

SYNTHÈSE GÉNÉRALE

Le rapport 2004



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 **William Dab**
- la Direction de l'hospitalisation de l'organisation des soins (DHOS), du ministère de la santé et de la protection sociale, représentée par **Edouard Couty**
- 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**

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

Secrétaire générale : **Martine Burdillat**

Chargés de mission : **Dr Yann Bourgueil**
Pr Jean-Michel Chabot
Pr Henri Guidicelli

Assistante : **Valérie Evans**

Secrétaire : **Florence Goumain**

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

Coordonnateurs des comités régionaux

ALSACE • **J.-C. Westermann** (*Dir-DRASS*)
AQUITAINE • **J. Bécot** (*Dir-DRASS*)
AUVERGNE • **A. Lopez** (*Dir-DRASS*)
BASSE-NORMANDIE • **J.-Y. Allée** (*Dir-DRASS*)
BOURGOGNE • **J. Ibrahim** (*Dir-DRASS*)
BRETAGNE • **J.-J. Andréa** (*Dir-DRASS*)
CENTRE • **L. Paraire** (*Dir-DRASS*)
CHAMPAGNE-ARDENNE • **M. Brudo** (*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 • **H. Valade** (*Dir-DRASS*)
ÎLE-DE-FRANCE • **M.-C. L'Helgouac'h** (*dir-adjoint, DRASS*)

LANGUEDOC-ROUSSILLON • **G. Schapira** (*Dir-DRASS*)
LIMOUSIN • **C. Sanchez** (*Dir-DRASS*)
LORRAINE • **R. Pereira** (*Dir-DRASS*)
MARTINIQUE • **J.-P. Damie** (*Dir-DRASS*)
MIDI-PYRÉNÉES • **J.-P. Rigaux** (*Dir-DRASS*)
NORD-PAS-DE-CALAIS • **M. Willaume** (*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

INTRODUCTION

QUELS SONT LES CONSTATS SUR LA SITUATION DES EFFECTIFS ?

- 8 La progression mais aussi le vieillissement des effectifs des professionnels de santé sont constatés entre 2000 et 2004
- 11 Des déséquilibres significatifs dans l'offre de soins sont d'ores et déjà identifiés
- 11 *Le nombre des omnipraticiens exerçant la médecine générale est plus faible que ce que laissent apparaître les chiffres*
- 12 *La diminution des flux de formations des médecins spécialistes n'affecte pas avec la même ampleur toutes les spécialités*
- 12 *Tous les lieux d'exercice ne sont pas confrontés avec la même ampleur à la question des effectifs des professionnels de santé*
- 13 *Les disparités de densité régionales constatées restent marquées et sont variables selon les professions*
- 15 *L'analyse de l'offre de soins de premier recours fait apparaître peu de zones fortement déficitaires, mais leur nombre pourrait s'accroître dans les années à venir*
- 17 Le problème du renouvellement présente une acuité différente selon les professions
- 18 *Le problème du renouvellement des médecins est aigu, compte tenu des délais nécessaires à leur formation*
- 21 *Les questions de renouvellement des départs et de satisfaction des besoins se posent de manière différente pour les sages-femmes, les infirmières et les manipulateurs d'électroradiologie médicale*

QUELS SONT LES IMPACTS À ATTENDRE DE L'ÉVOLUTION DES MÉTIERS ET DE LEURS CONDITIONS D'EXERCICE ?

- 26 La demande et les modalités techniques de soins se transforment et font évoluer les ressources soignantes nécessaires
- 28 La répartition des effectifs des différentes professions doit tenir compte de l'interdépendance des métiers dans la prise en charge des patients
- 29 Les prises en charge diffèrent selon les lieux d'exercice et les types d'organisation
- 31 Les comportements relatifs aux choix d'activité professionnelle et d'exercice se transforment
- 32 L'affectation des ressources doit tenir compte de la variabilité des temps de présence sur le lieu de travail
- 34 L'évolution des métiers doit conduire à faire évoluer les formations

**QUELLES SONT LES SOLUTIONS QUI POURRAIENT PERMETTRE
DE FAIRE FACE AUX TENSIONS SUR L'OFFRE DE SOINS ?**

- 38 Il est souhaitable d'envisager une répartition plus équilibrée des médecins entre les différentes disciplines et sur le territoire
- 39 *La répartition des médecins entre les différentes spécialités*
- 40 *La répartition des médecins sur le territoire*
- 42 Les regroupements de moyens s'avèrent nécessaires pour améliorer à la fois les conditions de travail et la prise en charge des patients
- 43 Les transferts et les délégations de tâches et de compétences permettront une amélioration de l'offre de soins
- 45 Les initiatives qui se mettent en place au niveau régional offrent des pistes de régulation locale de l'offre de soins

46 ENSEIGNEMENTS ET PRÉCONISATIONS

ANNEXES

- 50 Méthode de travail
- 51 Décret
- 52 Principaux sigles et abréviations utilisés



Introduction

L'Observatoire national de la démographie des professions de santé est chargé de trois missions principales :

- rassembler les connaissances relatives à la démographie des professions de santé, et à l'évolution des métiers ;
- promouvoir le développement de ces connaissances au niveau régional ;
- faire le bilan, dans un rapport annuel remis au ministre, de la situation des effectifs des différentes professions et en préciser les perspectives d'évolution.

Sur l'ensemble de ces points, des résultats importants ont été obtenus cette première année. Ils proviennent du travail accompli dans le cadre de trois groupes de travail, de la tenue d'échanges réguliers avec le conseil d'orientation et d'une large contribution des 26 comités régionaux. La méthode de travail instaurée à l'Observatoire s'est fondée sur la confrontation et le dialogue. Cette méthode apparaît avec le recul d'une année d'exercice comme un élément décisif qui trace une voie forte pour les travaux ultérieurs. L'Observatoire a cherché à se définir comme un lieu qui permet non seulement de connaître les chiffres relatifs aux effectifs, mais également de les confronter à d'autres données, telles que la situation des différents secteurs d'activité, le temps disponible pour les soins, ou les modes de coopération entre les professionnels... Dans cet esprit, nous nous sommes attachés à accorder de l'importance aux appréciations portées par les professionnels sur leurs conditions d'exercice. Ces appréciations permettent de mieux comprendre pourquoi il existe actuellement des crises ou des sentiments de pénurie que les données statistiques et administratives ne confirment pas forcément.

Les échanges avec les professionnels de santé se sont concrétisés à l'occasion de vingt-huit auditions et dans le cadre du groupe de travail spécifiquement consacré à trois professions : les sages-femmes, les infirmières et les manipulateurs d'électroradiologie médicale. Ces métiers sont, de ce fait, plus particulièrement analysés cette année. Les exemples qui nourrissent les constats et les enseignements présentés dans ce rapport se rapportent plus souvent à ces professions qu'aux autres. Les travaux ultérieurs s'attacheront à un examen de la même nature avec l'ensemble des autres professions de santé.

Une meilleure précision des chiffres et l'identification des améliorations souhaitables ont été rendues possibles grâce à la coopération entre les institutions en charge de ces questions, notamment la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), qui assure le secrétariat de l'Observatoire, et les autres services ministériels, la CNAMTS et les institutions ordinales. Cette coopération, qui a associé les professionnels, pourrait conduire à une meilleure prise de décision grâce à un usage plus pertinent des statistiques. À cet égard, l'exercice de projection réalisé cette année, pour les médecins, sur la base de plusieurs hypothèses relatives aux décisions publiques et aux comportements constitue une

base d'appui importante pour le déroulement du débat. Enfin, les échanges de travail entre le conseil d'orientation et les comités régionaux, et l'apport de ces derniers pour la réalisation du diagnostic régional sur cinq professions de premier recours ont permis de porter un diagnostic partagé.

Les principaux enseignements qui se dégagent des travaux sont présentés en réponse à trois questions principales :

- Quels sont les constats sur la situation des effectifs ?
- Quels sont les impacts à attendre de l'évolution des métiers et de leurs conditions d'exercice ?
- Quelles sont les solutions qui pourraient permettre de faire face aux tensions sur l'offre de soins ?

**QUELS SONT LES CONSTATS
SUR LA SITUATION
DES EFFECTIFS ?**

ON note, sur la période 2000-2004, une progression des effectifs de toutes les professions de santé.

Pour certaines d'entre elles, cette progression s'accompagne d'un vieillissement des effectifs, ce qui augure de départs à la retraite nombreux dans un avenir proche. Mais on doit en considérer les effets cas par cas, car les âges de départ à la retraite sont divers selon les professions et les statuts des personnels.

Le constat le plus important porte sur la disparité de la répartition. En effet, tous les territoires, toutes les spécialités médicales et toutes les structures ne bénéficient pas de la progression des effectifs. Ce constat paraît susceptible d'expliquer les tensions réelles et ressenties qui s'expriment, alors que la progression globale dessine une situation plutôt en amélioration régulière.

La progression mais aussi le vieillissement des effectifs des professionnels de santé sont constatés entre 2000 et 2004

Les effectifs de l'ensemble des professions de santé connaissent, entre le 1^{er} janvier 2000 et le 1^{er} janvier 2004, une progression, à l'exception des chirurgiens-dentistes. Les médecins présentent un taux de croissance annuel moyen de 1,4%. La plupart des professions connaissent des taux de croissance annuels moyens de leurs effectifs qui se situent dans une fourchette proche de 3% : il s'agit des pharmaciens, des sages-femmes, des masseurs-kinésithérapeutes des orthophonistes, des infirmières et des manipulateurs radio. D'autres professions présentent un taux de croissance supérieur à 4%, la progression pouvant aller jusqu'à 8,1% pour les opticiens¹.

La prise en compte de la répartition par âge doit toutefois compléter ces données, car la croissance des effectifs a un impact différent selon la pyramide des âges des professionnels en activité. Pour l'ensemble des professions de santé réglementées, la part des moins de 35 ans est de 22,6% et la part des 55 ans et plus est de 15,7%, mais ces caractéristiques diffèrent beaucoup d'une profession à l'autre. Ainsi, les médecins et les chirurgiens-dentistes, qui connaissent sur la dernière période les taux de croissance les plus faibles, sont aussi les professions qui présentent la part la plus importante de praticiens âgés de 55 ans et plus. Elles sont de ce fait particulièrement sensibles à court terme au problème de leur renouvellement, si l'on tient compte des délais nécessaires à leur formation.

1. Les évolutions plus fortes, qui caractérisent certaines professions de santé paramédicales, doivent toutefois être analysées avec précaution dans la mesure où, pour partie, l'augmentation des effectifs peut aussi provenir de l'amélioration du recensement due à une meilleure exhaustivité de l'enregistrement des professionnels dans le fichier ADELI géré par la DREES.

TABLEAU 1
EFFECTIFS DES PROFESSIONS DE SANTÉ RÉGLEMENTÉES : ÉVOLUTION 01/01/2000- 01/01/2004

	2000	2001	2002	2003	2004	Taux de croissance annuel moyen
Médecins*	194 000 (192 358)	196 000 (196 006)	198 700 (198 680)	201 400 (201 354)	<i>Non disponible</i> (203 487)	2000-2003 1,3% 2000-2004 (1,4%)
Chirurgiens-dentistes	40 539	40 426	40 481	40 648	40 904	0,2%
Pharmaciens	58 407	60 366	62 054	63 909	65 150	2,8%
Sages-femmes	14 353	14 725	15 122	15 684	16 134	3,0%
Infirmières	382 926	397 506	410 859	423 431	437 525	3,4%
Masseurs-kinésithérapeutes	52 056	53 997	55 348	56 924	58 642	3,0%
Orthophonistes	13 483	13 914	14 323	14 836	15 357	3,3%
Orthoptistes	2 137	2 236	2 309	2 405	2 507	4,1%
Psychomotriciens	4 588	4 824	5 086	5 325	5 619	5,2%
Pédicures-podologues	8 789	9 049	9 470	9 859	10 240	3,9%
Ergothérapeutes	3 888	4 185	4 433	4 683	4 996	6,5%
Audioprothésistes	1 313	1 422	1 526	1 620	1 714	6,9%
Opticiens	10 012	11 026	11 910	12 776	13 679	8,1%
Manipulateurs radio	21 589	21 876	22 450	23 113	23 928	2,6%

CHAMP : France métropolitaine.

SOURCES : ministère de la Santé et de la Protection sociale - DREES - Répertoire ADELI.

COMMENTAIRES* : pour les médecins, les chiffres issus du Conseil de l'ordre sont mentionnés en gras, entre parenthèses (source : Conseil national de l'ordre des médecins).

■ LES MÉDECINS

La croissance des effectifs est de 1,4 % en moyenne annuelle. La part des moins de 35 ans (7,5 %) est la plus faible de l'ensemble des professions de santé, alors que la part des 55 ans et plus (20,4 %) est parmi les plus élevées.

■ LES CHIRURGIENS-DENTISTES

Cette profession cumule une faible progression de ses effectifs sur la période 2000-2004 (0,2 %) avec une part de praticiens âgés de 55 ans et plus de 24,2 %, ce qui est le taux le plus élevé au plan des professions de santé. La part également faible des moins de 35 ans dans cette profession (14,3 %) constitue une caractéristique à souligner.

■ LES PHARMACIENS

Cette profession, qui enregistre un taux de croissance annuel moyen de 2,8 % de ses effectifs, se caractérise par une part assez faible de moins de 35 ans (15,7 %) et une part des 55 ans et plus de 19 %.

■ LES SAGES-FEMMES

La croissance régulière des effectifs (3 % sur la période) s'accompagne d'une répartition des âges plutôt favorable : 30,2 % des sages-femmes ont moins de 35 ans et 12,9 % 55 ans et plus. Ces données varient toutefois selon les secteurs d'exercice, du fait des caractéristiques des trajectoires professionnelles.

■ *LES INFIRMIÈRES*

L'évolution récente des effectifs reste soutenue, quelle que soit la source de recensement retenue (3,4 %, en moyenne annuelle). La part des moins de 35 ans est 28 % et celle des 55 ans et plus de 14,4 %.

■ *LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES*

Le taux de croissance moyen annuel des effectifs est de 3 % dans cette profession qui compte près de 30 % de personnes ayant moins de 35 ans, mais aussi une part non négligeable de personnes ayant 55 ans et plus (20,1 %).

■ *LES ORTHOPHONISTES*

Le taux de croissance moyen annuel des effectifs est de 3,3 % pour cette profession qui comporte une part de jeunes de moins de 35 ans 30,1 % et relativement peu de professionnels ayant plus de 55 ans (13,3 %).

■ *LES ORTHOPTISTES*

Cette profession, dont les effectifs connaissent un taux de croissance moyen annuel de 4,1 %, regroupe à la fois une part importante de personnes ayant moins de 35 ans (38 %) et une part faible de personnes ayant 55 ans et plus (11,5 %).

■ *LES PSYCHOMOTRICIENS*

Le taux de croissance moyen annuel des effectifs est de 5,2 %, avec une part importante de professionnels ayant moins de 35 ans (36,8 %) et une part parmi les plus faibles de personnes ayant 55 ans et plus (6,7 %).

■ *LES PÉDICURES-PODOLOGUES*

Le taux de croissance moyen annuel des effectifs est de 3,9 %, la part des moins de 35 ans est de 38,3 %.

■ *LES ERGOTHÉRAPEUTES*

Le taux de croissance moyen annuel des effectifs est parmi les plus importants enregistrés pour les professions de santé, (6,5 %). Cette profession comporte beaucoup de jeunes, puisque la part des moins de 35 ans est de 47,6 %.

■ *LES AUDIOPROTHÉSISTES*

Le taux de croissance moyen annuel des effectifs est parmi les plus importants enregistrés pour les professions de santé (6,9 %), mais 22 % de ces professionnels ont 55 ans et plus.

■ *LES OPTICIENS*

Cette profession enregistre le taux de croissance moyen annuel de ses effectifs le plus fort comparativement aux autres professions de santé (8,1 %). Près de 50 % ont moins de 35 ans.

■ *LES MANIPULATEURS D'ÉLECTRORADIOLOGIE MÉDICALE*

Le taux de croissance annuel des effectifs, qui est de 2,6 %, s'accompagne d'un vieillissement de la population : 58 % des manipulateurs radio ont plus de 40 ans, alors que cette proportion était de un tiers en 1994.

