générale durablement dépréciée ? Enquête sur une évidence*, tome 1 de ce rapport.

spécialités, la place centrale de l'hôpital dans l'attribution des hiérarchies médicales, la moindre valeur des activités médicales cliniques... constituent autant d'éléments qui ont contribué à affaiblir son rôle au sein des valeurs médicales.

Un examen des dispositions qui ont été jusqu'alors adoptées dans l'optique de la « revaloriser » a été mené dans le cadre de ce rapport⁶. Bien qu'elles constituent une avancée sur le terrain de la reconnaissance universitaire et qu'elles ouvrent une réelle possibilité d'affirmer un espace professionnel, ces évolutions paraissent encore inabouties, car elles portent davantage la marque de la définition d'un statut plutôt que celle d'un métier. De ce fait, elles n'apparaissent pas de nature à rendre l'exercice de premier recours lisible ni pour les étudiants en médecine ni pour les autres spécialistes avec lesquels les médecins traitants sont appelés aujourd'hui à coordonner les soins.

Une des limites provient notamment du fait que la médecine générale de premier recours s'exerce dans un cadre libéral dont les étudiants en médecine ne font aucun, ou un faible, apprentissage avant leur décision d'exercice. Un stage de deuxième cycle de sensibilisation à la médecine générale a été mis en place en novembre 2006. Un an après, ce qui constitue certes une période de référence courte, selon les données recueillies par la DHOS, seulement 395 étudiants auraient pu suivre ce stage, soit moins de 10 % des étudiants inscrits en DCEM 2. La montée en charge de ce dispositif pose la question de la disponibilité des médecins généralistes libéraux pour l'accueil de ces stagiaires. Se pose, de façon plus générale, la question de la disponibilité et de la reconnaissance des maîtres de stage.

■ ■ **Le premier recours ne renvoie pas à une pratique uniforme du métier. L'état de santé des populations, la disponibilité des services spécialisés médicaux et médico-sociaux, notamment, particularisent les différents territoires. Ces éléments conduisent à des besoins de prise en charge des patients, en premier recours, qui diffèrent selon l'environnement**

Comme le montrent les résultats du travail mené en Basse-Normandie, le potentiel de soins, c'est-à-dire le temps médical disponible pour les patients, diffère d'un médecin à l'autre. Une diversité des pratiques des médecins généralistes libéraux, qui s'est toujours manifestée, est inévitable. Elle provient de la variété des patients pris en charge et elle est le garant de l'attractivité du métier et de la pérennité de son exercice dans le secteur libéral.

Plus fondamentalement, il apparaît qu'une transformation du modèle professionnel est à l'œuvre. Parmi les manifestations de cette évolution, on peut relever le refus de la disponibilité permanente, l'aspiration à la conciliation entre les activités professionnelles et la vie personnelle. Le souhait de préserver l'autonomie qui est associée à l'exercice libéral s'accompagne clairement d'une volonté de ne pas être

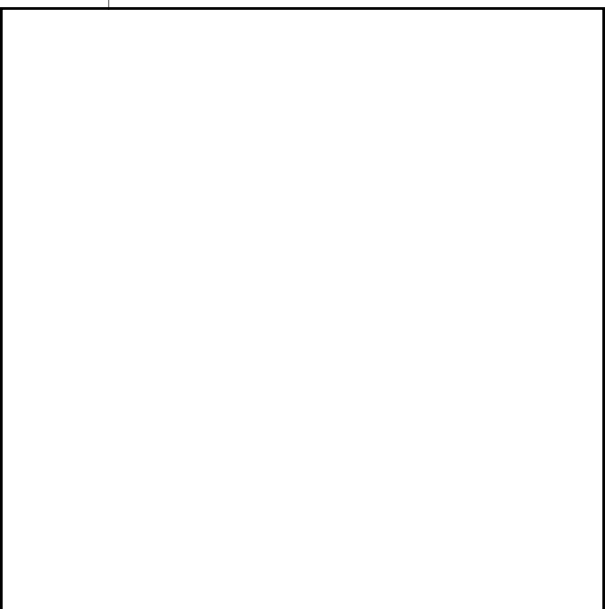
6. La reconnaissance de la médecine générale comme médecine de spécialité portée par la loi du 17 janvier 2002 a été suivie par la mise en place du diplôme d'études spécialisées en 2004. Cf. aussi la mise en place de la filière universitaire de médecine générale et la création d'un corps d'enseignants de médecine générale portée par la loi du 8 février 2008.

confronté à l'isolement. « Tout se passe comme si le salariat servait de modèle implicite⁷. » C'est à la lumière des souhaits et des attentes exprimés par les jeunes médecins qu'il convient sans doute d'interpréter l'attrait que semble représenter l'exercice en mode regroupé. Tant en termes de conditions de vie et de travail que d'intérêt professionnel, les maisons de santé ou les centres de santé constituent, pour l'exercice libéral de la médecine générale, une opportunité de renouvellement des pratiques et des modes de prise en charge des patients.

En outre, le développement de la recherche et la création d'un postinternat devraient permettre de réussir la transition d'une « spécificité » de la médecine générale, souvent interprétée par les autres spécialistes comme une faiblesse, vers une autonomie clairement appuyée sur un rôle et un apport médical propres. Cette perspective, qui est portée par les représentants de la médecine générale et les pouvoirs publics à travers la définition du parcours de soins, bénéficie d'exemples et de pratiques européennes ayant une certaine antériorité.

7. Cf. Schweyer F.X., « Souhaits et aspirations des médecins qui envisagent l'exercice de la médecine générale », tome 1 de ce rapport.

**L'ÉTAT DES LIEUX DES RESSOURCES
SOIGNANTES PAR DOMAINE
DE PRISE EN CHARGE
DES PATIENTS FAIT APPARAÎTRE
DES MAILLONS FAIBLES**



Le parcours de soins des patients implique la disponibilité d'un ensemble de structures et de professions dont les interventions sont complémentaires dans le cours de la prise en charge de la maladie, du diagnostic à la convalescence. La disponibilité conjointe de toutes ces ressources constitue donc la garantie que l'offre de soins est adaptée aux besoins des patients.

Or, dans un contexte déjà marqué par de fortes disparités, selon les territoires et les spécialités, la perspective rapprochée d'une diminution des effectifs aura des conséquences diverses selon les régions, selon les structures d'exercice et selon les domaines de prise en charge. Les spécialités médicales ne renvoient pas à des problématiques homogènes : les références pour conduire le diagnostic ne peuvent être les mêmes pour le maillage des spécialités de premier recours et pour des spécialités nécessitant des plateaux techniques. La proximité des patients n'a pas la même importance pour la biologie médicale et pour la médecine générale ou la pédiatrie. En outre, certaines spécialités relèvent plus majoritairement d'un exercice hospitalier que libéral. Il importe donc de localiser finement la disponibilité de ces ressources dans les établissements qui assurent l'activité médicale correspondante¹.

Une autre série d'éléments qui différencie l'avenir des différentes spécialités se rapporte à leur plus ou moins grande attractivité, d'une part, et à la plus ou moins grande attractivité des secteurs (libéral ou hospitalier) dans lesquels elles peuvent s'exercer. Sur ce point, les travaux réalisés, notamment à partir de l'analyse des matériaux recueillis lors des auditions de toutes les spécialités², permettent d'identifier que les perspectives de renouvellement des différentes spécialités médicales ou des différents modes d'exercice ne se présentent pas sous les mêmes auspices. En effet, pour des raisons parfois similaires à celles évoquées pour la médecine générale – manque de visibilité du métier, pénibilité de l'exercice, incertitude sur les trajectoires professionnelles –, certaines spécialités connaissent elles aussi des problèmes de recrutement qui rendent plus aiguë la question du renouvellement de leurs effectifs.

Trois approches ont été développées cette année pour établir un diagnostic démographique qui rende compte de la spécificité et de la complémentarité des ressources dans un domaine de santé donné. Réalisé pour les cinq professions qui assurent les soins de premier recours dans le cadre du premier rapport de l'ONDPS, un tel diagnostic a fait l'objet cette année d'investigations particulières pour la prise en charge du cancer³, la périnatalité et l'insuffisance rénale chronique⁴.

1. *Une région bien dotée en médecins spécialistes, en dépit de fortes disparités territoriales*, Sud INSEE l'essentiel, n° 112, INSEE, MRS, comité régional ONDPS PACA, décembre 2007.

2. Tome 3 du *Rapport ONDPS 2005*, « Les professionnels de santé. Comptes rendus des auditions », La Documentation française, mai 2006.

3. « Un état des lieux de l'ensemble des métiers intervenant dans la prise en charge du cancer, dans le cadre du partenariat engagé par l'INCa et l'ONDPS », cf. le tome 4 de ce rapport.

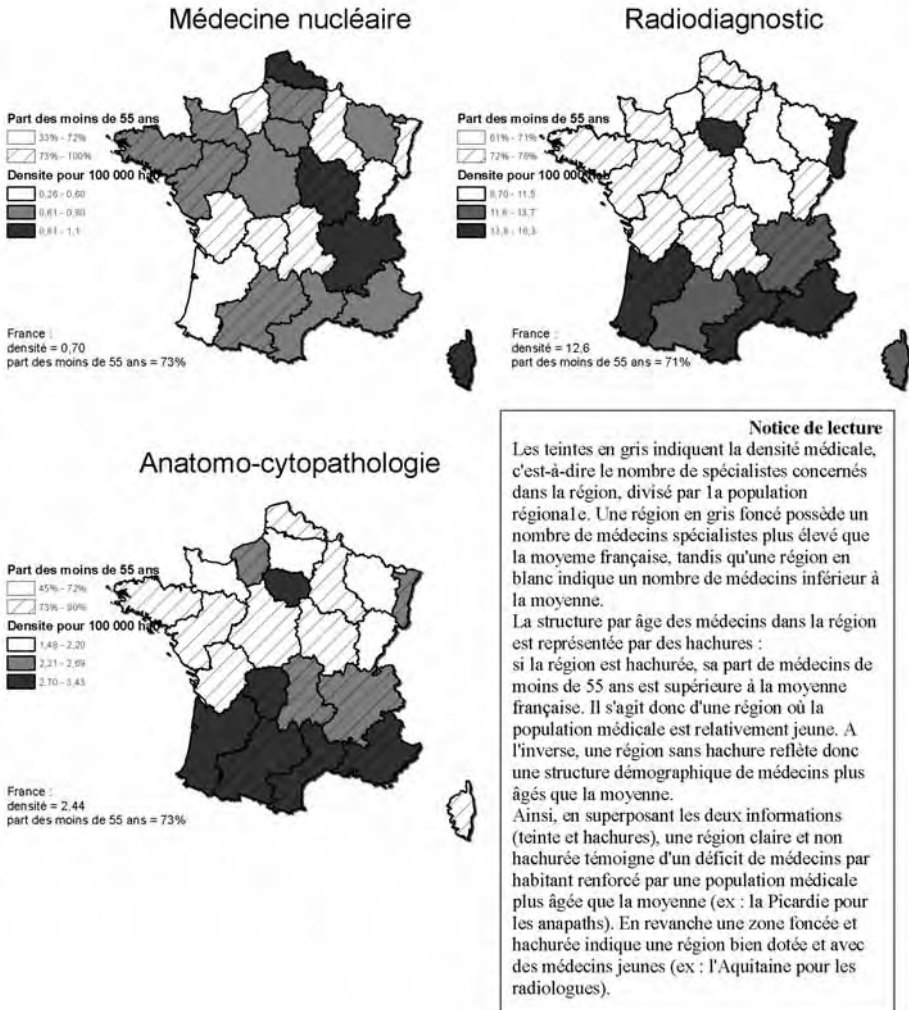
4. Les résultats de la démarche développée dans quatre régions pour les métiers et les structures de l'insuffisance rénale chronique seront publiés en juillet 2008.

Les professionnels du diagnostic du cancer : une opposition Nord-Sud classique

Trois spécialités médicales ont été identifiées comme étant celles qui concourent principalement au diagnostic d'un cancer : les médecins spécialistes du radiodiagnostic et de médecine nucléaire, qui aident au diagnostic grâce aux techniques d'imagerie, et les anatomo-cytopathologistes via leurs analyses sur des échantillons biologiques.

CARTES 1, 2, 3

RÉPARTITION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DU DIAGNOSTIC DU CANCER



Sources : ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports et de la Vie associative, DREES, répertoire ADELI 2006.

Les effectifs des trois professions ne sont pas d'ampleur comparable : l'anatomopathologie et le radiodiagnostic sont des spécialités à effectifs importants (environ 1 500 anatomopathologistes et 7 500 radiologues en France en 2006) tandis que les spécialistes de médecine nucléaire ne sont que quelques centaines (430 environ). La répartition des anatomopathologistes et des radiologues sur le territoire montre des structures spatiales bien marquées et stables, avec une opposition entre un bloc formé par le sud de la France et l'Île-de-France, jusqu'à deux fois mieux dotés en médecins spécialistes par habitant, et le bloc correspondant au nord de la France⁵.

En revanche, la répartition des spécialistes de médecine nucléaire est davantage sensible à des variations individuelles de comportement en raison du faible nombre de médecins dans cette spécialité, qui peut se limiter à quelques unités dans certaines régions (3 en Corse ou en Franche-Comté, 4 en Auvergne ou dans le Limousin).

Le croisement de la densité médicale avec la structure par âge des médecins permet en outre l'identification de régions que l'on peut désigner comme des « maillons faibles », dans la mesure où elles cumulent une moindre densité avec un vieillissement des professionnels.

TROIS CAS DE FIGURES SE DISTINGUENT À L'HORIZON DE CINQ ANS

Certaines régions pourraient se trouver dans des situations démographiques relativement satisfaisantes du fait d'une densité déjà élevée de médecins et d'une part importante de médecins relativement jeunes. C'est le cas des régions Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes, notamment.

Inversement, on observe des régions où une densité médicale déjà plus faible est aggravée par une part importante de médecins âgés de 55 ans et plus⁶ : c'est le cas notamment des régions Franche-Comté (pour les anatomopathologistes et la médecine nucléaire), Lorraine (pour les anatomopathologistes et le radiodiagnostic) et Champagne-Ardenne (radiodiagnostic).

Enfin, certaines régions sont caractérisées par une densité médicale faible, mais compensent cette situation par un meilleur profil d'âge des médecins en activité : c'est le cas notamment de la Picardie, de la Bourgogne et des deux régions normandes.

L'existence ou non de substitutions possibles entre les professionnels du diagnostic doit également être prise en considération. En effet, des substitutions peuvent s'opérer entre l'activité de médecine nucléaire et celle du radiodiagnostic, alors que de telles substitutions n'existent pas pour l'activité assurée par les anatomopathologistes. À titre d'exemple, la région Aquitaine présente une moindre densité de spécialistes en médecine nucléaire qui pourrait être compensée par la présence de spécialistes du radiodiagnostic dans la même région.

