

SYNTHÈSE GÉNÉRALE

Le rapport 2005



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 1^{er} juillet 2003

Président : Professeur Yvon Berland

Membres de droit

■ la Direction générale de la santé (DGS) du ministère de la Santé et de la Protection sociale, représentée par **Didier Houssin**

■ la Direction de l'hospitalisation de l'organisation des soins (DHOS), du ministère de la Santé et de la Protection sociale, représentée par **Jean Castex**

■ la Direction de la sécurité sociale (DSS), du ministère de la Santé et de la Protection sociale, représentée par **Dominique Libault**

■ la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale et du ministère de la Santé et de la Protection sociale, représentée par **Mireille Elbaum**

■ la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), représentée par **Frédéric Van Roekeghem**

Personnalités qualifiées

■ **Marie-Hélène Abadie**, vice-présidente du Centre national des professions de santé (CNPS), présidente du Syndicat national autonome des orthoptistes (SNAO)

■ **Anthony Annereau**, interne en médecine générale, membre du syndicat français autonome des

résidents de la région Ouest

■ **Jean-Luc Audhoui**, membre du Conseil national de l'ordre des pharmaciens

■ **Claire Compagnon**, directrice des actions de lutte à la Ligue nationale de lutte contre le cancer, représentante de la Ligue au Collectif interassociatif sur la santé

■ **Danièle Gelly**, infirmière

■ **Jean Langlois**, Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)

■ **Jacques Massonnaud**, président du Conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes de la Vienne

■ **Alain Pelc**, responsable du service statistique de la Mutualité sociale agricole (MSA)

■ **Dominique Polton**, directrice du Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé

■ **Christian Prieur**, expert des systèmes de santé

Rapporteur : Anne Burstin

Secrétaire générale : Martine Burdillat

Chargé de mission : Dr Yann Bourgueil

Assistante : Valérie Evans

Secrétariat : Danielle Berg

Jean-Pierre Robelet, directeur de l'URCAM de Poitou-Charentes, associé au Conseil d'orientation, en tant qu'expert

Coordonnateurs des comités régionaux

ALSACE • **A. Rommevaux** (*Dir-DRASS*)

AQUITAINE • **M. Coiffe** (*Dir-DRASS*)

AUVERGNE • **C. Celdran** (*Dir-DRASS*)

BASSE-NORMANDIE • **J.-Y. Allée** (*Dir-DRASS*)

BOURGOGNE • **J. Ibrahim** (*Dir-DRASS*)

BRETAGNE • **J.-J. Andréa** (*Dir-DRASS*)

CENTRE • **P.-M. Détour** (*Dir-DRASS*)

CHAMPAGNE-ARDENNE • **F. Debaisieux** (*Dir-DRASS*)

CORSE • **B. Giovanetti** (*dir-adjoint, DRASS*)

FRANCHE-COMTÉ • **L. Chambaud** (*Dir-DRASS*)

GUADELOUPE • **P. Richard** (*Dir-DRASS*)

GUYANE • **J. Cartiaux** (*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 • **J.-P. Damie** (*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. Therond-Rivani** (*Dir-DRASS*)

POITOU-CHARENTES • **G. Desborde** (*Dir-DRASS*)

PROVENCE-ALPES-CÔTES D'AZUR • **S. Davin** (*dir-adjoint, DRASS*)

RÉUNION • **Y. Margue** (*Mir-DRASS*)

RHÔNE-ALPES • **V. Marsala** (*Mir-DRASS*)

TABLE DES MATIÈRES

5 INTRODUCTION

7 LES PRINCIPAUX CONSTATS SUR LES EFFECTIFS

8 Une diversité de situations et d'avenir des professions de santé

8 *Une progression toujours marquée du nombre des professionnels de santé, mais qui s'accompagne d'un net vieillissement pour certaines professions*

9 *La situation des médecins varie selon les spécialités et le lieu d'exercice*

12 *Un essor significatif du nombre de pharmaciens jusqu'en 2015*

13 *Un ensemble de professions paramédicales aux traits démographiques extrêmement contrastés*

13 Un nombre limité de territoires présentant des difficultés d'accès aux soins de premier recours, mais, parfois, des problèmes d'accès aux spécialités

13 *Peu de territoires présentent de réelles difficultés d'accès aux soins de premier recours*

17 *La répartition des spécialités médicales n'obéit pas nécessairement à une logique de proximité*

18 Le développement des initiatives régionales pour l'amélioration de la répartition des professionnels de santé

21 LES ENJEUX PROPRES À CERTAINES PROFESSIONS

22 La délicate question de l'avenir de la médecine générale

22 *Plusieurs éléments convergent pour dessiner un déclin quantitatif de l'exercice de la médecine générale*

23 *Un faisceau d'explications pour cette désaffection de la médecine générale*

23 *Une évolution susceptible de contrarier les politiques publiques*

24 Chaque spécialité justifie un diagnostic propre

24 *Des spécialités rencontrent, elles aussi, des difficultés de recrutement*

25 *La définition du maillage territorial optimal est plus délicate que pour les soins de proximité*

26 *Des méthodes adaptées pour évaluer les besoins de soins doivent être développées*

27 L'évolution du métier de pharmacien

27 *Une progressive évolution vers le salariat de la profession de pharmacien*

28 *Le rôle de proximité du pharmacien d'officine, centré aujourd'hui sur la bonne dispensation du médicament, pourrait connaître des évolutions sous réserve d'une démarche volontariste*

29 Des professions paramédicales confrontées à un problème de reconnaissance

29 *Des formations à réorganiser*

30 *Un positionnement professionnel qui dépend de la stabilité des postes et des règles de remboursement des actes*

- 31 Les facteurs d'inadéquation entre offre et demande de soins infirmiers
- 31 *Les insuffisances d'une régulation par les quotas rendent délicat le pilotage régional de l'offre de formation*
- 33 *Des mécanismes de mobilité professionnelle encore relativement mal connus et donc difficilement maîtrisés*

**35 DES ENSEIGNEMENTS POUR LA RÉGULATION DÉMOGRAPHIQUE
DES PROFESSIONS DE SANTÉ**

- 36 L'articulation entre politiques de santé, organisation du parcours de soins et enjeux démographiques doit être confortée
- 36 L'importance des interactions entre professions de santé impose une approche démographique par problème de santé
- 37 *L'interdépendance croissante entre professionnels*
- 38 *Des modifications contraintes ou souhaitées des partages d'activité entre professionnels*
- 39 *L'attrait pour les modalités de travail coopératives*
- 40 *L'importance des approches surmontant les lignes de fracture entre ville et hôpital, entre offre libérale et offre publique*
- 40 L'analyse des ressources soignantes nécessite aussi un examen de l'activité et des pratiques
- 41 Les dispositifs de régulation mobilisés jusqu'à présent n'ont que partiellement réussi à améliorer la répartition géographique des professionnels de santé
- 41 *Les inégalités géographiques témoignent d'une relative inertie face aux mesures prises en matière de régulation des effectifs*
- 43 *Les conditions de vie et l'aménagement du territoire constituent des facteurs majeurs d'amélioration de la répartition des professionnels de santé*
- 44 La nécessaire prise en compte des mouvements migratoires internationaux des professionnels de santé
- 44 *Certaines professions sont particulièrement concernées par les flux de professionnels au sein de la Communauté européenne*
- 45 *Le recours à des médecins à diplômes étrangers non européens est, lui, encadré*
- 45 Une attention renforcée à apporter aux modalités d'organisation des formations
- 46 *L'organisation des parcours et celle des examens et concours impactent sensiblement l'attractivité relative des différentes professions*
- 46 *L'hétérogénéité des formations pèse sur le positionnement de certaines professions paramédicales*
- 46 *La création de passerelles est un gage de souplesse pour les trajectoires individuelles et l'ajustement des effectifs*

49 ENSEIGNEMENTS ET PRÉCONISATIONS

53 ANNEXES

- 54 Les travaux 2005-2006
- 55 Décret
- 56 Principaux sigles et abréviations utilisés

© ONDPS, 2006
ISBN : 2-11-006156-1
N° DF : 5 8533-5



Introduction

L'Observatoire national de la démographie des professions de santé présente cette année son deuxième rapport public annuel. Au service de sa mission première qui est de mettre en perspective l'évolution des effectifs des professionnels de santé avec l'évolution de leur activité et de leur métier, l'Observatoire a bénéficié de l'effort de capitalisation dans la durée des données et études de l'ensemble de ses partenaires. Il bénéficie aussi de sa structure déconcentrée qui lui permet tout à la fois de synthétiser et de diffuser les travaux d'observation et de prospective réalisés au niveau des comités régionaux et de s'appuyer sur une dynamique interrégionale féconde en pistes de recherche et en travaux d'approfondissement. Il a également mis à profit la démarche d'échange avec les professionnels dans le cadre d'auditions permettant de confronter les données sur les effectifs et d'affiner la vision de l'évolution des métiers et des enjeux de chaque profession¹.

Ce sont ces trois éléments, continuité de l'approfondissement collectif et concerté des connaissances, interaction étroite avec les démarches et les besoins des acteurs de terrain régionaux et attention aux préoccupations et à la vision prospective des professionnels, qui fondent la spécificité des travaux de l'Observatoire. La confrontation et le dialogue sont donc demeurés la règle.

Au cours de l'année 2005, l'Observatoire a poursuivi trois objectifs :

- actualiser et affiner les connaissances globales relatives aux effectifs des différentes professions de santé et à leur répartition en mettant en lumière les principaux facteurs de changement ou de tension, mais aussi l'hétérogénéité des problématiques professionnelles ;
- apporter un éclairage plus détaillé sur certaines professions : après les sages-femmes, les manipulateurs d'électroradiologie médicale et les infirmiers, les travaux ont porté cette année sur les pharmaciens. Ils ont aussi, sur la base des questions soulevées en 2004, cherché à approfondir les connaissances relatives aux infirmières en valorisant les études régionales ;
- achever le cycle d'auditions des professionnels entamé en 2004 en rencontrant l'ensemble des professions médicales et paramédicales. Le troisième tome du rapport de cette année rassemble les comptes rendus de ces échanges et permet d'avoir une vision très complète et actuelle de la façon dont les professionnels appréhendent leur métier, ses enjeux et ses évolutions.

1. En 2005, le périmètre retenu est le même que celui retenu dans le précédent rapport. Les professions de santé examinées sont celles qui font l'objet d'un recensement de leurs effectifs dans le répertoire ADELI (DREES, ministère de la Santé et des Solidarités).

Les nouveaux éléments recueillis ont souvent confirmé les tendances soulignées en 2004. Ils ont parfois conduit à les noircir : ainsi pour les perspectives de renouvellement de certaines professions, notamment médicales. Ils ont conforté l'appréciation sur l'importance des déséquilibres dans l'offre de soins, que ce soit pour les territoires comme pour les secteurs d'exercice, et apporté sur ces sujets des points d'affinement.

La nécessité d'une grande vigilance des pouvoirs publics quant à la régulation de la répartition des professionnels est réapparue clairement dans ce contexte.

Les travaux récents ont enfin, à nouveau, mis en lumière la nécessité d'une vision décloisonnée des différentes professions compte tenu de leur interdépendance technique comme économique, mais aussi d'une volonté de plus en plus claire de travailler ensemble.

La présente synthèse des travaux de l'année 2005 vise tout d'abord à actualiser les constats relatifs aux effectifs des professions de santé. Elle apporte ensuite un éclairage sur les problématiques propres à certaines professions qui se sont révélées grâce à deux années d'approfondissement sur les spécificités et les évolutions de ces métiers. Elle tente enfin de dégager les enseignements majeurs de ces premières années de capitalisation sur les modalités de régulation des professions de santé.

C'est sur la base de ces éléments que le conseil d'orientation de l'ONDPS dégage des orientations et formule cette année de nouvelles préconisations.

**LES PRINCIPAUX
CONSTATS
SUR LES EFFECTIFS**

Une diversité de situations et d'avenir des professions de santé

■ ■ Une progression toujours marquée du nombre des professionnels de santé, mais qui s'accompagne d'un net vieillissement pour certaines professions

L'ensemble des professions médicales et paramédicales ont connu sur les cinq dernières années des taux de croissance soutenus, à l'exception de la profession de dentiste dont l'évolution est plus lente. C'est particulièrement vrai pour les professions paramédicales dont le taux de croissance annuel est supérieur à 3 %, certaines dépassant 5 % (cf. tableau 1).

Mais les éléments d'actualisation en 2005 confortent le constat fait en 2004, que l'essor démographique s'accompagne pour certaines professions, et particulièrement les médecins et les chirurgiens-dentistes, d'un vieillissement marqué. Les nouvelles données montrent en effet un accroissement significatif de la part des plus de 55 ans pour ces deux professions dont les âges moyens sont les plus élevés, mais également pour les masseurs-kinésithérapeutes et les pharmaciens.

Entre 2004 et 2005, la part des 55 ans et plus est ainsi passée de 24 % à 26,2 % pour les médecins ; elle passe de 24,2 % à 26,4 % pour les chirurgiens-dentistes et de 20,1 % à 21,3 % pour les masseurs-kinésithérapeutes. Elle atteint 20,7 % pour les pharmaciens, contre 19 % un an auparavant. Cette accentuation révèle que, en 2004, la proportion de ces professionnels compris dans la tranche des 54 ans était particulièrement élevée.

TABLEAU 1

PRINCIPAUX INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES SUR LES PROFESSIONS DE SANTÉ (2000-2005)

	Effectifs au 1 ^{er} janvier 2005	Taux de croissance 2000-2005 (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 2005
Médecins	205 864	6,1	1,2	38,0	7,4	26,2	48,5
Dentistes	41 083	1,3	0,3	34,7	14,0	26,4	47,1
Pharmaciens	67 484	15,5	2,9	64,2	15,8	20,7	45,9
Sages-femmes	16 550	15,3	2,9	99,0	29,8	14,0	41,9
Infirmières	452 466	18,2	3,4	87,1	28,5	15,6	42,6
Masseurs-kinésithérapeutes	60 364	16,0	3,0	44,0	30,3	21,3	42,9
Orthophonistes	15 909	18,0	3,4	95,7	29,8	15,8	42,3
Orthoptistes	2 588	21,1	3,9	92,2	39,1	11,8	39,5
Psychomotriciens	5 894	28,5	5,1	85,5	36,1	7,8	39,9
Pédicures podologues	10 550	20,0	3,7	68,0	38,1	16,9	40,9
Ergothérapeutes	5 370	38,1	6,7	85,1	47,4	7,7	37,2
Audio-prothésistes	1 806	37,5	6,6	41,0	35,2	22,3	43,1
Opticiens	15 141	51,2	8,6	46,3	51,2	15,4	38,8
Manipulateurs radio	24 512	13,5	2,6	72,6	28,2	13,8	42,3
Ensemble de ces professions réglementées par le Code de santé publique	925 51	14,5	2,8	68,4	23,1	19,0	41,4

Champ : France métropolitaine.

Source : ADELI-DREES.

■ ■ La situation des médecins varie selon les spécialités et le lieu d'exercice

En ce qui concerne les médecins, les éléments d'actualisation mettent en lumière trois points majeurs :

- la situation préoccupante de la médecine générale confrontée à un problème aigu de renouvellement du fait de la persistance de sa faible attractivité (cf. les analyses du tome 1¹),
- un possible renforcement de la part du secteur hospitalier aux dépens du secteur libéral dans la démographie médicale en cas de maintien des comportements actuels de choix des spécialités et d'installation,
- la fragilisation de certaines spécialités, tantôt à l'hôpital, tantôt en ville.

Les résultats de l'examen classant national (ECN) de 2005 constituent un élément majeur d'actualisation et expliquent aussi bien le constat alarmant sur la médecine générale que l'adaptation des projections sur le partage ville/hôpital.

→ La répartition, entre médecine générale et autres spécialités, des postes pourvus à l'issue de l'ECN 2005 a en effet largement confirmé l'ampleur de la désaffectation de la médecine générale constatée en 2004 mais jugée alors comme exceptionnelle et non durable, puisque le nombre de postes de spécialistes avait été fixé à un niveau volontairement élevé pour ne pas pénaliser les étudiants dont c'était la dernière chance de passer l'internat. L'exceptionnalité des résultats de 2004 a dû être relativisée au vu de ceux de 2005, une part significative des postes de médecine générale – 40 % – n'étant à nouveau pas pourvus.

Les études relatives aux deux premières années de fonctionnement de l'ECN permettent de démontrer que les modalités actuelles d'organisation de cet examen favorisent l'insuffisance des recrutements en médecine générale, notamment du fait d'un excès de postes offerts à l'issue de l'examen et de facilités de redoublement qui conduisent à ce qu'un nombre significatif de postes de médecine générale ne soient pas pourvus.

→ Le constat, sur deux ans, d'un partage médecine générale/autres spécialités défavorable à la première à l'issue de l'ECN a conduit à réexaminer les hypothèses qui avaient fondé les projections sur la démographie médicale présentées en 2004 par l'ONDPS. Dans le prolongement des projections effectuées l'an dernier par la DREES pour proposer différents scénarios d'évolution des effectifs médicaux, une nouvelle étude a donc affiné l'analyse à horizon 2025 en distinguant selon le mode d'exercice (libéral, hospitalier, salarié) et en privilégiant une variante différent du scénario central sur la répartition entre médecine générale et autres spécialités².

1. Cf. *Études et Résultats*, « Les résultats 2004 des ECN », 2005 et A. BILLAUT, *Les Résultats d'affectation des postes d'internes suite aux ECN 2005*, tome 1 du présent rapport.

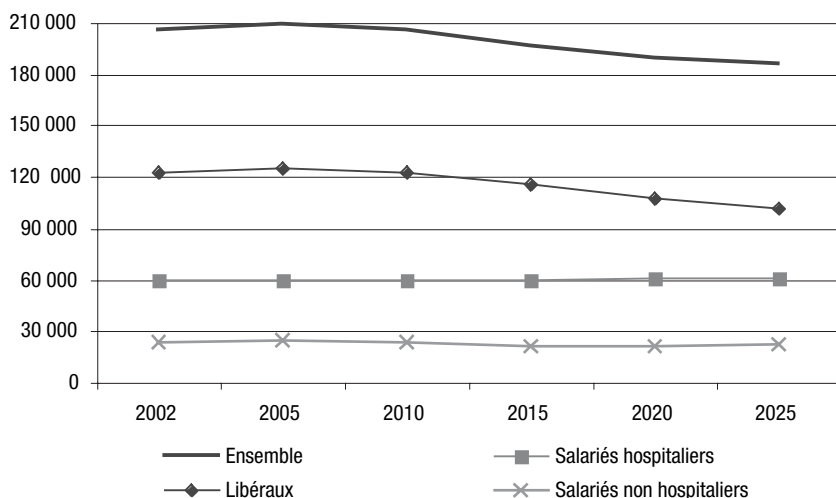
2. Cf. la discussion des hypothèses dans l'annexe à la note sur les projections relatives aux effectifs médicaux, tome 1 du présent rapport.