Des déséquilibres significatifs dans l'offre de soins sont d'ores et déjà identifiés

Malgré la croissance globale des effectifs, on observe des disparités dans l'offre de soins. Pour les médecins, elles proviennent du fait qu'une part importante des omnipraticiens n'exercent pas ou plus la médecine générale, alors que le recensement les identifie comme tels. On doit noter aussi que, pour les médecins, la répartition des flux de formation a diversement bénéficié à chacune des spécialités médicales et chirurgicales. Pour l'ensemble des professions de santé enfin, la répartition des effectifs et de leur croissance ne bénéficie pas à toutes les structures et à tous les territoires. L'offre de soins de premier recours est déjà déficitaire dans quelques territoires.

■ ■ Le nombre des omnipraticiens exerçant la médecine générale est plus faible que ce que laissent apparaître les chiffres

Les effectifs globaux des omnipraticiens qui représentent 49 % des médecins selon Adeli, et 52,5 % selon le CNOM sont relativement bien identifiés. La différence de chiffres entre le fichier ADELI de la DREES et celui de l'Ordre s'explique par les différences de concept et de définition des champs considérés. Mais le problème posé, et très clairement établi lors des auditions, concerne, au-delà du chiffrage, l'identification de la part des omnipraticiens qui exercent réellement la médecine générale. Les données ADELI font apparaître que, sur les 100 000 omnipraticiens recensés, seulement 77 844 déclarent un mode d'exercice en médecine générale (hors acupuncture et homéopathie). Les données de la CNAMTS montrent quant à elles que, dans le secteur libéral, seulement 54 405 médecins sur les 60 976 identifiés ne sont pas des médecins ayant un exercice particulier (MEP) ou une orientation complémentaire.

Le problème de la diminution du potentiel de généralistes se trouve accentué par le nombre de départs à la retraite, et par l'importance des cessations d'activité qui sont constatées, tout au long de la carrière. Pour un médecin sur cinq, selon les résultats d'une étude du CREDES, la durée de carrière libérale en tant que généraliste ne dépasse pas dix-huit ans². La réforme des études médicales de 3^e cycle, qui aligne la formation en médecine générale avec celle des autres spécialités, risque de provoquer une crise des recrutements et d'accroître le phénomène de tarissement de la profession. En effet, d'une part, il faut craindre de voir se multiplier les postes offerts à la filière médecine générale non pourvus au terme de l'Examen national classant. D'autre part, les étudiants en médecine générale pourront s'orienter vers une spécialisation ou un autre exercice, au travers d'un DESC, dès la fin de leur cursus de formation. Selon les professionnels auditionnés, le manque de perspectives d'évolution dans la carrière et de valorisation explique le peu d'attrait des étudiants pour la médecine générale. En témoignent, dès cette année 2004, les résultats des choix opérés par les étudiants lors de l'Examen national classant et les 500 postes offerts à la médecine générale qui n'ont pas été pourvus.

Ainsi l'écart entre le nombre de spécialistes en médecine générale déterminé par la filière de formation médecine générale et le nombre de professionnels qui l'exerceront effectivement pourra être très important.

2. LUCAS-GABRIELLI (V.) et SOURTY-LE GUELLEC (M.-J.), « Évolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001) », CREDES, *Question d'économie de la santé*, n° 81, avril 2004.

La question de la couverture des besoins de soins auxquels devront répondre ces praticiens est donc posée, notamment si l'on tient compte des attentes à leur égard qui s'expriment pour leur mission de soins de premier recours, et de celles que manifeste un grand nombre de spécialistes. En effet, de nombreux transferts d'activité et de soins sont envisagés en direction des médecins généralistes, soit au titre des missions de soins de santé publique (prévention, dépistage, suivi des pathologies chroniques...), soit au titre d'une recomposition souhaitable des compétences.

■ ■ La diminution des flux de formations des médecins spécialistes n'affecte pas avec la même ampleur toutes les spécialités

Trois facteurs expliquent les fortes disparités qui se sont installées dans les flux de formation des différentes spécialités médicales et chirurgicales.

Tout d'abord, la diminution importante du *numerus clausus* des études médicales qui a réduit le nombre de postes d'internes de spécialités. Le nombre de postes ouverts au concours de l'internat est passé de 2 547 en 1985, à 2 340 en 1990 puis à 1 843 en 2000. Le nombre de postes en 2004 est de 2 147 à l'ENC, auxquels s'ajoutent 357 places à l'ancien concours de l'internat pour cette année.

Ensuite, certaines spécialités considérées comme plus particulièrement en difficulté ont bénéficié de la création d'une filière en propre: d'abord la psychiatrie, la santé publique et la biologie, ensuite la médecine du travail, puis en 2000 l'anesthésie-réanimation, la gynécologie obstétrique et la pédiatrie, et récemment, en 2003, la gynécologie médicale. Dans le même temps, les autres spécialités médicales et chirurgicales sont restées rassemblées dans deux filières communes, la filière « spécialités médicales » d'une part, la filière « spécialités chirurgicales » d'autre part. La répartition annuelle du nombre d'internes se faisant filière par filière, les disciplines médicales et les disciplines chirurgicales filiarisées ont été favorisées par le nombre de postes qui leur a été affecté par rapport aux disciplines médicales et chirurgicales qui sont rassemblées dans la filière spécialités médicales et spécialités chirurgicales. L'exemple le plus frappant est celui de la chirurgie où en 2003, sur les 504 postes, 198 étaient réservés à la seule discipline gynécologie-obstétrique.

Enfin, les procédures de choix de stages par les internes alimentent également la répartition inégale observée entre les spécialités. Les auditions ont confirmé que les politiques régionales de définition des stages validants pour les internes étaient très variables. Certaines régions définissent strictement le nombre de ces stages, en adéquation avec le nombre de candidats potentiels. La plupart des régions offrent toutefois un nombre de stages significativement supérieur à l'effectif d'internes disponibles, à la fois pour maintenir de larges possibilités de choix pour les internes et pour ne pas afficher directement la suppression d'un poste d'interne dans un service. Le résultat est que certains services ou spécialités ont beaucoup de difficultés à attirer un jeune interne.

■ ■ Tous les lieux d'exercice ne sont pas confrontés avec la même ampleur à la question des effectifs des professionnels de santé

Pour les médecins, la dispersion des flux de formation des internes contribue à expliquer les difficultés particulières de fonctionnement que ressentent certains services à l'hôpital, alors même que les effectifs globaux des médecins en exercice dans la spécialité peuvent ne

pas avoir diminué. Ces déséquilibres se concentrent non seulement sur certaines spécialités, mais aussi sur certaines catégories d'établissements et de services, d'autant plus que ceux-ci peuvent ne pas avoir subi avec la même ampleur la diminution du nombre d'internes. Outre la dotation plus ou moins importante en effectifs de titulaires, l'attractivité pour les internes d'un service apparaît en effet comme un phénomène cumulatif. Moins les internes sont nombreux dans un service, plus les tours de garde reviennent rapidement et donc plus les conditions de travail sont difficiles, venant aggraver encore le défaut d'attractivité. Pour cette raison notamment, les internes privilégient le plus souvent des lieux de formation où il y a plusieurs internes. Comme le notent A. Vilain et X. Niel³, l'ouverture des postes d'assistant hospitalier a permis à certaines structures et spécialités de compenser la diminution du nombre d'internes. Mais cette mesure a surtout profité aux hôpitaux généraux des grandes villes, laissant entier le problème pour les structures petites et moyennes.

Pour les sages-femmes, la répartition s'est modifiée depuis le milieu des années 1990 avec un poids croissant du secteur libéral qui a profité récemment de la croissance des effectifs, alors que, jusqu'en 1997, la croissance des effectifs avait surtout profité aux hôpitaux publics. Selon le répertoire ADELI de la DREES en effet, alors que le taux de croissance moyen des sages-femmes entre 1990 et 2003 est de 3,0 %, celui des seules professionnelles libérales ressortirait à 5,6 %.

Pour les infirmières, la croissance moyenne des effectifs globaux a davantage profité au secteur hospitalier. Il enregistre une progression de 3,3 % par an, soit 14 % de 1999 à 2003. La croissance des effectifs d'infirmières libérales est plus faible, elle est de 1,3 % par an. La différence s'estompe cependant si l'on raisonne en « potentiel de travail » (c'est-à-dire en effectifs pondérés par le temps de travail) : l'augmentation dans le secteur hospitalier est de +1,1 % par an. Il faut noter que cette évolution reste positive, malgré l'application de la RTT.

La question des disparités entre les lieux d'exercice reste moins finement appréhendée par les systèmes statistiques pour le secteur hospitalier que pour le secteur ambulatoire, ce qui s'explique notamment par la multiplicité des statuts des personnels médicaux. Une amélioration de l'information permettrait d'apprécier la capacité de prise en charge des patients dont disposent les différentes structures de soins hospitalières.

■ ■ Les disparités de densité régionale constatées restent marquées et sont variables selon les professions

Les différences de densité régionale qui apparaissent pour toutes les professions de santé ne correspondent pas, comme le souligne le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie⁴, à des caractéristiques propres aux populations concernées, que ce soit en matière d'âge, d'état de santé ou de risques divers qu'elles pourraient présenter.

Les écarts de densité observés au 1^{er} janvier 2004 apparaissent très proches de ceux analysés au tout début des années 2000. Ils semblent ainsi se confirmer que, après avoir diminué de façon significative entre 1985 et 1995, les disparités de densité régionale pour les différentes professions de santé apparaissent globalement stables depuis cette date.

3. VILAIN (A.) et NIEL (X.), « Les médecins hospitaliers depuis les années 1980. Davantage de débuts de carrière à l'hôpital », *Études et résultats*, DREES, n° 145, novembre 2001.

4. Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie, janvier 2004, p. 99-105 consacrées à la répartition de l'offre de soins sur le territoire.

L'indicateur de la densité régionale de professionnels par nombre d'habitants apporte certainement une information partielle, car c'est à un niveau plus fin que les problèmes se posent ou se ressentent, mais les écarts constatés à ce niveau font toutefois apparaître que l'ampleur des inégalités territoriales n'est pas identique pour toutes les professions.

Pour les médecins généralistes, la densité moyenne au niveau national est de 165 pour 100 000 habitants. La densité régionale la plus forte est constatée dans la région Provence Alpes Côte d'Azur (194 omnipraticiens pour 100 000 habitants), ainsi qu'en Ile de France, en Corse et en Languedoc Roussillon. A l'opposé, les régions qui présentent la plus faible densité sont les régions Centre (136 omnipraticiens pour 100 000 habitants), ainsi que les régions Normandie, Pays de la Loire, Picardie et Champagne Ardenne.

Pour les médecins spécialistes, deux régions se situent très nettement au-dessus de la moyenne : l'Île-de-France et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Un autre groupe de régions, le plus souvent méridionales, est légèrement au-dessus de la moyenne nationale (Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et Alsace). Toutes les autres régions ont une densité inférieure à la moyenne française, qui est de 173 spécialistes pour 100 000 habitants.

Ces inégalités, constatées dans la répartition des médecins en activité, ne semblent pas compensées par les nouvelles installations, en sorte que les écarts peuvent subsister, voire se creuser. L'acuité de ce problème, dont se sont fait particulièrement l'écho certains comités régionaux, a justifié le lancement d'un recensement des DES et des DESC du groupe 2 qui a été mis en regard des flux d'inscrits à l'Ordre des médecins, par spécialité. Il a été réalisé par chaque comité régional de l'Observatoire, avec le concours des facultés de médecine et du Conseil national de l'ordre des médecins, pour les années 2000, 2001, 2002 et 2003, et devra être poursuivi année par année. Dès à présent, on peut clairement constater que le bilan fait sur les trois années 2001, 2002 et 2003 montre dans certaines régions (par exemple Île-de-France, PACA) que le nombre de médecins inscrits à l'Ordre est bien supérieur au nombre de spécialistes ayant terminé leur formation dans cette même région. Une constatation inverse peut être effectuée pour d'autres régions (par exemple la Haute-Normandie et la Picardie).

En outre, la plus grande attractivité des lieux disposant des ressources humaines et technologiques les plus importantes a été évoquée, lors des auditions, pour l'apprentissage, comme pour l'installation hospitalière ou libérale. Si cette tendance se confirmait, cela pourrait pénaliser encore davantage les lieux de formation ne disposant pas de ces ressources et donc, en aval, entretenir les disparités des installations.

Pour les infirmières, l'implantation des salariées et libérales est également très inégale sur le territoire. Entre régions extrêmes, la densité varie en 2004 pratiquement du simple au double (520 dans le Centre, 951 en Provence-Alpes-Côte d'Azur pour 100 000 habitants). Les écarts pour les infirmiers s'avèrent ainsi supérieurs à ceux observés pour les médecins, et ils ont tendance à s'accroître dans le temps. Ainsi, en 1990, l'amplitude des écarts entre régions extrêmes était de 1 à 1,5, il est aujourd'hui de 1 à 1,9, les disparités étant encore plus marquées pour les infirmières libérales⁵.

5. Cf. tome 3 du rapport de l'Observatoire.

Pour les pharmaciens, en revanche, certainement du fait de l'existence d'une régulation à l'installation, les écarts de densité sont plus faibles : la densité régionale la plus forte (Limousin) est supérieure de 26,6 % à la moyenne nationale et la densité la plus faible inférieure de 15,6 % à la moyenne nationale (Lorraine),

L'analyse de l'ampleur, des modalités et des conséquences de ces disparités devra être approfondie, par métier, notamment par les comités régionaux de l'Observatoire, à l'instar des travaux menés cette année, canton par canton, et qui a permis l'examen de la situation de cinq professions : les médecins généralistes, les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les pharmaciens d'officine et les chirurgiens-dentistes.

■ ■ L'analyse de l'offre de soins de premier recours fait apparaître peu de zones fortement déficitaires, mais leur nombre pourrait s'accroître dans les années à venir

Les inégalités de répartition géographique ne prennent véritablement sens qu'analysées à un niveau nettement plus fin que la région. Pour des raisons d'homogénéité et de disponibilité des données, il a été décidé de mener l'analyse des situations régionales de premier recours canton par canton (cf. le tome 4 de ce rapport). Cinq professions ont été examinées : les médecins généralistes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pharmaciens d'officine et les chirurgiens-dentistes. Ce travail s'est fondé sur une démarche en deux temps, une description statistique nationale, puis un dialogue avec l'expertise des comités régionaux.

Dans un premier temps, les données démographiques relatives aux professionnels en activité par canton (nombre et densité) ont été enrichies des informations relatives à leur activité et, pour les généralistes, à la consommation de soins. Ces données ont été complétées de nombreuses informations, notamment relatives à l'âge ou à l'état de santé des populations. La description statistique a permis de situer d'une manière homogène l'ensemble des zones géographiques les unes par rapport aux autres, en faisant apparaître leurs forces et leurs faiblesses et en permettant d'identifier celles qui présentaient des présomptions de fragilité particulière, ou, au contraire, des zones qui semblaient *a priori* plus largement dotées.

Dans un deuxième temps, les comités régionaux se sont appropriés les données, les ont éventuellement actualisées, corrigées et enrichies, et leur ont appliqué leur propre démarche d'analyse, notamment à partir des travaux préexistants des URCAM ou des ORS.

Cette démarche en deux temps s'est avérée fructueuse dans la grande majorité des cas. Chaque région a reçu les données correspondant à son territoire et a pu les comparer à celles dont elle disposait déjà, puis analyser, cerner la situation locale et nuancer les constats bruts comme nourrir d'autres questionnements, qu'elle a communiqués à l'instance nationale. Le maillage cantonal a présenté l'avantage de permettre une observation de proximité, étant un échelon existant depuis fort longtemps et au niveau duquel on dispose de nombreuses informations. Il ne faut pas en nier l'hétérogénéité, qu'il s'agisse de l'étendue ou de la population couverte, non plus que de la réalité des frontières (plus effective, par exemple, dans un rural montagneux que dans une grande agglomération), mais au final on est bien en capacité d'appréhender dans la plupart des cas, pour les professions observées, une offre de soins de proximité qui, lorsqu'elle n'est pas garantie, est susceptible de poser de réels problèmes.