On peut souligner que les sept régions identifiées comme des « maillons faibles » – Franche-Comté, Lorraine, Champagne-Ardenne, Picardie, Bourgogne, Haute et Basse-Normandie – correspondent souvent aux zones du territoire français où les

5. Ce rapport de densité de 1 à 2 se retrouve pour l'ensemble des médecins spécialistes.

6. Le choix porté sur l'âge de 55 ans s'explique car il permet d'identifier les médecins qui ne seront sans doute plus en activité dans dix ans, ce qui est une période couramment employée dans les projections d'effectifs futurs des professions médicales.

indicateurs sanitaires du cancer sont les plus défavorables. En effet, ces régions font partie des zones où les taux standardisés de mortalité⁷, d'incidence et de prévalence⁸ sont les plus élevés en France. Dans l'ensemble, les cartes de densité médicale sont le négatif des cartes des taux de mortalité et d'incidence⁹.

Enfin, certains des constats établis sur les territoires de fragilité sont renforcés si l'on met en regard la situation démographique actuelle et celle des effectifs en formation. Par exemple, en Franche-Comté, identifiée comme une région en fragilité démographique, un seul interne en médecine nucléaire est en formation et aucun anatomopathologiste. De même, en Picardie, seulement deux anatomopathologistes et un spécialiste de médecine nucléaire sont en formation.

Pour compléter l'état des lieux régional, les données démographiques ont été mises en perspective avec celles relatives aux équipements nécessaires au développement de l'activité diagnostique¹⁰. En effet, pour les spécialistes de médecine nucléaire, comme pour les radiologues, l'équipement d'une région en appareils de diagnostic du cancer est en principe corrélé avec le nombre de professionnels du diagnostic, mais aussi avec leur densité. L'analyse qui a été conduite met en évidence que cette relation n'apparaît pas systématiquement, quels que soient l'appareil (TEP ou caméra) et la spécialité d'imagerie (médecine nucléaire ou radiodiagnostic) concernés.

La radiothérapie : trois métiers dont la coprésence est indispensable pour la sécurité et la qualité de la prise en charge du patient

Une investigation approfondie a été conduite sur la démographie et l'évolution de trois professions de la radiothérapie : oncologue-radiothérapeute, radiophysicien et manipulateur en électroradiologie¹¹.

7. Le nombre de malades du cancer est naturellement proportionnel au nombre et à l'âge des habitants d'une région. Pour annuler l'effet de ces deux paramètres et pouvoir comparer les régions entre elles, on calcule des taux standardisés d'incidence ou de mortalité qui rapportent à la population un nombre de cas en s'affranchissant de la structure par âge de la population.

8. L'incidence est la mesure des nouveaux cas de cancers diagnostiqués sur une période donnée. La prévalence s'exprime par le nombre total de cas présents à un moment donné dans une population, rapporté à la population totale. Elle s'exprime en % et inclut les nouveaux cas (incidence).

9. Le propos n'est toutefois pas d'établir des relations de conséquence : le choix de l'échelle (la région), de la pathologie (l'ensemble des cancers) et des professionnels étudiés (les seuls spécialistes qui interviennent dans le diagnostic) ne s'y prête pas réellement tant les situations sont variables à l'intérieur d'une région et en fonction des types de cancer.

10. Deux équipements participent principalement au diagnostic du cancer : les caméras à scintillation et les tomographiques à émission de positons. D'après les données de la SAE 2006, la France dispose de 55 tomographiques opérationnels, relativement bien répartis sur le territoire avec entre 1 et 6 appareils par région, hormis l'Île-de-France qui en compte 15. Seule la Basse-Normandie ne possède pas de TEP Scan, même si une autorisation administrative d'installation d'un TEP y est déjà validée.

11. Ces trois professions ne résument pas à elles seules le service de radiothérapie, dont le bon fonctionnement repose sur un chaînage de compétences faisant notamment appel à celles des dosimétristes, des techniciens de mesures physiques, de techniciens biomédicaux, des personnels administratifs.

Une attention particulière a été portée aux liens existant entre les effectifs et les équipements en raison des particularités de cette activité. En effet, le contexte de la radiothérapie connaît des évolutions importantes, tant en termes de charge de travail, d'évolutions technologiques que de contraintes réglementaires nouvelles. En outre, l'accident de radiothérapie survenu à Épinal va accélérer la mise en œuvre d'un certain nombre d'actions destinées à améliorer la sécurité des actes de radiothérapie et la qualité des pratiques ainsi que le suivi des évolutions de la discipline¹².

Ces changements rapides ont des retentissements en termes de compétences nécessaires, d'organisation des services et de besoins en personnels que les travaux ont cherché à caractériser pour chacun des trois métiers les plus centralement impliqués dans l'activité de radiothérapie.

L'augmentation de la charge de travail est liée à divers facteurs de nature diverse, tels que l'augmentation du nombre de patients à prendre en charge, l'évolution des diagnostics vers des stades plus précoces, en partie liée aux dépistages, qui augmente les indications de la radiothérapie, l'augmentation et le renouvellement rapide du parc des appareils¹³...

Enfin, des contraintes réglementaires et/ou liées au code du travail se traduisent par un accroissement des exigences et du temps consacré au contrôle qualité, à la radioprotection et par une gestion de l'extension de l'amplitude horaire des plateaux techniques, dont les conséquences sont différentes en secteur public et en secteur privé.

LES RADIOTHÉRAPEUTES

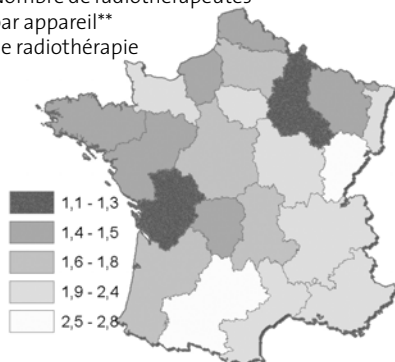
Rapporté à la population de chaque région, le nombre de radiothérapeutes varie dans un rapport de 1 à 2,5 entre le Nord - Pas-de-Calais, le Centre et la Corse, qui sont les moins bien dotés, et la région Île-de-France qui s'individualise à l'inverse avec la densité de radiothérapeutes de loin la plus forte. La mise en regard des effectifs et des équipements (carte 4) puis de l'activité, appréhendée à travers le nombre annuel de séances par radiothérapeute (carte 5), permet d'identifier six régions comme fragilisées au regard du taux d'encadrement médical ou de la charge de travail (carte 6).

12. Un rapport a été remis en réponse à la saisine ministérielle relative à la situation de la radiothérapie, cf. tome 4 de ce rapport.

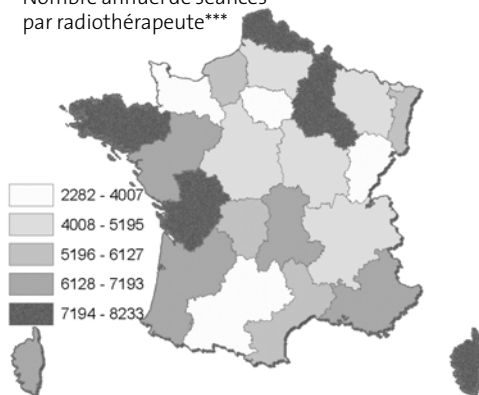
13. Durant la seule année 2007, 38 % des centres équipés d'une seule machine (51 % en 2006) en auront acquis une deuxième.

CARTE 4, 5, 6,

Nombre de radiothérapeutes*
par appareil**
de radiothérapie

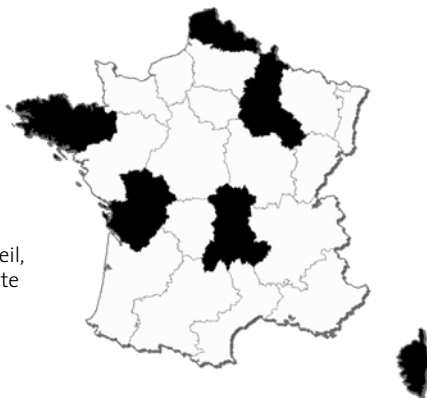


Nombre annuel de séances
par radiothérapeute***



Lecture

En noir, régions caractérisées par :
moins de deux radiothérapeutes par appareil,
et plus de 7 000 séances par radiothérapeute
et par an.



* Radiothérapeutes : effectifs tous confondus (salariés, libéraux, exclusifs ou non).

** Appareils : télécobalt et accélérateurs.

*** Séances : sur patients ambulatoires et hospitalisés.

Sources : ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement et ministère de la Santé et des Solidarités, DREES, base SAE 2005, données administratives.

LES PHYSIENS MÉDICAUX

Les personnes spécialisées en radio physique médicale (PSRPM) ou physiciens médicaux, encore appelés radiophysiciens, ont pour mission principale de garantir la qualité et la sécurité dans l'utilisation médicale des rayonnements ionisants (ils peuvent également intervenir dans des secteurs mettant en œuvre les rayonnements non ionisants).

La profession n'étant pas recensée par une autorité de santé, les données démographiques proviennent de plusieurs sources. Le rapport de la commission d'orientation sur le cancer de janvier 2003 faisait état d'environ 300 professionnels. La récente enquête réalisée par l'ASN¹⁴, portant sur 160 des 182 établissements disposant d'un service de radiothérapie, indique un effectif actuel de 299 ETP.

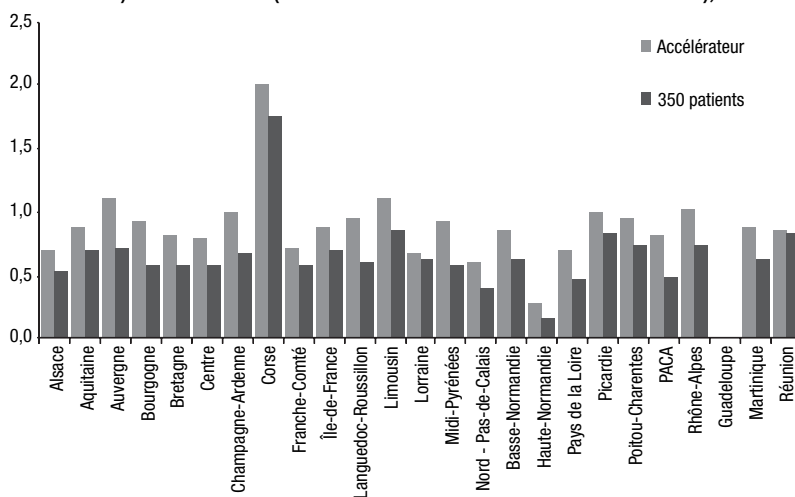
14. Enquête « Évaluation des besoins en physique médicale en radiothérapie », janvier 2007, Marc Valero, Aurelie Wawresky, Direction rayonnements ionisants et santé, ASN.

Si l'on rapporte le nombre de radiophysiciens à la population régionale, les six régions du quart sud-ouest de la France apparaissent comme les mieux dotées, avec l'Île-de-France, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et la Corse. La différence de densité de radiophysiciens entre régions peut varier dans un rapport de 1 à 3, entre le Nord - Pas-de-Calais (environ 2,5 radiophysiciens par million d'habitants) et le Limousin (environ 7,5 radiophysiciens par million d'habitants).

Selon les recommandations en vigueur, les effectifs devraient se situer entre 430 (EFOMP, European Federation of Organization for Medicals Physics) et 530 (DHOS). Dans 135 des 160 centres, les effectifs préconisés ne sont pas atteints¹⁵ (graphique 1).

GRAPHIQUE 1

NOMBRE DE PHYSICIENS EN FONCTION DU PARC MATÉRIEL (ÉQUIVALENT TEMPS PLEIN [ETP] PAR ACCÉLÉRATEUR) ET DE L'ACTIVITÉ (ETP POUR 350 PATIENTS TRAITÉS ANNUELLEMENT), PAR RÉGION



Sources : Le Spegagne, Talandier D., Woynar S., rapport MEaH, mars 2007.

Lecture : l'Alsace compte 0,7 équivalent temps plein de radiophysicien par accélérateur et 0,5 ETP pour 350 patients traités annuellement. Les résultats en Auvergne sont respectivement de 1,1 et de 0,7.

LES MANIPULATEURS EN ÉLECTRORADIOLOGIE

Le troisième métier impliqué dans la radiothérapie est celui de manipulateur en électroradiologie (MER). Il est le collaborateur direct du médecin spécialiste en imagerie médicale, médecine nucléaire ou radiothérapie pour la réalisation des actes.

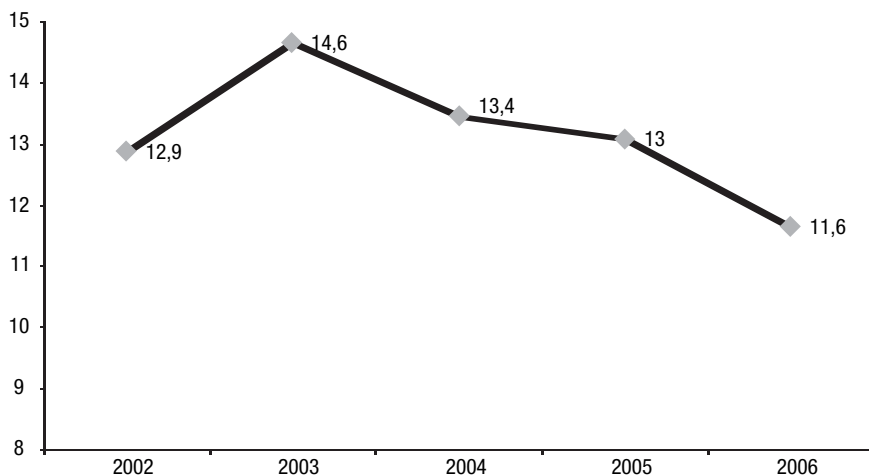
Si la répartition géographique des effectifs fait apparaître les mêmes régions à faible densité que pour les deux autres professions de la radiothérapie, l'interrogation principale pour ces professionnels concerne l'attractivité de l'exercice en radiothérapie. La part des manipulateurs exerçant en radiothérapie est évaluée entre 10 et 12 % des effectifs globaux¹⁶.

L'évolution du pourcentage d'embauches, en radiothérapie, des jeunes diplômés de 2002 à 2006 fait apparaître une part de manipulateurs exerçant en radiothérapie en diminution.

15. Des mesures ont, sur ce point, été annoncées récemment par la ministre.

GRAPHIQUE 2

**POURCENTAGE D'EMBAUCHES EN RADIOTHÉRAPIE DES JEUNES MANIPULATEURS EN ÉLECTRORADIOLOGIE
DIPLOMÉS. SITUATION AU 1^{ER} OCTOBRE DE L'ANNÉE D'OBTENTION DU DIPLOME**



Sources : enquête 2006 du Comité d'harmonisation des centres de formation des manipulateurs en électroradiologie médicale.

Lecture : 11,6 % des diplômés en 2006 sont embauchés la même année en radiothérapie, ils étaient 14,6 % en 2003.

Les cinq régions dans lesquelles la part des manipulateurs en électroradiologie s'orientant vers la radiothérapie est la plus faible sont : Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire, Picardie, Nord - Pas-de-Calais et Bretagne. Les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Nord - Pas-de-Calais présentent en outre une faible densité de manipulateurs en électroradiologie.

En revanche, l'Alsace, l'Aquitaine, la Basse-Normandie, la Haute-Normandie et Midi-Pyrénées présentent un taux élevé de jeunes diplômés ayant opté pour la radiothérapie, de nature à équilibrer, si toutes les embauches s'effectuent dans la région, une faible densité mise en évidence dans les données de la SAE en 2005.

