

TOME 1

LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Le rapport 2006-2007

 Liberté • Égalité • Fraternité RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITÉ
MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA FONCTION PUBLIQUE



Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



TOME 1

LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Le rapport 2006-2007



Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



© ONDPS, 2008
ISBN : 978-2-11-097349-8
DICOM : 08.037
Réalisation : www.lasouris.org

TABLE DES MATIÈRES

9 INTRODUCTION

13 PRÉAMBULE

14 TOUS LES DIPLÔMÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE N'EXERCENT PAS LA MÉDECINE DE PROXIMITÉ

14 Les effectifs des omnipraticiens, selon les sources administratives

15 Le nombre de médecins généralistes libéraux de premier recours n'a pas augmenté sur la période 1995-2005

17 La répartition des médecins généralistes libéraux est inégale selon les départements

19 Un grand nombre de diplômés de médecine générale n'exercent pas la médecine de premier recours

19 *Les compétents*

20 *Les médecins généralistes en milieu hospitalier*

20 *Les médecins à exercice particulier (MEP): une stabilité des effectifs*

24 *Les médecins à exercice particulier (MEP): une part plus importante en exercice salarié*

25 L'APPRÉCIATION DU POTENTIEL D'OFFRE DE SOINS EN MÉDECINE GÉNÉRALE SUPPOSE UNE PRISE EN COMPTE FINE DE L'ACTIVITÉ DES PRATICIENS

25 Une estimation de l'offre de soins de médecine générale libérale à partir des données de l'Assurance maladie

28 L'enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM)

28 L'intérêt d'un suivi rapproché des effectifs: illustration sur une région, la Basse-Normandie

31 L'ORIENTATION DE L'ACTIVITÉ DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX

31 Les généralistes selon le secteur de conventionnement

33 La patientèle selon l'orientation de l'exercice

33 La part des actes cliniques est très majoritaire, mais les MEP ont une activité technique plus importante que leurs collègues généralistes libéraux de premier recours

37 *Les acupuncteurs sont significativement plus âgés que les généralistes de premier recours*

37 *Les homéopathes ont une activité clinique élevée*

**38 INVENTAIRE DES FORMATIONS ACCESSIBLES AUX MÉDECINS TITULAIRES
D'UN DIPLÔME DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

39 Les possibilités ouvertes aux diplômés de médecine générale pour acquérir une autre spécialisation ou une autre compétence

39 Les parcours accessibles sur concours

41 Les parcours accessibles hors concours

44 Les effectifs d'internes de médecine générale inscrits dans des formations complémentaires

46 Le stage de 2^e cycle chez le praticien

48 LES CONDITIONS D'EXERCICE DE L'ACTIVITÉ

48 La diversité de l'activité des médecins généralistes

48 Le pourcentage d'assurés ayant choisi leur médecin traitant varie de 64 % à 85 % selon les départements

50 Des différences de pratiques des médecins généralistes libéraux sont mises en évidence dans la plupart des travaux

51 La diversité, si elle n'est pas occultée, ne paraît pas contradictoire avec la définition de missions unificatrices de la spécialité

52 L'exercice isolé, qui domine aujourd'hui largement la médecine générale, n'apparaît plus comme un modèle privilégié

53 Les caractéristiques actuelles de l'exercice en groupe dans le secteur libéral

54 De nombreuses imprécisions compliquent l'identification des professionnels qui pratiquent un exercice en mode regroupé

55 L'environnement réglementaire et fonctionnel de l'exercice en groupe de la médecine générale

55 L'exercice de la médecine générale en cabinet de groupe

57 L'exercice de la médecine générale en structures de soins autorisées ou agréées

58 Les évolutions de la réglementation

58 Les mécanismes incitatifs à l'exercice en groupe de la médecine générale

61 Les déterminants et les enjeux du regroupement des professionnels de santé en médecine de premier recours

62 Certains des obstacles au regroupement des professionnels de santé ont été levés, mais les effets de ces évolutions ne peuvent encore se traduire quantitativement

62 Une faible reconnaissance institutionnelle freine le développement du regroupement des professionnels de santé

63 L'absence de « mesure » de l'efficacité des pratiques développées dans un cadre regroupé n'est pas spécifique à ce mode d'exercice

64 Les voies permettant une plus grande compatibilité entre exercice plus collectif des soins et le système de reconnaissance des actes

67 QU'ATTEND-ON DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ?

68 Les définitions retenues par les institutions en charge de la santé

68 Les institutions extranationales

70 En France, les définitions institutionnelles et législatives de la spécialité de médecine générale ne sont pas toujours (ou pas encore) concordantes

71 L'insuffisance de la définition du premier niveau de recours est très unanimement soulignée

73 Les spécialistes en médecine générale : des spécialistes comme les autres ?

75 *Les singularités de la médecine générale par rapport aux autres spécialités ont pu être intégrées dans la définition de la filière universitaire*

77 POINTS DE VUE

79 Pour les représentants de la médecine générale, la multiplication des possibilités de spécialisation ne contribue pas à clarifier le paysage de l'offre de soins médicale

80 La plupart des médecins spécialistes envisagent une plus grande implication des médecins généralistes dans la prévention et le suivi des patients

80 Le point de vue des représentants des internes en médecine générale (ISNAR-IMG)

80 *Une nécessaire mutation du métier de médecin généraliste*

82 *Réorganiser pour sauvegarder une médecine générale de proximité*

84 Le point de vue des représentants des patients (CISS)

84 *Un accès et une disponibilité des médecins généralistes jugés parfois insuffisants*

84 *Les attentes exprimées correspondent à la définition du médecin généraliste comme médecin de famille*

85 *Les pistes de réflexion proposées*

87 CONTRIBUTIONS

89 Souhaits et aspirations des médecins qui envisagent l'exercice de la médecine générale

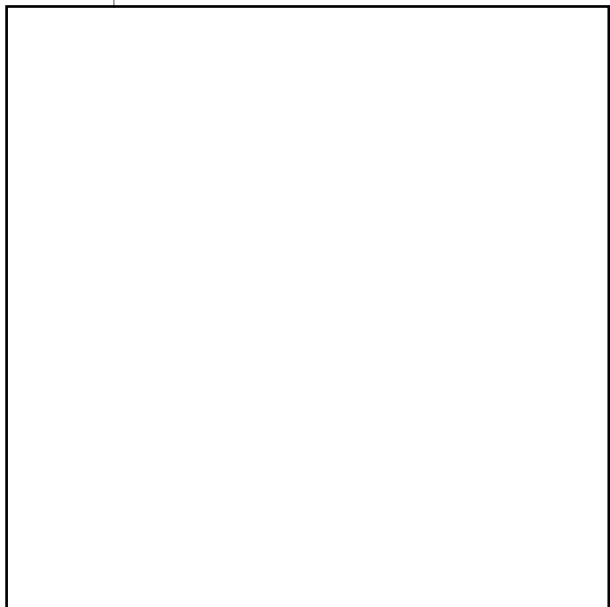
F.-X. Schweyer

137 Une médecine générale durablement dépréciée ? Enquête sur une évidence

G. Bloy

175 LES CONTRIBUTEURS

LA MÉDECINE GÉNÉRALE



I

ntroduction

Cette spécialité médicale constitue, depuis la loi du 13 août 2004, le « pivot » du parcours de soins. Pourtant, la disponibilité des effectifs qui se consacreront à la médecine générale dans sa composante médecine de premier recours n'est pas acquise. Les travaux conduits cette année et dont ce rapport présente la synthèse ont eu pour objectif d'éclairer cette question.

Une difficulté de l'exercice est relative à la délimitation de ce qu'il convient d'appeler la médecine de premier recours ou de soins primaires. S'agissant des médecins, l'ONDPS a, dans ses travaux antérieurs, généralement fait coïncider ce champ avec celui des médecins généralistes exerçant en secteur libéral ambulatoire. Ce parti pris présente une pertinence certaine puisque ce sont essentiellement ces médecins qui assurent une présence médicale de proximité auprès des populations. Cette optique, qui est retenue dans l'analyse conduite cette année, n'a toutefois pas exclu de la réflexion la possibilité d'une réalité plus contrastée des soins primaires. Il est d'abord vraisemblable que des soins primaires sont dispensés par le secteur hospitalier ou par des médecins généralistes salariés dans certains cas. Il est aussi certain que pour certaines populations, par exemple les femmes et les enfants, les gynécologues et les pédiatres dispensent des soins considérés comme primaires. Enfin, pour les patients atteints d'affection de longue durée (ALD), ils peuvent être assurés par le médecin spécialiste de l'affection.

La question principale qui a guidé les travaux engagés cette année par l'Observatoire concerne la disponibilité actuelle et future de médecins susceptibles de dispenser des soins de premier recours. En dépit du nombre important de postes d'internes en médecine générale ouverts ces quatre dernières années, trois constats alimentent les interrogations à cet égard.

- En premier lieu, on doit rappeler que le nombre de diplômés de médecine générale ne garantit pas la disponibilité des médecins de famille, c'est-à-dire de ceux dont l'orientation de l'exercice permet la mise en œuvre de la réforme. Les exercices libéraux qui ne correspondent pas à une activité de médecine de soins primaires concernent aujourd'hui environ 40 % des diplômés de médecine générale. Les exercices particuliers (MEP) ou spécialisés sont facilités par les passerelles universitaires qui permettent d'aller de la médecine générale vers une médecine plus spécialisée (exemple, DIU de médecine physique et de réadaptation). Il existe des passerelles hospitalières grâce auxquelles un omnipraticien peut exercer à l'hôpital en médecine d'urgence ou en gériatrie, ou même dans

le cadre de la spécialité de psychiatrie. Des dérogations accordées pour passer le concours de praticien hospitalier dans cette spécialité les favorisent notamment.

Sans avoir forcément acquis les compétences au sens réglementaire, ni déclaré leur nouvel exercice spécialisé, nombre de généralistes salariés exercent désormais en oncologie, psychiatrie, néphrologie, gériatrie... Des médecins généralistes libéraux ont pour leur part opté pour un exercice particulier (homéopathie, acupuncture). Dès lors, l'ensemble de ces médecins généralistes ne participent pas, ou pas à temps plein, à l'offre de soins telle que la définit la réforme du « médecin traitant » et telle que l'envisage le parcours de soins.

Ce constat prend toute son acuité à l'issue des travaux menés cette année. Il ressort en effet de l'examen de la situation de la médecine générale sur une période de dix ans (1995-2005) que les effectifs ont, au total, augmenté de 6,9 %, contre 14,8 % pour les autres spécialistes mais que cette croissance a principalement profité aux généralistes salariés (+29%), au détriment des généralistes ayant un exercice libéral et mixte. Les effectifs de cette dernière catégorie sont restés stables sur cette période, alors qu'elle regroupe *a priori* les médecins généralistes appelés à remplir la fonction de « médecin traitant ».

- On peut relever ensuite que l'augmentation importante du nombre de postes ouverts à l'internat depuis plusieurs années aboutit à un résultat mitigé, puisque un grand nombre d'entre eux ne sont pas pourvus. La prudence s'impose certes dans l'interprétation de ce phénomène¹. Mais on doit constater que l'accès de la médecine générale au rang de spécialité et les comportements de choix observés depuis quatre ans, au moment des épreuves classantes nationales (ECN), ne devraient pas permettre, au moins avant une certaine période, de retrouver le niveau des effectifs qui caractérisait le résidanat. L'inadéquation entre le nombre de postes ouverts et le nombre de postes choisis pénalise particulièrement certaines régions. Le nombre d'internes par rapport au nombre de résidents a parfois été divisé par deux en l'espace de trois ans² (le résidanat correspond au 3^e cycle avant la réforme).

- Enfin, la possibilité ouverte maintenant aux médecins spécialistes en médecine générale d'accéder à des DESC permet une réorientation, dès la fin du cursus initial de la spécialité de médecine générale. Cela confortera sans doute la tendance déjà à l'œuvre (du fait de l'existence des capacités et diplômes universitaire [DU]) à un exercice différent de celui de médecin de premier recours.

L'Observatoire s'est attaché cette année, d'une part, à établir un état des lieux et, d'autre part, à examiner la portée des facteurs couramment avancés pour expliquer

1. Cf. Vanderschelden M., *Les Affectations des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales 2007*, tome II de ce rapport.

2. Par exemple, dans une région qui disposait de 45 résidents de médecine générale affectés chaque année en première année du troisième cycle des études médicales avant 2004, 14 postes seulement ont été pourvus en 2005. Dans un autre cas, les effectifs, passent de 119 à 54.

ce qui est présenté comme une désaffection de la médecine générale. Les professionnels et les étudiants en médecine, en particulier, mettent en avant trois types d'arguments :

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

Ce tome rassemble les travaux menés cette année dans le cadre d'un groupe de travail, dont les trois constats formulés plus haut ont guidé la réflexion collective.

Le premier constat, selon lequel tous les diplômés de médecine générale n'exercent pas la médecine de premier recours, a conduit à réaliser un état des lieux permettant une approche des effectifs de médecins généralistes en situation de dispenser des soins de premier recours. Les trois premiers chapitres y sont consacrés.

Un inventaire des possibilités de formation permettant aux médecins généralistes d'exercer une autre activité que celle de médecin de premier recours est présenté dans le quatrième chapitre. Une attention particulière est portée aux diplômés qui ont permis par le passé, et/ou qui permettent aujourd'hui un exercice autre que celui de premier recours.

Un recensement des formations complémentaires suivies, et de celles qui sont, plus récemment, devenues accessibles aux diplômés de médecine générale, a été réalisé, ainsi qu'un premier recensement des effectifs qui suivent ces cursus.

Le cinquième chapitre s'attache à l'examen de la diversité des conditions d'exercice. L'analyse est plus particulièrement focalisée sur les caractéristiques et les modalités de l'exercice permettant le regroupement des médecins et, plus largement, des professionnels de santé. La montée de cette question dans le monde médical et dans le débat public justifie ce parti pris. Les modalités d'exercice semblent en outre constituer une dimension à partir de laquelle un certain nombre des problèmes qui spécifient l'activité des médecins de famille peuvent être mis en évidence.

Le sixième chapitre explore les attentes collectives qui sont formulées à l'égard du médecin généraliste. L'examen conduit permet d'abord de prendre la mesure des discordances, voire des contradictions, qui entourent les définitions, même lorsqu'elles se présentent comme des repères institutionnels pour les pratiques de soins comme par exemple le « médecin traitant » ou le « parcours de soins ».

Deux contributions complètent l'analyse.

Dans la première contribution, François-Xavier Schweyer présente et synthétise les résultats des enquêtes sur les souhaits des jeunes médecins. La multiplication et la relative convergence des résultats permettent de mieux apprécier les leviers susceptibles d'améliorer l'exercice, du point de vue des futurs professionnels.

Du fait de la fréquence et de l'évidence que revêt aujourd'hui l'impératif de revalorisation de la médecine générale, la nécessité d'une réflexion sur l'origine et le

contenu de cette réelle ou supposée moindre valeur s'est imposée au fil des séances. La contribution de Géraldine Bloy mobilise les travaux de recherche en sciences sociales, pour faire ressortir, à travers l'histoire de l'institution médicale, les principales scènes et les différents moments révélateur de la construction de cette « valeur » de la médecine générale.

La composition du groupe de travail figure en annexe.



Les médecins titulaires du diplôme de médecine générale sont habituellement appelés médecins généralistes. Depuis l'avènement en 2004 des épreuves classantes nationales (ECN), les médecins généralistes sont à la fin de leur cursus (bac + 9) titulaires d'un diplôme d'études spécialisées (DES) et donc spécialistes de médecine générale. Les médecins généralistes titulaires du diplôme avant la réforme peuvent faire la demande auprès du Conseil de l'Ordre de l'équivalence de leur diplôme avec celui de médecin spécialiste.

L'ensemble des médecins titulaires du diplôme de médecine générale sont regroupés, dans les recensements administratifs ou ordinaux, soit sous l'appellation d'omnipraticiens, soit sous l'appellation de médecins généralistes. L'ensemble des médecins ainsi identifiés n'est pas pour autant homogène, du point de vue de l'offre de soins. Les métiers exercés par les médecins titulaires du diplôme de médecine générale sont multiples. Un des objectifs du rapport est d'en rendre compte. Aussi, afin de faciliter la compréhension des lecteurs nous souhaitons apporter quelques précisions de langage.

Les omnipraticiens peuvent avoir un exercice libéral, un exercice salarié ou un exercice mixte. Les données utilisées pour présenter la répartition entre ces modes d'exercice sont issues du fichier ADELI et du Conseil national de l'Ordre des médecins.

Les omnipraticiens peuvent avoir un exercice salarié notamment en établissement hospitalier en exerçant en tant que médecin généraliste ou médecin titulaire d'une compétence, médecin urgentiste par exemple.

Dans ce rapport, nous réserverons l'appellation de médecins généralistes de premier recours à ceux, parmi les omnipraticiens libéraux, qui exercent le plus sûrement une médecine de premier recours. Les données recueillies par l'Assurance maladie permettent de les identifier car elles les distinguent des omnipraticiens qui déclarent un exercice spécifique. Ces derniers, qualifiés de médecins à exercice particulier (MEP) sont des médecins qui déclarent un exercice spécifique, tel l'acupuncture et l'homéopathie, ou des médecins généralistes exerçant une discipline pour laquelle ils ont été qualifiés du fait de l'acquisition d'une compétence, médecin du sport par exemple.



ous les diplômés de médecine générale n'exercent pas la médecine de premier recours

À partir des données démographiques recensant les effectifs de l'ensemble des médecins titulaires du diplôme de médecine générale (omnipraticiens), on tente, dans cette première partie, de dénombrer la part de ceux qui assurent auprès des populations une présence de premier recours. Du fait notamment de l'absence de données informant conjointement sur le diplôme et l'activité exercée, il est actuellement impossible d'identifier de façon certaine les médecins généralistes dispensant des « soins de premier recours » ou « primaires ». De façon forcément approximative, on ne peut qu'estimer, parmi les diplômés en médecine générale, la part de ceux qui n'exercent vraisemblablement pas, ou pas à temps plein la médecine générale libérale de premier recours.



Les effectifs des omnipraticiens, selon les sources administratives

Au 1^{er} janvier 2007, le répertoire ADEL recense 104 007 omnipraticiens. À la même date, le fichier du Conseil national de l'Ordre en recense 107 073. La différence provient notamment du fait que, dans ADEL, les effectifs des omnipraticiens n'intègrent pas les médecins compétents exclusifs, alors que ces médecins sont comptés comme omnipraticiens dans le fichier de l'Ordre, car ils ne sont pas « qualifiés spécialistes¹ ».

Toutefois, une différence de 3 178 praticiens subsiste entre les deux sources, même si l'on adopte un champ comparable (tableau 1).

Selon les données du CNOM, au 1^{er} janvier 2007, l'effectif total des omnipraticiens en activité régulière est de 96 889², nombre quasi identique à celui de l'année précédente. Les femmes représentent 38 % des effectifs et sont majoritaires chez les généralistes de moins de 40 ans. La densité moyenne est de 151 pour 100 000 habitants. La moyenne d'âge est de 51 ans pour les hommes et de 46 ans pour les femmes.

1. « Outre les qualifications conférées par les diplômes ou attribuées par l'Ordre des médecins, il existe la notion de "qualification des médecins spécialistes au regard de l'assurance-maladie". Cela signifie que certains médecins sont considérés comme des spécialistes dans le cadre de la convention conclue entre les organismes de Sécurité sociale et les médecins spécialistes. Le ministre chargé de la Sécurité sociale a pris un arrêté le 1^{er} juin 1994 (JO du 19 août 1994) reconnaissant ce titre aux titulaires des compétences suivantes : gynécologie médicale, obstétrique, urologie, sous réserve que ces médecins exercent soit exclusivement une de ces compétences, soit simultanément deux d'entre elles, soit une ou deux d'entre elles et la chirurgie générale », extrait de la documentation d'ADEL.

2. Les médecins ont une activité régulière, selon le CNOM, s'ils sont installés et disposent d'une adresse professionnelle.

La répartition des omnipraticiens est inégale selon une césure Nord-Sud qui perdure. L'évolution de leur nombre en fonction des régions montre un couloir Nord – Pas-de-Calais, Picardie, Centre, Auvergne, qui se caractérise par une diminution des effectifs entre 2005 et 2006.

TABLEAU 1

EFFECTIF DES OMNIPRATICIENS AU 1^{ER} JANVIER 2007, FRANCE ENTIÈRE

	ADELI	Ordre (activité globale)*	ADELI-Ordre
Omnipraticiens	104 007	107 073	-3 066
Compétence exclusive en gynécologie médicale et/ou obstétrique	2 997		
Compétence exclusive en chirurgie urologique	79		
Reçus au concours national de praticien hospitalier	3 168		
Omnipraticiens au sens d'ADELI (omnipraticiens au sens de l'Ordre + compétents exclusifs + praticiens reçus au concours national de praticiens hospitaliers sans être qualifiés spécialistes)	110 251	107 073	3 178

* Les médecins en activité globale regroupent les médecins en activité régulière, les médecins non installés, c'est-à-dire les remplaçants et les médecins temporairement sans activité.

Le nombre de médecins généralistes libéraux de premier recours n'a pas augmenté sur la période 1995-2005

L'augmentation de 6,9 % du nombre d'omnipraticiens enregistrée ces dix dernières années (période 1995-2005), recouvre des évolutions d'effectifs beaucoup plus favorables au secteur salarié (respectivement 29 et 19,6 % pour les secteurs hospitalier et non hospitalier) qu'au secteur libéral et mixte (0,1 %) (tableau 2).

TABLEAU 2

RÉPARTITION PAR SECTEUR ET ÉVOLUTION DE 1995 À 2005

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

Sources : répertoire ADELI.

La source permettant de connaître de façon la plus précise le nombre d'omnipraticiens libéraux de premier recours repose sur les informations recueillies par l'Assurance maladie, qui recense les médecins à partir des actes présentés au remboursement par leurs patients³. Selon cette source, on peut distinguer, parmi les omnipraticiens libéraux, ceux qui exercent réellement une médecine générale (les généralistes) de ceux qui pratiquent une médecine spécifique (les MEP, médecins à exercice particulier). Le nombre d'omnipraticiens libéraux en France métropolitaine était de 60 975 au 31 décembre 2005 (tableau 3).

Ces données confirment, elles aussi, la quasi-stagnation des effectifs des généralistes libéraux sur la période considérée.

TABEAU 3

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DE L'ENSEMBLE DES OMNIPRATICIENS LIBÉRAUX

	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TCAM* 95-05	Évol. 04-05
Effectif	60 571	60 823	60 949	60 976	60 761	60 832	60 975	0,10 %	0,20 %
dont APE**	57 618	58 002	58 238	58 260	58 034	58 098	58 183	0,10 %	0,10 %
% APE	95,10 %	95,40 %	95,60 %	95,50 %	95,50 %	95,50 %	95,40 %		

* Taux de croissance annuel moyen. ** APE : actif à part entière : professionnel conventionné, non installé dans l'année, ayant moins de 65 ans et non hospitalier à temps plein. Sources : SNIR-PS.

Ce constat se renforce si l'on tient compte du fait que, au sein de ces effectifs globaux d'omnipraticiens libéraux, les médecins généralistes actifs à part entière (APE) qui ne déclarent pas un mode d'exercice particulier voient même entre 2004 et 2005 leurs effectifs légèrement diminuer (tableau 4). L'intérêt de la catégorie des APE est qu'elle regroupe des effectifs qui ont *a priori* une activité de premier recours que l'on peut apprécier comme « pleine ». Rappelons que les APE correspondent, dans les données suivies par la CNAMTS, aux professionnels conventionnés actifs au 31 décembre, qui ne sont pas hospitaliers temps plein, qui ne se sont pas installés dans l'année et qui ont moins de 65 ans.

TABEAU 4

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX QUI NE DÉCLARENT PAS UN EXERCICE PARTICULIER DE LA MÉDECINE

	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TCAM* 95-05	Évol. 04-05
Effectif	53 765	54 272	54 432	54 405	54 235	54 272	54 302	0,10 %	0,10 %
dont APE**	51 215	51 864	52 154	52 164	51 964	52 015	52 006	0,20 %	0,00 %
% APE	95,30 %	95,60 %	95,80 %	95,90 %	95,80 %	95,80 %	95,80 %		

* Taux de croissance annuel moyen. ** APE : actif à part entière : professionnel conventionné, non installé dans l'année, ayant moins de 65 ans et non hospitalier à temps plein. Sources : SNIR-PS.

En conclusion, l'examen détaillé des données démographiques permet d'abord de mettre en évidence que l'augmentation globale de 10,8 % des effectifs de médecins enregistrée sur la période 1995-2005 a davantage bénéficié aux médecins spécia-

3. La seule limite de ces données provient, d'une part, de l'absence de recensement des médecins pour les actes desquels les patients ne présentent pas de demande de remboursement. L'effet pourrait être une sous-estimation des effectifs des médecins à exercice particulier. Les effectifs recensés n'intègrent pas, d'autre part, les remplaçants, puisqu'ils ne disposent pas de feuilles de remboursement spécifiques, mais utilisent celles du médecin remplacé.

listes qu'aux omnipraticiens (6,9 % contre 14,8 %). Il ressort ensuite que l'augmentation des effectifs d'omnipraticiens sur cette période a surtout bénéficié au secteur salarié. Les effectifs des omnipraticiens libéraux de premier recours sont restés stables (+0,1%). Les effectifs des autres spécialistes libéraux connaissent également une relative stabilité (0,6 %), avec cependant des augmentations plus marquées pour certaines spécialités (cardiologues, ophtalmologues, radiologues notamment⁴).

■ La répartition des médecins généralistes libéraux est inégale selon les départements

Les médecins généralistes libéraux sont inégalement répartis sur le territoire. La densité varie de 74 praticiens pour 100 000 habitants en Seine-Saint-Denis à 134 pour 100 000 habitants dans les Pyrénées-Orientales. D'une manière générale, les médecins omnipraticiens sont plus nombreux dans le sud de la France. Les densités sont supérieures à 125 dans les Bouches-du-Rhône, les Alpes-Maritimes, l'Hérault, les Hautes-Alpes et les Pyrénées-Orientales. *A contrario*, les départements où les densités sont les plus faibles (moins de 80) se trouvent dans le centre de la France et l'Île-de-France.

Dans le cadre du premier rapport de l'ONDPS, les commentaires régionaux rédigés par chaque comité avaient notamment permis de pointer les particularités qui peuvent localement réduire la portée de l'indicateur de la densité. Les caractéristiques géographiques (les zones de montagne, par exemple), l'âge ou l'état de santé des populations constituent notamment des éléments à prendre en compte⁵.

L'appréciation de l'offre de soins à travers la densité de médecins permet toutefois de disposer d'une photographie homogène du territoire, et elle constitue au moins une approche relative du potentiel. Pour apprécier la pérennité de cette offre, l'âge des médecins en activité constitue un éclairage indispensable. Les cartes qui suivent illustrent les variations départementales, en fonction de ces deux critères.

La prise en compte de la part des généralistes libéraux de premier recours (c'est-à-dire MEP exclus) âgés de 55 ans et plus fait apparaître que certains départements situés en bonne position, en termes de densité (carte 1) pourraient connaître du fait d'une part importante de médecin âgés de 55 ans et plus, une situation moins favorable à terme (exemples de l'Ariège, de la Creuse et de la Corrèze) [carte 2].

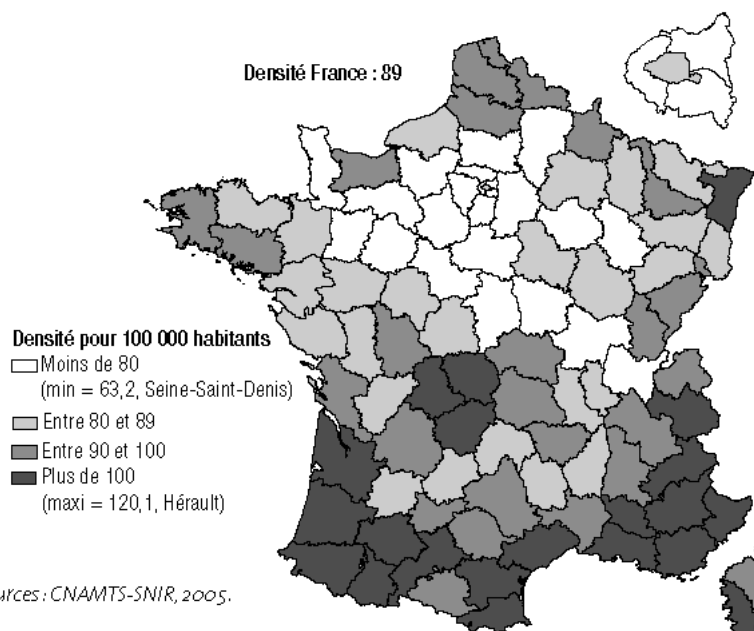
À l'inverse le Bas-Rhin et le Haut-Rhin se caractérisent aujourd'hui à la fois par des densités globales et un taux de généralistes libéraux de premier recours âgés de 55 ans et plus, plutôt favorables.

4. Bories-Maskulova V., « Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2005 », *Points de repère*, n° 13, CNAMTS, décembre 2007.

5. *Rapport ONDPS 2004*, tome IV, « Démographie régionale des professions de premier recours », La Documentation française.

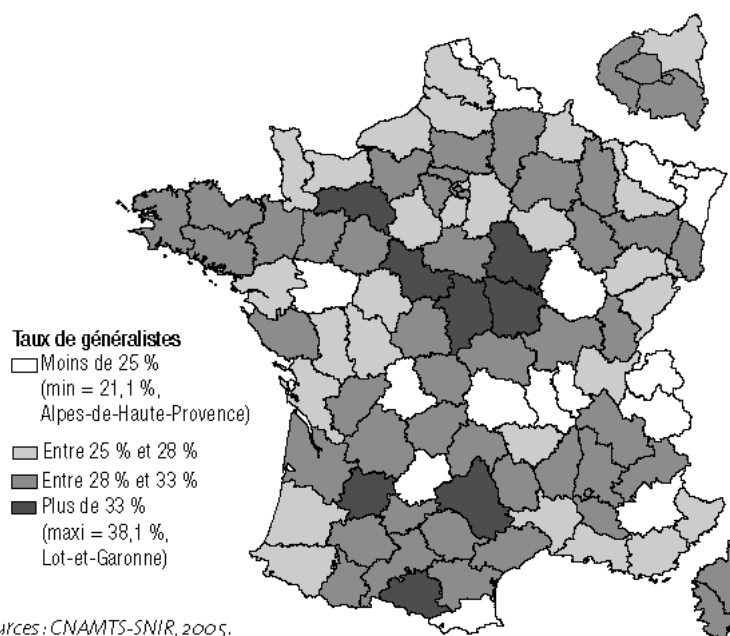
CARTE 1

DENSITÉ DE GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX DE PREMIER RECOURS PAR DÉPARTEMENT (SITUATION AU 31/12/2005, MEP EXCLUS)



CARTE 2

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



■ Un grand nombre de diplômés de médecine générale n'exercent pas la médecine de premier recours

Parce qu'ils détiennent des compétences spécialisées, ou parce qu'ils déclarent un exercice particulier, des médecins titulaires du diplôme de médecine générale peuvent choisir de ne pas exercer une médecine de premier recours. Acquérir une spécialisation présente plusieurs avantages pour un médecin généraliste. Cela lui permet bien sûr de se faire reconnaître comme spécialiste et de se constituer une patientèle en tant que tel, cela lui permet aussi d'avoir la possibilité de formuler une demande d'exemption de la permanence des soins.

Dans certains cas cependant, les compétences spécialisées acquises comme les orientations soignantes déclarées peuvent constituer des ressources permettant non pas de s'éloigner des soins primaires, mais au contraire de les dispenser à partir de connaissances plus approfondies dans certains domaines.

Avant que la médecine générale n'accède au rang de spécialité, de nombreuses possibilités ont permis un exercice spécialisé ou différent de celui de la médecine libérale de premier recours. Outre la déclaration d'un exercice particulier décrit précédemment, on peut citer l'acquisition d'une compétence et l'exercice hospitalier ouvert par certains statuts d'accueil. Enfin, une part élevée de praticiens en secteur 2 de conventionnement concourt généralement à une moindre disponibilité du praticien à dispenser des soins de premier recours.

■ ■ Les compétences

Parmi les diplômés de médecine générale, un certain nombre a acquis une ou plusieurs compétences complémentaires. On peut considérer qu'ils exercent dans la discipline correspondante, au moins partiellement, même si les données actuelles ne permettent pas de le confirmer.

La compétence était un titre délivré par l'Ordre national des médecins en application du précédent règlement de qualification (arrêté du 4 septembre 1970), aux praticiens dits « ancien régime » ayant débuté leurs études médicales avant la réforme de 1982. Ce titre était accordé après avis d'une commission ordinaire spécifique. Les compétences, dont la liste était fixée par arrêté, portaient soit sur des disciplines ne correspondant pas à des spécialités qualifiantes (médecine légale ou allergologie par exemple) soit sur des spécialités médicales, le praticien compétent ne pouvant l'exercer que dans le cadre de sa spécialité d'inscription à l'ordre. Certains praticiens pouvaient exercer leur compétence à titre exclusif comme une spécialité (cas de la gynécologie médicale ou de l'allergologie par exemple) voire coter leurs actes comme des actes de spécialistes en application d'accords conventionnels, alors même qu'ils n'étaient pas spécialistes mais compétents.

Les compétences ne peuvent plus être délivrées aux médecins issus du nouveau régime, c'est-à-dire ayant débuté leurs études à compter de l'année universitaire 1984-1985. Toutefois, pour ceux de l'ancien régime et à titre transitoire, le dépôt d'une demande de qualification était possible jusqu'au 31 décembre 2004 et ces praticiens peuvent s'en prévaloir jusqu'à la fin leur période d'activité professionnelle.

S'il n'est pas envisagé de revenir à la délivrance de ce type de titre aujourd'hui, les textes s'en tenant à la seule qualification de spécialiste (arrêté du 30 juin 2004 portant règlement de qualification, article L. 632-12 du code de l'éducation), les volumes de médecins pouvant se prévaloir de ce titre ne sont pas négligeables.

Ainsi, au 1^{er} janvier 2007, parmi les 104 007 omnipraticiens recensés dans le fichier ADELI, 18 % détiennent une compétence autre que celle donnée par leur diplôme initial de médecine générale. Selon les données du Conseil de l'Ordre, sur les 107 073 médecins, 14 % sont dans ce cas. Le Conseil de l'Ordre des médecins identifie 41 compétences⁶, alors que 54 sont répertoriés dans le fichier ADELI. Les effectifs les plus importants, dans les deux fichiers, sont rassemblés en « médecine appliquée aux sports », qui constitue le tiers des compétents, puis en médecine du travail et en angéiologie. Une différence importante entre les deux sources apparaît quant aux gynécologues médicaux, qui constituent dans le fichier de l'Ordre un effectif important (1 752 personnes en compétence exclusive⁷, soit 11,6 % de l'ensemble des compétents), alors que le fichier ADELI ne répertorie que 87 compétents, car les compétents exclusifs pour la discipline de gynécologie médicale sont considérés dans le fichier ADELI comme des spécialistes (tout comme les compétents exclusifs en gynécologie obstétrique, en chirurgie urologique et l'ensemble des médecins ayant été reçus au concours national de praticien hospitalier)⁸. À l'inverse, les compétents en gériologie-gériatrie, qui constituent 11,8 % de l'effectif de l'ensemble des compétents dans le fichier ADELI, ne sont pas distingués des généralistes dans le fichier de l'Ordre.

■ ■ Les médecins généralistes en milieu hospitalier

Plusieurs voies permettent à des diplômés de médecine générale d'exercer dans le cadre d'un établissement public de santé. Le tableau 5 retrace pour chacun des cinq statuts d'accueil actuels quelles sont les conditions et les modalités d'exercice envisageables.

Le répertoire ADELI recense 3 168 médecins généralistes reçus au concours de praticiens hospitaliers classés comme spécialistes dans ce répertoire sous la rubrique « formation hospitalière », ils figurent en tant que généralistes dans le fichier du CNOM, car ils ne sont pas qualifiés comme spécialistes⁹.

■ ■ Les médecins à exercice particulier (MEP) : une stabilité des effectifs

Un médecin ayant un mode d'exercice particulier (MEP) est un médecin déclarant une orientation d'exercice particulière, telles l'acupuncture et l'homéopathie,

6. 39 si l'on tient compte du seul intitulé (cf. tableau 120 - Annexe de l'atlas 2007 du CNOM).

7. Cf. tableau 129 - Annexe de l'atlas 2007 du CNOM.

8. Cf. tableau omnipraticiens au 1^{er} janvier 2007, comparaison répertoire ADELI - fichier de l'Ordre.

9. Cette différence de définition des champs explique en grande partie les différences d'effectifs relevées entre les deux sources. Cf. compte rendu de l'audition des spécialistes en médecine générale, *Rapport ONDPS 2005*, tome 3, « Les professionnels de santé. Comptes rendus des auditions ».

TABLEAU 5

POSSIBILITÉS DE RECRUTEMENT DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

Statuts	Textes de référence	Établissements d'accueil	Temps de travail	Mode de recrutement	Modalités de nomination	Rémunération	Droits statutaires	Observations
Praticien hospitalier à temps plein	CSP Titre V Chapitre II Section 1 Art R. 6152-1 à 6152-99	Établissements publics de santé	10 demi-journées hebdomadaires	Après réussite au concours du CNPH, sur les postes déclarés vacants par le ministère	Arrêté ministériel	Grille indiciaire de la fonction publique 1 ^{er} échelon 47 962,99 euros bruts annuels	Statuts des personnels médicaux (décret n° 2006-1221 du 5 octobre 2006) - CSP articles R. 6152-26 à R. 6152-99)	
Praticien hospitalier à temps partiel	CSP Titre V Chapitre II Section 2 Art R. 6152-201 à 6152-309	Établissements publics de santé	6 demi-journées hebdomadaires	Après réussite au concours du CNPH, sur les postes déclarés vacants par le directeur de l'ARH	Arrêté préfectoral	Grille indiciaire de la fonction publique 1 ^{er} échelon 26 161,25 euros bruts annuels	Statuts des personnels médicaux (décret n° 2006-1221 du 5 octobre 2006) - CSP articles R. 6152-223 à R. 6152-323)	Les modalités de nomination vont évoluer avec la montée en charge du centre national de gestion
Contractuel	CSP Titre V Chapitre II Section 4 Art R. 6152-401 à 6152-420	Établissements publics de santé	Temps plein : 10 demi-journées hebdomadaires dans la limite de 48 heures/semaine. Temps partiel : <i>au prorata</i>	Par le directeur de l'établissement	Par contrat après avis de la CME et du DRASS d'une durée maximale de 6 mois renouvelable dans la limite d'une durée totale d'un an. La durée totale est portée à 2 ans pour le remplacement de poste de PH temps plein ou temps partiel. Pour certaines missions spécifiques le contrat peut être de 3 ans sous réserve d'emploi budgétaire disponible.	Émoluments calculés sur la base des émoluments applicables aux praticiens hospitaliers ou aux praticiens des hôpitaux 1 ^{er} échelon 26 906,73 euros bruts annuels	Statuts des personnels médicaux (CSP section 6 : articles R. 6152-418 à R. 6152-620)	
Assistant généraliste	CSP Titre V Chapitre II Section 5 Art R. 6152-501 à 6152-541	Établissements publics de santé	Temps plein : 10 demi-journées hebdomadaires dans la limite de 48 heures/semaine. Temps partiel : 5 ou 6 demi-journées hebdo ou <i>au prorata</i>	Par le directeur de l'établissement	Par contrat après avis de la CME et du DRASS. Durée initiale soit d'un an, soit de 2 ans renouvelable par période d'un an à concurrence d'une durée totale d'engagement de 6 ans	Émoluments forfaitaires mensuels fixés par arrêté ministériel indexé sur l'évolution des traitements de la fonction publique 1 ^{er} année : 29 460,74 euros bruts annuels	Statuts des personnels médicaux (CSP articles R. 6152-517 à R. 6152-537)	
Praticien attaché	CSP Titre V Chapitre II Section 6 Art R. 6152-601 à 6152-634	Établissements publics de santé	Temps plein : 10 demi-journées hebdomadaires dans la limite de 48 heures/semaine. Temps partiel : <i>au prorata</i>	Par le directeur de l'établissement	Par contrat d'une durée maximale d'un an renouvelable dans la limite de 24 mois. À l'issue des 24 mois, le renouvellement s'effectue par un contrat de trois ans renouvelable de droit par tacite reconduction	Émoluments forfaitaires mensuels fixés par arrêté ministériel indexés sur l'évolution des traitements de la fonction publique 1 ^{er} échelon : 29 460,74 euros bruts annuels	Statuts des personnels médicaux (CSP articles R. 6152-601 à R. 6152-634)	

ou un médecin généraliste exerçant plusieurs disciplines pour lesquelles il a été qualifié par le Conseil de l'Ordre¹⁰.

Depuis 1995, le nombre de médecins MEP libéraux est resté stable (-0,2 % par an en moyenne). On peut toutefois relever une hausse plus importante des effectifs entre 2004 et 2005, supérieure à celle des effectifs de l'ensemble des omnipraticiens.

TABEAU 6

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX QUI DÉCLARENT UN EXERCICE PARTICULIER DE LA MÉDECINE (MEP)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TCAM* 95-05	Évol. 04-05
Effectif	6 806	6 756	6 564	6 541	6 574	6 551	6 517	6 571	6 526	6 560	6 673	-0,2 %	+1,7 %
dont APE**	6 403	6 395	6 156	6 128	6 158	6 138	6 084	6 096	6 070	6 083	6 177	-0,4 %	-1,5 %
% APE	94,1 %	94,7 %	93,8 %	93,7 %	93,7 %	93,7 %	93,4 %	92,8 %	93,0 %	92,7 %	92,6 %	-	-

* Taux de croissance annuel moyen.

** APE (actifs à part entière) : professionnels conventionnés au 31 décembre, non installés dans l'année et ayant moins de 65 ans.

Sources : CNAMTS-SNIR, 2005.

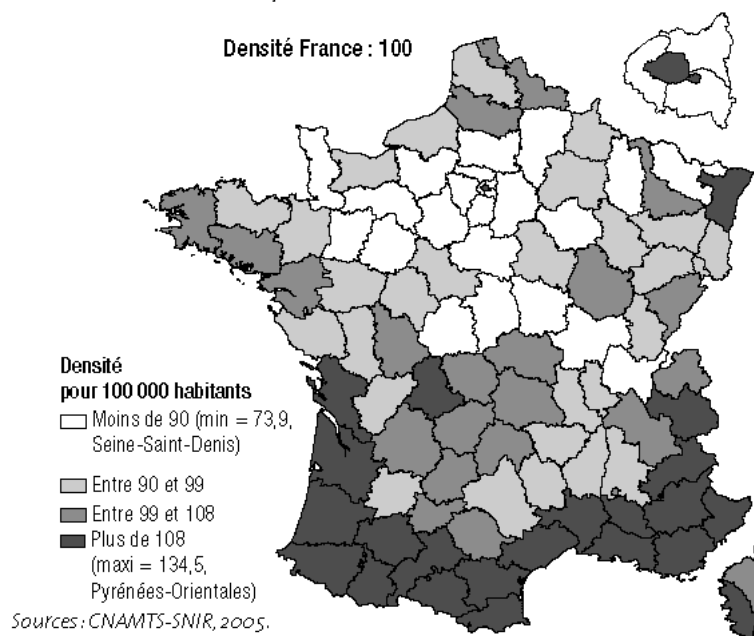
**LA PART DES MEP DANS LE TOTAL DES EFFECTIFS D'OMNIPRATICIENS
EST PLUS ÉLEVÉE EN RÉGION PARISIENNE ET DANS L'OUEST DE LA FRANCE**

La répartition des MEP est aussi inégale, mais elle se marque moins selon une distinction Nord-Sud. Les deux cartes suivantes font apparaître les écarts de densité des médecins généralistes libéraux par département, selon que l'on considère l'ensemble des omnipraticiens (carte 3) ou les seuls médecins généralistes à exercice particulier (carte 4).

10. Un médecin diplômé dans le cadre du régime en vigueur avant la réforme de 1983 peut se faire reconnaître comme « médecin compétent qualifié » : parce qu'il possède un certificat d'études spéciales (ou les connaissances correspondantes appréciées par la Commission nationale de qualification concernée) pouvant conduire à l'attribution d'une qualification de spécialiste. Par exemple, un spécialiste de médecine interne peut être qualifié « compétent » en réanimation ou un chirurgien généraliste « compétent » en chirurgie orthopédique.

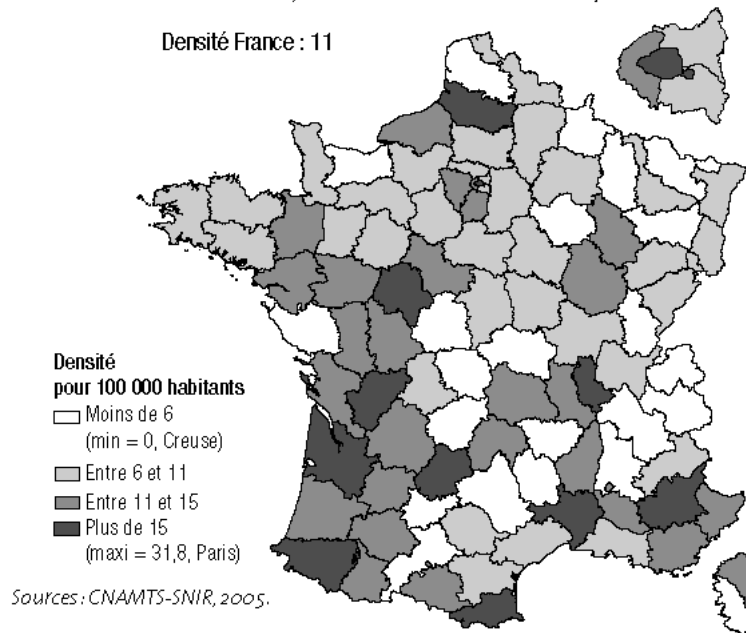
CARTE 3

DENSITÉ DES OMNIPRATICIENS LIBÉRAUX PAR DÉPARTEMENT (EFFECTIF POUR 100 000 HABITANTS, SITUATION AU 31 DÉCEMBRE 2005)



CARTE 4

DENSITÉ DES GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX À EXERCICE PARTICULIER PAR DÉPARTEMENT (EFFECTIF POUR 100 000 HABITANTS, SITUATION AU 31 DÉCEMBRE 2005)



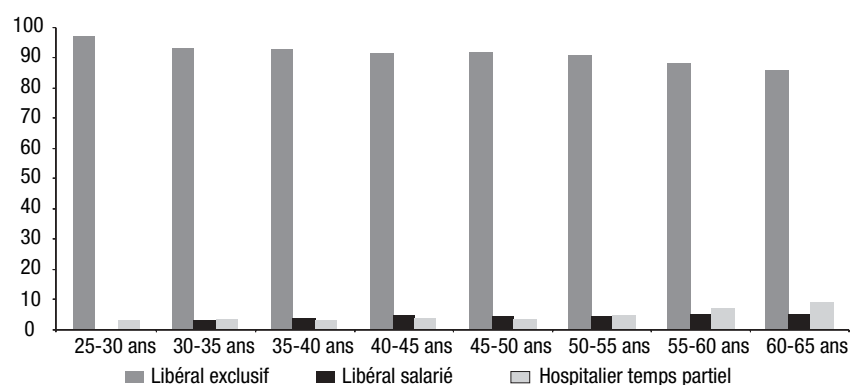
■ ■ Les médecins à exercice particulier (MEP) : une part plus importante en exercice salarié

Les omnipraticiens libéraux exercent dans leur grande majorité sous statut de libéral exclusif. La proportion des omnipraticiens libéraux exerçant une médecine libérale exclusive atteint 91 % pour les généralistes hors exercice spécifique, et seulement 82 % pour les MEP.

On observe donc que l'exercice salarié partiel concerne une part plus importante de l'effectif des médecins déclarant un exercice particulier (18 % contre 8 % pour les généralistes libéraux de premier recours). L'exercice hospitalier à temps partiel est présent pour les généralistes libéraux de premier recours dans les tranches d'âges les plus élevées (graphique 1). Pour les MEP, cette orientation caractérise davantage et de façon plus homogène toutes les tranches d'âges (graphique 2).

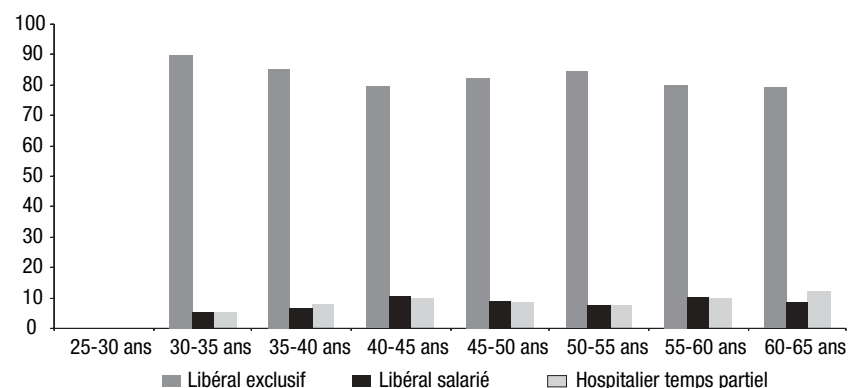
GRAPHIQUE 1

GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX APE



GRAPHIQUE 2

MEP APE



Sources : CNAMTS.



appréciation du potentiel d'offre de soins en médecine générale suppose une prise en compte fine de l'activité des praticiens

Trois démarches différentes s'attachent à une estimation de l'offre de soins en médecine générale. Sont successivement présentés une simulation à partir des données de l'Assurance maladie, une enquête nationale de l'Ordre des médecins, et les résultats d'un suivi commun conduit par l'Ordre des médecins et l'Assurance maladie, qui ont comparé leurs fichiers en Basse-Normandie.



Une estimation de l'offre de soins de médecine générale libérale à partir des données de l'Assurance maladie

Cette étude s'appuie sur le fichier d'enregistrement des omnipraticiens de l'Assurance maladie.

Dans l'analyse qui suit, sont donc considérés comme médecins généralistes, dispensant des soins de premier recours, les médecins, diplômés de médecine générale, conventionnés avec l'Assurance maladie qui peuvent s'être déclarés par ailleurs homéopathes ou acupuncteurs. Les médecins à exercice particulier (MEP) sont inclus dans cette analyse, parce que l'on a considéré que leur faiblesse numérique ne modifie pas sensiblement l'état des lieux.

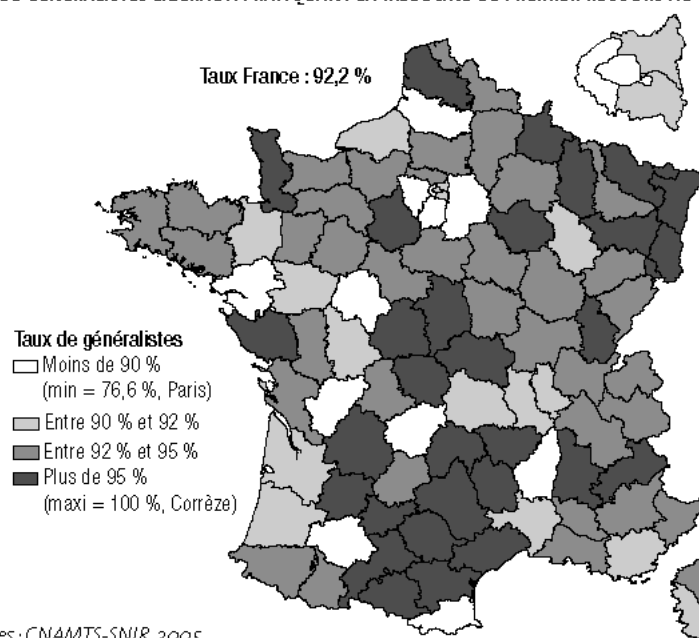
Selon cette définition, au 31 décembre 2006, 56 757 médecins généralistes libéraux constituent le potentiel de soins de premier recours en France métropolitaine, soit 92,2 % de l'effectif des 61 529 médecins généralistes libéraux enregistrés comme diplômés.

Sur la carte 5, les départements de couleur foncée sont les départements dans lesquels plus de 95 % des médecins généralistes libéraux exerceraient la médecine de premier recours.

A contrario, dans les départements de couleur claire, plus de 9 % des médecins libéraux diplômés de médecine générale n'exerceraient pas la médecine de premier recours (le maximum est à Paris, où 23,5 % des médecins généralistes libéraux enregistrés n'exerceraient pas la médecine de premier recours [carte 6]).

CARTE 5

TAUX DE GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX PRATIQUANT LA MÉDECINE DE PREMIER RECOURS AU 31 DÉCEMBRE 2006



Sources : CNAMTS-SNIR, 2005.

En comparant les densités départementales obtenues d'une part à partir de la liste des médecins libéraux diplômés de médecine générale (effectifs : 61 529), ou d'autre part de la liste de l'offre de premier recours (effectifs : 56 757), la majorité des départements restent dans la même classe (offre inférieure à la moyenne, offre moyenne, offre supérieure à la moyenne) quel que soit l'effectif pris en considération, mais 11 départements changent de classe : l'Ardèche, la Corrèze, la Creuse, la Dordogne, la Haute-Marne, la Moselle, Paris, les Deux-Sèvres, le Tarn, la Vienne, les Vosges.

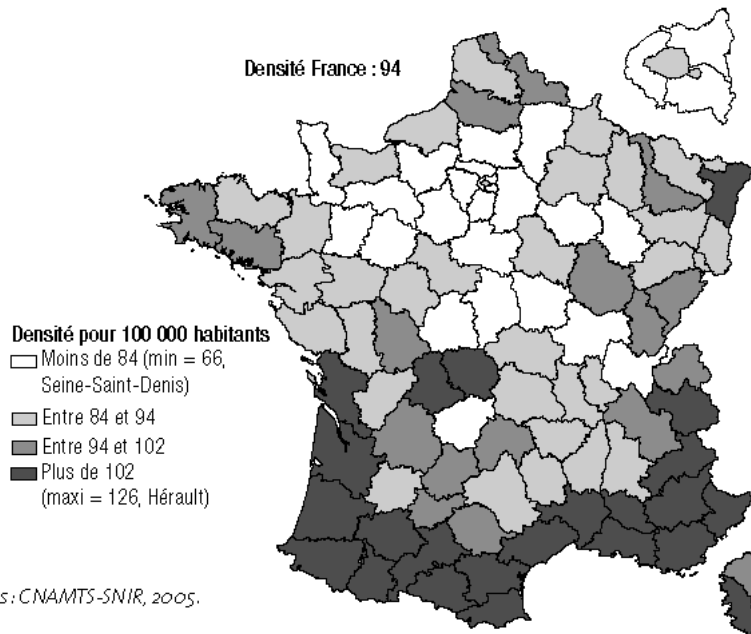
TABLEAU 7

CLASSEMENT DES DÉPARTEMENTS SELON LE TYPE DE CRITÈRE RETENU

Département	Densité calculée sur médecins diplômés de médecine générale	Densité calculée sur offre de soins de premier recours
Ardèche	Moyenne	Inférieure
Corrèze	Supérieure	Inférieure
Creuse	Moyenne	Supérieure
Dordogne	Moyenne	Supérieure
Haute-Marne	Moyenne	Inférieure
Moselle	Inférieure	Moyenne
Paris	Supérieure	Moyenne
Deux-Sèvres	Moyenne	Inférieure
Tarn	Moyenne	Supérieure
Vienne	Supérieure	Moyenne
Vosges	Inférieure	Moyenne

CARTE 6

DENSITÉ DE GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX PRATIQUANT LA MÉDECINE DE PREMIER RECOURS AU 31 DÉCEMBRE 2006
(MEP CONVENTIONNÉS AVEC L'ASSURANCE MALADIE INCLUS)



Sources : CNAITS-SNIR, 2005.

Si ces modifications de classement sont liées, pour neuf de ces départements, à ce qui pourrait être qualifié d'effet de seuil, pour Paris et la Corrèze la distinction relative leur apparente sur-offre de médecine générale.

Cette relativisation de l'offre, mise en évidence pour onze départements métropolitains, devraient également apparaître sur des échelles plus petites, telles que les bassins de vie, construits à partir des déplacements de populations effectivement observés pour recourir aux services, dont la santé fait partie intégrante.

On doit souligner que les effectifs sont présentés sans prendre en considération la notion d'« actifs ayant réalisé des actes dans l'année ». Les effectifs réels d'offre de soins de médecine générale premier recours doivent donc, de ce fait, être encore inférieurs aux effectifs présentés *supra*.

La sensibilité du diagnostic à l'effectif considéré montre le risque de conclusions erronées lorsqu'on étudie les difficultés de l'offre de soins de médecine générale premier recours, et plus particulièrement des inégalités de répartition uniquement sur des éléments quantitatifs, certes éclairants mais non déterminants.

Cette simulation met en évidence tout l'intérêt que présentera, pour les pouvoirs publics, la déclaration par le médecin généraliste de toute modification de son mode d'exercice. Cette évolution est prévue dans le répertoire partagé des professions de santé (RPPS), qui sera disponible au cours de cette année pour l'ensemble des professions médicales. L'analyse des difficultés de l'offre de soins de médecine générale premier recours pourra alors s'appuyer sur des effectifs au plus proche de leur activité réelle.

L'enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM)

En 2006, le Conseil national de l'Ordre des médecins avait envoyé, par l'intermédiaire des conseils départementaux, à l'ensemble des médecins généralistes en activité régulière inscrits au tableau, quel que soit leur mode d'exercice (libéral exclusif, salarié exclusif, mixte), un questionnaire pour connaître leur activité.

Le taux de réponses de cette enquête est de 37 %, car certains conseils départementaux ont refusé de réaliser cette enquête¹¹.

Plus de 30 000 réponses colligées ont permis d'analyser plus finement l'exercice des généralistes dans les départements ayant enregistré de forts taux de réponse.

Sur les 64 départements ayant réalisé l'enquête :

- 17 départements enregistrent plus de 75 % de médecins généralistes inscrits exerçant exclusivement cette discipline ;
- 42 départements enregistrent entre 50 % et 75 % de médecins généralistes inscrits exerçant exclusivement cette discipline ;
- 5 départements comptent moins de 50 % de médecins généralistes inscrits exerçant exclusivement cette discipline.

Par exemple, Paris, la Charente-Maritime et les Alpes-Maritimes affichent une densité moyenne de médecins généralistes, mais entre 51 % (Alpes-Maritimes) et 56 % (Paris et Charente-Maritime) des médecins inscrits déclarent ne pas exercer la médecine générale de premier recours. Parmi ceux qui déclarent exercer la médecine générale, un pourcentage important (10 à 15 %) a un autre exercice, un autre métier. Cet autre exercice peut être salarié, MEP, ou toute autre activité qu'un DIU, ou DU, autorise à exercer. Parmi les 64 départements pour lesquels les résultats sont disponibles, 9 départements enregistrent un taux inférieur à 10 % de médecins généralistes se déclarant à temps partiel : Aisne, Calvados, Corse-du-Sud, Côte-d'Or, Indre, Meuse, Oise, Pas-de-Calais, Haute-Vienne. Dans ces 9 départements, plus de 90 % des médecins généralistes donc exercent la médecine générale à temps plein.

L'intérêt d'un suivi rapproché des effectifs : illustration sur une région, la Basse-Normandie

Depuis la fin de l'année 2005, en Basse-Normandie, l'Ordre et l'Assurance maladie, en comparant leurs fichiers et, de façon plus pragmatique, en intégrant les informations issues « du terrain », réalisent un suivi commun trimestriel des effectifs des médecins généralistes afin d'apprécier de façon précise l'offre de soins de médecine

11. On peut observer que, parmi les départements qui n'ont pas réalisé l'enquête, certains comptent une densité médicale très inférieure à la moyenne ou sont dans une situation démographique à risque en raison de la pyramide des âges des médecins généralistes en exercice : l'Orne, l'Eure, le Loir-et-Cher.

générale de premier recours. Pour ce faire, chaque trimestre, un bilan commun des entrées et sorties est réalisé afin de disposer, pour les actions de soutien à la démographie médicale, d'un diagnostic le plus proche possible de la réalité.

Initialement selon que les données étaient issues du fichier de l'Ordre ou de celui de l'Assurance maladie, l'offre de soins de médecine générale variait entre 1 292 et 1 311 médecins généralistes. L'examen conjoint réalisé permet de comptabiliser un effectif « réel » disponible pour une offre de soins de médecine générale de premier recours, de 1 176, soit un taux d'« inexactitude » situé entre 9 % et 10 %.

TABLEAU 8

EFFECTIFS INITIAUX DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES, AU 31 DÉCEMBRE 2005

	Fichier de l'Ordre des médecins	Fichier de l'Assurance maladie
Calvados	657	637
Manche	423	421
Orne	231	234

Si, à l'échelle d'une agglomération, cet écart n'entraîne pas une analyse erronée de la situation, sur d'autres secteurs plus ruraux l'analyse effectuée à partir de l'offre réelle peut engendrer une modification du diagnostic. Des secteurs pour lesquels les statistiques habituelles ne faisaient pas apparaître de difficultés se sont ainsi vus classés comme fragiles, ou déficitaires, en s'appuyant sur les effectifs réels.

TABLEAU 9

EFFECTIFS DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES AU 31 DÉCEMBRE 2006

	Fichier de l'Ordre	Fichier de l'Assurance maladie total	Fichier de l'Assurance maladie effectifs de médecins généralistes sans exercice particulier ¹²	Fichier commun effectifs de médecins généralistes de premier recours
Calvados	652	647	601	583
Manche	425	426	376	385
Orne	233	233	210	212

Les écarts entre les données issues des deux fichiers ont diminué en raison de l'actualisation permanente des données grâce au suivi commun périodique.

Pour le département du Calvados, les exercices particuliers n'ont pas été déclarés à l'installation ou au moment du changement de situation, c'est pourquoi le nombre réel est encore inférieur à l'effectif théorique. Pour les deux autres départements, des médecins apparemment à exercice particulier exclusif ont été intégrés dans les effectifs réels de médecine générale, en raison d'un enregistrement erroné, d'un changement de situation non signalé, ou parce qu'en réalité leur exercice n'est pas exclusif et qu'ils participent à la permanence des soins ambulatoires.

Ce suivi spécifique démontre tout son intérêt car, malgré les efforts portés sur la qualité des informations contenues dans les fichiers, les écarts entre l'offre théorique et l'offre réelle perdurent. L'offre réelle semble n'être quantifiable qu'à partir

12. Ils peuvent être MEP (homéopathes, acupuncteurs, mésothérapeutes).

de l'expression de la réalité des exercices sur le terrain, ce qu'aucun système d'enregistrement ne permet aujourd'hui de connaître.

Enfin, les 1180 médecins généralistes exclusifs au 31 décembre 2006, ne développent pas, loin de là, une activité homogène. En effet :

- 19 d'entre eux ont enregistré moins de 1500 actes dans l'année (hors installés) ;
- 42 ont enregistré entre 1500 et 2500 actes dans l'année ;
- 1058 ont, quant à eux, enregistré plus de 2500 actes ;
- et, enfin, 60 médecins se sont installés entre 2005 et 2006 ; leur activité n'est pas complète ou non évaluée.

En Basse-Normandie, le choix a été fait de ne pas compter les médecins à très petite activité, et de ne compter les médecins à activité faible (entre 1500 et 2500 actes) qu'à mi-temps, les autres étant comptés à temps plein. L'offre de soins de médecine générale de premier recours pourrait donc être de 1139,5 « équivalents temps plein » de médecine générale (1180 effectifs réels).

Bien que la notion de temps plein ou de temps partiel soit difficilement transposable à l'exercice libéral, il paraît important de considérer que le potentiel de soins d'un médecin généraliste, c'est-à-dire son temps médical disponible, diffère de celui de son confrère.



orientation de l'activité des médecins généralistes libéraux

Afin de caractériser l'activité des médecins généralistes libéraux, différentes analyses ont été menées à partir des données de la CNAMTS. Dans cette optique, ont été considérés le secteur de conventionnement, l'importance de la patientèle selon le type d'exercice, ainsi que les particularités de l'activité qui peuvent être associées à certaines orientations de l'exercice.

Les généralistes selon le secteur de conventionnement

Il existe aujourd'hui deux secteurs de conventionnement :

- Le secteur 1 : Le médecin conventionné dans ce secteur applique le tarif conventionnel (tarif applicable au 1^{er} juillet 2007 : 22 euros). Dans le cadre du parcours de soins coordonné, l'assuré est remboursé à 70 % (soit au 1^{er} juillet 2007 : 14,40 euros).
- Le secteur 2 : Le médecin conventionné dans ce secteur pratique des honoraires libres. Il est en effet autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires « avec tact et mesure ». Dans le cadre du parcours de soins coordonné, l'assuré est remboursé à 70 % du tarif conventionnel (soit au 1^{er} juillet 2007 : 14,40 euros). Le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'Assurance maladie.

En 1990, la convention médicale a restreint l'accès au secteur 2 aux seuls anciens chefs de clinique ou assistants des hôpitaux. Cette condition a donc mécaniquement engendré une moindre représentation du secteur 2 chez les omnipraticiens installés à partir de cette date.

Un troisième secteur conventionnel était réservé aux médecins ayant un « droit permanent à dépassement » (DP). Ce secteur, réservé aux généralistes ayant exercé des responsabilités « importantes » en établissement hospitalier, a été supprimé par la convention médicale de 1980 au profit du secteur 2 pour les médecins qui s'installaient à partir de cette date. Le nombre de médecins de secteur 1 « DP » diminue au fur et à mesure de la cessation d'activité de ses représentants.

En 2005, sur les 58 181 omnipraticiens actifs à part entière (APE), 13 % étaient autorisés à dépasser les tarifs conventionnels (secteur 2 + secteur 1 DP).

91 % des médecins généralistes et 54 % des MEP exerçaient en secteur 1.

TABLEAU 10

PAR TRANCHE D'ÂGE, PART DES OMNIPRATICIENS LIBÉRAUX EXERÇANT EN SECTEUR 2
(HONORAIRES LIBRES + DÉPASSEMENTS PERMANENTS), EN %

Tranche d'âge	Généralistes	MEP	Total
25-45 ans	2	10	3
45-50 ans	7	36	10
50-55 ans	12	57	18
55-60 ans	14	62	19
60-65 ans	15	56	20

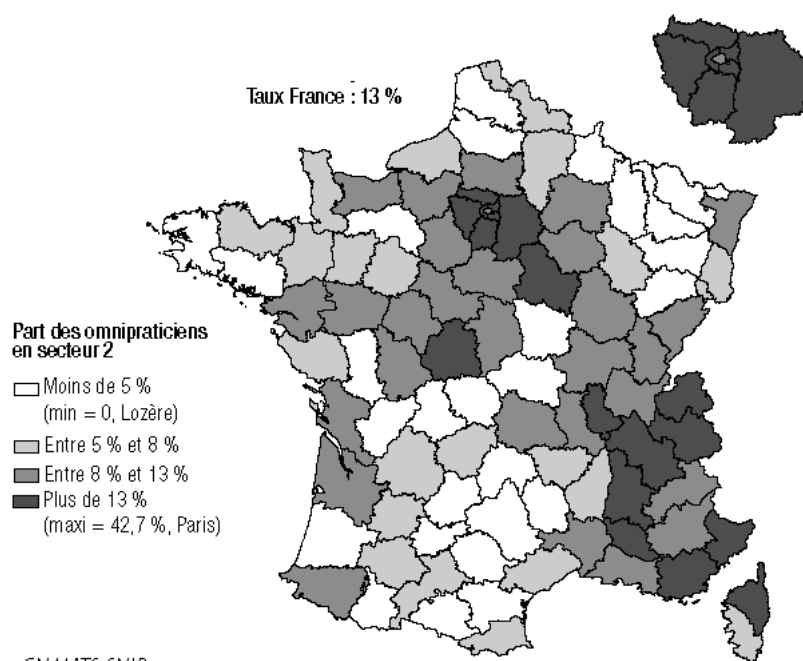
Sources : CNAMTS.

En proportion, les médecins à exercice particulier sont plus nombreux en secteur 2 à honoraires libres. Les proportions plus importantes des médecins de secteur 2, généralistes de premier recours comme MEP, à partir de la tranche d'âge 45-50 ans doivent être analysées en prenant en considération les évolutions conventionnelles rappelées précédemment.

La répartition des omnipraticiens libéraux exerçant en secteur 2 n'est pas homogène. Les départements d'un petit quart sud-est enregistrent la part la plus importante, ainsi que la Région parisienne.

CARTE 7

TAUX D'OMNIPRATICIENS EN SECTEUR 2 AU 31 DÉCEMBRE 2005



Sources : CNAMTS-SNIR, 2005.

La patientèle selon l'orientation de l'exercice

Les omnipraticiens du secteur 1 ont, en moyenne, plus de patients que leurs confrères en secteur 2.

Le nombre moyen de patients le plus faible est enregistré pour les MEP en secteur 2.

D'une façon générale, le nombre de patients a tendance à décroître avec l'âge du praticien, quels que soient le secteur conventionnel ou la compétence de l'omnipraticien (généraliste de premier recours ou MEP).

TABLEAU 11

NOMBRE MOYEN DE PATIENTS EN 2005, OMNIPRATICIENS DU SECTEUR 1

	Généralistes	Total MEP	Omnipraticiens
25-30 ans	1 505		1 505
30-35 ans	1 676	1 933	1 688
35-40 ans	1 673	1 791	1 679
40-45 ans	1 644	1 683	1 647
45-50 ans	1 604	1 704	1 612
50-55 ans	1 552	1 537	1 551
55-60 ans	1 457	1 433	1 455
60-65 ans	1 343	1 231	1 335
TOTAL	1 563	1 596	1 565

Sources : CNAITS.

TABLEAU 12

NOMBRE MOYEN DE PATIENTS EN 2005, OMNIPRATICIENS DU SECTEUR 1 DP ET DU SECTEUR 2

	Généralistes	Total MEP	Omnipraticiens
30-35 ans	1 139		1 015
35-40 ans	999	1 287	1 054
40-45 ans	1 569	1 275	1 503
45-50 ans	1 371	1 256	1 326
50-55 ans	1 353	1 194	1 285
55-60 ans	1 286	1 077	1 209
60-65 ans	1 196	953	1 108
TOTAL	1 320	1 147	1 253

Sources : CNAITS.

La part des actes cliniques est très majoritaire, mais les MEP ont une activité technique plus importante que leurs collègues généralistes libéraux de premier recours

Les omnipraticiens effectuent principalement des actes cliniques (consultation et visite, C et V). La part de l'activité clinique est en effet très élevée quels que soient le mode d'exercice et la spécialisation (MEP ou généralistes de premier recours).

Les actes techniques présentés au remboursement sont principalement attribués aux MEP.

52 208 omnipraticiens libéraux, actifs à part entière (APE) sur 58 181, soit 89,7 % des effectifs, ont une activité en C et V supérieure à 95 % de leur activité totale. Ce sont principalement des généralistes de premier recours (94 %), et 83 % d'entre eux ont entre 40 et 60 ans (tableau 13).

La part des omnipraticiens libéraux à très faible activité clinique (inférieure à 10 % de l'activité totale) est très réduite. Seuls 708 omnipraticiens sont dans ce cas, soit 1,2 % des effectifs. Ce sont principalement des MEP (60 %) et 88 % d'entre eux ont entre 40 et 60 ans (tableau 14).

TABLEAU 13

OMNIPRATICIENS APE AYANT ENTRE 95 % ET 100 % D'ACTES CLINIQUES

SUR LE TOTAL ACTES CLINIQUES ET TECHNIQUES

Secteur 1	Tranche d'âge	Généralistes	Acuponcteurs	Homéopathes	Autres MEP	Total MEP	Omnipraticiens
	25-30 ans	33					33
	30-35 ans	1 444	2	4	18	24	1 468
	35-40 ans	3 948	6	26	50	82	4 030
	40-45 ans	7 083	21	74	104	199	7 282
	45-50 ans	10 051	93	152	201	446	10 497
	50-55 ans	10 448	139	120	230	489	10 937
	55-60 ans	9 470	92	102	136	330	9 800
	60-65 ans	2 497	47	23	49	119	2 616
	TOTAL	44 974	400	501	788	1 689	46 663
Secteur 1 DP et secteur 2	Tranche d'âge	Généralistes	Acuponcteurs	Homéopathes	Autres MEP	Total MEP	Omnipraticiens
	25-30 ans						
	30-35 ans	4					4
	35-40 ans	26		1	3	4	30
	40-45 ans	78	5	7	4	16	94
	45-50 ans	671	122	132	42	296	967
	50-55 ans	1 293	269	302	93	664	1 957
	55-60 ans	1 392	208	245	89	542	1 934
	60-65 ans	409	55	57	38	150	559
	TOTAL	3 873	659	744	269	1 672	5 545
Tout secteur		48 847	1 059	1 245	1 057	3 361	52 208

Sources : CNAMTS.

Quelle que soit la tranche d'âge, les actes cliniques représentent plus de 97 % du total des actes des omnipraticiens du secteur 1. Cette part n'est que légèrement inférieure (en moyenne de 10 %) pour les omnipraticiens de secteur 2. On pourrait s'attendre à des résultats plus contrastés, et à une part d'actes techniques plus importante, compte tenu de la plus forte représentation des MEP dans ce secteur conventionnel (tableau 15).

Parmi les omnipraticiens, les généralistes de premier recours ont la part des actes cliniques la plus élevée, toutes tranches d'âge confondues et quel que soit le secteur conventionnel.

TABLEAU 14

OMNIPRATICIENS APE AYANT ENTRE 0 % ET 10 % D'ACTES CLINIQUES SUR LE TOTAL ACTES CLINIQUES ET TECHNIQUES

Secteur 1	Tranche d'âge	Acuponcteurs		Homéopathes	Autres MEP	Total MEP	Omnipraticiens
	25-30 ans						
	30-35 ans	5			10	10	15
	35-40 ans	26			16	16	42
	40-45 ans	62			57	57	119
	45-50 ans	72			87	87	159
	50-55 ans	35	1	1	65	67	102
	55-60 ans	33	2		65	67	100
	60-65 ans	7			16	16	23
	TOTAL	240	3	1	316	320	560
Secteur 1 DP et secteur 2	Tranche d'âge	Généralistes	Acuponcteurs	Homéopathes	Autres MEP	Total MEP	Omnipraticiens
	25-30 ans						
	30-35 ans						
	35-40 ans	2			1	1	3
	40-45 ans	2				2	4
	45-50 ans	7	1		8	9	16
	50-55 ans	19	8		37	45	64
	55-60 ans	14	4	1	32	37	51
	60-65 ans		6		4	10	10
	TOTAL	44	19	1	84	104	148
Tout secteur		284	22	2	400	424	708

Sources : SNIR, 2005.

TABLEAU 15

EFFECTIFS ET PARTS DES ACTES CLINIQUES DES OMNIPRATICIENS APE

	Mode conventionnel Secteur 1	(C+V)/(C+V+Actes techniques)	Secteur 1 DP et secteur 2	(C+V)/(C+V+Actes techniques)	Total	% des effectifs par tranche d'âge
Tranche d'âge						
25-30	33	99 %		0 %	33	0%
30-35	1 682	97%	5	98%	1 687	3%
35-40	4 578	97%	42	87%	4 620	8%
40-45	8 168	96%	142	82%	8 310	14%
45-50	11 567	97%	1 346	88%	12 913	22%
50-55	11 699	98%	2 594	89%	14 293	25%
55-60	10 380	98%	2 468	91%	12 848	22%
60-65	2 786	98%	691	93%	3 477	6%
Total	50 893	97 %	7 288	90 %	58 181	100 %

Sources : SNIR 2005.

TABLEAU 16

EFFECTIFS ET PARTS DES ACTES CLINIQUES DES GÉNÉRALISTES APE

	Mode conventionnel secteur 1	(C+V)/(C+V+Actes techniques)	Secteur 1 DP et secteur 2	(C+V)/(C+V+Actes techniques)	Total	% des effectifs par tranche d'âge
Tranche d'âge						
25-30	33	99%		0%	33	0%
30-35	1 604	97%	4	99%	1 608	3%
35-40	4 350	98%	34	90%	4 384	8%
40-45	7 641	98%	110	84%	7 751	15%
45-50	10 657	98%	825	93%	11 482	22%
50-55	10 860	99%	1 489	95%	12 349	24%
55-60	9 809	99%	1 554	96%	11 363	22%
60-65	2 591	99%	443	98%	3 034	6%
Total	47 545	98%	4 459	95%	52 004	100%

Sources : SNIR 2005.

Les MEP ne sont que 54 % à exercer en secteur 1 (contre 91 % pour les généralistes de premier recours) et ils sont globalement plus âgés que les généralistes (à 88 % dans la tranche d'âge 40-60 ans contre 83 %, tableau 13). Dans la tranche d'âge 30-35 ans, seulement 69 % de l'activité correspond à des actes cliniques pour les MEP du secteur 1, comme le montre le tableau 17.

TABLEAU 17

EFFECTIFS ET PARTS DES ACTES CLINIQUES DES MEP APE

	Mode conventionnel secteur 1	(C+V)/(C+V+Actes techniques)	Secteur 1 DP et secteur 2	(C+V)/(C+V+Actes techniques)	Total	% des effectifs par tranche d'âge
Tranche d'âge						
25-30		0%		0%		0%
30-35	78	69%	1	84%	79	1%
35-40	228	74%	8	76%	236	4%
40-45	527	70%	32	72%	559	9%
45-50	910	76%	521	79%	1 431	23%
50-55	839	82%	1 105	79%	1 944	31%
55-60	571	80%	914	80%	1 485	24%
60-65	195	82%	248	83%	443	7%
Total	3 348	78%	2 829	80%	6 177	100%

Sources : SNIR 2005.

■ ■ **Les acupuncteurs sont significativement plus âgés que les généralistes de premier recours**

89 % des acupuncteurs ont entre 40 et 60 ans. Ils sont plus souvent autorisés à dépasser les tarifs conventionnels que les généralistes de premier recours, 33 % seulement des acupuncteurs sont en secteur 1. La part de l'activité clinique diffère selon le secteur conventionnel. Ainsi, la part des actes cliniques des acupuncteurs de secteur 2 est relativement faible (82 %), au bénéfice d'une cotation en K d'actes techniques, qui ne sont remboursés que pour des indications thérapeutiques très précises.

L'activité des acupuncteurs relevant du secteur 1 se traduit en revanche par une proportion élevée d'actes en C et V (90 %), et donc d'actes cliniques.

■ ■ **Les homéopathes ont une activité clinique élevée**

La part très majoritaire des actes cliniques caractérise l'activité des homéopathes, qu'ils soient ou non autorisés à pratiquer un dépassement d'honoraires et quelles que soient leurs tranches d'âge.

Les homéopathes sont globalement plus âgés que leurs collègues généralistes de premier recours (91 % d'entre eux ont entre 40 et 60 ans).



inventaire des formations accessibles aux médecins titulaires d'un diplôme de médecine générale

Un grand nombre de formations complémentaires et/ou spécialisantes est offert aux médecins généralistes. Elles remplissent une double fonction.

D'une part, ces formations constituent une possibilité importante de maintien et de développement des compétences qui sont nécessaires aux médecins généralistes pour assurer dans de bonnes conditions la prise en charge des patients divers qui les consultent. L'évolution des techniques diagnostiques et thérapeutiques impliquent une réassurance des savoirs. L'évolution des prises en charge des patients et du suivi des maladies chroniques, la nécessité de coopérations renforcées entre les professions médicales, justifient elles aussi l'ouverture de certains DESC ou de certaines de leurs options aux diplômés de médecine générale, comme c'est le cas en cancérologie pour l'option réseau du DESC. Ces formations constituent, d'autre part, pour les diplômés de médecine générale une opportunité de réorientation de leur activité.

Les modalités qui permettent aux médecins généralistes de se spécialiser dans l'une ou l'autre de ces optiques sont examinées dans cette partie. Les formations et les diplômes donnant aux titulaires du diplôme de médecine générale la possibilité d'obtenir un diplôme autorisant l'exercice à temps plein ou partiel d'une autre discipline ou d'un autre type de médecine générale sont recensés.

En outre, l'accès de la médecine générale au rang de spécialité reconfigure les possibilités de formation complémentaire pour les diplômés en médecine générale, par rapport à la situation qui prévalait antérieurement, à travers l'accès à des diplômes d'études supérieures complémentaires (DESC).

L'effectif des diplômés de médecine générale inscrit dans un DESC est encore faible aujourd'hui, selon les données qui ont pu être recueillies auprès des facultés. Il est probable que leur nombre connaîtra une augmentation dans les prochaines années. En effet, soit l'attractivité de la médecine générale de premier recours s'affirmant, ces DESC constitueront une formation complémentaire spécialisée nécessaire à cet exercice. Soit, à l'inverse, ils s'affirmeront comme une voie permettant d'y échapper¹³.

13. Selon les résultats d'une enquête réalisée auprès d'un échantillon de 923 internes de médecine générale et résidents, 25,2 % des internes veulent réaliser un DESC dans un but de diversification de leur activité en priorité, mais aussi par simple désir de formation. *Évolution de la formation de l'interne de médecine générale*. Document de travail ISNAR-IMG, janvier 2008.

Pour compléter le cadrage sur la formation en médecine générale, cette partie comporte aussi un point de bilan des stages chez le praticien, mis en place en 2006, dans l'optique de contribuer à une meilleure connaissance de l'exercice de médecine de premier recours.

Les possibilités ouvertes aux diplômés de médecine générale pour acquérir une autre spécialisation ou une autre compétence

En pratique, pour les DES de médecine générale, les possibilités sont les suivantes :

- Le concours d'Internat à titre européen ;
- Le concours spécial de médecine du travail ;
- Le concours de médecine de santé publique ;
- Des DESC de type I et de type II ;
- Des capacités ;
- Des DIU et DU.

Le recensement systématique des formations a été effectué, qu'elles soient :

- accessibles sur concours ;
- accessibles sans concours (capacités, DESC, DU/DIU)¹⁴.

■ ■ Les parcours accessibles sur concours

INTERNAT À TITRE EUROPÉEN

Accessible aux médecins diplômés de l'UE, exerçant depuis trois ans.

Donnant accès au troisième cycle des études médicales, sanctionné par un DES.

Trois épreuves écrites de trois heures chacune, programme des épreuves classantes nationales (ECN).

Nombre de postes fixé annuellement par arrêté (tableau 18).

14. Site web du CNCI, Légifrance, sites web des UFR de médecine, site web du CNOM. DU et DIU : article L.613.2 du Code de l'éducation. - Médecine scolaire : décret n° 91-1195 du 27 novembre 1991. - Médecine du travail : arrêté du 18 février 2005 relatif à l'organisation, à l'inscription, au programme, au déroulement, à la nature, à la pondération et à la procédure d'affectation du concours spécial d'internat de médecine du travail. - Concours de l'internat à titre européen : arrêté du 29 janvier 2004 relatif à l'organisation des épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle spécialisé des études médicales, paru au JO n° 30 du 5 février 2004, p. 2519. - DESC : arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine, paru au JO n° 233 du 6 octobre 2004, p. 17077, texte n° 24. - Derniers DESC ouverts aux internes de médecine générale : *Bulletin officiel du ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche* n° 9 du 1^{er} mars 2007, p. 429 à 476.

TABLEAU 18

POSTES OUVERTS EN 2007 À L'INTERNAT À TITRE EUROPÉEN

	Caen	Lille	Dijon	Reims	Strasbourg	Île-de-France	Bordeaux	Clermont-Ferrand	Marseille	Montpellier	Nice	Brest	Rennes
Anatomie et cytologie pathologiques		1							1				
Cardiologie		2											
Médecine interne							1						1
Médecine physique et de réadaptation			1										
Oncologie							1		1				
Hématologie	1		1							1			
Médecine Nucléaire							1						
Radiodiagnostic et imagerie médicale		1											
Néphrologie			1					1					
Génétique médicale			1					1					
Pneumologie		1								1			
Gastro-entérologie		1						1					
Neurologie							1						
Neurochirurgie	1												
Chirurgie générale	1				1						1		
Chirurgie orthopédique et traumatologique		1											
Ophthalmologie													
médecine générale						5							
Anesthésie réanimation	1				1		1	1					
Pédiatrie							1						
Santé publique		1				1							
Gynécologie obstétrique							1						
Biologie médicale		1				1							
Psychiatrie	2						3					1	

CONCOURS DE « MÉDECINE DU TRAVAIL »

Accessible aux médecins diplômés de l'UE, exerçant depuis trois ans.

Donnant accès au troisième cycle des études médicales, sanctionné par un DES de médecine du travail.

Une épreuve de QCM et une épreuve écrite de deux heures chacune.

Nombre de postes fixé annuellement par arrêté (tableau 19).

TABLEAU 19

POSTES OUVERTS EN 2007 EN MÉDECINE DU TRAVAIL

Subdivisions	Nombre de places	Subdivisions	Nombre de places	TOTAL général
Île-de-France	5	Brest	2	
Strasbourg	4	Rennes	2	
Besançon	3	Aix-Marseille	7	
Dijon	5	Nice	4	
Reims	2	Bordeaux	8	
Caen	4	Toulouse	3	
Rouen	3	Limoges	1	
Lille	10	Clermont-Ferrand	2	
TOTAL	36		29	65

CONCOURS DE MÉDECINE SCOLAIRE

Plusieurs concours sont organisés chaque année par le ministère chargé de l'Éducation :

- un concours sur épreuves ouvert à tout docteur en médecine ;
- un concours externe sur titres et travaux pour tout docteur en médecine disposant d'un titre sanctionnant une formation spécialisée : pédiatrie, santé publique, médecine du travail ;
- un concours interne pour les médecins anciens vacataires ou contractuels.

L'ENSP (École nationale de santé publique), devenue EHESP (École des hautes études en santé publique), a la responsabilité de former les médecins de l'Éducation nationale dans le cadre d'une formation d'un an. L'arrêté du 17 janvier 1994 détermine les modalités en fonction des différents concours :

- formation d'un an, alternant des temps d'enseignement à l'ENSP et des temps de mise en situation professionnelle, dans les inspections académiques d'affectation pour les médecins lauréats du concours externe sur épreuves ;
- ou formation de huit semaines pour les lauréats de ce concours externe, sur dérogation validée par une commission ministérielle ;
- formation de huit semaines en cours d'emploi au titre de médecin-stagiaire, pour les lauréats des concours interne et externe sur titres et travaux.

■ ■ Les parcours accessibles hors concours

Les DESC de type I (deux ans) et de type II (trois ans, soit six semestres)¹⁵

L'accès est possible après validation pendant le DES d'au moins deux semestres dans des services agréés pour les DESC type I et quatre semestres pour les DESC de type II.

La condition d'avoir validé deux (ou quatre) semestres pendant le DES peut être facilement abolie par dérogation du coordonnateur du DESC, ce qui signifie par exemple que le DESC type II de gériatrie est accessible aux internes de médecine générale.

Le nombre de postes est fixé théoriquement bi-annuellement, au niveau régional, par les commissions de subdivision (nombre de stages ouverts dans des services agréés).

Les DESC de type I accessibles aux DES de médecine générale sont au nombre de quatorze :

- Allergologie et immunologie clinique
- Andrologie
- Cancérologie, option « cancérologie en réseaux »
- Dermatopathologie
- Douleurs et soins palliatifs
- Fœtopathologie
- Hémobiochimie-transfusion
- Médecine légale et expertises médicales

15. Seuls les DESC de type II permettent un exercice exclusif de la spécialité.

- Médecine du sport
- Médecine d'urgence
- Médecine vasculaire
- Nutrition
- Pathologie infectieuse et tropicale, clinique et biologique
- Pharmacologie clinique et évaluation des thérapeutiques

Il faut souligner que les DESC de cette liste sont accessibles en théorie, mais pas toujours en pratique. De nombreux DESC ne comportent pas d'internes de médecine générale, qui ne les choisissent pas parce qu'ils sont trop récents ou bien du fait de l'impossibilité de validation des stages demandés. En effet, les terrains de stage ne sont pas toujours agréés pour le DES de médecine générale ; c'est le cas, par exemple, pour la fœtopathologie ou l'hémobiochimie-transfusion.

En revanche, un certain nombre de DESC ne sont pas accessibles aux DES de médecine générale :

- les DESC de type I concernés sont : les DESC d'addictologie, de médecine de la reproduction, de néonatalogie, de neuropathologie, d'orthopédie dento-maxillo-faciale et de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ;
- les DESC de type II concernés sont : les DESC de réanimation médicale, de chirurgie, de biologie médicale.

Les capacités

Quatorze sont accessibles aux titulaires du diplôme d'État de docteur en médecine. Le nombre de postes est fixé annuellement, par chaque UFR où l'enseignement est organisé. On dénombre en moyenne vingt postes par capacité et par UFR. Il existe, pour certaines capacités, des examens probatoires.

La durée de la formation est de un à deux ans. Les capacités demandent souvent des prérequis supplémentaires à l'inscription, notamment la validation préalable d'une autre capacité ou d'un DU (par exemple, l'inscription à la capacité de médecine de catastrophe nécessite la capacité de médecine d'urgence).

Les capacités faisant double emploi avec un DESC (comme la capacité de médecine d'urgence) seront amenées à disparaître, sans qu'aucune date précise ne soit encore fixée. De même, avec la création prochaine de la capacité d'acupuncture, l'actuel DIU d'acupuncture perdra sa valeur de reconnaissance par le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM).

Les quatorze capacités concernées sont les suivantes :

- Allergologie (2 ans)
- Angiologie (2 ans)
- Évaluation et traitement de la douleur (2 ans)
- Gériatrie (2 ans)
- Hydrologie et climatologie médicale (2 ans)
- Médecine aérospatiale (1 an)
- Médecine et biologie du sport (1 an)
- Médecine de catastrophe (1 an)
- Médecine pénitentiaire (2 ans)

- Médecine tropicale (2 ans)
- Médecine d'urgence/CMU (2 ans)
- Pratiques médico-judiciaires (2 ans)
- Technologie transfusionnelle (2 ans)
- Toxicomanies et alcoologie (2 ans)

Les DU et DIU

Au 25 juillet 2003, 2 185 DU et DIU étaient recensés en France par l'*Annuaire national des diplômes universitaires du monde de la santé*. Ils sont accessibles aux Internes, médecins (voire externes, et infirmières diplômées d'État (IDE) pour certains enseignements). Le nombre de postes est fixé annuellement, par chaque université où l'enseignement est organisé. Certains DU et DIU sont accessibles après examens probatoires. Leur durée est de un à deux ans.

La liste suivante n'est pas exhaustive, elle ne considère que les DU et DIU accessibles aux diplômés de médecine générale et qui font l'objet d'une reconnaissance par le CNOM¹⁶ :

Les dix-huit DIU qui présentent ces caractéristiques sont les suivants :

- Mésothérapie
- Acupuncture
- Médecine manuelle et ostéopathie
- Accueil des urgences en service pédiatrique
- Dermatologie esthétique et cosmétologie
- Médecine morphologique et « anti-âge »
- Médecine subaquatique et hyperbare
- Proctologie
- Réparation juridique du dommage corporel
- Échographie générale
- Échographie vasculaire
- Pathologie du sommeil et de la vigilance
- Veille et sommeil
- Le sommeil et sa pathologie
- Soins palliatifs
- Soins palliatifs et accompagnement
- Tabacologie et aide au sevrage tabagique
- Assistant généraliste en psychiatrie

Les sept DU qui présentent ces caractéristiques sont les suivants :

- Études de réparation du dommage corporel
- Réparation juridique du dommage corporel
- Études médicales relatives à la réparation du dommage corporel
- Indemnisation du dommage corporel – médecin conseil société

¹⁶. L'une des formations complémentaires parmi les plus plébiscitées pour les MEP, à savoir le DU/DIU d'homéopathie, ne figure pas dans cette liste. Il est enseigné dans sept facultés, mais non reconnu par le CNOM.

- Journalisme médical
- Sexologie
- Thérapeutiques manuelles

■ ■ Les effectifs d'internes de médecine générale inscrits dans des formations complémentaires

Afin de prendre la mesure des effectifs de diplômés de médecine générale engagés dans des cursus de formation complémentaire leur permettant éventuellement un autre exercice que celui de médecine générale de premier recours, l'ISNAR-IMG a engagé un recueil des données auprès des facultés de médecine. Le fait que la méthode de comptabilisation dans les fichiers de certaines facultés de médecine ne permette pas d'identifier l'origine de la formation initiale des étudiants inscrits en DU ou DIU constitue un obstacle majeur, qui rend impossible actuellement la réalisation de cet état des lieux, qui concerne pourtant plus d'un millier de personnes.

En revanche, le recensement du nombre d'internes de médecine générale inscrits en DESC pour l'année universitaire 2006-2007 a été engagé par l'ISNAR-IMG.

Les résultats, bien que parcellaires puisque seules 13 subdivisions sur 27 ont pu donner leurs chiffres, sont présentés dans le tableau 20. Y figurent le nombre d'inscrits, par type de DESC, ainsi qu'une estimation du nombre d'inscrits pour l'ensemble des facultés françaises. Cette estimation procède d'une extrapolation statistique des résultats recueillis auprès des 13 subdivisions. Elle tient compte des effectifs d'internes de médecine générale dans les facultés pour lesquelles les données manquent, de la date de création du DESC et du potentiel d'inscriptions dans les formations, parfois ouvertes de façon théorique mais pas sur le terrain, par défaut de terrains de stage agréés conjointement pour le DES de médecine générale.

TABLEAU 20

EFFECTIFS D'INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE INSCRITS EN DESC,

DONNÉES PARTIELLES ET DONNÉES ESTIMÉES

Intitulé du DESC	Nombre d'internes de médecine générale inscrits pour l'année 2006-2007*	Estimation globale
Allergologie et immunologie clinique	0	3
Andrologie	0	0
Cancérologie option « réseaux »	0	0
Dermatopathologie	0	0
Fœtopathologie	0	0
Gériatrie	9	15
Hémodiagnostic et transfusion	0	1
Médecine de la douleur et soins palliatifs	0	2
Médecine légale et expertises médicales	4	7
Médecine du sport	8	13
Médecine d'urgence	74	123
Médecine vasculaire	7	11
Nutrition	5	8
Pathologie infectieuse et tropicale	3	5
Pharmacologie clinique et évaluation des thérapeutiques	0	0
TOTAL	110	188

* Résultats partiels, sources : enquête ISNAR-IMG.

Le nombre estimé de 188 inscrits en DESC rapporté au nombre total d'internes de médecine générale qui totalisait un effectif à la rentrée universitaire de plus de 5 000 individus, semble faible. On peut toutefois souligner la forte attractivité du DESC de médecine d'urgence.

Pour l'instant, et en attendant une consolidation et une actualisation de ces données confirmant le diagnostic, une fuite massive de la médecine générale de premier recours *via* les DESC ne se manifeste pas. En revanche, l'éloignement de l'exercice de médecine générale de premier recours existe de toute façon *via* les capacités dont les intitulés sont parfois très proches de ceux des DESC, avec des cours théoriques souvent communs.

Sur ce point, il serait intéressant de comparer le nombre d'inscrits la même année dans les capacités et les DESC correspondants. Les effectifs inscrits en capacités sont sans doute bien supérieurs à ceux observés pour la première promotion de DES de médecine générale pouvant s'inscrire à ces diplômes complémentaires. Cette réalité ne peut que perdurer tant que les capacités existeront, puisque ne peuvent s'inscrire en DESC que des internes en cours de DES alors que peuvent s'inscrire en capacité tous les médecins thésés du début à la fin de leur carrière.

Il est à noter également que chacune de ces formations n'a pas la même finalité ; le DESC de Gériatrie par exemple, classé en type II en est l'exemple unique, puisqu'une fois validé, l'interne perd la qualification de sa spécialité médecine générale d'origine et devient gériatre de plein droit s'il choisit de valider cette qualification. La

possibilité de revenir à un exercice en cabinet de médecine générale ne peut s'opérer qu'après une demande de résiliation de la qualification en gériatrie devant être validée par le Conseil de l'Ordre des médecins.

Parmi les DESC de type I, certains ont une formation à connotation hospitalière très forte, de par leur maquette de stages, en particulier, le DESC de médecine d'urgence qui attire en majorité les internes de médecine générale. Sa maquette (urgences adultes, urgences pédiatriques, réanimation ou unité de soins intensifs, SMUR, dont deux stages en CHU) est très orientée vers une pratique ultérieure hospitalière dans les services d'accueil des urgences (SAU). Cela dit, la possibilité d'exercer secondairement ou concomitamment en tant que médecin généraliste est conservée par le type I du diplôme.

Les autres DESC de type I sont au moins pour le moment assez marginaux : la médecine vasculaire, la nutrition, la médecine légale sont des pratiques qui peuvent s'articuler de façon complémentaire avec des soins primaires, même si leur proportion devrait être amenée à diminuer dans l'emploi du temps du médecin souhaitant exercer sa nouvelle compétence.

Alors que le temps de travail médical effectif et son organisation par les médecins devraient beaucoup évoluer ces prochaines années, toute limitation de l'exercice de la médecine générale de premier recours peut s'avérer préjudiciable à l'accès aux soins. Un équilibre est donc à trouver entre la diminution des temps pleins des généralistes en quête de diversification de leur activité et la nécessité de répondre à des besoins en santé par le biais de professionnels compétents. Cela devrait s'opérer en tenant compte de l'évolution des mentalités des nouveaux arrivants dans la profession, mais aussi de la nécessaire mission d'intérêt général qu'assurent les médecins généralistes.

■ ■ Le stage de 2^e cycle chez le praticien

Le dispositif portant sur le stage de 2^e cycle de sensibilisation à la médecine générale s'inscrit dans le cadre d'une meilleure connaissance de la spécialité de médecine générale dans son exercice de premier recours. Mis en place par l'arrêté du 23 novembre 2006 (arrêté relatif à la deuxième partie du 2^e cycle des études médicales paru au *JO* le 25 novembre 2006), il permet aux étudiants de 2^e cycle qui le souhaitent d'effectuer un stage chez un médecin généraliste appelé « maître de stage agréé ». L'étudiant accompagne son maître de stage, sous la responsabilité de ce dernier, lors des visites à domicile ou lors d'interventions dans d'autres structures.

Selon les remontées d'éléments financiers des DRASS (au 1^{er} octobre 2007), seuls 395 stages de sensibilisation à la médecine générale en 2^e cycle auraient eu lieu en 2007. Ce nombre paraît faible par rapport au 5 982 étudiants en DCEM2, et aux 5 464 étudiants en DCEM3 (année universitaire 2006-2007).

La création récente de ce dispositif avec une procédure de mise en œuvre complexe (procédure de financement, procédure d'agrément par les UFR des médecins généralistes pour être maîtres de stage), conjuguée à une connaissance insuffisante par les étudiants, les universités, voire les CHU, explique vraisemblablement ce chiffre inférieur aux prévisions.

Le tableau 21, qui présente la répartition actuelle de ces stages, fait en outre apparaître qu'ils se concentrent dans quelques régions seulement.

TABLEAU 21

RÉPARTITION DES STAGES DE 2^e CYCLE

Régions	Stage de 2 ^e cycle chez les généralistes
Alsace	0
Bourgogne	27
Bretagne	45
Centre	106
Champagne-Ardenne	9
Franche-Comté	0
Languedoc-Roussillon	0
Limousin	94
Midi-Pyrénées	39
Poitou-Charentes	64
Martinique	11
TOTAL	395

Sources : DHOS.



es conditions d'exercice de l'activité

Les résultats de la plupart des enquêtes et les données disponibles conduisent de façon très convergente à établir le constat selon lequel la médecine générale ne constitue pas un monde unique. Les métiers exercés par les diplômés de médecine générale sont très divers. La part des omnipraticiens libéraux, qui déclarent un exercice particulier, varie selon les départements. Au sein même du groupe des médecins généralistes qui se consacrent aux soins de premier recours, les expériences du métier varient selon les territoires, selon les patientèles, et aussi selon les styles de prise en charge des patients que les praticiens privilégient. Pour illustrer cette diversité, quelques éléments synthétiques complémentaires à ceux déjà soulignés sont d'abord présentés. L'optique est de garder présent à l'esprit le fait d'abord que les attentes des patients à l'égard des médecins généralistes sont diverses. Les pratiques que ces derniers développent relèvent aussi d'une manière toujours singulière de composer entre des projets propres de prise en charge des patients, d'exercer leur « art », et des contraintes et des opportunités qui en permettent avec plus ou moins de bonheur la réalisation. On pourrait objecter que ces constats s'appliquent à tous les médecins. En la matière, il apparaît toutefois que la spécificité de la médecine générale peut être évoquée dans la mesure où le contact direct avec le patient est moins différé et peu filtré¹⁷.

Face à la pluralité des patients et de leurs attentes, il semble difficile aujourd'hui au médecin généraliste de composer seul, c'est sans doute pourquoi beaucoup envisagent un exercice à plusieurs de la médecine de premier recours. Un développement particulier est consacré à cette question dans ce chapitre.



La diversité de l'activité des médecins généralistes

■ ■ Le pourcentage d'assurés ayant choisi leur médecin traitant varie de 64 % à 85 % selon les départements

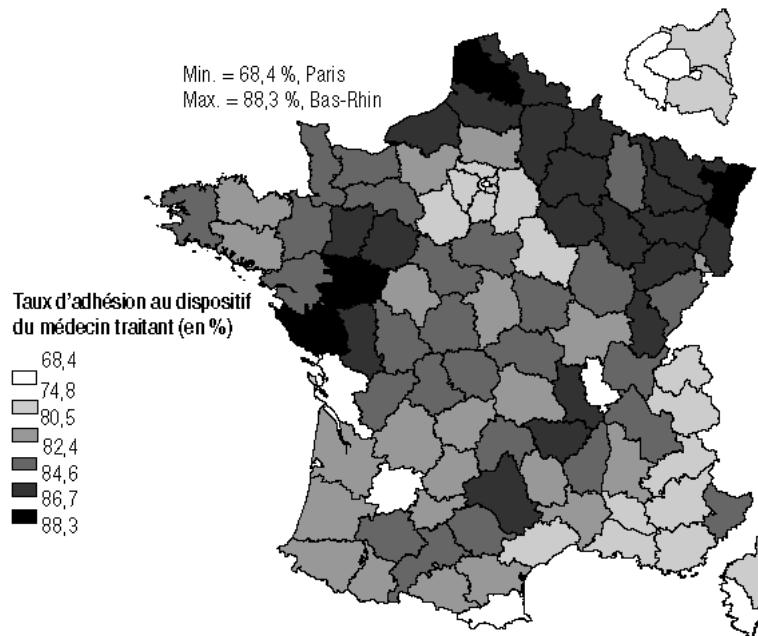
En novembre 2006, près de 80 % des assurés de plus de 16 ans ont déclaré un médecin traitant et choisi à 99,5 % un médecin généraliste libéral. Le taux d'adhésion au dispositif est supérieur dans les départements du Bas-Rhin, du Pas-de-Calais, de la Vendée, mais il est plus faible dans les deux départements de la Corse et à Paris, et dans les Hauts-de-Seine par exemple¹⁸ (carte 8).

17. Cf. contribution de Géraldine Bloy dans ce tome p. 137.

18. *Chiffres et repères 2006*, Assurance maladie.

CARTE 8

TAUX D'ADHÉSION AU DISPOSITIF DU MÉDECIN TRAITANT



Sources : CNA/MTS, novembre 2006.

Ces disparités ne traduisent certainement pas une diversité d'adhésion au dispositif du médecin traitant. Il convient sans doute de rapprocher ces résultats des habitudes locales de recours au médecin généraliste de premier recours et à la consommation de soins. Ainsi, alors que Paris enregistre la densité de médecins généralistes libéraux la plus élevée de la région, la consommation de soins généralistes des Parisiens par habitant est la plus faible de l'Île-de-France. Ces résultats renvoient vraisemblablement à des habitudes différentes de recours au médecin de famille. « Le facteur le plus déterminant est le fait d'avoir un médecin de famille : l'absence de médecin de famille multiplie par plus de cinq la probabilité de ne pas avoir de médecin traitant. Cela confirme définitivement l'hypothèse que le dispositif s'est plaqué sur un schéma informel préexistant, les assurés y basculant naturellement dans le cadre de leurs relations avec leur médecin habituel ou de famille¹⁹. »

19. Dourgnon Paul, Guillaume Stéphanie, Naiditch Michel, Ordonneau Catherine, « Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme », *Questions d'économie de la santé*, n° 124, juillet 2007, IRDES.

■ ■ Des différences de pratiques des médecins généralistes libéraux sont mises en évidence dans la plupart des travaux

La littérature abondante sur les pratiques des médecins généralistes permet de disposer de plusieurs éclairages sur la diversité des styles en médecine générale libérale. Ces phénomènes sont mis en évidence dans les travaux qui se sont développés à partir de prises en charge de patients ou de populations particulières, par les médecins généralistes²⁰. L'analyse des modalités selon lesquelles le « burn-out » peut diversément affecter les médecins généralistes selon leur activité, et les profils de leur patientèle, en constitue un autre traceur²¹.

La variété des façons d'être et de faire que peuvent développer les médecins généralistes pour accueillir et former des médecins à l'occasion des stages illustre aussi les conceptions du métier et de sa transmission que développent les uns et les autres²². Cette pluralité transparaît enfin au moment des décisions de cessation d'activité²³.

Des variations significatives quant à la situation, aux pratiques et aux comportements des médecins généralistes ressortent également des résultats d'une enquête récente menée auprès de 2000 généralistes libéraux exerçant dans cinq régions françaises²⁴. Il est observé, en premier lieu, que les activités en dehors du cabinet médical sont plus fréquentes en zone rurale et que leur importance varie significativement. Parmi ces activités extérieures, dont on a pu souligner dans les rapports précédents la très probable forte augmentation à l'avenir, les auteurs relèvent que de 14 à 28 % des médecins enquêtés ont déclaré des activités à l'hôpital, le suivi des personnes âgées en institution étant le fait de 38 à 52 % des médecins.

Ces travaux mettent également en évidence la variation des durées du travail. Comprises en moyenne entre 55 et 59 heures hebdomadaires, gardes et astreintes comprises, elles connaissent des variations :

- selon le sexe, les hommes déclarant une durée moyenne supérieure aux femmes ;
- selon l'organisation de l'exercice, les médecins exerçant seuls déclarant une durée supérieure du travail ;
- selon l'âge, les durées de travail déclarées étant les plus importantes pour les médecins âgés de 55 ans et plus ;
- selon la densité médicale, puisque les régions à densité médicale faible se caractérisent par des durées du travail supérieures ;

20. Cf. les nombreuses contributions dans ce domaine présentées dans les actes du colloque organisé par Bloy G. et Schweyer F.-X. *Approches sociologiques de la médecine générale : état des recherches récentes et perspectives*, Rennes, 8 et 9 juin 2006, AFS, ENSP, LAPSS.

21. Davezies P., Daniellou F., *L'Épuisement professionnel des médecins généralistes*, rapport URML Poitou-Charentes 2004.

22. Bloy G., « La transmissions des savoirs professionnels en médecine générale. Le cas du stage chez le praticien », in « Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, n° 1 janvier-mars 2005.

23. Véga A., « Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux », *Documents de travail*, DREES, n° 73, décembre 2007.

24. « L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises », Aulagnier M., Obadia Y., Paraponaris A. et al., *Études et Résultats*, n° 610, novembre 2007, DREES.

- selon la patientèle enfin, l'élévation de la part de la patientèle âgée de 60 à 69 ans semblant le facteur susceptible d'avoir le plus d'incidence sur la durée du travail.

La diversité des profils des médecins généralistes, la singularité des populations qui constituent leur patientèle, en termes de pathologies, de besoins ou d'attentes, renvoient à des données structurelles. Cette réalité interroge les analyses ou les projets qui se fondent sur une figure « du » médecin généraliste, capable et désireux d'apporter aux populations les soins exactement conformes à ce que la santé publique, ses pairs ou l'« *evidence based medicine* » attendent de lui.

■ ■ La diversité, si elle n'est pas occultée, ne paraît pas contradictoire avec la définition de missions unificatrices de la spécialité

L'énoncé le plus courant homogénéise « la » médecine générale. Confronté aux résultats des nombreux travaux qui analysent les pratiques associées à ce diplôme et à cet exercice, le maintien de cet énoncé paraît problématique. Un ensemble de facteurs très divers contribue en effet à l'hétérogénéité des expériences et des pratiques des médecins généralistes de premier recours. Par exemple, la présence ou non, dans l'environnement de leur patientèle, d'autres spécialistes, influence sans aucun doute le contenu des prises en charge des patients et donc leur activité. Deux angles de vue adoptés dans des travaux consacrés à la situation des médecins généralistes de premier recours permettent de prendre la mesure des diverses dimensions qui caractérisent de façon singulière cet exercice. Le premier, adopté par Davezies et Daniellou, a été construit à partir d'une analyse sur les processus qui conduisent ou pas, et avec plus ou moins de force, à des situations de *burn-out* chez les médecins généralistes.

- « Notre diagnostic général pourrait être résumé comme suit :
- Les médecins doivent faire un compromis entre leur revenu cible, leur temps de travail, la durée moyenne des consultations, leur style (entre fermeture et ouverture), le tout dans un cadre marqué par l'organisation du cabinet ;
- Un ensemble de charges annexes (administration) vient rendre plus difficile la construction du compromis ;
- Suivant le point d'équilibre que construit chaque médecin, les formes de souffrance, qui peuvent conduire au *burn-out*, sont différentes. L'idée d'un malaise des médecins doit être déclinée en plusieurs variantes, pour lesquelles les formes d'action ne sont pas les mêmes. Ces différences sont une des difficultés du débat collectif, qu'il est pourtant essentiel de réactiver ;
- La différence de styles entre médecins est difficile à gérer entre médecins d'un même cabinet, ou entre un médecin et son remplaçant ;
- Il n'est pas certain que les différents « styles » de médecins soient également représentés dans les instances syndicales et professionnelles. Par ailleurs, une partie de l'expression du malaise des médecins portée collectivement constitue plus une défense qu'une description des dilemmes avec lesquels ils se débattent dans leur activité quotidienne. Dans ces conditions, les actions susceptibles de diminuer les difficultés exprimées par les médecins ne relèvent évidemment pas d'un seul registre. Elles ne sont pas non plus purement techniques, le

débat autour de ces résultats et de ces propositions étant une des composantes essentielles de l'approche proposée²⁵. »

Un autre angle de vue de la diversité des prises en charge des patients que les médecins généralistes de premier recours sont amenés à développer est adopté par P. Urfalino. Le travail réalisé porte sur l'analyse des facteurs permettant d'expliquer les écarts, souvent constatés, entre la pratique des médecins généralistes et les recommandations de l'ANAES²⁶. L'inadaptation des recommandations qui est avancée comme une explication de ces écarts ne signifie pas pour les auteurs leur disqualification, non plus que la supériorité indépassable de la pratique actuelle. Elle résulte d'une d'observation qui met en évidence que, par exemple, la pratique du médecin n'accorde pas une place aussi prépondérante au premier diagnostic que le présuppose la recommandation dans le cas de l'asthme. « La réaction au traitement était pour le généraliste beaucoup plus informative qu'un diagnostic long et méticuleux fait à partir des signes cliniques. »

En conclusion de leur étude, les auteurs tirent une leçon générale : « On ne peut infléchir une pratique que par une autre pratique : il est illusoire de penser que la diffusion d'un savoir ou d'une information pourra directement provoquer un changement ; ce savoir ou cette information ne sont des vecteurs de changement que si, pour une raison ou une autre, les acteurs concernés ont pu les transformer en pratiques alternatives²⁷. »

Il est vraisemblable que ces constats pragmatiques, qui s'imposent sur les conditions favorables à l'adoption de recommandations de bonnes pratiques, ont une portée plus générale dans la conduite des changements qui sont à l'ordre du jour. Les observations formulées peuvent être rapprochées, par exemple, des résultats d'une étude récente dont les résultats font apparaître que les médecins généralistes libéraux portent un jugement très négatif sur les dossiers ALD (affection de longue durée) qu'ils jugent à la fois chronophage et inutiles²⁸.

L'exercice isolé, qui domine aujourd'hui largement la médecine générale, n'apparaît plus comme un modèle privilégié

Les médecins généralistes exercent leur métier de façon isolée en France, plus que dans d'autres pays. En effet, selon un rapport de l'Inspection générale des finances cité dans l'étude menée par l'IGAS sur les actions à mener pour favoriser le regrou-

25. Davezies, Daniellou, rapport cité.

26. Urfalino P., Bonetti E. et al., *Les Recommandations à l'aune de la pratique. Les cas de l'asthme et du dépistage du cancer du sein*, Centre de sociologie des organisations, union régionale des médecins libéraux du Poitou-Charentes, octobre 2001. Cette étude a été réalisée à la demande de l'URML dans le cadre de sa mission d'« évaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins ».

27. Cf. également Trepos J.-Y. et Laure P., *La Prise de recommandation par les médecins généralistes*, étude sur l'appel d'offres 2001-2002 de l'ANAES, rapport final, octobre 2004.

28. Cf. *Le Travail administratif des médecins généralistes. Bilan, perception et attentes*, rapport final, Direction de la Sécurité sociale, Eurostaf, Les Échos, décembre 2007.

pement des professionnels de santé exerçant en libéral²⁹, l'exercice isolé concerne 58 % des médecins, contre 8,5 % des médecins au Royaume-Uni, 25 % aux USA et 16 % au Québec³⁰. Pourtant, tant les aspirations que semblent exprimer les jeunes générations de médecins pour un exercice professionnel plus collectif que les orientations prises par les pouvoirs publics en sa faveur indiquent que le regroupement des médecins, et plus largement des professionnels de santé, pourrait devenir une figure d'avenir de l'offre de soins. Le regroupement des professionnels de santé est présenté comme une des solutions susceptibles notamment de résoudre la crise des vocations que connaît l'exercice de la médecine de premier recours.

L'importance désormais accordée à ce sujet justifie la place qui lui est consacrée dans ce rapport. Un point de cadrage concerne d'abord les caractéristiques actuelles de l'exercice en groupe. Cet exposé s'appuie largement sur les données rassemblées et les analyses déjà conduites dans le cadre de rapports et de publications consacrés à cette question.

Une information sur l'environnement réglementaire et fonctionnel permettant aujourd'hui l'exercice en mode regroupé est ensuite rassemblée. Elle évoque également le cadre actuel qui permet aux médecins généralistes d'intervenir dans les centres de santé et les hôpitaux locaux. Ce mode d'exercice mixte (libéral/salarié) constitue, avec l'exercice regroupé, une des voies les plus citées pour améliorer l'attractivité de la médecine de soins primaires³¹.

Les obstacles rencontrés, ainsi que les pistes d'amélioration déjà explorées ou couramment évoquées pour que ce mode d'exercice trouve une meilleure assise, sont ensuite rappelés.

Les caractéristiques actuelles de l'exercice en groupe dans le secteur libéral

L'exercice en groupe renvoie à deux ordres de réalité qu'il convient préalablement de distinguer. Sous sa forme la plus développée actuellement en France, il se limite à la mise en commun de moyens matériels, dans l'un des cadres juridiques prévus à cet effet. Ce partage des moyens et des coûts associés au fonctionnement d'un cabinet caractérise actuellement, dans la majorité des cas, ce qu'on désigne par exercice en groupe. Si cette formule présente des avantages en termes d'organisation du temps et de réponse à des contraintes, comme celle de la permanence des soins par exemple, elle ne coïncide pas, ou pas forcément, avec une pratique professionnelle différente de celle classiquement développée par un médecin qui exerce de façon isolée.

29. Jeannet A., Vienne P., *Étude des actions à mener pour favoriser le regroupement des professionnels de santé exerçant en libéral*, rapport IGAS ; rapport 2004, avril 2004. L'étude menée par l'IGAS, particulièrement documentée, constitue une référence, notamment en matière de recommandations.

30. M.M. Cozzarolo, Jalon, Sarlat, *Rapport d'enquête sur la régulation et l'organisation de la médecine de ville : les enseignements des expériences étrangères*, rapport IGF, n° 2002-M-023-02, mars 2003.

31. Cf. contribution de Schweyer F.-X. dans ce tome.

L'exercice en groupe renvoie également à une autre perspective, dans laquelle la mise en commun de moyens matériels accueille un projet professionnel collectif d'exercice et une tentative alternative d'organisation des soins et de prise en charge des patients. Cette figure du regroupement correspond davantage à celle qui est mise sur le devant de la scène aujourd'hui. Pour partie, cette dernière perspective rencontre des objectifs proches de ceux qui sont à l'origine de la création des « réseaux » ou des « pôles de santé », qui visent à coordonner les prises en charge des patients, sans toutefois que cela se concrétise par la présence sur un même lieu d'exercice.

Les données statistiques disponibles permettent d'identifier le taux d'exercice en groupe et de distinguer, selon les spécialités médicales, la part que prend ce mode d'exercice. Toutefois, ces données globales ne sont pas organisées aujourd'hui à partir de catégories permettant d'identifier quelles sont les pratiques professionnelles associées. Cela provient notamment du fait que, si les projets professionnels diffèrent, les formes juridiques qui permettent de les accueillir sont pour l'instant identiques.

Les approximations dans ce domaine proviennent de la non-concordance des champs et des définitions à partir desquels les recensements s'effectuent. Les catégories utilisées pour repérer les effectifs, de nature administrative et fiscale, sont peu opératoires dès lors que l'on veut apprécier l'orientation de l'exercice qui est en jeu. Les situations sont donc aujourd'hui difficiles à cerner, entre le regroupement réduit à la simple mise en commun de moyens et le regroupement porteur d'un projet professionnel et/ou de prise en charge des patients.

■ ■ De nombreuses imprécisions compliquent l'identification des professionnels qui pratiquent un exercice en mode regroupé

Une identification des effectifs des professionnels de santé exerçant en mode regroupé, selon les différentes statistiques disponibles, a été réalisée dans le cadre d'un rapport de l'IGAS. En dépit de la fragmentation et de l'hétérogénéité des données existantes, les auteurs du rapport ont pu procéder à plusieurs approximations au 1^{er} janvier 2003³².

Les spécialités réputées les plus techniques (comme pneumologie, anesthésie, radiologie) sont celles où le taux d'exercice en groupe est le plus fort. Le pourcentage d'exercice en groupe varie de 21 % pour les spécialistes à activité peu technique (comme la psychiatrie) à 60 % pour les spécialistes à activité plus technique, de portée diagnostique ou interventionnelle. Ce pourcentage atteint 80 % pour les radiologues.

Les omnipraticiens considérés globalement, sans distinction ici de l'orientation de leur activité, notamment de premier recours ou non, comme l'ensemble des spécialités non techniques, sont proportionnellement moins nombreux à exercer en groupe. Au 1^{er} janvier 2003, le taux d'exercice en groupe s'établit pour eux à 42 %³³.

32. Rapport IGAS cité.

33. Sources : extraction par la DREES du fichier ADELI, rapport IGAS cité.

■ ■ L'environnement réglementaire et fonctionnel de l'exercice en groupe de la médecine générale

En France, le Code de déontologie (articles R. 4127-1 et suivants du Code de la santé publique) délimite les conditions d'exercice en groupe entre médecins de même spécialité, de spécialités différentes ou entre professionnels de santé. Dans cette limite, les médecins généralistes peuvent depuis plusieurs années exercer en cabinet de groupe, en s'appuyant sur certains outils juridiques applicables aux sociétés.

Par ailleurs, les médecins généralistes souhaitant un mode d'exercice qui s'inscrit dans un cadre pluridisciplinaire peuvent exercer leur activité au sein de structures de soins agréées ou autorisées. À côté de ces modalités d'exercice de groupe classiques, la réglementation a évolué pour mieux prendre en considération les projets d'exercice dans un cadre regroupé.

■ ■ L'exercice de la médecine générale en cabinet de groupe

Le médecin généraliste qui souhaite exercer son activité libérale au sein d'un groupe dispose de plusieurs possibilités qui s'articulent autour de deux grandes formes juridiques de sociétés.

Ces dernières sont des solutions juridiques renforcées au regard de la possibilité minimale que constitue le contrat d'association entre médecins de même spécialité sans ou avec partage d'honoraires.

Les grandes formes juridiques de sociétés sont les suivantes.

- **Les sociétés de moyens** : comme les sociétés civiles de moyens (SCM) et les groupes d'intérêt économique (GIE), elles permettent, entre des associés qui peuvent appartenir à des professions de santé différentes, la mise en commun du matériel, du personnel et des locaux professionnels. Chaque associé est personnellement imposable.

La SCM souscrit une déclaration dans laquelle elle donne l'état détaillé des dépenses réparties entre chaque associé, l'état des charges à payer et payées d'avance, le compte de résultat fiscal et la répartition de ce résultat. Les recettes de la société sont les contributions aux frais communs versées par les associés pour couvrir ces dépenses. Chaque associé déclare ses honoraires perçus, ses dépenses personnelles et celles réparties à son nom pour la SCM, la part du résultat lui incombant (déficit ou bénéfice de la SCM). La SCM peut être en déficit si une partie de ses charges n'a pas été couverte par les remboursements de chacun de ses associés, par exemple pour l'amortissement d'un matériel. Elle peut être bénéficiaire par le produit de la vente d'un de ses actifs.

Les GIE ne sont en revanche pas imposables.

- **Les sociétés ou groupements d'exercice** : ils permettent la mise en commun, non seulement des moyens, mais aussi de l'exercice professionnel des médecins. Il s'agit d'une véritable intégration des cabinets des praticiens concernés dans une société. Cette intégration se traduit notamment par une mise en commun des fichiers de clientèle, une spécialisation de l'exercice ou une mise en commun (partielle ou totale) des honoraires.

Ces sociétés comprennent :

➔ **Les sociétés de personnes.** Pendant longtemps, ces sociétés étaient uniquement des sociétés de personnes dans lesquelles le bénéfice n'était pas directement imposable au nom de la société, mais au nom personnel des associés (en proportion de leurs droits). On trouve parmi elles les sociétés de fait, les conventions d'exercice conjoint et les sociétés en participation d'exercice libéral. Toutes les trois ont la personnalité juridique d'un groupement de fait. Dans les sociétés de personnes, on trouve également la société civile professionnelle (SCP), créée en 1977, et ayant la personnalité juridique d'un groupement de droit (personnalité morale). De par sa personnalité morale, la SCP devient membre de la profession, inscrite à l'Ordre des médecins, immatriculée au Registre du commerce et des sociétés, et est censée exercer la profession. Les associés, tous de la même profession, ne cessent pas pour autant d'être membres de la profession, mais sont considérés comme cessant d'exercer à titre individuel. La SCP encaisse donc l'ensemble des honoraires représentant l'activité de ses membres et en supporte l'intégralité des charges.

Les sociétés d'exercice souscrivent toutes une déclaration BNC 2035 où elles déclarent la somme des honoraires et des charges incombant à la société. Chaque associé remplit également une déclaration BNC 2035-AS³⁴ avec la quote-part du résultat fiscal de la société lui revenant. Il déduit de cette quote-part les frais qu'il a personnellement supportés.

➔ **Les sociétés de capitaux.** En 1991, les sociétés d'exercice libéral (SEL) ont été créées. Il s'agit de sociétés de capitaux qui permettent aux médecins de disposer de capitaux et du statut social de salarié. Les bénéfices réalisés par la société sont déterminés selon les modalités des bénéfices industriels et commerciaux. La société déclare ses bénéfices et ses charges à l'impôt sur les sociétés IS 2065. Ses associés déclarent généralement les revenus issus de leur activité dans l'impôt sur les revenus IRPP 2042, mais ont la possibilité de le faire, sur option, dans la déclaration BNC 2035-AS. Cette structure juridique permet également la pluridisciplinarité au sein de la société.

• **Les maisons médicales** s'appuient sur ces différentes formes juridiques, indifféremment. N'ayant pas de définition juridique propre, elles constituent seulement un cas particulier de l'exercice de la médecine générale en cabinet de groupe.

• **Les maisons médicales pluridisciplinaires** sont des cabinets de groupe généralement fondés sur les sociétés civiles regroupant des professionnels libéraux. Les soignants n'y sont pas salariés.

Regroupant des activités médicales et paramédicales, elles favorisent les prises en charge coordonnées et les coopérations entre professionnels de santé, et constituent une réponse à l'évolution des modes d'exercice souhaitée par de nombreux professionnels.

Les maisons de santé pluridisciplinaires ont été définies comme une solution concourant au maintien, voire au développement de l'offre de soins, dans les secteurs définis comme déficitaires. Elles bénéficient de soutiens publics et aussi de l'attention des élus locaux à ce titre³⁵.

34. Ces déclarations sont présentes, de façon indifférenciée, dans les fichiers fiscaux BNC 2035 que la DREES exploite pour estimer les taux de charges des médecins.

35. L'article 44 de la loi de financement de la Sécurité sociale du 19 décembre 2007 qui définit les maisons de santé.

■ ■ L'exercice de la médecine générale en structures de soins autorisées ou agréées

L'exercice de la médecine générale en groupe dans les centres de santé

Il s'agit d'une catégorie identifiée par les codes de la santé publique (L. 6323-1 du CSP) et de la Sécurité sociale (L. 162-32 du CSS). Les centres de santé sont des structures agréées qui assurent une activité de soins, de diagnostic, de prévention, d'éducation pour la santé, de dépistage et d'accompagnement social. Les centres de santé restent en nombre limité, évalué à environ 1700 centres toutes disciplines confondues.

Les soignants y sont salariés ou vacataires, mais l'activité des centres est rémunérée à l'acte. En effet, un accord national signé par l'UNCAM et une ou plusieurs organisations représentatives des différentes catégories de centres de santé (centres de soins infirmiers, centres de soins médicaux, centres de soins dentaires et polyvalents) détermine notamment les conditions générales d'application des conventions nationales spécifiques à chaque profession. Cet accord national définit également les mesures jugées appropriées pour favoriser l'accès aux soins des assurés sociaux et garantir la qualité et la coordination des soins. Un nouvel accord national est actuellement en cours de négociation.

Au-delà de leur unité juridique, les centres de santé présentent des profils d'activité très diversifiés (médecine générale et spécialisée, soins dentaires, paramédicaux ou examens de biologie). Certains centres, dont les centres infirmiers, assurent les soins à domicile.

La Haute Autorité de santé a publié un référentiel d'évaluation des centres de santé en février 2007.

Une étude sur les centres de santé en France, confiée par la DHOS à un conseiller général des établissements de santé, a émis en 2007 des propositions pour adapter ces structures, afin de leur permettre d'une part de surmonter leurs difficultés financières, et de mieux répondre d'autre part aux exigences de planification démographique et aux attentes des jeunes médecins en matière d'exercice professionnel.

L'activité en hôpital local des médecins généralistes

Les dispositions réglementaires fixant les conditions de fonctionnement des hôpitaux locaux (articles D 6141-17 et suivants du Code de la santé publique) ouvrent la possibilité pour les médecins généralistes qui en font la demande d'être autorisés à dispenser des soins en hôpital local.

Les médecins doivent respecter le projet d'établissement et le règlement intérieur, et exercer leur activité professionnelle dans une zone géographique permettant leur participation à la permanence médicale de l'établissement.

Cette activité s'effectue dans un cadre libéral. Le médecin perçoit, sur la base d'un état déclaratif de son activité mensuelle sur chaque malade, des honoraires versés par l'hôpital local minorés d'une redevance de 10 % pour participation aux frais de structure, de personnel et d'équipements hospitaliers de l'établissement. Le médecin peut être indemnisé forfaitairement pour sa participation à des réunions des instances pour l'examen de questions relatives à la qualité et à la sécurité des soins.

■ ■ Les évolutions de la réglementation

LES MODIFICATIONS DU CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE PERMETTANT LE DÉVELOPPEMENT DU COLLABORATEUR LIBÉRAL ET DU COLLABORATEUR SALARIÉ

L'article 18 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises autorise les professionnels de santé libéraux à exercer avec le statut de collaborateur associé libéral, facilitant un exercice partiel dans plusieurs sites. Le décret n° 2006-1585 du 13 décembre 2006 a adapté le Code de déontologie médicale afin de permettre au médecin libéral d'être assisté d'un collaborateur. Le Conseil national de l'Ordre des médecins a élaboré un contrat type permettant la mise en œuvre de ces mesures.

Par ailleurs, le décret du 13 décembre 2006 a supprimé, à compter de juin 2007, l'interdiction déontologique pour un médecin de salarier un confrère. L'UNCAM et les syndicats médicaux doivent définir prochainement les modalités pratiques et conventionnelles permettant une mise en œuvre concrète de ces dispositions.

■ ■ Les mécanismes incitatifs à l'exercice en groupe de la médecine générale

A) LES MÉCANISMES CONTENUS DANS LE PARCOURS DE SOINS

La convention médicale prévoit spécifiquement la situation du remplacement du médecin traitant dans un cabinet de groupe. Ainsi, en cas d'indisponibilité du médecin traitant, son remplacement peut être assuré sans pénalisation par un médecin participant au cabinet de groupe. Cette possibilité constitue un des avantages du cabinet de groupe, en permettant une gestion souple pour les médecins et les patients des absences et des remplacements.

B) LES MÉCANISMES INCITATIFS FINANCIERS

Depuis plusieurs années, des mécanismes financiers sont venus appuyer directement ou indirectement la mise en place d'exercices regroupés. Ces aides sont soit à destination des professionnels, soit à destination des structures.

Pour les professionnels

Les contrats URCAM. l'article L. 183-1-2 du Code de la Sécurité sociale, introduit par la loi Assurance maladie du 13 août 2004, ouvre la possibilité pour les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) de conclure des contrats avec des professionnels de santé libéraux dans le but de les inciter à un exercice regroupé, notamment dans des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins. Ces contrats prévoient des engagements des professionnels concernés portant notamment sur l'amélioration des pratiques et, le cas échéant, sur les dépenses liées à leurs prescriptions, ainsi que sur les modalités d'évaluation du respect de ces engagements. Ces contrats sont soumis pour avis aux URML.

En raison des engagements relatifs aux prescriptions négociées dans la convention médicale, et en l'absence de dispositions permettant de limiter le risque de disparités interrégionales de tels contrats, les partenaires de la convention médicale n'ont pas souhaité, à ce jour, assurer la promotion de ces dispositions.

La rémunération forfaitaire prévue par la convention médicale. L'avenant n° 20 à la convention médicale, approuvé par arrêté du 23 mars 2007, précise les conditions d'aides visant à faciliter l'installation et l'exercice des médecins généralistes dans les zones déficitaires définies par les missions régionales de santé (MRS). Cet avenant prévoit le versement d'un forfait annuel représentant 20 % de la rémunération de son activité de consultation et de visite pour le médecin généraliste qui adhère à cette option. Le médecin doit, pour bénéficier de cette rémunération supplémentaire versée directement par l'Assurance maladie, exercer en cabinet de groupe.

En septembre 2007, les premiers éléments recueillis par la CNAMTS montrent que, sur les 1583 médecins généralistes installés dans les 379 zones définies par les MRS comme déficitaires, 469 généralistes avaient formulé une demande d'adhésion à cette l'option. 380 adhésions ont été acceptées (dont 30 concernaient des primo-installations) et 86 refusées, notamment pour défaut d'installation dans une zone déficitaire (65 %), ou pour défaut de regroupement (23 %). Les 2/3 des médecins adhérant à l'option ont choisi comme mode de regroupement un contrat de société assorti d'un contrat d'association.

Les aides des collectivités locales. L'article L. 1511-8 du Code général des collectivités territoriales, inséré par la loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux, ouvre la possibilité pour les collectivités territoriales d'attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones géographiques déficitaires en offre de soins. Ces aides incitatives peuvent être subordonnées à des modes d'exercice de groupe ou d'exercice pluri-professionnel, destinés à améliorer la continuité et la qualité des soins.

Pour les structures

Les aides des fonds de l'Assurance maladie : FAQSV et FIQCS. L'article L. 221-1-1 du Code de la Sécurité sociale permet à l'Assurance maladie de contribuer au financement de projets de maison de santé ou de réseaux de soins par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS). Le FIQCS a remplacé le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et la Dotation nationale des réseaux de santé (DNDR), depuis la modification introduite par la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006.

Les aides concernent en priorité les projets de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) implantées dans une zone déficitaire ou fragile, en offre de soins définie en application de l'article L. 162-47 du Code de la Sécurité sociale.

La CNAMTS a diffusé, dans une *Lettre-Réseau* du 27 mars 2007, un référentiel d'éligibilité à des soutiens financiers des projets de maisons de santé pluridisciplinaires par le FIQCS, ainsi qu'un cahier des charges de l'évaluation fixant les données à produire par le promoteur au terme de trois ans de fonctionnement.

Les conditions d'éligibilité des projets pour bénéficier de soutiens financiers concernent le lieu d'implantation (zones déficitaires en offre de soins ou zones identifiées comme fragiles en raison de cessations d'activité à venir, ainsi que la cohérence de l'implantation au regard d'une approche globale d'aménagement du territoire), la formalisation d'un projet collectif de santé (organisation de la continuité des soins, participation à des actions de formation et d'évaluation des pratiques, objectifs de qualité des soins, participation à des actions de santé publiques locales, prise en charge pluridisciplinaire des patients le nécessitant...) et un fonctionnement pluridiscipli-

naire et coordonné, avec un noyau dur de professionnels de santé constitué de médecins généralistes, d'infirmières et, si possible, de masseurs-kinésithérapeutes.

Si aucun élément n'est actuellement disponible concernant l'impact de cette Lettre-réseau sur le nombre et le fonctionnement des MSP financées au titre de 2007, le rapport d'activité 2006 du FAQSV indiquait le financement de 19 projets de MSP implantées dans 7 régions différentes et pour un montant total d'un peu plus de 702 000 euros. Huit d'entre eux étaient de nouveaux projets. Une brève analyse de ces projets montre que ces structures sont très majoritairement implantées en zone rurale, fonctionnent pour la plupart aux heures habituelles d'ouverture des cabinets libéraux et, pour 5 d'entre elles, assurent aux heures de permanence des soins des fonctions de maisons médicales de garde. Les équipes de professionnels de santé intervenant dans ces maisons étaient constituées *a minima* de médecins généralistes et d'infirmiers (4 projets), auxquels étaient très souvent associés des masseurs-kinésithérapeutes (8 projets). 9 projets se distinguent par la diversité des professionnels de santé participant (orthophoniste, diététicien, psychologue, dentiste, voire pharmacien). 13 d'entre elles bénéficiaient d'un cofinancement du FAQSV et des collectivités territoriales.

Il convient également de noter la contribution de la mutualité sociale agricole (MSA) à ces structures. Ainsi, afin de garantir une offre et une continuité des soins dans des zones rurales isolées, elle a récemment soutenu la création de 9 sites de maisons de santé rurales pluridisciplinaires, regroupant médecins, professionnels paramédicaux, pharmaciens et ambulanciers. Ils se situent dans la Vienne, les Deux-Sèvres, la Charente-Maritime, l'Aveyron, la Haute-Loire, les Pyrénées-Atlantiques, la Loire-Atlantique, la Meurthe-et-Moselle et les Vosges.

Enfin, dans le cadre des États généraux de l'organisation de la santé, l'annonce d'une aide de 5 millions d'euros pour le financement des maisons de santé a été faite par la ministre. Cette aide, allouée par le FIQCS, pourrait bénéficier à une centaine de maisons de santé existantes ou en projet, dès 2008.

Les aides des collectivités territoriales. Bien que la possibilité de financer des MSP ne soit pas explicitement précisée, elle n'est pas exclue. De plus, l'article L. 1511-8 du Code général des collectivités territoriales prévoit également la possibilité pour les collectivités territoriales d'attribuer des aides visant à financer des structures participant à la permanence des soins, notamment des maisons médicales.

C) LES MÉCANISMES PRÉVUS AU PLFSS 2008

L'article 44 du PLFSS du 19 décembre 2007 permet aux missions régionales de santé de mener des expérimentations, à compter du 1^{er} janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans, portant sur de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ou de financement des centres de santé et des maisons de santé, complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant. Les objectifs de ces expérimentations sont de libérer du temps médical, de maîtriser les coûts, de valoriser les démarches qualité, de développer des nouvelles pratiques et fonctions telles la prévention et l'éducation thérapeutique et d'améliorer l'accès aux soins et la coordination. Elles devraient donc, prioritairement, se dérouler dans des cabinets de groupe. Elles permettront de tester de nouveaux modes de rémunération qui pourraient être privilégiés dans ces structures. Les modalités particulières doivent être définies par décret.

Les déterminants et les enjeux du regroupement des professionnels de santé en médecine de premier recours

Pour les professionnels déjà engagés dans une expérience de regroupement correspondant à un projet d'exercice de la médecine et de prise en charge du patient, cette pratique ne constitue pas, de façon prépondérante, une réponse à la question démographique. Les maisons de santé peuvent constituer une possibilité permettant de conserver une offre de soins dans des zones isolées, mais plusieurs aspects distinguent ces initiatives de celles qui sont portées par les professionnels eux-mêmes. D'abord, ces expériences se développent principalement à l'initiative des institutions publiques ou des élus, sans que les professionnels soient forcément associés. Elles semblent ensuite poser des problèmes de rentabilité ou de retour sur investissement plus aigus.

Deux éléments paraissent essentiels aux yeux des promoteurs qui sont porteurs, à travers le regroupement, d'une vision de l'exercice de la médecine de proximité : la nécessité d'un projet de prise en charge du patient et la reconnaissance de l'apport des autres professionnels. Les « autres professionnels » désignent les personnels paramédicaux, mais, dans le cadre d'une association monodisciplinaire, les autres peuvent désigner également les pairs qui, du fait de leur parcours ou de leur sensibilité personnelle, constituent des ressources complémentaires d'échanges et de réassurance, par exemple pour l'établissement du diagnostic. Notons que, pour l'instant, l'exercice en association monodisciplinaire est très majoritaire (90,5 %). Le rapport de l'IGAS soulignait que « le cadre déontologique, juridique et économique est peu propice au regroupement des professionnels (interdiction de la pluralité d'exercice, du salariat pour les médecins et les infirmiers, du partage d'honoraires, statut du remplaçant). (...) L'adaptation du droit des sociétés aux règles déontologiques a conduit à l'élaboration de cadres juridiques contraignants et dont la portée varie selon le caractère mono ou interprofessionnel du regroupement ».

Le tableau 22 récapitule les différents statuts autorisés aux professionnels de santé libéraux. On peut relever que ces informations, présentées dans le rapport IGAS en 2004, sont toujours, et dans les mêmes termes, d'actualité.

TABLEAU 22

LES STATUTS JURIDIQUES D'ENTREPRISES AUTORISÉS AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX

Statut juridique de l'entreprise	Professions de santé exerçant en libéral autorisées par la loi à choisir ce type de société
Entreprise individuelle ou en nom propre ou entreprise en nom personnel, c'est le mode le plus fréquent des entreprises de santé	Toutes les professions de santé
Entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée (EURL)	Seuls sont autorisés les pharmaciens et les biologistes
Société civile de moyens (SCM)	Toutes les professions de santé réglementées ou non
Société en nom collectif (SCN)	Seuls sont autorisés les pharmaciens
Société à responsabilité limitée (SARL)	Seuls sont autorisés les pharmaciens et les biologistes
Société d'exercice libéral à responsabilité limitée (SELARL)	Toutes les professions de santé
Société d'exercice libéral à responsabilité limitée en forme anonyme (SELAFA)	Toutes les professions de santé
Société d'exercice libéral en commandite par actions (SELCA)	Toutes les professions de santé
Société civile professionnelle (SCP), société non commerciale composée de plusieurs associés exerçant la même profession libérale	Les professions de santé à l'exception des orthophonistes, des pédicures, des podologues, des pharmaciens, des sages-femmes
Société par actions simplifiée (SAS), société par actions simplifiée unipersonnelle (SASU)	Aucune des professions de santé n'est autorisée à constituer de telle société

Sources : Rapport IGAS, n° 2004 044.

■ ■ Certains des obstacles au regroupement des professionnels de santé ont été levés, mais les effets de ces évolutions ne peuvent encore se traduire quantitativement

Une série d'obstacles, finement répertoriés dans le rapport de l'IGAS, peuvent expliquer le faible développement de ce mode d'exercice de la médecine. Le cadre juridique, déontologique et économique qui a caractérisé en France l'exercice libéral s'est avéré peu propice au regroupement des professionnels. Il est aujourd'hui assoupli sur de nombreux points, mais ces évolutions, très récentes et sans doute encore largement méconnues des professionnels, ne peuvent donner lieu à des transformations de comportement statistiquement perceptibles. En sorte que la situation actuelle résulte encore largement du contexte décrit dans le rapport de l'IGAS, en dépit des assouplissements permettant l'exercice multisite (décret n° 2005-481 du 14 mai 2005).

Le rapport indiquait que la voie la plus utilisée pour le regroupement en médecine générale, du fait de la complexité des montages juridiques, est le simple contrat d'association ou la société civile de moyens (SCM) associée à un contrat d'exercice en commun.

Les données rassemblées par le CNOM confirment cette tendance. Selon les informations recueillies, en 2006, 82 % des omnipraticiens exerçant en groupe ont choisi l'une ou l'autre de ces formes juridiques (42,2 % sont en SCM, 39,9 % en association d'exercice)³⁶.