Deux traits majeurs apparaissent à l'issue de ces analyses : d'une part, il existe bien de sensibles différences d'une région à l'autre, mais, d'autre part, peu de zones présentent des déficits importants pour toutes les composantes de l'offre de soins de premier recours.

Le constat, souvent évoqué, de la plus facile accessibilité aux soins au sud qu'au nord se trouve en effet très largement confirmé. On constate que les régions du Nord et du Centre comptent nettement plus de cantons en difficulté et de populations vivant dans ces cantons, et ce pour presque toutes les professions, que ceux plus proches de la Méditerranée ; les départements d'outre-mer apparaissent en situation plus défavorable encore.

Peu de cantons associent par ailleurs une faible dotation en médecins généralistes et une dotation également faible dans l'une des trois professions pour lesquelles ils réalisent des prescriptions. Ainsi, au sein des 86 cantons (sur 3 300 environ) relativement moins dotés en médecins généralistes selon la description statistique nationale, seuls 19 apparaissent également peu pourvus en infirmières libérales. Ce sont, dans la plupart des cas, de très petits cantons, dont un tiers se trouve en Guyane.

De même, 29 cantons figurent à la fois parmi les moins bien dotés en médecins généralistes et en masseurs-kinésithérapeutes libéraux. Ce sont également de petits cantons, répartis dans une dizaine de régions : la Guyane, les Antilles, les Pays de la Loire, la Basse-Normandie, la Bourgogne, le Centre, la Champagne-Ardenne, Rhône-Alpes et l'Auvergne.

Enfin, 42 des 86 cantons les moins pourvus en généralistes libéraux ont également une faible densité d'officines. Ce sont des cantons de petite taille ou de taille moyenne. Trois régions comptent au moins chacune 6 cantons dans ce cas : Rhône-Alpes, les Pays de la Loire et la Guyane, cette forte proportion s'expliquant pour cette dernière par un quota spécifique d'implantation des officines.

Pour ce qui concerne en propre les médecins généralistes, le Centre et les Pays de la Loire présentent, comme la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane et la Réunion, un nombre plus élevé qu'en moyenne de zones en situation défavorable. Ces régions concentrent la majeure partie des 86 cantons considérés comme faiblement dotés par la description statistique nationale. D'autres régions, qui n'apparaissent que faiblement concernées par le manque de médecins généralistes selon les critères nationaux, ont souvent souligné l'existence en leur sein de zones potentiellement déficitaires en raison de fragilités liées à une population particulière (souvent âgée) dont la demande s'accroît, ou encore en raison des risques de non-remplacement des médecins prenant prochainement leur retraite. L'interprétation du critère de consommation a par ailleurs suscité nombre de critiques et rectifications, une forte consommation dans des zones peu dotées de professionnels n'étant pas toujours considérée comme la preuve d'un accès aux soins suffisant. Il demeure que les régions du Sud – PACA, Midi-Pyrénées, Corse, Aquitaine notamment – bénéficient d'une offre de soins souvent satisfaisante : des professionnels nombreux et ayant plus rarement une activité très forte.

Dans le cas des infirmières et des masseurs-kinésithérapeutes, les remarques, apports et critiques des comités régionaux sont apparus souvent plus circonscrits. L'offre libérale de soins infirmiers apparaît dispersée, elle est plus souvent faible dans les régions de l'Est et en Île-de-France. Les masseurs-kinésithérapeutes se répartissent, quant à eux, selon un schéma privilégiant les zones les plus urbaines, avec également une prépondérance pour les régions du sud de la France et, en tous les cas, une plus faible densité dans les régions du Nord et de l'Est. La Martinique et la Guyane sont également moins bien pourvues pour ces deux professions.

Mais, à l'intérieur d'une région, de fortes disparités sont également observables : entre la zone côtière et l'intérieur des terres, entre le cœur urbain et la périphérie élargie, entre la petite agglomération et les cantons profondément ruraux, entre les cantons frontaliers et les autres. L'Île-de-France présente ainsi de réels contrastes (s'il est possible de comparer un canton parisien et un canton de Seine-et-Marne aux confins de la Bourgogne), la région Rhône- Alpes également, mais aussi le Centre. Les Pays de la Loire ont souligné les différences existant entre les cantons côtiers et les autres.

La situation des régions apparaît finalement assez nuancée : il est difficile de mettre en évidence des régions bien pourvues dans toutes les composantes de l'offre de soins de premier recours, comme des régions mal loties sur tous les versants de la démographie des professionnels de santé de proximité.

Les critères nationaux permettent facilement de contraster nord et sud de la France. Mais l'analyse ne peut se satisfaire de ces différences globales identifiées à partir des seules densités en professionnels libéraux, sans prendre en compte les spécialistes au côté des généralistes, sans inclure l'offre hospitalière... En Île-de-France, notamment, la dimension même des populations cantonales, la diversité de l'offre, mais également la mobilité de la population contribuent à réduire la pertinence de ces critères. De manière plus générale encore, il convient de tenir compte de la géographie physique et humaine particulière de chacun des départements d'outre-mer.

À l'issue de ces travaux, il apparaît que le dialogue entre les analyses statistiques sur la base des critères généraux définis au niveau national et les problématiques propres aux régions constitue une méthode fructueuse pour construire un premier diagnostic relatif aux inégalités en matière d'offre de soins de premier recours.

Les premiers résultats de ce rapport mériteront des approfondissements, notamment pour avancer dans l'interprétation du critère de la consommation, qui fait débat pour plusieurs comités régionaux dans la mesure où il exclut de la catégorie des cantons moins bien dotés un certain nombre d'entités en Lorraine, Picardie et dans le Nord-Pas-de-Calais. Une analyse complémentaire serait à mener pour mieux prendre en compte les spécificités régionales de comportements et les effets de la structure générale de l'offre de soins (rapports généralistes/spécialistes, ambulatoire/hospitalier...).

Enfin, dans de nombreuses régions souvent dites peu attractives, les comités régionaux ont souligné l'existence de réels facteurs de fragilité de l'offre de soins, notamment dans les zones où la part de professionnels âgés de plus de 55 ans est élevée. L'examen des difficultés de remplacement augurées par les nombreux départs à la retraite à venir devra certainement constituer une prochaine piste d'approfondissement.

Le problème du renouvellement présente une acuité différente selon les professions

Le renouvellement des médecins se heurte à la question du délai nécessaire à leur formation. En revanche, le renouvellement des professions paramédicales peut être facilement anticipé, sous la réserve que les candidats soient suffisamment nombreux et présentent le niveau requis. Pour l'ensemble des professions de santé, le potentiel que constitue déjà, et que pourrait constituer, à terme, l'apport de professionnels formés au

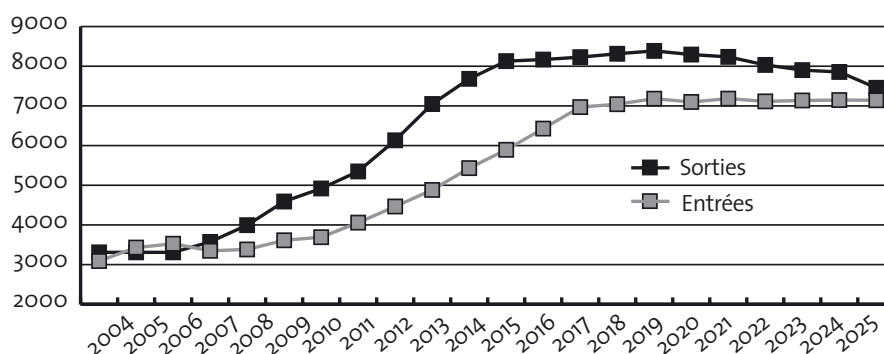
sein d'autres pays, notamment de l'espace européen, constitue un élément qui devra être pris en compte.

■ ■ Le problème du renouvellement des médecins est aigu, compte tenu des délais nécessaires à leur formation

Une attention particulière doit être portée à la situation des médecins en raison de la durée de leur formation, de surcroît souvent plus longue en réalité qu'elle n'est prévue. Les résultats d'une enquête menée à l'initiative de l'Observatoire en décembre 2003 auprès des 27 facultés de médecine, illustrent ce constat. On s'aperçoit, par exemple, qu'en anesthésie-réanimation, seulement 7 internes sur 10 ont terminé leur cursus au terme du délai théorique de quatre ans.

Si l'on rapproche le nombre prévisible de départs à la retraite, dans les prochaines années, du nombre de nouveaux diplômés susceptibles de « prendre la relève », on peut, selon les projections établies par la DREES⁶, distinguer trois périodes : jusqu'en 2007, les nombres des entrées et des sorties devraient être à peu près équivalents ; à partir de 2008 jusqu'en 2015, le solde annuel devient négatif de façon croissante. Enfin, en supposant un *numerus clausus* fixé à 7 000, et un âge moyen de départ à la retraite à 64 ans, c'est seulement à partir de 2016 que s'ouvrirait une période où le solde annuel, toujours négatif, commencerait à se réduire.

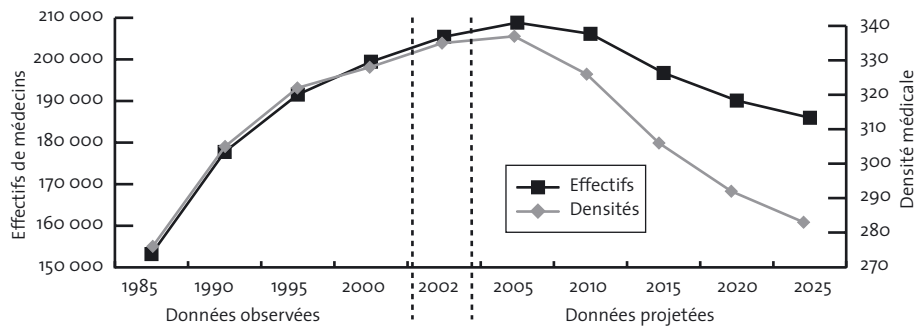
GRAPHIQUE 1
ENTRÉES ET SORTIES PAR ANNÉE PROJETÉE (AU 31 DÉCEMBRE)



6. Les résultats de ces projections sont conditionnés par les hypothèses introduites dans le modèle, à la fois en termes de comportement des professionnels et des régulateurs, en général maintenus inchangés dans le futur. Ils ne doivent donc pas être considérés comme des prévisions, mais comme des outils d'analyse permettant de mesurer l'effet des moyens à la disposition des pouvoirs publics pour réguler l'évolution du nombre de médecins et leur répartition.

GRAPHIQUE 2

**ÉVOLUTION DU NOMBRE ET DE LA DENSITÉ DE MÉDECINS DE 1985 À 2025
SELON LES HYPOTHÈSES DU SCÉNARIO CENTRAL**



Sous l'hypothèse formulée dans le scénario central des projections réalisées par la DREES d'une augmentation du *numerus clausus* en deux ans pour atteindre 7 000 places en 2006, ce niveau étant maintenu ensuite constant jusqu'en 2025, et du maintien des comportements actuellement observés, le nombre total de médecins en activité en France diminuerait à partir de 2006, passant de 205 200 en 2002 à 186 000 en 2025, soit une réduction de 9,4 %.

La densité médicale, qui rapporte le nombre de médecins à la population, se réduirait davantage, compte tenu de l'accroissement de la population attendu à l'horizon 2025, et passerait de 335 à 283 médecins pour 100 000 habitants.

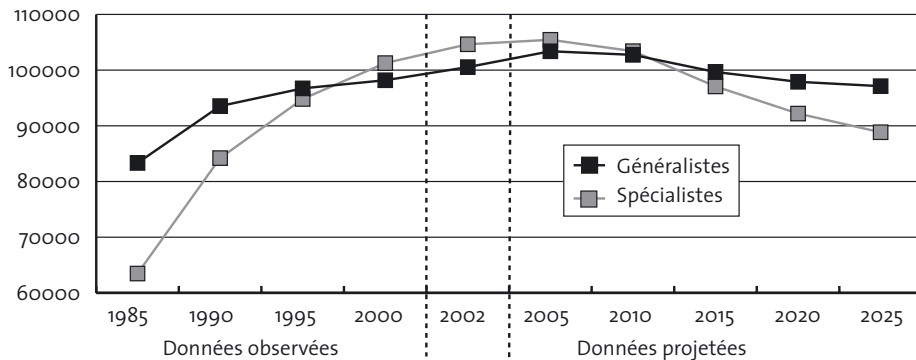
Parmi les médecins en activité, le nombre d'hommes diminuerait fortement, tandis que celui des femmes augmenterait au contraire très sensiblement. Peu après 2020, les femmes deviendraient ainsi plus nombreuses que les hommes parmi les médecins en activité. Rappelons que 65 % des étudiants en médecine en deuxième année actuellement sont des femmes.

Cette projection s'appuie sur l'hypothèse d'un nombre total de postes de spécialistes (hors médecine générale) à l'Examen national classant égal à 50 % du *numerus clausus* en vigueur cinq années plus tôt. Cette proportion est inférieure à celle observée dans la période récente, dans la mesure où, par exemple, les 2 147 places de spécialistes hors médecine générale offertes à l'Examen national classant de 2004 représentent 54 % des 3 988 places offertes à cet examen.

Avec les hypothèses ainsi retenues pour le calcul du nombre de places de spécialistes à l'Examen national classant, les effectifs de généralistes diminueraient moins vite entre 2002 et 2025 que les effectifs de spécialistes (graphique 3). Plus précisément, le nombre de généralistes, tels qu'ils sont identifiés actuellement, passerait de 100 500 en 2002 à 97 100 en 2025 (-3,4 %). Quant au nombre de spécialistes, il reculerait plus fortement, passant sur la même période de 104 600 à 88 800 (-15,1 %). Cette diminution plus marquée des effectifs de spécialistes s'explique notamment par un âge en moyenne plus élevé et des départs à la retraite plus précoces.

GRAPHIQUE 3

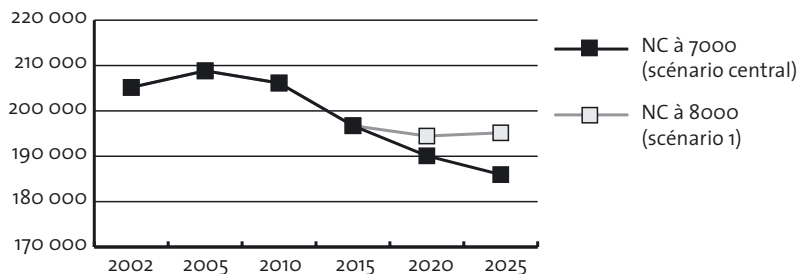
ÉVOLUTION PROJETÉE DU NOMBRE DE GÉNÉRALISTES ET DE SPÉCIALISTES



Si le *numerus clausus* était fixé, à l'horizon de deux ans, à 8 000 (et non plus 7 000), et maintenu ensuite à ce niveau jusqu'en 2025, on observerait une quasi-stabilisation du nombre de médecins en exercice entre 2015 et 2025. Leur nombre serait de 195 200 en fin de période, soit environ 10 000 de plus que dans le scénario central. La baisse du nombre de médecins projetée entre 2002 et 2025 ne serait plus que de 4,9 % et celle de la densité médicale de 11 %. La densité moyenne atteindrait alors 300 médecins pour 100 000 habitants en 2025, soit une valeur proche de celle qu'elle avait en 1990.

GRAPHIQUE 4

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE MÉDECINS DE 2002 À 2025
SELON L'HYPOTHÈSE RETENUE POUR LE NUMERUS CLAUSUS



Un élément supplémentaire doit être pris en compte pour l'appréciation de ces prévisions. Celles-ci portent en effet sur le nombre de médecins ayant terminé leur formation, or les étudiants en formation, notamment à travers l'internat, constituent une ressource importante pour le fonctionnement des services hospitaliers. 30 000 médecins en formation étaient associés au travail de l'hôpital au début des années 1980, alors qu'ils n'étaient plus que 13 000 en 2007. Les effets de la diminution continue du *numerus clausus*, qui est passé de plus de 7 000 au début des années 1980 à environ 3 500 dans les années 1990, se font donc sentir aujourd'hui.