Les répercussions des évolutions en cours seront singulières selon les ressources et les modes d'organisation locale en radiothérapie. Un travail d'analyse spécifique au niveau régional devra permettre d'en prendre la mesure. Un tel examen est d'ailleurs

16. Deux sources permettent d'identifier les manipulateurs en électroradiologie exerçant en radiothérapie. L'enquête effectuée par le Comité d'harmonisation permet de connaître chaque année, par région, la part des diplômés qui exercent, au 1^{er} octobre de l'année de leur diplôme, en radiothérapie. Les situations connues par le biais de cette enquête concernent, pour 2006, 764 diplômés sur 900 (soit 84,89 %). L'autre source est la SAE (statistique annuelle des établissements) basée sur la déclaration des effectifs par les établissements. La limite de cette source de données provient du fait que les manipulateurs en électroradiologie déclarés sont ceux qui sont salariés de l'établissement de soins. Les manipulateurs en électroradiologie employés par des sociétés médicales ou des centres d'imagerie ne sont pas comptabilisés.

déjà engagé dans certaines régions. Ainsi, dans le Nord - Pas-de-Calais, une étude a été réalisée pour accompagner la mise en œuvre du plan régional contre le cancer à travers une analyse systématique des équipes intervenant dans l'offre de soins. En Champagne-Ardenne, des discussions entre établissements publics de santé ont été entreprises pour recomposer ensemble l'offre des soins en cancérologie¹⁷.

■ Une approche régionale comparée des professionnels impliqués dans la périnatalité fait apparaître des zones de fragilisation qui pourraient s'accroître dans les prochaines années

La périnatalité a été définie comme l'ensemble des prestations et actes médicaux relatifs à la grossesse, à l'accouchement et aux premiers jours de la vie des nouveau-nés. Aux six professions qui sont généralement considérées comme impliquées dans la périnatalité : gynéco-obstétriciens, sages-femmes, pédiatres, puéricultrices, anesthésistes, gynécologues médicaux, ont été adjoints les médecins généralistes, inclus dans cette étude en raison de leur rôle dans le suivi des grossesses et la prise en charge des mères et des nouveau-nés.

Chaque profession concernée a fait l'objet d'une approche régionale des effectifs en activité et en formation. L'offre de soins régionale a également été étudiée : densité pour 1 000 naissances en lits d'obstétrique, de néonatalogie (dont ceux de soins intensifs), de réanimation néonatale¹⁸.

Cet état des lieux harmonisé de toutes les régions permet de positionner relativement chaque région par rapport à la situation de l'ensemble de ces professions dont la présence est nécessaire pour la prise en charge de la périnatalité. Le diagnostic réalisé présente deux limites principales : les données disponibles ne permettent pas d'abord de déterminer la part des professionnels s'occupant spécifiquement, pour tout ou partie de leur activité, du suivi des grossesses et des nouveau-nés ; elle ne permet pas non plus d'apprécier si, et de quelle manière, en cas de faible densité d'une catégorie de professionnels, la demande se reporte sur une autre profession exerçant dans le même domaine de santé (entre gynéco-obstétriciens, sages-femmes, gynécologues médicaux et médecins généralistes pour les consultations prénatales, ou pédiatres, médecins généralistes et puéricultrices de PMI pour le suivi des nouveau-nés)¹⁹.

17. Lacoste O., Dupont J., Poirier G., Tardez G., *Les Systèmes territoriaux de prise en charge des cancers en Nord - Pas-de-Calais*, ORS, Nord - Pas-de-Calais, rapport réalisé pour le conseil régional Nord - Pas-de-Calais, décembre 2007 ; « La cancérologie en Champagne-Ardenne, un enjeu pour les établissements publics », *Revue hospitalière de France*, janvier/février 2008.

18. Données arrêtées au 31 décembre 2005 du fichier SAE.

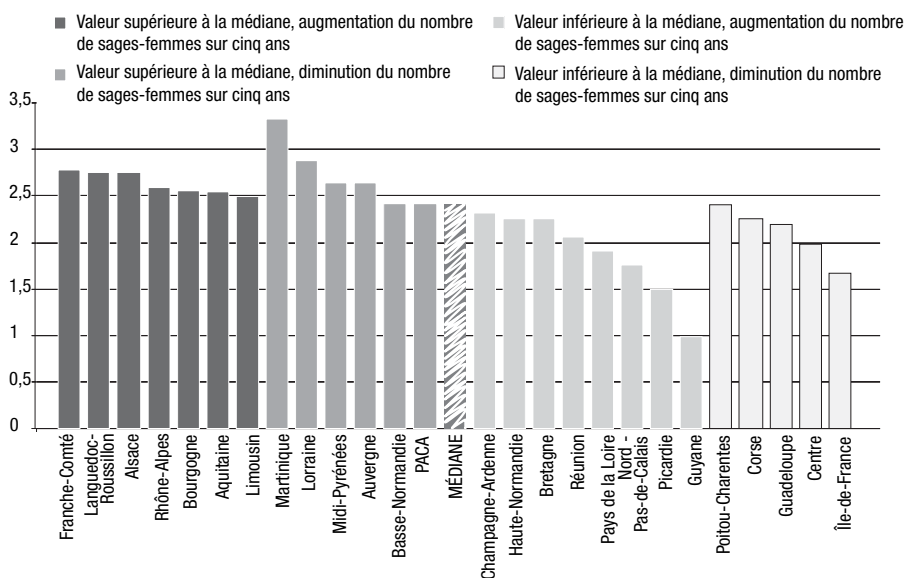
19. Ces éclairages seraient pourtant très utiles, comme cela a été par exemple souligné dans l'enquête Périnatalité de 2003 qui préconisait d'ailleurs une surveillance du rôle respectif des différents professionnels pendant la grossesse pour savoir comment se fait l'adaptation aux pénuries de professionnels.

Toutefois, on peut supposer qu'en cas de faiblesse numérique globale il existe de fortes probabilités que telle ou telle profession ne comportera pas des effectifs en nombre suffisant pour prendre en charge la périnatalité.

Chaque profession a fait l'objet, par région, d'une analyse démographique prévisionnelle à cinq ans. À titre illustratif, le résultat de la démarche est présenté pour les sages-femmes et les puéricultrices (graphiques 7 et 8).

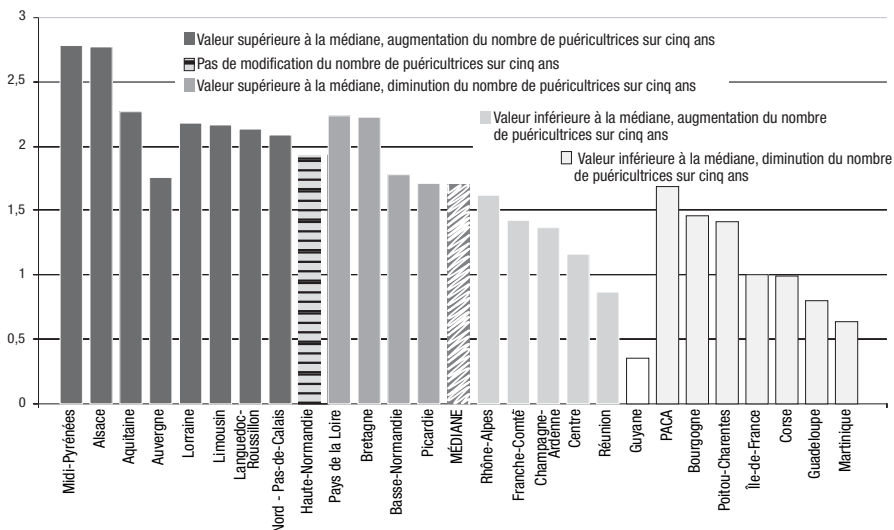
GRAPHIQUE 3

PRÉVISION À CINQ ANS DE LA TENDANCE D'ÉVOLUTION RÉGIONALE DE LA DENSITÉ DE SAGES-FEMMES POUR 100 NAISSANCES



Sources : ADELI au 1/01/2006, INSEE, ELP 2005.

PRÉVISION À CINQ ANS DE LA TENDANCE D'ÉVOLUTION DE LA DENSITÉ DE PUÉRICULTRICES POUR 100 NAISSANCES



Sources : ADELI au 1/01/2006, INSEE, ELP 2005.

■ ■ Les situations régionales en matière d'équipements

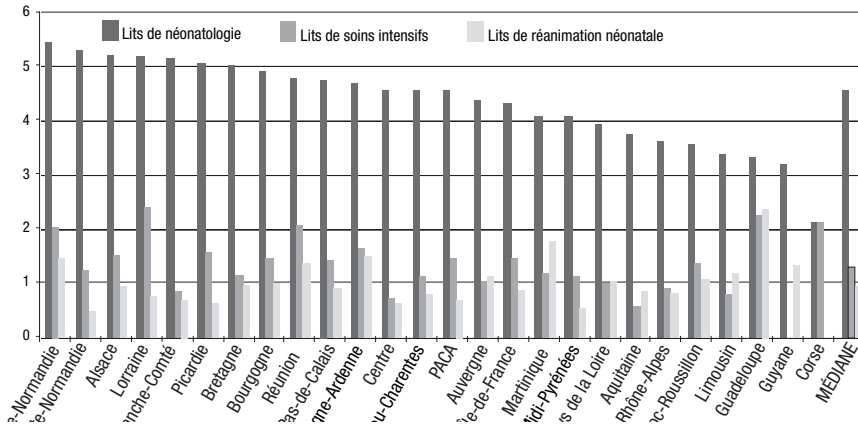
Dix-neuf régions sur vingt-six ont une densité en lits de néonatalogie comprise entre 3 et 5 pour 1 000 naissances. Six ont une densité supérieure à 5, une région, la Corse, a une densité inférieure à 3.

Parmi les lits de néonatalogie, les lits de soins intensifs ont une densité comprise entre 1 et 2 pour 1 000 naissances dans quatorze régions, égale ou supérieure à 2 dans cinq régions, dont la Corse où tous les lits de néonatalogie sont des lits de soins intensifs, inférieure à 1 dans six régions, dont la Guyane où il n'est pas recensé de lits de soins intensifs.

Pour les lits de réanimation néonatale, dans dix régions, la densité est comprise entre 1 et 2 lits pour 1 000 naissances. Elle est supérieure à 2 dans une région, la Guadeloupe, et inférieure à 1 dans quinze régions, dont la Corse où il n'est pas recensé de lits de réanimation néonatale (graphique 5).

GRAPHIQUE 5

DENSITÉ RÉGIONALE DE LITS DE NÉONATOLOGIE, DE SOINS INTENSIFS, DE RÉANIMATION NÉONATALE
 POUR 1000 NAISSANCES



Sources : SAE au 31 décembre 2005.

■ ■ Quelques illustrations régionales

L'analyse menée pour chacune des professions considérées permet de décrire de façon synthétique la situation actuelle et prévisible à cinq ans de chaque profession (comme on l'a vu précédemment à titre illustratif pour les sages-femmes et les puéricultrices). L'analyse permet aussi de caractériser chaque région. La qualification des situations résulte de la situation actuelle en termes de densité de professionnels et d'équipements et de l'estimation conjointe :

- du nombre de professionnels sortant à l'horizon 2011²⁰.
- du nombre d'entrées de professionnels à l'horizon 2011²¹.

L'exercice est présenté, à titre illustratif pour deux régions, l'Alsace et l'Aquitaine²².

20. L'âge probable de cessation d'activité a été estimé à 65 ans pour les médecins, 55 ans pour les puéricultrices et les sages-femmes salariées, 63 ans pour les sages-femmes libérales ; sources : ONDPS, rapport 2004, Caisse des dépôts, Caisse autonome de retraite des sages-femmes françaises.

21. Estimation effectuée à partir du nombre de postes ouverts par filière aux ECN pour chaque année postérieure à 2006 calculé en appliquant au *numerus clausus* de l'année n-5 la répartition des postes observée en 2006 par rapport au *numerus clausus* de 2001. Le *numerus clausus* a été supposé constant à partir de 2007 (au niveau de 7100).

22. Cf. tome 3 de ce rapport pour une présentation de l'ensemble des régions. Voir aussi l'analyse territoriale de l'offre et de la consommation de soins spécialisés réalisée par le comité régional de l'ONDPS et la Mission Régionale de Santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Cette analyse illustre l'intérêt d'une mise en perspective des données sur les professionnels avec les données populationnelles et d'activité afin de mieux caractériser les situations infrarégionales qui constituent *in fine*, les territoires de l'expérience des patients. Cette analyse a porté sur quatre spécialités médicales dont deux concernant la périnatalité : la pédiatrie et la gynécologie-obstétrique. Document de travail : Analyse territoriale de l'offre et de la consommation de soins spécialisés en 2005, Provence-Alpes-Côte d'Azur, gynécologie-obstétrique, mission régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, ONDPS comité régional de Provence-Alpes-Côte d'Azur, novembre 2007. http://www.paca.assurance-maladie.fr/uploads/media/etude_gynecologie.pdf et http://www.paca.assurance-maladie.fr/uploads/media/etude_pediatrie.pdf

L'Alsace, qui présente une densité de gynéco-obstétriciens et d'anesthésistes supérieure à la médiane, aurait une situation moins favorable dans cinq ans pour ces deux professions. À l'inverse, la situation relativement plus favorable pour les sages-femmes, les généralistes et les puéricultrices se confirmerait.

L'Aquitaine verrait sa situation actuelle relativement plus favorable ne se confirmer que pour les puéricultrices. La densité actuelle des gynéco-obstétriciens, inférieure à la médiane, ne s'améliorerait pas.

ALSACE

	Valeur supérieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, diminution sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, diminution sur cinq ans
Gynéco-obstétriciens			X			
Sages-femmes	X					
Anesthésistes			X			
Généralistes	X					
Pédiatres			X			
Puéricultrices	X					
	Valeur supérieure à la médiane			Valeur inférieure à la médiane		
Gynécologues médicaux					X	
Densité en lits d'obstétrique					X	
Lits de néonatalogie		X				
Lits de soins intensifs		X				
Lits de réanimation néonatale	Valeur équivalant à la médiane					

AQUITAINE

	Valeur supérieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur supérieure à la médiane, diminution sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, augmentation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, stagnation sur cinq ans	Valeur inférieure à la médiane, diminution sur cinq ans
Gynéco-obstétriciens					X*	
Sages-femmes			X			
Anesthésistes			X			
Généralistes			X			
Pédiatres			X			
Puéricultrices	X					
	Valeur supérieure à la médiane			Valeur inférieure à la médiane		
Gynécologues médicaux	X					
Densité en lits d'obstétrique					X	
Lits de néonatalogie					X	
Lits de soins intensifs					X	
Lits de réanimation néonatale					X	

X* : valeur voisine de la médiane.

Les évolutions techniques et les modes de prise en charge des patients ont des impacts sur le contenu des métiers et sur leurs conditions d'exercice

Toutes les analyses qui ont été conduites font apparaître combien le profil des métiers évolue et combien les contenus des interventions des différents professionnels se modifient. Ces développements, qui sont permanents, impliquent une remise à jour régulière des connaissances et des pratiques et conduisent à une évolution des métiers et de leurs collaborations, ainsi qu'à l'émergence de métiers nouveaux²³.