■ ■ Une faible reconnaissance institutionnelle freine le développement du regroupement des professionnels de santé

Il est vraisemblable que les promoteurs des maisons de santé pluridisciplinaires (c'est-à-dire regroupant plusieurs professionnels de santé) présentent quelques particularités. Ces initiatives supposent, pour aboutir, une certaine ténacité et des ressources qui ne font pas l'objet d'un enseignement dans les facultés de médecine. L'identification des obstacles rencontrés et l'examen des solutions qui permettraient de faciliter ce modèle d'organisation des soins constituent une tâche essentielle. De façon paradoxale, le regroupement et plus largement l'exercice collectif des soins s'imposent dans les discours publics comme une figure d'avenir évidente, mais toujours sous de multiples réserves, qu'aucune analyse ni aucune évaluation n'ont permis à ce jour de lever. En sorte que, comme le soulignent les auteurs de l'IGAS en conclusion de l'étude : « Il convient d'approfondir le cadre de la décision publique. Celle-ci ne dispose pas des moyens d'une décision positive ou négative au regard des projets qui se développent. » De façon symétrique, et en conséquence de l'absence de cadre global d'appréciation de cette organisation des soins, ce sont les porteurs et les acteurs des projets qui se trouvent en situation de se justifier en permanence et au gré des critères divers des multiples interlocuteurs qui assurent la pérennisation du fonctionnement de leurs structures³⁷.

36. CNOM, « Démographie médicale française. Situation au 1^{er} janvier 2006, "Les spécialités en crise" », *Étude*, n° 39-2.

37. Cf. L'exercice de groupe fait l'objet de dispositions spécifiques contraignantes, rapport IGAS cit., p. 57-58.

En effet, les acteurs des modes d'exercice regroupé doivent généralement franchir un certain nombre d'obstacles et développer une multiplicité de démarches. Ce cadre d'exercice n'est pas stabilisé du fait de la multiplicité des cadres réglementaires³⁸.

Par exemple l'article 94 constitue une dérogation à l'article 22 qui interdit le partage d'honoraires, mais le fait que cette dérogation soit limitée aux associés qui exercent tous la médecine générale ou qui sont tous spécialistes de la même discipline a considérablement limité les possibilités de pluridisciplinarité souhaitée par les promoteurs.

Autre exemple cité par l'IGAS, l'article 91 qui impose pour tout regroupement un contrat écrit entre les professionnels et une procédure de vérification par les conseils de l'Ordre.

Enfin, en matière de soutien financier, les acteurs concernés mentionnent fréquemment les problèmes que posent les incertitudes associées au paiement des subventions spécifiques. Dans le cadre de la séance consacrée à ce sujet à l'ONDPS, il a été également relevé que les subventions liées au fonctionnement en réseau sont préférentiellement affectées au secteur hospitalier, au détriment du secteur libéral regroupé. L'initiative en cours de la Caisse nationale de l'assurance maladie pourrait apporter des améliorations, dans la mesure où elle vise à préciser, au plan national, les conditions d'un soutien financier de l'Assurance maladie aux projets de maisons de santé pluridisciplinaires³⁹.

On peut également souligner la possibilité ouverte aux maisons de santé, à titre expérimental, à compter du 1^{er} janvier 2008, de se substituer aux médecins qui exercent en leur sein, en ce qui concerne les accords de bon usage des soins prévus à l'article L.162-12-17 du Code de la sécurité sociale.

■ ■ L'absence de « mesure » de l'efficacité des pratiques développées dans un cadre regroupé n'est pas spécifique à ce mode d'exercice

Pour emporter pleinement l'adhésion, il est souvent énoncé que les pratiques développées en mode regroupé devraient faire preuve de leur efficacité. On peut relever à cet égard que les réserves que provoque l'exercice regroupé relèvent de problématiques qui peuvent concerner, de façon plus générale, toutes les organisations de soins.

En effet, parmi les questions qui sont généralement posées pour examiner l'apport de l'exercice regroupé, deux concernent *a priori* également les autres formes d'offre de soins. D'une part, celle du coût et de l'efficacité et celle, d'autre part, de l'apport pour le patient. Le projet de référentiel défini par la CNAMTS prévoit d'ailleurs des indicateurs sur ces questions, ainsi que sur celle du renforcement des pratiques coopératives⁴⁰.

Quelques arguments plaideraient pour que les exigences ou les réserves formulées à l'encontre de tel ou tel mode d'exercice puissent s'appliquer de la même

38. Rapport IGAS cité.

39. L'élaboration d'un projet de référentiel d'éligibilité à des soutiens financiers procède d'une réflexion commune entre les services de la CNAMTS et plusieurs URCAM. *Lettre réseau* : LR/DDGOS/202007.

40. Doc. cité.

façon à tous. Ainsi, l'exercice plus collectif de la médecine, qui peine à trouver sa reconnaissance dans le secteur libéral, va pourtant de soi dans un cadre hospitalier où médecins et auxiliaires médicaux collaborent en permanence ; de la même façon, l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients, comme l'amélioration de l'efficacité du système de soins, sont des objectifs généraux qui s'appliquent à tous les secteurs, mais qui ne disposent pas jusqu'alors d'une évaluation spécifique.

Les voies permettant une plus grande compatibilité entre un exercice plus collectif des soins et le système de reconnaissance des actes

Si l'on se réfère aux trois principaux modèles d'organisation des systèmes de soins primaires distingués par l'IRDES, l'exercice regroupé en maison médicale s'apparente au « modèle professionnel de coordination développé notamment au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et au Québec, qui caractérise une offre de soins dispensée par un groupe de médecins de taille importante (6 à 9), collaborant avec d'autres professionnels de santé⁴¹ ».

Le mode de rémunération dans ces pays est mixte ou par capitation. La dominante du paiement à l'acte en France semble bien, en effet, un des écueils. La définition de nouvelles incitations conventionnelles subordonnant des avantages financiers aux engagements de meilleure pratique, comme le paiement forfaitaire annuel pour le suivi de patients particuliers, ouvre des brèches dans ce domaine, sans véritablement dessiner un système éconómico-sanitaire stable et lisible pour les professionnels. Par exemple, la consultation de prévention peine à être reconnue alors que le statut du médecin traitant l'assimile par certains aspects à un *gate keeper*. Le choix d'un dispositif unique, qui s'est opéré en dépit de la diversité des prises en charge à organiser, constitue sans doute sur ce point un frein, puisque ce choix, comme le note le rapport de la Cour des comptes, laisse à charge pour les partenaires conventionnels de savoir développer et harmoniser des réponses adaptées à ces besoins spécifiques⁴².

Les initiatives en cours à la HAS en matière d'évaluation des pratiques professionnelles constituent des avancées puisque c'est une évaluation collective des pratiques développée dans les structures de proximité à exercice coordonné qui est envisagée, et donc la reconnaissance de l'apport spécifique de cette organisation des soins, comme l'illustrent les extraits suivants⁴³ :

« Le mode d'exercice coordonné et protocolé permet, sous réserve d'une évaluation/amélioration intégrée, de répondre à l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) des professionnels de santé en ambulatoire.

41. Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J. (2006), *Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières. L'apport d'expériences européennes et canadiennes*. Rapport d'étude et Actes de la journée. IRDES. Les deux autres modèles sont celui des « professionnels de contact », où l'offre de soins primaires est dispensée par des groupes de petite taille (2 à 3), et celui des « soins communautaires intégrés », qui désigne les centres de santé présentant un éventail de soins et de services médicaux et sociaux.

42. Cour des comptes, *La Sécurité sociale*, septembre 2007, La Documentation française.

43. Documents HAS, *L'Exercice coordonné et protocolé en maison ou pôle de santé*.

Les structures de proximité offrent aux professionnels un exercice coordonné dans l'objectif de garantir aux patients un accès équivalent, sur tout le territoire, à la prévention programmée et à des soins de qualité.

Elles organisent un regroupement de professionnels exerçant en ambulatoire, sur un projet de soins commun, en assurant la continuité des soins.

L'atteinte de ces objectifs au sein d'une équipe pluriprofessionnelle nécessite l'élaboration et la mise en œuvre de protocoles. L'équipe adopte, adapte ou élabore ces protocoles en référence aux recommandations.

Ce mode d'exercice permet, le plus souvent, un partage d'expériences et une concertation autour de la prise en charge et, *in fine*, une analyse des pratiques qui se traduit par une amélioration de la qualité des soins délivrés aux patients tout en contribuant à la valorisation individuelle et collective des professionnels de santé.

L'exercice coordonné et protocolé permet d'évaluer et d'améliorer ces pratiques, tant en ce qui concerne chaque intervention et son suivi que la coordination entre les différents intervenants. »

Une des caractéristiques de la démarche réside également dans le fait qu'elle concerne tous les regroupements, quelles que soient leurs modalités de fonctionnement :

Une maison de santé : unité de lieu, les professionnels de santé exercent dans les mêmes murs,

Un pôle de santé : regroupement de professionnels de santé exerçant hors les murs, dans leurs propres locaux.

En 2006, les régions ont financé 130 projets destinés à améliorer la coordination des soins (rappel : 151 en 2005).

Sur ces 130 projets :

- 44 sont des nouvelles aides,
- 75 concernent des réseaux de santé,
- 19 concernent des maisons de santé pluridisciplinaires.

Les 19 projets de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), implantées dans sept régions différentes, ont bénéficié d'un soutien financier du FAQSV. 8 d'entre eux sont de nouveaux projets.

Les bureaux régionaux de Bourgogne et de Lorraine sont particulièrement sollicités sur cette thématique.

Au total, les financements accordés par le FAQSV à de tels projets se sont élevés à 702 247 euros au cours de l'année 2006.

Les collectivités territoriales cofinancent ces projets.

Ces structures, très majoritairement implantées en zone rurale, fonctionnent pour la plupart aux heures habituelles d'ouverture des cabinets libéraux.

Il est à noter que les 5 MSP financées en Lorraine assurent, aux heures de permanence des soins, des fonctions de maison de garde.

L'équipe de professionnels de santé intervenant au sein des maisons de santé pluridisciplinaires est constituée *a minima* de médecins généralistes et d'infirmiers (4 projets). Des kinésithérapeutes sont également souvent associés (8 projets).

9 projets se distinguent par la diversité des professionnels de santé participants (orthophoniste, diététicienne, psychologue, dentiste, voire pharmacien).

Part du FAQSV dans le financement des MSP

En dehors des financements apportés par les professionnels eux-mêmes, le FAQSV apparaît comme le principal financeur des MSP :

- 13 d'entre elles ont bénéficié d'un cofinancement FAQSV + collectivités territoriales
- la part du FAQSV, variable selon les cas, correspond au minimum à la moitié des subventions accordées aux projets.

Nature des dépenses financées par le FAQSV

Le Fonds est autant mobilisé sur des dépenses d'investissement que de fonctionnement, respectivement 53 % et 44 % des aides allouées en 2006 aux projets de maisons de santé pluridisciplinaires.

Nature des dépenses financées au titre des MSP

Évaluation 1 % ; étude et recherche 2 % ; investissement 44 % ; fonctionnement 53 %.

Pour 2007, les URCAM font état de nombreuses demandes nouvelles de financement auprès des bureaux régionaux du FAQSV.

Afin de contribuer à harmoniser les décisions, un référentiel d'éligibilité des projets de MSP à des financements « assurance maladie » a été élaboré en concertation avec plusieurs URCAM. Ce document est actuellement en cours de diffusion aux organismes du réseau.

Extrait Sources : Caisse nationale d'assurance maladie, Fonds d'aide à la qualité des soins de ville, rapport d'activité 2006.



u'attend-on des médecins généralistes ?

Les omnipraticiens libéraux avaient réalisé en 2003 environ 294 millions de consultations et visites, soit 4,9 contacts par habitant. Par comparaison, les contacts réalisés par l'ensemble des médecins spécialistes libéraux représentent 42 % du volume des contacts des omnipraticiens et 2 contacts par habitant⁴⁴. Le médecin généraliste a été désigné comme médecin traitant par la presque totalité des patients qui a fait la démarche.

Pourtant, la place de la médecine générale est fluctuante dans la définition du système de santé français, le caractère imprécis et évolutif dans le temps des jugements et des attentes à son égard en témoigne⁴⁵. La reconnaissance de la médecine générale comme médecine de spécialité portée par la loi du 17 janvier 2002, et qui a été suivie par la mise en place du diplôme d'études spécialisées en 2004⁴⁶, inaugure un nouvel espace d'inscription de ce métier. Enfin, la création d'un corps d'enseignants de médecine générale, portée par la loi du 8 février 2008, confirme son identité, à travers un dispositif propre de formation.

Parmi les processus qui ont porté cette évolution, il convient de souligner l'influence européenne et les exigences du droit communautaire. En effet, au titre de la formation spécifique en médecine générale⁴⁷, puis de la libre circulation des médecins⁴⁸, et enfin de la reconnaissance des qualifications professionnelles⁴⁹, trois directives européennes ont été édictées. Ces références sont utiles pour situer la réalité française au sein de l'espace européen qui constituera désormais une référence agissante tant pour le recrutement et la mobilité des professionnels de santé que pour la définition de leur formation.

Cette réalité permet, en outre, de lire les tensions et/ou les incertitudes qui se manifestent dans la période actuelle dans l'espace national. En effet, des lignes directrices et des changements ont été portés par des mécanismes et des décideurs divers, sans que les processus enclenchés, ici et là, n'aient bénéficié jusqu'alors d'un maître d'œuvre veillant à l'harmonie du « bâtiment » en train de se construire.

44. De Pouvoirville G., *Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : propositions*, rapport remis au ministre de la Santé et au ministre délégué à la Recherche, 31 mai 2006.

45. Cf. contribution de G. Bloy dans ce tome.

46. Arrêté du 22 septembre 2004.

47. Directive 86/457/CEE du Conseil, 15 septembre 1986.

48. Directive 93/16/CEE du 5 avril 1993 visant à faciliter la libre circulation des médecins et la reconnaissance mutuelle de leurs diplômes, certificats et autres titres.

49. Directive 2005-36 du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. Elle concerne les professions d'infirmier responsable des soins généraux, de praticien de l'art dentaire, de vétérinaire, de sage-femme, d'architecte, de pharmacien et de médecin.

Les définitions retenues par les institutions en charge de la santé

■ ■ Les institutions extranationales

LA DÉFINITION DE LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE RETENUE PAR LA WONCA ET L'OMS

La formulation actuelle de la WONCA⁵⁰ est la définition la plus élaborée à ce jour. Elle semble constituer une référence majeure dans la façon dont ont été conçus les repères européens et elle inspire, au niveau national, la définition du médecin traitant et sa place dans le parcours de soins. Lors de leur audition, les représentants de la profession ont également souligné que la définition européenne permet de distinguer positivement ce qui caractérise l'intervention d'un médecin généraliste, et non de le définir en creux, comme le médecin qui intervient par défaut des autres spécialités⁵¹.

Onze critères caractérisent la médecine générale/médecine de famille⁵²:

1. Premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en charge tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toute autre caractéristique de la personne concernée.
2. Utilisation efficiente des ressources du système de santé, à travers la coordination des soins et la gestion du recours aux autres spécialités.
3. Approche centrée sur la personne, dans ses dimensions individuelle, familiale et communautaire.
4. Consultation personnalisée à travers une relation médecin-patient privilégiée.
5. Responsabilité de la continuité des soins dans la durée, selon les besoins du patient.
6. Démarche décisionnelle spécifique, déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies dans le contexte des soins primaires.
7. Prise en charge simultanée des problèmes de santé aigus ou chroniques de chaque patient.
8. Intervention au stade précoce et non différencié du développement des maladies, pouvant requérir une intervention rapide.

50. WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians est l'organisation mondiale des médecins généralistes/médecins de famille qui regroupe plus de 200 000 médecins dans 80 pays. Références du texte princeps: Allen J., Gay B., Crebolder H., Heymann J., Svab I., Ram P. « The European. Definitions of the Key Features of the Discipline of General Practice: the Role of the GP and Core Competencies », *British Journal of General Practice*, 2002; 52 (479): 526-7.

51. Cf. compte rendu de l'audition des spécialistes en médecine générale, *Rapport ONDPS 2005*, tome 3, p. 134-139.

52. Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste, et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste-médecin de famille. Document préparé par la WONCA Europe (Société européenne de médecine générale-médecine de famille) 2002.

9. Développement de la promotion et de l'éducation de la santé.
10. Responsabilité spécifique en termes de santé publique.
11. Réponse globale aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

LES DÉFINITIONS DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE PORTÉES PAR LES DIRECTIVES EUROPÉENNES

Le Parlement européen et le Conseil de l'Union européenne ont adopté une directive sur la reconnaissance des qualifications professionnelles qui s'applique à tout ressortissant d'un État membre voulant exercer une profession réglementée dans un État membre autre que celui où il a acquis ses qualifications professionnelles, soit à titre indépendant, soit à titre salarié⁵³. Sa transposition dans le droit français devrait avoir lieu prochainement.

Cette directive impose aux pays membres la reconnaissance de « spécialiste en médecine générale » lors d'un transfert de pays. Ainsi, tout médecin généraliste provenant d'un pays tiers et fournissant un diplôme de médecin généraliste avec un certificat de conformité à la directive 2005-36 est inscrit par les conseils départementaux de l'Ordre des médecins en tant que « spécialiste en médecine générale ».

La nouvelle directive européenne relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles reconnaît donc la spécificité de la formation en médecine générale, et elle décrit avec précision une formation de base puis une formation spécifique de durée équivalente de médecine générale et de spécialité.

Trois catégories de formation sont distinguées pour les médecins⁵⁴. L'article 28, consacré à la formation spécifique en médecine générale, prévoit que l'admission à la formation spécifique en médecine générale suppose l'accomplissement et la validation de six années d'études ; l'obtention des titres délivrés avant le 1^{er} janvier 2006 est soumise à une formation spécifique d'au moins deux ans à temps plein, puis de trois ans pour les titres délivrés après cette date⁵⁵. On peut relever que la mention de « la nature plus pratique que théorique de la formation spécifique en médecine générale » est soit imprécise, soit partiellement contradictoire avec un des objectifs relatifs à la nécessité de mieux intégrer la médecine générale dans un champ de savoirs scientifiques, qui avait été retenu dans une directive précédente et que nous évoquons ci-après.

En effet, les exigences communautaires en matière de formation spécifique en médecine générale qui viennent d'être résumées s'inscrivent dans la continuité d'un

53. Déclaration publiée avec l'assistance et la coopération du Bureau européen de l'OMS, Barcelone, Espagne.

54. Outre la formation spécifique à la médecine générale, sont définies : la formation médicale de base, qui comprend au total au moins six années d'études ou 5 500 heures d'enseignement (article 24) et la formation médicale spécialisée qui suppose l'accomplissement et la validation de six années d'études. Elle se distingue de la précédente du fait des précisions apportées relativement aux modalités de la formation. La formation doit, dans ce cas, s'effectuer à plein temps dans des postes spécifiques reconnus par les autorités compétentes. Elle comporte une participation personnelle du médecin candidat spécialiste à l'activité et aux responsabilités des services en cause et ces postes font l'objet, en conséquence, d'une rémunération appropriée (article 25 consacré à la formation de médecin spécialiste).

55. Les pays d'Europe qui ont accordé à la médecine générale le statut de spécialité sont : Allemagne, Croatie, Danemark, Espagne (depuis 1978), Finlande, France, Hongrie, Irlande, Islande (depuis 1970), Italie (à venir), Malte, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse (données 2007, UEMO).

certain nombre d'objectifs énoncés dans une précédente directive⁵⁶. Ces objectifs concernent la fonction propre du médecin généraliste, la revalorisation de cette fonction, l'amélioration de la dispense des soins et en particulier un recours plus sélectif aux soins spécialisés, ainsi que la nécessité de permettre une meilleure intégration du développement des sciences médicales dans la formation du généraliste.

Pour ce qui concerne la fonction propre au médecin généraliste, la directive indique qu'« elle repose pour une part importante sur sa connaissance personnelle de l'environnement de ses patients, elle consiste à donner des conseils relatifs à la prévention des maladies et à la protection de la santé de l'individu pris dans son ensemble, ainsi qu'à dispenser les traitements appropriés ».

Sur son rôle dans la chaîne soignante, il est indiqué que « au-delà du bénéfice qui en résultera pour les patients, il est également reconnu qu'une meilleure adaptation du médecin généraliste à sa fonction spécifique contribuera à améliorer le système de dispense des soins, notamment en rendant plus sélectif le recours aux médecins spécialistes, ainsi qu'aux laboratoires et autres établissements et équipements hautement spécialisés ».

Enfin, selon cette directive, la nécessité de modifier l'enseignement de la médecine générale « résulte notamment du fait que le développement intervenu dans les sciences médicales a entraîné une mise à l'écart de plus en plus marquée entre la recherche et l'enseignement d'une part et la pratique de la médecine générale, de sorte que des aspects importants de la médecine générale ne peuvent plus être enseignés de façon satisfaisante dans le cadre de la formation médicale traditionnelle de base des États membres ». Ce constat est également le point de départ de la réflexion développée par G. de Pouvoirville dans le rapport consacré à la recherche en médecine générale. L'auteur rappelle que le principe selon lequel la recherche est une condition nécessaire à l'existence d'une médecine de haute qualité a été à la base de la réforme de 1958⁵⁷.

■ ■ En France, les définitions institutionnelles et législatives de la spécialité de médecine générale ne sont pas toujours (ou pas encore) concordantes

Dans la période récente, plusieurs décisions ont été prises par les pouvoirs publics, avec l'objectif affiché de stabiliser structurellement l'apport des médecins généralistes à la prise en charge des patients et d'en revaloriser l'exercice. Ces décisions ont été précédées de plusieurs rapports administratifs. Ils ont été l'occasion de souligner les caractéristiques de cette spécialité, et de préciser parfois les attentes développées à l'égard de son exercice et des évolutions souhaitables de celui-ci.

Ils font tous apparaître que des contradictions, voire des incohérences, persistent. Les modalités d'instauration du parcours de soins constituent dans ce domaine une première illustration. Les définitions institutionnelles et les textes réglementaires s'avèrent parfois peu stables. Certains écarts sont perceptibles entre les objectifs

56. Directive 93/16/CEE du 5 avril 1993 visant à faciliter la libre circulation des médecins et la reconnaissance mutuelle de leurs diplômes, certificats et autres titres, *Journal officiel*, n° L 165 du 07/07/1993, p. 0001-0024.

57. De Pouvoirville G., rapport cité.

d'évolution énoncés et les possibilités de définir les modalités concrètes permettant de les atteindre. Dans ce domaine, la laborieuse définition de la formation des médecins généralistes est illustrative. Deux rapports administratifs récents consacrés à la médecine générale à l'occasion de son accès au statut de spécialité mettent clairement en évidence ces phénomènes⁵⁸.

L'optique retenue ici est de présenter de façon synthétique les principaux points problématiques qui ont été soulignés dans certains documents administratifs.

On peut considérer que l'adoption de la loi du 8 février 2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale tranche un certain nombre de questions soulevées dans ces rapports, dont la rédaction précède le vote unanime de cette loi à l'Assemblée. Il est toutefois éclairant de rappeler la teneur de certains des constats qui ont été formulés, afin d'abord de prendre la mesure de l'importance du travail de clarification qu'a nécessité la reconnaissance universitaire de la médecine générale. Afin, aussi, d'en conserver la mémoire, car nul doute que ce travail de clarification devra se poursuivre, tant sont nombreuses et actives les causes- intellectuelles, sociales, économiques et idéologiques qui déterminent la spécialisation en médecine⁵⁹.

Les échanges qui ont eu lieu dans le cadre des travaux préparatoires des États généraux de l'organisation de la santé, qui se sont tenus le 8 février 2008, en ont d'ailleurs apporté la démonstration. Les propositions issues de la première phase de ces travaux ont confirmé que l'existence d'une réforme et de textes réglementaires n'induisaient pas spontanément une vision évidente et partagée de leurs objectifs et de leur mise en œuvre. La plupart des propositions issues des États généraux de l'organisation de la santé se rapportent en effet aux thèmes évoqués successivement dans cette partie : la définition des soins de premier recours et la place et les missions du médecin généraliste dans le parcours de soins, la congruence de la formation à la médecine générale avec, d'une part, son statut de spécialité et, d'autre part, avec la particularité de la prise en charge des patients qui lui incombe.

■ ■ L'insuffisance de la définition du premier niveau de recours est très unanimement soulignée

Depuis la réforme de l'Assurance maladie inscrite dans la loi d'août 2004, une organisation nouvelle des soins concerne l'ensemble des médecins, généralistes et spécialistes, quels que soient leur statut et leur lieu d'exercice. Tout assuré désigne un médecin traitant et le consulte avant de recourir à un autre médecin, dont la consultation doit donc lui être prescrite.

58. Delahaye-Guillocheau V., Mallet F., Pittoors J.-P., Jeannet A., Vernerey M., « Création de la filière universitaire de médecine générale », *Rapport IGAS/IGAENR*, 2007-016, février 2007. Les objectifs explorés par la mission étaient d'assurer à la médecine générale une reconnaissance universitaire liée au développement de la recherche, en prenant en compte la nature et les spécificités de la médecine générale au sein du système de soins, et d'imaginer des solutions compatibles avec l'organisation actuelle du système universitaire et du système de soins. Voir aussi Lancry P.-J., 27 février 2007. *Les Conséquences de la réforme de janvier 2004 sur la médecine générale*, rapport de mission remis à M. Xavier Bertrand, ministre de la Santé et des Solidarités, 27 février 2007. Cf., notamment, pp. 18 et 19.

59. Weisz G., « Making Medical Specialization in Paris in the XIXth and XXth Centuries », *Social History of Medicine*, 1984.

Dans son dernier rapport, la Cour des comptes consacre un chapitre au médecin traitant et au parcours de soins coordonné⁶⁰. Les développements relatifs au contexte et aux travaux préparatoires qui ont présidé à l'émergence de cette disposition jusqu'à sa mise en place sont précieux. Ils permettent notamment de situer les choix opérés, par rapport aux options qui s'offraient de façon alternative. Deux exemples peuvent l'illustrer.

Par exemple, il est rappelé dans ce rapport que « les travaux préparatoires menés par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie et par des missions de l'IGAS ont estimé que les expériences antérieures d'amélioration de la coordination, initiées par l'ordonnance du 24 avril 1996 (filiales et réseaux) et par la convention médicale de 1997 (option du médecin référent), étaient insuffisamment développées et évaluées ». La succession des mesures et des dispositifs qui s'empilent, incessamment dénoncée, pose un problème en effet d'autant plus redoutable que, comme le note également le rapport, l'inadaptation des outils dont disposent tant l'État que la CNAMTS, conduit à renoncer à toute évaluation, qui permettrait au moins de commenter les changements des règles.

Par ailleurs, le rapport souligne que « en dépit de la diversité des prises en charge à organiser, le choix du législateur s'est porté sur un dispositif unique, à charge pour les partenaires conventionnels de savoir développer et harmoniser des réponses adaptées à ces besoins spécifiques ». Sur ce dernier point, le rapport conclut que si le parcours de soins constitue une nouveauté, « la délégation de sa mise en œuvre aux partenaires conventionnels a eu pour conséquence de faire prévaloir les préoccupations tarifaires des médecins. En outre, la négociation conventionnelle a conduit à un maquis tarifaire illisible par l'assuré, en raison de la prise en compte de considérations étrangères au seul parcours de soins, en l'occurrence différentes pour les médecins généralistes et les spécialistes ».

L'absence de suivi et d'évaluation des mesures et des politiques qui se succèdent, jointe ou liée à la faiblesse des moyens de régulation, aboutit à un paysage qui n'est pas lisible certes pour les assurés, mais qui ne l'est guère non plus pour les médecins, ni *a fortiori* pour les futurs médecins actuellement en formation. La conclusion de l'avis du Conseil de l'Ordre⁶¹, rendu sur la Convention nationale des médecins libéraux, rapporté dans le rapport de la Cour des comptes, permet de prendre la mesure des ambiguïtés juridiques qui entourent la définition du médecin traitant. Il est en effet précisé dans cet avis que le statut de médecin traitant ouvert par la loi aux médecins spécialistes « ne saurait permettre à son titulaire d'assurer la prise en charge d'un patient en dehors de la spécialité au titre de laquelle il est inscrit à l'Ordre ».

Dans son article, P.-L. Bras⁶² livre une lecture critique stimulante. On peut retenir de son analyse de la réforme d'abord qu'elle reprend une notion de coordination des soins déjà énoncée dans le Code de déontologie médicale (articles 60 et 62). Il souligne surtout la pluralité des influences et des compromis qui ont permis de rédiger la loi. Le rôle majeur que joue l'accord des organisations représentatives

60. Cour des comptes, *La Sécurité sociale*, La Documentation française, septembre 2007.

61. Avis du 28 janvier 2005.

62. Bras P.-L., « Le médecin traitant : raisons et déraisons d'une politique publique », *Droit social*, n° 1, janvier 2006.

des médecins dans la définition des politiques publiques le conduit à conclure que « la sphère politique ne développe pas de projets propres face aux médecins ». Il souligne aussi que l'absence de données sur le système de santé entretient un flou des concepts qui permet d'aboutir à des textes de loi, mais qui n'est sans doute pas sans effet sur les difficultés de mise en œuvre qui s'ensuivent.

■ ■ Les spécialistes en médecine générale : des spécialistes comme les autres ?

Un des points marquants qui ressort de la lecture des documents rédigés pendant la dernière période concerne le poids prépondérant pris par la question du statut, de la place, ou de la rémunération du spécialiste en médecine générale au détriment des aspects relatifs à ce que l'on pourrait appeler la matière ou le domaine de la spécialité.

Le rapport de mission de P.-J. Lancry consacré aux conséquences de la réforme de janvier 2004 souligne que les leçons du changement de statut de la médecine générale n'ont pas été entièrement tirées, et qu'il subsiste dans les textes en vigueur de nombreux signes des différences entre la médecine générale et les autres spécialités. L'auteur pointe ainsi quelques dissonances entre les différentes définitions et les références institutionnelles. Il indique que, si les médecins qui sortiront de l'université à partir de novembre 2007 avec un diplôme d'études spécialisées en médecine générale seront bien spécialistes en médecine générale et qualifiés comme tels par le Conseil national de l'Ordre des médecins, des distinctions s'opèrent encore en termes de qualification.

« Le législateur, alors même qu'il réformait en profondeur le troisième cycle des études médicales, n'a pas souhaité supprimer la distinction entre la médecine générale et les autres spécialités. À cet égard, des différences sont maintenues entre médecins généralistes et médecins spécialistes tant dans le Code de l'éducation que dans le Code de la Sécurité sociale ou le Code de la santé publique.

« La réforme des études médicales qui a fait de la médecine générale une spécialité n'a pas conduit à la disparition de la catégorie des généralistes telle qu'elle est identifiée dans le Code de la santé publique pour le fonctionnement des unions régionales des médecins libéraux et le Code de la Sécurité sociale en ce qui concerne les mécanismes conventionnels (double catégorie de la convention médicale, double collège des URML, etc.). »

Dans le cadre de la réforme de 2004, le titre et le statut semblent donc avoir pris plus d'importance que l'activité réellement exercée. Comme l'exprime P.-J. Lancry : « La réforme des études médicales qui a instauré l'internat et les DES pour tous les étudiants conduit à traiter de manière identique les médecins en termes de titre et de statut (tous les médecins seront des spécialistes), mais l'activité et la pratique ne sont pas les mêmes pour les deux catégories de médecins (les praticiens de médecine générale et les autres). »

Ce constat permet de poser la question essentielle de la concordance qui pourra être définie entre le contenu de la formation dispensée aux futurs médecins généralistes et l'exercice du métier. La sortie de cette tension suppose préalablement une meilleure lisibilité de l'exercice de la médecine générale, ce qui implique une défini-

tion du métier qui est moins acquise aujourd'hui en France qu'elle ne l'est, par exemple, dans d'autres pays européens.

L'examen des mécanismes qui participent à la définition d'un métier médical spécialisé constitue aussi un point de vue qui permet de situer le cas de la médecine générale. « Le processus de segmentation de la médecine est lié à la spécialisation croissante de son exercice. Chaque segment se légitime par l'affirmation d'une mission particulière et par des actes professionnels propres. La segmentation est le produit d'un double processus : la spécialisation sur la base du développement d'un savoir et de techniques particulières et la définition d'intérêts se différenciant de ceux des autres segments de la profession (...) La formation du spécialiste, qui correspond aux années d'études complémentaires, postérieures à l'acquisition du titre de docteur, vise à lui permettre d'accomplir une tâche fortement circonscrite. L'exercice spécialisé correspond de ce fait à deux éléments : une pathologie déterminée, à partir de laquelle se sont construits le savoir puis l'enseignement de la spécialité donnée, pathologie qui, de surcroît, correspond fréquemment à un organe donné ; et une technologie spécifique, de plus en plus sophistiquée, adaptée à cette pathologie⁶³. »

L'importance accordée au statut dans le cas de la médecine générale, mise en évidence par P.-J. Lancry, évite de situer la spécialité médecine générale par rapport à ces deux registres que constituent la pathologie/organe et les techniques particulières⁶⁴. La spécialité du métier repose donc pour l'instant sur ses missions et sur le caractère majoritairement libéral de son exercice. Elle se lit également à partir des modalités de l'enseignement, qui lui a été défini en propre, pour ce qui est de la formation pratique.

La maquette comprend⁶⁵ :

- 3 semestres obligatoires dans des services hospitaliers agréés pour la médecine générale (MG):
 - un au titre de la médecine d'adultes (médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie),
 - un au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie,
 - un au titre de la médecine d'urgence ;
- un semestre libre dans un service hospitalier agréé ;
- un semestre auprès de praticiens généralistes agréés ;
- un semestre, selon le projet professionnel de l'interne de MG, effectué en dernière année d'internat soit en médecine générale ambulatoire (sous la forme d'un stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé), soit dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel validé par le coordonateur de médecine générale.

63. Hassenteufel P., *Les Médecins face à l'État. Une comparaison européenne*, Presses de Sciences po, 1997.

64. Sur ce point, on peut observer des similitudes avec les spécialités définies comme telles à partir de populations particulières (les enfants pour les pédiatres, les femmes pour les gynécologues médicaux, les vieux pour les gériatres). Tout se passe comme si les territoires d'intervention médicale spécialisés à partir de l'approche par population étaient davantage confrontés à des relégitimations que les territoires d'intervention spécialisés par pathologies ou par organes.

65. Arrêté du 22 septembre 2004, JO du 6 octobre 2004.

■ ■ Les singularités de la médecine générale par rapport aux autres spécialités ont été intégrées dans la définition de la filière universitaire

La création de la filière universitaire de médecine générale ouvre des possibilités nouvelles d'affirmation positive de cette pratique médicale⁶⁶. En effet, parmi les ressources dont le nouveau statut universitaire dote la médecine générale figurent celles relatives à un corps d'enseignants et à la recherche. Jusqu'alors, 122 enseignants assurent la formation en médecine générale ; leur statut est celui, pour 58 d'entre eux, de professeur des universités associé et, pour 64 d'entre eux, de maître de conférences universitaire associé⁶⁷.

La mission conjointe de l'IGAS et de l'IGAENR consacrée à la création de la filière universitaire de médecine générale (FUMG) a pu souligner à cet égard les difficultés pour faire rentrer la médecine générale dans un « moule » hospitalo-universitaire dont ni les orientations, ni les statuts ne se montrent totalement préparés à son accueil.

L'analyse des scénarios statutaires qui permettraient de constituer la FUMG à la lumière des différents statuts existants conduit la mission à juger qu'ils sont inadaptés aux spécificités de la médecine générale. Les difficultés pour définir une réponse adaptée au problème posé proviennent de la place dérogatoire des UFR de médecine au sein des universités et de la demande contradictoire formulée à l'endroit des médecins généralistes. Cela se traduit par la nécessité de concilier la définition d'un statut par analogie avec celui des professeur des universités-professeur hospitalier, en même temps que l'affirmation de la spécificité de la médecine générale en dehors de l'hôpital. Les statuts hospitalo-universitaires de médecine, mais également d'odontologie et de pharmacie, supposent, même à temps partiel, un exercice hospitalier, ce qui n'est pas le cas de la médecine générale.

En réponse à la demande de création d'un statut universitaire, les recommandations de la mission soulignaient l'importance de sa neutralité et de sa compatibilité avec le système de soins et ses évolutions. Elle préconisait que le statut intègre un exercice obligatoire de la médecine générale et définisse une obligation de service d'enseignement. Elle appelait enfin la création urgente d'un statut pour le clinicat reposant sur une fonction de chef de clinique des universités (CCU) à temps plein avec un cumul de l'activité de médecine générale.

En 2007, 14 postes supplémentaires d'enseignants ont bien été créés, mais aussi 16 postes de chefs de clinique, nommés en 2007, qui pourront postuler à un poste de maître de conférences à partir de 2011.

La création de postes de chefs de clinique introduit une rupture importante par rapport à la situation antérieure. Jusqu'alors, les médecins généralistes étaient en effet les seuls spécialistes qui quittaient l'hôpital, sans une période d'accompagnement vers l'exercice, alors que le clinicat et le postinternat sont considérés comme une condition essentielle pour les autres spécialités. Parmi les possibilités qu'ouvrent

66. Cf. la loi n°2008-112 du 8 février 2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale. *JO*, n° 34 du 9 février 2008.65.

67. Sources ministère de l'Éducation nationale/DGRH. Ces enseignants associés sont des médecins généralistes qui assurent une centaine d'heures d'enseignement de troisième cycle centré sur la pratique de la médecine générale ; cité dans le rapport IGAS.

ces créations, le développement de la recherche doit être par ailleurs souligné, car il dépend étroitement de l'existence d'une filière universitaire.

La photographie de la situation actuelle dans ce domaine, telle qu'elle ressort des travaux conduits par G. de Pouvoirville, traduit une situation plutôt fragile. Même si les départements universitaires de médecine générale se sont efforcés au cours du temps d'augmenter les exigences de qualité scientifique des travaux, de l'avis même des enseignants généralistes interrogés, « il est difficile de coordonner les travaux de telle façon que plusieurs étudiants investissent dans un même domaine dans le cadre d'un projet de recherche structuré : les étudiants manquent de temps, les DUMG manquent de moyens matériels et financiers pour monter des enquêtes ambitieuses, et peu de thèses sont valorisées par un article publié⁶⁸ ».

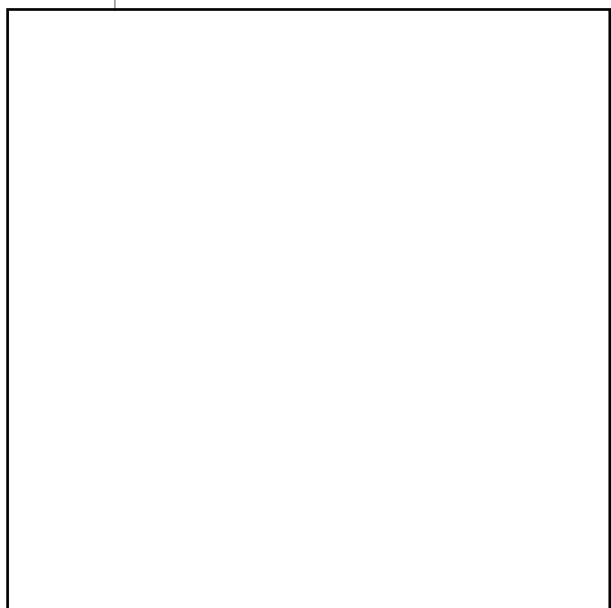
S'appuyant sur l'expérience de pays dans lesquels existe une recherche en médecine générale⁶⁹, l'auteur soutient la possibilité de développer une activité d'enseignement et de recherche à temps plein et de maintenir conjointement une activité clinique, même à un niveau modeste. Comme les auteurs de la mission IGAS/IGAENR, il souligne la nécessité de rendre compatible le développement de la recherche en médecine générale avec les missions et les spécificités de cette spécialité. « Il s'agit dans cette réforme de contribuer à la revalorisation de la médecine de première ligne, de pratique ambulatoire. Cette médecine est une médecine libérale et c'est une réalité à laquelle il faudra adopter le statut universitaire des médecins généralistes. »

L'opportunité qui s'offre donc aujourd'hui à la médecine générale est de devenir une spécialité comme les autres, à part entière, qui définira ses marques à partir d'un autre espace de noblesse que celui que constituent jusqu'alors l'hôpital et le CHU, pour l'ensemble de la formation et de la recherche. En d'autres termes, il s'agit de réussir la transition d'une « spécificité » de la médecine générale, fréquemment énoncée, surtout par les généralistes, mais souvent interprétée par les autres comme une faiblesse, vers une autonomie clairement appuyée sur un rôle et un apport médical propres. Cette perspective, qui est portée par les représentants de la médecine générale et les pouvoirs publics à travers la définition du parcours de soins, bénéficie d'exemples et de pratiques européennes ayant une certaine antériorité.

68. Cf. travail cité de Levasseur G. et Schweyer F.-X. qui ont analysé les articles de recherche en médecine générale publiés dans trois revues françaises.

69. Les pays examinés sont la Belgique, les Pays-Bas et le Royaume-Uni.

POINTS DE VUE



Trois différents points de vue sont présentés. Le premier reprend de façon synthétique les analyses recueillies auprès des représentants des médecins, dans le cadre des auditions réalisées en 2004 et 2005 par l'ONDPS⁷⁰. Le deuxième, rédigé par l'ISNAR-IMG, présente le point de vue des internes en médecine générale. Le troisième qui présente le point de vue des patients a été rédigé par le Collège interassociatif sur la santé (CISS).

 Pour les représentants de la médecine générale, la multiplication des possibilités de spécialisation ne contribue pas à clarifier le paysage de l'offre de soins médicale

La clarification des missions du médecin généraliste est présentée par les représentants des médecins généralistes auditionnés comme un préalable indispensable pour attirer des jeunes dans cette profession, de même que la définition précise de ce qu'est l'exercice de la médecine de soins primaires. Or il existe, on l'a vu dans la première partie, un grand nombre de diplômes permettant aux diplômés de médecine générale de se spécialiser. Lors de leur audition par l'ONDPS, les représentants de la spécialité de médecine générale ont considéré que la multiplication des diplômes spécialisés de troisième cycle, qu'il s'agisse de DESC ou de DU, participe au mouvement de moindre attractivité de l'exercice de soins primaires, sans pour autant que ces spécialisations garantissent des résultats probants du point de vue des patients.

Ils remarquent aussi que « cette multiplication de DESC conduit à accroître le nombre des spécialités, alors que l'objectif de réduction du nombre des spécialités devrait l'emporter. Les professionnels auditionnés rappellent ainsi qu'il y a 53 spécialités reconnues en France, contre 25 au niveau européen. De ce point de vue, toute une série de DESC n'ont en réalité, selon eux, pas de raison d'être : gériatrie, allergologie, algologie. Ces domaines devraient être intégrés aux cursus de formation des médecins, soit dans le cadre du premier recours aux soins, soit dans le cadre de la formation des spécialistes (par exemple, dans la formation des pneumologues pour certaines questions pointues d'allergologie...). La création des DESC leur paraît avoir finalement plus répondu à une logique universitaire de développement qu'à une réflexion sur la réponse aux besoins des patients⁷¹ ».

70. Cf. *Rapport ONDPS 2005*, tome 3, *Les professionnels de santé*, « Comptes rendus des auditions », mai 2006.

71. Compte rendu de l'audition des spécialistes en médecine générale, *Rapport ONDPS 2005*, *op cit.*

La plupart des médecins spécialistes envisagent une plus grande implication des médecins généralistes dans la prévention et le suivi des patients

La situation la plus fréquemment rencontrée lors des auditions est la suivante : les spécialistes envisagent que les médecins généralistes puissent assurer une prise en charge des patients dans l'optique de libérer une partie de leur temps médical et de l'optimiser.

Quelques spécialités ont engagé une définition de leur métier en deuxième recours par rapport aux médecins généralistes, et cherchent à clarifier le rôle et la complémentarité du médecin généraliste et de l'ambulatoire.

Cette problématique est présente pour les spécialistes dont les patients sont déjà pris en charge pour partie par les omnipraticiens⁷². Ils se prononcent alors pour une évolution du métier et pour une formation plus approfondie, dans leur spécialité, des médecins généralistes. C'est le cas par exemple des pédiatres, des gynécologues médicaux et des oncologues. Dans le cadre du Plan cancer, l'implication des médecins généralistes fait l'objet de cinq mesures. Des actions ont été notamment développées afin d'identifier les besoins des médecins généralistes, le renforcement de la formation continue dans le domaine de la cancérologie et l'évaluation des pratiques.

« Les réseaux, qui devront faire toute leur place aux praticiens libéraux et notamment aux médecins généralistes, seront régulièrement évalués et appliqueront des normes de qualité fixées au niveau national et régional⁷³. »

L'accès désormais possible des médecins généralistes à l'option réseau en cancérologie, inscrite dans la maquette de formation des oncologues, peut être considérée comme illustrative de ce processus d'une formation préparant à un renforcement de la coopération entre intervenants médicaux.

Le point de vue des représentants des internes en médecine générale (ISNAR-IMG)

■ ■ Une nécessaire mutation du métier de médecin généraliste

Les internes de médecine générale, récemment promus spécialistes en formation dans cette discipline depuis le décret du 16 janvier 2004⁷⁴ créant le DES⁷⁵ de médecine générale, ont bien du mal à se faire une idée de ce que sera leur métier avant de mettre les deux pieds dans leur internat, par choix libre ou par choix contraint, suite aux

72. Franc Carine, Le Vaillant Marc, Rosman Sophia et Pelletier Nathalie, « La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites », *Études et Résultats*, DREES n° 588, août 2007.

73. Le Plan cancer 2003-2006.

74. Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004, décret relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, NOR : MENS0302822D.

75. Diplôme d'études spécialisées.

épreuves classantes nationales (ECN) sanctionnant le deuxième cycle des études médicales. Il est fortement envisageable que les générations arrivantes, qui vont bénéficier d'un stage en cabinet de médecine générale dès la rentrée universitaire 2007-2008 au cours de leur deuxième cycle, choisissent de façon plus conséquente et surtout de manière plus éclairée cette spécialité prodiguant les soins primaires.

En effet, depuis la réforme du concours de l'internat et son intégration dans les ECN communes à tous les futurs internes, le nombre de postes d'internes de médecine générale (IMG) restés vacants est devenu plus visible qu'auparavant. Les chiffres ont donné d'année en année de plus en plus le tournis devant l'évidence du manque d'attractivité de la filière, pourtant voulue et reconnue par tous comme le « pivot du système de soins ».

Avec un déficit cumulé de 2 793 postes non pourvus à l'issue des quatre dernières procédures de choix en amphithéâtre de garnison⁷⁶ (2004, 2005, 2006 et 2007), la médecine générale est la spécialité la plus touchée par ce manque d'attractivité.

Cette désaffection n'est pas spécifique à la France. En effet, tous les pays occidentaux souffrent d'une crise des vocations dans la spécialité des soins primaires, la première cause semblant en être les conditions d'exercice, tant sur le plan quantitatif (en termes d'horaires de travail jugés excessifs, plus spécifiques à la France, ou de rythme de travail trop élevé) que sur le plan qualitatif (sentiment de perte d'autonomie, pression de l'organisme financeur, temps médical amputé par la lourdeur des tâches administratives)⁷⁷.

Les attentes des futurs généralistes sont les mêmes que celles de toute une génération de citoyens, convaincus que, pour mener à bien sa vie professionnelle de façon efficace et épanouie, il faut aussi savoir se ménager des fenêtres de bien-être dans sa vie personnelle et familiale. La notion de temps de travail choisi est importante, ce qui explique largement le succès du mode d'exercice en tant que médecin remplaçant, par exemple, avec un âge d'installation moyen aujourd'hui autour de 39 ans.

Ces aspirations légitimes ne sont pas incompatibles avec la logique d'intérêt général que sous-tend la mission de service public du médecin généraliste. Elles sont un facteur déterminant les orientations que devra prendre la nouvelle organisation des soins primaires demain, si l'on veut continuer à voir s'installer de jeunes médecins, notamment là où le besoin se fait et se fera sentir de façon la plus prégnante⁷⁸.

Une autre étude récente corrobore ces données concernant les déterminants de l'installation des jeunes médecins généralistes, et l'évolution des souhaits de ces derniers au cours des longues années des études de médecine⁷⁹:

- L'épanouissement personnel et de la famille (81 %);
- Que la localisation soit compatible avec la profession ou les attentes du conjoint (58 %);
- La possibilité d'exercer le mieux possible la discipline choisie (55 %).

Très loin derrière, les attentes en matière de revenus ne préoccupent que 14 % des

76. *Études et Résultats*, DREES, n° 571, avril 2007, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2006 ».

77. Gallois P., Vallée J.-P., Le Noc Y., « Médecine générale en crise : faits et questions », *Médecine*, mai 2006, vol. 2, n° 5, 223-228.

78. Rapport de la Commission jeunes médecins du Conseil national de l'Ordre des médecins, juin 2007.

79. Sliman G., Audic Y., Périgois E., étude BVA/CNOM, mars 2007, *Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel*.

sonnés. Preuve, s'il était encore nécessaire de le démontrer, que les mesures incitatives à l'installation exclusivement centrées sur des promesses d'augmentation substantielle des revenus, ne sauraient constituer l'unique levier à actionner pour encourager les installations. Mais la construction d'une offre de soins juste, cohérente et pérenne se doit de rentrer en adéquation avec ces attentes sous peine, au mieux d'inefficacité, au pire d'effet radicalement opposé au but recherché.

Pour cela, une profonde mutation du métier de généraliste semble indispensable car, encore aujourd'hui, la médecine générale reste perçue comme une profession dont l'exercice se veut par définition très contraignant : la permanence des soins (gardes, astreintes), les visites à domicile (environ 14 % du nombre total des actes des généralistes), et les horaires de travail (80 % de l'ensemble des généralistes libéraux actifs travaillent le samedi matin et près de 30 % le dimanche) sont vécus comme autant de fortes contraintes attachées au métier.

Selon le jugement dominant, le métier de médecin généraliste a perdu de sa valeur au cours du temps. L'arrivée des spécialités d'organe a retiré de la pratique du généraliste les actes à forte valeur ajoutée intellectuelle et, phénomène surtout sensible dans les grandes villes, le généraliste qui devrait être le médecin de premier recours est en fait devenu, dans nombre de situations, un médecin de dernier recours, intervenant lorsque les spécialistes ne sont pas disponibles.

L'organisation actuelle de la formation médicale initiale, puisque fortement dépourvue d'un regard théorique et pratique sur les soins primaires, n'incite pas à se destiner à la médecine générale comme cela est mentionné dans de nombreux rapports. À partir de là, on peut espérer que les stages de médecine générale au cours de l'externat, mis en place cette année 2007-2008 pour l'ensemble d'une promotion, devraient contribuer à améliorer la connaissance de la médecine générale avant le choix consécutif aux ECN⁸⁰.

■ ■ Réorganiser pour sauvegarder une médecine générale de proximité

L'exercice résolument isolé, où qu'il soit, constitue un mode d'exercice voué à disparaître. La mutualisation des moyens humains et techniques, mais aussi la rupture de l'isolement intellectuel et le travail en équipe, que représentent l'exercice en cabinet de groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire, constituent sans doute les solutions d'avenir.

Ces structures pensées autour du patient et de sa prise en charge globale de soins primaires, en regroupant la plupart des professionnels de santé de premier recours, relèvent le défi de répondre à la fois à une demande en soins quantitativement grandissante en nombre absolu grâce à des plages élargies de consultations (y compris aux heures de la permanence des soins), qualitativement plus conséquente (poly-pathologies liées au vieillissement), et aux fortes attentes des professionnels d'associer une meilleure qualité de leur offre de soins à une plus grande souplesse de travail (vie familiale, formation médicale continue obligatoire, etc.).

80. Rapport 2007 du Haut Comité pour l'avenir de l'Assurance maladie.

Le regroupement des praticiens semble donc dans ce contexte inéluctable, car souhaitable et souhaité. Les partenaires conventionnels ont même conditionné, le 23 mars 2007, dans l'avenant 20 à la Convention médicale de 2005, une prime de 20 % des honoraires aux médecins s'installant en groupe dans les zones identifiées comme déficitaires selon les critères des missions régionales de santé (MRS)⁸¹.

Le regroupement au sein d'un projet pluridisciplinaire telles les maisons de santé⁸², qui vont au-delà de la simple association des professionnels, en incluant notamment les collectivités locales à un projet médical commun, est *a fortiori* une piste prometteuse, sous réserve d'une implantation associant l'intérêt pour un bassin de population et un financement renouvelé durablement. Le manque actuel de statut clair pour ces nouveaux établissements est également un frein à leur développement sur le territoire.

Le mode de rémunération des médecins généralistes semble aujourd'hui plus que jamais « inadapté » aux missions qui leur sont confiées, comme la prévention, l'éducation sanitaire, la coordination des soins. Dans le même temps, le tout paiement à l'acte revêt un caractère « anxiogène » pour les jeunes générations de médecins. L'association de ces deux constats engage une nécessaire réflexion sur l'évolution des modes de rémunération de l'activité de médecin généraliste.

Les maisons de santé, concept novateur et qui intègre cette dimension pluridisciplinaire à la pratique des soins primaires, offrent également l'avantage de représenter le lieu idéal pour développer la recherche spécifique aux soins primaires, l'enseignement de la médecine générale dans un environnement favorisant la prise en charge globale des patients. Ce n'est qu'autour de ce système de soins repensé par une volonté commune de donner réellement à la médecine générale les moyens d'en devenir la pierre angulaire que se développeront naturellement les solutions à la crise démographique sanitaire qui s'annonce.

Le déficit de soignants, inéluctable bien que prévisible depuis des années, doit en tout cas amener à se poser des questions fondamentales sur les domaines de compétences relatifs à chaque intervenant, médecins, autres professionnels de santé, ou acteurs médico-sociaux, et des interactions et délégations possibles entre eux (en incluant dans la réflexion la situation des étudiants de chacune de ces filières), afin d'optimiser le temps de travail que les futurs médecins généralistes veulent, plus que jamais, tourné vers leurs patients.

81. La circulaire DHOS-03/DSS/UNCAM du 14 janvier 2005 prévoit la définition des zones déficitaires en médecine générale. Chaque mission régionale de santé (MRS) a déterminé ces zones sur la base des critères suivants : la densité de médecins généralistes ; l'activité des médecins généralistes ; le délai d'accès au médecin généraliste ; la part des personnes âgées de plus de 75 ans ; le classement des territoires en zone de revitalisation rurale (ZRR), zone franche urbaine (ZFU) et zone de redynamisation urbaine (ZRU).

82. Rapport du sénateur Juilhard, *Rapport d'information fait au nom de la Commission des affaires sociales sur la démographie médicale*, 3 octobre 2007.

Le point de vue des représentants des patients (CISS)

■ ■ Un accès et une disponibilité des médecins généralistes jugés parfois insuffisants

Sur l'offre de soins : les problèmes proviennent de l'inégale répartition de l'offre selon les départements et de la représentation trop faible du secteur 1.

Pour les patients, outre des difficultés spécifiques concernant les patients bénéficiant de la CMU (accès tardif aux soins et réticence de certains médecins généralistes à devenir médecin traitant des personnes relevant de la CMU), les problèmes suivants sont évoqués.

- Un temps d'attente en salle d'attente dépassant 1 heure, voire 2 heures, et un temps de consultation réduit au minimum du fait de cabinets surchargés.

- L'information délivrée par le médecin est souvent jugée incomplète ou peu claire (en particulier en ce qui concerne la notion de risque, les alternatives au traitement proposé, la diversité des solutions possibles, et les conséquences d'un refus de traitement).

- Près de la moitié des personnes interrogées pensent que le médecin généraliste n'est pas adapté au suivi d'une maladie chronique. Dans le cas des maladies rares, « les médecins généralistes ont toute leur place dans la gestion au quotidien des patients atteints de mucoviscidose, en coordination avec le CRCM » (centre de ressources et de compétences pour la mucoviscidose situé en milieu hospitalier), déclare un médecin référent. Cependant, les généralistes n'ayant, le plus souvent, qu'un seul patient atteint de mucoviscidose, les tâches administratives liées à la rédaction du protocole de soins et à l'envoi aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) pour la prise en charge en ALD sont trop lourdes pour une profession par ailleurs débordée. C'est dommage, car certains patients, en particulier ceux habitant dans des zones isolées, préféreraient pour des raisons pratiques de proximité avoir leur généraliste comme médecin traitant ».

- Le médecin généraliste est souvent perçu comme un intermédiaire obligé du parcours de soins. Enfin, le CISS souligne le caractère déterminant de la relation médecin/patient pour un parcours de soins de qualité.

■ ■ Les attentes exprimées correspondent à la définition du médecin généraliste comme médecin de famille

Les patients interrogés souhaitent une approche globale de la personne, de type « médecin de famille » plutôt que « dispensateur » d'actes référencés. La qualité de l'offre appréciée au regard d'une prise en charge adaptée, sans retard de diagnostic, assurant si nécessaire la continuité des soins.

Outre la disponibilité de l'offre en termes d'accès et en termes d'écoute (temps de consultation compatible), ce qui est apprécié est la dimension pédagogique (explication de la maladie, du traitement, de la prévention) et l'accès à l'éducation thérapeutique. Hormis la situation « désert médical » de certains territoires, le critère proximité n'est pas toujours retenu, la priorité étant donnée à la qualité de l'offre plus qu'à la proximité.

L'amélioration de la coordination et de l'orientation dans le parcours de soins est souhaitée.

On peut enfin noter que des demandes sont souvent exprimées pour une médecine générale à mode d'exercice particulier comme l'homéopathie.

■ ■ Les pistes de réflexion proposées

➡ Améliorer la communication et la relation médecin/patient nécessiterait de permettre au médecin généraliste de bénéficier, au cours de ses études, d'une formation de base en pédagogie et communication. Cela aurait l'avantage également de favoriser plus tard la mise en œuvre d'actions d'éducation thérapeutique en coopération avec d'autres professionnels de santé.

➡ Accompagner le changement en favorisant l'accès à la formation (individuelle ou collective) à la gestion du stress et en simplifiant les contraintes administratives des médecins généralistes débordés par l'augmentation de la charge de travail.

➡ Le « statut social » du médecin généraliste omniscient semble avoir évolué vers celui d'un professionnel soumis régulièrement aux évaluations de la part des politiques et des usagers. Ce changement, somme toute assez radical dans un secteur libéral très attaché à sa « liberté d'exercice », est susceptible de majorer l'effet *burn out* d'une proportion non négligeable des médecins généralistes.

➡ L'information sur la santé, le parcours de soins et les droits des malades est disponible, cependant diffuser l'information ne suffit pas pour que le public soit informé. Encore faut-il qu'un minimum de pédagogie et de communication rende intelligible cette information pour que les usagers soient en mesure de se l'approprier⁸³.

83. Par exemple, l'information sur les établissements de santé accessibles sur le site du ministère de la Santé, Platines (plate-forme d'information sur les établissements de santé), est très intéressante mais d'une compréhension difficile pour le profane ; de même pour le droit des malades.

CONTRIBUTIONS

SOUHAITS ET ASPIRATIONS DES MÉDECINS QUI ENVISAGENT L'EXERCICE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

F.-X. SCHWEYER

Enseignant-chercheur en sociologie à l'EHESP. Laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires

Que veulent les jeunes médecins ? Leurs attentes et leurs projets professionnels font l'objet d'une attention soutenue depuis quelques années, plus d'une dizaine de sondages d'opinion et de recherches ont été publiés sur la question depuis 2003. Ce n'est pas l'activité des médecins qui est scrutée, mais le choix d'un mode d'exercice, plus particulièrement l'installation des jeunes médecins, abordée comme un problème public, appelant un débat public voire l'intervention des autorités légitimes. Avant d'analyser les enseignements à tirer de ces enquêtes, il importe de comprendre leur origine et leur projet¹.

La démographie médicale a toujours été en discussion. La dénonciation par les médecins eux-mêmes d'une pléthore médicale a été une constante de l'histoire de la profession médicale (Bungener, 1984 ; Hassenteufel, 1997). C'est pour limiter le nombre de médecins que fut introduit en 1971 un *numerus clausus* à l'entrée de la formation² et, il n'y a pas si longtemps, l'Assurance maladie payait des médecins pour qu'ils arrêtent de travailler (dispositif MICA [Mécanisme incitatif de cessation d'activité] en vigueur jusqu'à 2004). Un renversement de tendance a eu lieu au début des années 2000. La démographie médicale est devenue un problème public, rapidement transformé auprès de l'opinion en risque de pénurie. Le premier rapport du professeur Berland (2002) avait pourtant problématisé de façon précise cette question émergente. D'une part, la question concerne moins les effectifs de la population médicale que leur répartition sur le territoire, d'autre part, l'attention des pouvoirs publics est attirée sur l'accessibilité aux soins, difficile à apprécier car elle met en jeu non seulement la densité de médecins, mais aussi le temps effectif de travail des médecins libéraux, les modalités d'exercice et l'installation de médecins dans des zones qualifiées de déficitaires. Ainsi, l'intérêt porté au devenir professionnel des jeunes médecins généralistes peut avoir trois dimensions : les perspectives démographiques en termes d'effectifs, d'une part, la répartition selon les territoires, d'autre part, la transformation des modes d'exercice enfin.

1. M. Burdillat, G. Bloy et G. Levasseur ont bien voulu lire une première version de ce texte, leurs commentaires et suggestions ont permis de grandement l'améliorer. Je tiens à les en remercier.

2. En 1972, première année d'application de ce dispositif, le nombre de nouveaux étudiants avait été fixé à 8588, soit un peu plus de 10 % de la population médicale en activité, le chiffre fut révisé à la baisse pour atteindre son point le plus bas en 1992 avec 3500 places ouvertes.

La construction du problème par des enquêtes de natures diverses

Le premier rapport Berland a suscité une forme de mobilisation professionnelle chez les syndicats d'internes qui ont pris l'initiative de diverses enquêtes. L'attention s'est portée principalement sur le choix des jeunes médecins (leurs aspirations, leurs attentes) en vue d'éclairer les mesures d'incitation, de motivation et d'aide qu'il conviendrait d'adopter. Par construction, les enquêtes se sont focalisées sur les opinions individuelles des étudiants et jeunes médecins, en faisant de la régulation du système de santé une question professionnelle dans un cadre réputé inchangé. En montrant « ce que veulent les jeunes médecins », les résultats publiés ont contribué à poser les termes du débat dans un cadre professionnel.

■ ■ Le souci d'une meilleure connaissance de la réalité s'est conjugué à la nécessité de forger une argumentation

Depuis une dizaine d'années, des généralistes (dans le cadre universitaire ou d'URML) ont mené des enquêtes centrées sur les perspectives d'exercice de la médecine générale. Ces travaux se sont inscrits dans un cadre régional donné, sans bénéficier toujours d'une plus large diffusion. Les souhaits quant à l'exercice professionnel et les projets personnels ont fait l'objet d'une attention particulière. Des administrations et diverses institutions ont complété ces travaux, dans une perspective de pilotage ou d'évaluation des mesures d'aide à l'installation. De 2003 à 2007, une série d'enquêtes a ainsi été publiée au sujet des attentes des étudiants en médecine (internes ou non) et des jeunes médecins. Les jeunes généralistes n'y figurent pas toujours séparément.

De leur côté, des chercheurs ont étudié les réformes de l'internat et leurs conséquences, la formation des généralistes, l'entrée dans la vie professionnelle ou encore la féminisation et ses effets. Leurs résultats sont en partie concordants avec ceux des enquêtes du milieu professionnel. Mais les traitements effectués conduisent à des conclusions parfois différentes et les objectifs poursuivis ne se recoupent pas toujours. Si la volonté de mieux connaître les souhaits et aspirations des jeunes médecins anime l'ensemble des enquêtes, elle peut s'accompagner aussi du souci d'intervenir dans le champ de l'opinion publique. Et, dans ce cas, deux modalités de mobilisation des opinions sont repérables.

L'opinion des internes et jeunes médecins peut être mobilisée, en premier lieu, dans une perspective persuasive. Les résultats sont alors présentés comme un guide pour l'action publique à moins qu'il ne s'agisse d'arguments pour convaincre de la dangerosité d'une mesure (restreindre la liberté d'installation) ou de la nécessité d'une autre (informer, aider financièrement). Par exemple, un rapport d'enquête³ reformule des classements sociaux en soulignant l'image négative du milieu rural

3. Conseil national de l'Ordre des médecins, *Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel*, Rapport complet, BVA, février 2007, 48 p. L'enquête a été diffusée sous forme d'une synthèse en mars 2007.

et des cités populaires parmi les étudiants et jeunes médecins et ajoute qu'il conviendrait de « rassurer les futurs médecins sur leur vie à venir » (l'enquête n'a jamais mentionné d'inquiétude particulière mais plutôt des préférences et des opinions). S'adressant implicitement aux pouvoirs publics, le rapport conclut qu'il « est indispensable de mettre en place l'ensemble des mesures incitatives et de les diffuser aux étudiants », ce qui « devrait permettre d'éviter le recours à des mesures autoritaires qui n'ont pas la faveur des étudiants et des jeunes médecins testés ». Les promoteurs de l'enquête se font porte-parole des jeunes médecins, qui sont censés s'être exprimés directement au moyen de l'enquête.

L'opinion des jeunes généralistes peut aussi avoir une fonction interprétative, quand elle façonne une représentation du groupe professionnel. Par exemple, une étude sur les mutations de la médecine générale⁴ a demandé à des internes de se projeter dans le futur et d'indiquer quels seraient leur attitude et leur choix « si les conditions le permettent ». Le résumé de l'enquête indique : « Bien évidemment, ce choix idéal se heurtera à de nombreuses contraintes et la pratique de ces futurs médecins sera peut-être très différente de celle qu'ils ont imaginée en répondant à ce questionnaire. Il n'empêche que leurs réponses éclairent ce que sont et ce que seront les mutations de la médecine générale. » Autrement dit, peu importe la fragilité ou la faible consistance de certains résultats, en montrant « ce qui se pense », ils aident à construire une image de référence, des normes d'identification pour les généralistes. Les enquêtes peuvent accompagner dans certains cas une forme de mobilisation identitaire chez les généralistes, qui s'est développée en lien avec des syndicats d'internes et souvent des départements de médecine générale, plus particulièrement après la reconnaissance en 2004 de la médecine générale comme spécialité.

Dans un premier temps, nous analysons les objectifs, les méthodes et les résultats de ces enquêtes. Nous présentons ensuite les principaux résultats de différentes recherches s'inscrivant dans la tradition de la sociologie de la profession médicale ou des *genders studies*, menées auprès de futurs médecins et de jeunes installés. Leurs résultats apportent des éléments intéressants et complémentaires. Enfin, les points de convergence et ceux qui font débat permettront de dégager ce qui peut être éclairant pour l'avenir.

Les enquêtes d'opinion disponibles

De 2003 à 2007, quatre sortes d'enquêtes ont été publiées pour faire connaître ce que souhaitent les jeunes médecins : les enquêtes promues par les syndicats d'internes, dans un cadre régional le plus souvent ; les enquêtes à l'initiative des futurs généralistes en tant que tels ; les enquêtes administratives et enfin une importante enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM).

4. URML Rhône-Alpes, *Étude des mutations de la médecine générale. Enquête auprès des internes en médecine générale de Rhône-Alpes*, étude réalisée par CAREPS, février 2005, 67 p.

■ ■ Les enquêtes : objectifs et méthodes

L'analyse d'une enquête demande de s'interroger sur les objectifs de ses promoteurs, sur la méthodologie adoptée, sur les questions posées et enfin sur les résultats publiés. Sans pouvoir entrer dans les détails, nous nous limiterons à une présentation succincte des différentes initiatives promues par les syndicats d'internes, les généralistes, l'administration et le CNOM.

C'est en novembre 2003 que paraît un livre blanc intitulé *À quoi rêvent les jeunes spécialistes ?* qui a pour base une enquête⁵ sur les attentes et motivations « des futurs acteurs de la médecine spécialisée ». Cette première enquête ne concerne pas les futurs médecins généralistes (pas encore spécialistes de médecine générale en 2003), mais sa méthode comme ses questions ont été reprises par la suite et les résultats publiés ont servi de référence pour l'interprétation des résultats des enquêtes ultérieures.

L'objectif était de contribuer au développement d'une analyse prospective sur la démographie médicale, d'apporter « un éclairage précieux sur les attentes et motivations des futurs acteurs de la médecine spécialisée » et de « nourrir la réflexion des politiques sanitaires et sociales sur l'offre de soins ». Un questionnaire passé lors du choix de stage des internes a obtenu 772 réponses exploitables (taux de réponse estimé supérieur à 50 %). Les thèmes traités sont : la formation, l'avenir professionnel, les conditions d'exercice de la médecine libérale.

Fin 2003, une enquête similaire est réalisée par l'Association professionnelle des internes des hôpitaux d'Amiens et URML de Picardie⁶ qui présente les résultats issus du traitement des 178 réponses reçues (dont 36 internes de médecine générale). *Le Livre blanc des internes de Picardie* (spécialistes et internes de médecine générale) paraît en 2004 (cité Picardie, 2004). L'objectif est de « trouver des explications à la situation démographique de la Picardie, en dernière position nationale pour la densité médicale de spécialistes et de généralistes ». Le questionnaire s'est inspiré de la première enquête sans être identique.

En 2004, les syndicats des internes des CHU de Lyon, Grenoble, Saint-Étienne, Clermont-Ferrand et l'URML Rhône-Alpes publient le *Livre blanc des internes de spécialités des régions Rhône-Alpes et Auvergne* (cité Rhône-Alpes, 2004). L'enquête, réalisée par Cemka-Eval⁷, a recueilli 446 réponses, avec un taux de réponse variable selon les facultés (54,5 % à Saint-Étienne, 50 % à Lyon, 40 % à Grenoble, 28 % à Clermont-Ferrand). L'objectif est « d'apporter une perspective innovante de la vision des jeunes médecins », en intégrant une « nouveauté en termes générationnel puisque les internes les plus jeunes sont issus de la réforme du 3^e cycle des études médicales (ECN) ». À l'objectif d'un apport de connaissances pour construire les termes du

5. L'enquête de 2003 a eu pour promoteurs le syndicat des internes des hôpitaux de Paris et l'URML Île-de-France dans le cadre de l'Observatoire de la démographie médicale d'Île-de-France (citée Île-de-France, 2003).

6. La région Picardie a la densité la plus faible en médecins libéraux.

7. Cemka-Eval est un bureau d'études et de conseil indépendant spécialisé en économie de la santé, épidémiologie et santé publique. Créé en 1990 dans le cadre de la politique de valorisation de l'INSERM, il regroupe un ensemble multidisciplinaire de consultants qui interviennent dans le monde de la santé et de la pharmacie.

problème de la démographie médicale s'ajoute celui d'une mobilisation professionnelle pour interpeller les pouvoirs publics. Les auteurs invitent d'autres régions à « poursuivre le mouvement ». Les thèmes traités sont identiques, mais pas la formulation des questions.

Différentes enquêtes ont été réalisées sur les jeunes généralistes depuis une dizaine d'année⁸. Ces enquêtes n'ont pas toutes connu une diffusion élargie. On note, parmi les enquêtes plus récentes⁹, un souci de visibilité pour participer au débat public. On citera quelques enquêtes promues par des internes en médecine générale et ciblées sur l'évolution de la médecine générale. Leur objectif commun est de mieux connaître les aspirations des futurs omnipraticiens.

Une *Étude sur les mutations de la médecine générale* a été publiée en février 2005 par trois associations locales d'internes en médecine générale (affiliées à l'ISNAR-IMG), en collaboration avec l'URML Rhône-Alpes¹⁰ (citée Rhône-Alpes, 2005). L'objectif affiché est double : comprendre « les aspirations des futurs confrères » et les « transformations que les responsables de l'organisation du système de santé doivent prendre en compte ». 362 questionnaires d'internes en médecine générale repérés sur leur lieu de stage ont été traités (taux de retour de 58 %). Un questionnaire fermé de 44 questions projectives et prospectives a été traité par la société CAREPS¹¹.

Plus récemment (mai 2007), et toujours dans la même région, l'association des futurs médecins généralistes stéphanois a réalisé une enquête au cours d'un séminaire d'aide à l'installation, avec un questionnaire renseigné par 52 généralistes (citée Saint-Étienne, 2007a). Le but était de disposer de données locales et actuelles sur les perspectives professionnelles des internes. Paul Frappé, interne en médecine générale membre de l'association, a renouvelé l'enquête à la rentrée universitaire 2007-2008, dans la perspective d'un suivi à un an. Les résultats ont été rendus publics en novembre 2007 (citée Saint-Étienne, 2007b)¹².

Le magazine *Le Généraliste* a publié (19 octobre 2007) les résultats d'une enquête sur le choix de carrière en médecine générale (citée *Le Généraliste*, 2007). Il s'agit d'une enquête réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine générale sur le thème de l'installation¹³, fondée sur 827 questionnaires traités.

8. Par exemple par l'URML d'Aquitaine, *Enquête auprès des médecins généralistes ayant récemment débuté leur activité en Aquitaine*, 1996.

9. Il n'existe pas à notre connaissance de corpus exhaustif des enquêtes existantes. En avril 2003, l'URML de Basse-Normandie, en collaboration avec le département de médecine générale (DMG) de Caen, a réalisé une étude sur l'évolution de la formation et de l'exercice des futurs médecins généralistes (N = 153). En 2005, le DMG de Rennes a réalisé une enquête auprès de 126 étudiants de 3^e cycle sur ces mêmes thèmes.

10. En 1997, l'URML Rhône Alpes avait déjà réalisé une étude intitulée *Le Devenir professionnel des jeunes médecins diplômés dans la région Rhône-Alpes*, Lyon, URML Rhône-Alpes.

11. Le Centre Rhône-Alpes d'épidémiologie et de prévention sanitaire, situé à Grenoble, est un bureau d'étude associatif qui propose depuis 1981 une expertise spécialisée dans les domaines sanitaire, social et environnemental.

12. Une enquête portant également sur les perspectives professionnelles des internes de médecine générale (N = 157) a été menée sur l'interrégion Grand-Ouest en 2005-2006 et 2006-2007 à l'initiative du DMG de Rennes.

13. Thèse de O. Marchand soutenue en 2006, dont les résultats ont été analysés par trois « jeunes chercheurs » en médecine générale (O. Marchand, A. Flacher, N. Baude). O. Marchand était alors président de l'ISNAR.

Les services de l'État (régionaux ou de l'administration centrale) se sont également préoccupés de mieux connaître la dynamique des choix professionnels des futurs médecins généralistes. Ces enquêtes ne diffèrent pas des précédentes au plan des objectifs généraux et de la population étudiée. Toutefois, elles se caractérisent par des traitements plus approfondis et un souci de consensus dans la conduite de la démarche.

En juin 2006, la DRASS Île-de-France publie une enquête sur le choix professionnel des résidents et internes de médecine générale (citée Île-de-France, 2006), réalisée auprès de 773 internes en médecine générale, en partenariat avec le coordonnateur de la formation des internes, l'URML et l'URCAM. L'objectif est énoncé à partir du constat d'une plus faible densité de généralistes en Île-de-France, il s'agit de connaître « les intentions professionnelles des internes en formation ».

La Direction de la Sécurité sociale (DSS) [bureau économie de la santé] a fait réaliser par les sociétés Eurostaf et Kaliopé une enquête de juin à octobre 2006¹⁴ (citée Direction de la Sécurité sociale, 2006). D'une portée nationale, l'enquête associe une démarche qualitative par entretiens (18 étudiants, 12 médecins généralistes nouvellement installés)¹⁵ et une enquête quantitative (100 étudiants, 101 médecins généralistes installés). L'objectif était de vérifier que les mesures prises par les pouvoirs publics correspondaient aux besoins des futurs et actuels médecins généralistes et de les adapter si nécessaire, en cherchant à connaître les facteurs susceptibles d'influer sur les choix de spécialisation et de lieu d'exercice.

Enfin, en mars 2007, le CNOM a publié une enquête d'opinion réalisée par l'institut BVA sur les *attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel* (citée CNOM, 2007). Une enquête qualitative (20 entretiens) complète une partie quantitative (500 jeunes médecins, 3 701 étudiants [2 308 en DCEM2] et 1393 internes) réalisée de décembre 2006 à janvier 2007. L'objectif général était de connaître les attentes et motivations des étudiants et jeunes médecins (spécialistes et généralistes) par rapport à l'installation, dans le but de faire des propositions pour favoriser une implantation en zone démedicalisée.

■ ■ Des résultats convergents

Les enquêtes d'opinion examinées apportent des informations sur le choix d'installation, mais plus généralement sur le rapport au travail des jeunes générations, sur les modes et les lieux d'exercice souhaités ou choisis, sur le niveau d'adhésion aux principes de la médecine libérale.

Une analyse synthétique des résultats est présentée ici par thèmes, dans le but d'en dégager les principaux enseignements.

LE TEMPS DE LA FORMATION INITIALE :

UNE PÉRIODE QUI N'ENGAGE PAS L'EXERCICE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Le choix de la médecine générale est revendiqué par les internes comme par les jeunes médecins. Selon l'enquête DSS 2006, 98 % des internes disent avoir retenu la médecine générale parmi leurs choix (1,9 choix formulé en moyenne) et, pour 68 %,

14. La source analysée ici est le rapport final d'octobre 2006 (203 p.).

15. Les enquêtés ont été indemnisés, avec l'accord du CNOM sur le montant versé (non communiqué).

il s'agirait du premier choix. Parmi les facteurs motivants sont cités : un métier que l'on souhaite exercer depuis longtemps (21 %), l'intérêt et la variété de ce type de médecine (20 %), les relations avec la patientèle (19 %), la nécessité vu le classement (15 %). Parmi les médecins généralistes nouvellement installés, 95 % disent avoir choisi la médecine générale dont 76 % en premier choix. Les critères mis en avant sont l'intérêt et la variété de la pratique (26 %), les relations avec les patients (16 %), les obligations de choix au concours (16 %), l'impossibilité d'opter pour une autre spécialité ou de réussir l'internat (ancien système) (16 %).

Pour autant, ce choix de l'orientation en médecine générale ne conduit pas nécessairement à vouloir exercer le métier de généraliste. L'enquête Île-de-France 2006 montre que 78 % des internes en médecine générale envisagent d'exercer comme généraliste, 10 % non et 12 % ne savent pas.

Le rôle des stages chez le praticien est jugé important. 90 % des internes ayant effectué un tel stage le jugent formateur (79 % des jeunes médecins installés) et 78 % déclarent qu'il les a confortés dans leur choix professionnel (22 % non), les médecins installés étant 86 % dans ce cas. Le stage est jugé formateur pour les relations aux patients d'abord (29 % des internes concernés et 28 % des jeunes médecins), pour les connaissances médicales (24 % et 23 %), pour les connaissances administratives (21 % et 22 %), enfin pour la gestion vie professionnelle et personnelle (17 % et 22 %). Il y a donc l'apprentissage du métier de généraliste et celui de l'exercice en libéral¹⁶. Une thèse de médecine générale récente montre que 98 % des internes de médecine générale interrogés (N = 145) estiment le stage chez le praticien nécessaire et que, à l'issue du stage, 7 % des répondants se disent déçus par la médecine générale, 22 % le sont peut-être et 71 % ne le sont pas¹⁷.

LE TEMPS LIBRE : UNE VALEUR QUI COMPTE AVEC UNE AMPLITUDE VARIABLE SELON LE GENRE ET LA SITUATION FAMILIALE

Les jeunes générations partagent un même souci d'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée. Les enquêtes réalisées auprès d'internes de spécialité ou auprès d'internes en médecine générale offrent des résultats convergents.

La question du temps de travail souhaité est posée aux internes de médecine générale de la région Rhône-Alpes (2005), avec un distinguo « avec ou sans enfants ».

TABLEAU 1

INTERNES EN 3^e CYCLE DE MÉDECINE GÉNÉRALE RHÔNE-ALPES (N = 362 RÉSULTATS), EN %

Amplitude temps travail projeté	Hommes		Femmes	
	Sans enfants	Avec enfants	Sans enfants	Avec enfants
Temps plein	75	62	60	11
Temps partiel > 1/2	8	27	14	68
Mi-temps et moins	1	3	0	15
N'exercera pas	1	1	0	0
Ne sait pas	15	7	26	6

16. Parmi les internes de spécialité, la possibilité d'un stage en libéral est approuvée par environ 70 % des répondants (Rhône-Alpes, 2004), surtout en chirurgie (87 %) et pédiatrie (83 %), moins en anesthésie (60 %).

17. Samuel Béhar, *L'Influence du stage chez le praticien sur les internes de médecine générale*, thèse de médecine générale soutenue en décembre 2007, université de Rennes.

La variable « enfants à charge » produit un effet important, qui accroît encore l'effet de genre. Un tiers des internes hommes déclarent envisager de travailler à temps partiel s'ils ont des enfants, et 83 % des internes femmes sont dans le même cas. Le temps partiel dont il est question semble être proche d'un 80 %, le mi-temps est minoritaire.

D'une enquête à l'autre, les résultats peuvent fluctuer, mais le souhait de temps partiel reste essentiellement féminin. L'enquête réalisée en mai 2007 dans la même région (Saint-Étienne, 2007a) indique que 37 % des internes en médecine générale envisagent de travailler à temps partiel (60 % des femmes, 5 % des hommes), 60 % pensent exercer à plein temps (40 % des femmes, 95 % des hommes). La notion de temps partiel est relative : pour un tiers des répondants, il s'agit d'un mi-temps, pour un autre tiers, d'un deux tiers de temps et enfin pour un dernier tiers d'une activité à 80 %¹⁸.

La possibilité d'aménager le temps de travail est un facteur qui influence le « choix de carrière ». Dans l'enquête Rhône-Alpes 2005, l'amplitude horaire journalière est l'élément le plus souvent cité comme tout à fait déterminant, la possibilité de travailler à temps partiel vient après.

TABEAU 2

FACTEURS LIÉS AUX CONDITIONS DE TRAVAIL SUSCEPTIBLES D'INFLUENCER LE CHOIX DE CARRIÈRE
(% DE RÉPONSE OUI)

	Hommes	Femmes	Total
<i>L'amplitude horaire journalière</i>			
Influencera dont	87,5	95,5	92,5
Influencera beaucoup	42,0	69,0	59,0
Influencera un peu	45,5	26,5	33,5
<i>Possibilité de travailler à temps partiel</i>			
Influencera dont	53,0	89,0	75,0
Influencera beaucoup	21,0	53,0	41,0
Influencera un peu	32,0	36,0	34,0

On observe une variation assez significative des réponses selon les facultés d'origine, les internes lyonnais se déclarant plus sensibles à l'aménagement du temps de travail que leurs homologues de Grenoble ou Saint-Étienne, à *sex ratio* comparables. Faut-il penser, à titre d'hypothèse, que le changement dans le rapport au travail serait plus marqué en milieu urbain ?

Chez les généralistes, 68 % des internes disent penser qu'ils travailleront probablement moins que leurs aînés, 19 % pareil, 3 % probablement plus et 10 % ne savent pas (Rhône-Alpes, 2005). Ils imaginent qu'ils travailleront environ 42 heures par semaine (41 heures pour les femmes, 44 heures pour les hommes), c'est-à-dire, selon eux, 9 demi-journées avec 6 semaines de vacances. Les écarts horaires avec ce

18. Une thèse de médecine générale a établi le seuil du temps partiel à moins de 44 heures par semaine. Bourgeois Daubias B., *La Médecine générale libérale à temps partiel*. Enquête qualitative auprès de généralistes installés en Bretagne, université de Rennes, avril 2004.

qui est pratiqué dans leur région (Rhône-Alpes), et qu'ils peuvent observer en stage (48 heures semaine dont 54 heures pour les hommes et 42 heures pour les femmes), sont importants. En revanche, le nombre de demi-journées hebdomadaires et de semaines de vacances envisagé est assez voisin.

Équilibre entre vie privée et vie professionnelle

Les enquêtes montrent que la définition de l'activité professionnelle est fondée sur des compromis. L'enquête auprès des internes de médecine générale (Rhône-Alpes, 2005) apporte des éléments pour étayer ce constat. Sous le titre « Renoncements consentis », le rapport étudie ce que les futurs généralistes se disent prêts à faire (réduire leur activité, changer d'orientation) dans différentes circonstances (élever des enfants, suivre leur conjoint ou privilégier leur vie de couple, avoir plus de temps libre et de loisirs). D'une manière générale, les femmes plus que les hommes se disent prêtes à aménager leur activité pour élever des enfants ou suivre leur conjoint, alors que le rapport s'inverse pour ce qui est du temps libre ou de loisirs où les hommes sont les plus nombreux à se dire prêts à modifier leurs conditions de travail.

72 % des internes déclarent qu'ils seraient prêts à modifier leurs conditions d'exercice professionnel (réduction du temps de travail) pour élever des enfants (84 % des femmes et 53 % des hommes répondent « oui, sûrement »). 59 % des internes déclarent qu'ils seraient prêts à modifier leurs conditions d'exercice professionnel pour suivre leur conjoint et privilégier leur vie de couple (64 % des femmes et 51 % des hommes). Pour avoir plus de temps libre et de loisirs, 41 % des internes déclarent qu'ils seraient prêts à modifier leurs conditions d'exercice professionnel (39 % des femmes et 43 % des hommes).

Une question synthétise ce point. « *En définitive, si vous avez plus tard à faire des choix entre votre vie professionnelle et votre vie privée, que privilégieriez-vous ?* » L'item « Plutôt la vie professionnelle » n'est choisi que par 4 % des internes (2 % des femmes, 7 % des hommes), tandis que « Plutôt la vie familiale et privée » l'est par 78 % des futurs généralistes (82 % des femmes, 72 % des hommes). 18 % ne se prononcent pas.

LE MODE D'EXERCICE ENVISAGÉ : QUELLE MÉDECINE LIBÉRALE ?

Le mode d'exercice envisagé par les internes et jeunes médecins est abordé dans les enquêtes selon plusieurs dimensions :

- le statut libéral ou non de l'activité, sachant qu'entre l'exercice libéral exclusif et le salariat plein temps existent des modes appelés mixtes plus ou moins proches de l'un ou de l'autre pôle ;
- la nature de l'activité, les jeunes généralistes envisagent différentes façons d'exercer la médecine générale, de l'omnipratique dite traditionnelle (la médecine de famille) à des formes de spécialisations fondées ou non sur des diplômes complémentaires ;
- l'exercice isolé ou en groupe, cette dernière modalité recouvrant des réalités diverses.

L'intitulé des questions varie d'une enquête à l'autre, en sorte qu'il est difficile de rapprocher point par point les résultats. De plus, le mode d'exercice est souvent envisagé comme une combinaison de modes d'activité.

Doit-on penser, avec l'enquête DSS 2006, que les internes de médecine générale ont déjà élaboré un projet d'installation ? Dans cette enquête, 83 % des internes ont répondu oui à la question « Avez-vous déjà élaboré un projet d'installation ? » (17 % non). Le mot « projet » ayant été introduit dans la question précédente (sur l'effet du stage chez le praticien qui a ou non « conforté votre projet professionnel »), on peut se demander si son adoption n'a pas été systématique dans le sens « a déjà pensé à », d'autant que les entretiens qualitatifs qui complètent le sondage conduisent à un constat inverse, à savoir que les internes n'ont pas vraiment de projet professionnel.

De jeunes généralistes évoquent (Saint-Étienne, 2007a), comme mode d'exercice envisagé après l'internat, un remplacement temporaire (66 %), le salariat temporaire (15 %, que des femmes), un mode définitif (19 %). Autrement dit, nombreux sont les jeunes généralistes qui prévoient de « tester » un mode d'exercice de la médecine générale qui leur convienne. Et leurs opinions sont analysées en tant que « projets professionnels ».

Les déclinaisons de l'exercice libéral

À la question « *Quel mode d'exercice envisagez-vous si les conditions le permettent à l'horizon 2010-2015 ?* », les internes de médecine générale répondent : certainement libéral exclusif 11 %, probablement libéral exclusif 28,5 %, certainement salarié exclusif 5,5 %, probablement salarié exclusif 9 %, mixte 39,5 %, ne travaillera probablement pas 0,3 %, ne sait pas du tout 7 %¹⁹. L'attrait « idéalisé » pour l'exercice mixte est analysé comme signe d'une difficulté à concevoir une coupure radicale avec le milieu hospitalier de formation. La plupart des internes expriment soit un choix incertain (« probablement » 37,5 %), soit un choix mixte (39,5 %).

L'indécision est plus forte chez les internes d'Île-de-France interrogés en 2006²⁰. Parmi ceux qui souhaitent exercer la médecine générale (76 %), 25 % sont indécis quant au mode d'exercice, 30 % envisagent l'exercice libéral exclusif (dont 25 % des femmes) et 46 % citent un mode mixte libéral et salarié. L'effet de genre est sensible, comme l'indique le tableau suivant :

TABEAU 3

EFFET DU GENRE SUR LE MODE D'EXERCICE ENVISAGÉ (N = 580 DONT 183 HOMMES ET 397 FEMMES)

Mode d'exercice	Exercice mixte			Mode salarié		
	Ensemble	H	F	Ensemble	H	F
Oui	46,0	39,0	50,0	42,0	35,5	44,5
Non	27,0	34,0	23,0	40,5,0	46,5	38,0
NSP	27,0	27,0	27,0	18,0	18,0	17,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

19. URML Rhône-Alpes, *Étude des mutations de la médecine générale. Enquête auprès des internes en médecine générale de Rhône-Alpes*, étude réalisée par CAREPS, février 2005, 67 p.

20. Observatoire régional de la démographie médicale d'Île-de-France, URML Île-de-France, Syndicat des internes des hôpitaux de Paris, *Livre blanc des internes. À quoi rêvent les jeunes spécialistes ?*, Paris, novembre 2003, 48 p., et synthèse 4 p.

50 % des femmes ayant répondu au questionnaire souhaitent exercer en mode mixte et 44,5 % en mode salarié. Mais, comme on l'a vu, 25 % des femmes déclarent souhaiter exercer en mode libéral exclusif. Ce qui signifie que quelques réponses sont contradictoires, une certaine prudence dans l'interprétation s'impose et la consistance des souhaits exprimés ne doit pas être surestimée.

Quand la question est plus tranchée, la distribution des réponses l'est aussi. L'enquête DSS 2006 proposait un choix binaire, sans item sur le salariat : « *Quel statut aurait votre préférence ?* » Les réponses sont : libéral exclusif 51 %, mixte ville-hôpital 49 %. L'exercice libéral est apprécié en ce qu'il permet une liberté d'organisation personnelle, une indépendance (26 %), la qualité de vie est citée aussi (15 %). Une autre enquête (*Le Généraliste*, 2007) propose : « *Souhaitez-vous vous orienter vers un mode d'exercice libéral ?* » Oui 38,5 %, non 61,5 %. Mais la même enquête indique que 49 % des internes interrogés citent « la médecine générale libérale » comme type d'exercice médical souhaité dans l'idéal, bien avant la médecine mixte (28 %), les exercices successifs (10 %), la médecine hospitalière (9 %), la médecine salariée extra-hospitalière (4,5 %).

L'enquête CNOM de 2007 aborde le mode d'exercice par le lieu : « *Comment souhaitez-vous exercer à l'avenir ?* (2 réponses possibles) ». Les réponses des étudiants (internes de médecine générale et de spécialité confondus) sont les suivantes : en cabinet individuel 11 %, en cabinet de groupe 56 %, en hôpital 48 %, en établissement de santé (dispensaire, clinique) 31 %, sous une autre forme salariée 6 %, ne sait pas 1 %. Le rapport d'enquête recalcule les résultats sur une base 100 et synthétise les résultats ainsi : libéral 62 %, salarié 30 %.

TABLEAU 4

VARIATION DE LA DISTRIBUTION DES SOUHAITS EXPRIMÉS PAR LES INTERNES QUANT AU MODE D'EXERCICE FUTUR DANS DIFFÉRENTES ENQUÊTES. RÉSULTATS EXPRIMÉS EN %

Enquête sources	Effectifs	Libéral exclusif	Salarié	Mixte	NSP
Picardie 2004	35 médecine générale	54	8	37,5	
Rhône-Alpes 2005	362 médecine générale	38,5	14,5	39,5	7
Île-de-France 2006	753 médecine générale	30		46	25
DSS 2006	100 médecine générale	51		49	
CNOM 2007	1 393 spé. médecine générale	62	30		
<i>Le Généraliste</i> 2007	827 médecine générale	49	13,5	28	
Saint-Étienne 2007b	124 médecine générale	42	10	10	

Les résultats ne sont pas strictement comparables car la formulation des questions diffère d'une enquête à l'autre.

Une enquête (*Le Généraliste*, 2007) s'intéresse aux raisons d'un choix autre que la médecine libérale. Les internes qui déclarent ne pas vouloir s'orienter vers un mode d'exercice libéral (61,5 %) citent les réponses suivantes : horaires aménagés (13 %), activité variée (13 %), avantages sociaux (11 %), travail en réseau (11 %), temps libre (9 %), moins de charges (2 %), rémunération différente (1 %), statut social (0,6 %).

L'autonomie, mais pas l'isolement

Comme on l'a vu, plusieurs enquêtes distinguent le mode libéral isolé de l'exercice libéral de groupe. Dans toutes les enquêtes qui abordent ce point, l'attraction de l'exercice de groupe est très supérieure à celle de l'activité isolée. Pour les internes pensant opter pour l'exercice libéral (39 %, Rhône-Alpes, 2005), le mode d'exercice envisagé à l'horizon 2010-2015 est : seul(e) 3 %, cabinet de groupe de médecine générale 67 % (femmes 73 %, hommes 57 %), centre pluridisciplinaire libéral 18 % (femmes 15 %, hommes 24 %), ne sait pas du tout 11 %. Autrement dit, le souhait d'exercer dans un collectif de travail rassemble 85 % des souhaits exprimés. Le commentaire souligne que « les aspirations des nouvelles générations contrastent singulièrement avec la réalité actuelle, tout en sachant que les conditions ne permettront probablement pas à tous les étudiants de satisfaire leur souhait ».

Le tropisme de l'exercice de groupe n'est pas différent dans l'enquête DSS 2006 : le mode d'exercice préféré est le groupe (91 %) plutôt qu'individuel (8 %). Selon les *verbatim* de l'enquête, pour 34 % le groupe permet de conjurer l'isolement (difficultés à se faire remplacer, pas d'échanges professionnels).

Quand la question est posée « à long terme » (Saint-Étienne, 2007a), les réponses sont plus partagées²¹ : libéral seul 2 %, libéral en groupe 62 %, exercice mixte 27 %, salariat 9 %, remplacement 0 %. Pour les promoteurs de l'enquête, ces résultats traduisent « une certaine peur de l'isolement ». L'enquête suivante réalisée dans la même faculté donne des résultats globalement proches : libéral seul 5 %, libéral en groupe 63 %, exercice mixte 15 %, salariat 15 %, remplacement 1 %.

Les souhaits exprimés par les internes ne sont pas assimilables à l'expression d'un projet ou d'une volonté déterminée. Il s'agit plutôt d'une représentation de ce qui semble optimal en matière de mode d'exercice. Les enquêtes réalisées auprès de jeunes médecins installés permettent de prendre la mesure de cette observation. Ainsi, une enquête²² réalisée en 2006 auprès de jeunes généralistes installés en libéral montre que 12 % ont un exercice mixte avec des fonctions hospitalières (et 88 % sont en libéral exclusif). La recherche d'activité complémentaire, nécessaire à une forme d'exercice « mixte », semble prématurée pour beaucoup de nouveaux installés. D'autre part, on observe que les modes d'installation sont pour 44 % la création d'un cabinet, pour 19 % la reprise d'une clientèle et pour 35 % l'association dans un groupe. On voit donc que le souhait d'exercer en groupe, qui passe pour unanime, n'entraîne pas nécessairement une traduction immédiate dans les faits. 50 % des médecins nouvellement installés exercent en groupe et 50 % en individuel. Les raisons évoquées sont, pour les premiers, le partage des tâches et des charges, l'intérêt du travail en commun (30 %), pour les seconds, la liberté d'organisation et l'indépendance d'abord (34 %), les raisons familiales (13 %) ou une opportunité (8 %) étant les autres raisons évoquées.

21. Les pourcentages sont calculés ici sur les seuls répondants : 46 sur 86 pour la première enquête, 78 sur 124 pour la seconde.

22. Direction de la Sécurité sociale, *Enquête auprès de médecins généralistes nouvellement installés et d'internes en médecine générale. Les déterminants du lieu d'installation et la perception des aides à l'installation en zones sous-médicalisées*, Rapport d'étude réalisé par Eurostaf Kaliope, Paris, 2006, 202 p., et synthèse de 22 p.

Tout se passe comme si le salariat servait de modèle implicite

L'exercice professionnel est envisagé dans une perspective de compatibilité avec la vie privée mais aussi dans la perspective à plus long terme d'une vie de travail.

Une enquête a cherché à éclairer le souci d'un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, en parlant de « critères susceptibles de guider le choix de carrière ». L'enquête (Rhône-Alpes, 2005) demandait aux internes de médecine générale de classer (de 1 à 4) quatre critères allant guider leur choix de carrière : l'intérêt intellectuel, les conditions de travail, les aspects financiers, la qualité de vie privée et familiale.

TABLEAU 5

CRITÈRES DE CHOIX CITÉS EN PREMIER ET EN SECOND SELON LE SEXE (N = 339), EN %

Choix cités	Hommes		Femmes		Total	
	1 ^{er}	1 ^{er} et 2 ^e	1 ^{er}	1 ^{er} et 2 ^e	1 ^{er}	1 ^{er} et 2 ^e
Qualité de vie	54	82	67	92	62	89
Intérêt intellectuel	23	45	16	52	19	49
Conditions de travail	18,5	51	15	45	17	47
Aspects financiers	6,5	23	1	11	3	15

Les femmes attachent plus d'importance à la qualité de vie que les hommes.

Quand la question est moins générale, les « conditions de travail » devenant « amplitude horaire journalière », « contraintes liées aux gardes », « possibilité de travailler à temps partiel ou d'interrompre temporairement son activité », les réponses sont à la fois plus nombreuses et plus contrastées selon le genre. Les femmes se déclarent beaucoup plus sensibles aux contraintes temporelles de l'organisation du travail.

TABLEAU 6

FACTEURS LIÉS AUX CONDITIONS DE TRAVAIL SUSCEPTIBLES D'INFLUENCER LE CHOIX DE CARRIÈRE, OUTRE L'INTÉRÊT DU MÉTIER, EN FONCTION DU SEXE (N = 362), EN %

Influence sur choix	Hommes		Femmes		Total	
	Beaucoup	Un peu	Beaucoup	Un peu	Beaucoup	Un peu
Amplitude horaire/jour	42	45	69	26	59	33
Contraintes gardes	33	47	57	37	48	41
Possibilité temps partiel	21	31	53	36	41	34
Interruption activité	26	46	38	47	34	47

Les écarts les plus importants entre femmes et hommes concernent les facteurs liés au travail quotidien. En ce qui concerne la modalité « influence beaucoup », l'écart est de + 28 points pour le temps partiel, de + 27 points pour l'amplitude horaire quotidienne, de + 24 points pour les gardes et de + 12 points pour l'interruption d'activité. Ce résultat est important en ce qu'il montre que, pour les internes, l'organisation du travail est un élément essentiel pour apprécier le mode d'exercice futur.

De la médecine générale à la spécialisation

La médecine générale n'est pas toujours omnipraticienne. Les modes d'exercice particulier (MEP), les « orientations » plus ou moins revendiquées sont comme des

formes de spécialisation au sein de la médecine générale²³. Il semble que ces formes de spécialisation soient envisagées par certains internes dès leur formation : 35 % des internes souhaitant exercer la médecine générale (Île-de-France, 2006) envisagent de préparer une spécialisation (urgences 39 %, gériatrie 14 %, maladies infectieuses 10 %, autres 37 %).

Les enquêtes montrent que les jeunes généralistes sont nombreux à vouloir compléter leur formation et, pour certains, à vouloir se spécialiser. Quand on leur demande s'ils envisagent une formation complémentaire, les internes en médecine générale (Rhône-Alpes, 2005) répondent certainement 58 %, probablement 32 %, *a priori* non 8 %, non réponse 2 %. Ce qui est envisagé : DU dans une discipline médicale 75 %, capacité 53 %, autre (formation non médicale) 12 %. Parmi les internes stéphanois, 21 % avaient une formation complémentaire en cours ou validée en 2006, et 64 % déclaraient envisager d'en faire une (Saint-Étienne, 2007a). Ces chiffres sont de 14 % et 85 % dans le suivi à un an (Saint-Étienne, 2007b). Les DESC sont de plus en plus cités parmi les formations envisagées²⁴.

En Île-de-France, 16 % des internes en 3^e cycle de médecine générale préparaient une spécialisation en 2003, 41 % en 2004 et plus de la moitié en 2005, le phénomène s'accroissant dans les promotions récentes²⁵. Parmi les internes stéphanois, 9 % suivent ou ont validé un DESC et 47 % en envisagent un (urgences, médecine du sport, gériatrie, gynécologie sont les plus cités) (Saint-Étienne, 2007b).

Quand on demande aux internes en médecine générale pensant opter pour l'exercice libéral (ils sont 39 % dans l'enquête Rhône-Alpes, 2005), le détail du mode d'exercice envisagé à l'horizon 2010-2015, on obtient les réponses suivantes : exercice traditionnel de la médecine générale, mode unique 45 % ; exercice traditionnel avec orientation (exemple nutrition) 26,5 % ; activité spécifique exclusive (angiologie, médecine du sport) 11 % ; MEP prédominant 6 % ; ne sait pas encore 10 %. Avant même de s'installer, 17 % des internes pensent à un exercice spécialisé. Dans l'esprit des internes interrogés, médecine générale ne rime plus nécessairement avec médecine de famille.

LES CRITÈRES DE CHOIX DE L'INSTALLATION VARIENT SELON L'AVANCÉE DE LA FORMATION

Dans les enquêtes, le mot installation dépasse l'installation en cabinet libéral pour signifier l'entrée dans la vie professionnelle active et le « choix de l'installation » est traité soit comme choix du lieu (région, zone d'habitation urbaine *versus* rurale), soit comme une mesure de l'influence de différents critères dans le processus de choix. La question n'est pas perçue avec la même pertinence selon que l'on débute l'internat, que l'on achève ses études ou encore que l'on pense différer la décision.

23. Voir Alain Giami qui parle de spécialisation informelle in Bloy G. et Schweyer F.-X., *Les Médecins généralistes. Sociologie de la médecine générale*, à paraître en 2008 aux éditions EHESP.

24. Dans l'enquête 2006-2007 sur les internes de médecine générale de l'interrégion Grand-Ouest, « 51 % envisagent un DESC et 6 % ne savent pas ». Parmi les DESC envisagés : urgences (30), médecine du sport (15), gériatrie (11).

25. Document Île-de-France 2006, p. 5.

Une période de remplacement souhaitée avant l'installation

Depuis longtemps déjà, l'installation n'est plus considérée comme le début de la vie professionnelle (Baszanger, 1983 ; Herzlich *et al.*, 1993). Une période de remplacement est envisagée par 66 % des internes de médecine générale comme mode d'exercice après l'internat (Saint-Étienne, 2007a). Près de neuf médecins généralistes sur dix ont effectué des remplacements avant de s'installer eux-mêmes (87 %, DSS 2006). 10 % d'entre eux ont remplacé pendant plus de cinq ans, et 48 % moins de vingt mois. La période de remplacement a conforté 23 % d'entre eux à s'installer localement, et 20 % disent y avoir trouvé un projet d'association, 14 % la justification pour s'installer seul.

La perspective d'une installation différée est ainsi partagée par une partie des internes, qu'ils soient généralistes ou spécialistes. Cette disposition explique peut-être la proportion parfois importante de non-réponses aux questions sur la localisation de l'installation.

Lieu de stage et lieu de l'installation

Un décalage peut exister entre le lieu où s'est effectué le stage et le lieu d'installation. C'est ce que montre l'enquête DSS 2006, effectuée auprès de généralistes nouvellement installés. La moitié des stages ont été fait en centre-ville alors que 29 % des médecins s'y sont installés. Inversement, si 33 % des étudiants ont effectué leur stage en zone rurale et semi-rurale, 45 % déclarent s'y être installés.

TABLEAU 7

TYPE D'ENVIRONNEMENT ET D'AGGLOMÉRATION : LIEU D'INSTALLATION DES JEUNES GÉNÉRALISTES
EN COMPARAISON AVEC LEUR LIEU D'ÉTUDES (RÉPONSES EN % DE CITATION)

	Type d'environnement		Type d'agglomération		
	Installés	Lieu de stage		Installés	Lieu de stage
Centre-ville	29	49			
Zone rurale	27	17	+ 100 000 habitants	49	42
Zone périurbaine	26	17	De 10 000 à 100 000 habitants.	26	26
Zone semi-rurale	18	16	-10 000 habitants	26	32
Total	100	100	Total	100	100

Le choix d'une région

Les régions sont, on le sait, plus ou moins attractives et c'est d'ailleurs le déficit d'attractivité qui a motivé la réalisation d'enquêtes auprès de futurs médecins dans plusieurs d'entre elles. Un des effets prêté aux épreuves classantes nationales (ECN) est le désir de mobilité accru du fait d'un recrutement qui serait plus exogène aux facultés. Ce phénomène serait surtout sensible pour les spécialistes. Selon le livre blanc des internes de Picardie (2004), ce sont des éléments concrets (lieux de rencontre entre médecins, information sur les besoins locaux, sur les opportunités de formation ou d'installation) qui seraient susceptibles d'encourager l'installation locale.

La DRASS Île-de-France, également mobilisée sur cette question (Île-de-France, 2006), pose la question suivante : « Avez-vous l'intention d'exercer en Île-de-France ? » Les internes en médecine générale interrogés ont répondu oui à 61 %, non à 16 %, 33 %

ne se sont pas prononcés. Le commentaire conclut que « près de la moitié des étudiants ne souhaitent pas exercer en Île-de-France, invoquant le souhait d'une meilleure qualité de vie ». Or l'enquête indique clairement que, si 16 % des internes ne souhaitent pas exercer dans la région, 33 % n'ont pas d'avis ou ne se sont pas posé la question. D'ailleurs, à propos des motifs d'exercice hors de la région, 24 % des femmes et 13 % des hommes évoquent le rapprochement familial, ce qui ne met pas en cause la région. Même dans une région jugée attractive (Rhône-Alpes) où 69 % des internes de médecine générale déclarent vouloir s'installer, 12 % souhaitent aller dans une autre région et 18 % ne savent pas (Rhône-Alpes, 2005).

Entre la ville et la campagne

Le lieu d'installation est aussi abordé par les types de zones d'habitation. La catégorisation est changeante d'une enquête à l'autre, et pas toujours précisément définie. En Rhône-Alpes, quatre items qualifient le « lieu d'installation privilégié » par les internes de médecine générale (Rhône-Alpes, 2005). Les réponses sont les suivantes : agglomération de taille relativement importante 16,5 %, dans une ville moyenne 32 %, dans une petite ville 36 %, en milieu rural 13 %, ne sait pas 3 %. Il est difficile d'apprécier ce que recouvre chaque catégorie, la petite ville vu par un Lyonnais n'est peut-être pas la même que ce qu'envisage un interne originaire de la Dombes. À Saint-Étienne, les futurs généralistes envisagent de s'installer en milieu urbain (23 %), semi-rural (68 %), rural (9 %) et 10 % ne savent pas (Saint-Étienne, 2007a)²⁶. La dernière enquête connue (*Le Généraliste*, 2007) confirme la recherche d'un compromis entre milieu urbain et milieu rural. Les internes de médecine générale disent souhaiter exercer la médecine libérale en milieu urbain (15,5 %), péri-urbain (27 %), semi-rural (43 %), rural (8 %). 7 % ne savent pas. Et 34 % déclarent souhaiter s'installer dans leur ville ou canton d'origine. Ce résultat est important car il montre que le choix se fait en fonction d'un cadre de référence et que, de ce point de vue, il serait utile de connaître le lieu d'origine des internes qui est un des facteurs de choix.

Une enquête qui distingue le type d'environnement (« *Dans quel type d'environnement souhaiteriez-vous vous installer ?* ») du type d'agglomération (même formulation) met au jour la faible consistance des réponses (DSS, 2006). Ainsi, 29 % des internes répondent « zone rurale » et 17 % « zone semi-rurale », soit 45 % qui déclarent envisager s'installer en zone rurale ou semi-rurale, mais ils ne sont que 27 % à choisir une commune de moins de 10 000 habitants. Le sens des items est incertain.

26. Le commentaire relativise la portée des résultats et précise qu'un interne a qualifié une ville de moins de 60 000 habitants de « semi-rural ». Les résultats de l'enquête réalisée en octobre 2007 dans la même faculté confirment les préférences exprimées : rural 8 %, semi-rural 75 %, urbain 17 %.

TABLEAU 8

**TYPE D'ENVIRONNEMENT ET D'AGGLOMÉRATION SOUHAITÉ PAR LES ÉTUDIANTS POUR LEUR INSTALLATION
(RÉPONSES EN % DE CITATION)**

Dans quel type d'environnement souhaiteriez-vous vous installer ?		Dans quel type d'agglomération souhaiteriez-vous vous installer ?	
Centre-ville	29	Type agglomération	
Zone rurale	29	> 100 000 habitants	38
Zone périurbaine	25	10 000 à 100 000 habitants.	34
Zone semi-rurale	17	< 10 000 habitants	27
Total	100		100

On retrouve la même difficulté dans l'enquête du CNOM (2007). La question suivante était posée aux internes et aux jeunes médecins : « *Seriez-vous prêt à exercer à l'avenir : dans une petite ville de province, en banlieue pavillonnaire de grande ville, en zone rurale (village, bourg), en banlieue de grande ville dans une cité populaire* ». La question ne donne aucune définition, les enquêtés répondent donc en se fondant sur leurs représentations personnelles. Face aux résultats, le lecteur ignore le sens donné à chaque item.

Les résultats des enquêtes convergent en ce qu'ils montrent, quel que soit l'intitulé des questions, l'attrait d'une forme idéalisée de compromis souhaité entre la qualité de vie offerte par l'environnement, le type de relation avec la clientèle, la diversité des pathologies traitées, etc., exprimée le plus souvent par les formulations « semi-rural », « ville moyenne », « petite ville ».

Parmi les évolutions constatées, la dissociation faite entre le lieu d'habitation et le lieu de travail peut avoir des effets importants sur la densité médicale. Plusieurs enquêtes, parmi les plus récentes, évoquent la distance souhaitée entre le lieu d'exercice et le lieu d'habitation. Si l'on retient les deux enquêtes réalisées à Saint-Étienne (mai 2007, octobre 2007), intéressantes vu l'environnement rural proche, on observe que la distance envisagée entre le lieu d'exercice et le lieu d'habitation est de 0-20 km pour 12 % et 22 %, 21-40 km 47 % et 28 %, 41-80 km 29 % et 22 %, plus de 80 km 12 % et 28 %. Les chiffres fluctuent d'une enquête à l'autre, de même que le taux de réponse (50 % et 32 %). D'autre part, le fait que seulement 20 % des internes qui s'expriment aient des enfants affaiblit la portée de ces résultats dans la mesure où l'évolution de la situation familiale est un facteur déterminant. Toutefois, et en dépit de ces réserves, il semble que la mobilité quotidienne ne soit pas rejetée *a priori*²⁷.

Les enquêtes mettent aussi en lumière une relative méconnaissance de l'environnement. Par exemple, l'enquête réalisée en 2004 en Picardie montre que la situation démographique régionale est largement ignorée par les internes (61 % ignorent les données régionales, 59 % déclarent ignorer les secteurs déficitaires). De même pour les modalités d'installation en libéral qui sont ignorées par 78 % des internes et le coût d'une installation par 80 %. En fait, c'est au moment de s'installer que les jeunes médecins cherchent des informations. Sur 100 jeunes installés, 90 % déclarent s'être informés, 47 % auprès de sources diverses, 35 % auprès de la Sécurité sociale

27. Le rapport d'enquête (Saint-Étienne, 2007b) présente une carte avec des cercles de 25 km de rayon autour des villes ayant un centre hospitalier et indique que les zones qui auront des difficultés se trouvent en dehors de ces aires d'attraction.

(et CPAM), 34 % auprès de l'Ordre, 8 % de collectivités locales, 7 % de syndicats étudiants, 5 % de la Faculté de médecine, 3 % de l'URML (DSS, 2006).

Le choix d'installation se fait dans un registre de préférence tout autant que de nécessité

Contrairement à ce qui existe dans d'autres professions libérales (architectes, avocats), le début de carrière des médecins n'est pas marqué fortement par les difficultés à se faire reconnaître par les pairs ou à conquérir une clientèle (et donc des moyens de subsistance) (Lapeyre, Robelet, 2008). Sauf à s'installer dans une zone surmédicalisée, les jeunes médecins ont l'assurance d'un niveau d'activité et de revenus acceptables dès le début de leur exercice. Cette particularité explique que le choix d'installation se pose d'une façon très ouverte. La question n'est pas d'abord de rechercher ou de décrocher une place disponible, elle est de trouver le meilleur compromis possible selon les offres qui se présentent.

Les étudiants en médecine et les jeunes installés n'ont pas les mêmes points de vue: l'exemple du lieu d'installation

Par souci de lisibilité, et de simplification peut-être, la présentation des résultats d'enquête évoque « les jeunes médecins » ou « le lieu d'installation » par exemple. Or les jeunes médecins représentent une population hétérogène dont les conditions de vie sont variables (étudiants, jeunes installés, célibataires, couples double actif ou non, ayant ou non charge d'enfants). Les motivations et les critères de choix peuvent être très différents selon les situations individuelles, mais les résultats des enquêtes privilégient le plus souvent les regroupements ou les majorités plutôt que les variables discriminantes. D'une enquête à l'autre se produit un effet de halo, ou de convergence artificielle, par répétition. Les questions relatives au lieu d'installation illustrent cette observation.

Les questions ne distinguent pas le lieu de vie du lieu d'exercice, comme si le médecin relevait encore du modèle artisanal où l'on vit au-dessus de sa boutique. Le lieu d'installation, dans la formulation des questions, n'est pas géographique, il signifie indistinctement l'environnement, le cadre de travail et de vie. Dans les intitulés, les critères liés à la qualité et aux conditions de vie priment sur les critères plus professionnels. C'est d'ailleurs une constante dans les enquêtes, les activités professionnelles et le travail proprement dit sont peu traités par rapport aux conditions de vie ou aux situations d'emploi. De même, les besoins de la population n'apparaissent que très peu.

Ainsi, en 2003, parmi les critères influençant le choix d'installation (ensemble d'items proposés dans le questionnaire), la « possibilité professionnelle du conjoint » est jugé le plus important (77,5 % des internes de spécialité). Et plus par les femmes (80 %) que par les hommes (75 %). Les critères liés à la qualité de vie viennent ensuite: qualité de vie dans le quartier (74 %), proximité services culturels (73 %), proximité établissement scolaire, (65 %). On ne note pas de différence significative entre femmes et hommes. *A contrario*, et sur un plan professionnel, les critères liés à la demande de soins (zone déficitaire) ou aux propositions de succession (reprise de cabinet) n'apparaissent pas avoir un effet important, de même que la présence ou non de paramédicaux. Les résultats obtenus en Rhône-Alpes en 2004 sont très similaires,

mais avec des niveaux de réponses plus faibles et difficilement interprétables car la base de calcul des pourcentages n'est pas donnée.

Parmi les généralistes, il est intéressant de comparer les réponses des étudiants à celles des jeunes installés (DSS, 2006), les critères cités n'ont ni le même poids ni le même ordre.

TABLEAU 9

« EN CE QUI CONCERNE LE CHOIX DE VOTRE LIEU D'EXERCICE, JE VAIS VOUS CITER UNE LISTE DE CRITÈRES SUSCEPTIBLES DE L'INFLUENCER/DE L'AVOIR INFLUENCÉ. POUR CHACUN D'EUX, POUVEZ-VOUS ME DONNER UNE NOTE ENTRE 1 ET 10 SELON L'IMPORTANCE QU'ILS ONT POUR VOUS (1 = AUCUNE IMPORTANCE, 10 = TRÈS IMPORTANT) ? »

	Moyenne étudiants	Écart type	Moyenne jeunes installés	Écart type
Qualité de vie	8,3	1,6	7,6	1,8
Relations avec la patientèle	8,2	1,4	7,6	2,1
Diversité des pathologies rencontrées	7,9	1,9	7,0	2,3
Possibilité d'exercice en groupe	7,7	1,8	5,4	3,2
Entourage médical et paramédical	7,5	1,5	6,7	2,3
Projet de couple	7,4	2,7	5,6	3,2
Environnement scolaire et culturel	7,3	1,7	6,0	2,5
Activités culturelles et de loisir	7,2	1,9	5,4	2,8
Importance de l'activité	7,1	1,7	5,7	2,4
Origine géographique	7,0	2,6	6,3	3,2
Opportunité d'installation	6,9	1,6	7,5	2,5
Aides financières	5,8	2,7	2,6	2,8
Lieu d'études	5,4	2,6	4,8	3,3
Ensemble	7,2		6,0	

On observe que les étudiants attribuent des notes plus élevées aux critères que les médecins nouvellement installés. Ils donnent une grande importance à 11 items sur 13 (le commentaire parle « d'objectifs plus élevés ») et on observe qu'il y a moins d'un point d'écart entre 9 critères, ce qui signifie que la question ne « fonctionne pas » auprès des étudiants, elle ne permet pas de classer les critères car elle n'est pas discriminante. Seuls deux critères (qualité de vie, relations aux patients) sont cités dans le même ordre et en premier par les étudiants et les jeunes médecins installés. Les étudiants citent ensuite la diversité des pathologies alors que les médecins installés citent l'opportunité d'installation. On note que l'exercice en groupe est plus valorisé par les étudiants que par les installés. Dans les deux groupes, les aides financières et le lieu d'études sont les critères les moins valorisés.

Ces résultats invitent à relativiser, d'une part, la capacité d'influence de chaque facteur pris isolément, car les choix se font par compromis et, d'autre part, le caractère prédictif à donner aux déclarations des jeunes médecins en formation. Mais ils sont par ailleurs éclairants sur l'évolution du rapport au travail des jeunes générations de médecins. L'enquête du CNOM (2007) illustre ces dernières remarques et montre, s'il en était besoin, que l'espace de choix est bien réel pour les jeunes médecins : le revenu est assuré (la moitié seulement des médecins déclare s'en préoccuper) et aucun élément ne s'impose autant pour le choix d'installation que la satisfaction personnelle.

TABLEAU 10

« PARMIS LES ÉLÉMENTS SUIVANTS, QUELS SONT CEUX QUI ONT ÉTÉ/SERONT LES PLUS IMPORTANTS
DANS VOTRE CHOIX D'INSTALLATION PROFESSIONNELLE ? » (SPÉCIALISTES ET GÉNÉRALISTES CONFONDUS)

Critères de choix	Jeunes médecins	Rang de citation	Étudiants	Rang de citation
L'épanouissement personnel de vous-même et de votre famille	93	1	81	1
La possibilité que vous avez/aurez d'y exercer le mieux possible votre discipline	93	2	55	2
Que cette localisation soit compatible avec la profession, les attentes de votre conjoint	78	3	42	4
La relation que vous avez/aurez avec vos patients	77	4	43	3
L'environnement géographique dans lequel vous vous situez	77	5	41	5
L'utilité sociale de votre métier	77	6	14	7
Le revenu que vous retirez/retirerez de votre activité	50	7	16	6

Les éléments cités sont perçus comme pertinents par les jeunes médecins, dont le taux de réponse est élevé : 93 % pour les deux critères d'intérêt personnel, 77 % pour les quatre éléments d'environnement (la compatibilité pour le conjoint, la relation aux patients, la géographie et l'utilité sociale). Une réserve est sensible pour déclarer le revenu comme élément important pour le choix d'installation (50 % des répondants).

Chez les étudiants, le niveau des réponses est différent. Seuls les éléments strictement individuels mobilisent de façon significative les répondants : l'épanouissement (81 %), le souci d'exercer le mieux possible sa spécialité (55 %). Les critères d'environnement (équilibre du couple, patients, géographie) sont cités par moins de la moitié des étudiants (autour de 42 %), l'utilité sociale et le revenu ne sont mentionnés que par 15 % des étudiants. La question du choix d'installation ne paraît pas seulement prématurée pour les étudiants, elle ne semble pas les mobiliser réellement, sans que l'on sache s'il s'agit d'un faible niveau d'attention en général ou si les questions sont jugées plus ou moins pertinentes (par exemple, ne sachant pas si les étudiants vivent en couple ou non, on ignore si la question de compatibilité du choix avec les attentes du conjoint relève de la fiction ou d'une réalité).

La structure des réponses est comparable pour les jeunes médecins et les étudiants, les deux premiers critères étant l'épanouissement personnel et l'intérêt intellectuel du métier (exercer le mieux possible sa spécialité). La version publiée des résultats, calculés pour l'ensemble des spécialités, produit un effet d'homogénéisation qui gomme les particularités, de la médecine générale par exemple. Toutefois, le rapport de synthèse, lui, apporte des compléments plus nuancés. Ainsi, 42 % des étudiants citent « la localisation compatible avec la profession ou les attentes de votre conjoint » comme élément de choix d'installation, mais la proportion s'élève à 58 % pour les répondants ayant un conjoint, et à 74 % s'il existe un conjoint cadre (57 % s'il existe un conjoint ayant une « CSP inférieure »). L'importance de ce critère, logiquement corrélé à la vie en couple, est donc liée à l'âge et au choix du conjoint. Les réponses des jeunes étudiants célibataires ne peuvent être assimilées aux réponses des internes plus âgés et vivant en couple, dès lors que l'on adopte une perspective prospective.

PRINCIPES CONVENTIONNELS ET INCITATIONS PUBLIQUES

Parmi les principes libéraux évoqués dans la charte médicale de 1927, il en reste deux pleinement respectés : la liberté d'installation et le paiement à l'acte (Barnay *et al.*, 2007). Seules les enquêtes réalisées auprès des internes de spécialité autre que médecine générale abordent ces thèmes²⁸. En revanche, l'ensemble des enquêtes, traite des mesures incitatives proposées et de leurs effets. Une seule enquête évoque l'action des pouvoirs publics et sa légitimité perçue (CNOM, 2007).

La liberté d'installation

La liberté d'installation est abordée en tant que telle dans deux enquêtes. Il a été demandé aux internes de médecine générale leur opinion sur la limitation des installations dans certains secteurs (instauration d'un *quantum* d'habitants par médecin). Les résultats sont assez partagés : tout à fait légitime 3 %, assez légitime 23 %, contestable 41 %, inacceptable 31 %, non-réponse 1 % (Rhône-Alpes, 2005). L'enquête Picardie 2005, qui assimile internes de spécialité et internes de médecine générale, aborde la question différemment : « Pour régler les problèmes démographiques, seriez-vous en faveur de l'abandon de la liberté d'installation du médecin ? » Non 88 %, oui, 6 %, non-réponse 6 %. L'intitulé de la question est orienté : comment consentir à l'abandon d'une liberté pour un but aussi vague ? Le commentaire à tonalité syndicale parle d'un rejet massif et ajoute « la piste de l'obligation ne semble pas convenir aux jeunes médecins ». « Cette tendance (...) représenterait une cause de conflit dur et déterminé. »

Les mesures incitatives à l'installation

La perception des aides à l'installation en zones sous-médicalisées a fait l'objet d'une enquête approfondie (DSS, 2006) auprès de médecins généralistes nouvellement installés et d'internes en médecine générale. La représentation des zones sous-médicalisées est très proche chez les médecins installés et chez les internes. A la question ouverte : « Pour vous, qu'est-ce qu'une zone sous-médicalisée ? », les médecins et les internes citent : une zone rurale (49 %, 46 %) ou semi-rurale (10 %, 9 %), une zone urbaine en grande difficulté (18 %, 15 %), une zone urbaine défavorisée (14 %, 14 %).

Parmi les jeunes généralistes installés, 5 % déclarent avoir bénéficié d'aides de la Sécurité sociale ou de collectivités. Ils sont 44 % à connaître les aides à l'installation en zone sous-médicalisée, sans grande précision quand il s'agit d'en citer, si ce n'est l'aide au logement (31 %) ou l'exonération de charges sociales (29 %). La presse est leur principale source d'information (50 %), puis les contacts interpersonnels (20 %), l'Ordre (10 %), Internet (8 %) et la faculté (6 %). La question relative aux aides dont souhaiteraient bénéficier les médecins s'ils devaient s'installer en zone sous-médicalisée ne motive pas les enquêtés et les rares répondants citent les exonérations sociales (28 %), les aides au logement (sans que l'on sache s'il s'agit du logement privé ou du local professionnel, 24 %). 88 % ne connaissent pas les contreparties

28. Plusieurs thèses de médecine générale ont traité récemment du mode de rémunération des médecins. On peut citer : Sophie Paillet, *Étude du mode de rémunération des médecins généralistes libéraux*, Brest, 2003, et Julien Cousança, *État des lieux de l'opinion des médecins généralistes bretons sur leur mode de rémunération*, Rennes, 2007.

exigées pour pouvoir bénéficier des aides et, quand on leur cite l'exercice de groupe, 78 % y sont favorables, l'engagement à exercer pendant une période de cinq ans au moins, 71 % se disent favorables, l'élargissement de la période de soins au samedi après-midi, 26 % approuvent. La perspective de transférer son cabinet en zone sous-médicalisée en contrepartie d'aides ne mobilise que 23 % des répondants qui disent être ouverts à une telle éventualité, 20 % dans l'hypothèse d'un engagement de cinq ans. Une autre question, qui introduit la création d'une maison médicalisée avec un tour de garde organisé entre généralistes, obtient 31 % de déclaration d'intérêt. En fait, si 9 % des nouveaux installés manifestent un désir de changement, 42 %, au contraire, se déclarent attachés à leur installation actuelle. Le rapport d'enquête conclut qu'il convient de faire connaître les aides, et dans ce cas ce sont les facultés (34 %), le CNOM (19 %) et la Sécurité sociale (14 %) qui sont cités comme vecteurs possibles. Une conclusion s'impose : les aides proposées sont peu incitatives.

Les opinions des internes en médecine générale ne sont pas très différentes. La connaissance des aides est faible (23 %) et, quand elle existe, c'est grâce au bouche-à-oreille surtout (38 %). Ce qui tendrait à prouver que la question n'est pas perçue comme pertinente au moment de l'internat et/ou que l'attention au problème est limitée. Mais cela n'empêche pas 98 % des internes de se prononcer sur l'intérêt des mesures citées. La connaissance des contreparties exigées est quasi nulle (7 %), mais les opinions exprimées à propos de l'exercice de groupe sont positives (94 %). La seule différence significative par rapport aux généralistes installés tient à la bonne volonté affichée par les internes : 52 % se disent prêts à s'installer dans une zone sous-médicalisée en contrepartie d'aides, et parmi eux 31 % en zone semi-rurale, 30 % en zone rurale, 20 % en zone urbaine en difficulté économique et 19 % en zone urbaine défavorisée. On retrouve la hiérarchie de notoriété spontanée des différentes zones, ou plutôt de leur image, car on ne sait rien de leur définition.

La création d'une maison médicalisée permettant la répartition des gardes en zone sous-médicalisée serait incitative pour 38 % des internes. À partir du *verbatim* de l'enquête, le rapport ajoute que « les étudiants attachent une importance significative à leur qualité de vie, notamment à leur temps libre. [...] Cela constitue un frein indéniable au projet d'installation en zone sous-médicalisée. Ils redoutent la contrainte que représentent les gardes et les astreintes dans ces zones. Ils craignent également qu'il soit difficile de s'y faire remplacer ». Mais la conclusion évoque l'attente d'aides financières.

L'enquête du CNOM (2007) est la seule qui analyse la légitimité de l'action publique. Elle apporte des résultats intéressants sur les opinions quant à la légitimité et à la nature de mesures possibles. Deux questions d'opinion sur l'action des pouvoirs publics sont précédées de l'introduction suivante : « On note une disparité territoriale en France dans la répartition des médecins avec un déficit dans les zones rurales et les banlieues. Les pouvoirs publics ont donc tenté de mettre en place des mesures pour aider les jeunes médecins à exercer dans ces zones déficitaires. » Suivent deux questions. « *Pensez-vous que les Pouvoirs publics ont raison de vouloir réduire ces disparités en incitant les jeunes médecins à s'installer dans ces zones ?* » Les réponses des étudiants et des jeunes médecins sont identiques : oui 88 %, non 11 %, NSP 1 %. L'action des pouvoirs publics pour inciter des jeunes médecins à s'installer dans des zones déficitaires semble légitime aux yeux de ceux à qui elle s'adresse. « *Pensez-vous qu'ils*

parviendront à réduire en partie ces disparités par les mesures qu'ils proposeront ? »
 Étudiants : oui 34 %, non 59 %, NSP 7 %. Jeunes médecins : oui 37 %, non 57 %, NSP 6 %.
 La capacité à réduire les « disparités » par les mesures proposées semble être mise en doute. Mais on ne sait si les mesures sont perçues comme inadéquates ou si la méthode des mesures incitatives est perçue comme non opératoire. La présentation des résultats de l'enquête ne permet pas de répondre. Le doute exprimé pour le cas général n'est pas si clairement exprimé quand les questions sont plus personnelles, où on retrouve la bonne volonté déjà mentionnée. Pour évaluer un « potentiel d'incitation » des mesures proposées, l'enquête pose la question suivante : *« Et vous, personnellement, pensez-vous que vous pourriez vous laisser convaincre de vous installer dans l'une de ces zones si les mesures proposées vous paraissaient suffisamment incitatives ? »*
 Étudiants : oui 58 %, non 39 %, NSP 3 %. Jeunes médecins n'exerçant ni en banlieue ni en zone rurale (308 sur 500) : oui 46 %, non 52 %, NSP 2 %. Pourtant, la même enquête indique que 79 % des médecins installés disent souhaiter rester là où ils exercent actuellement. La question semble en effet plus destinée aux étudiants qu'aux médecins déjà installés. D'autre part, il est difficile de dire précisément ce qui est mesuré. Qu'entend-on par la capacité « à se laisser convaincre » ? Quel est l'étalon qui permet de juger « suffisamment incitatives » les mesures proposées ? Et sait-on ce que l'on mesure quand on interroge sur la nature de « l'une de ces zones » ? De plus, les mesures listées après sont inégalement pertinentes selon les spécialités et les modes d'exercice des jeunes médecins, en sorte que le sens des résultats globaux est difficile à saisir. Un chirurgien ne peut se dire « personnellement convaincu » par la mise en place d'une maison de professionnels de santé. De même un étudiant tenté par un exercice salarié a peu de chance de se laisser convaincre par la mise à disposition d'un local par une municipalité.

■ ■ Les commentaires qui accompagnent la publication des résultats s'éloignent parfois de l'objet initial de l'enquête

Les enquêtes présentées ont en commun de vouloir éclairer les responsables et décideurs du système de santé. Il s'agit de faire connaître « ce que veulent les médecins » ou d'évaluer la portée de tel ou tel dispositif. Les destinataires sont tout à la fois les pouvoirs publics et les médecins généralistes ou plus largement la profession médicale. Les commentaires ne se situent pas toujours au niveau de l'analyse et proposent des interprétations parfois assez éloignées des questions posées.

Les matériaux rassemblés par les diverses enquêtes sont importants mais de qualité inégale. La présentation des résultats se limite le plus souvent à des résultats bruts par question, parfois enrichis de quelques croisements entre variables cités dans le commentaire.

Les conditions de réalisation des enquêtes ne sont pas toujours connues ou communiquées. De sorte qu'il n'est pas aisé d'apprécier la consistance des résultats. D'autant que les échantillons sont très hétérogènes en taille et en composition (étudiants, internes de spécialité, internes de médecine générale, jeunes médecins installés généralistes ou spécialistes). Dans certaines enquêtes, les résultats établis sur des sous-populations conduisent à calculer des pourcentages à partir d'effectifs limités. Dans d'autres enquêtes, l'amalgame de populations différentes produit un

effet d'homogénéisation qui limite l'intérêt des résultats du point de vue de la connaissance, mais qui donne de la force aux chiffres. Si les commentaires n'observent pas toujours les précautions nécessaires à une analyse rigoureuse, c'est que le postulat selon lequel les chiffres sont toujours significatifs est largement partagé. Par exemple, 77 % des internes interrogés dans une enquête²⁹ disent ne pas connaître les aides à l'installation, ce qui n'empêche pas 98 % d'entre eux de se prononcer sur l'intérêt de chacune des aides qui leur sont présentées. Et les conclusions de l'enquête se fondent sur ces déclarations émanant de gens ayant déclaré ne pas connaître le sujet.

Sur un même thème, la formulation des questions diffère d'une enquête à l'autre, il est rare en effet qu'une question soit reprise telle qu'elle. Dans ces conditions, la comparaison entre résultats est difficile et la capitalisation des données quasi impossible. Si les résultats peuvent être sur certains points très concordants, on note toutefois des variations non négligeables difficilement interprétables au vu des données fournies (ni systématiques ni complètes).

Les rapports d'analyse peuvent être sérieusement construits, avec des commentaires enrichis de tris, la question de fond n'en reste pas moins celle du sens des résultats. L'intitulé des questions est parfois vague, et souvent il ne renvoie pas à une expérience directe pour l'étudiant. Il s'agit donc d'opinions projectives à partir de représentations. Les résultats sont en phase avec l'air du temps et sont sans doute significatifs de préférences et d'attitudes d'étudiants en formation. Mais rien ne permet de dire que ces opinions sont prédictives de ce que sera le comportement des futurs médecins.

Le modèle électoral est sous-jacent dans de nombreux commentaires : un résultat supérieur à 50 % devient une majorité dont le point de vue s'impose. Une réalité (le secteur 2 par exemple) que 60 % des enquêtés déclarent connaître est présentée non pas comme connue, mais comme plébiscitée. Dans la logique du bulletin blanc, les non-réponses sont soit ignorées, soit éliminées pour établir les pourcentages sur la base des seuls répondants. Or on sait que quand une question suscite beaucoup de non-réponses c'est qu'elle n'est pas comprise ou pas perçue comme pertinente. D'autre part, les commentaires sont essentiellement descriptifs, sans recherche d'explication. Une préférence exprimée dans le cadre de l'enquête est projetée dans un avenir professionnel sans prendre en considération la consistance de ladite préférence ou dudit « choix ». Les glissements sémantiques conduisent à confondre souhait, approbation, projet, volonté. Si quelques tris croisés peuvent mettre en lumière des corrélations, on ne trouve pas de questionnement, par exemple sur le lien qui pourrait exister entre l'origine géographique et sociale d'un interne et sa représentation d'un lieu d'installation possible. D'une manière générale, les facteurs ayant une influence supposée sur les choix d'installation sont présentés un à un, sans que l'on sache d'où viennent les étudiants, s'ils vivent en couple (et, si oui, que fait leur partenaire), s'ils ont des charges familiales, etc. Les variables sociodémographiques et biographiques sont sous-utilisées quand elles ne sont pas ignorées.

29. Direction de la Sécurité sociale, *Enquête auprès de médecins généralistes nouvellement installés et d'internes en médecine générale. Les déterminants du lieu d'installation et la perception des aides à l'installation en zones sous-médicalisées*, rapport d'étude réalisé par Eurostaf Kaliopé, Paris, 2006, 202 p. et synthèse de 22 p.

D'une manière générale, les variables ne sont pas articulées entre elles pour esquisser des situations, des scénarios possibles. L'approche « décontextualisée » fait que la réalité même des choix, qui relèvent en fait de compromis, est paradoxalement méconnue.

Bien sûr, ces enquêtes ne se présentent pas comme des travaux scientifiques. Mais leurs résultats sont toujours publiés comme significatifs et participent à la construction de l'installation des jeunes médecins comme problème public, sous forme de données ou d'arguments. Les précautions méthodologiques sont rapidement évacuées dans les articles de presse dont la règle est d'aller à l'essentiel. C'est que l'efficacité d'une enquête ne dépend pas de la valeur scientifique des résultats obtenus.

Pour illustrer les mécanismes à l'œuvre, on peut prendre l'exemple du traitement de l'installation comme problème privé. Les enquêtes, en effet, n'analysent pas vraiment le processus de l'installation, elles renforcent en revanche l'idée selon laquelle la question relève des médecins et de leurs arbitrages individuels, l'offre de soins est une question professionnelle qui relève des professionnels. Ce faisant, elles participent au maintien de la dépolitisation du problème. Le marché des soins s'est institutionnalisé à partir de l'idée de la santé conçue comme bien privé, dont la production et la consommation relèvent des décisions des individus, assurés sociaux et médecins (Setbon, 1996). En limitant la question de l'installation en médecine générale aux choix individuels des jeunes médecins, les enquêtes entretiennent une évidence du sens commun, à savoir que les médecins restent, en dépit des critiques, les « propriétaires » des questions de santé³⁰.

Dès lors, l'objectif des enquêtes qui sont destinées à être publiées n'est pas seulement d'informer sur les aspirations et motivations des jeunes médecins, mais aussi de mettre en lumière ce qui est jugé acceptable par eux. Les enquêtes entendent montrer ce qui est impopulaire chez les médecins, c'est-à-dire ce qui est risqué pour les politiques qui adoptent volontiers des « stratégies d'évitement des blâmes » (Hassenteufel, Pierru, 2003). L'enquête permet de construire des arguments « chiffrés » pour le débat public. Peu importe que les résultats se fondent sur des variables aux intitulés non définis, ou sur des regroupements discutables de réponses, la présentation des résultats n'en est pas moins efficace. Dans un rapport destiné au grand public, des pourcentages sont illustrés par des extraits d'entretiens. Pour bien faire comprendre le caractère « inacceptable » (parce que non accepté dit l'enquête) de différentes mesures qui pourraient être envisagées pour réguler les installations, un extrait d'entretien est apposé en rouge : « C'est à la limite des droits de l'homme. » Or 88 % des répondants de cette enquête ont approuvé que les pouvoirs publics prennent des mesures en la matière.

30. Les enquêtes se cantonnent *a priori* dans l'univers cognitif médical classique. Cette remarque est importante quand on sait que le succès des réformes (en général) ou des changements est dû en grande partie à la façon dont les acteurs perçoivent la réalité. Dès lors, la transformation des représentations – ou leur maintien, au moyen d'enquêtes les confortant par exemple – devient un enjeu.

Le traitement de la question du devenir professionnel des jeunes généralistes dans quelques recherches récentes

Des travaux de recherche ont été menés sur le devenir professionnel des jeunes médecins et, plus généralement, sur leur rapport au travail. On appelle ici recherche les travaux publiés dans des revues scientifiques et/ou réalisés par des chercheurs reconnus³¹.

À la différence des enquêtes précédemment examinées, les recherches sur les aspirations des jeunes généralistes se caractérisent par l'emploi systématique, mais non exclusif, de méthodes qualitatives. Les matériaux empiriques mobilisés (statistiques, entretiens) sont d'ampleur variable, certaines recherches s'apparentent à des enquêtes exploratoires, ouvrant des perspectives à partir d'hypothèses de travail, d'autres relèvent de démonstrations scientifiquement fondées. Les contributions ici présentées rassemblent, outre les articles et chapitres publiés, des études ponctuelles réalisées sur commande (Davezies *et al.*, 2004 ; Robelet *et al.*, 2006), des recherches conduites dans le cadre d'appels d'offres nationaux (Hardy *et al.* 2001, 2005 ; Bloy, 2004 ; Lapeyre, Le Feuvre, 2005), des recherches bénéficiant de financements divers (Assurance maladie et autres) (Levasseur *et al.*, 2004).

L'entrée des jeunes médecins dans la vie professionnelle est étudiée selon plusieurs perspectives parmi lesquelles les évolutions historiques (Arliaud, 1987 ; Herzlich *et al.*, 1993 ; Paicheler, 2001), les effets de la féminisation (Le Feuvre, 2004 ; Lapeyre et Le Feuvre, 2005 ; Hardy, 2005), la formation et ses effets (Hardy *et al.*, 2000, 2001 ; Levasseur *et al.*, 2004 ; Bloy, 2005). Les approches compréhensives, fondées sur des entretiens approfondis, abordent l'installation en médecine générale non pas comme le résultat d'un choix individuel donné mais plutôt comme un processus biographique en relation avec un environnement social. De même, la pratique professionnelle est étudiée comme un rapport au travail articulé à un modèle de genre. C'est donc dans une perspective plus générale de transformation du modèle d'exercice professionnel que les chercheurs (Hardy *et al.*, 2005 ; Lapeyre, Le Feuvre, 2005 ; Robelet *et al.*, 2006) inscrivent la question des souhaits et aspirations des jeunes médecins. Cette question n'est pas nécessairement centrale dans les recherches, elle peut avoir été traitée parmi d'autres. D'une manière générale, les processus de choix professionnels et les représentations relatives aux conditions d'exercice et de vie ont été beaucoup plus travaillés que l'intérêt porté au métier ou que le rapport au travail lui-même. Si les recherches disponibles aujourd'hui apportent des éléments de compréhension sur la question du devenir professionnel des jeunes médecins, il reste des sujets, notamment concernant les activités professionnelles, à étudier plus en profondeur.