7. VILAIN (A.) et NIEL (X.), « Les médecins... », art. cit.

Au cours du temps, les variations du *numerus clausus* ont été plus fortes pour les médecins et les odontologistes que pour les autres professions de santé. Mais des variations des flux de formation peuvent se produire en plus, ou indépendamment, des variations des quotas ou des *numerus clausus*. D'une part, la fixation d'un quota ne garantit pas qu'il se traduise par un nombre d'entrées en formation équivalent ; d'autre part, certains autres phénomènes, tels que les abandons en cours d'études, les taux d'échec, des abandons précoces de carrière ou des réorientations, peuvent conduire à ce que les effectifs soient différents de ceux établis à partir des flux de formation.

Ces constats invitent à souligner que l'on se préoccupe trop peu, une fois le *numerus clausus* fixé, de suivre les trajectoires effectives des professionnels en formation et les effets réels de ce *numerus clausus* sur la démographie par profession et par spécialité, c'est-à-dire sur la situation de l'offre de soins, notamment sur sa répartition géographique et par secteur d'exercice.

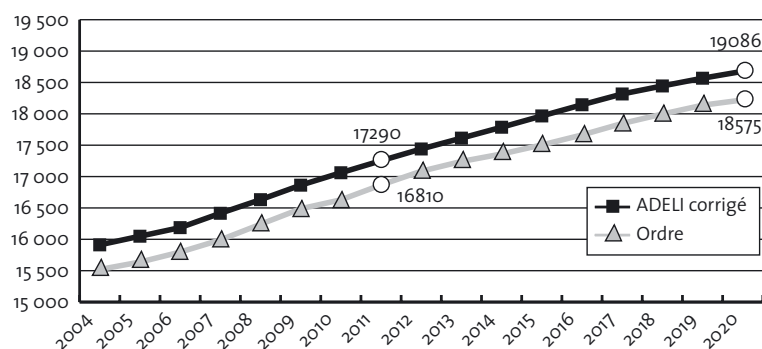
■ ■ Les questions de renouvellement des départs et de satisfaction des besoins se posent de manière différente pour les sages-femmes, les infirmières et les manipulateurs d'électroradiologie médicale

Suite aux décisions des années passées concernant les quotas de formation, les flux de formation actuels couvrent le remplacement des départs pour les sages-femmes et les infirmières, et ils devraient contribuer à résorber les déséquilibres actuels d'ici quelques années. Un accroissement des capacités de formation apparaît en revanche nécessaire pour les manipulateurs d'électroradiologie médicale.

Pour les sages-femmes, le *numerus clausus* a été très fortement relevé : de 663 en 1998, il est passé progressivement à 900 à partir de 2002. Les projections réalisées par l'IRDES, qui actualisent celles réalisées par la DREES en 1999, en tenant compte de cette augmentation du *numerus clausus*, permettent de prévoir un effectif pour les sages-femmes en progression par rapport à l'effectif actuel (compte tenu des différences existant sur la répartition des âges entre le répertoire ADELI de la DREES et le fichier du CNOSEF, l'exercice a été effectué selon ces deux sources de données).

GRAPHIQUE 5

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES À L'HORIZON 2020 (FRANCE ENTIÈRE)



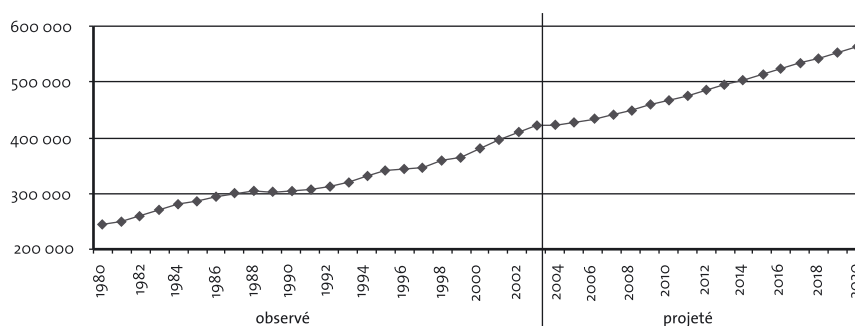
Selon ces projections, par rapport à l'effectif en activité en 2004, le nombre de sages-femmes devrait augmenter de 8 % en 2010 et de 19 % en 2020. On peut penser que cette croissance des effectifs, au-delà du renouvellement des départs en retraite, devrait permettre de répondre en l'espace de quelques années aux besoins actuellement constatés dans certaines régions.

Pour les infirmières, comme pour les sages-femmes, le quota de formation a récemment augmenté étant passé de 18 000 à 30 000 en l'espace de quelques années. Si l'on maintient les quotas actuels et si les comportements de sortie d'activité observés actuellement se poursuivent, les projections démographiques réalisées par la DREES montrent que le nombre d'infirmières passerait de 423 000 en 2003 à 450 000 en 2009, 500 000 en 2014 et 550 000 en 2020⁸.

Cela représenterait une hausse de 33 % en dix-sept ans, soit une croissance annuelle moyenne de 1,7 %. Mais ce taux annuel ne serait atteint qu'à partir de 2007, le temps que les promotions issues du nouveau quota à 30 000 entrent sur le marché du travail.

GRAPHIQUE 6

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS D'INFIRMIERS EN ACTIVITÉ DE 1980 À 2003 ET PROJECTION 2003-2025



SOURCES: DREES.

L'augmentation récente des flux de formation permet donc d'accroître les effectifs, au-delà du renouvellement des départs en retraite, même si ceux-ci sont amenés à s'accélérer dans les prochaines années. Avec l'augmentation des effectifs, les difficultés de recrutement constatées aujourd'hui par les établissements hospitaliers devraient diminuer et être résorbées d'ici quelques années.

Pour les manipulateurs d'électroradiologie médicale, si les capacités de formation restent inchangées, le solde des entrées et des sorties de la profession va aussi rester positif dans les vingt prochaines années, mais il va fortement diminuer. Compte tenu des besoins actuels et à venir, liés notamment à l'augmentation du parc d'équipements en imagerie et radiothérapie, une augmentation des capacités de formation paraît nécessaire.

8. Source DREES, Annexe au PLFSS 2004.

■ **L'ATTRACTIVITÉ DE CES PROFESSIONS**

Quelle que soit la profession, l'augmentation des capacités de formation n'a d'effet que s'il y a des candidats. Si la question de l'attractivité du métier ne semble pas se poser pour les sages-femmes, elle a été soulevée pour les infirmières et les manipulateurs.

Pour les infirmières, il est vrai qu'en 2000, année où le quota est passé de 18 000 à 26 000, 10 % des places ouvertes n'ont pas été pourvues, mais les instituts de formation ont pratiquement fait le plein les deux années suivantes. En 2003, le quota a été à nouveau fortement augmenté, passant à 30 000, et 6 % des places n'ont pas été pourvues. Mais, là encore, il peut s'agir d'une adaptation à une brusque augmentation de capacité. Les difficultés sont d'ailleurs concentrées dans quelques régions.

On ne peut donc pas conclure à une diminution avérée, aujourd'hui, de l'attractivité de la profession. Cependant, même si les places sont pourvues, une inquiétude demeure sur le niveau des élèves admis en formation, car, à nombres de candidats identiques, l'augmentation des quotas conduit à baisser la barre d'admission.

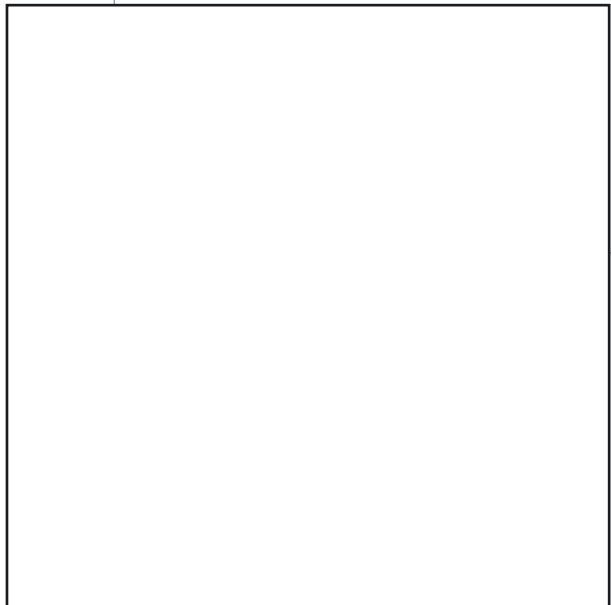
Pour les manipulateurs en électroradiologie médicale, la situation peut apparaître plus préoccupante car le nombre de candidats a fortement baissé depuis le milieu des années 1990. On observe cependant un redressement très récent.

■ **LES PROFESSIONNELS DIPLÔMÉS DANS D'AUTRES PAYS DE L'UNION EUROPÉENNE**

Si l'on peut craindre que, pour certains professionnels, il y ait moins de diplômés entrant sur le marché que les quotas de formation fixés ne le laisseraient prévoir, à l'inverse, le nombre de nouveaux professionnels peut être supérieur, pour certaines professions, au nombre déduit du quota de formation. C'est le cas en particulier pour les masseurs-kinésithérapeutes, puisque les 1500 nouveaux kinésithérapeutes formés chaque année en France sont rejoints sur le marché du travail par un nombre croissant de diplômés extérieurs (900 en 2002, 1390 en 2003, formés principalement en Belgique).

Cet exemple démontre que la plus grande attention doit être portée dans les scénarios de projection, ainsi que lors de la définition des outils nationaux de quotas ou de *numerus clausus*, aux possibilités offertes par le cadre juridique européen, en matière de validation des diplômes et de circulation des professionnels. Cette donnée devra être intégrée dès l'année prochaine pour les médecins, dans le cadre du décret du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales et de l'Examen national classant.

**QUELS SONT LES IMPACTS À
ATTENDRE DE L'ÉVOLUTION
DES MÉTIERS ET DE LEURS
CONDITIONS D'EXERCICE ?**



Le sentiment de manquer de collègues, l'impression de ne pas « bien faire son travail », ou que sa pratique médicale ne permet pas d'exercer ou de conserver la compétence ou le savoir-faire acquis... renvoient à des questions que se pose nombre de professionnels de santé, auxquels le constat portant sur la croissance moyenne des effectifs n'apporte pas de réponse suffisante. Les jugements portés par les professionnels sur les difficultés de leurs conditions d'exercice et de travail laissent plutôt penser que les ressources actuelles et leur mode d'utilisation ne correspondent pas forcément à celles qui sont ressenties comme nécessaires. Les évolutions importantes qui affectent la demande de soins et la manière de les prodiguer permettent de préciser la provenance des déséquilibres qui se manifestent aujourd'hui. Quatre constats principaux peuvent être formulés sur ce point :

- la demande et les possibilités de soins se transforment ;
- l'intervention médicale et de soins inclut des activités nouvelles qui modifient le contour des métiers et le temps médical ;
- l'organisation de l'activité de soins repose sur une interdépendance des professions de santé sans doute sous-estimée dans l'appréciation et l'affectation des ressources locales ;
- la situation de l'offre de soins est influencée par les comportements et les aspirations des professionnels de santé.

Ce sont donc des facteurs imbriqués qui conduisent à ce que la réponse à la demande de soins correspond souvent à une intensification de l'activité qui se traduit par une dégradation réelle ou ressentie des conditions de travail. La mise à plat des données relatives aux évolutions des modes de prise en charge et des réagencements qu'elles entraînent est donc nécessaire pour compléter le diagnostic purement démographique. Les décisions en matière de formation et de répartition équilibrée des effectifs devraient être établies aussi à la lumière de ces éléments.

La demande et les modalités techniques de soins se transforment et font évoluer les ressources soignantes nécessaires

Les transformations de l'activité soignante proviennent d'abord des évolutions démographiques de la population. Le vieillissement global de la population se traduit par un vieillissement des malades, qui accroît la demande de soins et transforme également les modes de prise en charge. La prise en charge des patients âgés, qui permettent l'évolution des techniques et les progrès thérapeutiques pour un nombre grandissant de pathologies, ne présente pas les mêmes caractéristiques que celle des malades plus jeunes en terme de durée des séjours et en terme de structures d'accueil (nécessité de lits d'accueil en aval...). D'un autre côté, une prise en charge plus globale de la dépendance, incluant les aspects plus sociaux et l'aide quotidienne, est souhaitée et interpelle directement certains professionnels de santé.

D'autres facteurs modifient également les conditions de la prise en charge. Quelques exemples permettent d'illustrer ce changement, ils se rapportent à *la diminution des durées de séjour*, à *la médicalisation des prises en charge*, aux exigences de sécurité et de qualité, et à l'augmentation des potentialités technologiques.

Le nombre global de journées d'hospitalisation, même si l'on y ajoute les hospitalisations de jour, est, tendanciellement, en décroissance (-4,4 % de 1998 à 2002), et le nombre de séjours hospitaliers davantage encore. Néanmoins, il apparaît que l'intensité en travail soignant d'une journée d'hospitalisation a augmenté et que les différents indicateurs ne rendent pas compte du travail réalisé par un grand nombre de professionnels de santé. Le temps accordé au patient est forcément réduit lors des courts séjours, or ce facteur constitue un attribut important de la perception du métier par le professionnel de santé.

Par ailleurs, la diminution des durées de séjour hospitalier implique une progression de l'activité dans d'autres secteurs, comme le secteur médico-social (en lien avec le vieillissement de la population) ou le secteur ambulatoire : le développement du court séjour, de l'hôpital de jour, de la chirurgie ambulatoire conduisant à déplacer des tâches traditionnellement assurées pendant le séjour, en amont et en aval de celui-ci.

Enfin, la part prise par l'activité des services d'urgence constitue un point particulièrement important à souligner. Le taux annuel de passage aux urgences, c'est à dire le nombre annuel de passages aux urgences rapporté à la population au 1^{er} janvier de l'année, est passé de 17,5 % en 1996 à 23 % en 2002⁹.

La question de la médicalisation des prises en charge, c'est-à-dire de tout ce qui recouvre le contenu médical des interventions, renvoie à deux phénomènes contrastés. Le premier implique un accroissement des prises en charge médicales et peut être illustré par l'exemple de la grossesse ; le second renvoie à une remise en question des modes de prise en charge actuels, c'est le cas en santé mentale.

La médicalisation plus importante de la prise en charge de la grossesse est confirmée par l'enquête périnatalité qui permet de comparer les modes de prise en charge en 1995 et 1998¹⁰. Les hospitalisations prénatales ont progressé au cours des trois années, passant de 19,9 % en 1995 à 21,6 % en 1998, mais elles ont tendance à être plus courtes : les séjours de moins de trois jours représentent 32,3 % des hospitalisations en 1998, au lieu de 27,0 % en 1995. Cette évolution a un impact sur le contenu des tâches demandées aux sages-femmes, et elle s'associe généralement à une intensification de la prise en charge.

À l'inverse, la médicalisation des prises en charge peut se trouver dans certains cas mise en question, comme c'est le cas dans le domaine de la santé mentale, où les professionnels de santé sont de plus en plus interpellés pour participer à la prise en charge de personnes dont les difficultés ne sont pas d'ordre exclusivement médical (précarité, isolement...).

Les exigences accrues en matière de sécurité des prises en charge conduisent, quant à elles, à adopter des raisonnements en terme de seuil minimum de compétences. Ce seuil peut

9. Source SAE DREES.
10. www.sante.gouv.fr

d'abord correspondre à un nombre minimal d'actes ou de patients. Il peut également renvoyer à un nombre minimal de praticiens, en deçà duquel des coopérations et des complémentarités indispensables à l'exercice ne sont pas envisageables. Des normes, édictées au niveau national et au niveau européen, définissent souvent ces pratiques de sécurité.

La sécurité des prises en charge se traduit également par la progression de tâches, généralement qualifiées d'administratives de par leurs caractéristiques, mais qui participent dorénavant d'une démarche de qualité et font partie intégrante du processus de soins. Il est probable que certaines de ces tâches vont continuer à se développer, en lien avec l'accroissement des démarches de contrôle qualité, de sécurisation des traitements, de protocoles, d'évaluation.