Dans les travaux présentés en 2004, la part des spécialistes (hors médecine générale) dans l'effectif défini par le *numerus clausus* retenu cinq ans auparavant avait été envisagée dans le scénario central à 50 %, pour tenir compte du fait que la valeur de ce ratio en 2004 (67 %), en très forte augmentation par rapport aux années précédentes, devait être considérée comme exceptionnelle. Le manque de recul temporel rend toujours délicate la formulation d'une hypothèse sur la répartition du nombre de postes entre généralistes et spécialistes. Sur la base des données 2004 et 2005, la variante des projections reposant sur l'hypothèse d'un ratio de nombre de postes de spécialistes aux ECN sur le *numerus clausus* cinq ans auparavant égal à 60 % apparaît toutefois aujourd'hui plus proche de la réalité que le précédent scénario central. C'est celle qui a été retenue pour les projections effectuées cette année, avec une hypothèse de *numerus clausus* porté à 7 000 à partir de 2006.

Dans ce scénario, une diminution du nombre total de médecins en activité de 10 % pourrait survenir d'ici 2025. Mais les projections par secteur d'activité montrent des évolutions très différenciées. En cas de poursuite des comportements antérieurement observés, cette diminution des effectifs médicaux affecterait le secteur salarié non hospitalier (-8 %), mais surtout le secteur libéral (-17 %), avec, sur la période 2012-2023, des cessations d'activité nombreuses dépassant de plus de 1 000 l'effectif des entrées. Elle ne concernerait en revanche pas le secteur salarié hospitalier, qui verrait ses effectifs augmenter de 4 % sur la période.

GRAPHIQUE 1

**ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DE MÉDECINS PAR MODE D'EXERCICE À L'HORIZON 2025
SELON LES HYPOTHÈSES DE LA VARIANTE RETENANT UN RATIO NOMBRE DE PLACES DE SPÉCIALISTES
AUX ECN SUR *numerus clausus* CINQ ANS AUPARAVANT ÉGAL À 60 %**



Lecture: Entre 2002 et 2025, le nombre de médecins est passé de 205 000 à 185 000.

Ces évolutions contrastées découlent en partie de la différence de structure par âges observée entre les trois modes d'exercice. Elles résultent également pour une large part des hypothèses du modèle, les comportements des médecins actifs en 2002 étant maintenus constants sur toute la période de projection. Notamment, l'augmentation du nombre de femmes médecins, combinée à une attraction plus forte de ces dernières vers le salariat que vers l'exercice libéral, conduit mécaniquement à réduire la part des médecins libéraux. Cette évolution future découle également des hypothèses retenues sur la part des étudiants en spécialités autres que médecine générale à l'issue des ECN et sur les installations par qualification, les spécialistes optant actuellement plus fortement quand ils le peuvent pour une carrière hospitalière.

Mais il convient d'utiliser ces projections avec la plus grande prudence : elles ne doivent pas être considérées comme une prévision, mais bien plutôt comme un outil d'aide à la décision permettant de mesurer les conséquences qu'auraient les différents scénarios en l'absence de mesures correctrices. Il est en effet difficile de tabler sur la pérennité du partage constaté en 2004 et 2005 aux résultats de l'ECN. Le réajustement du nombre de postes offerts ou l'évolution des règles relatives à la non-validation du deuxième cycle d'études médicale, pourraient en effet contribuer à atténuer significativement le nombre de postes non pourvus en médecine générale³. L'augmentation dans les années à venir du nombre de candidats aux ECN (qui peut être *grosso modo* estimé au *numerus clausus* cinq ans auparavant) pourrait par ailleurs faciliter le rééquilibrage entre les disciplines, sans qu'il soit nécessaire de diminuer en valeur absolue le nombre de postes de spécialistes.

D'autre part, on ne peut gager que les comportements resteront stables : quel effet aura par exemple sur d'éventuelles vocations libérales l'attraction qui sera créée dans les régions du sud par les départs à la retraite des nombreux spécialistes libéraux installés dans ces régions ? Ne peut-elle être susceptible d'infléchir les préférences actuelles des spécialistes pour l'hôpital ? La réalité des créations de postes hospitaliers pourrait d'ailleurs imposer un tel infléchissement.

→ D'autres éléments d'actualisation ont été apportés en 2005 : d'une part, une analyse par tranches d'âge des effectifs médicaux, spécialité par spécialité, et, d'autre part, un éclairage sur les effectifs hospitaliers avec des données sur les cessations d'activité, là encore distinguées selon les spécialités.

Il apparaît, au vu de ces nouvelles informations, que l'accentuation de la part des professionnels de plus de 55 ans pour certaines spécialités (médecine interne, neurochirurgie, rééducation fonctionnelle) donne au renouvellement de ces professions une dimension plus critique. L'examen de la pyramide des âges souligne en outre que les spécialités les plus vieillissantes le sont tout particulièrement en ce qui concerne les médecins libéraux (pédiatrie, par exemple).

L'analyse des départs prochains à la retraite dans le secteur hospitalier souligne des points futurs de fragilisation – par exemple, psychiatrie, radiothérapie, stomatologie – dont l'impact dépendra des équilibres ville/hôpital en jeu dans les spécialités en cause.

3. Cf. A. BILLAUT, *Les Résultats d'affectation des postes d'internes suite aux ECN 2005*, tome 1 du présent rapport.

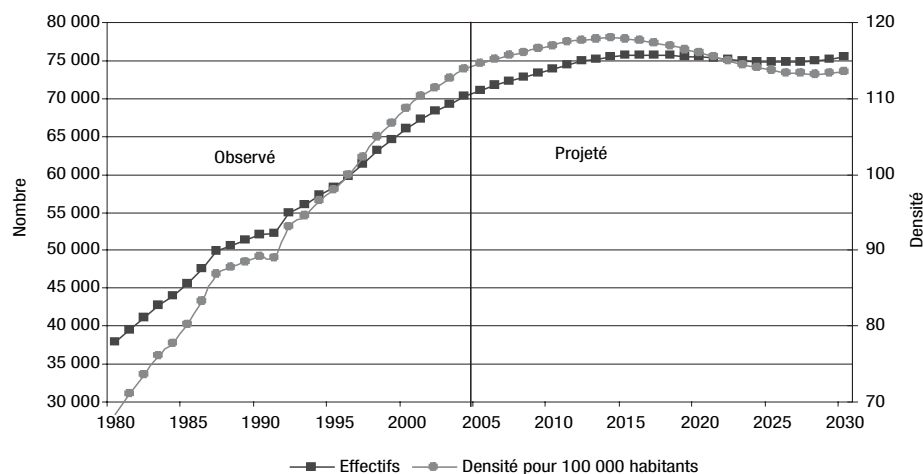
■ ■ Un essor significatif du nombre de pharmaciens jusqu'en 2015

La profession de pharmacien dans son ensemble a connu un essor significatif au cours des vingt-cinq dernières années, qui a porté sa densité de 68 à 114 pour 100 000 habitants. Mais cette profession est aujourd'hui vieillissante du fait de la diminution des entrées qui a été consécutive au *numerus clausus* instauré en 1980.

Fondées sur la poursuite des comportements actuels et sur un *numerus clausus* maintenu constant à 2 790 étudiants, les projections de la DREES⁴ dessinent un scénario central de légère progression de la densité jusqu'en 2015, puis un retour au niveau actuel, sous l'effet d'une stabilisation des entrées à partir de 2010-2015 et de départs de plus en plus nombreux (2 800 au début des années 2020). Dans ce scénario, le nombre de pharmaciens atteindrait 76 000 professionnels actifs en 2017, soit 8 % de plus qu'en 2005 et deux fois plus qu'en 1980.

GRAPHIQUE 2

ÉVOLUTION DU NOMBRE ET DE LA DENSITÉ DE PHARMACIENS ENTRE 1980 ET 2030
SELON LES HYPOTHÈSES DU SCÉNARIO CENTRAL.



Champ : France entière, pharmaciens de moins de 80 ans.

Sources : Fichier du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens (CNOP) au 1^{er} janvier 2005, projections Drees (nc = 2 790).

La modulation de l'hypothèse relative au *numerus clausus*⁵ permettrait d'accroître la densité de pharmaciens : un *numerus* à 2 900 étudiants conduirait à une augmentation de deux points de cette densité d'ici à 2030.

La profession de pharmacien est aujourd'hui composée à 65 % de femmes, particulièrement en officine et à l'hôpital, devrait selon les projections voir sa féminisation se poursuivre, mais de façon plus modérée.

4. M. COLLET, « La démographie des pharmaciens à l'horizon 2030 », tome 2 du présent rapport.

5. Le scénario central retient une hypothèse de NC égal à 2 790.

■ ■ Un ensemble de professions paramédicales aux traits démographiques extrêmement contrastés

À l'exception du vieillissement plus marqué des professions de masseur-kinésithérapeute et de manipulateur en électroradiologie, les professions paramédicales connaissent généralement une structure d'âge favorable, voire très favorable pour deux d'entre elles – ergothérapeutes et opticiens – dont la moitié environ des professionnels a moins de 35 ans. Leurs effectifs bénéficient de toute façon de délais d'ajustement rapides compte tenu de la plus grande brièveté des formations. Le renouvellement de ces professions ne pose donc pas question comme pour certaines professions médicales.

L'essor démographique largement partagé de ces professions ne signifie toutefois pas une égale facilité d'accès. La grande hétérogénéité qui caractérise les différentes professions paramédicales vaut tout d'abord en effet pour leur importance en nombre, extrêmement contrastée ; elles sont par conséquent très inégalement réparties sur le territoire.

Deux professions – infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes – représentent la très grande majorité des effectifs des professions paramédicales réglementées. Quelle comparaison est dès lors possible entre une profession constituée de près de 440 000 infirmiers et des professions dont les effectifs sont inférieurs à 5 000 représentants (ergothérapeutes, orthoptistes, audioprothésistes) ? Alors que la première est considérée comme une profession de premier recours et constitue un maillon essentiel des soins primaires, les secondes ne bénéficient que d'une présence clairsemée sur le territoire et ne sont accessibles qu'à une frange limitée, souvent urbaine, de la population. Malgré des taux de croissance plus soutenus que pour les autres professions, elles ne sont pas susceptibles d'apporter à court terme un soin de proximité à une large part de la population. C'est ce que manifestent très clairement des densités souvent inférieures à la dizaine de professionnels pour un million d'habitants.

Dans la réflexion sur l'accessibilité de ces professions, doit en outre être prise en compte, par-delà les questions d'effectifs, celle de la répartition de leur activité entre actes pris en charge et actes non remboursables. C'est ce que manifestent par exemple les souhaits des jeunes kinésithérapeutes d'aller vers une part d'activité non remboursable de plus en plus significative⁶.

■ ■ Un nombre limité de territoires présentant des difficultés d'accès aux soins de premier recours, mais, parfois, des problèmes d'accès aux spécialités

■ ■ Peu de territoires présentent de réelles difficultés d'accès aux soins de premier recours

L'étude conduite en 2004 pour l'ONDPS avait permis de constater que les difficultés d'accès généralisées à l'ensemble des professions de premier recours⁷ étaient rares. En ce qui concerne les médecins généralistes, les 86 cantons que l'on pouvait réellement qualifier de fragiles ne repré-

6. « Les masseurs-kinésithérapeutes en pratique libérale », CSDM, n° 11, janvier 2006.

7. Médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes (libéraux seulement pour toutes ces professions), pharmaciens d'officine (titulaires d'officine et salariés).

sentaient qu'environ 1,6% de la population⁸. Le bilan de ces carences reste relativement optimiste après les résultats d'une étude de la CNAMTS qui a dégagé en 2005 des zones en difficulté et des zones fragiles au regard de l'offre en médecine générale: la part de la population concernée par des problèmes d'accès aux soins se situe à l'intérieur d'une fourchette allant de 0,6 à 4,1%⁹, selon que l'on considère les seules zones en difficulté, ou également les zones fragiles (carte 1).

Les données sur les zones déficitaires récemment définies par les MRS aboutissent à un chiffre voisin du haut de la fourchette de l'étude de la CNAMTS, en atteignant 4% de la population pour 360 zones regroupant près de 4 500 communes (carte 2). Il faut toutefois noter que les zones définies par les deux études ne se superposent que partiellement¹⁰. Cela tient principalement à la différence d'approche, plus purement statistique pour la CNAMTS, intégrant l'information de terrain pour les MRS. Dans chaque région, les analyses statistiques des MRS (généralement le croisement de différentes études dont celle de la CNAMTS en 2005 et de la DREES en 2004) ont intégré les points de vue des médecins et des populations locales. La liste statistique des zones fragiles a pu dès lors être modifiée par la prise en compte de difficultés ou de facilités locales non quantifiables. La confrontation des résultats de l'étude conduite en 2004 pour l'ONDPS avec les commentaires du terrain des comités régionaux de l'Observatoire avait déjà mis en lumière que des cantons qui n'apparaissaient pas mal dotés au regard des critères statistiques nationaux étaient pourtant ressentis localement comme en difficulté. La conjugaison des deux approches constitue donc une plus-value utile pour un recensement pragmatique des zones déficitaires.

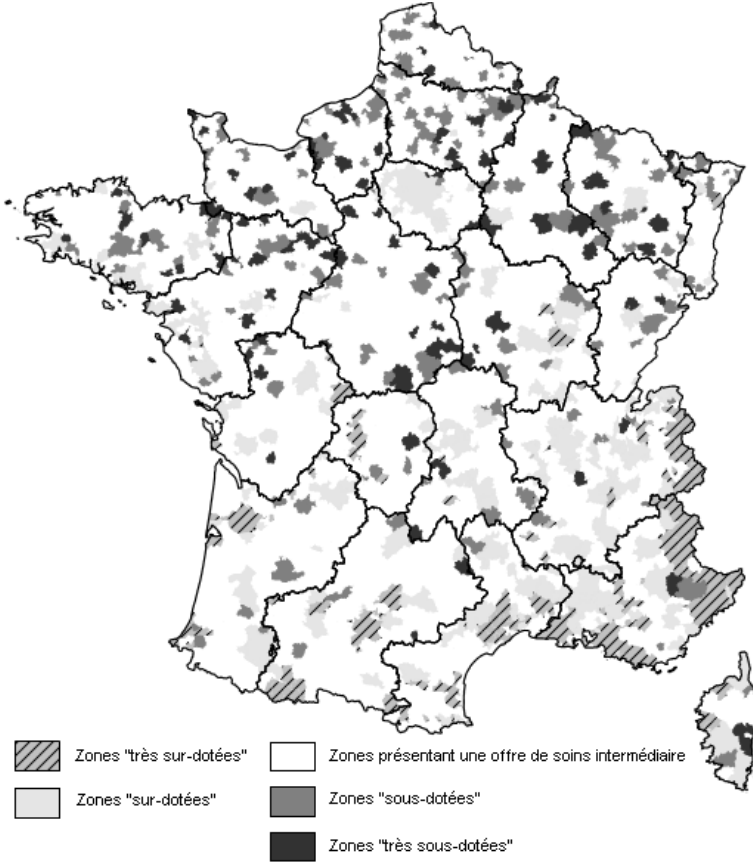
8. Cf. le tome 4 du rapport de 2004 relatif à cinq professions de premier recours.

9. En fonction des seuils en partie arbitraires retenus dans ces études: pour l'étude de l'ONDPS en 2004, sont considérés comme en difficulté les cantons ayant une densité inférieure à celle des 3/4 des cantons, une forte activité des médecins et une faible consommation de soins; pour l'étude CNAMTS, des scores mêlant différents critères de densité, activité et consommation ont été construits.

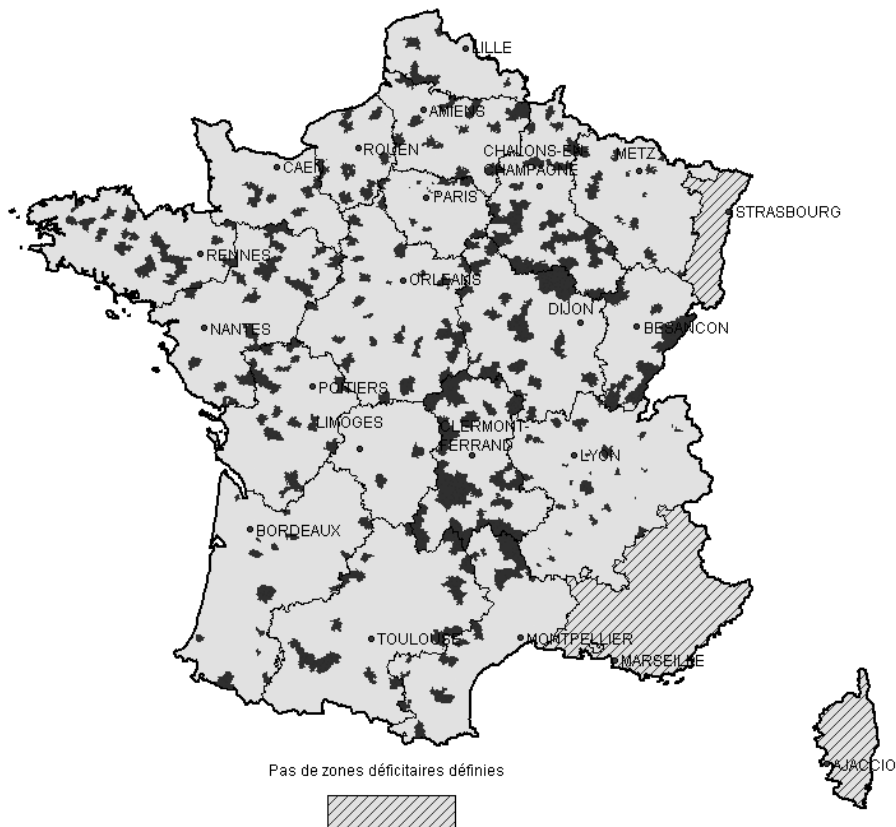
10. Ce qui reflète tout à la fois des choix différents dans les méthodes de zonage (territoires administratifs ou bassins de vie pour les MRS, zones de recours indépendantes des frontières administratives pour l'étude pilotée par la CNAMTS), mais aussi l'impact de l'approche de terrain dans les MRS.