31. Quelques partenariats entre médecins généralistes et équipes de recherche existent. La recherche en médecine générale est rare dans les thèses de médecine qui sont de surcroît de qualité méthodologique variable. On observe aussi une demande d'études provenant de certaines URML ou de l'Ordre des médecins. Voir Levasseur G. et Schweyer F.-X., « La recherche en médecine générale en France, un état des lieux », *Cahiers de sociologie et de démographie médicale*, 2001, XXXI, n° 1, 47-80. À titre d'exemple d'étude commandée, voir Urfalino P. (dir.), Bonetti E., Bourgeois I., Hauray B. et Dalgalarondo S. (2001), rapport du Centre de sociologie des organisations pour l'URML de Poitou-Charentes.

Nous ne présentons pas l'ensemble des résultats des recherches, mais seulement la synthèse des résultats permettant d'interroger les analyses qui précèdent. L'objectif est de mettre en résonance les observations des enquêtes analysées en première partie, sans développer à nouveau tous les aspects abordés.

■ ■ Devenir généraliste, un engagement plein d'incertitudes

Les étudiants forgent leurs représentations du métier par expérience personnelle, mais aussi par contacts et identification aux représentations partagées dans la profession médicale. Toutefois, si les étudiants se conforment aux normes partagées dans leur milieu de formation, ils s'inscrivent aussi dans une perspective de l'engagement dans laquelle chaque jeune médecin procède à un ajustement entre les « normes du milieu », selon l'expression de Freidson (1984), et ses préférences et priorités personnelles. I. Baszanger (1981) a insisté sur la capacité de choix des étudiants futurs généralistes et mis en lumière le poids de facteurs extérieurs à l'institution hospitalière et pourtant déterminants dans le choix de la carrière comme les activités externes aux études et le milieu familial, les deux se conjuguant pour fonder la rationalité des choix d'orientation qui sont faits.

Les motivations évoquées pour « faire médecine » sont diverses et plus ou moins intenses (Déchamp-Le Roux, 1994). Elles peuvent être classées en plusieurs types : la « vocation », la familiarité avec la maladie amenant au désir de soin, la consécration du bon élève, la recherche d'un métier stable et lucratif. Cette dernière motivation est nouvelle par rapport à ce qui a été étudié jusqu'ici : la sécurité d'emploi est aujourd'hui citée aux côtés de l'altruisme et du soin. Plus précisément, les études de médecine assurent une rémunération stable durant une vie professionnelle qui peut supporter les aléas d'une vie familiale et privée faite de périodes d'activité plus ou moins soutenue.

LES MOTIVATIONS À FAIRE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE SE SONT TRANSFORMÉES RÉCEMMENT

Dans son enquête sur l'internat, A.-C. Hardy (2001) montrait que les hommes et les femmes n'abordaient pas leurs choix de la même manière. Les hommes opéraient leurs choix par identification, soit ils s'imaginaient généralistes et ne passaient pas l'internat ou acceptaient d'y échouer, soit ils passaient l'internat pour suivre le destin de tout médecin de qualité sous la pression de la conformité aux choix les plus prestigieux (partagée par les jeunes hommes des filières élitistes et pas seulement en médecine, Ferrand *et al.*, 1996). Les femmes n'abordaient pas la question de la même manière. Soit elles renonçaient à l'internat car elles ne s'en sentaient pas capables, ou qu'elles ne se sentaient pas bien dans le milieu hospitalier, soit elles ne voulaient pas être médecin généraliste parce que l'image qu'elles avaient du métier n'était pas compatible avec une vie de famille. Les recherches récentes ont montré que les femmes sont désormais nombreuses à « préférer » la médecine générale. Les bachelières scientifiques issues des catégories sociales les plus aisées ou disposant d'un environnement familial stimulant sont dans un contexte qui favorise leur inscription en médecine. Elles optent pour des études longues et sélectives mais elles se conforment à une tendance féminine en

s'orientant vers le secteur de la santé³² (Hardy, 2005). Par ailleurs, la féminisation de la médecine s'explique aussi par la transformation de la représentation du métier médical qui est de moins en moins perçue comme un « métier d'homme ». La médecine apparaît comme un « métier comme un autre », praticable par un homme ou une femme indifféremment et qui ne s'inscrit plus dans un modèle d'organisation familiale et domestique particulier (Hardy, 2005). L'image du métier a changé et la façon de faire de la médecine aussi (Hardy et Gadéa, 2006). La médecine est devenue un métier de femmes.

Des recherches récentes ont encore mis en avant l'indétermination de certains étudiants, faisant face à des incertitudes et des doutes qui se prolongent au cours des études (Hardy, Gadéa, 2006).

LES RECHERCHES REMETTENT EN QUESTION LE POSTULAT SELON LEQUEL UNE ORIENTATION EST CHOISIE

Contrairement à ce que suggèrent certains intitulés de questions dans les enquêtes, tout étudiant n'a pas nécessairement un projet professionnel bien élaboré. Les représentations qu'il se fait de l'exercice médical et de la médecine générale en particulier évoluent en cours de formation. Pomey et Bail (1997) illustrent la difficulté éprouvée par les étudiants pour ajuster les diverses représentations de la médecine générale dans un travail d'identification professionnelle et de définition de leur future orientation professionnelle. Les mêmes éléments (la relation médecin-malade, la diversité de l'activité) sont présentés comme aspects positifs ou au contraire retournés pour souligner une activité trop diverse ou trop routinière, des gestes techniques trop limités, un manque de respect des patients vis-à-vis de la médecine générale. À quoi s'ajoutent les contraintes d'emploi du temps, l'absence d'horaires réguliers, l'astreinte à des gardes, le caractère commercial et solitaire de l'activité libérale mais aussi des connaissances inappropriées acquises pendant les études.

Au gré des stages, des circonstances, l'éventail des possibles se précise et parfois les événements décident de l'orientation qui est prise. La distance avec le modèle hospitalier peut s'affirmer aussi. I. Baszanger (1983) a montré que l'on « s'invente » comme généraliste en consentant une rupture par rapport aux catégories hospitalo-universitaires. Ce n'est qu'après s'être installé que l'étudiant s'approprie son engagement et en général valorise sa position.

L'orientation vers la médecine générale se précise au cours d'un processus décisionnel fait d'ajustements progressifs

Cette observation apparemment banale attire l'attention sur deux points. Le premier est que le contexte de la décision, c'est-à-dire le processus de formation et son environnement, a une grande importance. G. Levasseur et F.-X. Schwyer (2004) ont observé que la médecine générale est mieux considérée par les enseignants du CHU de Brest que par leurs confrères de Rennes. A.-C. Hardy et C. Gadéa (2006) ont fait la même observation, mais pour les étudiants. Ceux de Nantes ou ceux de

32. Les bacheliers scientifiques ne s'orientent pas vers les mêmes formations selon leur genre : les hommes sont plus nombreux à choisir les concours aux grandes écoles et les IUT alors que les femmes s'orientent en nombre vers les métiers de la santé.

Saint-Antoine (CHU parisien) ne partagent pas les mêmes représentations de la médecine générale (et de sa valeur symbolique). G. Bloy (2004) a étudié comment les étudiants vivant l'expérience du stage chez le praticien ajustent leurs représentations. Le second point est que la décision de faire telle ou telle médecine se prend en fonction d'un mode de vie espéré. Or les étudiants perçoivent désormais la médecine générale comme une activité qui rend compatible la vie de travail et la vie familiale (Hardy, 2005). De ce point de vue, la médecine générale n'est pas déqualifiée par rapport à d'autres disciplines. Elle ne constitue pas non plus un tout homogène car le niveau de compatibilité avec les activités extraprofessionnelles dépend largement du lieu et des modalités d'exercice. C'est pourquoi l'association de la médecine générale et de l'exercice libéral ne va plus de soi, car ce dernier présente des contraintes jugées parfois peu compatibles avec le style de vie espéré (Levasseur, Schwyer, 2004).

Des choix en partie contingents

Les internes expliquent leur orientation vers la médecine générale en évoquant divers facteurs, qui se situent à différents horizons temporels et participent, de façon conjuguée ou non, à l'orientation vers la médecine générale. On peut citer les suivants :

- La contingence plus que la motivation : certains étudiants ont attendu « un déclic » pour savoir ; pour d'autres, la médecine générale offre la possibilité d'une réorientation éventuelle (spécialisation plus ou moins informelle), une forme de non-engagement définitif.
- Choisir de ne pas travailler à l'hôpital : le choix de la médecine générale est en partie un choix de conditions de travail. La motivation est présentée à partir de ce que l'on ne veut pas faire. Les internes qui ne se plaisent pas à l'hôpital ou qui y ont vécu de mauvaises expériences aspirent à un exercice autonome en libéral. Certains étudiants qui n'ont connu que le CHU découvrent sur le tard (à l'occasion de stages) des hôpitaux plus « conviviaux », plus humains où il ne leur aurait pas déplu de travailler.
- Choisir à l'aveugle : la représentation de la médecine générale souvent floue, partielle, fluctuante aussi, n'aide pas les internes à choisir et surtout à argumenter leurs choix parmi leurs pairs. L'orientation se dessine progressivement à partir des expériences de stages, essentiellement hospitaliers, et les internes motivés pour la médecine générale disent leur difficulté à justifier leur choix, la méconnaissance de la médecine générale les empêchant de formuler un choix argumenté.
- Second choix et choix à contre-courant : la plupart des internes interrogés sont entrés en 3^e cycle quand l'internat existait encore. Quelques-uns ont évoqué leur échec à l'internat (leur classement ne leur permettant pas d'obtenir la spécialité souhaitée) pour expliquer le choix du résidanat. Contrairement à une image souvent véhiculée, cette situation est minoritaire (Levasseur *et al.*, 2004). En revanche, des étudiants déclarent n'avoir pas été suffisamment motivés pour une spécialité ou avoir déjà des charges familiales pour pouvoir consentir l'épreuve de l'internat. Dans d'autres cas, le mauvais souvenir de la première année peut conduire à ajuster ses ambitions à ses possibilités objectives. D'autres internes encore revendiquent leur choix mais soulignent la difficulté de choisir à contre-courant.

On retrouve chez les jeunes médecins installés les mêmes attitudes que celles observées auprès des internes. Au cours de leurs études, les spécialités ont pu leur paraître très prenantes, à la fois par la préparation de l'internat et aussi par le mode d'exercice imaginé, particulièrement chez les jeunes femmes étudiantes qui avaient déjà des enfants. Les choix se dessinent en fonction de la représentation que l'on se fait de la charge de travail future, représentation plus ou moins fondée d'ailleurs. Les jeunes actifs confirment également que, étudiants, ils n'avaient pas nécessairement un projet professionnel, mais qu'au gré des expériences et des circonstances ils ont pris des décisions qui sont devenues leur choix professionnel.

LES EFFETS DE L'ORIGINE SOCIALE DES MÉDECINS SONT INSUFFISAMMENT ÉTUDIÉS

L'origine sociale et familiale est rarement mobilisée pour étudier le processus d'installation, alors que les quelques résultats dont on dispose montrent que seuls les internes issus du milieu rural choisissent réellement l'exercice en milieu rural.

La forte sélection sociale des études médicales...

On sait que les étudiants en médecine sont très majoritairement issus des classes supérieures. L'accès aux études médicales donne lieu à une sélection sociale qui joue de façon stable dans le temps (Labarthe, Hérault, 2003) et qui, par ailleurs, s'accroît à mesure de l'avancée dans le parcours de formation. Les étudiants en médecine ont été de bons élèves au lycée et presque tous ont passé un bac de série S. Une enquête conduite à la faculté de Rennes montre que 56 % des inscrits en première année de médecine ont obtenu une mention au bac. La proportion passe à 89 % en PCEM2 (Levasseur, Schweyer, 2004). Au niveau national, les enfants de cadres et professions intellectuelles supérieures sont très majoritaires (59 %) alors que les enfants d'agriculteurs sont les moins représentés, de 1 à 2 % selon les années considérées. L'origine sociale des étudiants est variable d'une faculté à l'autre, la mixité sociale étant plus grande dans les facultés hors des très grands centres urbains. A.-C. Hardy (2005) a même formulé l'hypothèse selon laquelle la féminisation des facultés de médecine est significative d'une forme « nouvelle » de répartition sexuelle des professions, reflet d'une division du travail remaniée dans les catégories sociales supérieures.

... et ses effets

L'origine sociale a un effet sur les choix opérés en matière d'orientation professionnelle (spécialité *versus* généraliste) et les lieux d'exercice. Dans leur majorité, les fils et filles de médecins se détournent de la médecine générale en cherchant des voies d'excellence sous la pression parentale. Au contraire, les étudiants de classe moyenne ou populaire sont plus nombreux à se diriger vers la médecine générale, qui représente une ascension sociale (Hardy, Gadéa, 2006). La réflexion sur la formation médicale et ses effets gagnerait peut-être à ne pas se limiter aux contenus pédagogiques.

Comme l'ont montré les enquêtes d'opinion, l'idée d'exercer en milieu rural est très peu partagée parmi les internes en médecine générale. Et ceux qui se disent prêts à exercer à la campagne sont issus du milieu rural, ils ont vécu à la campagne. (Levasseur, Schweyer, 2004 ; Hardy, Gadéa, 2006). Les chances objectives de réussite

au concours sont relativement faibles pour ce type d'étudiant. Ce que montrent explicitement les enquêtes citées, c'est que l'élargissement du recrutement médical permettrait sans doute de résoudre en partie les tensions liées à la répartition démographique des médecins selon les territoires. La forte sélection sociale des études médicales produit des effets rarement évoqués et donc sous-estimés dans ce qui est appelé la désertification médicale du milieu rural.

■ ■ C'est au cours des études que les étudiants se forment leurs représentations de la médecine générale

La représentation spontanée de la médecine générale se forge d'abord au sein du milieu familial et social d'origine, et pour certains au contact du médecin de famille dont l'image n'est pas toujours positive. Si certains parlent d'admiration ou de personnalités les ayant marqués, d'autres gardent un souvenir critique voire négatif de leur médecin généraliste. L'image sociale de la médecine générale n'est pas systématiquement positive et on aurait tort de croire que la formation en CHU seule, en construit une image dévalorisée. Mais elle l'entretient et la reproduit.

La formation hospitalière laisse souvent dans l'ombre la médecine générale en sorte que ce sont les premiers contacts professionnels avec un généraliste qui donnent à l'étudiant les informations concrètes de nature à étayer un jugement. De ce point de vue, les stages sont importants sans être déterminants, car c'est bien lors des remplacements que la représentation du métier se cristallise et fonde la justification du choix de la médecine générale.

Le milieu de formation génère une représentation tronquée de la médecine générale

Les premier et deuxième cycles des études médicales se déroulent exclusivement en CHU. La médecine générale y est très peu évoquée et, quand elle l'est, c'est souvent par ses limites. Au cours des premières années surtout, le « triomphe de la spécialité » est un effet de la formation (Hardy, Gadéa, 2006). L'omnipratique serait moins intéressante, le généraliste manquerait d'ambition. Peu à peu, certains étudiants développent des stratégies de revalorisation de la médecine générale (cette « spécialité du tout ») pour justifier leur orientation

Quelques facultés organisent dès la deuxième année des demi-journées chez un généraliste, ainsi qu'un bref stage facultatif en médecine générale à l'entrée dans le 2^e cycle. L'étudiant est en quête d'éléments concrets pour situer l'activité du médecin généraliste. Il n'évalue pas les aspects proprement médicaux qui échappent encore à ses compétences, en revanche, il observe les outils de travail, les contacts, la variété des activités. La médecine générale prend corps dans son esprit et, si les éléments observés ont une connotation positive, elle s'inscrit alors dans le champ d'une possible activité professionnelle. Le premier stage chez le généraliste laisse une impression favorable à plus d'un étudiant sur deux (56 %) qui dit apprécier la découverte des aspects relationnels du métier et la diversité des pathologies. À l'inverse, pour 26 % des étudiants, le projet professionnel en médecine générale se dessine en négatif du fait essentiellement du caractère répétitif et rapide des actes (Levasseur, Schweyer, 2004).

Beaucoup de jeunes généralistes installés disent avoir été sinon mal formés, du moins de façon incomplète. Le manque ressenti n'est pas tant de l'ordre des lacunes de connaissances que de l'ignorance d'un mode de pratique. L'entreprise médicale, sa gestion et son administration sont largement méconnues ; par ailleurs, la part de l'expérience, de l'acquisition d'une compétence par la pratique échappe à l'université. La formation peut être aussi critiquée, en particulier du fait du peu d'autonomie laissée aux étudiants. Le choix de la pratique libérale est souvent motivé par une aspiration à être autonome, à ne plus avoir de chef, au prix de l'inconfort né de l'absence du « filet protecteur » de l'équipe hospitalière.

LES PREMIÈRES FIGURES D'IDENTIFICATION : LE STAGE CHEZ LE PRATICIEN

Le stage chez le praticien peut être considéré comme un moment important dans la socialisation des étudiants : certains en sortent confortés dans leur décision de « faire médecine générale », pour d'autres, le stage permet de justifier le refus de la pratique libérale quand il ne joue pas un rôle de repoussoir. L'analyse des évaluations de stage faites de 2001 à 2003 à Rennes montre une satisfaction des internes sur la qualité de la formation (54 %), l'accueil et la relation avec le maître de stage (50 %), l'autonomie (18 %), la relation médecin-patient (15 %). Les aspects négatifs sont le manque d'intérêt (30 %), l'absence d'autonomie (23 %) ou de formation (20 %). À l'issue du stage, 15 % des résidents déclarent souhaiter s'installer aussi rapidement que possible et 34 % souhaitent « faire autre chose » sans que l'on sache quoi. Quel que soit le projet professionnel envisagé, 93 % souhaitent réfléchir avant de faire un choix (type d'activité, lieu et mode d'installation, etc.) (Levasseur *et al.*, 2004).

Dans son analyse qualitative du stage chez le praticien, G. Bloy (2005) montre que le contact avec les cabinets de médecine générale produit des effets contrastés. Le stage confirme certains étudiants dans leur volonté de se détourner de la médecine générale, tandis qu'il offre à d'autres une possibilité de découvrir une « expérience » qui n'est pas immédiatement qualifiable. Car il s'agit aussi bien d'une mise en pratique de savoirs médicaux que d'une relation au patient et au temps, qui n'est pas celle de l'hôpital. La relation au patient fait place à l'environnement social, psychologique et familial tandis que la relation au temps est à la fois celle du temps long de la prise en charge et du temps court de la consultation qui demande une réflexion en direct à partir des éléments hétérogènes apportés par les patients qui se succèdent. Ainsi les étudiants font-ils l'expérience d'un positionnement pas toujours confortable où le médecin doit composer à la fois avec les recommandations, ce qu'il connaît des patients, ses intuitions et le contexte de l'exercice de la médecine libérale avec ses moyens et ses contraintes.

L'impact du stage sur les projets des jeunes médecins est contrasté

La mise en place du stage chez le praticien a été justifiée par l'idée que six mois passés dans de bonnes conditions auprès d'un généraliste devait permettre aux étudiants de mieux appréhender un exercice méconnu ou disqualifié et ainsi de confirmer ou de faire naître des vocations. G. Bloy a montré que le bilan du stage ne pouvait être que très provisoire car les projets professionnels des jeunes médecins sont rarement arrêtés au terme de leur cursus. « C'est plutôt une nouvelle période de transition et d'expérimentation qui s'ouvre donc à l'issue du troisième cycle de

médecine générale, le stage chez le praticien ne provoquant pas d'accélération des débuts de carrière. » La période allant de la fin des études à l'installation ou l'engagement à durée indéterminée est qualifiée d'« âge des possibles ».

Le stage chez le praticien apparaît incontestablement formateur et ce constat est indépendant des aspirations personnelles des étudiants. Concernant l'engagement dans une carrière de généraliste, le bilan est contrasté et conduit à distinguer plusieurs types de publics. Les étudiants acquis à l'idée d'exercer la médecine générale vivent le stage comme une confirmation plus que comme une révélation. Toutefois, ils ne semblent pas pressés de s'installer et envisagent d'enchaîner remplacements et vacations avant de se stabiliser. D'autres résidents prennent une certaine distance par rapport à la médecine générale, telle qu'elle est enseignée par les généralistes. Certains sont convaincus par une médecine générale dont la pratique et le cadre relationnel les intéressent, mais restent réservés par rapport à un éventuel exercice libéral. Cette population, plus féminine, est attirée par le salariat, au moins partiel. D'autres résidents se destinent à exercer dans des services d'urgence car ils apprécient la pratique en milieu hospitalier, plus stimulante et exigeante à leurs yeux. Enfin, une dernière catégorie est constituée par les résidents qui envisagent un mode d'exercice particulier, une forme de spécialité jugée plus confortable ou plus compatible avec le mode de vie auquel ils aspirent.

G. Bloy met aussi en lumière une forme de tension intergénérationnelle. La revendication d'autonomie et de diversité des projets dont sont porteurs les étudiants se heurterait à la conception de l'exercice portée par les généralistes enseignants, ou du moins à la formalisation unifiante qu'ils essayent d'en donner. Le stage permet de découvrir la pratique de la médecine générale mais aussi la réalité de l'exercice libéral, et c'est bien l'articulation entre les deux qui est souvent questionnée. Quand les étudiants soulignent ce que sont à leurs yeux les bons côtés de la médecine générale, ils citent la diversité, une certaine liberté, des réorientations de carrière possible et surtout la compatibilité avec la vie personnelle (Levasseur, Schweyer, 2004 ; Hardy, 2005 ; Robelet *et al.*, 2006).

■ ■ Les remplacements pour mûrir son choix

Tout se passe comme si l'avenir professionnel n'était pas balisé : aucune évidence ne s'impose. Par exemple, l'installation en libéral n'est qu'une alternative parmi d'autres, ce n'est pas la voie obligée du généraliste à qui s'offrent différents métiers. Et peut-être est-ce là une originalité de la période présente : l'hôpital est demandeur de généralistes dans les services d'urgence, de gériatrie, de médecine interne ou de psychiatrie. Les enquêtes mettent en lumière des cas de jeunes généralistes embauchés par des établissements hospitaliers avec une rémunération de praticien hospitalier non débutant.

L'engagement dans une activité fait-il peur ?

S'installer aurait un côté implicitement irréversible qui demanderait de « mûrir son choix » avant de décider. Robelet *et al.* (2006) ont noté aussi que les jeunes médecins insistent presque tous sur leur volonté de ne pas « se fermer des portes », ils craignent que les premiers choix ne les enferment sans qu'ils ne puissent en changer. D'autant

que, pour certains, le choix de la médecine générale est toujours hésitant. Les incertitudes inhérentes aux mécanismes de sélection et au parcours de formation ont un effet neutralisant sur la capacité des futurs médecins à s'investir dans une voie, comme pour se prémunir de déceptions trop amères (Hardy, Gadéa, 2006).

On peut penser que les résidents cherchent à mieux cerner les critères sur lesquels ils vont décider. Le ressenti de la nécessité d'un apprentissage complémentaire, d'une forme de « rodage » professionnel peut expliquer le choix d'une période de remplacements. Le remplacement représente la période transitoire qui allie activité professionnelle sans engagement et possibilité de migration et qui permet de gagner sa vie sans avoir à investir tout de suite.

L'installation comme projet à très court terme est rare, elle est plutôt imaginée pour plus tard, et même avec hésitation. Car l'installation a une image d'entrave au mouvement, de risque d'enracinement prématuré. Or beaucoup de jeunes médecins veulent d'abord s'engager dans une vie de couple avant de se sédentariser. Le « lancement » de la vie privée semble déterminant comme premier choix.

Les remplacements sont avant tout une période de transition entre un statut d'étudiant et une installation dans la vie

Les jeunes médecins cherchent à ajuster une vie de couple, des préférences quant au mode de vie espéré (avec ou sans enfants) et une activité professionnelle. Deux remarques s'imposent. On constate dans les discours une attitude un peu distanciée par rapport à l'exercice médical qui n'est pas limité à la mission sociale du médecin mais relié très directement à l'épanouissement personnel. Cette attitude est souvent interprétée par des médecins généralistes seniors comme une forme de désinvestissement par rapport au travail, ce que les enquêtes ne confirment pas vraiment. Il est patent que le rapport au travail a changé, que la conception du « métier médical » a évolué, et pas seulement chez les généralistes (Schweyer, 2003 ; Hardy, 2005). Si le souci des jeunes médecins de mieux maîtriser leur temps de travail et son organisation est démontré, la question de leur investissement dans les activités de travail reste à étudier finement. La seconde remarque a trait au choix du mode d'activité qui n'est pas toujours un choix personnel, mais souvent au contraire un choix de couple. Et la hiérarchie des critères de choix s'en trouve affectée : le niveau de revenu est relativisé alors que le temps disponible souhaité est très valorisé. Nous reviendrons sur ce point essentiel.

Les trois natures des remplacements

On peut analyser les remplacements effectués par les jeunes médecins généralistes sous trois angles (Levasseur, Schweyer, 2004).

- Un complément de formation. Les jeunes médecins généralistes ont le sentiment d'apprendre la démarche de médecine générale par leurs premières expériences. Les formes pathologiques sans gravité qu'ils ont à traiter sont pour eux nouvelles ; la posture de soin est celle de l'approche globale, avec une part psychosociale qu'ils découvrent ; la dimension relationnelle de l'écoute, de l'empathie leur est connue en théorie, mais ils apprennent à la mettre en acte. Les remplacements permettent aux jeunes actifs d'exercer leurs responsabilités sans se sentir trop engagés. Ils se rassurent en pensant que le suivi sera assuré par leur confrère mais, au début, l'anxiété est bien là.

- Se faire une idée du métier. Les jeunes médecins évaluent les styles de pratique, les modes d'organisation, les profils de clientèle. Ils se forgent des critères de préférence, vérifient le bien-fondé des idées qu'ils avaient et se préparent à décider de leur mode d'exercice. Sans empressement (sauf à avoir une opportunité qui précipite la décision) et même parfois avec réticence s'il s'agit de s'engager durablement.
- Démarrer sa vie familiale. Les remplacements présentent cet avantage unique de laisser au jeune médecin l'initiative de son emploi du temps. L'insécurité associée à cette liberté est très relative car la demande de remplaçants existe et les revenus sont pour ainsi dire assurés. Le remplacement est aussi une solution d'attente en cas d'incertitude quant à l'emploi du conjoint qui finit ses études ou qui attend une mutation.

Il existe un quatrième cas de figure où le remplacement devient une forme « stabilisée » d'exercice. De jeunes médecins remplaçants déclarent ne pas avoir pour perspective de s'installer. Ce qui ne signifie pas qu'ils ne s'installeront jamais, mais qu'ils vivent le remplacement comme une forme d'exercice à part entière³³.

Les contrats hospitaliers ne diffèrent guère des remplacements vus sous l'angle d'une période de transition. Car il s'agit souvent de prolongements de stages ou d'une recherche active de formation par l'expérience. En revanche, et c'est peut-être là leur spécificité, ils traduisent souvent une hésitation plus grande par rapport à l'exercice libéral de la médecine générale. Toutefois, ces occupations transitoires sont souvent issues d'opportunités saisies par des débutants ouverts aux expériences.

■ ■ L'installation ou la recherche d'un bon compromis

L'installation en médecine générale ne représente pas exactement l'entrée dans la vie professionnelle, les débuts de la vie active des médecins sont constitués de remplacements et/ou de contrats d'attaché hospitalier. En sorte que l'installation proprement dite traduit plus un choix de mode d'exercice qu'un début de carrière.

L'ÉMERGENCE D'UN NOUVEAU MODÈLE PROFESSIONNEL

Le temps libre semble plus précieux que l'argent ; le but de beaucoup de jeunes médecins est d'avoir un revenu « correct » mais sans chercher à l'augmenter. Lapeyre et Le Feuvre (2005) ont montré qu'il s'agit là de l'expression d'un nouvel *ethos* professionnel. Le modèle traditionnel, celui de la disponibilité des médecins à leurs patients, faisait des hommes médecins les pourvoyeurs principaux de revenus de leurs épouses et enfants. Les durées de travail longues, les horaires atypiques avaient pour contrepartie des revenus et un statut social élevés. Ce modèle est centré sur la maximisation des revenus (multiplication des consultations et des actes les mieux rémunérés) et repose sur la division sexuelle du travail des conjoints. La transformation du référentiel d'organisation du travail auquel on assiste aujourd'hui tient moins à l'augmentation du nombre de femmes qu'à la transformation du rapport au travail des

33. On rencontre aussi quelques cas de médecins installés qui abandonnent leur cabinet pour devenir remplaçant.

femmes des hommes médecins. Le modèle des couples de double actif a affaibli la priorité donnée à la maximisation des gains et le modèle de la disponibilité permanente des hommes vis-à-vis de l'activité professionnelle. Ces derniers sont de plus en plus concernés par l'articulation des temps et des rôles sociaux.

LA DÉCISION D'INSTALLATION

Le moment où se décide l'installation semble motivé par la lassitude, quand les remplacements d'abord jugés adaptés et confortables ne répondent plus aux aspirations professionnelles. Les déplacements deviennent pesants, l'absence de suivi des patients est source d'insatisfaction, les changements de rythme sont perçus comme de plus en plus contraignants (Levasseur, Schweyer, 2004). L'opportunité d'une offre peut se présenter. Un remplaçant apprécié peut se faire coopter dans le cabinet où il a travaillé. D'autres peuvent reprendre une clientèle avec ou sans rachat de présentation de clientèle.

Les installations ne sont pas toutes des primo-installations. 12 % des installations recensées en Bretagne de 1999 à 2004 sont des secondes carrières. Médecins militaires retraités qui cherchent une seconde carrière, ou autres médecins qui désirent « repartir à zéro » quand, sous le poids des activités, par crainte de problèmes de santé personnels, à la suite de problèmes familiaux, par lassitude aussi, ils décident de rompre leur quotidien et de recommencer autre chose. Ces médecins choisissent préférentiellement le milieu rural, qui représente comme une rupture symbolique. On compte parmi eux quelques étrangers³⁴.

LE CHOIX D'UN MODE D'EXERCICE LIBÉRAL TRADUIT UNE VOLONTÉ DE LIBERTÉ ET D'AUTONOMIE

Les arguments mis en avant pour justifier la décision d'installation sont la volonté d'être indépendant (en opposition souvent avec le mode d'exercice hospitalier), la diversité du métier de généraliste, l'envie de se ménager du temps, avec l'idée que le médecin libéral peut réguler sa charge de travail. Mais les discours laissent entendre que le salariat n'est pas sans attrait dans ce qu'il représente au plan des conditions de travail et du spectre élargi d'activités possibles. L'attachement au caractère libéral de la profession peut être, chez certains jeunes médecins, vivace. Plus généralement, le mode d'exercice et l'identité professionnelle sont conjugués dans une conception de la « liberté » dont les attributs sont variables (Robelet, 2003).

Le souhait de concilier l'activité professionnelle et la vie privée

Comme on l'a vu dans l'analyse des enquêtes d'opinion et des recherches, la volonté d'organiser son temps de travail et de rompre avec la norme de la disponibilité continue est fortement exprimée par les jeunes médecins. Elle se traduit par le souhait de travailler à temps partiel, bien que l'expression « temps partiel » ne soit pas systématiquement employée. La norme d'un jour non travaillé par semaine est largement partagée. Cette conception du travail provoque des tensions avec les médecins déjà installés qui renvoient aux jeunes l'image de gens qui ne veulent plus

34. Le rapport Descours, 2003, mentionne le cas de médecins belges venus s'installer en zone rurale en Basse-Normandie.

travailler. Mais ces derniers entendent travailler autrement, pour pouvoir « vivre à côté ». Dans le cas de jeunes femmes vivant en couple avec une répartition sexuée des rôles traditionnelle (l'homme ayant l'activité jugée principale), l'exercice peut être considéré comme un travail d'appoint (Le Feuvre, 2004 ; Hardy, 2006).

Il ne faut pas sous-estimer l'attrait qu'exerce le salariat au cours de l'orientation professionnelle, et même auprès de jeunes installés tout en début de carrière. La différence de revenu entre l'exercice libéral et l'exercice hospitalier est perçue comme s'amoins, alors que le temps de travail hospitalier est moindre, dit-on, qu'en médecine libérale. Un statut de praticien hospitalier devient un compromis envisageable, surtout si les premières expériences libérales n'ont pas été concluantes. Sur un autre plan, le paiement à l'acte exclusif semble incompatible avec une réelle activité de santé publique, et dans le discours de certains le salariat est envisagé comme une alternative pour une pratique plus équilibrée. On le voit, la médecine générale n'est plus appréhendée par les étudiants et les jeunes médecins comme une profession canonique, dont l'image sociale est celle d'une profession libérale de notable. Les perspectives professionnelles envisagées sont diverses parce que les aspirations sont variées.

■ ■ Le lieu et l'environnement de l'installation, un choix multifactoriel

Le choix du lieu d'exercice est un choix multifactoriel. On ne peut opposer le rural et l'urbain tels quels. Une zone rurale touristique est plus attrayante qu'une zone urbaine déshéritée. Pour leurs choix, les médecins nouvellement installés disent avoir évalué (de façon plus ou moins approfondie) l'environnement de travail : la clientèle et la charge de travail prévisible, le système de gardes et leur fréquence, la qualité de vie au sens général du terme.

Le parcours de formation des médecins est long, plein d'incertitudes et donne aux étudiants l'impression de devoir s'adapter sans vraiment être maîtres de leurs choix. L'instauration des ECN va contraindre les étudiants à une mobilité pour certains choix de spécialité. De ce point de vue, la liberté du lieu d'exercice apparaît comme un des derniers espaces de choix réel qui reste aux jeunes médecins (Hardy, Gadéa, 2006).

Des incitations non incitatives

À propos des incitations à l'installation en milieu rural, on retrouve les résultats des enquêtes déjà présentées. Les incitations financières à l'installation en milieu rural sont accueillies avec scepticisme ou distance, elles ne sont pas considérées comme un critère à prendre en compte. Les résidents doutent de leur effet et clairement ne se sentent pas concernés. En effet, la question de l'installation des jeunes médecins n'est que partiellement une question médicale, elle renvoie à l'évolution des modes de vie et aux problèmes d'aménagement du territoire.

Mais, pour autant, l'objectif poursuivi semble légitime, de même qu'une action des pouvoirs publics. Quelques internes par exemple évoquent les pharmaciens et ne rejettent pas *a priori* une mesure de régulation (Levasseur et Schweyer, 2004).

UN CHOIX DE COUPLE

C'est un des effets de la féminisation de la profession que d'envisager la pratique médicale en fonction d'une double carrière de mère et de médecin (Robelet *et al.*,

2006). Mais il serait erroné d'opposer sur ce point les jeunes médecins selon le genre. En effet, il semble bien que ce qui passe pour être le « modèle féminin » s'impose parmi les jeunes générations (Hardy, 2005).

Le choix du lieu d'installation est rarement un choix individuel, mais le plus souvent un choix de couple. Il s'agit de combiner deux projets professionnels dans une même aire géographique. Les concessions faites par l'un ou l'autre des partenaires sont variables en intensité et en nature. La nouveauté vient du comportement des femmes. Les modèles théoriques proposés par N. Le Feuvre (2001) permettent de comprendre que l'on peut être femme et médecin de maintes façons et que les notions de « masculinité » ou « féminité » ne suffisent pas pour éclairer les logiques sociales qui sous-tendent les pratiques des femmes et des hommes médecins. Le sens que les femmes médecins attribuent à leur investissement simultané dans une activité médicale et dans une vie personnelle, domestique et familiale, varie selon qu'elles s'inscrivent dans un schéma de reproduction ou de transformation du genre. Dans une perspective de reproduction de genre (la « féminitude »), l'action a pour logique l'intégration normative d'une différenciation sexuelle des rôles et conduit à une expérience de dépendance par rapport au conjoint. L'activité professionnelle et la carrière du conjoint seront privilégiées tandis que le choix d'activité de la conjointe sera conduit par un souci d'adaptation, souvent en référence au modèle du travail d'appoint, du deuxième salaire. La référence de l'activité professionnelle féminine peut être celle de la « virilité », avec une logique d'action privilégiant le « jeu » stratégique, l'engagement et parfois la transgression des normes. Il s'agit de faire carrière et de se conformer au modèle masculin. Des revenus assez élevés peuvent permettre de financer des aides domestiques et ainsi d'assumer les rôles conjugaux avec un fort investissement professionnel. Dans d'autres cas d'hétérogamie (quand le conjoint a une activité professionnelle inférieure), les rôles peuvent s'inverser et la femme peut devenir le pourvoyeur principal (voire exclusif) de revenu. Il existe un troisième modèle théorique, celui de transformation/dépassement du genre qui se caractérise par l'autonomie et la distanciation par rapport aux normes professionnelles. La mise en œuvre d'une telle logique suppose la rencontre d'autres acteurs (notamment des hommes) dont les logiques d'action tendent également vers un dépassement des principes de différenciation/hierarchisation des sexes. Les expériences concrètes ne se limitent pas strictement à ces modèles mais ces derniers permettent de comprendre la complexité des arbitrages effectués au sein des couples et plus généralement les effets divers de la féminisation de la profession médicale.

LA QUALITÉ DE LA VIE INTÈGRE LE TRAVAIL

La décision d'installation, on l'a dit, relève moins d'un choix proprement dit que d'un compromis, d'une forme d'arbitrage entre différents facteurs, au premier rang desquels se trouve dans les discours la qualité de la vie. Les commentaires des résultats des enquêtes d'opinion montrent la dimension multifactorielle des décisions, mais en mettant l'accent sur la vie privée, les loisirs, le temps libre. Les recherches confirment ces observations, toutefois l'analyse des entretiens conduit à des interprétations plus nuancées. Les jeunes médecins enquêtés disent prendre en compte dans leurs choix l'environnement écologique, l'accès aux services économiques, cultu-

rels et sociaux. Ils insistent aussi sur la possibilité de partager la charge de travail ou encore sur celle de séparer le lieu d'exercice du lieu de vie, les médecins ayant un « métier comme un autre » (Schweyer, 2003 ; Hardy, 2005). Le modèle vocationnel et artisanal à la fois, qui voulait que le médecin se rende disponible à tout moment et exerce dans sa propre maison, semble révolu en tant que référence.

Le souhait d'une organisation du travail maîtrisée

Les observations statistiques mettent en lumière l'augmentation tendancielle de la durée de travail des médecins et ce en dépit d'une féminisation croissante du corps médical (Berland *et al.*, 2004). La dernière décennie montre aussi une tendance au rapprochement du temps de travail des hommes et des femmes médecins (Lapeyre, Le Feuvre, 2005). Si ce « rattrapage » se poursuit, l'égalisation de l'activité des hommes et des femmes généralistes pourrait être atteinte en 2025 (Niel, 2002). Il semble que la volonté de circonscrire sa charge de travail soit un modèle de couple de doubles actifs. Ce qui peut être perçu par les générations précédentes comme un malthusianisme de l'activité professionnelle.

La gestion du calendrier reproductif n'a pas été, à notre connaissance, systématiquement étudiée en ce qui concerne les médecins. A.-C. Hardy a montré que les femmes s'engagent dans la profession médicale « pour la vie », il convient donc de replacer les discours et les comportements de début de carrière dans une trajectoire d'ensemble. Autrement dit, le modèle d'activité en début de carrière ne peut pas être tenu comme prédictif du comportement futur des médecins. D'une part, le cadre d'analyse des expériences sociales des femmes travaillant dans des professions d'élites, proposé par N. Le Feuvre (2001), explique que la priorité donnée à la sphère familiale et domestique peut être très variable d'une femme à une autre, sans doute plus fort dans un modèle de « féminitude » (reproduction du genre), plus variable ou limité dans un modèle de « virilitude » ou de « dépassement du genre ». D'autre part, l'investissement consenti à la reproduction, qui peut être important en début de carrière, ne peut être tenu comme un modèle définitif de rapport au travail. Il n'est pas impossible que la transformation du modèle professionnel médical, parce qu'elle se manifeste surtout, mais pas seulement, dans les jeunes générations, soit perçue de façon biaisée. Plus précisément, les comportements observés chez les jeunes médecins traduisent à la fois une transformation des pratiques professionnelles et des comportements liés au calendrier reproductif caractérisés par un investissement plus ou moins fort dans la sphère familiale, mais qui ne sera sans doute pas prolongé chez tous. De sorte qu'il paraît hasardeux d'en tirer des conclusions de nature prospective.

La poly-activité (gardes, régulation SAMU) permet à certains de compenser les difficultés à construire une clientèle par suite d'un choix d'installation en milieu urbain. La question des remplaçants, plus ou moins faciles à trouver, est aussi évoquée comme un élément pris en compte pour choisir un lieu d'installation. Le milieu rural est spontanément perçu comme impliquant une charge de travail plus lourde à cause de la permanence des soins à assurer et aussi de la solitude des médecins. Toutefois, les points de vue des médecins installés peuvent être contrastés au sujet de la charge de travail en milieu rural, ce qui souligne que le volume de l'activité n'est pas seul à prendre en compte, il y a aussi la charge mentale.

La charge mentale du travail de généraliste

Les discours sur la durée et la charge de travail (par définition lourde) traduisent des difficultés souvent perçues dès les stages chez le praticien, et qui participent de ce que nous venons d'appeler la charge mentale. Ces difficultés rarement explicitées dans les discours des médecins sont liées pour partie aux conditions de travail et pour partie aux activités mêmes des médecins généralistes. On peut citer par exemple la fragmentation de l'activité (Sarradon, 2008), les interruptions nombreuses, l'absence de « temps pour soi » programmé, la difficulté à maîtriser le temps, etc. (Davezies *et al.*, 2004). La charge mentale du travail est importante. Elle est liée à des formes de dépendance : organisation de l'activité rendue difficile à cause des comportements de la clientèle subis (qui préfère les rendez-vous en fin de journée après les sorties de crèche par exemple) ou efforts déployés pour contacter un confrère hospitalier qu'il aura fallu rappeler plusieurs fois. Le travail émotionnel (Drulhe, 2000) est plus rarement évoqué, bien qu'il nécessite une grande mobilisation de soi. Les étudiants découvrent des formes d'émotion nouvelles lors des premiers contacts avec l'exercice concret de la médecine générale auquel l'exercice hospitalier ne prépare pas vraiment. C'est pourquoi elles sont perçues comme une spécificité du travail du généraliste.

Travailler en groupe ou seul ?

Quelques jeunes médecins expriment leur souhait d'être seul. Par souci d'autonomie (exprimé comme volonté d'indépendance), ils peuvent s'installer seul quand les modalités d'un cabinet de groupe leur paraissent trop contraignantes par exemple. S'installer seul n'est pas toujours un choix. Quelques jeunes médecins s'y résignent sans l'avoir réellement désiré, quand d'autres préfèrent être seuls pour être indépendants, autonomes, ne dépendre de personne. C'est le cas de beaucoup d'installés en seconde carrière mais aussi de quelques jeunes médecins en début de carrière. Exercer seul peut traduire aussi le refus d'un style de médecine imposé par des associés, le rejet de toute inféodation.

Pour un plus grand nombre, l'exercice en cabinet de groupe est perçu comme un moyen d'avoir des conditions de travail permettant de préserver la vie personnelle, une condition *sine qua non* pour maîtriser les horaires de travail, se répartir les contraintes afin d'assurer des temps de repos et de vacances, mais aussi pour ne pas être seul, partager les investissements, se donner les moyens d'un bon équipement.

Pour les jeunes médecins installés, être en association avec d'autres médecins signifie partager des locaux et éventuellement un secrétariat, organiser à plusieurs la permanence des soins et les périodes de congés. S'y ajoute la possibilité de rencontrer les confrères et de pouvoir échanger, ce dernier point étant espéré mais pas toujours vécu. Le travail de groupe est donc souvent perçu comme un moyen pour réguler sa charge de travail. En revanche, les notions d'équipe et de collectif de travail sont rarement évoquées, si bien que le mode d'exercice en cabinet de groupe peut être solitaire. Vouloir travailler en groupe n'est pas nécessairement une idée de départ. Pendant les remplacements, les jeunes médecins font l'apprentissage des contraintes et peuvent découvrir l'intérêt d'une association.

Une tension intergénérationnelle est évoquée, qui peut expliquer le décalage observé entre les intentions exprimées de travailler en cabinet de groupe et la réalité

constatée d'une proportion significative d'exercice solitaire parmi les plus jeunes. À titre d'illustration (les recherches donnent de nombreux exemples), on peut citer le cas d'une jeune médecin qui refuse de reprendre un cabinet avec une clientèle importante parce qu'il lui faudrait travailler à plein temps et que ce n'est pas son projet (Levasseur *et al.*, 2004). On observe d'ailleurs que les femmes sont moins nombreuses que les hommes à travailler en cabinet de groupe, ce qui est surprenant *a priori* (Darriné et Niel, 2001).

■ ■ L'activité des nouveaux installés

Sans reprendre l'ensemble des recherches, on peut dire que l'analyse du discours des jeunes médecins sur leur activité est riche d'enseignement de par la diversité des situations d'exercice mais aussi des postures adoptées par rapport au travail et plus généralement à la profession de médecin. On se limite ici à quelques points qui n'apparaissent pas dans les enquêtes d'opinion analysées, en soulignant toutefois que, pour une bonne part, le travail des jeunes médecins reste un champ de recherche à explorer. Deux remarques s'imposent. D'une part, les statistiques d'activité des nouveaux installés sont difficiles à interpréter car la durée du travail, en termes de demi-journées, n'est pas connue. De plus, on observe des différences significatives selon les départements. D'autre part, la notion de jeune médecin est relative. On trouve en effet parmi les médecins généralistes récemment installés des adultes ayant dépassé la quarantaine qui, après diverses expériences professionnelles, se stabilisent en s'installant et aussi des médecins dont l'installation en médecine générale représente une seconde carrière.

LA CHARGE DE TRAVAIL NE SE DÉCIDE PAS, ELLE PEUT MÊME DANS CERTAINS CAS ÊTRE SUBIE

Dans le cadre des cabinets de médecine générale, la charge de travail résulte plutôt d'un compromis trouvé entre la demande sociale, l'offre de soins existante, les priorités d'exercice que l'on se donne et, pour ceux qui sont associés, les usages des confrères avec qui l'on travaille. On observe des tensions entre générations, ou plutôt entre des conceptions différentes du métier. L'équilibre souhaité par les jeunes médecins entre vie privée et activité professionnelle est difficile à mettre en œuvre et certains expriment une lassitude quand, par exemple, ils ont le sentiment que des demandes des patients, non justifiées à leurs yeux, leur « volent » leur vie familiale (Levasseur, Schweyer, 2004). Les horaires imposés par la clientèle, et acceptés par l'obligation contractuelle qui réunit les confrères, sont mal vécus. Certains jeunes médecins aspirent à maîtriser l'organisation de leur travail, en l'imposant au besoin aux patients, alors que, selon eux, leurs collègues plus âgés auraient l'habitude d'être plus souples avec la clientèle. Dans d'autres cas, de constitution de clientèle par exemple, l'adaptation à la clientèle est jugée nécessaire. Le souci d'organiser la durée du travail peut se traduire parfois par une volonté exprimée de limiter volontairement l'activité. Le modèle du travail salarié peut être pris comme référence, pour les horaires et la régularité, mais les représentations ne sont pas toujours en phase avec la réalité. Ainsi le salariat, dans les discours, suggère un temps de travail limité alors que les études montrent qu'il y a « salariat et salariat », autrement dit que le

salariat n'implique pas nécessairement un moindre investissement temporel, surtout quand il s'agit d'emplois d'encadrement (Le Feuvre *et al.*, 2003).

À propos de leur activité, les nouveaux installés parlent aussi de leurs revenus et souvent se comparent à d'autres professions pour exprimer leurs opinions. Dans l'ensemble, ils se disent satisfaits de leurs revenus, avec des attentes variables. Même au démarrage, ils « s'en sortent ». Pour ceux dont l'activité n'est pas très soutenue, il s'agit souvent de la contrepartie acceptée d'un choix d'installation dans une zone riche en médecins. Les nouveaux installés n'ont pas l'objectif professionnel d'obtenir de hauts revenus ; par réalisme, d'une part, et, d'autre part, parce que le temps personnel à préserver leur paraît prioritaire. L'existence de couples double actifs explique la rationalité des choix opérés avec des combinaisons temps plein-temps partiel, salariat-libéral, etc. On rencontre parfois un peu d'amertume, ou du moins un certain fatalisme qui favorise la distance au rôle. Plusieurs jeunes médecins se disent en position défavorable par rapport à des amis ayant fait des études plus courtes et pourtant mieux payés (Levasseur, Schweyer, 2004 ; Hardy *et al.*, 2006). Le rendement des études médicales peut être perçu en déclin. Quand les jeunes médecins comparent la pratique libérale à la médecine salariée, l'équilibre entre niveau de revenu et charge de travail peut être présenté comme défavorable, mais, plus généralement, la charge de travail induite par l'exercice libéral est perçue comme cher payée.

UN SOUCI DE CARRIÈRE, PAS D'ENGAGEMENT DÉFINITIF

L'exercice libéral, on l'a vu, est valorisé par la liberté et l'autonomie qu'on en attend, mais il n'est pas vécu pour autant comme un engagement. Les jeunes médecins évoquent presque tous un possible changement au cours de leur vie professionnelle (les enquêtes d'opinion mettent aussi en lumière cette réalité). L'engagement définitif dans un métier, conçu comme une vocation et une mission, est remis en question ou, du moins, le processus identitaire des jeunes installés ne les conduit pas à se considérer généralistes comme ils se considèrent médecins. La mobilité au cours de la carrière semble intégrée comme une réalité qui concerne également les médecins libéraux. Plus exactement, certains jeunes médecins parlent du salariat comme d'une alternative possible qui ne remettrait pas en question leur identité de généraliste. Par salariat, il faut entendre un travail organisé, plus régulier et aussi une carrière possible. On peut se demander toutefois si l'évocation d'une possible mobilité n'est pas la traduction de l'inachèvement de l'ancrage professionnel. Le choix du type d'activité professionnelle amorce une conversion identitaire à partir d'un socle partagé, celui de médecin.

L'AVENIR DE LA PROFESSION

Quand ils se placent au niveau général de la profession, les nouveaux installés évoquent l'avenir selon trois thèmes : la démographie médicale (la régulation de l'offre de soins plus exactement), les changements jugés souhaitables et enfin le statut libéral. Les propos relèvent de l'opinion fondée sur des constats et des convictions.

Si tous les médecins rencontrés sont conscients du problème de l'inégalité de l'offre de soins selon les territoires, rares sont ceux qui admettraient une régulation qui porterait atteinte à la liberté d'installation. Et ceux qui l'admettent pensent aux

plus jeunes ou aux suivants, mais pas à eux. Le refus de toute obligation en termes d'installation peut avoir plusieurs sens. Dans une perspective des principes de la médecine libérale issus de la charte de 1927, toute atteinte à la liberté d'exercice a un caractère jugé inacceptable. Et certains jeunes médecins déclarent qu'une restriction des règles d'installation les conduirait à renoncer, et l'argument prend quelque consistance quand beaucoup d'hôpitaux sont prêts à recruter des généralistes. Le refus peut avoir un autre sens ; il traduit le fait que le parcours de formation est très contraint et que le choix du lieu et du mode d'exercice peut être perçu comme la dernière liberté qu'il reste (Hardy, Gadéa, 2006). Enfin, le refus peut être associé à une forme de dramatisation de la situation (une contrainte d'installation est assimilée à un déracinement) pour souligner le fait que la contrainte est amplifiée par le nécessaire ajustement des deux activités des conjoints et l'obligation faite à l'un des conjoints ne saurait s'imposer aux deux.

La prise de conscience du problème de l'inégalité de l'offre de soins est générale. La notion de maison médicale est alors citée, les médecins rencontrés s'accordent pour prêter à la notion de maison médicale toutes les vertus d'une solution d'avenir. La notion reste floue, elle évoque à la fois une réalité (le partage des charges) et un souhait rarement réalisé (l'échange professionnel). En sorte que la réunion sous un même toit de différents médecins et professionnels de santé apparaît à tous comme une bonne solution, sans que la question de l'organisation du travail ou encore d'un projet professionnel ne soit vraiment développée.



En conclusion Que veulent les futurs et jeunes généralistes ?

Quelques points ressortent de notre analyse

- Les étudiants n'ont pas vraiment de « projet professionnel », leurs choix se font au fur et à mesure de l'avancée des études, avec beaucoup d'incertitudes et un certain conformisme. Les facteurs déterminants sont le milieu de formation et ses valeurs, le stage chez le praticien, le milieu familial et social, le choix du conjoint.
- Les enquêtes d'opinion comme les recherches attestent du changement de modèle professionnel qui est en cours. Les chercheurs ont montré que c'est moins l'accroissement du nombre de femmes médecins qui en est la cause que la transformation du rapport au travail des femmes des hommes médecins. À une division sexuelle du travail qui faisait de l'homme le pourvoyeur principal de ressources et plaçait la femme prioritairement dans la sphère domestique, succède un référentiel professionnel fondé sur la conciliation de l'exercice médical et de la vie privée familiale et conjugale. Dans les jeunes générations, les femmes et les hommes partagent ce référentiel. L'articulation entre l'intérêt du métier de généraliste (fondé surtout sur les relations aux patients) et la qualité de la vie personnelle est centrale dans le processus de choix.
- La situation des jeunes médecins est favorable en matière d'activité et de revenu assurés par une demande sociale croissante et solvable. Cette situation étant

vécue comme « normale », les choix se font sur le registre de la préférence sous faible contrainte (si ce n'est les contraintes familiales). La demande hospitalière de généraliste pèse sur les choix d'installation, l'exercice libéral apprécié pour la liberté et l'autonomie qu'il est censé donner est en concurrence avec l'exercice hospitalier qui passe pour garantir la maîtrise du temps de travail.

- Les jeunes médecins ont le souci de l'organisation du travail, avant tout pour maîtriser les horaires d'activité. Pour autant, et contrairement à une idée répandue, ils ne sont pas désinvestis de leur travail, bien au contraire. La durée d'activité des médecins augmente et le temps de travail des femmes rattrape peu à peu celui des hommes. La dissociation du lieu de travail d'avec le lieu de vie est souhaitée. Les jeunes médecins se disent en conséquence prêts à être plus mobiles.
- Leur conception du travail écarte l'exigence de disponibilité à la clientèle, le modèle de la disponibilité permanente a disparu. Les jeunes médecins se disent soucieux de la qualité des soins et considèrent les activités de santé publique légitimes. Une rémunération mixte est largement admise.
- Les installations relèvent dans la plupart des cas d'opportunités. Les aides à l'installation sont jugées inappropriées, leur effet est considéré comme marginal. Les jeunes médecins se disent attachés à la liberté d'installation, qui représente un principe libéral mais aussi un des seuls choix réels qui leur reste. L'installation est dans la plupart des cas un choix de couple de double actif. Il s'agit donc d'un compromis où la possibilité de faire varier le temps de travail, dans des configurations d'activité évolutives, est un facteur important.
- L'installation en milieu rural n'attire qu'une petite minorité d'étudiants qui, pour la plupart, sont originaires de la campagne. Si les incitations financières n'ont pas d'effet, en revanche, les recherches montrent que – en gardant les règles actuelles – seul un réexamen de la forte sélection sociale opérée par le recrutement des études de médecine serait de nature à faire évoluer le problème de la disparité de la répartition des médecins sur le territoire, problème dont les jeunes générations ont conscience d'ailleurs.

Références bibliographiques

ARLIAUD M., 1987, *Les Médecins*, Paris, La Découverte.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES INTERNES DES HÔPITAUX D'AMIENS, URML DE PICARDIE, 2004, *Livre blanc des internes de Picardie. Formation et démographie. Constat et propositions*, Amiens, 39 p.

BARNAY T., HARTMANN L., ULMANN P., 2007, « Réforme du "médecin traitant" et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, janvier-mars.

BASZANGER I., 1981, « Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue française de sociologie*, XXII, 223-245.

BASZANGER I., 1983, « La construction d'un monde professionnel : l'entrée des jeunes praticiens dans la médecine générale », *Sociologie du travail*, n° 3.

- BERLAND Y., BURDILLAT M., DANIEL C., 2004, *Les Effectifs et l'activité des professionnels de santé, analyses et enseignements*, ONDPS, La Documentation française.
- BLOY G., 2004, *Socialisation et transmission professionnelles en médecine générale : étude sociologique du stage chez le praticien*, rapport de recherche, CNRS/INSERM/DREES-MiRe.
- BLOY G., 2005, « La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, janvier-mars.
- BUNGENER M., 1984, « Une éternelle pléthore médicale ? », *Sciences sociales et santé*, vol. III.
- CHAUMARTIN D., FRAPPÉ P., 2007, *Aspirations des futurs généralistes stéphanois*, Association des futurs médecins généralistes stéphanois (AFMGS), Saint-Étienne, mai.
- CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS, 2007, *Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel*, rapport complet, BVA, février, 48 p., et synthèse, mars.
- DARRINÉ S., NIEL X., 2001, « Les médecins omnipraticiens au 1^{er} janvier 2000 », *Études et Résultats*, n° 99.
- DAVEZIES F., DANIELLOU F., 2004, *L'Épuisement professionnel des médecins généralistes, une étude compréhensive en Poitou-Charentes*, URML de Poitou-Charentes, janvier.
- DÉCHAMP-LE ROUX C., 1994, « Vocation médicale et choix professionnel », in Aïach P., Fassin D. (eds), *Les Métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos.
- DESCOURS C., 2003, Rapport du groupe opérationnel sur la permanence des soins remis à M. J.-F. Mattei, ministre de la Santé.
- DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, 2006, *Enquête auprès de médecins généralistes nouvellement installés et d'internes en médecine générale. Les déterminants du lieu d'installation et la perception des aides à l'installation en zones sous-médicalisées*, rapport d'étude réalisé par Eurostaf Kaliope, Paris, 202 p., et synthèse.
- DRASS ÎLE-DE-FRANCE, 2006, *Enquête sur le choix professionnel des résidents et internes de médecine générale d'Île-de-France*, Paris, juin, 6 p.
- DRULHE M., 2000, « Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle », in Cresson G., Schweyer F.-X., *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Rennes, Éditions ENSP.
- FERRAND M., IMBERT F., MARRY C., 1996, « Femmes et sciences, une équation improbable ? », *Travail et Emploi*, n° 55.
- FRAPPÉ P., 2007, *Les Aspirations des futurs généralistes stéphanois : suivi à un an*, Saint-Étienne, novembre, 18 p.
- FREIDSON E., 1984, *La Profession médicale*, Paris, Payot.
- GIAMI A., à paraître en 2008, « La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité », in Bloy G. et Schweyer F.-X., *Les Médecins généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Éditions EHESP.
- HARDY-DUBERNET A.-C., 2000, « Faire (quelle ?) médecine. À propos de la loi de 1982 sur la réforme du troisième cycle des études médicales », in Cresson G., Schweyer F.-X., *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Rennes, Éditions ENSP.

- HARDY-DUBERNET A.-C., ARLIAUD M., HORELLOU-LAFARGE C., LE ROY F., BLANC A.-M., 2001, *La Réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins*, rapport de recherche INSERM-CNRS-MiRe, 98.
- HARDY-DUBERNET A.-C., 2005, « Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? », *Revue française des affaires sociales*, n° 1.
- HARDY-DUBERNET A.-C. ET GADÉA C. (DIR.), DIVAY S., HORELLOU-LAFARGE C., LE ROY F., 2005, *De « faire médecine » à « faire de la médecine »*, rapport d'étude pour la DREES.
- HASSENTEUFEL P., 1997, *Les Médecins face à l'État : une comparaison européenne*, Paris, Presses de la FNSP.
- HASSENTEUFEL P., PIERRU F., 2003, « De la crise de la représentation à la crise de la régulation de l'assurance maladie ? », in J. de Kervasdoué, *La Crise des professions de santé*, Paris, Dunod.
- HERZLICH C., BUNGENER M., PAICHELER G., ROUSSIN P., ZUBER M., 1993, *Cinquante Ans d'exercice de la médecine en France, carrières et pratiques des médecins français 1930-1980*, Paris, INSERM Douin.
- LABARTHE G., HÉRAULT D., 2003, « Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002 », DREES, *Études et Résultats*, n° 244.
- LAPEYRE N., LE FEUVRE N., 2005, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, n° 1.
- LAPEYRE N., ROBELET M., à paraître en 2008, « Féminisation des groupes professionnels : en médecine générale comme ailleurs ? », in Bloy G., Schwyer F.-X., *Les Médecins généralistes, sociologie de la médecine générale*, Rennes, Éditions EHESP.
- LE GÉNÉRALISTE, 2007, « Rêves et cauchemars d'une génération », n° 2425, 19 octobre, 16-21.
- LEVASSEUR G. ET SCHWEYER F.-X., 2001, « La recherche en médecine générale en France, un état des lieux », *Cahiers de sociologie et de démographie médicale*, XXXI, n° 1, 47-80.
- LEVASSEUR G., SCHWEYER F.-X., 2004, *Profil et devenir des jeunes médecins généralistes en Bretagne*, rapport de recherche, université Rennes, LAPSS-ENSP, UBO.
- LE FEUVRE N., 2001, « La féminisation de la profession médicale : voie de recomposition ou de transformation du "genre" ? », in *Femmes et Hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Aïach P., Cèbe D., Cresson G., Philippe C., Rennes, Éditions ENSP.
- NIEL X., 2002, « La démographie médicale à l'horizon 2020 : une réactualisation des projections à partir de 2002 », *Études et Résultats*, n° 161.
- OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE D'ÎLE-DE-FRANCE, URML ÎLE-DE-FRANCE, SYNDICAT DES INTERNES DES HÔPITAUX DE PARIS, 2003, *Livre blanc des internes. À quoi rêvent les jeunes spécialistes ?* Paris, novembre, 48 p., et synthèse 4 p.
- PAICHELER G., 2001, « Carrières et pratiques des femmes médecins en France (1930-1980) : portes ouvertes ou fermées ? », in *Femmes et Hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Aïach P., Cèbe D., Cresson G., Philippe C., Rennes, Éditions ENSP.
- POMEY M.-P., BAIL P. et al., 1997, « Connaissances et croyances des étudiants en 4^e année des études de médecine à l'égard des pratiques professionnelles en médecine générale », *Santé publique* (2) : 207-220.
- ROBELET M., 2003, « La grande désillusion des médecins libéraux : entre la tentation de la division et l'espoir de l'unité retrouvée », in J. de Kervasdoué, *La Crise des professions de santé*, Paris, Dunod.

- ROBELET M., LAPEYRE N., ZOLELIO E., 2006, *Les Pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux*, note de synthèse pour le CNOM, janvier.
- SARRADON-ECK A., à paraître en 2008, « Qui mieux que nous ? Les ambivalences du "généraliste-pivot" du système de soins », in Bloy G. et Schweyer F.-X., *Les Médecins généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Éditions EHESP.
- SCHWEYER F.-X., 2003, « Crises et mutations de la médecine hospitalière », in J. de Kervasdoué, *La Crise des professions de santé*, Paris, Dunod.
- SETBON M., 1996, « Le risque comme problème politique. Sur les obstacles de nature politique au développement de la santé publique », *Revue française des affaires sociales*, 2, avril-juin.
- URML RHÔNE-ALPES, SYNDICATS DES INTERNES DES CHU DE LYON, GRENOBLE, SAINT-ÉTIENNE, CLERMONT-FERRAND, 2004, *Livre blanc des internes de spécialité des régions Rhône-Alpes et Auvergne*, Rapport d'étude réalisé par Cemka Eval.
- URML RHÔNE-ALPES, 2005, *Étude des mutations de la médecine générale. Enquête auprès des internes en médecine générale de Rhône-Alpes*, étude réalisée par CAREPS, février, 67.

UNE MÉDECINE GÉNÉRALE DURABLEMENT DÉPRÉCÉE ? ENQUÊTE SUR UNE ÉVIDENCE

Géraldine Bloy

*Maître de conférences en sociologie, université de Bourgogne,
LEG - UMR CNRS 5118*

Le *leitmotiv* de la dévalorisation de la médecine générale constitue le point de départ de cette contribution. Bien des représentations semblent converger sur l'idée d'une faible reconnaissance de cette médecine, que l'on dénonce cette situation comme non fondée, profondément injuste, voire scandaleuse (les défenseurs de la médecine générale), qu'on la déplore en promettant d'inverser enfin le stéréotype à l'occasion d'une prochaine mesure (les réformateurs du système de soins), qu'on l'estime largement justifiée (les tenants d'une conception exclusivement hospitalocentrée de l'excellence médicale).

Le propos n'est évidemment pas ici d'abonder dans tel ou tel sens, d'offrir une meilleure résonance à telle ou telle opinion, mais de faire le point de manière dépassionnée sur la situation de la médecine générale dans le paysage passé et présent des valeurs médicales¹ : d'où vient l'image du « petit généraliste », quelle est la genèse de cette vision péjorative ? À quoi convient-il de référer la question de la valeur : qui la décrète à quelle bourse des valeurs, quels processus la fondent ? On s'accorde à parler de dévalorisation, mais par rapport à qui et à quand ? Derrière l'évidence apparente, quelle réalité et quelle généralité a cette représentation ? À qui et jusqu'où s'impose-t-elle ?

Ces questions sont suffisamment complexes pour ne pas appeler de réponse unique. De nombreux éléments empiriques et théoriques, issus des travaux consacrés à la médecine et aux professions médicales par les sciences sociales, permettent une mise en perspective du sujet. La revue de connaissances que nous proposons les revisite pour cette enquête sur les processus sociaux au sens large (historiques, économiques, politiques, anthropologiques...) qui participent à la construction ou la déconstruction de la valeur de la médecine générale.

Les sciences sociales postulent qu'il n'y a pas de création spontanée de la valeur et que les représentations disponibles à un moment donné sont largement le produit de l'histoire. Nous consacrerons donc les deux premières parties aux aspects historiques du problème, en distinguant deux grandes phases chronologiques (avant les années 1990, après). La troisième partie travaille la question de la valeur incertaine de la médecine générale au vu des modèles scientifiques et profes-

1. Le langage de la valeur est plein de chausse-trappes. S'il nous arrive de dire dans ce qui suit que la médecine générale est « dévaluée », « de peu de valeur », « sans qualité », ou au contraire qu'elle paraît « sous-évaluée », « sous-estimée », le propos n'est jamais ici d'évaluer ses performances ni de nous prononcer sur « ce qu'elle vaut vraiment » – qui ne ressort certainement pas des compétences des sociologues –, mais de décrire des situations sous un certain rapport, en les référant au contexte social dans lequel elles s'inscrivent.

sionnels dominant le champ médical. Une dernière partie nuance les démonstrations précédentes en pointant l'existence d'éléments dissonants en faveur d'une possible construction autonome de la valeur de la médecine générale.

L'histoire institutionnelle de la médecine générale : de l'après-guerre aux années 1990, un produit dévalué de la spécialisation

Rappelons tout d'abord que la médecine générale libérale a longtemps constitué, dans les représentations comme dans les faits, le cœur même de la pratique médicale clinique. Jusqu'aux années 1940 et à l'essor des spécialités, l'essentiel de la médecine était implicitement de la médecine générale. C'est paradoxalement la sortie progressive de ce modèle qui a conduit à désigner par un qualificatif la médecine ne relevant d'aucune spécialité. La naissance de la médecine générale procède donc de cette distinction en négatif (Arliaud, 1987). La médecine courante est devenue « générale » sans qu'un territoire propre lui soit à aucun moment attribué. Comme le rappelle D. Broclain, « aucun élément réglementaire n'existe qui préciserait les rôles respectifs ou les champs d'activité du généraliste et du spécialiste » (Broclain, 1994, p. 130). Il souligne que l'émergence intellectuelle des spécialités s'est faite logiquement à l'hôpital, « autour des cas difficiles et complexes à diagnostiquer ou à traiter », mais que les territoires des spécialités ont ensuite été constitués de manière extensive à partir d'un simple critère d'organe (d'âge ou de sexe des patients, de technique employée), sans considération de gravité ou de rareté de la pathologie. D'où la difficulté de rendre ultérieurement visible un territoire propre à la médecine générale, évoquée par M. Bungener et I. Baszanger dans ces termes : « un champ d'activités moins ou peu définies, voire indéfinissables, même si certaines sont en fait à l'origine de la pratique médicale : le champ de la médecine dite générale. (...) "ce qui reste", ce dont les divers spécialistes ne s'occupent pas parce qu'ils font plus et autrement, ou parce que cela ne requiert pas de compétences supplémentaires » (Bungener et Baszanger, 2002, p. 20-24).

Ces conditions d'émergence ne laissaient pas augurer d'une constitution facile d'une discipline originale et reconnue. L'évolution du statut institutionnel de la médecine générale en France mérite néanmoins d'être considérée plus en détail sur les cinquante dernières années. Nous évoquerons la place de la médecine générale à partir des analyses disponibles sur les principales réformes qui se sont succédé en France, de la réforme Debré de 1958 au récent (et inachevé) mouvement de promotion universitaire d'une « spécialité médecine générale », en passant par la réforme de l'internat intervenue en 1984. Chacun de ces importants remaniements législatifs ou réglementaires reconfigure les conditions de recrutement des futurs généralistes parmi l'ensemble des médecins en formation et, en définissant sa valeur relative, assigne assez efficacement la médecine générale à une place dans un espace de relations hiérarchisé.

■ ■ La dualisation du corps médical dans les années 1950 et ses conséquences

Sur le plan institutionnel, l'ancien modèle, organisé autour d'un exercice polyvalent de la médecine, est progressivement supplanté au cours des années 1950, après qu'un décret d'octobre 1949 a listé et réglementé l'exercice des spécialités, devenu accessible après l'obtention de certificats d'études spéciales (CES). Une première inscription officielle de la différence entre médecine générale et médecine spécialisée intervient donc, alors que l'expérience et la notoriété suffisaient auparavant pour qu'un médecin généraliste puisse se proclamer spécialiste². Mais c'est la fameuse réforme Debré de 1958 (adoptée par ordonnances et non devant le Parlement) qui consacre la médecine spécialisée. Cette dernière institue les centres hospitalo-universitaires (CHU), lieux qui visent à concentrer l'excellence des soins, de l'enseignement et de la recherche, et crée le temps plein hospitalier pour y retenir l'élite des médecins en leur proposant un déroulement de carrière dans l'institution. Intellectuellement, cette réforme ancre le développement des sciences médicales dans l'enseignement des connaissances biologiques fondamentales et oriente en conséquence la sélection et la formation des médecins.

Qu'advient-il alors de la médecine générale ? Elle n'est pas considérée en propre. Il semble entendu que le progrès médical et le prestige de la médecine procèdent désormais de cette nouvelle élite hospitalo-universitaire. Approfondissement des connaissances rime avec hyperspécialisation et technicité grandissante de la biomédecine, qui exige des plateaux techniques de plus en plus performants, dont même les spécialités de ville ne peuvent présenter qu'un dégradé. À l'écart de ce mouvement, la médecine générale devient durablement, malgré l'importance de ses effectifs, un segment (Bucher et Strauss, 1961) dominé du monde médical qui ne trouve longtemps à se définir qu'en creux, par défaut de spécialisation, comme en retrait de l'évolution scientifique. Dans une phase de montée de la prise en charge des dépenses de santé par l'Assurance maladie, la valorisation économique différente de la consultation des spécialistes et des généralistes accrédite l'idée d'une moindre complexité de l'acte de médecine générale et désigne les compétences et le travail des spécialistes comme sources de valeur ajoutée par rapport à la consultation généraliste « de base ». En outre, les actes techniques sont mieux rémunérés que les actes intellectuels, situation qui profite globalement aux spécialistes jusqu'aujourd'hui³.

Le taux de spécialisation s'élève fortement dans les années qui suivent la réforme Debré, bien que les généralistes restent majoritaires, le tout sur fond de forte croissance de la démographie médicale. Tous les médecins sont formés à partir de 1958

2. Alors que l'enseignement des spécialités avait été institué de longue date dans les facultés, qui délivraient des certificats de spécialisation, pendant la première moitié du xx^e siècle « il n'existe, de fait, aucun moyen de distinguer les spécialistes qualifiés de ceux qui prétendaient à la spécialité sans une préparation scientifique sérieuse » (Herzlich *et al.*, 1993, p. 55).

3. Par la suite, l'accès au secteur 2 à honoraires libres, ouvert entre 1980 et 1990, a moins été sollicité par les généralistes (à l'exception de ceux exerçant en MEP [mode d'exercice particulier] ou dans des contextes économiquement favorisés et de forte densité médicale). Après 1990, le passage en secteur 2 a été accordé sur la base de titres hospitalo-universitaires non accessibles aux généralistes.

dans les CHU. Là s'acquiert le tronc commun de leurs connaissances, et pour les généralistes la seule formation avant leur exercice futur. À l'issue des premier et deuxième cycles des études médicales, les non-spécialistes prolongent leur formation par deux semestres de « stage interné » dans des hôpitaux secondaires. Concrètement, les généralistes sont surtout ceux dont la formation s'arrête quand celle des autres continue. Étonnamment, la formation médicale est pensée sans considération pour les futurs généralistes devenus, selon les mots d'I. Baszanger, « la catégorie de professionnels que l'institution socialisante ne fabrique pas pour elle-même » et dont elle se désintéresse (Baszanger, 1981, p. 230). La question de la définition de la formation pertinente des généralistes dans un contexte d'accroissement exponentiel de la masse des connaissances, impossible à maîtriser par un individu, n'est pas posée. Il n'est pas envisageable dans ce modèle que la médecine générale constitue une discipline propre, bénéficiant d'un enseignement théorique ou pratique à l'instar des différentes spécialités, ni qu'elle soit un objet pour la recherche médicale, même conduite par d'autres.

À partir de la fin des années 1970, différents auteurs (I. Baszanger et M. Arliaud les tout premiers) ont constaté les conséquences en termes de fragilité de socialisation, d'identité et de légitimité professionnelles de cette constitution par défaut de la médecine générale. M. Arliaud a pu évoquer le « peuple vague » des généralistes, incertain quant à la délimitation de son champ d'action, infini ou résiduel, et quant à la valeur de ses pratiques, qui ne sont pas référables simplement à des standards biomédicaux, compte tenu de la complexité des plaintes recueillies en médecine générale (*cf. infra*). Ces analyses ont été largement confirmées par la suite. Elles restent très pertinentes, en dépit des réformes importantes intervenues dans les processus de sélection des spécialistes par rapport aux généralistes que nous allons à présent considérer.

■ ■ La réforme de l'internat de 1984

Une nouvelle période s'est ouverte en effet avec la réforme de l'internat intervenue en 1984 (en application de la loi du 31 décembre 1982), qui a profondément reconfiguré le contexte de l'orientation vers la médecine générale en instituant une coupure symbolique puissante entre les étudiants jugés dignes de devenir spécialistes, du fait de leur réussite au nouveau concours de l'internat, et les autres. Cette réforme procédait pour partie d'un souci d'harmonisation européenne des études, mais était également motivée par la volonté d'encadrer la croissance du nombre de spécialistes, jugée inflationniste pour les dépenses de santé suite au changement durable de conjoncture économique intervenu dans les années 1970. La suppression progressive des anciens certificats d'études spéciales (CES), qui constituaient autant de passerelles de la médecine générale vers les spécialités, a considérablement dramatisé les conditions de choix des étudiants et consacré une hiérarchie des valeurs présentant la médecine générale comme le lot de ceux ayant échoué à devenir spécialistes. La procédure veut ainsi, à partir de 1984, qu'il soit plus facile de devenir généraliste que spécialiste, et partage les promotions approximativement en deux au vu des résultats du concours (alors même que les notes sont très homogènes en milieu de distribution). Même si des hiérarchies fines se reconstituent entre spécialités, la césure importante passe entre le dernier reçu et le premier à échouer

au concours, instaurant une véritable dualisation du corps médical français. M. Arliaud a pu écrire ainsi : « Le concours opère donc une césure hiérarchique, quasi irréversible, dans la population étudiante, dont il est, par ailleurs, aisé d'observer qu'elle persiste, plus tard, dans la vie professionnelle (...). L'internat opère une distinction hiérarchique au sein d'un même espace et induit, durablement, à la fois des différences de condition matérielle et de degré de légitimité professionnelle » (Arliaud, 2002, p. 65⁴).

L'étude d'A.-C. Hardy-Dubernet examine les conséquences de la réforme de 1982 pour la médecine générale (Hardy-Dubernet *et al.*, 2001 ; Hardy-Dubernet, 2003). L'analyse permet d'en mesurer précisément les effets sur l'orientation (spécialités ou médecine générale) des meilleurs étudiants, à savoir ceux classés dans le premier tiers des promotions à l'issue du deuxième cycle : 43,7 % de ceux-ci s'engageaient en médecine générale dans l'ancien régime ; ils ne sont plus que 28,4 % après l'entrée en vigueur de la réforme. Cette étude montre qu'il faut faire preuve de beaucoup de détermination pour ne pas se diriger vers l'orientation la plus probable eu égard aux classements répétés qui structurent le parcours des étudiants en médecine. « Ainsi, les "meilleurs" étudiants n'échappent pas aux spécialités les plus cotées à l'issue du concours et les "moins bons" sont relégués dans les segments dévalorisés de la profession. (...) Si les étudiants les plus brillants ont – théoriquement – le choix, d'abord de ne pas passer le concours de l'internat et, ensuite, d'en refuser le bénéfice pour faire de la médecine générale, ils n'ont pas, dans la pratique, cette possibilité. Le système, tel qu'il est conçu, propose un modèle d'identification qui place, d'emblée, les "meilleurs" étudiants dans la catégorie des futurs spécialistes. (...) L'ordre du classement agit comme une obligation pour tous, quel que soit le rang obtenu puisque le choix obéit *in fine* à l'ordre des hiérarchies professionnelles propres au corps médical » (Hardy-Dubernet, 2003, p. 80-82).

L'internat fonctionne désormais comme une sorte de table de valeurs et produit des croyances collectives dont il est difficile et coûteux de se démarquer individuellement. Le renforcement de la formation par la concurrence produit par ce nouveau concours a eu ainsi des effets profonds en amont et en aval, sur les individus comme sur les institutions, notamment les facultés. A.-C. Hardy-Dubernet montre que, dès lors que la concurrence entre ces dernières se fait sur la réussite à l'internat, la réflexion sur la cohérence ou la pertinence en termes de formation du deuxième cycle n'a pu être menée, alors même qu'un peu plus de la moitié des promotions reste constituée de futurs généralistes qui ne recevront pas d'autres ensei-

4. Cette analyse est directement inspirée de celle consacrée par P. Bourdieu aux concours d'accès aux grandes écoles constitutives de l'élite dans le système français. Cette séparation « se marque enfin dans et par le concours lui-même et par la coupure rituelle, véritable frontière magique, qu'il institue en séparant le dernier reçu du premier collé par une différence de nature, marquée par le droit de porter un nom, un titre. Cette coupure est une véritable opération magique, dont le paradigme est la séparation entre le sacré et le profane telle que l'analyse Durkheim. L'acte de classement scolaire est toujours, mais tout particulièrement en ce cas, un acte d'ordination au double sens que ce mot revêt en français. Il institue une différence sociale de rang, une relation d'ordre définitive : les élus sont marqués, pour la vie, par leur appartenance (ancien élève de...) ; ils sont membres d'un ordre, au sens médiéval du terme, et d'un ordre nobiliaire nettement délimité (on en est ou on n'en est pas) de gens qui sont séparés du commun des mortels par une différence d'essence et légitimés, de ce fait, à dominer. C'est en cela que la séparation opérée par l'école est aussi une ordination au sens de consécration, d'intronisation dans une catégorie sacrée, une noblesse » (Bourdieu, 1994, p. 41-42).

gnements. « L'objectif pédagogique a été parasité par l'objectif sélectif » (Hardy-Dubernet, 2003, p. 76). Quant aux individus, les « élus » ont tout lieu d'être saisis par les effets quasi magiques de distinction symbolique que produit une bonne place à un concours difficile. Ceux qui échouent en dépit d'un lourd investissement seront toujours jugés assez bons pour une orientation en médecine générale, même si on peut se demander dans quelles dispositions... Ne pas participer à cette course, enfin, est possible – on reviendra attentivement sur cette réalité en partie 4 –, mais équivaut à un positionnement hors jeu. Au-delà du temps du concours, le passif de rancœur, de frustration ou d'incompréhension ne laisse pas exactement augurer de relations de coopération sereines entre futurs généralistes et spécialistes.

La valeur des filières doit se confirmer enfin dans leur recrutement social plus ou moins élevé, l'excellence, dans les études médicales comme ailleurs, n'étant pas indépendante des déterminations sociales classiques. Il est depuis longtemps connu que les étudiants en médecine ont, dans leur ensemble, une origine socioprofessionnelle très favorisée par rapport à ceux des autres filières universitaires, et proche de celle des élèves des classes préparatoires ou des grandes écoles (Reynaud et Touraine, 1956 ; Herzlich *et al.*, 1993). Le phénomène est encore plus net au-delà de la sélection opérée par le concours de fin de première année. Selon des chiffres de 2002 : « 44 % des pères (à défaut, des mères) d'étudiants de PCEM1 sont cadres ou occupent une profession intellectuelle supérieure, ils sont plus de la moitié en PCEM2 (57 %) et en deuxième cycle (59 %) » (Labarthe et Hérault, 2003). Rappelons que les jeunes issus de cette catégorie socioprofessionnelle représentent environ 15 % de l'effectif de la génération concernée⁶.

La comparaison du recrutement social des différentes spécialités médicales est nettement moins facile à établir, l'information relative aux origines sociales n'étant pas de bonne qualité au niveau du troisième cycle. Sur la base des différentes enquêtes qu'elle a conduites, A.-C. Hardy-Dubernet fait état d'une sélection sociale subtile : aux principes habituels de hiérarchisation sociale se surajoute un facteur de réussite spécifique qui tient à la proximité privilégiée (dans la famille ou l'entourage immédiat) avec quelques représentants du milieu médical, dont tous les travaux consacrés à la socialisation des jeunes médecins signalent effectivement qu'elle favorise tout au long de la carrière estudiantine l'initiation aux règles informelles permettant la survie puis la réussite en faculté de médecine⁷.

M. Jaisson a comparé les origines sociales des étudiants du troisième cycle de médecine générale et celles des internes de spécialités au milieu des années 1980 et au début des années 1990. Elle met ainsi en évidence le poids de l'origine sociale

5. PCEM1 : 1^{re} année ; PCEM2 : 2^e année.

6. À l'autre extrême, les enfants d'ouvriers représentent quelque 40 % des jeunes mais seulement 9 % des PCEM1 et 5 % des étudiants en médecine au-delà.

7. « La soumission aux injonctions officielles de l'université (présence aux cours, assiduité aux stages en particulier) ne produit que des résultats médiocres qui ne suffisent pas à "faire la différence". Bon nombre de médecins considèrent que la réussite en médecine dépend autant du travail fourni que de la compréhension de normes non dites : méthodes particulières d'apprentissage, intégration dans un réseau solidaire d'étudiants, accès aux conférences privées d'internat, informations sur les "bons" stages, etc. (...) *A contrario*, les étudiants les plus défavorisés sont ceux qui n'ont accès qu'aux seules informations officielles dispensées par l'université et l'hôpital. Ceux-ci mettent souvent beaucoup de temps à comprendre le fonctionnement du système, ce qui leur coûte en général un redoublement en première année et des chances diminuées d'accès à l'internat en spécialité » (Hardy-Dubernet, 2003, p. 84-85).

des étudiants en médecine sur l'accès à la spécialité : « les étudiants d'origines sociales dominées s'orientent plus fréquemment vers la médecine générale que vers l'internat de spécialité. En 1985-1986, sur l'ensemble des étudiants inscrits en internat en France, 28 % étaient issus de parents cadres moyens, employés ou ouvriers (...), le taux était de 23 % pour les étudiants en internat de spécialités. Cinq ans plus tard, l'écart est plus net encore : si l'on trouve toujours 28 % d'étudiants en médecine générale issus des PCS cadres moyens, employés ou ouvriers, seuls 17 % des futurs spécialistes le sont désormais » (Jaisson 2002, p. 31). Elle pense donc que la réforme de l'internat entrée en vigueur en 1984 a contribué à accroître la sélectivité par rapport à l'origine sociale de l'accès à la médecine spécialisée... La production de données incontestables sur ce sujet important reste toutefois particulièrement difficile. Au-delà de l'origine sociale, il serait utile de pouvoir étudier finement la provenance géographique des étudiants et d'apprécier leurs parcours et orientations selon qu'ils sont plutôt d'origine rurale ou urbaine.

Seule nuance dans ce tableau convergeant vers une forme de relégation de la médecine générale par la loi de 1982 (en dépit de l'objectif de « revalorisation », affiché parmi d'autres), un début de statut pour les étudiants du troisième cycle de médecine générale a été instauré. Accessible sans épreuve à l'issue du deuxième cycle, l'internat de médecine générale dure alors deux années, rémunérées, là où celui des spécialités requiert en moyenne quatre années. Par crainte de dévoyer le noble titre d'interne, le terme de résidanat a, à l'époque, été officiellement retenu pour ce dernier temps de la socialisation professionnelle des futurs généralistes. Ces deux années sont consacrées à des stages hospitaliers (principalement en CHU pour les internes, surtout en hôpitaux périphériques pour les résidents), un embryon de formation pratique spécifique apparaissant toutefois avec la mise en place progressive d'un premier stage de vingt demi-journées auprès d'un médecin généraliste.

Les réformes des dix dernières années : vers une mise en valeur de la médecine générale ?

Des changements importants sont intervenus depuis 1997 dans la formation puis le recrutement des médecins généralistes. Ils traduisent une volonté de doter ceux qui vont exercer la médecine générale de compétences accrues et semblent reconnaître, plus nettement en tout cas que dans la période précédente, une qualité propre au travail de généraliste. Cette qualité, il s'agit de la produire chez les plus jeunes... et effectivement jamais les diplômés de médecine générale n'ont été autant formés à cet exercice (ni autant formés tout court) qu'aujourd'hui. À cette fin ont été intronisés des enseignants de médecine générale qui en se saisissant de la question de la transmission aux plus jeunes affirment activement leur propre valeur dans une entreprise de conquête difficile d'une place universitaire. La nouvelle réforme du concours de l'internat, intervenue en 2004, a été l'occasion d'instituer la médecine générale en spécialité, mais elle produit comme on va le voir des effets ambigus.

■ ■ Les départements de médecine générale et la dynamique des stages en médecine générale

La première étape de cette deuxième période est franchie discrètement car elle n'infléchit qu'à la marge les cursus des étudiants en médecine et ne concerne que ceux qui n'ont pas passé ou réussi l'internat, qui attirent donc peu l'attention dans un système élitiste. Elle est pourtant essentielle pour les intéressés et marque une inflexion dans les manières de considérer la médecine générale. Petit à petit, l'idée d'une spécificité des prises en charge en médecine générale, justifiant un enseignement propre dispensé pour partie à distance de l'hôpital, a gagné du terrain⁸. En marge des principales institutions médicales, une réflexion sur la définition et l'enseignement de la médecine générale s'est en fait développée en France depuis le début des années 1970. Si le premier diplôme universitaire de formation supérieure à la médecine générale de Bobigny date de 1968, il a fallu attendre le milieu des années 1990 pour que la politique des petits pas adoptée par des généralistes, longtemps investis sur un mode bénévole, produise un effet sensible sur le plan national et « permette à la médecine générale de pénétrer sur la pointe des pieds dans les facultés de médecine », selon l'expression de D. Broclain (1994, p. 144). De premiers départements de médecine générale (DMG) ont ainsi été organisés dans des facultés qui toléraient l'institution en leur sein de la médecine générale et lui accordaient un minimum de locaux et de moyens. On peut en ce sens parler d'un début de reconnaissance d'une originalité, si ce n'est d'une discipline. Les logiques propres de l'omnipratique, son intérêt, sa valeur potentielle, commencent alors à être envisagés – en dépit de la procédure qui continue à distinguer les spécialistes et à présenter les généralistes comme le rebut du concours. Les premiers recrutements officiels de généralistes maîtres de conférences puis professeurs associés sont intervenus en 1992.

Suite au décret du 16 mai 1997, cette organisation en départements est généralisée et rendue pérenne, indépendamment de la bonne volonté de tel doyen ou du dynamisme de tel enseignant. La situation de la médecine générale devient ainsi plus homogène sur le territoire, et cet acquis institutionnel crée une situation qui devient difficilement réversible. Sont placés à la tête de chaque DMG à la fois un médecin généraliste doté du titre de professeur associé ou maître de conférences associé et un « coordonnateur universitaire », professeur des universités et praticien hospitalier dans sa spécialité (interniste le plus souvent). La médecine générale se trouve donc symboliquement dotée de professeurs, mais ceux-ci doivent se contenter d'un demi-statut (initialement de durée très limitée, puis consolidé grâce aux améliorations obtenues au fil des ans)⁹. La loi du 8 février

8. Signalons le travail de la commission Fougère, nommée en 1973. Le rapport qu'elle a rendu en 1975 parlait de « redonner sa vraie place à la médecine générale » et interrogeait le monopole des hospitalo-universitaires sur la formation des médecins. Il préconisait une formation spécifique à la médecine générale.

9. Il n'est pas non plus indifférent que les généralistes ne se soient pas vu confier d'emblée, officiellement, la pleine responsabilité de leurs départements, même s'ils ont pu fonctionner de manière assez autonome. Des spécialistes restent présents dans les instances régissant la médecine générale dans les facultés, sans que la réciproque soit vraie : les médecins généralistes sont très peu représentés hors de leur département tant qu'ils ne sont pas titulaires, l'accès à certaines instances importantes leur est impossible, et c'est à titre dérogatoire qu'ils ont pu siéger dans les commissions de validation du DES de médecine générale de la première promotion sortie à l'automne 2007.

2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale, votée à l'unanimité, vient de mettre un terme à cette situation. Elle doit permettre, sitôt les décrets d'application parus, la titularisation des professeurs de médecine générale.

Le recrutement de cette première génération de généralistes à l'université n'a pu se faire selon les critères d'évaluation des dossiers scientifiques en vigueur dans les autres disciplines (la création d'une sous-section « médecine générale » au sein du Conseil national des universités n'a d'ailleurs été obtenue qu'en 2006). Leur légitimité reste par conséquent fragile (elle est ouvertement discutée par certains, étudiants, spécialistes, et même généralistes), mais les progrès réalisés dans la dernière décennie sur le front de l'enseignement comme de l'ancrage institutionnel de la médecine générale à l'université ne sont pas contestables.

Une transformation substantielle est intervenue sur le plan des contenus de la formation lorsque le troisième cycle de médecine générale s'est allongé à compter de l'automne 1997 d'un cinquième semestre, les généralistes obtenant que ce semestre supplémentaire soit consacré à la médecine générale dans le cadre d'un stage dit chez le praticien.

Ce stage est symboliquement et pratiquement important (Bloy, 2004). On peut affirmer avec le recul qu'il a inauguré une nouvelle dynamique pour la connaissance et la reconnaissance de la médecine générale. Le défi de la mise en place du premier stage en novembre 1997 a été relevé par les DMG là où certains prévoyaient une débandade. Un important travail de coordination politique et pédagogique a été accompli, principalement sous l'égide du Collège national des généralistes enseignants (CNGE). Les six mois en cabinet de médecine générale permettent de prendre la dimension d'un exercice très différent de celui enseigné dans les hôpitaux, et l'époque est révolue où les jeunes généralistes se formaient sur le tas lors des remplacements et réalisaient seuls, « sans filet », les ajustements nécessaires à leur nouveau contexte d'exercice (Baszanger, 1979).

Pour autant, ce stage n'est pas l'instrument de conversion simple à la médecine générale espéré par certains. Le bilan en termes de restauration ou promotion de l'image de la médecine générale reste contrasté, à la fois du fait de l'hétérogénéité mal régulée des terrains de stage, de difficultés à cadrer dans les faits la place et le rôle du stagiaire au cabinet, et de la diversité des aspirations des étudiants, pour certains très mal disposés vis-à-vis de cet exercice (Bloy, 2005). S'il est globalement très formateur pour ceux qui s'y destinent, le dispositif détourne paradoxalement dans certains cas des étudiants de la médecine générale : soit à cause de l'envahissement du stage par des tensions qui dégradent l'expérience du cabinet (qu'elles soient imputables à un manque d'affinité personnelle, à un désaccord sur les modalités d'utilisation du stagiaire, ou parfois aussi à des divergences profondes sur des prises en charge médicales), soit parce que des étudiants en sortent plus inquiets et plus exigeants quant à leurs futures conditions de pratique. À ce stade du parcours (milieu ou fin de troisième cycle), faire connaître la médecine générale, même dans de bonnes conditions, ne suffit donc pas pour attirer ni encore moins fixer des étudiants dans cet exercice. Ajoutons que l'instauration de ce dispositif ne semble pas avoir eu de grand effet d'entraînement au-delà des promotions et des généralistes maîtres de stage concernés. Le vivier de recrutement de ces derniers reste

par exemple étroit¹⁰, travailler sous le regard d'un jeune venant de la faculté reste pour la plupart des généralistes libéraux redoutable, ou simplement inconcevable dans la culture du « colloque singulier », alors même que la présence d'un stagiaire peut constituer, on l'a constaté, une stimulation remarquable.

En sus du stage chez le praticien, le cheminement des résidents dans les différents types de services est devenu au fil des ans de mieux en mieux balisé en fonction des exigences prévisibles de leur exercice futur – même si des problèmes pratiques de disponibilité peuvent contrarier le schéma théorique arrêté. Sont désormais prévus en principe un stage aux urgences, un stage en « pôle mère-enfant » (maternité et/ou service de pédiatrie), un stage dans un service de médecine adulte (médecine interne ou polyvalente)¹¹. Des procédures de visite et d'agrément des services pour l'accueil des résidents puis internes de médecine générale sont par ailleurs intervenues, dans l'idée de mieux identifier et utiliser les potentiels de formation à la médecine générale qu'ils peuvent présenter. Le mouvement de création de dispositifs de formation et d'encadrement des étudiants de médecine générale s'est poursuivi avec la mise en place en 2004 d'un système de tutorat ainsi que d'un semestre supplémentaire de stage en ambulatoire dit SASPAS (stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée), proposé au choix en 5^e ou 6^e semestre mais non imposé (la majorité des étudiants choisissant un stage hospitalier supplémentaire).

Cet ensemble de dispositifs correspond incontestablement à un gain en crédibilité, en qualité, en cohérence. Nul ne peut plus considérer dans les facultés que la médecine générale doive s'apprendre spontanément ou clandestinement, au fil d'un cursus qui ne dirait rien des spécificités de cet exercice. De gros efforts ont été consentis, au sein du CNGE et des DMG, pour formaliser et transmettre les savoirs et savoir-faire en médecine générale, bien que l'intérêt de cette forte orientation « pédagogie de la médecine générale » ne fasse pas l'unanimité. Les détracteurs, qui ne sont pas tous hostiles à la médecine générale, ont beau jeu de remarquer que l'attention portée aux modalités de la transmission a parfois pris le dessus sur les problèmes de définition des contenus exacts à transmettre, sans qu'il soit remédié par ailleurs aux insuffisances de régulation des dispositifs existants.

Quoi que l'on en pense, les DMG sont sans doute le lieu dans toute l'université française (avec les sciences de l'éducation) où l'innovation ayant trait à la pédagogie pour adultes a pris le plus de place, ce qui en soi mérite qu'on s'y attarde. Référence est volontiers faite par les promoteurs de ces pédagogies à un « modèle canadien » innovant dont ils disent s'inspirer. Le contraste dans le paysage français avec les styles d'enseignement des disciplines universitaires classiques, en médecine ou ailleurs, ne pose pas moins question : pourquoi ce point d'appui a-t-il été privilégié ? Que peut bien produire un tel déploiement de savoir-faire pédagogique dans la construction d'une légitimité et d'une valeur propre au sein des universités françaises ? L'attention portée à la forme de la transmission n'a-t-elle pas permis de fédérer un groupe de généralistes-enseignants en contournant le sujet plus difficile de l'évaluation de leur

10. On dénombre environ 4 000 maîtres de stage. Leur indemnisation pour l'accueil des internes, qui n'avait pas été revalorisée depuis 1997, l'a été à l'automne 2007.

11. Selon les facultés, ce canevas peut être complété par des stages plus courts dans différentes structures de soins primaires. Un stage auprès des médecins-conseils de la Sécurité sociale est également partout en vigueur.

pratique ? Rappelons que la distinction des maîtres de stage et de l'« élite généraliste » intervenant dans les enseignements des DMG s'est faite dans les années 1980 ou 1990 essentiellement sur la base de la cooptation, puis d'une participation précisément aux formations à la pédagogie médicale mises en place au CNGE. Les réseaux de formation médicale continue ont certes constitué un vivier important dans ces processus de recrutement, mais la qualité des pratiques au cabinet des médecins qui accueillent des stagiaires reste très opaque.

Un autre souci est que la formation à la médecine générale dispensée a parfois des accents volontaristes peu en phase avec les aspirations, hésitations ou curiosités des jeunes médecins. Bon nombre, même parmi les internes globalement « convertis » à la médecine générale, se sont plaints du sentiment d'être en présence d'un processus identitaire d'autoconfirmation de la valeur de la médecine générale éloigné de leurs propres attentes ou questions (Bloy, 2004).

Le développement d'une recherche en médecine générale de qualité dans les DMG reste, à quelques exceptions près, le gros point faible de cette construction. Il est pourtant certain que la consolidation universitaire de la discipline passe par là (de Pouvoirville, 2006 ; Bloy, 2008), et que les futurs généralistes tireraient intellectuellement grand profit d'une formation exigeante à (et par) la recherche que n'assurent pas les conditions de réalisation actuelles des thèses d'exercice (Levasseur et Schweyer, 2003). La pertinence d'une « recherche en médecine générale » ne semble pas encore acceptée par tous en France, malgré les exemples disponibles à l'étranger. Les statuts, moyens, structures suivent très lentement¹², seules quelques personnes peuvent consentir l'investissement en formation et disposer du temps nécessaire pour soutenir un travail de recherche sérieux et se professionnaliser dans cette activité. Dans un contexte de conquête d'une place universitaire, les ambitions excèdent encore la réalité quantitative et qualitative des productions (Levasseur et Schweyer, 2001). La masse critique de travaux qui permettrait de constituer un espace scientifique indépendant des considérations identitaires, syndicales ou politiques, avec ses exigences et principes de sélection/discussion autonomes, ne semble pas atteinte en France.

■ ■ Le DES de médecine générale et la réforme des ECN

En janvier 2004, la médecine générale est devenue par décret une spécialité. Généralistes-enseignants et militants de la médecine générale de la première heure y ont vu une consécration de leurs efforts, même si l'on peut juger paradoxal que

12. De premiers appels à projets en santé publique ont été ouverts aux sociétés de médecine générale dans les années 1990. *La Revue du praticien ; médecine générale* a lancé en 1994 un prix annuel de la recherche en médecine générale. Les choses se sont accélérées à partir de 2000, des institutions comme l'INSERM et la CNAMTS soutenant le mouvement. L'INSERM a notamment créé un comité d'interface avec la médecine générale en 2000, la CNAMTS contribue au financement de postes temporaires d'accueil de généralistes dans des unités INSERM, et de bourses pour les internes de médecine générale ou les jeunes médecins souhaitant se former à la recherche (sources : H. Falcoff « La recherche en médecine générale : une voie d'avenir ? » *La Lettre de l'internat*, à paraître, 2008). Tous ces dispositifs ne permettent pas une véritable montée en puissance, les élus, et d'ailleurs les candidats, restent très peu nombreux. Les quelques moyens alloués ne sont pas concentrés sur une structure ou simplement une équipe émergente identifiable pouvant préfigurer un futur laboratoire de recherche.

la reconnaissance des qualités de la polyvalence en médecine ait dû passer par l'étiquette « spécialité ». En tant que spécialité donc, la médecine générale a vocation à être proposée au choix des étudiants au même titre que les autres, en fin de deuxième cycle, dans une nouvelle procédure de classement et d'affectation des futurs médecins, les épreuves classantes nationales (ECN). Ces ECN remplacent le concours de l'internat, qui avait traversé maints changements de régime depuis ses lointaines origines en préservant sa dénomination. Tous les étudiants prennent part à cette évaluation originale. Il n'y a pas d'enjeu de validation car tous seront classés et se verront proposer au moins un poste d'interne. Mais la place obtenue dans ce classement national ouvre plus ou moins l'espace des choix, à la fois en termes de spécialité et en termes de localisation de la formation d'interne.

Pour la médecine générale, la rupture importante avec l'époque précédente est que le passage vers la médecine générale se déroulait auparavant à distance des procédures élitistes d'épreuves, classements et affectations (Hardy-Dubernet et Faure, 2006), et ne faisait pas non plus intervenir de choix en matière de mobilité géographique¹³. Les ECN ne laissent plus le choix d'aller concourir ou non, elles imposent à chacun de participer et de voir sa place publiée à tel ou tel rang. Le titre d'interne en médecine générale, désormais considéré comme recevable (l'internat n'est plus que le nom du troisième cycle des études médicales), marque la fin de la distinction symbolique entre le résident de médecine générale et l'interne héritier d'une prestigieuse tradition. Au passage, la durée de l'internat de médecine générale a été portée dans le cadre du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale à six semestres, avec l'introduction du SASPAS (*cf. supra*). À première vue, la procédure des ECN s'apparente à une bourse des valeurs exemplaire. Tous les futurs médecins du pays semblent logés à la même enseigne, les meilleurs choisissent en premier. La cote des spécialités qui s'en dégage, parmi lesquelles la médecine générale, paraît immédiatement lisible.

Qu'en dire à l'issue des ECN 2004, 2005, 2006 ? La déception chez les partisans de la médecine générale a été à la mesure des espoirs qui l'avaient précédée. Symboliquement, la « meilleure » faculté, au vu de la distribution des notes de ses étudiants aux ECN de 2004 à 2006, La Pitié-Salpêtrière, se trouve être également celle qui produit le moins de généralistes... Plus grave, alors que la moitié environ des postes sont ouverts en médecine générale, ceux qui, au final, ne sont pas pourvus sont quasiment tous des postes de médecine générale en province (il en restait exactement 609 en 2004, 981 en 2005, 323 en 2006... s'y ajoutent quelques unités en médecine du travail ainsi, en 2004 seulement, qu'en santé publique et psychiatrie). Une analyse statistique plus fine fait apparaître que la fréquence du choix de la médecine générale ne cesse d'augmenter lorsqu'on recule dans le classement. À ce titre, la faible attractivité, voire la « désaffection », de la médecine générale est présentée comme une évidence empirique dans bien des écrits. Ce serait donc, selon la formule consacrée, que « tout change pour que rien ne change » et que, d'après les propos

13. Un autre élément fort serait que soient présentés aux étudiants des sujets ou des dossiers de médecine générale, posés et évalués par des généralistes. Ce changement est censé intervenir à brève échéance. En faisant des professeurs de médecine générale des professeurs des universités, la titularisation attendue va leur donner un accès de plein droit à différents jurys et présidences de thèse, et leur permettre de siéger au Conseil national des Universités.

désabusés des promoteurs de la médecine générale dans les facultés, « les jeunes ne veulent plus faire de médecine générale ». Pour expliquer ce résultat, les acteurs engagés soulignent à juste titre à quel point la médecine générale reste mal connue des étudiants, peu ou pas enseignée en deuxième cycle, méprisée dans bien des services hospitaliers. Ils ont beau jeu de rappeler que, alors que le principe d'un stage de découverte de la médecine générale en cabinet dès le deuxième cycle est inscrit dans la loi depuis 1997, le décret d'application n'est paru qu'en fin 2006.

L'argument du problème de formation et d'information est pourtant insuffisant quand on remet en perspective, sur la base notamment des travaux d'A.-C. Hardy-Dubernet¹⁴, l'évolution des modalités d'orientation vers la médecine générale. Quoi que l'on puisse penser des insuffisances de la situation actuelle, la formation et l'information sur cet exercice étaient beaucoup moins développées dans les périodes précédentes. Les étudiants ressentaient peut-être le manque, mais rien ne permet de dire que cela les retenait de se diriger vers la médecine générale. La piste des effets de procédure paraît beaucoup plus fructueuse (Hardy-Dubernet, 2000 et 2003; Hardy-Dubernet et Faure, 2006; Faure, 2008). On souhaite attirer par là l'attention sur les effets propres qu'une procédure peut avoir sur les comportements, comportements qu'elle est susceptible d'induire ou du moins de prédéterminer indépendamment des souhaits ou caractéristiques des individus qui s'y engagent. Ainsi la question du « choix » de la médecine générale ne se pose-t-elle absolument pas dans les mêmes termes aujourd'hui qu'il y a dix ou trente ans. Il n'était pas forcément nécessaire, dans les systèmes précédents, de « vouloir faire de la médecine générale » pour aborder de fait une carrière de généraliste. I. Baszanger pouvait écrire à la fin des années 1970 : « D'un point de vue institutionnel, l'étudiant futur généraliste n'a pas à reconfirmer le choix qu'il a fait en s'inscrivant à la Faculté de médecine. S'il va jusqu'au bout de ses études, il sera médecin généraliste. En ce sens, la médecine générale ne se choisit pas » (Baszanger, 1981, p. 235). Les systèmes de sélection/affectation successifs produisent donc des effets propres et pour bon nombre d'étudiants les notions ordinaires de choix ou de volonté de faire telle ou telle spécialité ne sont que partiellement pertinentes.

Nous allons expliciter le propos en examinant concrètement qui « choisit » la médecine générale à l'issue des ECN, et dans quelles conditions, pour mieux estimer ce que vaut réellement cette spécialité aux yeux des étudiants. La transparence des résultats est en effet largement illusoire, l'analyse empirique des préférences exprimées à l'issue des ECN beaucoup plus compliquée qu'il n'y paraît. Malgré la jeunesse du dispositif, nous disposons grâce aux travaux réalisés ou commandés par la DREES (Billaut, 2005a, 2005b, et 2006; Hardy-Dubernet et Faure, 2006; Faure, 2006; Vanderschelden, 2007a, 2007b; Faure, 2008) d'analyses fines et presque en temps réel de ce qui s'est passé lors des premières éditions.

La lecture est compliquée d'abord du fait d'un nombre de postes offerts qui se veut suffisant par rapport au nombre d'inscrits, tandis que par le jeu complexe des défaillances et des non-validations tous les inscrits n'iront pas au terme de la procé-

14. Outre les textes cités dans cette contribution, je m'appuie sur deux communications orales d'A.-C. Hardy-Dubernet : la première « Les ECN, observation de l'amphi de garnison et déterminants des choix », entendue dans le cadre du séminaire 3S de la DREES le 5 avril 2007; la seconde « Les ECN, pour ou contre la médecine générale ? » présentée au groupe de travail sur la médecine générale de l'ONDPS le 23 mai 2007.

dure (12 à 13 % de l'effectif initial sur les années passées). Le système est ainsi fait que, chaque année, des postes ne seront pas pourvus. Et du simple fait de la procédure, ce qui est rare devient précieux : un bon classement vaut par ce qu'il permet d'obtenir de rare, auquel les candidats suivants ne pourront pas prétendre. « Dans ces conditions, retenir la médecine générale lorsqu'on a la chance de bien figurer au palmarès revient plus ou moins à décréter en entrant dans un magasin qu'un accessoire bas de gamme nous plaît davantage que les autres alors qu'on dispose des moyens de se les offrir tous », écrit Y. Faure (2008). On peut ajouter que se préparer pour réaliser une brillante performance aux ECN si l'on est sûr de vouloir faire de la médecine générale s'apparente à travailler la logique spécifique des épreuves pour la seule gloire d'un rang prestigieux.

Les stratégies de placement ont été observées en direct par l'équipe d'A.-C. Hardy-Dubernet et Y. Faure : ce qui peut rendre tel poste attractif, presque irrésistible, à tel moment de l'amphi de garnison est par exemple qu'il est le dernier de sa spécialité... Or, la médecine générale n'est pas rare et ne peut l'être : compte tenu des quotas de postes affichés pour les différentes filières, le rang « limite » en médecine générale est mécaniquement très élevé. « Même en générant un enthousiasme massif, la médecine générale est assurée d'être la dernière filière disponible dans chaque ville » (Faure, *id.*). En outre, le droit au remords qui permet aux internes de rectifier le cas échéant une première orientation malencontreuse fait qu'ils seront toujours à même de revenir vers la médecine générale. Tout cela fait que « des opportunités en médecine générale, il en reste toujours » (Faure, *ibid.*), dans une procédure où ce qui est disponible en nombre est sans grande valeur. Les observations des « choix » en train de se faire montrent parfaitement le caractère très contingent de l'attribution de valeur à une spécialité, dans un contexte d'interdépendance presque dans l'instant des décisions et d'émulation créé par la procédure. La manière dont sont prises ces décisions engageant *a priori* une carrière est parfois à des lieues de la représentation d'un choix informé et réfléchi¹⁵ qui serait conforme à une structure personnelle de préférences professionnelles bien établie. Le modèle romantique de la vocation pour tel exercice est encore moins pertinent, en dehors d'une minorité d'étudiants.

Mais une vision complète de la « performance » de la spécialité médecine générale aux ECN ne peut en rester à la mesure des postes non pourvus. Il importe aussi de signaler que la médecine générale commence à être choisie très tôt dans l'amphi de garnison (le premier choix est intervenu en 2006 au 43^e rang sur 4 989), ce qui est par exemple loin d'être le cas de la gynécologie médicale, de la médecine du travail ou de la santé publique. En 2005, ils étaient 18 généralistes parmi les 500 premiers et 27 parmi les 500 suivants. Des postes en médecine générale partent ainsi alors même que quasiment tous les autres choix disciplinaires sont encore ouverts.

15. A.-C. Hardy-Dubernet et Y. Faure mettent en évidence, dans les entretiens réalisés avec les futurs internes, une grande ignorance de la diversité des façons d'exercer les différentes spécialités au moment des choix. En ce qui concerne la médecine générale, elle est simultanément appréhendée par certains comme une spécialité risquant de mettre à mal la vie personnelle et recherchée par d'autres comme une spécialité où l'on peut organiser son temps de travail de manière indépendante et faire évoluer son exercice et son investissement au cours du cycle de vie... Ce dernier « argument » étant en train d'en faire ce que d'autres considèrent comme « une bonne spécialité pour une femme » (Hardy-Dubernet, 2005 ; Faure, 2008).

Pour mesurer de manière systématique les choix « en positif » de la médecine générale (*i.e.* lorsqu'on peut être sûr qu'ils traduisent une préférence de la médecine générale à au moins une autre spécialité accessible à l'étudiant au même endroit), Y. Faure a construit un indicateur original neutralisant la mobilité (Faure, 2006). Dans une démarche proche, l'étude de M. Vanderschelden (2007a) permet de comparer systématiquement l'attractivité des différentes filières et aboutit à des résultats concordants. On ne considère donc plus que les choix formulés par des candidats qui avaient une alternative au sein de la région retenue entre la médecine générale et au moins une autre spécialité. Cette nouvelle lecture des préférences a fait apparaître la médecine générale en 2006 en 3^e position chez les femmes (derrière les spécialités médicales suivies de la pédiatrie), et en 4^e position chez les hommes (derrière les spécialités médicales, les spécialités chirurgicales puis l'anesthésie-réanimation), sur un classement de 11 filières au total¹⁶. À la nouvelle bourse des valeurs des ECN, et malgré les effets de procédure signalés plus haut qui en font un choix pouvant être assimilé à déclassement pour tout étudiant bien placé, la médecine générale n'est donc pas que reléguée dans les queues de classement. Cette histoire reste donc ouverte.

L'histoire nationale des structures, institutions et procédures pèse incontestablement très lourd dans la construction des représentations de la valeur de la médecine générale par rapport aux autres orientations accessibles aux étudiants en médecine. L'évolution des règles du jeu a profondément reconfiguré en 1958, 1984, et enfin 2004, la nature de l'acte par lequel un étudiant en médecine « complet », ou « moyen », ou indécis, se porte vers telle ou telle orientation. Plus généralement, les soins primaires et le statut de ceux qui les exercent n'ont pas été constitués en enjeu sérieux en France jusqu'à une date récente, les travaux des historiens sont là pour l'attester. G. Weisz montre que dans le cas britannique, à l'inverse, un rôle central et bien défini pour les *general practitioners* a été pensé et institué à partir des années 1960 – même si cela ne suffit pas à en faire les égaux des spécialistes, ni en termes économiques ni en termes de prestige (Weisz, 2006). Les autorités sanitaires comme les responsables de l'enseignement de la médecine en France se sont préoccupés tardivement de la médecine générale, de la qualité de ses pratiques – objectivement peu soutenues par un cursus plus court et moins exigeant qu'en spécialités et par une formation continue longtemps laissée aux initiatives privées –, de ses étudiants qui ne rencontraient qu'incidemment avant 1997 les réalités de l'exercice futur.

On peut se demander pourquoi le tournant qui semble pris vers une meilleure considération de la médecine générale intervient maintenant. L'action militante des généralistes pour démontrer la valeur de leur pratique ne compte pas pour rien, mais elle est déjà relativement ancienne et a pris des allures de guerre d'usure – les pionniers peuvent, à bon droit, avoir le sentiment d'être, décennie après décennie, en situation de devoir « faire la preuve » de ce qu'apporte la médecine générale. Si le contexte paraît aujourd'hui raisonnablement porteur, c'est sans doute en raison de changements structurels dans l'appréhension des questions de santé. Le souci de maîtriser la dérive des coûts et l'attention aux indicateurs de santé publique ont

16. Voir pour l'actualisation de ces informations sur les ECN 2007 M. Vanderschelden (2007b), reproduite dans le tome 2.

beaucoup progressé au sein des autorités sanitaires. Un des principaux arguments est que l'investissement dans l'offre de soins primaires serait source d'efficience pour le système de santé, tandis que la multiplication des spécialistes serait inflationniste pour un faible bénéfice en termes de qualité des soins – argument d'ailleurs difficile à acclimater parmi des praticiens formés dans une conception de l'acte médical qui a le patient singulier pour principale référence et tend à considérer la question des coûts sociaux induits par les actes des médecins comme exogène, malgré les timides progrès dans la prise en compte des raisonnements de santé publique. Par ailleurs, la prise de conscience de la reconfiguration des problématiques de soin sous l'effet du vieillissement, des maladies chroniques ou de la comorbidité, ainsi que le souci de prévention, viennent souligner l'intérêt de prises en charge à la fois globales et bien ajustées aux modes de vie des patients. Cette nouvelle donne pour la politique de santé ainsi que l'anticipation parfois dramatisée des évolutions démographiques mettent la médecine générale au carrefour des préoccupations. Sans doute ne s'y est-on jamais autant intéressé, le présent rapport en est un des signes.

Quid enfin d'une véritable inscription universitaire des généralistes et du développement de pôles de recherche en médecine générale d'une taille critique raisonnable, comparables à ceux qui existent dans des pays du nord de l'Europe ou au Canada ? Des étudiants ayant une ambition scientifique pourraient y voir une raison de ne plus dédaigner cette filière¹⁷... Sans même parler de ce qu'elle peut apporter à la compréhension puis à l'amélioration des pratiques, cette question d'une recherche de qualité qui ne tienne plus à l'investissement personnel soutenu de quelques individualités, mais à un fonctionnement institutionnel et à des financements normaux, autorisant des déroulements de carrière suffisamment prévisibles et prestigieux, est incontournable si l'on souhaite vraiment conférer à la médecine générale une légitimité complète au sein du monde scientifique et médical (de Pouvoirville, 2006).

Des réformes institutionnelles fortes sont donc possibles, qui créditeraient le travail des généralistes de plus de valeur et de légitimité dans le système de soins qu'on ne l'a fait en France jusqu'à présent. Le sens de l'attribution de la mention paradoxale « spécialité médecine générale » en serait plus lisible.

Il est pourtant probable que, même dans l'hypothèse d'une volonté politique claire, convertir le monde médical français à la valeur de la médecine générale reste une entreprise difficile, pour des raisons plus profondes abordées dans la partie suivante.

Modèles scientifiques et professionnels : quand le généraliste doit faire la preuve de sa valeur

L'histoire institutionnelle de la médecine générale en France aide à comprendre les difficultés passées ou présentes à considérer la médecine générale comme une discipline médicale à part entière. Quelle que soit la pertinence de cet éclairage, il ne

17. La nomination des 16 premiers chefs de clinique en médecine générale, en novembre 2007, va dans ce sens. Signalons la tenue, en juin 2007, de la première Journée nationale des jeunes chercheurs en médecine générale (JCMG).

permet pas d'expliquer la position de la médecine générale au-delà de nos frontières. Si elle est souvent mieux connue et reconnue dans d'autres contextes nationaux (Weisz, 2006), cela ne suffit nulle part à en faire une spécialité biomédicale prestigieuse¹⁸. On tentera donc dans cette partie de dépasser les singularités de l'histoire française pour tenter de comprendre dans une perspective plus ample ce qui, dans la fonction même du généraliste, dans son inscription particulière entre patients et médecines de spécialités (au sens classique), vient compliquer l'affirmation d'une valeur scientifique et professionnelle propre. Sans chercher ni à les citer de manière exhaustive ni à en exposer aucun en détail, on mobilisera ici deux types de travaux : ceux issus de l'histoire ou l'anthropologie de la médecine, qui aident à situer la médecine générale par rapport aux modalités de constitution du savoir et de l'expertise biomédicales ; ainsi que ceux de sociologie des professions, qui décrivent les enjeux inhérents à la division du travail entre professionnels, plus ou moins spécialisés et équipés techniquement, au contact des profanes.

■ ■ Une médecine générale en tension avec le modèle biomédical

On peut en effet extraire de cette littérature importante (en grande partie anglosaxonne¹⁹) des arguments synthétiques éclairant la constitution et le fonctionnement des hiérarchies explicites ou implicites produites de manière endogène par le monde médical.

L'histoire de la biomédecine occidentale depuis le XIX^e siècle montre ainsi que l'essentiel des avancées diagnostiques, puis thérapeutiques, s'est fondé sur une compréhension de plus en plus organique, technique et décontextualisée de la maladie. S. Karsenty résume : « Objectiver une plainte, localiser une lésion, prescrire une thérapie étrangère à l'expérience du patient et dont le mode d'action est considéré comme d'autant plus efficace qu'il est indifférent à l'idée qu'en conçoit ce dernier, voilà le passage obligé de la réussite médicale moderne » (1986, p. 332). On dira, en forçant le trait, que le regard s'est déplacé des malades aux maladies, aux organes, aux cellules – il ne s'agit pas de nier tout ce que la thérapeutique moderne doit à ces modes d'objectivation (et de réduction), mais de constater que détourner le regard de l'inscription sociale ou environnementale des hommes et de leurs pathologies a considérablement inhibé le développement d'autres modes d'appréhension de la maladie et la santé (Canguilhem, 1966). Or, la médecine générale, aux prises

18. Il n'est que de relever la condescendance et la désinvolture avec lesquelles E. Freidson, très grand sociologue de la santé américain par ailleurs, se laisse aller à parler des généralistes : « Le généraliste peut trouver un bonheur authentique dans le défilé des cas mineurs (la "poubelle", comme disent les spécialistes), l'imposition des mains, les visites à domicile chez de braves gens chaleureux – tout le côté humain de la médecine, mais peu de science. Il se dira peut-être un jour de dépression qu'il n'a pas réussi, ni socialement ni professionnellement, parce qu'il n'est pas un spécialiste, qu'il ne travaille pas dans un domaine précis et qu'il ne soigne pas les cas intéressants » (p. 113). Ou encore : « Le charlatan correspond à un cas limite : c'est en effet un praticien qui n'a pas d'obligations envers un milieu professionnel et pas d'identité avec lui. Tout de suite après vient le généraliste établi à son compte, dans un quartier ou dans un village, qui entretient, dans la meilleure éventualité, de vagues rapports avec ses confrères ou les institutions médicales de la localité » (Freidson, 1984, p. 117).

19. On peut se reporter, pour une présentation en français de l'essentiel de cette littérature, à Herzlich (1970), ou à Carricaburu et Menoret (2004).

avec une personne « globale », inscrite dans son cadre de vie et son tissu social, se trouve en forte tension avec ce mode dominant d'intelligibilité de la maladie et cette vision de la réparation avant tout technique de l'organe lésé. Elle peine à se positionner dans ce programme de connaissance et d'action. Face à une forme d'industrialisation des pratiques médicales, elle représente un pôle artisanal aux savoir-faire pour partie empiriques et difficilement objectivables, voire avouables. Certains vont la situer à l'arrière-garde des évolutions scientifiques majeures, d'autres en marge, ou d'une certaine manière à l'avant-garde par son expérience des limites des formes médicales aujourd'hui dominantes. Son inscription en bonne place à la bourse des valeurs de la grande biomédecine occidentale s'en trouve dans tous les cas compliquée²⁰. Pour les jeunes praticiens dont l'essentiel de la formation médicale se fait à l'hôpital, l'expérience du décalage entre la médecine enseignée et les plaintes à prendre en charge en cabinet reste une réalité qui exige d'eux un certain nombre d'adaptations pratiques et cognitives (Baszanger, 1981 et 1983 ; Muel-Dreyfus, 1984 ; Karsenty, 1986 ; Membrado, 1993), qu'ils envisagent d'ailleurs diversement et ne sont pas tous prêts à consentir (Bloy, 2004 et 2005).

Concernant ces années de la socialisation médicale (c'est-à-dire de la fabrication d'un médecin doté des caractéristiques sociales et morales attendues de ses pairs et de ses patients), cruciales pour l'acquisition des valeurs et de la culture du monde médical, les travaux américains réalisés dans les années 1950, en plein « âge d'or » du progrès médical et thérapeutique, restent extrêmement précieux (Merton *et al.*, 1957 ; Becker *et al.*, 1961)²¹. L'intégration au cours du cursus d'une hiérarchie implicite des patients, des pathologies et des situations d'apprentissage recherchées par les étudiants, au détriment d'autres, est particulièrement bien décrite dans le travail de l'équipe de H. Becker.

Dans un texte rétrospectif plaisant, H. Becker (2002, p. 239 et s.) relate ainsi comment il a découvert sur le terrain hospitalier la désignation désobligeante de certains patients par les étudiants en stage à l'hôpital comme « rosses »²² et la portée de cette catégorisation, au-delà de l'anecdote, pour comprendre ce qui fondait la valeur médicale d'un patient pour un étudiant de l'époque. Il est ressorti d'un long travail d'explicitation mené avec les étudiants pour arriver à en préciser les contours et attributs exacts qu'une « rosse » est, dans un service de médecine, « un patient qui se plaint de beaucoup de maux sans avoir de pathologie physique discernable » (p. 244). La catégorisation de certains patients, et/ou motifs de consultation, comme inintéressants pour les hospitaliers et les étudiants en quête de situation d'apprentissage, révèle ici directement les principes de hiérarchisation que manipulent de manière implicite les professionnels. Il en ressort que la confrontation quotidienne avec les plaintes des « rosses », qu'on les désigne comme fonctionnelles, psychosomatiques ou psychosociales, globalement peu éclairées par les savoirs de la faculté, n'offre

20. Il est intéressant de noter qu'il n'y a pas d'entrée médecine générale (ni omnipratique ni soins primaires), ni même de mention à l'index dans le volumineux et très riche *Dictionnaire de la pensée médicale* paru en 2004 sous la direction de Dominique Lecourt. Faudrait-il en déduire que la médecine générale est étrangère à l'épistémologie médicale ?

21. Une présentation synthétique en français de ces recherches est disponible dans Darmon (2006).

22. Traduction curieuse de *crocks*...

pas dans les services, selon les mots de Becker, « d'énigme médicale à résoudre ». En sus de ne pas offrir aux étudiants des occasions d'apprentissage jugées stimulantes, et de demander beaucoup d'écoute et donc de temps, les « rosses », explique-t-il, mettent en péril la capacité des médecins à intervenir de manière spectaculaire pour changer le cours des choses, valeur cardinale chez les acteurs étudiés²³.

Ces observations gardent une pertinence remarquable. Les modèles médicaux sont probablement plus divers aujourd'hui, le modèle curatif est notamment relativisé par la montée des maladies chroniques, la médecine préventive et la santé publique semblent gagner du terrain... Il n'empêche que les travaux consacrés aux étudiants en médecine français de ce début de siècle (Hardy-Dubernet et Gadéa, 2005 ; Bloy, 2004) soulignent la prégnance de cette vision techniciste et quasi positiviste chez certains jeunes médecins qui s'alignent sur un modèle traditionnel de médecine curative triomphante (qualifié parfois dans les promotions de « modèle de la *réa* »). La question du statut médical des plaintes qui remontent sans filtre au généraliste et n'ont souvent de consistance que symptomatique est régulièrement posée par les internes. Dans la filière médecine générale, tous ne lui donnent pas la même réponse. Si le terme de « rosse » ne paraît guère en vigueur, les étudiants qui portent un regard péjoratif sur tous ces maux indistincts ou jugés mineurs, qui ont plus de réalité pour les profanes qui les exposent que pour la Faculté qui forme le regard médical, parlent volontiers de « bobologie », ou vulgairement de « conneries », qu'ils désignent comme le lot de la médecine générale. De manière moins méprisante, la réalité de cette symptomatologie mal étayée est suffisamment massive pour avoir amené la Société française de médecine générale à relativiser la notion de diagnostic en médecine générale pour lui préférer celle de « résultat de consultation ». Ces patients et ces problèmes de santé dévalorisés sont finalement des patients dévalorisants pour les capacités d'action de la biomédecine telle qu'enseignée dans le milieu hospitalo-universitaire. Ils sont aux antipodes de ce que l'on continue d'appeler « un beau diagnostic » voire « un beau malade ». Or, c'est en médecine générale que ces plaintes se présentent et se représentent dans la durée de prises en charge condamnées à ne pas être spectaculaires... et que le médecin est tenu de les entendre, là où le spécialiste est fondé à éconduire la plainte après les quelques vérifications techniques d'usage dans son domaine.

L'anecdote des rosses et les différents travaux qui en confirment la portée permettent de pointer des raisons structurelles d'un écart culturel important entre les conceptions de l'action médicale, et donc de l'autorité et la dignité professionnelles, à l'œuvre en médecine générale, et celles privilégiées dans les spécialités plus prestigieuses. Ils ouvrent aussi sur la difficulté pour le médecin généraliste libéral de garder la maîtrise de la relation et de la définition de la situation face au patient, difficulté bien documentée en sociologie de la profession médicale.

23. « Pour eux, la vraie récompense du métier de médecin, c'était de pouvoir "faire quelque chose" et de voir son patient guérir. Mais vous ne pouvez pas réussir de miracle de la médecine sur quelqu'un qui n'a aucune pathologie physique. Étant donné que, pour les étudiants, les rosses n'étaient pas "vraiment malades", elles n'étaient d'aucune valeur en tant que matière à miracles potentiels. Nous avons appelé plus tard cette attitude "la perspective de la responsabilité médicale" (...). La plus étrange de ses ramifications (au moins pour le profane) était l'idée que vous n'exerciez pas totalement votre métier de docteur si vous ne risquiez pas de tuer vos patients en ratant ce que vous faisiez » (Becker, 2002, p. 248).

■ ■ Subordination ou autonomie professionnelle ?

La sociologie des professions s'accorde à considérer que le corps médical a globalement réussi une construction historique remarquable en termes d'autonomie professionnelle (Parsons, 1951 ; Freidson, 1984). Au sein de ce corps toutefois, toutes les postures ne sont pas équivalentes. Des travaux ont examiné, à partir d'une observation précise de l'activité des médecins dans différents contextes de travail, de statut et d'emploi, les risques d'une subordination d'une part au patient, d'autre part aux médecins des autres spécialités.

E. Freidson a particulièrement travaillé la question de la « dépendance au client » et ses effets en médecine. Il distingue deux types de médecine, l'une s'exerçant dans la dépendance aux pairs (les autres médecins, dont procèdent réputation et adressage...) et l'autre se pratiquant à distance des pairs et principalement sous le jugement des patients. E. Freidson montre que l'inscription des médecins libéraux, et plus encore des généralistes libéraux, dans la proximité et la dépendance économique aux patients qui les sollicitent et dont ils tirent leur revenu menace la construction de leur autonomie professionnelle. Ce processus retentit sur la valeur sociale et professionnelle du généraliste, plus accessible, plus soumis à influence, et donc moins impressionnant que le spécialiste. M. Bungener et I. Baszanger résument : « Les malades contrôlent ainsi partiellement la relation et le contenu même du travail des médecins généralistes. La question posée à travers ce rapport particulier de clientèle est celle de la capacité des patients à influencer le déroulement de la relation et donc la démarche thérapeutique, ce qui contribue à l'image sociale d'une médecine générale déqualifiée » (Bungener et Baszanger, 2002, p. 30).

Cette difficulté est bien documentée dans les travaux contemporains étudiant le travail médical des généralistes, par exemple dans l'étude que S. Rosman (2006 et 2008) a consacrée aux pratiques de prescription en France et aux Pays-Bas, où la situation apparaît très différente de la nôtre : l'accès au généraliste pour les motifs de consultation bénins est rendu improbable pour les patients, la rémunération se fait principalement à la capitation, il n'y a jamais d'échange d'argent en fin de consultation. La capacité d'émancipation du professionnel par rapport aux demandes du patient favorise le maintien d'une ligne professionnelle ferme, soutenue par une forme de contrôle social entre pairs dissuasive pour les prescripteurs s'éloignant du standard (cet argument n'épuise pas les termes de la comparaison, d'autres éléments culturels et organisationnels entrent naturellement en ligne de compte). Dans le cas français, à l'inverse, le médecin généraliste libéral peut s'autoriser une grande liberté vis-à-vis de ses pairs (s'il est prêt à en assumer les conséquences), mais travaille sous une contrainte forte de satisfaction du patient et de réputation à constituer auprès des profanes : en tant que libéral, la pérennité de son revenu en dépend, et en tant que médecin de premier recours il bénéficie peu de l'adressage d'autres professionnels.

La dimension économique de la dépendance au patient se complique donc d'une prise en compte du jugement profane sur son activité, de nature à contrarier l'affirmation d'une position professionnelle autonome de ceux qui n'entendent pas la médecine. Le généraliste libéral peut difficilement camper sur un « quant-à-soi professionnel », sa position dans l'offre de soins fait qu'il travaille en prolongation plutôt qu'en rupture avec les représentations communes de la maladie ou du traitement (Fernandez,

2000). Cette ouverture, cette accessibilité aux manières de voir et de percevoir des profanes pourraient être aussi bien source de grandeur que de servitude selon qu'elles servent le projet d'une médecine humaniste attentive au patient ou celui d'une médecine commerciale à moindre rigueur intellectuelle. Compte tenu du primat accordé dans la médecine occidentale à l'objectivation et la domination techniques de la maladie par des procédés rompant avec l'expérience profane et le sens commun, la proximité et la disponibilité au patient, la composition durable avec ses plaintes, qui sont prioritairement le lot des généralistes, sont des sources de dégradation symbolique potentielle²⁴.

Nuançons toutefois : les généralistes, dès lors qu'ils sont assurés d'une certaine activité, ne sont ni passifs ni impuissants vis-à-vis de la demande qu'ils drainent. Les récents travaux de F. Bouchayer (2008), A. Giami (2008) ou A. SarraDon-Eck (2008a), par exemple, étudient finement les processus de « profilage » d'une clientèle ou d'une activité mis en œuvre, qu'il s'agisse de l'évitement de certains patients ou consultations, d'« éducation » des patients, de développement d'une forme de « spécialisation informelle ». L'idéal du « service au client » (Vega, 2007a) a ses limites. Les stratégies mises en œuvre permettent dans bien des contextes de reconquérir certaines marges de manœuvre et de desserrer la dépendance aux patients, voire de s'approcher du confort d'une position plus valorisée de spécialiste (en termes de contrôle de sa disponibilité aux patients, de maîtrise d'une compétence ou une technique rare, voire de posture d'expert sollicitable en deuxième recours). A. Vega (2007b) montre même que cette capacité d'aménagement de la dépendance aux patients alliée à une prise d'assurance cognitive sur certains domaines davantage investis est une des clefs des fins de carrière tardives heureuses en médecine générale libérale.

Le généraliste est également placé fréquemment dans une position peu valorisante par rapport aux autres professionnels dans la division du travail médical. Il convient certes de d'abord rappeler que les généralistes bénéficient de plein droit de tous les attributs consentis à la profession médicale²⁵ (monopole d'exercice de la médecine, autonomie du contenu du travail, autonomie de prescription, participation aux instances en charge de la régulation conventionnelle ou ordinale). On a déjà vu toutefois qu'ils participent peu au contrôle de la reproduction du groupe professionnel et à la formation des membres du corps (*a fortiori* de son élite), comme à la production de connaissances nouvelles. D'autres travaux révèlent une position inconfortable des généralistes dans les relations entre professionnels. Dans la divi-

24. De manière paradoxale, réussir à mener à bien ce travail de prise en charge dans des conditions sociales ou relationnelles difficiles vaut en même temps, dans le discours des intéressés, démonstration des compétences et de l'utilité propres du médecin généraliste, et donc des gens du métier.

25. Cet élément de droit rend selon nous approximative la filiation entre officiers de santé du XIX^e siècle et généralistes d'aujourd'hui, qu'établit M. Jaisson en s'appuyant sur le fait que les généralistes ont une formation plus courte, des honoraires moindres, une sphère d'action plus locale que les spécialistes... comme avant eux les officiers de santé par rapport aux médecins en titre (Jaisson, 2002). L'homologie ne fonctionne qu'au prix d'une sorte de court-circuit historique car elle revient à ne faire aucun cas du mouvement d'uniformisation du corps médical intervenu à la fin du XIX^e siècle, aux effets politiques pourtant considérables pour la profession : unité et omnivalence du titre, du lieu de formation, avec le concours de l'État qui a consacré le monopole d'exercice de la médecine et reconnu à tous les médecins le droit de s'installer sur tout le territoire.

sion du travail médical, le généraliste est celui qui a vocation à être dépassé lorsqu'il est en présence de ce que les spécialistes désignent à la table des valeurs médicales comme les « beaux » diagnostics, et donc à faire appel à plus compétent que lui dans tel ou tel secteur du savoir. Aux yeux de beaucoup d'étudiants en médecine, cela revient à « devoir passer la main dès que ça devient intéressant ». Vis-à-vis de ces spécialistes et des dernières données de la science, le généraliste apparaît, selon l'expression de P. Urfalino *et al.* (2001), comme une sorte de « mauvais élève structurel ». Ses diagnostics et stratégies thérapeutiques sont référés, du moins pour les choses considérées comme sérieuses par la biomédecine, à des compétences et lignes d'action définies par des spécialistes, que ce soit dans le cadre de pratiques quotidiennes d'adressage ou d'évaluations plus formelles²⁶.

Les contraintes et risques inhérents aux relations du médecin généraliste avec ses correspondants spécialistes ont été étudiés finement par I. Hémerly-Bourgeois (2007) et A. Sarradon-Eck *et al.* (2004). Ces travaux montrent bien les enjeux d'une régulation qui préserve la position, les initiatives et la légitimité du généraliste. Inversement, les médecins généralistes se plaignent lorsqu'ils se sentent dédaignés des spécialistes ou institutions recevant leurs patients, ou lorsque ces derniers leurs réclament des prescriptions de spécialistes établies sans concertation, qu'ils n'approuvent pas forcément.

Le positionnement d'expert de premier recours apparaît ainsi particulièrement compliqué face à l'essor des savoirs spécialisés. Dans la terminologie d'A. Vega (2007a), c'est un idéal d'autonomie du travail et de responsabilité médicale qui se trouve alors pris en défaut. Il reste au généraliste à valoriser sa fonction de synthèse et de coordination, mais les difficultés à l'assurer concrètement sont importantes, à la fois pour des raisons matérielles et symboliques. M. Bungener et I. Baszanger n'hésitent pas ainsi à affirmer que « l'appel récurrent au rôle des médecins généralistes comme pivot des soins, première étape d'une prise en charge plus globale, n'est pas compatible en pratique avec leur position symbolique hiérarchique de subordination professionnelle » (Bungener et Baszanger, 2002, p. 22). Les enquêtes rapprochées réalisées par observation et entretiens sur la place et le rôle effectifs des généralistes dans les réseaux de soins informels montrent combien est contrariée la concrétisation de l'idée de bon sens d'un généraliste « pivot » du système de soins (Sarradon-Eck *et al.*, 2004 ; Sarradon-Eck, 2008b)²⁷.

En sus de la relation aux spécialistes, il convient de dire un mot des possibilités qu'ont les généralistes de déléguer à un personnel moins qualifié, qui leur serait éventuellement directement subordonné, toute une série de tâches, pour se concen-

26. Les tentatives d'inversion du stigmatisme sont une base de la sociabilité entre généralistes, qui ironisent volontiers sur les spécialistes « qui savent presque tout de presque rien » ou citent avec une certaine complaisance les patients qui s'en remettent à leur généraliste garant d'une forme de bon sens médical sitôt sortis de l'hôpital. Le propos fait irrésistiblement penser à ce qu'A. Abbott considère comme la stratégie clef de toute compétition interprofessionnelle : « réduire le travail d'un concurrent à une version (incomplète) du sien » (Abbott, 1988).

27. La réforme du médecin traitant a été l'occasion de souligner l'importance des fonctions de coordination et de synthèse pour une bonne prise en charge. Bien que massivement choisis par les patients comme médecins traitants, les généralistes n'ont pas été désignés dans les textes comme spécifiquement compétents pour assurer ces fonctions requérant un minimum de polyvalence. Les effets du rôle de *gate keeper* (pour l'accès aux spécialistes) sur la valorisation des généralistes sont ambigus, tandis que l'option du médecin référent qui leur était réservée (sans avoir rencontré grand succès) a été abandonnée.

trer sur les plus intéressantes en termes de contenu médical. Les textes classiques d'E. Hughes ont montré en sociologie des professions l'importance de cette capacité de déléguer ce qu'il appelait le *dirty work* (« sale boulot », c'est-à-dire les tâches contribuant à la dévalorisation matérielle ou symbolique de celui qui les exerce) pour fonder ou préserver sa propre valeur professionnelle (Hughes, 1996). Dans le cas de la médecine libérale française, ces possibilités ne sont pas vraiment instituées, si l'on excepte le travail administratif confié aux secrétaires médicales. Des formes de recours aux personnels paramédicaux libéraux (infirmières notamment) peuvent néanmoins avoir cette fonction d'évitement.

Une dernière série d'arguments sur la valeur relative de certains professionnels de santé par rapport à d'autres et dans un système qui les lie à d'autres est celui des différences de recrutement social et géographique. Par une sorte d'effet miroir, la valeur d'un professionnel est ici constituée en reflet des caractéristiques sociales des patients qui choisissent de le consulter. Plus ceux-ci viennent de haut et de loin, plus l'affirmation de la valeur de celui-là est éclatante, pas seulement en termes économiques. Soigner les plus puissants, les plus riches ou les plus savants ne laisse pas indifférent dans le monde médical, libéral ou hospitalier.

Ces différences sont bien documentées dans le cas des généralistes et spécialistes français, qui ne sont pas également accessibles aux patients de toutes conditions sociales. L'accès aux spécialistes et, plus encore, le droit d'aller voir d'emblée un spécialiste (Breuil-Genier, 2000) varient selon la catégorie socioprofessionnelle, ils sont positivement corrélés avec le capital économique comme avec le capital culturel. En d'autres termes, les patients les plus avertis ou les plus aisés ont un seuil bas de consultation des spécialistes, qu'ils ont pris l'habitude de déterminer eux-mêmes plutôt que de s'en remettre au jugement du généraliste. Ce dernier sera plutôt sollicité pour l'obtention de rendez-vous rapides, situation pas toujours bien vécue. Les usages dévalorisants du généraliste sont donc aussi le fait de patients (Fernandez, 2000). À l'autre extrémité de l'échelle sociale, on sait que l'accueil des patients démunis ou marginaux n'est pas toujours souhaité dans les cabinets libéraux. Même si les enquêtes testant les refus de soins aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) font état de comportements discriminatoires beaucoup plus rares chez les généralistes que parmi les spécialistes ou les dentistes (Desprès et Naiditch, 2006), le discours sur les abus et exigences supposés (en l'absence de trace de surconsommation dans les statistiques les concernant) de ces patients revient fréquemment en entretiens.

La géographie, socialement différenciée, des lieux d'exercice et de recrutement des patients achève ce tour d'horizon. Sans surprise, le généraliste est assigné au local, à l'exception des médecins qui participent à la représentation de la profession au niveau régional ou national ou à l'enseignement universitaire. Il est banal de rappeler que les généralistes sont quasiment les seuls médecins à exercer en territoire rural ou très défavorisé. M. Jaisson s'est attachée dans les années 1990 à décrire finement les modalités d'inscription territoriale de médecins bourguignons, en reconstituant trajectoires et réseaux professionnels. À la différence des spécialistes, les généralistes de son échantillon apparaissent complètement tributaires de l'espace médical local où se situaient toutes leurs ressources (Jaisson, 1995). L'accessibilité, la disponibilité aux patients tout-venant et le fait de se rendre à domicile continuent

de distinguer nettement dans le paysage français les généralistes des médecins spécialistes. Cette situation peut être agréablement vécue. A. Sarradon-Eck (2008a) montre des généralistes de campagne qui ont investi précisément le milieu rural comme celui où ils peuvent pleinement faire leur métier, être « de vrais généralistes » dans une distance certaine aux spécialistes et espérer faire la démonstration incontestable de leur utilité face à des patients présentés comme encore spontanément confiants²⁸. La valorisation de l'exercice peut emprunter cette voie traditionnelle, tandis que les consommateurs éduqués, réputés exigeants, de la ville n'ont pas toujours aussi bonne réputation, par exemple parmi les remplaçants qui peuvent faire la comparaison. Cet argument produit pourtant des effets paradoxaux en termes de valorisation ou de professionnalisation du travail du généraliste. La proximité et la dépendance économique au monde profane exposent à ce que les anthropologues appellent un risque de contamination symbolique qui compromet la revendication d'une posture d'expertise.