Les progrès scientifiques et les potentialités technologiques modifient aussi la nature des interventions des professionnels de santé. Ceux-ci ont souligné, lors des auditions, le temps grandissant pris par certaines techniques d'analyses diagnostiques, qui supposent des temps longs d'interprétation et d'échanges. Le développement des capacités diagnostiques et thérapeutiques repose maintenant sur des outils technologiques dont le coût et l'utilisation exigent une mutualisation des savoirs-faire. L'utilisation adéquate de ces possibilités technologiques implique également que soit préservée une part de l'activité programmée, afin de préserver le maintien des compétences spécialisées. Certains exercices, au dire des spécialistes, en particulier les chirurgiens, requièrent impérativement le maintien d'une activité programmée¹¹. Plus largement, le déséquilibre entre activité programmée et activité en urgence au sein de l'hôpital peut être lu à la fois comme le résultat de certaines tensions et comme un facteur de tensions dans l'organisation, et pour l'accueil des patients.

L'augmentation du parc d'équipements suppose aussi la présence d'un plus grand nombre de collaborateurs susceptibles d'en permettre l'utilisation, comme le montre le cas des manipulateurs d'électroradiologie médicale. La démographie de cette profession n'a, semble-t-il, pas posé de problème particulier jusqu'à la fin des années 1990. Depuis quelques années en revanche, le déséquilibre s'accroît entre la demande et l'offre de professionnels, car le parc des équipements lourds a fait l'objet dans la période récente d'un accroissement significatif. En trois ans (du 31/12/2000 au 31/12/2003), le parc de scanners autorisés a été augmenté de 29 %, celui d'IRM de 131 %, de TEP de 76 % et de radiothérapie de 11 %. Certains équipements de radiothérapie installés récemment n'ont pu être mis en service faute de manipulateurs.

La répartition des effectifs des différentes professions doit tenir compte de l'interdépendance des métiers dans la prise en charge des patients

La nécessité du travail en équipe, à travers l'appartenance à l'équipe soignante, ne date pas d'aujourd'hui, mais l'approche démographique a jusqu'alors été conduite à négliger

¹¹ *La Chirurgie française en 2003. Les raisons de la crise et les propositions*, rapport présenté par le Pr Jacques DOMERGUE et le Pr Henri GUIDICELLI à l'attention du ministre, février 2003.

cette réalité pour apprécier la situation de l'offre de soins. La multiplication des plateaux techniques, non seulement en chirurgie mais également pour d'autres actes médicaux, doit conduire à porter la plus grande attention à la présence et à la disponibilité des professionnels qui assurent ensemble la prise en charge des patients.

Au-delà d'insuffisances d'effectifs, les tensions observées dans la réponse à la demande de soins sont souvent liées à des difficultés d'articulation entre spécialités médicales et spécialités chirurgicales d'une part, entre spécialités médicales et autres professionnels de santé d'autre part. La prise en charge des patients passe de plus en plus par des coopérations entre professionnels, médicaux mais aussi paramédicaux, médico-sociaux et techniques.

La disponibilité de capacités diagnostiques nouvelles suppose, par exemple, l'intervention de compétences variées afin d'en permettre la mobilisation thérapeutique utile pour le patient. Le recours grandissant à l'anesthésie rend la disponibilité de ces professionnels extrêmement importante, au-delà des nécessités évidentes liées aux interventions chirurgicales. Les neurologues coopèrent avec les psychomotriciens et les psychologues ; la médecine physique et de réadaptation a besoin des kinésithérapeutes... Le raccourcissement des durées de séjour, qui se traduit forcément par une autre place laissée à la dimension relationnelle entre le patient et le soignant, constitue sur ce point un facteur qui sollicite sans doute des mutations des modes de coopération entre les différents intervenants.

Le problème de la complémentarité des effectifs peut être illustré par le domaine de la naissance, domaine dans lequel un équilibre doit être trouvé entre le nombre de sages-femmes et le nombre de gynécologues-obstétriciens.

L'interdépendance des professionnels autour du soin est liée à la fois au développement des technologies et des plateaux techniques, et, sur un autre plan, à la demande des patients et de leurs familles. Elle implique des coopérations nouvelles, mais aussi de nouveaux métiers, et des capacités réactives d'ajustement.

L'évolution des métiers et des conditions d'exercice doit être intégrée dans le diagnostic sur les effectifs et leur répartition. Elle rend nécessaire de réfléchir en termes d'offre de soins globale et de façon coordonnée sur l'ensemble des professionnels de santé. Le recensement des professionnels par spécialité et par profession doit donc être complété par d'autres analyses des effectifs, comme celles qui émergent par pathologie ou par domaine de soins. Ce recensement doit également être complété par des analyses des pratiques soignantes susceptibles de prendre en compte les coopérations et les solidarités effectives entre les métiers.

Les prises en charge diffèrent selon les lieux d'exercice et les types d'organisation

Les évolutions évoquées précédemment n'affectent pas avec la même ampleur tous les lieux et modes d'exercice du fait de leur diversité et du fait aussi que les capacités d'intégration varient d'un lieu à l'autre.

Un premier facteur de différenciation provient de la diversité des établissements, des patients et des pathologies. Quelques exemples peuvent l'illustrer.

Les problèmes spécifiques rencontrés par les hôpitaux généraux sont soulignés à la fois par les comités régionaux et par la presque totalité des spécialités médicales auditionnées. Leur part de prise en charge semble augmenter, en raison de la montée du rôle de premier recours qu'ils assurent, alors qu'ils sont fréquemment confrontés à un problème d'effectifs et à la moindre attractivité des postes offerts au recrutement.

On note également que la répartition et la nature des actes réalisées par les sages-femmes diffèrent selon les structures d'exercice, comme le met en évidence l'enquête menée auprès des sages-femmes (SF2004)¹². Chaque structure développe des organisations différentes, en particulier concernant les différents secteurs de maternité et la gamme d'actes que les sages-femmes réalisent. Ainsi, les cliniques semblent plus spécialiser leurs sages-femmes par secteur : 40 % déclarent n'exercer habituellement que dans un seul secteur (contre 30 % en PSPH et 24 % en établissement public).

Pour les infirmières aussi, derrière l'unicité du diplôme, il existe des contenus de métiers diversifiés. Celui d'une infirmière hospitalière est différent de celui d'une infirmière libérale : les patients ne sont pas les mêmes, l'environnement du soin est différent (domicile du patient versus hôpital), l'infirmière hospitalière est secondée par des aides-soignantes... Autant d'éléments qui font varier les pratiques et les contenus des métiers. Au sein du secteur libéral, l'analyse des actes effectuée par la CNAMTS montre qu'« il y a bien deux pratiques professionnelles radicalement différentes. Un petit tiers des infirmières réalisent en majorité des actes techniques. Certaines d'entre elles (6 %) réalisent même en quasi totalité des actes en AMI (acte médical infirmier) et non en AIS (acte soignant infirmier). À l'opposé, un tiers des infirmières exercent leur activité en faisant à plus de 80 % des actes de soins de nursing : une infirmière sur dix ne fait pratiquement que des actes en AIS »¹³.

Un second facteur, qui différencie cette fois les établissements hospitaliers, entre eux, concerne les données organisationnelles. Une enquête approfondie réalisée sur la perception des effets de la réduction du travail sur un échantillon de 17 établissements¹⁴ en fait particulièrement ressortir l'importance.

Quatre questions d'organisation apparaissent, dans les hôpitaux, comme particulièrement sensibles :

- les temps de chevauchement des équipes dans les services de soins, qui déterminent les conditions dans lesquelles l'information sur les patients peut être transmise entre deux équipes ;
- les amplitudes d'ouverture de certaines consultations ou de certains services comme l'imagerie, une réduction des horaires d'ouverture pouvant limiter l'accès des patients à des consultations ou des examens ;
- la coordination entre professionnels de santé dans les endroits où le travail en commun est indispensable. Le fonctionnement du bloc opératoire devient ainsi de plus en plus compliqué car il doit intégrer et coordonner les absences prévisionnelles de toutes les catégories de personnel (chirurgiens, anesthésistes, infirmières du bloc opératoire diplômés d'État [IBODE], infirmières anesthésistes diplômées d'État [IADE]). Des « jours bleus » sans opération ont été définis dans certains blocs opératoires pour coordonner les absences de tous les personnels ;

12. Cf. tome 3 du rapport.

13. CNAMTS, *Dossier Études et statistiques - L'activité des infirmières libérales*, n° 52, novembre 2001.

14. TONNEAU (D), « Où en était la réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics au début de l'année 2003 », *Études et résultats*, n° 302, avril 2004, DREES.

- l'organisation des pools de remplacement est très différente d'un établissement à l'autre : certains pools sont spécialement dédiés au remplacement des jours de RTT, d'autres interviennent pour tous les remplacements indifféremment.

Ces éléments, qui conduisent à souligner l'importance d'une présence équilibrée de tous les professionnels pour l'intervention soignante et pour le patient, font apparaître que la gestion de l'articulation entre l'organisation de l'activité et la disponibilité des ressources est un point sensible car il détermine les conditions de travail et il conditionne l'attractivité du métier et son mode d'exercice.

Les comportements relatifs aux choix d'activité professionnelle et d'exercice se transforment

Les variables socio-démographiques comme la féminisation ou le vieillissement des professions de santé ont à l'évidence un impact sur l'offre et l'activité de soins, mais les comportements de tous les professionnels se transforment au cours du temps et semblent sensibles à la fois aux évolutions de la demande de soins et à l'environnement de l'exercice. Il est donc essentiel de comprendre ces changements de comportements pour anticiper l'offre de soins qui sera effectivement disponible, car ils produisent des effets dont on ne saisit la portée qu'après coup. La prise en compte des aspirations et des comportements doit permettre d'apprécier de façon prospective la disponibilité des personnels dans chaque profession, et de mieux qualifier le degré d'attractivité des métiers ou des secteurs d'exercice.

L'augmentation de la proportion des femmes dans le corps médical pourrait notamment contribuer à faire évoluer fortement la répartition du mode d'exercice. Jusqu'à présent, les femmes privilégient en effet l'exercice salarié, ce qui conduirait, puisque leur nombre s'accroîtrait fortement, à concentrer la majeure partie de la baisse à venir des effectifs sur l'exercice libéral, si leur comportement se maintenait à l'identique. Les projections réalisées avec le modèle de la DREES mettent ainsi en évidence, sous l'hypothèse de constance des comportements passés, que le nombre de médecins libéraux chuterait en un peu plus de vingt ans de 15 %, passant de 122 300 en 2002 à 103 800 en 2025, alors que la diminution serait quasi nulle pour les hospitaliers, dont le nombre passerait de 59 000 en 2002 à 58 800 en 2025.

L'accroissement de la mobilité professionnelle des personnels de santé, c'est-à-dire les changements d'employeur ou de secteur d'activité qui interviennent en cours de carrière, constituerait également un facteur susceptible d'infléchir la structure de l'offre de soins, dans un contexte marqué par un marché du travail où certaines professions sont en position favorable vis-à-vis de la demande.

La durée des carrières apparaît aussi comme une variable de modulation qui peut jouer soit à travers les changements de trajectoire d'exercice, comme on a pu le voir pour les médecins généralistes qui ont des durées d'exercice en médecine générale plus courtes que leur durée de carrière en médecine ; ou par le biais d'abandons anticipés de la carrière, comme le montre l'enquête menée auprès des sages-femmes. *A contrario*, l'examen des données disponibles conduit à nuancer le diagnostic couramment énoncé selon lequel la durée de carrière des infirmières est très faible.

L'idée que les infirmières abandonnent massivement leur métier au bout de quelques années paraît aujourd'hui erronée. En effet, pour le secteur public, les données de la CNRACL (Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales) montrent que les infirmiers prennent leur retraite à 55 ans en moyenne. La durée moyenne cotisée est de 28 ans pour les infirmiers diplômés d'État, de 33 ans pour les cadres, de 30 ans pour les IADE et les puéricultrices, de 32 ans pour les IBODE¹⁵.

Il est probable que, dans la réalité, les comportements connaîtront aussi une inflexion, sous l'effet du développement des cabinets de groupe souhaité par les professionnels exerçant en libéral, qui aspirent à des conditions de travail plus proches de celles considérées comme normales pour les salariés.

Les décisions publiques relatives au nombre de postes salariés pourraient également évoluer en rééquilibrant la répartition entre exercice salarié et exercice libéral. Il n'en reste pas moins que la tendance à l'œuvre défavorise fortement la ville au profit de l'hôpital et pourrait prendre, s'il n'y était pris garde, à contre-pied les orientations retenues actuellement pour assurer une meilleure prise en charge des patients en ville.

L'affectation des ressources doit tenir compte de la variabilité des temps de présence sur le lieu de travail

La diminution du temps de travail a eu des impacts réels sur la disponibilité des professionnels, mais il semble important de considérer plus généralement que l'aménagement du temps de travail conduira à accroître la variabilité des temps de présence. L'anticipation et la prise en compte de ces variations constituent un élément très important, car dès lors que les créations d'emplois sont définies par la tutelle, les principales marges de manœuvre locales résident dans l'organisation du travail... ou dans l'intensification du travail.

La modification de la durée légale du travail a eu des effets conjoncturels importants entre 2000 et 2002-2003. Rappelons que, d'une part, la réduction du temps de travail pour l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux, liée à la mise en place de l'ARTT, s'est appliquée à partir du 1^{er} janvier 2000 dans les établissements privés et à partir du 1^{er} janvier 2002 (pour les personnels de jour¹⁶) dans les hôpitaux publics ; la nouvelle définition du temps de travail pour les personnels médicaux résultant de l'application de la directive européenne 93/104 du 23/11/1993 a, d'autre part, conduit notamment à intégrer les périodes de permanence sur place (les « gardes ») dans le temps effectif de travail.

Ces diminutions de la quotité de travail ont certainement constitué un facteur conjoncturel de déséquilibre entre l'offre et la demande de professionnels. Le passage aux 35 heures a d'abord généré un besoin de recrutement massif, qui ne pouvait pas être satisfait immédiatement. Cette modification du temps de travail a également relativisé la portée de l'augmentation des effectifs enregistrée sur cette période, comme on l'a noté précédemment pour les infirmières. Enfin, comme les durées de travail étaient, avant

¹⁵. Les moyennes données pour les trois catégories d'infirmiers spécialisés incluent les cadres.

¹⁶. 1^{er} janvier 2004 pour le personnel de nuit (passage à 32,5 heures).

même l'application de la réduction du temps de travail, différentes selon les catégories de personnel non médicaux, elle a eu des impacts différents selon les établissements¹⁷.

Ces difficultés transitoires font apparaître que de nombreuses possibilités de présence sur le lieu de travail sont envisageables, et semblent souhaitées, mais qu'elles impliquent une intervention régulatrice rapprochée. Il est impératif de prendre en compte cette donnée structurelle qui fragilise l'appréciation de l'offre de soins fondée sur les seules données d'effectifs. Le mode de gestion de ces jours de congé ou de RTT – compte épargne temps, report l'année suivante, rémunération... – apparaît une information intéressante pour apprécier l'impact de ce phénomène sur le fonctionnement des services. Les nouvelles organisations du travail peuvent en effet augmenter la charge de travail selon plusieurs mécanismes : compression des tâches sur un temps de travail plus court, multiplication du nombre de transmissions entre les équipes, difficultés de coordination.

Le problème du temps de travail concerne aussi l'activité libérale, pour laquelle il existe de fortes variations au sein d'un même métier, en fonction des conditions d'exercice, des périodes et des zones d'installation, ou encore selon la période de la carrière. Mais les statistiques globales d'activité, analysées par la CNAMTS pour ce secteur sur la période 2000-2004, font apparaître que l'activité est en progression pour toutes les spécialités médicales : l'essor du nombre d'actes est ainsi systématiquement supérieur à l'évolution des effectifs libéraux, bien que la part des femmes au sein de ces effectifs soit également croissante. La féminisation est d'ores et déjà un fait, et il est important de suivre l'évolution de la tendance d'un rapprochement des temps de travail observés, pour les médecins libéraux, entre les hommes et les femmes. En effet, sur la période 1989-2001, la structure démographique des médecins a changé, avec une proportion plus importante de femmes (29 % en 1989 ; 36 % en 2001, 37,2 % en 2003), mais, pendant cette même période, le temps de travail moyen des médecins a augmenté de deux heures : il se situe en 2001 à 51 heures par semaine, contre 49 heures en 1989.