CARTE 1

RÉPARTITION DES OMNIPRATICIENS (Y COMPRIS MEP) LIBÉRAUX PAR BASSIN DE VIE EN 2005



Source : CNAMTS-DSES-DEOS, DATAR-CNAMTS.



Source : DHOS.

L'analyse des soins de premier recours s'est par ailleurs affinée cette année avec la prise en compte d'une offre de soins complémentaire (l'offre salariée des centres de santé, SSIAD...). Cette démarche modifie assez peu la hiérarchie des cantons dans la mesure où les espaces peu dotés en offre libérale ne sont guère confortés par des structures de soins primaires. Ces mêmes espaces sont d'ailleurs fragiles également en ce qui concerne les spécialités médicales que l'on peut qualifier de « premier recours » (gynécologie, ophtalmologie, pédiatrie, psychiatrie).

L'analyse cantonale des soins de premier recours enrichie des nouveaux éléments introduits cette année a mené à l'élaboration d'une typologie de cantons en six catégories permettant de caractériser globalement leur couverture en offre de soins des cinq professions de premier recours étudiées. Il s'agit donc ici moins de rechercher les zones plus ou moins dotées en tel ou tel type de professionnel que de mettre en évidence des structurations générales de l'offre de soins, différenciées selon les cantons, la géographie locale et les caractéristiques des populations résidentes.

Il en ressort que les cantons ne se répartissent pas sur une échelle qui verrait progresser de façon homogène la densité de chacune des professions : ils se distinguent plutôt par des combinaisons différenciées de l'offre de chacune des professions de premier recours (conjugaisons variées d'implantation de professionnels de proximité de première ou seconde ligne, offre diversifiée ou réduite pour certains professionnels), ainsi que des niveaux et des natures d'activité distincts. Par exemple, on constate que l'activité infirmière évolue sensiblement en fonction de la densité des différentes professions : la part des actes techniques d'infirmiers est particulièrement forte dans les zones où les densités en professionnels sont les plus faibles. Au contraire, à mesure que les zones sont mieux dotées en professionnels – et pas uniquement en infirmiers –, la part des actes médicaux d'infirmiers se restreint au profit des actes infirmiers de soins. Des mécanismes similaires s'observent en matière de soins dentaires, avec une proportion variée des actes de traitement d'orthopédie dento-faciale et de soins conservateurs.

Les résultats relatifs à l'offre de soins de premier recours témoignent donc de problèmes limités d'accès aux soins et de phénomènes spontanés d'ajustement de l'offre. Mais si la situation globale n'apparaît pas alarmante aujourd'hui, les difficultés réelles rencontrées par les personnes concernées appellent des solutions locales. Le vieillissement des médecins et les futurs départs doivent de surcroît rendre vigilant pour l'avenir ; les éléments disponibles relatifs à l'offre de spécialistes laissent d'ailleurs déjà percevoir une situation plus contrastée que pour la médecine générale.

■ ■ La répartition des spécialités médicales n'obéit pas nécessairement à une logique de proximité

Le rapport 2004 avait souligné la situation particulièrement avantageuse de l'Île-de-France et de Provence-Alpes-Côte d'Azur pour ce qui est de la densité des médecins spécialistes. La prise en compte en 2005 du vieillissement relatif des spécialistes des différentes régions ne modifie qu'à la marge la hiérarchie régionale puisque les régions bien dotées en médecins spécialistes le sont aussi, sauf exception, en spécialistes de moins de 55 ans. La prise en compte de la donnée d'âge a sans doute des répercussions plus significatives dans les analyses infra-régionales.

Déjà clairement marqués entre régions, les écarts de répartition le sont également nettement au sein des régions. Les données du Conseil national de l'ordre des médecins sur les spécialités en crise soulignent la vigueur des contrastes départementaux pour certaines spécialités (pédiatrie, chirurgie, ophtalmologie) et confirment l'attrait des départements sièges des facultés.

Alors que la desserte en médecins généralistes est globalement satisfaisante et que les distances d'accès restent correctes, l'accès au médecin spécialiste peut donc être plus problématique. Le renoncement occasionnel aux soins des spécialistes semble une réalité, comme en témoigne une enquête conduite dans la zone d'emploi de Morteau en Franche-Comté : en pédiatrie ou en ophtalmologie, les patients renoncent parfois, compte tenu des distances d'accès, au médecin spécialiste. Ils ne renoncent pas pour autant aux soins, se reportant sur d'autres professionnels. Le plus souvent par un appel aux omnipraticiens, si l'on en croit la surfréquentation rurale des médecins généralistes aux âges de la petite enfance¹¹ comparée

11. « Santé et milieu rural », une démarche exploratoire menée par trois URCAM – Aquitaine, Franche-Comté et Languedoc-Roussillon – avec le CREDES (actuel IRDES) et la MSA, avril 2002.

à celle des zones urbaines où le recours au pédiatre est plus fréquent. Mais parfois aussi vers des professions paramédicales.

L'appréciation de la couverture territoriale en soins spécialisés ne peut toutefois uniformément aboutir à une conclusion d'insuffisance. L'Observatoire n'a pas cette année exploré plus avant la question des interactions entre médecine de ville et médecine hospitalière. Or, en matière de spécialités plus encore qu'en ce qui concerne le premier recours, l'appréhension de l'offre dans sa globalité est essentielle. Parce que certaines spécialités sont principalement hospitalières, parce que les exigences de sécurité et de qualité militent pour une activité minimale et donc un regroupement des compétences, l'homogénéité de la répartition des spécialistes sur le territoire n'est pas une fin en soi. La question qui demeure ouverte en l'absence de normes le plus souvent, c'est celle de leur juste et adéquate répartition. Les spécialités qu'on peut qualifier de premier recours méritent assurément une distribution différente – dont l'étude DREES montre qu'elle n'est d'ailleurs pas acquise. Pour les autres, un équilibre doit être recherché entre une suffisante accessibilité et un niveau de maîtrise que facilite un volant minimum d'actes accomplis¹².

Les mécanismes de substitution ou de compensation spontanément mis en place par les professionnels¹³ méritent par ailleurs d'être mieux appréhendés pour pouvoir apprécier plus finement les conséquences sur l'accès aux soins des inégalités de répartition de l'offre de soins.

Le développement des initiatives régionales pour l'amélioration de la répartition des professionnels de santé

En 2004, un premier recensement des expériences et dispositifs régionaux de régulation locale de l'offre de soins avait été entrepris, appuyé sur les remontées de neuf comités régionaux. En confiant en 2005 à l'IRDES une étude prolongeant ce recensement, l'objectif de l'ONDPS était d'offrir un panorama plus complet des démarches régionales et d'en présenter une typologie, éventuellement inspirée par les éléments recueillis dans une revue de la littérature internationale.

Cet inventaire, reposant cette année sur les remontées de la quasi-totalité des régions, met en lumière que, hormis l'Île-de-France, les régions qui ont signalé le plus d'actions (dix ou plus) sont également celles présentant le plus de problèmes d'effectifs de médecins. Il s'agit du Nord - Pas-de-Calais, de la Basse-Normandie, de la Champagne-Ardenne, de la Haute-Normandie et de la Lorraine. À elles seules, ces régions représentent les deux tiers des actions ou dispositifs signalés – toutes professions confondues. Les actions de terrain passent généralement par des actions coordonnées et convergentes de l'État, de l'assurance maladie et des collectivités locales.

Ces initiatives régionales sont de formes variées mais privilégient quatre grands axes d'intervention :

- Les actions menées avant la formation, qui sont surtout des mesures d'information et de promotion des métiers de la santé ;

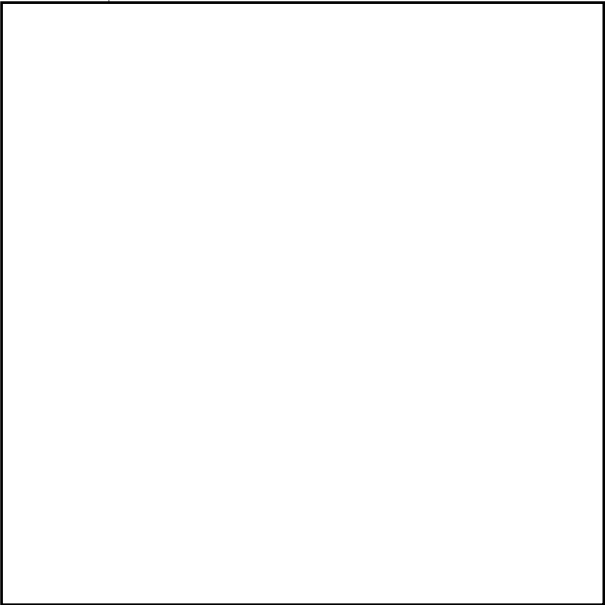
12. Cf. les réflexions en cours sur la chirurgie.

13. Cf. exemple d'une étude sur les pratiques des médecins généralistes bretons en gynécologie, page tome 1 du rapport.

- Les actions conduites pendant la formation des professionnels de santé, notamment les mesures de sensibilisation aux disciplines et/ou environnements déficitaires (surtout sous la forme de terrains de stages particuliers comme en hôpital local ou en zone rurale..., ou d'information et de promotion de pratiques spécifiques comme l'exercice de la médecine générale en zone rurale...) ou les incitations à la formation dans ces domaines (surtout sous la forme de bourses d'étude, sous condition de stage ou d'installation dans la région ou non);
- Les dispositifs en faveur de l'installation (actions d'aide à la décision d'installation et/ou d'accompagnement de l'installation en ville et mesures d'attraction à l'hôpital);
- Les mesures non financières concernant les conditions d'exercice, avec en particulier les actions de soutien aux formes d'organisation innovantes (surtout sous la forme de maisons médicales pluridisciplinaires ou de dispositifs de permanence des soins) et les mesures de facilitation de l'accès aux technologies de l'information et de la communication (surtout les projets de télémédecine). Ce sont les mesures les plus souvent évoquées par les régions, juste avant les actions pendant la formation. L'enquête a toutefois été réalisée avant que les mesures d'aide retenues dans le plan de démographie médicale ne soient effectives. La hiérarchie des mesures devrait donc évoluer.

Ces mesures témoignent de l'importance de l'attention donnée aux conditions concrètes de l'exercice, par-delà les seuls éléments de rémunération, et des enjeux en termes de formation. Elles montrent aussi qu'à défaut d'agir immédiatement sur la répartition de l'offre de soins, il est essentiel d'optimiser les ressources existantes et le service médical rendu à la population.

**LES ENJEUX PROPRES
À CERTAINES PROFESSIONS**



La délicate question de l'avenir de la médecine générale

Les travaux de l'ONDPS en 2004 puis 2005 ont donné de plus en plus d'acuité à une interrogation forte sur l'avenir de la médecine générale et sur les risques de contradiction entre le rôle pivot que lui accordent les politiques publiques et la désaffection dont elle pâtit aujourd'hui.

■ ■ Plusieurs éléments convergent pour dessiner un déclin quantitatif de l'exercice de la médecine générale

Les projections effectuées par la DREES en 2005 pour envisager des scénarios d'évolution des effectifs médicaux soulignent le recul marqué de l'effectif des généralistes auquel pourraient conduire les tendances actuelles. Dans la variante retenue en 2005, avec un partage généralistes/spécialistes de 40/60 % à l'ECN, leur nombre diminuerait d'ici 2025 de 13 %, contre 7 % pour les autres spécialistes¹⁴. Les généralistes représenteraient alors 47 % des médecins contre 49 % en 2002.

La poursuite de ce scénario est sans doute peu vraisemblable compte tenu de ses conséquences, mais il a le mérite d'illustrer quel pourrait être l'aboutissement des tendances actuelles.

Quels sont les mécanismes à l'œuvre pour expliquer le recul de la médecine générale ?

- Un tarissement du flux des renouvellements du fait d'une grande difficulté à pourvoir les postes offerts à l'examen classant national, compte tenu des règles actuelles de cet examen qui permettent qu'un nombre élevé de postes ne reçoivent pas de candidats en affectation. Le nombre de postes en médecine générale non pourvus est important : 609¹⁵ en 2004, 980¹⁶ en 2005. En 2005, 3 subdivisions ont pourvu moins d'un quart de leurs postes de médecine générale. Celle-ci ne représente en 2005 que 37 % des affectations en troisième cycle contre 39 % en 2004, 44 % en 2003 et 48 % en moyenne les années précédentes¹⁷;
- Peu d'entrées donc... et beaucoup de sorties. Celles-ci peuvent intervenir avant même toute prise de fonction, avec une forme de réorientation initiale permise désormais par une inscription en DESC dès la fin du cursus initial de la spécialité de médecine générale. Les réorientations se font aussi tout à long de la carrière, comme le montrait une étude du CREDES (actuel IRDES) sur la carrière libérale des médecins généralistes qui soulignait que, pour un généraliste sur cinq, la carrière en tant que médecin libéral ne dépassait pas dix-huit ans¹⁸. Ces sorties sont facilitées par les passerelles universitaires qui permettent d'aller de la médecine générale vers une médecine plus spécialisée (exemple DIU de médecine physique et de réadaptation), mais également par l'existence de 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 ;

14. Les projections faites en 2004 sur la base d'une hypothèse de 50/50 à l'ECN conduisaient à une baisse bien moindre de 3 %.

15. Par l'excès de postes offerts et par les possibilités de non-validation du DCEM, cf. l'analyse de l'ECN 2005 dans le tome 1 de ce rapport.

16. Soit 33 % des postes de médecine générale ouverts en 2004, 40 % en 2005.

17. Voir les estimations dans la contribution d'A. BILLAUT, *Les Résultats d'affectation des postes d'internes suite aux ECN 2005*, tome 1 du rapport.

18. V. Lucas-Gabrieli et M.-J. Sourty-Le Guellec, « Évolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001) », *Questions d'économie de la santé*, n° 81, avril 2004, CREDES.

- En conséquence, une part importante des 100 000 omnipraticiens recensés ont une activité autre que la médecine générale. Le vivier des médecins généralistes est donc plus réduit que les chiffres le laissent penser dans un premier temps. Dans le fichier Adeli, seuls environ 80 000 d'entre eux déclarent un exercice en médecine générale, dont 24 700 salariés. En ce qui concerne les libéraux, les données de la CNAMTS permettent de recenser un nombre de 54 405 généralistes effectivement en activité en se basant sur le décompte des actes de généralistes présentés par les patients au remboursement¹⁹.

Sans avoir forcément acquis les compétences au sens réglementaire, ou déclaré leur nouvel exercice spécialisé, nombre de généralistes exercent désormais à l'hôpital en oncologie, psychiatrie, néphrologie, gériatrie... Des médecins généralistes libéraux ont pour leur part opté pour un exercice particulier (homéopathie, acupuncture). Dès lors, l'ensemble de ces médecins généralistes ne participent pas à l'offre de soins qui est celle du médecin de famille.

■ ■ Un faisceau d'explications pour cette désaffection de la médecine générale

Les professionnels entendus mettent en avant trois types d'arguments :

- La méconnaissance du métier induite par l'organisation actuelle des parcours d'étudiants et par l'insuffisance des stages de médecine générale.
- La pénibilité de l'exercice générée par les conditions de travail et les horaires, d'autant plus lourds qu'un professionnel est isolé et compense par sa sur-activité les faiblesses de l'offre alentour.
- Le manque de perspectives et de possibilités d'évolution de carrière qui explique que, pour se ménager une seconde carrière, certains généralistes s'orientent vers un exercice hospitalier hors de la médecine générale, d'autres vers la santé publique ou la médecine du travail, certains enfin vers un exercice libéral particulier.

■ ■ Une évolution susceptible de contrarier les politiques publiques

Une telle évolution de la médecine générale tranche avec les rôles accrus que les politiques publiques lui confèrent ou sont susceptibles de lui donner. Alors que, selon l'enquête, santé de 2003, 71 % des premiers recours se font déjà chez les généralistes²⁰, une place accrue est accordée aujourd'hui au médecin traitant. La volonté d'organiser autour de lui les trajectoires de soins témoigne des attentes à l'égard du médecin généraliste pour la rationalisation des parcours et pour l'optimisation des soins apportés à un patient.

Les politiques de prévention s'appuieront par ailleurs sur le médecin généraliste en lien avec d'autres professionnels. Les réflexions actuelles sur la consultation périodique de prévention²¹ pourraient amener à mobiliser les généralistes autour de trois rendez-vous systématiques (29-31, 49-51 et 69-71 ans).

Par ailleurs, au-delà même de la volonté de lui donner un rôle nouveau, le déclin numérique de la médecine générale peut, s'il n'est pas arrêté, malmener significativement les politiques actuelles d'amélioration de la permanence des soins comme contrarier les efforts de rééquilibrage démographique. Si l'accroissement marqué des effectifs médicaux n'a pas permis

19. Page 30, tome 1 du rapport 2004.

20. BOISGUÉRIN, D. RAYNAUD, « Les trajectoires de soins en 2003 », *Études et Résultats*, n° 463, février 2006.

21. Rapport au ministre de la Santé, J. MÉNARD, mai 2005.

par le passé d'atténuer tous les contrastes de répartition, il est vraisemblable que la baisse des effectifs de médecins généralistes compliquera les actions en faveur d'une meilleure couverture du territoire.

Le recul quantitatif de la médecine générale est enfin susceptible de contrarier les réflexions ouvertes par les professionnels quant à de possibles nouvelles modalités de partage des tâches entre généralistes et spécialistes. Des évolutions sont pourtant souhaitées par plusieurs des spécialités auditionnées à l'Observatoire²². Des phénomènes de substitution sont d'ailleurs aujourd'hui spontanément à l'œuvre dans la pratique quotidienne de certains généralistes confrontés à l'insuffisance d'offre de quelques spécialités autour d'eux – pédiatrie, gynécologie. Il est donc important, dans les réflexions sur les missions de la médecine générale, d'être particulièrement attentif à ces interactions entre la médecine générale et les spécialités.