■ Dissonances et tensions autour de cette évidence

À rebours des parties précédentes, et pour compléter cette revue de connaissances sur la valeur de la médecine générale, on voudrait faire entendre les arguments dissonants, ceux qui émaillent bien des études sur la médecine générale sans en donner la tendance générale. Il est entendu que la médecine générale a été ignorée ou reléguée vers le fond de la hiérarchie médicale par des effets de procédures et d'institutions, et que les généralistes vivent les ambiguïtés d'une profession qui s'exerce sous le jugement des patients. Pour autant cette représentation péjorative ou misérabiliste n'est pas toute l'histoire, et elle se complique lorsque l'on considère de plus près pratiques et praticiens sans réduire leur diversité. Il est assez aisé de montrer que l'histoire récente des médecins généralistes n'est pas qu'une variation sur la domination.

■ ■ Ce n'est pas toute l'histoire de tous les généralistes...

L'histoire individuelle comme collective des médecins généralistes ne se résume pas à un combat éternellement recommencé pour gagner un peu de reconnaissance. On fera d'abord état des passerelles entre la médecine générale et l'élite médicale, avant de parler des réalisations collectives des médecins généralistes engagés depuis quelques décennies sur d'autres fronts que celui de la reconnaissance universitaire déjà évoqué.

L'enquête *Cinquante Ans d'exercice de la médecine...*, réalisée par questionnaires en 1989 auprès de quelque 5 500 médecins retraités (Herzlich *et al.*, 1993), constitue un témoignage exceptionnel sur les médecins du siècle dernier. Elle a permis de

28. Ce discours est déjà bien présent parmi les internes de médecine générale de province qui ont l'expérience du milieu rural, mais il entre évidemment en balance avec d'autres arguments tels que le cadre de vie souhaité, l'activité du conjoint, la pénibilité, les gardes et l'isolement en cas de problème...

reconstituer les trajectoires des médecins, retraités au moment du questionnaire, sur une période d'exercice allant des années 1930 aux années 1980. De ce travail de référence, nous ne retiendrons que la mise en évidence d'un profil de carrière, certes minoritaire (16 % des généralistes de l'enquête, soit 6 % des répondants), désigné comme celui de l'« élite de la médecine générale ». Les auteurs distinguent ces médecins généralistes de leurs confrères ayant exercé à plein temps en cabinet libéral sur le faisceau de critères suivant : exercice de la médecine générale très urbain et même très parisien, partiellement en cabinet et simultanément dans divers autres cadres (la plupart déclarant au moins trois modalités d'exercice), activité particulièrement rémunératrice. Cette élite généraliste constituait le groupe le moins conventionné de l'enquête, avec 19 % de médecins non conventionnés, dans un contexte où le droit au dépassement était accordé plus chichement aux généralistes qu'aux spécialistes. La comparaison de leurs revenus à ceux des autres médecins permet à M. Bungener et G. Paicheler de dire (sur la base de la même enquête) que « la médecine générale à poly-exercice important s'avère en définitive plus rémunératrice et plus rentable que l'exercice spécialisé, peut-être du fait de sa rareté relative » (Bungener et Paicheler, 1994, p. 169). Au-delà de cette situation économiquement favorable, ces praticiens déclarent souvent avoir été formés à une spécialité²⁹ et/ou avoir eu des fonctions enseignantes. Leurs conditions concrètes d'exercice, reconstituées par le questionnaire, semblent rapprocher ces médecins des spécialistes de l'enquête. Ils ont généralement des origines sociales supérieures, ont moins connu de problèmes financiers pendant leurs études que la moyenne, et, disent les auteurs, « leur poly-exercice manifeste une capacité d'utiliser au mieux toutes les possibilités d'un "marché de la médecine" en développement, d'y occuper une multiplicité de positions » (Herzlich *et al.*, 1993, p. 107). Ces généralistes cumulent ainsi ce que la base appelle des « places ».

Cette recherche, unique en son genre, rappelle utilement la diversité des conditions de généralistes et l'ancienneté de la distinction d'une minorité dotée de solides avantages économiques et sociaux. Aucune autre étude, à notre connaissance, n'a été consacrée à la fraction des généralistes les mieux placés selon divers critères (revenus, notabilité locale ou nationale, maîtrise des conditions de travail, du déroulement de carrière, etc.).

Une autre entrée est de considérer le rôle des collectifs de généralistes dans l'histoire récente, qui n'est pas négligeable. Les généralistes ne peuvent pas être taxés d'immobilisme et leur histoire collective n'est pas celle d'une dégradation inexorable de leur condition face à laquelle ils seraient impuissants. Leur mobilisation pour l'entrée de la médecine générale à l'université, sur laquelle nous ne reviendrons pas, est loin d'épuiser le sujet. D'autres fronts ont été ouverts, détaillés par exemple par D. Broclain (1994), qui fait remonter la défense active de la médecine générale à l'après-guerre avec l'action du docteur Valingot³⁰, président de la branche omni praticiens au sein de la CSMF. Il paraît difficile de parler d'une marginalisation de la médecine générale au sein du mouvement syndical. Les généralistes ont ainsi clairement pesé sur la

29. Rappelons le flou qui a prévalu jusqu'en 1949 sur la question de la formation des spécialistes. 48 % des membres de cette élite-généraliste disent avoir été internes.

30. On lui doit la création de la revue *L'Omnipraticien français* dès 1951.

sortie du conflit du conventionnement de 1960 (Hatzfeld, 1963; Herzlich, 1985; Broclain, 1994) qui a abouti à l'ordonnance décisive de mai 1960. Suite à la crise du syndicalisme médical pluricatégoriel qui a éclaté au début des années 1980 et donné naissance à l'UNOF en 1983, puis à MG France en 1986 (premier syndicat médical monocatégoriel, reconnu représentatif en 1988³¹), les généralistes élaborent rapidement une stratégie de plus en plus autonome. Depuis le milieu des années 1980, ils jouent leur carte propre dans le jeu compliqué des négociations conventionnelles (Robelet, 2003). Loin d'être à la traîne des spécialistes dans les relations avec les autorités sanitaires, ils défendent lors des conflits des intérêts propres. Ainsi, une forme de clivage généralistes/spécialistes a été instituée lors de la création des URML en 1993, composées de deux collèges distincts, et MG France a signé en mars 1997 la première convention spécifique aux généralistes. La question de la représentation de « la base » de la médecine générale libérale reste toutefois compliquée et fort mal stabilisée³², comme on le perçoit dès que l'on aborde le sujet en enquête, et comme l'a montré l'apparition d'une coordination généraliste en 2001-2002 puis d'un nouveau syndicat Espace généralistes aux élections des URML en 2006.

D'autres champs importants ont été investis par des généralistes, dès les années 1970 : celui de la formation médicale continue (l'UNAFORMEC fédère dès 1978 de premières associations de FMC de généralistes et impulse leur développement); celui, connexe, de la production et diffusion de connaissances à l'extérieur du monde universitaire avec la constitution de premières sociétés savantes³³... Des généralistes se sont également investis à partir des années 1990 dans le développement de divers réseaux, ambulatoires ou ville-hôpital, se saisissant des opportunités ouvertes par les dispositifs publics successifs pour promouvoir la fonction de coordination et de synthèse de la médecine générale et tenter de peser sur l'évolution de l'organisation et du financement des soins. D'autres ont repensé localement l'organisation de l'offre de soins en concevant des maisons médicales pluridisciplinaires innovantes dans leur fonctionnement; d'autres encore se sont inscrits dans le mouvement de promotion de la qualité par l'édiction de normes de bonnes pratiques ou l'évaluation des pratiques, d'audit, etc., y voyant un levier d'action pour la valorisation de leur discipline et l'opportunité de constituer une forme d'expertise généraliste; d'autres poursuivent la tradition des médecins-écrivains en prenant la plume à l'intention d'un large public pour mettre en scène, dans un roman ou un livre de témoignage, une forme de grandeur au quotidien de la médecine générale³⁴.

Beaucoup de ces généralistes « entrepreneurs » de tel ou tel projet sont simultanément investis dans d'autres groupes ou fonctions. Presque tous sont attachés à un DMG et sont maîtres de stage. On reconnaît ici, dans des formes plus contemporaines, l'aptitude au multipositionnement de l'élite-généraliste signalée par Herzlich *et al.* (1993), ce qui réduit d'ailleurs le nombre des praticiens durablement

31. Le Syndicat de la médecine générale est antérieur, mais il n'a jamais accédé à la représentativité.

32. La participation aux élections aux URML est de l'ordre de 50 %. Il est de coutume que le syndicat ayant signé la convention en vigueur subisse un revers aux élections suivantes.

33. Citons la Société française de médecine générale fondée en 1973, la Société française de thérapeutique du généraliste en 1977.

34. Signalons Bensaid (1974), Carpentier (1978), Galam (1996), Winckler (1998) et Lehmann (2003) pour les productions les plus intéressantes.

mobilisés pour la promotion de la médecine générale dans les diverses instances qui leur sont accessibles. Ces recouvrements n'empêchent pas, paradoxalement, le manque d'unité. Le monde de la médecine générale est très divisé, la « base » a du mal à reconnaître une légitimité forte à son « avant-garde », celle-ci étant elle-même partagée. Diverses lignes politiques coexistent tant bien que mal mais affaiblissent la capacité d'action unitaire au-delà de quelques revendications de revalorisation économique ou statutaire transversales. Les questions ayant trait à l'articulation de la médecine générale aux principes historiques d'indépendance de la médecine libérale, hérités de la charte de 1927, continuent de fâcher : formes de rémunération, collaboration avec les institutions d'assurance maladie ou de régulation de la qualité... Des tensions nouvelles surgissent sur les modalités d'intégration de la médecine générale dans le monde médical et scientifique en général : jusqu'où doit-elle se concevoir et se proclamer autonome du reste de l'université voire de la médecine ? Jusqu'où peut-elle s'ouvrir à des disciplines telles que la santé publique, les sciences humaines et sociales, sans dissoudre son identité déjà incertaine ? La légitimité à interroger et penser la médecine générale peut-elle ne pas forcément être ancrée dans sa pratique³⁵, alors que les généralistes ont eu tant de mal dans le système français à formuler et à faire entendre une parole autonome sur eux-mêmes ? Une ligne de partage semble passer entre les tenants d'une affirmation avant tout politique du statut de la médecine générale et ceux qui pensent nécessaire de se positionner sur des bases scientifiques solides et partageables avec d'autres.

Le passif historique vis-à-vis de la médecine spécialisée et de l'hôpital pèse lourd, l'incertitude sur l'identité et la valeur de certaines pratiques est une source de crispation et parfois de surenchère. Le généraliste C. Lehmann est l'auteur de la formule plaisante mais plus profonde qu'il n'y paraît *MG Pride*. L'expression est en effet intéressante pour penser à la fois la capacité d'émancipation individuelle ou collective des stéréotypes négatifs attachés à la médecine générale, et les formes sociales complexes de cette émancipation, qui rappellent celles de minorités dominées ou stigmatisées (risque de repli communautaire, méfiance à l'égard des regards extérieurs mais recherche de relais d'opinion, alternance de « victimisation » et d'affirmation d'une fierté identitaire, incertitude sur ce que l'on vaut entraînant parfois des processus d'autoconfirmation un peu complaisants).

Quoi qu'il en soit, l'image d'un monde de la médecine générale passif ou immobile est tout simplement fausse. Des sous-groupes sont extrêmement actifs, des généralistes ont été capables de sortir du cabinet pour contribuer à cette élaboration collective et ce phénomène n'est pas anecdotique. On ne peut pas tout ramener des évolutions récentes à la poursuite de la domination sous d'autres formes.

■ ■ Une capacité de se définir positivement généraliste

Nous délaissions ici manifestations et mouvements collectifs pour approcher les trajectoires, activités et expériences individuelles, telles que les captent les enquêtes de terrain qui rappellent, s'il en est besoin, que la vie sociale n'est pas réductible à sa

35. La référence à la pratique tend à être érigée en valeur cardinale, les questions de recherche devant en partir et y revenir pour être jugées pertinentes.

forme publique ou institutionnelle. Derrière l'assignation institutionnelle de la médecine générale à une place subordonnée ou les protestations publiques d'une partie de la profession, l'observation rapprochée donne à voir d'autres agissements, réalisations et convictions, pas forcément orientés vers l'action publique. Discrètement, sans visée de recomposition politique du rapport généralistes/spécialistes, des praticiens sont capables de s'émanciper de la question de la reconnaissance institutionnelle pour construire localement le sens et l'utilité de leur pratique. Beaucoup de généralistes « de base » témoignent ainsi du sens de leur métier et des gratifications qu'ils en tirent, à distance des hiérarchies médicales officielles ou officieuses. Ils disent se sentir clairement utiles et reconnus en tant que généralistes dans leur environnement immédiat, et peuvent effectivement afficher des éléments de statut, de standing et de réputation locale qui attestent d'une existence pas si diminuée que ça, et même le plus souvent d'une situation globalement enviable dans les classes supérieures de la société. Des univers de référence existent au sein desquels ils ne sont pas les laissés-pour-compte de l'institution : celui de leurs patients, de confrères choisis, ou encore des pouvoirs et mandats locaux.

La nécessité pour les généralistes d'inventer/produire localement le sens de leur pratique, à distance de l'institution Faculté de médecine, et leur capacité à le faire ont d'abord été mises en évidence en sociologie par le travail fondateur d'I. Baszanger (1979). Un certain nombre de ses informateurs s'inscrivaient ainsi en faux contre la vision péjorative de l'orientation en médecine générale pour affirmer le caractère délibéré de leur engagement dans cette voie (il est vrai avant la réforme de 1982, cf. partie 1) et la valeur de la construction professionnelle personnelle qu'ils réalisaient. Elle tenait ainsi à « insister sur le fait que la médecine générale ne constitue pas le refuge des paresseux et des ratés ; choisir la médecine générale peut, à bien des égards, être compris comme un choix positif. (...) Il s'agit bien, du point de vue de l'individu, d'un choix positif et volontaire, même si ce choix consiste à décider d'appartenir à un segment dominé ; même si, et surtout, ce choix signifie, du point de vue de l'institution, rester au bas de l'échelle hiérarchique pendant que d'autres en franchissent les échelons » (Baszanger, 1981, p. 235). Dans la même veine, mais dans d'autres configurations institutionnelles d'accès au troisième cycle, les enquêtes plus récentes sur les choix et aspirations des étudiants en fin de cursus confirment l'existence de discours affirmés et positifs quant au choix de la médecine générale, avant comme après la réforme des ECN (Bloy, 2004 ; Hardy-Dubernet et Faure, 2006 ; Faure, 2008).

Mais comment peut-on « choisir » une spécialité dévaluée ? Ce genre de formule pose la question, classique en sciences sociales, de l'autonomie des préférences individuelles, et ouvre à différentes interprétations selon les choix théoriques effectués. La lecture la mieux étayée par les récits recueillis auprès des étudiants en médecine dans les différentes études citées semble être celle qui met l'accent sur la complexité et la diversité des processus de socialisation qui conduisent à ces choix. I. Baszanger a montré la première que la socialisation professionnelle des médecins généralistes ne s'accomplissait pas qu'à la faculté : d'une part, des choses importantes intervenaient pour les généralistes à l'issue du cursus officiel, en particulier lors des premiers remplacements ; d'autre part, les expériences personnelles ou familiales des étudiants, antérieures ou parallèles au cursus, laissaient leur trace propre. Le rôle des référents

familiaux apparaît dans les différentes recherches, soit qu'ils aident à soutenir le projet de la médecine générale, soit que la situation prenne des allures de psychodrame familial ou de règlement de comptes lorsque les parents sont eux-mêmes médecins spécialistes par exemple. Les futurs médecins sont ainsi exposés et disposés à des modèles médicaux avant la faculté ou à l'extérieur de celle-ci. Ces modèles peuvent se révéler plus prégnants que la normalisation des valeurs à l'œuvre dans certains services. Des étudiants décalés par rapport à la médecine spécialisée valorisée au CHU relatent le travail sur eux-mêmes qu'ils ont dû effectuer pour maintenir dans des contextes hostiles leur envie de devenir généraliste. Le vocabulaire est relativement guerrier, certains parlent de « se blinder » face aux jugements dénigrants la médecine générale (Bloy, 2004), d'autres de « tenir face au harcèlement » que leur a valu dans certains services le décalage au modèle dominant (Faure, 2008). Au sein de facultés élitistes, les quelques étudiants s'écarter de la préparation du concours font état de manifestations paradoxales d'admiration de la part de leurs camarades de promotion, qui soulignent le « courage » nécessaire pour s'émanciper à la pression institutionnelle en faveur de la médecine spécialisée.

Au-delà du temps des orientations et des études, divers travaux mettent en évidence la capacité des médecins généralistes de définir et valoriser sous tel et tel aspect, au moins à leurs propres yeux, la médecine qu'ils pratiquent³⁶. Elle peut être, comme on l'a vu, plus ou moins générale, plus ou moins complexe, plus ou moins « sociale », plus ou moins ouverte aux approches alternatives, plus ou moins rémunératrice, la plasticité de la médecine générale étant grande dans certains contextes. Cette diversité des manières de l'exercer et l'autonomie qu'elle autorise au praticien, paraissent de mieux en mieux perçues (voire surestimées ?) par les étudiants. Du fait d'un certain flou du métier, l'autonomie espérée ou effectivement mise en œuvre peut être une façon de requalifier la médecine générale aux yeux des jeunes médecins³⁷.

La thèse de la complexité de la médecine générale en est une autre, qui semble progresser : des médecins qui ont eu l'expérience d'un exercice spécialisé puis d'un exercice généraliste avancent effectivement l'idée d'une médecine générale plus difficile du fait de sa diversité et de l'encyclopédisme qu'elle suppose pour être pratiquée à bon niveau (Hardy-Dubernet, 2003 ; Bloy, 2004). La formule selon laquelle il serait plus facile de devenir généraliste (que spécialiste), mais il serait plus difficile d'être un bon médecin généraliste, rencontre un certain écho, et pas seulement parmi ceux qui l'exercent. Que tout compliment ou marque de considération affichée soient suspects et soumis à interprétation lorsqu'il s'agit de la médecine générale, par exemple au moment des choix de spécialité, en dit long bien sûr. Y. Faure (2008) montre pourtant que les « valeurs » de la médecine générale sont assez partagées parmi les promotions récentes qui motivent leurs choix après les ECN : si les étudiants ne se précipi-

36. I. Baszanger identifiait déjà quatre manières de se définir comme généraliste, selon le périmètre et la nature des prises en charge retenus (Baszanger, 1983).

37. Il est également intéressant d'observer que le repli contraint de certains étudiants vers la médecine générale, suite à l'échec à l'internat ou à un rang insuffisant aux ECN, a pu donner lieu à un redéploiement heureux des énergies vers le travail de généraliste, qui peut permettre finalement de faire beaucoup de choses sans se détourner complètement de la spécialité regrettée. Nous l'avons observé particulièrement chez des jeunes femmes initialement attirées par la gynécologie ou la pédiatrie (Bloy, 2004).

tent pas sur les postes offerts dans la filière (tout dans la procédure les en dissuade, on l'a vu), il y a dans les discours recueillis une forte convergence sur le fait que l'hyper-spécialisation dans une gamme d'activités ou de prises en charge étroites, loin d'engager une compétence médicale remarquable, serait source de routine et d'ennui. Inversement, la polyvalence et la capacité d'appréhension synthétique du malade (fût-ce à travers le fonctionnement de tel organe) ont bonne presse. On retrouve quelque chose de la vision traditionnelle selon laquelle « le généraliste en son cabinet reste "le plus médecin des médecins" » (Herzlich *et al.*, 1993, p. 104).

Des expériences et définitions professionnelles de soi autonomes de celles que prescrit l'institution coexistent donc (ou sont en tension) avec la vision misérabiliste du « peuple vague » des généralistes, censé avoir complètement intériorisé l'illégitimité à laquelle le système hospitalo-universitaire le renverrait. Les généralistes ne se définissent pas que dans l'espèce de « je t'aime moi non plus » de leur relation aux institutions médicales dominantes. L'échelle des valeurs n'est pas unique, sans que ces composantes d'une identité positive n'annulent la face plus sombre de la valeur de la médecine générale présentée dans les parties précédentes.

Ainsi, I. Baszanger et M. Bungener n'ont pas résisté à intituler « Heureux moi non plus » un article synthétisant le baromètre d'humeur publié chaque année entre 1975 et 1995 par la revue *Le Généraliste*, dans lequel elles développent l'idée d'une « perception de soi paradoxale » étonnamment stable dans le temps : « Année après année, une même plainte s'exprime : plus de 50 % ressentent une dégradation de leur niveau de vie, qu'ils lient mécaniquement à l'alourdissement des "charges". (...) Parallèlement à ce sentiment de "paupérisation", dès la première enquête, en 1976, près de six médecins sur dix perçoivent leur image sociale, elle aussi, comme dégradée. Cette perception aura tendance à s'amplifier au fil des enquêtes. Et pourtant, les trois quarts des répondants se déclarent heureux d'être médecin généraliste ! Ce pourcentage, il faut le souligner, n'a significativement pas varié tout au long de ces vingt dernières années. (...) Cette perception de soi très paradoxale – de plus en plus mal considérés, affaiblis financièrement, mais pas vraiment moins heureux – constitue par sa permanence au cours de ces vingt dernières années un des traits les plus intéressants de l'ensemble de ces sondages » (Baszanger et Bungener, 1995, p. 8). De même est-on régulièrement frappé, lors des enquêtes de terrain, par la capacité des médecins généralistes à brosser le tableau d'une situation collective très dégradée, dans laquelle ils seraient pris en tenailles entre la montée des exigences des patients, le mépris de l'hôpital et de la médecine spécialisée, et l'incompréhension tatillonne des administrations de Sécurité sociale, tout en répondant au final très positivement à la question : « Mais vous, professionnellement, vous êtes plutôt heureux ? » Le récent travail d'A. Vega (2007b) reconstitue, à partir des comportements variables de cessation d'activité des généralistes libéraux (prolonger, partir précocement à la retraite, ou se reconverter vers le salariat), les logiques à l'œuvre dans les trajectoires professionnelles – très épanouissantes pour certains, beaucoup moins pour d'autres. Les enquêtes qualitatives microsociologiques donnent ainsi particulièrement bien accès à cette diversité, ces nuances dans l'expression de soi et du sentiment de sa valeur par les médecins généralistes, parfois écrasées par la thèse de l'illégitimité et de la perpétuation de l'infériorisation de la médecine générale sous l'effet des choix théoriques de certains auteurs.

■ ■ Conclusion

Nous nous sommes donc attachée à envisager la question de la valeur de la médecine générale sous plusieurs éclairages et à différentes échelles. Beaucoup d'observations convergent vers une moindre valorisation de la médecine générale que de la médecine spécialisée, notamment du fait du poids de l'histoire de l'institution médicale dont nous avons reconstitué les principales séquences. La temporalité de cette « grande » histoire est particulière, puisque les ruptures décisives annoncées en faveur de la médecine générale n'ont jamais produit les effets escomptés, ce qui n'empêche pas qu'un processus incrémental plus favorable a pu émerger ces dernières années.

Les « petites » histoires singulières de médecins généralistes montrent qu'existent et ont toujours existé des possibilités plus autonomes de créditer d'un sens et d'une valeur la pratique de la médecine générale. Chacun peut faire d'ailleurs très simplement l'expérience de la variété des modes et qualités de pratique en médecine générale, diversité confirmée au fil des enquêtes, qualitatives ou quantitatives, descriptives ou normatives, issues de différentes disciplines (sociologie, anthropologie, économie, santé publique, etc.). Une question de fond est alors d'arriver à saisir comment se construit et s'impose une représentation majoritaire, dominante, d'un univers professionnel aussi peu unifié et intégré que celui de la médecine générale, longtemps privé pour les raisons historiques détaillées plus haut d'identité collective structurante.

Le modèle sociologique le plus éclairant sur ce point pourrait être celui des relations entre établis et *outsiders* de N. Elias, assez méconnu en France et que personne n'a tenté à notre connaissance d'appliquer aux relations entre médecins généralistes et spécialistes (Elias et Scotson, 1997). Il s'agit, en résumé, de comprendre les relations de hiérarchisation ou stigmatisation symboliques qui s'instaurent efficacement et durablement entre deux groupes interdépendants de personnes pourtant initialement fort semblables (tous médecins formés dans les mêmes facultés pour le cas qui nous préoccupe)³⁸. Comment en arrive-t-on à ce que le groupe discrédité soit supposé constitué de gens d'une valeur humaine, ou plutôt ici professionnelle, moindre, tandis que celui des établis réussit à concentrer à son profit les bénéfices d'un « charisme collectif distinctif », ce charisme et cette disgrâce faisant système ? Le modèle est, comme on va le voir, strictement relationnel : « le charisme collectif que l'on s'attribue et la disgrâce que l'on prête aux autres sont partout des

38. Le modèle a été forgé à propos de l'étude de relations de voisinage entre deux sous-groupes ouvriers dans une banlieue ouvrière de l'Angleterre des années 1950, mais il présente, disent les auteurs, un « thème humain universel » puisqu'il traite de « tout l'arsenal de la supériorité et du mépris collectif mobilisé dans les relations entre les groupes » (Elias et Scotson, 1997, p. 32). Ils s'attachent à comprendre comment des différences économiques et sociales entre ces groupes objectivement faibles, accessoires par rapport aux points communs (tous sont ouvriers, travaillent dans les mêmes établissements pour les mêmes salaires, dans une complète homogénéité culturelle ou religieuse ; seule différence à l'origine de ce « racisme sans race », l'ancienneté des lieux de résidence : lotissement récent *versus* lotissement de peuplement plus ancien), peuvent se trouver au principe d'une dynamique relationnelle lourde de conséquences. Ce tableau n'exclut pas que puissent exister de bonnes relations de personne à personne entre les membres des deux groupes, mais elles n'ébranlent pas la configuration générale.

phénomènes complémentaires » (*idem*, p. 183). L'erreur d'analyse serait de chercher à expliquer la situation du groupe marginalisé par une caractéristique qu'il posséderait en propre.

Ces auteurs montrent que la cohésion interne du groupe des *outsiders* est improbable et faible, que les positions importantes dans les organisations ne leur sont pas accessibles, situation qui n'autorise pas une bonne régulation de la conduite de ses membres, à l'inverse de celle que réalise le groupe plus prestigieux, mieux intégré. En sus de ces mécanismes de contrôle social, les *outsiders* tendent à intégrer la mauvaise opinion du groupe auquel ils appartiennent et donc l'image de leur indignité relative – voire à s'y conformer selon un mécanisme classique de prophétie créatrice : il est objectivement plus compliqué de se conformer aux règles d'une communauté lorsqu'on appartient à un segment peu intégré et dévalorisé, il est au contraire aisé de dévier vers l'actualisation des stéréotypes que l'on subit. À l'opposé, dans le groupe soudé prestigieux, une sorte de surmoi collectif favorise la loyauté et le maintien d'une certaine tenue, il y a d'ailleurs beaucoup à perdre à adopter des pratiques déviantes lorsque l'on jouit d'une bonne intégration et d'une bonne réputation. Des processus creusant la distance entre les deux groupes s'enclenchent donc à partir d'une différence de départ ténue ou inexistante. Pour autant, aucun des deux groupes n'est complètement homogène, chacun comprend des individus atypiques, qui se comportent mieux ou moins bien que la moyenne du groupe. Intervient ici un phénomène de distorsion *pars pro toto* (la partie prise pour le tout) dans les représentations disponibles de chacun des groupes, phénomène présent des deux côtés mais en sens opposé. En clair, l'image collective forgée par le groupe des établis et diffusée à l'extérieur prend pour modèle « la minorité de ses meilleurs », tandis que celle du groupe stigmatisée est modelée sur « la minorité des pires ».

Ce détour théorique nous semble fournir une grille de lecture puissante pour analyser, au-delà des pérégrinations institutionnelles ou personnelles des médecins généralistes, les effets d'un jeu relationnel issu de la partition historique intervenus entre généralistes et spécialistes au détriment des premiers.

Le jeu décrit n'est pas forcément stable. N. Elias et J. L. Scotson considèrent certes que les capacités de réaction des *outsiders* sont *a priori* limitées : « la résignation voire l'apathie paralysante, la contre-culture agressive et l'anarchie » sont présentées comme les modalités de réaction les plus probables. Des membres du groupe stigmatisé choisissent aussi de s'en écarter à titre individuel lorsque se présente une possibilité de mobilité, soit pour se rapprocher du groupe prestigieux, soit pour sortir d'un jeu localement sans issue pour eux et réaliser leurs ambitions autrement. Mais le groupe marginalisé peut s'unir et le groupe des établis ne pas vouloir ou pouvoir maintenir, pour diverses raisons, l'exclusion de l'autre groupe de la participation aux instances de régulation de la communauté. « Dès que les disparités de pouvoir ou, en d'autres termes, l'inégalité du rapport de forces diminue, les anciens groupes marginaux ont tendance à lancer des représailles et à mener une campagne de contre-stigmatisation » (p. 36). Le jeu entre alors dans une phase de recomposition beaucoup plus ouverte. On peut raisonnablement penser qu'entre généralistes et spécialistes nous en sommes là aujourd'hui.

Sur le terrain, l'impression est souvent d'avoir affaire à une profession nostalgique, sans que les intéressés sachent toujours préciser de quoi. Le motif de la plainte

est une figure ancienne de la presse médicale généraliste, qui connaît peut-être une forme de renouveau avec le succès de l'étiquette *burn out* et les extrapolations chiffrées qu'elle peut entraîner dans son sillage. Il ne s'agit pas de nier les réalités de la pénibilité du travail des généralistes dans certains contextes (Davezies et Daniellou, 2004 ; Vega, 2007b), mais le thème de la « crise » est omniprésent dans les publications au moins depuis les années 1970, ce qui laisse penser que nous sommes en présence d'autre chose. La réflexion consacrée par F. Dubet au « déclin de l'institution » (Dubet, 2002) nous semble fort utile pour mieux décrypter ce malaise. Les médecins généralistes, comme bien d'autres professionnels de ce qu'il nomme le « travail sur autrui », sont à la peine pour fonder ou refonder la légitimité de leur intervention dans un monde contemporain où s'élèvent d'un côté niveau d'éducation, capacité d'autonomie et exigences des patients, et se dessinent de l'autre progressivement de nouvelles attentes en termes de référence aux standards médicaux contemporains et d'intégration de considérations de coût et de santé publique. Peut-être sommes-nous dans une forme de transition inaboutie entre deux modèles. La gloire et les servitudes du médecin de famille à l'ancienne, notable charismatique mais praticien disponible et corvéable, sûr de sa mission et de son autorité, basculent dans l'anachronisme. Les modèles contemporains de la légitimité biomédicale comme ceux de la gestion des fonds publics de l'Assurance maladie se fondent sur des procédures d'objectivation de la qualité ou du service rendu, auxquelles résiste l'activité des généralistes, probablement pour de bonnes et de moins bonnes raisons. Leur relation à l'intérêt général pourrait apparaître distendue s'ils ne se dotent pas de dispositifs scientifiques et professionnels plus consistants pour mieux fonder et réguler la valeur de leurs pratiques.

Références bibliographiques

- ABBOTT Andrew (1988), *The System of the Professions. An Essay of the Division of Expert Labour*, Chicago, University of Chicago Press.
- ARLIAUD Michel (1987), *Les Médecins*, Paris, La Découverte.
- ARLIAUD Michel et ROBELET Magali (2000), « Réformes du système de santé et devenir du "corps médical" », *Sociologie du travail*, n° 1.
- ARLIAUD Michel (2002), « La "fin" de l'internat », *Regards sur l'actualité*, n° 282, juin.
- BASZANGER Isabelle (1979), *Des généralistes en particulier : une approche biographique des processus de socialisation professionnelle*, thèse de doctorat de 3^e cycle, Paris, EHESS.
- BASZANGER Isabelle (1981), « Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue française de sociologie*, XXII.
- BASZANGER Isabelle (1983), « La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale », *Sociologie du travail*, n° 3.
- BASZANGER Isabelle et BUNGENER Martine (1995), « Heureux, moi non plus, vingt ans d'enquête : regard sur les médecins généralistes », *Le Généraliste*, 20 octobre.
- BECKER Howard S., HUGHES E. C., GEER B., STRAUSS A. L. (1961), *Boys in White, Student Culture in Medical School*, Chicago, The University of Chicago Press.

- BECKER Howard S. (2002), *Les Ficelles du métier, comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris, La Découverte.
- BENSAÏD Norbert (1974), *La Consultation*, Paris, Mercure de France.
- BILLAUT Anne (2005a), « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2004 suite aux épreuves classantes nationales », *Études et Résultats*, n° 429.
- BILLAUT Anne (2005b), « Caractéristiques et résultats des épreuves classantes nationales de 2004 », Documents de travail DREES, série *Études*, n° 52.
- BILLAUT Anne (2006), « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2005 suite aux épreuves classantes nationales », *Études et Résultats*, n° 474.
- BLOY Géraldine (2004), Rapport de recherche, *Socialisation et transmission professionnelles en médecine générale : étude sociologique du stage chez le praticien*, Programme sciences biomédicales, santé et société, CNRS/INSERM/DREES-MiRE.
- BLOY Géraldine (2005), « La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien », *Revue française des affaires sociales*, n° 1.
- BLOY Géraldine (2008), « Que font les généralistes à la faculté ? Retour sur une implantation improbable », in Bloy G. et Schweyer F.-X., *Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale*, Rennes, ENSP.
- BOUCHAYER Françoise (2008), « Un regard transversal sur la fonction soignante de proximité : médecins généralistes, infirmières et kinésithérapeutes libéraux », in Bloy G. et Schweyer F.-X., Rennes, ENSP.
- BOURDIEU Pierre (1982), « Les rites comme actes d'institution », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 43, juin.
- BOURDIEU Pierre (1994), *Raisons pratiques sur la théorie de l'action*, Paris, Seuil.
- BREUIL-GENIER Pascale (2000), « Généralistes, puis spécialistes : un parcours peu fréquent », *INSEE Première*, n° 709.
- BROCLAIN Dominique (1994), « La médecine générale en crise ? » in P. Aïach, D. Fassin (éd.), *Les Métiers de la santé*, Paris, Anthropos-Economica.
- BUCHER Rue et STRAUSS Anselm (1961), « Professions in process », *American Journal of Sociology*, n° 46, jan.
- BUNGENER Martine et BASZANGER Isabelle (2002), « Médecine générale, le temps des redéfinitions », in I. Baszanger, M. Bungener et A. Paillet (dir.), *Quelle médecine voulons-nous ?*, Paris, La Dispute.
- BUNGENER Martine et PAICHELER Geneviève (1994), « Trajectoires sociales, carrières et satisfaction financière : aspects de l'évolution de la profession médicale en France (1930-1980) », in Lucas Y. et Dubar C. (éd.), *Genèse et dynamique des groupes professionnels*, Lille, Presses universitaires de Lille.
- CANGUILHEM Georges (1966), *Le Normal et le Pathologique*, Paris, PUF.
- CARPENTIER Jean (1978), *Médecine générale*, Paris, Maspero.
- CARRICABURU Danièle et MÉNORET Marie (2004), *Sociologie de la santé, institutions, professions et maladies*, Paris, A. Colin.
- DAVEZIES Philippe et DANIELLOU François (2004), *L'Épuisement professionnel des médecins généralistes, une étude compréhensive en Poitou-Charentes*, rapport pour l'URML de Poitou-Charentes.
- DARMON Muriel (2006), *La Socialisation*, Paris, A. Colin.

- DESPRÈS Caroline et NAIDITCH Michel (2006), *Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la couverture maladie universelle*, rapport du DIES pour le fonds CMU.
- DUBAR Claude et TRIPIER Pierre (1998), *Sociologie des professions*, Paris, A. Colin.
- DUBET François (2002), *Le Déclin de l'institution*, Paris, Seuil.
- ELIAS Norbert et SCOTSON John L. (1997), *Logiques de l'exclusion*, Paris, Fayard.
- FAURE Yann (2006), « La médecine générale est-elle une spécialité comme les autres ? Discussion autour du choix d'un indicateur pour mesurer l'attractivité d'une discipline », in *Actes du colloque, approches sociologiques de la médecine générale : état des recherches récentes et perspectives*, Rennes, 8 et 9 juin.
- FAURE Yann (2008), « Médecine générale : le tout pour le tout ? Tensions entre principes de choix et genèse des goûts », in Bloy G. et Schweyer F.-X., Rennes, ENSP.
- FERNANDEZ Guillaume (2000), « La place du médecin de famille dans la pluralité des recours thérapeutiques. Le point de vue des usagers », in F.-X. Schweyer, G. Cresson (dir.), *Les Usagers du système de soins*, Rennes, ENSP.
- FREIDSON Eliot (1984), *La Profession médicale*, Paris, Payot, 1984.
- GALAM Éric (dir.) (1996), *Infiniment médecins, les généralistes entre la science et l'humain*, Paris, Autrement, n° 161.
- GIAMI Alain (2008), « La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité », in Bloy G. et Schweyer F.-X., Rennes, ENSP.
- HARDY-DUBERNET Anne-Chantal (2000), « Faire (quelle ?) médecine. À propos de la loi de 1982 sur la réforme du troisième cycle des études médicales », in Schweyer F.-X., Cresson G. (dir.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*, Rennes, ENSP.
- HARDY-DUBERNET Anne-Chantal (dir.), ARLAUD M., HORELLOU-LAFARGE C., LE ROY F., BLANC M. A. (2001), *La Réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins*, rapport de recherche du programme INSERM/CNRS, MiRe 98.
- HARDY-DUBERNET Anne-Chantal (2003), « L'internat de médecine ou la formation par la concurrence », in Cresson G., Druhle M., Schweyer F.-X. (dir.), *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Rennes, ENSP.
- HARDY-DUBERNET Anne-Chantal et GADÉA Charles (dir.), DIVAY S., HORELLOU-LAFARGE C., LE ROY F., (2005), *De « faire médecine » à « faire de la médecine »*, rapport d'étude pour la DREES.
- HARDY-DUBERNET Anne-Chantal et FAURE Yann (2006), *Le Choix d'une vie... Étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales*, Documents de travail de la DREES, série Études, n° 66.
- HATZFELD Henri (1963), *Le Grand Tournant de la médecine libérale*, Paris, Ed. Ouvrières.
- HÉMERY-BOURGEOIS Isabelle (2007), *Le Médecin généraliste dans le travail médical de premier recours : entre logiques de clientèle et dynamiques locales : les cas de quatre espaces relationnels en médecine générale*, thèse de sociologie, Centre de sociologie des organisations.
- HERZLICH Claudine (1970), *Médecine, maladie et société*, Paris, Mouton.
- HERZLICH Claudine (1985), « Malades et clients dans le discours des syndicats médicaux », *Prévenir*, n° 11.
- HERZLICH Claudine, BUNGNER M., PAICHELER G., ROUSIN P., ZUBER M. C. (1993), *Cinquante Ans d'exercice de la médecine en France : carrières et pratiques des médecins français, 1930-1980*, Paris, INSERM-Doin.

- HUGHES Everett C. (1996), *Le Regard sociologique*, Paris, éditions de l'EHESS.
- JAISSON Marie (1995), *Les Lieux de l'art. Études sur la structure sociale du milieu médical dans une ville universitaire de province*, thèse pour le doctorat de sociologie, Paris, EHESS.
- JAISSON Marie (2002), « L'honneur perdu du généraliste », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 143.
- KARSENTY Serge (1986), « Les médecines différentes dans le système de soins français », *Études*, oct.
- LABARTHE Géraldine et HÉRAULT Dominique (2003), « Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002 », *Études et Résultats* (DREES), n° 244, juin.
- LECOURT Dominique (dir.) (2004), *Dictionnaire de la pensée médicale*, PUF.
- LEHMANN Christian (2003), *Patients, si vous saviez...*, Paris, Laffont.
- LEVASSEUR Gwénola et SCHWEYER François-Xavier (2001) « La recherche en médecine générale en France », *Cahiers de sociologie et démographie médicale*, n° 1.
- LEVASSEUR Gwénola et SCHWEYER François-Xavier (2003), « La recherche en médecine générale, à travers les thèses de médecine », *Santé publique*, n° 2.
- MEMBRADO Monique (1993), « La construction médicale de la relation thérapeutique », *Ethnologie française*, n° 4.
- MERTON Robert, READER G., KENDALL P. (1957), *The Student-Physician : Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press.
- MUEL-DREYFUS Francine (1984), « Le fantôme du médecin de famille », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 54, sept.
- PARSONS Talcott (1951), *The Social System*, Glencoe (Illinois), The Free Press.
- POUVOURVILLE (DE) Gérard (2006), *Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : propositions*, rapport au ministre de la Santé et au ministre délégué à la Recherche.
- REYNAUD Jean-Daniel et TOURAINE Alain (1956), « Deux notes à propos d'une enquête sur les étudiants en médecine », *Cahiers internationaux de sociologie*, janv.-juin.
- ROBELET Magali (2002), « Médecins généralistes : les voies étroites du réenchantement professionnel », *Regards sur l'actualité*, n° 282, juin.
- ROBELET Magali (2003), « La grande désillusion des médecins libéraux : entre la tentation de la division et l'espoir de l'unité retrouvée » in de Kervasdoué J., *La Crise des professions de santé*, Paris, Dunod.
- ROSMAN Sophia (2006), *La Pratique de prescription des médecins généralistes en France et aux Pays-Bas*, rapport de recherche CNAM/MGEN.
- ROSMAN Sophia (2008), « Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas », in Bloy G. et Schweyer F.-X., Rennes, ENSP.
- SARRADON-ECK Aline (dir.), VEGA Anne, FAURE Murielle, HUMBERT-GAUDART Anne, LUSTMAN Mathieu (2004), *Étude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels*, rapport de recherche ANAES/fondation Fyssen.
- SARRADON-ECK Aline (2008a), « Voyage en médecine de campagne, le cabinet médical sous le regard de l'ethnologue », in Bloy G. et Schweyer F.-X., Rennes, ENSP.
- SARRADON-ECK Aline (2008b), « Qui mieux que nous ? Les ambivalences du "généraliste-pivot" du système de soins », in Bloy G. et Schweyer F.-X., Rennes, ENSP.
- URFALINO Philippe (dir.), BONETTI Emmanuelle, BOURGEOIS Isabelle, HAURAY Boris et

- DALGALARRONDO Sébastien (2001), *Les Recommandations à l'aune de la pratique. Les cas de l'asthme et du dépistage du cancer du sein*, Rapport du Centre de sociologie des organisations pour l'URML de Poitou-Charentes.
- VANDERSCHULDEN Mélanie (2007a), « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2006 », *Études et Résultats*, n° 571.
- VANDERSCHULDEN Mélanie (2007b), « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2007 », *Études et Résultats*, n° 616.
- VEGA ANNE (2007a), *Les Comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux*, tome 1, Document de travail, DREES, série Études, n° 73.
- VEGA ANNE (2007b), « Perceptions du travail et identités professionnelles chez les médecins salariés et libéraux », in *Les Conditions de travail dans les établissements de santé. Dossier solidarité et santé*, hors-série.
- WEISZ George (2006), *Divide and Conquer. A Comparative History of Medical Specialization*, Oxford, Oxford University Press.
- WINCKLER Martin (1998), *La Maladie de Sachs*, Paris, POL.

LES CONTRIBUTEURS

Les travaux du groupe de travail sur la médecine générale, dont ce rapport constitue la synthèse, ont été présidés par le professeur Berland, président de l'ONDPS.
Rapporteur des travaux : Martine Burdillat, secrétaire générale de l'ONDPS.

■ ■ Ont contribué à la rédaction du rapport

Dr Jean-François Bayet, Département coordination et efficience des soins, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

Valérie Desquesne, chargée de mission, Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) de Basse-Normandie

Dr Irène Kahn-Bensaude, présidente de la Section santé publique, Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM)

Gabriel Ko, ancien chargé des « Relations européennes » à l'ISNIH

Laurence Lavy, chargée de mission, Direction de la sécurité sociale (DSS)

Anne Lazarevich, chargée de mission en santé publique, membre du Collectif inter-associatif sur la santé (CISS)

Lionel Michel, porte-parole de l'Inter syndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG)

Laure Prestat, médecin, Mission de la coordination et de la gestion du risque maladie (MCGR), sous-direction du financement du système de soins, DSS

Marjorie Soufflet-Carpentier, chef du Bureau de la démographie et de la formation médicales (M1), sous-direction des professions médicales et des personnels médicaux, DHOS

Youri Yordanov, vice-président du Syndicat des internes des hôpitaux de Paris (SHIP)

■ Avec la collaboration de

André Gay, ancien trésorier adjoint de l'Inter syndicat national des internes des hôpitaux des villes de faculté (ISNIH)

Daniel Gayet, inspecteur des Affaires sanitaires et sociales, responsable du service « Professions médicales », Pôle santé publique et cohésion sociale, DRASS Centre

Anne Gueguen, directrice adjointe, DRASS Centre

Serge Morais, chargé de mission, mission régionale de santé (MRS) d'Île-de-France, URCAM d'Île-de-France

Fabien Quedeville, président du Syndicat national des jeunes médecins généralistes (SNJMG)

Daniel Sicart, Bureau des professions de santé, DREES

■ ■ Ont participé au groupe de travail sur la médecine générale

Dr Anne Farge-Broyart, adjointe au chef du Bureau de la démographie et de la formation médicales, sous-direction des professions médicales et des personnels médicaux, DHOS

Guillaume Coindard, chargé « Permanence des soins », ISNAR-IMG
 Benoît Elleboode, président de l'Inter syndicat national des internes des hôpitaux des villes de faculté (ISNIH)
 Daniel Foulon, chargé de mission au Bureau de la démographie et de la formation médicales (M1), sous-direction des professions médicales et des personnels médicaux, DHOS
 Emmanuel Gallot, président de l'Inter syndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG)
 François Guillaumat-Tailliet, chef du Bureau des professions de santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
 Isabelle Leclerc, chargée de mission auprès du sous-directeur, sous-direction des professions médicales et des personnels médicaux hospitaliers, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)
 Pierre Loulergue, président de l'Inter syndicat national des chefs de clinique assistants des hôpitaux de villes de faculté (ISNCCA)
 Charles Mazeaud, président de l'Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF)
 Olivier Mir, ancien président de l'ISNIH
 Marie Mizzi, ancienne vice-présidente de l'ANEMF
 Virginie Prade, ancienne présidente de l'ANEMF
 Jean-Bernard Tallon, chargé de mission, ARH Île-de-France
 Jean Wolfarth, trésorier de l'ISNAR-IMG

■ ■ Les séances thématiques

Quatre des séances du groupe de travail ont fait l'objet d'exposés soit par des auteurs de rapports ou d'ouvrages consacrés à des thèmes particuliers, soit par des praticiens.

■ LES CONDITIONS ET L'ATTRACTIVITÉ DE L'EXERCICE

Dr Jean-François Bayet, CNAMTS, et Valérie Desquesne, URCAM de Basse-Normandie.
Repérage des ressources en médecins généralistes.
 Dr Irène Kahn-Bensaude, présidente de la Section santé publique, Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM). *Les conditions et l'attractivité de l'exercice.*
 François-Xavier Schwyer, LAPSS-EHESP. *Résultat d'une enquête menée en Bretagne, sur les conditions d'exercice des médecins généralistes.*

■ LES JEUNES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Géraldine Bloy, maître de conférences en sociologie, université de Dijon. *La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le stage chez le praticien.*
 Céline Ponçot. *Évaluation des SASPAS en 2006* (thèse de médecine).
 Dr Irène Kahn-Bensaude, présidente de la Section santé publique, CNOM. *Les attentes, projets et motivations des médecins face à l'exercice professionnel, résultats de l'étude réalisée par BVA auprès de médecins récemment installés et auprès d'étudiants.*

■ LES ÉVOLUTIONS DE LA FORMATION ET DE LA SÉLECTION UNIVERSITAIRES

Valérie Delahaye-Guillocheau, inspectrice de l'IGAS, et Françoise Mallet, Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR).
La création de la filière universitaire de médecine générale.

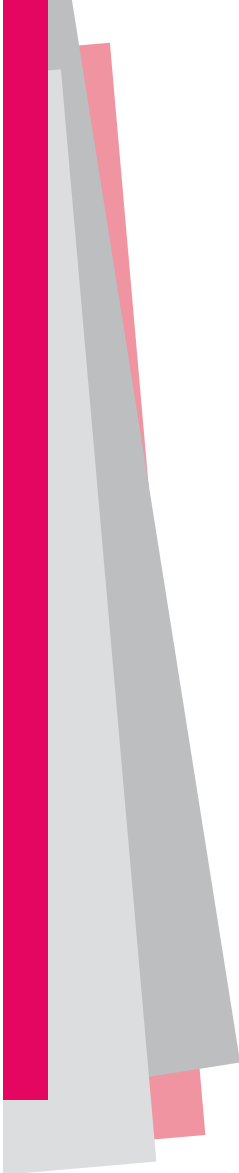
Anne-Chantal Hardy, sociologue, université de Nantes. *Des ECN « pour » ou « contre » la médecine générale ?*

■ L'EXERCICE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE EN MODE REGROUPE

Pr Jean-Michel Chabot, conseiller médical auprès du directeur de la Haute Autorité de santé (HAS). *Maison médicale et qualité des pratiques.*

Dr Jean-Michel Mazué, médecin généraliste à la Maison médicale des bords de Seille.
Les enseignements d'une expérience de regroupement de professionnels médicaux et paramédicaux, et les questions qui se posent.

Avec la contribution des docteurs Pierre De Haas et Rémy Bataillon (directeur de l'URML de Bretagne).



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

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

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

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

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

ONDPS

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

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



TOME 2

LES INTERNES EN MÉDECINE démographie et répartition

Le rapport 2006-2007



Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



TOME 2

LES INTERNES EN MÉDECINE : DÉMOGRAPHIE ET RÉPARTITION

Le rapport 2006-2007



Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



© ONDPS, 2008
ISBN : 978-2-11-097349-8
DICOM : 08.037
Réalisation : www.lasouris.org

TABLE DES MATIÈRES

5 INTRODUCTION

7 CADRAGE NATIONAL : LES PRINCIPALES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

- 7 Selon les sources, entre 15 576 et 17 667 internes en médecine sont en formation
- 9 L'état des lieux par filière
- 10 Une forte augmentation du nombre d'internes en prévision
- 13 Des besoins de financement des stages en forte augmentation

15 LA SITUATION DÉMOGRAPHIQUE DES INTERNES SELON LES RÉGIONS

- 15 Les effectifs d'internes mais aussi leur densité par rapport à la population varient fortement d'une région à l'autre
- 17 La situation actuelle des régions selon les effectifs inscrits en DES et les postes ouverts aux ECN
- 20 *La prise en compte des postes réellement pourvus en médecine générale relativise la portée des mesures correctives*
- 22 *La répartition des postes d'interne de spécialité autre que la médecine générale*

27 LES RÉGIONS DISPOSENT DE RESSOURCES VARIABLES

- 27 Les capacités de formation
- 27 *Les enseignants universitaires et les personnels seniors assurant l'encadrement dans les hôpitaux*
- 30 *Le postinternat universitaire*

35 LA GESTION RÉGIONALE DES INTERNES

- 35 Les informations relatives aux capacités actuelles de financement sont peu disponibles et harmonisées
- 35 *Des incertitudes sur les possibilités de financement et les marges de manœuvre*
- 36 *Des financements complémentaires sur des crédits ARH dans beaucoup de régions*
- 38 *Les postes « sacs à dos »*
- 40 *Les capacités futures de financement*
- 41 Les procédures, très codifiées, sont relativement harmonisées
- 43 Les perspectives d'amélioration envisagées
- 43 *La prise en compte de la démographie médicale locale, et notamment la prise en compte de l'âge des médecins, permet, par spécialité, d'identifier des maillons faibles*
- 44 *La garantie de la disponibilité et de la qualité des stages dans les services d'accueil suppose une gestion plus anticipatrice*

**47 LES LIMITES DE LA GESTION DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE
PAR LA RÉGULATION DES EFFECTIFS ÉTUDIANTS**

- 47 Toutes les spécialités ne bénéficient pas de la même façon des investissements qu'elles réalisent en matière de formation
- 49 Toutes les régions ne bénéficient pas de la même façon des investissements qu'elles réalisent en matière de formation
- 50 *Une simulation pour la médecine générale*

CONTRIBUTION

- 51 Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2007,
Mélanie Vanderschelden

ANNEXES

- 67 La durée des DES selon les spécialités
- 68 Répartition des internes par région - Sources SAE et enquête ONDPS
- 69 Répartition des internes dans les filières médicales et chirurgicales - Sources DEPP
- 70 Densité régionale de postes ouverts aux ECN 2007 en médecine du travail et en santé publique
- 71 Autorisations de plein exercice de la médecine en France de 1974 à novembre 2007
- 72 Fiches régionales : bilan des diplômés et des inscrits à l'Ordre sur la période 2001-2005
- 93 Les contributeurs



Introduction

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

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

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

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

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

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

Pour réaliser l'état des lieux démographique des internes, le groupe de travail a appuyé sa réflexion sur un travail prospectif mené à l'horizon 2015-2016². Une enquête, auprès et en collaboration avec les services régionaux en charge de la gestion des internes, a également été conduite. Les résultats qui sont présentés dans ce tome permettent de disposer d'un descriptif régional des effectifs et de la répartition des internes selon les territoires et selon les spécialités. L'exploitation des informations recueillies permet également une première approche des procédures de gestion des internes qui sont adoptées dans les différentes régions. Un prolongement de l'analyse sera réalisé, au cours de l'année 2008, avec les comités régionaux et donnera lieu à une publication.

L'examen des conséquences, en termes de démographie médicale, des choix publics qui s'opèrent dans le domaine de la gestion des étudiants en médecine s'est pour sa part appuyé sur les analyses des résultats des épreuves classantes nationales (ECN) réalisées par la DREES depuis la mise en place de ces épreuves³. Les commentaires rédigés par les comités régionaux à l'issue des résultats des ECN dans chacune des régions constituent un éclairage complémentaire tout à fait essentiel pour apprécier les effets localisés et singuliers que provoque forcément la mise en œuvre des décisions publiques dans ce domaine. Enfin, le recensement annuel, effectué par l'ONDPS de 2001 à 2005, des diplômés et des inscrits à l'Ordre par spécialité et par région permet un bilan sur cinq ans des écarts et donc des effets en termes de démographie médicale qu'ont produit, sur cette période, les investissements régionaux consacrés à la formation.

2. B. Ellboode, Étude Préviint ISNIH, groupe de travail ONDPS.

3. M. Vanderschelden, contribution dans ce tome, et A. Billaut, 2005, « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2004 suite aux épreuves classantes nationales (ECN) », *Études et Résultats*, n° 429, septembre, DREES. A. Billaut, 2006, « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2005 suite aux épreuves classantes nationales », *Études et Résultats*, n° 474, mars, DREES. M. Vanderschelden, 2007, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2006 », *Études et Résultats*, n° 571, avril, DREES. M. Vanderschelden, 2007, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2007 », *Études et Résultats*, n° 616, décembre, DREES.



cadrage national : les principales données démographiques

La population des internes qui est analysée rassemble tous les internes, dès leur première année d'inscription dans le troisième cycle des études médicales. La durée du troisième cycle varie selon les filières. Parmi les DES existants¹, seul le DES de médecine générale se déroule en trois ans. La formation dans la majorité des filières se déroule en quatre ans ; et en cinq ans actuellement pour les spécialités chirurgicales, l'anesthésie-réanimation, la gynécologie-obstétrique, la radiologie, l'oncologie, l'anatomocytopathologie (cf. annexe 1 : La durée des DES selon les spécialités).

Cette partie comporte un cadrage général présentant la répartition actuelle des internes selon les années d'études, une prévision de la population des internes au niveau national, ainsi que les résultats d'une analyse prospective des financements qu'impliquera l'augmentation attendue du nombre d'internes. Le chapitre suivant s'attache à décrire la situation relative de chaque région, puis la situation relative des différentes spécialités, à partir des résultats de l'enquête réalisée auprès des comités régionaux.



Selon les sources, entre 15 576 et 17 667 internes en médecine sont en formation

Les deux sources permettant de connaître les internes sont les données de la Statistique annuelle des établissements (SAE) et celles provenant de l'Éducation nationale (DEPP SISE et les traitements de ces données par la DREES).

Selon la source SAE, l'effectif des internes en médecine est de 15 576 en 2006. Selon l'enquête de l'Éducation nationale qui recense les inscriptions en DES, le chiffre total est de 17 667, mais il peut comporter des doubles comptes notamment parce qu'il inclut les internes en biologie qui concerne également des pharmaciens. Les effectifs inscrits en DESC ne sont pas intégrés à ce chiffre afin de ne pas générer de doubles comptes supplémentaires.

L'enquête menée par l'ONDPS recense 15 767 internes en médecine.

Le nombre d'internes en médecine dépend du *numerus clausus* (NC) arrêté cinq ans plus tôt, et la répartition des postes entre les spécialités qui s'opère alors s'éta-

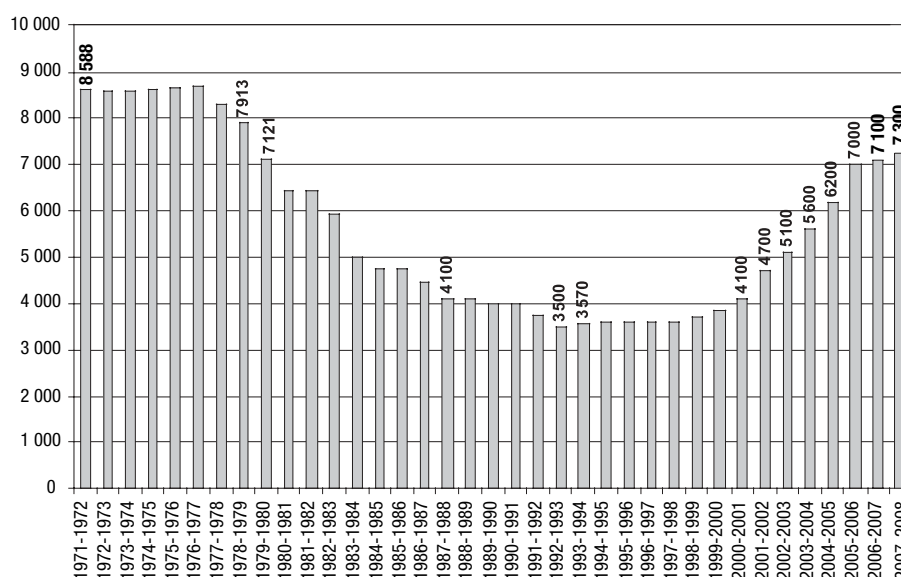
1. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.

blit dans le cadre de cette contrainte numérique globale. Les variations du *numerus clausus*, dont le graphe ci-dessous fait apparaître l'ampleur depuis sa création, se traduisent à horizon d'une dizaine d'années sur la démographie médicale².

À plus court terme (cinq ans après l'entrée dans les études de médecine, c'est-à-dire au moment de l'entrée en troisième cycle), ces variations se concrétisent par une plus ou moins importante présence des internes inscrits dans des DES. L'augmentation de la population des internes observable actuellement procède du relèvement progressif du NC qui intervient depuis le début des années 2000. Elle s'accroîtra dans les toutes prochaines années. Rappelons qu'après une période de diminution, puis de stagnation à un niveau assez bas (3 500), un relèvement progressif du NC est intervenu depuis 2000, pour atteindre 7 300 en 2008.

GRAPHIQUE 1

ÉVOLUTION DU *numerus clausus* DES ÉTUDES MÉDICALES



Au 1^{er} novembre 2006, d'après les résultats de l'enquête conduite par l'ONDPS, 78 % des 15 767 recensés sont inscrits dans les trois premières années de DES, 15 % sont inscrits en quatrième année et 5 % en cinquième année³ (graphique 2). L'effectif d'internes en troisième année est supérieur à celui de première année. Il s'agit en

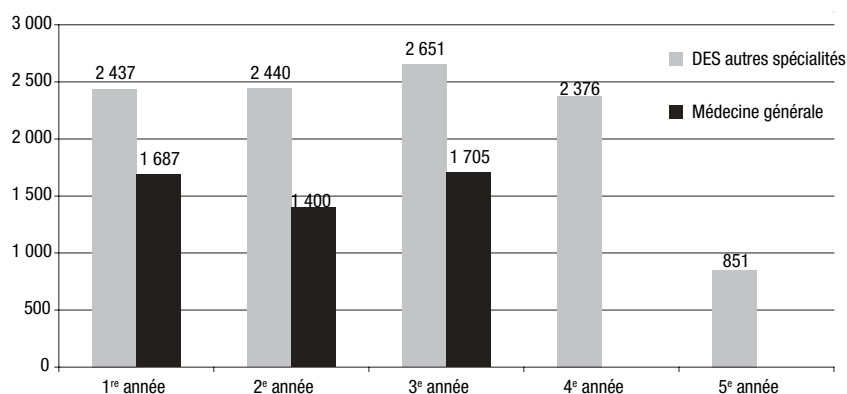
2. Les projections réalisées par la DREES sur les effectifs médicaux permettent, sous des scénarios divers, d'envisager ce que sera la démographie médicale à l'horizon 2025. cf. Rapport ONDPS 2004, tome 2, *Les Médecins : projections démographiques à l'horizon 2025. Par région et par spécialité, octobre 2004*.

3. Cette répartition est proche de celle qui ressort des données du ministère de l'enseignement supérieur. Les effectifs dans les trois premières années regroupent, selon cette source, 81 % des effectifs totaux (cf. Annexe 3).

effet de la première promotion touchée par la réforme organisant les épreuves classantes nationales (ECN). Ce surplus d'internes en troisième année est probablement dû à un « effet ECN » (apport des étudiants résidents) car, si l'on se réfère au *numerus clausus* subi par ces promotions d'internes (4 100 pour les TCEM1, 3 850 pour les TCEM2 et 3 690 pour les TCEM3), l'augmentation d'effectifs devrait mécaniquement se manifester en faveur de la première année.

Le DES de médecine générale regroupe 39 % des internes des trois premières années. Cette proportion caractérise chacune des années, de façon légèrement moindre pour la population des internes de deuxième année (36 %).

GRAPHIQUE 2

NOMBRE D'INTERNES PAR NIVEAU D'ÉTUDES

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

L'état des lieux par filière

Les étudiants en troisième cycle des études médicales se répartissent au sein de onze filières. Un examen de la répartition des effectifs au sein des deux filières de spécialités médicales et spécialités chirurgicales a été plus précisément effectué. Selon l'enquête de l'ONDPS, sur les 15 767 recensés, 5 658 internes sont inscrits dans ces 2 filières, les autres se répartissant dans les 9 autres filières (anesthésie-réanimation, biologie médicale, gynécologie médicale, gynécologie obstétricale, médecine générale, médecine du travail, pédiatrie, psychiatrie, santé publique). Le nombre d'inscrits dans ces deux filières est de 6 114 selon les données de l'enseignement supérieur (cf. Annexe 3)

Le tableau suivant détaille le nombre d'internes inscrits dans les filières spécialités médicales et chirurgicales. Les effectifs par spécialités fines ne sont détaillés qu'à partir de la troisième année de l'internat. C'est alors que les internes choisissent leur spécialisation à l'intérieur des spécialités médicales ou chirurgicales. Ils peuvent se déterminer sur la spécialité choisie jusqu'à la fin de leur quatrième semestre validé d'internat.

TABLEAU 1

NOMBRE D'INTERNES DANS LES FILIÈRES SPÉCIALITÉS MÉDICALES ET SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES

Spécialité	Intitulé du DES	Effectifs	Répartition (5 ^e semestre et suivants)
Spécialités médicales	<i>1^{re} et 2^e année</i>	<i>1 542</i>	
	<i>Années suivantes</i>	<i>2 006</i>	
	dont : Anatomie et cytologie pathologique	49	2,4 %
	Cardiologie et maladies vasculaires	297	14,8 %
	Dermatologie et vénéréologie	148	7,4 %
	Endocrinologie et métabolisme	91	4,5 %
	Gastro-entérologie et hépatologie	141	7,0 %
	Génétique médicale	13	0,6 %
	Hématologie	8	0,4 %
	Médecine interne	153	7,6 %
	Médecine nucléaire	50	2,5 %
	Médecine physique et de réadaptation	35	1,7 %
	Néphrologie	105	5,2 %
	Neurologie	128	6,4 %
	Oncologie	122	6,1 %
	Pathologies cardio-vasculaires	37	1,8 %
	Pneumologie	106	5,3 %
	Radiodiagnostic et imagerie médicale	435	21,7 %
	Rhumatologie	88	4,4 %
Spécialités chirurgicales	<i>1^{re} et 2^e année</i>	<i>1 024</i>	
	<i>Années suivantes</i>	<i>1 086</i>	
	dont : Chirurgie générale	682	62,8 %
	Neurochirurgie	35	3,2 %
	Ophthalmologie	238	21,9 %
	ORL	129	11,9 %
	Stomatologie	2	0,2 %
Total général		3 092	

Lecture : 1 542 internes sont inscrits en première et deuxième année de spécialités médicales 1 024, en première et deuxième année de spécialités chirurgicales. Les trois années suivantes du DES d'anatomie et cytologie pathologique regroupent 49 internes.

Champ : Toutes les UFR sauf celle de Bobigny.

Sources : enquête ONDPS 2007, données 2006.

Une forte augmentation du nombre d'internes en prévision

Le relèvement du NC, amorcé en 2001-2002 pour atteindre, par palier régulier, un niveau situé à 7 000 en 2005-2006, puis 7 100 en 2006-2007, provoque mécaniquement une augmentation du nombre d'internes. Le nombre d'internes dépendant des décisions concernant le NC, les prévisions s'appliquant à cette population peuvent aisément s'effectuer à horizon de cinq ans, et des anticipations sont possibles, de façon réaliste à horizon de dix ans.

Pour réaliser cet exercice, on considère que chaque année le nombre d'internes de la nouvelle promotion est égal au nombre d'internes de la promotion précédente,

augmenté de la différence entre les NC subis par les étudiants de ces deux années⁴. Le tableau suivant illustre la démarche.

TABLEAU 2

**ÉVALUATION DU NOMBRE D'INTERNES, EN FONCTION DU NOMBRE D'ÉTUDIANTS INSCRITS
PAR ANNÉE D'ÉTUDE**

Année d'étude	Numerus clausus correspondant	Passerelle DCEM 1	Nombre d'étudiants total de la promotion
TCEM 1	4 100	12	4 112
DCEM 4	4 700	20	4 720
DCEM 3	5 100	50	5 150
DCEM 2	5 550	70	5 620
DCEM 1	6 200	120	6 320
PCEM 2	7 013	120 (prévision)	7 133

Lecture : le nombre d'étudiants en PCEM 2 est issu du NC fixé l'année précédente, pour 2006-2007, à 7 013, le nombre d'étudiants en DCEM 2 est issu du NC fixé trois ans plus tôt, pour 2003-2004, à 5 550. S'ajoute à ce nombre l'effectif correspondant aux places réservées aux paramédicaux, accès créé par l'arrêté du 25 mars 1993 relatif au nombre d'étudiants admis à la fin de la première année du premier cycle à poursuivre des études médicales.

L'hypothèse d'un maintien du NC au niveau actuel paraît, aux yeux de la plupart des observateurs, un objectif minimal pour assurer le renouvellement des effectifs médicaux compte tenu des départs importants à la retraite.

Ces prévisions ont donc été calculées sous l'hypothèse d'un NC stabilisé à 7 013 à partir de l'année universitaire 2005-2006. Elles portent à la fois sur les effectifs d'internes et sur les postes et leurs coûts qui devront permettre d'assurer leur accueil. Elles tiennent compte de la durée différente actuelle des études selon les spécialités.

Les trois graphes présentés font apparaître les augmentations annuelles des effectifs d'internes toutes filières confondues (graphique 3), pour la filière de médecine générale (graphique 4) et en distinguant les filières de formation à quatre ans et à cinq ans (graphique 5). L'hypothèse retenue de répartition de l'augmentation du nombre d'internes est la suivante :

- Une répartition de 50 % dans la filière médecine générale et de 50 % dans les autres filières⁵. En 2006, sur 4 430 internes affectés, 2 023 ont été affectés dans la filière médecine générale et 2 407 dans les autres filières, soit 46 % en médecine générale et 54 % dans les autres filières.
- Les résultats de la démarche prévisionnelle montrent que l'augmentation du nombre d'internes, limitée à 608 étudiants en plus pour l'année universitaire 2007-2008, atteindrait un nombre supérieur à 7 000 en 2011-2012 et, sous l'hypothèse du maintien du NC au niveau actuel, elle correspondrait à une augmentation de 11 000 internes pour l'année universitaire 2015-2016 (cf. graphique 3).
- Parmi les 50 % répartis dans les autres filières que la médecine générale, 60 % ont été considérés dans des spécialités à quatre ans (spécialités médicales, biologie

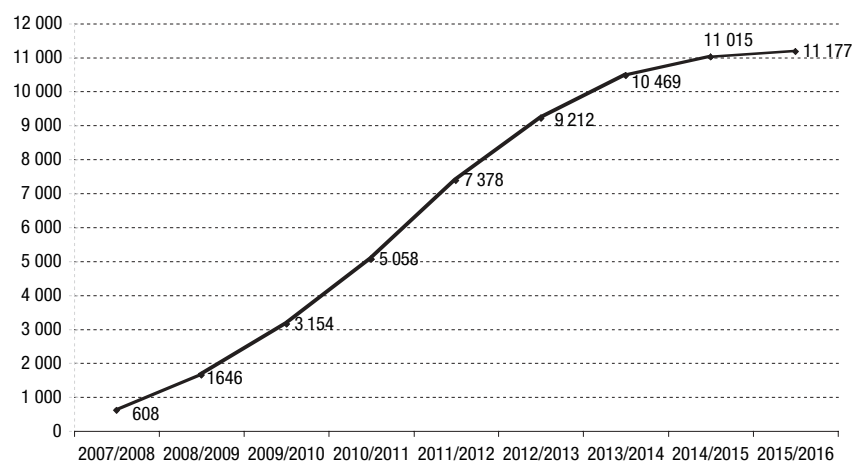
4. On ne prend donc pas en compte les redoublements durant le cursus qui sont considérés comme négligeable car se reportant d'une année sur l'autre.

5. La répartition 50-50, préconisée par l'ONDPS, est retenue depuis l'année dernière.

médicale, gynécologie médicale, médecine du travail, pédiatrie, psychiatrie, santé publique) et 40 % dans des spécialités à cinq ans (spécialités chirurgicales, anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique, radiologie, oncologie, anatomie et cytologie pathologique).

GRAPHIQUE 3

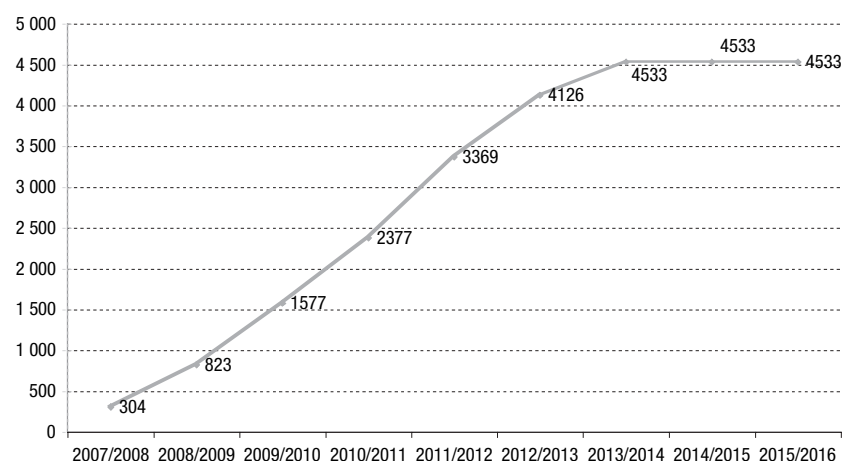
AUGMENTATION ANNUELLE DES ENTRÉES EN TROISIÈME CYCLE, TOUTES FILIÈRES CONFONDUES



Lecture: la population totale des internes, située en 16 000 et 17 000 actuellement, augmente de 608 personnes lors de l'année universitaire 2007-2008, de 1646 lors de l'année universitaire 2008-2009 et de 11177 en 2015-2016.
Sources: Étude Prevint, ISNH 2007.

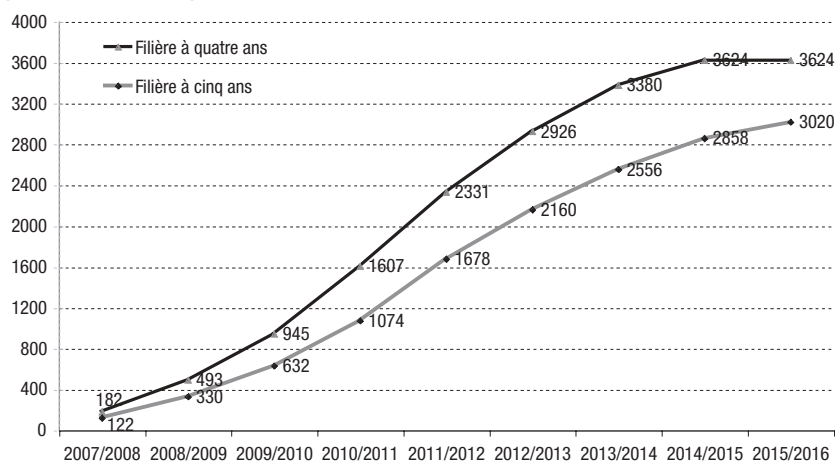
GRAPHIQUE 4

AUGMENTATION ANNUELLE DES ENTRÉES EN TROISIÈME CYCLE EN MÉDECINE GÉNÉRALE



Lecture: la population des internes en médecine générale augmente de 304 personnes lors de l'année universitaire 2007-2008.
Sources: Étude Prevint, ISNH 2007.

GRAPHIQUE 5

**AUGMENTATION ANNUELLE DES ENTRÉES EN TROISIÈME CYCLE DANS LES FILIÈRES
À QUATRE ANS ET À CINQ ANS**


Lecture : la population des internes dans la filière à quatre ans augmente de 182 personnes et la population des internes dans la filière à cinq ans augmente de 122 personnes lors de l'année universitaire 2007-2008.

Sources : Étude Prevint, ISNH 2007.

Ces prévisions se basent sur des hypothèses que l'on peut considérer comme basses. Le NC en 2008 a en effet été porté à 7 300, c'est-à-dire à un niveau supérieur à celui retenu dans la démarche du groupe de travail. Elles ne tiennent compte que des étudiants civils et elles n'intègrent pas les étudiants européens dont le nombre est faible, 1 16 en 2008, mais en progression régulière depuis quelques années⁶.

Des besoins de financement des stages en forte augmentation

L'évolution quantitative des internes décrite précédemment succède à une période marquée, à l'inverse, par une forte diminution de cette population. Cette diminution, provoquée par un NC fixé à un niveau bas dans les années 1990 et au début des années 2000, s'est accompagnée, de façon assez logique, d'une adaptation à la baisse des postes destinés à les accueillir. Ces postes ont pu être supprimés ou transformés dans l'optique, notamment de compenser, par la présence d'autres ressources médicales, l'offre de soins à laquelle le nombre très diminué des internes ne leur permettait plus de contribuer. C'est pourquoi l'augmentation du nombre d'internes entraîne aujourd'hui la prévision d'une augmentation équivalente de postes budgétaires afin

6. Le nombre d'étudiants européens s'élevaient en 2005 à 37, à 64 en 2006, à 89 en 2007. Données communiquées par la DHOS.

de permettre leur accueil dans les services où ils seront formés. L'intégration des internes en médecine générale et l'augmentation de la durée de l'internat de certaines spécialités accentuent de surcroît le décalage.

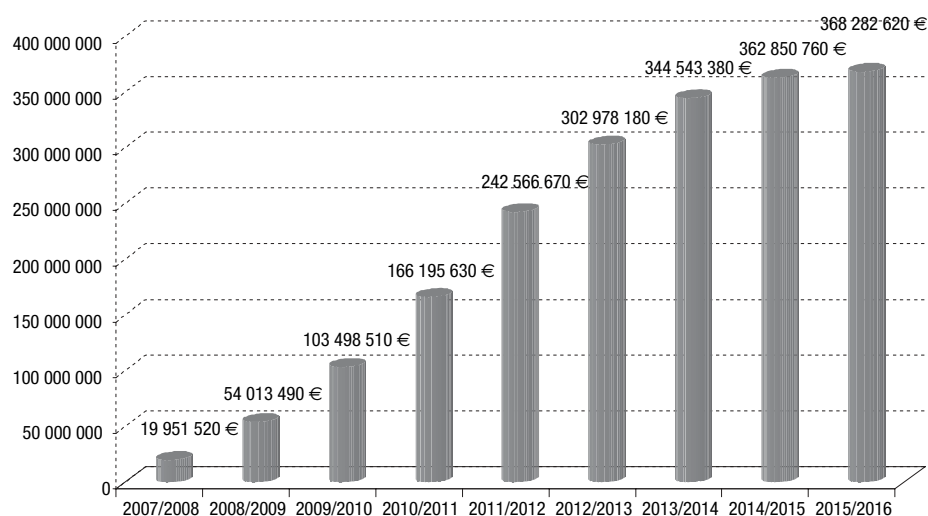
Pour apprécier les coûts financiers liés à l'augmentation du nombre d'internes, on considère, comme précédemment, que chaque année le nombre d'internes de la nouvelle promotion est égal au nombre d'internes de la promotion précédente, augmenté de la différence entre les NC subis par les étudiants de ces deux années. La base de calcul retient un coût moyen d'un poste médical d'interne évalué par la DHOS à 33 530 euros, par an, au 1^{er} janvier 2006 (charges patronales comprises).

Le graphe 6 ci-dessous fait apparaître les engagements financiers annuels supplémentaires qui seront nécessaires pour accueillir les nouveaux internes.

L'augmentation des moyens qui devront être engagés sur la période de dix ans considérée (2006-2007/2015-2017) sera élevée, on peut relever que cette montée en charge ne connaît un palier de stabilité relatif qu'à partir de 2013-2014. Avant cette date, les sauts des efforts annuels seront importants, même compte tenu des flux de sortie qui ne sont pas examinés ici.

GRAPHIQUE 6

PRÉVISION DE L'AUGMENTATION ANNUELLE DU COÛT SALARIAL ENGENDRÉ PAR LA PROGRESSION DU NOMBRE D'ENTRÉE EN TROISIÈME CYCLE



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

Sources : Étude Prevint, ISNH 2007.



La situation démographique des internes selon les régions

L'état des lieux tel qu'il ressort de l'enquête menée permet de comparer la situation de chaque région à partir d'un certain nombre d'indicateurs. La région Île-de-France est parfois traitée à part, car les données sont incomplètes pour cette région du fait de l'absence des données d'une UFR qui n'a pas répondu au questionnaire.

Les effectifs d'internes mais aussi leur densité par rapport à la population varient fortement d'une région à l'autre

Le nombre d'internes varie évidemment d'une région à l'autre. Les effectifs vont de 95 pour la Réunion à 2 600 pour l'Île-de-France. Les régions les plus peuplées, Île-de-France, Rhône-Alpes, Nord - Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte d'Azur rassemblent le plus grand nombre d'internes, elles représentent respectivement 16,7 %, 10,1 %, 7,4 % et 6,9 % des effectifs d'étudiants inscrits en DES. Viennent ensuite les Pays de la Loire, l'Aquitaine et la Bretagne, totalisant 15,8 % des effectifs d'inscrits en DES.

TABEAU 1

RÉPARTITION DU NOMBRE ET DU POURCENTAGE D'INTERNES PAR RÉGION

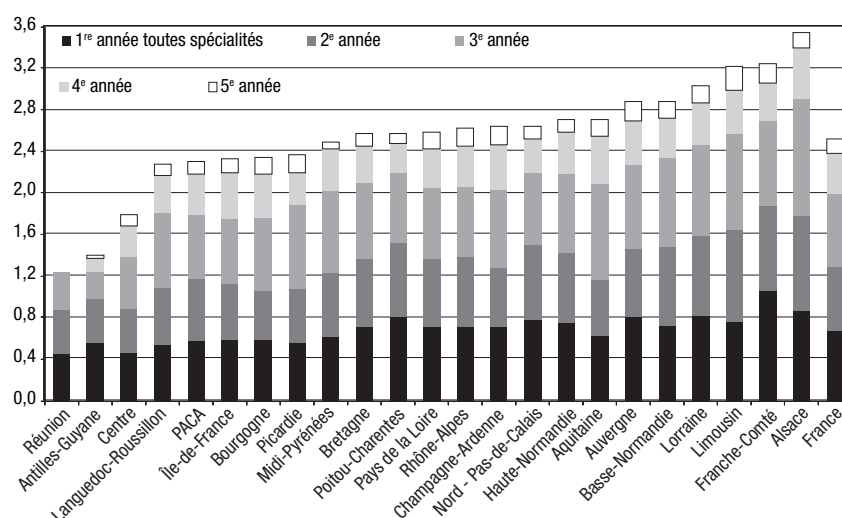
Région	Total DES	%	Région	Total DES	%
Île-de-France	2 639	16,7	Centre	452	2,9
Rhône-Alpes	1 594	10,1	Picardie	444	2,8
Nord - Pas-de-Calais	1 162	7,4	Basse-Normandie	424	2,7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 086	6,9	Poitou-Charentes	408	2,6
Pays de la Loire	879	5,6	Franche-Comté	405	2,6
Aquitaine	823	5,2	Bourgogne	388	2,5
Bretagne	788	5,0	Auvergne	367	2,3
Lorraine	712	4,5	Champagne-Ardenne	355	2,3
Midi-Pyrénées	687	4,4	Limousin	232	1,5
Alsace	635	4,0	Antilles-Guyane	143	0,9
Languedoc-Roussillon	560	3,6	Réunion	95	0,6
Haute-Normandie	489	3,1	France	15 767	100,0

Sources : enquête ONDPS 2007.

La situation en termes de densité de population, c'est-à-dire si l'on rapporte les effectifs d'internes d'une région donnée à sa population, apporte un autre éclairage pour apprécier les écarts entre les régions. Sur l'ensemble du territoire français, on compte une moyenne de 2,5 internes pour 10 000 habitants. Ce ratio diffère selon les régions : le nombre d'internes pour 10 000 habitants varie de moins de deux dans les DOM et la région Centre à plus de trois en Alsace, Franche-Comté, Limousin et Lorraine (graphique 1).

GRAPHIQUE 1

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



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

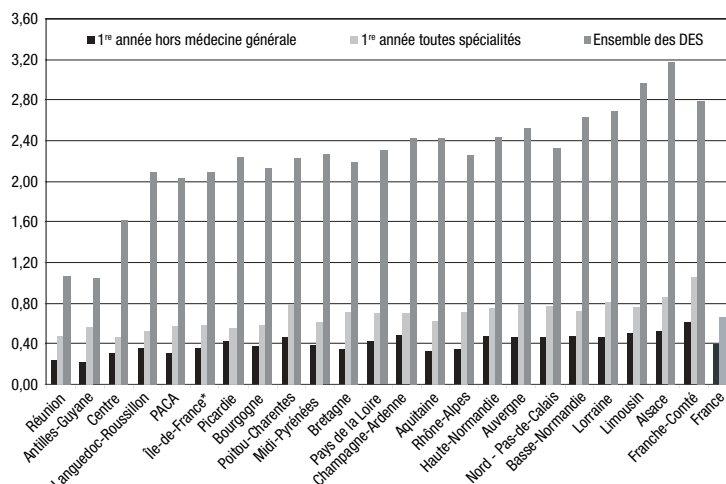
Sources : enquête ONDPS 2007, STATISS 2006.

Les écarts de densité par rapport à la moyenne nationale sont moins marqués entre les différentes régions lorsque l'on considère les seuls internes inscrits en première année de DES. Le classement des régions s'avère toutefois peu différent. En effet, le nombre d'internes de première année pour 10 000 habitants varie de 0,5 dans le Centre à 1,1 en Franche-Comté, il est de 0,7 pour la France.

Si l'on considère enfin la situation des internes inscrits en première année de DES dans des spécialités autres que la médecine générale, les écarts entre les régions apparaissent plus contrastés. Le nombre d'internes de première année hors médecine générale pour 10 000 habitants est de 0,40 pour l'ensemble du territoire, avec un minimum de 0,2 dans la subdivision Antilles-Guyane et un maximum de 0,6 en Franche-Comté (graphique 2).

GRAPHIQUE 2

NOMBRE D'INTERNES DE PREMIÈRE ANNÉE POUR 10 000 HABITANTS



* Effectifs incomplets.

Sources : enquête ONDPS 2007, STATISS 2006.

Quel que soit le point de vue adopté (ensemble des DES, première année et première année hors médecine générale), deux pôles s'affirment : les régions Centre, Réunion, Antilles-Guyane du côté des régions les moins dotées et les régions Franche-Comté, Alsace, Lorraine et Limousin du côté des régions les mieux dotées. Les régions dites « sous-dotées en médecins », comme le Centre, la Picardie et les DOM, se retrouvent également les moins bien dotées en internes tandis que les régions réputées mieux dotées en médecins, telles que Languedoc-Roussillon ou Provence-Alpes-Côte d'Azur sont elles aussi dans le bas du classement.

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

En revanche, la distinction opérée entre les effectifs selon l'année de l'internat se révèle très éclairante pour anticiper les à-coups éventuels auxquelles sont ou seront confrontées les régions et pour apprécier la pérennité ou non de la situation actuelle. Enfin, on peut observer que le maintien des écarts tels qu'ils sont observables aujourd'hui conduirait à une accentuation à terme des disparités du fait du cumul des effectifs d'une année sur l'autre.

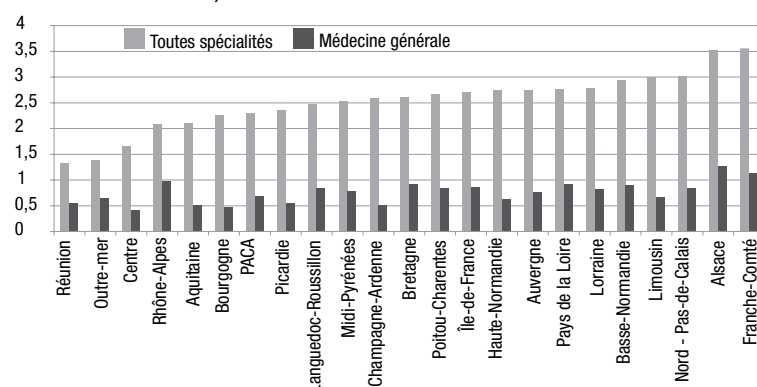
La situation actuelle des régions selon les effectifs inscrits en DES et les postes ouverts aux ECN

Pour situer relativement les situations régionales, nous avons considéré le nombre d'internes (graphique 3) et le nombre de postes ouverts à l'examen national

classant (graphique 4). En effet, sous la double condition que tous les postes soient pourvus et que l'augmentation du *numerus clausus* ne modifie pas la clé de répartition des internes entre les régions, le nombre de postes ouverts présente un intérêt pronostic plus fort que le nombre d'internes actuellement en formation, d'autant que, depuis la mise en place des ECN en 2004 la stratégie d'ouverture de postes d'internes aux ECN consiste à ouvrir plus de postes dans les régions à densité médicale faible.

GRAPHIQUE 3

NOMBRE D'INTERNES POUR 10 000 HABITANTS, DANS L'ENSEMBLE DES SPÉCIALITÉS ET EN MÉDECINE GÉNÉRALE, AU 31 DÉCEMBRE 2006

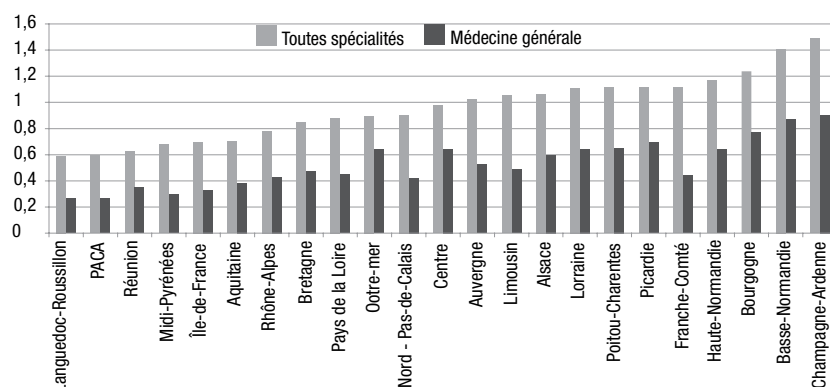


Sources : données Enseignement supérieur, STATISS 2006

L'internat de médecine générale étant plus court que pour les autres spécialités, il est logique de retrouver un nombre moins important d'internes de cette spécialité.

GRAPHIQUE 4

NOMBRE DE POSTES D'INTERNE OUVERTS AUX ECN 2007 POUR 10 000 HABITANTS



Sources : JO, STATISS.

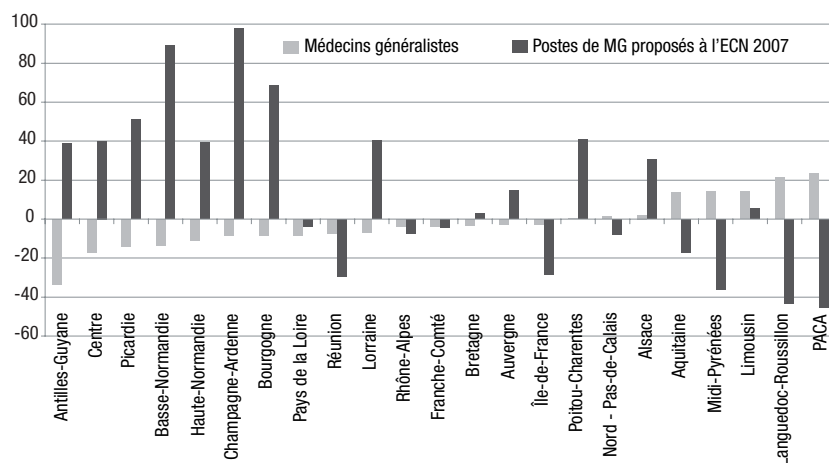
Parmi les trois régions qui présentent le nombre de postes d'internes ouverts en 2007 pour 10 000 habitants le plus élevé (graphique 4), deux d'entre elles, Champagne-Ardenne et Bourgogne, voient un renversement de leur positionnement par rapport à celui qu'elles obtiennent sur la base de leur nombre actuel d'internes (graphique 3). La Basse-Normandie se situe, dans les deux cas de figure, parmi les cinq régions les mieux situées. L'amélioration du positionnement de ces deux régions par rapport au classement national repose essentiellement sur la part importante du nombre d'internes en médecine générale qui leur a été attribué. Ce constat se vérifie plus globalement pour toutes les régions qui voient leur position s'améliorer (Centre, Picardie, par exemple). La situation examinée à partir du nombre de postes d'internes ouverts aux ECN 2007 est meilleure dans ces régions que celle qui ressort du positionnement établi à partir du nombre actuel d'internes.

La mise en regard de ces résultats avec la situation démographique actuelle de ces régions pour ce qui concerne les médecins généralistes permet de mettre en évidence quatre cas de figure (graphique 5).

- Une densité de médecins généralistes inférieure à la moyenne et un nombre de postes de médecine générale aux ECN supérieur à la moyenne (exemple de la région Centre).
- Une densité de médecins généralistes inférieure à la moyenne et un nombre de postes de médecine générale aux ECN inférieur à la moyenne (exemple de l'Île-de-France).
- Une densité de médecins généralistes supérieure à la moyenne et un nombre de postes de médecine générale aux ECN inférieur à la moyenne (exemple de la région Midi-Pyrénées).
- Une densité de médecins généralistes supérieure à la moyenne et un nombre de postes de médecine générale aux ECN supérieur à la moyenne (exemple de la région Poitou-Charentes).

GRAPHIQUE 5

ÉCART RÉGIONAL PAR RAPPORT À LA MOYENNE DE LA DENSITÉ DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET À LA MOYENNE DES POSTES DE MÉDECINE GÉNÉRALE OUVERTS AUX ECN 2007, EN %



Sources : ADELI, STATISS 2006, JO.

On peut souligner que, hormis le cas de la Réunion et dans une moindre mesure le cas de l'Île-de-France, le nombre de postes d'interne en médecine générale « corrige » assez systématiquement, en positif ou en négatif, la situation de la région en densité. Par exemple, parmi les cinq régions qui présentent une densité supérieure à la moyenne nationale, quatre se voient affecter, en 2007, un nombre de postes en médecine générale inférieur à la moyenne nationale (Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon, Aquitaine et Midi-Pyrénées).

■ ■ La prise en compte des postes réellement pourvus en médecine générale relativise la portée des mesures correctives

Tous les postes ouverts en médecine générale aux ECN ne sont pas pourvus. La prise en compte des postes non pourvus en médecine générale, permet de caractériser la situation de chacune des régions, en termes de ressources réelles d'internes dans cette spécialité.

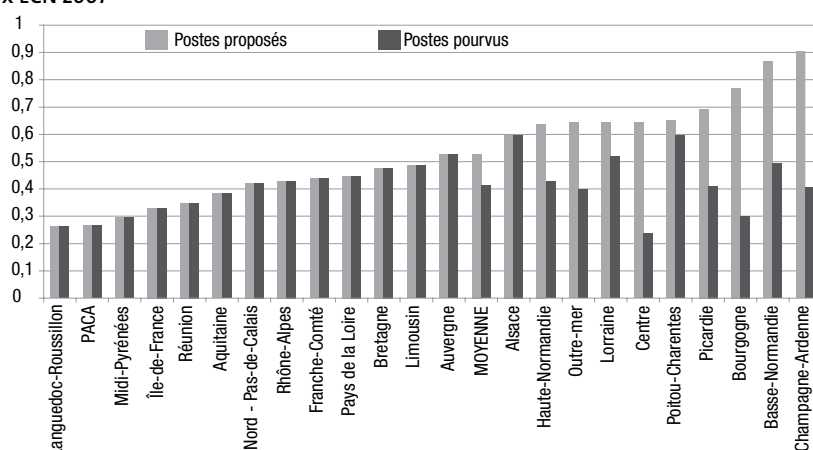
La répartition des postes pourvus en médecine générale est assez différente de la répartition des postes proposés (graphique 6). Dans seize régions, les postes offerts sont pourvus dans une proportion équivalente ou supérieure à la moyenne nationale ; en revanche, sept régions ont un nombre de postes non pourvus très supérieur à la moyenne nationale (graphique 7).

Ainsi, le nombre important de postes ouverts en MG visant une réallocation entre les régions du nombre de postes d'internes ne se traduit pas forcément par un rééquilibrage des ressources entre régions puisqu'un nombre important de ces postes reste non pourvus.

On constate que les régions Centre et Bourgogne sont largement en dessous de la moyenne nationale en part de postes pourvus, alors que leur densité médicale, plus faible, avait conduit à affecter à ces deux régions un nombre important de postes.

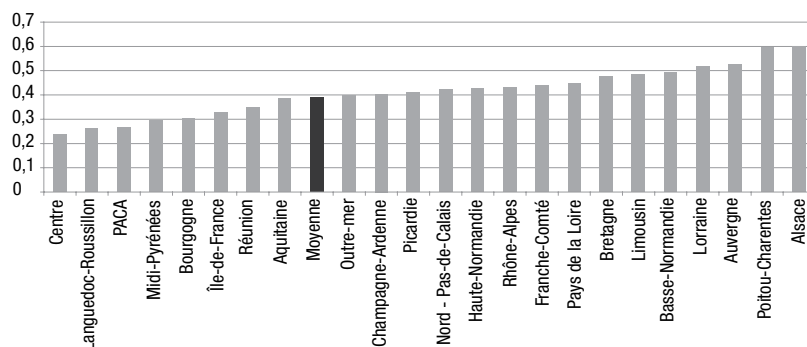
GRAPHIQUE 6

NOMBRE DE POSTES D'INTERNE DE MÉDECINE GÉNÉRALE PROPOSÉS ET POURVUS POUR 10 000 HABITANTS AUX ECN 2007



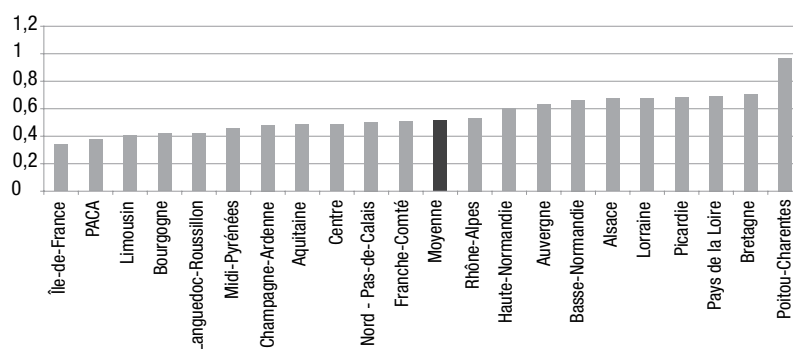
Sources : JO.

GRAPHIQUE 7

POSITIONNEMENT DES RÉGIONS PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE DES POSTES DE MÉDECINE GÉNÉRALE POURVUS


Le rapport entre le nombre d'étudiants choisissant un poste de médecine générale à l'issue des ECN 2007 et le *numerus clausus* subi par la même promotion d'étudiants des années 2001-2002 place encore la Bourgogne en dessous de la moyenne, alors que la région Centre en est moins éloignée. Le faible *numerus clausus* de la région Centre en 2001-2002 pourrait expliquer la faiblesse du nombre des étudiants ayant choisi cette subdivision après l'ECN 2007. Le faible nombre d'étudiants en D4, par rapport au nombre de postes offerts dans une région, peut expliquer que tous les postes ne soient pas pourvus dans cette région¹.

GRAPHIQUE 8

RAPPORT ENTRE LE NOMBRE DE POSTES DE MÉDECINE GÉNÉRALE POURVUS APRÈS L'ECN 2007 ET LE *NUMERUS CLAUSUS* 2001-2002


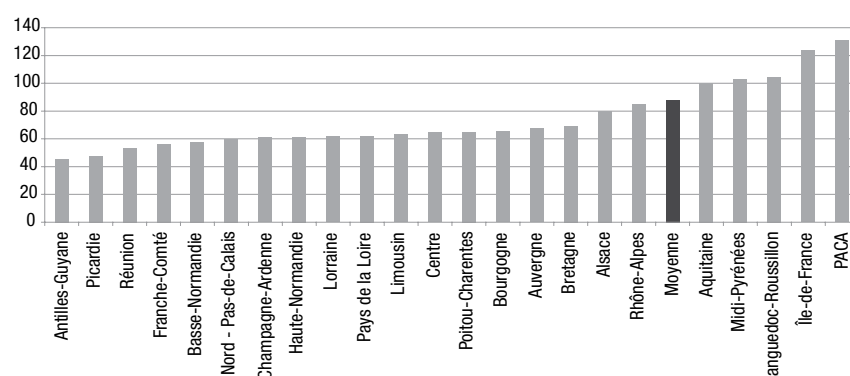
1. Cf. la contribution de M. Vanderschelden pour l'analyse des changements de subdivision, dans ce tome.

■ ■ La répartition des postes d'interne de spécialité autre que la médecine générale

Les deux graphes suivants rappellent en préalable la densité des médecins spécialistes autres que de médecine générale selon les régions (graphique 9) et situent chaque région par rapport au nombre de postes d'interne de spécialité autre que la médecine générale ouverts aux ECN 2007 (graphique 10).

GRAPHIQUE 9

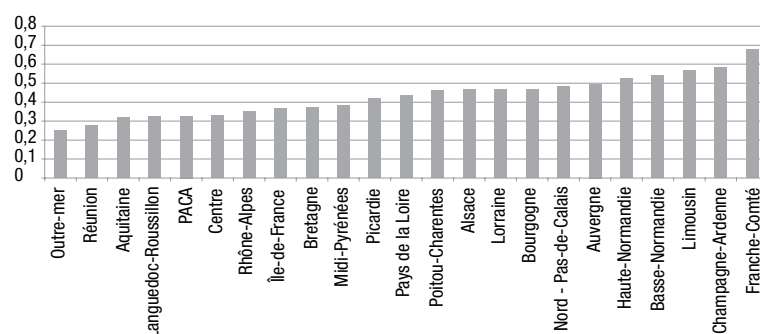
DENSITÉ RÉGIONALE DE MÉDECINS SPÉCIALISTES POUR 10 000 HABITANTS



Sources : Adeli, Statiss.

GRAPHIQUE 10

NOMBRE DE POSTES OUVERTS D'INTERNE DE SPÉCIALITÉ AUTRE QUE MÉDECINE GÉNÉRALE AUX ECN 2007 POUR 10 000 HABITANTS

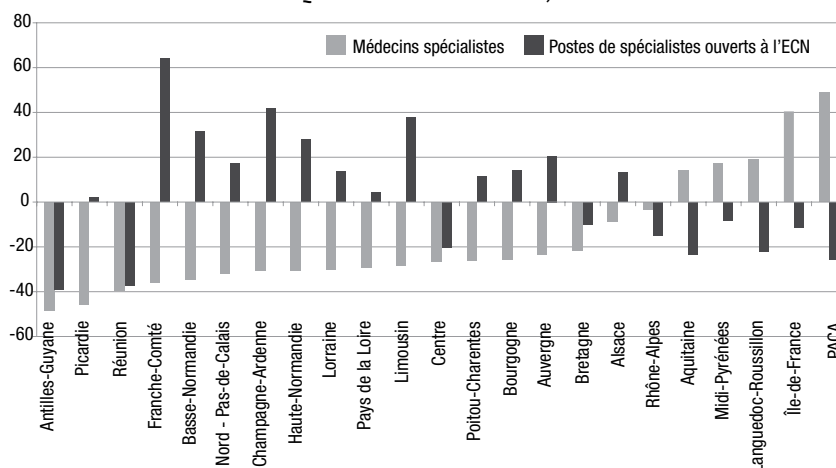


Sources : STATISS 2006, arrêté du 28 juin 2007.

Plusieurs observations se dégagent de la mise en perspective des postes ouverts aux ECN 2007 avec les données démographiques. Rapporté à la population, le nombre de postes d'interne de spécialité autre que la médecine générale offerts aux ECN 2007 subit d'abord des écarts moindres d'une région à l'autre que ceux qui caractérisent les postes ouverts en médecine générale (graphique 5 et graphique 11).

GRAPHIQUE 11

ÉCART RÉGIONAL PAR RAPPORT À LA MOYENNE DES DENSITÉS DE MÉDECINS SPÉCIALISTES
ET DE POSTES DE SPÉCIALITÉS AUTRES QUE LA MÉDECINE GÉNÉRALE, EN %



Sources : Statiss, arrêté du 28 juin 2007.

La logique « corrective » ou de compensation mise en évidence pour la médecine générale ne se retrouve pas aussi systématiquement pour les postes d'interne de spécialité autre que la médecine générale. À côté de la logique de « compensation », équivalente à celle de la médecine générale qui caractérise un grand nombre de régions, on observe plus fréquemment une situation « perdant-perdant » qui regroupe des régions caractérisées à la fois par une densité de spécialistes inférieure à la moyenne nationale et par un pourcentage de postes ouverts inférieur à la moyenne nationale. Les régions Antilles-Guyane, Bretagne, Centre, Réunion et Rhône-Alpes illustrent ce cas de figure.

La compensation positive, dans laquelle une densité inférieure à la moyenne nationale est associée à un pourcentage de postes ouverts dans la région supérieur à la moyenne nationale, concerne les régions Alsace, Auvergne, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Basse et Haute-Normandie, Limousin, Lorraine, Nord - Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Picardie et Poitou-Charentes. La compensation est toutefois d'une ampleur sans commune mesure entre les régions. La situation de compensation négative dans laquelle une densité de médecins spécialistes supérieure à la moyenne nationale est associée à un pourcentage de postes ouverts aux ECN 2007 inférieur à la moyenne nationale caractérise cinq régions : Aquitaine, Île-de-France, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

La distinction entre les postes offerts dans les spécialités médicales et chirurgicales fait toutefois apparaître que ce constat s'applique surtout aux postes offerts en spécialités chirurgicales. Les variations entre les régions restent marquées pour les spécialités médicales.

DE FORTES VARIATIONS SELON LES SPÉCIALITÉS

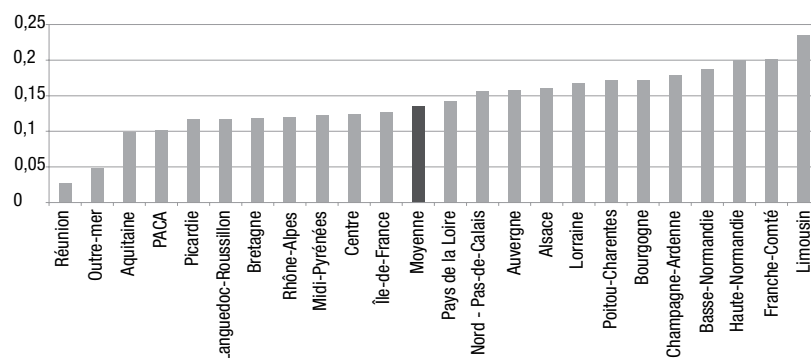
La série de graphiques présentée ci-dessous (graphiques 12 à 18) illustre comment s'opèrent les positionnements régionaux au regard des postes ouverts aux ECN 2007

selon les différentes filières autres que la médecine générale (cf. aussi Annexe 4 pour la médecine du travail et la santé publique).

Si l'on considère l'ensemble des postes ouverts dans les spécialités autres que la médecine générale, les variations sont de environ 0,6 poste pour 10 000 habitants en Franche-Comté, Champagne-Ardenne et Limousin, à 0,3 et moins pour l'outre-mer, Réunion, Aquitaine, Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte d'Azur (graphique 10). La Franche Comté conserve ce meilleur positionnement relatif, quelle que soit la filière considérée. Le même constat s'applique pour Champagne-Ardenne, à l'exception de la gynécologie obstétrique et pour le Limousin, à l'exception de la pédiatrie. Les régions qui se situent, à l'inverse, parmi celles qui présentent globalement la densité la plus faible de postes ouverts aux ECN 2007, confirment ce moins bon positionnement relatif, quelle que soit la filière considérée.

GRAPHIQUE 12

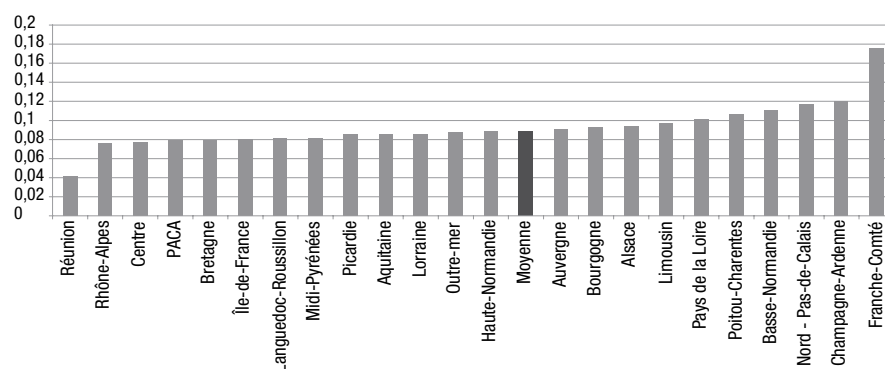
NOMBRE DE POSTES OUVERTS AUX ECN 2007 EN SPÉCIALITÉS MÉDICALES POUR 10 000 HABITANTS



Sources : STATISS 2006, arrêté du 28 juin 2007.

GRAPHIQUE 13

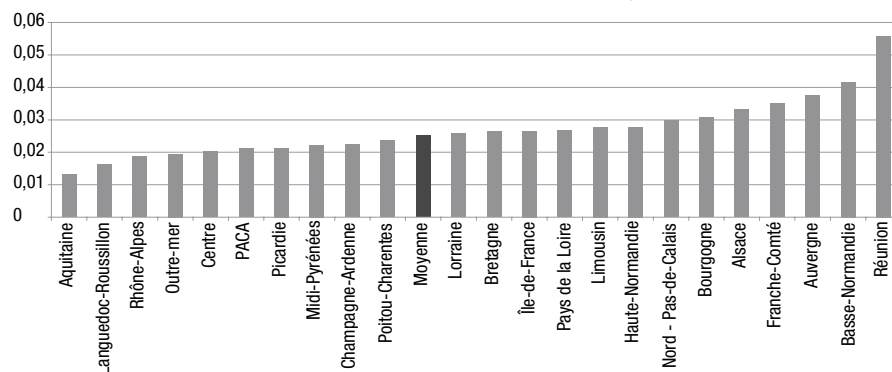
NOMBRE DE POSTES OUVERTS AUX ECN 2007 EN SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES POUR 10 000 HABITANTS



Sources : STATISS 2006, arrêté du 28 juin 2007.

GRAPHIQUE 14

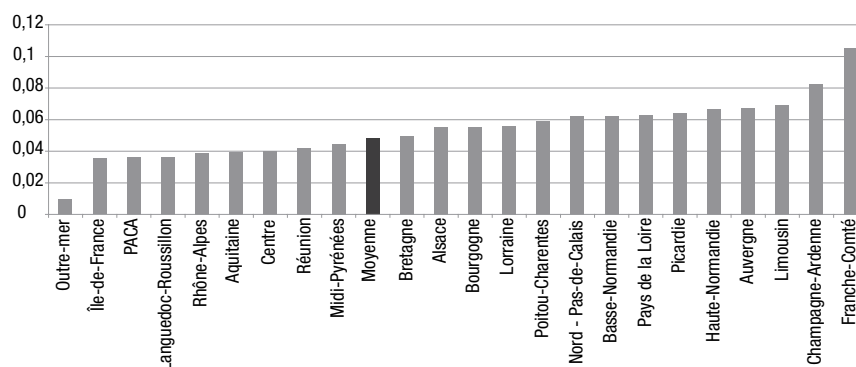
NOMBRE DE POSTES OUVERTS AUX ECN 2007 EN GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE POUR 10 000 HABITANTS



Sources : STATISS 2006, arrêté du 28 juin 2007.

GRAPHIQUE 15

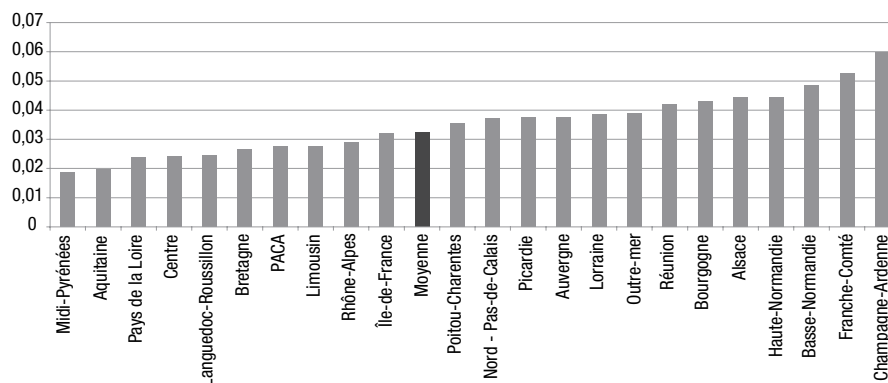
NOMBRE DE POSTES OUVERTS AUX ECN 2007 EN PSYCHIATRIE POUR 10 000 HABITANTS



Sources : STATISS 2006, arrêté du 28 juin 2007.

GRAPHIQUE 16

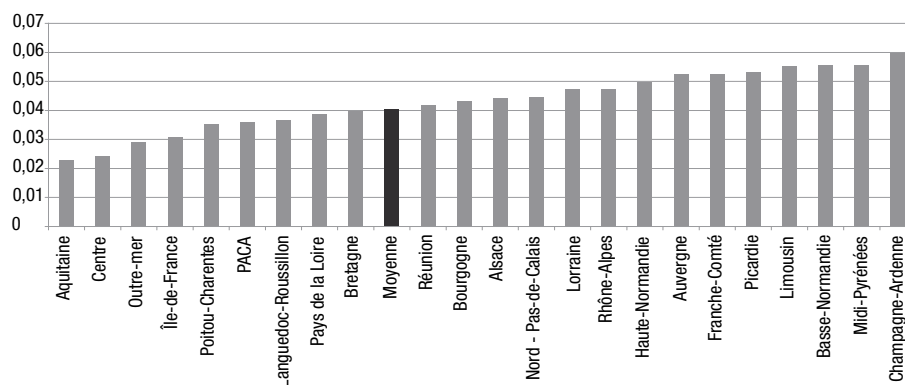
NOMBRE DE POSTES OUVERTS AUX ECN 2007 EN PÉDIATRIE POUR 10 000 HABITANTS



Sources : STATISS 2006, arrêté du 28 juin 2007.

GRAPHIQUE 17

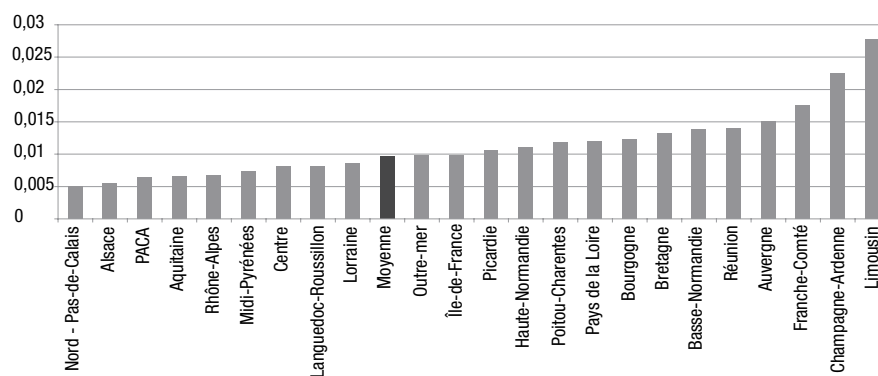
NOMBRE DE POSTES OUVERTS AUX ECN 2007 EN ANESTHÉSIE RÉANIMATION POUR 10 000 HABITANTS



Sources : STATISS 2006, arrêté du 28 juin 2007.

GRAPHIQUE 18

NOMBRE DE POSTES OUVERTS AUX ECN 2007 EN BIOLOGIE MÉDICALE POUR 10 000 HABITANTS



Sources : STATISS 2006, arrêté du 28 juin 2007.



Les régions disposent de ressources variables



Les capacités de formation

■ ■ Les enseignants universitaires et les personnels seniors assurant l'encadrement dans les hôpitaux

Nous caractérisons dans les graphiques suivants les ressources régionales de formation pour 10 000 habitants en prenant en compte deux critères différents :

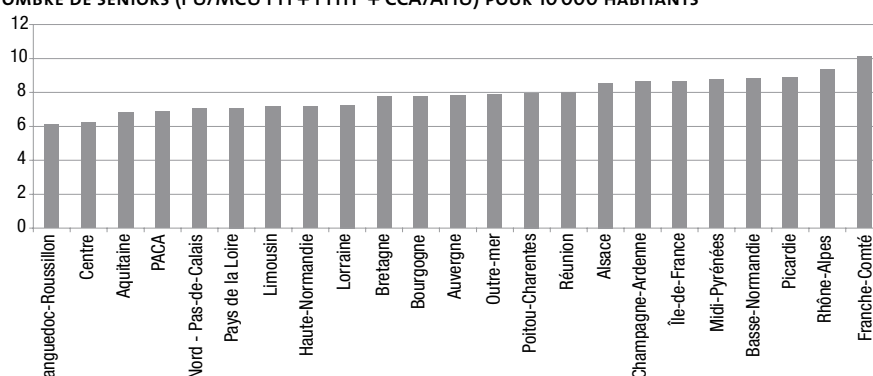
- le nombre de postes de médecins seniors hospitaliers universitaires et tous PH inclus. Ces postes constituent un indicateur de la capacité médicale d'encadrement. Les PH temps partiel ne sont pas inclus, par manque de données concernant leurs effectifs ;
- le nombre de postes d'enseignants universitaires. Ces postes reflètent strictement la capacité universitaire enseignante.

Le nombre de médecins hospitaliers seniors pour 10 000 habitants peut constituer un indicateur du potentiel des capacités d'accueil en stages hospitaliers, puisque, en pratique, les PH assurent, le plus souvent, l'encadrement dans les services. Il ne reflète pas pour autant les capacités d'accueil réelles, puisque notamment un certain nombre de PH parmi la population totale se trouvent dans des services hospitaliers qui ne sont pas agréés. En outre, il conviendrait de considérer le nombre de lits pour disposer d'une appréciation plus fine.

On constate que ce nombre est relativement homogène, même si les disparités qui existent ne sont pas sans conséquence dans les établissements (cf. graphique 1).

GRAPHIQUE 1

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

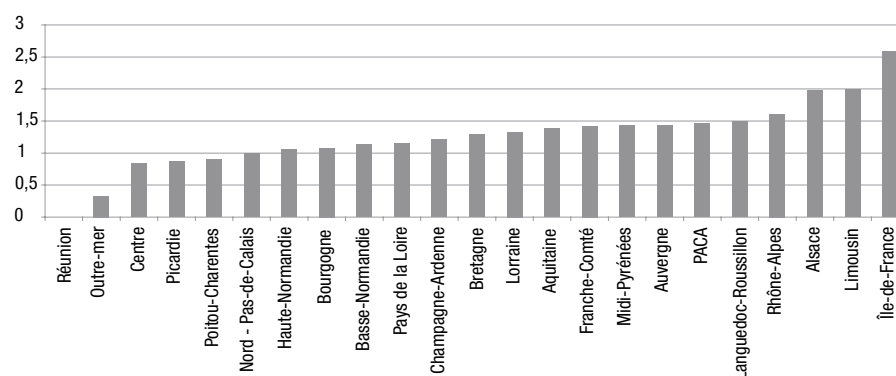


Sources : JO du 7 décembre 2006, STATISS.

À l'inverse, on constate une forte hétérogénéité entre les régions en ce qui concerne la densité d'enseignants par rapport à la population (graphique 2).

GRAPHIQUE 2

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

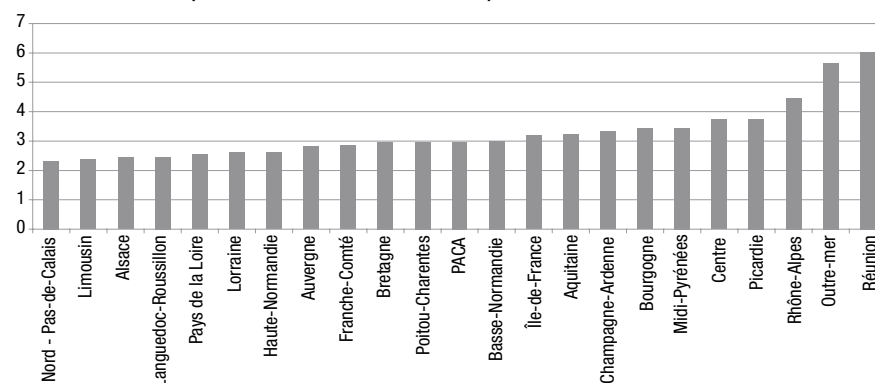


Sources : JO du 7 décembre 2006, STATISS.

Le nombre de médecins hospitaliers seniors par interne permet d'évaluer les différences d'utilisation des capacités de formation universitaire et du potentiel d'encadrement hospitalier, selon les régions (graphique 3).

GRAPHIQUE 3

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



Sources : JO du 7 décembre 2006, SIGMED, enquête ONDPS 2007.

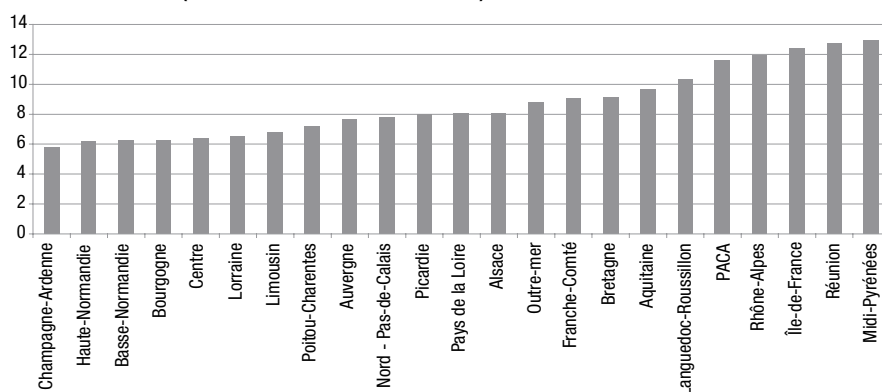
Comme dans le raisonnement adopté précédemment, on considère que le nombre de postes ouverts aux ECN 2007 présente une meilleure capacité prévisionnelle que l'utilisation du nombre actuel d'internes en formation (graphique 4).

On constate une grande hétérogénéité en termes de capacité d'encadrement universitaire des internes. Cette hétérogénéité apparaît également si l'on rapporte les données d'encadrement au nombre de postes d'interne ouverts aux ECN. Cette

hétérogénéité des capacités d'encadrement universitaire, qui ne pourrait s'infléchir que lentement, soulève des interrogations quant à la capacité de toutes les régions à absorber les augmentations de l'effectif des internes qui se profilent, sans une évolution de leur corps enseignant.

GRAPHIQUE 4

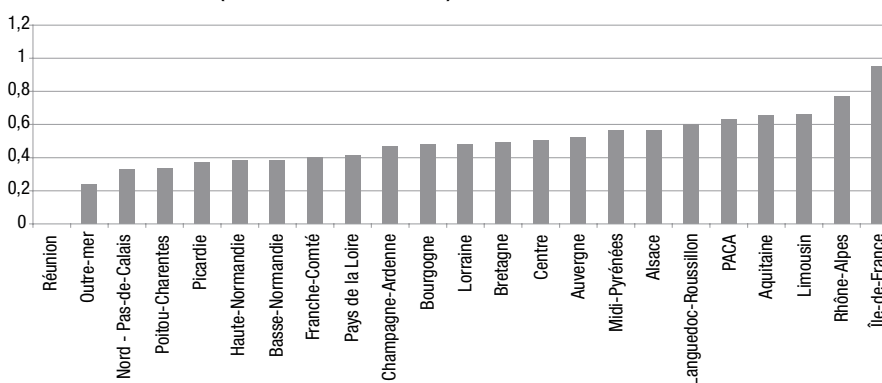
NOMBRE DE SENIORS (PU/MCU PH + PHTP + CCA/AHU) PAR POSTE D'INTERNE AUX ECN 2007



Sources : JO du 7 décembre 2006, SIGMED, enquête ONDPS 2007.

GRAPHIQUE 5

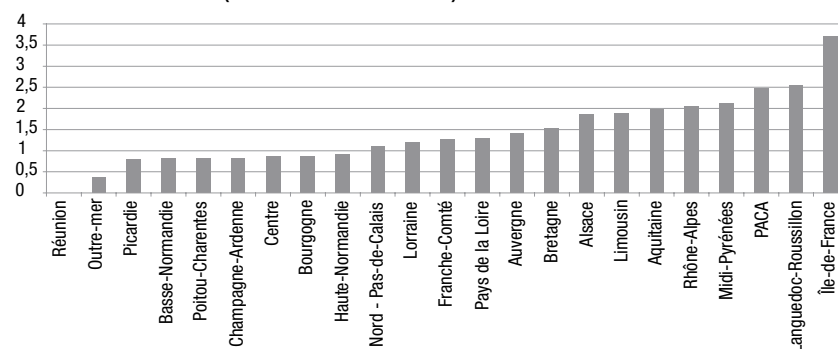
NOMBRE D'ENSEIGNANTS (PU/MCU PH + CCA/AHU) PAR INTERNE



Sources : JO du 7 décembre 2006, SIGMED, enquête ONDPS 2007.

GRAPHIQUE 6

NOMBRE D'ENSEIGNANTS (PU/MCU PH + CCA/AHU) PAR POSTE D'INTERNE AUX ECN 2007



Sources : JO du 7 décembre 2006, SIGMED, enquête ONDPS 2007.

■ ■ Le postinternat universitaire

Il existe aujourd'hui 3 584 postes de chef de clinique-assistant des hôpitaux et d'assistant hospitalo-universitaire. Ce nombre coïncide avec celui des internes, puisque les promotions d'internes accédant actuellement à ces postes ont subi un *numerus clausus*, après leur première année, fixé il y a onze ans à 3 583 (NC de 1997). L'augmentation du nombre d'internes pose donc avec acuité la question du postinternat. Il n'est pas acquis que la disponibilité future des postes de chefs de clinique permette d'offrir des conditions de seniorisation équivalentes à celles qui prévalaient jusqu'alors.

Or le postinternat, comme le souligne un rapport récent¹, constitue une étape importante. Il permet :

- « • de renforcer la professionnalisation du jeune médecin ;
- au jeune médecin de commencer à se créer un réseau professionnel et un réseau patients ;
- d'assurer dans une large mesure le fonctionnement quotidien du service hospitalier d'affectation ;
- de bénéficier de la possibilité de pouvoir prétendre, une fois installé en secteur libéral ou pour la partie libérale de son activité hospitalière, au bénéfice du secteur 2 (honoraires libres). »

Le postinternat assure donc une triple fonction : une fonction de formation, une fonction de préparation à l'exercice, une fonction d'offre de soins. La formation des plus jeunes repose en outre sur ces praticiens, qui constituent aussi le potentiel de la relève universitaire. La disponibilité de ces postes constitue un facteur impor-

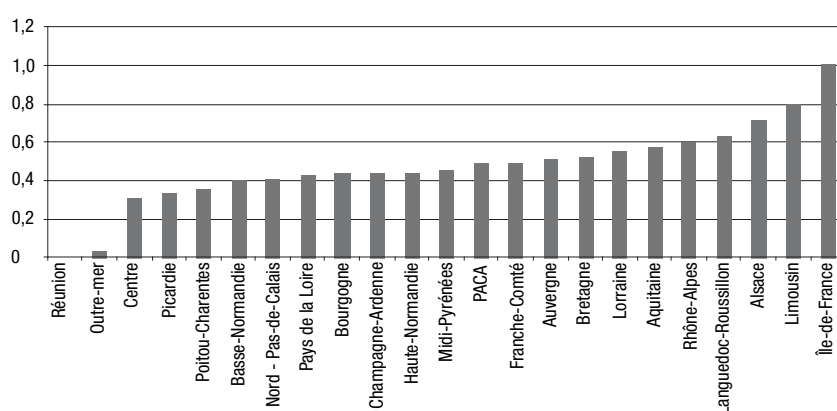
1. S. Briançon, B. Toussaint, *Démographie des spécialistes formés par l'internat. Le regard des coordonnateurs de filières*, rapport au comité régional de l'ONDPS, université Henri-Poincaré, faculté de médecine, École de santé publique, Nancy, octobre 2007.

tant d'attractivité, qui influence tant le choix d'une discipline que celui du territoire d'exercice. C'est pourquoi le nombre global de ces postes, leur répartition selon les filières et selon les régions sont des éléments particulièrement importants à examiner.

La situation actuelle est marquée par un nombre de postes pour 10 000 habitants qui varie fortement d'une région à l'autre (graphique 7). L'inégale répartition des postes de CCA/AHU reflète, logiquement, l'inégale répartition des capacités enseignantes universitaires (graphique 8).

GRAPHIQUE 7

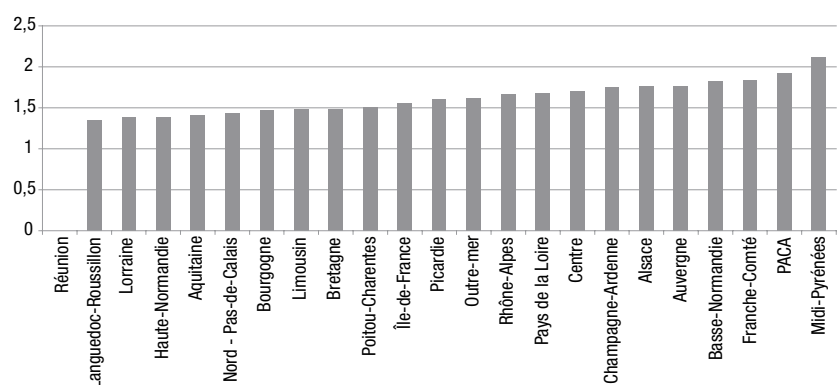
NOMBRE DE POSTES DE CCA/AHU POUR 10 000 HABITANTS



Sources : JO du 7 décembre 2006, SIGMED, enquête ONDPS 2007.

GRAPHIQUE 8

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



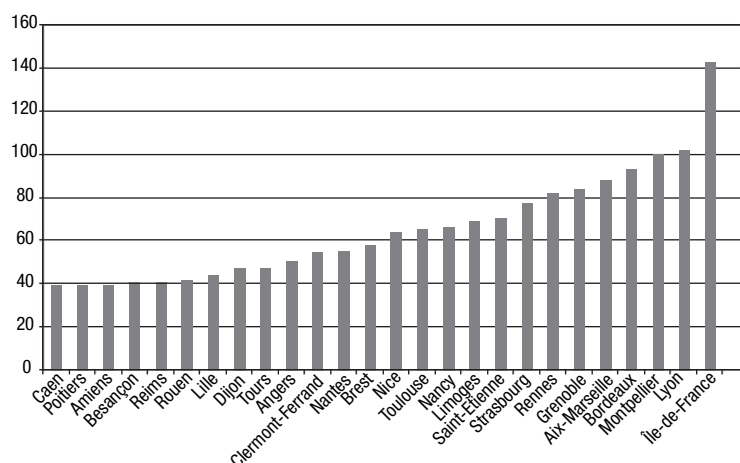
Sources : JO du 7 décembre 2006, SIGMED, enquête ONDPS 2007.

La probabilité d'avoir un poste de chef de clinique diffère largement d'une région à l'autre, et d'une subdivision à l'autre et l'examen par subdivision et par interrégion

fait apparaître le meilleur positionnement de l'Île-de-France ainsi que des régions méridionales (graphiques 9 et 10).

GRAPHIQUE 9

NOMBRE DE POSTES DE CHEF DE CLINIQUE PAR INTERNE, PAR SUBDIVISION

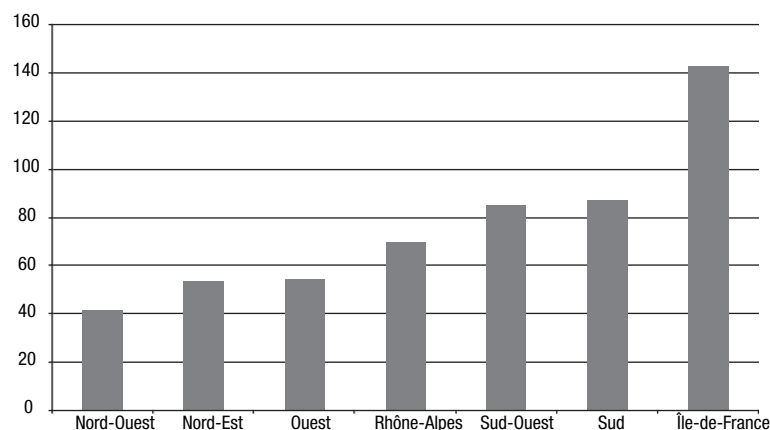


Lecture : Montpellier dispose aujourd'hui d'un poste de chef de clinique par interne, l'Île-de-France a un nombre de postes de chef de clinique supérieur de 40 % à sa population d'internes, Caen, Poitiers, Amiens, Besançon et Reims ont un nombre de postes de chef de clinique inférieur de 60 % à celui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

Sources : JO du 7 décembre 2006, SIGMED, enquête ONDPS 2007.

GRAPHIQUE 10

NOMBRE DE POSTES DE CHEF DE CLINIQUE PAR INTERNE, PAR INTERRÉGION



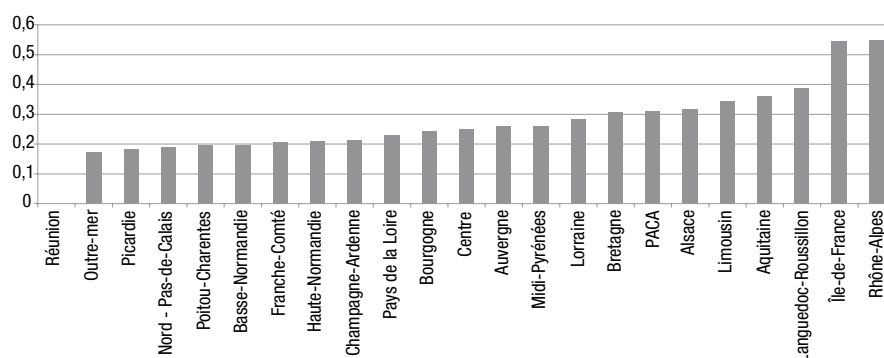
Sources : JO du 7 décembre 2006, SIGMED, enquête ONDPS 2007.

La médecine générale ne dispose que depuis peu de postes universitaires. Afin de neutraliser cet effet, nous rapportons le nombre de postes de CCA et d'AHU, d'une part, à celui du nombre d'internes autres que ceux de médecine générale et, d'autre part,

au nombre de postes d'interne autres que médecine générale ouverts aux ECN. Il ressort de cet examen que l'inégalité de répartition identifiée précédemment se retrouve aussi si on compare le nombre de postes de CCA/AHU au nombre d'internes en formation, dans une autre spécialité que la médecine générale (graphiques 11 et 12).

GRAPHIQUE 11

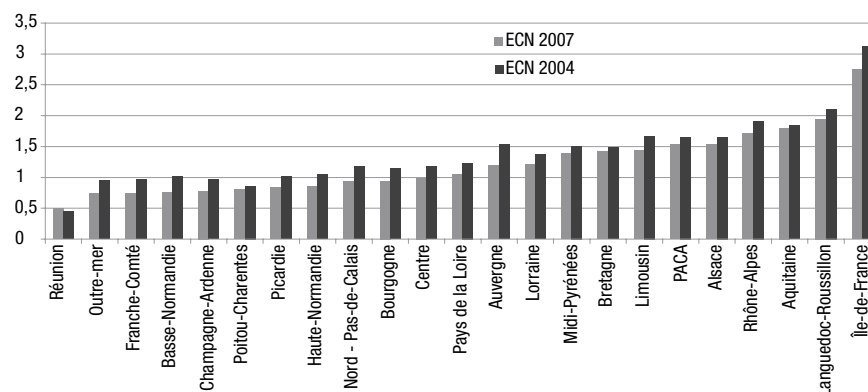
NOMBRE DE POSTES DE CCA/AHU PAR INTERNE D'UNE AUTRE SPÉCIALITÉ QUE MÉDECINE GÉNÉRALE



Sources : JO du 7 décembre 2006, SIGMED, enquête ONDPS 2007.

GRAPHIQUE 12

NOMBRE DE POSTES DE CCA/AHU PAR POSTE D'INTERNE AUX ECN D'UNE AUTRE SPÉCIALITÉ QUE MÉDECINE GÉNÉRALE



Sources : JO du 7 décembre 2006, SIGMED, enquête ONDPS 2007.

Hormis pour l'Aquitaine, le ratio postes de chef de clinique sur le nombre d'internes diminue entre les ECN 2004 et les ECN 2007. Ce constat fait écho aux remarques formulées par de nombreuses régions dans le cadre de l'enquête de l'ONDPS. Elles soulignent que la progression du nombre d'internes devrait être accompagnée d'une augmentation du nombre de postes de chefs de clinique. Les régions moins bien dotées en capacités de formation, qui ont vu leur nombre d'internes progresser, s'interrogent sur l'adaptation du dispositif d'accueil, notamment en chirurgie.

L'EXEMPLE DE LA CHIRURGIE

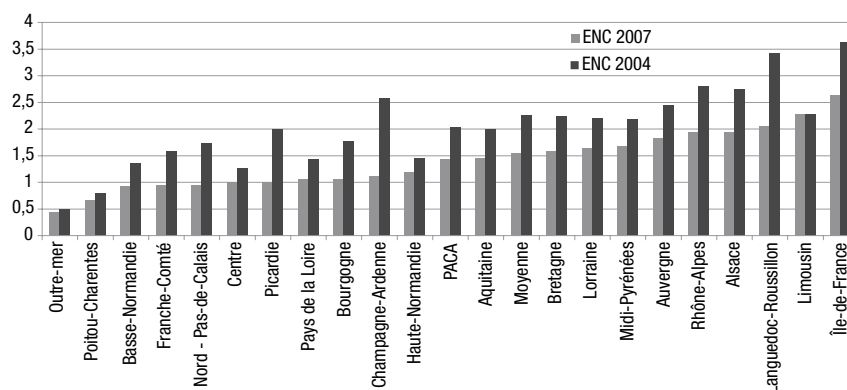
La situation de la chirurgie est particulière, puisque l'ensemble des formations aux spécialités chirurgicales nécessite un postinternat universitaire.

L'augmentation importante du nombre de postes d'interne de chirurgie ouvert à l'examen classant national (380 en 2004 et 550 en 2005, 2006 et 2007) ouvre la question de la disponibilité des postes de CCA/AHU de chirurgie correspondants et donc de la possibilité de valider une maquette intégrant le DESC.

Le postinternat ayant une durée de deux ans, deux fois plus de postes de CCA/AHU que de postes d'interne en chirurgie sont nécessaires pour que tous puissent profiter d'une formation équivalente. Sur la base des postes ouverts aux ECN 2007, seulement trois régions atteignent ou dépassent ce ratio (Île-de-France, Limousin, Languedoc-Roussillon).

GRAPHIQUE 13

NOMBRE DE POSTES DE CCA/AHU DE CHIRURGIE ET D'ANATOMIE PAR POSTE D'INTERNE DE CHIRURGIE AUX ECN



Sources : JO du 7 décembre 2006, SIGMED, enquête ONDPS 2007.



a gestion régionale des internes

Les informations relatives aux capacités actuelles de financement sont peu disponibles et harmonisées

Les différents acteurs régionaux qui ont informé le questionnaire de l'ONDPS ont rencontré de grandes difficultés pour rassembler les informations relatives au financement des postes (cf. encadré 1).

ENCADRÉ

Faute, pour un certain nombre de régions, de pouvoir reconstituer l'historique et les évolutions des attributions de postes, la base retenue dans le cadre de cette enquête comme source d'informations sur les postes budgétaires attribués à la région pour le secteur hospitalier, et donc le potentiel de postes utilisables, est la base SAE. Il s'avère qu'elle n'est pas adaptée pour cet usage. En effet, le questionnaire SAE ne dénombre pas des postes budgétaires (et ce d'autant qu'il n'existe plus de tableau d'effectifs médicaux « consacrant » ces postes) mais des internes effectivement rémunérés au 31 décembre. Ceux-ci sont recrutés sur des crédits disponibles, et pas seulement à partir de « postes » d'interne vacants... En outre, il existe de nombreux FFI dans des services (voire des hôpitaux entiers) qui ne sont pas agréés et qui ne peuvent donc, de toutes façons, pas accueillir des internes. Toutes ces raisons expliquent que, par exemple en Alsace, si 861 internes étaient rémunérés dans SAE, la DRASS ne comptabilise que 587,5 postes « utilisables ».

Du coup, le raisonnement consistant à totaliser le chiffre SAE (y compris les FFI, et ce quel que soit l'établissement) et les postes « sacs-à-dos » pour aboutir au nombre de postes rémunérés utilisables pour la région paraît discutable. D'autres régions l'ont refusé (le Centre notamment) et ont signalé se référer à une enquête semestrielle auprès des établissements pour connaître ces postes théoriquement utilisables.

Une autre observation renforce le constat d'une inadaptation de la source SAE. La question de la place accordée dans l'analyse aux internes en pharmacie est posée par plusieurs régions. Le questionnaire SAE permet de dénombrer plusieurs catégories d'internes (les internes en spécialités, ventilés en médecine, pharmacie, odontologie, les IMG, les FFI et DIS) et il n'était pas précisé celui qu'il fallait retenir (total ou...). Plusieurs régions en ont été gênées et ont éprouvé le besoin d'isoler, dans leurs commentaires, les pharmaciens.

■ ■ Des incertitudes sur les possibilités de financement et les marges de manœuvre

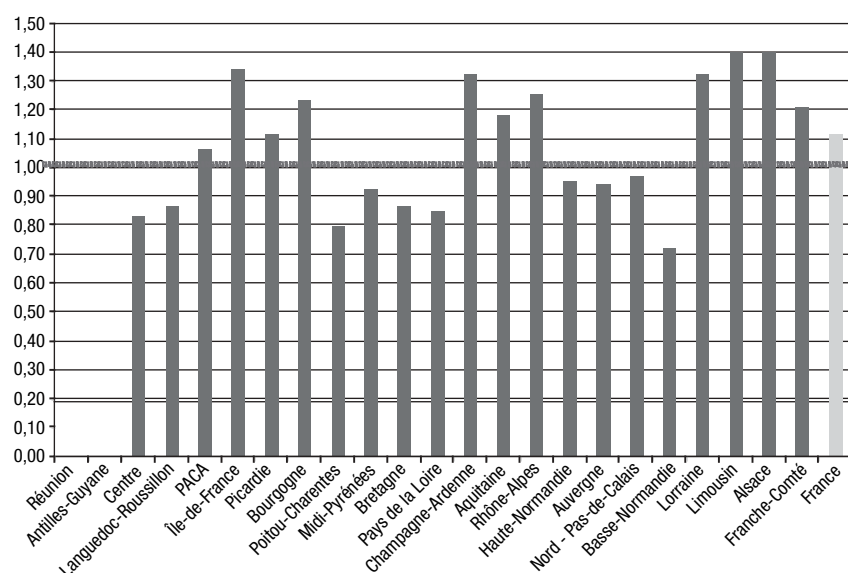
Des résultats de l'enquête sont présentés, en dépit de la non-exhaustivité des réponses et de la nécessité de consolider les données qui ont été transmises. L'intérêt

de ces informations est, d'une part, de faire apparaître, dans ce domaine également, la grande hétérogénéité des situations. Les constats relatifs à l'absence de références communes en matière gestionnaire et prévisionnelle nous paraissent, d'autre part, tout à fait importants à souligner.