Les travaux menés sur les métiers de la cancérologie font par exemple apparaître l'ampleur des évolutions techniques qui sont en cours. Les radiophysiciens, qui disposent de meilleures informations sur la définition des volumes à irradier en radiothérapie externe, pourront mieux estimer les données dosimétriques en radiothérapie externe comme en radiothérapie interne vectorisée. Les radiopharmaciens et les physiciens médicaux qui, chacun dans leur domaine, concourent au développement de la qualité et de la sécurité des activités de la médecine nucléaire, devraient devenir des collaborateurs habituels des médecins et s'intégrer à leur activité.

En radiothérapie, le développement de l'informatique et de l'utilisation des agents physiques impose aux manipulateurs en électroradiologie un élargissement de leurs domaines d'attribution conjointement à une plus grande spécificité de leur fonction. Le métier de manipulateurs en électroradiologie associe une dimension relationnelle (accueil du patient, information sur le déroulement de l'acte), soignante (participation à la surveillance clinique du patient...), technologique nécessitant une expertise qui va croissant avec l'évolution des équipements et l'optimisation de la prise en charge psychologique des patients.

Pour les chirurgiens-dentistes, les nouvelles techniques, qu'il s'agisse de matériel de pointe ou de l'introduction de nouvelles familles d'actes ou de spécialités apparues ces dernières années (l'implantologie, la parodontie, la pédodontie, les soins dits « esthétiques »), sont perçues comme nécessitant des changements plus ou moins radicaux. En vingt ans, la façon de travailler a considérablement évolué : l'anesthésie est devenue beaucoup plus systématique. Le recours à la formation continue est reconnue, par les dentistes enquêtés dans le cadre de l'étude réalisée pour l'ONDPS comme une nécessité du fait de la rapidité des évolutions dans la prise en charge de la santé bucco-dentaire²⁴.

D'autres observateurs ont pour leur part souligné les écarts qui se créent entre les trois grandes disciplines d'internat : biologie, médecine, chirurgie, et la réalité de l'exercice de ces professions. « La chirurgie générale a disparu, les spécialités chirurgicales sont devenues plus nombreuses et plus étanches et certaines spécialités sont devenues médico-chirurgicales ou médico-biologiques. C'est ainsi que l'endoscopie interventionnelle des gastro-entérologues rejoint certains actes de chirurgie

23. « Délégation, transfert, nouveaux métiers... Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé », rapport d'étape janvier 2007, HAS en collaboration avec l'ONDPS.

24. Cf. J. Micheau et E. Rigal, tome 3 de ce rapport.

viscérale, que les cardiologues et les neuroradiologues partagent le secteur de la cardiologie interventionnelle avec les chirurgiens cardiaques ou vasculaires et que les frontières entre ces différentes activités restent mouvantes, à la merci des progrès technologiques. Une autre évidence est l'évolution chirurgicale de l'ophtalmologie avec même une hyperspécialisation selon les segments oculaires, alors que la réfraction et la surveillance de la vision reviennent aux orthoptistes, ce qui libère beaucoup de temps médical²⁵. » Plusieurs démarches engagées pour les spécialités chirurgicales confirment l'urgence de l'analyse fine dans ce domaine²⁶.

Des constats convergents sont formulés par le professeur Sommelet à propos de la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent. « En France, 20 % des enfants sont régulièrement suivis par un pédiatre et seulement 50-60 % des enfants âgés de moins de 2 ans. Ces données soulèvent une réflexion sur la démographie et la nécessaire évolution de ce mode d'exercice prenant en compte les indicateurs de santé de l'enfant et de l'adolescent, les progrès techniques, la complémentarité avec les autres professionnels de santé, l'évolution de la société, les dépenses de santé. Il est nécessaire de repreciser le périmètre d'actions (devenu flou) du pédiatre de ville en fonction de ses missions²⁷. »

Ces éléments n'apparaissent pas systématiquement intégrés, tant dans la réflexion prospective démographique que pour la définition des formations, initiale et continue. Les transformations des métiers et de leurs modes de coopération reposent de ce fait sur un apprentissage « sur le tas » et sur des évolutions des pratiques qui s'éloignent des définitions réglementaires et des connaissances acquises pendant la formation initiale.

Enfin, différents travaux conduits cette année font écho à ceux que nous avons menés dans le cadre de l'ONDPS pour constater la nécessité de mieux appréhender, d'abord, et de mieux définir, ensuite, qui fait et fera quoi. Ce constat prend une acuité particulière au vu des évolutions actuelles du système de soins. La montée en charge du nombre des coopérations entre les établissements indique en effet que les structures sanitaires subissent des transformations rapides. En 2003, 23 % des établissements n'appartenaient à aucun réseau, ils ne sont plus que 5,5 % dans ce cas en 2007²⁸. Ces coopérations, porteuses de transversalité, auront des incidences fortes sur les pratiques professionnelles, au-delà des statuts qui caractérisent les modes d'exercice des uns et des autres. Deux illustrations emblématiques de ce problème sont « le premier recours », qui a fait l'objet d'une réflexion particulière dans le cadre des états généraux de l'organisation de la santé, et le service des urgences. Trois conséquences essentielles de cette situation sont soulignées de façon convergente :

25. Nicolas Guy, rapport au nom d'un groupe de travail, Académie de médecine, *Le Corps médical à l'horizon 2015*.

26. *Démographie médicale des chirurgiens de France*, Centre international de recherche en économie de la santé (CIRES), rapporteur Jean-Marc Macé, mars 2007, et *Référentiels métier et compétences en chirurgie*, Fédération nationale des spécialités médicales et mission Évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé, ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, février 2008.

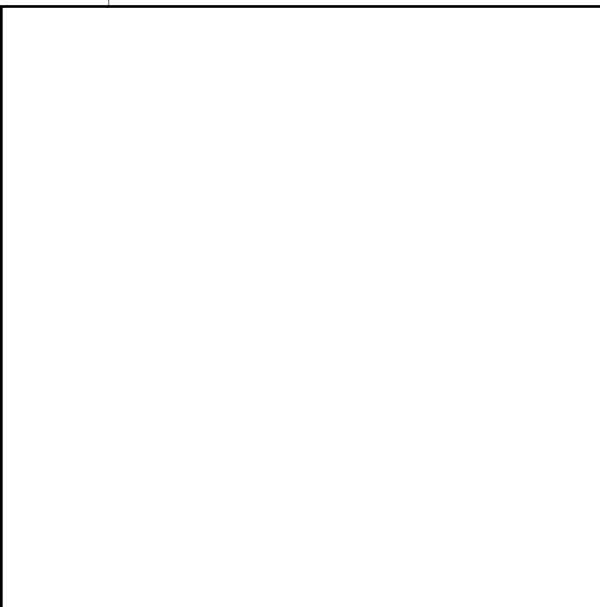
27. Sommelet Danièle, *L'Enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé*, rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent, 28 octobre 2006.

28. Cordier M., 2008, « Hôpitaux et cliniques en mouvements », *Études et Résultats*, DREES, avril. Ces quatre dernières années, 70 % des établissements ont modifié la prise en charge des patients avec l'augmentation de l'activité ambulatoire.

- le système de soins devient opaque pour les patients ;
- les ressources soignantes, dont les effectifs sont peu coordonnés sur le terrain, se mobilisent d'une façon parfois assez éloignée de leurs compétences pour répondre à la demande de soins ; il peut en résulter un sentiment de déqualification²⁹ ;
- les écarts entre le métier appris et le métier exercé entraînent des reconversions ou des abandons d'exercice qui entretiennent des manques de ressources et de compétences, alors que le système de formation en produit en quantité.

29. E. Jeandet-Mengual, J.-B. de Reboul, Analyse et modalités de régulation de l'offre globale en soins infirmiers, note de synthèse des travaux du groupe de travail, Note RM 2008-017P, IGAS, février 2008.

UNE IMPORTANTE
AUGMENTATION
DU NOMBRE D'INTERNES
JUSQU'EN 2015



La diminution prévisible à court terme des effectifs de médecins, qui résulte d'un nombre de sorties d'activité supérieur au nombre d'entrées pendant une quinzaine d'années, a conduit les pouvoirs publics à relever le *numerus clausus* des études de médecine. Dans le même temps, le constat selon lequel le *numerus clausus* ne permet pas mécaniquement, à lui seul, ni d'assurer une régulation géographique ni d'assurer la répartition équilibrée des ressources entre les spécialités donne lieu à des mesures visant à être correctives dans ce domaine. La filiarisation de certaines spécialités permet, par exemple, chaque année, de leur réserver des postes d'interne. L'affectation d'un plus grand nombre de postes d'internes en médecine générale dans les régions présentant les densités les plus faibles de médecins généralistes est, par ailleurs, présentée comme susceptible de faire diminuer les disparités territoriales.

Les travaux engagés cette année se sont d'abord attachés à dresser un constat de la situation nationale et régionale actuelle de la population des internes en médecine; ils ont eu aussi pour objectif de faire apparaître les effets éventuels que produit, ou que pourrait provoquer la mise en place des dispositions à visée corrective. Deux questions principales orientent l'analyse :

- l'une concerne les conséquences que pourrait avoir l'augmentation importante de la population des internes sur le déroulement des formations de troisième cycle;
- l'autre concerne les modalités selon lesquelles les dispositifs de régulation mis en place opèrent ou non des infléchissements des ressources médicales et de leur répartition.

L'examen des conditions de déroulement de l'internat suppose de prendre en compte la double caractéristique des internes en médecine: ils sont en formation et ils participent à l'offre de soins, contribuant, à ce titre, au fonctionnement des services hospitaliers dans lesquels, la grande majorité de leurs stages s'effectue. L'augmentation prochaine du nombre des internes pose donc la question des capacités d'accueil qui permettront, tant en termes de personnels universitaires enseignants, que de possibilités et d'encadrement des stages, le bon déroulement de leur formation¹.

Cette augmentation conduit aussi à s'interroger sur les moyens, notamment de financements de stages et de postes, qui permettraient le déroulement des formations dans des conditions similaires à celles qui prévalent actuellement.

Pour réaliser l'état des lieux démographique des internes, le groupe de travail a appuyé sa réflexion sur un travail prospectif mené à l'horizon de 2015-2016². Une enquête, auprès et en collaboration avec les services régionaux en charge de la gestion des internes, a également été conduite, et elle a permis de disposer d'un descriptif précis de la situation actuelle.

1. La question concerne aussi plus largement l'ensemble des étudiants en médecine. Hormis pendant la période 1971-1980, qui a connu des *numerus clausus* supérieurs ou proches, le nombre des étudiants en médecine a été, depuis, à peu près inférieur de moitié à celui en cours aujourd'hui. Ces importantes fluctuations confrontent les facultés de médecine à des adaptations qui ne sont pas abordées dans le cadre de ce travail. Les conditions dans lesquelles se déroulent les deux premiers cycles des études médicales constituent un contexte qu'il est toutefois nécessaire de prendre en compte, car les étudiants en médecine se forment tôt dans leur cursus une idée de leur futur métier.

2. Ellboode B., étude Prévint ISNIH, groupe de travail ONDPS.

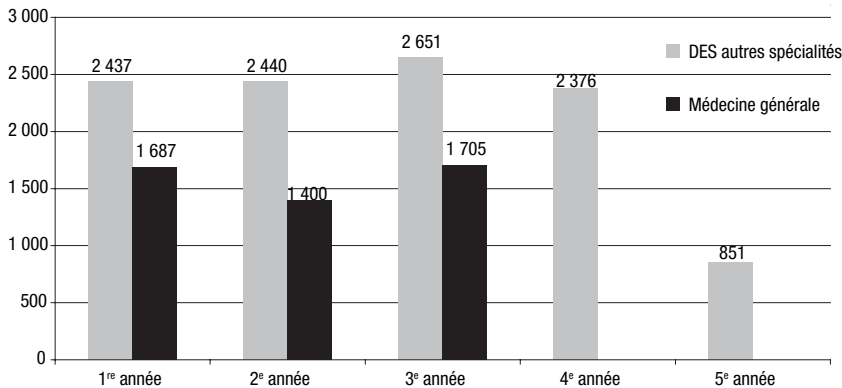
La démographie et la répartition actuelles des internes en médecine

Selon les sources administratives, entre 15 576 (source SAE) et 17 667 (source SISE Éducation nationale) internes en médecine sont actuellement en formation³ l'enquête conduite par l'ONDPS auprès des UFR recense 15 767 internes⁴.

Cette population regroupe les étudiants inscrits dans l'ensemble des cinq années que peuvent comporter les DES⁵. Le graphique 1 représente la répartition actuelle des internes selon leur niveau d'études. Les effectifs d'internes inscrits en DES de médecine générale ne sont indiqués que pour les trois premières années, puisque la durée du DES est de trois ans pour cette spécialité.

GRAPHIQUE 1

NOMBRE D'INTERNES PAR NIVEAU D'ÉTUDES



Sources : enquête Internes, ONDPS 2007.

Lecture : 1 687 internes sont inscrits en première année du DES de médecine générale, 2 437 internes sont inscrits en première année de DES des autres spécialités, 2 376 internes sont inscrits en quatrième année de DES.

Le nombre d'internes présents dans chaque région varie évidemment d'une région à l'autre. Les effectifs vont de 95 pour la Réunion à 2 600 pour l'Île-de-France. Les régions les plus peuplées, Île-de-France, Rhône-Alpes, Nord - Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte d'Azur rassemblent le plus grand nombre d'internes, elles représentent respectivement 16,7%, 10%, 7,4% et 6,9% des effectifs d'étudiants inscrits en DES. Viennent ensuite les Pays de la Loire, l'Aquitaine et la Bretagne, totalisant 15,8% des effectifs d'inscrits en DES.

3. Les deux sources permettant de connaître les internes sont SAE et les données provenant de l'Éducation nationale (DEPP SISE et les traitements de cette source par la DREES).

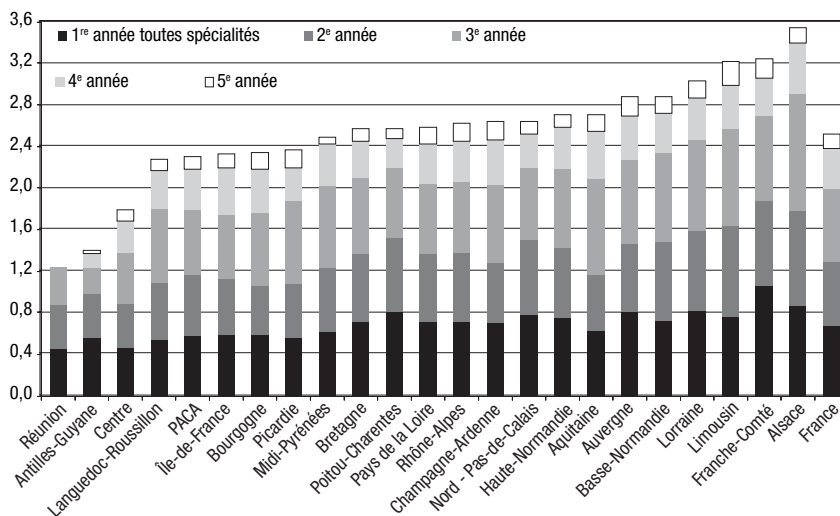
4. Le recensement est exhaustif à l'exception des effectifs d'une UFR de la région parisienne.