Le dernier rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie souligne bien les contradictions auxquelles pourrait conduire une absence de valorisation du rôle de la médecine générale: « *La question des besoins en main-d'œuvre suppose la réponse à la question "Qui fait quoi?". En France, l'abondance de la ressource médicale n'a pas prédisposé jusqu'à présent à poser ces questions. (...) La tendance de fait à la spécialisation serait (...) assez incohérente avec la logique du médecin traitant aussi bien qu'avec les efforts faits pour maintenir une médecine de proximité sur tout le territoire. Il y a donc un enjeu de reconnaissance effective de la médecine générale si l'on veut promouvoir cette médecine de premier recours solide, ce que sous-tend la logique du parcours de soins introduite par la réforme, et il est essentiel de définir positivement ses missions à la fois en termes de gestion des soins et de la santé et en termes de maîtrise médicalisée.* »

■ Chaque spécialité justifie un diagnostic propre

L'analyse de la réalité des différentes spécialités ne permet pas de faire émerger des conclusions claires et univoques. Leur évolution démographique est contrastée, et la définition des besoins y est plus compliquée encore que pour les soins de proximité. Ce qui ressort désormais clairement des travaux de l'Observatoire, c'est que le regroupement actuel en « spécialités » n'a plus guère de sens pour comprendre la réalité de chacune d'entre elles. Elles ne sont assurément pas soumises à des enjeux homogènes : selon qu'il s'agit de spécialités que l'on peut qualifier de premier recours – ophtalmologie, gynécologie, pédiatrie ou psychiatrie – ou de spécialités rares, selon que leur exercice est essentiellement libéral ou au contraire intrinsèquement hospitalier, l'approche doit être différente.

■ ■ Des spécialités rencontrent, elles aussi, des difficultés de recrutement

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 aujourd'hui des problèmes de recrutement. Un faisceau d'indicateurs donne les indices d'une moindre attractivité : les choix à l'ECN, les vacances de postes d'internes ou le taux de reconversion à l'issue même des DES ou DESC.

22. Cf. les comptes rendus d'auditions, tome 3 de ce rapport.

Si l'on se réfère au classement des spécialités dans les choix des étudiants et au fait qu'en 2004 tous leurs postes n'ont pas été pourvus à l'issue de l'ECN, la médecine du travail ou la santé publique apparaissent moins attractives, en tout cas en première partie de carrière. Ces spécialités sont plus souvent choisies en deuxième partie de carrière, dans le cadre d'une reconversion. L'attraction des étudiants pour une relative technicité conduit par ailleurs à un moindre choix des spécialités cliniques, comme la médecine interne.

Les orientations des étudiants sont très sensibles aux modalités d'organisation des parcours de formation (filiarisation, organisation des stages, affichage des postes...). Au sein des spécialités regroupées dans les filières « spécialités médicales » et « spécialités chirurgicales », des phénomènes localisés de concurrence peuvent exister conduisant certaines à de réelles difficultés de recrutement, très fluctuantes toutefois dans le temps. Par exemple, lorsqu'une spécialité rompt avec l'actuelle insuffisance de visibilité des carrières hospitalières possibles, en affichant les postes de chefs de clinique, elle bénéficie d'un incontestable effet d'attraction. Le caractère tardif de la rencontre avec certaines spécialités (hématologie par exemple), du fait de la structuration de la maquette des stages ou de la pénibilité des stages (évoquée par les chirurgiens lors de leurs auditions) peut à l'inverse nuire à leur attrait.

Pour certaines spécialités, ce n'est pas tant leur attractivité qui est en cause que leur lieu d'exercice : dans certains cas, c'est l'exercice hospitalier qui est fragilisé. Ainsi pour la psychiatrie : cela apparaît d'une part dans le vieillissement marqué de cette spécialité à l'hôpital, avec des taux de départ à la retraite élevés dans les dix ans à venir (28 % des PH à temps plein partiraient à la retraite d'ici à 2015) et d'autre part dans l'importance du taux de vacance des postes de psychiatres hospitaliers. La vague des départs à la retraite²³ aura un impact plus ou moins déstabilisant selon qu'elle interviendra dans des régions où le nombre de praticiens psychiatres est élevé (Île-de-France, PACA) ou plus faible (Basse-Normandie). Le niveau des vacances constitue un autre facteur de fragilité, conduisant à des sous-effectifs ou à des recrutements palliatifs – médecins contractuels, recours à des médecins généralistes, médecins étrangers faisant fonction d'internes... L'une des priorités du plan Santé mentale 2005-2008 est par conséquent le rééquilibrage entre les deux secteurs d'activité²⁴.

Parfois, c'est plutôt l'exercice libéral qui peut être mis en difficulté. L'analyse de la structure d'âge des différentes spécialités fait ainsi apparaître un vieillissement plus marqué en ville qu'à l'hôpital pour les spécialités comme la pédiatrie ou la rééducation fonctionnelle²⁵.

■ ■ La définition du maillage territorial optimal est plus délicate que pour les soins de proximité

Certains comités régionaux se sont essayés à évaluer la part de zones déficitaires en médecins spécialistes au sein de leur région (Nord - Pas-de-Calais²⁶ notamment). Mais il apparaît vite que l'exercice est délicat et que, plus encore que pour les soins de premier recours, il est impossible sans intégrer l'offre hospitalière.

Les spécialités médicales ne renvoient assurément pas à des problématiques homogènes : les attentes ne peuvent être les mêmes pour le maillage des spécialités de premier recours que pour des spécialités nécessitant des plateaux techniques.

23. Qui a conduit à une augmentation sensible des postes offerts en psychiatrie pour l'ECN 2005.

24. Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008.

25. Cf. tome 1 de ce rapport.

26. Médecins spécialistes libéraux, ciblage des zones en difficulté, URCAM Nord - Pas-de-Calais 2004.

Pour évaluer les besoins territorialisés en effectifs de spécialistes comme pour proposer des modalités plus ou moins intensives de couverture du territoire par les différentes spécialités, il est nécessaire au préalable d'avoir opéré des choix quant à la structuration de l'offre et quant à l'organisation des soins. Les réflexions actuelles autour de la chirurgie tant parmi les professionnels que dans le cadre des SROS de troisième génération témoignent de l'intrication des choix organisationnels et des conséquences à en tirer en termes d'évolution démographique. Selon les arbitrages opérés entre proximité et sécurité/qualité, selon les options de concentration des plateaux techniques ou de dispersion de l'offre, les besoins en effectifs de spécialistes ne sont pas les mêmes. À l'inverse, une réalité démographique pressante doit conduire à une réévaluation des modalités d'organisation d'une profession pour que les soins apportés ne pâtissent pas de sa fragilisation démographique. Les travaux récents sur la chirurgie en France²⁷ de l'académie de médecine et du Conseil de la chirurgie soulignent à cet égard que la conjonction des exigences techniques et du ralentissement démographique qui affecte les spécialités chirurgicales impose de repenser leur organisation.

Mais si les choix techniques ou les réalités démographiques peuvent contraindre à une adaptation du maillage territorial d'une offre, il est alors essentiel de définir les liens opérationnels à tisser entre les différents niveaux de soins nécessaires pour assurer une prise en charge de qualité à toute personne, quelle que soit son appartenance géographique. C'est l'enjeu des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération, avec une attention désormais accrue portée aux soins de proximité.

La question du niveau d'encadrement médical ne peut donc trouver de réponse qu'en référence à des choix d'organisation des soins. Elle suppose des analyses par spécialité ou par problème de santé quand plusieurs d'entre elles sont en jeu dans la prise en charge d'une pathologie. Que ce soit pour faire face à une évolution démographique inquiétante ou à l'inverse pour définir les besoins en spécialistes, ce type de démarche est aujourd'hui indispensable.

■ ■ Des méthodes adaptées pour évaluer les besoins de soins doivent être développées

Que ce soit pour estimer les ressources médicales nécessaires à moyen terme ou pour dessiner un maillage optimal de couverture du territoire, il importe de se donner un cadre de réflexion argumenté nourri par des hypothèses sur l'évolution des besoins de soins.

La difficulté d'évaluation des besoins de soins a déjà maintes fois été soulignée²⁸. Il est possible qu'il faille parfois arbitrer entre la sophistication des méthodes, notamment de projections, et leur maniabilité au service des décisions. Mais la nécessité de progresser pragmatiquement dans de telles démarches d'évaluation des besoins demeure pour donner plus de continuité aux choix démographiques et éviter de trop fréquentes ruptures d'orientation.

Pour adapter les effectifs des professions de santé aux besoins, il est nécessaire de répondre à plusieurs questions :

- Quel est l'impact des stratégies de santé axées sur la prévention ?

27. L. HOLLENDER, rapport au nom d'un groupe de travail, *La Chirurgie en France. Recommandations des Académies nationales de médecine et de chirurgie*, 2005.

28. Ch. CASES et D. BAUBEAU, « Peut-on quantifier les besoins de santé ? », DREES, *Solidarité et Santé*, n° 1 2004.

- Quels sont les besoins de soins générés par un problème de santé en fonction des techniques thérapeutiques et des pratiques de référence pour le suivi des patients ?
- Combien de professionnels et lesquels sont nécessaires en fonction de la répartition des tâches entre professionnels et de leur potentiel d'activité ?
- Quelle est la répartition optimale des professionnels de santé et quels sont les arbitrages entre sécurité et proximité ?

C'est à ces questions difficiles que doivent se confronter les analyses nécessaires pour toutes les professions de santé²⁹, et au sein de la profession médicale, spécialité par spécialité, et problème de santé par problème de santé. Le travail entrepris autour de l'ophtalmologie dans le cadre d'un rapport pour le conseil scientifique de la CNAMTS³⁰, avec l'élaboration d'un modèle prévisionnel de besoins basé sur des projections de recours aux soins pour cinq groupes de pathologies dominantes et d'une méthode de prévision de l'offre de soins reposant sur des combinaisons variées de la capacité d'offre des professionnels, montre tout à la fois la richesse de telles démarches et leur difficulté, compte tenu de la multiplicité des hypothèses à émettre. La confrontation de l'offre et de la demande ainsi projetées fournit néanmoins de très utiles outils d'aide à la décision pour la gestion des effectifs d'une profession.

Quelles que soient les controverses éventuellement suscitées par telle ou telle hypothèse ou par des choix envisagés de répartition des tâches, les études doivent être débattues avec les professionnels pour garantir une base commune de réflexion.

L'évolution du métier de pharmacien

Dans le prolongement de l'éclairage apporté en 2004 sur trois professions, l'ONDPS a cette année axé ses analyses sur la profession de pharmacien. L'objectif est toujours d'approfondir pour une profession les connaissances relatives à sa dynamique démographique, aux formes de son activité et aux évolutions prévisibles du métier. La valorisation des données statistiques disponibles et les projections réalisées par la DREES permettent de dessiner le paysage actuel de cette profession et d'envisager plusieurs scénarios d'évolution. Il est par ailleurs apparu intéressant d'avoir une meilleure compréhension du rôle joué par le pharmacien d'officine comme professionnel de proximité.

■ ■ Une progressive évolution vers le salariat de la profession de pharmacien

L'officine représente encore 75% de la profession, mais elle a vu sa part s'infléchir au profit des salariés non officinaux – hôpitaux, industrie... De surcroît, au sein de l'officine, en dépit d'un développement marqué des associations de plusieurs professionnels, le salariat a nettement progressé compte tenu de la stabilisation du nombre de titulaires induite par la faiblesse des créations de pharmacies. Lors de leur première inscription à l'ordre, 88% des jeunes pharmaciens exercent dès lors comme salariés (non biologistes), alors qu'ils n'étaient que 65% en 1980. Cette progres-

29. Cf., en ce qui concerne les infirmières, les insuffisances de l'évaluation des besoins dans la contribution relative aux ressources infirmières, tome 2 du présent rapport.

30. *La Démographie en ophtalmologie 2000-2020*, sous la direction de G. de POUVOURVILLE, septembre 2003.

sion du salariat contribue à la forte mobilité des pharmaciens en début de carrière. Une fois installés comme titulaire d'officine ou directeur de laboratoire de biologie, les pharmaciens s'y engagent en revanche pour longtemps, et cessent de surcroît leur activité tardivement.

Les projections établies à l'horizon 2030³¹ montrent que la poursuite des tendances actuelles conduirait au renforcement encore plus marqué de la proportion de salariés d'officine et d'établissements de santé, amenant au sein de l'officine à une parité entre titulaires et salariés.

■ ■ Le rôle de proximité du pharmacien d'officine, centré aujourd'hui sur de la bonne dispensation du médicament, pourrait connaître des évolutions sous réserve d'une démarche volontariste

Dans le cadre de sa mission d'amélioration des connaissances relatives aux conditions d'exercice des professions de santé et dans le prolongement des analyses réalisées en 2004 sur la répartition des professionnels dits de « premier recours », il est apparu intéressant de mieux appréhender quelles étaient les conséquences pour l'exercice des pharmaciens de leur rôle de professionnels de proximité.

Les résultats de l'étude réalisée par le cabinet Bernard Brunhes consultants³² à la demande de l'ONDPS permet, à la fois, d'avoir une meilleure compréhension du rôle de premier recours attaché à la présence de proximité du pharmacien et d'explorer les facteurs susceptibles de faire évoluer l'exercice actuel. Au travers d'entretiens et d'observations en officines en Provence-Alpes-Côte d'Azur et dans le Centre, l'enquête a permis l'identification des prestations et des missions prises en charge par les équipes officinales. L'enquête s'est déroulée dans deux régions de caractéristiques contrastées – notamment densité d'officines et de pharmaciens inférieure pour l'une et supérieure pour l'autre à la moyenne nationale –, mais les résultats de l'étude font apparaître que les différences de comportements et d'appréciation sur le métier sont plus liées à un clivage urbain/rural qu'à des phénomènes régionaux. Des entretiens avec d'autres professionnels de santé exerçant dans le même territoire ont permis d'aborder d'un autre point de vue les relations interprofessionnelles.

L'enquête a rapidement fait apparaître que plus qu'un rôle de premier recours circonstanciel où l'officine tient lieu de point d'entrée dans le système de santé, de « gare de triage », c'est dans la bonne dispensation des médicaments que se joue avant tout le rôle de proximité du pharmacien. Au-delà, les pharmaciens s'investissent inégalement dans une gamme diversifiée d'interventions regroupées dans l'étude selon trois axes : des actions de prévention et de dépistage, en relais généralement de campagnes nationales, une attention particulière aux malades chroniques notamment dans un rôle d'écoute et de suivi de leurs prescriptions, et enfin des services de proximité (livraison et prise de mesures à domicile).

Ce que les pharmaciens entendus par les enquêteurs ont souhaité mettre en avant, c'est le rôle de pharmacien conseil, professionnel de santé de proximité, à l'écoute des malades, capable de rendre des services adaptés et personnalisés, et d'orienter vers d'autres professionnels de santé. Au-delà de la seule fonction de dispensation des médicaments attachée au monopole, le pharmacien d'officine met l'accent sur le fait qu'il est le seul professionnel de santé de niveau bac + 6 accessible à l'ensemble de la population sans rendez-vous pendant toute l'année et qui délivre des conseils personnalisés gratuits. L'affichage de cette compé-

31. M. COLLET, *La Démographie des pharmaciens à l'horizon 2030*, tome 2 du présent rapport.

32. Étude présentée dans le tome 2 de ce rapport.

tence est cependant peu mise en valeur dans les officines rencontrées : la profession semble partir du présupposé selon lequel les clients qui s'adressent à une officine en connaissent implicitement l'éventail des services et le mode de fonctionnement.

Le rôle de conseil, le pharmacien l'exerce quel que soit le mode d'accès à son officine, que ce soit après consultation d'un médecin, pour expliciter la prescription souvent, ou en accès direct pour une délivrance de médicaments sans ordonnance. L'ampleur du conseil est toutefois très dépendante de l'état d'esprit du patient, parfois peu désireux d'en recevoir, et très liée aussi au positionnement adopté par le pharmacien par rapport au médecin prescripteur. À cet égard, l'opinion pharmaceutique, promue par le Conseil central des pharmaciens d'officine et consistant pour le pharmacien à réagir par écrit à une prescription dont la pertinence ne lui semble pas acquise, ne connaît aucune réalité de mise en œuvre. Tout au plus est-elle parfois exprimée à l'oral, mais avec d'autant plus de précautions que les relations avec le médecin sont rares, notamment en milieu urbain.

L'insertion des pharmaciens dans un réseau de professionnels – informel et *a fortiori* organisé – est par ailleurs très variable, et en général peu développée si l'on excepte les démarches les plus militantes ou les mobilisations informelles autour d'un patient, en milieu rural particulièrement.

L'image qui ressort par conséquent de l'enquête est celle d'une profession diverse dont l'engagement au-delà du cœur de métier est très inégal et qui ne revendique pas massive-ment une évolution de son rôle vers davantage de prescriptions (prescriptions complémentaires ou même la « consultation pharmaceutique » souhaitée par certains), ni vers plus de prévention. Le rôle qui lui a été dévolu en matière de génériques comme en matière de contraception d'urgence dessine pourtant des pistes d'évolution. Mais une éventuelle modification du rôle du pharmacien doit être appréhendée dans une vision globale de son interdépendance avec les autres professionnels et en premier lieu les médecins. Elle implique également des évolutions dans sa formation.

■ Des professions paramédicales confrontées à un problème de reconnaissance

Au cours de l'année 2004, l'ONDPS s'était penché sur deux professions paramédicales, les infirmiers et les manipulateurs d'électroradiologie médicale. En 2005, il a approfondi les réflexions sur les infirmiers et surtout auditionné l'ensemble des professions paramédicales. Malgré le regroupement sous une même appellation, la réalité la plus manifeste est celle de l'extrême diversité des professions ainsi dénommées.

Parmi les facteurs qui les différencient, on relève particulièrement :

- la diversité des parcours de formation ;
- la diversité des règles de remboursement des prises en charge ;
- leur articulation plus ou moins étroite avec l'intervention médicale.