Ces analyses, qui devraient être développées également dans le secteur hospitalier, revêtent une importance particulière si l'on tient compte du fait que les modifications de l'intervention soignante se traduisent par une diminution du temps directement disponible pour les soins. Dans le secteur libéral comme à l'hôpital, le temps directement disponible pour les patients ne découle pas mécaniquement du temps de travail des professionnels de santé. Ces derniers se consacrent par ailleurs à un certain nombre d'activités, qui font partie de l'activité soignante ou sont utiles au bon déroulement de l'exercice. Une partie de leur temps est affectée à la gestion administrative des procédures (qualité, systèmes d'informations...). À titre d'exemple, au Royaume-Uni, le rapport Wanless, qui dessinait une prospective à 2022 du système de santé britannique, posait comme objectif une progression de la fonction de « *clinical governance* » (que l'on pourrait appeler « démarche qualité »), chez les infirmiers comme chez les médecins ; pour les premiers, la cible était qu'elle représente à terme 5 % du temps de travail au lieu de 2 % actuellement.

Une autre partie du temps peut être dédiée à la recherche, à la formation, à l'enseignement, ou à la concertation entre équipes. Enfin, l'organisation de l'activité et la disponibilité des équipements peuvent être plus ou moins favorables au bon déroulement du temps consacré aux soins.

¹⁷ BOUSQUET (F.), « Enquête sur la mise en place de la RTT dans la fonction publique hospitalière », *Document de travail*, n° 51, mars 2003, DREES ; la synthèse est parue dans le n° 224 d'*Études et résultats* (mars 2003).

Prendre en compte ces éléments est déterminant pour mesurer la capacité effective du système de soins à prendre en charge les patients. L'approche démographique doit impérativement s'enrichir d'une réflexion qualitative sur l'évolution des usages du temps de travail afin d'apprécier la part du temps qui est directement indisponible pour les patients. Ce point, qui pourrait être source de tensions entre les soignants et les patients ainsi que leurs familles, apparaît également important dans l'appréciation des conditions de travail. La connaissance de l'activité soignante et de ses transformations doit être approfondie, car les progrès techniques, la nécessité d'approches pluridisciplinaires des malades et des pathologies, la formation continue et la recherche... sollicitent une part grandissante du temps en éloignant les professionnels du contact direct avec les patients. Il paraît important d'en tenir compte dans les décisions à portée démographique et dans la définition des parcours de formation.

L'évolution des métiers doit conduire à faire évoluer les formations

Pour les médecins, il n'existe aujourd'hui aucune passerelle entre les spécialités¹⁸. Cette situation entraîne des rigidités, pesantes pour les étudiants en formation, et qui rend difficiles des évolutions d'exercice parfois nécessaires en termes d'offre de soins ou de carrière, pour répondre à un projet professionnel. Elle pourrait aussi constituer un frein au développement des coopérations entre les spécialités, présenté comme une nécessité pour définir une prise en charge plus complète et polyvalente des patients et pour assurer une réponse à l'évolution des pathologies.

La définition de tronc communs de formation, avant la spécialisation, a été fréquemment souhaitée par les médecins auditionnés, pour une plus grande unicité de la formation médicale et chirurgicale. Le fait que beaucoup de maquettes de formation soient actuellement très contraignantes conduit à ce qu'un étudiant qui ne fait pas le choix d'une spécialité dès le premier stage ne peut plus véritablement changer d'orientation.

La question de la formation et de son évolution, comme celle des effectifs, a été ainsi fréquemment posée, lors des auditions, en lien avec l'évolution technique de l'exercice et la recomposition des activités que ces progrès susciteront. Beaucoup soulignent les limites d'une gestion de la formation qui ne tiendrait pas compte de « ce qui doit être fait, et de ce qui va être fait ». Les contenus des formations, comme les besoins en effectifs, sont à examiner, pour nombre des médecins auditionnés, à la lumière des transformations des modes de prise en charge. Cet état des lieux est parfois engagé : les chirurgiens généraux, par exemple, tentent de recueillir, par le biais d'un questionnaire, des éléments permettant de mieux cerner le contenu du métier. On peut de même évoquer le fait que l'ensemble des chirurgiens développent leur réflexion sur l'avenir du métier et des formations correspondantes en tenant compte de la diminution annoncée de la chirurgie invasive.

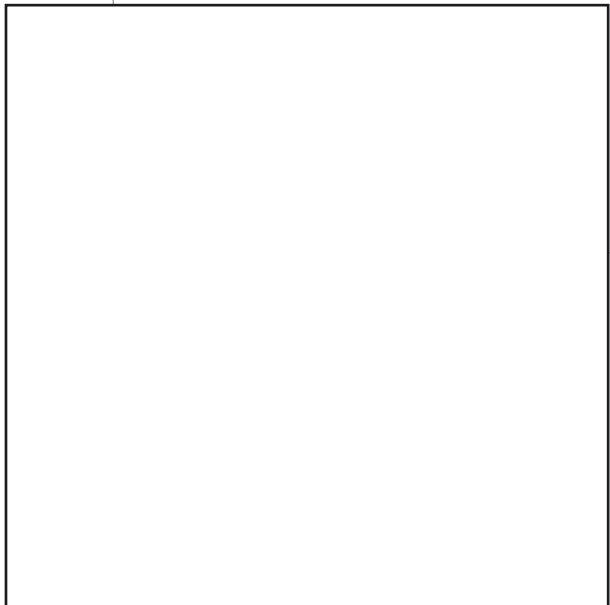
18. HARDY-DUBERNET (A.-C.), *La Réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins*, Laboratoire Georges Friedman, LEST, recherche réalisée dans le cadre du programme INSERM/CNRS/MiRe, novembre 2001.

Certaines spécialités se posent la question de la part qui pourrait être attribuée aux conditions actuelles de la formation pour expliquer une rupture des vocations, ou la baisse de l'attractivité de la discipline. L'excès de spécialisation peut nuire à la lisibilité de l'exercice auquel conduit le choix de la filière, comme cela a été souligné, par exemple, pour l'anatomie-cytologie. D'une façon générale, offrir aux futurs médecins des conditions de formation leur permettant de se faire une idée et de choisir en toute connaissance de cause leur future orientation paraît une priorité. Dans cet esprit, le développement de stages hors CHU, dont il faudrait définir l'organisation et la durée, présenterait des avantages tant pour la formation elle-même que pour l'apprentissage de l'exercice, car la situation actuelle conduit à une non-familiarisation, voire une méconnaissance de l'exercice libéral. La méconnaissance de la pratique des soins hors CHU, mais également le manque d'éléments d'information sur le fonctionnement pratique des autres structures (hôpitaux périphériques, cabinets) pourraient constituer une des explications des reports constatés de l'installation. La pratique des remplacements permet en quelque sorte d'acquérir cette connaissance de l'exercice libéral. L'inconnu que représente le « hors CHU » pourrait aussi alimenter le mouvement grandissant qui s'opérerait, chez les jeunes générations, vers le statut salarié.

Pour les professions paramédicales, l'évolution des formations devrait se poursuivre sous l'influence de l'europanisation des diplômes et donc de leur universitarisation. Les professions paramédicales devraient en effet, à court terme, s'inscrire dans le système LMD (licence, maîtrise, doctorat). Cette évolution permettra, outre une meilleure lisibilité des diplômes des professions dans le secteur soignant, de combler une lacune liée au fait que pour satisfaire la demande de soins, il n'existe aucun cursus entre bac +3 ou bac +4 (paramédicaux) et bac +9 ou bac +11 (médecins).

La spécialisation, par exemple, des infirmières par pathologie, qui est en particulier souhaitée par les oncologues, ouvre des possibilités de création de compétences nouvelles, et permet des évolutions techniques de carrière qui semblent attendues. La spécialisation constitue une reconnaissance du fait, très important à souligner pour l'ensemble des professions de santé, que l'intitulé unique d'une profession recouvre en réalité plusieurs sous-métiers. Son développement suppose toutefois que soient examinées, d'une part, la question des évolutions professionnelles ultérieures et celle, d'autre part, du besoin de professionnels généralistes.

QUELLES SONT
LES SOLUTIONS QUI
POURRAIENT PERMETTRE
DE FAIRE FACE AUX
TENSIONS SUR L'OFFRE
DE SOINS ?



Il est important d'envisager rapidement les modalités qui permettront d'affronter la situation de diminution des effectifs qui se produira dans les prochaines années dans certains métiers et structures de soins. En effet, les projections établies par la DREES pour les médecins dans le cadre de l'Observatoire mettent en évidence que les décisions portant sur une régulation des effectifs ne pourront avoir qu'un impact global limité à court terme.

Des dispositifs sont déjà utilisés localement pour augmenter ou orienter l'offre de soins à la demande. Des solutions ont aussi été évoquées par la plupart des professionnels pour affronter les tensions qui s'annoncent. Elles constituent le plus souvent des modalités qui permettent aussi de renouveler les conditions d'exercice et de réduire les inégalités entre les régions ainsi qu'entre les structures. Dans cet esprit, des évolutions sont très fréquemment citées comme souhaitables : 1) une meilleure répartition des médecins entre les différentes spécialités et sur le territoire, 2) une réorganisation de l'offre de soins qui privilégie un regroupement des moyens, 3) un partage différent des compétences entre professions de santé, qui laisse une place plus grande à des professions autres que les médecins.

Il est souhaitable d'envisager une répartition plus équilibrée des médecins entre les différentes disciplines et sur le territoire

Différents scénarios de projection du nombre de médecins à l'horizon 2025 ont été élaborés. Le scénario central a déjà été présenté dans la première partie de cette synthèse. Fondé sur l'hypothèse d'un *numerus clausus* fixé à 7 000 et du maintien des principaux comportements observés dans le passé, notamment un âge moyen de départ à la retraite de 64 ans. Ce scénario, qui n'envisage pas la possibilité pour les médecins de l'espace européen d'exercer en France, conduirait, dès 2006, à une baisse du nombre de médecins en activité, qui passerait de 205 200 en 2002 à 186 000 en 2025, soit un recul de 9,4 %.

Il a été également indiqué précédemment que, dans l'hypothèse où le *numerus clausus* serait fixé à 8 000, la réduction du nombre de médecins serait atténuée d'environ 10 000 : leur nombre se stabiliserait pratiquement dès 2015 et s'établirait à 195 000 en fin de période, soit un recul de 4,9 % seulement.

Les résultats des variantes des projections présentées ci-après restent toutefois conditionnés par les hypothèses introduites dans le modèle, à la fois en termes de comportements des professionnels et de décisions de régulation. Ils sont maintenus inchangés, à l'exception d'un paramètre dont on cherche justement à étudier les effets en le faisant varier. Ils ne doivent donc pas être considérés comme des prévisions, mais comme des outils d'analyse permettant de mesurer l'effet des moyens à la disposition des pouvoirs publics pour réguler l'évolution du nombre de médecins et leur répartition.

On mentionne successivement des scénarios relatifs à la répartition des médecins entre les différentes spécialités, puis entre régions. Chaque scénario est présenté en écart au scénario central exposé dans la première partie.

■ ■ La répartition des médecins entre les différentes spécialités

La répartition entre médecins généralistes et spécialistes dépend depuis cette année du nombre de places fixé respectivement pour la médecine générale et pour les autres spécialités à l'Examen national classant.

En l'absence de recul sur ce dernier, 2004 étant une année de transition durant laquelle l'ancien régime de l'internat subsiste en parallèle, l'hypothèse retenue dans le scénario central est celle d'un nombre de postes de spécialistes en 3^e cycle correspondant à la moitié du *numerus clausus* d'il y a cinq ans. Sous cette hypothèse, nous avons vu que les effectifs de généralistes diminueraient moins (-3,4%, passant de 100 500 à 97 100) que ceux des spécialistes (-15,1%, de 104 600 à 88 800) d'ici 2025.

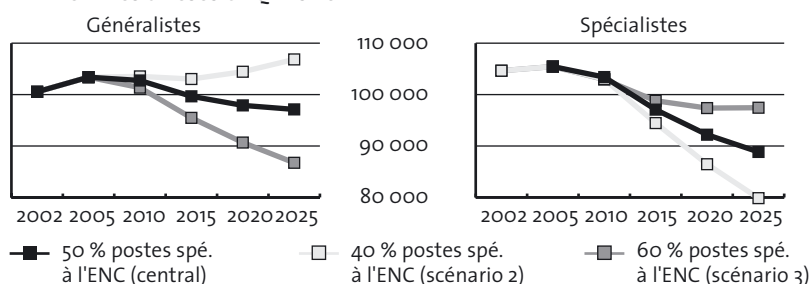
Cette hypothèse surestime cependant la part de généralistes formés ces dernières années et suggère de modifier la répartition entre généralistes et spécialistes dans l'Examen national classant. Avec un nombre de places de spécialistes fixé à 60% du *numerus clausus* d'il y a cinq ans, plus proche de la répartition actuellement observée (68% en 2004, en tenant compte des places au concours de l'internat, 56% des places au concours de l'internat en 2003), l'effectif des spécialistes augmenterait d'environ 9 000 d'ici 2025, le nombre de généralistes diminuerait en revanche de 10 000.

À l'inverse, une baisse de 10 points de la proportion des postes de spécialistes (passant de 50% à 40% du *numerus clausus* cinq ans auparavant) aurait logiquement un effet symétrique, et suffirait à éviter la baisse du nombre de généralistes au cours de la période de projection, au prix toutefois d'une diminution accrue des effectifs de spécialistes. Les conséquences de ces différents jeux d'hypothèses sur la répartition des effectifs de généralistes et de spécialistes en 2025 sont présentés dans le graphique suivant.

GRAPHIQUE 7

ÉVOLUTIONS DES NOMBRES DE GÉNÉRALISTES ET DE SPÉCIALISTES

SELON LE RATIO ENTRE LE NOMBRE DE PLACES DE SPÉCIALISTES À L'EXAMEN NATIONAL CLASSANT ET LE *NUMERUS CLAUSUS* CINQ ANS AUPARAVANT



SOURCES : ADELI redressé au 31/12/2002, projections DREES.

La répartition des places de spécialités par disciplines (spécialités médicales, chirurgicales) ou filière (pédiatrie, anesthésie-réanimation...) est, quant à elle, déterminée par la répartition des places à l'Examen national classant. Dans les projections, elle est supposée identique à celle retenue en 2004. La répartition par spécialité fine dépend, quant à elle, des proportions d'étudiants de chaque filière de l'internat choisissant telle ou telle spécialité, proportions elles aussi maintenues constantes dans les projections. Au sein des spécialités, si

les comportements et notamment les choix des étudiants observés sur les années récentes se maintenaient, trois d'entre elles, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie et la psychiatrie – verraient leurs effectifs chuter de plus de 30 %. À l'opposé, les effectifs devraient augmenter légèrement en gynécologie – obstétrique, gastro-entérologie hépatologie, pédiatrie, et plus sensiblement en neurologie en endocrinologie et métabolismes.

Ces évolutions anticipées entre 2002 et 2025 doivent toutefois être replacées dans une perspective temporelle plus large. Ainsi, entre 1990 et 2025, les disciplines chirurgicales ne perdraient que 1 % de leurs effectifs, tandis que les disciplines médicales accroîtraient les leurs de 5 %.

L'hypothèse d'un rééquilibrage de 3 points de la répartition des places à l'Examen national classant en faveur des spécialités chirurgicales au détriment des spécialités médicales conduirait à une évolution des effectifs de 2002 à 2025 globalement moins défavorable pour les spécialités chirurgicales (-8 %) que pour les spécialités médicales (-14 %), à l'inverse de ce qui était projeté dans le scénario central (respectivement - 14 % et -11 %). Ainsi, même si elle ne porte que sur les flux de nouveaux médecins, une correction de 3 points de la répartition des places à l'Examen national classant permettrait de modérer de 6 points la baisse des effectifs des spécialités chirurgicales à l'horizon 2025, sans toutefois être suffisante pour l'annuler.