5. La durée des DES varie de trois ans (pour l'internat de médecine générale) à quatre ou cinq ans pour les autres spécialités.

La situation en termes de densité, c'est-à-dire si l'on rapporte les effectifs d'internes d'une région donnée à sa population, apporte un autre éclairage pour apprécier les écarts entre les régions. Sur l'ensemble du territoire français, on compte une moyenne de 2,5 internes pour 10 000 habitants. Ce chiffre recouvre des réalités différentes selon les régions : le nombre d'internes pour 10 000 habitants varie de moins de 2 dans les Antilles-Guyane, la Réunion et la région Centre à plus de 3 en Alsace, Franche-Comté, Limousin et Lorraine (graphique 2).

GRAPHIQUE 2

NOMBRE D'INTERNES POUR 10 000 HABITANTS SELON LE NIVEAU D'ÉTUDES

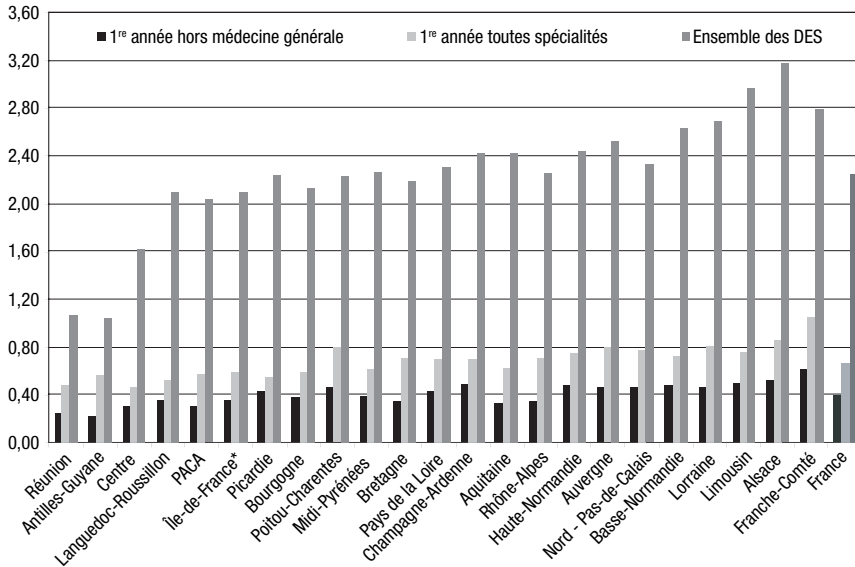


NB : la subdivision de Bobigny n'ayant pas répondu au questionnaire, toutes les données concernant l'Île-de-France (et donc la France) sont sous-évaluées et ne font pas l'objet de commentaires.
Sources : enquête ONDPS, STATISS 2006.

Pour 10 000 habitants, on compte, au niveau national, 0,6 interne de première année pour un total de 2,30 internes. Ce ratio est assez contrasté d'une région à l'autre (graphique 3). Les régions qui ne disposent que peu de marges en termes d'ouverture de stages supplémentaires et pour lesquelles ce ratio est très supérieur pourraient être confrontées de façon plus aiguë à la question de l'augmentation de leur population d'internes si des volumes d'affectation de postes de même ampleur devaient se prolonger dans ces régions. Par exemple, la région Poitou-Charentes présente un ratio de 0,8 interne de première année pour un effectif total d'internes de 2,3.

GRAPHIQUE 3

NOMBRE D'INTERNES DE PREMIÈRE ANNÉE ET NOMBRE TOTAL D'INTERNES



* Les effectifs d'une UFR sont manquants.
Sources : enquête ONDPS, STATISS 2006.

Enfin, on observe que, quel que soit le point de vue adopté (ensemble des DES, première année et première année hors médecine générale), deux pôles s'affirment : les régions Centre, Réunion, Antilles-Guyane du côté des régions les moins dotées et les régions Franche-Comté, Alsace, Lorraine et Limousin du côté des régions les mieux dotées. Des régions présentant des densités médicales plus faibles que la moyenne nationale, comme le Centre, la Picardie et les DOM, se retrouvent également moins bien dotées en internes tandis que les régions réputées mieux dotées en médecins, telles que Languedoc-Roussillon ou Provence-Alpes-Côte d'Azur, sont, elles aussi, dans le bas du classement⁶.

Les capacités d'encadrement sont très inégales entre les régions

Deux critères différents ont été retenus pour caractériser les situations régionales en termes de capacités de formation :

- le nombre de postes de médecins seniors hospitaliers, PH inclus. Ces postes constituent un indicateur du potentiel médical d'encadrement ;

6. Le classement que ces graphiques font apparaître doit être interprété avec prudence. En effet, quelques internes supplémentaires en Limousin auront un plus fort impact sur le classement qu'un bien plus grand nombre dans une région très peuplée.

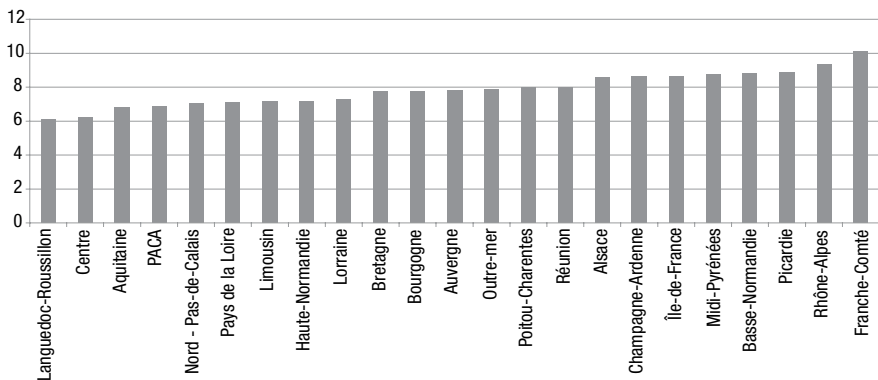
- le nombre de postes d'enseignants universitaires. Ces postes reflètent strictement la capacité universitaire enseignante.

Ces données, rapportées d'abord à la population puis au nombre d'internes, permettent de situer chaque région.

Le nombre de médecins hospitaliers seniors pour 10 000 habitants représente assez bien le potentiel d'accueil en stages hospitaliers des différentes régions. La densité varie de 6 à 10 pour 10 000 habitants, mais les contrastes entre les régions sont plutôt atténués, la majorité des régions se trouve située autour d'une densité de 6 à 8 seniors pour 10 000 habitants (graphique 4)

GRAPHIQUE 4

NOMBRE DE SENIORS (PU/MCU PH + PHTP + CCA/AHU) POUR 10 000 HABITANTS



Sources : SIGMED 2006, seuls les PH temps plein sont inclus.

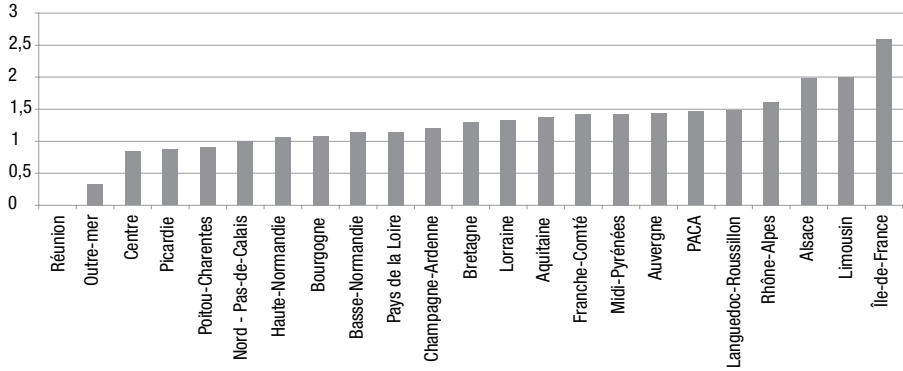
En revanche, on constate une plus forte dispersion entre les régions en ce qui concerne la densité d'enseignants (graphique 5). L'Île-de-France enregistre la plus forte densité, 2,5 enseignants par 10 000 habitants, et seules les régions Alsace et Limousin présentent une densité proche (2 enseignants pour 10 000 habitants, alors que plusieurs régions ont une densité seulement égale, voire inférieure à 1 enseignant pour 10 000 habitants).

L'hétérogénéité en termes de capacité d'encadrement universitaire apparaît également si l'on rapporte le nombre d'enseignants au nombre d'internes (graphique 6). Les positionnements régionaux qui se dégagent de l'approche précédente selon les densités de population restent assez stables.

Le nombre de médecins hospitaliers seniors par interne, puis par poste d'interne ouverts à l'ECN 2007, permet d'évaluer les différences des capacités d'accueil en termes de terrains de stages hospitaliers entre les régions (graphiques 7 et 8).

GRAPHIQUE 5

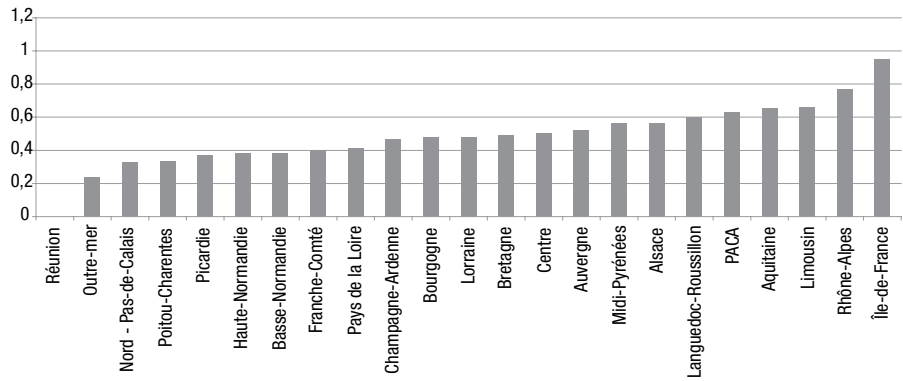
NOMBRE D'ENSEIGNANTS (PU/MCU PH + CCA/AHU) POUR 10 000 HABITANTS



Sources : JO du 7 décembre 2006, STATISS.

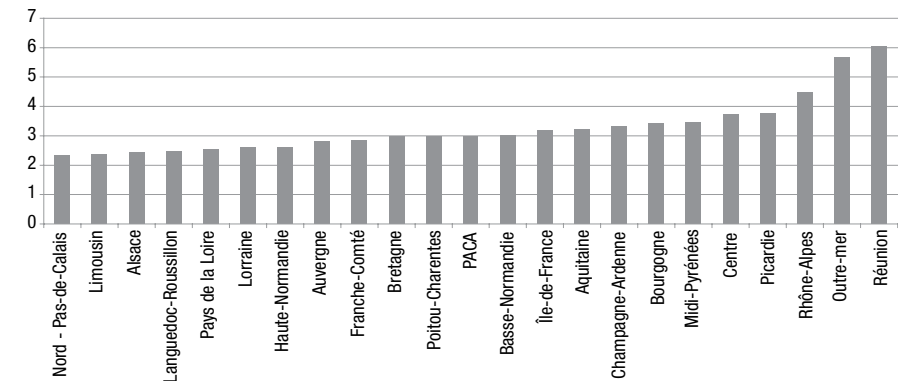
GRAPHIQUE 6

NOMBRE D'ENSEIGNANTS (PU/MCU PH + CCA/AHU) PAR INTERNE



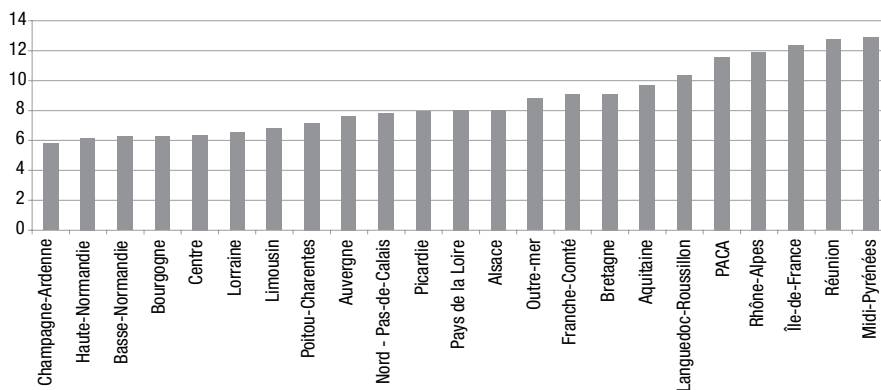
GRAPHIQUE 7

NOMBRE DE SENIORS (PU/MCU PH + PHTP + CCA/AHU) PAR INTERNE



Sources : JO du 7 décembre 2006, SIGMED, STATISS.

NOMBRE DE SENIORS (PU/MCU PH + PHTP + CCA/AHU) PAR POSTE D'INTERNE À L'ECN 2007



L'hétérogénéité des capacités d'encadrement universitaire, ne pourra s'infléchir que lentement. La modestie relative de ces capacités dans certaines régions pourrait s'avérer problématique face aux augmentations de l'effectif des internes qui se profilent. D'autant que l'augmentation du nombre d'internes pose aussi la question du postinternat. Il existe aujourd'hui 3 584 postes de chef de clinique-assistant des hôpitaux et d'assistant hospitalo-universitaire. Ce nombre coïncide avec celui des internes, puisque les promotions d'internes accédant actuellement à ces postes ont subi un *numerus clausus*, après leur première année, fixé il y a onze ans à 3 583 (*numerus clausus* de 1997). L'augmentation du nombre d'internes pose donc avec acuité la question du postinternat. Il n'est pas acquis que la disponibilité des postes de chef de clinique permette d'offrir des conditions de seniorisation équivalentes à celles qui dominent aujourd'hui.

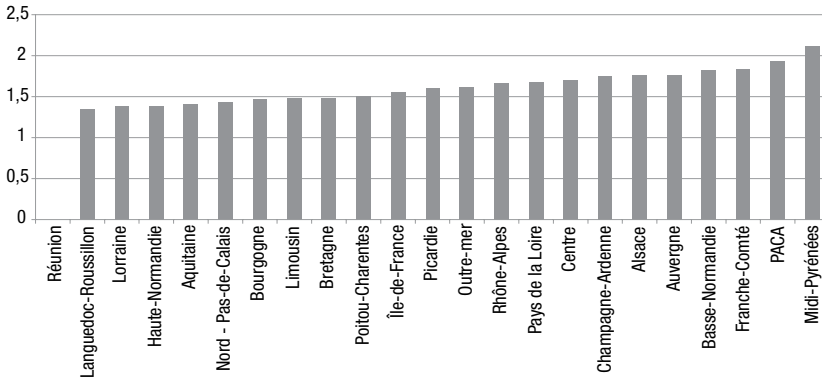
Or le postinternat assure une triple fonction : une fonction de formation, une fonction de préparation à l'exercice, une fonction d'offre de soins. Il constitue en outre la voie d'accès à un secteur d'exercice, le secteur 2 à honoraires libres. On doit rappeler enfin que la disponibilité de ces postes constitue un facteur important d'attractivité, qui influence tant le choix d'une discipline que celui du territoire d'exercice.