Il existerait, selon les données recueillies dans l'enquête, une marge de +12 % entre le nombre de « postes budgétaires attribués à la région pour le secteur hospitalier » et le « nombre total d'internes à rémunérer ». Cette marge varie de -27 % en Basse-Normandie à +40 % dans le Limousin et en Alsace. Douze régions auraient une marge négative.

GRAPHIQUE 1

NOMBRE DE POSTES BUDGÉTÉS/NOMBRE D'INTERNES À RÉMUNÉRER



Lecture : Les régions situées au-dessus de 1, disposeraient d'un nombre de postes budgétés supérieur à leur nombre d'internes (c'est le cas par exemple pour la Franche-Comté et l'Alsace).

Sources : Enquête ONDPS.

■ ■ Des financements complémentaires sur des crédits ARH dans beaucoup de régions

Un certain nombre de postes budgétaires d'internes ont été financés pour le semestre de façon complémentaire dans quelques régions : douze régions (sur 22) ont dû assurer ce type de financement pour un total de 539 postes ; la majorité (10) l'a fait grâce à des crédits ARH. Dans deux régions (Pays de la Loire et Poitou-Charentes), le financement a été assuré par les hôpitaux eux-mêmes.

Seize régions ont essayé de faire des prévisions au moins pour une année, certaines ont engagé cette prévision pour les deux prochaines années. On peut souli-

gner que deux régions ne prévoient pas d'évolution du nombre d'internes alors que la plupart des autres prévoient une augmentation significative (tableau 1).

TABLEAU 1

SITUATION DES RÉGIONS PAR RAPPORT AUX PRÉVISIONS DE FINANCEMENT

Région	Nombre de postes complémentaires	Financiers	Prévisions	Sur N année	Notes
Alsace	22	ARH	Oui	2	
Aquitaine	0		Non		
Auvergne	71	ARH (14)	Oui	2	
Basse-Normandie	88	ARH	Oui	2	
Bourgogne	0		Oui	2	
Bretagne	34	ARH	Non		
Centre	0		Oui	2	
Champagne-Ardenne	4	ARH	Oui	1	
Franche-Comté	33	ARH	Oui	1	
Haute-Normandie	0		Oui	2	
Île-de-France	0		Oui	1	
Languedoc-Roussillon	0		Oui	2	Pas de variation prévue
Limousin	5	ARH	Oui	2	Pas de variation prévue
Lorraine	3	ARH	Oui	2	
Midi-Pyrénées	10	ARH	Non		
Nord - Pas-de-Calais	0		Oui	1	
Pays de la Loire	132	ARH (33) Hôpitaux (89)	Oui	2	
Picardie	0		Non		
Poitou-Charentes	95	Hôpitaux	Oui	1	
PACA	0		Oui	1	
Rhône-Alpes	42	ARH	Non		

Sources : DHOS M3.

■ ■ Les postes « sacs à dos »

Initialement, les budgets correspondant à ces postes devaient faciliter la mobilité inter ou intrarégionale ou internationale des internes. Ce dispositif de financement peut notamment permettre l'ouverture de postes d'internes dans des services formateurs qui n'en disposaient pas, faute de financement, notamment les CHG, les PSPH ou en secteur libéral pour certaines spécialités. Les ARH ont en charge leur mise en œuvre, après avis des commissions de subdivision.

La mise en place de cette souplesse s'opère progressivement. Selon les données recueillies dans l'enquête de l'ONDPS, le nombre d'internes « sacs à dos » mis effectivement en place est de 483 sur la France. Il varie de 0 à la Réunion, en Rhône-Alpes, Basse-Normandie et Limousin à 71 dans le Nord - Pas-de-Calais et 140 en Île-de-France (tableau 2).

TABEAU 2
NOMBRE D'INTERNES « SAC À DOS » PAR RÉGION

Région	Nombre d'internes « sacs à dos »
Alsace	9
Antilles-Guyane	0
Aquitaine	10
Auvergne	8
Basse-Normandie	0
Bourgogne	8
Bretagne	10
Centre	9
Champagne-Ardenne	8
Franche-Comté	1
Haute-Normandie	7
Île-de-France	140
Languedoc-Roussillon	8
Limousin	0
Lorraine	43
Midi-Pyrénées	42
Nord - Pas-de-Calais	71
Pays de la Loire	48
Picardie	9
Poitou-Charentes	16
PACA	36
Réunion	0
Rhône-Alpes	0
France	483

Sources : Enquête ONDPS.

Si l'on rapporte le nombre de postes « sacs à dos » effectivement mis en place au nombre d'internes de fortes variations régionales apparaissent. On compte ainsi 25 budgets « sacs à dos » pour 10 000 internes en Franche-Comté, et 611 dans le Nord - Pas-de-Calais.

Selon les données fournies par la DHOS, le financement de 250 postes était prévu en 2006, et de 600 postes en 2007 (tableau 3).

TABLEAU 3

POSTES « SACS À DOS » FINANCÉS PAR RÉGION

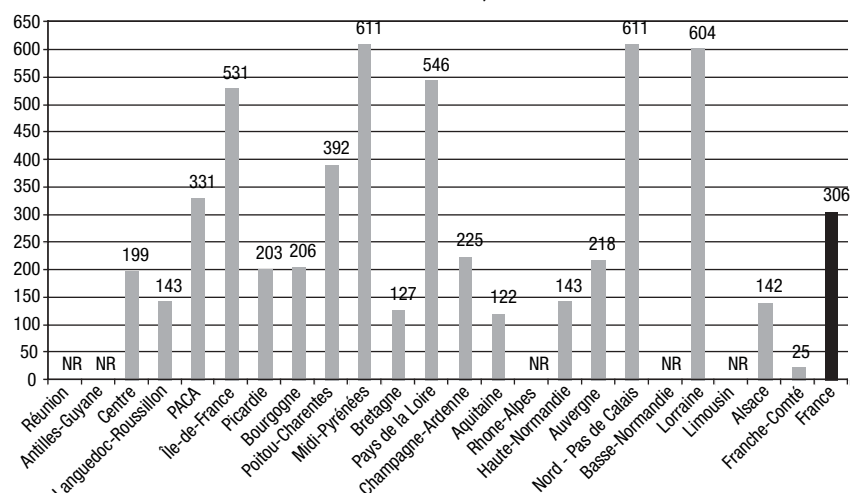
Région	Postes 2006*	Année 2007
Alsace	9	20
Antilles-Guyane	0	10
Aquitaine	10	24
Auvergne	8	14
Basse-Normandie	8	14
Bourgogne	8	15
Bretagne	10	26
Centre	9	15
Champagne-Ardenne	8	14
Franche-Comté	7	12
Haute-Normandie	7	16
Île-de-France	50	148
Languedoc-Roussillon	10	20
Limousin	6	11
Lorraine	10	23
Midi-Pyrénées	10	22
Nord - Pas-de-Calais	13	43
Pays de la Loire	10	28
Picardie	9	14
Poitou-Charentes	8	13
Provence-Alpes-Côte d'Azur	17	42
Réunion	6	1
Rhône-Alpes	17	55
France	250	600

* Postes budgétés 2006, reporté en 2007.

Sources : DHOS M3.

GRAPHIQUE 2

NOMBRE D'INTERNES « SACS À DOS » POUR 10 000 INTERNES, PAR RÉGION



Sources : Enquête ONDPS 2007.

■ Les capacités futures de financement

Le questionnaire prévoyait un certain nombre de questions relatives aux capacités futures de financement dont disposait chaque région. Les consignes de remplissage précises n'ont cependant pas permis d'obtenir des informations permettant de dégager des tendances chiffrées ou d'effectuer des comparaisons, car il apparaît que les références budgétaires ont des contenus très différents d'une région à l'autre.

En effet, la lecture des réponses de chaque région et des commentaires montre à la fois :

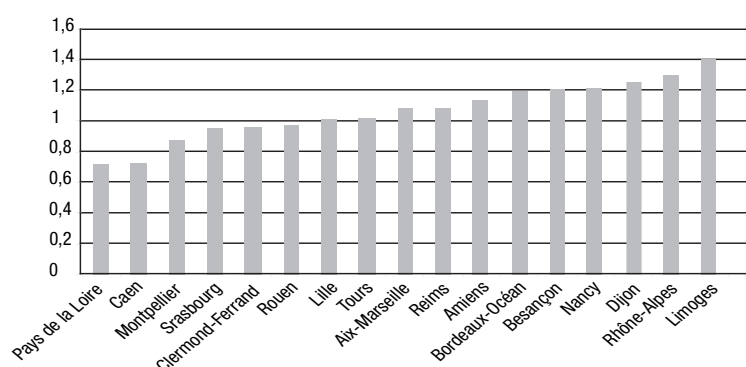
- la difficulté rencontrée par les responsables pour rassembler les informations demandées : les non-réponses sont très fréquentes et ne concernent pas les mêmes items suivant les régions ;
- mais, surtout, l'hétérogénéité de compréhension des notions utilisées, notamment celle de « postes budgétaires ». En effet, celle-ci n'est plus pertinente depuis que les hôpitaux ont acquis la possibilité d'utiliser des crédits non utilisés (du fait de postes médicaux vacants par exemple) pour recruter des FFI. De plus, les nouvelles règles de gestion financière des hôpitaux instaurées en 2005 ont augmenté encore l'autonomie de gestion des postes en supprimant la référence à un tableau d'emplois médicaux stable figurant dans un document à disposition des DRASS. Il suffit d'une délibération pour modifier la répartition des crédits et donc les postes offerts.

Le seul élément quasi constant qui ressort des réponses transmises concerne les capacités de récupérer des financements. En dehors de l'Aquitaine, de la Lorraine et de Provence-Alpes-Côte d'Azur, aucune possibilité de « récupérer » des finance-

ments n'existe, même dans les régions qui déclarent disposer de plus de postes budgétaires utilisables que d'internes à rémunérer, c'est-à-dire un ratio supérieur à 1 (graphique 3). L'interprétation de ces résultats devra être développée ultérieurement avec les gestionnaires régionaux.

GRAPHIQUE 3

NOMBRE DE POSTES RÉMUNÉRÉS UTILISABLES SUR LE NOMBRE D'INTERNES À RÉMUNÉRER



Sources : Enquête ONDPS 2007.

Les internes qui commencent un troisième cycle dans une région resteront dans cette région au minimum trois ans et, dans la moitié des cas, de quatre à cinq ans. Les évolutions annuelles d'effectifs d'internes se faisant plus ou moins *au prorata* des effectifs de l'année précédente, les données quantitatives sont au niveau des régions relativement prévisibles dans cette temporalité. Pourtant il ressort de l'enquête que moins de la moitié des régions ont engagé cet examen prévisionnel à deux ans et que très peu sont en capacité d'adopter un raisonnement prospectif au-delà.

Les procédures, très codifiées, sont relativement harmonisées

L'enquête a permis d'obtenir des informations sur les modalités de gestion des stages et des internes mises en place dans chaque région

L'AGRÈMENT DES STAGES

Il existe partout une commission par subdivision. Elle se réunit une fois par an, excepté en Bretagne où elle se réunit deux fois. Elle ne s'est pas réunie en 2006 dans le Limousin. Une organisation particulière est mise en place en Île-de-France compte tenu de la taille de la région : il existe une commission par spécialité et par groupe de disciplines.

De façon générale, l'ARH n'est pas invitée à participer à ces commissions. Dans la majorité des subdivisions, les internes participent aux réunions.

Dans 21 subdivisions, soit dans une grande majorité d'entre elles, la commission suit l'avis du coordonnateur interrégional. La commission de subdivision pour

les agréments dispose de l'avis des coordonnateurs interrégionaux des DES et de celui des coordonnateurs locaux (qui n'ont cependant aucune existence « légale »). L'avis prépondérant est celui des coordonnateurs interrégionaux en cas de divergence mais bien souvent les avis convergent, en sorte que l'avis du coordonnateur local se trouve aussi suivi dans 12 subdivisions.

La nouvelle procédure d'agrément des services a été mise en place dans 22 subdivisions sur 28. Les agréments sont toujours accordés par service. L'agrément est donné à un service, le pôle étant une entité beaucoup trop large et qui recouvre des services et donc des spécialités diverses d'un lieu à l'autre.

Vingt et une subdivisions demandent l'imprimé d'agrément et 18 subdivisions demandent aussi un projet pédagogique par type d'agrément. La durée de l'agrément des stages diffère assez fortement d'une région à l'autre. Ainsi, le pourcentage de stages agréés pour cinq ans varie entre 0 % (Rhône-Alpes, Auvergne, Poitou, Centre, Limousin, Antilles) et 98 % (Pays de la Loire). Dans 22 subdivisions sur 26 répondantes, certains services ont été agréés pour un an.

Quelques subdivisions signalent la difficulté de faire des contrôles sur place dans les services, les visites n'ont pas lieu faute de financement dans certains cas ; il est aussi fait état d'une position de principe des commissions de revoir les agréments chaque année. Des remarques sont également formulées sur le décalage entre la législation qui prévoit des agréments quinquennaux et l'application informatique SIRIUS (Système d'information régional de l'internat) qui ne permet de saisir que les agréments de l'année et les refus d'agrément.

L'AFFECTATION DES POSTES

La commission de subdivision se réunit en général deux fois par an : une fois pour le semestre d'été (mai-octobre) et une fois pour le semestre d'hiver (novembre-avril). En Alsace, dans le Languedoc-Roussillon et en Aquitaine, elle se réunit quatre fois par an. Dans ces régions, chaque localisation est précédée d'une pré-localisation. Les travaux préparatoires à la localisation existent dans toutes les subdivisions mais sans formalisation. Dans certaines subdivisions, la commission de subdivision se réunit pour les spécialistes puis pour les généralistes, dans d'autres encore elle se réunit pour les « anciens », puis pour les « nouveaux internes ».

L'ARH n'est généralement pas invitée à participer à ces commissions.

La localisation se prépare toujours avec les associations d'internes, très souvent avec les internes de chaque filière (dans 20 subdivisions), également souvent avec les structures d'accueil des internes et surtout avec les doyens, plus rarement avec les coordonnateurs des spécialités.

LE CHOIX DES POSTES

Dans la majorité des subdivisions, le choix se fait par groupe de disciplines puisque les listes SIRIUS, listes opposables en cas de contestation, classent les internes par groupe de disciplines.

Dans une petite majorité de subdivisions (15 sur 28) les postes sont fléchés pour certaines filières, et dans la moitié des subdivisions les postes sont fléchés pour les DESC.

La majorité des subdivisions ayant renseigné l'item (12 sur 22) répondent qu'il n'y a pas de postes réservés à des médecins étrangers.

Dans 24 subdivisions sur 25 répondantes, tous les internes de médecine générale peuvent effectuer un stage dans un service d'urgences (excepté à Montpellier), mais dans seulement 17 sur 25, ils ont la possibilité de faire un stage en gynécologie-obstétrique et en pédiatrie.

Dans la quasi-totalité des subdivisions les conditions qui encadrent les stages SUMGA (Services universitaires de médecine générale ambulatoire) ne sont pas précisées. Comme ils sont contingentés, ce sont les facultés qui arbitrent les demandes. Ces stages se situent en fin de formation.

Il n'existe pas de rotation prédéfinie pour les spécialistes dans 16 régions sur 23 répondantes. Dans les faits, les internes s'arrangent entre eux pour tourner dans les services nécessaires à leur formation.

L'offre des postes varie en fonction des contingences saisonnières dans seulement 6 subdivisions. D'une façon générale, la variation des postes d'un semestre sur l'autre dépend davantage des impératifs des maquettes et des souhaits des internes.

Il existe des listes communes DES-DESC dans la quasi-totalité des subdivisions (sauf en Languedoc-Roussillon et à Lyon). Les DESC choisissent avec les DES dans la majorité des subdivisions, excepté à Nantes et aux Antilles.

Un même service peut accueillir des internes en DES et en DESC dans la grande majorité des subdivisions, excepté en Lorraine et en Languedoc-Roussillon.

Le postinternat découle d'une recherche personnelle de poste dans la majorité des subdivisions.

Les postes de chef de clinique ou d'assistant ne sont pas prélevés sur le quota des postes d'interne. En général, il existe des postes spécifiques qui peuvent également être financés sur des vacations d'attaché.

Dix subdivisions sur 28 font état de l'existence d'un tableau de bord. De nombreuses régions déplorent l'absence d'une fonction « statistiques » sur SIRIUS. L'appréciation générale est que l'organisation des données enregistrées dans cet outil pourrait facilement permettre de parvenir à une connaissance synthétique et statistique des internes d'une région.



Les perspectives d'amélioration envisagées

■ ■ La prise en compte de la démographie médicale locale, et notamment la prise en compte de l'âge des médecins, permet, par spécialité, d'identifier des maillons faibles

La notion globale de besoins de soins ne permet pas d'identifier un besoin d'effectifs médicaux. Mais, il paraît assez indéniable que la prévision de départs à la retraite, dans tel ou tel service, devrait être de nature à déclencher une réflexion prévisionnelle. Or la configuration actuelle des instances, ainsi que leur périmètre et leurs modalités de fonctionnement instaurent une coupure entre la gestion des internes et la gestion des services, c'est-à-dire entre la problématique de la formation et celle de la participation à l'offre de soins. L'absence assez générale des ARH dans les instances dédiées à la formation en est une manifestation. Cela ne signifie pas que

les besoins des services ne sont pas intégrés dans la réflexion, mais ils ne font pas l'objet d'une objectivation gestionnaire, et/ou d'une prise en compte équivalente dans chacune des régions, pour chaque spécialité. La durée variable des agréments dont font l'objet les services, la non-généralisation des projets pédagogiques et la relative absence des possibilités régionales d'évaluation des stages constituent autant d'éléments qui affaiblissent les capacités de gestion de l'internat.

■ ■ La garantie de la disponibilité et de la qualité des stages dans les services d'accueil suppose une gestion plus anticipatrice

Des ajustements de la répartition des postes d'interne entre spécialités ou entre régions peuvent en principe être opérés. Mais ce levier d'adaptation présente des limites car son usage implique d'abord la prise en compte des capacités de formation qui, elles, ne sont pas ajustables dans des délais rapprochés. Les limites proviennent aussi de la nécessaire prise en compte des contraintes des professionnels, qui, dans les services ou en cabinet libéral, assurent, en même temps que la formation des futurs médecins, le fonctionnement des services et l'accueil des patients.

Dans cette optique, trois grands types de difficultés paraissent devoir être surmontés pour garantir l'accueil des internes dont nous avons précédemment présenté l'ampleur numérique et budgétaire.

- **Une première série** de difficultés se rapporte à un possible affaiblissement des compétences d'encadrement des internes. Un nombre important de postes sont à créer, à recréer, faut-il préciser, car ces postes, qui ont existé par le passé, ont été supprimés, transformés, faute de personnes pour les occuper. L'effort financier, qui est important, ne représente qu'un aspect du problème. La période de pénurie d'internes a en effet conduit les établissements, notamment les plus grands, à s'organiser en sorte que les services puissent continuer à fonctionner, c'est-à-dire à assurer la demande de soins. Le recrutement de personnels médicaux, sous divers statuts (FFI, AFS, AFSA...), a pu permettre de répondre à cette demande, mais il n'est pas certain que, dans tous les services, une culture et une capacité d'encadrement et de formation aient pu se maintenir. Les effets cumulés des restructurations hospitalières et de l'augmentation du nombre d'internes en stage aboutissent parfois à ce que l'activité proposée à ces derniers soit trop réduite pour être véritablement formatrice. La question se pose en particulier dans nombre de petits établissements qui ont été délaissés par les internes, davantage attirés par les conditions de travail et d'encadrement qu'offrent les CHU.

Cet impératif de créer de la capacité d'encadrement, qui se déduit de l'arrivée massive des internes, est de surcroît formulé au moment où un grand nombre de seniors partiront à la retraite. Une perte de la fonction de supervision clinique de la part des enseignants, faute de pratique, de moyens ou de temps, pourrait être observée. En tout cas, cette capacité est un préalable qui limite certainement les possibilités d'agréments de nouveaux services ou l'extension de l'ouverture de postes au sein des services agréés.

• **Une deuxième série de problèmes** provient de l'urgence dans laquelle des capacités supérieures de stages doivent être définies. Ces difficultés sont mises en évidence dans les résultats de l'enquête effectuée auprès des comités régionaux de l'ONDPS. L'examen de la situation de chaque région a été effectué sur la base des résultats aux ECN 2005, puis des ECN 2006 et 2007 de chaque subdivision. Il permet d'identifier les principales difficultés qui se présentent d'ores et déjà en matière de disponibilité et de gestion des cursus de stages.

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

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

Les politiques de « stop and go » perturbent à l'évidence la gestion des stages. Ces difficultés s'accroissent dès lors que les responsables régionaux des stages doivent préserver des marges de choix significatives tout en restant sélectifs en termes de formation. Cette situation s'est produite en 2005, par exemple, en Île-de-France du fait de l'augmentation du nombre d'internes en chirurgie, et de façon plus spécifique en gynécologie-obstétrique. Dans cette région, le nombre de maternités est relativement faible du fait de la concentration des sites. En outre, la spécialisation de beaucoup de services sur l'obstétrique et la PMA notamment se traduit par une faible activité polyvalente d'obstétrique et de chirurgie gynécologique.

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

Enfin, un ensemble de questions se posent de façon spécifique pour la médecine générale. L'accès de la médecine générale au rang de spécialité se traduit par l'ouverture d'un nombre important de postes d'interne pour cette spécialité. Trois phénomènes caractérisent depuis quatre ans la situation :

- En premier lieu, il existe un écart entre le nombre de postes offerts et le nombre de postes effectivement occupés : des postes restent non pourvus car non choisis

par les étudiants et un certain nombre d'étudiants passent les ECN, mais n'occupent pas de postes d'internes par la suite. Par exemple, en Alsace, 63 internes en médecine générale ont pris un poste sur les 84 affectés en 2006; en Bourgogne, 33 internes de médecine générale ont été affectés sur les 95 postes ouverts.

- Les incertitudes sur le nombre d'internes en médecine générale qui prendra effectivement un poste ont des conséquences sur le fonctionnement des services et sur l'appareil de formation. En effet, les services hospitaliers non universitaires qui accueillent habituellement des internes de médecine générale peuvent se trouver confrontés à une variation d'effectifs d'un semestre à l'autre. Il existe un risque que ces services demandent la transformation des postes d'interne en postes d'assistant hospitalier, ou qu'il soit fait appel à des FFI, afin de permettre une prise en charge correcte des patients, à l'instar des pratiques qui se sont développées pendant la période de diminution des internes et qui ont conduit à la transformation des postes d'interne pour les autres spécialités. En outre, la diminution locale des effectifs d'internes en médecine générale a des conséquences négatives sur les charges de travail, et plus généralement sur la dynamique de ces services. Leur attractivité pourrait en pâtir, en particulier dans les services assurant les urgences.

Les correspondants régionaux évoquent, outre une démobilisation des enseignants et des maîtres de stage qui s'étaient investis dans le projet de formation, un possible délitement des dispositifs de formation mis en place avec les centres hospitaliers généraux périphériques. Cette situation pourrait remettre en cause la présence d'internes de médecine générale dans des structures moyennes, alors qu'elle peut permettre de fixer les médecins dans des zones rurales.

- Il faut noter aussi de possibles désordres pour les stages en ambulatoire puisque les maîtres de stage organisent et adaptent leur emploi du temps en fonction de la présence d'internes et ils ne pourront pas durablement accepter d'exercer en situation dégradée ou instable selon les semestres du fait de ces incertitudes.

- Enfin, l'orientation d'internes du DES de médecine générale vers des DESC d'exercice majoritairement hospitalier constitue une ressource médicale appréciée de ces structures. Leur nombre, selon l'enquête réalisée dans le cadre du groupe de travail sur la médecine générale, ne semble, pour l'instant, pas très important¹. À terme, toutefois, l'augmentation de cette population pourrait alimenter une désaffection de l'exercice de médecine générale de premier recours.

1. Cf. tome 1, *La Médecine générale*.



Les limites de la gestion de la démographie médicale par la régulation des effectifs étudiants

Les constats évoqués dans cette partie ne relèvent pas d'une même problématique, mais ils sont, les uns et les autres, porteurs d'interrogations sur les modalités actuelles qui encadrent la gestion du troisième cycle des études médicales.

Les premiers constats renvoient à des considérations plutôt gestionnaires, telles qu'elles se dégagent des résultats de l'enquête et des échanges qu'ont pu susciter les travaux menés dans le cadre du groupe de travail de l'ONDPS.

Les constats suivants montrent que les ressources régionales en termes de diplômés ne se traduisent pas systématiquement en termes de ressources médicales pour la région. Loin de conduire à la conclusion que les relations entre les deux phénomènes sont aléatoires, ces constats incitent à l'inverse à prolonger les investigations qui permettraient de mieux comprendre les processus qui alimentent cette distorsion.



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

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

Sur la période, le cumul du nombre de diplômés d'un DES (2001-2005) est de 8 868, hors médecine du travail exclue de cette présentation, car ils ne sont pas inscrits à l'Ordre des médecins. Sur la même période, le cumul des inscriptions à l'Ordre est de 10 162 (soit +14,59 % au regard des sorties de DES).

On observe une tendance croissante de 2001 à 2005 du volume des inscriptions à l'Ordre au regard des sorties de DES, avec une moindre ampleur en 2005.

2001	+11,61 % (1 877 DES – 2 095 inscrits à l'Ordre)
2002	+16,20 % (1 857 DES – 2 158 inscrits à l'Ordre)
2003	+15,99 % (1 838 DES – 2 132 inscrits à l'Ordre)
2004	+20,55 % (1 484 DES – 1 789 inscrits à l'Ordre)
2005	+9,71 % (1 812 DES – 1 988 inscrits à l'Ordre)

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

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

Parmi les éléments qui peuvent expliquer cet écart, il convient certainement de retenir les autorisations de plein exercice qui ont été accordées à des diplômés hors de France (cf. Annexe 5).

TABEAU 1

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

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

Sources : Recensement des DES par les comités régionaux, Conseil national de l'Ordre des médecins.

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

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

Sur la période, le solde régional des effectifs inscrits à l'Ordre par rapport aux effectifs diplômés est positif dans neuf régions. Les effectifs d'inscrits sont supérieurs de plus de 20 % en Île-de-France (+48 %)¹; PACA (+25 %), Languedoc-Roussillon (+23 %).

À l'inverse, onze régions enregistrent des effectifs d'inscrits inférieurs à leurs effectifs diplômés. Les effectifs d'inscrits sont inférieurs dans une proportion supérieure à 20 % en Auvergne (-25 %), Haute-Normandie (-24 %), Franche-Comté (-23 %), Bourgogne (-22 %).

Ces évolutions globales coexistent avec des phénomènes localisés selon les spécialités qu'il conviendra d'analyser régionalement. Par exemple :

- parmi les régions « gagnantes en effectifs inscrits », l'Île-de-France « perd » des gynécologues médicaux, PACA « perd » des radiothérapeutes... ;
- parmi les régions « perdantes en effectifs inscrits », la Haute-Normandie « gagne » des spécialistes en anatomie et cytologie pathologiques, la Franche-Comté des médecins internistes... (cf. Annexe 6).

Le phénomène le plus significatif qui se dégage de ce recensement est que les régions qui « perdent » des effectifs d'inscrits par rapport aux effectifs diplômés sont toutes, hormis le Limousin, des régions où la densité de spécialistes est inférieure à la moyenne nationale. Ce constat doit inciter à examiner avec attention les résultats des décisions qui, en matière d'affectation des postes ouverts à l'internat, affichent l'objectif d'un redressement de la démographie médicale là où elle apparaît la plus faible, par le biais d'une ouverture supérieure de postes, soit dans certaines régions, soit dans certaines spécialités. Il est toutefois nécessaire de disposer d'une période d'observation plus longue pour conforter les résultats qui se dégagent aujourd'hui et pour en permettre l'interprétation.

On sait en effet qu'une diversité de phénomènes alimente l'attractivité de certaines régions ou de certaines spécialités. Il existe un point de vue largement convergent sur le fait que l'attractivité d'une spécialité et/ou d'une région dépend des possibilités de carrière qui sont offertes à l'issue du troisième cycle. L'existence de postinternat constitue sur ce point un atout essentiel. Or, comme on l'a vu précédemment, la répartition des postes d'encadrement universitaire est très inégale

1. Ces données, notamment pour l'Île-de-France, devront faire l'objet d'un examen attentif. Une étude conjointe de la DRASS et de l'AP-HP (Assistance publique des hôpitaux de Paris) a mis en évidence, en 2005, des imperfections du dénombrement dans cette région, notamment du fait de la multiplicité des facultés dont les services sont mal coordonnés et du fait de la complexité des règles d'inscription en DES.

entre les régions. L'examen des caractéristiques particulières des disciplines montre dans ce domaine le poids que revêt l'histoire et notamment celle des filières².

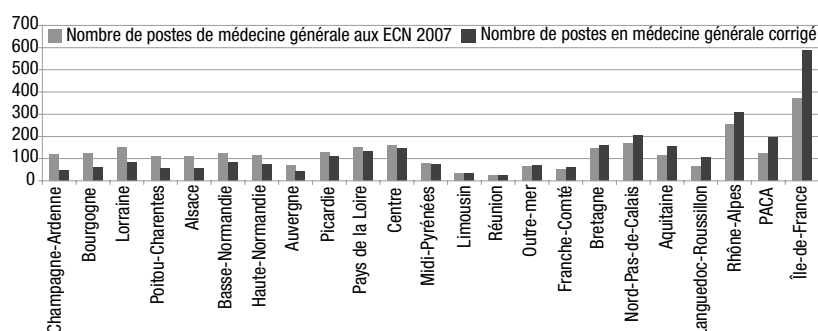
Une simulation de la répartition des postes qui permettrait d'atteindre une convergence des densités entre les régions a été initiée par le groupe de travail de l'ONDPS. La démarche vise à faire apparaître les modalités qui permettraient de poursuivre un objectif de lissage de la densité des médecins entre les régions. Elle fait abstraction d'autres considérations, telles que les capacités de formation et d'encadrement. Les résultats de cette simulation sont présentés ci-après, à titre illustratif pour la médecine générale.

■ ■ Une simulation pour la médecine générale

Les modalités envisagées ne concernent que le nombre et la répartition des postes à ouvrir en 2011. Les hypothèses qui sous-tendent cette simulation reposent sur un nombre de 3 500 postes d'internes en médecine générale, en référence au *numerus clausus* de 7 000 cinq ans avant ; le nombre de postes rapporté à la population régionale permet d'obtenir un nombre de postes « corrigé » en fonction des densités des médecins généralistes.

GRAPHIQUE 1

CALCUL DU NOMBRE DE POSTES D'INTERNES EN MÉDECINE GÉNÉRALE PERMETTANT DE LISSER LES DENSITÉS ENTRE LES RÉGIONS



Lecture : Près de 600 postes devraient être affectés à l'Île-de-France (au lieu d'un peu moins de 400 aux ECN 2007) pour compenser la densité de médecins généralistes en Île-de-France.

Mode de calcul du facteur correcteur :

- Calcul du nombre théorique de médecins généralistes dans la région = densité nationale x population régionale.
- Calcul de la différence (A) : nombre de médecins généralistes dans la région – ce nombre théorique.
- Facteur correcteur = $A \times 3\,500$ (nombre de postes à ouvrir en 2011 en MG) / nombre de médecins généralistes en France.

Cet exercice sera développé ultérieurement pour les autres spécialités que la médecine générale. Il s'inscrit dans une démarche prospective plus large qui envisagera également les évolutions des capacités de formation congruentes avec ces augmentations de postes d'internes à visée corrective.

2. S. Briançon, B. Toussaint, *op. cit.*

CONTRIBUTION

LES AFFECTATIONS DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE À L'ISSUE DES ÉPREUVES CLASSANTES NATIONALES EN 2007

Mélanie VANDERSCHULDEN,
Bureau des professions de santé, DREES

En 2007, 4 905 candidats aux épreuves classantes nationales (ECN) sont affectés, et 4 775 d'entre eux entrent effectivement en troisième cycle. Les résidents en médecine générale, achevant leur cursus sous le régime antérieur, sont beaucoup moins nombreux que l'an dernier à avoir passé les ECN pour obtenir un diplôme d'études spécialisées de médecine générale.

Malgré ses 452 postes restés vacants, la médecine générale tire un peu mieux son épingle du jeu cette année : quasiment un entrant en troisième cycle sur deux opte pour cette discipline, contre 42 % l'année dernière. L'augmentation de la part des postes ouverts en médecine générale, la moindre proportion des résidents parmi les candidats affectés, mais aussi une légère évolution dans les arbitrages faits par les candidats, expliquent la situation un peu plus favorable de la médecine générale.

L'ordre des préférences des étudiants n'est pas pour autant bouleversé : la discipline « spécialités médicales » reste la plus plébiscitée, tandis que la médecine du travail et la santé publique arrivent toujours en fin de classement.

Près d'un étudiant sur deux quitte sa subdivision de formation. Malgré l'importance des flux migratoires, les villes en périphérie du Bassin parisien pourvoient encore difficilement les postes qu'elles proposent en médecine générale.

Enfin, la distribution des notes aux épreuves, très peu dispersée, révèle leur caractère en discriminant.

En juin 2007 a eu lieu la quatrième édition des épreuves classantes nationales (ECN), qui remplacent les concours de l'internat depuis 2004.

Les étudiants achevant leur deuxième cycle d'études médicales (DCEM) ont passé ces épreuves afin d'accéder au troisième cycle d'études médicales (TCEM), c'est-à-dire à l'internat (encadré 1). Une bonne centaine d'étudiants affectés en première année de TCEM à l'issue des épreuves de l'année précédente, déçus de leur affectation, ont repassé les épreuves afin d'obtenir un autre poste. Enfin, 90 étudiants terminant leur cursus de médecine générale sous le régime du résidanat (antérieur aux ECN) ont, cette année encore, passé les épreuves¹, majoritairement dans le but d'obtenir un diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale.

1. Cette possibilité leur est offerte à titre transitoire. Ces étudiants, puisqu'ils sont arrivés en fin de cursus, sont dans les faits dispensés des trois années d'internat s'ils optent pour la médecine générale et n'occupent pas les postes d'interne en médecine générale sur lesquels ils sont affectés, qui restent finalement vacants.

Sous réserve d'avoir validé leur DCEM, les étudiants s'étant présentés aux épreuves choisissent, en fonction de leur rang de classement, un poste, c'est-à-dire une discipline et un lieu de formation (une subdivision), dans une liste de postes établie par les pouvoirs publics.

Seront présentés, outre le bilan de la procédure d'affectation, les caractéristiques des inscrits ainsi que les notes obtenues par les candidats présents aux épreuves, les choix réalisés par les étudiants en matière de discipline et de subdivision, leurs préférences et leur mobilité géographique.

Près de 4 800 étudiants sont entrés en troisième cycle

Pour la deuxième fois consécutive, le nombre de postes ouverts (5 366), fixé après les ECN, était inférieur au nombre de candidats inscrits (5 631) et au nombre de candidats s'étant effectivement présentés aux épreuves (5 448 [schéma 1]). Cependant, le rapport entre le nombre de postes ouverts et le nombre de candidats ayant passé les épreuves était un peu plus élevé que l'année dernière : 98,5 postes étaient ouverts pour 100 candidats présents, contre 97,1 en 2006. C'est principalement pour cette raison que la proportion de postes restés vacants (8,6 %, soit 461 postes) est un peu plus élevée qu'en 2006 (6,9 %, soit 330 postes). En effet, la légère hausse de la proportion d'étudiants présents aux ECN n'ayant pas validé leur DCEM (tableau 1) n'a que très peu contribué à l'augmentation de la proportion de postes restés vacants, puisqu'elle a été plus que compensée par la baisse de la proportion d'étudiants ayant démissionné ou n'ayant pas choisi de poste et par la baisse de la proportion des étudiants inscrits aux épreuves mais ne s'y étant pas présentés, qui est passée de 5,3 % à 3,2 %.

En 2007, 31 démissions ont été enregistrées, contre 95 en 2006, et 27 étudiants n'ont pas choisi de poste, ce qui n'était le cas d'aucun étudiant en 2006. La majorité des 58 étudiants démissionnaires ou n'ayant pas choisi de poste sont, comme l'année dernière, des internes ou des résidents pour lesquels les conséquences d'une démission ne sont pas les mêmes que pour un étudiant de DCEM. En effet, les internes qui démissionnent gardent le poste qui leur a été attribué l'année précédente. Quant aux résidents, ils n'obtiennent pas le DES, mais la qualification de médecine générale, c'est-à-dire le diplôme d'État (DE) de docteur en médecine qui leur permet d'exercer en tant que tel, mais pas d'accéder à un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC). Parmi les 58 étudiants démissionnaires, la proportion de candidats de DCEM qui, en démissionnant, renoncent définitivement aux études médicales est plus élevée en 2007 (28 %) qu'en 2006 (13 %).

Au terme de la procédure d'affectation, 4 905 étudiants ont été affectés, soit 11 % de plus qu'en 2006. Seulement 4 775 d'entre eux sont effectivement entrés en troisième cycle. Ce chiffre est en hausse de 19 % par rapport à l'an dernier (contre +8 % entre 2005 et 2006 et +12 % entre 2004 et 2005). Cette évolution est notamment due au relèvement assez net du *numerus clausus* en 2001 (+15 %) et en 2002 (+9 %). En 2007, 117 internes se sont réinscrits aux ECN, contre 94 l'année dernière, et

SCHÉMA 1

BILAN DES ECN EN 2007

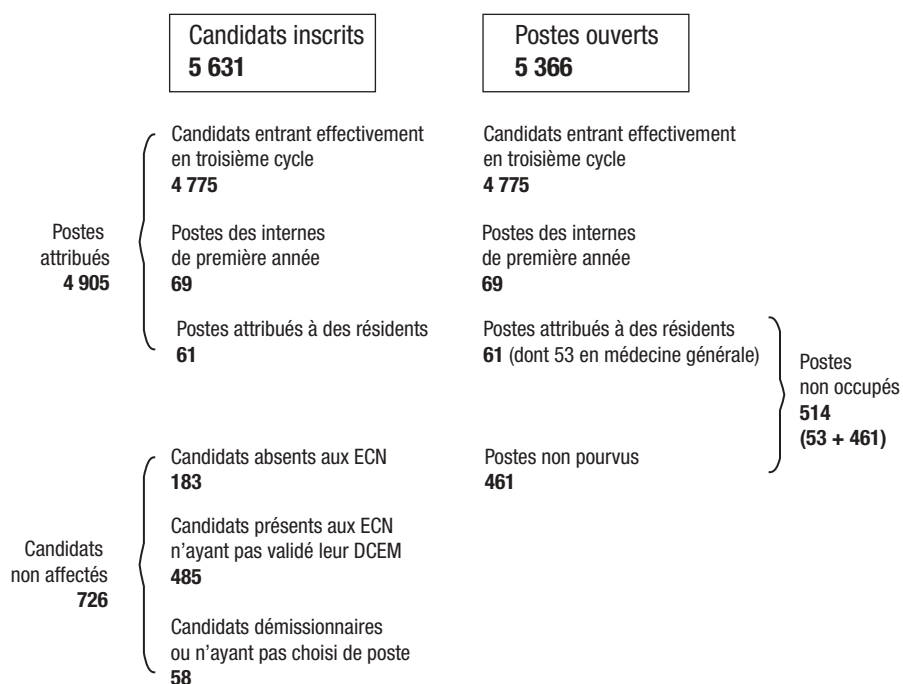


TABLEAU 1

BILANS DES ECN DE 2004 À 2007

		Effectifs				% dans les inscrits (hors inscriptions à tort)			
		2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
(a)	Postes ouverts aux ECN	3 988	4 803	4 760	5 366	102,8	107,4	92,0	95,3
(b)	Candidats inscrits	3 986	4 472	5 176	5 631	102,8	100,0	100,0	100,0
(c)	Candidats de TCEM inscrits à tort par des UFR	107	0	0	0	2,8	0,0	0,0	0,0
(d) = b-c	Candidats inscrits hors inscriptions à tort	3 879	4 472	5 176	5 631	100,0	100,0	100,0	100,0
(e)	Candidats inscrits (hors inscriptions à tort) et absents aux ECN	216	240	276	183	5,6	5,4	5,3	3,2
(f) = d-e	Candidats inscrits (hors inscriptions à tort) et présents aux ECN	3 663	4 232	4 900	5 448	94,4	94,6	94,7	96,8
(g)	Candidats présents aux ECN, n'ayant pas validé leur DCEM	286	382	375	485	7,4	8,5	7,2	8,6
(h) = f-g	Étudiants autorisés à choisir un poste (ayant passé les ECN et ayant validé leur DCEM)	3 377	3 850	4 525	4 963	87,1	86,1	87,4	88,1
(i)	Dont étudiants démissionnaires déclarés	0	6	95	31	0,0	0,1	1,8	0,6
(j)	Dont étudiants n'ayant pas choisi de poste	9	21	0	27	0,2	0,5	0,0	0,5
(k) = h-i-j	Étudiants affectés = postes pourvus	3 368	3 823	4 430	4 905	86,8	85,5	85,6	87,1

Champ : Étudiants de médecine hors étudiants du service de santé des armées.

Sources : Fichiers de gestion automatisée des ECN du CNG, exploitation DREES.

69 d'entre eux ont choisi une nouvelle affectation, contre 63 en 2006. En revanche, les candidats résidents en médecine générale étaient cinq fois moins nombreux que l'année dernière. Les résidents encore en formation sont, quatre ans après la mise en place de l'internat de médecine générale, plus rares. Seulement 61 ont été affectés en 2007, dont 53 sur un poste en médecine générale, contre 346 en 2006 (dont 320 sur un poste en médecine générale).

■ Un étudiant sur huit avait déjà passé les ECN en 2006

La proportion des candidats ayant déjà passé les ECN l'année précédente est assez stable : 11,9 % des candidats aux ECN 2007 sont des réinscrits, contre 12,5 % en 2006 et 11,2 % en 2005. Plus de trois de ces étudiants sur quatre n'avaient pas validé leur DCEM en 2006, mais dans la plupart des cas ils s'étaient cependant soumis aux épreuves. Les autres réinscrits sont principalement des internes de première année (s'étant présentés aux ECN et ayant validé leur DCEM en 2006), les étudiants ayant validé leur DCEM sans s'être présentés aux ECN² l'année dernière étant toujours très peu nombreux. Plus des trois quarts des internes repassant les ECN en 2007 avaient été affectés en 2006 en médecine générale. Les autres occupaient pour la plupart des postes en santé publique, en médecine du travail ou en psychiatrie.

Les candidats présents aux épreuves en 2006 et en 2007 ont, dans l'ensemble, mieux réussi la deuxième fois : plus de trois sur quatre sont mieux classés en 2007 qu'en 2006 et plus d'un sur quatre est deux fois mieux classé. Cependant, parmi eux, les étudiants n'ayant pas validé leur DCEM en 2006, parfois volontairement, dans l'espoir d'être mieux classés, gagnent davantage que les internes à repasser les épreuves. Ces derniers, en poste, disposent de peu de temps pour se préparer aux épreuves. Pour tous, le gain en termes de rang de classement entre le premier et le deuxième passage des épreuves est un peu plus faible cette année que l'année dernière.

■ Petite embellie pour la médecine générale...

En 2007, pour toutes les disciplines autres que la médecine générale, le nombre de postes ouverts est resté égal ou quasiment égal à celui de 2006, sauf pour la discipline « spécialités médicales », pour laquelle il a été augmenté de près de 10 % (tableau 2). Environ 53 % des postes ouverts cette année étaient des postes en médecine générale (soit près de 2 900 postes), contre un peu moins de 50 % l'an dernier. C'est en partie pour cette raison que presque un candidat sur deux ayant participé à la procédure d'affectation et un entrant en troisième cycle sur deux ont été affectés sur un poste en médecine générale, contre respectivement 46 % et 42 % en 2006. De

2. Ces étudiants ne peuvent ni accéder au troisième cycle ni redoubler leur dernière année de deuxième cycle.

plus, cette année, seulement 53 résidents ont été affectés sur des postes qui resteront dans les faits vacants, contre 320 l'année dernière. En 2007, 82 % des postes ouverts en médecine générale seront donc effectivement occupés, contre seulement 73 % en 2006. La situation de la médecine générale s'est donc améliorée cette année, bien que la proportion de postes restés vacants parmi ceux ouverts dans cette discipline soit un peu plus élevée qu'en 2006 (16 % contre 14 %). Au total, 461 postes n'ont pas été pourvus, dont 452 en médecine générale, 6 en médecine du travail, 2 en santé publique et 1 en anesthésie-réanimation.

TABLEAU 2

RÉPARTITION DES POSTES OUVERTS ET POURVUS PAR DISCIPLINE DE 2004 À 2007

Nombre de postes ouverts	2004			2005			2006			2007		
Libellé discipline	Ouverts	Pourvus	Écart	Ouverts	Pourvus	Écart	Ouverts	Pourvus	Écart	Ouverts	Pourvus	Écart
Anesthésie-réanimation médicale	243	243	0	243	243	0	243	243	0	250	249	1
Biologie médicale	58	58	0	58	58	0	58	58	0	60	60	0
Gynécologie médicale	16	16	0	20	20	0	20	20	0	20	20	0
Gynécologie-obstétrique	158	158	0	150	150	0	150	150	0	155	155	0
Médecine générale	1 841	1 232	609	2 400	1 419	981	2 353	2 030	323	2 866	2 414	452
Médecine du travail	61	56	5	56	56	0	60	53	7	60	54	6
Pédiatrie	196	196	0	196	196	0	196	196	0	200	200	0
Psychiatrie	200	199	1	300	300	0	300	300	0	300	300	0
Santé publique	75	70	5	70	70	0	70	70	0	70	68	2
Spécialités chirurgicales	380	380	0	550	550	0	550	550	0	550	550	0
Spécialités médicales	760	760	0	760	760	0	760	760	0	835	835	0
Ensemble des disciplines hors médecine générale	2 147	2 136	11	2 403	2 403	0	2 407	2 400	7	2 500	2 491	9
Ensemble des disciplines	3 988	3 368	620	4 803	3 822	981	4 760	4 430	330	5 366	4 905	461

Sources : Fichiers de gestion automatisée des ECN du CNG. Arrêtés fixant le nombre de postes offerts aux épreuves classantes nationales en médecine.

Mais l'évolution de la situation de la médecine générale est aussi en partie imputable à une légère évolution des préférences des étudiants (encadré 2). Parmi les étudiants (hormis les résidents) qui avaient le choix, dans la subdivision pour laquelle ils ont finalement opté, entre la médecine générale et au moins une autre discipline, 47,6 % ont choisi la médecine générale. L'année dernière, cette proportion était de 39,2 %. Cependant, le renforcement de la préférence pour la médecine générale s'est fait « au détriment » de la santé publique, de la médecine du travail, de la biologie

médicale et, dans une moindre mesure, de la psychiatrie, des spécialités chirurgicales et de l'anesthésie-réanimation³.

... mais l'ordre des préférences des étudiants change peu

L'ordre des préférences des étudiants n'est toutefois pas bouleversé. Les étudiants qui avaient le choix, au sein de la subdivision qu'ils ont finalement retenue, entre les spécialités médicales et une autre discipline (au moins), quelle qu'elle soit, ont toujours été plus nombreux à choisir les spécialités médicales. La discipline « spécialités médicales » reste donc la plus plébiscitée, par les hommes comme par les femmes (tableau 3), et la préférence des étudiants pour cette discipline est même légèrement plus marquée cette année. Les femmes placent toujours la médecine générale en troisième position, juste après la pédiatrie. Ensuite, elles se tournent prioritairement vers la discipline « spécialités chirurgicales », l'anesthésie-réanimation, la gynécologie-obstétrique, la psychiatrie et la biologie médicale. Elles placent encore en fin de liste la gynécologie médicale, la santé publique et la médecine du travail. Après les spécialités médicales, les hommes ont privilégié, comme l'an dernier, les spécialités chirurgicales et l'anesthésie-réanimation. En revanche, ils ont cette année placé la pédiatrie avant la médecine générale, qui arrive donc en cinquième position. Ensuite, on trouve la biologie médicale, la gynécologie-obstétrique et la psychiatrie. Enfin, aucun homme n'ayant choisi la gynécologie médicale, cette discipline arrive en dernière position, derrière la santé publique et la médecine du travail.

TABEAU 3

CLASSEMENT DES DISCIPLINES DANS L'ORDRE DES PRÉFÉRENCES* DES ÉTUDIANTS

	Femmes	Hommes	Ensemble des étudiants
1	Spécialités médicales	Spécialités médicales	Spécialités médicales
2	Pédiatrie	Spécialités chirurgicales	Spécialités chirurgicales
3	Médecine générale	Anesthésie-réanimation	Anesthésie-réanimation
4	Spécialités chirurgicales	Pédiatrie	Pédiatrie
5	Anesthésie-réanimation	Médecine générale	Médecine générale
6	Gynécologie-obstétrique	Biologie médicale	Gynécologie-obstétrique
7	Psychiatrie	Gynécologie-obstétrique	Biologie médicale
8	Biologie médicale	Psychiatrie	Psychiatrie
9	Gynécologie médicale	Santé publique	Gynécologie médicale
10	Santé publique	Médecine du travail	Santé publique
11	Médecine du travail	Gynécologie médicale	Médecine du travail

* La méthode de classement est décrite dans l'encadré 3.

Sources : Fichiers de gestion automatisée des ECN du CNG, exploitation DREES.

3. Par exemple, en 2007, parmi les étudiants qui avaient le choix entre au moins la médecine générale et la santé publique (hors résidents), 1889 ont choisi la médecine générale et 60 ont choisi la santé publique, ce qui donne un rapport médecine générale/santé publique de 31,5. En 2006, ils étaient 1015 à choisir la médecine générale et 58 à choisir la santé publique : ce rapport était donc de 17,5. Le rapport médecine générale/psychiatrie est quant à lui passé de 2,6 à 3,5 entre 2006 et 2007.

Les étudiants dans la première moitié du classement ont accès à de nombreuses disciplines et subdivisions

La palette des possibilités offertes aux étudiants reste assez large : toutes les subdivisions étaient accessibles à 42 % des étudiants ; tous avaient le choix entre au moins quatre disciplines et 58 % d'entre eux pouvaient même choisir toutes les disciplines. Au sein de la subdivision qu'ils ont finalement choisie, seulement 3 % des étudiants n'avaient pas le choix de la discipline et 14 % avaient tous les choix (contre respectivement 7 % et 19 % en 2006). Cependant, selon les subdivisions et les disciplines, les choix sont plus ou moins contraints, parce que certaines disciplines ne sont proposées que dans quelques subdivisions ou offrent peu de postes dans certaines subdivisions, mais aussi parce que les subdivisions comme les disciplines sont plus ou moins attractives.

Des postes en médecine générale, en médecine du travail, en santé publique et en anesthésie-réanimation sont restés disponibles jusqu'à la fin du classement. Les disciplines biologie médicale, gynécologie médicale, gynécologie-obstétrique, pédiatrie et spécialités médicales avaient encore des postes à proposer aux étudiants placés tout au début de la deuxième moitié du classement. Tous les postes en spécialités chirurgicales étaient pourvus avant la fin du deuxième tiers du classement, tandis que la psychiatrie restait accessible jusqu'au rang 4 807 (86 % du classement). Les spécialités médicales, bien qu'encore plus prisées cette année que l'an dernier, sont restées accessibles un peu plus longtemps, le nombre de postes ouverts dans cette discipline ayant augmenté.

45 % des étudiants changent de subdivision

La plupart des subdivisions restent accessibles assez longtemps : à la fin du troisième quart du classement, aucune subdivision n'a encore pourvu tous les postes qu'elle propose. Parmi les 28 subdivisions, 15 ont même au moins un poste resté vacant à l'issue de la procédure d'affectation. Cependant, pour être affectés dans la subdivision de leur choix, les étudiants doivent parfois renoncer à la discipline qu'ils visaient initialement. Inversement, pour accéder à la discipline qu'ils convoitent, ils peuvent être amenés à renoncer à la subdivision dans laquelle ils auraient souhaité être affectés, voire à quitter la subdivision dans laquelle ils ont suivi leur deuxième cycle. La mobilité est aussi fréquente et aussi souvent volontaire en 2007 qu'en 2006 : 45 % des étudiants ont changé de subdivision, 26 % sont partis alors que la discipline qu'ils ont choisie était encore disponible dans leur subdivision de formation et 19 % ont quitté leur subdivision d'origine alors qu'aucun poste n'y restait à pourvoir dans la discipline qu'ils ont finalement retenue.

De nombreux postes en médecine générale restent vacants autour du Bassin parisien

En 2007, seulement neuf subdivisions ne pouvoient pas tous les postes qu'elles proposent en médecine générale (tableau 4), contre treize en 2006. Ces subdivisions correspondent toujours principalement aux villes situées à la périphérie du Bassin parisien : Amiens, Caen, Dijon, Reims, Rouen et Tours. Les autres subdivisions dans ce cas sont celles de Nancy, Poitiers et des Antilles-Guyane. Dijon, Reims et Tours pouvoient moins de la moitié de leurs postes, tandis que Nancy en pourvoit près de 80 % et Poitiers près de 90 %.

TABLEAU 4
TAUX D'AFFECTATION (EN %) DES POSTES OUVERTS EN MÉDECINE GÉNÉRALE AUX ECN DE 2004 À 2007
PAR SUBDIVISION

Subdivisions	Taux d'affectation des postes ouverts en médecine générale				Proportion de postes pourvus en médecine générale en 2007 hors résidents
	2004	2005	2006	2007	
Aix-Marseille	94,3	98,6	100,0	100,0	98,9
Amiens	44,0	17,2	74,0	59,2	54,6
Angers	85,2	100	63,6	100,0	100,0
Antilles-Guyane	19,7	31,8	57,6	62,1	62,1
Besançon	38,3	27,5	100,0	100,0	100,0
Bordeaux	125,5	100	100,0	100,0	99,1
Brest	152,9	100	88,0	100,0	100,0
Caen	41,9	44,6	53,7	56,8	52,8
Clermont-Ferrand	74,2	62	100,0	100,0	91,4
Dijon	21,7	16,5	64,2	39,2	35,2
Grenoble	97,1	100	100,0	100,0	100,0
Lille	100,0	89,9	100,0	100,0	98,8
Limoges	54,3	68,6	74,3	100,0	88,6
Lyon	107,6	100	100,0	100,0	97,6
Montpellier	207,9	100	100,0	100,0	100,0
Nancy	53,4	38,7	63,8	80,7	78,7
Nantes	94,2	100	100,0	100,0	100,0
Nice	100,0	100	100,0	100,0	100,0
Océan Indien	*	100	100,0	100,0	100,0
Paris-Île-de-France	46,4	61,8	100,0	100,0	99,2
Poitiers	67,7	70,8	87,5	91,8	89,1
Reims	26,7	19,8	56,0	44,6	43,8
Rennes	125,0	100	100,0	100,0	100,0
Rouen	47,6	25,2	85,3	67,0	64,3
Saint-Étienne	23,4	34,9	100,0	100,0	92,7
Strasbourg	56,8	48,3	97,7	100,0	98,1
Toulouse	136,4	100	100,0	100,0	100,0
Tours	44,1	26,7	60,8	36,9	36,3
Total	66,9	59,1	86,3	84,2	82,4

* Inclus dans les effectifs de Bordeaux pour 2004.

Sources : Fichiers de gestion automatisée des ECN du CNG, exploitation DREES.

La plupart de ces neuf subdivisions semblaient déjà peu attractives en 2006 dans la mesure où, d'une part, de nombreux étudiants qui y avaient suivi leur deuxième

cycle en partaient et où, d'autre part, elles accueilleraient essentiellement des étudiants qui avaient quitté leur subdivision d'origine alors que la discipline qu'ils avaient choisie n'y était plus disponible.

Mais la faible attractivité de ces subdivisions est conjuguée à un volume important de postes ouverts. Ces subdivisions offrent en effet toutes un nombre de postes en médecine générale supérieur aux trois quarts de l'effectif de candidats qu'elles présentent aux ECN, et trois d'entre elles offrent même un nombre de postes en médecine générale supérieur au nombre de candidats dont elles ont assuré la formation en deuxième cycle. Toutefois, le nombre de résidents affectés sur des postes de médecine générale étant assez faible cette année, la proportion de postes en médecine générale pourvus dans une subdivision est proche de la proportion de postes réellement occupés.

ENCADRÉ 1

LE FONCTIONNEMENT DES ÉPREUVES CLASSANTES NATIONALES

Depuis 1984, les étudiants en médecine se destinant à une carrière de spécialiste passaient les concours de l'internat à l'issue du deuxième cycle. Parmi eux, ceux qui réussissaient accédaient au troisième cycle en tant qu'internes et préparaient un diplôme d'études spécialisées en quatre ou cinq ans. Ceux qui échouaient aux concours de l'internat et ceux qui ne s'y présentaient pas accédaient au troisième cycle en tant que résidents de médecine générale dans leur unité de formation et de recherche (UFR) d'origine et préparaient une qualification de médecine générale en trois ans.

Les épreuves classantes nationales (ECN), instituées par le décret du 16 janvier 2004, se sont substituées aux concours de l'internat en 2004. Tous les étudiants achevant leur deuxième cycle des études médicales doivent désormais se soumettre à ces épreuves pour accéder au troisième cycle. En fonction de leur rang de classement et du nombre de postes ouverts par les pouvoirs publics, sous réserve d'avoir validé leur deuxième cycle, les étudiants ayant participé aux ECN choisissent à l'issue de celles-ci une subdivision (un lieu de formation) et une discipline. Les vingt-huit subdivisions correspondent à une unité de formation et de recherche (UFR) ou à plusieurs, mais pas forcément à une région : quatre régions comptent plusieurs subdivisions (Bretagne, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes). Les disciplines sont au nombre de onze : anesthésie-réanimation, biologie médicale, gynécologie médicale, gynécologie-obstétrique, médecine générale, médecine du travail, pédiatrie, psychiatrie, santé publique, spécialités médicales et spécialités chirurgicales. Les étudiants affectés dans la discipline « spécialités médicales » pourront s'inscrire aux diplômes d'études spécialisées (DES) en anatomie et cytologie pathologiques, cardiologie et maladies vasculaires, dermatologie et vénérlogie, endocrinologie et métabolismes, gastro-entérologie et hépatologie, génétique médicale, hématologie, médecine interne, médecine nucléaire, médecine physique et de réadaptation, néphrologie, neurologie, oncologie, pneumologie, radiodiagnostic, rhumatologie. La discipline « spécialités chirurgicales » englobe les DES de chirurgie générale, neurochirurgie, ophtalmologie, ORL et chirurgie cervico-faciale, et stomatologie.

Les étudiants passent les ECN au cours de leur quatrième année de deuxième cycle. Ils peuvent également les repasser au cours de leur première année de troisième cycle s'ils ne sont pas satisfaits de leur affectation. Le nombre de passages des ECN n'est pas limité, mais un même étudiant ne peut participer que deux fois à la procédure d'affectation (c'est-à-dire au choix d'un poste). De manière transitoire, les étudiants achevant leur cursus de médecine générale sous l'ancien régime (résidents en dernière année) peuvent se présenter aux ECN afin d'obtenir le DES de médecine générale.

Un étudiant ne s'étant pas présenté aux ECN ou n'ayant pas validé le deuxième cycle ne peut être affecté en troisième cycle.

Une différence importante entre le fonctionnement des concours de l'internat et celui des ECN concerne la médecine générale. Dans le système précédent, les étudiants qui ne passaient pas le concours de l'internat devenaient automatiquement résidents en médecine générale dans leur UFR d'origine (et donc dans leur subdivision) dès lors qu'ils validaient leur deuxième cycle. Dans le système actuel, les étudiants qui ne se présentent pas aux ECN ne peuvent être affectés et ceux qui optent pour la médecine générale peuvent choisir de changer de subdivision, comme ceux qui optent pour chacune des autres spécialités.

ENCADRÉ 2

LES PRÉFÉRENCES DES ÉTUDIANTS EN MATIÈRE DE DISCIPLINE

Les rangs auxquels les postes ouverts dans chacune des disciplines sont pourvus fournissent une indication de l'attrait qu'exercent les spécialités. Ceux-ci ne sauraient cependant, à eux seuls, rendre compte des préférences des étudiants. En effet, les disciplines restent accessibles jusqu'à un rang plus ou moins avancé dans le classement selon qu'elles sont plus ou moins prisées, mais aussi selon qu'elles offrent beaucoup ou peu de postes. De plus, les étudiants peuvent renoncer à une discipline afin d'être affectés dans une subdivision particulière. Mais on peut dire d'un étudiant qui avait le choix, dans la subdivision dans laquelle il a été affecté, entre une discipline A et une discipline B (au moins), et qui choisit la discipline A, qu'il a préféré la discipline A à la discipline B. La comparaison des choix effectués entre les disciplines prises deux à deux peut conduire à un classement des spécialités selon les préférences des étudiants.

Les préférences sont définies comme suit : si un étudiant pouvait choisir, compte tenu de son rang de classement et des postes restant disponibles, dans la subdivision dans laquelle il a été affecté, entre une discipline A et une discipline B (au moins), et qu'il choisit la discipline A, on dit qu'il a préféré la discipline A à la discipline B. Les étudiants qui avaient le choix, dans la subdivision choisie, entre les spécialités médicales et une autre discipline au moins ont toujours été plus nombreux à choisir les spécialités médicales que l'autre discipline, quelle qu'elle soit. Les spécialités médicales apparaissent donc comme la discipline la plus prisée par les étudiants. Ceux qui avaient le choix, dans leur subdivision d'affectation, entre les spécialités chirurgicales et une autre discipline (au moins) ont toujours été plus nombreux à choisir les spécialités chirurgicales, à l'exception de ceux qui pouvaient choisir entre les spécialités médicales et les spécialités chirurgicales. Les spécialités chirurgicales sont donc la deuxième discipline la plus prisée par les étudiants après les spécialités médicales. Le critère retenu pour mesurer les préférences des étudiants en termes de discipline ne tient pas compte de tous les étudiants : les étudiants qui n'avaient pas le choix de la discipline au sein de la subdivision retenue ne sont pas pris en compte. De même, ne sont pas pris en compte les choix qui impliquaient plusieurs subdivisions. Dans le cas d'un étudiant qui aurait eu le choix entre la médecine générale dans sa subdivision d'origine et la santé publique ainsi que la médecine du travail dans une autre subdivision, l'arbitrage fait entre la santé publique et la médecine du travail est pris en compte dans la mesure des préférences s'il choisit l'une des deux, mais pas ceux faits respectivement entre la médecine générale et la santé publique et entre la médecine générale et la médecine du travail.

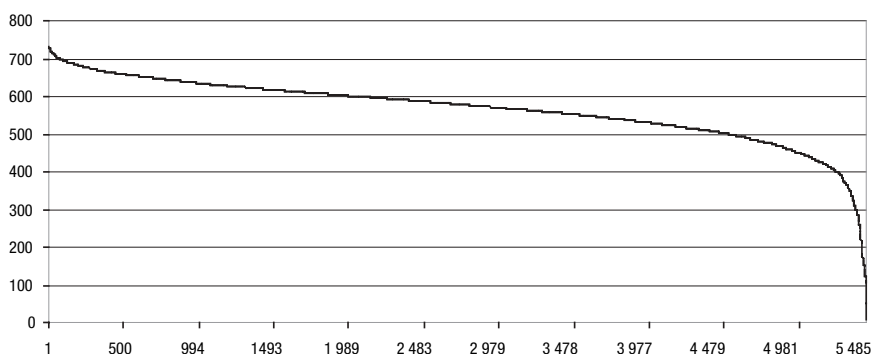
ENCADRÉ 3

LES NOTES DES ÉTUDIANTS

Les candidats aux ECN passent trois épreuves rédactionnelles d'une durée de trois heures chacune. Chaque épreuve est constituée de trois dossiers cliniques d'une durée d'une heure chacun. La correction est assurée de manière indépendante par deux correcteurs (voire trois lorsque l'écart entre les deux notes est au moins égal à 15 points). Les étudiants sont notés sur un total de 900 points (100 points pour chaque dossier). La note finale est la moyenne arithmétique des deux notes, arrondie au demi-point.

En 2007, la note obtenue par le major de promotion est de 733,5 points (soit 16,3 sur 20) et la note minimale est de 6,5 points (soit 0,1 sur 20). Malgré cette étendue importante, les notes sont assez concentrées (voir graphique) : moins de 100 points séparent l'étudiant placé exactement au premier quart du classement de celui placé exactement au troisième quart, entre lesquels sont classés la moitié des étudiants.

DISTRIBUTION DES NOTES TOTALES OBTENUES PAR LES 5 448 CANDIDATS CLASSÉS AUX ECN 2007



Sources : Fichiers de gestion automatisée des ECN du CNG, exploitation DREES.

Les *ex aequo* sont très nombreux : seulement 3,2 % des candidats classés n'ont pas d'*ex aequo*. Pour une note donnée, le nombre d'*ex aequo*, lorsqu'il y en a, est compris entre deux et vingt-six, et plus d'un étudiant sur deux a au moins dix *ex aequo*, y compris lui-même. Un rang est pourtant attribué à chaque *ex aequo*, qui détermine leur ordre de passage lors de l'amphi garnison^a.

La moitié des étudiants ont obtenu une note égale ou supérieure à 579,5 points (soit 12,9 sur 20), et la moyenne des notes est de 566,5 points (soit 12,6 sur 20). Cependant, 446 étudiants (soit 8,2 % des étudiants classés) ont obtenu moins de la moyenne (450 points, soit 10 sur 20). Environ un tiers de ces étudiants n'ont pas été affectés. Les autres ont été affectés en médecine générale (dans plus de neuf cas sur dix), en médecine du travail et en santé publique.

Les épreuves et la notation ont donc un faible pouvoir discriminant. Les candidats enquêtés trouvent pour cette raison les résultats des ECN aléatoires et leur principe injuste [1] et [2].

a. En cas d'*ex aequo*, les étudiants sont départagés dans un premier temps par la note obtenue au premier dossier de la première épreuve. S'il reste des *ex aequo*, la même règle est appliquée, dans l'ordre des dossiers suivants, pour les départager. Si, à l'issue de cette procédure, il reste des *ex aequo*, ils sont départagés par la meilleure moyenne obtenue à la première épreuve, puis dans l'ordre des épreuves suivantes. Enfin, les *ex aequo* restants sont départagés par l'âge, le plus âgé étant placé avant le moins âgé.

Références bibliographiques

- [1] HARDY-DUBERNET A.-C. et FAURE Y., 2007, « Le choix d'une vie », *Document de travail*, série *Études*, n° 66, décembre, DREES.
- [2] QUINTON A., 2005 : *odyssée des ECN*, Centre de recherches appliquées aux méthodes éducatives.

Pour en savoir plus

- BILLAUT A., 2005, « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2004 suite aux épreuves classantes nationales (ECN) », *Études et Résultats*, n° 429, septembre, DREES.
- BILLAUT A., 2005, « Caractéristiques et résultats des épreuves classantes nationales (ECN) de 2004 », *Document de travail*, série *Études*, n° 52, octobre, DREES.
- BILLAUT A., 2006, « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2005 suite aux épreuves classantes nationales », *Études et Résultats*, n° 474, mars, DREES.
- VANDERSCHULDEN M., 2007, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2006 », *Études et Résultats*, n° 571, avril, DREES.

ANNEXES

Annexe 1

LA DURÉE DES DES SELON LES SPÉCIALITÉS

Spécialité	Intitulé du DES	Durée
Spécialités médicales	Anatomie et cytologie pathologique	5 ans
	Cardiologie et maladies vasculaires	4 ans
	Dermatologie et vénéréologie	4 ans
	Endocrinologie et métabolisme	4 ans
	Gastro-entérologie et hépatologie	4 ans
	Génétique médicale	4 ans
	Hématologie	5 ans
	Médecine interne	5 ans
	Médecine nucléaire	4 ans
	Médecine physique et de réadaptation	4 ans
	Néphrologie	4 ans
	Neurologie	4 ans
	Oncologie	5 ans
	Pathologies cardio-vasculaires	4 ans
	Pneumologie	4 ans
	Radiodiagnostic et imagerie médicale	5 ans
	Rhumatologie	4 ans
Spécialités chirurgicales	Chirurgie générale	5 ans
	Neurochirurgie	5 ans
	Ophthalmologie	5 ans
	ORL	5 ans
	Stomatologie	4 ans
	Anesthésie-réanimation	5 ans
	Biologie médicale	4 ans
	Gynécologie médicale	4 ans
	Gynécologie-obstétrique	5 ans
	Médecine générale	3 ans
	Médecine du travail	4 ans
	Pédiatrie	4 ans
	Psychiatrie	4 ans
	Santé publique	4 ans

Annexe 2

RÉPARTITION DES INTERNES PAR RÉGION

COMPARAISON DES EFFECTIFS SELON LES DONNÉES SAE ET L'ENQUÊTE ONDPS

Régions	SAE 2006 internes	Enquête ONDPS, données novembre 2006	Écart ONDPS/SAE 2006
Alsace	562	635	73
Aquitaine	693	823	130
Auvergne	329	367	38
Basse-Normandie	395	424	29
Bourgogne	389	388	-1
Bretagne	814	788	-26
Centre	438	452	14
Champagne-Ardenne	347	355	8
Corse			0
Franche-Comté	396	405	9
Guadeloupe	74	143	69
Guyane	23		-23
Haute-Normandie	442	489	47
Île-de-France	2 857	2 639*	-218*
Languedoc-Roussillon	586	560	-26
Limousin	237	232	-5
Lorraine	606	712	106
Martinique	101		-101
Midi-Pyrénées	691	687	-4
Nord-Pas-de-Calais	1 003	1 162	159
Pays de la Loire	810	879	69
Picardie	469	444	-25
Poitou-Charentes	410	408	-2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 220	1 086	-134
Réunion	116	95	-21
Rhône-Alpes	1 568	1 594	26
France entière	15 576	15 767	191
Hors IDF	12 719	13 128	409

* Effectif incomplet du fait de l'absence des données d'un UFR d'Île-de-France.

Annexe 3

RÉPARTITION DES INTERNES DANS LES FILIÈRES SPÉCIALITÉS MÉDICALES ET CHIRURGICALES

Spécialité	Intitulé du DES	Effectifs	Répartition (5 ^e semestre et suivants)
Spécialités médicales	1 ^{re} et 2 ^e année	1 527	
	Années suivantes	2 248	
	dont : Anatomie et cytologie pathologique	113	5,0%
	Cardiologie et maladies vasculaires	359	16,0%
	Dermatologie et vénéréologie	163	7,3%
	Endocrinologie et métabolisme	113	5,0%
	Gastro-entérologie et hépatologie	149	6,6%
	Génétique médicale	15	0,7%
	Hématologie	42	1,9%
	Médecine interne	164	7,3%
	Médecine nucléaire	56	2,5%
	Médecine physique et de réadaptation	47	2,1%
	Néphrologie	108	4,8%
	Neurologie	133	5,9%
	Oncologie	109	4,8%
	Pathologies cardio-vasculaires	0	
	Pneumologie	106	4,7%
	Radiodiagnostic et imagerie médicale	473	21,0%
	Rhumatologie	98	4,4%
Spécialités chirurgicales	1 ^{re} et 2 ^e année	873	
	Années suivantes	1 286	
	dont : Chirurgie générale	853	66,3%
	Neurochirurgie	38	3,0%
	Ophthalmologie	258	20,1%
	ORL	136	10,6%
	Stomatologie	1	0,1%
	Total général	6 114	

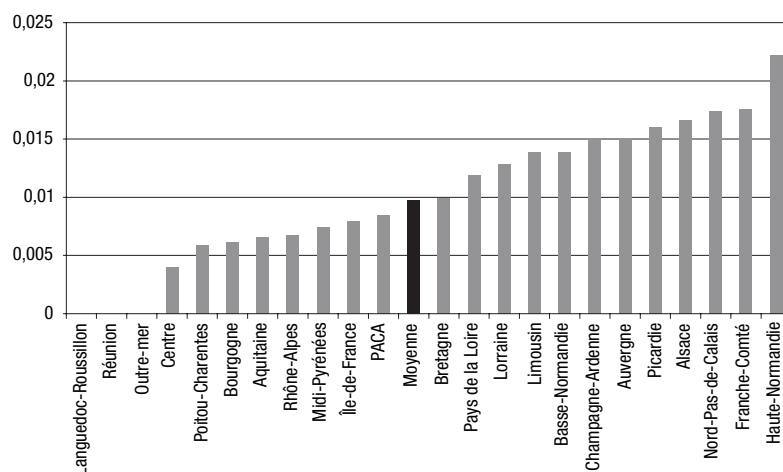
Champ : Ensemble des UFR.

Sources : DEPP-SISE, traitement DREES-BPS, année 2006-2007.

Annexe 4

GRAPHIQUE 1

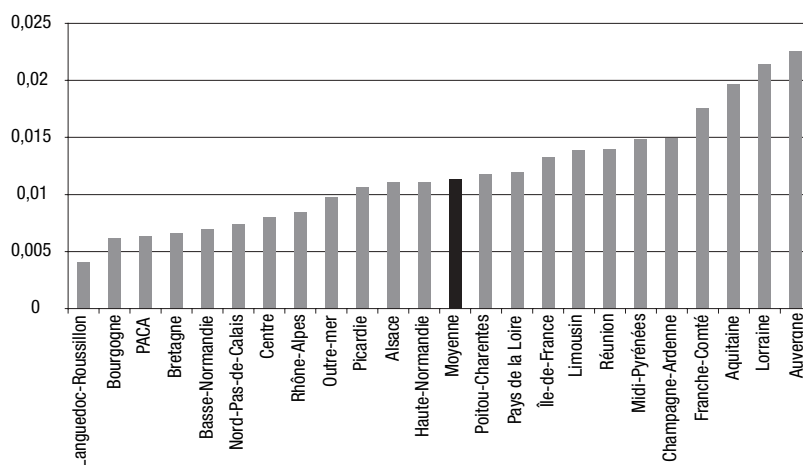
NOMBRE DE POSTES OUVERTS AUX ECN 2007 EN MÉDECINE DU TRAVAIL POUR 10 000 HABITANTS



Sources : STATISS 2006, arrêté du 28 juin 2007.

GRAPHIQUE 2

NOMBRE DE POSTES OUVERTS AUX ECN 2007 EN SANTÉ PUBLIQUE POUR 10 000 HABITANTS



Sources : STATISS 2006, arrêté du 28 juin 2007.

Annexe 5

AUTORISATIONS DE PLEIN EXERCICE DE LA MÉDECINE EN FRANCE DE 1974 À NOVEMBRE 2007

Procédures	De 1974 à 1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total	Textes de référence	Observations
CSCT	2 187	27 77										4 964	Loi n° 72-661 du 13/7/1972	Procédure achevée en 2003
PAC				26 49	820	626	125	57	34	31	11	4 353	loi n° 99-641 du 27/7/1999 portant création d'une couverture maladie universelle (article 60)	Les demandes doivent être déposées avant le 31/12/2010
Commission de recours								154				154	Loi n° 99-641 du 27/07/1999 (article 60-IV)	Procédure achevée en 2004
Autorisation suite à la reconnaissance du diplômé par un État membre de l'UE						22	25	40	14	72	47	220	Article L. 4111-2 (II) du Code de la santé publique	
PAE									68	69	138	275	Article L. 4111-2 (I et I bis) du Code de la santé publique	Les autorisations sont accordées avec la qualification dans la spécialité
Total												9 966		

Source : DHOS.

Annexe 6

■ ■ Fiches régionales : bilan des diplômés et des inscrits à l'Ordre sur la période 2001-2005

Alsace

A- RÉSULTATS GLOBAUX 2001-2005

Cumul des DES : 309
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 318

B - ZOOM SUR QUELQUES DISCIPLINES

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Néphrologie	9	7
Neurologie	13	9
Radiodiagnostic et imagerie médicale	22	14
Rhumatologie	8	6
Ophthalmologie	11	10
Médecine du travail	30	13
Santé publique et médecine sociale	6	4
Biologie médicale	12	10
Pédiatrie	22	17

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Cardiologie et maladies vasculaires	19	23
Dermatologie et vénéréologie	6	9
Endocrinologie et métabolismes	3	4
Gastro-entérologie et hépatologie	7	9
Génétique médicale	2	3
Médecine interne	12	14
Médecine nucléaire	1	3
Médecine physique et réadaptation	1	2
Oncologie, option : oncologie médicale	0	2
Chirurgie générale	36	40
Neurochirurgie	1	2
ORL	8	11
Psychiatrie	26	29
Anesthésie-réanimation chirurgicale	27	50

C - POSITIONNEMENT ALSACE/DONNÉES NATIONALES

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Alsace
DES	9 589	309 (3,22 %)
Inscriptions à l'Ordre	10 500	318 (3,02 %)
	+9,50%	+2,91%

Aquitaine

A- RÉSULTATS GLOBAUX 2001-2005

Cumul des DES : 523

Cumul des inscriptions à l'Ordre : 507

B - ZOOM SUR QUELQUES DISCIPLINES

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Anatomie et cytologie pathologiques	10	9
Médecine interne	18	14
Médecine nucléaire	6	4
Néphrologie	8	5
Oncologie, option : oncologie médicale	5	2
Rhumatologie	9	4
Chirurgie générale	70	44
Médecine du travail	48	14
Biologie médicale	12	10

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Cardiologie et maladies vasculaires	27	35
Dermatologie et vénéréologie	12	16
Endocrinologie et métabolisme	6	10
Gastro-entérologie et hépatologie	10	12
Neurologie	9	12
Radiodiagnostic et imagerie médicale	34	59
Ophthalmologie	18	22
ORL	12	13
Santé publique et médecine sociale	16	18
Psychiatrie	50	54
Gynécologie-obstétrique	20	27
Pédiatrie	26	30
Anesthésie-réanimation chirurgicale	46	50

C - POSITIONNEMENT AQUITAINE/DONNÉES NATIONALES

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Aquitaine
DES	9 589	523 (5,45 %)
Inscriptions à l'Ordre	10 500	507 (4,82 %)
	+9,50%	-3,05 %

Auvergne

A- RÉSULTATS GLOBAUX 2001-2005

Cumul des DES : 283

Cumul des inscriptions à l'Ordre : 211

B - ZOOM SUR QUELQUES DISCIPLINES

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Anatomie et cytologie pathologiques	4	3
Cardiologie et maladies vasculaires	16	15
Endocrinologie et métabolisme	5	3
Gastro-entérologie et hépatologie	9	4
Génétique médicale	1	0
Médecine interne	6	5
Médecine nucléaire	4	2
Neurologie	8	6
Pneumologie	4	3
Radiodiagnostic et imagerie médicale	22	18
Rhumatologie	8	5
Chirurgie générale	31	27
Ophtalmologie	9	7
ORL	6	4
Stomatologie	1	0
Médecine du travail	32	5
Santé publique et médecine sociale	8	6
Biologie médicale	16	10
Psychiatrie	24	17
Pédiatrie	14	13
Anesthésie-réanimation chirurgicale	26	24

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Hématologie	1	2
Oncologie, option : radiothérapie	3	4
Oncologie, option : oncologie médicale	3	4
Gynécologie-obstétrique	13	15

C - POSITIONNEMENT AUVERGNE/DONNÉES NATIONALES

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Auvergne
DES	9 589	283 (2,95 %)
Inscriptions à l'Ordre	10 500	211 (2 %)
	+9,50%	-25,44 %

Basse-Normandie

A- RÉSULTATS GLOBAUX 2001-2005

Cumul des DES : 233

Cumul des inscriptions à l'Ordre : 205

B - ZOOM SUR QUELQUES DISCIPLINES

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Cardiologie et maladies vasculaires	12	11
Endocrinologie et métabolisme	6	5
Gastro-entérologie et hépatologie	10	6
Hématologie	1	0
Neurologie	7	6
Oncologie, option : radiothérapie	2	1
Oncologie, option : oncologie médicale	4	0
Pneumologie	5	4
Chirurgie générale	26	25
Médecine du travail	17	9
Psychiatrie	19	17
Gynécologie-obstétrique	18	8
Pédiatrie	22	13

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Anatomie et cytologie pathologiques	3	4
Radiodiagnostic et imagerie médicale	11	13
Rhumatologie	5	9
Neurochirurgie	2	3
Ophthalmologie	5	8
ORL	4	6
Biologie médicale	4	6
Anesthésie-réanimation chirurgicale	30	31

C - POSITIONNEMENT BASSE-NORMANDIE/DONNÉES NATIONALES

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Basse-Normandie
DES	9 589	233 (2,42 %)
Inscriptions à l'Ordre	10 500	205 (1,95 %)
	+9,50%	+12,01%

Bourgogne

A- RÉSULTATS GLOBAUX 2001-2005

Cumul des DES : 259
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 202

B - ZOOM SUR QUELQUES DISCIPLINES

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Anatomie et cytologie pathologiques	7	1
Cardiologie et maladies vasculaires	12	10
Dermatologie et vénéréologie	8	3
Endocrinologie et métabolisme	9	5
Gastro-entérologie et hépatologie	8	6
Génétique médicale	2	1
Hématologie	1	0
Médecine nucléaire	4	3
Médecine physique et réadaptation	2	0
Neurologie	8	7
Oncologie, option : oncologie médicale	8	4
Radiodiagnostic et imagerie médicale	19	10
Chirurgie générale	28	27
Neurochirurgie	1	0
Médecine du travail	17	2
Psychiatrie	38	23
Pédiatrie	19	12

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Néphrologie	1	2
Oncologie, option : radiothérapie	1	3
Pneumologie	5	7
Ophthalmologie	5	9
ORL	2	3
Biologie médicale	6	8
Gynécologie-obstétrique	10	13
Anesthésie-réanimation chirurgicale	27	32

C - POSITIONNEMENT BOURGOGNE/DONNÉES NATIONALES

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Bourgogne
DES	9 589	259 (2,70 %)
Inscriptions à l'Ordre	10 500	202 (1,92 %)
	+9,50%	-22 %

Bretagne

A- RÉSULTATS GLOBAUX 2001-2005

Cumul des DES : 437
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 478

B - ZOOM SUR QUELQUES DISCIPLINES

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Gastro-entérologie et hépatologie	20	18
Hématologie	3	2
Médecine nucléaire	6	4
Médecine du travail	50	25
Santé publique et médecine sociale	10	6
Gynécologie-obstétrique	25	21
Pédiatrie	32	31

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Cardiologie et maladies vasculaires	23	31
Endocrinologie et métabolisme	2	7
Génétique médicale	1	2
Médecine interne	8	11
Médecine physique et réadaptation	5	9
Néphrologie	2	3
Neurologie	9	13
Oncologie, option : oncologie médicale	0	1
Pneumologie	16	21
Rhumatologie	6	12
Chirurgie générale	38	44
Neurochirurgie	2	3
Ophthalmologie	10	23
ORL	10	12
Biologie médicale	20	27
Psychiatrie	43	44
Anesthésie-réanimation chirurgicale	47	59

C - POSITIONNEMENT BRETAGNE/DONNÉES NATIONALES

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Bretagne
DES	9 589	437 (4,55 %)
Inscriptions à l'Ordre	10 500	478 (4,55 %)
	+9,50%	+9,38%

Centre

A- RÉSULTATS GLOBAUX 2001-2005

Cumul des DES : 231
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 231

B - ZOOM SUR QUELQUES DISCIPLINES

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Anatomie et cytologie pathologiques	5	4
Cardiologie et maladies vasculaires	23	16
Endocrinologie et métabolisme	4	2
Oncologie, option : radiothérapie	3	1
Radiodiagnostic et imagerie médicale	28	17
Neurochirurgie	2	1
Santé publique et médecine sociale	1	0
Biologie médicale	8	6
Psychiatrie	24	18
Gynécologie-obstétrique	17	15
Pédiatrie	21	18

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Dermatologie et vénéréologie	8	11
Gastro-entérologie et hépatologie	5	7
Médecine physique et réadaptation	0	3
Néphrologie	4	6
Neurologie	5	6
Oncologie, option : oncologie médicale	1	2
Pneumologie	1	8
Rhumatologie	4	8
Chirurgie générale	24	25
Ophthalmologie	4	9
ORL	2	5
Stomatologie	0	2
Anesthésie-réanimation chirurgicale	22	26

C - POSITIONNEMENT CENTRE/DONNÉES NATIONALES

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Centre
DES	9 589	231 (2,40 %)
Inscriptions à l'Ordre	10 500	231 (2,20 %)
	+ 9,50 %	

Champagne-Ardenne

A- RÉSULTATS GLOBAUX 2001-2005

Cumul des DES : 193
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 187

B - ZOOM SUR QUELQUES DISCIPLINES

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Dermatologie et vénéréologie	9	6
Hématologie	1	0
Médecine nucléaire	2	1
Médecine physique et réadaptation	4	2
Neurologie	1	0
Oncologie, option : radiothérapie	2	1
ORL	6	5
Médecine du travail	10	5
Biologie médicale	4	3
Psychiatrie	17	12
Pédiatrie	19	11

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Anatomie et cytologie pathologiques	1	2
Oncologie, option : oncologie médicale	1	2
Radiodiagnostic et imagerie médicale	13	21
Chirurgie générale	21	24
Ophthalmologie	5	6
Anesthésie-réanimation chirurgicale	26	35

C - POSITIONNEMENT CHAMPAGNE-ARDENNE/DONNÉES NATIONALES Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Champagne-Ardenne
DES	9 589	193 (2,01 %)
Inscriptions à l'Ordre	10 500	187 (1,78 %)
	+9,50%	-3,10 %

Franche-Comté

A- RÉSULTATS GLOBAUX 2001-2005

Cumul des DES : 222
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 170

B - ZOOM SUR QUELQUES DISCIPLINES

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Anatomie et cytologie pathologiques	4	3
Cardiologie et maladies vasculaires	11	10
Dermatologie et vénéréologie	4	3
Endocrinologie et métabolisme	4	3
Gastro-entérologie et hépatologie	8	4
Hématologie	3	2
Médecine nucléaire	3	2
Pneumologie	5	3
Radiodiagnostic et imagerie médicale	16	11
Rhumatologie	4	3
Chirurgie générale	30	27
Neurochirurgie	3	1
Médecine du travail	11	1
Santé publique et médecine sociale	3	1
Biologie médicale	7	5
Psychiatrie	21	18
Gynécologie-obstétrique	17	7
Pédiatrie	17	13
Anesthésie-réanimation chirurgicale	22	18

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Médecine interne	4	6
Néphrologie	3	4
Neurologie	4	5
Ophthalmologie	6	8

C - POSITIONNEMENT FRANCHE-COMTÉ/DONNÉES NATIONALES

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Franche-Comté
DES	9 589	222 (2,31 %)
Inscriptions à l'Ordre	10 500	170 (1,61 %)
	+9,50%	-23,42%

Haute-Normandie

A- RÉSULTATS GLOBAUX 2001-2005

Cumul des DES : 347
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 263

B - ZOOM SUR QUELQUES DISCIPLINES

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Cardiologie et maladies vasculaires	18	12
Dermatologie et vénéréologie	12	11
Endocrinologie et métabolisme	8	3
Hématologie	1	0
Médecine interne	7	6
Médecine physique et réadaptation	4	3
Neurologie	16	8
Oncologie, option : radiothérapie	2	1
Pneumologie	11	7
Radiodiagnostic et imagerie médicale	27	17
Chirurgie générale	40	25
Stomatologie	3	
Médecine du travail	22	11
Psychiatrie	33	20
Gynécologie-obstétrique	18	12
Pédiatrie	25	23
Anesthésie-réanimation chirurgicale	41	32

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Anatomie et cytologie pathologiques	1	2
Gastro-entérologie et hépatologie	9	10
Médecine nucléaire	2	3
Ophthalmologie	7	8
ORL	10	12
Santé publique et médecine sociale	5	7
Biologie médicale	6	8

C - POSITIONNEMENT HAUTE-NORMANDIE/DONNÉES NATIONALES

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Haute-Normandie
DES	9 589	347 (3,61 %)
Inscriptions à l'Ordre	10 500	263 (2,50 %)
	+9,50%	-24,20 %

Île-de-France

A- RÉSULTATS GLOBAUX 2001-2005

Cumul des DES : 1978
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 2924

B - ZOOM SUR QUELQUES DISCIPLINES

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Médecine du travail	135	98
Gynécologie médicale	5	0

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Anatomie et cytologie pathologiques	22	32
Cardiologie et maladies vasculaires	120	160
Dermatologie et vénéréologie	58	82
Endocrinologie et métabolisme	46	60
Gastro-entérologie et hépatologie	72	99
Génétique médicale	4	6
Hématologie	27	39
Médecine interne	58	109
Médecine nucléaire	3	13
Médecine physique et réadaptation	5	25
Néphrologie	37	51
Neurologie	53	90
Oncologie, option : radiothérapie	5	33
Oncologie, option : oncologie médicale	20	23
Pneumologie	58	77
Radiodiagnostic et imagerie médicale	131	211
Rhumatologie	38	54
Chirurgie générale	221	292
Neurochirurgie	14	16
Ophthalmologie	65	146
ORL	59	77
Stomatologie	0	5
Santé publique et médecine sociale	60	82
Biologie médicale	69	123
Psychiatrie	198	303
Gynécologie-obstétrique	69	136
Pédiatrie	167	267
Anesthésie-réanimation chirurgicale	159	215

C - POSITIONNEMENT ÎLE-DE-FRANCE/DONNÉES NATIONALES

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Île-de-France
DES	9 589	1 978 (20,62 %)
Inscriptions à l'Ordre	10 500	2 924 (27,84 %)
	+9,50%	+47,82%

Languedoc-Roussillon

A- RÉSULTATS GLOBAUX 2001-2005

Cumul des DES : 344
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 422

B - ZOOM SUR QUELQUES DISCIPLINES

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Anatomie et cytologie pathologiques	8	5
Dermatologie et vénéréologie	9	8
Hématologie	1	0
Oncologie, option : oncologie médicale	3	2
Médecine du travail	24	7
Santé publique et médecine sociale	6	5

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Cardiologie et maladies vasculaires	8	5
Endocrinologie et métabolisme	9	14
Gastro-entérologie et hépatologie	13	23
Médecine interne	12	18
Neurologie	11	14
Oncologie, option : radiothérapie	3	5
Pneumologie	6	7
Radiodiagnostic et imagerie médicale	22	40
Rhumatologie	7	14
Chirurgie générale	37	42
Neurochirurgie	1	3
Ophtalmologie	10	16
ORL	8	13
Stomatologie	0	1
Biologie médicale	16	22
Psychiatrie	25	27
Pédiatrie	22	30
Anesthésie-réanimation chirurgicale	35	52

C - POSITIONNEMENT LANGUEDOC-ROUSSILLON/DONNÉES NATIONALES

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Languedoc-Roussillon
DES	9 589	344 (3,58 %)
Inscriptions à l'Ordre	10 500	422 (4,01 %)
	+9,50%	+22,67%

Limousin

A- RÉSULTATS GLOBAUX 2001-2005

Cumul des DES : 166
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 136

B - ZOOM SUR QUELQUES DISCIPLINES

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Cardiologie et maladies vasculaires	9	6
Dermatologie et vénéréologie	5	2
Gastro-entérologie et hépatologie	4	2
Hématologie	2	1
Médecine physique et réadaptation	4	2
Néphrologie	6	4
Neurologie	5	3
Rhumatologie	5	3
Médecine du travail	19	3
Biologie médicale	12	7
Psychiatrie	15	11

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Médecine nucléaire	0	1
Oncologie, option : radiothérapie	2	3
Pneumologie	2	3
Radiodiagnostic et imagerie médicale	8	11
Neurochirurgie	1	2
Ophthalmologie	3	4
Stomatologie	0	1
Gynécologie-obstétrique	7	10

C - POSITIONNEMENT LIMOUSIN/DONNÉES NATIONALES

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Limousin
DES	9 589	166 (1,73 %)
Inscriptions à l'Ordre	10 500	136 (1,29 %)
	+9,50%	-18,07 %

Lorraine

A- RÉSULTATS GLOBAUX 2001-2005

Cumul des DES : 381
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 367

B - ZOOM SUR QUELQUES DISCIPLINES

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Anatomie et cytologie pathologiques	10	7
Dermatologie et vénéréologie	15	10
Endocrinologie et métabolisme	6	5
Hématologie	3	1
Médecine physique et réadaptation	9	6
Néphrologie	4	3
Oncologie, option : radiothérapie	6	2
Oncologie, option : oncologie médicale	8	6
Neurochirurgie	2	1
Médecine du travail	28	16
Santé publique et médecine sociale	10	5
Psychiatrie	35	30
Pédiatrie	24	19

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Cardiologie et maladies vasculaires	21	23
Gastro-entérologie et hépatologie	9	10
Médecine interne	5	7
Neurologie	7	9
Pneumologie	11	13
Radiodiagnostic et imagerie médicale	27	34
Chirurgie générale	48	49
Ophtalmologie	11	12
Stomatologie	0	1
Biologie médicale	7	8
Gynécologie-obstétrique	10	11
Anesthésie-réanimation chirurgicale	45	59

C - POSITIONNEMENT LORRAINE/DONNÉES NATIONALES

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Lorraine
DES	9 589	381 (3,97%)
Inscriptions à l'Ordre	10 500	367 (3,49%)
	+9,50%	-3,67%

Midi-Pyrénées

A- RÉSULTATS GLOBAUX 2001-2005

Cumul des DES : 421
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 457

B - ZOOM SUR QUELQUES DISCIPLINES

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Oncologie, option : oncologie médicale	7	4
Radiodiagnostic et imagerie médicale	31	30
Médecine du travail	35	12
Santé publique et médecine sociale	17	15
Biologie médicale	30	8

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Anatomie et cytologie pathologiques	9	10
Cardiologie et maladies vasculaires	25	41
Dermatologie et vénéréologie	11	12
Gastro-entérologie et hépatologie	12	13
Hématologie	1	2
Médecine interne	8	12
Médecine nucléaire	3	7
Néphrologie	9	12
Neurologie	16	19
Oncologie, option : radiothérapie	3	6
Pneumologie	8	13
Rhumatologie	11	13
Chirurgie générale	35	40
Neurochirurgie	0	2
Ophthalmologie	8	16
ORL	5	7
Psychiatrie	29	41
Gynécologie-obstétrique	17	22
Pédiatrie	34	41
Anesthésie-réanimation chirurgicale	39	41

C - POSITIONNEMENT MIDI-PYRÉNÉES/DONNÉES NATIONALES

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Midi-Pyrénées
DES	9 589	421 (4,39 %)
Inscriptions à l'Ordre	10 500	457 (4,35 %)
	+9,50%	8,55 %

Nord - Pas-de-Calais

A- RÉSULTATS GLOBAUX 2001-2005

Cumul des DES : 797
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 824

B - ZOOM SUR QUELQUES DISCIPLINES

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Endocrinologie et métabolisme	20	18
Hématologie	15	8
Médecine interne	17	16
Médecine physique et réadaptation	10	9
Néphrologie	11	9
Oncologie, option : radiothérapie	7	3
Oncologie, option : oncologie médicale	9	4
Pneumologie	27	18
Chirurgie générale	93	88
Médecine du travail	48	27
Santé publique et médecine sociale	11	9
Psychiatrie	84	75
Pédiatrie	53	48

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Anatomie et cytologie pathologiques	7	9
Cardiologie et maladies vasculaires	43	49
Dermatologie et vénéréologie	17	18
Gastro-entérologie et hépatologie	19	22
Médecine nucléaire	7	12
Neurologie	22	26
Radiodiagnostic et imagerie médicale	70	110
Rhumatologie	11	12
Neurochirurgie	4	5
Ophtalmologie	23	24
Biologie médicale	21	26
Anesthésie-réanimation chirurgicale	97	128

C - POSITIONNEMENT NORD-PAS-DE-CALAIS/DONNÉES NATIONALES

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Nord-Pas-de-Calais
DES	9 589	797 (8,31 %)
Inscriptions à l'Ordre	10 500	824 (7,84 %)
	+9,50%	+10,93%

Pays de la Loire

A- RÉSULTATS GLOBAUX 2001-2005

Cumul des DES : 557
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 477

B - ZOOM SUR QUELQUES DISCIPLINES

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Cardiologie et maladies vasculaires	28	25
Endocrinologie et métabolisme	12	11
Médecine physique et réadaptation	8	6
Oncologie, option : radiothérapie	9	6
Rhumatologie	11	7
Chirurgie générale	67	57
ORL	12	11
Médecine du travail	36	9
Santé publique et médecine sociale	7	2
Biologie médicale	20	16
Psychiatrie	50	47
Gynécologie-obstétrique	42	26
Gynécologie médicale	1	0
Pédiatrie	48	32

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Anatomie et cytologie pathologiques	6	7
Dermatologie et vénéréologie	15	16
Hématologie	3	5
Médecine interne	10	13
Médecine nucléaire	2	3
Neurologie	9	15
Ophtalmologie	15	18

C - POSITIONNEMENT PAYS DE LA LOIRE/DONNÉES NATIONALES

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Pays de la Loire
DES	9 589	557 (5,80 %)
Inscriptions à l'Ordre	10 500	477 (4,54 %)
	+9,50%	-14,36 %

Picardie

A- RÉSULTATS GLOBAUX 2001-2005

Cumul des DES : 247
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 211

B - ZOOM SUR QUELQUES DISCIPLINES

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Anatomie et cytologie pathologiques	4	2
Cardiologie et maladies vasculaires	19	17
Dermatologie et vénéréologie	8	3
Gastro-entérologie et hépatologie	9	4
Médecine interne	4	3
Néphrologie	2	1
Oncologie, option : radiothérapie	1	0
Radiodiagnostic et imagerie médicale	28	12
Rhumatologie	5	4
Médecine du travail	10	8
Biologie médicale	11	5
Gynécologie-obstétrique	11	7
Anesthésie-réanimation chirurgicale	34	25

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Endocrinologie et métabolisme	4	5
Neurologie	3	6
Pneumologie	6	7
Chirurgie générale	33	35
Ophtalmologie	7	10
ORL	3	6
Psychiatrie	23	28

C - POSITIONNEMENT PICARDIE/DONNÉES NATIONALES

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Picardie
DES	9 589	247 (2,57 %)
Inscriptions à l'Ordre	10 500	211 (2 %)
	+9,50%	-14,57 %

Poitou-Charentes

A- RÉSULTATS GLOBAUX 2001-2005

Cumul des DES : 198
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 181

B - ZOOM SUR QUELQUES DISCIPLINES

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre
sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Endocrinologie et métabolisme	3	1
Médecine physique et réadaptation	3	2
Radiodiagnostic et imagerie médicale	19	15
Chirurgie générale	28	18
Neurochirurgie	3	2
ORL	6	4
Stomatologie	1	0
Santé publique et médecine sociale	3	2
Biologie médicale	13	7
Psychiatrie	24	17
Gynécologie-obstétrique	13	12
Anesthésie-réanimation chirurgicale	25	22

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre
sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Cardiologie et maladies vasculaires	6	10
Dermatologie et vénéréologie	5	7
Hématologie	0	1
Médecine interne	2	3
Neurologie	4	5
Oncologie, option : oncologie médicale	3	4
Pneumologie	4	5
Rhumatologie	1	3
Ophthalmologie	9	10
Médecine du travail	0	4
Pédiatrie	8	12

C - POSITIONNEMENT POITOU-CHARENTES/DONNÉES NATIONALES

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Poitou-Charentes
DES	9 589	198 (2,06 %)
Inscriptions à l'Ordre	10 500	181 (1,72 %)
	+9,50%	-8,58 %

Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA)

A- RÉSULTATS GLOBAUX 2001-2005

Cumul des DES : 675
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 846

B - ZOOM SUR QUELQUES DISCIPLINES

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Oncologie, option : radiothérapie	9	6
Rhumatologie	15	13
Médecine du travail	63	32
Santé publique et médecine sociale	16	15

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Cardiologie et maladies vasculaires	47	49
Endocrinologie et métabolisme	17	23
Gastro-entérologie et hépatologie	18	30
Hématologie	0	3
Médecine interne	21	22
Médecine nucléaire	5	7
Médecine physique et réadaptation	6	10
Néphrologie	6	8
Neurologie	12	15
Oncologie, option : oncologie médicale	6	9
Pneumologie	11	13
Radiodiagnostic et imagerie médicale	53	78
Chirurgie générale	74	83
Neurochirurgie	3	4
Ophtalmologie	23	46
ORL	15	21
Stomatologie	0	2
Biologie médicale	36	46
Psychiatrie	49	81
Gynécologie-obstétrique	13	30
Pédiatrie	34	49
Anesthésie-réanimation chirurgicale	75	103

C - POSITIONNEMENT PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR/DONNÉES NATIONALES

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	PACA
DES	9 589	675 (7,03%)
Inscriptions à l'Ordre	10 500	846 (8,05%)
	+9,50%	+25,33%

Rhône-Alpes

A- RÉSULTATS GLOBAUX 2001-2005

Cumul des DES : 788
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 883

B - ZOOM SUR QUELQUES DISCIPLINES

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Endocrinologie et métabolisme	17	15
Oncologie, option : oncologie médicale	9	7
Ophtalmologie	28	25
Médecine du travail	83	34
Biologie médicale	29	28

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Anatomie et cytologie pathologiques	10	12
Cardiologie et maladies vasculaires	49	65
Dermatologie et vénéréologie	23	25
Gastro-entérologie et hépatologie	25	32
Hématologie	6	11
Médecine nucléaire	3	6
Médecine physique et réadaptation	4	9
Néphrologie	10	13
Neurologie	18	23
Pneumologie	14	19
Radiodiagnostic et imagerie médicale	59	77
Rhumatologie	14	18
Chirurgie générale	78	89
Neurochirurgie	3	4
ORL	17	30
Stomatologie	0	2
Santé publique et médecine sociale	9	12
Psychiatrie	79	82
Gynécologie-obstétrique	26	40
Pédiatrie	50	75
Anesthésie-réanimation chirurgicale	93	98

C - POSITIONNEMENT RHÔNE-ALPES/DONNÉES NATIONALES

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Rhône-Alpes
DES	9 589	788 (8,21 %)
Inscriptions à l'Ordre	10 500	863 (8,21 %)
	+9,50%	+9,51%

Annexe 7

Les contributeurs

Les travaux du groupe de travail dont ce tome constitue la synthèse ont été présidés par le professeur Berland.

Rapporteur des travaux : **Martine Burdillat**, secrétaire générale de l'ONDPS.

■ ■ La conception et l'exploitation du questionnaire ont été réalisés par :

Dr Jean-Pierre Danin, médecin inspecteur régional, pôle Santé publique, DRASS Basse-Normandie ;

Benoît Ellboode, président de l'Inter syndicat national des hôpitaux des villes de faculté (ISNIH) ;

Pascal Forcioli, directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) de Picardie ;

Daniel Foulon, chargé de mission au bureau « Démographie et formation médicale » (M1), sous-direction « Professions médicales et personnels hospitaliers », Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) ;

Pr Jean-Paul Francke, doyen de la faculté de médecine de Lille ;

Noémie Oswalt, bureau « Démographie et formation médicale » (M1), sous-direction « Professions médicales et personnels hospitaliers », DHOS ;

Monique Reynot, responsable du service « Formations et professions », pôle Santé, DRASS Île-de-France ;

Marie-Thérèse Segura, inspectrice de l'Action sanitaire et sociale, pôle Santé publique, inspection régionale de santé, secteur des médecins hospitaliers, DRASS PACA.

■ Avec la collaboration de l'ensemble des responsables de la gestion des internes dans les DRASS, des services de scolarité des facultés de médecine et de :

Dr Dominique Baubeau, chef de service PMI/Actions de santé, conseil général des Yvelines ;

Valérie Evans, assistante à l'ONDPS ;

André Gay, ancien trésorier adjoint de l'ISNIH ;

Gabriel Ko, ancien chargé des « Relations européennes », ISNIH ;

Isabelle Leclerc, chargée de mission auprès du sous-directeur, sous-direction « Professions médicales et personnels médicaux hospitaliers », direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) ;

Pierre Loulergue, président de l'Inter syndicat national des chefs de clinique assistant des hôpitaux de villes de faculté (ISNCCA), membre du conseil d'orientation de l'ONDPS ;

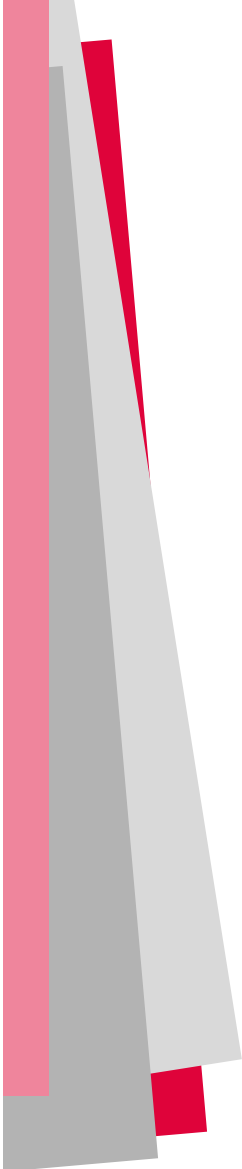
Olivier Mir, ancien président de l'ISNIH ;

Marc Oberlis, sous-directeur, sous-direction « Professions médicales et personnels médicaux hospitaliers », DHOS.

■ ■ Ont participé au groupe de travail :

Evelyne Bernard, gestion des internes en médecine, pôle santé, politique régionale de santé, DRASS Languedoc-Roussillon ;

Marie-Christine Borel, inspectrice des affaires sanitaires et sociales, pôle Santé publique, professions médicales et paramédicales, DRASS Limousin ;
Valeria de Franco, présidente du Syndicat des internes de Nantes ;
Lola Fourcade, vice-présidente du Syndicats des internes des Hôpitaux de Paris (SIHP), trésorière ISNIH ;
Roselyne Gateau, médecin inspecteur de santé publique, conseils et inspections en santé, inspection régionale de santé, DRASS Auvergne ;
Céline Laurent, « bureau de l'Internat », DRASS Franche-Comté ;
Sylvia Maille, statisticienne, DRASS Languedoc-Roussillon ;
Christiane Poncet, statisticienne, DRASS Franche-Comté.



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

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

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

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

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

ONDPS

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

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



TOME 3

ANALYSE DES PROFESSIONS Chirurgien-dentiste, les métiers de la périnatalité

Le rapport 2006-2007



Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



TOME 3

ANALYSE
DES PROFESSIONS
Chirurgien-dentiste,
les métiers de la périnatalité

Le rapport 2006-2007



Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



© ONDPS, 2008
ISBN : 978-2-11-097349-8
DICOM : 08.037
Réalisation : www.lasouris.org

TABLE DES MATIÈRES

7 INTRODUCTION

LA PROFESSION DE CHIRURGIEN-DENTISTE

13 DÉMOGRAPHIE DES CHIRURGIENS-DENTISTES : SITUATION EN 2006 ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

MARC COLLET, DANIEL SICART (DREES)

14 La situation démographique des chirurgiens-dentistes

14 *Entre 1990 et 2006, le taux de croissance annuel moyen des effectifs*

de chirurgiens-dentistes a été le plus faible de toutes les professions de santé

16 *Une timide percée du salariat en lien avec la féminisation de la profession,*
mais un exercice encore essentiellement libéral

18 *Des inégalités territoriales fortes entre Nord et Sud et entre communes rurales*
et grands pôles urbains qui s'expliqueraient davantage par des choix personnels
ou professionnels que par la recherche de rentabilité économique

20 Les trajectoires professionnelles actuellement observées

20 *Le nombre de diplômés s'inscrivant à l'Ordre a fluctué avec la mise en place*
du numerus clausus

23 *Les diplômés exercent l'« art dentaire » et entrent rapidement dans la vie active*
mais de manière différenciée selon le sexe

24 *Des interruptions d'activité prématurées chez les salariés et des fins de carrière*
tardives chez les hommes

24 *Le passage à l'exercice libéral concerne principalement les jeunes salariés*

26 La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030 : un exercice de projection au niveau national

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

28 *Le nombre de sorties d'activité continuerait d'augmenter pour atteindre*
son maximum autour de 2020

29 *La profession continuerait à vieillir jusqu'en 2015, avant de retrouver en 2030*
l'âge moyen de 2006

31 *À comportements inchangés, la répartition entre libéraux et salariés*
demeurerait constante, avec une féminisation accrue du secteur libéral

32 *Examen des impacts possibles des variations du numerus clausus*
et des comportements d'entrée et de mobilité professionnelle

33 *Un relèvement du numerus clausus de 100 étudiants atténuerait de trois points*
la diminution de la densité à l'horizon 2030

35 *L'accroissement de la féminisation parmi les diplômés aurait à l'horizon 2030*
un impact marginal sur la densité de la profession

35 **En conclusion**

LE MÉTIER DE CHIRURGIEN-DENTISTE : COMMENT LES PRATICIENS LE VIVENT

JULIE MICHEAU, ELSA RIGAL (PLEIN SENS)

- 38** Introduction
- 38** *Une profession libérale...*
- 39** *... mais une profession très isolée et qui semble en marge de la santé publique*
- 41** Le métier raconté par les hommes et les femmes qui l'exercent
- 41** *Des histoires plutôt que des carrières : entrée, sorties et moments clés de la vie professionnelle*
- 44** *Les conditions d'exercice : entre choix et opportunités*
- 48** *Les évolutions de l'exercice*
- 50** *Territoires, patients et réponse à la demande de soins*
- 52** *L'art, l'introuvable norme et la pratique*
- 56** *Les références identitaires de la profession*
- 56** *Une responsabilité qui se limite à la patientèle existante*
- 57** *L'attrait et les désagréments du métier*
- 60** En guise de conclusion, des perspectives

LES MÉTIERS DE LA PÉRINATALITÉ

DOCTEUR ÉVELYNE JOUBERT (ONDPS)

65 INTRODUCTION

68 LES EFFECTIFS SELON LES SOURCES ADMINISTRATIVES

- 68** Présentation de la méthode
- 68** *Effectifs au 1^{er} janvier 2006*
- 68** *Estimation du nombre de sorties de janvier 2006 à janvier 2011*
- 68** *Estimation du nombre d'entrées de 2006 à 2011*
- 69** *Estimation du nombre de professionnels au 1^{er} janvier 2011*
- 69** *Densités régionales*
- 70** *Offre de soins*

71 LES ÉQUIPEMENTS ET LES EFFECTIFS EN OBSTÉTRIQUE

- 71** Les équipements
- 71** Les gynéco-obstétriciens
- 73** Les sages-femmes
- 74** Les anesthésistes
- 75** Les gynécologues médicaux
- 76** Les médecins généralistes

77 LES ÉQUIPEMENTS ET LES EFFECTIFS EN NÉONATOLOGIE

- 77** Les équipements
- 77** *Lits de néonatalogie et lits de soins intensifs*
- 79** *Lits de réanimation néonatale*
- 78** Les professionnels

- 78 *Les pédiatres*
- 79 *Les puéricultrices*
- 80 **LES CONTRASTES DES SITUATIONS RÉGIONALES**
- 81 Synthèse par région

ANNEXES

- 97 **ANNEXE 1**
- 97 Une approche régionale de l'offre et de la consommation de soins menée en Provence-Alpes-Côte d'Azur
- 101 **ANNEXE 2**
- 101 Audition des spécialistes en gynécologie médicale

CONTRIBUTION : LES MÉTIERS DES SERVICES DU BLOC OPÉRATOIRE

- 111 **DIVERSITÉ DES PRATIQUES ET DES ARTICULATIONS AVEC LES AUTRES SERVICES**
RÉGINE BERCOT (UMR CNRS 7183 ET IRIS CONSEIL SANTÉ)
- 111 Introduction
- 113 Les enjeux d'un bon fonctionnement du bloc opératoire
- 113 *Éviter les attentes des patients*
- 114 *Améliorer le temps d'occupation et la productivité des installations*
- 114 *Permettre la disponibilité du personnel et la préparation des outils*
- 115 La gestion du bloc
- 115 *Les ambiguïtés*
- 117 *Les éléments clés d'une réussite de la régulation*
- 119 Les relations avec les autres services médicaux
- 119 *Les relations avec les services d'hospitalisation*
- 120 *Quels liens avec les services médicaux périphériques ?*
- 121 Les relations avec les services non médicaux
- 121 *Première configuration : le bloc, un usager comme un autre*
- 121 *Deuxième configuration : le bloc, un usager spécifique*
- 122 Adaptabilité : changement dans les pratiques et évolution des procédures
- 123 En conclusion



Introduction

Plusieurs professions ont été analysées, selon des approches différentes. Les résultats sont successivement présentés dans ce tome. Dans une première partie, les résultats du travail mené par la DREES sur les chirurgiens-dentistes correspondent à un état des lieux, tel que l'ONDPS le poursuit, chaque année, sur des professions particulières¹. Cette contribution permet donc, à l'instar de ce qui a été réalisé en 2004 pour les infirmiers, les sages-femmes et les manipulateurs en électroradiologie, puis en 2005 pour les pharmaciens, d'approfondir la connaissance particulière d'une profession, sous l'angle à la fois de sa démographie, de son activité et des évolutions qu'elle sera appelée à connaître.

Plusieurs éclairages sont mobilisés. En premier lieu, les données statistiques du Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes permettent de faire un point précis sur la situation démographique actuelle et sur la répartition des chirurgiens-dentistes.

Un peu plus de 40 000 praticiens actifs ont été recensés par l'Ordre national des chirurgiens-dentistes au 31 décembre 2006. Les effectifs ont crû régulièrement au cours des quinze dernières années, mais de manière plus modérée que la population française. La densité de chirurgiens-dentistes est ainsi passée de 67 à 65 pour 100 000 habitants entre 1990 et 2006. Le ralentissement de la croissance démographique (voire sa diminution à compter de 2004) ainsi que le vieillissement marqué de la profession sont consécutifs à la mise en place d'un *numerus clausus* depuis 1971 et à la réduction drastique du nombre de places ouvertes en deuxième année d'odontologie entre 1985 et 1995.

Avec plus de 90 % des chirurgiens-dentistes exerçant en cabinet individuel ou en tant qu'associés, la profession demeure très majoritairement libérale. En début de carrière, les femmes s'orientent davantage vers un exercice salarié que leurs homologues masculins. Avec une femme pour deux hommes actifs, elle reste aussi la moins féminisée des professions de santé réglementées en raison d'un mouvement de féminisation plus tardif et un peu moins marqué. Dans un contexte de libre installation des libéraux sur le territoire national, on observe une disparité importante des densités entre le nord et le sud du pays, d'une part, et une concentration des chirurgiens-dentistes dans les grandes agglomérations au détriment des zones rurales, d'autre part.

1. Cf. rapport 2004, tome 3, pour les sages-femmes, les infirmières et les manipulateurs en électroradiologie et rapport 2005, tome 2, pour les pharmaciens.

La mise en œuvre d'un scénario prospectif permet ensuite de dessiner les évolutions démographiques des chirurgiens-dentistes en activité à l'horizon 2030, sous l'hypothèse de comportements inchangés en termes de flux de formation, d'entrée dans la vie active, de mobilité professionnelle et de cessation d'activité. Si le *numerus clausus* était maintenu à 977 étudiants, la densité des chirurgiens-dentistes en France diminuerait encore sensiblement, passant de 65 pour 100 000 habitants en 2006 à 40 en 2030. Les entrées dans la vie active devraient s'accroître pour se stabiliser à partir de 2010-2015. En revanche, les cessations d'activité seraient toujours plus nombreuses, et le solde avec les entrées projetées devrait se creuser au cours des quinze prochaines années.

La profession continuerait de vieillir jusqu'en 2015, avant de rajeunir et de retrouver en 2030 le même niveau qu'en 2006 (48 ans). La proportion de femmes au sein de la profession serait toujours plus importante, pour atteindre 45 % en 2030. À comportements identiques, la diminution du nombre de chirurgiens-dentistes affecterait autant les libéraux que les salariés, d'où une répartition stable entre les deux modes d'exercice à l'horizon 2030. Deux scénarios alternatifs viennent compléter cette projection, l'un étudiant les effets d'un changement du *numerus clausus* et l'autre l'impact de modifications concernant l'entrée dans la vie active ou la mobilité sur les effectifs et la structure (par sexe et mode d'exercice) de la profession.

Le fait que ces projections soient réalisées sous certaines hypothèses de comportement rend particulièrement utile la confrontation avec la vision du métier et les préoccupations relatives à son évolution que développent les praticiens en exercice. C'est l'objet de l'étude qualitative, dont la synthèse est également présentée dans cette partie.

Dans le chapitre suivant, les professions intervenant dans le domaine de la périnatalité sont examinées dans le cadre d'une approche plus exploratoire, constituant une tentative de prise en compte du caractère collectif de la prise en charge des soins et des patients.

Des coopérations et des complémentarités sont en effet nécessaires entre différents professionnels pour assurer la prise en charge des patients. Mais l'appréciation de cette réalité se heurte au fait que les approches démographiques sont, de façon très exclusive, monoprofessionnelles. Le dénombrement des effectifs spécialité par spécialité et profession par profession constitue une limite très forte à la connaissance de l'état de l'offre de soins, et donc à l'appréciation de la qualité de la prise en charge des patients.

Le recensement des effectifs soignants concernés par la prise en charge de la périnatalité et celui des équipements ont été réalisés dans l'optique d'une prise en compte conjointe des professions intervenant dans ce domaine de santé qui a été défini comme l'ensemble des prestations et actes médicaux relatifs à la grossesse, à l'accouchement et aux premiers jours de la vie des nouveau-nés. Un descriptif régional harmonisé présente la situation relative des professions qui sont généralement considérées comme impliquées dans la périnatalité : gynéco-obstétriciens, sages-femmes, pédiatres, puéricultrices, anesthésistes, gynécologues médicaux. Ont également été inclus dans le cadre de cet état des lieux les effectifs des médecins généralistes en raison de leur rôle dans le suivi des femmes enceintes et des nouveau-nés.

L'état des lieux prend en compte l'âge des professionnels, ainsi que les prévisions de renouvellement des effectifs basées sur les effectifs en formation susceptibles d'exercer dans les trois à cinq prochaines années. Les professionnels sont recensés de façon exhaustive, mais sans que l'on puisse cerner la part de ceux dont la totalité, ou une partie, de l'activité est réellement dédiée à la prise en charge de la périnatalité. La disponibilité actuelle des données ne permet pas en effet de mettre en regard les professionnels et le contenu de leur activité. Cela constitue une limite pour tous ceux qui s'attachent, au niveau national, à la question de l'état de la prise en charge d'une pathologie ou d'une population données². A un niveau plus localisé³, il est en revanche possible d'initier une telle analyse.

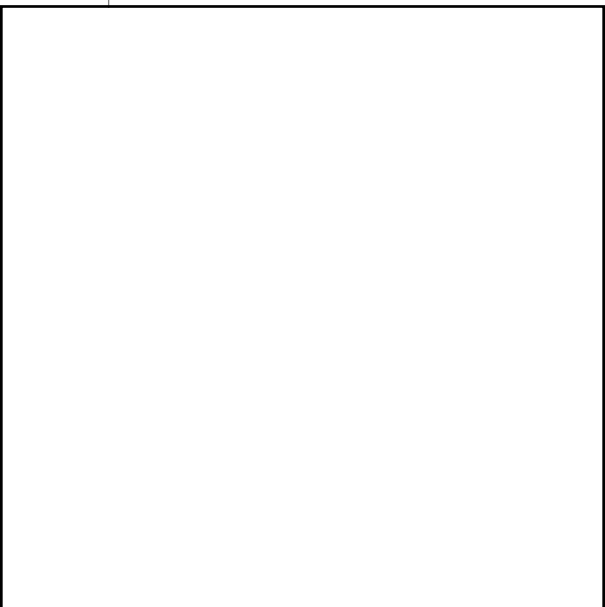
Enfin la contribution consacrée aux métiers et aux services mobilisés pour assurer le fonctionnement du bloc opératoire synthétise les résultats d'un travail de recherche. Il a porté sur l'analyse et le fonctionnement des blocs chirurgicaux hospitaliers sous l'angle de leurs relations avec leurs utilisateurs (chirurgiens, anesthésistes, etc.) et avec les unités connexes (pharmacie, laboratoires, stérilisation, maintenance, etc.)⁴. Il s'appuie essentiellement sur des entretiens effectués auprès des personnels impliqués (cadres de santé, IBODE, IADE, pharmaciens, etc.) dans trois établissements de nature différente : un centre hospitalier, un hôpital de l'AP-HP, une clinique privée. Le regard porté ici sur les métiers du « back office » attire l'attention sur l'importance de l'organisation du travail autour du bloc, des modalités de coopération entre le bloc et les différents services dont l'activité sert le bloc. Il met également en exergue l'importance des relations informelles, des ajustements mutuels et de la communication orale.

2. Cf. notamment D. SOMMELET, *L'Enfant et l'Adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé*, rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent, 28 octobre 2006.

3. Cf. tome 4, *Les Métiers de la cancérologie*. Grâce aux informations et aux données dont dispose l'INCA sur l'activité et les structures, un état des lieux plus précis a pu être réalisé.

4. R. Bercot, *Le Bloc chirurgical : diversité des pratiques et des articulations avec les autres services*, rapport ONDPS, décembre 2006, <http://www.sante.gouv.fr/ondps>

LA PROFESSION DE CHIRURGIEN-DENTISTE





émographie des chirurgiens-dentistes : situation en 2006 et projections à l'horizon 2030¹

Après une présentation de la situation des chirurgiens-dentistes en France au 31 décembre 2006, une deuxième partie décrit leurs comportements d'entrée, de mobilité et de sortie de la vie active. Une telle analyse permet de mieux comprendre les trajectoires professionnelles des chirurgiens-dentistes, leurs évolutions dans le temps et leurs déterminants, autant d'éléments indispensables pour fonder les projections démographiques.

La dernière partie présente des projections à moyen terme de la démographie des chirurgiens-dentistes en activité à l'horizon 2030. Elles sont fondées sur la poursuite des comportements observés sur la période 2000-2004, tant pour les flux de formation que pour les comportements d'entrée dans la vie active, de mobilité professionnelle (au sens de changement de mode d'exercice) et de cessation d'activité. Elles retracent des évolutions tendanciennes sous l'hypothèse d'une réglementation inchangée. Aussi ne constituent-elles pas des prévisions mais des scénarios permettant d'apprécier l'impact potentiel de telle ou telle décision ou hypothèse de comportement. Cet exercice prospectif a été réalisé par la DREES à partir des effectifs recensés par les fichiers de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD) au 31 décembre 2006. Il concerne les « chirurgiens-dentistes actifs », c'est-à-dire les diplômés exerçant en France une activité relevant de l'« art dentaire² » *stricto sensu* et tenus de s'inscrire à l'Ordre³.

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

2. « La pratique de l'art dentaire comporte la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants, suivant les modalités fixées par le Code de déontologie des chirurgiens-dentistes » (article L. 4141-1 du Code de la santé publique).

3. Cette définition exclut les diplômés d'odontologie qui n'exercent pas les métiers pour lesquels ils ont été formés ou les pratiquent à l'étranger. On peut considérer aujourd'hui que l'obligation de s'inscrire à l'Ordre est remplie par les chirurgiens-dentistes en activité en France, ce qui n'a probablement pas toujours été le cas par le passé.

La situation démographique des chirurgiens-dentistes

■ ■ Entre 1990 et 2006, le taux de croissance annuel moyen des effectifs de chirurgiens-dentistes a été le plus faible de toutes les professions de santé

Au 31 décembre 2006, l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD) recense environ 40 300 chirurgiens-dentistes actifs, c'est-à-dire exerçant une activité relevant de l'« art dentaire » sur le territoire français et donnant donc lieu à une inscription à l'Ordre (encadré 1). La très forte croissance des effectifs dans les années 1970 (+50 % en 10 ans) s'est amenuisée au fil des décennies, passant de +20 % au cours de la décennie 1980 à +4 % dans les années 1990, et même à -1,2 % entre 2000 et 2007 (graphique 1). La population française ayant évolué plus rapidement au cours des quinze dernières années, la densité de chirurgiens-dentistes a diminué, passant de 67 praticiens pour 100 000 habitants en 1990 à 65 actuellement. La France se situe ainsi dans une position intermédiaire par rapport aux autres pays développés comparables en termes d'offre de soins bucco-dentaires⁴ : les données 2005 montrent en effet que la France présente une densité de chirurgiens-dentistes par habitant proche de celle de l'Allemagne, de la Belgique, des États-Unis et du Japon. Elle reste inférieure à celle observée dans les pays scandinaves mais nettement supérieure à celle du Royaume-Uni et des pays de l'Europe du Sud et de l'Est.

Entre 1990 et 2006, le taux de croissance annuel moyen des effectifs de chirurgiens-dentistes a été le plus faible de toutes les professions de santé (+0,5 % contre +1,2 % pour les médecins, +1,6 % pour les pharmaciens et même près de +3 % par an pour les masseurs-kinésithérapeutes, les infirmières et les sages-femmes [Billaut, Breuil-Genier *et al.*, 2006]).

On assiste parallèlement à une hausse de l'âge moyen dans la profession : de 42 ans en 1990, il est passé à 47 ans en 2006, soit un âge moyen intermédiaire entre celui des pharmaciens (46 ans) et des médecins (49 ans). La diminution soutenue des entrées, consécutive au *numerus clausus* instauré depuis 1971, a en effet entraîné une réduction de la présence des jeunes générations (graphique 2) parmi l'ensemble des actifs et, par conséquent, un vieillissement marqué de la profession. Parallèlement, une plus grande représentation des femmes parmi les nouveaux entrants dans la vie active (aujourd'hui environ la moitié) est à l'origine d'une féminisation continue de la profession, qui compte actuellement 35 % de femmes contre 29 % en 1990. Par ailleurs, les femmes actives sont plus jeunes que leurs homologues masculins (44 ans contre 47 ans en moyenne). Pour autant, les chirurgiens-dentistes demeurent la profession de santé réglementée la moins féminisée en raison d'une progression plus tardive et un peu plus lente de la féminisation (Bessière, 2005).

4. Les conditions de formation et d'exercice des chirurgiens-dentistes ainsi que l'organisation de la prise en charge des soins bucco-dentaires sont très homogènes au sein des pays européens car régies par des textes de la Commission des Communautés européennes. Toutefois, la spécialisation en chirurgie buccale n'existe pas encore en France contrairement à d'autres pays européens.

ENCADRÉ 1

LES SOURCES STATISTIQUES RELATIVES AUX CHIRURGIENS-DENTISTES

● De quels dentistes parle-t-on ?

Les analyses réalisées, tant sur les évolutions démographiques que sur les trajectoires professionnelles, s'appuient principalement sur le fichier informatisé de données, rendues anonymes, des chirurgiens-dentistes inscrits à l'Ordre (extraits des fichiers actualisés aux 31 décembre de 2000 à 2004 et de 2006) mis à disposition de la DREES par l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD).

Le Code de la santé publique stipule que tout chirurgien-dentiste qui se propose d'exercer une activité relevant de l'« art dentaire » est tenu de faire une demande d'inscription au tableau du Conseil régional ou central dont relève cette activité (s'y affèrent les articles de loi 4112-1 à 4112-7). L'alinéa 6 de cet article stipule cependant que « l'inscription au tableau de l'Ordre ne s'applique pas aux chirurgiens-dentistes appartenant aux cadres actifs du service de santé des armées. Elle ne s'applique pas non plus à ceux des chirurgiens-dentistes qui, ayant la qualité de fonctionnaire de l'État ou d'agent titulaire d'une collectivité locale, ne sont pas appelés dans l'exercice de leurs fonctions à exercer l'art dentaire ». Le champ des inscrits (ou cotisants) à l'Ordre est constitué, d'une part, des praticiens actifs (libéraux, salariés ou bénévoles) et, d'autre part, des praticiens « inscrits sans exercer » (ayant cessé provisoirement ou définitivement leur activité tout en continuant à cotiser à l'Ordre). Dans cette étude, seuls les professionnels inscrits à l'Ordre et exerçant une activité dentaire sont donc pris en compte (aussi désignés sous le terme de praticiens). Une personne diplômée en odontologie non inscrite à un tableau départemental de l'Ordre n'est donc pas considérée comme active.

● Les autres sources de données existantes

Pour exercer leur activité, les professionnels de santé réglementés — dont font partie les chirurgiens-dentistes — ont également l'obligation de faire enregistrer leur diplôme à la DDASS de leur résidence professionnelle (ces enregistrements constituant le répertoire national ADELI, géré par la DREES), et ce quel que soit leur mode d'exercice (*i.e.* y compris des chirurgiens-dentistes visés par l'alinéa 6 cité précédemment). Par conséquent, le champ est, en théorie, extrêmement proche de celui des chirurgiens-dentistes inscrits à l'Ordre.

En pratique, au 31 décembre 2006, l'Ordre national des chirurgiens-dentistes répertorie, sur la France entière, près de 2 000 praticiens en activité de moins qu'ADELI (40 325 contre 42 242), ce qui représente une différence globale de presque 5 % qui tend à se creuser au fil des années (tableau).

Une étude plus approfondie selon le mode d'exercice montre par ailleurs que des différences entre les deux sources existent. Au 1^{er} janvier 2007, le répertoire ADELI enregistre 5 % de libéraux de plus mais 4 % de salariés en moins par rapport au fichier de l'Ordre. L'« excédent » est plutôt dû à la tendance d'ADELI à ne pas enregistrer toutes les cessations d'activité des professionnels âgés (qui sont le plus souvent des libéraux) tandis que le « déficit » de salariés est à relier à une moindre propension de leur part à s'inscrire rapidement en DDASS. Pour autant, la structure par âge et sexe et la distribution des praticiens sur le territoire national demeurent proches.

Date	Effectifs ONCD	Effectifs ADELI	Écart
31/12/2000	40 812	41 104	-0,7 %
31/12/2002	40 854	41 375	-1,3 %
31/12/2004	40 806	41 857	-2,6 %
31/12/2006	40 325	42 242	-4,8 %

Champ : France entière.

Sources : Fichiers de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes aux 31 décembre 2000 à 2006, calculs DREES ; répertoire ADELI aux 1^{er} janvier 2001 à 2007.

● Méthode d'estimation du déroulement de carrière des chirurgiens-dentistes

À leur première inscription à l'Ordre, les professionnels se voient attribuer un identifiant unique et invariant au cours de leur vie professionnelle. Grâce à cet identifiant commun aux bases historiques consécutives de l'Ordre entre 2000

et 2004, il est possible de constituer un panel couvrant ces cinq années, c'est-à-dire de regrouper dans une seule base les informations disponibles pour chacun des professionnels sur les années considérées : âge, sexe, année de diplôme, année d'entrée dans la vie active, situation d'exercice (actif ou inactif, salarié ou libéral) . . . Ces données longitudinales, bien que partielles, autorisent ainsi à réaliser des estimations sur les trajectoires professionnelles des individus selon leur âge, leur sexe et leur mode d'exercice (comportements d'entrée dans la vie active, interruptions et reprises d'activité, passage d'un statut d'exercice à l'autre). La principale limite de ce type de données est d'imposer des hypothèses parfois simplificatrices (telles que des comportements inchangés dans le temps en fonction de l'âge, du sexe et du mode d'exercice).

■ ■ Une timide percée du salariat en lien avec la féminisation de la profession, mais un exercice encore essentiellement libéral

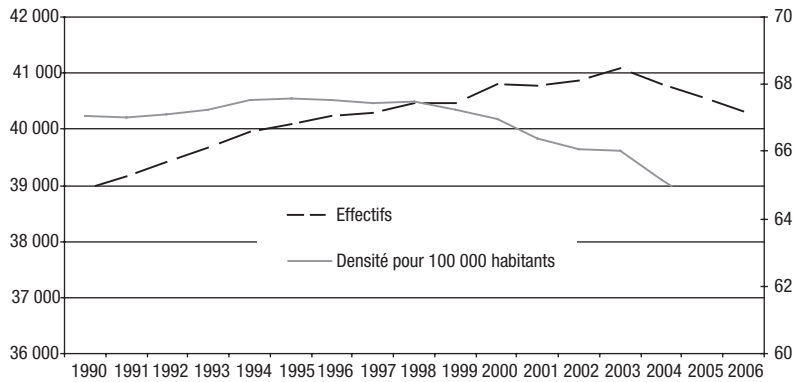
Après obtention de son diplôme, un chirurgien-dentiste peut choisir d'exercer en tant que libéral dans un cabinet individuel ou de groupe ou en tant que salarié dans un hôpital, un centre de santé (centres de santé dentaire, dispensaires polyvalents, centres de soins médicaux), un organisme de Sécurité sociale, dans l'enseignement et la recherche, ou encore comme collaborateur dans le cabinet d'un confrère.

À la fin de l'année 2006, 91,5 % des chirurgiens-dentistes exercent en libéral pour seulement 8,5 % de salariés. Les libéraux se répartissent de manière à peu près égale entre exercice individuel et exercice en groupe. Seuls deux praticiens sur trois emploient une assistante dentaire qualifiée, la moitié à temps plein et l'autre moitié à temps partiel. Bien que la part des salariés ait augmenté de deux points par rapport à 1990 (6,5 %), l'exercice de l'odontologie se fait donc encore essentiellement en cabinet libéral. Le faible taux de féminisation enregistré dans la profession peut donc aussi s'expliquer pour partie par le fait que les femmes ont été (et sont encore) beaucoup moins enclines à exercer en libéral (Evain, Amar, 2006 ; Aiach, Cèbe, Cresson, Philippe, 2001). D'autre part, l'apparition de techniques et d'outils modernes a récemment permis une réduction de la charge physique inhérente à l'exercice de la profession, charge probablement cause d'un moindre attrait pour les femmes dans le passé.

En ce qui concerne les salariés, plus de la moitié exerce soit en centres de santé (53 %), soit dans des structures de soins et de prévention (5 % dont 1 % au sein d'une entreprise [graphique 3]). Ils ne sont en revanche que 11 % à travailler au sein d'un établissement hospitalier et 2 % dans l'enseignement, soit, au total, autant que dans les organismes de la Sécurité sociale (13 %). Enfin, 10 % exercent comme salariés collaborateurs et 6 % dans un autre secteur. Les femmes sont fortement représentées dans le salariat (58 % de femmes pour 42 % d'hommes) alors qu'elles ne forment qu'un tiers des effectifs du secteur libéral. Néanmoins, depuis 1990, la part des femmes a augmenté de manière similaire dans le secteur libéral (+6 %) et dans le secteur salarié (+7 %). Les salariés sont un peu plus nombreux parmi les plus jeunes (10 % des moins de 40 ans contre 7 % des plus de 55 ans) ; cela résulte d'un choix de carrière personnel (lié aux conditions de vie et d'exercice, d'apprentissage de la profession...) qui peut être contraint par l'investissement financier initial mais ne résulte pas d'une saturation de l'offre libérale, comme en témoignent les fortes inégalités territoriales.

GRAPHIQUE 1

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

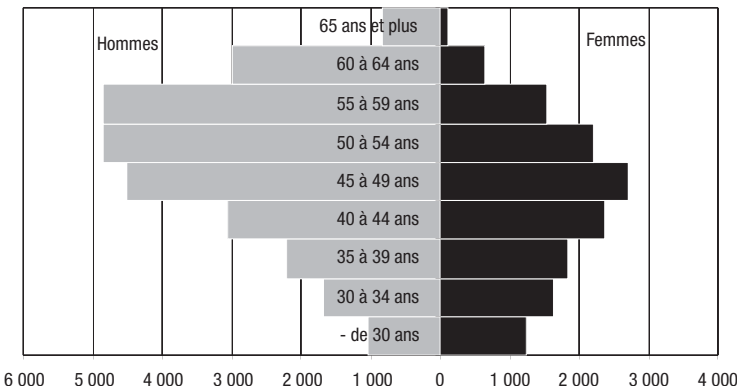


Champ : France entière.

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

GRAPHIQUE 2

PYRAMIDE DES ÂGES DES CHIRURGIENS-DENTISTES ACTIFS AU 31 DÉCEMBRE 2006

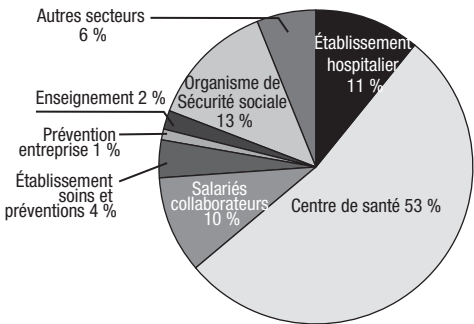


Champ : France entière.

Sources : Fichier de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes au 31 décembre 2006, calculs DREES.

GRAPHIQUE 3

RÉPARTITION PAR SECTEUR D'ACTIVITÉ DES CHIRURGIENS-DENTISTES SALARIÉS EN 2006



Champ : France entière.

Sources : Répertoire ADELI au 1^{er} janvier 2007, DREES.

Par ailleurs, la part des spécialistes en orthopédie dento-faciale (ODF) demeure relativement minoritaire (un peu moins de 5 % des praticiens actifs) en dépit d'un accroissement de 2 points par rapport à 1990. La part des femmes parmi les spécialistes est restée stable et relativement élevée à hauteur de 56 %.

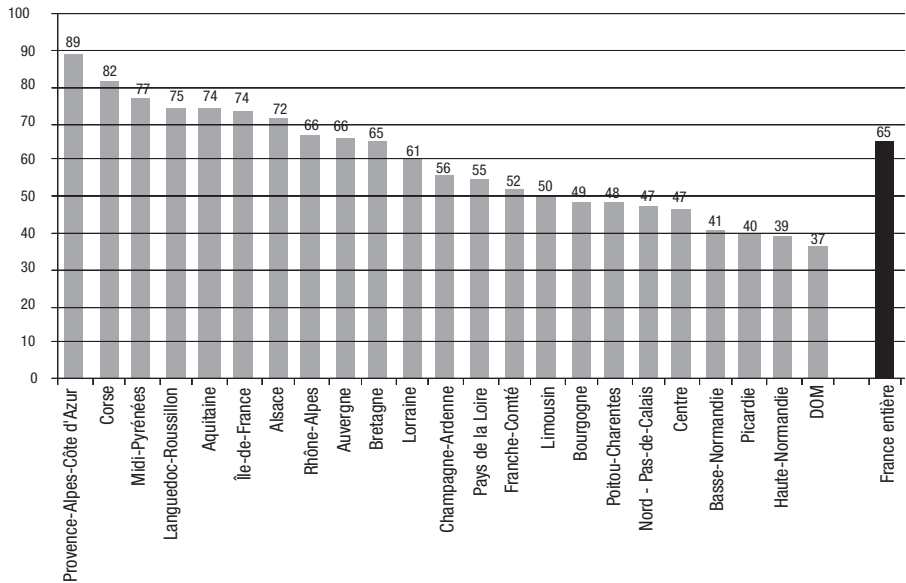
■ ■ **Des inégalités territoriales fortes entre Nord et Sud et entre communes rurales et grands pôles urbains qui s'expliqueraient davantage par des choix personnels ou professionnels que par la recherche de rentabilité économique**

La répartition des chirurgiens-dentistes (tous statuts d'exercice confondus) est marquée par des disparités interrégionales fortes entre le Nord et le Sud, à l'exception de l'Île-de-France, de l'Alsace et de la Bretagne (graphique 4). Cette répartition inégale est déjà largement connue pour les médecins omnipraticiens comme pour les spécialistes. À la fin de l'année 2006, les densités régionales variaient du simple au double entre les régions les mieux dotées (PACA, Corse, Midi-Pyrénées, avec 80 à 90 praticiens pour 100 000 habitants) et les moins bien pourvues (Haute et Basse-Normandie, Picardie et DOM, avec 40 dentistes pour 100 000 habitants). La densité départementale varie quant à elle de 1 à 4 entre le département le mieux doté (Paris, avec une densité extrêmement élevée de 136 pour 100 000 habitants) et les moins bien pourvus (Creuse, Orne, Somme, départements d'outre-mer, Haute-Saône, Manche, etc., avec 35 à 40 praticiens pour 100 000 habitants). Toutefois, au sein des régions, les départements se ressemblent davantage (carte 1). Une exception majeure cependant : de fortes disparités existent au sein de l'Île-de-France entre des départements extrêmement bien ou bien dotés (Paris, Hauts-de-Seine et Val-de-Marne), moyennement dotés (Yvelines et Essonne) ou relativement dépourvus (Seine-Saint-Denis, Val-d'Oise, Seine-et-Marne) par rapport à la moyenne nationale. Des écarts intrarégionaux existent également dans les régions du sud de la France dans des conditions cependant plus favorables puisqu'elles opposent des départements plutôt bien dotés à des départements très bien dotés (régions PACA, Aquitaine, Midi-Pyrénées).