Un pilotage plus fin des rééquilibrages par spécialité au sein des grandes disciplines de l'Examen national classant serait à envisager, au prix soit d'une filiarisation des spécialités visées, soit d'une action sur la répartition des étudiants entre spécialités au sein de la filière.

■ ■ La répartition des médecins sur le territoire

Différents facteurs sont susceptibles d'influencer la répartition régionale des médecins : la part régionale du *numerus clausus*, celle des places à l'Examen national classant, la mobilité des médecins (entre la région de formation et la région d'installation, ou en cours de carrière), ainsi que la pyramide des âges des médecins. L'impact éventuel des trois premiers facteurs a pu être examiné.

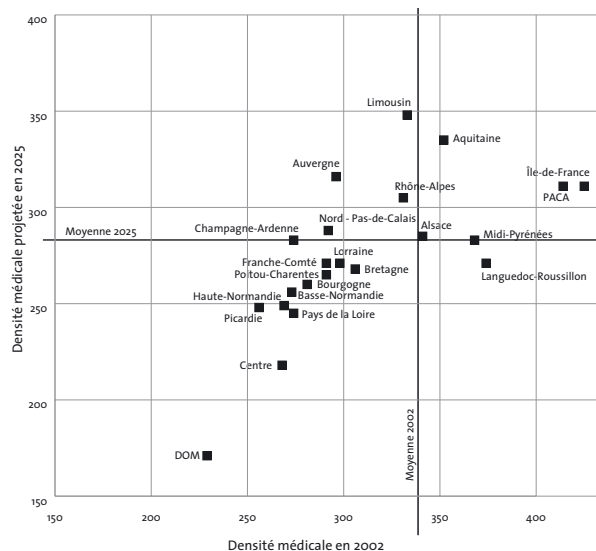
Si les répartitions régionales du *numerus clausus* et de l'Examen national classant 2004, ainsi que les comportements de mobilité actuellement observés étaient maintenus à l'identique jusqu'en 2025, le nombre de diplômés étant égal au *numerus clausus* cinq ans auparavant (hypothèses du scénario central), les densités médicales régionales se resserreraient légèrement autour de la moyenne.

En supposant à présent la répartition régionale des généralistes formés identique à celle résultant de l'ancien concours de l'internat, des disparités régionales de densité médicale légèrement plus élevées que dans le scénario central seraient observées. Cela montre bien l'effet important sur la répartition régionale des médecins qu'a eu jusqu'ici le concours de l'internat, combiné à l'absence de quota régional pour la formation des généralistes.

Un scénario alternatif a été construit en supposant la répartition régionale du *numerus clausus* modifiée de façon à favoriser les régions dont la densité médicale est actuellement inférieure à la moyenne. Toujours dans l'hypothèse où le nombre de médecins entrant en troisième cycle par région se déduit du *numerus clausus* cinq ans avant, ce scénario met en évidence l'effet potentiellement important que pourrait avoir un tel rééquilibrage sur les densités médicales. Cet instrument de régulation nécessite toutefois de procéder à des rééquilibrages suffisamment réalistes pour que les capacités de formation puissent s'adapter aux objectifs fixés.

GRAPHIQUE 8

DENSITÉS MÉDICALES ACTUELLES ET PROJÉTÉES



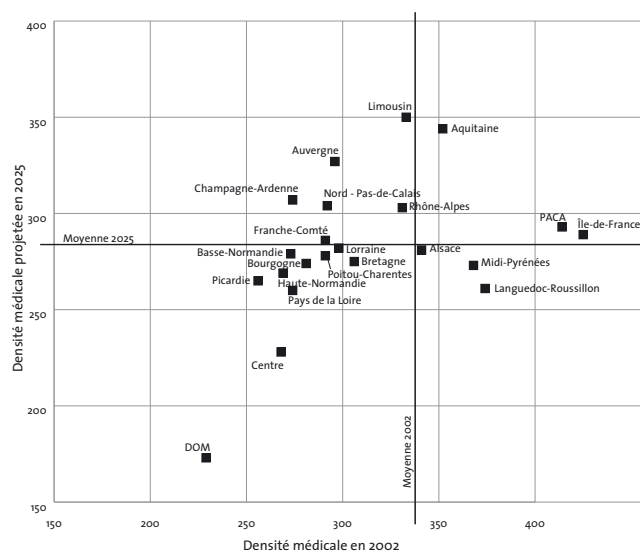
SOURCES : ADELI redressé au 31/12/2002, projections DREES.

LECTURE : les lignes noires verticales et horizontales matérialisent respectivement la densité moyenne en 2002 (335 médecins pour 100 000 habitants) et en 2025 (283 médecins pour 100 000 habitants). Ainsi, par exemple, la densité médicale de la région Champagne-Ardenne, qui était très inférieure à la moyenne en 2002, rejoindrait le niveau de la densité nationale en 2025.

GRAPHIQUE 9

DENSITÉS MÉDICALES ACTUELLES ET PROJÉTÉES

DANS L'HYPOTHÈSE DU RÉÉQUILIBRAGE DES NUMERUS CLAUSUS RÉGIONAUX



SOURCES : ADELI redressé au 31/12/2002, projections DREES.

Par ailleurs, les comportements de mobilité des médecins entre la région de formation et la région d'installation semblent jouer un rôle essentiel, atténuant ou modifiant l'impact potentiel des rééquilibrages précédemment évoqués.

Ainsi, en l'absence de mobilité, ce qui se produirait par exemple si les jeunes diplômés étaient tenus de s'installer dans leur région de formation, une forte augmentation des inégalités régionales de densité médicale serait observée, en raison notamment du fait que la répartition actuelle régionale des *numerus clausus* reflète pour une large part les capacités de formation et non les différences de densités médicales entre régions. Une action visant à privilégier l'installation des médecins dans leur région de formation n'irait donc dans le sens d'une réduction des disparités de densité médicale que si elle était combinée à un rééquilibrage des *numerus clausus* régionaux.

Cette hypothèse d'absence de mobilité en début de carrière est évidemment extrême. Mais faire l'hypothèse de la constance des comportements de mobilité apparaît également peu plausible.

Avec l'Examen national classant, les futurs généralistes pourront en effet être amenés à effectuer leur troisième cycle de médecine dans une autre région que leur région de deuxième cycle. Une fois diplômés, ils pourraient donc décider de revenir dans cette région de deuxième cycle, comportement qui n'avait pas lieu d'être précédemment.

Ainsi, si les médecins généralistes adoptaient les mêmes comportements de mobilité que les spécialistes, l'augmentation globale de la mobilité qui en résulterait contribuerait de son côté à accroître les disparités régionales des densités médicales.

Enfin, une forte modification des densités médicales régionales pourrait résulter des nombreuses cessations d'activité à venir dans les dix prochaines années. Le scénario central conduit en effet à ce que des régions réputées attractives comme PACA ou l'Île-de-France (les deux régions à la densité médicale la plus élevée fin 2002) voient leur densité se rapprocher de la densité moyenne, et devenir inférieure à celle du Limousin ou de l'Auvergne par exemple. Dans un contexte de modification profonde des départs à la retraite, il est vraisemblable que les parts de diplômés choisissant de s'installer en Île-de-France ou en PACA augmenteraient. Dans l'hypothèse où ces deux régions parviendraient ainsi à remplacer tous les médecins cessant leur activité, la réduction du nombre de médecins dans les autres régions serait alors plus forte, passant de 4% (à comportements constants) à 14%.

Il demeure important de prévoir des solutions pour permettre une meilleure répartition des médecins sur le territoire national, comme nous y invitent les résultats de ce jeu d'hypothèses.

Les regroupements de moyens s'avèrent nécessaires pour améliorer à la fois les conditions de travail et la prise en charge des patients

Dans le secteur hospitalier comme dans le secteur libéral, le regroupement des ressources et des compétences est une évolution d'ores et déjà engagée. Le nombre de médecins libéraux exerçant en société ou en cabinet de groupe a augmenté de 18% entre 2000 et 2003. Dans ce secteur d'exercice, selon une enquête réalisée en 2002 par la

DREES et la CNAMTS, 44 % des médecins libéraux exercent en groupe tandis que 11 % partagent leurs locaux avec d'autres professionnels¹⁹. Ce mouvement récent, qui est inégalement développé selon les spécialités médicales, semble être le fait des praticiens les plus jeunes et les plus récemment installés. Il s'inscrit dans des logiques de rentabilité et de mutualisation des moyens. Il traduit aussi une volonté d'amélioration des conditions d'exercice et de vie. Le regroupement constitue également une modalité de réponse possible à la diminution du nombre de professionnels de santé exerçant dans certaines localités.

Les auditions ont fait apparaître la nécessité, dans de nombreux cas, d'une masse critique de moyens de diagnostic et de compétences pour assurer la qualité et la diversité des soins, et l'intérêt de la création de « pôles d'excellence » ou de « centres de référence »²⁰. Quatre éléments sont mis en avant pour en justifier le développement : l'attractivité pour les jeunes, l'exigence de qualité, le recours simultané à plusieurs professions de santé et la réduction du coût d'installation.

Cette tendance à considérer les regroupements comme inévitables s'accompagne d'une réflexion particulière sur l'attractivité de l'exercice en milieu hospitalier et sur les modes de coopération entre structures de soins, qu'il s'agisse des coopérations public/privé ou des coopérations entre structures de niveau différent. L'exemple du Nord-Pas-de-Calais a été cité pour montrer comment une telle politique pouvait conduire à améliorer l'accès de la population à des examens radiologiques de qualité. À partir de centres hospitaliers pivots où sont créés les postes, se développent aussi des coopérations avec d'autres structures hospitalières, soit sous forme de vacations partagées, ou de télétransmission d'images. Une telle réorganisation conduit à admettre le fait que en dessous d'une certaine masse critique, il n'est plus possible d'assurer de manière satisfaisante la gestion d'un service d'imagerie par des praticiens hospitaliers.

Le fonctionnement d'un « plateau technique » implique la présence simultanée de plusieurs professionnels de santé, ces conditions étant plus aisément réunies à partir d'un seuil minimal de population. Des centres d'urologie, regroupant 4 à 6 praticiens couvrant toutes les spécialités, permettraient, selon ces spécialistes, de répondre aux besoins d'un bassin de 300 000 à 400 000 habitants. Les spécialités ayant recours à des plateaux techniques sont par ailleurs, pour la plupart, favorables au développement de nouvelles professions de santé associées au fonctionnement de ces plateaux techniques.

Les transferts et les délégations de tâches et de compétences permettront une amélioration de l'offre de soins

Les évolutions attendues des effectifs des différentes professions de santé conduisent par ailleurs à réfléchir sur les partages de compétences entre les professions. Des réajustements pourraient en effet s'opérer et transformer les contours des métiers existant actuellement.

Certaines évolutions souhaitées en terme de partage des tâches et des compétences consistent à proposer que divers actes ou interventions actuellement pratiqués par des

19. AUDRIC (S.), « L'exercice en groupe des médecins libéraux », *Études et résultats*, n° 314- juin 2004, DREES, ministère de la Santé et de la Protection sociale.

20. Cf. tome 1 du rapport.

professionnels de santé, pour des raisons réglementaires ou du fait de définitions conventionnelles ou habituelles des métiers, soient effectués par d'autres. Deux modalités principalement le permettent : soit un transfert pur et simple de la tâche, qui reste effectuée sous le contrôle et la responsabilité du médecin ; soit une prise en charge des actes par un autre professionnel qui voit dans le même temps son métier défini, ou redéfini. Parfois, en effet, la délégation ou le transfert des tâches et des compétences impliquent que de nouveaux métiers soient développés. Plusieurs exemples ont ainsi été évoqués par les professionnels de santé : des cyto-techniciens ou des gestionnaires de tumorothèque pour l'anatomo-pathologie ; des techniciens en cardiologie ; des techniciens spécialisés dans les épreuves fonctionnelles respiratoires pour la pneumologie...

Dans d'autres cas, des pratiques de transfert existent déjà de fait. La formulation d'un besoin de transfert est une façon d'en revendiquer la reconnaissance. Les manipulateurs radio et les orthoptistes rentrent dans cette catégorie. Certaines expériences de délégation de tâches sont initiées dans le cadre de programmes de recherches et sont plus ou moins rendues publiques (neuro-oncologie à la Pitié Salpêtrière, infirmière en charge de la douleur aux urgences pédiatriques et infirmières en SMUR).

Le débat est souvent difficile du fait de la pression qui s'exerce sur les offreurs de soins, confrontés à l'impossibilité de rester dans le cadre de la loi actuelle du fait d'un décalage entre les normes de pratiques requises et la disponibilité des ressources humaines. Cette situation peut conduire progressivement certains soignants à assumer des rôles en dehors de leur champ de compétences. Une enquête menée par l'AFPPE en 1998 avait ainsi mis en évidence, en matière d'échographie, le décalage entre les textes et la réalité, une centaine de manipulateurs recueillant déjà le signal ou l'image, avec des délégations au cas par cas.

Le développement plus structuré de ces pratiques suscite toutefois des débats, car beaucoup de professionnels redoutent un transfert conçu essentiellement comme un report de tâches répétitives correspondant à la partie la plus protocolisée de l'activité, et destinée à dégager du temps médical. Ils souhaitent que ces nouvelles activités constituent un enrichissement des perspectives de déroulement de carrière pour leur profession.

Dans d'autres cas, la préoccupation du transfert provient de l'évolution des modes de prises en charge. Par exemple, la préoccupation de la prévention, comme le suivi des pathologies chroniques se traduisent par la croissance d'une activité de suivi médical des patients que certains spécialistes considèrent devoir être partagée avec d'autres professionnels.

En lançant une dizaine d'expérimentations de délégation de tâches et de compétences en décembre 2003, le choix a été fait de travailler de façon explicite, raisonnée et prudente sur la délégation de tâches et de compétences. Ces expérimentations sont encadrées par la loi d'orientation en santé publique votée en juillet 2004. Portées par des promoteurs de terrain et encadrées par un protocole précis, ces expérimentations couvrent un champ de pratiques qui va de l'éducation thérapeutique et de la promotion de la santé au développement d'une pratique d'évaluation clinique et de prescription encadrée.

Ces expérimentations s'inscrivent par ailleurs dans un contexte évolutif sur le plan de la formation, du fait notamment de l'universitarisation souhaitée de certaines formations paramédicales, ou du fait de la réforme de la décentralisation qui vise à confier aux régions la gestion des écoles non médicales.

Les initiatives qui se mettent en place au niveau régional offrent des pistes de régulation locale de l'offre de soins

Confrontés à une tension sur les ressources, les acteurs locaux développent des initiatives dans l'optique d'améliorer l'équilibre local de l'offre de soins. Un premier recensement des expériences et des dispositifs ainsi définis a été initié avec le concours des comités régionaux²¹. La diversité des mesures déjà identifiées témoigne qu'il existe des leviers qui permettent localement d'engager de véritables orientations ou réorientations de l'offre. Les conseils régionaux sont généralement partie prenante de ces actions.

Plusieurs régions engagent ou soutiennent des actions de promotion des métiers de la santé auprès des lycéens ; d'autres développent des actions visant à améliorer les taux de succès aux concours d'entrée des écoles ou à l'internat. Parmi les mesures visant l'augmentation des ressources locales, on peut souligner l'octroi de bourses, assorties parfois d'un engagement à exercer localement pendant une durée déterminée. La qualification et la promotion professionnelle dans le secteur ambulatoire et dans le secteur hospitalier apparaissent comme des voies d'action importantes pour certaines régions et ARH. Certaines régions ont développé une politique d'adéquation des flux de formation des spécialistes aux besoins locaux par la concertation entre tous les acteurs impliqués (doyen, DRASS, ARH, URML).

D'autres dispositifs cherchent à mieux répartir et à maintenir les professionnels au sein de la région, en s'appuyant sur des dispositifs publics comme les FAQSV (Fonds d'aide à la qualité des soins de ville). Les mesures visant à influencer sur l'installation ou l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels du secteur ambulatoire et notamment les médecins mobilisent le plus souvent les URCAM et les URML.