■ ■ Des formations à réorganiser

Les formations suivies sont très hétérogènes. Soumis de façon coordonnée ou disjointe à la tutelle du ministère de la Santé et du ministère de l'Éducation nationale, les organismes de

formation relèvent de statuts différents – publics ou privés, universitaires ou liés aux établissements de soins – pour les différentes professions. Mais cette variété de filières existe parfois aussi pour une même profession – ainsi les manipulateurs d'électroradiologie ou les opticiens. La multiplicité de filières, la dispersion des centres de formation et enfin le caractère parfois disparate des contenus de formation³³ posent la question de l'unicité de chacun de ces métiers, malgré l'existence de programmes nationaux.

L'insuffisance de stages cliniques ou la difficulté à trouver des terrains de stage sont déplorées par différents professionnels³⁴, comme la relative inadéquation des formations au regard de l'évolution des métiers. Certains professionnels (notamment les orthoptistes, les orthophonistes et les psychomotriciens) se déclarent par ailleurs favorables à la définition de tronc communs de formation. Ils seraient suivis d'un enseignement spécifique pour chaque spécialité.

Tous les professionnels paramédicaux auditionnés ont exprimé le souhait d'améliorer la formation des professions concernées pour conforter leur statut et gagner en reconnaissance en affirmant mieux leur apport au système de soins. L'élaboration de bonnes pratiques paramédicales, aujourd'hui peu développées, est une autre modalité possible d'affirmation de ces professions³⁵.

Seules certaines de ces professions font aujourd'hui l'objet de quotas de formation. Mais cette inégale volonté de maîtrise des effectifs est indissociable de la disparité dans le niveau de prise en charge financière de leurs prestations... comme de leur inégale insertion dans les établissements de soins.

■ ■ Un positionnement professionnel qui dépend de la stabilité des postes et des règles de remboursement des actes

Les différentes professions paramédicales ne bénéficient pas de la même assise professionnelle dans le champ sanitaire. Leur position dépend entre autres des règles de remboursement de leurs prestations et de la stabilité des postes qui leur sont offerts. La proximité avec l'exercice médical est une autre source de consolidation.

Le remboursement des actes et plus généralement la prise en charge financière des soins varient selon les métiers. Ils peuvent faire aussi, pour une même profession, l'objet d'ajustements différant d'un territoire à l'autre. C'est le cas, par exemple, pour les psychomotriciens ou les ergothérapeutes, selon les politiques locales d'utilisation des fonds d'action sociale des caisses d'assurance maladie, dans le cas de prestations externalisées par les établissements hospitaliers.

En fonction des modalités de prise en charge de leurs prestations, les professionnels paramédicaux peuvent s'écarter du soin dans sa définition « mutualisée » et privilégier les soins non remboursés, ce qui serait le souhait d'un nombre croissant de jeunes kinésithérapeutes libéraux, selon les résultats de l'enquête citée précédemment.

Ces évolutions appellent une grande vigilance dans la mesure où elles peuvent compromettre l'accès aux soins de base et remboursés à ce titre. L'attention aux seuls effectifs ne peut suffire si elle ne se double pas d'une veille sur les pratiques et d'une adaptation éventuelle des choix publics de rémunération pour conserver un nombre suffisant de professionnels posi-

33. Y compris pour les professions les moins nombreuses comme les orthoptistes.

34. Cf. les comptes rendus des auditions dans le tome 3 du présent rapport.

35. A.-M. BROCAS, *Rapport sur l'exercice libéral des professions paramédicales*, 1998.

tionnés sur les prestations remboursées. La problématique familière pour les médecins à honoraires libres peut donc être étendue à d'autres professions. De la même façon, l'instabilité, souvent soulignée lors des auditions, des postes offerts à certaines professions (ergothérapeutes, psychomotriciens, par exemple), dans le milieu hospitalier public notamment, contribue à les fragiliser et pèse sur leur essor.

Il importe donc d'accorder les modalités de formation et d'allocation de moyens comme les pratiques de remboursement à la place que l'on souhaite réellement octroyer à ces professions dans la prise en charge des personnes. Seule la cohérence de ces différents outils peut garantir une évolution démographique des professions conforme au rôle que leur donnent – ou non – les politiques de santé. Au risque, sinon, d'éventuelles contradictions avec la mise en avant de ces professions dans différents plans de santé (plan Handicap, par exemple, en ce qui concerne les ergothérapeutes).

Les facteurs d'inadéquation entre offre et demande de soins infirmiers

Les travaux du groupe qui s'est, en 2004, penché sur la profession d'infirmier³⁶ avaient fait apparaître le manque de connaissances précises tant sur les besoins en personnel infirmier que sur la réalité des trajectoires des professionnels en formation puis en exercice. Autant d'éléments qui faisaient défaut pour définir une politique adaptée d'évolution des effectifs infirmiers et pour comprendre les phénomènes de pénurie localisés dans un contexte d'essor des effectifs.

En 2005, l'objectif a été d'établir un recensement des démarches régionales d'études³⁷ dont la profession infirmière fait l'objet, de mobiliser les résultats de ces études et enquêtes pour approfondir les analyses et les constats présentés dans le rapport 2004, et enfin de fédérer, en les homogénéisant, les investigations susceptibles d'être conduites l'année prochaine pour organiser une veille et une prospective des ressources infirmières au niveau régional.

Pour tenter de mieux appréhender comment s'expliquaient les inadéquations localisées de ressources infirmières, deux pistes ont été explorées :

- Quel est le potentiel de formation et comment bénéficie-t-il à l'offre de soins régionale ?
- Quelle sont les trajectoires professionnelles en termes de choix des secteurs d'exercice, de statut, de mobilité, d'arrêt et de changement d'activité ?

Les insuffisances d'une régulation par les quotas rendent délicat le pilotage régional de l'offre de formation

La plus ou moins grande capacité d'une région à tirer parti de ses ressources de formation constitue un enjeu important pour la régulation locale du marché du travail des infirmières et pour le maintien d'une offre de soins infirmiers permettant de répondre aux besoins de la population. Deux phénomènes peuvent intervenir et conduire à des ressources régionales différentes de celles qui pourraient être déduites du potentiel de formation :

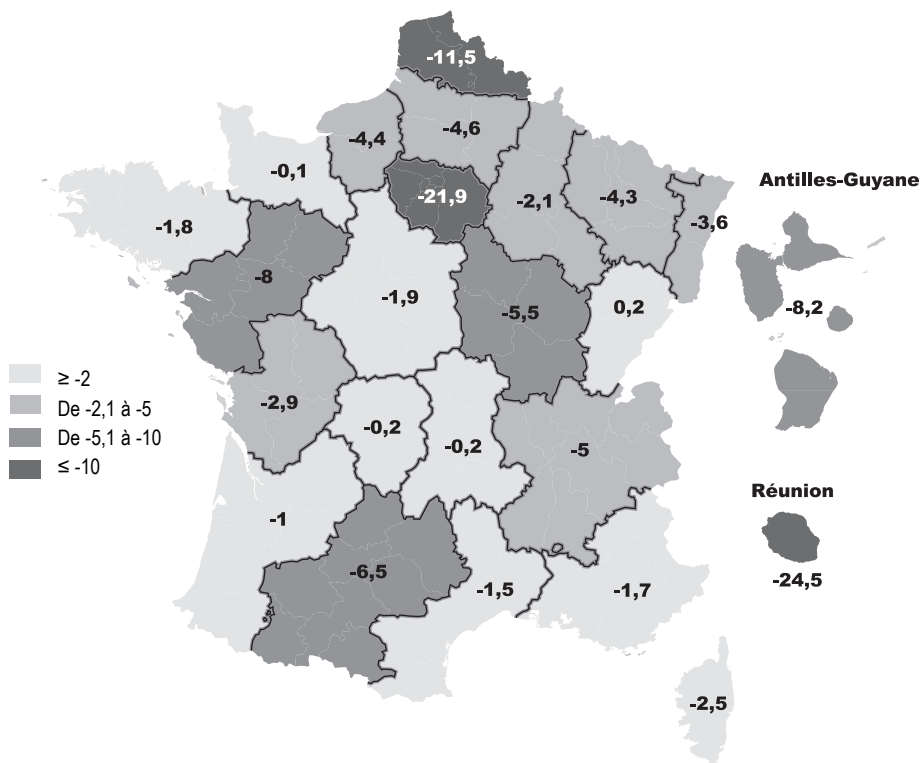
36. « Analyse de trois professions », tome 3 du rapport ONDPS 2004.

37. « Contribution sur les ressources infirmières », tome 2 du présent rapport.

• Il s'agit tout d'abord de l'écart entre le nombre de places offertes en IFSI en première année d'études (quotas) et du nombre d'inscrits réels. Certaines régions (Réunion, Nord - Pas-de-Calais, Île-de-France) ont de réelles difficultés à atteindre le quota de places offertes, comme en témoigne la carte 3, ci-dessous. En Île-de-France, il apparaît que la concurrence avec d'autres formations bac + 2 ou +3 est forte, comme en témoigne la faible proportion de bacheliers recrutés au sortir des bacs pourtant les plus orientés vers ce type de débouchés³⁸.

CARTE 3

DÉFICITS EN % DES NOUVEAUX ENTRANTS EN IFSI PAR RAPPORT AUX QUOTAS

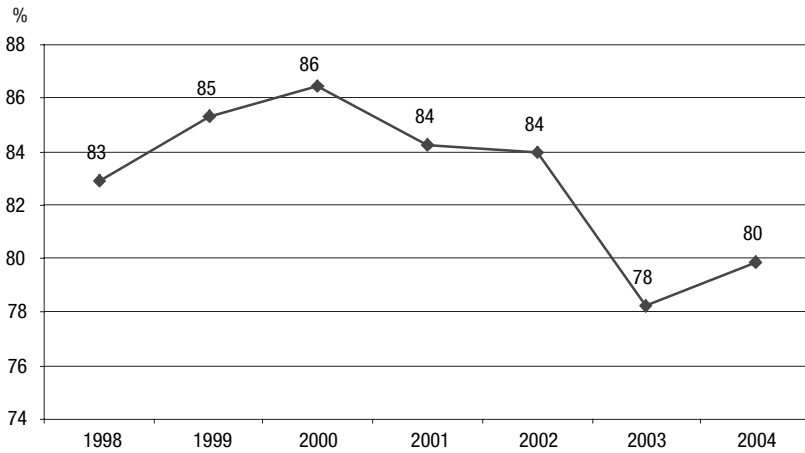


Source : DREES.

• La déperdition des étudiants en cours de formation affecte également le nombre de diplômés dans chacune des régions. Elles sont par ailleurs diversement touchées par les installations des diplômés hors de leur région d'origine. L'ampleur des abandons d'études dans la formation en soins infirmiers préoccupe les responsables régionaux chargés de réguler l'offre de professionnels infirmiers. Le taux de perte, de 20 % au niveau national, peut atteindre 29 % dans le Nord - Pas-de-Calais (graphique 1).

38. Cf. l'examen de la politique de recrutement d'infirmiers en Île-de-France dans l'étude de l'IRDES, contribution 6 de ce tome.

GRAPHIQUE 1

**ÉVOLUTION DU RAPPORT ENTRE DIPLÔMÉS ET INSCRITS EN PREMIÈRE ANNÉE TROIS ANS PLUS TÔT,
DONNÉES FRANCE ENTIÈRE**


Source : DREES.

Si la mobilité interrégionale au terme des études renvoie à des thématiques familières d'attractivité différenciée des régions, la difficulté à pourvoir les quotas et l'importance de la déperdition en cours d'études méritent d'être mieux comprises. La concurrence avec d'autres professions non sanitaires comme la question de l'(in-)adaptation de l'appareil de formation sont des pistes à creuser. Dans un contexte d'augmentation des quotas, qui conduit à un recrutement plus large, et à une forte diversité des profils des étudiants, la nature du parcours de formation doit sans doute être ajustée. Il est à noter d'ailleurs que les réflexions actuelles sur l'universitarisation des études d'infirmier et la question de l'adaptation au format européen LMD³⁹ introduisent un élément nouveau de réflexion.

Dans cette recherche d'une meilleure compréhension des parcours de formation et d'insertion professionnelle et des difficultés rencontrées par les étudiants, on peut noter que peu d'études ont été consacrées aux spécialisations infirmières alors même que certaines – IBODE notamment – connaissent elles aussi des difficultés de recrutement.

■ ■ Des mécanismes de mobilité professionnelle encore relativement mal connus et donc difficilement maîtrisés

En matière de mobilité géographique, l'un des constats que l'on peut tirer est que les jeunes diplômés privilégient massivement leur région de formation pour leur première installation. Cette réalité est néanmoins modulée dans certaines régions : l'exemple de la Lorraine, avec un taux global de 80 % de primo-installations dans la région, mais avec 50 % pour la Moselle (nombreux départs vers l'Alsace), 33 % pour les Vosges et moins de 6 % des diplômés de la Meuse en témoigne. L'Île-de-France est également une région plus concernée par un fort taux d'installation hors de la région à l'issue de la formation. La mobilité géographique en

39. Cf. l'expérimentation actuelle du cursus LMD pour les professions paramédicales en Rhône-Alpes, IASS, *La Revue*, décembre 2005.

cours de carrière est moins documentée, mais il apparaît en tout cas que les infirmières libérales privilégient une carrière dans leur région d'origine.

En ce qui concerne la mobilité fonctionnelle entre secteurs d'activité, la première embauche se fait majoritairement dans le secteur hospitalier public. Les raisons qui font que, au terme des trois années d'exercice salarié imposé⁴⁰, certaines infirmières deviennent libérales sont aujourd'hui mal renseignées. D'ailleurs, « *la mobilité d'emploi des infirmières reste un point aveugle des analyses*⁴¹ », qui s'attachent trop rarement aux trajectoires professionnelles sur plusieurs années.

La compréhension plus fine des trajectoires infirmières entre secteurs d'activité d'une part (libéral, hospitalier, médico-social) et sur le territoire d'autre part apparaît nécessaire pour anticiper d'éventuelles contradictions entre les projets d'évolution des professionnels, les besoins en effectifs des institutions et les besoins de la population en termes de santé.

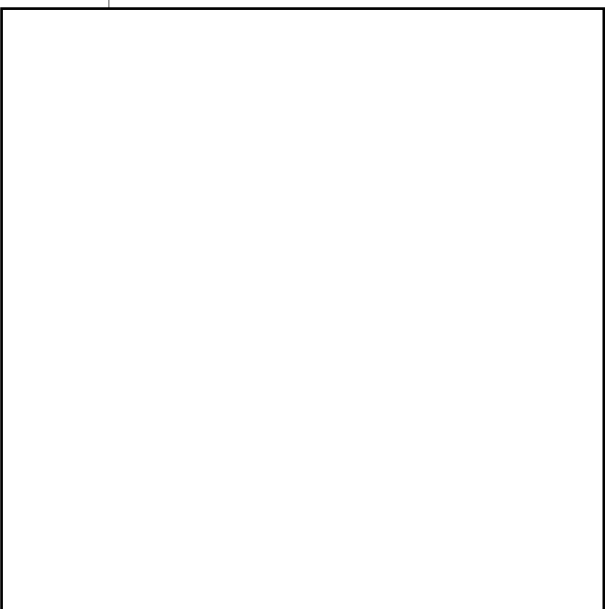
Dans les analyses régionales des parcours infirmiers, une difficulté résulte du fractionnement de la question : focalisées sur une catégorie de population infirmière, sur un type d'institutions ou sur un moment clé de ce parcours, les études permettent difficilement d'avoir une vision globale des enjeux pour la profession infirmière.

L'introduction d'une approche longitudinale des parcours demeure donc une nécessité pour comprendre, plus que simplement décrire, les mécanismes de mobilité professionnels à l'œuvre et pour pouvoir, le cas échéant, les influencer en lien avec les besoins des populations et des structures de prise en charge sanitaire ou médico-sociale. Une étude nationale (CEREQ) ouvre la voie, mais elle présente aujourd'hui une limite liée au manque de recul temporel (suivi sur cinq ans seulement, mais qui doit être complété dans l'avenir).

40. Toutefois, depuis 2004, en raison d'une pénurie de remplaçantes, et du fait du contexte de fragilité de certaines professionnelles exerçant dans des zones à faible densité, un avenant à la convention autorise les infirmières à travailler en libéral après seulement deux années d'expérience en activité de soins salariée.

41. « Analyse des ressources infirmières », tome 2 du présent rapport.

DES ENSEIGNEMENTS
POUR LA RÉGULATION
DÉMOGRAPHIQUE
DES PROFESSIONS DE SANTÉ



L'articulation entre politiques de santé, organisation du parcours de soins et enjeux démographiques doit être confortée

Les politiques de santé façonnent de façon majeure les besoins en professionnels de santé et les profils que doivent avoir ceux-ci. L'explicitation de leurs conséquences démographiques est indispensable pour garantir la cohérence de l'offre de soins au regard des objectifs fixés, mais l'ajustement nécessaire des formations ou des effectifs aux priorités de santé n'est pas toujours anticipé.

La disjonction temporaire des deux démarches peut conduire à des tensions fortes telles que celles qui peuvent résulter de l'affichage de normes ambitieuses de sécurité sanitaire dans un contexte d'insuffisance des effectifs nécessaires au respect de ces normes. Les exigences en matière de périnatalité se sont ainsi d'abord heurtées à une impossibilité d'ajuster en conséquence les effectifs, conduisant à un décalage entre normes et réalité. La DHOS avait estimé en 2004 à 8 000 infirmières les besoins nés de plusieurs plans gouvernementaux (périnatalité, consolidation des SAMU, insuffisance rénale chronique...), soit un quart du quota annuel, après plusieurs années d'augmentation marquée.

C'est pourquoi il apparaît nécessaire que les plans de santé définissent au moment même de leur élaboration les mesures démographiques d'accompagnement que dictent leurs préconisations, tant en termes d'adaptations des contenus de formations que d'évolution des effectifs. Le plan Cancer inclut ainsi des mesures démographiques significatives concernant aussi bien les médecins que d'autres professionnels (psycho-oncologues et personnels de radiothérapie).