À un niveau géographique plus fin, les densités varient selon la taille d'unité urbaine et le type de commune (urbaine, périurbaine, périphérique, rurale). Tout d'abord, la densité en chirurgiens-dentistes s'accroît avec la taille de la commune (graphique 5), avec trois grands profils. Ces professionnels sont peu implantés dans les communes rurales (un peu plus de 20 dentistes pour 100 000 habitants). Les densités observées sont en revanche uniformes autour de 80 pour 100 000 habitants dans les communes de moins de 200 000 habitants et proches de 90 pour 100 000 habitants dans les grandes agglomérations. Les chirurgiens-dentistes, à l'instar de nombreuses professions libérales, privilégient très nettement les « pôles urbains » au détriment des communes « périphériques » ou « multipolarisées » (graphique 5). Par ailleurs, des études ont montré que l'activité en soins dentaires varie fortement selon les caractéristiques des zones considérées : avec 50 % d'actes relevant de traitements orthodontiques (TO : séance de surveillance, prise d'empreinte...) en 2003 pour seulement un quart de soins conservateurs (SC : détartrage, plombage...) et un quart d'actes de prothèse dentaire (SPR), les praticiens

GRAPHIQUE 4

DENSITÉ RÉGIONALE DE CHIRURGIENS-DENTISTES (POUR 100 000 HABITANTS)



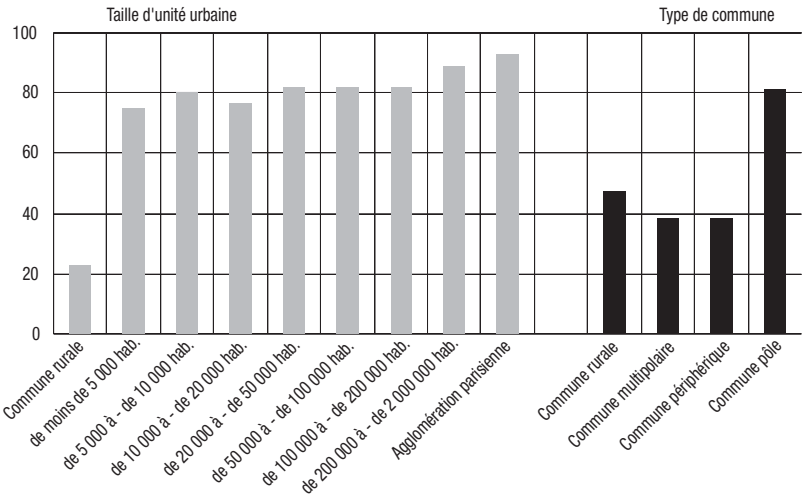
Champ : France entière.

Sources : Fichier de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes au 31 décembre 2006, calculs DREES.

GRAPHIQUE 5

DENSITÉ MOYENNE DES CHIRURGIENS-DENTISTES AU 1^{ER} JANVIER 2007

SELON LA TAILLE DE L'UNITÉ URBAINE ET LE TYPE DE COMMUNE D'EXERCICE



Sources : Répertoire ADEL au 1^{er} janvier 2007, DREES.

des zones rurales se distinguent de leur confrères qui affichent en moyenne 48 % de SC, 40 % d'actes de prothèse dentaire pour seulement 12 % d'actes codés en TO (Bessière, Coldefy, Collet, 2006).

La nature et la teneur de ces disparités sont restées constantes depuis 2000. Outre les phénomènes classiques d'héliotropisme, d'attraction des villes (proximité des entreprises pour le conjoint ou encore des services et des loisirs pour la famille) et de réticence envers les zones urbaines difficiles, la non-prise en charge par les régimes d'assurance maladie de certaines techniques modernes (et donc réservées aux publics les plus aisés) contribuerait à décourager les praticiens de s'installer dans les milieux ruraux et plus modestes (CNAMTS, 2006). Il semblerait que les facteurs de choix de la zone d'implantation relèvent donc davantage de critères personnels, familiaux, de mode d'activité et d'exercice plutôt que de considérations économiques. Si, en 2004, on estime à 80 000 euros le revenu libéral perçu en moyenne par un dentiste (Legendre, 2006), on observe d'importantes disparités régionales, les revenus étant d'autant plus élevés que la densité en praticien est faible (i.e. dans le nord de la France, à l'exception de l'Île-de-France et de l'Ouest [carte 2]). L'écart atteint ainsi 50 % en moyenne entre les praticiens selon qu'ils exercent dans le Nord - Pas-de-Calais ou dans la région PACA.



Les trajectoires professionnelles actuellement observées

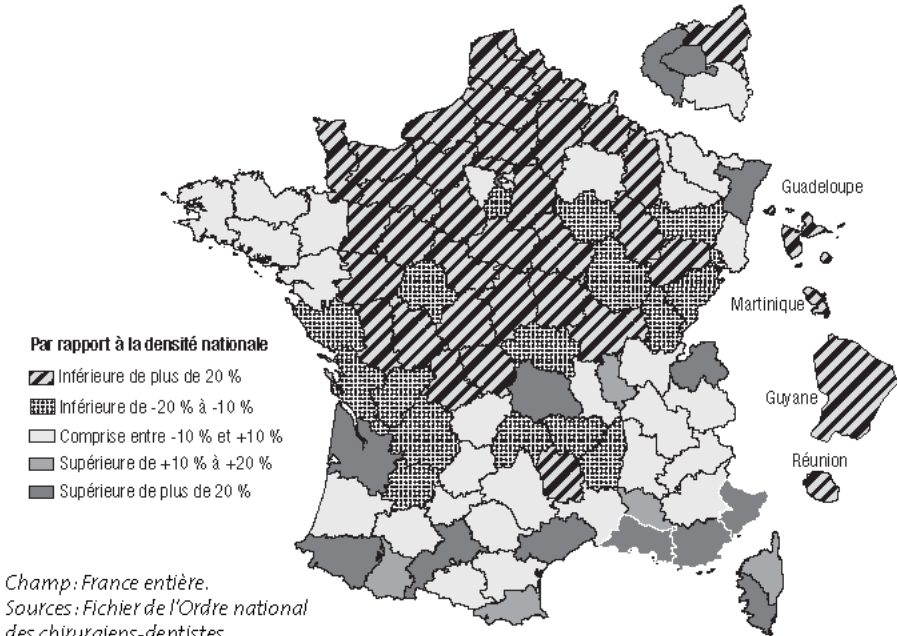
■ ■ Le nombre de diplômés s'inscrivant à l'Ordre a fluctué avec la mise en place du *numerus clausus*

Avant 1971, l'entrée dans les études d'odontologie était libre. Depuis cette date, l'accès à la profession de chirurgien-dentiste est soumis à quotas. Abstraction faite des cas (extrêmement marginaux) d'étudiants suivant la filière de l'internat, les études nécessaires à l'obtention du diplôme d'État comptent désormais six années.

Les *numerus clausus* (comme le nombre de postes ouverts à l'internat) dans le cursus d'odontologie sont, chaque année, fixés par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur ainsi que du ministre de la Santé. Depuis son instauration à 1 938 postes, le *numerus clausus* pour les étudiants en odontologie a connu plusieurs grands changements (graphique 6). Le nombre de places proposées en deuxième année s'est légèrement réduit d'une centaine d'unités pendant les six premières années d'existence du *numerus clausus* avant de connaître, au cours de la période 1977-1984, un mouvement de réduction drastique (de 1 850 à 1 020 places). Cette diminution s'est poursuivie jusqu'en 1992, mais de manière plus modérée, pour atteindre un niveau limité à 800 places. Ce quota est ensuite resté inchangé jusqu'en 2002, date à partir de laquelle il a été décidé d'un rehaussement continu de 850 places en 2002, à 930 en 2004 puis à 977 depuis 2005.

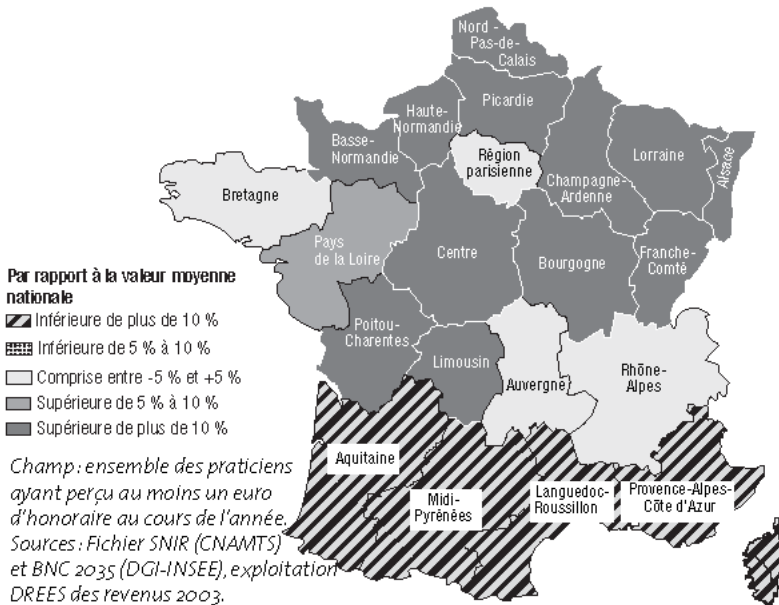
CARTE 1

DENSITÉ DES CHIRURGIENS-DENTISTES PAR DÉPARTEMENT



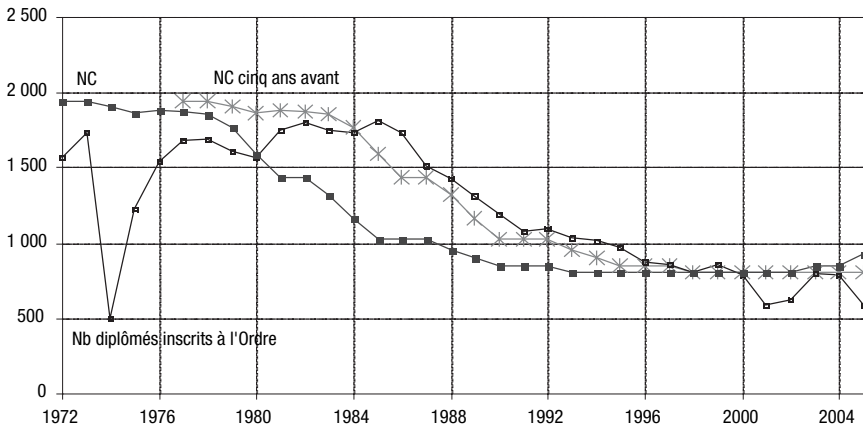
CARTE 2

REVENU LIBÉRAL MOYEN DES CHIRURGIENS-DENTISTES PAR RÉGION



GRAPHIQUE 6

ÉVOLUTION DU NUMERUS CLAUSUS (NC) EN ODONTOLOGIE ET DU NOMBRE DE PREMIÈRES INSCRIPTIONS À L'ORDRE

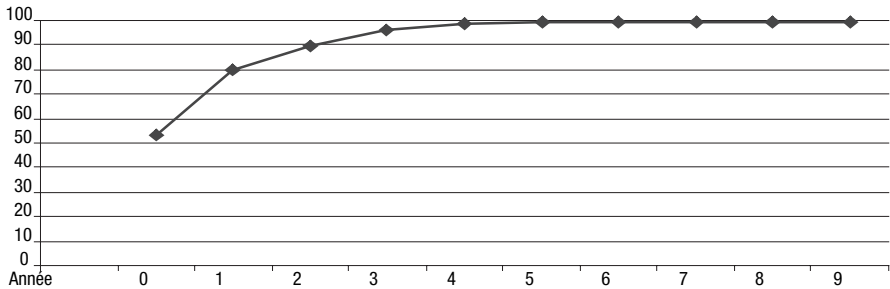


Note : Le très faible nombre de diplômés enregistré en 1974 est lié à la mise en place du numerus clausus. De même, le léger décrochage observé au début des années 2000 est lié à l'allongement d'un an des études en odontologie.

Sources : Direction générale de la santé ; fichier de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes au 31 décembre 2004, calculs DREES.

GRAPHIQUE 7

DÉLAI (EN ANNÉES) ENTRE OBTENTION DU DIPLÔME ET ENTRÉE DANS LA VIE ACTIVE, ESTIMÉ SUR LES DIX DERNIÈRES PROMOTIONS DE DIPLÔMÉS



Lecture : La courbe présente la probabilité estimée des diplômés des dix dernières années qui sont entrés pour la première fois dans la vie active (i.e. première inscription à l'Ordre comme actif) au bout de x années. On en déduit également le pourcentage de diplômés qui ne sont toujours pas inscrits à compter de ce délai.

Champ : France entière.

Sources : Fichier de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes au 31 décembre 2004, calculs DREES.

Le nombre de diplômés inscrits (ou ayant été inscrits) à l'Ordre selon l'année d'obtention du diplôme a suivi des tendances parallèles aux *numerus clausus* cinq ans auparavant, avec néanmoins quelques variations en fonction des périodes. En effet, entre 1985 et 1995, on observe un dépassement de 10 % du nombre de diplômés inscrits à l'Ordre par rapport aux *numerus clausus* cinq ans auparavant. Sur la période récente, le nombre de diplômés se rapproche des quotas (dépassement restreint à 1,9 %). La rupture observée dans cette tendance en 1999 et en 2000 s'explique par l'allongement d'un an, décidé en 1995, des études d'odontologie.

■ ■ Les diplômés exercent l'« art dentaire » et entrent rapidement dans la vie active mais de manière différenciée selon le sexe

La notion de « délai d'entrée dans la vie active » doit prendre en compte cumulativement les temps écoulés entre l'obtention du diplôme et la première inscription à l'Ordre, d'une part, puis entre la primo-inscription et le premier exercice professionnel, d'autre part. En effet, dans les données étudiées, la primo-inscription à l'Ordre ne saurait être assimilée à l'entrée dans la vie active : parmi les primo-entrants entre 2000 et 2004, plus d'un quart d'entre eux se déclaraient inactifs au moment de leur inscription.

Sur les dix dernières promotions de diplômés, on estime qu'un peu plus d'un diplômé sur deux commence(ra) à exercer l'année même de l'obtention de son diplôme, 80 % moins d'un an après (graphique 7). Près de 18 % entrent dans la vie active deux, trois ou quatre ans après avoir obtenu leur diplôme. Les entrées dans la vie active reportées à cinq ans ou plus s'avèrent extrêmement minoritaires. Sur la période récente, tout diplômé d'odontologie exerce(ra) à un moment donné sa profession sur le territoire français (*i.e.* sera inscrit à l'Ordre en tant qu'actif), même si ce peut être pendant une courte période. Autrement dit, contrairement à d'autres professions médicales (les pharmaciens notamment), le taux de non-utilisation du diplôme est pratiquement nul et les diplômés, hommes comme femmes, ont tendance à exercer rapidement leur profession.

Au-delà de la parité hommes-femmes observée actuellement dans les entrées dans la vie active, les caractéristiques au premier exercice varient selon le sexe. Si les hommes entrent dans la vie active à des âges plus avancés (19 % ont alors plus de 30 ans contre 12 % des femmes [tableau 1]), les différences sont surtout marquées en termes de première orientation professionnelle. Près d'une femme sur quatre débute en qualité de salariée contre seulement un homme sur sept.

TABLEAU 1

RÉPARTITION PAR CLASSE D'ÂGE ET PAR MODE D'EXERCICE DES ENTRÉES DANS LA VIE ACTIVE
AU COURS DES TROIS DERNIÈRES ANNÉES SELON LE SEXE (EN %)

Classe d'âge	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Libéral	Salarié	Libéral	Salarié	Libéral	Salarié
Moins de 25 ans	2,5	0,1	3,4	0,7	2,9	0,4
25 à 29 ans	69,1	9,3	66,0	18,1	67,5	13,7
30 à 34 ans	9,4	2,1	4,7	1,8	7,1	2,0
35 à 39 ans	1,5	0,6	1,6	0,9	1,6	0,7
40 ans et plus	3,4	1,8	1,6	1,3	2,5	1,6
Ensemble	86,0	14,0	77,3	22,7	81,6	18,4

Champ : France entière.

Sources : Fichier de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes au 31 décembre 2004, calculs DREES.

■ ■ Des interruptions d'activité prématurées chez les salariés et des fins de carrière tardives chez les hommes

Si l'ensemble des étudiants ayant obtenu leur diplôme au cours des dernières années est amené à exercer son activité, une partie non négligeable d'entre eux interrompt très vite sa carrière (encadré 1). Pour les générations des moins de 30 ans observées au cours des années récentes, le solde entre les interruptions et les reprises d'activité est estimé à 8 % des effectifs (graphique 8). À cet égard, les salariés ont davantage tendance à interrompre prématurément leur activité puisque l'on estime que c'est le cas de presque 25 % d'entre eux avant 30 ans et d'encore 8 % des 30-39 ans (contre respectivement 6 % et 0,5 % parmi les libéraux). Si les femmes sont nettement majoritaires parmi les salariés, notamment chez les plus jeunes, il faut souligner que les interruptions prématurées d'activité concernent également les hommes, et ce de manière aussi marquée que pour leurs homologues féminins (graphique 9).

Une fois passé cet âge, et jusqu'à 60 ans, le solde entre les sorties et les reprises d'activité devient très marginal (à hauteur de 1 %). Au-delà, les reprises d'activité demeurent négligeables, alors que les interruptions (qui peuvent dès lors s'interpréter comme des cessations) augmentent sensiblement. Les cessations d'activité des chirurgiens-dentistes ne sont toutefois pas concentrées à un âge précis et certains praticiens ont tendance à cesser tardivement leur exercice : on estime ainsi, sur la base des données 2000-2004, que l'effectif de ceux qui prennent leur retraite entre 60 et 64 ans est à peu près équivalent à l'effectif de ceux qui la prennent à partir de 65 ans (graphique 8). Pour autant, à compter de 75 ans, la quasi-totalité des praticiens a cessé toute activité.

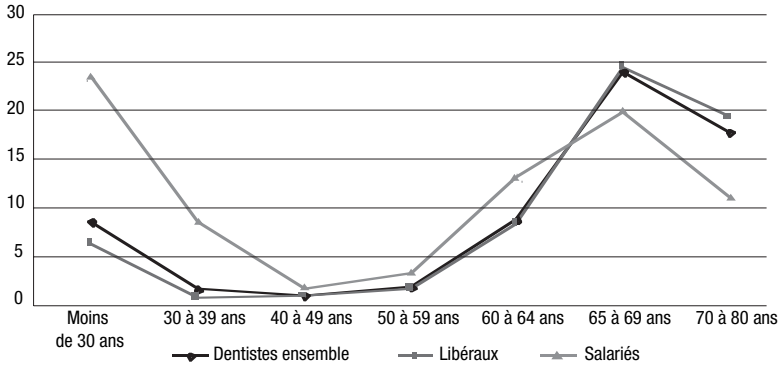
Les taux de cessation d'activité estimés (ou soldes des cessations et des reprises d'activité) varient naturellement selon le mode d'exercice : d'après nos simulations et à comportements constants, la moitié des libéraux exercerait encore à 65 ans contre 40 % des salariés. Mais, au contraire des jeunes actifs, on observe de fortes variations selon le sexe. Ainsi, les femmes présentent à l'heure actuelle une propension plus forte que les hommes à cesser leur activité entre 60 et 64 ans. Cette observation s'applique aussi bien pour les libéraux que pour les salariés (graphique 9).

■ ■ Le passage à l'exercice libéral concerne principalement les jeunes salariés

Le suivi individuel des chirurgiens-dentistes permet également d'étudier la mobilité professionnelle (au sens de changement de statut d'exercice). Celle des libéraux est quasiment nulle pour les hommes comme pour les femmes et quelle que soit la classe d'âge considérée (graphique 10). Une fois qu'ils sont installés en cabinet libéral, les praticiens s'y engagent pour longtemps, même si cela n'exclut nullement qu'ils changent d'implantation géographique ou de forme juridique d'entreprise. En revanche, la mobilité estimée se révèle beaucoup plus fréquente parmi les salariés, notamment en début de carrière. Ainsi, chaque année et tous sexes confondus, plus de 20 % des moins de 30 ans et 10 % des trentenaires salariés rejoignent le secteur libéral. À compter de 40 ans, la réorientation des salariés vers les cabinets libéraux

GRAPHIQUE 8

**TAUX DE SORTIE/ENTRÉE ESTIMÉS (SOLDES DES INTERRUPTIONS ET DES REPRISES D'ACTIVITÉ)
PAR CLASSE D'ÂGE, SELON LE MODE D'EXERCICE (MOYENNE SUR LES TROIS DERNIÈRES ANNÉES)**

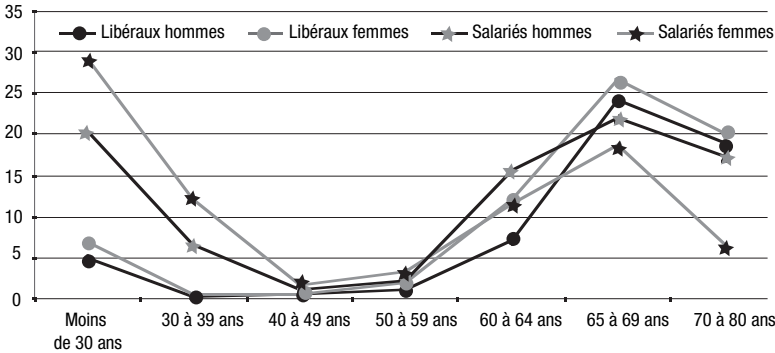


Lecture : Les courbes donnent, pour chaque classe d'âge et pour chacun des groupes de chirurgiens-dentistes, les taux de cessation d'activité « nets » estimés. Ils s'interprètent comme suit : pour une classe d'âge donnée, le taux de cessation « net » correspond au solde des praticiens actifs de cette tranche d'âge qui cessent leur activité d'une année sur l'autre et de ceux qui la reprennent (hors primo-entrants). Ce solde est calculé en moyenne à partir des transitions observées sur trois années, entre 2001 et 2004. Champ : France entière.

Sources : Fichier de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes au 31 décembre 2004, calculs DREES.

GRAPHIQUE 9

**TAUX DE SORTIE/ENTRÉE ESTIMÉS PAR CLASSE D'ÂGE ET MODE D'EXERCICE SELON LE SEXE
(MOYENNE SUR LES TROIS DERNIÈRES ANNÉES)**



Lecture : Idem que le graphique 8.

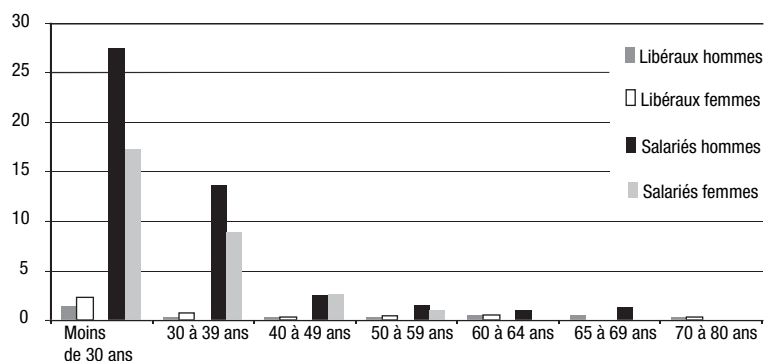
Champ : France entière.

Sources : Fichier de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes au 31 décembre 2004, calculs DREES.

devient marginale. Enfin, on observe que la mobilité des praticiens salariés diffère selon le sexe : en effet, les femmes se révèlent relativement moins enclines à se réorienter vers l'exercice en cabinet libéral que leurs homologues masculins.

GRAPHIQUE 10

TAUX DE MOBILITÉ PAR CLASSE D'ÂGE ET PAR SEXE ENTRE EXERCICE LIBÉRAL ET SALARIÉ



Lecture : Sur 100 hommes chirurgiens-dentistes salariés de moins 30 ans qui ne cessent pas toute activité dentaire dans l'année, environ 27 deviennent libéraux, tandis que sur 100 femmes salariées de moins de 30 ans 17 deviennent libérales.

Champ : France entière.

Sources : Fichier de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes au 31 décembre 2004, calculs DREES.

La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030 : un exercice de projection au niveau national

Le *numerus clausus* de 2005 ayant été maintenu pour l'année universitaire 2006-2007, le scénario tendanciel de projection démographique retient l'hypothèse d'un *numerus clausus* constant à 977 places dans les années à venir (encadré 2). Il fait également l'hypothèse que les caractéristiques et comportements des chirurgiens-dentistes actifs resteront identiques à ceux de la période récente et qu'ils varient par conséquent en fonction de la génération, du sexe et du mode d'exercice des praticiens (libéral ou salarié). Enfin, dans ce scénario, les migrations internationales demeurent stables⁵.

Deux scénarios alternatifs seront ensuite envisagés. Le premier analyse les effets d'un changement du niveau du *numerus clausus* et le second l'impact d'éventuelles limitations concernant les entrées dans la vie active ou les changements de mode d'exercice (salarié, libéral). Les résultats sont centrés sur le moyen terme (horizon 2030). Toutefois, certains prolongements à plus long terme (horizon 2050) permettent de mieux éclairer l'analyse.

5. Nous ne traitons pas ici de l'évolution des besoins, ce qui nécessiterait une analyse délicate tenant compte des effets d'âge (la population vieillit), mais aussi de génération (les générations futures de personnes âgées auront bénéficié d'une prise en charge dentaire plus précoce et de meilleure qualité que les personnes âgées actuelles).

ENCADRÉ 2

LE MODÈLE DE PROJECTION DÉMOGRAPHIQUE
MÉTHODE ET HYPOTHÈSES RETENUES

Le modèle de projection démographique des chirurgiens-dentistes élaboré par la DREES permet d'établir des projections d'effectifs de chirurgiens-dentistes actifs. Il simule l'évolution des effectifs année après année, à moyen terme jusqu'en 2030, et propose des résultats à plus long terme jusqu'en 2050. Il s'inspire principalement du modèle réalisé sur les pharmaciens mais aussi des exercices plus anciens effectués par la DREES sur les médecins ou les masseurs-kinésithérapeutes (Collet, 2005 ; Bessière *et al.*, 2004 ; Darriné, 2003).

Les projections sont réalisées à partir des données de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD) au 31 décembre 2006. Elles sont détaillées selon le sexe, l'âge, le mode d'exercice (libéral ou salarié). Elles sont effectuées au niveau national (départements d'outre-mer compris), sans que le modèle ne permette de déclinaison régionale. Pour les diplômés en odontologie comme pour les chirurgiens-dentistes en activité, les projections sont effectuées « par composante », dans le sens où l'on observe des évolutions dans le temps et où l'on affecte des probabilités d'événements à des groupes d'individus ayant des caractéristiques identiques, et non à chaque individu pris isolément.

Les différents scénarios envisagés se fondent sur l'hypothèse de décisions publiques inchangées et/ou de maintien des comportements individuels observés entre 2000 et 2004.

Le scénario tendanciel pose ainsi pour hypothèses que :

- L'organisation du cursus d'odontologie reste inchangée et le *numerus clausus* fixé pour l'année 2006-2007 (977 places) tout comme le nombre de places mises au concours de l'internat (une trentaine) sont maintenus à ce niveau sur toute la période de projection.
- Partant des observations réalisées sur les fichiers de l'Ordre, le nombre de diplômés susceptibles de s'inscrire à l'Ordre est estimé comme étant égal à 101,9 % du *numerus clausus* cinq ans avant, et les caractéristiques d'âge, de sexe et de taux d'utilisation du diplôme sont considérées comme identiques à celles observées dans la période récente.
- Les comportements des chirurgiens-dentistes actifs (caractéristiques sociodémographiques et modalités d'entrée sur le marché du travail, sorties temporaires ou définitives d'activité, mobilité professionnelle¹) sont les mêmes que ceux observés entre 2000 et 2004. Ils sont calculés par génération, sexe et mode d'exercice.

1. L'ensemble de ces comportements sont décrits et analysés de manière détaillée dans la seconde partie de l'article.

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

À court terme, l'évolution du nombre de dentistes ne dépend quasiment que des comportements de cessation d'activité des praticiens en exercice⁶. En effet, une nouvelle modification du *numerus clausus* ne peut avoir d'impact sur la démographie de la profession avant 2013, compte tenu de la durée des études d'odontologie.

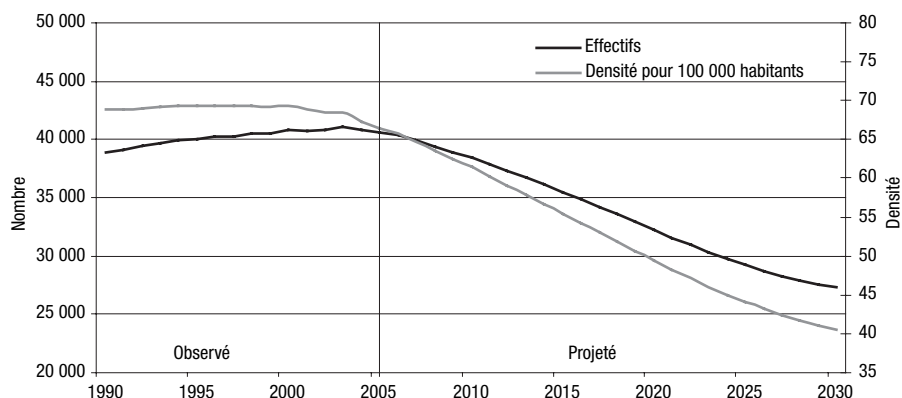
D'après le scénario tendanciel, le mouvement de repli des effectifs amorcé en 2004 se poursuivrait. Cette diminution s'amplifierait, de -1 % à près de -2 % par an au

6. Sources : INSEE, 2006, « Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 », *INSEE Première*, n° 1089, juillet.

début des années 2020, avant de revenir à -1 % à la fin de cette décennie avec environ 27 000 professionnels actifs (graphique 11). Ils seraient donc un tiers de moins qu'en 2006 (40 000) et retrouveraient un effectif similaire à celui de la fin des années 1970.

GRAPHIQUE 11

ÉVOLUTION DU NOMBRE ET DE LA DENSITÉ DE CHIRURGIENS-DENTISTES ENTRE 1990 ET 2030
SELON LES HYPOTHÈSES DU SCÉNARIO TENDANCIEL



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

Sources : Fichier de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD) au 31 décembre 2006, projections DREES (numerus clausus = 977).

Le nombre de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants (France entière) diminuerait continûment et plus rapidement au cours des vingt-cinq prochaines années, passant de 65 dentistes pour 100 000 habitants en 2006 à 55 en 2015 puis environ 40 en 2030. Cette tendance devrait toutefois s'atténuer à partir de 2030 et les effectifs devraient se maintenir au cours des vingt années suivantes. Du fait d'une possible stabilisation de la population française entre 2035 et 2050⁷, sous les hypothèses retenues, la densité de chirurgiens-dentistes cesserait de décroître pour se stabiliser à environ 37 pour 100 000 habitants.

■ ■ Le nombre de sorties d'activité continuerait d'augmenter pour atteindre son maximum autour de 2020

Ces évolutions démographiques futures sont liées à la fois aux entrées et aux sorties de la profession. À *numerus clausus* constant, les entrées se stabiliseraient à partir de 2010-2015, après un accroissement assez sensible entre 2005 et 2010, directement lié au relèvement du *numerus clausus* au cours des cinq dernières années. En effet, par hypothèse, le nombre d'entrées dépend directement du *numerus clausus* mis en œuvre cinq ans plus tôt.

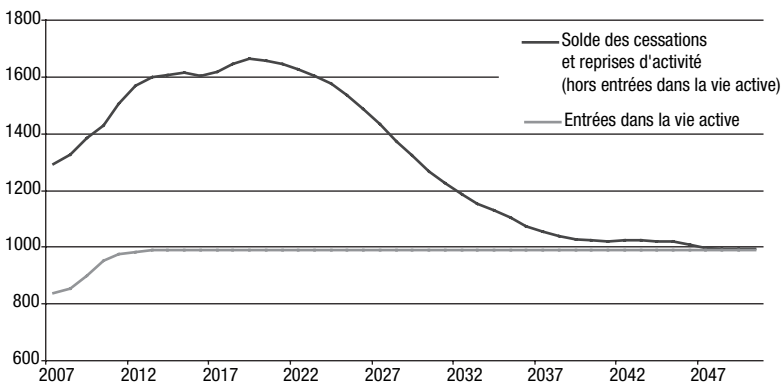
En revanche, le nombre de chirurgiens-dentistes qui cessent leur activité est appelé à fortement augmenter dans les quinze années à venir et devrait passer de

7. On ne tient pas compte ici des mesures prises dans le domaine des retraites (loi de 2003 portant réforme des retraites).

1300 en 2007 à 1650 par an au début des années 2020⁸ (graphique 12). Les promotions plus nombreuses de chirurgiens-dentistes entrées en faculté à la fin des années 1960 et au début des années 1970 (issues du baby-boom et n'ayant pas été soumises au *numerus clausus*) atteindront en effet l'âge de la retraite pendant cette période. L'écart entre le nombre de cessations et le nombre d'entrées dans la vie active projetées devrait donc se creuser, ce qui explique pourquoi l'on attend une diminution accentuée du nombre de chirurgiens-dentistes entre 2006 et 2020. Une fois ce mouvement massif de départs en retraite passé, le nombre de sorties s'infléchirait sensiblement jusqu'en 2040, date à partir de laquelle les diplômés issus des promotions plus nombreuses des années 2000 parviendront à leur tour à l'âge de la retraite.

GRAPHIQUE 12

**NOMBRE DES ENTRÉES ET SORTIES D'ACTIVITÉ DES CHIRURGIENS-DENTISTES PRÉVUES D'ICI À 2050
(SCÉNARIO TENDANCIEL)**



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

Sources : Fichier de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD) au 31 décembre 2006, projections DREES (numerus clausus = 977).

■ ■ La profession continuerait à vieillir jusqu'en 2015, avant de retrouver en 2030 l'âge moyen de 2006

Compte tenu de ces projections d'entrées et de sorties, la pyramide des âges des dentistes actifs suivrait deux tendances différentes entre 2006 et 2015 puis entre 2015 et 2030 (graphique 13).

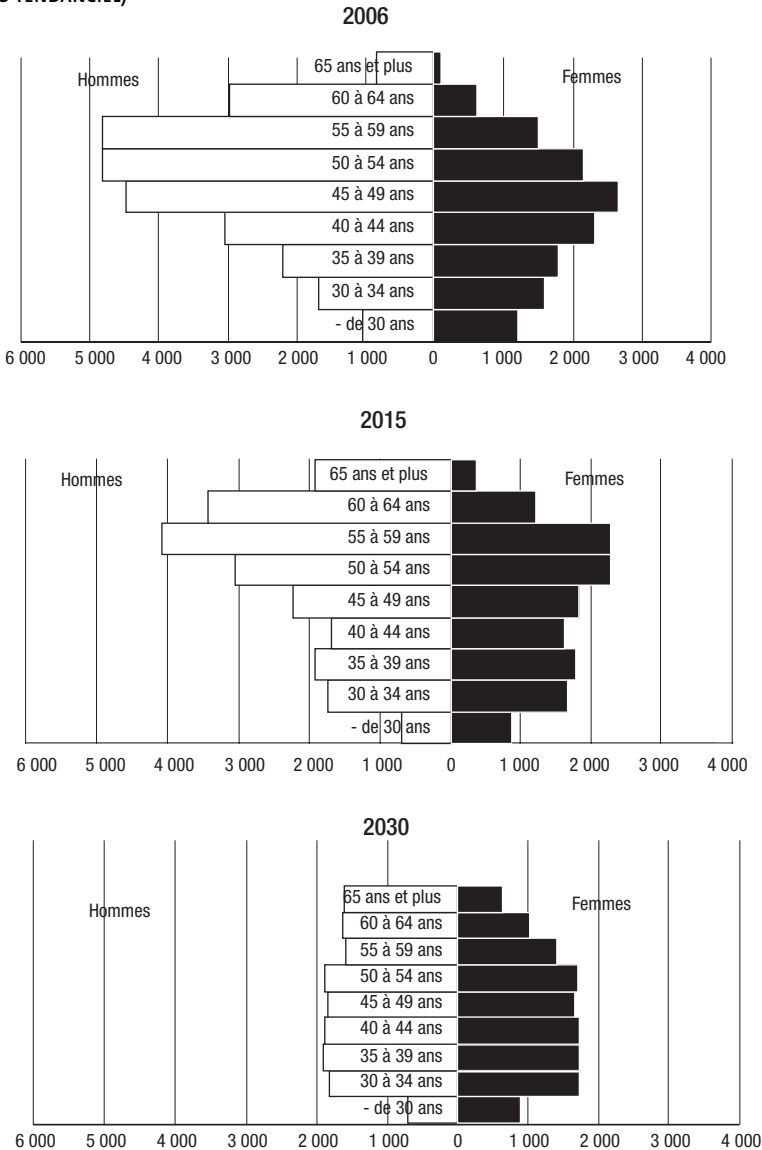
Si le nombre de dentistes actifs de moins de 40 ans, alimenté par les entrées des nouveaux diplômés, devrait rester relativement stable dans les dix prochaines années, il en va autrement pour les plus âgés. Entre 2006 et 2015, la part des plus de 55 ans parmi les praticiens actifs passerait ainsi de 29 % à 40 % (soit 11 000 à 13 500 dentistes). En revanche, en 2030, les générations les plus âgées ayant pris leur retraite, la part

8. Les besoins en soins dentaires renvoient au vieillissement de la population, au développement de certaines pathologies ou encore aux progrès techniques et organisationnels dans la prise en charge des patients à venir, mais aussi à une réflexion sur les rôles respectifs des différentes professions de santé et leur coordination (délégation de tâches, substitution, développement de nouveaux métiers...).

des chirurgiens-dentistes âgés de 50 ans ou plus diminuerait fortement (de 35 % à 25 % pour les 50-60 ans). Ce recul serait compensé par un accroissement de la part des actifs de moins de 45 ans (50 % contre 36 % en 2015).

GRAPHIQUE 13

ÉVOLUTION DE LA PYRAMIDE DES ÂGES DES CHIRURGIENS-DENTISTES ENTRE 2006 ET 2030
(SCÉNARIO TENDANCIEL)



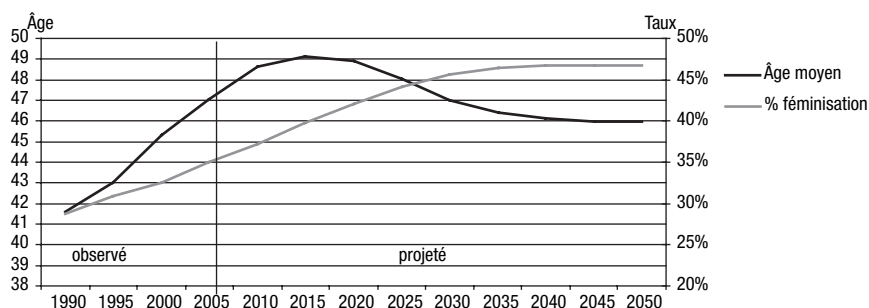
Champ : France entière, chirurgiens-dentistes de moins de 80 ans.

Sources : Fichier de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD) au 31 décembre 2006, projections DREES (numerus clausus = 977).

Sous ces hypothèses, l'âge moyen des chirurgiens-dentistes continuerait donc à croître jusqu'en 2015 pour se stabiliser autour de 49 ans jusqu'en 2020. Avec les nombreux départs à la retraite, la profession rajeunirait ensuite, avec un âge moyen passant à 47 ans en 2030 puis à 46 ans dans les décennies suivantes (graphique 14).

GRAPHIQUE 14

ÉVOLUTION DE L'ÂGE MOYEN ET DU TAUX DE FÉMINISATION DES CHIRURGIENS-DENTISTES ENTRE 1990 ET 2050 (SCÉNARIO TENDANCIEL)



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

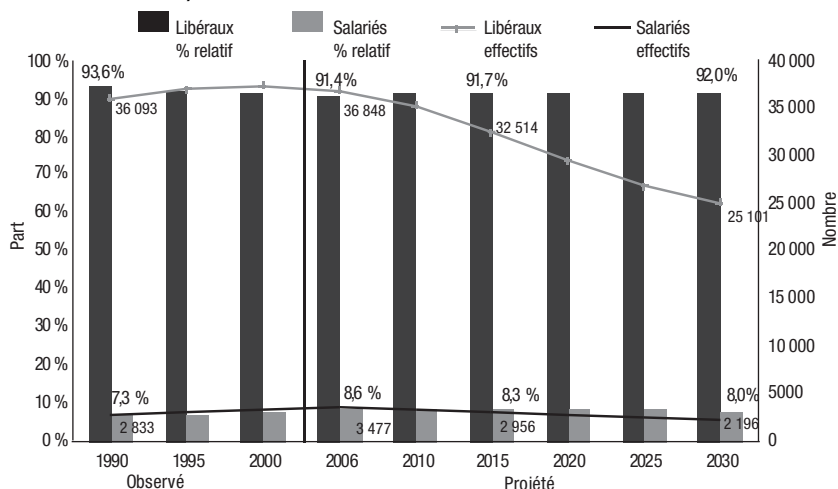
Sources : Fichier de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD) au 31 décembre 2006, projections DREES (numerus clausus = 977).

La féminisation de la profession devrait également rester très soutenue jusqu'en 2030 puis tendrait à se stabiliser, avec un taux de femmes supérieur à 45 % (contre 35 % en 2006). L'âge moyen des femmes et des hommes devrait cependant suivre des évolutions différentes et l'écart d'âge se réduire : en 2030, l'âge moyen projeté serait de 48 ans pour les hommes et de 45,5 ans pour les femmes, contre respectivement 49 et 44 ans actuellement.

■ ■ À comportements inchangés, la répartition entre libéraux et salariés demeurerait constante, avec une féminisation accrue du secteur libéral

L'évolution du nombre total de praticiens, largement déterminée par des phénomènes démographiques, est peu susceptible de varier à *numerus clausus* constant. En revanche, leur répartition selon le mode d'exercice est plus difficile à estimer. Dans le scénario tendanciel, les trajectoires professionnelles futures, et notamment les mobilités, s'inscrivent dans le prolongement des comportements récents observés par âge, sexe et mode d'exercice. Sous ces hypothèses, la répartition entre les chirurgiens-dentistes exerçant en cabinet libéral et en qualité de salarié demeurerait stable dans les 25 prochaines années, à hauteur respectivement de 92 % et 8 % (graphique 15). Autrement dit, la diminution des effectifs serait à peu près identique dans les deux secteurs (-33 %). Le nombre de praticiens libéraux passerait de 37 000 à 25 000 et celui des salariés de 3 500 à 2 200.

ÉVOLUTION DU NOMBRE ET DE LA PART DES CHIRURGIENS-DENTISTES ACTIFS SELON LE MODE D'EXERCICE (SCÉNARIO TENDANCIEL)



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

Sources : Fichier de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD) au 31 décembre 2006, projections DREES (numerus clausus = 977).

En revanche, la féminisation de la profession serait moins marquée pour les salariés : la part des femmes passerait de 58 % en 2006 à 61,5 % en 2030 (de 33,5 % à 44 % dans le secteur libéral).

■ ■ Examen des impacts possibles des variations du *numerus clausus* et des comportements d'entrée et de mobilité professionnelle

Comme cela a été rappelé en introduction, les résultats issus du scénario tendanciel dépendent des hypothèses retenues. C'est pourquoi il est important d'analyser leur sensibilité à des variations dans ces hypothèses, en introduisant des scénarios de projection alternatifs. Pour chacun d'entre eux, une seule hypothèse est modifiée par rapport au scénario de référence afin de mieux isoler les effets et donc de tester les variables qui, au-delà des tendances de fond, sont susceptibles d'avoir le plus d'influence sur l'évolution de la démographie des chirurgiens-dentistes.

Deux séries de variantes ont, à cet égard, été considérées. Les premières envisagent l'impact de variations du niveau du *numerus clausus* et permettent donc d'approcher, à comportements et trajectoires professionnelles inchangés, les effets de décisions des pouvoirs publics dans ce domaine (variantes 1 à 4), même si la question de l'offre en chirurgiens-dentistes et de son adéquation aux besoins des patients dans le futur⁹ dépasse largement celle du nombre de professionnels en activité. Le second type de variantes étudie, à *numerus clausus* constant, les répercussions qu'au-

9. Correspondant notamment aux fluctuations des recrutements passés et à l'évolution du nombre de départs en retraite.

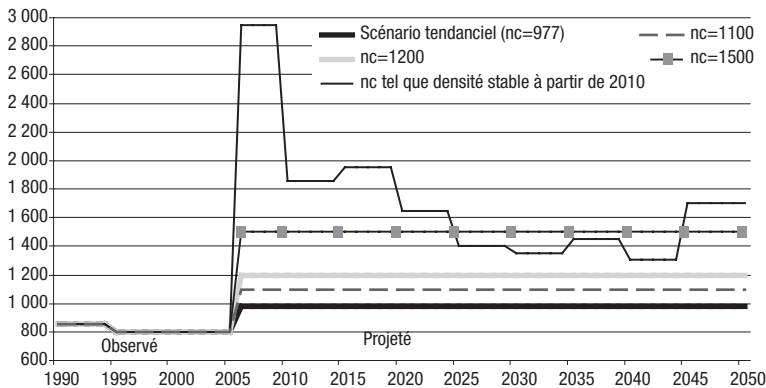
raient diverses modifications des choix des diplômés et des professionnels actifs : ces changements peuvent relever de choix individuels ou de réactions à la situation du marché du travail, du système de soins ou de mesures prises par les pouvoirs publics (variante 5).

■ ■ Un relèvement du *numerus clausus* de 100 étudiants atténuerait de trois points la diminution de la densité à l'horizon 2030

Par rapport au scénario tendanciel de maintien du *numerus clausus* au niveau de 2006 (977 étudiants), il s'agit de simuler l'impact d'une augmentation du nombre de places ouvertes à partir de l'année universitaire 2007-2008 (graphiques 16 et 17). Un relèvement à 1100 étudiants atténuerait la très forte baisse de densité prévisible entre 2015 et 2030 : à cette date, la densité de chirurgiens-dentistes serait encore de 35 % inférieure à celle d'aujourd'hui (graphique 17). Des *numerus clausus* portés respectivement à 1200 et 1500 étudiants permettraient de contenir le recul de densité de la profession à l'horizon 2030 à hauteur de 45 et 51 dentistes pour 100 000 habitants (soit un tiers et un quart de moins qu'aujourd'hui). Dans ces scénarios, la densité de chirurgiens-dentistes se stabiliserait ensuite entre 2030 et 2050, voire augmenterait de nouveau si le *numerus clausus* était relevé à 1500 places. De manière générale, une augmentation de 100 places du *numerus clausus* sur toute la période réduirait la diminution de la densité de chirurgiens-dentistes de trois points à l'horizon 2030 et de 5,5 points en 2050.

GRAPHIQUE 16

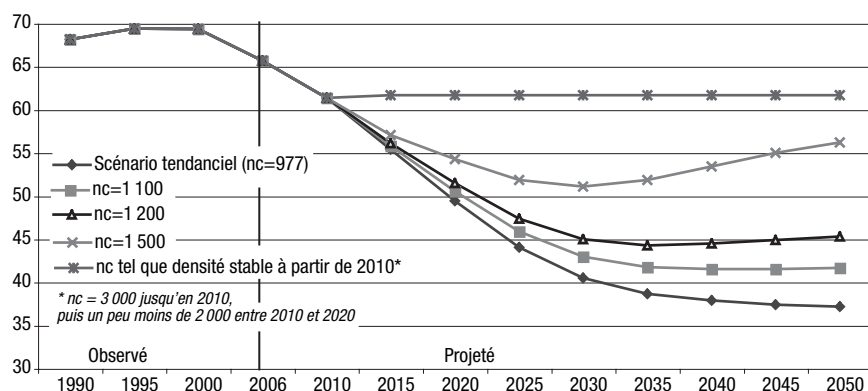
DIFFÉRENTES HYPOTHÈSES D'ÉVOLUTION DU *NUMERUS CLAUSUS* (NC)



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

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

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



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

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

Deux enseignements peuvent être tirés de cette première série de variantes. Le premier tient à la relative inertie de la démographie des chirurgiens-dentistes face aux variations du *numerus clausus*. Le second est que l'évolution du *numerus clausus* doit tenir compte non seulement des niveaux souhaités de densité de praticiens, mais également de la date à laquelle cet objectif est atteint. Ainsi, quel que soit le *numerus clausus* fixé pour les prochaines années, les projections à comportements constants aboutissent à une diminution de la densité de dentistes jusqu'au début de la décennie 2010, moment où elle atteindrait un peu moins de 62 pour 100 000 habitants. Pour maintenir ensuite la densité de praticiens à ce niveau, les fluctuations du *numerus clausus* devraient être très contrastées : augmentation immédiate à 3 000 places jusqu'en 2010, puis à un peu moins de 2 000 places entre 2010 et 2020, date à laquelle le *numerus clausus* devrait entamer une baisse continue pendant 25 ans jusqu'à atteindre 1 300 en 2040, puis remonter à nouveau à 1 700 places pour compenser les nombreux départs à la retraite induits par les recrutements des années 2010. Il est évident que de telles variations¹⁰, dans des délais aussi rapprochés, du degré de sollicitation de l'appareil de formation ne sont pas envisageables.

Ces mesures théoriques doivent tenir compte du contexte et de la faisabilité de telles augmentations des *numerus clausus*. Il faut en effet s'interroger sur les capacités matérielles (fauteuils) et humaines (enseignants, praticiens hospitaliers¹¹) qu'ont,

10. Moins de 1 000 personnels hospitalo-universitaires répartis dans les 16 unités de formation (une centaine de professeurs des universités-praticiens hospitaliers [PU-PH], environ 400 maîtres de conférence des universités-praticiens hospitaliers [MCU-PH] et 400 assistants hospitalo-universitaires [AHU], dont un quart seulement exercent à temps plein comme enseignants).

11. Sont modélisés des comportements différenciés d'interruption d'activité (au titre des enfants) et de cessation d'activité. En revanche, on ne dispose pas d'informations sur les durées de travail, et notamment sur l'impact du temps partiel, qui ne sont donc pas intégrées dans la modélisation.

en l'état, les unités de formation à résister à de fortes augmentations du *numerus clausus*, d'autant qu'elles ont déjà dû récemment absorber la mise en place de la sixième année et de l'internat à moyens constants (Bois *et al.*, 2003).

■ ■ L'accroissement de la féminisation parmi les diplômés aurait à l'horizon 2030 un impact marginal sur la densité de la profession

L'analyse de différentes variantes portant sur les trajectoires des diplômés et actifs montre que des modifications dans les modalités d'entrée et de mobilité dans la vie active ou encore une forte féminisation des diplômés n'auraient quasiment aucun impact sur le nombre et donc la densité de chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030¹². Le niveau de féminisation de la profession peut varier sensiblement selon le taux de féminisation au diplôme. Cette évolution se répercuterait cependant dans des proportions identiques parmi les libéraux et parmi les salariés.

En conclusion

Les projections démographiques doivent aussi être examinées au regard de l'évolution des besoins, des pratiques et des disparités géographiques. Les évolutions démographiques, de comportements de soins ou les changements organisationnels pour les professions de santé joueront bien évidemment un rôle dans les années à venir. Plusieurs éléments issus d'études quantitatives et qualitatives ou provenant d'experts permettent d'éclairer ces différents enjeux.

Des statistiques récentes indiquent qu'environ 35 % des Français ont consulté un chirurgien-dentiste au moins une fois dans l'année (Raynaud, 2005). Par ailleurs, en 2004, 6,5 % de la population déclarait avoir renoncé ou reporté des soins et prothèses dentaires ou d'orthodontie pour des raisons financières (Allonier *et al.*, 2006). Ces besoins doivent toutefois être relativisés du fait de l'amélioration considérable de l'état de santé bucco-dentaire en France, notamment celui des enfants, grâce aux campagnes de prévention et à la promotion de l'utilisation du fluor. Le nombre de dents cariées, absentes ou obturées (aussi appelé « indice CAO ») à 12 ans a ainsi connu une baisse spectaculaire de 4,2 en 1987 à 1,9 à la fin des années 1990 (Hescot, Roland, 1998), malgré la persistance des inégalités sociales dans ce domaine (Azogui-Lévy, Rochereau, 2005 ; Guignon, 2007). Les soins conservateurs (SC) et les actes de prothèses dentaires (SPR), qui constituent encore près de 90 % des honoraires totaux des chirurgiens-dentistes libéraux, ont ainsi eu tendance à diminuer au profit des actes d'orthopédie dento-faciale (TO) et des actes en radiologie (Z) (CNAMTS, 2004).

12. En effet, outre le scénario relatif à une modification du taux de féminisation au diplôme présenté ici, différentes variantes sur les comportements d'entrée dans la vie active ou de mobilité professionnelle ont été mises en œuvre. Les effectifs projetés atteindraient des niveaux très comparables à ceux observés dans le scénario tendanciel et la répartition entre exercice libéral et salarié ne serait pas bouleversée.

À état de santé constant, de nouveaux besoins ou des demandes de prises en charge plus complexes se sont également développés : une attention accrue au « corps et à la santé », une plus forte demande « esthétique », l'accès aux soins dentaires de populations qui en étaient auparavant exclues, notamment grâce à la couverture maladie universelle (CMU)¹³.

Ces problématiques soulèvent des questions relatives à l'organisation des soins dentaires, caractérisée par des inégalités territoriales fortes de l'offre libérale, des carences en termes d'offre de substitution à la pratique de ville (maillage ville-hôpital) et une existence limitée de formes d'exercice adaptées au vieillissement de la population (réseaux de prise en charge des urgences, structures intermédiaires ou mobiles (Azogui-Lévy et Boy-Lefèvre, 2005). Des incertitudes pèsent aussi sur le souhait ou la possibilité des futurs chirurgiens-dentistes de prendre la succession ou de racheter les cabinets des praticiens qui exercent actuellement dans certaines zones rurales. Enfin, l'émergence de nouveaux besoins et la baisse attendue des effectifs de chirurgiens-dentistes doivent également être prises en compte dans les réflexions menées sur les délégations de tâches et les coopérations possibles avec d'autres professions (notamment les assistants dentaires ou encore les stomatologues et les médecins spécialisés en chirurgie maxillo-faciale).

Références bibliographiques

- AÏACH P., CÈBE D., CRESSON G., PHILIPPE C., 2001, « Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques », éditions Recherche Santé Social de l'ENSP, ENSP.
- ALLONIER C., GUILLAUME S., ROCHEREAU T., 2006, « Enquête Santé, Soins et Protection sociale 2004 : premiers résultats », *Questions d'économie de la santé*, n° 110, juillet, IRDES.
- AZOGUI-LÉVY S., BOY-LEFÈVRE M.-L., 2005, « La santé bucco-dentaire en France », *Actualité et Dossier en santé publique*, n° 51, juin, Haut Comité de santé publique.
- AZOGUI-LÉVY S., ROCHEREAU T., 2005, « Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire. Exploitation de l'enquête Santé et Protection sociale 2000 », *Questions d'économie de la santé*, n° 94, mai, IRDES.
- BESSIÈRE S., COLDEFY M., COLLET M., 2006, « Une typologie des configurations de l'offre de soins de premier recours au niveau cantonal », *Rapport de l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé*, tome 1.
- BESSIÈRE S., 2005, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *Revue française des affaires sociales*, janvier-mars, DREES.
- BESSIÈRE S., BREUIL-GENIER P., DARRINÉ S., 2004, « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », *Études et Résultats*, n° 352, novembre, DREES.
- BILLAUT A., BREUIL-GENIER P., COLLET M., SICART D., 2006, « Les évolutions démographiques des professionnels de santé », *Données sociales : la société française*, mai, INSEE.

13. Rappelons que les soins dentaires ne donnent lieu qu'à une couverture assez faible par le régime obligatoire. La CMU permet la prise en charge intégrale des soins conservateurs et, pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire, un panier de soins dentaires prothétiques a été instauré.

- BOIS D., MASSONNAUD J., MELET J., 2003, « Rapport de la mission odontologie », novembre, ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées.
- CNAMTS, 2006, « Le secteur libéral des professions de santé en 2004 », *Carnets statistiques*, n° 112, CNAMTS.
- COLLET M., SICART D., 2007, « Projections du nombre de chirurgiens-dentistes en activité en France à l'horizon 2030 : sources, méthode et principaux résultats », *série Études, Document de travail*, n° 68, septembre, DREES.
- COLLET M., SICART D., 2007, « La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030. Un exercice de projection au niveau national », *Études et Résultats*, n° 595, septembre, DREES.
- COLLET M., SICART D., 2007, « Les chirurgiens-dentistes en France. Situation démographique et analyse des comportements en 2006 », *Études et Résultats*, n° 594, septembre, DREES.
- COLLET M., 2005, « La démographie des pharmaciens à l'horizon 2030. Un exercice de projections au niveau national », *Études et Résultats*, n° 438, octobre, DREES.
- DARRINÉ S., 2003, « Les masseurs-kinésithérapeutes en France : situation en 2002 et projections à l'horizon 2020 », *Études et Résultats*, n° 242, juin, DREES.
- EVAIN F., AMAR M., 2006, « Les indépendants », *INSEE Première* n°1084, juin, INSEE.
- GUIGNON N., avec la collaboration de HERBET J.-B. et DANET S., FONTENEAU L., 2007, « La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième en 2003-2004. Premiers Résultats », *Études et Résultats*, n° 573, mai, DREES.
- HESCOT P., ROLAND E., 1998, « Le CAO des enfants de 12 ans », Union française pour la santé bucco-dentaire.
- LEGENDRE N., 2006, « Les revenus libéraux des chirurgiens-dentistes », *Études et Résultats*, n°501, juin, DREES.



e métier de chirurgien-dentiste : comment les praticiens le vivent

Cette contribution synthétise les résultats d'une étude réalisée pour l'ONDPS, dont l'objet est d'améliorer la connaissance du métier de chirurgien-dentiste et de ses conditions d'exercice¹.

Cette étude s'est déroulée en trois grandes phases, qui constituent chacune un prisme particulier d'examen de la profession : celui des acteurs et des institutions qui l'animent et la représentent, celui des praticiens en exercice, et celui des étudiants à la veille de commencer leur activité. La part la plus importante des investigations étant centrée sur le point de vue des praticiens en exercice.

Le métier vécu par les praticiens est ensuite analysé en quatre grandes familles thématiques : comment se font les vies professionnelles, comment sur un territoire donné le praticien répond à la demande de soin ou n'y répond pas, qu'est-ce qui cimente la profession et, enfin, ce que veut dire être dentiste.



Introduction

■ ■ Une profession libérale...

La profession de chirurgien-dentiste a une tradition d'exercice libéral très marquée. Plus de 9 praticiens sur 10 ont encore aujourd'hui un exercice libéral. L'offre de soin odontologique hospitalière est réduite : sur plus de 40 000 praticiens, moins d'un millier exercent à l'hôpital, et rarement à temps plein.

Tel que le vivent les praticiens, être libéral est une véritable identité, qui est souvent énoncée par les praticiens pour expliquer leur choix de cette profession. L'autonomie de choix et le profond sentiment de liberté qui s'y attache sont ce que les praticiens apprécient le plus dans leur métier une fois qu'ils sont réellement en exercice. Et, ce qui est remarquable, c'est que cette identité est commune à l'ensemble des praticiens quels que soient la génération, le sexe, le lieu d'exercice, le choix de pratique ou, de façon beaucoup plus surprenante, le mode d'exercice.

Ce caractère fortement libéral est une véritable clé de lecture de la diversité de la profession. C'est un « fil rouge » qui traverse les constats que l'étude permet de formuler.

1. Elsa RIGAL Julie MICHEAU, *Le Métier de chirurgien-dentiste : caractéristiques actuelles et évolutions. Une étude qualitative*, Plein Sens, septembre 2007, www.sante.gouv.fr/ondps/index.html.

■ ■ ... mais une profession très isolée et qui semble en marge de la santé publique

L'exercice des chirurgiens-dentistes est encadré par des normes strictes, garantissant la sécurité du patient et la qualité des soins. Pourtant, les chirurgiens-dentistes se perçoivent et sont perçus comme une profession médicale un peu « à part ». En effet, les chirurgiens-dentistes sont bien des professionnels de santé, dotés du titre de docteur, au service du patient. La première année de médecine est d'ailleurs commune entre les étudiants en médecine et les futurs étudiants en dentaire.

Pour autant, la profession n'entretient pas beaucoup de relations avec le reste du corps médical. Il semble par exemple y avoir assez peu de cohésion, au niveau local, entre le chirurgien-dentiste et les autres professionnels de santé : dans sa vie professionnelle, un dentiste n'a que quelques contacts avec certains spécialistes ou professions paramédicales (ORL, stomatologue, orthophoniste...). Et, en dehors de la cardiologie, il est peu de spécialités médicales qui aient un regard attentif à l'état de la bouche. Les chirurgiens-dentistes ont, de fait, une approche très individuelle des soins.

En outre, paramètre très structurant de la profession, seule une minorité des soins dentaires font l'objet d'une prise en charge publique. Une grande part de l'activité des chirurgiens-dentistes échappe ainsi au champ conventionnel. Les soins de base sont totalement remboursés par la Sécurité sociale mais, *in fine*, le taux de couverture des dépenses dentaires par l'assurance maladie n'est que de 30 %, la couverture par les organismes complémentaires est de 35 % et il reste 35 % à la charge des ménages. D'un point de vue tarifaire, les chirurgiens-dentistes sont donc dans la situation de médecins en secteur II (qui ne représentent qu'un quart des médecins libéraux).

On peut souligner enfin la faible représentation de la profession au sein des instances en charge de la santé publique et la faible prise en compte des soins odontologiques dans les politiques de santé publique. Il n'y a pas de chirurgiens-dentistes dans les services déconcentrés (DDASS), il n'y a pas de dentistes du travail, il n'y a pas de dentistes scolaires. Il a fallu attendre 2005 pour que la santé bucco-dentaire fasse l'objet d'un plan national d'action et se trouve ainsi inscrite au PLF 2006 sous la forme d'une sous-action d'une action du programme de santé publique et prévention.

L'ensemble de ces éléments conduit à ce que coexiste au sein des professionnels une forte responsabilité individuelle avec un sentiment de responsabilité collective qui semble quasi inexistant. C'est très net en matière de santé publique : ce que la profession ne prend pas ou mal en charge aujourd'hui, il est peu de praticiens pour se sentir investi de la responsabilité de corriger la situation. C'est que le caractère libéral a pour conséquence dans cette profession un individualisme structurel. Chaque praticien vit son métier de façon indépendante. Le collectif existe, via la confraternité, mais il est peu incarné. Il s'agit d'une solidarité surtout mécanique, fondée sur l'identité de métier.

Phase 1 : la profession « vue d'en haut »

Le premier travail de l'étude consistait d'abord à recomposer une image de la profession telle qu'elle est « vue d'en haut », c'est-à-dire telle que les données statistiques la décrivent, mais aussi telle que se la représentent ses principaux acteurs au sein des organismes professionnels et institutions de santé publique.

Cette étape a permis :

- de décrire quantitativement la profession, à partir des connaissances et des ressources statistiques disponibles ;
- d'effectuer un état des lieux de l'opinion des principaux experts sur le sujet, à savoir à la fois les institutions (Ordre, HAS, DGS, IGAS), les syndicats (CNSD, UJCD, UNECD) et les associations professionnelles (ADF, UFSBD) ;
- de compléter cette vision par une analyse de la presse professionnelle afin de recenser les grandes tendances et les facteurs d'évolution qui sont actuellement identifiés.

Phase 2 : le métier raconté par les hommes et les femmes de l'art

Cette phase a permis, sur le terrain, d'entendre les praticiens parler de leur métier, de leurs conditions d'exercice et de leur profession.

Afin de répondre aux différents questionnements, 49 praticiens ont été rencontrés au total, au cours d'entretiens longs réalisés au cabinet.

Ces praticiens ont été sélectionnés en croisant quatre types de critères :

- Le territoire d'exercice ; 5 territoires de densité variable (forte, moyenne et faible), urbains, périurbains et ruraux, ont été retenus :
 - Paris ;
 - Caen (14) ;
 - département de l'Oise (60) et de Seine-Maritime (76) : zone rurale isolée ;
 - département de la Haute-Garonne (31) : grande ville et périurbain (Toulouse), ville moyenne (Montauban, dans le 82) et zone rurale ;
 - département de la Seine-Saint-Denis (93) : communes de Bobigny (93000), Drancy (93700), Aulnay-sous-Bois (93600), Le Blanc-Mesnil (93150), Bondy (93140).

- L'âge et le sexe :

Une attention particulière a été portée afin de sélectionner des praticiens hommes et femmes de toutes les tranches d'âge, de façon à pouvoir rencontrer des praticiens en début d'exercice, des praticiens ayant déjà une certaine expérience et des praticiens en fin d'exercice.

- La spécialité :

- des omnipraticiens « vrais » ;
- des omnipraticiens « faux » au sens d'une spécialité non reconnue mais constituant une spécialité de fait de l'activité, dominante ou exclusive (implantologie, parodontie, endodontie, pédodontie, orthodontie non spécialiste, chirurgie) ;
- des spécialistes en orthopédie dento-faciale/orthodontie.

- Le type de cabinet :

Il s'agissait de rencontrer à la fois des praticiens exerçant en libéral, en cabinet individuel (seul ou avec un collaborateur/une collaboratrice) et en cabinet de groupe, et des praticiens exerçant en centre (centre dentaire, centre médical, mutualiste, municipal et privé).

Le métier raconté par les hommes et les femmes qui l'exercent

■ ■ Des histoires plutôt que des carrières : entrée, sortie et moments clés de la vie professionnelle

Le terme de carrière n'est pas spontanément employé par les chirurgiens-dentistes. Au sens classique d'une progression structurée et balisée, il serait d'ailleurs impropre tant les parcours sont diversifiés. En effet, il est apparu qu'il s'agissait davantage d'« histoires » que de carrières à proprement parler. En sorte que la configuration du parcours professionnel dans le temps est très différente d'un praticien à l'autre : les différents moments clés ne sont pas les mêmes pour tous, ne se succèdent pas dans le même ordre, ne correspondent pas aux mêmes logiques de choix... Il y a des étapes mais il y a peu d'invariants dans l'organisation, la nature et la durée de ces étapes. Le panel des « histoires » est donc très large. Si les histoires professionnelles sont infiniment diverses, on peut toutefois distinguer des périodes clés et des moments charnières communs à un grand nombre de praticiens.

LES DÉBUTS : L'APPRENTISSAGE DU MÉTIER AU SENS LARGE

Il y a tout d'abord un temps d'apprentissage, commun à tous, qui correspond le plus souvent aux deux ou trois premières années après le diplôme. Ces années sont généralement consacrées à faire des remplacements ou/et des collaborations, parfois dans plusieurs cabinets à la fois. Elles sont considérées comme une période d'apprentissage nécessaire lors de laquelle le jeune praticien peut perfectionner les techniques qu'il a apprises à la faculté. Cette période lui permet aussi de s'initier à tout ce qui n'est pas le soin, le geste technique, mais qui fait pour autant partie des tâches à accomplir : la gestion, l'organisation du cabinet, les relations avec l'assistante, les relations avec les patients...

« C'est bien de passer un temps d'apprentissage en faisant des remplacements, des collaborations... C'est plutôt sain comme démarche. En sortant de la fac, on n'est pas sûr de soi. Moi, il m'a fallu dix ans pour maîtriser les gestes, les techniques. »

Suite à cet apprentissage, le jeune praticien saute le pas de la véritable installation.

L'installation n'est pas uniquement le fait de s'installer à son compte, mais plutôt le début d'un exercice envisagé à moyen ou long terme. Il peut s'agir aussi bien d'une association dans un cabinet de groupe, d'une création ou d'une reprise de cabinet, d'un engagement dans un centre de soins en tant que salarié, mais aussi d'une collaboration « stabilisée », c'est-à-dire une collaboration dans un seul et même cabinet, au sein duquel le jeune praticien souhaite rester quelques années et où il exerce à temps complet.

Les premières années qui suivent cette installation sont très souvent vécues comme un temps d'appropriation non plus des gestes techniques (le perfectionnement technique a été l'objet des années d'apprentissage), mais de toutes les autres composantes de la vie professionnelle : le rythme de travail, l'organisation du cabinet, les relations

confraternelles, les aspects comptables et la gestion, le relationnel avec les patients, etc. En cela, on peut presque parler d'une période d'appropriation du « poste ».

LA « FIN DE CARRIÈRE » : UNE PÉRIODE DE LIBERTÉS ET DE DOUTES

Les dernières années de vie professionnelle sont difficiles à cerner. Nous les définissons ici comme les années marquées par un infléchissement de la pratique motivé par la perspective de la cessation d'activité, mais un praticien peut aussi faire le choix de ne rien changer durant cette période.

La plupart des praticiens de plus de 60 ans rencontrés précisent qu'ils ont changé quelque chose ou entendent le faire pour négocier les dernières années. C'est un temps où l'on réfléchit à la cession du cabinet, mais également où l'on se sent plus libre. Parce que l'on aura bientôt terminé, on oriente sa pratique vers les actes que l'on préfère, on se fait davantage plaisir. On se permet de ne plus faire (ou de faire moins) ce que l'on aime le moins.

C'est également une période où l'on se sent plus libre dans la relation avec les patients, d'une part parce qu'au bout de tant d'années les rapports se sont détendus, mais aussi parce qu'avec la perspective d'arrêter on s'autorise à éviter les patients que l'on n'apprécie pas (les patients qui ne sont pas motivés, pas respectueux des rendez-vous...).

Mais la période de précéssation est aussi celle des dilemmes. La question de l'investissement se pose avec encore plus de force qu'avant, car les cessions de cabinet sont de moins en moins assurées.

En effet, les prix de revente ont considérablement diminué depuis une dizaine d'années. Les jeunes qui en ont profité le reconnaissent. Mais le prix n'est pas ce qui angoisse le plus les praticiens. Le vrai problème, c'est que la revente elle-même, quel que soit le prix, est de plus en plus ardue. Sur ce point, nous avons pu constater une grande inquiétude parmi les praticiens les plus âgés. Parfois, le praticien continue de travailler pour la seule raison qu'il n'arrive pas à revendre. Exaspération et fatigue se conjuguent alors au point de faire disparaître tout plaisir dans le métier.

On note toutefois que les discours sont plus ou moins alarmistes selon les endroits. En Haute-Garonne, par exemple, les praticiens s'inquiètent mais se sentent plus privilégiés que leurs confrères de Paris ou de la Seine-Saint-Denis. Le fait d'exercer en ville, qui plus est en ville universitaire, est également un élément rassurant.

Dans d'autres endroits, notamment en zone rurale, les discours sont tout simplement fatalistes : le cabinet fermera, comme partout. C'est parfois dans cette perspective que des aménagements sont faits : le cabinet ne sera pas vendu mais il est aménagé pour qu'avec un minimum de travaux il puisse être transformé en habitation.

« Le problème, c'est que ça ne se cède plus. Je ne sais pas comment faire. C'est impossible de trouver un collaborateur, un remplaçant. Ici, je vais le donner ! Ou simplement fermer et puis c'est tout. »

La question de la revente est d'autant plus difficile que les praticiens se sentent quasiment impuissants : le fait de pouvoir revendre ou pas son cabinet n'est pas lié au prix, ni à la réussite du cabinet (gros chiffre d'affaires, bonne réputation), ni à la « qualité » de la patientèle (aisée, fidèle...). L'état du matériel n'est pas non plus un

facteur de réussite : il semblerait que les jeunes praticiens préfèrent le plus souvent acheter leur propre matériel, tout neuf. C'est d'ailleurs une des raisons pour lesquelles les praticiens en fin d'activité hésitent à s'endetter une dernière fois pour renouveler le plateau technique...

Ne pas revendre son cabinet, c'est se priver d'un apport financier, parfois non négligeable à l'arrivée de la retraite (certains dentistes nous ont expliqué que le prix de la revente servait à couvrir les frais – fiscaux notamment – liés à la fermeture du cabinet). Mais, au-delà de l'aspect financier, il y a aussi une inquiétude pour la clientèle, certains praticiens craignent qu'elle soit « abandonnée ». Il s'agit d'un regret plus sentimental : un cabinet qui n'est pas repris, c'est un peu comme une entreprise qui ferme, c'est en tout cas quelque chose de bien qui n'est plus.

Quand la cession est certaine ou au moins possible, on comprend que bien peu la préparent très activement. La plupart font confiance au bouche-à-oreilles. Beaucoup en restent à l'intention.

« J'ai un fauteuil en plus, je vais essayer de mettre quelqu'un dessus. C'est pendant que ça tourne qu'on a une chance d'attirer quelqu'un. »

Des alternatives à la cession complète du cabinet (c'est-à-dire vendre en même temps les locaux, la clientèle et le matériel) existent, comme par exemple la création d'une SELARL, qui permet de salarier un jeune praticien dans l'optique, à terme, de lui vendre des parts. À Paris, la vente des fichiers clientèle peut aujourd'hui en partie remplacer la vente de cabinet.

DES MOMENTS CHARNIÈRES OÙ DES CHOIX SONT FAITS

La première installation est un tournant sur le parcours. Une série de questions surgissent alors, avec le sentiment que l'on s'engage un peu « pour la vie » ou en tout cas à long terme. Les investissements – pour l'achat d'un cabinet ou l'achat de parts dans une association – et l'importance que revêtent les conditions d'exercice que chacune des voies implique sont tels que la première installation fait nécessairement l'objet d'un temps de réflexion.

La naissance du premier enfant correspond également à un moment charnière. Cet événement implique en effet une réflexion sur l'équilibre que l'on souhaite établir entre le temps de travail et le temps consacré à la vie de famille. Cela impacte nécessairement les choix en termes de conditions de travail, de temps de travail et, par voie de conséquence, sur la forme d'exercice et la pratique. L'influence de la naissance des enfants dans les logiques de choix est visible chez les praticiens femmes, mais aussi chez certains hommes.

« Dans dix ans, je pense que je serai salariée à plein temps. C'est plus facile pour les congés et pour les horaires par rapport aux enfants. Mais ce serait un sacrifice professionnel. »

« Après mon diplôme, j'ai fait des remplacements, des voyages... Pendant quatre ou cinq ans. Puis j'ai travaillé dans un centre pendant sept ans. Ensuite, à la naissance de mon premier enfant, j'ai changé et je me suis mis en libéral. »

Les changements de cabinet, d'associés, sont des moments importants dans la vie professionnelle. Certains praticiens ont des histoires mouvementées : durant leur vie professionnelle, ils ont parfois changé plusieurs fois de cabinet, ce qui implique un déménagement dans un nouvel endroit, une nouvelle patientèle à « apprivoiser », de nouveaux collaborateurs ou associés, parfois de nouvelles façons de travailler liées à l'organisation du cabinet...

Les formations constituent d'autres périodes charnières dans le parcours professionnel. Il ne s'agit pas ici des stages accomplis dans le cadre de la formation continue obligatoire mais des formations effectuées par les praticiens qui optent pour la spécialisation (dans un objectif de pratique exclusive ou pas, comme on le verra plus loin).

Suivre un DU ou un CECSMO nécessite un investissement en temps assez conséquent (le plus souvent un ou deux jours par semaine pendant quelques mois pour un DU, presque un temps plein pour un CECSMO) qui impacte fortement l'exercice et l'organisation du cabinet. De ce fait, ce temps de formation marque les mémoires.

On note que ce temps de formation a le plus souvent lieu cinq à dix ans après le début de l'exercice. Il est beaucoup plus rare que les praticiens suivent un DU juste après la formation initiale. L'argument avancé est qu'il faut avoir exercé quelques années pour pouvoir assumer financièrement le coût engendré par ce type de formation (à la fois le prix de la formation elle-même et la perte en chiffre d'affaires engendrée par le temps passé en formation).

Enfin, parmi les moments clés, il faut citer les gros investissements. L'achat d'une radio numérique, l'agrandissement des locaux, le renouvellement du fauteuil, l'informatisation du cabinet, l'embauche d'une seconde assistante, la refonte de la chaîne de stérilisation... Parce qu'ils pèsent lourdement sur la trésorerie du cabinet et ne sont parfois rentabilisés qu'au bout d'une dizaine d'années (voire davantage), ces investissements sont vécus comme des moments charnières dans la vie professionnelle d'un praticien. Mais l'aspect financier n'est pas le seul critère : ces investissements sont aussi ressentis comme de véritables événements du fait des changements qu'ils induisent dans les conditions d'exercice et parfois même dans la pratique elle-même.

« J'hésite à faire des investissements... La radio numérique, ça fait des années que j'y pense, chaque année je veux l'acheter mais bon... C'est un vrai confort, mais c'est très cher. Ça nous permettrait de faire tout sur place au lieu d'adresser, c'est sûr que c'est un avantage, ça nous faciliterait la vie. Ça donne une plus-value au cabinet aussi. »

■ ■ Les conditions d'exercice : entre choix et opportunités

Contrairement à ce que pourrait laisser penser le caractère libéral de la profession dentaire, les conditions d'exercice ne sont pas toujours la résultante d'un choix du praticien, ou tout du moins d'un choix raisonné. Les options sont libres mais loin d'être toutes examinées et arbitrées. Hasards et opportunités ont un grand rôle dans les histoires telles qu'elles se font.

Il apparaît que le lieu d'installation n'est pas seulement dicté par des considérations professionnelles. C'est surtout pour des raisons personnelles que l'on travaille en ville, à la campagne ou dans telle région, et les installations (cabinet, association)

sont aussi fortement déterminées par le hasard des réseaux. En revanche, certaines situations minoritaires sont, elles, tout à fait motivées : être salarié, ne pas avoir d'assistante, créer un cabinet plutôt qu'en reprendre un.

LES OPPORTUNITÉS JOUENT BEAUCOUP DANS LES ORIENTATIONS PROFESSIONNELLES

Une grande part de hasard touche des éléments clés qui peuvent changer du tout au tout l'exercice, la façon dont il est vécu, et même les chances de succès ou d'échec du parcours professionnel. Par exemple, l'offre de collaborations étant bien supérieure à la demande, on pourrait s'attendre à ce que le futur collaborateur soit attentif à un grand nombre de critères. En réalité, le futur collaborateur est surtout attentif à la qualité du cabinet (propreté, matériel, présence d'une assistante...) ou à la recommandation qui lui en a été faite.

Il y a une exception notable à ce hasard : c'est la rencontre, au sein de la faculté, d'un professeur et de son élève. Il y a là un mode de choix mutuel en connaissance de cause. Notons que le développement du stage pratique de sixième année va peut-être donner l'occasion à des collaborations de se faire de façon plus éclairée.

Autre élément fortement déterminé par les opportunités : le fait de travailler seul ou dans une structure de groupe. On serait porté à croire que c'est un choix fort, d'autant que les avantages et les inconvénients des deux formes d'exercice sont connus. Ça l'est parfois, mais ce n'est pas la règle. Si chaque praticien a une préférence pour l'une ou l'autre solution, tous partagent néanmoins le même avis : il n'y a pas de forme d'exercice idéale, chacune présente des avantages et des inconvénients sur lesquels tout le monde s'accorde.

Le lieu d'installation ne procède pas d'un choix vraiment délibéré

Les praticiens sont la plupart du temps conscients de l'importance qu'a le lieu d'exercice dans leur vie professionnelle et personnelle. Malgré cette conscience de ce que la « raison » dicterait, l'installation dans tel lieu géographique est rarement réfléchie en tenant compte des avantages et des inconvénients de ce lieu d'un point de vue strictement professionnel. On s'installe quelque part parce qu'on y a grandi, parce qu'on y a fait un remplacement et qu'on a eu une proposition de collaboration ou d'association, parce qu'on y a fait ses études et qu'on ne veut pas s'éloigner de la faculté et de ses camarades de promotion... Il s'agit plus d'inertie que de réelle réflexion stratégique sur les conséquences en termes de patientèle, de demande de soins, de pratique ou de conditions d'exercice, de rentabilité. Ce n'est bien souvent qu'*a posteriori* que la réflexion sur les avantages et les inconvénients du lieu où l'on s'est installé peut survenir, lorsque le praticien se rend compte qu'il ne peut pas avoir la pratique qu'il aurait souhaitée.

De vrais choix : être salarié en centre, reprendre ou créer son cabinet, ne pas avoir d'assistante

Un praticien ne choisit pas entre être libéral et être salarié, il choisit par exception motivée d'être salarié.

Cependant, ce choix n'est pas toujours définitif, les données statistiques tendent même à montrer qu'il s'agit principalement d'une situation le plus souvent transitoire.

Le choix du salariat peut être dicté par un souhait d'exercer dans un contexte le moins dénaturé par l'argent. Il s'agit alors d'être salarié en centre municipal où le salaire est indépendant de l'activité.

« J'ai toujours travaillé ici (au centre), je n'ai jamais pensé m'installer en libéral. Je suis très gênée avec l'argent. Ici, c'est l'administration qui s'en charge, je n'ai pas à réclamer d'argent. Je peux me consacrer entièrement au relationnel, c'est ce qui me plaît dans ce métier. »

Pour d'autres, le choix se fait en fonction de facteurs exogènes, notamment la vie familiale. Il est vrai que le rythme de travail en centre est souvent plus confortable qu'en cabinet libéral : le centre ferme plus tôt et à des heures fixes, il est possible de se réserver des jours de congés dans la semaine sans en faire porter la contrainte sur les patients, le praticien bénéficie de congés payés et a la sécurité de percevoir un salaire en cas de maladie, de grossesse...

« Ce qui est bien, ce sont les horaires : 35 heures par semaine, le mercredi après-midi, le vendredi et le samedi de libre, c'est confortable par rapport aux enfants. C'était le but en venant ici. »

Un autre avantage, et pas des moindres pour les praticiens que les tâches administratives effraient ou ennui, c'est que le centre prend en charge tous les aspects liés à la gestion (gestion des fournitures, comptabilité, facturation, gestion du personnel...). Le centre permet également au praticien de bénéficier d'une assistante.

Tout cela n'empêche pas de trouver pourtant au travail en centre des inconvénients significatifs. D'abord, en centre, la relation au patient est différente : les praticiens salariés se sentent parfois moins libres dans leurs rapports avec leurs patients. Certains disent ne pas se permettre de faire certaines réflexions à un patient, par exemple. Par ailleurs, dans certains centres, les patients sont répartis uniquement en fonction des disponibilités des agendas des praticiens. Dans ce cas, la relation entre le patient et son dentiste est discontinuée.

« Je travaille dans un centre à côté, et je vois la différence au niveau du relationnel. En cabinet de ville, on est un peu des médecins de famille, on a des relations avec les patients sur le long terme. C'est mieux, ça permet de mieux connaître le patient, de mieux détecter les risques, de faire de la prévention. En centre, pas du tout, il n'y a aucun suivi ; quand il vient, le patient voit n'importe quel des dentistes du centre. »

Le matériel, sans être défaillant, est rarement à la pointe. Le problème est davantage que, dans certains centres, il n'est pas choisi par le praticien mais par l'administration du centre. Certains praticiens salariés s'en plaignent.

Enfin, quelques praticiens font état d'une différence entre la demande de soins constatée dans les centres et en libéral. Dans les centres, les patients ont en moyenne de plus faibles moyens financiers que les patients d'un cabinet libéral. Le praticien fait par conséquent un peu plus de soins de base que dans un cabinet. L'état de la santé bucco-dentaire des patients du centre serait également moins bon.

D'autres appréciations vont fortement varier selon le mode de rémunération : dans certains centres, elle se calcule au pourcentage alors que dans d'autres le salaire n'est pas du tout indexé sur le chiffre d'affaires. Un praticien qui est rémunéré en partie sur le nombre de prothèses qu'il réalise estime ne pas disposer d'autant de liberté dans sa pratique que le praticien dont le salaire est fixe. La pression et le rythme de travail ne sont pas non plus les mêmes.

Comme le mode salarié, le fait de reprendre un cabinet existant ou de créer son propre cabinet est une alternative réfléchie pour beaucoup de praticiens. Certains des praticiens rencontrés avaient une idée bien arrêtée et avaient fermement décidé de reprendre un cabinet ou d'en créer un *ex nihilo*. Pour d'autres, la reprise et la création étaient deux solutions envisageables, et le choix s'est davantage opéré en fonction de circonstances externes et d'opportunités. Enfin, travailler ou non avec une assistante procède d'un choix. Pour la grande majorité des praticiens rencontrés, avoir une assistante est normal, travailler autrement est impensable.

« Ça devrait être interdit de travailler sans assistante. Sans assistante, c'est impossible de garantir la chaîne de stérilisation ! Même au niveau rentabilité, c'est plus intéressant d'avoir une assistante ».

Sans aller jusqu'à parler de nécessité, tous les dentistes rencontrés admettent qu'avoir une assistante c'est mieux que ne pas en avoir. Les avantages cités sont pléthore, tant en termes de confort de travail, de sérénité, d'accueil du patient, de qualité et de rapidité des soins et donc de rentabilité...

Pourtant, des « irréductibles » persistent, qui refusent de prendre une assistante, y compris pour effectuer des tâches d'accueil et de secrétariat. L'argument le plus souvent avancé pour justifier ce choix est celui du coût que représente le salaire de l'assistante. Il faut que le praticien dégage assez de chiffre d'affaires pour la payer.

Le rythme de travail : un choix ?

Parmi les composantes des conditions d'exercice, le rythme de travail est un peu à part dans la mesure où il est véritablement choisi chez certains praticiens, alors que d'autres semblent ne pas avoir prise sur cet aspect de leur exercice. Ce constat est d'autant plus étonnant que la liberté de gérer son emploi du temps à sa convenance fait partie des premiers avantages relevés par les dentistes lorsqu'ils listent ce qu'ils apprécient dans ce métier.

Pour certains, le rythme de travail est aménagé de façon à être le plus confortable ou le plus efficace possible. D'autres se disent « surbookés », croulant sous la demande de soins, et se font un devoir d'accepter tous les rendez-vous.

« Le plus difficile, c'est de trouver du temps pour soigner tout le monde. »

Il est vrai que le rythme de travail a tendance à évoluer. Il semble être davantage choisi chez les jeunes générations. Les jeunes praticiens, tant les hommes que les femmes, refusent de sacrifier leur vie familiale ou leur temps de loisirs à leur exercice.

Le temps de travail moyen observé parmi les jeunes praticiens interrogés est le plus fréquemment de quatre jours par semaine. En cela, ils diffèrent des dentistes

plus âgés qui, eux, se rappellent avoir travaillé au minimum cinq jours voire six jours par semaine au début de leur exercice. Certains continuent d'ailleurs de travailler autant au bout de vingt ans de pratique.

Autre constat : les jeunes ont tendance à davantage espacer les rendez-vous que les générations précédentes. Cette organisation du temps de travail aurait, selon eux, le double avantage d'être plus confortable et plus rentable. Toutefois, pour ce qui concerne le temps de travail journalier, les choses restent les mêmes : les jeunes praticiens comme les anciens disent tous faire « de grosses journées ».

LES INTERFÉRENCES ENTRE L'ARGENT ET LA PRATIQUE

La profession a la réputation de bien gagner sa vie, la plupart des chirurgiens-dentistes rencontrés le confirment en soulignant toutefois l'extrême diversité des situations individuelles.

Les praticiens sont préoccupés, voire occupés par des considérations pécuniaires. Le cabinet est une forme de micro ou de petite entreprise, avec des charges importantes, qui oblige à ces considérations. Il y a d'ailleurs quelque chose de paradoxal entre l'importance accordée à cette question dans le discours et l'impréparation, l'empirisme avec lequel les praticiens deviennent économiquement responsables. Gérer un cabinet ne s'apprend pas en faculté, c'est la première installation qui fait toucher du doigt la question de la rentabilité.

Pour autant, cette rentabilité est-elle difficile à assurer ? Apparemment pas, une fois admis, de l'avis général, qu'elle repose sur les soins hors nomenclature. L'omnipratique suppose donc des arbitrages entre temps, qualité et rentabilité. C'est là qu'apparaît pour certains le problème de la marchandisation des actes et de ses dérives possibles. Si le système n'oblige pas nécessairement à des arbitrages entre qualité et rentabilité, il est inconfortable et porteur de risques.

Pour oublier cette question de l'argent, deux voies sont possibles : la rémunération au forfait, c'est-à-dire le travail salarié en centre où le praticien est rémunéré à l'heure et, à l'opposé, une pratique hors du système conventionnel.

■ ■ Les évolutions de l'exercice

De vraies innovations se diffusent lentement, les comportements des patients se transforment, les jeunes générations impulsent de nouvelles méthodes de travail. Cette progressivité de la transformation conduit les praticiens qui ont le recul des ans nécessaire à considérer que pour eux tout a changé en même temps que rien n'a changé.

DES ÉVOLUTIONS EN SOURDINE QUI MODIFIENT LA PRATIQUE

Les nouvelles techniques ont un temps de diffusion lent, qu'il s'agisse de matériel de pointe ou de techniques nouvelles. En revanche, l'introduction de nouvelles familles d'actes ou spécialités apparues ces dernières années – l'implantologie, bien sûr, mais aussi la parodontie, la pédodontie, les soins dits « esthétiques » – est perçue comme introduisant des changements plus radicaux... Les évolutions techniques qui touchent au soin de base sont également beaucoup citées : les nouveaux matériaux (composites, matériaux de collage...), les nouveaux outils qui permettent de travailler plus vite et avec plus de précision qu'avant.

En vingt ans, la façon de travailler a également évolué : l'anesthésie est devenue beaucoup plus systématique. On fait plus de soins conservateurs, alors qu'on avait auparavant davantage recours à l'extraction. Enfin, la prise en charge du patient a tendance à être de plus en plus globale : alors qu'on soignait plutôt « dent par dent », le diagnostic prend aujourd'hui en compte l'état d'ensemble de la bouche, et le soin participe d'un plan de soins global. Le développement de la radio panoramique a beaucoup contribué à ce changement.

Les patients, et la relation avec les patients, ont aussi évolué. De l'avis de tous, si la peur du dentiste persiste, les patients ont globalement moins peur qu'avant, ce qui facilite d'autant les relations entre le praticien et le patient.

Les praticiens ont aussi l'impression que les patients sont plus informés, et donc plus engagés dans le processus de soin. Ils s'intéressent davantage qu'avant au soin qui est pratiqué dans leur bouche, posent des questions.

Revers de la médaille, les patients seraient aussi plus enclins qu'avant à se plaindre lorsqu'un soin ne leur convient pas, y compris devant les juridictions appropriées... Lors des entretiens, les praticiens ont semblé particulièrement sensibles à cette tendance procédurière. De par les risques qu'une procédure fait peser sur leur réputation et leur exercice, et donc sur la survie du cabinet, les dentistes se sentent moins libres dans le soin qu'ils délivrent.

« Les gens sont de plus en plus exigeants, on n'a pas le droit à l'échec. Du coup, on prend moins de risques : on extrait au lieu de tenter de sauver la dent. Je le vois surtout chez les jeunes, ils ne veulent plus prendre de risques. »

LA FORMATION TOUT AU LONG DE LA VIE

Dans le cadre d'une activité libérale et hautement technique, la formation permet de mettre à jour ses pratiques, d'offrir des soins de qualité, c'est donc aussi ce qui donne du sens au métier. Il ne viendrait à l'idée d'aucun praticien, sauf en toute fin de carrière, d'en contester l'intérêt. Reste qu'il se dit que, avant la réforme qui la rend obligatoire, seuls 15 % des praticiens se formaient.

Bien sûr, beaucoup de praticiens disent ne pas faire autant de formation qu'il faudrait par manque de temps. Mais, au-delà de ce facteur temps, deux grandes catégories de dentistes se distinguent : ceux qui, par choix, ne font jamais de formation et ceux pour qui la réforme de la formation continue n'a rien changé puisqu'ils ont toujours été attentifs à se former.

Ceux qui disent ne pas vouloir se former, les anciens la plupart du temps, sont persuadés que l'état de leurs connaissances est suffisant pour soigner leurs patients. Il peut également s'agir de praticiens qui ont longtemps gardé un pied à la faculté pour y enseigner et qui estiment donc ne pas avoir besoin de suivre de formation complémentaire.

De l'autre côté, il y a les praticiens pour qui la formation continue est une évidence, et qui en ont toujours fait tout au long de leur exercice.

« J'ai toujours fait beaucoup de formations. Je suis à la Société française d'endodontie. Je n'étais pas satisfaite de la façon dont on faisait les traitements canaux, j'ai cherché ce qu'il y avait de mieux. Je teste les nouveaux produits, j'essaie toujours d'améliorer. »

La formation continue est désormais obligatoire pour tous les chirurgiens-dentistes. La majorité des praticiens le savent. On note toutefois que les jeunes semblent moins au courant et ne sont pas toujours très sûrs que l'obligation les concerne eux aussi.

Les dentistes conviennent que le fait de faire progresser la formation continue en la rendant obligatoire est une bonne chose. Même si l'obligation ne représente en réalité que deux jours par an, elle permet tout de même de pousser vers la formation des praticiens qui n'en faisaient jamais. Elle a parfois ouvert les yeux de certains.

Pour autant, beaucoup de reproches sont faits à cette réforme. Tout d'abord, et cette critique est commune à la plupart des dentistes rencontrés, y compris ceux qui font beaucoup de formation, la formation continue est mal organisée. Qu'entendent par là les praticiens ? Ils trouvent tout d'abord que l'accès aux formations n'est pas toujours facile : quelles sont celles qui comptent et celles qui ne donnent pas de crédits ? Comment trouve-t-on les formations agréées ? Ils déplorent également que le système de validation et de comptabilisation des crédits soit très flou.

Enfin, ils se posent beaucoup de questions sur le système de sanction : qui vérifie si la totalité des crédits demandés est suffisante au bout de la période de cinq ans ? Et, si elle est insuffisante, quelles sont les sanctions encourues ?

Enfin, le dernier reproche fait à la réforme de la formation continue porte sur ses effets pervers. Selon les dentistes, en créant une obligation de formation, on a donné naissance à un véritable marché, dont certains organismes de formation se partageraient la manne. Il y aurait des abus sur les prix, mais aussi une diminution de la qualité du contenu.

Certains dentistes appréhendent que la réforme soit un facteur d'appauvrissement de la formation initiale, en expliquant que, puisque les praticiens devront se former, ils choisiront de faire des DU (diplôme universitaire) dans les matières qui leur sont les plus utiles au quotidien, à savoir la parodontologie et l'implantologie, ce qui confortera le fait que ces formations ne soient pas intégrées à la formation initiale (puisqu'elles rapportent plus à la faculté en restant des DU).

Par ailleurs, certains, attachés au caractère libéral de la profession, regrettent qu'il ait fallu mettre en place une loi pour obliger les dentistes à se former. Selon eux, la formation continue devait rester une initiative privée. Le fait de l'imposer est compris comme une nouvelle contrainte qui vient s'ajouter à toutes les autres. C'est aussi parfois interprété comme un manque de confiance vis-à-vis de la profession : on les soupçonnerait de ne pas assez se former.

Enfin, certains déplorent que l'obligation de formation s'impose tout au long de l'exercice, sans exception. Il leur semble en effet qu'il y a des périodes lors desquelles il est moins pertinent de se former : les deux ou trois années après la formation initiale (on est déjà au fait des dernières connaissances et techniques) et la période qui précède la cessation d'activité.

■ ■ Territoires, patients et réponse à la demande de soins

Dans les zones rurales ou urbaines en difficulté se rencontrent une patientèle modeste ou précaire et des praticiens de plus en plus rares. Toutefois, les caractéristiques d'un territoire ne surdéterminent pas les pratiques, et les entretiens révèlent une très grande hétérogénéité des situations au sein d'un même territoire. Loin de subir complètement son environnement, le praticien fait des choix ou non, des choix explicites ou implicites. Choix

de prise en charge ou choix des types de soin, choix de répondre par un emploi du temps lourd ou tendu à une demande forte, ou pas... À patientèle potentielle équivalente, il induit par sa pratique et ses tarifs des modes de prise en charge différenciés.

Les ressources financières de la patientèle sont évidemment un paramètre très structurant de la réponse qui sera apportée par le praticien. Toutefois, il semble difficile de considérer la demande de soin comme une donnée exogène : par son offre de soin, le praticien peut la révéler ou la laisser cachée.

Pratique rurale ne rime pas avec pratique « rustique » ou au rabais. Parce que la formation est un moyen de rompre l'isolement professionnel, et parce que la mise à jour des connaissances est un des moteurs du métier, les praticiens ruraux enquêtés se sont montrés soucieux de l'évolution de leurs techniques de soin même si, pratiquement, l'accès à la formation est pour eux plus difficile.

Les praticiens qui exercent dans des zones rurales, en particulier quand ils ont eu une expérience antérieure en ville ou en banlieue, insistent sur les spécificités de leur patientèle et de leur pratique. Les soins sont plus « basiques », parce que la clientèle est peu solvable pour des soins avec dépassement mais aussi parce que l'accès au soin y est moins régulier et plus guidé par l'urgence.

« En campagne, il n'y a pas une vraie habitude des soins. On vient si on a mal, on ne revient pas, et puis ils ne se trouvent pas mal sans dents. Ils ne se rendent pas compte des inconvénients d'une mauvaise mastication. En ville, on a une autre approche. On fait attention au look, aux dents. Ici, ils vont éventuellement demander un blanchiment plus que le fonctionnel. »

Cette réalité est connue des praticiens de ville : certains disent d'ailleurs avoir préféré s'installer en ville pour pouvoir pratiquer des soins qu'ils pensaient ne pas pouvoir faire en campagne. En revanche, la campagne a un avantage au niveau du relationnel : le rapport soignant-soigné y serait plus simple qu'en ville. Les praticiens qui y exercent l'assurent. Souvent, ceux qui exercent en ville le reconnaissent.

« Personne ne veut travailler plus loin que la deuxième couronne de Toulouse. Moi, je ne voulais pas m'installer au centre-ville : les clients sont casse-pieds. Ici, c'est très sympa avec les gens, ils sont moins exigeants qu'en ville. Ils ont aussi plus de respect par rapport à la blouse blanche, ils nous appellent « Docteur », ça m'a surpris au début ! Et puis on gagne mieux sa vie et plus vite en rural. Il n'y a pas de concurrence. On a de très bonnes relations professionnelles aux alentours. Ce serait inimaginable en ville ! »

Paradoxalement, les soins vont être à la fois plus « basiques » et plus sophistiqués. L'absence de recours complémentaire accessible à des spécialistes ou à un centre odontologique hospitalier peut conduire le praticien à prendre en charge des pathologies qu'il adresserait s'il était en ville ou à proximité d'une ville :

« Il y a beaucoup de monde, beaucoup de patients en attente, pas de centre hospitalier à proximité. On ne peut pas adresser des urgences ou des cas de chirurgie importants. Du coup, ça m'arrive de prendre des risques, de faire des choses au cabinet que je n'aurais pas faites à Paris. »

Les zones urbaines et périurbaines les plus en difficulté provoquent les mêmes constats qu'en zone rurale sur les modes d'accès aux soins et les formes de pratique : le traitement en urgence continue de dominer malgré des progrès certains dans la continuité des soins.

« Ici, les soins n'ont pas évolué contrairement à ce qui se fait dans le 7^e arrondissement. Il y a une part de la population qui est consciente et acquise au soin et, pour eux, ils sont fidèles, les choses changent. Mais il y a un paquet de patients qu'on ne voit qu'une fois, ils arrivent en souffrance. Ici, la carie n'a pas disparu du tout. » (banlieue, Centre)

En revanche, les relations soignants-soignés ne semblent pas avoir le même agrément qu'à la campagne. Des praticiens témoignent d'une dégradation très sensible à cet égard. Ils se plaignent de constater un état bucco-dentaire plutôt mauvais, déplorent le manque de motivation et parfois de respect de la part des patients, de devoir faire face à une patientèle qui n'a pas toujours les moyens financiers pour se faire soigner.

« L'évolution de la santé bucco-dentaire, j'ai du mal à dire quoi que ce soit. Je ne vois que des bouches catastrophiques. Ils viennent ici quand c'est trop tard. Ils ont très jeunes des dents pourries. La motivation j'essaye, mais ça ne donne rien. Ici, c'est une clientèle pauvre, beaucoup de chômeurs de RMIstes, ils ne respectent pas les rendez-vous. Dans le quartier, il y a 10 % de gens corrects. C'est nouveau, depuis dix-quinze ans. Ce n'était pas du tout comme ça quand je me suis installé il y a trente-sept ans. Très souvent, je me dis que j'aurais pu mieux faire mais la patientèle est difficile. Surtout les jeunes, ils me traitent mal, ils n'ont aucun savoir-vivre. On commence un soin et ils ne reviennent pas. » (quartier difficile)

Dans les zones rurales ou les territoires de relégation en périphérie qui sont déjà touchés par un déficit de praticiens, ceux qui y exercent en ressentent l'impact. La pression provoquée par la demande de soin non satisfaite est très présente, au point de devenir une source de stress, en tout cas d'un certain désarroi de ne pas pouvoir prendre tous les patients qui ont besoin d'être soignés.

■ ■ L'art, l'introuvable norme et la pratique

Chaque praticien semble avoir une représentation d'un certain « état de l'art » au sens d'une pratique idéale, en accord avec les possibilités de la science. Néanmoins, cet idéal n'est pas toujours praticable. C'est là une des lignes de tension forte du métier.

En France, la pratique odontologique n'est pas normée par un référentiel qui définirait des références opposables. Le système de prise en charge ne constituant en rien une possible référence à la norme et à la hors-norme. Chaque praticien construit donc sa pratique tout en ayant une représentation plus ou moins élaborée de ce que serait la norme de pratique. Il n'y a qu'en cas de contestation de sa pratique qu'il se trouvera confronté à une évaluation.

L'état de la science est connu. La science odontologique progresse, les techniques évoluent à un rythme soutenu, tous les praticiens en parlent. Les règles de l'art sont,

elles, beaucoup plus difficiles à définir. S'agit-il de mettre en œuvre ce qui se fait de mieux, de plus pointu, de plus sophistiqué ? S'agit-il de faire ce qui est le plus acceptable compte tenu des coûts et de la prise en charge des patients ? S'agit-il de ne considérer que les aspects fonctionnels ou bien faut-il tenir compte de la dimension esthétique ? Le non-référencement d'un acte dans la nomenclature doit-il être interprété comme synonyme d'acte superflu ou plutôt d'une non-mise à jour de cette nomenclature par choix économique ?

Chaque praticien va, en fonction de ses compétences, de son environnement, de ce qu'il perçoit comme étant son champ de contraintes, définir sa pratique en étant conscient d'un éventuel décalage avec ce que les revues définissent implicitement comme l'état de l'art. La pratique d'un chirurgien-dentiste est le résultat d'une équation complexe dont les paramètres sont la patientèle, sa solvabilité, la pression de la demande, le modèle économique du cabinet, et un savant mélange de choix et de nécessités.

LA PALETTE DES ACTES S'ÉTEND

Des disciplines d'abord réservées à des praticiens d'« avant-garde » se diffusent, plus ou moins largement selon leur technicité. L'omnipraticien n'est plus nécessairement le praticien universel de toutes les techniques de soin existantes. De vrais spécialistes (non reconnus statutairement) deviennent de faux omnipraticiens. L'omnipraticien au sens propre du terme (c'est-à-dire dont la pratique inclut toutes les « spécialités » en plus de l'omnipratique classique entendue comme celle des soins de base) serait plutôt une exception.

Chacun fait des arbitrages et en vient à des modes de prise en charge des patients très différenciés.

Avant de parler des « grandes spécialités » (paro, implanto...), il convient de souligner qu'au sein même de la palette des techniques « de base » certains praticiens font des choix. Chacun se fixe en quelque sorte sa norme concernant les soins de base. L'un va refuser de faire des couronnes métalliques, pour des raisons esthétiques, l'autre ne posera plus d'amalgames en raison du risque mercure qu'il considère comme réel, etc.

« Très vite, j'ai décidé de ne pas faire de couronnes métalliques ajustées. Ce n'est pas facile parce que ce n'est pas social. Mais je trouve que c'est important de choisir sa pratique. »

La demande de blanchiment est un phénomène récent et emblématique. Elle peut représenter un véritable déplacement dans la nature des missions du praticien qui devient ponctuellement esthéticien.

Face à cette demande, les chirurgiens-dentistes ont quatre attitudes :

- ils en font et considèrent cela comme normal ;
- ils n'en font pas car ils considèrent que les soins strictement esthétiques ne sont pas de leur mission ;
- ils n'en font pas car ils jugent les traitements trop imparfaits, risqués, à tout le moins délicats pour l'efficacité qu'il faut en attendre ;
- ils n'en font pas car leur patientèle, bien que demandeuse, n'a pas les moyens de s'offrir ce type de traitement, cher et à renouveler.

LA SPÉCIALISATION ET CE QUE ÇA (R)APPORTE

Parce qu'une grande part des soins d'implantologie et de parodontologie sont hors nomenclature, parce que les « grands cabinets » de spécialistes sont vus comme les plus rémunérateurs, l'équation est assez rapidement établie entre spécialisation et recherche d'un surprofit, en particulier par ceux qui n'en font pas.

« Je resterai omnipraticien. Je m'assimile à un médecin de campagne. Je cherche à rendre le plus de services à mes patients, à être le plus polyvalent sans me lancer dans la grosse chirurgie, la paro, l'implanto. Parce que ça ne rapporte pas, on ne veut plus faire les soins. Tout le monde fait ça, mais qui va continuer à extraire, à dévitaliser ? Qui va faire les soins ? »

Le paradoxe de ces pratiques qui se développent est effectivement qu'elles viennent encore augmenter le volant des soins hors nomenclature et renvoient donc chaque praticien à des stratégies individuelles de rentabilité.

Rappelons tout d'abord qu'elles coûtent. La plupart des praticiens rencontrés au cours de cette enquête y ont consacré du temps, ou à l'inverse ont renoncé à ces nouveaux actes faute de temps ou de courage pour se lancer dans une formation soutenue.

En réalité, il n'est pas possible de départir deux motivations qui se complètent et se nourrissent quand un praticien fait le choix de poser des implants par exemple, car l'élargissement des compétences est doublement intéressant, il est intéressant pécuniairement et techniquement. Un praticien peut être mû par le plaisir/l'intérêt qu'il trouve à diversifier ses actes, il en tirera, le cas échéant, un bénéfice financier. Quelle est la cause ? Quel est l'effet ?

À cela s'ajoute la motivation qui peut être désignée comme la norme implicite. Dans le cas de l'implantologie, qui est le plus souvent cité et qui semble le plus se diffuser parmi les omnipraticiens, on comprend que le caractère de rareté tend à disparaître. L'implantologie deviendra-t-elle une norme de pratique ? Un bon praticien doit-il la maîtriser, en totalité, en partie (pose de couronnes sur implants), pas du tout ?

LE BEAU TRAVAIL, LA QUALITÉ ET COMMENT ELLE S'ÉVALUE

Qualité du cabinet, qualité des soins, qualité de la relation sont présentées comme les trois dimensions de la qualité de la prise en charge d'un patient. Plusieurs aspects sont à prendre en compte pour apprécier ce qui permet de l'évaluer et qui s'en charge.

L'évaluation de la qualité d'un soin est chose délicate, d'abord parce que le patient a aussi un rôle : le respect des rendez-vous, le sérieux dans le suivi des traitements ont beaucoup d'importance. Des cas sont plus complexes à traiter que d'autres. Certains travaux très soigneusement faits pourront donner des résultats médiocres parce que le patient grince des dents, de même qu'un traitement canalaire même bien fait ne garantit pas totalement du risque d'infection... La santé n'est pas une science exacte. CPAM et Ordre se retrouvent d'ailleurs sur la nécessité d'une relative tolérance à l'échec, à l'erreur (ou à ce qui est jugé comme tel).

Certains considèrent que la satisfaction du patient est un signe de travail bien fait. Pourtant, le patient est rarement en capacité d'évaluer ce que son chirurgien-

dentiste a réalisé. Selon les dentistes eux-mêmes, le patient jugerait de la qualité des soins en fonction de la douleur ressentie ou pas, de l'aspect visible de l'acte réalisé (« c'est beau ») et de l'impression de sérieux du dentiste. Quant à la partie « invisible » du soin, le patient n'est pas en mesure de juger.

Le contrôle des soins, principalement effectué par la CPAM, constitue une autre dimension d'évaluation de la qualité de la prise en charge réalisée. La CPAM est en charge de vérifier à la fois la réalité et la qualité des prestations. Elle intervient également dans la répression des fraudes et des pratiques dangereuses. Le contrôle est déclenché soit par une plainte d'un patient, soit à l'initiative de la CPAM suite à une analyse de ses bases statistiques.

Le Conseil de l'Ordre départemental peut également recevoir des réclamations ou des plaintes de la part des patients. Dans ce cas, il tente d'effectuer une tentative de conciliation entre le patient et son praticien. Si un règlement à l'amiable ne peut pas être trouvé, la plainte est portée à la Chambre disciplinaire de première instance.

Afin de juger de la conformité d'un acte, la CPAM se réfère à l'état actuel des connaissances (ce qui est enseigné en faculté) et des études réalisées sur le terrain qui lui servent de référentiel. Cependant, on note qu'il n'existe pas de référentiel unique mais plusieurs référentiels. De l'avis même d'un dentiste-conseil, il est donc difficile de juger de la qualité d'un acte. Il s'agit davantage de trouver un consensus, ce qui n'est pas toujours évident et pas toujours facile à accepter pour les praticiens dont l'acte est évalué.

Les limites au système de contrôle existent aussi du côté des patients. Ils sont généralement assez peu informés de leur droit à faire appel à la CPAM dans le cas où ils s'estiment mal soignés.

Selon les acteurs rencontrés, la qualité moyenne des soins dentaires serait plutôt bonne. Les « moutons noirs » seraient rares. En témoignent le nombre de plaintes reçues par la CPAM et l'Ordre, qui reste globalement raisonnable : il y aurait très peu de « gros dossiers ». La plupart du temps, les plaintes seraient le fait d'une incompréhension entre le patient et le praticien. Le praticien ne se rend pas toujours compte de l'importance qu'il y a à expliquer un soin ou un devis pour le patient. Et l'incompréhension du patient peut très vite aboutir à une plainte.

À la question de la qualité des actes vient s'ajouter celle du cabinet, qui est garantie par un ensemble de normes. Entre exaspération et résignation, les chirurgiens-dentistes se disent envahis par la multiplication des normes et des contrôles visant le cabinet et ses installations. Sans remettre en cause leur bien-fondé, ils en contestent parfois la rigueur excessive et en déplorent le coût.

S'agissant de l'asepsie et de la sécurité, il revient au Conseil départemental de l'Ordre d'en assurer le contrôle, en effectuant régulièrement des contrôles dans les cabinets dentaires. Les contrôles peuvent également être déclenchés à la suite d'une plainte d'un patient.

Au-delà de l'obligation qui leur est faite, les praticiens paraissent de toute façon obligés de respecter les normes d'hygiène pour assurer la fidélité de la patientèle. De mieux en mieux informés, les patients seraient plus attentifs à l'état du cabinet qu'auparavant.

■ ■ Les références identitaires de la profession

La profession dentaire semble être un collectif abstrait. La référence identitaire à cette profession existe compte tenu de la forte spécificité du métier. Pour autant, cela ne se traduit pas ou peu dans des investissements effectifs au sein de collectifs constitués ou même informels.

On est chirurgien-dentiste, on appartient en cela à la profession. Mais on reste une individualité qui ne se confond pas avec les autres membres du collectif. Et la solitude de l'exercice n'appelle pas une compensation dans des formes d'échange collectif.

Certes, il existe des lieux constitués de collectifs professionnels – facultés, syndicats, ordres –, mais cela totalise *in fine* peu de praticiens activement impliqués et, qui plus est, chacune de ces sphères ne se confond pas avec les deux autres. La grande masse des praticiens sont loin de ces instances. Il est bien rare par exemple que les chirurgiens-dentistes évoquent spontanément les instances représentatives de la profession. Légitimes, elles le sont. Mais il est frappant de constater combien la distance est grande et la posture souvent critique entre les praticiens et les institutions qui sont censées les représenter.

Le développement de la pratique de groupe vient contredire cet individualisme forcené, mais en partie seulement. L'espace des préoccupations professionnelles s'est étendu sur quelques mètres carrés mais il ne s'est pas ouvert au monde.

La confraternité ne semble pas devoir être remise en question, elle est une relation de respect qui s'impose à chacun au motif de l'identité de profession. Elle constitue une forme mécanique de solidarité là où il n'y a presque pas de solidarité organique.

■ ■ Une responsabilité qui se limite à la patientèle existante

Les chirurgiens-dentistes se vivent comme une composante pleine et entière du monde médical, même s'ils savent que cette qualité ne leur est qu'imparfaitement reconnue. Ils ont des compétences médicales que personne d'autres n'a, ils soignent, ils respectent des normes exigeantes de sécurité sanitaire. Donc, la santé publique, ils y contribuent, c'est leur métier.

Mais la prise en charge des besoins de soins bucco-dentaires est construite comme la somme des capacités de soins des cabinets et centres. Or cette somme n'est pas égale au tout, et aucun praticien ne se sent responsable de cette inadéquation. La prévention est également rarement spontanément présentée comme une mission du praticien, en tout cas hors du cabinet. De façon générale, les dentistes s'arrêtent au constat d'un défaut de prise en charge. Ils ont le sentiment de ne pas en être responsables : leur rôle est de soigner leurs patients, le reste relève des pouvoirs publics.

Cette attitude touche évidemment la question de la répartition démographique des dentistes et de l'accès aux soins inégal sur le territoire.

Sans avoir une idée précise des chiffres ni toujours savoir quelles sont les régions désertées par les dentistes, les praticiens sont néanmoins tous conscients qu'il existe aujourd'hui des inégalités de répartition, et que l'accès aux soins devient problématique sur certains territoires.

Pour les plus jeunes, c'est l'état de l'offre qui sert d'indicateur : ils se rendent compte

que, de façon générale, il y a moins de dentistes puisque l'offre (de rachat de cabinets, de collaborations, de remplacements...) est très élevée.

Les plus anciens y sont encore plus sensibles puisque le phénomène démographique rend plus difficile la vente du cabinet lors du départ à la retraite.

La prise de conscience est bien entendu plus forte dans les endroits où le manque de dentistes a déjà commencé à se faire sentir, voire où la pression de la demande dégrade les conditions d'exercice.

Mais, une fois ce constat posé, les praticiens n'ont d'autre réflexe que le fatalisme, qu'ils soient d'ailleurs touchés par le problème ou pas. Il ne s'agit pas ici de dire que les praticiens ne se sentent pas concernés, mais ils n'ont pas le sentiment d'une responsabilité individuelle et ne se sentent de toute façon pas en capacité d'agir sur ce sujet.

Les urgences relèvent bien, en revanche, de la responsabilité individuelle. La grande majorité des praticiens prend en charge tout patient qui se présente dans le cabinet en urgence. La gestion des urgences n'est pas toutefois considérée explicitement comme une façon de contribuer à la santé publique : il s'agit davantage d'une obligation déontologique. Il arrive que la question des urgences soit prise en main collectivement par l'Ordre et les praticiens d'un même département, avec la mise en place d'un système de garde au niveau départemental. Mais ce type d'organisation n'existe pas partout.

Pour finir, la prévention : c'est un sujet abordé par les praticiens mais il s'agit surtout de la prévention qu'ils font – lorsqu'ils le peuvent... – au fauteuil avec leurs patients. En ce qui concerne les actions de prévention organisées au niveau local ou national, très peu de praticiens en ont parlé spontanément. Les actions de ce type qui sont citées, lorsque la question est posée, datent des années 1980-1990, dont ils constatent les effets positifs sur l'état actuel de la santé bucco-dentaire.

■ ■ L'attrait et les désagréments du métier

Qu'ils aient eu très tôt la vocation, qu'ils aient choisi ou pas ce métier, le constat est unanime : aucun des praticiens ne dit regretter avoir fait ce métier. Cette révélation survient le plus souvent pendant les études, lors des premières expériences cliniques : là, le métier de dentiste devient réellement pour tous un métier intéressant.

Sensibles aux inconvénients du métier, notamment de la fatigue physique et nerveuse qu'il implique, la grande majorité en souligne toutefois l'attrait.

Le métier procure, sinon une richesse, du moins une aisance matérielle qui est appréciée. La rétribution financière, qui est jugée satisfaisante, est loin de résumer tout l'intérêt du métier. La pratique libérale, constitutive ou presque de la pratique de la chirurgie-dentaire, procure à celui qui l'exerce un sentiment d'indépendance et de liberté. Le praticien travaille hors de toute subordination, il est renvoyé à sa responsabilité propre : pour lui, pour ses patients, le cas échéant pour sa structure.

Le cabinet est un lieu à soi, que le praticien construit et organise comme il l'entend. Certes, les normes se multiplient, mais en même temps qu'elles paraissent trop contraindre, elles construisent en creux un univers clinique qui fait la fierté de la profession et contribue à l'inscrire dans le champ médical plus encore.

Le métier est intense. Son exercice est exigeant, il requiert une attention soutenue et continue. C'est un métier où la maîtrise est nécessaire : maîtrise scientifique, maîtrise du geste, maîtrise du temps. C'est un métier sans répétition.

Le métier se transforme, si on en suit les évolutions, et dans ce cas il procure l'intime conviction de progresser dans sa pratique.

Forte contribution et forte rétribution matérielle se conjuguent donc. Il est assez normal qu'il n'y ait pas d'indifférence à cette pratique.

Pourtant, vu de l'extérieur, ce beau métier n'est pas apprécié à sa juste valeur, peut-être parce qu'il procure en moyenne des revenus importants. Ni les patients ni les pairs médecins n'ont de connaissance éclairée de ce que le métier de chirurgien-dentiste mobilise comme compétences, moyens et technicité. Image de soi et image de l'image de soi sont donc assez discordantes.

Être chirurgien-dentiste, c'est avoir la possibilité de se réaliser dans son travail, ou c'est plus généralement être très satisfait de ce travail. Pour atteindre cette satisfaction, le praticien doit trouver un mode d'exercice et une pratique qui lui correspondent, qui lui permettent d'être en accord avec lui-même. Certains praticiens sont en difficulté. Ils étaient peu nombreux parmi ceux que nous avons interviewés, mais faute d'atteindre à la maîtrise de tout ce que requiert le métier, ou faute d'avoir trouvé leur équilibre, ils vivent des situations d'inconfort réel.

LE DENTISTE SE RÉALISE DANS SES ACTES ET DANS LA RELATION AVEC SES PATIENTS

L'acquisition du métier ne se résume pas à l'acquisition d'un bagage scientifique, l'importance reconnue par les praticiens aux années d'apprentissage en témoigne. La plupart réalisent, avec le recul, à quel point ces premières années d'exercice ont été bénéfiques dans la maîtrise des gestes et leur ont permis de progresser par rapport au niveau qu'ils avaient à la sortie de la faculté. Cet apport de l'expérience ne se limite d'ailleurs pas aux premières années : plus le temps passe, plus on se sent à l'aise, plus le geste est rapide, sûr, et précis.

Être chirurgien-dentiste, c'est faire un diagnostic et opérer. C'est combiner compétences manuelles et intellectuelles pour réaliser un acte. Le chirurgien-dentiste insiste fortement sur ce qui le distingue du médecin (non chirurgien) : il est le réalisateur de sa propre prescription. L'un d'entre eux s'est d'ailleurs décrit comme étant à la fois « architecte et manœuvre ». L'immédiateté de la réalisation ajoute encore à la conscience de la réalisation. C'est un métier où le résultat est en grande partie visible sans attendre.

Par ailleurs, le métier n'est pas statique : il évolue de façon incessante en fonction du progrès technique, de l'avancée de la science. C'est un métier très stimulant intellectuellement. Celui qui le souhaite s'enrichit par un apprentissage sans cesse renouvelé.

Mais, au-delà de la satisfaction que procure la réalisation des actes, la pratique, ce qui fait le sel du métier c'est le relationnel avec les patients. Isolé en apparence dans la solitude de son cabinet, le praticien est en réalité dans une fonction très socialisée.

« Je m'épanouis dans ce que je fais. J'aime les relations avec les patients. Je discute. Je sais presque tout de leur vie. »

Enfin, il y a la finalité : soigner, soulager la douleur, rendre un sourire. Le praticien se sait utile, sans avoir toutefois à supporter certains inconvénients du métier de médecin (les gardes, les urgences vitales...).

L'INTENSITÉ DE L'EXERCICE

Un soin dentaire est un travail minutieux, qui exige une extrême concentration et une très grande précision. Chaque geste compte. Il faut être attentif à ce que l'on fait mais aussi à ce qu'attend et ressent le patient.

Ce travail de précision s'apprend à la faculté mais il prend une autre intensité en cabinet où le temps est désormais compté. Il faut travailler rapidement parce que le patient refuse de rester des heures sur le fauteuil et parce que passer plus de temps que nécessaire sur un acte n'est pas rentable. Tout cela crée naturellement une certaine fatigue. Or celle-ci croît avec le nombre des patients de la journée. Les rendez-vous se succèdent de façon très serrée, des urgences peuvent en plus survenir et perturber cet emploi du temps chargé... Au stress de bien faire s'ajoute celui de ne pas prendre de retard. Au point que cela provoque des malaises chez certains, même chez des dentistes relativement jeunes.

Bien sûr, la pression du temps n'est pas la même pour tous les praticiens. La tendance serait à une recherche du relâchement de cette pression en trouvant des organisations où le temps est moins fractionné (en prévoyant plus de temps pour chaque rendez-vous, par exemple). Reste que, pour tous, l'exigence du carnet de rendez-vous est là, le temps est compté.

Si les relations avec la patientèle sont présentées comme une des dimensions les plus plaisantes du métier, le praticien doit gérer le stress du patient, sa peur d'avoir mal.

À cette intensité du travail de soin s'ajoutent des préoccupations liées à la gestion du cabinet, au respect des normes réglementaires et au souci de maîtriser sa rentabilité. Ces à-côtés essentiels sont des sources d'inquiétude très inégales selon les praticiens. Le discours général est empreint d'un sentiment de complexification du cadre d'exercice.

Les praticiens ont le sentiment que le temps consacré aux tâches de gestion, à la comptabilité, aux tâches administratives, à la gestion du personnel... a beaucoup augmenté durant ces vingt dernières années. Cette évolution est mal vécue, d'une part, parce que ces tâches sont considérées comme des corvées qui prennent du temps – non rémunéré –, mais aussi parce qu'elles viennent restreindre cette liberté qui est si importante à leurs yeux.

Il faut toutefois nuancer ce constat : tous les chirurgiens-dentistes, au bout de quelques années d'exercice, ne sont pas dépassés par les tâches administratives. Quelques-uns sont même très sereins quant à ces questions.

En revanche, tous regrettent qu'on ne les ait pas formés à ces aspects qui, s'ils ne sont pas le cœur de métier, prennent néanmoins beaucoup de place dans leur vie professionnelle et sont indispensables à la bonne marche – voire à la survie – d'un cabinet. Tous se rappellent avoir été paniqués, à leurs débuts, à la découverte de ce qu'implique leur statut de propriétaire et de gestionnaire de « mini-entreprise ».

LA GESTION DES INTERRUPTIONS D'ACTIVITÉ EST DIFFICILE

Comme toutes les professions libérales, les dentistes sont confrontés à la difficulté de gérer les cessations temporaires d'activité (accident, maladie, maternité). En effet, les jours non travaillés ne dégagent aucun revenu alors que, dans le même temps, il faut continuer à assurer les frais fixes du cabinet (location du cabinet, charges, salaires des personnels, etc.). Une période non anticipée de cessation d'activité peut se révéler dramatique si le praticien ne trouve pas assez rapidement un

remplaçant. Or les remplaçants se font rares, surtout dans les zones peu denses, dans lesquelles les jeunes praticiens ne souhaitent pas venir exercer...

Il est vrai que la plupart des praticiens sont assurés en cas de maladie ou de maternité par une assurance privée, mais celle-ci est souvent très chère et ne couvre pas toujours la totalité de la perte de revenu. Cette difficulté a souvent été mentionnée par les femmes, qui se plaignent de ne pas pouvoir être assurées comme les autres en cas de maternité.

En guise de conclusion, des perspectives

L'étude réalisée donne à voir un métier à travers différents prismes, afin de tenter de dessiner une image la plus complète possible de cette profession dont la caractéristique première serait la diversité : diversité des cadres d'exercice, des pratiques, des parcours, des motivations professionnelles, des attentes, des projets. Elle fait aussi état, malgré cette diversité, de constats et de traits communs dans lesquels tous les chirurgiens-dentistes se reconnaissent.

L'un d'entre eux traverse l'ensemble de l'enquête comme un fil rouge : le caractère libéral de la profession. Ce caractère, qui est au cœur de l'identité de la profession, par certains aspects, serait aujourd'hui remis en question. D'un côté, le poids des normes entamerait le sentiment de liberté du chirurgien-dentiste. D'un autre, être trop libéral est présenté comme un risque pour le sens du métier. En effet, les dentistes font part de leurs craintes quant aux atteintes portées au caractère libéral de leur métier, mais ils craignent en même temps un accroissement incontrôlé de ce même caractère libéral. Il s'agit ici de la nouvelle tendance que certains dentistes qualifient d'ultralibérale, qui consiste à envisager son exercice uniquement sous l'angle de la rentabilité et de la recherche du profit.

Un autre questionnement fort est relatif aux problèmes créés par le déficit démographique prévisible et par les probables déséquilibres qui l'accompagneront au niveau géographique. Les entretiens avec les praticiens et les étudiants laissent entrevoir l'importance des mécanismes individuels, le rôle joué par les opportunités et une certaine inertie dans le choix du lieu d'installation, que le déséquilibre croissant entre offre et demande de soins ne peut que conforter. Des études complémentaires pourront contribuer à ouvrir de nouvelles pistes de solutions.

Références bibliographiques

ARTICLES

- BAUDIN C., MICHEL J.-C., 2006, « Démographie et permanence des soins. La démographie en question », *Le Chirurgien-Dentiste de France*, n° 1252, 6 avril.
- BILLAUT A., BREUIL-GENIER P., COLLET M., SICART D., 2006, « Les évolutions démographiques des professions de santé », INSEE, *Données sociales*, La Société française.
- BOURGUEIL Y., MOUSQUES J., TAJAHMADI A., 2006, « Améliorer la répartition géographique

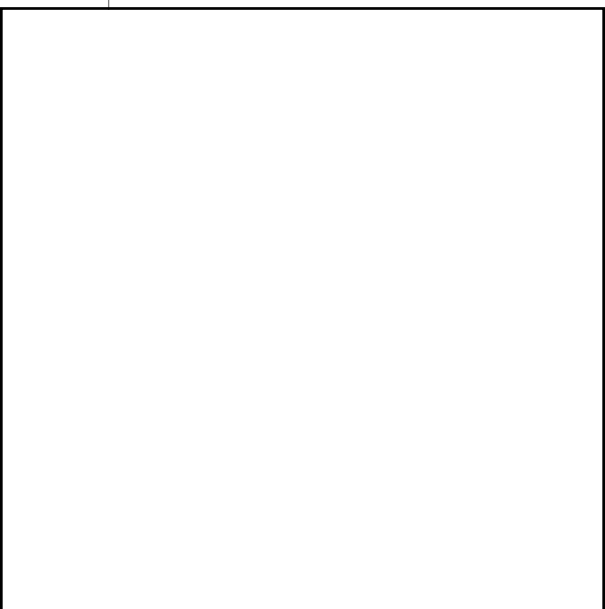
- des professionnels de santé : les enseignements de la littérature », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 116, décembre.
- BOUTER R., CHERON D., ORLIAGUET T., BARROIS P., 2006, « Débat. Formation initiale. Ce qui doit évoluer », *Clinic*, vol. 27, septembre.
- BURY L., 2005, « Être une femme chirurgien-dentiste », *Indépendantaire*, n° 26, mars.
- BURY L., 2005, « De la pertinence de la formation initiale », *Indépendantaire*, hors-série spécial formation, mai.
- CHAMBERAUD N., 2005, « Progression du *numerus clausus* », *Le Chirurgien-Dentiste de France*, n° 1206, 7 avril.
- « Les syndicats représentatifs de toute la profession dentaire unanimement inquiets et mobilisés pour l'avenir et le statut de l'assistante dentaire », communiqué de presse du 24 novembre 2006, *Le Chirurgien-Dentiste de France*, n° 1282, 7 décembre 2006.
- CHAMBERAUD N., 2006, « Une question en débat : la démographie professionnelle des chirurgiens-dentistes », *Le Chirurgien-Dentiste de France*, n° 1246, 23 février.
- « Formation continue des chirurgiens-dentistes : modalités pratiques et premières précisions », *Le Chirurgien-Dentiste de France*, n° 1278, 9 novembre 2006.
- « Dossier 2006. La cessation d'activité », *Le Chirurgien-Dentiste de France*, n° 1247, 2 mars.
- « Démographie : quelles solutions ? », *Clinic*, vol. 27, mai 2006.
- « Le secteur libéral des professions de santé en 2004 », *Carnets statistiques*, n° 112, Direction de la stratégie, des études et des statistiques, CNAMTS.
- Démographie des chirurgiens-dentistes, constats et propositions, CNSD, réunion ONDPS, 14 septembre 2005.
- GENIN C., 2006, « Quoi de neuf en Europe ? », *Le Chirurgien-Dentiste de France*, n° 1265/1266, 6-13 juillet.
- GRANFILS N., 1998, « Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992 : les dentistes », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 8, mars.
- HERKURT A., 2006, « Santé bucco-dentaire des Français. Disparités sociales et régionales », *Dentiste Mag*, n° 1, avril.
- MICHEL J.-C., 2006, « Depuis le 26 octobre 2006, la formation continue pour les chirurgiens-dentistes, désormais obligatoire, rentre en phase opérationnelle », *Le Chirurgien-Dentiste de France*, n° 1278, 9 novembre.
- PERCHOUX L., 2005, « La féminisation de la profession dentaire va-t-elle modifier l'offre de soins ? », *L'Information dentaire*, n° 30, septembre.
- « Enquête sur la formation permanente. Entretien avec le docteur Domejean-Orliaguet », *L'Information dentaire*, n° 21, 25 mai 2005.
- « Enquête Santé et protection sociale en 2004 : premiers résultats », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 110, juillet 2006.
- KLEIN F., 2004, « *Numerus clausus* : le mal français », *Indépendantaire*, n° 14, janvier.
- KLEIN A., RICHARD J., 2006, « L'évolution de la démographie professionnelle d'ici à cinq ans », *Le Chirurgien-Dentiste de France*, n° 1273, 5 octobre.
- « Dossier : 25 États, 25 paysages dentaires », *La Lettre de l'Ordre*, n° 32, novembre 2004.
- « Surpopulation à la ville, déficit à la campagne », *La Lettre de l'Ordre*, n° 47, mai 2006.
- PERRIN D., 2006, « Urgences dentaires, où en sommes-nous ? », communiqué de presse du Congrès de l'ADF.

- SICART D., 2006, « Les professions de santé au 1^{er} janvier 2006 », DREES, Série Statistiques, *Document de travail*, n° 97, mai.
- « Congrès UNECD – Marseille Étudiants en 2007, perspectives pour 2012 », *Le Chirurgien-Dentiste de France*, n° 1293, 1^{er} mars 2007.
- « Accès aux soins dentaires et à la prévention en Bourgogne », URCAM Bourgogne, synthèse du *Notes et Documents*, n° 25, novembre 2002.

RAPPORTS

- BOIS D., MASSONAUD J., MET J., 2003, « Mission Odontologie, rapport remis au ministre J.-F. Mattei », novembre, La Documentation française.
- DELAHAYE-GUILLOCHEAU V., DIZAMBOURG B., BONACCORDIS F., 2006, « Audit de l'appareil de formation odontologique », IGAS/IGAENR, décembre, La Documentation française.
- ONDPS, *rapports 2004 et 2005*, La Documentation française.

LES MÉTIERS DE LA PÉRINATALITÉ





Introduction

La périnatalité a été définie comme l'ensemble des prestations et actes médicaux relatifs à la grossesse, à l'accouchement et aux premiers jours de la vie des nouveau-nés¹. Aux six professions qui sont généralement considérées comme impliquées dans la périnatalité : gynéco-obstétriciens, sages-femmes, pédiatres, puéricultrices, anesthésistes, gynécologues médicaux, ont été adjoints les médecins généralistes, inclus dans cette étude en raison de leur rôle dans le suivi des grossesses et la prise en charge des mères et des nouveau-nés.

Chaque profession concernée a fait l'objet d'une approche globale de l'état des effectifs. Parce qu'il constitue un état des lieux harmonisé de toutes les régions, cet examen permet de positionner relativement chaque région par rapport à la situation de l'ensemble de ces professions dont la présence est nécessaire pour la prise en charge de la périnatalité. La prise en compte des effectifs en activité est enrichie par des données permettant une première appréciation de la pérennité de leur présence. L'âge des professionnels et la prise en considération des effectifs en formation sont une tentative d'introduire une perspective dynamique à l'approche démographique.

Les limites de la démarche sont évidentes et elles appellent, outre un examen et des échanges organisés localement, des enrichissements que l'on peut aisément identifier, faute d'avoir pu les réaliser. En effet, les données disponibles ne permettent pas de déterminer la part des professionnels s'occupant spécifiquement, pour tout ou partie de leur activité, du suivi des grossesses et des nouveau-nés. Par exemple, les échographistes pratiquant des échographies prénatales (médecins ou sages-femmes) n'ont pas pu être recensés, car ils ne sont pas répertoriés en tant que tels dans le fichier ADELI utilisé pour le recensement des effectifs.

Toutefois, cette approche permet de diagnostiquer qu'en cas de faiblesse numérique globale il existe de fortes probabilités que telle ou telle profession ne comportera pas des effectifs en nombre suffisant pour prendre en charge la périnatalité. En revanche, elle ne permet pas d'apprécier si, et de quelle manière, en cas de faible densité d'une catégorie de professionnels, la demande se reporte sur une autre profession exerçant dans le même domaine de santé (entre gynéco-obstétriciens, sages-femmes, gynécologues médicaux et médecins généralistes pour les consultations prénatales, ou pédiatres, médecins généralistes et puéricultrices pour le suivi des nouveau-nés). Ces éclairages seraient pourtant très utiles, comme cela a été souligné dans l'enquête périnatalité de 2003 qui préconisait d'ailleurs une surveillance du

1. Cour des Comptes (2005), *La politique de périnatalité*.

rôle respectif des différents professionnels pendant la grossesse pour savoir comment se fait l'adaptation aux pénuries de professionnels². Les données rassemblées sur les effectifs des gynécologues, lors de l'audition organisée par l'ONDPS, montrent aussi qu'il peut exister des écarts entre le diplôme et l'activité exercée. Ces échanges, dont le compte rendu est annexé à ce chapitre, ont permis notamment de constater qu'une partie des diplômés gynécologues-obstétriciens, et donc recensés comme tels dans le fichier ADELI, n'exercent probablement pas cette activité.

Toujours d'après l'enquête périnatalité, la déclaration de grossesse était effectuée dans 74 % des cas par un gynécologue ou un obstétricien exerçant en ville ou en maternité, par un médecin généraliste dans 23 % des cas, par une sage femme dans 2 % des cas et par un médecin de PMI (spécialité non précisée) dans 1 % des cas. Les consultations de suivi de la grossesse étaient surtout assurées par des gynécologues-obstétriciens ; cette enquête constatait par ailleurs une diminution importante du rôle des médecins généralistes et une augmentation de celui des sages-femmes depuis 1981. D'après le rapport de l'IGAS de 2006 sur la protection maternelle et infantile, les services de PMI en 2006 suivaient globalement 18 % des femmes enceintes et 50 à 60 % des enfants de moins de 1 an et des nouveau-nés. Ces suivis étaient assurés par des médecins titulaires ou vacataires (spécialité non précisée), des sages-femmes et des puéricultrices. Il existait des disparités en activité considérables d'un département à l'autre et au sein d'un même département, celles-ci n'étant corrélées ni à la précarité économique ni à la densité médicale³. L'enquête périnatale signalait enfin des tensions dans la prise en charge des femmes dans certaines maternités, en particulier celles des niveaux les plus élevés ou de grande taille.

C'est au niveau local que peuvent être mesurées les éventuelles difficultés d'adaptation en termes de personnel soignant aux modifications de la législation (mise en conformité avec les décrets d'octobre 1998 et avec les modifications réglementaires ultérieures) ou aux pratiques (augmentation du taux de césariennes, des rachianesthésies et des péridurales). Les non-conformités sont le plus souvent dues à l'insuffisance des effectifs. D'après l'enquête périnatale, les disparités intra ou interrégionales sont de plus à mettre en regard avec les variations de densité et du type de population concernée. À ce propos, l'enquête nationale périnatale de 2003 avait signalé de fortes disparités entre grandes régions en ce qui concernait notamment les facteurs de risque et avait observé des différences particulièrement grandes entre les DOM et la métropole, avec par exemple un taux de prématurité deux fois plus élevé dans les DOM.

D'éventuels échanges ou compensations entre zones limitrophes de différentes régions ne peuvent pas non plus apparaître dans cette approche globale. Une aire géographique pertinente pour un réseau de santé en périnatalité, par exemple, ne correspond pas nécessairement à une limite administrative départementale ou régionale.

Enfin, les disparités importantes qui peuvent exister en termes d'offre de soins au sein d'une même région, qui ne sont pas mises en évidence dans l'approche

2. Blondel B., Supernant K., Mazaubrun C., *Enquête nationale périnatale 2003*, « Situation en 2003 et évolution depuis 1998 » ; cf. aussi Scheidegger S., Vilain A., « Disparités sociales et surveillance de grossesse », *Études et Résultats*, n° 552, janvier 2007.

3. *Étude sur la protection maternelle et infantile en France*, rapport IGAS, RM 2006.

globale, peuvent en revanche repérées dans certains travaux régionaux⁴. L'analyse menée pour les gynécologues-obstétriciens et les pédiatres en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, dont on présente les résultats synthétiques, témoigne de l'intérêt de ces approches interrogeant la démographie des professionnels de santé à l'aune des caractéristiques des comportements de recours aux soins⁵.

4. Pour les sages-femmes, parmi d'autres professions de santé en Île-de-France, cf. *Préparation des schémas des formations sanitaires et sociales*. « Diagnostic quantitatif partagé », Île-de-France, décembre 2006.

5. Mission régionale de santé PACA, ONDPS comité régional de PACA, *Analyse territoriale de l'offre et de la consommation de soins spécialisés en 2005, Provence-Alpes-Côte d'Azur, gynécologie-obstétrique*, Document de travail, novembre 2007.



es effectifs selon les sources administratives

Présentation de la méthode

■ ■ Effectifs au 1^{er} janvier 2006

Les effectifs de médecins, puéricultrices et sages-femmes ont été extraits des bases statistiques du répertoire ADEL arrêtees au 1^{er} janvier 2006. Ces bases ont été constituées par le Bureau des professions de santé (DREES) à partir de la base ADEL d'enregistrement des professionnels de santé.

Les effectifs de chaque profession ont été donnés pour la France entière, métropole et DOM, et ventilés par région.

■ ■ Estimation du nombre de sorties de janvier 2006 à janvier 2011

Le nombre de sortants à l'horizon du 1^{er} janvier 2011 représente le nombre de professionnels dont on estime qu'ils partiront à la retraite dans les cinq ans, étant donné leur âge au premier janvier 2006. L'âge probable de cessation d'activité a été estimé à 65 ans pour les médecins, 55 ans pour les puéricultrices et les sages-femmes salariées, 63 ans pour les sages-femmes libérales¹. En 2006, ces professionnels étaient donc respectivement âgés de 60 ans et plus pour les médecins, 50 ans et plus pour les puéricultrices et sages-femmes salariées, 58 ans et plus pour les sages-femmes libérales.

■ ■ Estimation du nombre d'entrées de 2006 à 2011

Pour les médecins, la méthode d'estimation du nombre d'entrées à l'horizon 2011 est basée, d'une part, sur le nombre d'étudiants ayant réussi l'internat dans chaque spécialité de 2001 à 2003², d'autre part, pour 2004 et les années suivantes, sur le nombre de postes ouverts aux épreuves classantes nationales dans chaque spécialité (sauf pour la médecine générale où tous les postes ouverts ne sont pas pourvus).

Les prévisions reposent sur la double hypothèse que tous les étudiants obtiendront leur diplôme de spécialité dans la durée théorique d'obtention de celui-ci (trois à cinq ans), sans abandon, redoublement ni échec et qu'ils commenceront tous à exercer l'année d'obtention de leur diplôme.

1. Sources : ONDPS, rapport 2004, Caisse des dépôts, Caisse autonome de retraite des sages-femmes françaises.

2. Sources : recensement des diplômés par spécialité, ONDPS, rapport 2004.

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

L'estimation de la répartition régionale de ces entrants a été obtenue en observant la répartition régionale des primo-installés entre 2001 et 2004 sur la base ADELI 2006. La répartition régionale des médecins de chaque spécialité a été calculée pour chacune de ces années. Une répartition moyenne a ensuite été calculée sur cinq ans. La part régionale moyenne ainsi calculée a permis une estimation approximative de la répartition des installations selon la spécialité et la région. Cette répartition n'a pas été donnée pour la gynécologie médicale en raison du faible nombre estimé de diplômés (56 en tout entre 2006 et 2011).

Pour les sages-femmes, le nombre d'entrants chaque année a été supposé égal au nombre d'étudiants admis en première année quatre ans auparavant (durée de la formation), corrigé d'un taux d'échec moyen de 11,4 % (moyenne des taux d'échec des années 2002 à 2004).