Le nombre global de ces postes, leur répartition selon les filières et selon les régions constituent donc une question importante, alors que la situation actuelle est marquée par un nombre de postes pour 10 000 habitants qui varie fortement d'une région à l'autre. L'inégale répartition des postes de CCA/AHU reflète logiquement l'inégale répartition des capacités enseignantes universitaires (graphique 9).

La probabilité d'avoir un poste de chef de clinique diffère largement d'une région à l'autre, et d'une subdivision à l'autre, comme l'illustre le graphique suivant (graphique 10).

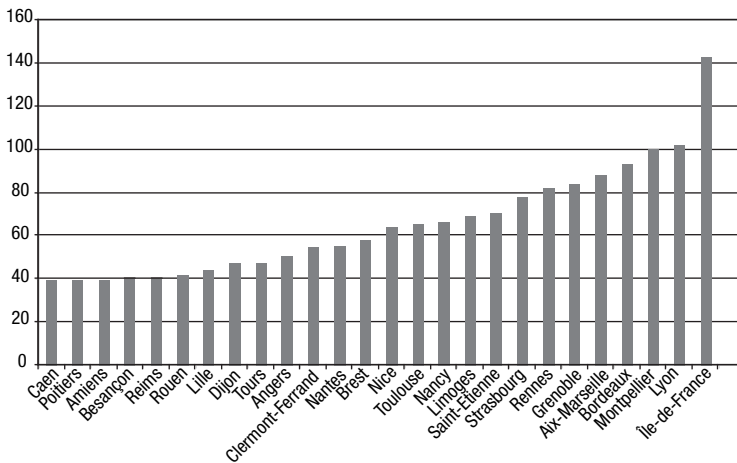
GRAPHIQUE 9

NOMBRE DE PU/MCU PH PAR POSTE DE CCA/AHU



GRAPHIQUE 10

PAR INTERNE DISPONIBILITÉ D'UN POSTE DE CCA SELON LES SUBDIVISIONS



Lecture : Montpellier a aujourd'hui un poste de cliniciat par interne, l'Île-de-France a une capacité de postes de chef de clinique supérieure de 40 % à sa population d'internes, Caen, Poitiers, Amiens, Besançon et Reims ont un nombre de postes de chef de clinique inférieur de 60 % à celui de leur population d'internes.

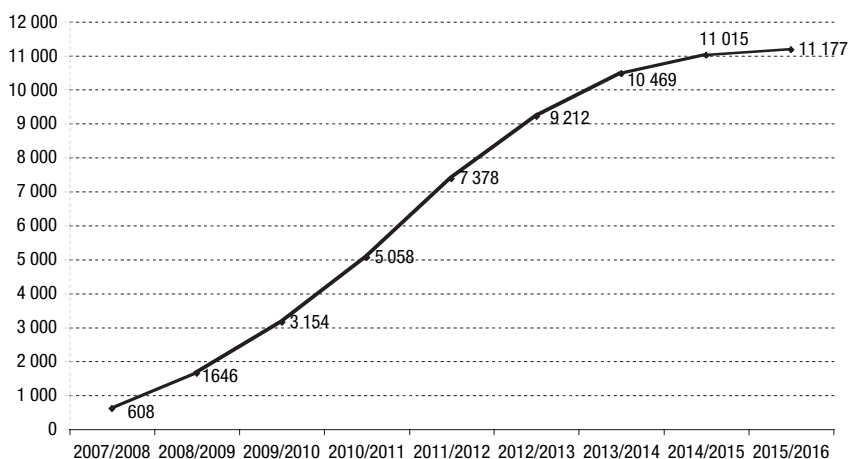
Les postes d'enseignants affectés aux facultés sont le fruit de l'histoire. Dans le but d'apporter un rééquilibrage démographique, la répartition du *numerus clausus*, mais plus encore celle des postes d'interne, tend à privilégier les régions aux densités médicales les plus faibles. Ces réallocations des ressources provoquent déjà une asphyxie dans certaines régions qui n'ont plus la capacité de prendre en charge le nombre important d'internes qu'elles se voient affecter. Il existe un risque que la qualité de la formation en soit altérée.

Une forte augmentation du nombre d'internes est en cours sur la période 2006-2015

Le relèvement du *numerus clausus*, amorcé en 2001-2002 pour atteindre 7 000 pour les étudiants passant les épreuves de première année de PCEM à l'issue de l'année 2005-2006, puis 7 100 pour 2006-2007, a pour conséquence une augmentation du nombre d'internes. La progression annuelle des effectifs entrants serait limitée à 608 personnes pour l'année universitaire 2007-2008, pour atteindre un nombre supérieur à 7 000 en 2011-2012, et, sous l'hypothèse du maintien du *numerus clausus* au niveau actuel, elle correspondrait à une arrivée supplémentaire de 11 000 internes pour l'année universitaire 2015-2016.

GRAPHIQUE 11

NOMBRE SUPPLÉMENTAIRE D'INTERNES CHAQUE ANNÉE JUSQU'EN 2015, TOUTES FILIÈRES CONFONDUES



Lecture : 608 internes supplémentaires lors de l'année universitaire 2007-2008, 1 646 lors de l'année universitaire 2008-2009 et 11 177 en 2015-2016.

L'augmentation du nombre d'internes provoque déjà des tensions de disponibilité des lieux de stages et de financement

Les politiques de « stop and go » perturbent à l'évidence la gestion des stages. Ces difficultés s'accroissent encore dès lors que les responsables régionaux des stages doivent préserver des marges de choix significatives tout en restant sélectifs en termes de formation. L'urgence dans laquelle des capacités supérieures de stages doivent être définies provoque des difficultés qui sont mises en évidence dans les résultats de l'enquête effectuée auprès des comités régionaux de l'ONDPS. L'examen de la situation de chaque région a été effectué sur la base des résultats aux ECN 2005, puis des ECN 2006 et 2007 de chaque subdivision. Il permet d'identifier les princi-

pales difficultés qui se présentent d'ores et déjà en matière de disponibilité et de gestion des cursus de stages.

Du fait de l'importance que revêt l'expérience du stage, la disponibilité des terrains de stage apparaît un élément essentiel qui est largement évoqué par les représentants des spécialités médicales et chirurgicales. Il existe des préoccupations relatives à la disponibilité des terrains de stage, car leur nombre et leurs caractéristiques ne sont pas toujours à la hauteur des impératifs de qualité jugés nécessaires à la formation des internes, de telle sorte que des concurrences peuvent apparaître entre les stages validants. Cela pénalise particulièrement les spécialités qui peuvent offrir des stages formateurs, et qui accueillent des internes se destinant à d'autres disciplines, alors qu'elles sont elles-mêmes confrontées à une diminution de l'attractivité de leur exercice.

Un premier constat, évoqué dans l'ensemble des régions, porte sur la saturation des terrains de stages pour certaines disciplines filiarisées (gynécologie-obstétrique et pédiatrie en particulier). Le nombre de services d'accueil s'avère insuffisant pour permettre, d'une part, la formation des internes de ces spécialités et pour permettre, d'autre part, la formation des internes en médecine générale, dont la maquette prévoit un stage dans ces services. La psychiatrie est concernée, à ce dernier titre, dans quelques régions.

L'augmentation du nombre d'internes en chirurgie donne localement lieu à des tensions. Les difficultés proviennent notamment de l'occupation des terrains de stages en chirurgie par des internes de la filière de gynécologie-obstétrique, spécialité qui a fait l'objet d'un effort particulier en nombre de postes ouverts aux ECN. Les services de chirurgie sont de plus en plus sollicités puisque des stages sont prévus par la maquette de gynécologie-obstétrique et qu'il existe un nombre limité de possibilités d'accueil dans les services de cette spécialité par rapport au nombre d'internes à former dans cette spécialité.

Selon les résultats de notre enquête, des financements complémentaires sur des crédits ARH ont pu être dégagés dans beaucoup de régions. Un certain nombre de postes budgétaires d'interne ont été financés pour le semestre de façon complémentaire dans quelques régions : 12 régions (sur 22) ont dû assurer ce type de financement pour un total de 539 ; la majorité (10) l'a fait grâce à des crédits ARH. Dans deux régions (Pays de la Loire et Poitou-Charentes), l'effort a été porté par les hôpitaux eux-mêmes.

■ Peu de régions disposent d'une vision prospective de la situation démographique des internes

L'évolution quantitative des internes décrite précédemment succède à une période marquée, à l'inverse, par une forte diminution de cette population. Cette diminution, provoquée par un *numerus clausus* fixé à un niveau bas au début des années 2000, s'est accompagnée, de façon assez logique, d'une adaptation à la baisse des postes destinés à les accueillir. Ces postes ont été supprimés ou transformés, dans l'optique notamment d'assurer le fonctionnement des services grâce à la présence d'autres ressources médicales, ou d'adapter en conséquence l'offre de soins. C'est

pourquoi l'augmentation du nombre d'internes entraîne aujourd'hui la nécessité de prévoir une augmentation équivalente de postes budgétaires afin de permettre leur accueil dans les services où ils seront formés.

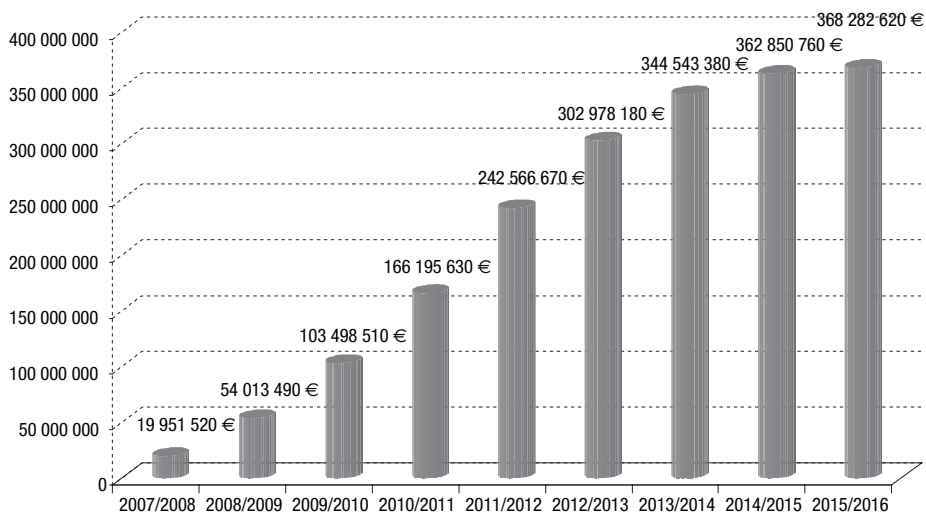
Pour apprécier les coûts financiers liés à l'augmentation du nombre d'internes, on considère que chaque année le nombre d'internes de la nouvelle promotion est égal au nombre d'internes de la promotion précédente, augmenté de la différence entre les *numerus clausus* subis par les étudiants de ces deux années⁷.

Le graphique 12 ci-dessous fait apparaître les engagements financiers annuels supplémentaires qui seraient nécessaires pour accueillir les nouveaux internes.

Outre la très forte augmentation des moyens qui devront être engagés sur la période de dix ans considérée (2006-2007/2015-2017), on peut relever que cette montée en charge ne connaît un palier de stabilité relatif qu'à partir de 2013-2014. Avant cette date, les sauts des efforts annuels sont très importants.

GRAPHIQUE 12

PRÉVISION DU COÛT SALARIAL ANNUEL ENGENDRÉ PAR L'AUGMENTATION DU NOMBRE DE POSTES D'INTERNE TOUTES FILIÈRES CONFONDUES




Lecture : en 2007-2008, environ 20 millions d'euros supplémentaires permettront l'accueil des 608 internes supplémentaires.

Or, selon les informations recueillies dans le cadre de l'enquête, si seize régions ont essayé de faire des prévisions au moins pour une année, peu ont engagé cette prévision pour les deux prochaines années.

7. La base de calcul retient un coût moyen d'un poste médical d'internes (charges patronales comprises) évalué par la DHOS à 33 530 euros, par an, au 1^{er} janvier 2006.

POUR LES MÉDECINS, LES EFFETS
DES DÉCISIONS EN MATIÈRE
DE RÉPARTITION DES POSTES
NE PEUVENT SANS DOUTE
SE PRODUIRE QUE DANS LA DURÉE

Le rééquilibrage de la démographie régionale par une politique d'affectation ciblée des postes d'interne pourrait rencontrer des limites. Plusieurs constats, issus des travaux menés, conduisent en effet à s'interroger sur l'efficacité que présente le levier des effectifs en formation sur la régulation de la répartition territoriale des médecins. On peut d'abord observer que certaines régions ne bénéficient pas du plus grand nombre de postes ouverts en médecine générale, du fait de l'importance des postes qui ne sont pas pourvus. Les efforts régionaux de formation, appréhendés à partir du nombre de diplômés formés dans la région, ne se traduisent pas forcément par la présence à terme d'un nombre équivalent de praticiens dans cette région. La disponibilité de postes d'interne dans une région et une spécialité données va certes attirer des internes dans cette région, mais cela ne garantit pas qu'ils l'élieront comme lieu d'exercice une fois leur internat terminé.

 **Pour la médecine générale, l'ouverture plus importante des postes dans les régions à densité médicale la plus faible ne donne pas toujours les résultats escomptés en raison des postes non pourvus**

Tous les postes ouverts en médecine générale à l'examen national classant ne sont pas pourvus. Une analyse plus approfondie sur la répartition après l'ECN, en tenant compte des postes non pourvus en médecine générale, permet de caractériser la situation de chacune des régions.

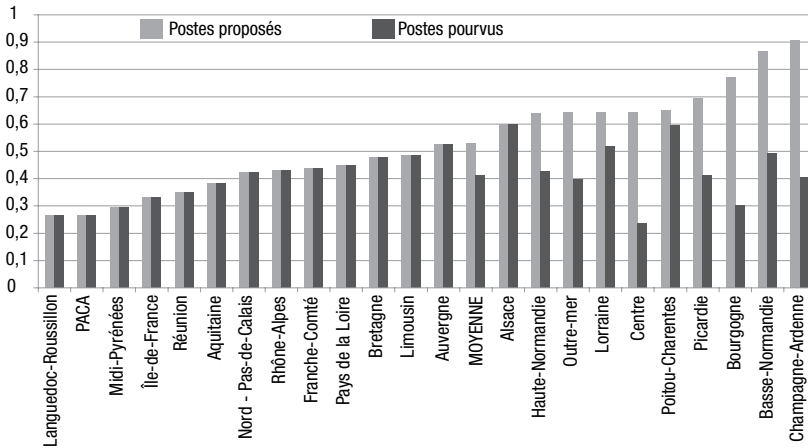
L'examen conjoint du nombre de postes offerts et du nombre de postes pourvus fait apparaître que la répartition des postes pourvus en médecine générale est bien différente de la répartition des postes proposés (graphique 1).

On constate que le nombre important de postes ouverts en médecine générale permet une réallocation entre les régions du nombre de postes d'internes, qui ne se traduit pas forcément par un rééquilibrage des ressources entre régions puisqu'un nombre important de ces postes reste non pourvus.

En prenant comme critère de répartition le nombre de postes de médecine générale pourvus pour 10 000 habitants, on remarque, par exemple, que les régions Centre et Bourgogne sont largement en dessous de la moyenne alors que leur densité médicale, plus faible, avait conduit à affecter à ces deux régions un nombre important de postes.