De façon plus générale, l'affirmation de politiques de prévention plus volontaristes poserait la question du rôle de chaque acteur de santé et pourrait amener à reconsidérer l'intervention de chacun comme son mode de collaboration. C'est, par exemple, ce que souligne un rapport pour le conseil scientifique de la CNAMTS sur l'ophtalmologie⁴² en indiquant que, dans l'hypothèse d'une systématisation du dépistage aujourd'hui spontané de certaines pathologies, « les volumes éventuels de patients à dépister et à surveiller deviennent importants, la capacité de l'offre spécialisée à couvrir l'ensemble des besoins et les coûts relatifs des différents prestataires deviennent des paramètres critiques ».

Enfin, comme cela a été souligné à propos des évolutions à attendre pour la démographie des médecins généralistes, la réalité des effectifs peut un jour contrarier si l'on n'y prend pas garde les politiques visant à conforter le rôle pivot du médecin traitant dans les parcours de soins.

En l'absence d'articulation explicite entre politiques de santé et d'assurance maladie et politiques démographiques, les réponses apportées à la question des besoins ne peuvent qu'être insuffisamment ciblées.

L'importance des interactions entre professions de santé impose une approche démographique par problème de santé

Face aux questions soulevées tant par l'évolution numérique de certaines professions que par les difficultés à atteindre une couverture harmonieuse du territoire, les limites d'une approche cloisonnée profession par profession sont de plus en plus évidentes. Pour apporter

42. *La Démographie en ophtalmologie 2000-2020*, sous la direction de G. de POUVOURVILLE, septembre 2003.

une réponse pragmatique aux problèmes de terrain comme pour mieux rendre compte de la réalité des prises en charge, une réflexion par problème de santé apparaît souhaitable.

■ ■ L'interdépendance croissante entre professionnels

L'appréhension globale des problèmes démographiques est désormais nécessaire pour plusieurs raisons :

- la prise en charge des problèmes de santé appelle de plus en plus la coopération de professionnels de santé divers mais nécessairement coordonnés. Que cette coordination découle du caractère prescrit des actes de certains d'entre eux, ou qu'elle soit dictée par l'interdépendance technique de certains métiers – anesthésistes et chirurgiens, par exemple –, elle conduit à ce que le sort d'une profession ne puisse être examiné indépendamment de celui des autres ;
- les phénomènes d'entraînement collectif suscités parfois par le départ d'un professionnel – médecin généraliste, par exemple – sur les départs d'autres professionnels – infirmiers, pharmaciens – soulignent aussi d'autres formes de dépendance, cette fois plus économiques que techniques.

Les difficultés démographiques rencontrées par une profession peuvent par conséquent avoir différents types d'impact sur celles qui l'entourent : soit en interdisant l'exercice lorsque les métiers sont indissociables, soit en compromettre la viabilité quand un certain niveau d'activité dépend de la présence suffisante de l'autre acteur de santé.

De telles conséquences appellent des mesures volontaristes des pouvoirs publics tant pour garantir un effectif minimal de professionnels que pour veiller à leur répartition pour que des effets boule de neige ne menacent pas la prise en charge des problèmes de santé.

■ ■ Des modifications contraintes ou souhaitées des partages d'activité entre professionnels

La prise en compte de l'interdépendance des exercices professionnels peut aussi conduire à des problématiques d'évolution de leurs périmètres d'activité : les tensions rencontrées par une profession peuvent amener une autre d'entre elles à évoluer pour y pallier. Ces évolutions peuvent se faire par une adaptation spontanée des pratiques – recoupement des pratiques des médecins généralistes et de certains spécialistes, délégations d'activités accrues dans un cadre hospitalier entre médecins et infirmiers –, mais elles peuvent nécessiter également une remise à plat des décrets d'actes. C'est l'enjeu actuel des expérimentations de coopération entre professionnels de santé qui ont le mérite de porter au grand jour des questions de répartition d'activité sinon cantonnées au non-dit (voir encadré).

« Cinq expérimentations de coopération entre les professions de santé ont fait l'objet d'un arrêté le 13 décembre 2004 (arrêté relatif à la coopération entre professionnels de santé publié au *JO* du 13 janvier 2005). Conduites en 2005, elles concernaient les domaines :

- de l'hémodialyse ;
- du suivi des patients avec hépatite C chronique ;
- de la consultation en ophtalmologie ;
- de la consultation diététique dans le cadre de la prise en charge d'un patient diabétique ;
- de l'activité de dosimétrie en centre de radiothérapie.

Ces expérimentations ont impliqué quatre professions non médicales (diététicien, orthoptiste, infirmière, manipulateur d'électroradiologie), sur huit sites différents.

Les résultats et les premiers éléments de conclusions relatifs à ces cinq expérimentations feront l'objet d'un rapport avant l'été 2006.

Dix autres expérimentations ont fait l'objet d'un deuxième arrêté modifiant et complétant l'arrêté du 13 décembre 2004 (*JO* du 7 avril 2006). Elles concernent :

- le suivi de patients avec chimiothérapie en hôpital de jour et au domicile ;
 - le suivi de patients en neuro-oncologie ;
 - la réalisation de l'échocardiographie ;
 - la réalisation d'échographies ;
 - le suivi de patients traités pour une hépatite chronique ;
 - le suivi de patients en insuffisance rénale chronique ;
 - la réalisation d'explorations fonctionnelles digestives ;
 - le dépistage, la coordination des soins et le suivi de certains groupes de patients en cabinet de médecine générale ;
 - la réalisation d'un entretien pré don à l'Établissement français du sang ;
 - l'assistance du médecin en pathologie prostatique.
-

Mais l'adaptation spontanée, parce qu'autorisée, des exercices ne dispense pas de se poser des questions quant à son accompagnement, notamment en matière d'adaptation des formations. Il apparaît ainsi que, dans leur exercice de tâches « spécialisées », les généralistes manifestent un besoin de formation initiale ou continue accrue ; c'est ce qui ressortait de leurs déclarations dans une enquête conduite sur leur pratique en gynécologie en Bretagne ; c'est ce qui apparaît également dans une étude récente sur la prise en charge des troubles mentaux en médecine générale⁴³.

La pression démographique pesant sur certaines professions oblige à reconsidérer un modèle français de partage des activités dont les comparaisons internationales soulignent qu'il est loin d'être universel. La réflexion sur les complémentarités ou substitutions entre professionnels a été un levier significatif pour la résolution des tensions démographiques dans différents pays. La part accrue donnée en Amérique du Nord ou au Royaume-Uni à d'autres professionnels non ophtalmologistes dans la prescription de verres correcteurs comme dans certains examens techniques en est un exemple.

Mais ce modèle peut aussi être amené à évoluer en dehors de toute pression démographique pour acter certaines évolutions professionnelles, offrir de nouvelles perspectives de carrière, ou optimiser les interventions des différents acteurs de santé au profit du patient. La redéfinition

43. *Étude de la prise en charge des troubles mentaux et de la prescription de psychotropes en médecine générale*. Équipe Sesame (Dr RITCHIE, J. NORTON, G. DE ROCQUEFUEUIL), Pr BOULENGER, Pr MANN, INSERM E361. 2005.

du rôle de l'infirmière dans certains pays⁴⁴ a ainsi apporté à celle-ci une possibilité de promotion dans l'exercice clinique qui lui est aujourd'hui fermée en France, la progression de carrière se faisant le plus souvent dans des fonctions d'encadrement éloignées de la pratique clinique.

D'autres questions ont émergé au travers des travaux entrepris en 2005 par l'ONDPS : l'étude sur les pharmaciens souligne l'impact sur leur rôle de la substitution de médicaments princeps par des génériques, qui les a placés dans une situation pro-active différente de la traditionnelle délivrance du médicament prescrit. L'accroissement possible des délivrances de médicament sans prescription – lié aux comportements de certains clients, et éventuellement aux effets des remboursements – pourrait aller dans le même sens.

Au travers de certaines évolutions engagées ou envisagées des fonctions du pharmacien se pose la question du partage actuel des rôles entre lui et le médecin. C'est déjà le cas avec l'« opinion pharmaceutique », dispositif prôné par l'Ordre des pharmaciens qui consiste, pour le pharmacien, à exprimer par écrit d'éventuelles réserves devant une prescription. Ce le serait plus encore en cas de développement d'une prescription secondaire du pharmacien⁴⁵. La part qui sera prise par les pharmaciens dans le dossier médical personnel comme le partage de la mission de veille pharmaceutique peuvent poser des questions similaires.

Néanmoins, selon l'étude de l'équipe du cabinet Bernard Bruhnes consultants (BBC), « *les pharmaciens d'officine semblent assez conscients de la difficulté qui serait la leur à faire jouer à plein leur rôle de "généraliste du médicament", rôle d'autant plus précieux actuellement au regard du rythme accéléré de mise sur le marché de nouvelles molécules et de nouveaux médicaments. Le besoin d'assurer une "veille en continu" des nouveaux produits et d'utiliser plus finement la totalité des médicaments mis à disposition, en combinant à la fois les médicaments les plus récents et les plus anciens lorsqu'ils demeurent adaptés aux pathologies, représente une opinion relativement partagée par les équipes officinales mais difficile pour l'heure à mettre en pratique.* »

Les entretiens faits par le cabinet BBC auprès de certains médecins dans le cadre de l'étude sur le rôle de proximité du pharmacien montrent toutefois que certains sont ouverts à une évolution de ce rôle.

Ce n'est donc pas la seule contrainte démographique qui doit amener à se poser ces questions de frontières interprofessionnelles. C'est ce que manifestaient d'ailleurs les interventions des professionnels auditionnés qui, souvent, ont évoqué une possibilité de plus grande optimisation – ou de recentrage – de leurs actions grâce à des redéploiements d'activités.

■ ■ L'attrait pour les modalités de travail coopératives

Au-delà même du principe de réalité qui veut que l'on suive parallèlement les évolutions de professions interdépendantes, les aspirations des professionnels comme les effets d'une coordination renforcée entre eux militent pour une plus étroite coopération entre professions.

De nombreux travaux montrent les réticences accrues des médecins à l'exercice isolé. Les données sur l'installation en libéral des infirmiers comme leur intérêt pour les fonctionnements en réseaux confirment également cette tendance au regroupement. Que ce soit par recherche d'autres modes de vie et par volonté de partager les contraintes, par souci de sécurité parfois, et

44. Intervention de B. Detournay de Cemka-Eval lors du colloque du conseil scientifique de la CNAMTS d'octobre 2002 sur les soins de santé primaires.

45. « *Pour la prescription de vaccins, la prise en compte de la douleur, l'adaptation rapprochée et le suivi de malades chroniques (asthme, diabète) [...], le pharmacien doit pouvoir jouer officiellement un rôle de prescripteur complémentaire* », rapport de l'Académie de pharmacie rendu public le 19 janvier 2006.

par souhait de coopérations interdisciplinaires, les jeunes professionnels sont de plus en plus attirés par un exercice en groupe, ou au sein de maisons médicales ou pluridisciplinaires. L'écoute de ces aspirations doit conduire à des modes d'organisation dépassant les frontières professionnelles.

Et ce d'autant plus sans doute que les exemples étrangers témoignent des apports de ces coopérations entre professionnels. Les travaux comparatifs sur le rôle des infirmiers dans différents pays montrent que souvent la coopération entre un médecin et une infirmière suscite plus un apport de tâches nouvelles qu'une véritable substitution et que ces pratiques ont notamment un effet favorable sur le développement de la prévention et de l'éducation à la santé⁴⁶.

■ ■ L'importance des approches surmontant les lignes de fracture entre ville et hôpital, entre offre libérale et offre publique

Les hypothèses de renforcement de la sphère hospitalière par rapport à la médecine libérale comme les analyses territorialisées en matière de couverture géographique des besoins soulignent la nécessité d'une réflexion sur les modalités de partage des prises en charge entre ville et hôpital et sur les coopérations à conforter. L'organisation des trajectoires de soins devra, pour certains problèmes de santé, impérativement intégrer cette réalité.

La répartition actuelle des tâches est très variable selon qu'une forme de prise en charge est un quasi-monopole hospitalier, qu'elle est répartie de façon équilibrée entre ville et hôpital ou qu'elle se pratique essentiellement en ville. Le partage au sein du monde hospitalier entre secteurs public et privé ajoute une autre clé de lecture. L'impact des phénomènes démographiques sur ces architectures de prise en charge n'est donc pas uniforme et c'est au cas par cas, spécialité par spécialité, ou problème de santé par problème de santé, que doivent être inventées les solutions organisationnelles propres à répondre aux évolutions démographiques. L'attention la plus grande doit donc être accordée aux mécanismes de spécialisation hospitaliers et aux lignes de partage qui s'affirment entre secteurs privé et public⁴⁷. La très nette prédominance du secteur privé dans la chirurgie ambulatoire en est un exemple connu ; l'hôpital public prédominant, lui, dans d'autres types de prise en charge (la transplantation d'organe, par exemple).

La part prépondérante prise par l'hôpital dans certaines prises en charge appelle certainement un développement des réseaux ville-hôpital pour organiser au mieux le parcours des patients (cf. prise en charge de l'infection par VIH, hépatites virales...). Le partage des activités à l'œuvre entre cliniques et hôpitaux publics doit, lui, inciter à poursuivre les mouvements de coopération amorcés depuis plusieurs années.

■ L'analyse des ressources soignantes nécessite aussi un examen de l'activité et des pratiques

L'évolution des métiers mais aussi celle des comportements des soignants face au travail modulent significativement le contenu en soins du temps de chaque acteur de santé. C'est ce qui était ressorti très clairement des travaux de l'Observatoire en 2004 et des éléments recueillis en 2005. Si la précision accrue du recensement des professionnels par la

46. F. MIDY, *Substitution et qualité des soins : revue de la littérature*, CREDES, 2004.

47. Cf. tome 1 de ce rapport.

confrontation des sources et l'affinement des projections sur les effectifs constituent des préalables à toute réflexion approfondie sur la démographie des professionnels, ils doivent être mis en perspective avec un examen de l'activité et des pratiques. Sont notamment nécessaires les analyses plus qualitatives sur le temps des professionnels qui est consacré aux soins et sur les modalités de prise en charge des patients. Un examen purement quantitatif ne permet en effet pas de comprendre les tensions mises en avant par les professionnels.

Différents facteurs liés au temps de travail ont en effet modifié la disponibilité de chacun d'entre eux : diffusion du temps partiel, réduction du temps de travail, attitude différente des plus jeunes à l'égard du partage vie professionnelle/vie privée... Le développement de tâches jugées bureaucratiques – bien que souvent liées à la mise en place de démarches qualité – est souvent présenté également comme une cause de moindre disponibilité pour le soin. Autant d'éléments qui pourraient signifier qu'un même effectif de professionnels de santé ne peut faire face aujourd'hui au même volume d'activité qu'il y a une vingtaine d'années, par exemple. Les études sur les infirmiers faisaient ainsi apparaître en 2004 que l'augmentation significative des effectifs du secteur hospitalier public entre 1999 et 2003 avait été en grande partie absorbée par la réduction du temps de travail et, dans une bien moindre mesure, par l'évolution du temps partiel.

D'autres éléments doivent également être pris en considération : l'évolution des prises en charge liées au vieillissement de la population ou à la réduction des durées de séjour hospitalières, ou la technicisation de certaines modalités thérapeutiques ont densifié le temps de travail. Cet alourdissement des prises en charge explique pour une large part les fortes tensions ressenties par les professionnels.

Le rapport de l'ONDPS de 2004 avait en outre souligné les enjeux liés à l'organisation des soins : selon la plus ou moins grande optimisation de la gestion des équipements techniques, de la coordination des équipes, de la maîtrise des parts respectives des activités programmées et non programmées... le potentiel de soins d'un même nombre de professionnels peut être grandement modulé. Cette piste de travail, qui n'a pu être creusée en 2005, devra être reprise dans les prochains programmes de travail de l'ONDPS.

Les dispositifs de régulation mobilisés jusqu'à présent n'ont que partiellement réussi à améliorer la répartition géographique des professionnels de santé

L'essor du nombre de professionnels de santé a naturellement contribué à minimiser au fil du temps les inégalités géographiques d'accès aux soins : le resserrement des écarts constatés pour les médecins généralistes, pour les pharmaciens en témoigne. Mais l'ensemble des travaux soulignent la persistance de contrastes inter- ou intrarégionaux marqués et la ligne qui découpe la France en deux espaces – Nord et Sud – inégalement dotés, si elle a tendance parfois à remonter vers le nord, n'en demeure pas moins une réalité incontournable.

Les inégalités géographiques témoignent d'une relative inertie face aux mesures prises en matière de régulation des effectifs

Le maintien des contrastes de répartition conduit à se poser la question de l'efficacité des politiques de régulation de l'offre de soins. Il apparaît clairement en tout cas que l'accroissement

significatif des effectifs de l'essentiel des professions de santé au cours des vingt dernières années n'a pas suffi à garantir, par son seul effet mécanique, la couverture du territoire français.

L'exemple des **pharmaciens** montre bien que même une politique parmi les plus volontaristes ne parvient pas à gommer totalement les contrastes ruraux/urbains et la ligne de partage Nord/Sud⁴⁸. Cette profession encadrée et étroitement réglementée est soumise depuis 1941 à un régime d'autorisation de l'installation, dont la logique initiale était tout à la fois malthusienne et régulatrice de la répartition sur le territoire. La faveur accordée aux communes les plus petites dans les quorum d'installation devait à ce titre encourager l'équipement en officines des territoires ruraux. Les résultats en termes de répartition sont certes intéressants, puisque l'inventaire communal de l'INSEE de 1998 indiquait que huit Français sur dix disposent d'une officine dans leur commune et que tous sont à moins de 7 km ou moins de 8 minutes de la pharmacie la plus proche. Les Français disposent à cet égard de l'un des réseaux pharmaceutiques les plus denses de l'Union européenne.

Mais l'on constate néanmoins que la coupure entre le Nord et le Sud demeure, bien qu'elle glisse progressivement vers le nord au fil des années de régulation. Et les écarts entre le département le mieux desservi (une officine pour 1895 habitants) et celui qui a la couverture la plus faible (une pour 3 936 habitants) étaient encore non négligeables en 2002 selon les données de l'Ordre des pharmaciens. Il est vrai que la législation spécifique d'Alsace-Lorraine a freiné les installations dans cette zone. Ce qui frappe davantage est que les départements les mieux lotis ont continué régulièrement à améliorer leur desserte, et sont désormais en excédent au regard de la norme réactualisée par la loi du 27 juillet 1999. C'est d'ailleurs pourquoi cette dernière a supprimé les possibilités d'octroi de licences par voie dérogatoire.