Pour les sages-femmes et pour les médecins, les effectifs issus des NPA (nouvelles procédures d'autorisation) et PAE (procédures d'autorisation d'exercice) pour les médecins à diplômes hors Union européenne et les effectifs ayant obtenu leur diplôme dans un autre pays de l'Union européenne et s'installant en France n'ont pas été pris en compte dans l'estimation du nombre d'entrants.

Pour les puéricultrices, il n'a pas été appliqué de correction par le taux d'échec. La durée de formation étant de un an, les entrants d'une année correspondent aux admissions en première année de l'année précédente, en reprenant les hypothèses faites pour les médecins.

Le nombre d'étudiants admis en première année de formation de sage-femme et de puéricultrice a été considéré constant à partir de 2005.

L'estimation de la répartition régionale pour les puéricultrices et pour les sages-femmes a été faite de la même façon que pour les médecins.

■ ■ Estimation du nombre de professionnels au 1^{er} janvier 2011

Il a été obtenu en ajoutant à l'effectif 2006 le solde des entrées et sorties pour la période 2006-2011. Pour les sages-femmes et les médecins le fait de ne pas prendre en compte les effectifs des diplômés issus des nouvelles procédures d'autorisation et des procédures d'autorisation d'exercice ni les diplômés de l'Union européenne s'installant en France induit une probable sous-estimation des effectifs.

Le nombre estimé de professionnels est décliné par région mais pas par secteur d'activité.

■ ■ Densités régionales

Les densités régionales ont été calculées à partir des chiffres des populations concernées³ pour chaque profession : population totale pour les anesthésistes et les

3. Sources : INSEE, ELP 2005.

médecins généralistes, femmes de 15 à 49 ans pour les gynéco-obstétriciens, femmes de 15 à 99 ans pour les gynécologues médicaux et pour la somme des effectifs de ces deux spécialités, enfants de 0 à 14 ans pour les pédiatres, nombre de naissances⁴ (naissances vivantes enregistrées là où elles ont eu lieu) pour les sages-femmes et les puéricultrices.

Pour les départements d'outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane et Réunion), les densités ont été calculées séparément, par département, étant donné leur diversité, lorsque cela était possible.

■ ■ Offre de soins

L'offre de soins régionale a également été étudiée : densité pour 1 000 naissances en lits d'obstétrique, de néonatalogie (dont ceux de soins intensifs), de réanimation néonatale, à partir des données arrêtées au 31 décembre 2005 du fichier SAE,

Pour chaque profession ou type d'équipement, les régions sont classées sur les graphiques par ordre décroissant de densité et par rapport à la médiane, sachant que pour aucune des professions ou équipements cités un niveau de densité ne peut être assimilé à un niveau de besoin. De part et d'autre de la médiane, les régions sont classées selon qu'elles sont supposées perdre ou gagner des postes dans les cinq ans.

4. Sources : *idem*.



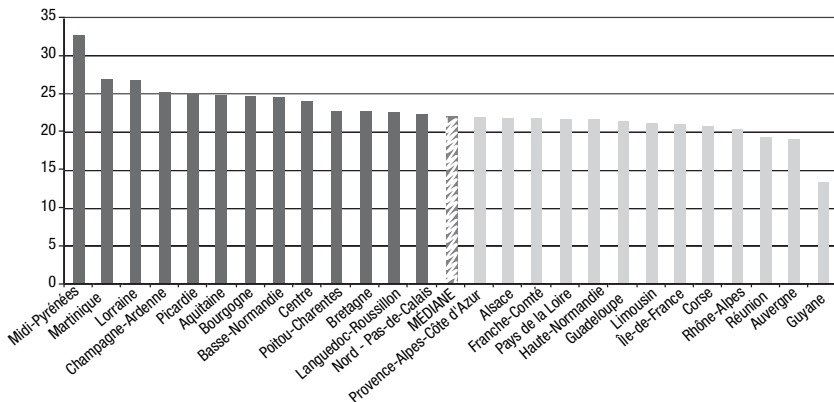
es équipements et les effectifs en obstétrique

Les équipements

Vingt régions sur vingt-six avaient en 2005 une densité en lits d'obstétrique comprise entre 20 et 25 lits pour 1 000 naissances. Quatre d'entre elles se situaient au-dessus de cette zone, trois au-dessous, deux régions se démarquant nettement des autres, Midi-Pyrénées (plus de 30 lits pour 1 000) et Guyane (moins de 15 lits pour 1 000) (cf. graphique 1). Ces données concernent les chiffres globaux en lits d'obstétrique, sans distinction des niveaux définis par le décret périnatalité de 1998 (niveau 1-niveau 2-niveau 3). Le nombre de lits de niveau 2 et de niveau 3 pour 1 000 accouchements par région a été évalué en 2000 (sources DREES).

GRAPHIQUE 1

DENSITÉ EN LITS D'OBSTÉTRIQUE POUR 1 000 NAISSANCES



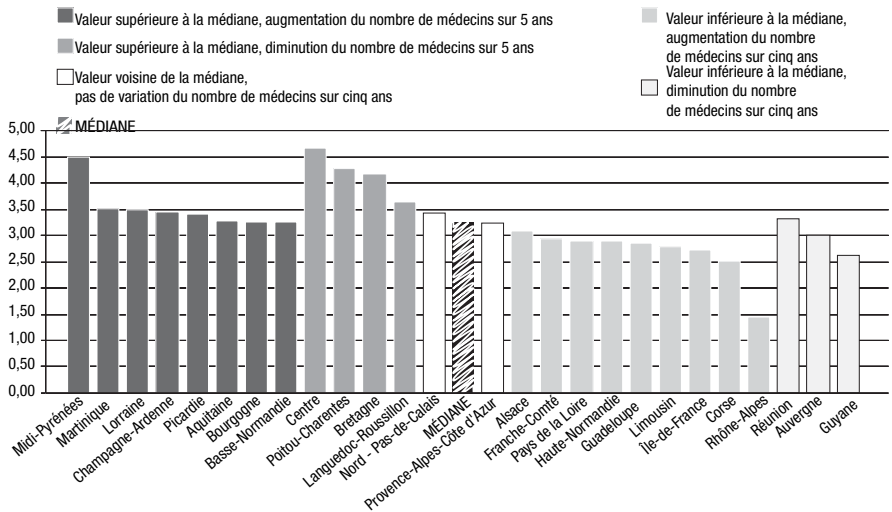
Les gynéco-obstétriciens

Dix-neuf régions sur vingt-quatre avaient en 2005 une densité en gynéco-obstétriciens comprise entre 2,5 et 3,5 praticiens pour 10 000 femmes en âge de procréer (15 à 49 ans). Six régions (Île-de-France, Alsace, PACA, Guadeloupe, Martinique et Guyane) avaient des densités supérieures à 3,5, avec des effectifs en diminution,

d'après les prévisions à cinq ans, sauf pour l'Île-de-France. La région Picardie avait une densité nettement plus faible que les autres, inférieure à 1,5, avec une légère augmentation prévue sur cinq ans (cf. graphiques 2 et 3).

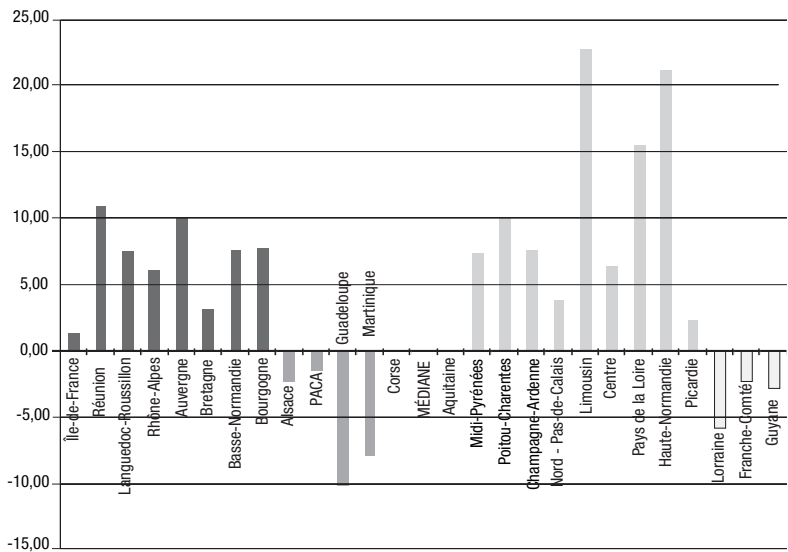
GRAPHIQUE 2

PRÉVISION DE L'ÉVOLUTION DE LA DENSITÉ DE GYNÉCO-OBSTÉTRICIEENS POUR 10 000 FEMMES DE 15 À 49 ANS



GRAPHIQUE 3

PRÉVISION D'ÉVOLUTION DU NOMBRE DE GYNÉCO-OBSTÉTRICIEENS SUR CINQ ANS, EN %



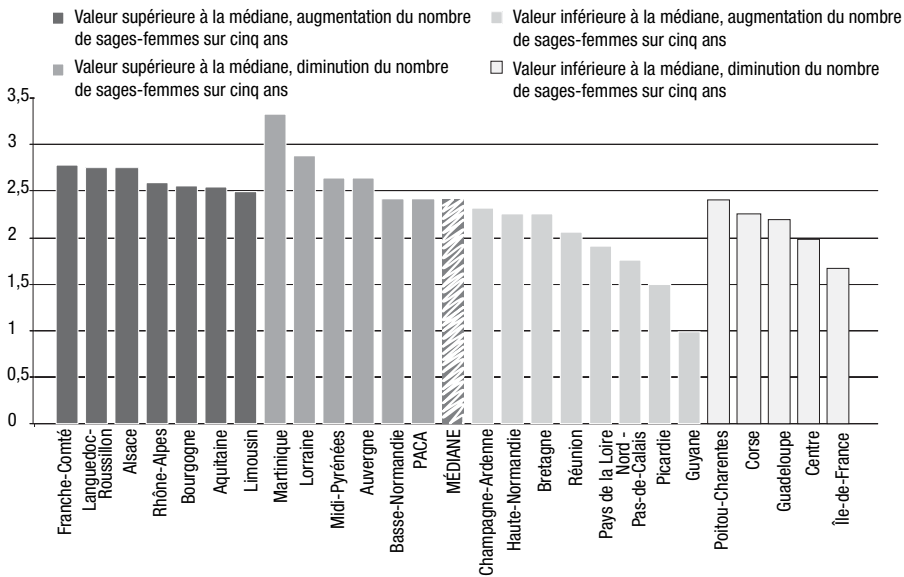
Les sages-femmes

Dix-neuf régions sur vingt-six avaient une densité comprise entre 2 et 3 sages-femmes pour 100 naissances. Une région, la Martinique, avait une densité supérieure, mais avec une prévision de diminution de postes importante dans les cinq ans. La densité la plus faible était celle de la Guyane (moins de 1 pour 100 naissances), avec cependant une perspective d'augmentation dans les cinq ans (cf. graphiques 4 et 5).

D'après les données communiquées par le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, le nombre total de sages-femmes actives (hors Antilles-Guyane) en décembre 2007 était de 19 211 alors que, selon les données ADELI (France entière), il y avait 17 695 sages-femmes en activité en France au 1^{er} janvier 2006 et 18 837 au 1^{er} janvier 2007. Le décalage entre ces estimations est probablement dû à l'existence de doubles comptes dans le fichier du Conseil de l'Ordre, pour les sages-femmes ayant un exercice mixte, libéral et salarié, et au décalage entre les dates d'arrêt des comptes pour les chiffres mentionnés dans ces deux fichiers.

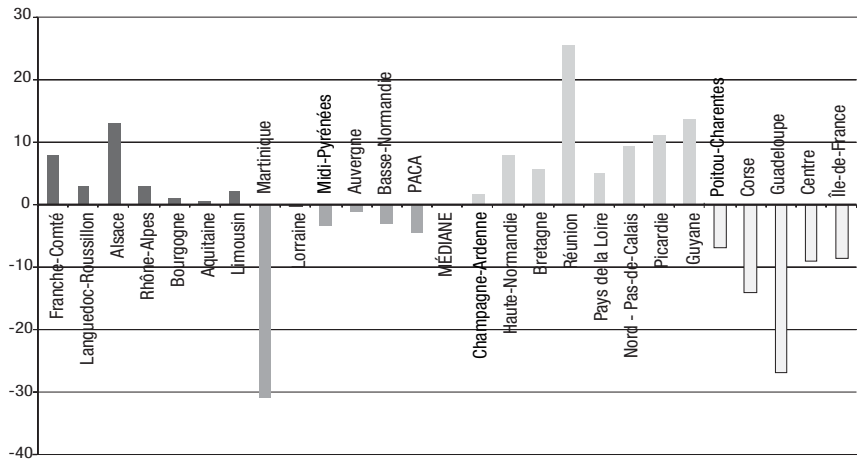
GRAPHIQUE 4

PRÉVISION DE L'ÉVOLUTION DE LA DENSITÉ DE SAGES-FEMMES POUR 100 NAISSANCES



GRAPHIQUE 5

PRÉVISION D'ÉVOLUTION DU NOMBRE DE SAGES-FEMMES À CINQ ANS

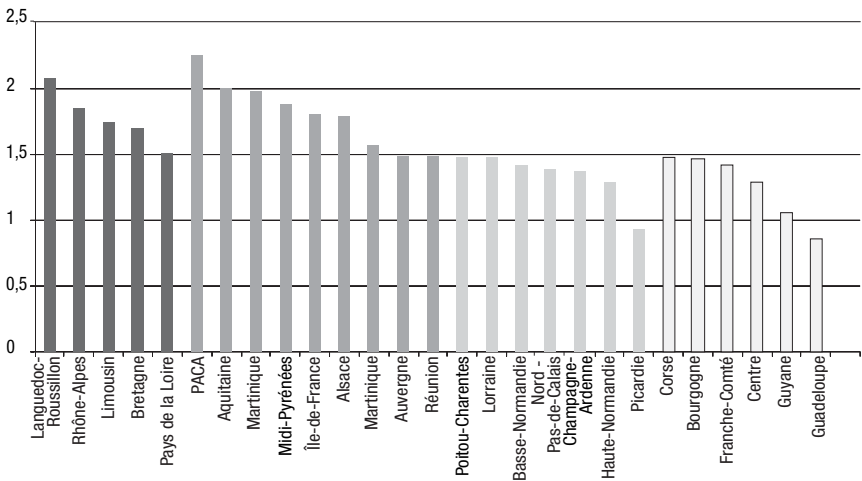


Les anesthésistes

Vingt-deux régions sur vingt-six avaient une densité comprise entre 1 et 2 anesthésistes pour 10 000 habitants. Deux régions, le Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte d'Azur, avaient une densité supérieure à 2, avec une prévision de légère augmentation pour le Languedoc-Roussillon, de diminution pour PACA. Deux régions avaient une densité inférieure à 1, avec une prévision de légère augmentation pour la Picardie, d'importante diminution pour la Guadeloupe (plus de 25 %) (cf. graphiques 6 et 7).

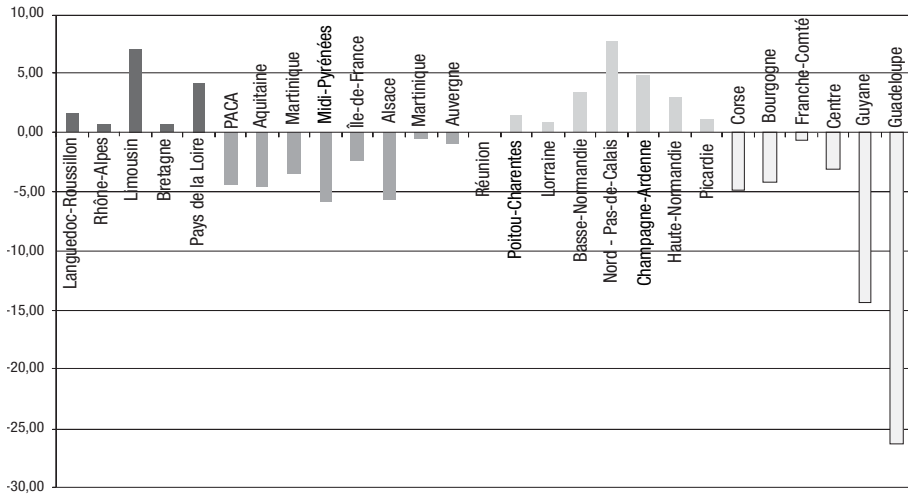
GRAPHIQUE 6

DENSITÉ D'ANESTHÉSISTES POUR 10 000 HABITANTS



GRAPHIQUE 7

PRÉVISION D'ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ANESTHÉSISTES À CINQ ANS

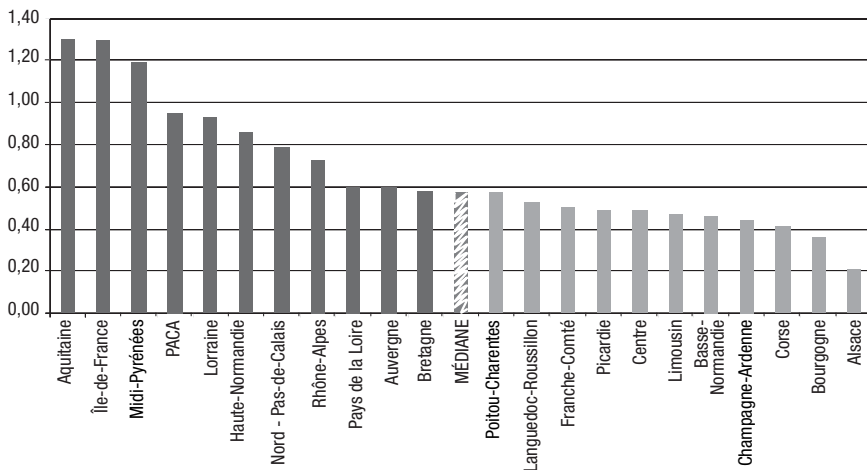


Les gynécologues médicaux

Dix-sept régions sur vingt-deux avaient une densité comprise entre 0,4 et 1 gynécologue médical pour 10 000 femmes de 15 à 99 ans (cf graphique 8). Trois régions, l'Île-de-France, l'Aquitaine et Midi-Pyrénées avaient une densité proche de ou supérieure à 1,2 gynécologue. Deux régions avaient une densité inférieure à 0,4, la Bourgogne et l'Alsace. Cette spécialité n'a pas fait l'objet de prévision par région, en raison de la faiblesse des effectifs.

GRAPHIQUE 8

DENSITÉ DE GYNÉCOLOGUES MÉDICAUX POUR 10 000 FEMMES DE 15 À 99 ANS

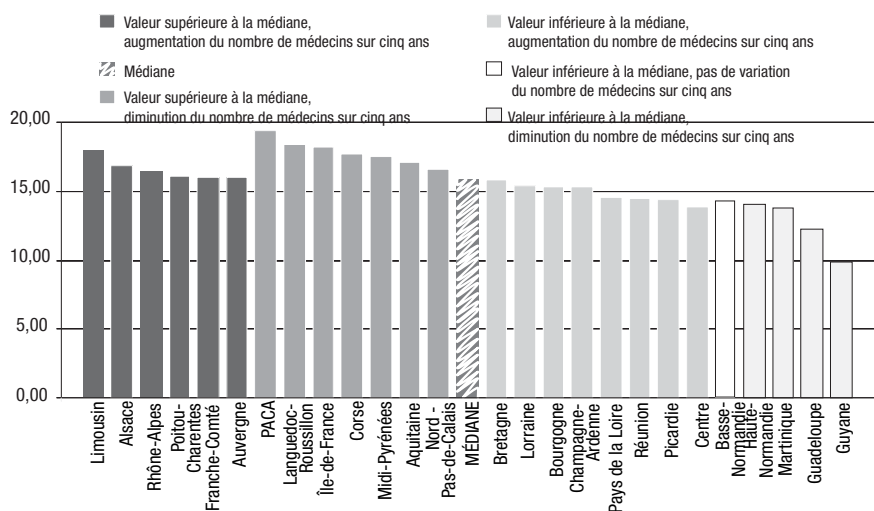


Les médecins généralistes

Dix-sept régions sur vingt-six avaient une densité comprise entre 15 et 20 médecins généralistes pour 10 000 habitants (cf. graphique 9). Quatre des neuf régions ayant une densité inférieure à 15 ont une diminution du nombre de médecins en prévision sur cinq ans. Martinique, Guadeloupe et Guyane ont à la fois les densités les moins élevées et les prévisions de diminution les plus importantes (cf. graphique 10).

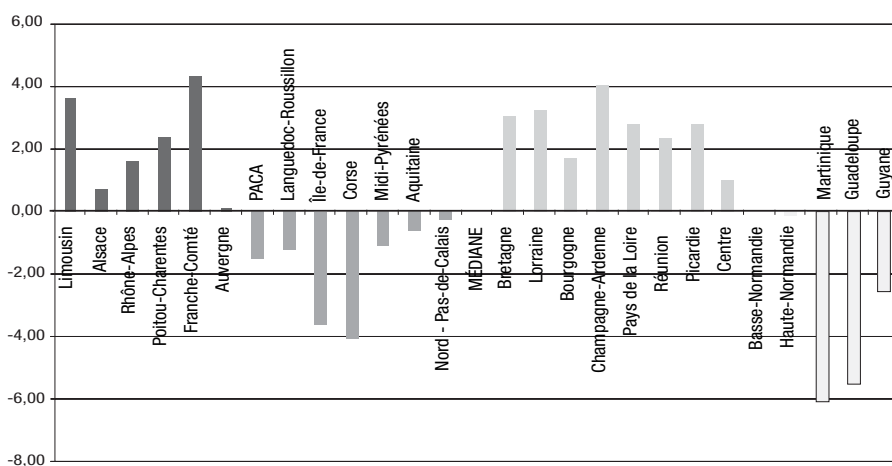
GRAPHIQUE 9

PRÉVISION DE L'ÉVOLUTION DE LA DENSITÉ DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES POUR 10 000 HABITANTS



GRAPHIQUE 10

PRÉVISION D'ÉVOLUTION DU NOMBRE DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES À CINQ ANS, EN %





es équipements et les effectifs en néonatalogie

Les équipements

■ ■ Lits de néonatalogie et lits de soins intensifs

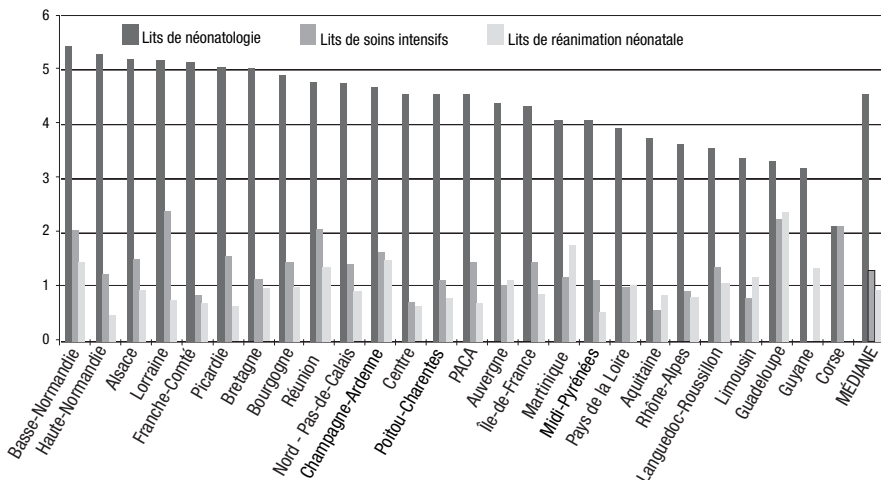
Dix-neuf régions sur vingt-six avaient une densité en lits de néonatalogie comprise entre 3 et 5 pour 1 000 naissances (cf. graphique 1). Six avaient une densité supérieure à 5, une région, la Corse, avait une densité inférieure à 3. Parmi les lits de néonatalogie, les lits de soins intensifs avaient une densité comprise entre 1 et 2 pour 1 000 naissances dans quatorze régions, égale ou supérieure à 2 dans cinq régions, dont la Corse où tous les lits de néonatalogie étaient des lits de soins intensifs, inférieure à 1 dans six régions, dont la Guyane où il n'était pas recensé de lits de soins intensifs.

■ ■ Lits de réanimation néonatale

Dans dix régions, la densité était comprise entre 1 et 2 lits pour 1 000 naissances. Elle était supérieure à 2 dans un département, la Guadeloupe, et inférieure à 1 dans 15 régions, dont la Corse où il n'était pas recensé de lits de réanimation néonatale.

GRAPHIQUE 1

DENSITÉ EN LITS POUR 1 000 NAISSANCES : NÉONATALOGIE, SOINS INTENSIFS, RÉANIMATION MÉDICALE



Les professionnels

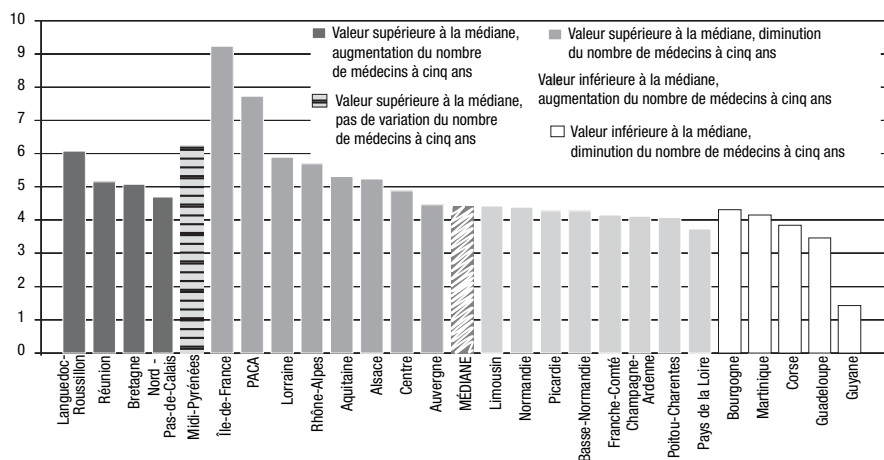
■ ■ Les pédiatres

Dix-huit régions sur vingt-six avaient une densité comprise entre 4 et 6 pédiatres pour 10 000 enfants de 0 à 14 ans (cf. graphique 2). Quatre régions avaient une densité supérieure à 6 (Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur), dont les deux ayant les densités les plus élevées, l'Île-de-France et PACA, ont des prévisions d'effectifs sur cinq ans en diminution.

Quatre régions avaient une densité inférieure à 4, Pays de la Loire, Corse, Guadeloupe et Guyane. Les trois dernières avaient une prévision de diminution des effectifs sur cinq ans, de plus de 20 % pour la Corse et de 50 % pour la Guyane (cf. graphique 3).

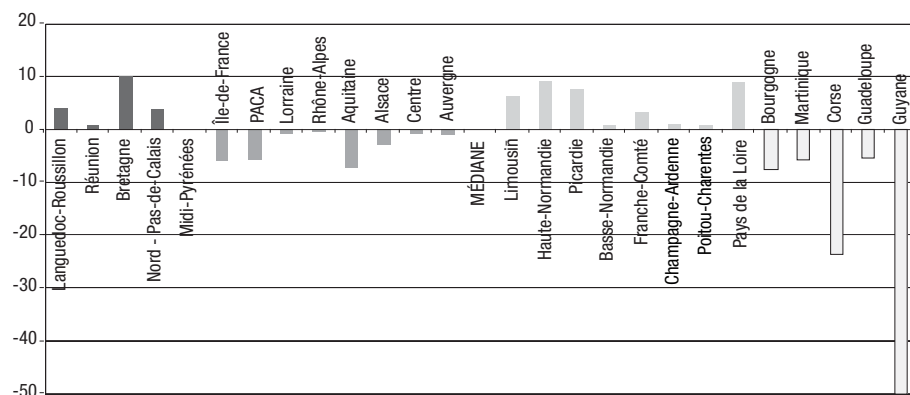
GRAPHIQUE 2

PRÉVISION DE L'ÉVOLUTION DE LA DENSITÉ DE PÉDIATRES POUR 10 000 ENFANTS DE 0 À 14 ANS



GRAPHIQUE 3

PRÉVISION D'ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PÉDIATRES À CINQ ANS

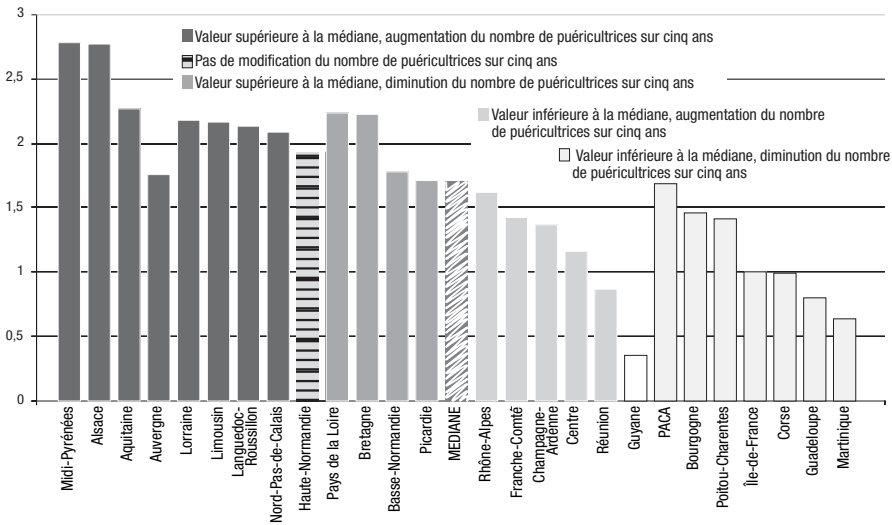


■ ■ Les puéricultrices

Douze régions avaient une densité comprise entre 1 et 2 puéricultrices pour 100 naissances (cf. graphique 4). Neuf régions avaient une densité supérieure à 2, les deux régions ayant les densités les plus élevées, supérieure à 2,5 (Midi-Pyrénées et Alsace), ont aussi une prévision d'augmentation modérée sur cinq ans. Parmi les cinq régions ayant une densité inférieure à 1, trois (Corse, Guadeloupe et Martinique) ont une prévision de diminution des effectifs sur cinq ans. Le département ayant la densité la plus faible, inférieure à 0,5 (la Guyane), a une prévision de stabilité des effectifs sur cinq ans (cf. graphique 5).

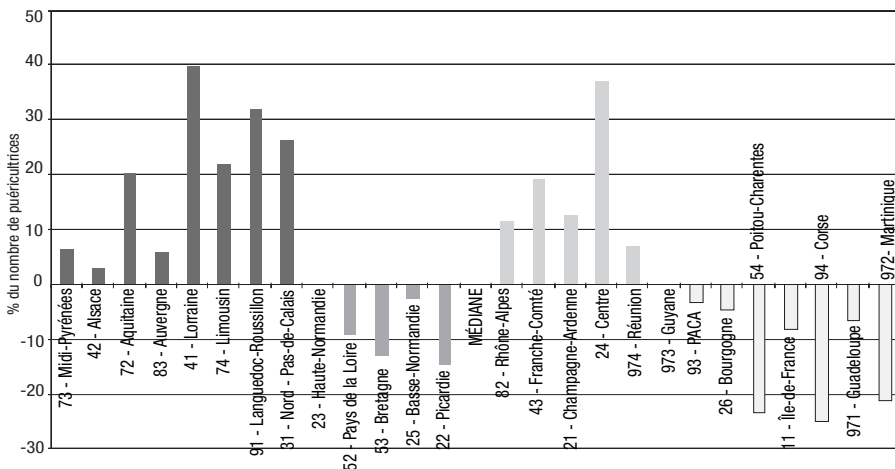
GRAPHIQUE 4

PRÉVISION DE L'ÉVOLUTION DE LA DENSITÉ DE PUÉRICULTRICES, DENSITÉ POUR 100 NAISSANCES



GRAPHIQUE 5

PRÉVISION D'ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PUÉRICULTRICES À CINQ ANS





es contrastes des situations régionales

Pour l'activité d'obstétrique, trois régions, Champagne-Ardenne, Picardie et Centre, avaient en 2005 une densité inférieure à la médiane pour les cinq professions considérées les gynécologues obstétriciens, les gynécologues médicaux, les anesthésistes, les médecins généralistes et les sages-femmes ; la Haute-Normandie avait une densité supérieure à la médiane uniquement pour les gynécologues médicaux, mais pas pour l'ensemble gynécologues médicaux et obstétriciens ni pour les autres professions étudiées.

Ces quatre régions avaient une prévision d'augmentation du nombre de gynéco-obstétriciens, trois de ces régions avaient une prévision d'augmentation du nombre d'anesthésistes et de sages-femmes (diminution pour le Centre), et de médecins généralistes (diminution pour la Haute-Normandie).

Trois régions, Rhône-Alpes, Auvergne et Provence-Alpes-Côte d'Azur, avaient une densité supérieure à la médiane pour les cinq professions considérées ; le Languedoc-Roussillon avait une densité inférieure à la médiane pour les gynécologues médicaux uniquement, mais pas pour l'ensemble gynécologues médicaux et obstétriciens ni pour les autres professions étudiées.

Trois de ces régions avaient une prévision d'augmentation du nombre de gynécologues-obstétriciens (diminution pour Provence-Alpes-Côte d'Azur) ; deux régions, Rhône-Alpes et Languedoc-Roussillon, avaient une prévision d'augmentation du nombre d'anesthésistes et de sages-femmes (diminution pour les deux autres régions) ; Rhône-Alpes et Auvergne avaient une prévision d'augmentation du nombre de médecins généralistes (diminution pour les deux autres).

Pour la néonatalogie, cinq régions, Champagne-Ardenne, Bourgogne, Guadeloupe, Martinique et Guyane, avaient une densité inférieure à la médiane pour les trois professions considérées, les pédiatres, les médecins généralistes et les puéricultrices. La Bourgogne avait de plus une prévision de diminution du nombre de pédiatres et de puéricultrices Guadeloupe ; et Martinique avaient une prévision de diminution pour les trois professions étudiées, la Guyane avait une prévision de diminution pour le nombre de pédiatres et de médecins généralistes, sans modification du nombre de puéricultrices.

Quatre autres régions, Picardie, Haute-Normandie, Basse-Normandie et Pays de Loire, avaient une densité inférieure à la médiane pour les deux professions médicales seulement, avec une prévision de diminution du nombre de médecins généralistes pour la Basse-Normandie.

Six régions, Nord - Pas-de-Calais, Alsace, Aquitaine, Midi-Pyrénées, Auvergne et

Languedoc-Roussillon, avaient une densité supérieure à la médiane pour les trois professions considérées.

Deux de ces régions, Nord - Pas-de-Calais et Languedoc-Roussillon, avaient une prévision d'augmentation du nombre de pédiatres (pas de modification pour Midi-Pyrénées, diminution pour les trois autres régions) ; seules l'Alsace et l'Auvergne avaient une prévision d'augmentation du nombre de médecins généralistes (diminution pour les autres) ; les six régions avaient une prévision d'augmentation du nombre de puéricultrices.

Deux régions avaient une densité supérieure à la médiane pour les deux professions médicales seulement : Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur, avec une prévision de diminution des pédiatres pour les deux régions et une prévision d'augmentation des médecins généralistes pour Rhône-Alpes (diminution pour Provence-Alpes-Côte d'Azur).

Synthèse par région

ALSACE

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

AQUITAINE

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

X* : Valeur voisine de la médiane.

AUVERGNE

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

BASSE-NORMANDIE

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

BOURGOGNE

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

BRETAGNE

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

CENTRE

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

CHAMPAGNE-ARDENNE

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

CORSE

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

* Pas de lit recensé.

FRANCHE-COMTÉ

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

GUADELOUPE

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

GUYANE

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

HAUTE-NORMANDIE

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

ÎLE-DE-FRANCE

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

LANGUEDOC-ROUSSILLON

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

LIMOUSIN

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

LORRAINE

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

MARTINIQUE

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

MIDI-PYRÉNÉES

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

NORD - PAS-DE-CALAIS

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

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

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

* Densité très proche de la médiane.

PAYS DE LA LOIRE

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

PICARDIE

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

POITOU-CHARENTES

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

* Valeur proche de la médiane.

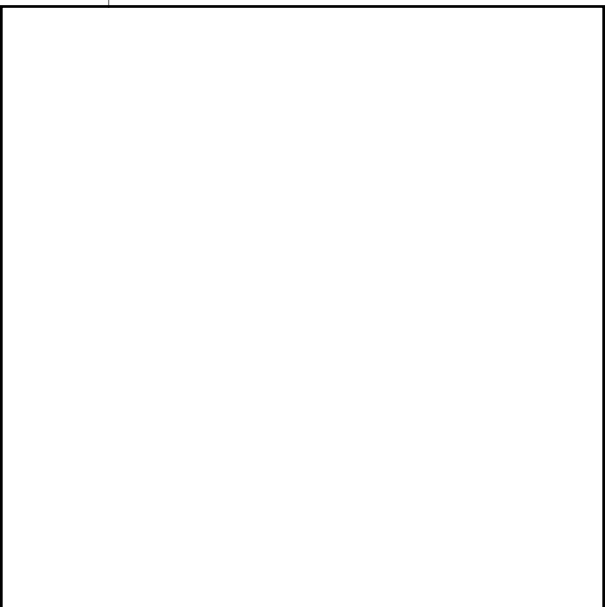
RÉUNION

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

RHÔNE-ALPES

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

ANNEXES



A

nnexe 1

Une approche régionale de l'offre et de la consommation de soins menée en Provence-Alpes-Côte d'Azur

Le comité régional de l'ONDPS et la Mission régionale de santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur ont rédigé un document de travail sur l'analyse territoriale de l'offre et de la consommation de soins spécialisés en 2005. Cette analyse illustre l'intérêt d'une mise en perspective des données sur les professionnels avec les données populationnelles et d'activité afin de mieux caractériser les situations infrarégionales, qui constituent, *in fine*, les territoires de l'expérience des patients. Cette analyse a porté sur quatre spécialités médicales, dont deux concernant la périnatalité : la pédiatrie et la gynécologie-obstétrique¹.

■ ■ La pédiatrie

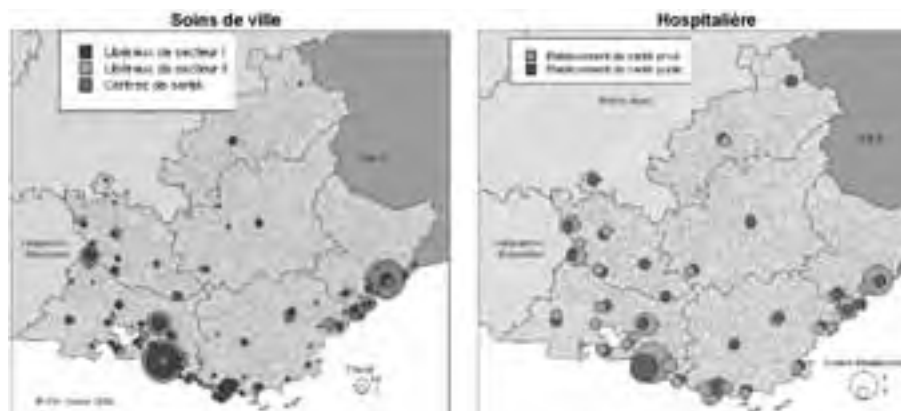
Pour les auteurs, la région PACA est globalement bien dotée en pédiatres, en comparaison avec les chiffres nationaux. Cependant, leur implantation est inégale sur le territoire, avec une offre, aussi bien en soins de ville qu'en soins hospitaliers, concentrée fortement dans les zones les plus urbanisées, en particulier côtières (cf. carte 1).

Les auteurs ont de plus procédé à une détermination de profils de bassins de pédiatrie à partir des déplacements des habitants de la région pour se faire soigner par un pédiatre libéral. Soixante bassins de pédiatrie de soins de ville ont été ainsi délimités². Dans un deuxième temps, à l'aide d'indicateurs de recours aux soins hospitaliers et de ville, huit groupes homogènes ou classes de bassins ont été mis en évidence. Ces groupes homogènes de bassins ont ensuite été décrits à l'aide d'un certain nombre de variables caractérisant le recours ou la consommation de soins de la population, mais portant aussi sur les caractéristiques démographiques et de revenus de la population, la proportion de libéraux conventionnés en secteur I... Cette étude a permis d'individualiser trois profils types de bassins.

1. *SUD INSEE, Essentiel*, n°112, décembre 2007. http://www.paca.assurance-maladie.fr/uploads/media/etude_gynecologie.pdf et http://www.paca.assurance-maladie.fr/uploads/media/etude_pediatrie.pdf

2. Un bassin est défini comme un ensemble de communes contiguës, sans enclave, où 40 % au moins du recours aux soins des populations locales est pris en charge par des professionnels locaux. Cf. URCAM PACA, au 1^{er} janvier 2006 (sources : ERASME Vo7-VPRA), et DRASS-ARH : SAE-PMSI 2005.

LOCALISATION DE L'OFFRE EN PÉDIATRIE



Sources : MRS-CR, ONDPS, INSEE 2006, Analyse territoriale de l'offre de la consommation de soins spécialisés en 2005.

BASSINS URBAINS À FORTE AUTONOMIE

Les populations résidentes bénéficient de conditions géographiques d'accès aux soins spécialisés favorables, notamment du fait de la proximité et de l'abondance de l'offre de soins. Généralement centrée sur les grandes agglomérations de la région, l'offre de soins locale prend en charge la majorité du recours aux soins des populations résidentes et apparaît attractive pour les populations extérieures.

BASSINS RURAUX À FORTE AUTONOMIE

Comme dans la catégorie précédente, l'offre locale dans ces bassins prend en charge la majorité des soins des populations résidentes. Centrés sur des agglomérations à l'environnement plus rural, les habitants ont toutefois des conditions d'accès aux soins moins faciles : éloignement accru, faiblesse du nombre de professionnels, susceptibles de réduire les possibilités de choix de prise en charge.

BASSINS À FAIBLE AUTONOMIE

Ils se caractérisent par l'importance de la part de la population qui accède à une offre de soins en dehors du bassin. Dans cette catégorie, on trouve des bassins ruraux et des bassins urbains, mais les agglomérations de taille moyenne situées dans des territoires périurbains assez denses y sont surreprésentées.

Huit classes de bassins ont été également définies :

- Peu autonomes, à faible densité de libéraux exerçant en ville et absence d'offre hospitalière (9 bassins, 3,6 % de la population régionale).
- Niveaux de revenus élevés, fort recours aux soins de ville et densité de pédiatres libéraux élevées (8 bassins, 5 % de la population régionale).
- Populations éloignées de l'offre de pédiatres libéraux, densités faibles, recours aux soins de ville inférieur à la moyenne régionale et consommation élevée de soins d'omnipraticiens (7 bassins, 11,8 % de la population régionale).

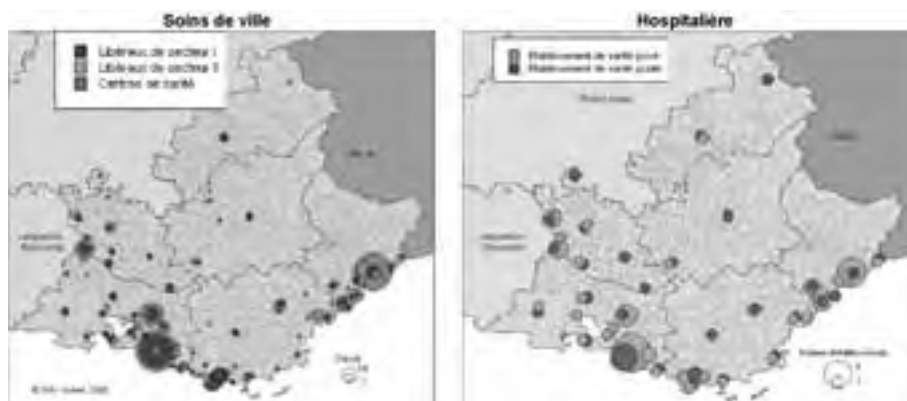
- Offre de ville ou hospitalière géographiquement proche, proportion élevée de pédiatres avec de fortes activités, recours important auprès des libéraux de secteur I (15 bassins, 18,7% de la population régionale).
- Urbains centrés sur de grandes agglomérations avec une forte autonomie, bien dotés en offre de soins, niveaux de recours, notamment hospitalier, élevés (7 bassins, 47,1% de la population régionale).
- Ruraux, population éloignée géographiquement de l'offre, faible niveau de recours aux soins (9 bassins, 9,7% de la population régionale).
- Peu autonomes, population géographiquement proche de l'offre, faible niveau de recours aux soins de ville associé à des caractéristiques médico-sociales défavorables (3 bassins, 2,5 % de la population régionale).
- Bassins sous forte influence monégasque en particulier pour le recours aux soins hospitaliers, fortes densités de libéraux et consommation de soins de ville élevée (2 bassins, 1,5 % de la population régionale).

■ ■ La gynécologie-obstétrique

Comme pour la pédiatrie, la région PACA est globalement bien dotée en gynécologues, en comparaison avec les chiffres nationaux ; cependant, là aussi, leur implantation est inégale sur le territoire, avec une offre, aussi bien en soins de ville qu'en soins hospitaliers, concentrée fortement dans les zones les plus urbanisées, en particulier côtières (cf. carte 2).

CARTE 2

LOCALISATION DE L'OFFRE EN GYNÉCOLOGIE



Sources : MRS-CR, ONDPS, INSEE 2006, *Analyse territoriale de l'offre et de la consommation de soins spécialisés en 2005*.

Les auteurs ont de plus procédé à une détermination de profils de bassins de gynécologie selon la même méthode que pour la pédiatrie. 43 bassins ou territoires de gynécologie-obstétrique exercée en cabinet de ville sont ainsi identifiés.

Sept classes homogènes de bassins et trois bassins atypiques sont caractérisés selon les modalités suivantes :

- 1) Faible autonomie pour les soins hospitaliers. Prédominance de l'offre libérale de secteur I, recours élevé à l'omnipraticien, indicateurs sociaux défavorables (5 bassins, 5,6 % de la population régionale).
- 2) Bassins autonomes, notamment pour les séjours hospitaliers. Niveau élevé de recours à l'hôpital, le recours des populations locales excède l'activité locale pour les soins pris en charge en cabinet de ville (5 bassins, 8,5 % de la population régionale).
- 3) Bassins ruraux à forte autonomie, faibles densités de libéraux et niveaux peu élevés de recours aux soins exécutés en cabinet de ville (8 bassins, 11,5 % de la population régionale).
- 4) Bassins (péri) urbains, niveau élevé de recours aux soins pris en charge par l'offre libérale (6 bassins, 5,3 % de la population régionale).
- 5) Bassins urbains centrés sur de grandes agglomérations, bien dotés en offre, recours important aux soins exercés en cabinet de ville (8 bassins, 55,9 % de la population régionale).
- 6) Niveaux faibles de revenus, fort recours en hospitalisation complète, recours faible aux soins de ville dans le cadre du suivi d'une grossesse (5 bassins, 9,1 % de la population régionale).
- 7) Bassins urbains peu autonomes, populations âgées et socialement aisées, fort recours aux soins de ville, en particulier dans le cadre du suivi d'une grossesse) et hospitaliers (pour les soins de gynécologie médicale) (3 bassins, 2,3 % de la population régionale).

Bassins atypiques (représentant une classe chacun) :

- 8) et 9) Recours aux soins hospitaliers particulièrement faible (vraisemblablement du fait de l'influence des établissements monégasques), bassins urbains aux populations âgées et socialement aisées, proches de l'offre de soins ; le bassin n° 8 a une densité de spécialistes libéraux trois fois supérieure à la moyenne régionale, le bassin n° 9 a une densité faible.
- 10) Territoire rural et jeune avec une autonomie élevée, conditions géographique d'accès à l'offre dégradées, densité médicale en spécialiste trois fois inférieure à la moyenne régionale.

A

nnexe 2

Audition des spécialistes en gynécologie médicale

■ ■ Les données démographiques

L'ÉVOLUTION DE LA RÉGLEMENTATION DEPUIS VINGT ANS SE TRADUIT PAR UNE PLURALITÉ DES MODES D'ACCÈS À CETTE DISCIPLINE QUI FRAGILISE LA FIABILITÉ DU RECENSEMENT DES EFFECTIFS

Au 1^{er} janvier 2006, le répertoire ADELI recense 2 127 spécialistes en gynécologie médicale, dont 1 577 sont compétents exclusifs, 535 sont qualifiés spécialistes et 15 sont titulaires du concours hospitalier.

Le fichier de l'Ordre des médecins n'en recense que 2040, soit 183 de moins.

Dans le fichier ADELI, le classement en spécialiste dans cette discipline se fait au vu de la nature de qualification dans les cas suivants :

- le médecin a une nature de qualification « qualifié spécialiste » par le Conseil de l'Ordre ;
- le médecin a une nature de qualification « compétence exclusive » en obstétrique, en gynécologie médicale et obstétrique ou en gynécologie médicale ;
- le médecin a une nature de qualification « concours de praticien hospitalier » en gynécologie-obstétrique ou en gynécologie médicale et médecine de la reproduction.

Pour le Conseil de l'Ordre des médecins, en revanche, ce n'est que depuis 2003, date de la création du nouveau DES de gynécologie médicale, que cette discipline est reconnue comme une spécialité à part entière. Jusqu'à cette date, l'Ordre des médecins, dont le classement s'appuie exclusivement sur les qualifications, classait la gynécologie médicale dans la liste des disciplines médicales qualifiées juridiquement « compétences médicales¹ ». L'obtention de cette compétence était la suivante :

- le médecin était titulaire du CES de gynécologie médicale : il était inscrit de plein droit sur la liste des médecins compétents en gynécologie médicale ;
- le médecin n'était pas titulaire du CES : il pouvait solliciter une qualification par la voie des commissions de qualification en constituant un dossier auprès de l'Ordre des médecins.

1. Règlement de qualification du 4 septembre 1970 modifié.

La gynécologie médicale, compétence, peut être exercée, selon le choix du praticien :

- soit d’une façon exclusive. L’effectif correspondant à cette catégorie est de 1885, au 1^{er} janvier 2006 ;
- soit concomitamment avec une autre discipline médicale : la médecine générale ou une autre spécialité. Ils sont 139 dans ce cas.

Le fichier de l’Ordre des médecins recense en 2006 un effectif de 16 médecins spécialisés en gynécologie médicale, cet effectif étant destiné à s’accroître sensiblement à partir de 2007.

TABEAU 1
RÉPARTITION DES MÉDECINS EXERÇANT LA GYNÉCOLOGIE MÉDICALE DANS ADELI,
SELON LA NATURE DE QUALIFICATION

ADELI	Nature de qualification				Total
	Formation hospitalière et universitaire	Qualifié spécialiste	Qualifié compétent	Compétent exclusif	
Spécialistes	15	535		1 577	2 127
Généralistes			97		97
Total	15	535	97	1 577	2 223

TABEAU 2
RÉPARTITION DES GYNÉCOLOGUES MÉDICAUX EN ACTIVITÉ, SELON L’ORDRE DES MÉDECINS

Ordre des médecins	Nouveau DES de gynécologie médicale	Compétence en gynécologie médicale	Total
Spécialistes	16		16
Généralistes ayant une compétence exclusive en gynécologie médicale		1 885	1 885
Généralistes exerçant en plus la gynécologie médicale		139	139
Total	16	2 024	2 040

L’écart entre les deux sources d’identification des effectifs, après harmonisation des champs d’observation sur le champ du répertoire ADELI, est de 87 praticiens.

Les représentants des professionnels soulignent que les chiffres ADELI sont plus pertinents car les diplômés d’un CES y sont répertoriés comme gynécologues.

Selon les données de la CNAMTS, l’effectif des gynécologues médicaux libéraux est de 1925 au 31 décembre 2005.

TABLEAU 3

**ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DES GYNÉCOLOGUES LIBÉRAUX SELON LA SPÉCIALITÉ DÉCLARÉE
AU MOMENT DE L'INSCRIPTION AUPRÈS DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE**

Actifs au 31 décembre	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TCAM* 2005/1999	Évolution 2005/2004
70- Gynécologie médicale	504	671	707	769	1 165	1 918	1 925	25,0 %	0,4 %
77- Obstétrique	47	38	38	38	44	49	45	-0,7 %	-8,2 %
07- Gynécologie-obstétrique	5 168	4 952	4 890	4 783	4 295	3 512	3 502	-6,3 %	-0,3 %
TOTAL GYNÉCOLOGIE (70, 77, 07)	5 719	5 661	5 635	5 590	5 504	5 479	5 472	-0,7 %	-0,1 %

* Taux de croissance annuel moyen.

Sources : CNAMTS/SNIR².

Ces données, qui sont établies à partir des déclarations de la spécialité effectuées par les professionnels auprès des caisses de l'Assurance maladie, font apparaître une augmentation de 25 % des effectifs des gynécologues à exercice médical entre 1999 (504 recensés) et 2005 (1 925 recensés). Les professionnels auditionnés ont souligné que cette augmentation importante des effectifs ne pouvait pas résulter des entrées de diplômés, du fait de la suppression du CES en 1986. Selon la CNAMTS, elle résulte probablement de transferts en provenance des spécialités 07- Gynécologie-obstétrique et 77- Obstétrique : la gynécologie-obstétrique perd en effet 1 281 professionnels sur la période 2002-2005, alors que les effectifs de la gynécologie médicale en gagnent 1 156. Ces glissements proviennent certainement d'une modification de la déclaration de la spécialité que les praticiens effectuent auprès des caisses de l'Assurance maladie³. La confirmation de cette hypothèse, qui suppose une vérification des déclarations individuelles, n'a pas été effectuée.

Les données de la CNAMTS permettent de caractériser les gynécologues libéraux déclarés dans la spécialité 70- Gynécologie médicale. Les femmes sont très majoritaires (88 %). Celles-ci sont donc surreprésentées dans cette spécialité puisqu'au niveau de l'ensemble des spécialistes la part de femmes n'est que de 30 %. Elles sont plus âgées que la moyenne des spécialistes (53 ans *versus* 51 ans pour l'ensemble des spécialistes).

Ces médecins exercent un peu plus en libéral exclusivement et un peu moins en tant qu'hospitaliers à temps plein que l'ensemble des spécialistes. La densité moyenne française est de 7,5 gynécologues pour 100 000 femmes de 15 ans et plus. Cette densité est la plus forte à Paris, où elle atteint 22,7. La Lozère et la Corse-du-Sud n'ont aucun gynécologue médical déclaré.

2. Le SNIR-PS est le Système national interrégimes des professions de santé.

3. Un arrêté du 15 mai 1961 relatif à la qualification des médecins spécialistes au regard de la législation de la Sécurité sociale dispose que « sont également considérés comme médecins spécialistes qualifiés au regard de la législation de la Sécurité sociale les médecins à qui a été reconnu, au titre de l'article 12 du Code de déontologie médicale, le droit de faire état de la qualité de médecin compétent en gynécologie ou obstétrique, à la condition que ces médecins exercent soit exclusivement la discipline considérée, soit simultanément ces deux disciplines ».

**LES DIFFICULTÉS D'IDENTIFICATION DES EFFECTIFS PROVIENNENT AUSSI
DES ÉCARTS ENTRE LE DIPLÔME OU LA QUALIFICATION OBTENUS ET L'ACTIVITÉ
RÉELLEMENT EXERCÉE**

Un certain nombre de diplômés identifiés dans les différents répertoires en gynécologie-obstétrique exercent en fait la gynécologie médicale. Les données présentées par la CNAMTS lors de l'audition ont permis de préciser l'ampleur de ce phénomène pour le secteur libéral. Pour identifier l'effectif des gynécologues médicaux, la CNAMTS a pris en considération, dans le cadre de l'audition, les gynécologues-obstétriciens exerçant probablement comme gynécologues médicaux en 2005, au vu des caractéristiques de leur activité.

**Les gynécologues-obstétriciens exerçant probablement
comme gynécologues médicaux en 2005**

Cette classification est issue de l'analyse de l'activité des gynécologues entre avril et juin 2006 (dates de soins) en étudiant les honoraires sans dépassement par classe d'activité (actes cliniques d'une part, techniques d'autre part). Cette étude a été réalisée à partir des données de remboursement d'Erasmus V1 (régime général et SLM).

Elle a permis d'isoler un groupe de gynécologues qui ont une activité forte en actes cliniques et très faible ou quasiment nulle en chirurgie. Dans ce groupe de 3 621 gynécologues, on trouve 1 839 gynécologues de la spécialité 70 (sur les 1 925 actifs au 31 décembre 2005, soit la quasi-totalité des médecins de la spécialité 70) et 1 782 médecins de la spécialité 07 et 77.

Les caractéristiques démographiques et d'activité de ces 1 782 gynécologues déclarés dans les spécialités 07 et 77, et exerçant probablement comme gynécologues médicaux, sont assez différentes de celles des gynécologues médicaux, mais ils présentent toutefois un profil semblable aux gynécologues médicaux de la spécialité 70 en termes d'activité.

En effet, on trouve dans ce groupe une part d'hommes plus importante que précédemment (54 % contre 12 %). On trouve aussi dans ce groupe plus d'hospitaliers à temps plein puisqu'ils représentent 28 % des effectifs contre 1,2 % pour les gynécologues médicaux de spécialité 70 et 7,9 % pour l'ensemble des spécialistes.

Les particularités de l'activité des praticiens de chacune des deux spécialités sont aussi établies par les données de la CNAMTS. Selon les données transmises de l'audition, un gynécologue déclaré comme gynécologue médical pratique essentiellement des consultations, que l'on peut évaluer à environ 3 000 par an. Il effectue aussi un peu d'actes techniques non chirurgicaux (actes en K ou ATM), mais presque aucun acte chirurgical. En effet, les actes en KC représentent en 2004 environ quatorze actes par médecin. Cependant, cette activité est concentrée sur quelques médecins. Ainsi, on trouve, en 2005, 57 gynécologues médicaux ayant effectué plus de 100 actes chirurgicaux (KC, KCC, ACO et ADC) sur l'année⁴.

4. Les moyennes sont calculées pour les médecins actifs à part Entière : actifs au 31 décembre de l'année considérée, conventionnés, non installés dans l'année, non hospitaliers à temps plein et ayant moins de 65 ans.

La densité moyenne française des gynécologues déclarés 07 ou 77 exerçant probablement comme gynécologues médicaux est de 7 pour 100 000 femmes de 15 ans et plus. La densité la plus forte est observée dans le Bas-Rhin, où elle est de 21,3.

■ ■ Les initiatives de la profession en matière de démographie et de formation

Les professionnels auditionnés observent que la disparition du CES de gynécologie médicale en 1986 s'est accompagnée d'un « coup de hache » démographique d'une durée de vingt ans. Ils confirment aussi l'existence d'une pratique en gynécologie médicale émanant de gynécologues-obstétriciens. Ainsi les résultats d'une étude réalisée sur la démographie des gynécologues médicaux en Haute-Garonne font apparaître que sur les 96 médecins recensés 11 ont un diplôme de gynécologue-obstétricien. Cette évolution, selon eux, traduit un choix qui s'opère à l'issue de quinze à 20 ans d'exercice. Cette étude locale illustre également l'importance des départs à la retraite qui doivent intervenir d'ici à 2020. Pour le département étudié, seuls 29 gynécologues sur les 96 recensés seraient encore en exercice à cette date.

L'ensemble de ces données démographiques justifie pour les professionnels auditionnés une augmentation du nombre de postes ouverts en gynécologie médicale aux épreuves classantes nationales (ECN).

Après une période transitoire courte faisant suite à la loi Gillot pendant laquelle existait un internat comportant une spécialisation en gynécologie médicale après deux ans de tronc commun au sein du DES de gynécologie-obstétrique, la maquette du DES d'une spécialité autonome de gynécologie médicale a été validée en 2003. Elle prévoit une formation de quatre ans. Un document remis lors de l'audition trace de façon détaillée la situation qui caractérise actuellement la formation et les effectifs en formation⁵.

Depuis 2003, 20 postes sont offerts chaque année. Sur les trois promotions 2003, 2004 et 2005, 46 internes suivent toujours le DES (et non les 60 escomptés), du fait de l'utilisation du droit au remords de certains internes ayant choisi une réorientation vers la gynécologie-obstétrique ou l'endocrinologie. Différents facteurs expliquent, selon les professionnels auditionnés, cette désaffection. L'attention est d'abord attirée sur des difficultés ponctuelles dans certaines régions lors de la mise en place de cette nouvelle spécialité au niveau des DRASS comme de quelques terrains de stage sur la difficulté de valider les maquettes et sur le problème de la disponibilité des stages. Des variations du nombre de postes ouverts dans une même ville sont observés, sans qu'on puisse comprendre la logique qui préside à l'ouverture puis à la fermeture de certains postes. Il est souligné que la répartition des internes pourrait être plus adaptée aux structures de formation disponibles. Le document remis lors de l'audition évoque le cas de certains CHU offrant pas ou peu de postes par rapport au nombre de stages formateurs (Montpellier, Nice et Limoges sont cités comme exemple dans la première catégorie, Lyon et Nantes sont des exemples de la seconde situation).

5. DES de gynécologie médicale. Document établi en octobre 2006 par l'Association des internes en gynécologie médicale. Sources : questionnaire rempli par l'ensemble des internes en GM.

L'absence de possibilité ouverte en postinternat paraît ensuite préjudiciable à l'attractivité de cette discipline. Actuellement, le nombre de postes de chefs de clinique, dont l'importance est fondamentale dans le cursus de formation d'une spécialité, est de trois, alors que l'effectif cumulé de diplômés en 2009 devrait être de 46. Une démarche est engagée par les représentants de la profession et les responsables de l'enseignement de la spécialité pour qu'une dizaine de postes soient créés, ainsi que des postes de praticiens et d'assistants hospitaliers. Ils soulignent enfin qu'un seul PU-PH et trois MCU-PH ont été nommés depuis trois ans. Les professionnels auditionnés précisent que, si les demandes de création de postes ne sont pas acceptées, moins de 20 % des internes pourront effectuer un postinternat, alors qu'ils estiment que dans les autres spécialités médicales environ 80 % des internes ont la possibilité d'effectuer un postinternat.

L'isolement des internes, parfois seuls dans leur spécialité dans le CHU, est aussi évoqué comme une difficulté.

■ ■ Les préoccupations évoquées lors de l'audition

Deux aspects ont été plus particulièrement développés : la spécificité de la prise en charge de la santé des femmes par les gynécologues médicaux et la nécessité de faciliter la filière et de renforcer son attractivité.

LES SPÉCIFICITÉS DE LA GYNÉCOLOGIE MÉDICALE

Les spécificités proviennent des caractéristiques de la prise en charge des femmes assurées par la gynécologie médicale par rapport à celle qui relève de l'obstétrique. L'apport spécifique des gynécologues médicaux provient du fait qu'elle n'est pas une spécialité d'organe, mais qu'elle concerne la globalité de la personne. Ses domaines de prise en charge principaux sont la contraception, l'orthogénie, le dépistage, la prévention et le suivi des cancers gynécologiques et mammaires, les infections sexuellement transmises, les problèmes d'endocrinologie gynécologique et mammaire, les traitements de la ménopause, le traitement des troubles de la fécondité incluant l'AMP (décret n° 2006-1660 du 22 décembre 2006), le dépistage et la prise en charge des difficultés sexuelles et des diverses formes de violences subies, etc. Les résultats d'une étude réalisée dans la région Rhône-Alpes présentés lors de l'audition permettent d'identifier le contenu des consultations et font apparaître la part importante des examens complémentaires associés à la consultation⁶. L'échec d'un tronc commun de formation est souligné et pourrait expliquer, selon les professionnels auditionnés, l'échec de la loi Gillot. Le maintien d'une filière de formation autonome leur semble justifiée.

DES ÉVOLUTIONS SONT NÉCESSAIRES POUR FACILITER LA FILIÈRE ET RENFORCER SON ATTRACTIVITÉ

Il est souligné que cette jeune spécialité doit être soutenue et développée. Les réflexions des sociétés savantes qui opèrent des rapprochements scientifiques peuvent y contribuer. La qualification comme spécialistes des anciens CES de

6. « Spécificité de la gynécologie médicale », J. Derrien, B. Barbereau *et alii*, rapport CAREPS, collège de gynécologie de la région Rhône-Alpes, octobre 2006.

gynécologie médicale qui en feraient la demande individuelle est d'abord souhaitée. Ils considèrent, à l'inverse, qu'un médecin généraliste ne doit pas être qualifié en gynécologie médicale s'il n'est titulaire que du simple DIU de gynécologie-obstétrique organisé par certaines universités.

Les professionnels auditionnés considèrent aussi que tant l'évolution de la formation initiale que la mise en place d'un postinternat véritablement formateur seraient de nature à favoriser l'attractivité de la spécialité de gynécologie médicale. Certains participants ont également souligné l'importance de la formation médicale continue organisée depuis la disparition du CES par les collèges de gynécologie médicale.

Du fait de la spécificité de la spécialité et de la création très récente du DES, la délégation ou les transferts de tâches, évoqués lors de l'audition, ne sont pas envisageables, selon les professionnels auditionnés, sauf pour les tâches administratives.

■ ■ Liste des personnes auditionnées

■ Dr Gérard BOUTET

Médecin libéral, président de la Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale (FNCGM). Praticien attaché des hôpitaux de Bordeaux et La Rochelle.

■ Dr Suzanne DAT

Médecin libéral, secrétaire générale adjointe de la FNCGM, Toulouse.

■ Dr Pia De REILHAC

Médecin libéral, présidente d'honneur de la FNCGM, Nantes.

■ Dr Jean DERRIEN

Médecin libéral, président de l'URML Rhône-Alpes. Praticien attaché des hôpitaux de Lyon.

■ Mlle Christine JABLONSKI

DES de gynécologie médicale, présidente de l'Association des internes de gynécologie médicale, Paris.

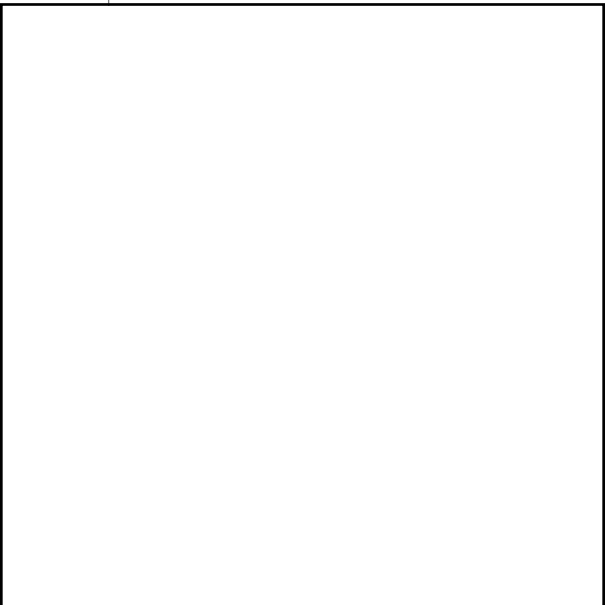
■ Dr Geneviève PLU-BUREAU

Praticien hospitalier, MCU-PH de gynécologie médicale, Paris, Hôtel-Dieu.

■ Dr David SERFATY

Médecin libéral, praticien hospitalier honoraire. Vice-président de la Société française de gynécologie, président d'honneur de la FNCGM, codirecteur du diplôme interuniversitaire de contraception (Paris-VI et VII).

**CONTRIBUTION :
LES MÉTIERS DES SERVICES
DU BLOC OPÉRATOIRE**





diversité des pratiques et des articulations avec les autres services

Introduction

Cette contribution présente de façon synthétique les résultats d'une étude réalisée pour l'ONDPS¹. L'objet de ce travail est de rendre compte de l'organisation du travail qui se construit autour du bloc, des modalités de coopération entre le bloc et les différents services dont l'activité sert le bloc. Il était attendu des résultats de cet état des lieux une identification des services mobilisés pour assurer le fonctionnement du bloc opératoire et une mise à plat des différentes modalités selon lesquelles elles peuvent être agencées localement. Le travail de terrain a été effectué dans deux hôpitaux (l'un dans le Nord, l'autre à Paris) et une clinique privée située dans l'ouest de la France. Le point de vue ici privilégiera un regard critique en mettant au centre les difficultés de coordination, de gain de temps, d'efficacité. C'est à partir des problèmes que les agents ont à résoudre, qu'un certain nombre de remarques sont formulées.

L'analyse concerne donc la manière dont se structure le *back office*. Nous avons recueilli le point de vue des personnels concernant les difficultés rencontrées, les bonnes pratiques ou au contraire celles qui posent question. L'interrogation principale concerne les modalités les plus opérationnelles, celles qui favorisent l'efficacité des organisations. Y a-t-il des modalités d'organisation ou de travail qui favorisent un bon service au client, une qualité et une rapidité du service (aussi bien des aménagements de l'espace que des formes de coopération ou des modalités relationnelles) ?

Cinq variables qui sont prises en compte par les différents acteurs pour conduire leur activité et leurs relations avec les autres services sont privilégiées, car elles interfèrent sur les modalités de l'organisation.

- 1) La qualité du service dépend de la capacité des différents services à construire un accord concernant les objectifs communs prioritaires. Dans quelle mesure les objectifs de chaque service sont-ils congruents ?
- 2) La qualité du service est liée également à la manière dont les professionnels parviennent à construire un accord lorsque leurs points de vue divergent. En effet, les objectifs prioritaires des différents professionnels ne sont pas toujours compatibles.
- 3) Les évolutions de l'organisation – par exemple, les changements concernant la tarification, les évolutions dans les modalités de gestion du bloc bouleversent

1. Bercot R. (2007), *Le Bloc chirurgical : diversité des pratiques et des articulations avec les autres services*, Laboratoire Genre, Travail et Mobilité, CNRS, Paris 8, IRIS Conseil Santé.

les habitudes. Les remises en cause observées sont multiples. Les normes de paiement des actes, les modifications des normes de rationalité infléchissent les répartitions du travail entre services ainsi que la répartition des rôles au sein des équipes. Les changements introduits au sein même des activités dans le bloc (activité du chirurgien, des soignants, des secrétaires...) proviennent de bouleversements périphériques, étrangers à l'acte lui-même (par exemple, les modalités de financement des actes). Ils proviennent également de volontés de rationalisation du fonctionnement du bloc et touchent là à des aspects beaucoup plus proches de l'activité comme les outils utilisés, les espaces dédiés...

4) L'existence de multiples normes interfèrent sur les pratiques.

5) Enfin, les systèmes d'information sont au centre de la coopération et de l'efficacité. Comment fonctionnent-ils ? Quelles faiblesses ou forces représentent-ils pour les acteurs ?

L'enquête a été menée auprès des responsables cadres infirmiers, des personnels infirmiers et aides-soignants dans les trois établissements. Pour ce qui concerne les services extérieurs au bloc, étant donné leur nombre et le volume de leurs effectifs, les entretiens ont été circonscrits à des personnes responsables des services ou qui travaillaient directement avec le bloc et se situaient donc à l'articulation avec celui-ci. Les services extérieurs peuvent être classés selon qu'ils occupent une fonction directement liée à l'acte médical ou selon qu'ils remplissent un rôle de gestion ou administratif. Différentes activités ont été considérées :

- matérielles : les approvisionnements (linge, prothèses, produits pharmaceutiques), les analyses de laboratoire, la radiologie ;
- de gestion : enregistrement et codage de l'activité ;
- d'information : le dossier du patient, la traçabilité des produits, le suivi des commandes ;
- d'accueil et d'information du patient.

D'autres services que le bloc ont fait l'objet d'investigation (tableau 1).

TABEAU 1

LES DIFFÉRENTS SERVICES EN LIEN AVEC LE BLOC CHIRURGICAL

Services de proximité médicale	Services administratifs ou de gestion
Service d'hospitalisation	Logistique
Anesthésie	Gestion du linge
Service de radiologie	Services financiers
Laboratoire d'analyse médicale	Réception des fournitures
Pharmacie et stérilisation	
Service du brancardage	
Département d'information médicale (facturation)	
Urgences	

Les enquêtes auprès des services médicaux et des services de gestion visent à répondre à deux types de questions :

- Le bloc est-il un client privilégié supposant la construction d'une prestation spécifique de la part des autres services ?
- Comment les professionnels de ces services travaillent-ils avec le bloc ? À quelles occasions ? Que cherchent-ils à améliorer en ce qui concerne l'articulation des interventions de chacun ?

Les investigations auprès du personnel du bloc ont pour objectif d'appréhender quelles sont les fonctions administratives et logistiques assurées par ce personnel, comment elles sont mises en œuvre, à partir de quelle division du travail. Ainsi la dimension du soin n'est pas abordée en tant que telle. Les investigations concernant l'organisation visent à mieux appréhender les modalités par lesquelles les chirurgiens et les personnels de soins sont servis par l'organisation interne et externe au bloc. Les activités d'interface et les pratiques de communication ont été particulièrement explorées.

De nombreux documents ont été recueillis au sein des institutions enquêtées, notamment les chartes de bloc opératoire, certains textes juridiques, des fiches de fonction, des documents de travail ou de transmission.

Afin de comprendre l'importance de la question, mais aussi le fonctionnement concret des structures, nous présentons les enjeux d'un bon fonctionnement du bloc opératoire.

L'ambiguïté des modalités de gestion et de gouvernance du bloc est ensuite caractérisée à partir notamment du brouillage des rôles qu'introduit la double mission des cadres infirmiers responsables du bloc : servir et ordonnancer.

Sont évoquées ensuite les difficultés que les personnels ont à gérer, notamment en lien avec deux types de services, les urgences et les services hospitaliers. Enfin, les modalités de relation avec d'autres services prestataires médicaux, d'une part, et les services gestionnaires, d'autre part, sont rappelées.

Le changement s'organise à la fois dans l'acte de travail de manière non formalisée et dans la mise en place de groupes de travail à caractère plus institutionnel. L'objectif du travail est de mettre en évidence les difficultés ou au contraire les pratiques qui favorisent la coordination dans ses différentes dimensions.

Les enjeux d'un bon fonctionnement du bloc opératoire

Les enjeux d'une programmation fiable sont multiples ; nous en présentons quelques-uns qui apparaissent essentiels.

■ ■ Éviter les attentes des patients

Un premier objectif est d'éviter les attentes des patients. L'intervention doit avoir lieu à peu près à l'heure qui a été indiquée au malade. Il peut arriver cependant que le patient attende à l'entrée du bloc ou que deux patients soient programmés en même temps ; dans ce cas, l'un doit réintégrer sa chambre.

Le malade doit également sortir de la structure hospitalière au moment prévu sachant que la sortie ne peut être effectuée que si le malade a reçu la visite du chirurgien sous la responsabilité duquel il se situe. Seul le chirurgien peut autoriser la sortie.

Dans le cadre de la clinique, l'argument économique joue un rôle essentiel pour réduire les attentes des patients puisqu'il s'agit de libérer les lits dès que possible

afin de pouvoir faire entrer d'autres malades. Enfin, il est utile de prévoir des alertes vis-à-vis des brancardiers pour qu'ils puissent aller chercher le patient dans les temps, juste avant l'opération, ou le ramener dans sa chambre dès que l'anesthésiste a donné son accord de sortie de la salle de réveil.

Dans les trois établissements, les opérations en ambulatoire se développent. Le circuit patient étant différent lorsque celui-ci ne séjourne à l'hôpital que le temps de l'opération, les structures réfléchissent à séparer les accueils des patients et à autonomiser l'accueil des patients en ambulatoire.

■ ■ Améliorer le temps d'occupation et la productivité des installations

Un bloc opératoire est un condensé de technologie requérant des investissements financiers élevés. Le personnel qui y intervient est hautement qualifié ; son temps doit être utilisé à bon escient. Les attentes de personnel ou les inoccupations de salle doivent donc être minimisées. La nécessité d'une grande fiabilité des instruments suppose également des contrats de maintenance coûteux. L'amortissement de ces investissements supposerait donc que les installations soient utilisées sur des plages horaires longues. Les études, cependant, montrent que l'occupation des blocs est loin d'être maximale. Cela est notamment lié à la persistance d'un déficit de gestion de ces blocs ; s'il existe une direction de gestion du bloc, ses directives ne sont pas toujours respectées par les acteurs, notamment par les chirurgiens.

■ ■ Permettre la disponibilité du personnel et la préparation des outils

Une bonne anticipation du programme du bloc permet d'organiser l'activité des personnels de bloc. Ainsi, programmer une opération suppose de tenir compte de la disponibilité des salles, mais cela implique également de pouvoir disposer du personnel soignant nécessaire. Participent aux opérations, outre le chirurgien responsable, un anesthésiste, un infirmier anesthésiste (IADE)², des infirmières diplômées (IDE) ou des infirmières de bloc opératoires (IBODE)³. Les aides-soignantes interviennent au moment de la préparation de la salle puis en fin d'activité pour le nettoyage de la salle. L'opération ne peut se dérouler qu'à partir de la coordination de ces différents intervenants.

La mise en œuvre des programmes s'accompagne d'une activité de préparation d'outils permettant au chirurgien d'effectuer l'opération. Il s'agit de petits matériels et de prothèses parfois très volumineuses. Les outils sont préparés sur des chariots

2. Les infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE) sont les proches collaborateurs des médecins anesthésistes-réanimateurs. Infirmiers spécialisés, ils sont habilités à effectuer les actes relevant de leur seule compétence ; leur activité doit être à la mesure de leur qualification. Ils ne se substituent pas aux médecins anesthésistes-réanimateurs qu'ils assistent, mais qu'ils ne remplacent pas.

3. Les infirmières de blocs opératoires sont en nombre insuffisants, ce qui conduit à avoir recours de manière indifférenciée à des IDE. Notons que, parfois, les chirurgiens utilisent aussi des secrétaires médicales. Ce sont des personnels qui ont appris à servir l'acte du chirurgien progressivement. Traditionnellement, il pouvait s'agir des secrétaires ou des épouses des chirurgiens qui apprenaient ainsi le métier sur le tas. Elles ont été conduites à compléter leurs savoirs par des formations et à obtenir ainsi une validation de leurs acquis professionnels.

le matin des opérations. Tout changement dans le programme opératoire en cours de journée, et particulièrement en tout début de programme, conduit à revoir la préparation de ces chariots. Faire et défaire impliquent nécessairement un coût en temps et en charge de travail.

La gestion du bloc

La construction du programme opératoire est donc l'élément essentiel de la bonne activité de l'ensemble du personnel concerné (chirurgiens, anesthésistes, infirmières, aides-soignantes) mais aussi du service de qualité au malade. Des analyses effectuées par l'IRIS⁴ ont montré que les salles et le matériel pouvaient être beaucoup mieux gérés pour maximiser leur usage.

Cependant, cette rationalisation de l'usage des outils suppose une entente du personnel concernant un certain nombre de normes de fonctionnement. Les salles doivent être mutualisées au maximum, l'ordonnancement des interventions doit être maîtrisé par une personne ayant à sa disposition des informations fiables (autrement dit, celles-ci étant susceptibles de changer, le personnel doit en être systématiquement informé). Chacun doit s'engager à respecter le programme opératoire qui a été bâti collectivement. Il existe des bonnes pratiques de coordination et de régulation. Formellement, une charte de bloc signée par les chirurgiens encadre la gestion du bloc. Celle-ci est effectuée concrètement par un cadre infirmier qui devrait pouvoir s'appuyer sur la charte et la faire respecter puisqu'elle a été approuvée par les différentes parties (chirurgiens et anesthésistes y compris). Cependant, la mise en œuvre de la charte est toujours très difficile à réaliser.

■ ■ Les ambiguïtés

À l'issue de l'enquête, deux ambiguïtés fortes, articulées l'une à l'autre, peuvent être soulignées. La première concerne la place du chirurgien, la seconde concerne le rôle du cadre infirmier gestionnaire du bloc.

LA PLACE DU CHIRURGIEN

La place du chirurgien par rapport au bloc est ambivalente et encore mal éclaircie pour les acteurs. Les chirurgiens se sentent *chez eux* au bloc. Ils sont au centre de l'activité des blocs ; ils y assurent le cœur de leur métier – opérer –, et le fonctionnement des blocs tire son sens de l'activité des chirurgiens. La plupart interviennent toujours dans les mêmes salles, ont le sentiment que celles-ci leur appartiennent et souhaitent pouvoir en disposer à loisir. Mais les chirurgiens sont aussi *extérieurs* dans la mesure où leur service d'appartenance est celui du service d'hospitalisation et non le bloc. Ils défendent donc en outre des intérêts et des points de vue liés à leur spécialité. Ils n'ont ni la vision d'ensemble du bloc ni la responsabilité de son fonctionnement.

4. IRIS Conseil Santé est un cabinet conseil qui a effectué de nombreuses études dans les blocs opératoires et qui est associé à cette recherche.

Si des salles et des moyens sont mis à leur disposition, les conditions de cette mise à disposition doivent s'inscrire dans un programme permettant à la direction du bloc d'organiser l'environnement (mise à disposition du personnel compétent et du matériel aseptique) et d'utiliser au mieux le temps d'occupation des salles. C'est la raison pour laquelle les salles sont mutualisées par les directions du bloc, pour des spécialités requérant le même type d'infrastructure de base (outils et disposition de salle).

De ce fait, la gestion des blocs se situe toujours en tension entre deux points de vue : d'un côté, la volonté de chaque chirurgien d'opérer à certains moments, d'étendre éventuellement ses plages d'opérations, d'imposer des conditions d'opération, d'un autre côté, les modalités et les critères de programmation génèrent des exigences propres. Il est nécessaire de concilier les demandes de tous, d'adopter des choix conciliables avec le personnel et les moyens disponibles.

LE RÔLE DU CADRE INFIRMIER

Le cadre infirmier veille à maintenir un programme stabilisé permettant de prévoir les emplois du temps et les services de l'ensemble des personnels qui interviennent au bloc. Une multitude de contraintes sont à prendre en compte pour réaliser la programmation de l'activité. La modification du moment de l'intervention par un chirurgien a des répercussions sur l'organisation d'ensemble. Lorsque des changements apparaissent nécessaires, les responsables de la gestion des blocs font tout pour harmoniser la mise en œuvre des moyens et les modifications qui s'imposent. Le cadre infirmier est à la fois au service des chirurgiens (de plusieurs chirurgiens) et les demandes de ceux-ci peuvent être antinomiques. Les cadres infirmiers sont aussi au service du malade et de l'hôpital. De ce fait, les critères de réussite de leur activité ne peuvent se confondre avec le service à un chirurgien.

QUELLE RIGUEUR DANS LA CONSTRUCTION DU PROGRAMME OPÉRATOIRE ?

Le programme opératoire représente le cœur de l'organisation du bloc opératoire. L'article D. 712.42 du décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 indique que : « Le tableau fixant la programmation des interventions est établi conjointement par les médecins réalisant ces interventions, les médecins anesthésistes-réanimateurs concernés et le responsable de l'organisation du secteur opératoire, en tenant compte notamment des impératifs d'hygiène, de sécurité et d'organisation du fonctionnement du secteur opératoire ainsi que des possibilités d'accueil en unité de surveillance post-interventionnelle. »

« Une organisation concertée du programme opératoire, entre chirurgien et anesthésiste, doit aboutir, après validation bilatérale, à sa réalisation sans modification⁵. » Dans les principes figure aussi la nécessité de valider le programme au plus tard à un certain terme (par exemple le vendredi à 17 heures pour la semaine suivante) et le porter à la connaissance de l'ensemble des acteurs.

Passer des principes à la réalisation est chose peu aisée. Dans les faits, les programmes opératoires se construisent de manière différente selon les lieux enquêtés. En effet, on constate une grande rigueur dans un des hôpitaux et la clinique

5. Ces principes des programmes opératoires sont définis dans la Charte du bloc de Paris (p. 6).

enquêtés. Les cadres infirmiers ont réussi à imposer des règles pour établir les programmes ou les changements de programme qui sont respectés par les autres acteurs. Si certaines situations donnent lieu à des négociations, les contraintes du bloc opératoire sont intériorisées et prises en compte par les chirurgiens. Dans l'autre hôpital enquêté, tel n'est pas le cas puisqu'un changement de programme peut être introduit par de nombreux acteurs sans respect des règles de procédure. Cela ne permet pas de maximiser l'utilisation des salles et constitue un énorme travail pour le personnel. Cela engendre des situations limites dans la mesure où le temps de nettoyage et de séchage des salles n'est pas respecté ; les personnels peuvent craindre des accidents divers.

Afin d'évaluer la durée de mobilisation d'une salle dans le cadre d'une intervention, il est nécessaire de prendre en compte quatre temps distincts :

- 1) la durée de préparation et d'installation du patient ;
- 2) le temps lié à l'anesthésie ;
- 3) le temps opératoire proprement dit ;
- 4) le temps nécessaire à la remise en état de la salle (notamment bionettoyage).

Pour maximiser le temps d'occupation des salles, il est indispensable que les temps prévus et les temps réels se rapprochent. Qu'est-ce qui occasionne des décalages entre le prévisible et le réel ? Un programme opératoire peut être perturbé par l'urgence mais, de l'avis de l'ensemble des acteurs, ce n'est pas l'urgence qui pose problème car, d'une certaine manière – sauf urgence vitale exceptionnelle –, l'urgence est intégrée et trouve sa place en fin de programme journalier. Les décalages s'expliquent plutôt par un non-respect des horaires de la part des chirurgiens ou des anesthésistes ou par le fait que les chirurgiens, lorsqu'ils proposent une programmation d'intervention, ne tiennent pas toujours compte des différents temps d'intervention. Ce sont alors les cadres infirmiers du bloc qui rappellent la manière dont doit être calculé le temps d'intervention en y intégrant les temps d'activité des autres salariés, avant et après l'intervention chirurgicale.

■ ■ Les éléments clés d'une réussite de la régulation

PREMIER FACTEUR, LA CONSTRUCTION D'UNE LÉGITIMITÉ

Des enquêtes effectuées, il ressort que les cadres infirmiers, ayant un statut moindre que celui des chirurgiens, ont besoin d'être soutenus, au moins pour certains d'entre eux, afin de pouvoir faire accepter les règles qu'ils édictent ensemble. La légitimité du cadre infirmier s'acquiert dans le soutien d'une partie du corps des chirurgiens. Elle se perçoit très clairement dans les appuis institutionnels qu'ils obtiennent auprès de la hiérarchie de l'organisation et plus particulièrement de la hiérarchie médicale.

DEUXIÈME FACTEUR, LES COMPÉTENCES

Même dans le cas d'une légitimité acquise, le cadre supérieur infirmier de bloc doit assumer une réorganisation permanente sur fond de tensions et de relations conflictuelles. Ses propres compétences relationnelles et de gestionnaire, sa capacité à s'imposer sont des atouts aussi importants que la légitimité acquise.

Le rôle du cadre sera d'organiser le lissage de la programmation. Dans toutes les organisations, chaque spécialité dispose de plages horaires dans des salles pré-attribuées. Les chirurgiens s'auto-organisent et peuvent, si la technologie le permet, s'inscrire directement sur le programme opératoire d'une salle. Mais les calculs des temps, nous l'avons dit, doivent être vérifiés. Des ajustements sont à effectuer pour introduire de nouvelles interventions chirurgicales ou en supprimer en fonction des aléas de personnel, de matériel. Les anesthésistes demandent ainsi un regroupement de leurs horaires, un anesthésiste intervient en séquentiel (ou en parallèle lorsqu'il peut être aidé d'un infirmier anesthésiste) dans plusieurs salles d'opération. Ces ajustements dans les temps ou ces changements d'horaire vont nécessiter une négociation permanente au moment de la finalisation du programme à J-5 par exemple. Mais il y aura aussi nécessité d'opérer des réajustements permanents en temps réel : un chirurgien empêché, un anesthésiste ou un membre du personnel absent, un malade qui ne se présente pas, voire une livraison de prothèse reportée, etc. Cette activité peut être qualifiée de régulation.

TROISIÈME FACTEUR, L'ORGANISATION DE LA RÉGULATION

Comment est-elle effectuée ? Qui a la charge mais aussi la légitimité et l'autorité pour la faire accepter, avec toutes les contraintes que cela peut supposer pour chacun des acteurs concernés ? C'est précisément cette prise en charge qui diffère dans les deux hôpitaux et dans la clinique et qui va jouer un rôle décisif en termes d'efficacité.

Lorsqu'il existe plusieurs interlocuteurs simultanés pour réguler l'activité du bloc, les professionnels s'adressent tantôt à l'un, tantôt à l'autre, ne donnent pas toujours la même information à chacun, jouent une personne contre l'autre, disant à l'une ce qu'il est censé avoir obtenu de l'autre, etc. Lorsqu'il existe une seule personne coordonnatrice, il ne peut y avoir d'informations partielles ou d'interprétations multiples. Le jeu de négociation s'en trouve réduit. Cela constitue un autre résultat de la recherche : la régulation, lorsqu'elle est prise en charge par une seule personne dédiée, est plus efficace et favorise un gain de temps dans cette activité.

Dans l'hôpital et dans la clinique où il existe des régulateurs dédiés et où les procédures sont respectées par les chirurgiens, nous avons deux types de régulateurs. Cette différence d'organisation entre la clinique et l'hôpital est due notamment à la très grande différence de taille des établissements.

À l'hôpital, le régulateur est un cadre infirmier dont le poste de travail est situé au sein du bloc. Il effectue cette tâche pendant une quinzaine de jours puis un autre régulateur est nommé pour la quinzaine suivante. Ce cadre infirmier assure en même temps d'autres tâches liées à sa fonction, plus tournées vers l'organisation des soins.

Dans la clinique, le régulateur est également un cadre infirmier. Cependant, on constate un certain nombre de différences concernant son périmètre d'activité, son métier principal et sa place dans la structure. Sa fonction est permanente et entièrement dédiée à la régulation. C'est une ancienne infirmière de bloc n'exerçant plus d'activité de soin. Son expérience professionnelle lui donne une compétence reconnue par les chirurgiens. La fonction de cette cadre infirmière n'est pas désignée sous le terme de régulation mais d'ordonnancement. Elle a la responsabilité de l'ordonnancement du programme du bloc mais également de celui des services hospitaliers (tous les malades « entrant » dans cette clinique pour une opération). Elle assure le

lien et la régulation entre le bloc, les consultations extérieures des chirurgiens et le service d'hospitalisation. Son rôle est d'agencer les temps de programmation avec la disponibilité des lits. Elle a comme objectif de gérer un flux de malades en minimisant les temps morts et les attentes des patients. Son lieu de travail est situé dans un bureau à distance des blocs, dans un bâtiment administratif à l'étage de la direction, au-dessus des cabinets de consultation des chirurgiens. Elle dispose d'un service comprenant plusieurs secrétaires. Elle s'appuie beaucoup sur les logiciels informatiques conçus pour favoriser les liens entre différents systèmes de gestion. Son rôle se situe à l'interface entre le personnel infirmier et les cadres infirmiers du bloc, d'une part, les chirurgiens, d'autre part. Cela permet de déplacer hors du bloc la zone des conflits liés à la programmation.

Le tableau qui suit permet de visualiser les différences de situation entre les hôpitaux et la clinique enquêtés.

TABLEAU 2

FORMES DE RÉGULATION DES BLOCS

	Hôpital région Nord	Clinique Ouest	Hôpital Paris
Organisation du bloc	Positive		Défaillante
Facteurs favorisant une bonne organisation	Soutien d'une partie des chirurgiens et de la direction de l'hôpital		Absence de soutien
Respect des procédures	Oui		Non
Modalités de la régulation	— Forte régulation par un seul cadre de bloc — Coordinateur interne au bloc, ne prend en charge que la planification du bloc.	— Forte régulation par un ordonnanceur — Programmation de l'hospitalisation et du bloc — Coordinateur externe au bloc dépendant du directeur de clinique	— Absence de régulation — Programmation décidée par chacun (anesthésistes, médecin du service d'urgence, anesthésiste).
Personnel en charge de la régulation	— Cadre infirmier gérant à tour de rôle (rotation tous les 15 jours) cette fonction tout en effectuant d'autres activités et — Un infirmier pour les saisies administratives	— Cadre infirmier permanent sur cette fonction et exclusivement sur cette fonction — Plusieurs secrétaires ayant reçu une courte formation sur les temps d'occupation du bloc	— La responsable du bloc ou son adjointe en sus de toutes les autres fonctions qui leur incombent

Les relations avec les autres services médicaux

■ ■ Les relations avec les services d'hospitalisation

La construction des programmes opératoires se fait en relation avec les services d'hospitalisation ou le service des consultations pour l'ambulatorio. Si la programmation d'une opération peut être un acte individuel du chirurgien, certaines opérations supposent la réunion d'un staff au sein du service consultation, auquel assiste souvent une infirmière de bloc. La connaissance du malade peut être importante pour prévoir les durées d'opération, le matériel et les personnels à mettre à disposition. Cependant, cette coopération n'est pas toujours effective.

Les services d'hospitalisation et le bloc communiquent à la fois par téléphone et par informatique. Dans un des hôpitaux, cependant, la transmission et l'élaboration

du programme ne sont pas informatisées, ce qui rend l'échange plus difficile. Si l'informatique améliore considérablement la circulation des informations et permet de construire plus aisément le programme du bloc, cela ne suffit pas. En effet, au-delà de l'information brute, le contact direct ou téléphonique permet de mieux se comprendre, de rappeler les informations les plus importantes. L'oral vient en appui de l'écrit, de manière systématique et quels que soient les interlocuteurs. Dans un des services d'hospitalisation, la surcharge de travail et le besoin de hiérarchiser l'information sont tels qu'il existe un téléphone dédié au bloc, le seul téléphone que l'on décroche quelle que soit la charge de travail.

■ ■ Quels liens spécifiques avec les services médicaux périphériques ?

Le bloc ne représente pas le même type de client pour tous les services. Ainsi, pour le laboratoire, le bloc est un service comme les autres, même si ses demandes peuvent être spécifiques (prélèvement et analyse en cours d'opération). Il en est de même en ce qui concerne les commandes passées par la pharmacie ; celle-ci gère celles du bloc comme celles de l'ensemble des services.

En revanche, au sein de la pharmacie, la stérilisation occupe une place spécifique dans la mesure où le bloc est son principal client, voire le seul, comme dans la clinique enquêtée. Les relations de la stérilisation avec le bloc sont essentielles. Les instruments doivent être stérilisés dans les temps pour que le bloc ne connaisse pas de rupture d'approvisionnement. On constate que le bloc, selon l'architecture, est situé soit au centre (dans la clinique) , soit en périphérie (au même étage ou relié par un monte-charge). Les personnels de la stérilisation, même s'ils sont un maillon important du fonctionnement du bloc, souhaitent garder une certaine distance (notamment physique) afin de gagner en sérénité et ne pas être « contaminés » par les tensions du bloc. On a pu observer une redistribution des tâches dans certaines structures entre le bloc et la stérilisation au niveau de la constitution des boîtes d'instruments. Elles sont faites par les personnels de stérilisation et non plus systématiquement par les infirmières de bloc.

D'autres prestations sont importantes pour le bloc. Il en est ainsi du travail de brancardage et de radiologie. Ces deux activités dépendent de services centralisés communs avec l'ensemble des autres services de l'hôpital ou de la clinique. Cependant, les personnels qui servent le bloc lui sont en général dédiés. Il s'agit en effet de leur permettre de mieux intégrer ses contraintes spécifiques. Pour les brancardiers, les qualités requises sont la fiabilité, la relation empathique et l'écoute du patient. Celui-ci peut être angoissé avant l'opération et doit pouvoir échanger s'il le souhaite.

Pour le radiologue, une qualité importante est la rapidité ; le chirurgien doit pouvoir compter sur quelqu'un de réactif qui saura anticiper ses besoins ou ses gestes. Une certaine expérience semble essentielle pour pouvoir assurer dans de bonnes conditions le rôle de radiologue à l'intérieur du bloc. Les services de radiologie ont donc tendance à spécialiser certaines personnes sur ces actes.

Les relations avec les services non médicaux

Comment les services non médicaux de l'hôpital ou de la clinique servent-ils le bloc ? Celui-ci est-il un client comme un autre ou un client particulier ? On observe l'existence simultanée de deux types de configuration :

■ ■ Première configuration : le bloc, un usager comme un autre

Dans une première configuration, les prestations offertes au bloc par les autres services peuvent être générales, autrement dit ne pas différer des prestations offertes à l'ensemble des services. Ainsi, l'entretien des appareillages est fait sur l'ensemble des services, il suffit seulement de négocier le bon moment. Certains approvisionnements – en ordinateurs ou en linge par exemple – suivent également, le plus souvent, les circuits généraux sans difficulté particulière. Ce traitement indifférencié peut parfois conduire à des dysfonctionnements.

On constate également que, dans certaines structures, les admissions des patients sont équivalentes quelles que soient les raisons de leur admission, qu'il s'agisse d'accueillir des malades pour des soins, une observation ou une intervention chirurgicale. Or, lorsque l'accueil pour les futurs opérés est un accueil dédié, les informations qui leur sont transmises sont plus précises, mieux développées et favorise une exactitude dans l'heure d'arrivée des premiers opérés. Le programme opératoire n'est ainsi pas retardé du fait du patient.

■ ■ Deuxième configuration : le bloc, un usager spécifique

Dans une autre configuration, les prestations offertes au bloc opératoire apparaissent spécifiques ou font l'objet d'un traitement particulier. Il paraît important de distinguer *a)* ce qui relève de la réglementation et qui ne devrait souffrir aucune exception et *b)* ce qui relève de l'arrangement local en fonction des besoins et des pratiques de travail des uns et des autres.

a) Parfois, la prise en compte de la réalité spécifique du bloc est incontournable dans la mesure où elle se réfère à une réglementation *ad hoc* ; particulièrement lorsque cela touche aux questions d'environnement stérile, à la traçabilité des produits et à la traçabilité de l'intervention. Le bloc n'est pas le seul périmètre concerné par ces réglementations, mais il est l'objet d'une vigilance particulière. Cela suppose une coordination entre services. Les procédures de fonctionnement ou d'intervention d'entreprises extérieures au bloc sont particulièrement rigoureuses et contrôlées. La préparation du malade avant l'opération fait l'objet d'audits dans le service où il est hospitalisé. Les services en charge de l'hygiène veillent à la mise en place de protocoles adaptés. De même, la sous-traitance de ménage, lorsqu'elle a lieu, doit faire l'objet de cahiers des charges précis et de vérifications par le personnel du bloc. Certains approvisionnements doivent être stériles, etc.

Les services ayant en charge l'hygiène sont très vigilants concernant les procédures qui accompagnent la trajectoire médicale de l'opéré. De nombreuses règles

d'hygiène et de traçabilité des produits sont à respecter et à adapter lorsque la législation change.

b) La prise en compte de la spécificité du bloc peut également être liée à des circonstances locales. Dans l'hôpital, le bloc fait l'objet d'une attention particulière lorsqu'il est spécifiquement demandeur d'un service urgent ou lorsqu'il exprime un besoin qui donne lieu à une discussion et à un travail en commun (par exemple, la mise en place de groupes de travail permettant de rationaliser la réception et la mise en rayon des produits pharmaceutiques). Le bloc peut aussi prendre l'initiative, quand cela est matériellement possible – quand il existe un personnel en nombre suffisant –, de construire ses propres procédures et circuits au sein des procédures générales. Enfin, la clinique est entièrement tournée vers la chirurgie, ce qui bien entendu est un facteur favorable pour mettre en place une meilleure coordination.

Adaptabilité : changement dans les pratiques et évolution des procédures

Les modalités des relations sont marquées par le cadre d'activité. Les lourdeurs de l'hôpital sont bien connues et, de ce fait, les contraintes imposées génèrent des initiatives multiples des personnels pour mieux articuler les activités entre elles, gagner du temps et de la fiabilité dans la communication. L'activité des soignants des blocs se caractérise par une réactivité forte, une gestion quotidienne des incidents divers et multiples.

Le traitement de ces incidents est tantôt organisé collectivement, tantôt le fruit d'initiatives plus individuelles.

- Le traitement individuel des incidents repose sur la création de réseaux personnels qui peuvent être des points d'appui pour obtenir ce que l'on souhaite au niveau de l'information et au niveau de la mise en œuvre de solutions lorsqu'un problème se pose. Ces micro-initiatives sont le cœur des conditions d'exercice de l'activité.
- Ce travail d'organisation interindividuel n'est pas le seul, loin s'en faut. Il existe une culture de l'organisation très forte dans ce secteur de la santé qui conduit les cadres à rechercher des formalisations dans des procédures écrites.

Le travail de coopération entre services ne se joue pas que dans l'activité quotidienne, il se déroule également à l'occasion de problèmes que les différentes parties cherchent à résoudre de manière durable. Différents événements sont interprétés par les acteurs comme nécessitant l'introduction d'un changement organisationnel et la recherche de solutions communes aux différents services.

Il existe des problèmes de disponibilité de personnels liés par exemple à la généralisation des 35 heures. Pour y remédier, dans les trois organisations étudiées, le service de brancardage a été structuré dans le même sens : la mutualisation des moyens avec le reste de l'hôpital afin d'avoir toujours un personnel disponible.

Autre cas de figure : des difficultés importantes et récurrentes en termes de charge de travail conduisent les services concernés à travailler avec le bloc afin soit de le décharger de certaines activités (la stérilisation se propose pour reconstituer les

boîtes d'instruments), soit de l'aider à s'organiser différemment (pour réceptionner des colis, par exemple).

Enfin, une succession d'incidents peut faire apparaître la nécessité de transformer les modalités d'échange entre services. Ces réflexions sur l'organisation donnent alors lieu à la constitution de groupes de travail qui réfléchissent ensemble à la construction de solutions.

La formalisation apparaît comme un acte de répartition des rôles et des actions des uns et des autres et comme un engagement. Elle fait partie de l'action de travail et de son amélioration. C'est l'occasion de construire différemment une logique d'action collective. L'amélioration du fonctionnement est obtenue par discussion entre les acteurs concernés aux différents niveaux de la hiérarchie et, de ce fait, elle vise également à perfectionner les procédures. Par exemple, lorsqu'un changement de logiciel doit avoir lieu, des études sont effectuées pour repérer les flux de l'information et le flux des malades ; ces études peuvent se traduire par un changement dans les protocoles. En reconsidérant les protocoles, les acteurs acquièrent une meilleure connaissance de leurs contraintes réciproques, contraintes qu'ils sont susceptibles alors d'intégrer chacun dans leur propre pratique. Dans un deuxième temps, l'encadrement devra veiller à leur application.

QUELQUES DIFFICULTÉS À AFFRONTÉ POUR LA RECHERCHE DE SOLUTIONS

Il est parfois assez difficile de délimiter le périmètre des acteurs qui sont concernés par une question et seront sollicités pour construire un protocole adapté. Une mauvaise définition de ce périmètre fait échouer l'amélioration du fonctionnement. On a pu le constater dans différents contextes. Lorsqu'un choix de logiciels doit être effectué, il est important de prendre en compte tous les utilisateurs futurs de ce logiciel, mais également les utilisateurs des logiciels compatibles avec le nouveau logiciel. De même, l'organisation du timing des activités d'un service peut être mal adaptée aux horaires de fonctionnement d'un autre service.

L'informatique se généralise ; elle est utilisée pour planifier la circulation des patients, l'occupation des blocs, la circulation des commandes, la gestion des stocks. Cependant, cet usage est inégal et certains établissements travaillent beaucoup avec le papier. Les logiciels sont peu compatibles, nécessitant parfois de nombreuses saisies, sources de perte de temps et d'erreurs. Enfin, si l'informatique permet de partager la même information en temps réel, le nombre d'informations, que ce soit par téléphone ou par internet, apparaît très abondant. La hiérarchisation, la mémorisation de ces différents signaux crée une charge mentale importante pour les personnels. La réception effective des informations, leur intégration dans l'action sont ainsi mal assurées du fait de surcharges de travail et de la multiplicité des données reçues.

En conclusion

Dans les hôpitaux, le bloc opératoire apparaît comme une entité à servir de la même manière que les autres. Mais il est le plus gros « usager » du service chargé de la stérilisation. Il est également très concerné par les vérifications ayant trait à l'hy-

giène et à la traçabilité des produits et des interventions. Leur respect fait l'objet d'une attention particulière des services chargés de l'évaluation ou de la surveillance.

Les spécificités du bloc – les exigences du travail dans ce cadre – conduisent par exemple à dédier certains professionnels au travail avec les blocs : des brancardiers, des radiologues...

Afin d'assurer un service en continu et mieux gérer les temps de personnel, certains services autrefois dédiés au bloc ont été intégrés à des services généraux. Ainsi les brancardiers sont désormais gérés par un même service pour pouvoir, en cas d'absence d'un brancardier, assurer un remplacement. Mais on constate toujours cette volonté d'attacher toujours les mêmes brancardiers au bloc, dans la mesure du possible.

L'articulation du bloc avec les autres services repose sur des règles, des normes, des protocoles d'interventions qui permettent de repérer les manières de se coordonner et qui font l'objet de différents types d'aménagements, tantôt informels et tantôt formalisés.

Aménagements informels, car les règles ne permettent pas toujours de répondre aux besoins et notamment de travailler dans la rapidité. Lorsque les acteurs ont besoin d'une certaine souplesse ou d'une certaine flexibilité, ils les aménagent, les contournent.

Les aménagements formalisés peuvent devenir obsolètes avec le temps ; en outre, les moyens en personnel dont disposent les blocs peuvent varier. Pour remédier à une insuffisance de personnel, les cadres du bloc opératoire initient des groupes de travail avec d'autres services afin de transformer les modalités de la coopération (approvisionnements du bloc, stérilisation des outils, etc.). L'articulation du bloc avec les services d'hospitalisation suppose un travail régulier d'information, de vérification, d'ajustements itératifs. Cette articulation est facilitée par la mise en place de fonctions de régulation qui se situent tantôt en interne du bloc (hôpital), tantôt à l'extérieur. Différentes conditions sont nécessaires pour obtenir une programmation fiable et un bon ordonnancement des opérations.

La construction d'une légitimité du cadre infirmier est nécessaire, elle repose certes sur ses compétences mais également sur le soutien dont il est l'objet de la part des chirurgiens. Le soutien de ceux-ci se situe à plusieurs niveaux. Dans leurs pratiques, d'abord, la programmation sera d'autant plus aisée qu'ils respecteront le programme qu'ils ont établi ainsi que les règles précises de calcul des temps d'occupation du bloc. L'appui de certains chirurgiens se révèle aussi nécessaire pour posséder une réelle légitimité dans la négociation avec leurs confrères.

La réussite de la coordination est liée également au fait qu'une seule personne effectue la régulation et en prend la responsabilité.

La régulation peut bénéficier dans certains cas de logiciels informatiques de gestion des salles et des moyens. Cela représente clairement un atout pour agencer les données et organiser la programmation et permet aussi le partage d'une même information en temps réel. Cependant, si ces outils apparaissent comme nécessaires, ils ne sont pas suffisants. Les vérifications et la communication orale restent des éléments incontournables pour vérifier l'accusé de réception des données, pour tester la prise en compte des modifications ou vérifier le bien-fondé des informations transmises.

Dans l'ensemble des activités du bloc et dans ses relations avec l'extérieur, la transmission écrite est doublée le plus souvent par une transmission orale qui vient compléter, hiérarchiser et renforcer le message écrit.

Références bibliographiques

- AMBLARD H., BERNOUX P., HERREROS G., LIVIAN Y.-F., 2005, *Les Nouvelles Approches sociologiques des organisations*, Seuil, troisième édition augmentée.
- CALLON M., 1986, « Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs en baie de Saint-Brieuc », *L'Année sociologique*, 36.
- CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'Acteur et le Système*, Seuil, Paris, coll. « Points ».
- CROZIER M., 1963, *Le Phénomène bureaucratique*, Seuil, Paris, coll. « Points ».
- GROSJEAN M., LACOSTE M., 1999, « Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital », *Le Travail humain*, PUF.
- KAUFMAN J.-C., 1996, *L'Entretien compréhensif*, Nathan, coll. « 123 ».

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

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

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

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

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

ONDPS

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

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



9 782110 973498

TOME 4

LES MÉTIERS DE LA CANCÉROLOGIE

Le rapport 2006-2007



Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



TOME 4

LES MÉTIERS DE LA CANCÉROLOGIE

Le rapport 2006-2007



Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



© ONDPS, 2008
ISBN : 978-2-11-097349-8
DICOM : 08.037
Réalisation : www.lasouris.org

TABLE DES MATIÈRES

5 INTRODUCTION

7 UN ENSEMBLE DE PROFESSIONS IMPLIQUÉES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER

7 Les données démographiques globales

8 *Les caractéristiques démographiques des spécialistes médicaux et chirurgicaux*

11 *Les caractéristiques démographiques des autres praticiens de santé*

12 *Zoom sur l'oncologie médicale: une approche démographique régionale*

15 Une mise en perspective de l'évolution des effectifs pour six spécialités médicales

15 *Évolution prévisionnelle des effectifs*

17 *Les effectifs face à l'évolution de l'incidence du cancer*

18 L'accès à l'exercice de la cancérologie: formations et qualifications

18 *Les diplômes de troisième cycle*

19 *La qualification*

20 LA COMPLÉMENTARITÉ DES MÉTIERS ET DES EXPERTISES DANS DEUX DOMAINES

20 Les métiers du diagnostic

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

26 *D'importantes évolutions techniques*

29 Les métiers de la radiothérapie

30 *Un contexte d'exercice en rapide évolution*

31 *Les particularités des métiers et leurs domaines d'intervention*

39 L'ÉVOLUTION DES MÉTIERS ET DE LEUR EXERCICE : COOPÉRATIONS ET NOUVEAUX MÉTIERS

41 EN CONCLUSION

43 ANNEXES

44 COMPTE RENDU D'AUDITION: UN ÉTAT DES LIEUX DÉMOGRAPHIQUE PARTAGÉ AVEC LES PROFESSIONNELS DE LA RADIOTHÉRAPIE

44	Les oncologues radiothérapeutes
44	<i>Les chiffres sur les oncologues radiothérapeutes</i>
50	<i>Les initiatives de la profession en matière de démographie</i>
51	<i>Les effectifs en formation</i>
53	Les radiophysiciens
53	<i>Les chiffres sur les radiophysiciens : des données rassemblées par l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN)</i>
56	<i>Les autres sources de données démographiques sont convergentes</i>
57	<i>Répartition régionale des effectifs</i>
59	Les manipulateurs d'électroradiologie médicale
59	<i>Les chiffres sur les manipulateurs d'électroradiologie médicale</i>
60	<i>Une répartition géographique similaire à celle des autres métiers de la radiothérapie</i>
62	<i>Des perspectives démographiques défavorables</i>
62	<i>Les tensions démographiques liées à l'environnement et aux évolutions du métier</i>
63	<i>Les initiatives de la profession en matière de démographie : les effectifs en formation</i>
69	Liste des participants à l'audition des professionnels des métiers de la radiothérapie
71	LES CARACTÉRISTIQUES SYNTHÉTIQUES DE 21 MÉTIERS IMPLIQUÉS DANS LA PRISE EN CHARGE DE PATIENTS ATTEINTS DU CANCER
73	Les spécialités médicales
114	Les spécialités chirurgicales
128	Les autres professions intervenant en cancérologie
149	Les experts ayant participé à la lecture et à la validation des fiches métiers
150	Les contributeurs

I

ntroduction

Ce tome est consacré à l'examen de la situation des effectifs des professions de santé médicales et paramédicales engagées dans la prise en charge des patients atteints d'un cancer¹. Le champ d'observation retenu est celui des professions de santé réglementées.

Ce travail constitue une approche des ressources soignantes par domaine de prise en charge des patients. L'Observatoire national des professions de santé (ONDPS) en avait préconisé l'adoption à l'issue de ses précédents travaux².

La coopération menée avec l'Institut national du cancer est d'autant plus exemplaire que, comme nous avons pu le souligner dans le rapport précédent, le Plan cancer est un de rares plans de santé publique qui ait indiqué des besoins chiffrés d'effectifs en complément de la formulation des objectifs.

L'état des lieux national et régional des métiers de la cancérologie présenté dans ce tome s'appuie d'abord sur les données des effectifs en activité et en formation. L'attention particulière portée à l'âge des professionnels répond à la nécessité d'anticiper une situation qui, à très court terme, présente pour l'ensemble des médecins trois caractéristiques principales : une part importante de praticiens âgés de 55 ans et plus dans presque toutes les spécialités, des effectifs globalement en diminution dans les dix ans à venir, et une répartition des effectifs et des structures assez fortement inégalitaire sur le territoire. Certains métiers de la cancérologie sont moins concernés que d'autres par le premier constat relatif au vieillissement des effectifs. Il est toutefois évident que la démographie de l'ensemble des médecins a des conséquences sur la prise en charge des patients atteints de cancer. Les disparités qui caractérisent la situation actuelle conduisent donc à porter la plus grande attention aux modalités locales selon lesquelles se produiront les diminutions et les affectations nouvelles d'effectifs.

Parmi les métiers étudiés, deux grandes catégories ont été distinguées. La première regroupe les métiers médicaux qui sont au cœur de la prise en charge des patients : l'oncologie médicale, l'oncologie radiothérapie, l'onco-hématologie, le radiodiagnostic, la médecine nucléaire et l'anatomopathologie.

1. Une étude commanditée à la FNORS a constitué une première étape qui a permis de réaliser une photographie de seize métiers médicaux et de deux métiers paramédicaux concernés par la cancérologie : *Étude sur les professionnels et formations en cancérologie*, novembre 2006

2. Cf. *Rapport ONDPS 2005*, synthèse générale, préconisation 5, « L'approche par spécialité ou par métier doit être complétée par l'examen des données démographiques par domaine de prise en charge des patients. Les priorités de santé publique doivent porter une attention systématique à la question démographique, afin de faciliter et d'évaluer leur mise en œuvre ».

Les métiers rassemblés dans la seconde catégorie ont comme caractéristique de contribuer à cette prise en charge, sans que celle-ci, toutefois, constitue la totalité de leur activité (médecins spécialistes et chirurgiens). Une investigation plus approfondie à partir de l'activité réellement exercée reste à développer. Cette démarche adoptée pour les médecins généralistes, à partir des données de l'Assurance maladie, montre en effet qu'un effectif faible de médecins généralistes libéraux développe, pour l'instant, une activité de suivi de patients en chimiothérapie.

Cette photographie générale de la situation sert ensuite de point d'appui pour identifier des métiers et des territoires qui pourraient constituer des maillons faibles dans la prise en charge des patients. À ce stade, l'état des lieux réalisé fait simplement apparaître que la situation démographique d'une région donnée est moins favorable que celle de telle autre présentant pourtant des caractéristiques *a priori* identiques en matière d'activité ou de démographie de la population. Ce constat n'est pas à lui seul suffisant pour que puisse être établi un diagnostic de pénurie ou de carence. Dans ce domaine, une prise en compte de l'état de santé des populations, les données sur la prévalence du cancer ainsi qu'une réflexion sur l'organisation locale de l'offre de soins constituent des compléments d'information indispensables.

Le statut de cet état des lieux relève, pourrait-on dire, d'un principe d'alerte. Il doit se prolonger d'abord par un éclairage local qui est le seul susceptible de donner sens et de confirmer éventuellement des faiblesses dans la prise en charge de patients. Il doit aussi être enrichi d'éléments permettant de cerner de façon prospective, sur la base des évolutions diagnostiques et thérapeutiques prévisibles à court terme, comment pourrait s'opérer le renouvellement des ressources (nouveaux métiers, évolutions des formations, impératifs de coopération entre les métiers, délégations de tâches notamment).

L'analyse particulière dont a fait l'objet la radiothérapie par une approche simultanée des trois métiers concernés a constitué un premier pas dans ce sens. La synthèse de cette démarche est présentée dans ce tome.

Le plan du présent rapport rend compte des différents travaux conduits.

Nous présentons tout d'abord les données démographiques globales et leur évolution prévisionnelle à moyen terme (chapitre I).

À la lumière des évolutions, notamment diagnostiques et thérapeutiques, qui auront des incidences en termes de ressources humaines, les métiers du diagnostic et de la radiothérapie font ensuite l'objet d'une approche détaillée comportant, entre autres, une analyse de la répartition régionale des ressources (chapitre II).

Nous abordons, enfin, les évolutions des pratiques pouvant aller jusqu'à l'émergence de nouveaux métiers (chapitre III), et des « fiches métiers » qui présentent successivement chacune des vingt-quatre professions intervenant dans le domaine du cancer figurent en annexe avec le compte rendu de l'audition des professionnels de la radiothérapie.



Un ensemble de professions impliquées dans la prise en charge des patients atteints de cancer

Les données démographiques globales

Parmi l'ensemble des professions identifiables dans le domaine de la cancérologie nous en avons retenu vingt-quatre.

Sont prises en considération dans le cadre de ce rapport :

- les professions qui consacrent la totalité de leur activité à la cancérologie : l'oncologie médicale, l'oncologie radiothérapie, l'onco-hématologie ;
- celles qui participent au diagnostic du cancer : le radiodiagnostic/imagerie médicale, la médecine nucléaire et l'anatomo-cytopathologie ;
- enfin, celles dont l'intervention accrue est prévisible dans le cadre des évolutions de l'organisation des soins :
 - les médecins spécialistes : pneumologues, gastroentérologues, neuro-oncologues, onco-pédiatres, dermatologues, médecins internistes et médecins généralistes ;
 - les chirurgiens spécialistes en chirurgie viscérale, thoracique, urologique et gynécologique.

Sept autres professions de santé interviennent de manière transversale au sein de ces trois regroupements :

- les infirmiers, au cœur du dispositif de soins, dont les temps forts dans la prise en charge du cancer sont l'annonce de la maladie, l'amélioration de la qualité des soins et les soins de fin de vie,
- les manipulateurs en électroradiologie, qui, par la réalisation d'actes relevant de l'imagerie médicale, de la médecine nucléaire et de la radiothérapie, concourent au dépistage, au diagnostic et au traitement des patients,
- les radiophysiciens, qui ont pour principale mission de garantir la qualité et la sécurité dans l'utilisation médicale des rayonnements ionisants,
- les pharmaciens, qu'il s'agisse de pharmaciens d'officine, proches des patients dans leur pratique quotidienne, de pharmaciens d'établissements de santé ou de biologistes, acteurs de la démarche diagnostique,
- les biologistes médicaux, qui, outre les pharmaciens biologistes déjà cités, comptent également 25 % de médecins. Il est cependant à noter que, compte tenu de ce fait et de la mixité de la population des biologistes, ce métier sera présenté, dans le cadre de ce rapport, dans la catégorie « autres praticiens de santé », et ce dans un souci de simplification de l'exposé,

- les conseillers en génétique, nouveau métier¹, dont la fonction est d'évaluer les risques génétiques en liaison avec le cancer et d'informer les patients et leurs familles,
- les psycho-oncologues, qui regroupent à la fois des psychiatres et des psychologues cliniciens, dont le rôle est la prise en charge des dimensions psychologiques, comportementales, familiales et sociales en relation avec le cancer. Là encore, la mixité de la population des effectifs de psycho-oncologues justifie que cette profession soit évoquée dans la catégorie des autres praticiens de santé dans le cadre de ce rapport.

■ ■ Les caractéristiques démographiques des spécialistes médicaux et chirurgicaux

LES EFFECTIFS

Il existe une grande disparité démographique entre les différentes spécialités médicales concernées par la prise en charge du cancer. Aux deux extrêmes, par exemple, le radiodiagnostic regroupe 7 814 praticiens, soit 13 % de la totalité des effectifs des spécialités médicales, alors que les hématologues ne comptent que 363 praticiens et que les oncologues médicaux, au nombre de 609, ne représentent que 1 % de l'ensemble des spécialistes (tableau 1).

En ce qui concerne les spécialités chirurgicales, la gynécologie-obstétrique est très majoritaire avec 5 164 praticiens et représente 21 % de l'ensemble des chirurgiens². À l'opposé, la chirurgie thoracique, avec 295 praticiens, représente 1,2 % de la totalité des effectifs des spécialités chirurgicales.

1. Profession de conseiller en génétique, décret n° 2007-1429 du 3 octobre 2007.

2. Une partie des diplômés de gynécologie-obstétrique ainsi recensés n'exercerait pas toutefois l'obstétrique. Selon les données relatives aux actes effectués recueillies par la CNAMTS, un assez grand nombre d'entre eux ont une activité majoritairement orientée vers la gynécologie médicale. Cf. compte rendu de l'audition des gynécologues médicaux, tome 3 de ce rapport.

TABLEAU 1

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

SPECIALITÉS	Effectifs métropole	Effectifs France	Libéraux	% libéraux	Salariés	% salariés
Spécialités médicales						
Oncologie médicale	609	616	147	24	462	76
Oncologie radiothérapie	656	667	315	48	341	52
Radiodiagnostic	7 814	7 963	5 316	68	2 498	32
Médecine nucléaire	470	472	176	37	294	63
Anatomopathologie	1 588	1 611	746	47	842	53
Hématologie	363	371	12	3	351	97
Pneumologie	2 727	2 757	1 062	39	1 665	61
Gastro-entérologie	3 387	3 450	1 942	57	1 445	43
Neurologie	1 861	1 899	730	40	1 131	68
Pédiatrie	6 821	7 009	2 881	42	3 940	58
Dermatologie	4 064	4 131	3 459	85	605	15
Médecine interne	2 441	2 479	371	15	2 070	85
Médecine généraliste	82 950	85 106	58 235	70	24 715	30
Spécialités chirurgicales						
Chirurgie viscérale	699	716	278	40	421	60
Gynécologie obstétrique	5 164	5 347	3 105	60	2 059	40
Chirurgie urologique	743	754	519	70	224	30
Chirurgie thoracique	295	305	109	37	186	63

Sources : ADELI-DREES au 1^{er} janvier 2007.

LE MODE D'EXERCICE

Le mode d'exercice libéral ou salarié varie sensiblement d'une spécialité à l'autre.

La prise en compte de cette information est importante, puisque la présence des professionnels dans des secteurs d'exercice distincts selon les statuts implique des coopérations ville/hôpital, ou hospitalier/ambulatoire, d'ampleur variable selon le moment de la prise en charge du patient, et selon aussi les modalités territoriales particulières de l'offre de soins.

Ainsi,

- Pour les métiers axés majoritairement sur la cancérologie, l'exercice salarié, et principalement hospitalier, est prédominant dans trois professions : hématologie (97 %), oncologie médicale (76 %) et médecine nucléaire (63 %).

Les oncologues-radiothérapeutes et les anatomopathologistes se répartissent équitablement entre les modes d'exercice libéral et salarié.

Seuls les spécialistes du radiodiagnostic exercent majoritairement en milieu libéral (68 %).

- L'exercice salarié est également privilégié dans plusieurs autres spécialités médicales comme la médecine interne, la neurologie, la pneumologie et la pédiatrie. En revanche, les dermatologues et les gastro-entérologues exercent majoritairement en secteur libéral.
- En ce qui concerne les spécialités chirurgicales, les chirurgies viscérale et thoracique se pratiquent plutôt à l'hôpital, contrairement à la gynécologie-obstétrique et à l'urologie exercées plus fréquemment en mode libéral.

Une lecture plus fine de la répartition des médecins selon la spécialité et le secteur d'activité est présentée dans le tableau 2 ci-dessous.

TABLEAU 2

POURCENTAGE DE MÉDECINS PAR SPÉCIALITÉ PAR SECTEUR D'ACTIVITÉ

SPÉCIALITÉS	Hôpital public	Hôpital privé PSPH	Hôpital privé non PSPH	Centre de santé	Cabinet individuel	Cabinet de groupe ou société	Autres	Effectif en nombre
Spécialités médicales	40,8	5,0	2,6	0,6	20,7	27,3	2,9	58 950
Oncologie médicale	42,9	32,2	2,0		8,2	13,6	1,1	609
Oncologie radiothérapie	28,9	23,2	4,1	0,4	9,0	32,9	1,4	656
Radiodiagnostic	27,8	3,9	1,2	1,0	12,0	53,3	0,8	7 814
Médecine nucléaire	48,2	13,4	2,4	0,2	6,6	27,2	2,0	470
Anatomopathologie	44,0	6,9		0,1	8,9	35,2	5,0	1 588
Hématologie	81,5	7,7			1,9	0,8	8,1	363
Pneumologie	50,1	6,7	2,5	0,9	15,1	22,3	2,5	2 727
Gastro-entérologie	37,7	3,4	1,5	0,3	19,9	35,7	1,5	3 387
Neurologie	57,8	2,1	0,6	0,0	20,9	17,1	1,4	1 861
Pédiatrie	44,2	2,8	0,8	0,6	24,2	16,6	10,9	6 821
Dermatologie	12,3	0,4	0,6	1,2	49,4	34,5	1,6	4 064
Médecine interne	76,6	5,2	1,3	0,5	8,6	5,2	2,5	2 441
Médecine générale	14,4	1,6	1,0	1,1	39,0	30,5	12,5	82 950
Spécialités chirurgicales	31,1	2,8	3,6	0,7	29,5	31,4	0,9	24 718
Ch. viscérale	54,7	5,8	5,9		13,7	19,3	0,6	699
Gynécologie Obstétrique	35,9	2,9	2,6	0,6	27,3	29,6	1,0	5 164
Ch. urologique	26,7	4,5	5,7		21,0	42,0	0,1	743
Ch. thoracique	57,8	2,8	4,4	0,3	16,3	17,6	0,7	295

Sources : ADELI-DREES, 1^{er} janvier 2007.

La féminisation est souvent présentée comme un facteur qui contribuera à la diminution du temps médical³ au même titre que d'autres paramètres comme, par exemple, la part grandissante du temps consacré à la formation médicale continue ou bien encore à la concertation entre professionnels.

3. Soulignons toutefois que, selon les gynécologues obstétriciens, population relativement féminisée, la féminisation ne joue pas de façon fondamentale sous réserve que l'organisation permette une répartition des contraintes. Cf. compte rendu d'audition des gynécologues obstétriciens, *Rapport ONDPS 2005*, tome 3, page 67.

TABLEAU 3

ÉVOLUTION DU POURCENTAGE DE FEMMES DANS LES SPÉCIALITÉS MÉDICALES ET CHIRURGICALES

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Total spécialistes	36,3	37,0	37,2	37,5	37,9	38,2	38,6	38,8
Oncologie médicale	36,6	37,9	38,2	39,7	40,8	41,3	40,8	40,8
Radiothérapie	31,0	32,3	31,3	32,1	33,2	33,1	33,5	34,8
Radiodiagnostic	26,4	26,8	27,1	27,4	27,9	28,4	29,0	29,2
Médecine nucléaire	30,6	31,4	32,0	32,1	30,6	32,2	30,5	32,1
Anatomopathologie	58,8	59,0	59,5	59,6	59,1	59,5	59,6	60,2
Hématologie	46,7	48,8	49,4	47,6	49,0	48,4	49,3	50,4
Pneumologie	29,1	29,6	29,9	31,0	31,6	32,0	32,1	32,3
Gastro-entérologie	17,7	19,0	19,1	20,1	20,5	21,3	21,9	22,3
Neurologie	36,4	37,0	37,4	37,8	38,9	38,7	39,0	39,6
Pédiatrie	56,1	56,6	56,9	57,5	58,3	58,9	59,4	59,9
Dermatologie	61,1	61,9	62,2	62,6	63,0	63,2	63,7	64,1
Médecine interne	21,3	22,7	23,2	24,2	25,5	26,2	26,9	27,7
Chirurgie viscérale	10,4	9,9	11,3	12,6	12,8	12,3	12,4	12,1
Gynécologie-obstétrique	34,9	36,1	36,7	37,2	37,3	36,2	36,7	37,6
Chirurgie urologique	2,4	2,0	1,6	1,7	2,2	2,1	2,4	2,6
Chirurgie thoracique	5,5	8,3	7,0	7,0	6,0	6,9	6,6	7,2

Sources : ADELI-DREES.

D'une façon générale, on observe une croissance progressive et constante de la féminisation depuis 2000. Le pourcentage moyen de femmes pour l'ensemble des spécialités est de 38,8 % (tableau 3).

Cependant, la répartition des femmes reste très inégale entre les spécialités médicales, qui comptent 40,4 % de femmes, et les spécialités chirurgicales avec 23,3 %.

Quelques professions restent presque exclusivement masculines, comme les chirurgies urologique, thoracique ou viscérale. On trouve également peu de femmes en gastro-entérologie ou médecine interne. En revanche, le pourcentage de femmes est très élevé en anatomopathologie, pédiatrie et dermatologie.

■ ■ Les caractéristiques démographiques des autres praticiens de santé

Parmi les sept autres métiers impliqués en cancérologie, les infirmiers, au nombre de 483 380, constituent les effectifs les plus importants. Ils exercent à 73 % dans un établissement de santé et le taux de féminisation est de l'ordre de 87 %.

Les pharmaciens, au nombre de 72 322 tous secteurs confondus, constituent une profession également très féminisée (plus de 65 % de femmes).

Les biologistes, au nombre de 10 539, regroupent pour leur part des médecins et des pharmaciens dans une proportion de l'ordre de un tiers-deux tiers.

Le conseil en génétique étant une profession nouvelle, les effectifs (de 60 à 80) correspondent aux trois premières promotions d'étudiants. Ils exercent dans des établissements de santé autorisés à pratiquer des examens de caractéristiques génétiques ou des activités de diagnostic prénatal.

Les effectifs des psycho-oncologues restent difficiles à évaluer. En effet, les professionnels dans ce domaine sont des psychiatres et des psychologues cliniciens qui se dédient à la cancérologie ; nous rapportons ici les effectifs en psychiatrie sans pouvoir pour autant identifier clairement la part d'entre eux qui se consacre à la psycho-oncologie.

Les caractéristiques démographiques des manipulateurs en électroradiologie (MER) et des physiciens médicaux sont traitées en annexe (page 54 et 59) de ce volume.

TABEAU 4

EFFECTIFS DES PRATICIENS DE SANTÉ

Spécialités	Effectifs métropole	Effectifs France entière
Infirmier	483 380	493 503*
Pharmacien		72 322**
Conseiller en génétique	60 à 80	
Biologie médicale	dont part médecins : 3 057* dont part pharmaciens 7 482**	10 539***
Psycho-oncologue	chiffres psychiatrie : 13 676	13 893

* Sources : DREES au 1^{er} janvier 2007.

** Sources : Conseil national de l'Ordre des pharmaciens.

*** Sources : Conseils nationaux de l'Ordre des médecins et de l'Ordre des pharmaciens au 1^{er} janvier 2006 : ce chiffre regroupe les médecins et les pharmaciens.

■ ■ Zoom sur l'oncologie médicale : une approche démographique régionale

Les oncologues médicaux représentent une population de 609 médecins en 2007. L'oncologie médicale se distingue comme une spécialité particulièrement jeune puisque 80 % de ses membres ont moins de 55 ans.

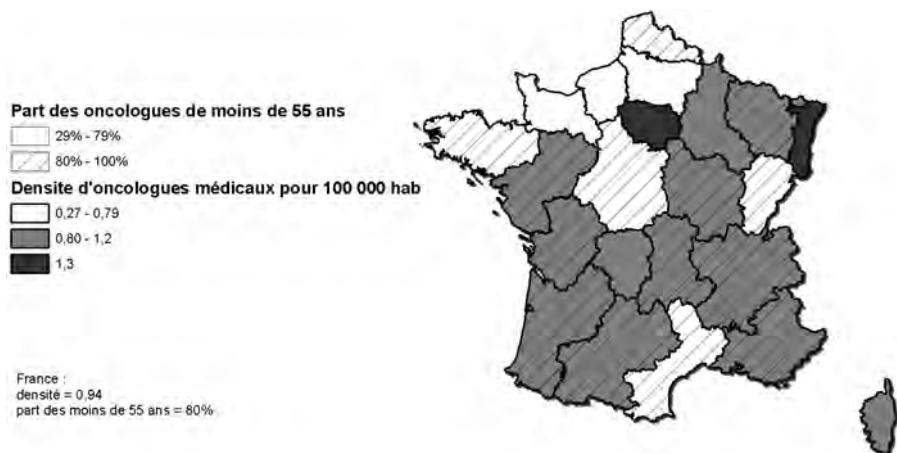
Leur densité dans les régions françaises varie dans un rapport de 1 à 4, indiquant une hétérogénéité de leur répartition plus forte que dans certaines professions médicales comme, par exemple, les radiothérapeutes, avec des zones de fortes concentrations (comme l'Alsace ou l'Île-de-France) et d'autres regroupant très peu d'oncologues médicaux (5 en Picardie, dont 2 ont 55 ans ou plus, 7 en Basse-Normandie, dont 5 ont 55 ans et plus).]

Cependant, la modestie des effectifs globaux de cette spécialité doit conduire à une certaine prudence quant à l'interprétation de l'indicateur de densité.

Les deux régions normandes et la Picardie peuvent être considérées comme les maillons faibles de la dotation en oncologues médicaux. En effet, elles cumulent un faible nombre de médecins par habitant dans cette spécialité, aggravé par une structure par âge relativement vieille par rapport à la moyenne française.

CARTE 1

LA DENSITÉ DES ONCOLOGUES MÉDICAUX SELON LES RÉGIONS



Lecture : Les teintes en gris indiquent la densité médicale, c'est-à-dire le nombre de spécialistes concernés dans la région, divisé par la population régionale. Une région en gris foncé possède un nombre de médecins spécialistes plus élevé que la moyenne française, tandis qu'une région en blanc indique un nombre de médecins inférieur à la moyenne. La structure par âge des médecins dans la région est représentée par des hachures : si la région est hachurée, sa part de médecins de moins de 55 ans est supérieure à la moyenne française. Il s'agit donc d'une région où la population médicale est relativement jeune. À l'inverse, une région sans hachure reflète donc une structure démographique de médecins plus âgés que la moyenne. Ainsi, en superposant les deux informations (teinte et hachures), une région claire et non hachurée témoigne d'un déficit de médecins par habitant renforcé par une population médicale plus âgée que la moyenne (exemple la Picardie). En revanche, une zone foncée et hachurée indique une région bien dotée et avec des médecins jeunes (exemple l'Aquitaine).

Sources : ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement et ministère de la Santé et des Solidarités, DREES, répertoire ADELI 2006. Exploitation INCA/ONDPS.

LES EFFECTIFS EN FORMATION PAR RÉGION

La répartition régionale des effectifs inscrits en DES d'oncologie donne des indications complémentaires sur l'hétérogénéité qui caractérise les régions. Ces effectifs en formation ne pratiqueront pas forcément dans la même région. Ces données constituent toutefois un indicateur du potentiel actuel de renouvellement des ressources médicales dans les différentes spécialités. En outre, ces internes en formation participent aussi, dans le cadre de stages agréés, à l'offre de soins. Leur présence dans une région témoigne donc de la présence supplémentaire d'un potentiel soignant dans cette région et de l'existence de services agréés pour la formation.

Il est établi que les étudiants et les professionnels s'orientent vers les établissements les mieux équipés et disposant des ressources humaines suffisantes ; les libéraux s'installent près de grandes structures, les étudiants préfèrent réaliser leurs stages dans des services recevant déjà plusieurs internes pour mieux répartir la charge de travail.

Les effectifs considérés dans le tableau 5 sont ceux inscrits à partir de la troisième année du DES d'oncologie pour les trois filières : l'oncologie médicale, l'oncologie hématologie et radiothérapie. Ces chiffres globaux ne permettent cependant pas d'identifier avec précision le type de filière au niveau de chaque région.

TABLEAU 5

EFFECTIFS DU DES D'ONCOLOGIE PAR RÉGION ET INTERRÉGION

Le DES d'oncologie		Oncologie 3 ^e année	Oncologie 4 ^e année	Oncologie 5 ^e année	Oncologie autre*
Île-de-France	Paris	5	7	2	0
Franche-Comté	Besançon	3	1	1	
Bourgogne	Dijon	3	4	1	
Lorraine	Nancy	6	1	2	
Champagne-Ardenne	Reims	1		1	
Alsace	Strasbourg	3	2	1	0
Picardie	Amiens	1	1		
Basse-Normandie	Caen	3	0	2	1
Nord - Pas-de-Calais	Lille	1	0	0	0
Haute-Normandie	Rouen	2			
Rhône-Alpes	Lyon	2	6		
Rhône-Alpes	Grenoble				
Rhône-Alpes	Saint-Étienne	2			
Auvergne	Clermont-Ferrand	3	1		
Bretagne	Brest				
Bretagne	Rennes	2	1		1
Poitou-Charentes	Poitiers	2	2		
Pays de la Loire	Angers		1	1	1
Pays de la Loire	Nantes	2	4	1	
Centre	Tours	5	1	1	
Provence-Côte d'Azur	Aix-Marseille	5	0	0	
Provence-Côte d'Azur	Nice	2	2	1	
Languedoc-Roussillon	Montpellier	1	1	2	
Aquitaine	Bordeaux Océan	4	2	4	
Limousin	Limoges	1	0	0	
Midi-Pyrénées	Toulouse	1	1	1	
Antilles-Guyane (outre-mer)					
Réunion					
Total IDF *		5	7	2	0
Total Nord-Est		16	8	6	
Total Nord-Ouest		7	1	2	1
Total Est		7	7		
Total Grand Ouest		11	9	3	2
Total Sud		8	3	3	
Total Sud-Ouest		6	3	5	
Total DOM					
France		60	38	21	3

* Effectifs en congé maternité, en service humanitaire...

Sources : Enquête ONDPS auprès des UFR, novembre 2007. Cf. tome 2 de ce rapport.

Une mise en perspective de l'évolution des effectifs pour six spécialités médicales

Une attention particulière est portée à l'évolution prévisionnelle des effectifs de six métiers intervenant dans la prise en charge du cancer : l'oncologie médicale, l'oncologie radiothérapie, l'onco-hématologie, l'anatomopathologie, la médecine nucléaire et le radiodiagnostic. L'état des lieux démographique est ensuite mis en perspective avec les besoins identifiés ici, à partir des données se rapportant à l'incidence du cancer.

■ ■ Évolution prévisionnelle des effectifs

Les analyses développées dans cette partie s'appuient sur diverses données qui visent à établir un état des lieux des effectifs et de leur évolution.

L'analyse du vieillissement dans ces métiers montre que la population des oncologues médicaux est relativement jeune puisque seulement 21,5 % d'entre eux ont 55 ans et plus, contre une moyenne de 34,5 % pour l'ensemble des spécialistes. Il en est de même pour les hématologues avec 17 % de 55 ans et plus (tableau 6).

Dans les quatre autres spécialités, près d'un tiers de la population dépasse les 55 ans et est donc susceptible de partir à la retraite dans les dix ans à venir.

TABLEAU 6

EFFECTIFS DE 55 ANS ET PLUS

Métiers	Effectif total au 1 ^{er} janvier 2007	Effectifs de 55 ans et plus	%
Oncologie médicale	609	131	21,5
Oncologie radiothérapie	656	211	32,1
Radiodiagnostic	7 814	2 496	31,9
Médecine nucléaire	470	137	29,1
Anatomopathologie	1 588	477	30,0
Hématologie	363	62	17,0

Sources : ADELI-DREES au 1^{er} janvier 2007.

Afin d'établir une prévision à cinq ans, l'attention a été portée sur les praticiens âgés de plus de 60 ans en raison de la forte probabilité que ces effectifs cessent leur activité dans les cinq ans à venir.

Les données concernant les effectifs en formation donnent, de la même manière, une assez bonne visibilité des professionnels entrant en activité durant cette période.

Pour effectuer cette prévision (tableau 7) à l'horizon 2012, la méthodologie utilisée a été de calculer le solde entre le nombre d'entrants en activité sur la période 2007-2012 et le nombre de sortants correspondant aux départs à la retraite sur cette même période.

Pour les effectifs « entrants », seuls les chiffres des étudiants inscrits dans les trois dernières années de diplôme d'études spécialisées (DES) indiquent avec une certaine certitude les effectifs de praticiens qui consacreront leur activité à la cancérologie. La prévision étant établie sur cinq ans, on a rapporté ces chiffres à cinq ans en faisant la moyenne annuelle des entrants. À titre d'exemple : l'oncologie médicale compte un total de 49 étudiants en 3^e, 4^e et 5^e année de DES, la moyenne annuelle est de 16 ($49 \div 3$), l'hypothèse est donc de 81 étudiants sur cinq ans.

Pour les effectifs « sortants », le nombre correspond aux départs à la retraite des 60 ans et plus selon la source ADELI-DREES au 1^{er} janvier 2007.

TABEAU 7

ÉVOLUTION PRÉVISIONNELLE DES EFFECTIFS À L'HORIZON 2012

	Effectifs au 1 ^{er} janvier 2007	dont âgés de 60 ans et plus**	Reste en 2012	Entrants (effectifs 3 ^e + 4 ^e + 5 ^e année du DES + effectifs supprimés pour les 2 années précédentes***)	Solde prévisionnel 2012	Différentiel	Différentiel %
Oncologie médicale *	609	51	558	80	638	Plus 29	+ 5,0
Oncologie radiothérapie	656	89	567	93	660	Plus 4	+ 0,6
Radiodiagnostic	7 814	1 080	6 734	725	7 459	Moins 355	- 4,5
Médecine nucléaire	470	63	407	125	532	Plus 62	+ 13,0
Anatomopathologie	1 588	236	1 352	122	1 474	Moins 114	- 7,0
Hématologie	363	31	332	107	439	Plus 76	+21,0

* Les données ici présentées incluent l'onco-hématologie.

** Sources : ADELI-DREES : l'hypothèse est que ces praticiens cesseront leur activité dans les cinq prochaines années.

*** Sources : ONDPS, enquête auprès des unités formation recherche, novembre 2007.

Selon cette hypothèse, les effectifs de chacune de ces spécialités suivraient des évolutions assez différentes :

Quatre spécialités montrent un différentiel positif :

- L'hématologie, avec un gain de près de 21 % (76 praticiens en plus) ;
- La médecine nucléaire, avec un gain de près de 13 % (62 praticiens en plus) ;
- L'oncologie médicale, avec une augmentation de près de 5 % des effectifs actuels (30 praticiens en plus) ;
- L'oncologie radiothérapie, avec un faible différentiel positif de 4 praticiens.