GRAPHIQUE 1

NOMBRE DE POSTES D'INTERNE DE MÉDECINE GÉNÉRALE POUR 10 000 HABITANTS APRÈS L'ECN 2007

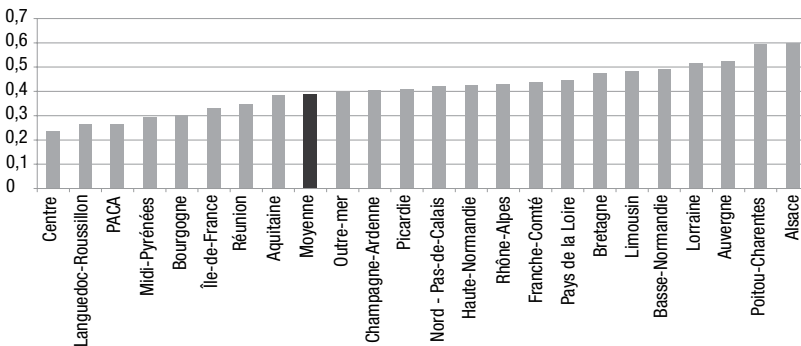


Sources : Arrêté du 28 juin 2007, Statiss.

Dans seize régions tous les postes offerts sont pourvus dans une proportion supérieure ou égale à la moyenne nationale ; en revanche sept régions ont un nombre de postes non pourvus très supérieur à la moyenne nationale (graphique 2).

GRAPHIQUE 2

NOMBRE DE POSTES D'INTERNE DE MÉDECINE GÉNÉRALE POURVUS APRÈS L'ECN 2007 POUR 100 000 HABITANTS



Toutes les spécialités ne bénéficient pas de la même façon des investissements qu'elles réalisent en matière de formation

Le recensement effectué sur la période 2001-2005, à la fois des diplômés par spécialité et des inscrits à l'ordre dans ces mêmes spécialités, permet de tirer quelques enseignements généraux.

Sur la période, le cumul du nombre de diplômés d'un DES (2001-2005) est de 8 868, hors médecins du travail, exclus de cette analyse car ils ne sont pas inscrits à l'Ordre des médecins. Sur la même période, le cumul des inscriptions à l'ordre est de 10 162 (soit +14,59 % au regard des sorties de DES). Parmi les éléments qui peuvent expliquer cet écart entre le nombre de diplômés et le nombre d'inscrits à l'Ordre, il convient certainement de retenir les autorisations de plein exercice qui ont été accordés à des médecins diplômés hors de France¹.

L'examen discipline par discipline montre que cette tendance est inverse pour deux d'entre elles : l'oncologie médicale et la gynécologie médicale. Dans ces deux cas, les inscriptions enregistrées à l'Ordre sont inférieures aux nombre de diplômés de ces deux spécialités.

À l'inverse, avec une ampleur variable, dont le tableau ci-dessous permet de prendre la mesure, certaines disciplines enregistrent plus d'inscrits à l'Ordre que de diplômés sur la période (les inscriptions à l'Ordre sont supérieures aux DES) [tableau 1].

1. Selon les données transmises par la DHOS, ils représentent un effectif de plus de 10 000 médecins depuis 1974, dont 2 200 sur la période considérée, auxquels s'ajoute une partie des 2 800 autorisés sur la période 1998-2003.

TABEAU 1

ÉCART ENTRE LES INSCRITS À L'ORDRE ET LES DIPLÔMÉS, PAR SPÉCIALITÉ, PÉRIODE 2001-2005

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Cardiologie et maladies vasculaires	546	632
Dermatologie et vénéréologie	280	297
Endocrinologie et métabolismes	205	218
Gastro-entérologie et hépatologie	298	342
Génétique médicale (clinique, chromosomique et moléculaire)	25	27
Gynécologie médicale	6	0
Hématologie	76	84
Médecine interne	236	303
Médecine nucléaire	71	91
Médecine physique et réadaptation	91	115
Néphrologie	148	164
Neurologie	240	297
Oncologie médicale	95	84
Oncologie, option : radiothérapie	75	92
Pneumologie	229	262
Radiodiagnostic et imagerie médicale	696	854
Rhumatologie	179	205
Chirurgie générale	1 075	1 118
Neurochirurgie	50	58
Ophthalmologie	282	437
ORL	217	272
Stomatologie	8	22
Santé publique	204	205
Biologie médicale	382	402
Psychiatrie	906	994
Gynécologie-obstétrique	431	489
Pédiatrie	676	773
Anesthésiologie-réanimation chirurgicale	1 003	1 187

Sources : Recensement ONDPS-Conseil de l'Ordre des médecins.

Toutes les régions ne bénéficient pas de la même façon des investissements qu'elles réalisent en matière de formation

La même démarche appliquée cette fois à chaque région permet d'observer des écarts importants entre le nombre de diplômés et le nombre d'inscrits dans la même région.

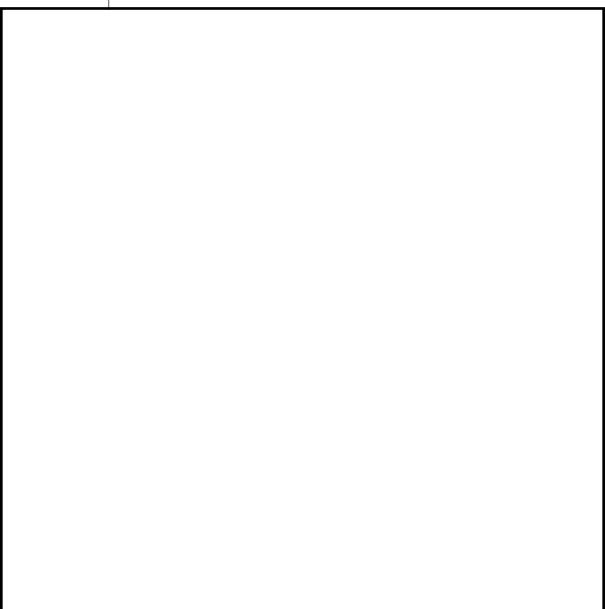
Neuf régions enregistrent un nombre d'inscrits supérieur aux effectifs formés ; dans une proportion supérieure à 20 % : Île-de-France (+48 %), Provence-Alpes-Côte d'Azur (+25 %), Languedoc-Roussillon (+ 23 %).

À l'inverse, onze régions perdent des effectifs d'inscrits par rapport aux effectifs diplômés ; dans une proportion supérieure à 20 % : Auvergne (-25 %), Haute-Normandie (- 24 %), Franche-Comté (-23 %), Bourgogne (-22 %).

Ces évolutions globales coexistent avec des phénomènes localisés selon les spécialités qu'il conviendra d'analyser régionalement. Par exemple, parmi les régions globalement excédentaires sur la période en effectifs inscrits par rapport aux diplômés, on peut noter une inversion de cette tendance en Île-de-France pour les gynécologues médicaux, ou en Provence-Alpes-Côte d'Azur pour les radiothérapeutes. À l'inverse, certaines régions qui ont un solde négatif global peuvent enregistrer des excédents de praticiens par rapport aux diplômés, comme par exemple la Haute-Normandie, qui « gagne » des spécialistes en anatomie et cytologie pathologiques, ou la Franche-Comté des médecins internistes.

Un phénomène important se dégage de ce recensement. Toutes les régions, sauf le Limousin, qui enregistrent un solde négatif d'effectifs inscrits par rapport aux effectifs diplômés sont des régions où la densité de spécialistes est inférieure à la moyenne nationale. Ce constat devrait conduire à examiner avec attention les résultats des décisions qui, en matière d'affectation des postes ouverts à l'internat, affichent l'objectif d'un redressement de la démographie médicale là où elle apparaît la plus faible.

**ENSEIGNEMENTS
ET PRÉCONISATIONS**



1 • Les effectifs de l'ensemble des professions réglementées par le Code de la santé publique n'ont jamais été aussi élevés, ils avoisinent le million. Au cours des sept dernières années, les médecins et les chirurgiens-dentistes ont vu leurs effectifs stagner et ils sont appelés à diminuer de manière régulière et prolongée dans les toutes prochaines années. Cette situation est la conséquence à la fois d'une forte baisse du *numerus clausus* au cours des années 1990 et d'un nombre important de départs à la retraite. Ces deux professions ont en effet l'âge moyen le plus élevé des professions de santé.

Les effectifs des autres professions de santé ont, dans le même temps, crû à un rythme plus soutenu, parfois très soutenu, comme pour les opticiens. Aucune explication simple ne permet de comprendre les raisons qui ont conduit au poids relatif des différentes professions tel que nous l'observons aujourd'hui.

Par ailleurs, l'augmentation des effectifs des professions de santé ne bénéficie pas de manière homogène aux différentes régions et aux différents territoires de santé.

- Il convient de définir les missions des différentes professions de santé, leur coopération et leur coordination pour mieux anticiper, en fonction des besoins de la population, les *numerus clausus* et les quotas de formation à partir de plans pluriannuels déterminés au niveau national mais répondant à une définition des besoins régionaux.
- Les effectifs des professionnels de santé doivent faire l'objet d'un suivi régulier afin notamment d'évaluer l'efficacité des politiques mises en place pour veiller à une répartition qui satisfasse les besoins de la population.

2 • L'ONDPS constate depuis sa création les méfaits que provoque le pilotage éclaté du système d'information de l'offre de soins. Le rapport 2005 souligne déjà que « la multiplicité des systèmes de suivi des effectifs aboutit à une dispersion des informations. Les différentes données démographiques, qui sont peu harmonisées entre tous les territoires, sont insuffisamment intégrées lors de l'élaboration des plans de santé publique et des schémas d'organisation des soins. Elles constituent pourtant un préalable pour leur mise en œuvre ».

Des constats et des préconisations sont formulés dans tous les rapports qui s'accumulent et se succèdent. Pour autant, les évolutions, tant des systèmes d'information que des dispositifs d'observation, font peu de cas de ces préconisations.

- La régionalisation de la santé qui est engagée doit conduire à un changement du niveau de suivi et de diagnostic, mais aussi à une plus grande précision des objectifs de l'observation. Le développement des niveaux régionaux et infrarégionaux d'observation et d'analyse doit se définir de façon articulée avec le niveau national. Des méthodes harmonisées au niveau national doivent permettre une meilleure capacité prospective.
- L'organisation des systèmes d'information et les ressources d'observation et de veille doivent permettre d'alimenter non seulement le niveau national mais aussi les niveaux régionaux en données nécessaires à l'accomplissement de leurs missions (suivi, diagnostic, pilotage) et à la diffusion d'informations actualisées sur l'offre de soins pour tous les citoyens (patients, élus, professionnels).

3 • L'augmentation du nombre de médecins au cours des dix dernières années a surtout bénéficié aux médecins salariés, beaucoup moins aux médecins libéraux, et pas du tout aux médecins généralistes de premier recours (médecins de famille). Cela explique les tensions constatées dans certains départements et bassins de vie, tensions accentuées parfois par un pourcentage élevé de médecins de 55 ans et plus. Il est maintenant établi que former des médecins titulaires du diplôme de médecine générale ne se traduit pas par la disponibilité des médecins qui exerceront la médecine générale de premier recours.

→ Les études médicales doivent mieux identifier et mieux faire connaître la médecine générale de premier recours auprès des étudiants. Elles doivent conduire à former des médecins qui exerceront la médecine générale de premier recours et pas simplement à former des médecins titulaires du diplôme de médecine générale. Pour cela, une véritable filière universitaire spécialisée bien individualisée d'une durée de quatre ans doit être favorisée.

4 • Concernant la médecine générale de premier recours, ce sont d'abord les missions et le statut de ces professionnels qui sont en question. Les missions n'ont jamais été définies si ce n'est par défaut ou par comparaison avec les autres spécialités médicales. Le modèle professionnel qui a caractérisé la médecine générale ne semble plus adapté aux exigences en termes de conditions de travail et de vie, ni en termes d'exercice professionnel.

→ Il convient de définir dans le Code de la santé publique les missions du médecin généraliste de premier recours.

→ Le soutien institutionnel à l'exercice regroupé, souhaité plus particulièrement par les plus jeunes, doit permettre aux professionnels de premier recours qui entendent développer cette forme d'exercice, notamment dans les zones déficitaires, de s'y engager en disposant de garanties quant à sa pérennité.

5 • L'accroissement important du nombre d'inscrits en DES a été peu anticipé. Les systèmes d'information actuels ne permettent qu'imparfaitement d'assurer le suivi des internes. Ce constat a déjà été formulé par l'ONDPS dans son rapport annuel 2005.

→ Un système d'information simple et partagé doit permettre de recenser, de façon harmonisée entre les régions, la population des internes et de suivre leur répartition par spécialités.

6. L'accroissement du nombre d'internes, qui va significativement s'amplifier à partir de 2009 jusqu'en 2015, pose problème. Outre celui du financement, il soulève la question de la qualité de la formation au travers des stages disponibles. De fortes tensions existent déjà dans certaines spécialités et dans certaines régions. Elles ne peuvent que s'accroître si les capacités de formation ne sont pas prises en considération.

- Une démarche pluriannuelle de répartition des internes doit être adoptée. Elle devra s'appuyer sur des analyses régionales qui tiennent compte des besoins prévisionnels, des capacités de formation en particulier pour les stages et des financements disponibles. Le diagnostic régional doit être confié aux comités régionaux de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé dont le périmètre d'action doit être élargi.
- L'extension du périmètre des stages à l'interrégion permettrait une meilleure mutualisation de l'offre, notamment dans certaines spécialités.
- Les stages en dehors des CHU et des CH, au sein des établissements privés à but non lucratif ou lucratif doivent être favorisés, après signature d'une convention avec l'université. Il doivent s'inscrire dans le cadre du cahier des charges de formation établi par le coordinateur interrégional et le doyen de la Faculté de médecine.

7 • Toutes les régions ne bénéficient pas, en termes de ressources médicales, des investissements qu'elles réalisent en matière de formation. Le bilan conduit sur la période 2000-2005 montre en effet que le nombre de médecins installés dans une région diffère du nombre des médecins diplômés dans cette même région. Une meilleure répartition des médecins sur le territoire ne peut pas se définir à partir de mesures correctives ne portant que sur les seules ouvertures de postes d'internes. De façon complémentaire, les possibilités de postinternat s'avèrent d'une part, indispensables pour certaines maquettes de formation et, d'autre part, un des facteurs qui favorise le maintien des diplômés dans la région des études. Or, celles-ci vont se restreindre du fait de l'augmentation du nombre d'internes qui peuvent y prétendre et de l'accès désormais ouvert au clinat pour les spécialistes de médecine générale.

- Le DES doit être le diplôme permettant l'accès à l'exercice de toutes les spécialités, médicales et chirurgicales, afin de ne pas, à terme, réserver les postinternats aux seules spécialités l'ayant inclus au travers d'un DESC dans leur maquette de formation.
- Il convient de définir rapidement des formules innovantes de postinternat, notamment à partir des réflexions engagées dans certaines régions avec les collectivités territoriales.

8 • La diminution des effectifs de chirurgiens-dentistes se traduira par une diminution de leur densité. Marquée dans certains territoires, cette diminution pourrait engendrer des difficultés d'accès aux soins dentaires pour certaines populations, notamment âgées. L'augmentation du *numerus clausus* est limitée actuellement par les capacités de formation. L'accroissement des effectifs à former implique que soient examinées au préalable la question de leur répartition et celle de la couverture et de la reconnaissance des actes de premier recours.