En ce qui concerne les **médecins**, les déséquilibres sont plus prononcés et les mesures de régulation entreprises au travers de la modulation du *numerus clausus* et des postes d'internes n'ont pas apporté les effets escomptés en termes de rééquilibrage interrégional.

Cet insuccès tient pour une part à l'absence de pérennité des mobilités obtenues dans le courant des études. En effet, comme cela a été souligné dans le rapport de 2004, le pouvoir de ces mesures sur la meilleure répartition territoriale des médecins est variable selon les régions et, en définitive, la capacité des régions à former des étudiants n'entraîne pas celle de les retenir au moment de l'installation ; en témoigne l'exemple de la Picardie qui draine nombre d'internes non picards, mais les voit repartir pour la plupart dans leur région d'origine. Ce phénomène est également bien mis en lumière par le recensement région par région du nombre des diplômés au regard du nombre des installations. Plusieurs comités régionaux de l'Observatoire ont tenté de mieux analyser les mécanismes en jeu pour essayer de repérer des éléments qui conditionnent l'installation dans leur région.

Mais les étudiants ont su également mettre à profit les souplesses occasionnelles du système. Ainsi, dans le cadre nouveau des ECN, la possibilité offerte en 2004 aux étudiants souhaitant être médecins généralistes de rester dans leur région ou plus généralement la possibilité de non-validation du deuxième cycle pour retenter sa chance l'année suivante ont contribué à accroître le déséquilibre géographique des affectations. La part des postes pourvus dans la subdivision de Montpellier (136,6 %) l'illustre clairement, surtout si on la rapproche de celle de Saint-Étienne (53,8 %).

48. H. PICHERAL, « Les territoires des officines pharmaceutiques. Santé et territoire », *Carnet de santé de la France 2004*, Mutualité française, Dunod.

L'évaluation par la DHOS de la politique de postes hospitaliers prioritaires⁴⁹ confirme que les politiques volontaristes tentant de corriger les déséquilibres géographiques ont des résultats mitigés dans la durée. En effet, sur l'ensemble de la période évaluée (2002-2004), l'attractivité globale des postes à recrutement prioritaire n'est pas démontrée, même si ponctuellement et localement le dispositif a pu produire des effets positifs pour certains établissements. Mais globalement le taux d'attractivité des postes à recrutement prioritaire vacants (nombre de praticiens nommés/nombres de postes vacants publiés) n'est pas toujours supérieur à celui des autres postes.

La revue de la littérature internationale effectuée par l'IRDES pour l'ONDPS⁵⁰ montre de fait que les incitations financières à l'installation ou au maintien dans un poste n'ont qu'une influence modérée à moyen terme et faible à long terme. La priorité généralement accordée à de telles mesures est clairement mise en question dans les études internationales qui soulignent la nécessité de les compléter par des mesures portant sur la formation et par des actions non spécifiques d'aménagement du territoire.

■ ■ Les conditions de vie et l'aménagement du territoire constituent des facteurs majeurs d'amélioration de la répartition des professionnels de santé

Depuis plusieurs années, de nombreuses mesures législatives ou conventionnelles ont été prises en France pour inciter les médecins à s'installer dans des zones sous-dotées et pour garantir la permanence des soins. Bourses sous conditions, exonérations d'impôts, aides ponctuelles à l'installation, aides aux remplacements : autant de mesures financières qui peuvent constituer de réelles incitations mais dont l'évaluation n'est pas encore possible. Deux constats émergent cependant d'ores et déjà : l'insuffisante connaissance de ces dispositifs par les professionnels concernés⁵¹ et la nécessité de les compléter par des actions plus ciblées sur les conditions de vie.

La conjonction des éléments professionnels et des facteurs plus personnels dans les choix d'installation militent pour que les mesures visant à une meilleure allocation géographique de l'offre de soins ne se focalisent pas sur le seul exercice professionnel. C'est ce qui est ressorti nettement en 2005 des travaux de la Commission sur la démographie médicale qui a mis l'accent sur la nécessité de ne pas dissocier les mesures en faveur des médecins d'une approche plus globale d'aménagement du territoire : « Attirer plus qu'inciter », telle peut être la philosophie de ses conclusions. Dans des territoires sous-équipés où le sort professionnel du conjoint est incertain et les conditions de scolarisation des enfants difficiles, les incitations financières montrent leurs limites. Les enjeux sont alors non spécifiques aux professions sanitaires, et relèvent d'une problématique plus générale de développement local.

Les expériences étrangères, et notamment canadiennes, attirent à cet égard l'attention sur le fait que le souci de drainer de nouveaux professionnels ne doit pas faire oublier de retenir ceux qui sont d'ores et déjà en exercice et que les conditions de travail difficiles peuvent finir par lasser. C'est pourquoi des mesures leur facilitant la formation continue ou les remplacements sont utiles.

49. La circulaire DHOS/M/2001/610 relative aux postes à recrutement prioritaire du 12 décembre 2001 prévoit que les PH qui s'engagent, par convention conclue avec le directeur de l'établissement, à exercer leurs fonctions pendant cinq ans sur l'un des postes figurant sur la liste des postes prioritaires perçoivent une allocation spécifique de 10 000 euros (pour une activité pleine, au prorata du temps sinon), ainsi que des avantages en termes d'avancement et de formation.

50. Cf. Synthèse de l'étude IRDES présentée en tome 1 du présent rapport, et le rapport de cette étude sur le site www/sante.gouv.fr/ondps/.
51. Rapport de la Commission sur la démographie médicale, avril 2005.

La nécessaire prise en compte des mouvements migratoires internationaux des professionnels de santé

Les enjeux de la démographie des professions de santé ne se cantonnent pas à l'intérieur des frontières françaises. Le principe communautaire de libre circulation des professionnels impacte les mesures françaises de régulation des effectifs. Les recrutements de médecins à diplômes étrangers non européens constituent une réalité notable dans l'univers hospitalier.

■ ■ Certaines professions sont particulièrement concernées par les flux de professionnels au sein de la Communauté européenne

Le nombre d'autorisations d'exercice accordées à des diplômés d'écoles de formation européennes – et bien souvent de nationalité française – peut remettre en cause l'effectivité du *numerus clausus*, comme c'est le cas pour les masseurs-kinésithérapeutes. Les autorisations d'exercer accordées à des professionnels formés dans les pays de la communauté ont ainsi représenté une part croissante du quota annuel d'entrées dans les écoles de masseurs-kinésithérapeutes (10 % en 1997, 60 % en 2002, 93 % en 2003). Dans la mesure où nombre de ces jeunes diplômés sont français, il s'agit d'un incontestable contournement du *numerus clausus*. La question vaut pour d'autres professions, ainsi les orthophonistes. Elle peut conduire à interroger la pertinence du maintien d'un *numerus clausus* dans ces conditions.

La problématique est différente pour des professions comme celle d'infirmier pour laquelle, dans l'attente de l'impact de la forte augmentation des quotas à partir de 2000, s'est manifesté un appel à main-d'œuvre extérieure. Le chômage quasi inexistant dans cette profession et l'importance de la demande ont créé des conditions favorables à l'arrivée d'infirmiers de pays de la Communauté, notamment d'Espagne. L'analyse faite en 2004 de la profession d'infirmier⁵² montrait de surcroît que leur intégration était durable puisque, sur les 770 infirmières espagnoles qui avaient été recrutées, le taux de retour n'était que de 5 %.

L'importance des besoins en France n'empêche pas certaines régions frontalières d'être confrontées à d'importants mouvements d'émigration de leurs infirmières⁵³. En Lorraine, 5,4 % des infirmiers de la région (soit 903) travaillaient au Luxembourg selon le recensement de 1999. Près de 60 % d'entre eux avaient moins de 35 ans. Le Luxembourg semble exercer une véritable attraction. Le nombre des reconnaissances de diplômes étrangers pour exercer la profession d'infirmier y a doublé entre 2000 et 2002, alors que le nombre d'infirmiers en activité sur la même période n'a progressé que de 7 %. En Alsace, le marché du travail s'étend au-delà des frontières, en Allemagne et en Suisse, où les niveaux de salaire sont plus élevés. En Franche-Comté, on peut ainsi estimer que la proportion d'infirmiers résidant en Franche-Comté et travaillant en Suisse s'élève à 7 % environ. Cette proportion est relativement importante comparée au nombre de frontaliers toutes catégories professionnelles confondues, soit 3 % de la population active (source : INSEE).

D'autres professions enfin sont susceptibles de connaître des évolutions significatives sous l'effet, non de migrations humaines, mais de décisions des instances européennes. Ainsi, l'arrêt *Deutscher Apothekerverband* de la cour de justice de la Communauté européenne⁵⁴,

52. « Analyse de trois professions », tome 3 du rapport 2004.

53. « Analyse des ressources infirmières », tome 2 du présent rapport.

54. CJCE, arrêt du 11 décembre 2003.

qui a jugé, suite à une question préjudicielle d'une juridiction allemande, que le monopole des officines constitue une entrave non justifiée au principe de libre circulation des biens lorsque les médicaments ne sont pas soumis à prescription médicale, peut à terme impacter l'organisation actuelle de la profession pharmaceutique.

■ ■ Le recours à des médecins à diplômes étrangers non européens est, lui, encadré

En ce qui concerne les médecins, le sujet ne recoupe que partiellement la thématique de la libre circulation au sein de la Communauté européenne. En effet, parmi les médecins à diplôme étranger actifs en France, seule une partie détient des diplômes communautaires et bénéficie par conséquent des règles communautaires. Selon les analyses disponibles les plus récentes tirées des données du Conseil de l'Ordre, 2 572 médecins à diplôme communautaire étaient en 2001 inscrits au tableau de l'Ordre avec plénitude d'exercice. 5 357 autres médecins étrangers inscrits détenaient des diplômes non communautaires (1 985 d'entre eux n'ayant qu'un droit d'exercice limité à l'hôpital).

L'ONDPS a souhaité, cette année, prendre la mesure des effectifs des médecins à diplôme étranger. Une enquête conduite par la DHOS a apporté des compléments aux éléments disponibles auprès de l'Ordre des médecins⁵⁵.

Au 31 décembre 2004, 7 406 médecins de nationalité étrangère diplômés hors de France étaient inscrits au tableau de l'Ordre des médecins, certains ayant un droit d'exercice plein, d'autres voyant cet exercice limité à l'hôpital. L'enquête menée en 2005 par le DHOS auprès des établissements publics de santé recense, pour 76 % des établissements, près de 5 000 médecins à diplôme étranger hors Union européenne, dans des fonctions d'assistants associés, ou de faisant fonction d'internes. En 2005, la nouvelle procédure d'autorisation d'exercice était plafonnée à 200 autorisations⁵⁶.

Les auditions menées dans le cadre de l'Observatoire ont souligné que ces médecins avaient constitué un renfort non négligeable pour le fonctionnement de certains services ou l'équilibre de certaines spécialités.

■ Une attention renforcée à apporter aux modalités d'organisation des formations

Il n'est pas surprenant que l'aboutissement des réflexions relatives à la démographie des professionnels de santé ramène à leur formation. Aux choix de *numerus clausus* ou de quotas bien sûr, parce qu'ils conditionnent strictement les évolutions d'effectifs. Mais bien plus largement aux stratégies éducatives, aux modalités d'organisation des parcours de formation, à l'existence ou non de passerelles permettant d'ajuster un choix initial...

Deux années d'études et d'auditions des professionnels ont bien fait émerger les enjeux actuels des formations aux professions de soins.

55. Cf. tome 1 du présent rapport.

56. Cette procédure (NPA) s'organise en deux temps : épreuves de vérification des connaissances, puis, au terme de trois ans d'exercice hospitalier, délivrance d'une autorisation sur dossier soumis à l'avis d'une commission.

■ ■ L'organisation des parcours et celle des examens et concours impactent sensiblement l'attractivité relative des différentes professions

C'est ce qui ressort clairement de la désaffection subie par certaines spécialités médicales, et en premier lieu par la médecine générale. La méconnaissance permise par la nature actuelle des stages⁵⁷ notamment n'explique naturellement pas tout, mais il est clair qu'une formation hospitalo-centrée génère plus difficilement des vocations pour la médecine de famille. Les enseignements des expériences québécoises montrent d'ailleurs que l'organisation précoce de stages en milieu rural contribue à une moindre appréhension pour ce lieu d'exercice. Que ce soit pour faire connaissance avec une spécialité ou avec un environnement professionnel, la diversité des lieux de stage est un élément clé. La mise en place effective des stages des étudiants de deuxième cycle auprès de médecins généralistes pourra aider à lutter contre le recul de cette spécialité.

L'organisation en filières a, elle aussi, des effets pervers tout en apportant les résultats qu'elle recherche. Les spécialités filiarisées – gynécologie, pédiatrie – bénéficient bien de leur distinction. Mais, à l'inverse, certaines des spécialités mêlées au sein d'une même filière – spécialités médicales ou chirurgicales – peuvent pâtir d'un manque de visibilité ou de lisibilité. Et elles sont directement impactées par la concurrence dont sont mieux protégées les spécialités filiarisées qui bénéficient de places réservées.

■ ■ L'hétérogénéité des formations pèse sur le positionnement de certaines professions paramédicales

Comme cela a déjà été souligné, la réorganisation des formations paramédicales, avec notamment la mise en place de troncs communs et la modularisation des diplômes, a été présentée par la majorité des professionnels auditionnés comme un gage de reconnaissance accrue et de meilleur positionnement dans la chaîne du soin.

L'analyse des pratiques de spécialisation des infirmières⁵⁸ a bien montré également que l'acquisition de compétences spécifiques, au travers notamment de formations universitaires – addiction, soins palliatifs, hygiène hospitalière... –, était l'une des voies alternatives d'affirmation de la profession, dont la seule modalité actuelle de promotion est le passage à l'encadrement et le renoncement à la clinique.

■ ■ La création de passerelles est un gage de souplesse pour les trajectoires individuelles et l'ajustement des effectifs

Le cloisonnement actuel des parcours est également fréquemment dénoncé par les professionnels. Ainsi l'absence de transversalité entre les métiers médicaux et les conséquences de l'hyper-spécialisation : la restriction des candidatures au CNPH pour chaque discipline ou spécialité aux seuls candidats disposant d'un diplôme ou à de la qualification ordinaire dans cette spécialité ou discipline est dénoncée comme un cloisonnement excessif. Comme le note C. Hardy-Dubernet, « *il apparaît que le système est d'autant plus fragilisé qu'il est rigide. Cette*

57. Comme d'ailleurs par la composition du corps enseignant hospitalo-universitaire, les professionnels libéraux n'intervenant que très exceptionnellement dans la formation médicale.

58. Tome 3 du rapport 2004, « Analyse de trois professions ».

rigidité est à la fois organisée par les filières mais aussi par les règles informelles qui divisent ces filières et s'appliquent de façons différentes selon les zones géographiques⁵⁹».

Mais le cloisonnement vaut aussi entre professions. C'est tout l'intérêt de la mise en place de troncs communs, qui permettent la découverte d'autres métiers et le cas échéant les reconversions – première année commune pour les médecins, sages-femmes, odontologistes et masseurs-kinésithérapeutes. Certaines professions paramédicales ont exprimé, elles aussi, le souhait de troncs communs – psychomotriciens, orthoptistes et orthophonistes.

Bien qu'elle soit aujourd'hui peu développée dans le champ des professions sanitaires, étant aujourd'hui réservée au seul diplôme professionnel d'aide-soignant⁶⁰, la validation des acquis de l'expérience peut, elle aussi, apporter une facilitation des évolutions de carrière ou reconversion. Elle est notamment envisagée pour l'accession à la spécialisation d'infirmière de bloc opératoire, dont la formation est aujourd'hui un peu délaissée⁶¹ et ce d'autant plus que nombre d'infirmières diplômées d'État font aujourd'hui fonction d'IBODE.

L'existence de passerelles apparaît donc comme un impératif tant pour faciliter les évolutions de carrière individuelles que pour offrir des souplesses dans la gestion des effectifs, en permettant d'organiser d'éventuelles reconversions.

59. A.-C. HARDY-DUBERNET, Y. FAURE, *Le Choix d'une vie, Étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue de l'examen classant national 2005*, CEREQ, DCS Ange-Guépin, rapport DREES mars 2005.

60. Arrêtés des 25 janvier et 22 octobre 2005.

61. T. AUDIGÉ, J. DEBEAUPUIS, P. SEGAL, *Validation des acquis de l'expérience: du droit individuel à l'atout collectif*, rapport IGAS, juin 2005.

E

enseignements et préconisations

Trois préconisations déjà formulées en 2004

Les enseignements des travaux réalisés en 2005 permettent de préciser le contenu de ces préconisations.

1 • Le partage des données statistiques et administratives sur les professionnels de santé est essentiel pour la veille démographique.

- Il est nécessaire que le répertoire partagé des professions de santé (RPPS), qui doit être un instrument effectivement partagé, soit rapidement mis en œuvre pour garantir sa crédibilité aux yeux des professionnels de santé.
- Le RPPS doit être étendu à l'ensemble des professions de santé.

2 • La fixation du *numerus clausus* à 7000 en 2006 ne permettra pas avant de nombreuses années de compenser les départs annuels à la retraite des médecins aujourd'hui encore en activité. La diminution globale du nombre de médecins n'atteindra pas avec la même ampleur chacune des spécialités médicales. Le vieillissement est, en outre, plus accentué pour les médecins exerçant en secteur libéral.

- Il est essentiel de poursuivre et d'approfondir l'état des lieux, spécialité par spécialité, en adoptant une démarche par domaine de santé, afin de définir sans tarder des solutions qui préservent une répartition des ressources médicales permettant la continuité des prises en charge des patients.
- Cet état des lieux doit être fait à l'échelle nationale et régionale par les comités régionaux, en liaison avec les missions régionales de santé (MRS).