Les mesures visant à mieux répartir les professionnels du secteur hospitalier impliquent les ARH et les DRASS. Le développement des postes d'assistants spécialistes régionaux constitue une piste d'action importante, visant à offrir aux internes en fin de cursus la possibilité de poursuivre leur apprentissage et de passer ensuite le concours de praticien hospitalier. Effectifs depuis 1999 en Haute Normandie, ces postes d'assistants sont financés par l'ARH depuis 2002, ciblés sur les spécialités prioritaires.

La création des postes à recrutement et maintien prioritaires, qui est une mesure nationale²² déclinée régionalement, est aussi parfois engagée. Le médecin recruté sur un poste de PH prioritaire s'engage à rester en poste pour une durée de cinq années reçoit une allocation et bénéficie d'un avancement de deux années sur la grille de rémunération. Les résultats semblent variables selon les régions. Ainsi, en Haute Normandie, sur les 84 postes de PH temps plein et temps partiel déclarés à recrutement et maintien prioritaires en mars 2003, seulement 37 PH avaient souscrit un contrat d'engagement en octobre 2003. En Picardie, l'expérience de trois années n'a pas abouti à améliorer la situation des établissements et des spécialités en difficulté.

Certaines régions élaborent de véritables politiques régionales de la ressource humaine qui prennent la forme de plans ou de programmes d'actions ciblés sur certaines professions. L'évolution de ces politiques et leurs résultats méritent une attention particulière.

21. Cf. tome 4 de ce rapport.

22. L'arrêté du 23 octobre 2001 et la circulaire 610 du 12 décembre 2001 en décrivent les modalités d'application.



Enseignements et préconisations

1 • Les données sur les effectifs des professionnels de santé doivent être complétées par celles relatives aux professionnels en formation incluant un comptage annuel des nouveaux diplômés, afin de pouvoir disposer d'un état des ressources actuelles et à venir.

→ Ce recensement devra être effectué dans le cadre du Répertoire Partagé des Professions de Santé (RPPS).

2 • Pour les médecins, le recensement des étudiants ayant terminé leur cursus de formation en DES et DESC du groupe 2 a été effectué pour les années 2000 à 2003 par les comités régionaux.

→ Cette opération devra être réalisée par spécialité régionalement, en gestion courante chaque année, et être totalisée au plan national.

3 • Une diminution des effectifs médicaux est annoncée entre 2008 et 2015 compte tenu, notamment, des départs à la retraite qui ne seront pas remplacés.

→ Il est essentiel d'envisager de façon urgente les solutions qui permettraient de répondre à cette situation. Pendant cette période, en effet, les modifications du *numerus clausus* ne pourront avoir aucune incidence, compte tenu de la longueur des études médicales.

4 • Pour les médecins, plusieurs constats sont faits quant au recrutement et à la formation des internes :

L'Examen national classant a montré ses limites pour une gestion régionale des effectifs médicaux. La répartition des effectifs d'internes entre les spécialités s'opère principalement à partir de la filiarisation dont on ne perçoit pas toujours la logique. Cette filiarisation partielle a produit des déséquilibres graves sur la démographie des spécialités non filiarisées. La spécialisation médicale et chirurgicale au cours du troisième cycle des études médicales est trop précoce. Elle ne permet pas, d'une part, des choix éclairés pour les étudiants, d'autre part, une réactivité face aux besoins de santé publique.

→ Il est souhaitable d'envisager une régionalisation ou une interrégionalisation de l'Examen classant qui tienne compte des capacités de formation.

→ Il est nécessaire de réorganiser le schéma de filiarisation des disciplines médicales et chirurgicales afin de mieux adapter la formation et l'orientation des internes aux besoins de la population.

→ Il est indispensable de définir rapidement des tronc communs de formation, d'une part, pour les disciplines chirurgicales, d'autre part, pour les disciplines médicales, avant la spécialisation dans chacune de ces deux grandes voies.

5 • La médecine de premier recours rencontre des difficultés grandissantes, les effectifs des médecins généralistes ne reflètent en effet pas le nombre, sans doute très inférieur, de ceux qui exercent réellement la médecine générale.

- Il est urgent de définir des mesures qui revaloriseront le métier de médecin généraliste et qui redonneront de l'attractivité à son exercice.
- Il est indispensable de mettre en place les moyens qui permettront d'affecter à la médecine générale les effectifs nécessaires à l'exercice de cette spécialité notamment dans sa mission de premier recours, et cela sur l'ensemble du territoire.

6 • Pour la majorité des professions de santé il existe des différences de densité entre les territoires. À cette hétérogénéité géographique il faut associer de fortes disparités d'effectifs et de ressources entre les structures de soins. Ces différences pourraient s'amplifier à l'occasion du renouvellement important des effectifs qui s'annonce pour beaucoup de professions de santé, si les écarts d'attractivité observés aujourd'hui se confirmaient. Les choix pour l'installation dans la vie professionnelle, qui s'effectuent dans les différents territoires, les différentes spécialités médicales et professions de santé, dans les différents modes d'exercice et les différentes structures de soins, ne sont, en effet, pas dictés prioritairement par la demande de soins.

- Le suivi des modalités selon lesquelles s'opéreront les renouvellements des effectifs, selon les spécialités, selon les structures et selon les territoires constitue un enjeu majeur.
- Il est urgent de mettre en œuvre des moyens pour réguler l'offre de soins sur le territoire national entre les structures de soins et entre les spécialités médicales et les différentes professions de santé, en les adaptant mieux à la demande et d'évaluer de façon systématique leurs impacts.

7 • Pour l'ensemble des professions de santé, les carrières ne connaîtront pas la stabilité enregistrée dans la période antérieure. Il existe déjà des évolutions de carrières, des changements d'orientation et des abandons dont on ne prend pas suffisamment la mesure. En outre, les possibilités d'évolution professionnelle qu'ouvrira l'universitarisation des formations, offriront sur ce point des opportunités accrues, à la fois sur le territoire national, et à terme, au sein de l'espace européen.

- La mise à jour des évolutions qui interviennent dans les carrières doit constituer une préoccupation majeure pour l'amélioration de l'information démographique.
- La circulation des médecins en formation ainsi que la circulation des professionnels au sein de l'espace européen devra faire l'objet d'un travail de « veille » et être à terme renseigné par le RPPS.

8 • Le contenu de l'activité soignante se transforme. Les progrès technologiques, la nécessité d'approches pluridisciplinaires des malades et des pathologies, la formation continue et la recherche, le développement des procédures de suivi de l'activité et des patients, un grand nombre de normes définies au niveau national et au niveau européen, notamment pour la sécurité de la prise en charge des patients, sollicitent une part grandissante du temps soignant, transforment les modes d'exercices et ont un impact en terme démographique.

→ La connaissance des transformations de l'activité soignante doit être approfondie afin de mieux apprécier les activités, la répartition des différentes charges de travail et le temps réellement disponible pour le contact direct avec les patients. Cette dernière approche est pour le futur un enjeu majeur dans la détermination des besoins en terme d'offre de soins.

9 • Les transformations des modes de prise en charge font évoluer les métiers et leurs modes d'interventions. La disponibilité et l'équilibre des ressources ne permettent pas toujours une utilisation optimum des équipements et des compétences.

→ Les diagnostics engagés cette année sur les conditions d'exercice des métiers doivent être approfondis.

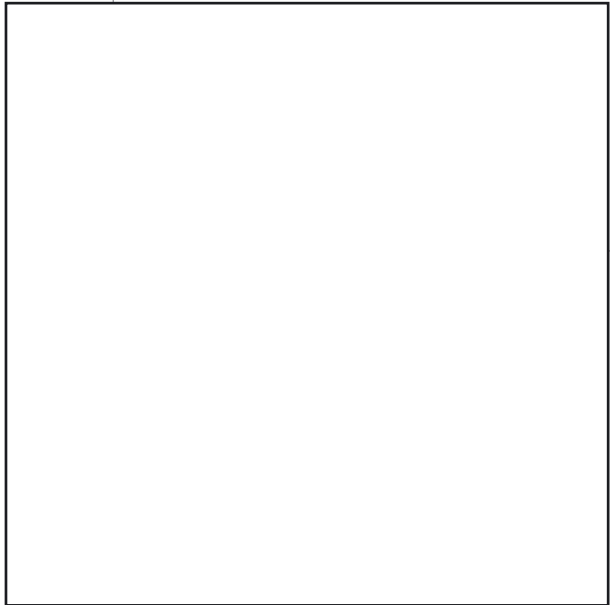
→ La réflexion démographique doit intégrer les apports et les besoins liés à l'utilisation des plateaux techniques mutualisés.

10 • Les possibilités actuelles d'exercice et d'évolution de carrière ne permettent pas toujours de valoriser les compétences acquises notamment pour les professions paramédicales. Les collaborations entre les métiers sont mal identifiées et peu organisées.

→ La réflexion sur le partage des tâches et des compétences doit se traduire par des mesures concrètes autour de la réorganisation des métiers médicaux et paramédicaux.

→ Cette réflexion doit s'articuler avec celle relative à l'universitarisation de la formation qui doit favoriser l'évolution de carrière et des passerelles entre tous les professionnels de santé dans le cadre d'une réflexion globale sur l'offre de soins.

ANNEXES



Trois groupes de travail ont été mis en place par le conseil d'orientation :

- *Les effectifs et l'activité des professionnels*. Le Pr Yvon Berland, président de l'observatoire, a coordonné ses travaux, auxquels ont collaboré Martine Burdillat (secrétaire générale de l'observatoire), Christine Daniel (IGAS) et Sylvie Le Laidier (CNAMTS) ;
- *Les analyses de 3 professions* : sages-femmes, infirmières et manipulateurs d'électroradiologie médicale. Dominique Polton (IRDES) a coordonné ses travaux en collaboration avec Fabienne Midy (ANAES).
- *L'analyse régionale de 5 professions de premier recours*. Chantal Cases et Philippe Cuneo, (DREES) ont coordonné ses travaux qui ont été développés par Sabine Bessière et Pascale Breuil (DREES) en collaboration avec les comités régionaux, la CNAMTS (Sylvie Le Laidier), les URCAM (Valérie Desquesne, Laurent Flament), et pour la synthèse, Denise Bauer (DREES).

Des projections ont été réalisées par Sabine Bessière, Pascale Breuil, et Serge Darriné (DREES) sur la base d'hypothèses définies sous l'égide du conseil d'orientation et des comités régionaux.

Les professionnels, présents à l'observatoire au conseil d'orientation et au sein des comités régionaux, ont également été associés aux groupes de travail.

Les systèmes d'information sur les professionnels ont été examinés dans le cadre des groupes de travail.

Trois systèmes d'information ont fait l'objet d'une présentation au conseil d'orientation :

- Le répertoire partagé des professions de santé (RPPS), par Marthe Wehrung, (GIP-CPS)
- Le système d'information inter régimes de l'assurance-maladie (SNIIRAM), par Yvon Merlière (SNIIRAM)
- SIGMED, par Bernard Chenevière (DHOS)

• Le recensement statistique des personnels infirmiers a été effectué par Odile Romain et Séverine Buisine (DHOS), en collaboration avec le Bureau des professions de santé de la DREES et le Département des études et des statistiques de la CNAMTS.

• Le recensement des diplômés, par spécialité et par région en 2000, 2001, 2002 et 2003 a été effectué par les comités régionaux, avec le concours des facultés de médecine. Pour ces mêmes années, le concours du Conseil national de l'ordre des médecins a permis le recensement des nouveaux inscrits par spécialité et par région.

• Une enquête auprès des sages-femmes a été réalisée par l'IRDES en collaboration avec le Conseil de l'ordre des sages-femmes.

• Le recensement des études effectuées au niveau régional a été réalisé par les comités régionaux. Denise Bauer (DREES) et Martine Burdillat (ONDPS) en ont rédigé la synthèse.

Le recensement des dispositifs de régulation mis en place localement a été effectué par les comités régionaux. Yann Bourgueil (IRDES/ONDPS) en a rédigé la synthèse.

Les **28 auditions** de professionnels ont fait l'objet de compte-rendus rédigés par Martine Burdillat et Christine Daniel

La mise en place et le fonctionnement de l'Observatoire ont bénéficié de la collaboration de Valérie Evans, assistante (ONDPS), de Françoise Lejeune, assistante (cabinet du doyen de la Faculté de médecine de Marseille) et de Florence Goumain, secrétaire (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'Etat, des établissements publics nationaux à caractère administratif et de certains organismes subventionnés,

Décète:

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'Etat 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'Etat 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'Etat 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 oeuvre 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'Etat 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
AFECAP	Association française des enseignants et chercheurs en anatomie pathologique
AFPPE	Association française du personnel paramédical d'électroradiologie
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
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANPE	Agence nationale pour l'emploi
AP-HP	Assistance publique-Hôpitaux de Paris
APE	Actifs à part entière
API	Allocation parent isolé
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
BMO	Besoins en main-d'œuvre
BTS	Brevet de technicien supérieur
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAPS	Centres d'accueil et de permanence des soins
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
CIDJ	Centre d'information et de documentation jeunesse
CIO	Centre d'information et d'orientation
CJCE	Cours de justice des communautés européennes
CMR	Caisse maladie régionale
CMU	Couverture maladie universelle
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés
CNIS	Conseil national de l'information statistique
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CNOP	Conseil national de l'ordre des pharmaciens

CNOSF	Conseil national de l'ordre des sages-femmes
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
CPAM	Caisse primaire d'assurance-maladie
CRÉDOC	Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
CRF	Centre de rééducation fonctionnelle
CSDM	Centre de sociologie et de démographie médicales
CSPPM	Conseil supérieur des professions paramédicales
DCEM	Deuxième cycle des études médicales
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDTEFP	Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DEAVS	Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale
DES	Diplôme d'étude spécialisée
DESC	Diplôme d'étude spécialisée complémentaire
DFA	Départements français d'Amérique
DGS	Direction générale de la santé
DIES	Développement innovation, évaluation en 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
ENSP	École nationale de santé publique
EHP	Enquêtes hôpitaux privés
EHPA	Établissement d'hébergement pour personnes âgées
ENC	Examen national classant
ETP	Équivalent temps plein
ERSM	Échelon régional du service médical
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FHF	Fédération hospitalière de France
FNCLCC	Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer
FNPS	Fédération nationale de la presse d'information spécialisée
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 (ex-Credes : Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé)

IRM	Imagerie par résonance magnétique
IRPP	Impôt sur le revenu des personnes physiques
FINPS	Fichier d'identification nationale des professionnels de santé
FNORS	Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
GIP-CPS	Groupement d'intérêt public « Cartes des professionnels de santé »
HTA	Hypertension artérielle
LAPSS	Laboratoire des politiques sociales et sanitaires
LEST	Laboratoire d'études en sociologie et travail
LMD	Licence-Master-Doctorat
MCU-PH	Maîtres de conférence des universités-praticiens hospitaliers
MEP	Médecin à exercice particulier
MICA	Mécanisme incitatif de cessation d'activité
MSA	Mutualité sociale agricole
NHS	National Health System
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OMI	Office des migrations internationales
ONSSF	Organisation nationale des syndicats des sages-femmes
ORS	Observatoire régional de santé
PHTP	Praticien hospitalier à temps plein
PIBR	Produit intérieur brut régional
PLFSS	Projet de loi de financement de la Sécurité sociale
PMI	Protection maternelle infantile
PH	Praticien hospitalier
PSPH	Participant au service public hospitalier
PU-PH	Praticiens universitaires – praticiens hospitaliers
PU	Praticiens universitaires
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
SAE	Statistique annuelle des établissements
SAIO	Service académique d'information et d'orientation
SAMU	Service d'aide médicale d'urgence
SIDA	Syndrome d'immuno déficience acquis
SIGMED	Système d'information et de gestion des personnels médicaux
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SPE	Statut des personnels des établissements
SNIIRAM	Système national interrégimes de l'assurance maladie
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
TCAM	Taux de croissance annuel moyen
TEP	Tomodensitométrie par émission de positons
UNEDIC	Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
URML	Union régionale des médecins libéraux
VAE	Validation des acquis de l'expérience

Conception réalisation : La Souris 01 45 21 09 61