- Les mesures qui permettront le renouvellement adapté des effectifs doivent être définies en concertation avec les professionnels. Une augmentation du *numerus clausus* régionalisé et la création de services de chirurgie dentaire dans les CHU situés dans les régions ne disposant pas de facultés dentaires doivent être envisagées afin d'améliorer la répartition des effectifs
- Les horaires du stage actif dans un cabinet libéral doivent être significativement augmentés. Ces stages devraient prioritairement avoir lieu dans les territoires confrontés à des problèmes démographiques qui bénéficient d'aides des collectivités territoriales.

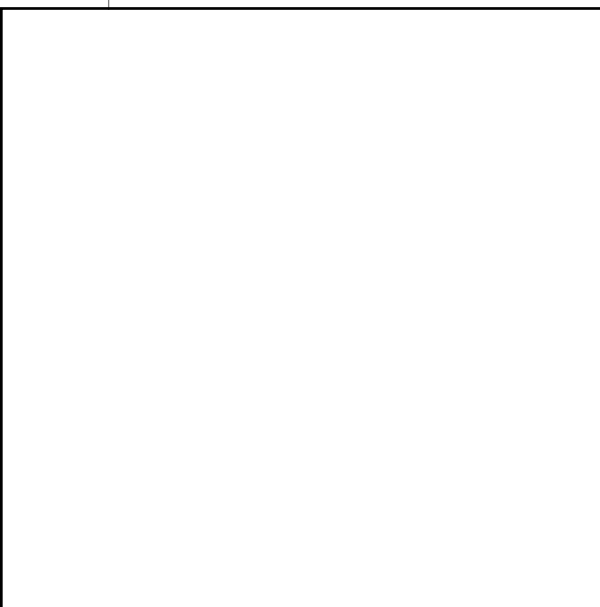
9 • La prise en charge des patients dans un domaine de santé donné nécessite l'intervention coordonnée de multiples professionnels. Leur niveau de formation doit être adapté aux évolutions des connaissances et des exigences de qualité.

- Au cours de la formation initiale des professionnels de santé, le partage des connaissances est une orientation nécessaire au travers de parcours rénovés dans la logique du LMD.
- La formation continue est une exigence qui doit s'imposer à toutes les professions de santé.

10 • Les stages de formation des professionnels de santé qui se déroulent pour l'essentiel en milieu hospitalier sont de nature à alimenter une méconnaissance des différentes formes d'exercice. Ils représentent ainsi un obstacle à une meilleure coopération entre les acteurs des différents secteurs sanitaires et sociaux et des différents types d'établissement.

- L'accès à une meilleure connaissance des différentes formes d'exercice et des missions des différentes structures doit être développé lors de la formation initiale pour tous les professionnels de santé.
- L'ouverture de stages ambulatoires et dans les structures privées doit faire l'objet d'un examen pour toutes les professions.

ANNEXE



Principaux sigles et abréviations utilisés

- ADELI** Automatisation des listes des professions de santé
- ADF** Association dentaire française
- AFECAP** Association française des enseignants et chercheurs en anatomie pathologie
- AFPPE** Association française du personnel paramédical d'électroradiologie
- AFS** Attestation de formation spécialisée
- AFSA** Attestation de formation spécialisée approfondie
- AFSSAPS** Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
- AFSSE** Agence française de sécurité sanitaire environnementale
- AHU** Assistants hospitalo-universitaires
- AIS** Acte infirmier de soins
- ALD** Affections de longue durée
- AMI** Acte médical infirmier
- ANEMF** Association nationale des étudiants en médecine de France
- ANFH** Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
- ANOCEF** Association des neuro-oncologues d'expression française
- AP-HP** Assistance publique-Hôpitaux de Paris
- APE** Actifs à part entière
- ARH** Agence régionale de l'hospitalisation
- ARTT** Aménagement et réduction du temps de travail
- AS** Aide-soignant
- ASH** Agent des services hospitaliers
- ASI** Acte de soins infirmiers
- ASN** Autorité de sûreté nucléaire
- BNC** Bénéfices non commerciaux
- CAREPS** Centre Rhône-Alpes d'épidémiologie et de prévention sanitaire
- CARMF** Caisse autonome de retraite des médecins de France
- CCA** Chefs de clinique assistants
- CCAM** Classification commune des actes médicaux
- CCU** Chefs de clinique des universités
- CEA** Commissariat à l'énergie atomique
- CECSMO** Certificat d'études cliniques spéciales - mention orthodontie
- CEE** Communauté économique européenne
- CEMKA-EVAL** Bureau d'études en économie de la santé, en épidémiologie et dans l'évaluation des pratiques médicales et des programmes de santé
- CES** Certificat d'études spécialisées
- CH** Centre hospitalier
- CHG** Centre hospitalier général
- CHR** Centre hospitalier régional
- CHU** Centre hospitalier universitaire
- CHRU** Centre hospitalier régional universitaire
- CISS** Collectif interassociatif sur la santé
- CLCC** Centre de lutte contre le cancer

CMR	Caisse maladie régionale
CMU	Couverture maladie universelle
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNCI	Centre national des concours d'internat
CNEC	Collège national des enseignants de cancérologie
CNGE	Collège national des généralistes enseignants
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
CNOP	Conseil national de l'Ordre des pharmaciens
CNOSF	Conseil national de l'Ordre des sages-femmes
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CNSD	Confédération nationale des syndicats dentaires
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CSDM	Centre de sociologie et de démographie médicales
CSMF	Confédération des syndicats médicaux français
CSPPM	Conseil supérieur des professions paramédicales
DCEM	Deuxième cycle des études médicales
DCC	Dossier communicant de cancérologie
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DEMER	Diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale
DES	Diplôme d'études spécialisées
DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaires
DGS	Direction générale de la santé
DIU	Diplôme interuniversitaire
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DMG	Département de médecine générale
DOM	Départements d'outre-mer
DQPRM	Diplôme de qualification en radiophysique médicale
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la Sécurité sociale
DTS	Diplôme de technicien supérieur
DTSIMRT	Diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale
DU	Diplôme universitaire
ECN	Épreuves classantes nationales
EGéOS	États généraux de l'organisation de la santé
EFEC	École de formation européenne en cancérologie
EFOMP	European Federation of Organization for Medicals Physics
EFS	Établissement français du sang
EHESP	École des hautes études de santé publique (ex-ENSP : École nationale de santé publique)
EHESP	École des hautes études en sciences sociales
EPP	Évaluation des pratiques professionnelles
ERI	Espace de rencontres et d'information
ETP	Équivalent temps plein

- EURL** Entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée
- FAQSV** Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
- FCDV** Fédération chirurgie viscérale et digestive
- FEHAP** Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
- FFI** Faisant fonction d'interne en médecine
- FFOM** Fédération française des oncologues médicaux
- FHF** Fédération hospitalière de France
- FINESS** Fichier national des établissements sanitaires et sociales
- FIQCS** Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
- FMC** Formation médicale continue
- FMF** Fédération des médecins de France
- FNCLCC** Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer
- FNORS** Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
- FPH** Fonction publique hospitalière
- FUMG** Filière universitaire de médecine générale
- GIE** Groupement d'intérêt économique
- HAS** Haute Autorité de santé
- IADE** Infirmiers anesthésistes diplômés d'État
- IBODE** Infirmiers de blocs opératoires diplômés d'État
- IDE** Infirmier diplômé d'État
- IFMEM** Institut de formation de manipulateurs d'électroradiologie médicale
- IFSI** Institut de formation en soins infirmiers
- IGAS** Inspection générale des affaires sociales
- IGAENR** Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche
- INCa** Institut national du cancer
- INSEE** Institut national de la statistique et des études économiques
- INSERM** Institut national de la santé et de la recherche médicale
- INSTN** Institut national des sciences et techniques nucléaires
- InVs** Institut national de veille sanitaire
- IRDES** Institut de recherche et documentation en économie de la santé
- IRM** Imagerie par résonance magnétique
- IRMf** Imagerie par résonance magnétique fonctionnelle
- ISCCA** InterSyndicat national des chefs de clinique assistants
- ISNAR-IMG** Inter syndicale nationale autonome des résidents et internes de médecine générale
- IUT** Institut universitaire de technologie
- IVG** Interruption volontaire de grossesse
- LABM** Laboratoire d'analyses médicales
- LAPSS** Laboratoire des politiques sociales et sanitaires
- LEST** Laboratoire d'études en sociologie et travail
- LFSS** Loi de financement de la Sécurité sociale
- LMD** Licence-master-doctorat
- MCO** Soins de court séjour médecine, chirurgie, obstétrique
- MCU-PH** Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers
- MEAH** Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers

- MEP** Médecin à exercice particulier
MER Manipulateur en électroradiologie
MG Médecine générale
MG-France Syndicat des médecins généralistes de France
MICA Mécanisme incitatif de cessation d'activité
MiRe Mission recherche (DREES)
MRS Missions régionales de santé
MSA Mutualité sociale agricole
MSP Maisons de santé pluridisciplinaires
NC *Numerus clausus*
NGAP Nomenclature générale des actes professionnels
NPA Nouvelle procédure d'autorisation (d'exercice pour les médecins à diplôme hors Union européenne)
OCDE Organisation de coopération et de développement économique
ODF Orthopédie dento-faciale
OMI Office des migrations internationales
OMS Organisation mondiale de la santé
ONCD Ordre national des chirurgiens-dentistes
ONDPS Observatoire national de la démographie des professions de santé
ONSSF Organisation nationale des syndicats des sages-femmes
ORS Observatoire régional de santé
PAC Praticiens adjoints contractuels
PAE Procédure d'autorisation d'exercice
PH Praticien hospitalier
PHPT Praticien hospitalier à temps plein
PMA Procréation médicale assistée
PMI Protection maternelle infantile
PMSI Programme médicalisé des systèmes d'information
PPS Programme personnalisé de soins
PSPH Participant au service public hospitalier
PSRPM Personnes spécialisées en radiophysique médicale
PU-PH Professeurs universitaires - praticiens hospitaliers
PU Professeurs universitaires
RCP Réunions de concertation pluridisciplinaires
RMI Revenu minimum d'insertion
RPPS Répertoire partagé des professionnels de santé
SAE Statistique annuelle des établissements
SAMU Service d'aide médicale d'urgence
SAS Société par actions simplifiée
SASPAS Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée
SASU Société par actions simplifiée unipersonnelle
SAU Service d'accueil des urgences
SC Soins conservateurs pratiqués par le chirurgien-dentiste
SCM Société civile de moyens
SCN Société en nom collectif
SCP Société civile professionnelle

- SEL** Société d'exercice libéral
- SELAFA** Société d'exercice libéral à responsabilité limitée en forme anonyme
- SELARL** Société d'exercice libéral à responsabilité limitée
- SELCA** Société d'exercice libéral en commandite par actions
- SFCTCV** Société française de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- SFPM** Société française de physique médicale
- SFPO** Société française de psycho-oncologie
- SFJRO** Société française des jeunes radiothérapeutes-oncologues
- SFRO** Société française de radiothérapie oncologique
- SIGMED** Système d'information et de gestion des personnels médicaux
- SIRIUS** Système d'information régionale de l'internat
- SML** Syndicat des médecins libéraux
- SMUR** Service mobile d'urgence et de réanimation
- SNIR** Système national interrégimes
- SNJMG** Syndicat national des jeunes médecins généralistes
- SNRO** Syndicat national des radiothérapeutes-oncologues
- SPE** Statut des personnels des établissements
- SPR** Actes de prothèse dentaire pratiqués par le chirurgien-dentiste
- SROS** Schéma régional d'organisation sanitaire
- SUMGA** Services universitaires de médecine générale ambulatoire
- TCAM** Taux de croissance annuel moyen
- TCEM** Troisième cycle des études médicales
- TEMP** Tomographie à émission monophotonique
- TEP** Tomodensitométrie par émission de positons
- TO** Traitement orthodontique
- UE** Union européenne
- UFR** Unité de formation et de recherche
- UJCD** Union des jeunes chirurgiens-dentistes
- UNAFORMEC** Union nationale des associations de formation médicale continue
- UNCAM** Union nationale des caisses d'assurance maladie
- UNECD** Union nationale des étudiants en chirurgie dentaire
- UNOF** Union nationale des omnipraticiens français
- URCAM** Union régionale des caisses d'assurance maladie
- URML** Union régionale des médecins libéraux
- VAE** Validation des acquis de l'expérience
- WONCA** World Organization of National College, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians
- ZFU** Zone franche urbaine
- ZRR** Zone de revitalisation rurale
- ZRU** Zone de redynamisation urbaine

Ce troisième rapport de l'**Observatoire national de la démographie des professions de santé** comporte une synthèse générale assortie de préconisations et de quatre tomes thématiques.

Le tome 1, **La médecine générale**, établit un état des lieux de l'exercice de cette spécialité. La mutualisation des données relatives aux effectifs, ainsi que la prise en compte de leur activité permettent de produire un diagnostic des ressources disponibles pour la prise en charge des patients en premier recours. Les modalités de formation qui préparent au métier de médecin généraliste, ainsi que les conditions d'exercice, sont examinées dans l'optique de saisir les facteurs qui peuvent conduire à la « désaffectation » dont l'exercice libéral de cette profession semble faire l'objet.

Le tome 2, **Les internes en médecine : démographie et répartition**, recense les effectifs des internes en médecine, par régions et par spécialités. L'importante progression du nombre d'internes qui suivra l'augmentation du *numerus clausus* est analysée. La diversité des situations locales, en termes notamment de capacité d'encadrement et de démographie médicale est mise en évidence. Les travaux développent également une analyse prospective de la démographie des internes en médecine. La croissance de leur nombre pourrait avoir des effets tant sur les structures régionales de formation que vis-à-vis des disparités de répartition notamment territoriales.

Le tome 3, **Éclairage sur les professions : chirurgiens dentistes, métiers de la périnatalité**, fournit une analyse particulière pour chacune d'entre elles. L'analyse des effectifs actuels et les résultats des projections à l'horizon 2025 pour les chirurgiens dentistes sont complétés par une étude qualitative portant sur l'exercice du métier. Un premier diagnostic régional des effectifs des professions engagées dans le domaine de la périnatalité est aussi présenté. Ce tome comporte également la synthèse d'une étude sur les métiers qui assurent le fonctionnement du bloc opératoire.

Le tome 4, **Les métiers de la cancérologie**, est issu d'un travail mené en partenariat avec l'Institut national du cancer (INCa). Une vingtaine de professions médicales et paramédicales participant à la prise en charge des patients atteints d'un cancer sont examinées. L'analyse démographique des métiers et de leur évolution est approfondie pour les six professions dont l'activité est consacrée, de façon certaine, à la prise en charge des patients atteints de cancer.

ONDPS

Ministères en charge du Travail, de la Santé
et du Budget
18, place des Cinq-Martyrs-du-Lycée- Buffon
75014 Paris
Téléphone : 01 40 56 89 27 et 89 36
Site www.sante.gouv.fr/ondps

ONDPS © 2008
DICOM : 08.037
ISBN : 978-2-11-097349-8
Imprimé en France