3 • Comme en 2004, l'ONDPS constate que le nombre actuel de médecins, qui n'a jamais été aussi élevé, s'accompagne de fortes disparités de répartition. Parmi les facteurs qui entretiennent ce phénomène, on peut relever que l'ECN montre ses limites pour une gestion régionale des effectifs médicaux; la répartition des effectifs d'internes s'opère sans orientation véritable en termes de santé publique; la médecine générale est délaissée alors que les politiques publiques la définissent comme un pilier central des évolutions de la prise en charge des patients; la spécialisation médicale et chirurgicale au cours des études est trop précoce, elle ne permet ni des choix éclairés pour les étudiants ni une réactivité face aux besoins de santé publique. Des spécialités sont privilégiées par la filiarisation aux dépens d'autres non filiarisées qui voient leurs effectifs fortement diminuer.

- Il est indispensable d'adopter une démarche pluriannuelle pour définir les ouvertures de postes d'internes ainsi que de retenir une meilleure adéquation entre le nombre de postes ouverts et le nombre de candidats à l'ECN.

- Les filières de l'internat doivent être totalement redéfinies et des tronc communs de formation sont à construire entre les différentes filières.
- L'interrégionalisation de l'examen classant, tenant compte des capacités de formation, doit être réellement examinée.
- L'exercice de la médecine générale doit être rendu plus attractif par une meilleure connaissance de son exercice dès le deuxième cycle des études médicales et une meilleure définition des stages du troisième cycle.

Nouvelles préconisations

4 • Les modifications fréquentes et récurrentes des repères et des règles du jeu en matière de pilotage de la démographie perturbent les comportements des professionnels de santé.

- Les décisions sur les *numerus clausus* et les quotas de formation doivent s'inscrire dans des plans pluriannuels et être véritablement fondées sur les données démographiques nationales et régionales à présent disponibles.

5 • 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.

- Les employeurs des professions de santé (notamment les hôpitaux et les établissements sanitaires et médico-sociaux) devraient mettre en place, selon des procédures pour partie harmonisées, le suivi des ressources humaines. À cet égard, le suivi des postes hospitaliers réellement vacants constitue une priorité.
- Les besoins prévisionnels en effectifs doivent être finement repérés. L'approche par spécialité ou par métier doit être complétée par l'examen des données démographiques par domaines de prise en charge des patients. Les priorités de santé publique doivent porter une attention systématique à la question démographique, afin de faciliter et d'évaluer leur mise en œuvre.

6 • L'organisation des stages, pour les médecins, rencontre des difficultés dans certaines spécialités. La période qui s'ouvre verra l'arrivée d'un nombre d'internes très augmenté par rapport aux promotions des dernières années et les tensions ne pourront que s'accroître.

- La gestion des stages pour les internes de médecine et de chirurgie doit faire l'objet de procédures harmonisées entre les différentes régions et interrégions.
- Une planification des lieux de stages des étudiants, et notamment des internes en médecine et en chirurgie, doit être mise en place pour les futures promotions.

7 • La coopération des professions de santé est essentielle. Mais on peut faire le constat aujourd'hui que les différents métiers de la santé s'ignorent, en sorte que la cooptation et le militantisme restent encore les leviers principaux dans le fonctionnement des réseaux et des coopérations entre les secteurs libéral et hospitalier.

- Des mesures doivent être prises pour permettre aux professionnels de santé de faire l'apprentissage de la coopération au cours de leur formation. L'évaluation des pratiques professionnelles peut aussi constituer une occasion de favoriser des modalités plus coopératives des prises en charge des patients.
- Les expérimentations en matière de délégations de tâches doivent faire l'objet d'un bilan, afin que les professionnels de santé puissent en prendre connaissance et débattre des évolutions envisageables.
- Les professionnels de santé doivent identifier et contribuer à faire émerger de nouveaux métiers permettant de répondre à une offre de soins complète où chaque acteur interviendra en fonction des compétences acquises au cours de sa formation.

8 • Le secteur sanitaire doit tenir compte et travailler avec son environnement. En particulier, les structures médicosociales, les familles des patients et les patients eux-mêmes assurent de façon complémentaire une part grandissante des soins et du suivi des pathologies.

- L'évaluation des besoins en effectifs doit tenir compte de cet environnement qui modifie les parcours de soins des patients et les modes de prise en charge des pathologies.

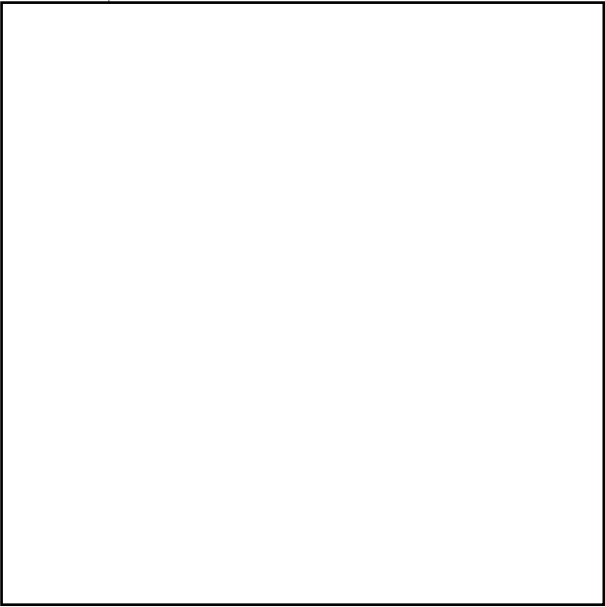
9 • Les pharmaciens d'officine assurent une fonction de proximité qui pourrait connaître des développements importants en liaison avec les priorités de santé publique (prévention, bon usage du médicament, observance, par exemple) ou les évolutions des modes de prise en charge, comme le développement de l'ambulatoire et le maintien à domicile.

- L'ouverture d'un débat avec les pouvoirs publics, en relation avec les médecins, devrait permettre de définir ce rôle et ces nouvelles missions sanitaires, ainsi que les modalités de formation et de reconnaissance à leur associer.

10 • Pour les infirmiers, les données actuellement disponibles font apparaître des disparités entre les territoires et entre les secteurs d'exercice dont les causes sont insuffisamment appréhendées. Le pilotage régional des effectifs de cette profession par les quotas de formation s'avère insuffisant pour assurer un maillage satisfaisant du territoire.

- La profession infirmière devrait faire l'objet d'études et de suivis réguliers dans l'optique de permettre aux collectivités territoriales, en lien avec les décideurs nationaux, de disposer de diagnostics et d'évaluation. Ils sont indispensables pour la planification d'actions permettant d'assurer l'attractivité de ce métier dans tous les secteurs d'exercice et dans toutes les fonctions soignantes.
- Une réflexion doit s'ouvrir sur les filières de promotion, notamment dans le domaine des soins, dans le secteur libéral, comme dans le secteur hospitalier. Les pratiques existant dans d'autres pays développés doivent favoriser ces évolutions.

ANNEXES



LES TRAVAUX 2005-2006

Rapporteur : Anne Burstin (IGAS)

Le tome portant sur **les effectifs, l'activité et la répartition des professionnels de santé**, comporte une synthèse rédigée par Yvon Berland et Martine Burdillat avec la collaboration, pour la partie consacrée à la répartition des médecins, de Anne Burstin. Cette synthèse, s'appuie sur les auditions conduites en 2004 et 2005 et elle a bénéficié du concours de Michelle Duret et de Claudine Mesclon de la DHOS, des documents du Conseil de l'Ordre des médecins transmises par Jean Langlois du CNOM et de la collaboration de Christian Prieur et de Daniel Sicart (DREES).

Ce tome rassemble les contributions de Anne Billaut, Sabine Bessière, Pascale Breuil, Magali Coldefy et Marc Collet (DREES). Ainsi que les contributions de Yann Bourgueil, Julien Mousquès et Ayden Tajhamady (IRDES) et de Christelle Jourjon (démographe) et Marieke Choisez (DRASSIF).

L'**analyse des professions de pharmacien et d'infirmier** a été menée. Marc Collet (DREES) a réalisé un **diagnostic démographique et des projections** des effectifs pour les **pharmaciens**. Une étude sur les **pharmaciens d'officine** a été réalisée par Françoise Marin, Eve Marin et Auryane Barrancos (Bernard Brunhes Consultants, groupe BPI).

Les **études régionales sur les infirmiers** ont fait l'objet d'un recensement par les comités régionaux et d'une analyse. La synthèse a été rédigée par Françoise Acker (CERMES, CNRS/INSERM), avec la collaboration de Denise Bauer (DREES), Martine Burdillat, Huguette Perrier (DRASS Auvergne) et Christiane Poncet (DRASS Franche-Comté).

Les métiers associés à l'**activité chirurgicale** sont analysés dans le cadre de deux études en cours de réalisation.

Dix-neuf auditions de professionnels ont été organisées en 2005 et complètent le cycle d'auditions initié en 2004. Sabine Bessière (DREES), Michelle Duret (DHOS), Jean Langlois (CNOM), Sylvie Le Laidier (CNAMTS) et Claudine Mesclon (DHOS) ont participé au déroulement de ces auditions. Les comptes rendus de l'ensemble des **49 auditions** et des données rassemblées dans le cadre de groupes de travail font l'objet du tome 3, rédigé par Martine Burdillat.

Le **recensement des diplômés, par spécialité et par région en 2004**, a été effectué par les comités régionaux, avec le concours des facultés de médecine. Pour cette même année, le concours du Conseil national de l'Ordre des médecins a permis le recensement des nouveaux inscrits par spécialité et par région. Valérie Evans a assuré l'organisation et la coordination du recensement (disponible sur le site internet de l'ONDPS : <http://www.sante.gouv.fr/ondps/index.html>).

Les **résultats régionaux de l'examen classant national (ECN)** ont été transmis à chaque comité régional (voir le site de l'ONDPS : <http://www.sante.gouv.fr/ondps>). Les conséquences de ces résultats ont fait l'objet de commentaires dans le cadre d'un questionnaire renseigné par chacune des régions.

Les **comités régionaux** ont tenu des réunions de travail dont les comptes rendus sont rassemblés par le secrétariat général de l'ONDPS. Plusieurs colloques régionaux de présentation des travaux de l'ONDPS et d'échanges ont été organisés.

Le fonctionnement de l'Observatoire et la rédaction du rapport ont bénéficié de la collaboration de Valérie Evans et de Danielle Berg (ONDPS) et de Florence Goumain (DREES).

Décrets, arrêtés, circulaires Textes généraux Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées

Décret n° 2003-529 du 19 juin 2003 portant création de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé

NOR : SANCO321630DJ. O N° 142 DU 21 JUIN 2003 PAGE 10426

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Vu le décret n° 90-437 du 28 mai 1990 modifié fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des personnels civils sur le territoire métropolitain de la France lorsqu'ils sont à la charge des budgets de l'État, des établissements publics nationaux à caractère administratif et de certains organismes subventionnés,

Décrète :

Article 1

Il est créé auprès du ministre chargé de la santé un Observatoire national de la démographie des professions de santé chargé de rassembler et de diffuser les connaissances relatives à la démographie des professionnels de santé, ainsi que d'assurer une coordination et un appui aux études régionales réalisées en ce domaine.

A ce titre :

1. Il rassemble et analyse les connaissances relatives à la démographie des professionnels de santé ;
2. Il fournit un appui méthodologique à la réalisation d'études régionales et locales sur ce thème ;
3. Il synthétise et diffuse les travaux d'observation, d'études et de prospective réalisés, notamment au niveau régional ;
4. Il promeut les initiatives et études de nature à améliorer la connaissance des conditions d'exercice des professionnels et de l'évolution de leurs métiers, dans le cadre des différents modes d'accès aux soins, en liaison avec le Centre national des professions de santé, le Conseil supérieur des professions paramédicales et l'Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière.

Article 2

L'Observatoire national de la démographie des professions de santé élabore un rapport annuel qui rend compte au ministre des travaux effectués, analyse la situation des effectifs et précise les perspectives d'évolution des différentes professions de santé. Il définit chaque année un programme qui détermine les thèmes et la composition des groupes de travail qu'il décide de constituer. Les ordres professionnels et les autres organisations représentant les professionnels intéressés sont associés à ces groupes de travail. Il peut en outre associer à ses travaux des personnalités extérieures, françaises et étrangères, qu'il choisit en fonction de leur compétence et de leur fonction. Il fait réaliser les travaux d'expertise méthodologique et les études utiles à la coordination et à la synthèse régionale. Il assure la diffusion régulière de ces travaux, notamment auprès des professionnels concernés et de leurs représentants.

Article 3

L'Observatoire national de la démographie des professions de santé regroupe, sous l'autorité d'un président nommé pour trois ans par arrêté du ministre chargé de la santé, un conseil d'orientation et des comités régionaux.

Le conseil d'orientation est composé de dix personnalités qualifiées nommées pour trois ans par arrêté du ministre chargé de la santé, et de quatre membres de droit :

- a) Le directeur général de la santé ou son représentant ;
- b) Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ou son représentant ;

c) Le directeur de la sécurité sociale ou son représentant ;

d) Le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ou son représentant.

Le président est assisté par des chargés de mission.

Le secrétariat est assuré par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

Article 4

Chaque comité régional est présidé par le représentant de l'État dans la région ou dans la collectivité territoriale de Corse ou son représentant et comprend au plus dix personnalités qualifiées, nommées par le représentant de l'État dans la région ou dans la collectivité territoriale de Corse, dont :

1. Le président de l'union régionale des caisses d'assurance maladie ou son représentant ;
 2. Le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant ;
 3. Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ou son représentant ;
 4. Le président de l'union régionale des médecins libéraux ou son représentant ;
 5. Le président de l'observatoire régional de la santé ou son représentant ;
 6. Au plus deux universitaires, chercheurs ou experts appartenant aux institutions d'observation, d'enseignement ou de recherche dans le domaine sanitaire et social, ou dont la compétence est reconnue dans le domaine des études en santé ;
 7. Au plus quatre représentants des professionnels de santé.
- Le représentant de l'État dans la région ou dans la collectivité territoriale de Corse nomme au sein de ce comité, après avis du président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, un coordonnateur.

Ce comité recense, rassemble et coordonne les travaux statistiques, d'études et de prospective réalisés ou en cours sur la démographie des professionnels de santé dans la région.

Il fait réaliser les études et travaux complémentaires nécessaires dans le cadre de la coordination méthodologique mise en œuvre au niveau national.

Article 5

Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, notamment celles qui imposent une obligation de secret, les administrations de l'État et de ses établissements publics sont tenues de communiquer à l'Observatoire national de la démographie des professions de santé les éléments nécessaires à la poursuite de ses travaux.

Sous la même réserve, l'observatoire peut solliciter ces éléments des collectivités territoriales et de leurs établissements publics.

Article 6

Le décret du 4 mars 2002 portant création de l'Observatoire de la démographie des professions de santé et de l'évolution de leurs métiers est abrogé.

Article 7

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 19 juin 2003.

Jean-Pierre Raffarin

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Jean-François Mattei

Principaux sigles et abréviations utilisés

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACEMO	Enquête sur l'activité et les conditions d'emploi de la main-d'œuvre
ADELI	Automatisation des listes des professions de santé
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
AHU	Assistants hospitalo-universitaires
AIS	Acte infirmier de soins
ALD	Affections de longue durée
AMI	Acte médical infirmier
ANFH	Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
ANPE	Agence nationale pour l'emploi
AP-HP	Assistance publique-Hôpitaux de Paris
APE	Actifs à part entière
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARHIF	Agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France
ARCMSA	Association régionale des caisses de mutualité sociale agricole
ARTT	Aménagement et réduction du temps de travail
AS	Aide-soignant
ASH	Agent des services hospitaliers
ASI	Acte de soins infirmiers
BBC	Bernard Brunhes consultants
BMO	Besoins en main-d'œuvre
BTS	Brevet de technicien supérieur
CANAM	Caisse d'assurance maladie des professions indépendantes (artisan, commerçant, profession libérale)
CARIF	Centre d'animation, de ressources et d'information sur les formations
CARMF	Caisse autonome de retraite des médecins de France
CARPIMKO	Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicure-podologues, orthophonistes et orthoptistes
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CEREQ	Centre d'études et de recherche sur les qualifications
CH	Centre hospitalier
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNE	Collège national des enseignants
CNIS	Conseil national de l'information statistique
CNOCD	Conseil national de l'Ordre des chirurgiens dentistes
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

CNPH	Concours national des praticiens hospitaliers
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CRF	Centre de rééducation fonctionnelle
CSDM	Centre de sociologie et de démographie médicales
CSPPM	Conseil supérieur des professions paramédicales
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DES	Diplôme d'étude spécialisée
DESC	Diplôme d'étude spécialisée complémentaire
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DOM	Départements d'outre-mer
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRASSIF	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la Sécurité sociale
DTS	Diplôme de technicien supérieur
ECN	Examen classant national
ENSP	École nationale de santé publique
EHPA	Établissement d'hébergement pour personnes âgées
ETP	Équivalent temps plein
ERSM	Échelon régional du service médical
FAQSV	Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FFI	Faisant fonction d'interne
FHF	Fédération hospitalière de France
FINPS	Fichier d'identification nationale des professionnels de santé
FNORS	Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
IADE	Infirmiers anesthésistes diplômés d'État
IBODE	Infirmiers de blocs opératoires diplômés d'État
IDE	Infirmier diplômé d'État
IFMK	Institut de formation en masso kinésithérapie
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IRM	Imagerie par résonance magnétique
LMD	Licence master doctorat
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MCU-PH	Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

MEAH	Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalières
MEP	Médecin à exercice particulier
MIAM	Moyens Informatiques pour l'assurance maladie
MICA	Mécanisme incitatif de cessation d'activité
MiRe	Mission recherche – DREES
MIRTMO	Médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main-d'œuvre
MRS	Missions régionales de santé
MSA	Mutualité sociale agricole
NHS	National Health System
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OEP	Observatoire de l'emploi public
OMI	Office des migrations internationales
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
PH	Praticien hospitalier
PLFSS	Projet de loi de financement de la Sécurité sociale
PSPH	Participant au service public hospitalier
PU-PH	Praticiens universitaires – praticiens hospitaliers
RFAS	Revue française des affaires sociales
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
SAE	Statistique annuelle des établissements
SAMU	Service d'aide médicale d'urgence
SIGMED	Système d'information et de gestion des personnels médicaux
SPE	Statut des personnels des établissements
SNIRAM	Système national interrégimes de l'assurance maladie
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
TCAM	Taux de croissance annuel moyen
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
URML	Union régionale des médecins libéraux
VAE	Validation des acquis de l'expérience
ZFU	Zones franches urbaines