Deux spécialités montrent un différentiel négatif :

- Le radiodiagnostic perdrait 355 praticiens par rapport à la situation actuelle (perte de 4,5 % des effectifs) ;
- L'anatomopathologie en perdrait 114 (perte de près de 7 % des effectifs).

Il convient d'ajouter à ces effectifs les internes inscrits au diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de cancérologie. Ils sont, en 2007, 215 en cours de cursus⁴ et ils constitueront des ressources médicales supplémentaires pour la

4. Effectifs hors première année, pour éviter les doubles comptes. La première année du DESC se fait souvent par validation de stages qualifiants effectués durant le DES et conditionnant l'inscription en DESC.

prise en charge des patients atteints d'un cancer. Toutefois, les données disponibles ne permettent pas de préciser leur spécialité d'origine.

■ ■ Les effectifs face à l'évolution de l'incidence du cancer

La mise en regard des données sur les effectifs avec celles relatives à l'incidence des cancers permet de comparer l'état actuel et l'état prévisionnel des effectifs qui seraient nécessaires à cinq ans. Selon un scénario moyen proposé par l'INSEE, l'incidence en 2007 est évaluée à 319 380 nouveaux cas⁵ et l'augmentation, du fait de l'accroissement de la population et de son vieillissement, est estimée à 355 280 nouveaux cas en 2012, soit une augmentation de 11,2 % en cinq ans.

Si l'on rapporte le nombre de praticiens à l'incidence pour les années 2007 et 2012, l'analyse comparative fait apparaître une diminution importante du nombre de praticiens pour 100 000 cas de cancer, et ce dans toutes les spécialités, excepté l'hématologie et la médecine nucléaire (tableau 8).

TABLEAU 8

RATIOS EFFECTIFS/INCIDENCE

	Effectif 2007	Nombre de praticiens pour 100 000 cas (incidence 319 380)	Effectif prévisionnel 2012	Nombre de praticiens pour 100 000 cas (incidence 355 280)	Differential	%
Oncologie médicale	609	190	639	180	Moins 10	-1,6
Oncologie radiothérapie	656	205	660	186	Moins 19	-2,9
Radiodiagnostic	7 814	2 446	7 459	2 099	Moins 347	-4,4
Médecine nucléaire	470	147	532	150	Plus 3	+0,6
Anatomopathologie	1 588	497	1 474	415	Moins 82	-5,1
Hématologie	363	113	439	123	Plus 10	+2,7

- pour l'oncologie médicale, on passe de 190 à 180 praticiens/100 000 cas ;
- pour l'oncologie radiothérapie : de 205 à 186 praticiens/100 000 cas ;
- pour le radiodiagnostic de 2 446 à 2 099 praticiens/100 000 cas ;
- pour la médecine nucléaire : de 147 à 150/100 000 cas ;
- pour l'anatomopathologie : de 497 à 415/100 000 cas ;
- pour l'hématologie : de 113 à 123 pour 100 000 cas.

Les résultats issus de l'adoption de ces hypothèses confirment le diagnostic formulé par les professionnels au regard de l'évolution des effectifs à moyen terme. En outre, pour disposer d'une vision plus précise, l'arithmétique des effectifs serait à corrélérer avec des données plus approfondies comme le temps de travail (nombre d'équivalents temps plein), l'évolution de l'organisation des soins, l'évolution des besoins après la mise en place de nouvelles politiques de santé.

5. Sources : INSEE mars 2007, incidence 2005.

L'accès à l'exercice de la cancérologie : formations et qualifications

■ ■ Les diplômes de troisième cycle

Le troisième cycle des études médicales est celui de la professionnalisation et de la spécialisation. Il est constitué de diplômes dont la liste et les maquettes sont fixées par arrêté⁶ :

- Les diplômes d'études spécialisées (DES) donnent lieu à l'exercice exclusif d'une spécialité.
- Les diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC) se différencient en deux groupes. Les DESC de groupe 1, d'une durée de deux ans, marquent une compétence supplémentaire ajoutée au DES d'origine. Les DESC du groupe 2, d'une durée de trois ans, sont également complémentaires du DES et permettent une orientation vers une autre spécialité. Cela concerne fondamentalement les spécialités chirurgicales.

Dans le cadre des DES et des DESC, un enseignement théorique est organisé à l'échelon interrégional par un responsable désigné par le collège des enseignants de la spécialité.

Pendant la durée de l'internat, les étudiants ont la possibilité de s'inscrire à des diplômes d'université (DU) et/ou à des diplômes interuniversitaires (DIU) qui pourront les former à des sur-spécialités.

Le diplôme d'études spécialisées (DES) d'oncologie, d'une durée de cinq ans, a été créé en 1988 et donne accès à trois spécialités : l'oncologie médicale, la radiothérapie et l'onco-hématologie⁷, option créée plus tardivement en 2004.

Le diplôme d'études spécialisées complémentaires de cancérologie (DESC)⁸, d'une durée de deux ans, comporte lui-même cinq options : traitement médicaux des cancers, chirurgie cancérologique, biologie en cancérologie, imagerie en cancérologie, réseau de cancérologie (seule option ouverte aux médecins généralistes). L'obtention de la qualification en cancérologie, que peuvent acquérir les spécialistes d'organes, implique la validation d'une des options de ce DESC.

L'option chirurgicale du DESC de cancérologie propose une pédagogie de la pluridisciplinarité par l'acquisition de connaissances sur la maladie, sur les principes d'action des autres techniques utilisées dans la lutte contre le cancer et sur la notion de qualité de la conduite des séquences diagnostiques et thérapeutiques. L'acquisition d'une compétence chirurgicale en cancérologie suit un processus pédagogique complet qui devrait être fortement promu auprès des jeunes praticiens spécialistes d'organe. Certains exerceront une chirurgie cancérologique courante dans un contexte diversifié, d'autres auront la mission du recours dans un contexte structuré et très spécialisé. Les chirurgiens du recours auront à prendre en charge des tumeurs

6. Arrêté du 22 septembre 2004 JO du 6 octobre 2004.

7. Il faut noter que l'onco-hématologie est une spécialité récente (2004) et donc la pathologie cancéreuse hématologique relève, pour partie, des hématologues ayant une qualification en oncologie.

8. Arrêté du 26 janvier 2007 JO du 20 février 2007.

rares, des localisations aux confins de deux territoires de spécialité, les procédures combinées avec la radiothérapie ou la chimiothérapie, les techniques requérant un matériel très spécifique, les situations souvent hors référentiels telles que les récidives ou les rattrapages, des cas difficiles comme la réduction tumorale ou l'exérèse des masses résiduelles... Être spécialiste d'organe avec une compétence de cancérologie est un métier, être référent pour des situations de recours en est un autre. Il convient de former des chirurgiens aptes à remplir ces différentes missions.

Les maquettes du DES d'oncologie et du DESC de cancérologie ont été assouplies depuis mai 2007 afin d'accroître l'attractivité des filières.

Il faut noter que dans certaines spécialités, comme l'oncologie radiothérapie et les spécialités chirurgicales, les responsables d'enseignement s'accordent à remarquer l'importance du clinicat pour acquérir une complète autonomie. Cela rallonge de deux à quatre ans leur parcours. En outre, ces années de clinicat constituent un passage obligé pour la carrière hospitalière universitaire.

■ ■ La qualification

L'Ordre des médecins n'a aucune responsabilité directe dans le processus diplômant qui relève de l'université ; il est en revanche responsable du dispositif de qualification qui s'inscrit dans la continuité du dispositif diplômant. Cette qualification est automatiquement délivrée par l'Ordre départemental des médecins et les nouveaux spécialistes s'engagent à un exercice exclusif dans le domaine considéré.

Lorsqu'un médecin n'a pu satisfaire aux exigences de la voie normale de la qualification, celle-ci peut être obtenue auprès de la Commission nationale de qualification de la spécialité, commission tripartite constituée de représentants de la profession, de l'Université et de l'Ordre.

Jusqu'à une date rapprochée existait la possibilité de se faire reconnaître une « compétence » dans tel ou tel domaine. Depuis le décret de mars 2004, les commissions de qualification ne peuvent plus délivrer de « compétences », mais seulement des qualifications à usage exclusif dans la spécialité d'origine.

Cependant, il existe un projet de réhabilitation des « compétences » en cancérologie, actuellement à l'étude⁹, qui consiste à réhabiliter la délivrance de compétences aux spécialistes qui en feraient la demande. Ces commissions de qualification permettraient alors aux spécialistes d'organes d'exercer en cancérologie.

9. Groupe de travail réunissant la DHOS, le ministère de l'Enseignement supérieur, le CNOM, l'INCA.



a complémentarité des métiers et des expertises dans deux domaines

Les métiers du diagnostic

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

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

Cependant, ces trois professions ne regroupent pas le même nombre de médecins : l'anatomopathologie et le radiodiagnostic sont des spécialités à effectifs importants (environ 1 500 anatomopathologistes et 7 500 radiologues en France en 2006) tandis que les spécialistes de médecine nucléaire ne sont que 430 environ.

Les cartes qui présentent les densités médicales des radiologues et des anatomopathologistes (carte 2) montrent une opposition Nord-Sud (plus l'Île-de-France) très marquée en faveur de la partie méridionale du pays qui possède – en plus de l'Île-de-France – des régions jusqu'à deux fois mieux dotées en médecins spécialistes par habitant que dans le nord de la France. On retrouve ce même rapport de densité de 1 à 2, tant pour l'ensemble des médecins spécialistes que pour les trois spécialités particulièrement étudiées ici.

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

LE CROISEMENT DE LA DENSITÉ MÉDICALE AVEC LA STRUCTURE

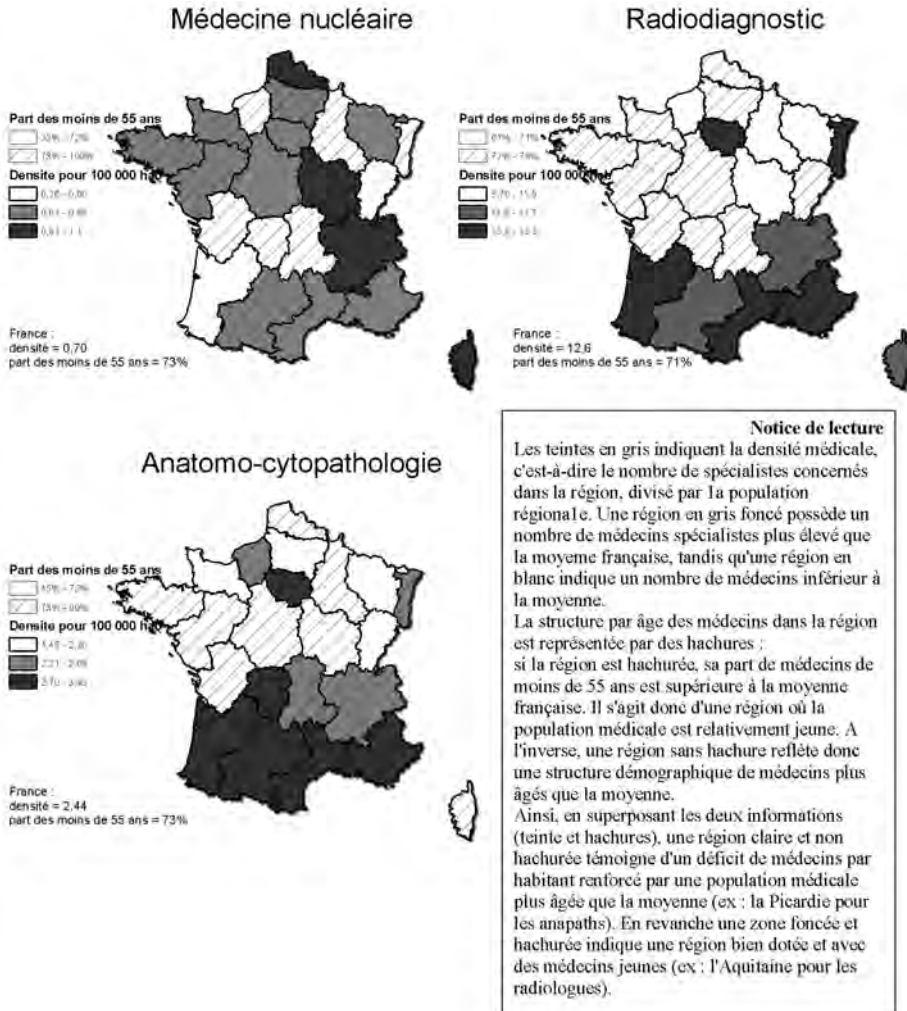
PAR ÂGE DES MÉDECINS : IDENTIFICATION DE RÉGIONS « MAILLONS FAIBLES »

On peut moduler les situations régionales selon la densité médicale en tenant compte de la structure par âge des médecins (carte 2). Trois cas de figure se présentent alors :

À l'horizon de cinq ans, certaines régions ne connaîtraient pas de dégradations de leur situation démographique plutôt satisfaisante, du fait d'une densité déjà élevée de médecins et d'une part importante de médecins relativement jeunes. C'est le cas des régions Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes, notamment.

CARTE 2

RÉPARTITION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DU DIAGNOSTIC DU CANCER



Sources : ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement et ministère de la Santé et des Solidarités, DREES, répertoire ADELI 2006.

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

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

Une donnée supplémentaire doit être prise en considération. Elle concerne l'exis-

tence ou non de substitutions possibles entre les professionnels du diagnostic. Pour illustrer ce propos, il faut noter qu'il peut y avoir des substitutions entre l'activité de médecine nucléaire et celle du radiodiagnostic, ce qui ne peut s'opérer pour l'activité assurée par les anatomopathologistes. La région Aquitaine, par exemple, qui présente une moindre densité de spécialistes en médecine nucléaire, pourrait voir sa capacité médicale diagnostique compensée du fait de la présence de spécialistes du radio-diagnostic dans cette région. Une analyse approfondie de l'activité des différents spécialistes permettrait opportunément de vérifier l'effectivité de ces compensations.

En ce qui concerne la médecine nucléaire, le faible nombre global d'effectifs fait que l'indicateur de densité régionale doit être, de toute façon, complété par une approche locale plus fine de l'activité de ces praticiens.

LA SITUATION DÉMOGRAPHIQUE CONFRONTÉE AUX INDICATEURS SANITAIRES DU CANCER

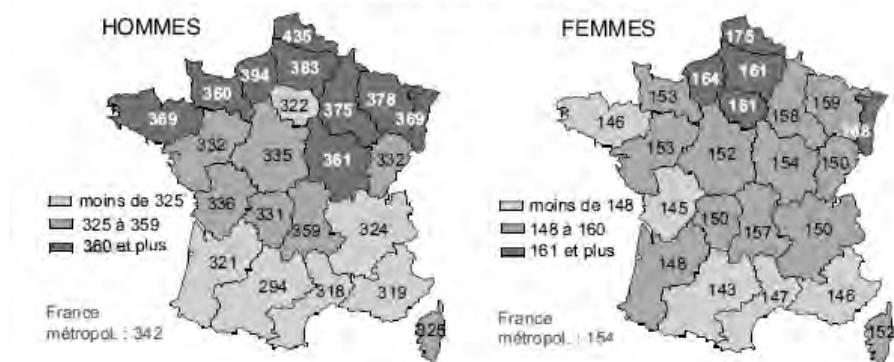
Les sept régions identifiées comme « maillons faibles » – Franche-Comté, Lorraine, Champagne-Ardenne, Picardie, Bourgogne, Haute et Basse-Normandie – indiquent des situations d'offre relativement basses et donc susceptibles d'avoir un impact en termes d'accès au diagnostic du cancer.

On doit souligner que ces régions, qui connaissent une situation démographique relativement moins bonne, enregistrent aussi souvent les indicateurs sanitaires du cancer les plus défavorables. Ce sont des zones où les taux standardisés de mortalité¹, d'incidence² et de prévalence³ sont les plus élevés en France (cartes 3 et 4).

CARTE 3

TAUX COMPARATIF* DE MORTALITÉ PAR CANCER EN 1998-2000

(Nombre de décès pour 100 000 personnes)



* Standardisé sur la population française.

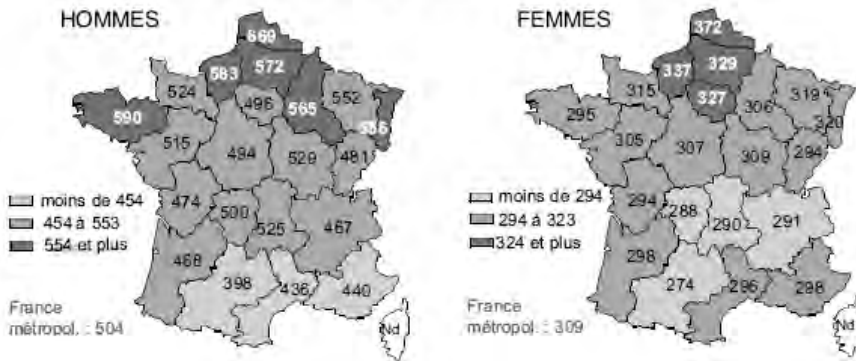
Sources : INSERM-CépiDc, INSEE, exploitation FNORS.

1. Le nombre de malades atteints du cancer est naturellement proportionnel au nombre et à l'âge des habitants d'une région. Pour annuler l'effet de ces deux paramètres et pouvoir comparer les régions entre elles, on calcule des taux standardisés d'incidence ou de mortalité qui rapportent à la population un nombre de cas en s'affranchissant de la structure par âge de la population.
2. L'incidence est la mesure des nouveaux cas de cancers diagnostiqués sur une période donnée.
3. La prévalence s'exprime par le nombre total de cas présents à un moment donné dans une population, rapporté à la population totale. Elle s'exprime en % et inclut les nouveaux cas (incidence).

CARTE 4

TAUX COMPARATIF* D'INCIDENCE DU CANCER EN 2000

(Nombre de nouveaux cas pour 100 000 personnes)



* Standardisé sur la population européenne. Nd : non disponible.

Sources : FRANCIM, exploitation FNORS.

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

Il est néanmoins frappant de constater que, dans l'ensemble, il existe des corrélations entre la densité médicale (carte 2), le taux de mortalité (carte 3) et le taux d'incidence (carte 4). En ce qui concerne particulièrement les professionnels du diagnostic du cancer, il conviendrait d'examiner l'hypothèse selon laquelle leur faible nombre dans certaines régions particulièrement touchées par le cancer peut constituer un handicap lié à des dépistages ou des diagnostics tardifs, par exemple en cas de déficit d'anatomopathologistes.

Enfin, on peut noter quelques coïncidences entre la situation démographique actuelle et celle des effectifs en formation qui valident certains constats établis ci-dessus. Par exemple, en Franche-Comté, identifiée sur la carte 2 comme une région en difficulté démographique, aucun anatomopathologiste est en formation, et il n'y qu'un seul interne en médecine nucléaire. De même, en Picardie, seulement deux anatomopathologistes et un spécialiste de médecine nucléaire sont en formation.

LES EFFECTIFS EN FORMATION PAR RÉGION

Les formations aux trois métiers du diagnostic, la médecine nucléaire, l'anatomocytopathologie et le radiodiagnostic, sont sanctionnées chacune par un diplôme de 3^e cycle (DES) (tableaux 9 à 11⁴) d'une durée variable selon la spécialité (quatre ou cinq ans). Ces diplômes, qui ne présagent pas de la part consacrée par les spécialistes à la cancérologie, peuvent être complétés par un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) en oncologie, lui-même ouvert à d'autres spécialités médicales et chirurgicales (tableau 12).

4. Les données présentées dans les tableaux 9 à 12 sont le résultat de l'enquête de l'ONDPS auprès des UFR, novembre 2007.

Il est intéressant d'étudier la répartition régionale des effectifs inscrits dans les différents DES qui préparent à l'exercice du métier du diagnostic afin de mettre en évidence l'hétérogénéité entre les différentes régions.

TABLEAU 9
EFFECTIFS DES DE RADIODIAGNOSTIC ET IMAGERIE MÉDICALE (DURÉE 5 ANS)

Totaux	Radiodiagnostic imagerie 3 ^e année	Radiodiagnostic imagerie 4 ^e année	Radiodiagnostic imagerie 5 ^e année	Radiodiagnostic imagerie autre*
Total IDF	16	29	19	0
Total Nord-Est	25	26	19	
Total Nord-Ouest	29	31	19	
Total RA-Auvergne	13	21	19	2
Total Ouest	25	27	16	1
Total Sud-Est	26	18	7	
Total Sud-Ouest	17	13	16	
Total DOM		1		
France	151	166	115	3

* Effectifs en congé maternité, en service humanitaire...

TABLEAU 10
EFFECTIFS DES DE MÉDECINE NUCLÉAIRE (DURÉE QUATRE ANS)

Totaux	Médecine nucléaire 3 ^e année	Médecine nucléaire 4 ^e année	Médecine nucléaire autre*
Total IDF	1	1	0
Total Nord-Est	5	7	
Total Nord-Ouest	3	2	
Total RA-Auvergne	1	4	
Total Ouest	7	8	
Total Sud-Est	4	1	
Total Sud-Ouest	1	3	
Total DOM	1	1	
France	23	27	

* Effectifs en congé maternité, en service humanitaire...

TABLEAU 11
EFFECTIFS DES D'ANATOMO-CYTOPATHOLOGIE (DURÉE CINQ ANS)

Totaux	Anatomopathologie 3 ^e année	Anatomopathologie 4 ^e année	Anatomopathologie, autre*
Total IDF	5	4	0
Total Nord-Est	3	2	1
Total Nord-Ouest	1	3	1
Total RA-Auvergne	1	4	1
Total Ouest	5	4	1
Total Sud-Est	2	6	
Total Sud-Ouest	3	1	
Total DOM	1		
France	21	24	4

* Effectifs en congé maternité, en service humanitaire...

On observe une augmentation importante des effectifs inscrits en 3^e année de DES de radiodiagnostic et d'imagerie médicale par rapport aux effectifs inscrits en

5^e année. Le même phénomène, que l'on peut interpréter comme une attractivité croissante, n'est pas enregistré pour les autres DES. En médecine nucléaire et en anatomopathologie, le nombre d'effectifs de 3^e année est même légèrement inférieur à celui de la 4^e année.

TABLEAU 12

EFFECTIFS DESC DE CANCÉROLOGIE (DURÉE DEUX ANS)

Totaux	Étudiants cancérologie
Total IDF	30
Total Nord-Est	35
Total Nord-Ouest	20
Total RA-Auvergne	52
Total Ouest	32
Total Sud-Est	19
Total Sud-Ouest	27
Total DOM	
France	215

Comme nous l'avons déjà signalé, les effectifs du DESC de cancérologie constitueront des ressources médicales supplémentaires pour la prise en charge des patients atteints de cancer. Toutefois, ces données ne permettent pas d'identifier la spécialité d'origine dans laquelle ces praticiens exerceront.

LES STRUCTURES ET LES ÉQUIPEMENTS POUR LE DIAGNOSTIC DU CANCER

Pour compléter l'état des lieux régional, il semble important de rapprocher les données démographiques de celles relatives aux équipements nécessaires au développement de l'activité diagnostique.

Parmi les techniques d'imagerie fonctionnelle, deux équipements participent principalement au diagnostic du cancer : les caméras à scintillation et les tomographes à émission de positons. D'après la statistique annuelle d'établissement (SAE) 2006, 323 caméras à scintillation sont installées en France, réparties dans 152 établissements.

Les deux régions normandes et la Picardie, entre autres, présentent un faible équipement en caméras : environ 2 par million d'habitants alors que la moyenne française est de 5.

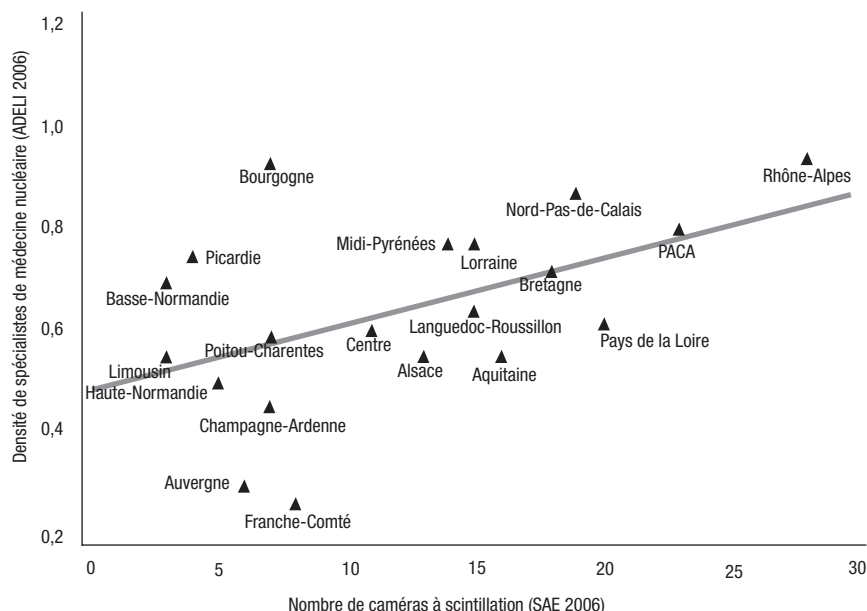
D'autre part, toujours d'après la SAE 2006, la France dispose de 55 tomographes opérationnels, relativement bien répartis sur le territoire avec entre 1 et 6 appareils par région, hormis l'Île-de-France qui en compte 15. Seule la Basse-Normandie ne possède pas de TEP Scan, même si une autorisation administrative d'installation d'un TEP y est déjà validée.

Que ce soit pour les spécialistes de médecine nucléaire ou pour les radiologues, l'équipement d'une région en appareils de diagnostic du cancer est corrélé positivement avec le nombre de professionnels du diagnostic, mais aussi avec leur densité. Toutefois, on peut noter que ce lien n'est pas systématique. Ce constat est valable quels que soit l'appareil (TEP ou caméra) et la spécialité d'imagerie concernée (médecine nucléaire ou radiodiagnostic).

Le graphique ci-dessous montre la corrélation entre la densité de médecins nucléaires et le nombre de caméras à scintillation installées dans une région⁵.

GRAPHIQUE 1

CORRÉLATION DENSITÉ DES SPÉCIALISTES DE MÉDECINS NUCLÉAIRES/NOMBRE DE CAMÉRAS À SCINTILLATION



■ ■ D'importantes évolutions techniques

La prise en charge des maladies cancéreuses a considérablement évolué au cours des deux dernières décennies, compte tenu des progrès diagnostiques et thérapeutiques permis par l'imagerie médicale et l'endoscopie.

Ces développements ont un impact direct sur le mode d'exercice des métiers du diagnostic. Ils nécessiteront un personnel qualifié pour la réalisation et l'interprétation des images et impliqueront une remise à jour régulière des connaissances et des pratiques.

L'IMAGERIE MÉDICALE : RADIOLOGIE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE

L'imagerie médicale moderne est certainement un des domaines qui a le plus contribué au progrès médical au cours des deux dernières décennies. Les avancées technologiques ont bouleversé l'imagerie en élargissant considérablement les possibilités d'exploration. Il n'y a pratiquement plus aucun domaine de la médecine ou de la chirurgie qui ne dépende des techniques d'imagerie.

L'imagerie médicale peut être utilisée dans un but préventif pour le dépistage des cancers, pour l'établissement d'un diagnostic, pour le traitement de la maladie

5. Avec ses valeurs extrêmes, l'Île-de-France a été retirée du calcul pour ne pas créer une corrélation artificielle. Le coefficient de corrélation de Pearson s'élève à 0,49 (prob = 0,0264).

et le suivi très précis de son évolution en offrant des comparatifs rationnels. Elle est aussi utilisée pour aider ou assister une intervention (imagerie interventionnelle). L'imagerie médicale a par ailleurs une utilité particulière en pharmacologie où elle permet de tester *in vivo* l'efficacité d'un traitement pharmaceutique.

Suivant les techniques utilisées, les examens d'imagerie médicale permettent d'obtenir des informations sur l'anatomie des organes (imagerie morphologique) ou sur leur fonctionnement (imagerie fonctionnelle).

L'imagerie en cancérologie est portée par deux spécialités : la radiologie (diagnostique ou interventionnelle) et la médecine nucléaire.

La radiologie à visée diagnostique permet de visualiser la structure anatomique des organes en utilisant différents vecteurs physiques :

- Les rayons X : c'est le cas de la radiologie conventionnelle ou numérique, qui donne des images en projection – avec en particulier la mammographie –, et c'est le cas du scanner qui donne des images en trois dimensions ;
- Les champs magnétiques, qui permettent d'obtenir des images par résonance magnétique nucléaire (IRM) ;
- Les ultrasons, qui donnent des images par échographie.

La médecine nucléaire met en œuvre des techniques d'imagerie fonctionnelle permettant une investigation *in vivo*, non traumatique. Il s'agit de :

- La scintigraphie, qui utilise des radioéléments dont les rayonnements sont analysés par une gamma-caméra ;
- La tomographie par émission de positons (TEP), qui utilise également des traceurs radioactifs.

L'objectif du Plan cancer étant de réduire les délais d'attente des patients et de favoriser les diagnostics précoces, le parc d'équipements lourds d'imagerie pour le diagnostic et le suivi des cancers a été modernisé et augmenté durant ces dernières années. Ainsi, le développement du TEP, qui est désormais une technique incontournable en cancérologie, a été rendu possible par l'installation dans certains services de médecine nucléaire d'équipements TEP ou, mieux, de TEP-Scan, qui couple à la fois l'imagerie par traceur radioactif et l'imagerie scanner. En juin 2006, sur les 80 appareils autorisés, 56 étaient en fonctionnement. Lorsque la totalité du parc prévu sera installée, ces équipements permettront d'atteindre une densité de 1 appareil pour 10⁶ habitants. L'imagerie par résonance magnétique, permettant d'étudier les tissus mous, constitue une technique puissante d'imagerie médicale qui amène à connaître la structure anatomique mais également à suivre le fonctionnement des organes par l'utilisation d'agents de contraste ciblés (IRM de diffusion, spectroscopie IRM, études hémodynamiques...). Le parc des équipements a été renforcé dans le cadre du Plan cancer⁶ : 467 appareils étaient autorisés en mars 2006, ce qui correspond à une IRM pour 190 000 habitants.

Quant au parc des scanners, il s'élevait fin 2006 à 738 appareils.

De plus en plus de systèmes combinent dans un même appareil des dispositifs d'imagerie morphologique et fonctionnelle (imagerie multimodale).

6. Plan cancer 2003-2006, *Ce qui a changé*, INCA.

Les radiothérapeutes et les radiophysiciens disposent ainsi de meilleures informations pour déterminer les volumes à irradier en radiothérapie externe. Ils peuvent aussi mieux définir des balistiques de traitement et estimer les données dosimétriques.

En médecine nucléaire, les praticiens devront également continuer à favoriser les collaborations et l'intégration dans leur activité des radiopharmaciens et des radiophysiciens qui, chacun dans leur domaine, permettent le développement de la qualité et de la sécurité des activités de cette spécialité.

Grâce à des machines toujours plus performantes, dotées d'outils informatiques puissants, l'acquisition des données nécessaires au praticien est très rapide, ce qui conduit à une accélération du diagnostic au bénéfice du patient.

L'évolution constante des techniques de plus en plus sophistiquées et spécialisées nécessite plus que jamais un exercice pluridisciplinaire pour une approche globale de la maladie.

La prochaine évolution importante qui se profile déjà est l'utilisation en pratique courante de la télé-imagerie. L'important problème démographique que connaît la profession actuellement et le mode de formation des jeunes radiologues, qui vont vers un exercice de plus en plus spécialisé et centré autour des techniques les plus récentes, devraient conduire à de nouveaux modes d'exercice.

L'ENDOSCOPIE ET LES AUTRES TECHNIQUES D'INVESTIGATION ET D'INTERVENTION

L'endoscopie joue un rôle fondamental dans la détection des lésions précancéreuses, le diagnostic précoce, la surveillance des pathologies, mais aussi dans l'acte thérapeutique en allégeant considérablement les interventions et en restant peu invasives.

L'endoscopie occupe une place déterminante dans la pratique de nombreuses spécialités telles que l'hépto-gastro-entérologie, la pneumologie et la chirurgie. L'endoscopie et les techniques mini-invasives comme la laparoscopie ou la coelioscopie permettent de réaliser la plupart des interventions dans des conditions moins agressives pour le patient.

L'ensemble de ces techniques fait partie des ressources diagnostiques et c'est à ce titre qu'elles sont citées dans ce chapitre, mais elles permettent également des interventions à visée thérapeutique. Leur disponibilité et l'interprétation des données impliquent des coopérations entre les différents métiers.

LES TUMOROTHÈQUES : DES BANQUES DE TISSUS ET DE FLUIDES BIOLOGIQUES

Seul l'examen anatomopathologique permet d'affirmer le diagnostic de cancer.

Les prélèvements (ou biopsies) réalisés lors d'actes opératoires ou d'endoscopies participent ainsi à l'élaboration de banques de tissus à visée diagnostique, et/ou pronostique, permettant d'adapter au mieux la thérapeutique, mais également à visée de recherche.

Le développement des thérapies ciblées, des techniques de biomarqueur, impacteront de plus en plus la charge de travail des anatomo-cytopathologistes.

De plus, la cancérologie constitue un champ d'application privilégié des techniques en « omique », permettant l'analyse à grande échelle de différents types de

biomolécules : génomique, transcriptomique, protéomique... et elle se prête parfaitement à l'analyse, dans les fluides biologiques, d'éléments comme l'ADN et les cellules tumorales circulantes. L'oncobiologie médicale doit permettre l'accès des patients à ces techniques, *via* des plates-formes technologiques partagées avec les équipes de recherche fondamentale et translationnelle.

Les métiers de la radiothérapie

Le contexte particulier de la radiothérapie ne peut être appréhendé que par une approche simultanée des trois métiers auxquels ce chapitre est consacré : oncologue radiothérapeute, radiophysicien et manipulateur en électroradiologie.

Cependant, l'analyse centrée sur les trois professions ne doit pas faire perdre de vue qu'elles ne résument pas à elles seules le service de radiothérapie. Outre le rôle des personnels administratifs, il faut noter que le bon fonctionnement de l'équipe de physique médicale, entité individualisée au sein du service, repose sur un chaînage de compétences faisant notamment appel à celles des dosimétristes (environ 200 « faisant fonction » de dosimétristes en France), des techniciens de mesures physiques, des techniciens biomédicaux.

Alors que les effectifs sont jugés insuffisants pour ces trois professions, le nombre de professionnels a légèrement progressé ces dernières années. Toutefois, les évolutions annoncées en termes d'effectifs médicaux laissent entrevoir dès à présent l'amorce d'une diminution du nombre de médecins en activité.

Par ailleurs, les inégalités de répartition des professionnels de la radiothérapie sur le territoire français méritent la plus grande attention afin d'identifier les zones où la pénurie de moyens humains peut ou pourrait se faire sentir de façon plus accentuée.

Enfin, cette activité, qui va connaître des évolutions importantes, a fait l'objet très récemment d'un examen attentif de la part des responsables et des pouvoirs publics. La série d'accidents de radiothérapie a entraîné la mise en œuvre d'un certain nombre d'actions ministérielles destinées à améliorer la sécurité des actes de radiothérapie et la qualité des pratiques ainsi que le suivi des évolutions de la discipline⁷.

Un état des lieux démographique a été réalisé en coopération avec les représentants des professionnels dans ce cadre⁸. Sa présentation est précédée d'abord d'une description du contexte que l'on caractérise sous un double aspect :

- Celui de l'organisation des soins et des transformations attendues. Un certain nombre d'entre elles auront en effet des conséquences majeures sur la démographie et l'exercice des métiers. Les changements rapides qui vont intervenir auront des retentissements en termes de compétences nécessaires, d'organisation des services et de besoins en personnels que le présent travail a tenté de cerner.
- Celui des particularités des principaux métiers.

7. Ces mesures nationales confirmées par la ministre de la Santé fin novembre 2007 feront l'objet d'un suivi par un comité national coordonné par l'INCA et mis en place au premier trimestre 2008.

8. L'audition des oncologues radiothérapeutes, des radiophysiciens et des manipulateurs d'électroradiologie médicale a été organisée dans le cadre de la mission sur la radiothérapie confiée à l'INCA.

Il est à noter que les professionnels des métiers de la radiothérapie⁹, face à la dispersion des données dans la discipline, ont créé l'Observatoire national de la radiothérapie avec un certain nombre de partenaires¹⁰. L'objectif est de recueillir à travers une enquête annuelle auprès des centres de radiothérapie des données homogènes et communes et d'évaluer l'impact des actions mises en œuvre en mesurant l'évolution annuelle de la situation de la radiothérapie.

Les résultats de l'enquête 2007 sont concordants avec les données présentées dans ce rapport.

■ ■ Un contexte d'exercice en rapide évolution

Le contexte de la radiothérapie connaît des évolutions importantes, tant en termes de charge de travail, d'évolutions technologiques que de contraintes réglementaires nouvelles.

L'augmentation de la charge de travail est liée à plusieurs facteurs :

- L'augmentation du nombre de patients à prendre en charge, environ 200 000 traitements sont actuellement réalisés chaque année (un traitement correspond en moyenne à 20 à 30 séances étalées sur 1 à 5 semaines) ;
- L'évolution des diagnostics vers des stades plus précoces, en partie liée aux dépistages, qui augmente les indications de la radiothérapie ;
- Le développement des traitements associant radiothérapie et chimiothérapie et la nécessité d'assurer la qualité sur les deux volets ;
- L'augmentation et le renouvellement du parc des appareils : entre 1996 et 2006, le parc total d'appareils de radiothérapie est passé de 326 à 402 appareils, dont 378 accélérateurs de particules et 22 télécobalts. Durant la seule année 2007, 38 % des centres équipés d'une seule machine (51 en 2006) en auront acquis une deuxième ;
- L'évolution des techniques balistiques qui impactent les procédures de contrôle qualité. Ainsi, la définition du volume cible, de plus en plus précise, crée de nouvelles interfaces avec l'imagerie médicale et nécessite des mesures quotidiennes très rigoureuses du positionnement du malade au moment de la séance au risque de créer un décalage préjudiciable entre la qualité affichée et la qualité produite.

Le saut technologique se traduit essentiellement par :

- L'implantation de nouveaux équipements (CyberKnife®, tomothérapie, gamma-knife) et la montée en charge de techniques d'irradiation spéciales (irradiation en modulation d'intensité IMRT, stéréotaxie, irradiation corporelle totale) ;
- Le développement des techniques de fusion d'images pour optimiser les volumes cibles et notamment l'installation de scanners, IRM ou de TEP Scan dédiés à la radiothérapie.

9. Société française de radiothérapie oncologie, Société française de physique médicale, SNRO, AFPPE.

10. Institut national du cancer, Autorité de sûreté nucléaire, Assurance maladie, Observatoire national de professions de santé.

Les contraintes réglementaires et/ou liées au code du travail sont :

- L'accroissement des exigences et du temps consacré au contrôle qualité, à la radioprotection ;
- À court terme (2010-2012), le nouveau dispositif d'autorisations des centres de radiothérapie imposera la nécessité de répondre à des critères d'agrément, à l'acquisition d'un deuxième appareil de traitement pour les centres qui n'en ont qu'un, à la mise en œuvre de la dosimétrie *in vivo* pour les patients. La présence, pendant les traitements, d'un radiothérapeute, d'un radiophysicien et de deux manipulateurs par accélérateur est rendue obligatoire ;
- L'impact de la RTT et, à plus long terme, le compte épargne temps ;
- L'extension de l'amplitude horaire des plateaux techniques, dont les conséquences sont différentes en secteur public et en secteur privé ;
- La féminisation des métiers et le développement des temps partiels qui justifient des raisonnements en équivalents temps plein (ETP) plutôt qu'en termes d'effectifs en activité.

■ ■ Les particularités des métiers et leurs domaines d'intervention***ONCOLOGUE RADIOTHÉRAPEUTE***

La spécialité d'« oncologue radiothérapeute » date de la réforme de l'internat de 1988 qui a créé la spécialité oncologie (diplôme d'études spécialisées) avec trois filières (oncologie médicale, oncologie radiothérapique et onco-hématologie). Auparavant, l'appellation « radiothérapeute » était réservée aux titulaires d'un CES de radiothérapie. Si l'on remonte plus loin encore, la radiothérapie était une sous-spécialité de la radiologie. Les données démographiques des effectifs sont traitées en détail dans le compte rendu d'audition.

Les domaines d'intervention

L'activité de l'oncologue radiothérapeute est diversifiée, d'abord clinique avec l'examen des patients, mais aussi technique avec la définition des volumes à traiter, le choix de plans de traitement et la définition de la balistique d'irradiation faite en collaboration avec le radiophysicien. L'oncologue radiothérapeute est un spécialiste incontournable dans la concertation pluridisciplinaire préalable à tout traitement pour cancer. Compte tenu de la spécificité technique de la spécialité, aucune autre qualification que les DES ne peut autoriser la prescription de radiothérapie.

La radiothérapie est utilisée dans différents types d'indications chez plus de 60 % des malades porteurs d'un cancer. Le nombre de traitements par irradiation est d'environ 200 000 par an en France ; 50 % d'entre eux sont prescrits au moment de la phase initiale. La radiothérapie possède un pouvoir curatif important pour de nombreuses tumeurs et tient une place prépondérante dans les traitements conservateurs non mutilants. La radiothérapie est également indiquée dans des situations palliatives ; c'est, dans certaines conditions, un traitement antalgique très efficace. Les traitements les plus fréquents sont effectués par radiothérapie externe : la source de rayonnement est extérieure au patient. Actuellement, en France, les faisceaux de radiations ionisantes sont produits par des accélérateurs de particules qui ont

progressivement remplacé les appareils de cobalthérapie (source radioactive scellée). Cependant, il existe d'autres techniques lorsque le matériel radioactif est déposé au sein de l'organe que l'on souhaite traiter, il s'agit de la curiathérapie. Signalons pour mémoire qu'il existe également la radiothérapie métabolique : l'irradiation provient alors d'un radio-isotope administré par voie générale, mais cette dernière spécialité est pratiquée par les médecins nucléaires.

La radiothérapie a beaucoup évolué tant sur le plan des techniques que sur celui des indications et des protocoles de traitement.

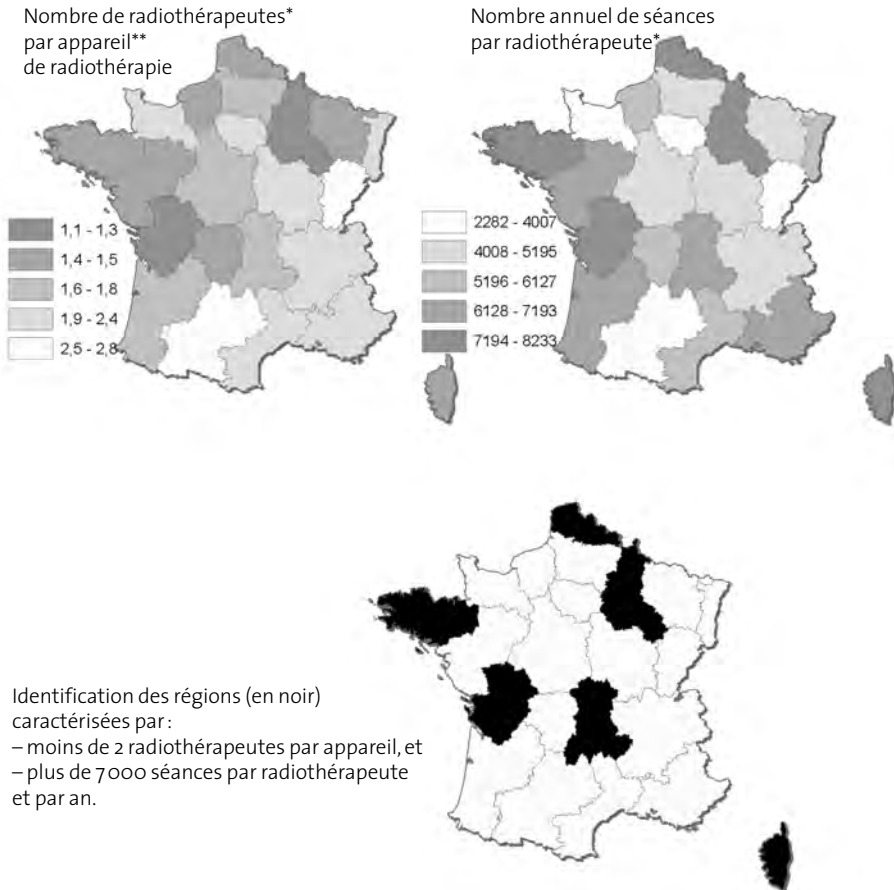
Ces dernières années, avec les progrès dans les domaines de l'imagerie, de l'informatique et de la robotique, sont apparues des techniques de très haute précision permettant de délivrer des doses de plus en plus élevées et homogènes dans des volumes très précisément délimités, tout en protégeant de façon optimale les tissus sains. Ces innovations, connues sous les noms de radiothérapie « conformationnelle, avec ou sans modulation d'intensité », « guidée par l'image », « asservie à la respiration » ou encore radiothérapie « stéréotaxique intracrânienne ou extra-crânienne », se sont également accompagnées de l'apparition de nouveaux appareils de traitement de conception originale, tels que ceux dédiés à la tomothérapie (TomoTherapy®), ou les systèmes robotisés comme le CyberKnife®.

Densité régionale : identification des régions fragilisées

Le nombre de radiothérapeutes varie dans un rapport de 1 à 2,5 entre le Nord - Pas-de-Calais, le Centre et la Corse, qui sont les moins bien dotés, et la région Île-de-France, qui s'individualise à l'inverse avec la densité de radiothérapeutes de loin la plus forte.

Au regard des critères retenus : effectifs de radiothérapeutes par appareil et nombre de séances annuelles par radiothérapeute, six régions (carte 5) sont identifiées comme fragilisées au regard du taux d'encadrement médical ou de la charge de travail. L'impact de ce constat sur les critères de sécurité reste, le cas échéant, à analyser plus finement.

CARTE 5

DENSITÉ RÉGIONALE DES RADIOTHÉRAPEUTES

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

** Appareils : télécobalt et accélérateurs. *** Séances : sur patients ambulatoires et hospitalisés.

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

PHYSICIEN MÉDICAL

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

Les radiophysiciens interviennent dans les domaines de :

- la radiothérapie ;
- la médecine nucléaire ;
- la radiologie (diagnostique et interventionnelle) ;
- en radioprotection.

La répartition par spécialité fait apparaître que plus de 85 % des effectifs travaillent en radiothérapie, environ 10 % en médecine nucléaire, les autres en imagerie radiologique et en radioprotection. Un très petit nombre s'oriente vers l'industrie, la recherche, l'administration ou sont en poste à l'étranger.

Les radiophysiciens exercent dans les établissements hospitaliers publics, PSPH (CLCC) et les centres de radiothérapie privés.

Une présence du début à la fin du traitement

En radiothérapie externe et en radiochirurgie, le radiophysicien doit être présent du début à la fin du traitement, il garantit le bon fonctionnement des équipements, s'assure que les données et procédés de calcul utilisés pour déterminer et délivrer les doses de rayonnements aux patients sont appropriées et conformes à la prescription du médecin.

En radiologie et médecine nucléaire, il procède à l'estimation de la dose reçue par le patient au cours des procédures diagnostiques. Il doit encadrer et valider les travaux effectués par les « dosimétristes » et les techniciens de physique médicale¹¹.

Une compétence de plus en plus demandée

Le développement de nouveaux équipements (cyberknife®, tomothérapie, gammaknife, TEP Scan) et la complexification des techniques de traitements et d'imagerie (IGRT, IMRT, imagerie multimodale pour la dosimétrie) élargissent le champ d'intervention des radiophysiciens.

Parallèlement à ces évolutions technologiques, les besoins d'assurance qualité liée à la sécurité d'utilisation des installations s'accroissent. De plus, l'évolution de la législation en matière de radioprotection nécessitera l'intervention des physiciens médicaux dans toutes les structures (y compris les cabinets de radiologie et dentaires de ville) utilisant les rayonnements ionisants.

Ces évolutions impliquent de nouvelles responsabilités pour les physiciens médicaux qui doivent définir et mettre en œuvre, avec le chef d'établissement et les médecins titulaires des autorisations au titre de la radioprotection, une organisation de la physique médicale adaptée aux activités de l'établissement. Ce rôle nouveau d'organisateur a des implications évidentes en termes d'effectifs qui doivent être anticipées.

Évaluation des besoins

Les effectifs actuels en personnes spécialisées en radiophysique médicale sont de 299 ETP (équivalents temps plein) intervenant exclusivement en radiothérapie.

Les recommandations de la circulaire DHOS du 3 mai 2002¹² font état :

- d'un ETP de radiophysicien pour 350 à 500 traitements annuels dans les centres de radiothérapie ;
- d'un ETP de radiophysicien pour 300 à 400 traitements annuels de radiothérapie externe ;
- d'un ETP pour 250 curiethérapie par an dans les CHU et les CLCC.

11. Les équipes de physique médicale comprennent des dosimétristes et des techniciens de physique médicale. Il y avait, en 2002, un dosimétriste pour 2,2 radiothérapeutes et un dosimétriste pour 1,1 physicien. Les deux tiers des dosimétristes sont titulaires d'un diplôme de manipulateur.

12. Circulaire DHOS n° 2002-299 du 3 mai 2002 relative à l'organisation des soins en cancérologie : actualisation pour la radiothérapie du volet cancérologie du SROS.

Sur ces bases, la Société française de physique médicale a estimé en 2004 le besoin en radiophysiciens pour la radiothérapie à 508,5 ETP. D'autre part, l'arrêté du 19 novembre 2004¹³ prévoit la présence d'un radiophysicien dans le service de radiothérapie durant toute la durée du traitement en radiothérapie externe. Plus récemment, le décret du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de soins de neurochirurgie impose la présence d'un radiophysicien pour chaque intervention de radiochirurgie en condition stéréotaxique.

Compte tenu de l'état des lieux dressé par l'ASN (autorité de sûreté nucléaire), de l'évolution des techniques et des technologies ainsi que de l'augmentation des exigences de qualité et de sécurité qui en découlent, des départs à la retraite, les besoins actuels en physiciens médicaux sont évalués à 100 ETP supplémentaires.

Pour sa part, sur la base de la circulaire DHOS de mai 2002, la Société française de physique médicale estime le manque de radiophysiciens à 150 pour satisfaire les besoins en radiothérapie et à 100 pour couvrir les besoins en médecine nucléaire et radiologie. Ce qui correspond à la formation de 40 radiophysiciens par an. Un chiffre déjà avancé dans le rapport de la commission d'orientation sur le cancer de janvier 2003.

Une formation sanctionnée par le DQPRM

Depuis 2004, les physiciens médicaux doivent être titulaires du diplôme de qualification en radiophysique médicale (DQPRM), délivré par l'Institut national des sciences et des techniques nucléaires de Saclay (CEA). Cette formation est ouverte sur concours aux étudiants titulaires de l'un des masters de physique médicale agréé par le ministère de la Santé. Les masters en sciences physique prérequis sont préparés dans les universités de Paris-Sud, de Lyon-Grenoble, de Toulouse et Nantes. Les masters forment actuellement environ 60 candidats au concours en vue de l'admission en DQPRM.

La formation spécialisée en physique radiologique et médicale comporte sept semaines de cours et trente-deux semaines de formation professionnelle dans un centre de santé validant. Il en existe actuellement vingt-quatre (CHU ou CLCC), accueillant 1, 2 et exceptionnellement trois stagiaires par an.

Un doctorat est possible. Il permet ensuite d'accéder à l'habilitation à diriger des recherches et permet d'encadrer des étudiants, ainsi que d'être responsable d'une unité de physique médicale au sein d'un établissement. Il est à noter que ce titre est de nature à permettre l'accès à un statut universitaire.

Le nombre de radiophysiciens impliqués dans l'enseignement est d'une centaine environ. Cette formation repose quasi exclusivement sur la participation bénévole de ces physiciens ce qui pose des problèmes de disponibilité.

L'évolution des promotions en formation

Les premières promotions de radiophysiciens sont apparues au début des années 1970. Le premier DEA (diplôme d'études approfondies) de physique radiologique et

13. Arrêté du 19 novembre 2004 relatif à la formation, aux missions et aux conditions d'intervention de la personne spécialisée en radiophysique médicale.

médicale a été créé en 1971, il constituait alors le passage obligé pour obtenir l'agrément de physicien médical. En 1995, le DQPRM a été créé par l'institut Gustave-Roussy, la Société française de physique médicale et l'Institut national des sciences et techniques nucléaires (INSTN). Le nombre de diplômés se situait autour d'une vingtaine par an entre 1995 et 2003, avec un minimum de 10 en 1998 et un maximum de 28 en 2001.

La mesure 65 du Plan cancer qui prévoyait l'indemnisation du stage de radio-physicien (21 000 euros versés aux établissements par stagiaire) a permis de rendre la filière plus attractive et d'accroître significativement les effectifs entre 2003 et 2007, passant de 19 en 2003-2004 à 32 en 2004-2005, 42 en 2005-2006 et 42 en 2006-2007.

La création en 2007 d'un nouveau master en sciences physiques à Nantes va augmenter le nombre de candidats potentiels au DQPRM. Compte tenu des besoins, le conseil d'enseignement a décidé de porter à 50 places la capacité d'accueil des centres formateurs pour le cycle 2007-2008. Cette capacité d'accueil est conditionnée par le nombre de bourses de résident attribuées par la DHOS et par le nombre de places en services validant agréés. Or, ce nombre n'est pas extensible, les centres doivent disposer d'un plateau technique suffisamment complet pour assurer un stage pratique de qualité, à la fois en radiothérapie, imagerie et radioprotection, ce qui est presque exclusivement réalisé dans les CHU et CLCC.

Pour augmenter les capacités de formation professionnelle, une solution avancée par la profession est de se rapprocher de l'internat en médecine en créant un « internat en physique médicale » et d'introduire la notion de modules semestriels (radiothérapie, imagerie, médecine nucléaire) que les étudiants pourraient valider dans différents centres qui ne seraient alors plus tenus de disposer d'un plateau technique complet. Des modules spécifiques (stéréotaxie, tomothérapie...) pourraient également être proposés. Cette formation qui comprendrait au moins trois modules obligatoires (radiothérapie, médecine nucléaire et imagerie) serait nécessairement plus longue et aggraverait, dans un premier temps, le déficit démographique existant. Cette évolution doit être mise en regard de ce qui existe dans les pays européens où la durée de la formation professionnelle, après obtention d'un master, est plus souvent de deux, voire trois ans.

En France, les physiciens médicaux impliqués dans la formation se sont également engagés à allonger la durée de formation professionnelle de 8 à 12 mois depuis 2007 afin de se mettre progressivement en conformité avec les recommandations internationales. Cependant, le schéma d'organisation actuel de cet enseignement reste très fragile et montre toutes ses limites. Il devient urgent de réfléchir à une véritable professionnalisation de cet enseignement si l'on veut atteindre l'objectif fixé le 18 juillet 2007 par la ministre chargée de la Santé : le doublement en cinq ans du nombre de radiophysiciens, en portant leur nombre à 600.

Le registre professionnel

Conformément aux recommandations de l'European Federation of Organizations for Medical Physics (EFOMP), depuis 1999, les radiophysiciens français peuvent, à l'issue de leur formation initiale, s'inscrire à un registre professionnel créé au sein de la SFPM au travers duquel ils s'engagent à maintenir leur niveau de compétence tout au long de leur carrière et à respecter les règles de bonne conduite. À ce jour, le registre

professionnel de la SFPM compte 113 membres, dont la très grande majorité est constituée d'experts au sens de la classification EFOMP qui les différencie des physiciens « qualifiés » (moins de cinq années d'expérience, ou trois ans avec une thèse). Ce nombre correspond à environ 44 % des adhérents SFPM. Plus de 60 % des membres du registre sont inscrits depuis la première année d'existence du registre en 2000.

MANIPULATEUR EN ÉLECTRORADIOLOGIE MÉDICALE

Le manipulateur en électroradiologie (MER) réalise, sur prescription et sous le contrôle d'un médecin, des actes relevant de l'imagerie médicale, de la médecine nucléaire, des explorations fonctionnelles et de la radiothérapie qui concourent à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement et à la recherche. Le MER est le collaborateur direct du médecin spécialiste (en imagerie médicale, médecine nucléaire ou radiothérapie, plus rarement en cardiologie ou en neurologie, en électrophysiologie, en urologie, en stomatologie...) pour la réalisation des actes.

Des champs d'action qui s'élargissent

Les progrès technologiques permanents élargissent les indications et conduisent le corps médical à confier aux MER une part croissante de la réalisation des examens d'imagerie. La généralisation du dépistage organisé du cancer du sein, par exemple, entraîne une augmentation du nombre des mammographies, réalisées techniquement par les MER.

En radiothérapie, le développement de l'informatique et de l'utilisation des agents physiques impose aux MER un élargissement de leurs domaines d'attribution conjointement à une plus grande spécificité de leur fonction¹⁴.

En radiothérapie, le MER réalise les différentes phases de mise en traitement (repérage, simulation, dosimétrie) et l'application des traitements. La mise en place du dispositif d'annonce, qui prévoit notamment une consultation soignante, a directement impliqué les MER qui assurent cette consultation pour un certain nombre de patients, puis réalisent le suivi des patients en traitement (manifestations somatiques, psychologiques, conseils en matière d'hygiène et de diététique, relations avec les organismes sociaux...).

Le métier de MER en radiothérapie associe donc une dimension relationnelle (accueil du patient, information sur le déroulement de l'acte), soignante (participation à la surveillance clinique du patient...), technologique nécessitant une expertise qui va croissant avec l'évolution des équipements et psychologique.

Les MER développent des compétences spécifiques selon leur affectation¹⁵, mais la polyvalence caractérise le métier et reste nécessaire dans l'organisation de certains secteurs hospitaliers. Le MER doit s'adapter, en s'appuyant sur des savoirs fondamentaux solides, aux exigences relationnelles, techniques et sécuritaires et aux évolutions de son environnement (passage de l'argentique au numérique par exemple). Il doit constamment adapter sa pratique, développer et élargir ses compétences.

14. *Délégation, transfert, nouveaux métiers... Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé*. Rapport d'étape janvier 2007, HAS, en collaboration avec l'ONDPS.

15. *Étude prospective des métiers de la fonction publique hospitalière demain*. Document de travail, juin 2007, Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière.

Deux formations possibles pour un même métier

La formation initiale de MER dure trois ans, après le bac ou après une première année d'enseignement supérieur. Elle s'effectue soit dans des instituts de formation agréés (18 en France) et débouche sur le diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale (DEMER) créé en 1967 et délivré par le ministère de la Santé, soit dans certaines lycées (23 lycées) et est sanctionnée par un diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique (DTSIMRT) du ministère de l'Éducation nationale. Le comité d'harmonisation des centres de formation a rapproché les deux formations.

Parmi les inscrits en première année de formation MER en 2005, le taux de féminisation atteint 60 % et 7 % des effectifs étaient précédemment salariés, chômeurs ou étaient âgés de plus de 32 ans.

Après une diminution de 1997 à 2002, le nombre d'admissions dans les centres de formation augmente depuis 2004. Le nombre de diplômés (DE et DTS) de MER a augmenté de 19 % entre 1997 et 2006 passant de 758 à 900.

58 % des MER en exercice sont titulaires du diplôme d'État, 19 % du diplôme de technicien supérieur, 19 % d'une attestation de vérification des connaissances, 3 % d'un arrêté de nomination de manipulateur du secteur public et 1 % d'une autorisation d'exercice de la profession.

Deux régions, le Limousin et la Corse, ne disposent pas de centres de formation.

La polyvalence de la profession (radiodiagnostic, radiothérapie, médecine nucléaire, électrophysiologie) conduit certains à préconiser une spécialisation dès la formation de base, comme cela existe au Royaume-Uni après un tronc commun. Toutefois, pour d'autres, cette option pourrait entraîner une diminution des possibilités de recrutement dans les services de radiothérapie et ne serait pas judicieuse avec la mise en place de scanners dédiés à la radiothérapie.

Par ailleurs, les compléments de formation envisagés pour l'acquisition de compétences liées aux nouvelles tâches conduisent également à des spécialisations¹⁶.

L'enjeu de la formation des MER est l'intégration dans le cursus universitaire à l'occasion du passage au système LMD, qui ouvrirait des possibilités de progression ainsi que la réunification des deux formations.

Le métier de MER a souffert jusqu'en 2003 d'un déficit de vocation, méconnu, d'intitulé peu attractif pour les jeunes mais aussi perçu comme un métier présentant peu d'évolutions de carrière alors que la diversité des postes et l'évolution des technologies en font sa richesse.

Le répertoire des métiers de la FPH identifie plusieurs « passerelles » pour le MER qui a la possibilité d'évoluer comme cadre de santé (concours), radiophysicien (formation qualifiante) ou encore comme ingénieur d'application chargé de former les équipes à l'utilisation d'un matériel donné.

¹⁶ Rapport 2004 de l'ONDPS.



évolution des métiers et de leur exercice : coopérations et nouveaux métiers

L'analyse des métiers des professionnels de santé montre que les frontières dans la répartition des activités de soins se redessinent. Cela est dû, d'une part, à l'évolution des techniques et, d'autre part, à l'évolution des modalités de prise en charge. Ces changements, qui induisent l'apparition de coopérations entre médecins et paramédicaux et entre paramédicaux eux-mêmes, peuvent s'opérer soit par une nouvelle répartition de tâches existantes, soit par une répartition de nouvelles tâches.

Il faut noter que cette évolution du système de soins, qui s'inscrit par ailleurs dans un environnement en mutation (vieillesse, progrès techniques et médicaux, nouvelles priorités de santé publique et réformes réglementaires), est essentielle à la qualité du système de santé.

Dans le « Projet de recommandation HAS » fait en collaboration avec l'ONDPS¹, les auteurs distinguent des coopérations liées aux techniques et d'autres liées à l'évolution des modalités de prise en charge.

Ils constatent que, pour que ces coopérations aient lieu dans un cadre légal d'exercice, elles doivent d'abord s'accompagner d'une phase de formation pour accéder à des niveaux intermédiaires de qualification et, ensuite, d'une adaptation du cadre juridique et économique.

Cette évolution des pratiques a fait l'objet de plusieurs expérimentations, quelques-unes abouties et d'autres en cours, notamment en cancérologie.

Au-delà de l'impact physique, le cancer a des répercussions psychiques, familiales et sociales. Ces dimensions ne peuvent être prises en compte que par une approche transversale inter et pluridisciplinaire de la maladie afin d'accroître la qualité de la prise en charge et le service rendu aux patients.

Certains métiers comme les infirmiers sont tout particulièrement concernés par cette évolution des pratiques.

Les infirmiers se retrouvent au cœur du dispositif de soins et, au-delà de la technicité liée à leur pratique, investissent dans la relation soignant-soigné avec une forte dimension humaine. Cette proximité avec les patients permet d'identifier leurs besoins et les problèmes liés au système de soins. Leur démarche d'observation, de recueil et d'analyse de données collectées, contribue au développement de connaissances spécifiques et à la progression des pratiques de soins.

1. Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé, HAS et ONDPS, décembre 2007.

Au regard de cette évolution, il existe des expérimentations de transfert de compétences de médecin à infirmier² dans certains domaines qui permettent de conclure à la faisabilité de cette collaboration. Selon les conclusions du rapport de l'ONDPS³ un nouveau métier d'infirmière « experte » semble possible. Ces infirmières expertes dont la formation reste à déterminer pourraient être polyvalentes et suivre des patients atteints de maladies chroniques.

Dans le domaine de la cancérologie, deux expérimentations ont été lancées dans le cadre de l'arrêté du 30 mars 2006. Elles sont relatives à la coopération entre médecin oncologue et infirmier et concernent la chimiothérapie en hôpital de jour et à domicile.

Dans les métiers de la radiothérapie, deux exemples concernent les MER et les radiophysiciens.

Les manipulateurs en électroradiologie (MER)

Une évolution majeure du métier de MER est liée aux délégations de tâches. La délégation de tâches de l'oncologue radiothérapeute vers le MER a fait partie des cinq premières expérimentations conduites sous l'égide de l'ONDPS et de la HAS. Les différents éléments de contexte étaient réunis pour justifier cette expérimentation : une augmentation de la demande de soins en radiothérapie, une évolution technique majeure avec la généralisation de l'utilisation de l'imagerie tridimensionnelle nécessitant un temps accru de médecins et de physiciens, des perspectives démographiques inquiétantes concernant ces professionnels, une attractivité médiocre de la profession de MER, en particulier pour l'exercice de la radiothérapie. Cette expérimentation ouvre des perspectives d'évolution de carrière pour les MER, moyennant une formation complémentaire en anatomie et en dosimétrie.

Les radiophysiciens

L'évolution des coopérations entre professionnels de santé, qui est susceptible d'avoir un impact positif sur les tensions démographiques tout en améliorant la prise en charge des patients, a fait l'objet de plusieurs vagues d'expérimentations (voir note 3). Une fonction de dosimétriste exerçant sous la responsabilité des radiothérapeutes et des radiophysiciens semble émerger.

La délégation d'une partie des activités des radiophysiciens à d'autres professionnels qui sont les techniciens en dosimétrie, les techniciens en physique médicale et les manipulateurs en dosimétrie mérite d'être intégrée dans cette réflexion.

La mise en place de la validation des acquis de l'expérience constitue également une piste à explorer.

Il est à noter qu'un référentiel de compétences a été publié en 2004 par la Société française de physiciens médicaux.

2. Arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé, JO, 13 janvier 2005.

3. Rapport ONDPS, *Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé*, juin 2006.

Dans un contexte inter et pluridisciplinaire, d'autres catégories professionnelles ont aussi un rôle fondamental à jouer. Ainsi les **psycho-oncologues** occupent une place de plus en plus conséquente dans la prise en charge du cancer. Les dimensions de communication, d'information et d'éducation des patients deviennent un temps essentiel de l'acte médical. Outre le rôle d'écoute du patient et de son entourage, ils ont un rôle de soutien de l'équipe soignante pour l'aider à améliorer son écoute et faire face à l'épuisement professionnel lié à l'exercice de la cancérologie.

Les autres acteurs de la chaîne de soins : **médecins généralistes, pharmaciens...**, en participant notamment à des réseaux de soins en cancérologie, ont une place privilégiée dans l'accompagnement du patient pendant et après le traitement.

Un nouveau métier

D'autres activités conduisent à la définition de nouveaux métiers : c'est le cas des conseillers en génétique qui interviennent sous la responsabilité d'un médecin généticien, pour répondre aux besoins et au suivi des individus et des familles atteints d'une affection génétique. Ils jouent également un rôle en médecine prédictive dans les pathologies multifactorielles. Cette profession a été créée pour pallier une carence du nombre de spécialistes formés en génétique et, d'autre part, parce qu'un certain nombre d'actes de conseil en génétique et médecine prédictive dont les procédures sont standardisées ne relèvent pas réellement d'une expertise médicale, tout en requérant expérience et formation.

En conclusion

La mise en place du Plan cancer a introduit des transformations qui ont déjà un impact sur l'activité en cancérologie et, par voie de conséquence, sur les ressources médicales et soignantes qui l'assurent. À titre d'exemple, le dispositif d'annonce, les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) et prochainement les critères d'agrément des établissements de santé qui visent à accroître la sécurité et la qualité des soins vont sensiblement modifier l'organisation des pratiques professionnelles.

Cette évolution globale du système des soins aura des répercussions variables selon les ressources et les organisations locales des soins. Un travail d'analyse spécifique au niveau régional devra permettre d'en prendre la mesure. Un tel examen est d'ailleurs déjà engagé dans certaines régions. Ainsi, dans le Nord - Pas-de-Calais, une étude⁴ a été réalisée pour accompagner la mise

4. *Les Systèmes territoriaux de prise en charge des cancers en Nord - Pas-de-Calais*, rapport réalisé pour le conseil régional, O. Lacoste, J. Dupont, G. Poirier, G. Tredez, décembre 2007.

en œuvre du volet cancérologique du SROS (Schéma régional de l'organisation des soins) à travers une analyse systématique des équipes intervenant dans l'offre de soins. En Champagne-Ardenne, des discussions entre établissements publics de santé ont été entreprises pour recomposer ensemble l'offre de soins en cancérologie⁵.

En termes d'évolution des effectifs, une diminution globale du nombre des médecins est attendue dans les années à venir, en dépit de la récente augmentation du *numerus clausus*. En outre, la distribution hétérogène des effectifs sur le territoire conduit à l'identification de « maillons faibles » susceptibles d'avoir un impact sur la prise en charge des patients. Cette disparité doit conduire à une réflexion approfondie pour la mise en œuvre de mesures incitatives destinées à accroître l'attractivité au niveau régional. Au-delà de l'attractivité régionale se pose également la question de l'attractivité du métier. Depuis quelques années, certaines professions médicales et paramédicales mettent en place des mesures susceptibles de remédier à ce problème.

Pour faire face à ces évolutions, les instances nationales envisagent de réhabiliter les commissions de qualification pour octroyer des « compétences » aux spécialistes d'organes qui n'auraient pas le DESC de cancérologie. Cette perspective, qui répond aux attentes des professionnels, permettrait de renforcer le dispositif de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire.

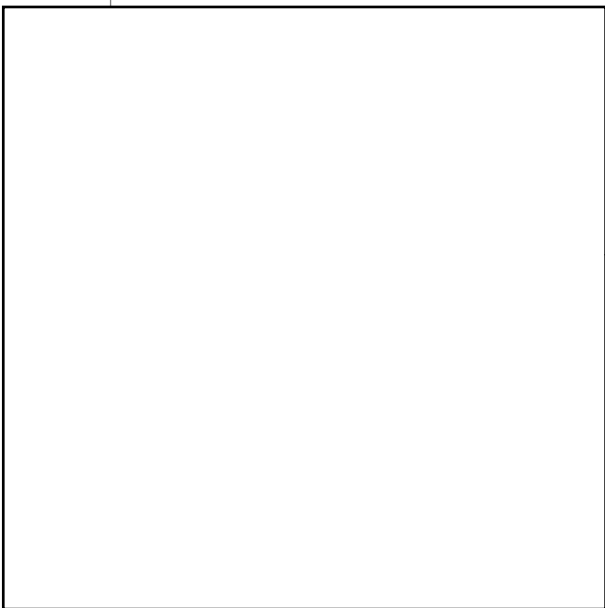
Par ailleurs, les évolutions du système de soins impliquent un effort accru de coopération interdisciplinaire et pluriprofessionnelle. En effet, les professionnels concernés interviennent majoritairement dans les établissements de soins avec un suivi des malades assuré la plupart du temps en ambulatoire (hôpital de jour). Par ailleurs, l'évolution vers l'hospitalisation à domicile s'avère encore une pratique insuffisamment confortée. Pour assurer le suivi du malade dans des conditions optimales, la coopération entre les professionnels hospitaliers et la médecine de ville est donc déterminante. Le développement de réseaux ville-hôpital, qui s'impose, doit être renforcé au sein des pratiques courantes.

De plus, la redéfinition des frontières dans la répartition des activités entre les différents professionnels (médicaux-paramédicaux et paramédicaux entre eux) et l'émergence de nouveaux métiers semblent permettre des évolutions d'intervention et de qualification attendues par les professionnels. Les transferts d'activité et le renforcement des compétences conduisent à une valorisation des métiers soignants.

Enfin, l'évolution vers des techniques de plus en plus performantes et sophistiquées, la nécessaire coopération entre professionnels, le maintien et l'acquisition de nouvelles compétences ne peuvent être envisagés que dans le cadre de formations tout au long de la vie professionnelle.

5. « La cancérologie en Champagne-Ardenne, un enjeu pour les établissements publics », *Revue hospitalière de France*, janvier-février 2008.

ANNEXES





Compte rendu d'audition : un état des lieux démographique partagé avec les professionnels de la radiothérapie

Cette partie reprend le compte rendu de l'audition des représentants des professionnels ainsi que les documents rassemblés dans ce cadre.



Les oncologues radiothérapeutes

■ ■ Les chiffres sur les oncologues radiothérapeutes

La spécialité d'oncologie radiothérapique a été créée en 1986, et le DES correspondant en 1990, en sorte que les premiers diplômés sont sortis en 1994. Les oncologues radiothérapeutes et les radiothérapeutes appartiennent à la même spécialité. Le fichier du Conseil de l'Ordre des médecins les réunit d'ailleurs sous la seule rubrique « oncologie radiothérapique ». La distinction opérée par le fichier ADELI pour la présentation des effectifs entre les oncologues radiothérapeutes et les radiothérapeutes a pour seul objectif de faire apparaître l'évolution des effectifs depuis la création du DES.

Au 1^{er} janvier 2007, le répertoire ADELI recense 667 radiothérapeutes (dont 271 oncologues radiothérapeutes et 396 radiothérapeutes), contre 647 onco-radiothérapeutes pour le fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins. Toutefois, en ramenant les deux chiffres à des champs comparables, c'est-à-dire en retirant du nombre des spécialistes d'ADELI ceux qui ont réussi le concours de praticien hospitalier sans être qualifiés dans la spécialité (16 praticiens), l'écart passe de vingt à quatre radiothérapeutes. Les deux fichiers sont donc très proches (tableau 13) même si le champ retenu par l'Ordre, celui des médecins en activité régulière (excluant les médecins temporairement sans activité ou remplaçants), est plus restreint que celui d'ADELI qui inclut ces deux catégories de médecins.

TABEAU 13

EFFECTIFS AU 1^{ER} JANVIER 2007

Spécialités	ADELI (actifs)			Ordre (activité régulière)	Écart ADELI – Ordre (hors diplômés concours PH)
	Qualifiés spécialistes	Reçus au concours national de praticien hospitalier	Total spécialistes		
Oncologie radiothérapique	271		271	647	4
Radiothérapie	380	16	396		
Total	651	16	667	647	4

Sources : DREES, répertoire ADELI, et Conseil national de l'Ordre des médecins.

Le taux de croissance annuel moyen des effectifs des radiothérapeutes (oncologie radiothérapique et radiothérapie) entre 1998 et 2007 a été de 2,6 % (tableau 14).

TABLEAU 14

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS ENTRE 1998 ET 2007

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TCAM*
Médecins spécialistes en oncologie radiothérapique	47	52	112	142	161	182	201	236	263	271	21,5%
Médecins spécialistes en radiothérapie	482	471	459	446	433	431	426	421	407	396	-2,2%
Total radiothérapie et oncologie radiothérapique	529	523	571	588	594	613	627	657	670	667	2,6%

Sources : DREES, répertoire ADEL redressé.

*TCAM : taux de croissance annuel moyen.

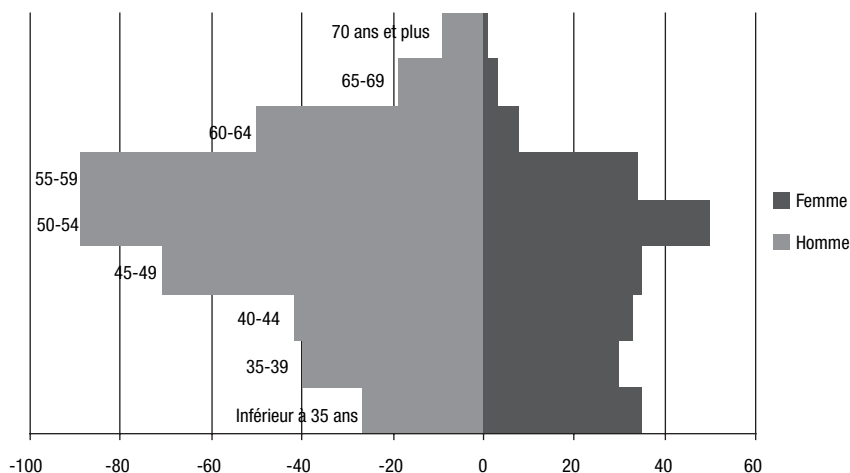
La spécialité compte actuellement 66 % d'hommes contre 34 % de femmes. 56 % des radiothérapeutes exercent dans un établissement d'hospitalisation public ou privé, 42 % dans un cabinet de radiologie libéral et 2 % dans d'autres secteurs.

Plus de la moitié d'entre eux ont un mode d'exercice mixte (à la fois libéral et salarié), 32 % sont exclusivement libéraux et 16 % exclusivement salariés.

L'âge moyen (49 ans) des radiothérapeutes est très légèrement inférieur à celui de l'ensemble des spécialistes (50 ans). Si l'on considère les seuls oncologues radiothérapeutes, ces derniers sont sensiblement plus jeunes (42 ans) que la moyenne des spécialistes. Par ailleurs, l'âge moyen des femmes est inférieur de cinq ans à celui des hommes. Cela s'explique par une féminisation croissante parmi les jeunes générations. Les femmes sont désormais majoritaires parmi les nouveaux diplômés.

GRAPHIQUE 2

PYRAMIDE DES ÂGES DES RADIOTHÉRAPEUTES ET ONCOLOGUES RADIOTHÉRAPEUTES



Sources : DREES au 1^{er} janvier 2007, répertoire ADEL redressé.

DENSITÉ DES RADIOTHÉRAPEUTES ET ONCOLOGUES RADIOTHÉRAPEUTES PAR RÉGION AU 1^{ER} JANVIER 2007

46 • LE RAPPORT ANNUEL DE L'ONDPS • TOME 4 • 2006-2007

La densité moyenne nationale des radiothérapeutes est de 1,05 médecin pour 100 000 habitants. L'Île-de-France (1,44), le Poitou-Charentes (1,33) et le Languedoc-Roussillon (1,31) sont les régions les mieux dotées, les DOM, le Centre et la Bourgogne les régions les moins bien dotées.

Les cartes 6 et 7 font figurer les densités régionales en distinguant les oncologues radiothérapeutes, donc les praticiens les plus jeunes, de l'ensemble. La comparaison entre les deux cartes fait apparaître que les régions Île-de-France et Poitou-Charentes ne figurent plus parmi les régions ayant les densités les plus élevées, si l'on ne considère que les oncologues radiothérapeutes. À l'inverse, les régions Alsace et Champagne-Ardenne ont des densités d'oncologues radiothérapeutes, donc de praticiens plus jeunes, parmi les plus élevées. Ces observations doivent conduire à porter la plus grande attention à l'âge des praticiens pour compléter l'indicateur de la densité.

Les données présentées recoupent celles rassemblées par la SFRO qui aboutissent à un effectif de 669 radiothérapeutes au sens large (c'est-à-dire incluant les radiologues exerçant la radiothérapie).

Selon les estimations transmises par les professionnels lors de l'audition, un nombre important de départs à la retraite est prévisible. Avant 2009, 22 départs à la retraite prévus, avant 2012 : $79 + 22 = 121$ départs et avant 2017 : $132 + 121 = 253$.

Les données fournies par la CNAMTS concernent le champ de l'exercice libéral et exclut les médecins de la spécialité dans l'exercice salarié et donc le champ des établissements publics de santé. Elles se rapportent à l'année 2005.

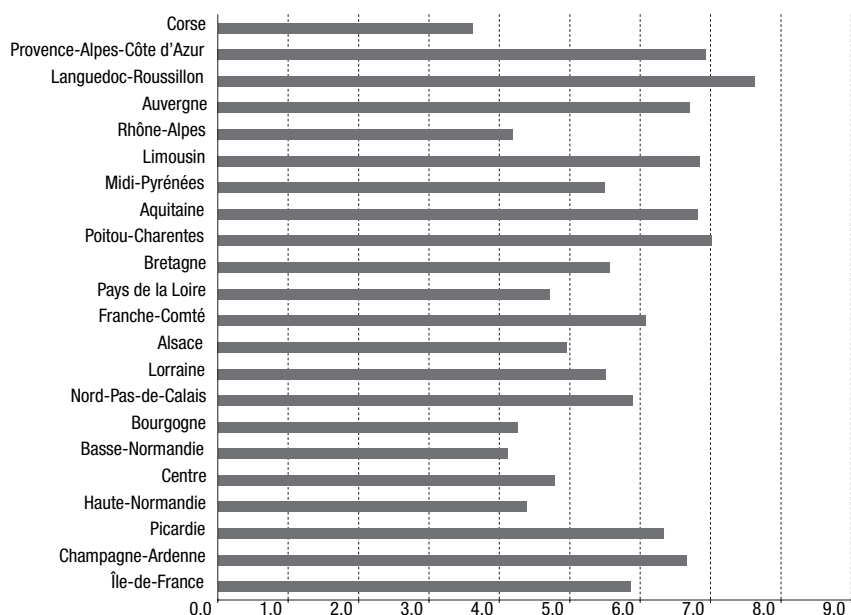
L'activité est mesurée en 2005 et distingue, d'une part, les actes dits cliniques (consultation de spécialiste) et les actes techniques pour lesquels l'année 2005 est particulière puisqu'elle a vu la mise en place progressive de la classification commune des actes médicaux (CCAM) se substituant à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). Cette dernière ne permettait de ne relever qu'en K (chirurgie et autres actes techniques) et en Z (actes de radiologie, radiothérapie...) les différents actes se distinguant par le nombre de coefficients associé à l'acte¹.

Les effectifs de médecins libéraux (donc en dehors des médecins salariés, notamment des établissements de santé ex-DG, cf. rappel ci-dessus) des spécialités oncologie et radiothérapie sont 347, la densité par million d'habitants s'établit à 3,6 en Corse, 4,1 en Basse-Normandie pour les plus basses densités jusqu'à 7,6 en Languedoc-Roussillon et 6,9 en PACA (voir graphique 3).

En revanche, la part des plus de 60 ans est très variable d'une région à l'autre, de 0 % en Centre et Bretagne à 33 % pour l'Alsace. Toutefois, les effectifs régionaux sont relativement faibles et peuvent faire bouger très rapidement ces proportions en fonction des mouvements d'installation en libéral de médecins.

1. Dans la CCAM, tous les actes sont distinguables mais regroupés dans le cadre des statistiques produites par grandes familles : actes de chirurgie, d'imagerie, d'échographie...

DENSITÉ RÉGIONALE DES ONCOLOGUES RADIOTHÉRAPEUTES LIBÉRAUX



Sources : SNIR-PS 2005.

Enfin, l'activité des médecins libéraux est composée, d'une part, de l'activité clinique mesurée par le nombre de consultations et, d'autre part, de l'activité technique comprenant les actes techniques d'imagerie, d'échographie et autres actes techniques médicaux. Cette part d'activité technique est relativement variable d'une région à l'autre : de 35 % en Franche-Comté, 56 % pour l'Alsace jusqu'à 96 % pour la Corse et 92 % pour l'Aquitaine. Bien entendu, ces chiffres doivent être complétés par l'activité des établissements de santé ex-DG pour avoir une image réelle de l'activité de ces spécialités (tableau 15).

TABLEAU 15

EFFECTIFS ET ACTIVITÉ DES ONCOLOGUES RADIOTHÉRAPEUTES ET DES RADIOTHÉRAPEUTES PAR RÉGION

RÉGION INSEE	<60 ans	60 ans et plus	Efficacité totale	Part des + 60 ans	nb CS	nb K	nb Z	nb ADI	nb ADE	nb ATIM	Nb coef K	Nb coef Z	Int CS	Int K	Int Z	Int ADI	Int ADE	Int ATIM
Île-de-France	54	13	67	19%	84075	80533	171375	0	0	467	1360986	22599971	3015438	2647180	38591755	0	0	151934
Champagne-Ardenne	8	1	9	11%	16860	16447	115601	0	1	118	283321	4422319	401825	558526	7368261	0	56	15029
Picardie	11	1	12	8%	20165	18531	55472	239	0	259	340147	3026749	469671	662516	5048140	7094	0	8278
Haute-Normandie	7	1	8	13%	11886	11577	11806	664	0	1441	193638	4742417	303645	371422	7939877	17899	0	260277
Centre	12	0	12	0%	22107	16349	75832	0	0	311	255496	7125894	529366	494759	11945740	0	0	68516
Basse-Normandie	5	1	6	17%	6701	10190	48943	3835	6	80	135671	1825856	161532	271601	3041830	102856	357	5702
Bourgogne	7	0	7	0%	10907	9358	49613	0	0	44	156228	4845101	273057	300663	8109069	0	0	5555
North-Pas-de-Calais	24	0	24	0%	49064	35815	309753	0	2	189	546142	13502572	1202778	1048817	22653110	0	120	19945
Lorraine	12	1	13	8%	8213	12777	24035	0	0	19	198806	3617259	215672	385701	5945491	0	0	538
Alsace	6	3	9	33%	11334	8977	4246	250	1287	41	152202	2324937	262900	290448	3888072	6200	72229	1179
Franche-Comté	7	0	7	0%	6625	1647	1882	0	0	2	22704	397286	154393	44147	654421	0	0	59
Pays de la Loire	13	3	16	19%	23682	19275	102149	3	0	610	398491	8906579	567172	767154	14877270	181	0	56833
Bretagne	17	0	17	0%	20538	25890	124055	0	0	324	417573	6475795	511570	817102	10889012	0	0	16777
Poitou-Charentes	11	1	12	8%	12510	5785	73559	0	0	55	88434	2582528	295766	170947	4329565	0	0	2994
Aquitaine	17	4	21	19%	19179	28028	181272	9	2	106	389780	10337718	458849	767367	17348734	500	170	10045
Midi-Pyrénées	14	1	15	7%	15477	20597	75852	223	0	123	312016	6287469	359556	609438	10490514	12889	0	18278
Limousin	5	0	5	0%	5961	8739	6445	0	0	5	207708	1028937	138129	399189	1719359	0	0	89
Rhône-Alpes	22	3	25	12%	20278	17720	112314	1044	218	77	280987	1088779	530031	563207	16599945	40360	12847	4113
Auvergne	8	1	9	11%	14118	22388	25100	164	0	109	423816	3025867	337414	812971	5036833	4508	0	3051
Langueadoc-Roussillon	17	2	19	11%	24197	53644	32307	0	0	242	836936	5830624	587385	1614339	9775567	0	0	29352
Provence-Alpes Côte d'Azur	27	6	33	18%	17271	9086	197656	2	0	146	136403	9555569	526972	261786	16154774	34	0	38654
Corse	1	0	1	0%	267	0	7105	0	0	11	0	166710	6624	0	309882	0	0	2910
TOTAL FRANCE METROPOLITAINE	305	42	347	12%	421415	433353	1806372	6433	1516	4779	7137485	132696936	13309695	13859280	222717221	192521	85779	720108
Guadeloupe	2	0	2	0%	1836	3145	4830	0	0	0	47200	325650	54878	90919	549047	0	0	0
Martinique	1	0	1	0%	129	32	109	0	0	0	3600	130995	3278	6912	218764	0	0	0
Guyane	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Réunion	4	1	5	20%	5265	5403	4466	0	0	63	86430	712030	154766	165927	1189280	0	0	12516
TOTAL OUTRE-MER	7	1	8	13%	7230	8580	9405	0	0	63	137230	1168075	212922	263758	1957091	0	0	12516

Sources : CNAMTS au 1^{er} janvier 2005.

■ ■ Les initiatives de la profession en matière de démographie

UNE IMPORTANTE ENQUÊTE EST EN COURS

Dans le cadre de la feuille de route arrêtée par la ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports visant à assurer qualité, sécurité et performance de la radiothérapie française, il a été décidé de créer un Observatoire national de la radiothérapie dans le cadre d'une action concertée entre la Société française de radiothérapie oncologique (SFRO), et l'Institut national du cancer (INCA). Ce projet, qui a reçu le soutien de l'ASN, du SNRO, de la SFPM et de la CNAMTS, vise à recueillir des données annuelles sur l'ensemble des centres de radiothérapie, publics comme privés, et concerne les équipements dédiés, l'activité et les effectifs médicaux et paramédicaux. Selon les promoteurs, son importance est cruciale pour assurer, de façon objective et indépendante, l'adéquation entre moyens et objectifs sanitaires.

Les représentants de la Société française de radiothérapie oncologique (SFRO) ont présenté l'enquête qui est en fin de réalisation. Le taux de participation est important puisque 149 établissements sur 183 ont rempli le questionnaire, ce qui représente 85 à 90 % de l'activité nationale.

Ce questionnaire, qui sera soumis tous les ans, permettra aussi de connaître le nombre de patients traités par an. Ce chiffre, qui n'était jusqu'alors pas renseigné, est le plus souvent évalué à 180 000. Les premiers résultats de l'enquête indiquent qu'il est certainement supérieur.

Les représentants de la SFRO soulignent l'intérêt de l'indicateur ETP, plus parlant pour apprécier l'offre de soins que celui des effectifs, du fait de l'importance des temps partiels pour cette activité qui coexiste avec d'autres activités. Cette observation est valable pour les radiothérapeutes comme pour les manipulateurs.

L'IMPORTANCE DE LA DEMANDE DE SOINS POUR APPRÉCIER LA SITUATION DÉMOGRAPHIQUE

La mise en regard des effectifs avec des éclairages sur la demande de soins qui est souhaitée par les professionnels lors de l'audition est un exercice difficile. Toutefois, les indicateurs disponibles, tels que la prévalence hospitalière qui peut être calculée à partir du PMSI, l'incidence que renseignent les registres, seront exploités pour les trois professions dans le cadre de l'état des lieux que l'INCA et l'ONDPS ont conjointement engagé. Les effectifs feront également l'objet d'une appréciation au regard des équipements. Il est indiqué que le ratio des effectifs rapportés au nombre d'appareils est identifié dans les SROS.

Une estimation du nombre de postes à pourvoir a été présentée. Du fait des différents événements qui affectent la profession et son exercice (départs à la retraite, évolutions techniques, multidisciplinarité, féminisation, augmentation des besoins de la population...), la fourchette des effectifs nécessaires se situe :

- avant 2012, sur la base actuelle à 80 personnes et, en adoptant une base souhaitable, à 120 à 150 praticiens ;
- avant 2017, sur la base actuelle à 200 praticiens et, en adoptant une référence souhaitable, à 300 praticiens.

Pour les professionnels, cela devrait se traduire par un nombre de 20 à 25 oncologues radiothérapeutes formés par an pour compenser les départs en retraite et de 30 par an pour assurer les évolutions professionnelles. La situation actuelle est de 18 à 20 diplômés par an.

■ ■ Les effectifs en formation

Un recensement annuel réalisé par la SFIRO² (Société française des jeunes radiothérapeutes oncologues) permet de disposer d'un état des lieux des stages et des effectifs en formation. De la présentation détaillée réalisée lors de l'audition, il ressort les éléments suivants :

- Le nombre d'internes, qui était de 45 en 2001, s'élève en 2007 à 103, dont 20 sont en première et deuxième année, 17 en quatrième année et 19 en cinquième année. Il a connu une forte progression (+60 %). Il est important de considérer que la situation lors des deux premières années peut évoluer du fait de la réorientation possible de ces internes.
- Le déficit d'internes par rapport aux capacités de stage est en train d'être comblé à Paris.
- L'année blanche en sortie d'internes en 2006, liée à l'allongement de la durée de l'internat, a eu pour conséquence la fermeture ou la réaffectation d'un certain nombre de postes de clinicat offerts en oncologie radiothérapique. De ce fait, le nombre d'internes actuellement en dernières années de DES sera supérieur au nombre de postes de clinicat disponibles en oncologie radiothérapique.

LA SATURATION DES LIEUX DE STAGE

D'ores et déjà, la disponibilité des lieux de stages est posée et l'acuité de cette question ne peut que s'aiguiser du fait de l'augmentation prévisible à court terme du nombre d'internes (carte 8). À cet égard, le président du collège des enseignants, notamment, souligne les méfaits de la politique du « go and stop » qui caractérise la situation actuelle. Il observe que les directeurs d'établissement considèrent qu'il est économiquement plus favorable de faire appel à d'autres ressources humaines que les internes (FFI, AFS, AFSA en particulier).

Cette situation à propos de laquelle l'ONDPS a déjà alerté le ministère n'est pas propre à la radiothérapie et appelle des solutions générales. Parmi celles-ci est évoquée l'ouverture de lieux de stages autres que ceux actuellement définis.

Cette solution appelle de la prudence, selon le président du collège. En premier lieu, il rappelle que la réactualisation des critères d'agrément des stages, en termes de projets pédagogiques, est en cours. Il considère également que l'intérêt du secteur libéral pour l'accueil d'internes ne s'inscrit pas toujours uniquement dans une logique de formation, mais qu'il constitue aussi une opportunité en termes de remplacement de main-d'œuvre. Les stages ne peuvent selon lui être délégués, les universitaires doivent s'engager dans cette réflexion. Il lui semble important que la budgétisation d'un nombre suffisant de postes dans les établissements publics et PSPH soit prévue.

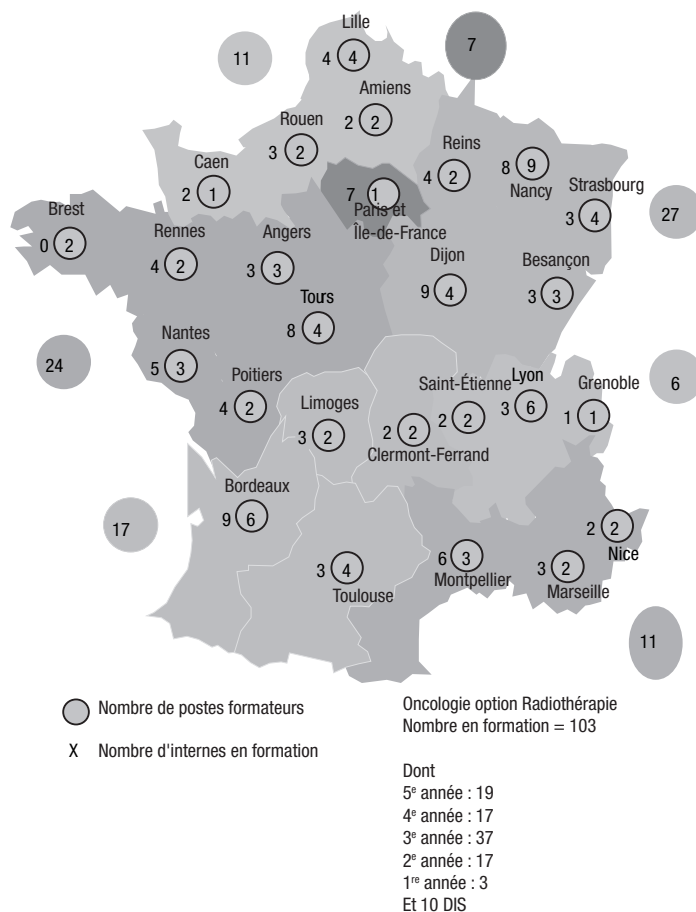
2. Tous les internes, les CCA, les internes étrangers et les FFI en sont membres.

Le président de la SFRO souligne que les cliniques se regroupent aussi dans le domaine de la radiothérapie et que l'ouverture de terrains de stage est nécessaire pour abolir les barrières entre les différents secteurs d'exercice.

Une proposition formulée par le représentant de la SFRO est de maintenir les postes existants et d'ouvrir des accueils en PSPH, tout en réfléchissant aux possibilités de faire évoluer les cadres réglementaires.

CARTE 8

NOMBRE DE POSTES D'INTERNAT EN ONCOLOGIE RADIOTHÉRAPIE



LES POSTES DE CLINICAT

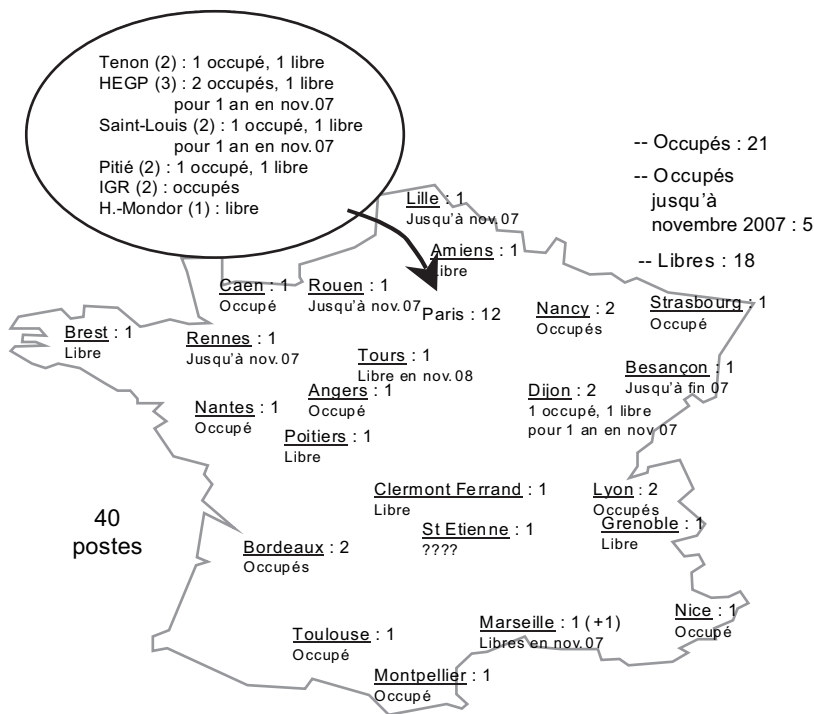
La carte présentée lors de l'audition fait apparaître que, sur les 40 postes de CCA disponibles, 21 postes sont occupés dont 5 jusqu'en novembre 2007 et que 13 sont libres (carte 9). Il existerait un risque de suppression ou de réaffectation de ces postes alors que les besoins, compte tenu de l'augmentation de la population d'internes, sont évalués à une cinquantaine.

Les représentants de la profession auditionnés considèrent que le postinternat permet une transversalité de l'expérience alors que l'on observe une spécialisation par organe. Il permet notamment d'intégrer l'évolution différente des techniques selon les organes, alors qu'il n'existe souvent qu'un seul centre par région. Le raisonnement qui prévaut pour la chirurgie est pertinent pour la radiothérapie qui est, selon eux, également générale et spécialisée. Ils soulignent que l'internat à lui seul n'est pas suffisant pour faire devenir un praticien confirmé et autonome, c'est pourquoi le clinicat s'avère aussi un passage obligé dans le privé.

Les représentants de l'ONDPS et de l'INCA font observer que l'augmentation massive du nombre d'internes rend difficilement envisageable la création proportionnelle de postes de clinicat.

CARTE 9

POSTES DE CLINICAT



Les radiophysiciens

■ ■ Les chiffres sur les radiophysiciens : des données rassemblées par l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN)

Les radiophysiciens ne font pas l'objet d'un recensement au titre des professions de santé réglementées. Les données rassemblées sur la démographie de cette profes-

sion proviennent d'une enquête réalisée par les divisions régionales de l'ASN, en décembre 2006 et janvier 2007³. Certaines données recueillies par la Société française de physique médicale (SFPM) dans le cadre de l'observatoire de la physique médicale complètent l'état des lieux.

Le nombre de radiophysiciens formés depuis 1977⁴ est de 697. Ils sont soit agréés par le ministre de la Santé, soit titulaires du diplôme de qualification en physique radiologique et médicale (DQPRM)⁵. Cette formation, correspondant à une qualification professionnelle de niveau universitaire, est organisée conjointement par l'Institut national des sciences et techniques nucléaires (INSTN) et l'institut Gustave-Roussy en association avec la Société française de physique médicale. Elle est accessible sur concours à des étudiants titulaires d'un master spécifique⁶.

Un pourcentage important de diplômés fait un doctorat avant d'intégrer l'année de qualification.

Pour l'année universitaire 2007-2008, 50 étudiants sont en formation au lieu 42 depuis 2004 et 25 précédemment. La durée du DQPRM est actuellement de seize mois incluant douze mois de stage hospitalier réalisés dans un « service validant ».

En novembre 2004⁷, la formation, les missions et les conditions d'intervention des radiophysiciens ont été définies et étendues à toutes les utilisations médicales des rayonnements ionisants. Dans le domaine de la radiothérapie externe, il doit garantir que la dose délivrée au patient correspond à celle qui a été prescrite par le radiothérapeute. De plus, sa présence pendant la délivrance de la dose dans les services de radiothérapie externe est obligatoire. L'agrément du ministère de la santé n'est plus nécessaire à partir de cette date.

Les données disponibles ne permettent pas de préciser ceux qui sont en exercice ni la proportion exerçant actuellement en secteur médical toutes spécialités confondues. Toutefois, l'enquête menée par l'ASN permet une bonne identification des effectifs engagés dans l'activité de radiothérapie externe.

L'objectif de l'enquête réalisée par l'ASN est d'évaluer les besoins en physique médicale exclusivement pour les services de radiothérapie externe. 160 établissements sur 182 ont répondu.

Les résultats de cette enquête, qui contient de nombreuses informations sur les différentes techniques ainsi que sur les équipements et leur utilisation, ont été présentés lors de l'audition. Les aspects relatifs à la démographie sont principalement développés dans ce compte rendu.

L'effectif actuel en personnes spécialisées en radiophysique médicale (PSRPM) est de 299 ETP (équivalents temps plein) intervenant exclusivement en radiothérapie.

3. Le questionnaire a été élaboré par la Direction des rayonnements ionisants et de la santé.

4. Arrêté du 28 février 1977 relatif à la qualification des radiophysiciens (agrément ministère Santé, obligation accélérateurs linéaires, un lieu de formation).

5. Arrêté du 3 mars 1997 (création du DQPRM au sein de l'INSTN).

6. Arrêté du 7 février 2005 : trois masters permettent d'accéder au concours d'entrée au DQPRM ; arrêté du 26 juillet 2007 : quatrième master.

7. Arrêté du 19 novembre 2004 (plan organisation radiophysique médicale, présence obligatoire pendant les traitements de radiothérapie externe, multidisciplinarité : radiothérapie, médecine nucléaire, radiologie).

Les effectifs affectés à la préparation dosimétrique comportent en plus des radio-physiciens, 68 manipulateurs d'électroradiologie exclusifs et 154 MER participant aux traitements, ainsi que 119 dosimétristes.

Les PSRPM participent à la maintenance dans 119 centres, les dosimétristes dans 39 centres et les techniciens biomédicaux dans 45 centres.

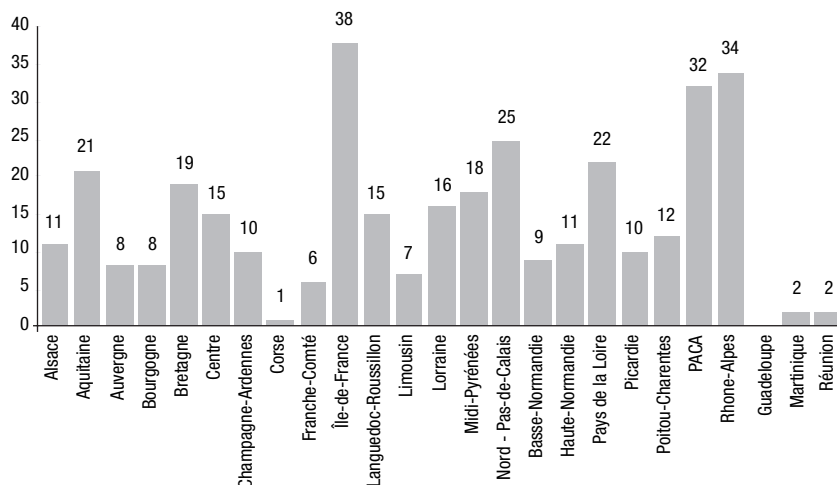
Deux documents de recommandations peuvent être utilisés comme référence pour apprécier la pertinence des effectifs actuels, celui établi par la DHOS⁸ et celui élaboré au niveau européen par l'EFOMP (European Federation of Organisations for Medical Physics). L'effectif dans le premier cas devrait être de 530 et dans le second de 431. Sur les 160 centres ayant répondu, 135 centres ne peuvent atteindre les effectifs préconisés et 60 centres ne peuvent assurer la présence effective d'une PSRPM pendant la durée des traitements de radiothérapie externe.

Les professionnels auditionnés soulignent que les radiophysiciens sont quatre fois plus nombreux en Grande-Bretagne et 3 fois plus nombreux en Allemagne, alors que la définition du métier est selon eux la même qu'en France dans ces deux pays.

Deux graphes présentés lors de l'audition permettent de visualiser par région, d'une part, la répartition des effectifs et, d'autre part, la situation actuelle des équipements et des patients traités (graphiques 4 et 5).

GRAPHIQUE 4

RÉPARTITION PAR ARH DES ÉQUIPEMENTS DE RADIOTHÉRAPIE POUR LES CENTRES AYANT RÉPONDU À L'ENQUÊTE ASN



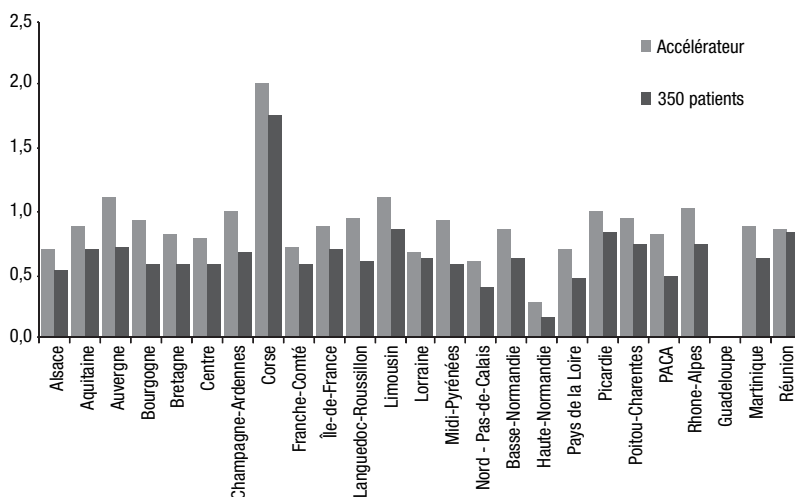
8. Selon la circulaire DHOS de 2002, un centre de radiothérapie disposant d'au moins deux appareils doit disposer d'un ETP pour 300 à 500 traitements et au moins d'un dosimétriste ; un centre de radiothérapie participant à la formation, l'enseignement, la recherche doit disposer d'un ETP pour 300 à 400 traitements annuels de radiothérapie, d'un ETP pour 250 curiethérapies par an, et d'un dosimétriste pour 300 à 500 planifications de traitement.

Les professionnels auditionnés attirent l'attention sur la part grandissante du temps des physiciens qui devra être consacrée, d'une part, aux fonctions de gestion et administratives et, d'autre part, au respect des obligations et de normes de plus en plus exigeantes.

La grande hétérogénéité des organisations des services de radiothérapie est enfin évoquée, après les résultats d'une étude menée dans le cadre de la mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH)⁹. Des améliorations dans ce domaine sont sans doute de nature à optimiser l'engagement des ressources humaines.

GRAPHIQUE 5

**NOMBRE DE PHYSICIENS EN FONCTION DU PARC MATÉRIEL (ETP PAR ACCÉLÉRATEUR)
ET DE L'ACTIVITÉ (ETP POUR 350 PATIENTS TRAITÉS ANNUELLEMENT)¹⁰**



■ ■ Les autres sources de données démographiques sont convergentes

Outre l'enquête réalisée par l'Autorité de sûreté nucléaire, plusieurs autres sources recensent les radiophysiciens.

Le rapport de la commission d'orientation sur le cancer de janvier 2003 faisait état d'environ 300 professionnels ; la France se situait, par million d'habitants, en avant-dernière position des quatorze autres pays européens.

En 2003, la SAE¹¹ recensait 329 radiophysiciens ayant une activité en radiothérapie, puis 345 en 2004 (dont 320 ETP¹²) et 339 en 2005 (dont 300 ETP). Une comparaison effectuée en 2004 entre les effectifs recensés par la DREES et ceux recensés

9. Le Spegagne D., Talandier D., Woynar S., « Organisation de la radiothérapie. Dispositif de déploiement », rapport d'étape, MeaH, mars 2007.

10. Les valeurs rapportées pour la Corse ne concernent qu'un établissement disposant d'un seul équipement en service au moment de l'enquête.

11. Statistique annuelle des établissements : base de données administrative sur l'activité de l'année écoulée dans les établissements de soins, gérée par la DREES au ministère de la Santé.

12. Équivalents temps plein.

par la SFPM¹³ la même année montre une forte concordance entre les deux sources (la SFPM aboutissait à 350 radiophysiciens dont 315 ayant une activité en radiothérapie).

Le fichier des adhérents de la Société française de physique médicale montre que la profession compte aujourd'hui à peu près autant de femmes que d'hommes.

Encore jeune, la moyenne d'âge est aujourd'hui de 44 ans, la profession a néanmoins vu apparaître les premiers retraités : 6 à 10 départs à la retraite par an sont à prévoir jusqu'en 2015.

■ ■ Répartition régionale des effectifs

En 2005, 157 établissements déclarent à la DREES employer des radiophysiciens à plein temps pour des actes de radiothérapie. L'immense majorité de ces centres accueille un ou deux radiophysiciens (en ETP), traduisant une répartition plutôt homogène de ces professionnels sur le territoire. Seuls les dix plus importants centres de radiothérapie français regroupent plus de quatre physiciens médicaux par centre, jusqu'à dix professionnels au maximum.

Si l'on rapporte le nombre de radiophysiciens à la population régionale, les six régions du quart sud-ouest de la France apparaissent comme les mieux dotées, avec l'Île-de-France, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et la Corse.

La différence de densité de radiophysiciens entre régions peut varier dans un rapport de 1 à 3, entre le Nord - Pas-de-Calais (environ 2,5 radiophysiciens par million d'habitants) et le Limousin (environ 7,5 radiophysiciens par million d'habitants).

Par rapport à d'autres professions similaires (autres métiers de la radiothérapie, ou bien médecins spécialistes), cette amplitude de densité interrégionale est relativement importante, mais s'explique cependant par le faible nombre de professionnels de la corporation (entre 300 et 350 selon les sources), ce qui rend la distribution très susceptible au moindre écart de dénombrement et à la population régionale. Par exemple, certains établissements (en blanc sur la carte 10) pratiquent la radiothérapie mais ne déclarent pas (ou mal) leur activité à la DREES, ce qui explique les divergences selon la source choisie (157 centres emploient des radiophysiciens pour des actes de radiothérapie en 2005 selon la DREES, 182 centres sont recensés par l'ASN). Ce genre d'écart peut influencer la densité régionale.

Le contenu et l'attractivité de la formation souffrent d'une insuffisante lisibilité de l'exercice.

Les représentants de la profession soulignent, lors de l'audition, le problème du manque d'attractivité de ce métier. Pour partie, il s'inscrit dans le cadre plus général du désintérêt observé pour l'ensemble des filières scientifiques. La promotion de cette profession a été engagée auprès des universités, mais les retombées sont faibles car les conditions de travail sont à l'évidence difficiles et la responsabilité des praticiens est forte.

Il est souligné que cette profession connaît une très grande mobilité d'un centre à l'autre, mais aussi dans une plus faible mesure du sanitaire vers l'industriel.

13. Société française des physiciens médicaux.

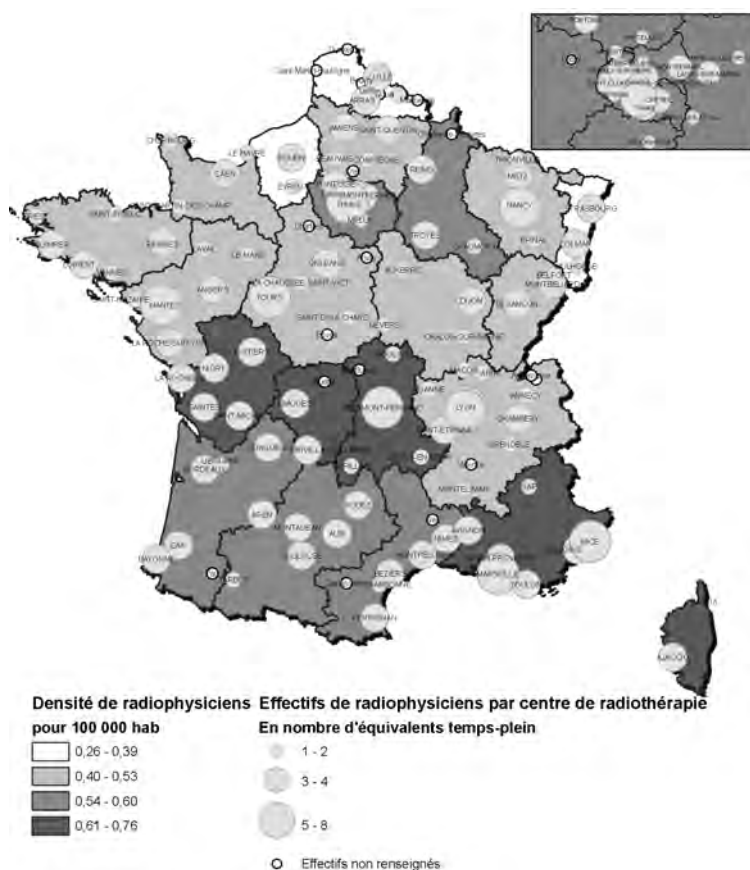
L'application de la physique à la médecine constitue l'intérêt de ce métier. Cependant, il est souligné que la formation est à la fois pointue mais organisée de façon empirique et volontaire. De plus, contrairement à beaucoup de pays, il n'existe pas en France de chaire universitaire de physique médicale individualisée. Par exemple, l'enseignement est assuré par des collègues, ce qui alourdit leur charge de travail sans aucune compensation. Un représentant de l'INCA soulève la question des services validant. Ils sont actuellement vingt-cinq services volontaires, obtenus un peu sous pression car le fait d'assurer la formation n'est associé à aucun retour ni pour le formateur ni pour l'établissement. Les stagiaires sont indemnisés seulement depuis 2004 (Plan cancer).

Le représentant de la SFPM informe qu'un registre professionnel a été mis en place par la Société permettant d'attester que chaque membre qui s'y inscrit, sur la base du volontariat, a suivi des enseignements de formation continue.

La SFPM souhaiterait donner à ce registre un caractère plus officiel.

CARTE 10

DENSITÉ RÉGIONALE DES RADIOPHYSICIENS



Sources : ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement et ministère de la Santé et des Solidarités, DREES, base SAE 2006, données administratives. Estimation de population INSEE 2005. Exploitation INCA 2007.

Les manipulateurs d'électroradiologie médicale

■ ■ Les chiffres sur les manipulateurs d'électroradiologie médicale

Une faible part seulement des effectifs de manipulateurs en électroradiologie exerce en radiothérapie.

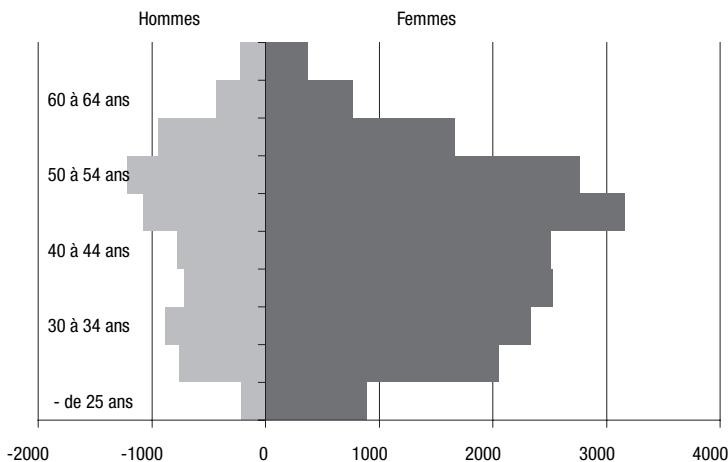
Le répertoire ADEL recense 26 311 manipulateurs en exercice au 1^{er} janvier 2007 (France + DOM), dont 75 % (19 800 environ) exercent dans les établissements hospitaliers, (56 % dans les hôpitaux publics, 8 % dans les établissements PSPH et 11 % dans les cliniques), 19 % exercent dans les cabinets de radiologie et 6 % dans d'autres structures (centres de santé, établissements de soins et prévention, prévention en entreprise...).

Le secteur privé lucratif (cabinets et cliniques) totalise 30 % de l'effectif.

Cette profession est majoritairement exercée par des femmes (72,4 % de femmes). La proportion d'hommes est plus importante dans les tranches d'âge élevées (25 % chez les moins de 40 ans, 36 % chez les 55 ans et plus). Sur la période récente (depuis 1999), la proportion de femmes est stable. La moyenne d'âge est de 43 ans (44 ans chez les hommes et 42 ans chez les femmes). La profession vieillit ; en 2007, 60 % des manipulateurs ont 40 ans ou plus, alors qu'ils étaient 50 % en 2000 et un tiers en 1994.

GRAPHIQUE 6

PYRAMIDE DES ÂGES DES MANIPULATEURS D'ÉLECTRORADIOLOGIE MÉDICALE AU 1^{ER} JANVIER 2007



En huit ans, de 1999 à 2007, les effectifs ont augmenté de 24 %, soit une progression annuelle moyenne de 2,7 %.

TABEAU 16

ÉVOLUTION 1999-2008 DES EFFECTIFS DE MANIPULATEURS D'ÉLECTRORADIOLOGIE MÉDICALE

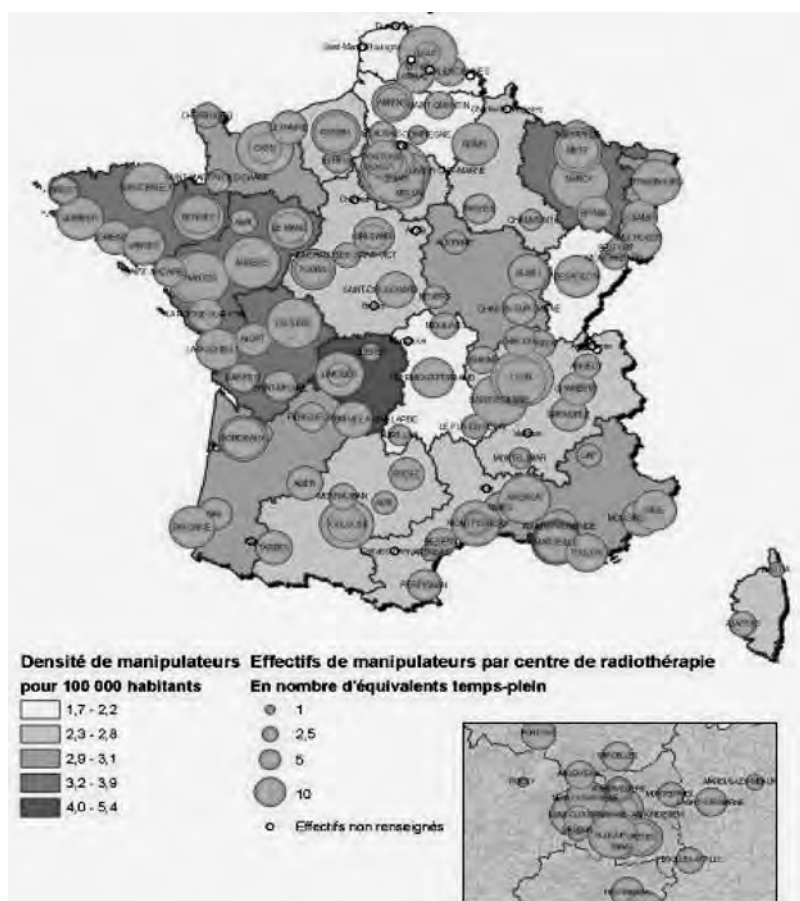
Au 1 ^{er} janvier	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TCAM
Manipulateurs d'électroradiologie médicale	21 195	21 911	22 213	22 804	23 475	24 310	24 920	25 520	26 311	2,74%

■ ■ Une répartition géographique similaire à celle des autres métiers de la radiothérapie

Que ce soit pour la carte des manipulateurs en radiothérapie (carte 11) ou en général (carte 12), la répartition géographique des effectifs fait apparaître les mêmes régions à faible densité que pour d'autres professions médicales, notamment les autres professions de la radiothérapie (radiophysiciens et radiothérapeutes). Les régions Nord - Pas-de-Calais, Picardie, Centre et Franche-Comté présentent des densités faibles tandis que le Sud-Est, l'Alsace, la Lorraine et l'Île-de-France demeurent bien dotées, même si on peut isoler certaines spécificités liées exclusivement à la radiothérapie.

CARTE 11

LES MANIPULATEURS EN RADIOTHÉRAPIE EN 2005



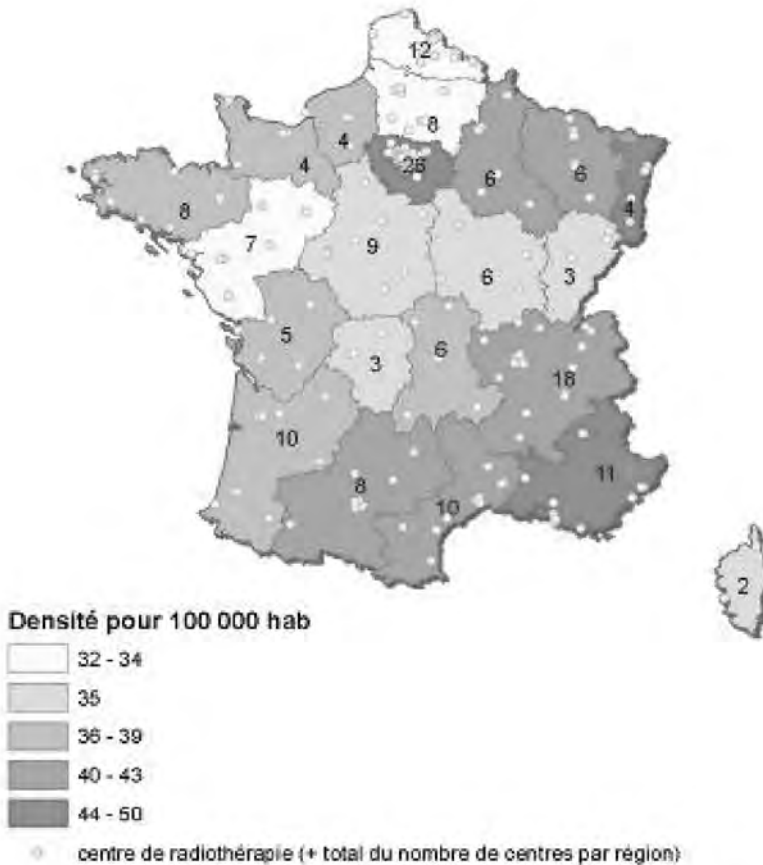
Sources : ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement et ministère de la Santé et des Solidarités, DREES, base SAE 2006, données administratives INSEE. Estimation de population INCA 2007. Exploitation INCA 2007.

Les écarts entre les densités extrêmes varient du simple au double, ce que l'on observe de façon à peu près similaire pour les autres professions de la radiothérapie.

Comme on le voit dans la carte 11, les MER qui ont une activité de radiothérapie sont moins nombreux et ils se répartissent selon les régions de façon diverse par rapport à l'ensemble des effectifs de cette profession.

CARTE 12

DENSITÉ RÉGIONALE DES MER (TOUTES SPÉCIALITÉS : IMAGERIE, MÉDECINE NUCLÉAIRE, RADIOTHÉRAPIE...)



Sources : manipulateurs, ministère de la Santé, 2005. Radiophysiciens, SFPM, 2004. Population 2004 et 2005, INSEE, Autorité de sûreté nucléaire. Exploitation INCA 2007.

La densité régionale s'échelonne entre 33 et 53 manipulateurs pour 100 000 habitants, pour une moyenne de 41,5 (France métropolitaine). L'Île-de-France, le sud mais aussi l'est de la France (Alsace) sont les régions les mieux pourvues ; la Picardie (33) et les Pays de la Loire (34) sont les moins pourvues. Dans les départements d'outre-mer, la densité varie de 12 en Guyane à 34 manipulateurs pour 100 000 habitants en Martinique.

■ ■ Des perspectives démographiques défavorables

Le vieillissement des MER risque de renforcer les tensions dans un contexte de déficit de vocations et de faible lisibilité du métier. Dans la fonction publique hospitalière, 4 144 départs à la retraite sont attendus sur la période 1999-2015, soit 44 % des effectifs de 1999¹⁴. L'augmentation du taux de croissance annuel moyen des effectifs observée ces dernières années (2,7 % entre 1999 et 2007) permettra aux MER de conserver un solde entrées-sorties positif dans les vingt prochaines années, mais en décroissance.

L'arrivée des équipements lourds dans un contexte de pénurie de personnel entraîne une surenchère des salaires et des écarts importants sont observés entre les secteurs privé et public au détriment de ce dernier (2 000 à 2 500 euros dans le secteur privé, 1 400 euros dans la FPH). Toutefois, cette affirmation ne s'applique pas aux jeunes diplômés, puisque en octobre 2006, 57,09 % se sont orientés vers le secteur public ou PSPH, pour 38,59 % en secteur privé. En revanche, il est vrai que les structures libérales possédant un plateau technique important deviennent, du moins à l'embauche, attractives sur le plan salarial. De plus, les titularisations dans la fonction publique hospitalière sont lentes car les établissements préfèrent souvent recruter des agents contractuels.

■ ■ Les tensions démographiques liées à l'environnement et aux évolutions du métier

Depuis quelques années, le déséquilibre s'accroît entre la demande et l'offre de MER. En témoigne l'impossibilité de mettre en service de nouveaux équipements de radiothérapie, faute de MER. Plusieurs éléments expliquent ces tensions :

- l'impact de la RTT qui a été évalué à 1 000 à 1 100 MER supplémentaires sur la période 2000-2004 ;
- l'évolution du parc des équipements lourds qui fait l'objet depuis quelques années d'un rattrapage du retard français dans le cadre du Plan hôpital 2007 ;
- en radiothérapie, l'augmentation de l'amplitude de fonctionnement des équipements augmente le besoin en MER. La généralisation du traitement des images et des réseaux élargit le champ d'attribution des MER ;
- demain, les critères d'agrément pour la pratique de la radiothérapie externe qui font obligation de deux manipulateurs au poste de traitement sur toute la plage d'irradiation augmenteront le déficit en manipulateurs.

Le SROS 3 de Lorraine, par exemple, évalue à plus de cinquante ETP de MER les besoins nouveaux, en fonction de l'extension de l'amplitude horaire des plateaux techniques et de l'implantation de nouveaux équipements.

14. Facteurs d'évolution probables à moyen et long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social publics impactant les ressources humaines et les organisations, mars 2007, Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière, DHOS.

■ ■ Les initiatives de la profession en matière de démographie : les effectifs en formation

Le Comité d'harmonisation des centres de formation de manipulateurs en électroradiologie médicale publie chaque année un bilan des effectifs en formation et de la situation de l'emploi des étudiants diplômés¹⁵. Dans le cadre de l'état des lieux entrepris sur les métiers de la radiothérapie, ces données ont été mises en perspective avec celles relatives aux effectifs en activité et avec celles se rapportant aux équipements. Les analyses réalisées par le secrétaire général de ce comité ont été présentées lors de l'audition.

DES DENSITÉS RÉGIONALES TRÈS CONTRASTÉES D'EFFECTIFS EN FORMATION QUI NE SONT PAS FORCÉMENT CONGRUENTES AVEC LES DENSITÉS DE PROFESSIONNELS EN EXERCICE

Deux régions, le Limousin et la Corse, ne disposent pas de centre de formation. La densité de jeunes diplômés formés par région en 2006 varie de 0 à 2,10 jeunes diplômés pour 100 000 habitants.

La comparaison entre la densité de manipulateurs et la densité d'étudiants en première année permet de mettre en évidence que, en métropole, cinq régions : Aquitaine, Bourgogne, Centre, Lorraine, Pays de la Loire, « compensent » une densité de manipulateurs inférieure à la médiane (nombre pour 100 000 habitants) par un taux d'admission d'étudiants en première année supérieur à cette valeur de référence.

Ce n'est pas le cas pour Poitou-Charentes et la Franche-Comté, qui présentaient déjà, en regard de la population de manipulateurs, des taux de diplômés et d'étudiants admis en première année parmi les plus bas enregistrée en métropole. La région Midi-Pyrénées, située au-dessus de la médiane pour la densité de manipulateurs, figure parmi les régions qui admettent le moins d'étudiants en première année et forment le moins d'étudiants comparativement au nombre de professionnels en exercice au 1^{er} janvier 2006.

LA PART DES MANIPULATEURS EXERÇANT EN RADIOTHÉRAPIE EST ÉVALUÉE AVEC IMPRÉCISION ENTRE 10 ET 12 % DES EFFECTIFS GLOBAUX

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

15. Comité d'harmonisation des centres de formation des manipulateurs en électroradiologie médicale, enquêtes 2006, Nancy, 15 janvier 2007.

Les deux sources de données convergent toutefois pour mettre en évidence une part faible de manipulateurs exerçant en radiothérapie. Selon l'enquête du comité d'harmonisation, au 1^{er} octobre 2006, 11,65 % des diplômés dont la situation au 1^{er} octobre 2006 était connue exerçaient à cette date en radiothérapie, ce qui représente un effectif de 89 diplômés. Si on applique ce taux à la totalité des diplômés, la valeur haute des jeunes manipulateurs embauchés dans les unités de radiothérapie atteint 105 personnes.

Les analyses présentées lors de l'audition montrent que les régions présentant de fortes densités de manipulateurs ne sont pas forcément celles dans lesquelles la densité de manipulateurs exerçant en radiothérapie est élevée.

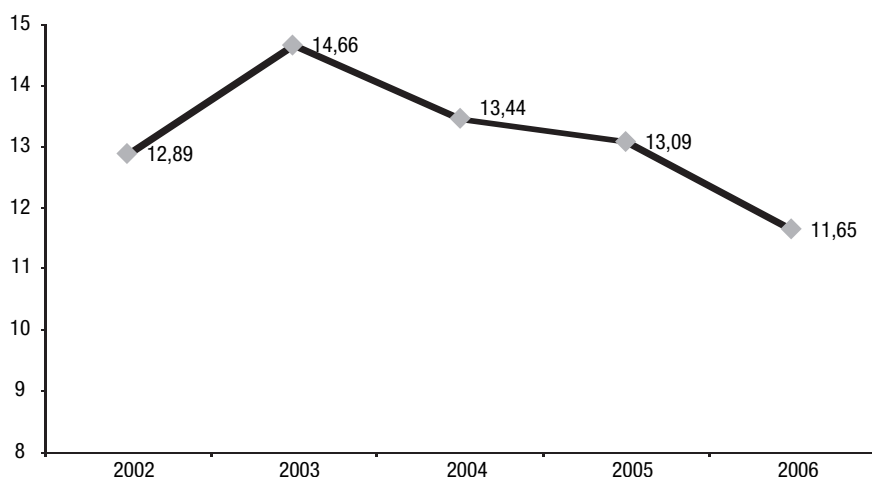
Les cinq régions dans lesquelles les orientations vers la radiothérapie sont les plus faibles sont : Bretagne, Nord - Pas-de-Calais, PACA, Pays de la Loire, Picardie. Pour Nord - Pas-de-Calais et PACA, ces chiffres sont à rapprocher de la faible densité des manipulateurs en radiothérapie d'après la SAE 2005. Dans une moindre mesure, Champagne-Ardenne peut être associée à ce groupe.

En revanche, l'Alsace, l'Aquitaine, la Basse-Normandie, la Haute-Normandie et Midi-Pyrénées possèdent un taux élevé de jeunes diplômés ayant opté pour la radiothérapie, de nature à équilibrer, si toutes les embauches se situent régionalement, une faible densité mise en évidence par la SAE 2005.

À titre indicatif, le pourcentage d'embauches en radiothérapie des jeunes diplômés (situation au 1^{er} octobre de l'année de référence) de 2002 à 2006 est illustré sur le graphique suivant qui fait apparaître une part de manipulateurs exerçant en radiothérapie en diminution.

GRAPHIQUE 7

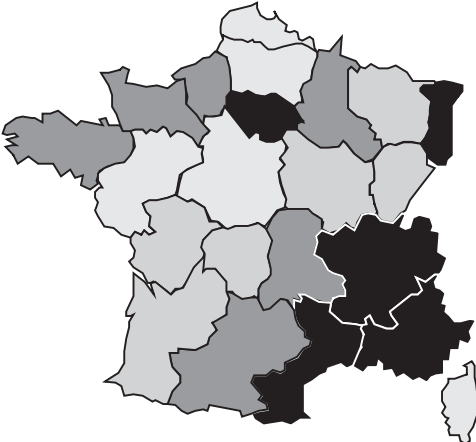
**POURCENTAGE D'EMBAUCHES DES JEUNES DIPLÔMÉS EN RADIOTHÉRAPIE,
SITUATION AU 1^{ER} OCTOBRE DE L'ANNÉE D'OBTENTION DU DIPLÔME**



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

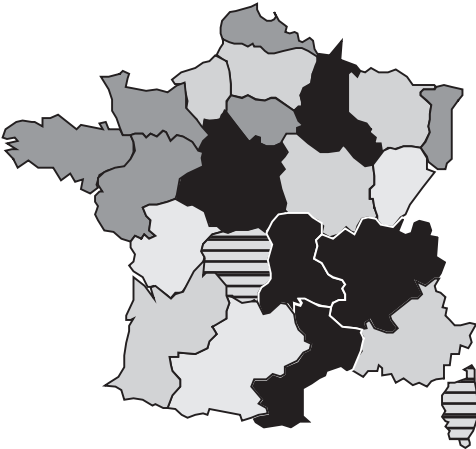
CARTE 13

NOMBRE DE MANIPULATEURS MER POUR 100 000 HABITANTS AU 1^{ER} JANVIER 2006



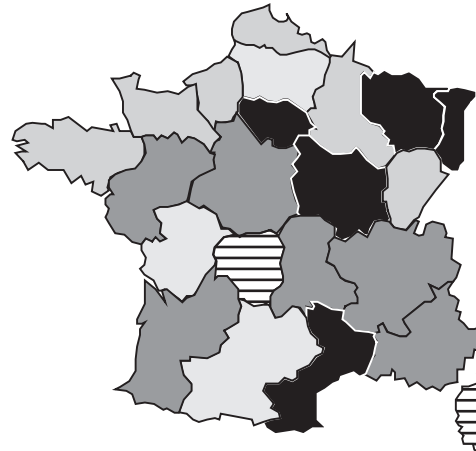
PICARDIE	32,93	
PAYS DE LOIRE	33,63	
CORSE	35,13	
CENTRE	35,17	
NORD-PAS-DE-CALAIS	35,96	
POITOU-CHARENTES	36,25	
LIMOUSIN	36,55	
FRANCHE-COMTE	36,65	
BOURGOGNE	36,70	
LORRAINE	37,45	
AQUITAINE	38,17	
AUVERGNE	38,46	
BASSE-NORMANDIE	38,58	
BRETAGNE	38,62	
HAUTE-NORMANDIE	39,98	
MIDI-PYRENEES	41,05	
CHAMPAGNE-ARDENNE	41,37	
RHONE-ALPES	41,43	
LANGUEDOC-ROUSSILLON	43,65	
ÎLE-DE-FRANCE	46,88	
PACA	49,15	
ALSACE	51,07	

NOMBRE DE JEUNES DIPLÔMÉS FORMÉS PAR RÉGION EN 2006 POUR 100 000 HABITANTS



CORSE	0,00	
LIMOUSIN	0,00	
POITOU-CHARENTES	0,82	
FRANCHE-COMTE	0,96	
MIDI-PYRENEES	1,05	
BOURGOGNE	1,17	
PICARDIE	1,22	
AQUITAINE	1,23	
LORRAINE	1,33	
HAUTE-NORMANDIE	1,38	
PACA	1,40	
NORD-PAS-DE-CALAIS	1,43	
BASSE-NORMANDIE	1,45	
ÎLE-DE-FRANCE	1,48	
PAYS DE LOIRE	1,55	
BRETAGNE	1,56	
ALSACE	1,65	
CENTRE	1,72	
RHONE-ALPES	1,90	
CHAMPAGNE-ARDENNE	2,02	
LANGUEDOC-ROUSSILLON	2,02	
AUVERGNE	2,10	

NOMBRE D'ÉTUDIANTS ADMIS EN 1^{RE} ANNÉE POUR 100 000 HABITANTS



CORSE	0,00	
LIMOUSIN	0,00	
PICARDIE	1,17	
POITOU-CHARENTES	1,40	
MIDI-PYRENEES	1,56	
FRANCHE-COMTE	1,57	
BASSE-NORMANDIE	1,73	
BRETAGNE	1,79	
CHAMPAGNE-ARDENNE	1,79	
NORD-PAS-DE-CALAIS	1,86	
HAUTE-NORMANDIE	1,93	
CENTRE	2,08	
RHONE-ALPES	2,23	
AUVERGNE	2,25	
PACA	2,28	
AQUITAINE	2,32	
PAYS DE LOIRE	2,42	
ALSACE	2,53	
ÎLE-DE-FRANCE	2,59	
LANGUEDOC-ROUSSILLON	2,62	
BOURGOGNE	2,77	
LORRAINE	2,95	

L'ESTIMATION DES BESOINS

La féminisation du métier et l'importance des temps partiel montrent les limites d'un raisonnement en effectifs et rendent indispensable le raisonnement en ETP pour parvenir à un diagnostic de l'offre de soins. L'évolution des besoins en effectifs provient également des évolutions techniques qui s'accompagnent d'un allongement des temps de préparation.

Une estimation prévisionnelle des besoins régionaux en manipulateurs liés à l'utilisation des équipements d'imagerie autorisés, non encore installés au 31 décembre 2006 a été présentée. La référence est celle qui avait été précédemment retenue dans le rapport 2004 de l'ONDPS¹⁶.

Il était estimé qu'un nouvel équipement d'imagerie nécessitait entre 3,3 et 4 manipulateurs dans les conditions suivantes : dix à douze heures d'utilisation quotidienne sur cinq jours par semaine, présence simultanée de deux manipulateurs pour une durée annuelle de travail de 1 560 à 1 600 heures.

L'analyse des besoins engendrés par l'application d'un taux de 3,3 manipulateurs, en tenant compte du nombre d'étudiants diplômés par région en 2006 ainsi que du taux d'embauches régionales, montre que pour 6 régions, les besoins en manipulateurs liés à la mise en œuvre des nouveaux équipements d'imagerie sont supérieurs au nombre de manipulateurs formés régionalement en 2006. Il s'agit de la Bourgogne, de la Franche-Comté, de l'Île-de-France, du Limousin (pas de formés), de Midi-Pyrénées et de Poitou-Charentes.

À l'exception de la Franche-Comté, ces régions possèdent un taux d'embauches régionales supérieur à la valeur médiane (0,7). En d'autres termes, le déficit en manipulateurs ne pourra être comblé uniquement par une « fidélisation régionale » plus forte, puisque celle-ci se situe déjà à un haut, voire à un très haut (Île-de-France) niveau.

En Guadeloupe et en Guyane, le nombre d'embauches extrarégionales de jeunes diplômés en 2006 ne « couvre » pas les besoins liés aux nouveaux équipements d'imagerie non installés, par contre le déséquilibre est moindre pour la Martinique qui par ailleurs a ouvert une section DTS de quinze étudiants en 2005.

Pour la Réunion, possédant également une section DTS depuis 2005, la situation semble plus favorable en matière de réponses potentielles aux besoins.

L'ATTRACTIVITÉ DE L'EXERCICE EN RADIOTHÉRAPIE EST UNE QUESTION URGENTE

Les représentants de l'oncologie radiothérapique rappellent que les manipulateurs sont des soignants, dont la relation avec le patient est importante. Tous les participants s'accordent pour souligner que le recrutement et la fidélisation des manipulateurs en radiothérapie ne doit pas passer par une spécialisation ou une partition de la formation. Il existe bien une spécificité de l'exercice en radiothérapie, mais les professionnels sont attachés aux possibilités de mobilité ; la voie unique de formation offre une souplesse à cet égard qu'il est important de préserver.

Il est rappelé que ce métier est difficile, c'est un métier posté et cadencé confronté à un flux important de malades. Le manipulateur ne pouvant déléguer à personne,

16. Rapport ONDPS 2004, Tome 3, *Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale*, La Documentation française.

une meilleure répartition des tâches permet certes de faire face, mais ne peut compenser le manque de professionnels. En outre, les possibilités de progression professionnelle sont faibles.

Deux pistes de réflexion sont évoquées : la première concerne l'évolution du métier, à travers par exemple la définition d'un second niveau de manipulateurs, qui ne serait pas une spécialisation. L'ouverture vers la dosimétrie, la consultation d'annonce telle qu'elle a été promue dans le cadre du dispositif mis en place par l'INCA et la DHOS, la programmation, l'évaluation médico-technique... permettraient de définir des nouveaux espaces d'intervention professionnelle.

La seconde évolution concerne la promotion des services de radiothérapie. La mise en place de scanner pourrait y contribuer, de même que les techniques innovantes que sont la tomothérapie et le CyberKnife®, car ces techniques sont perçues comme attractives pour les plus jeunes. Une amélioration des conditions de stage est également évoquée comme étant susceptible de favoriser l'attractivité du métier.

Les représentants des manipulateurs présents lors de l'audition se déclarent favorables à la définition de quotas de formation et ils s'inquiètent des tensions que pourrait provoquer le financement maintenant régional de la formation.

UNE RÉFLEXION SUR LA FORMATION DEVRAIT ACCOMPAGNER L'ÉVOLUTION DES COOPÉRATIONS ENTRE MÉTIERS ET L'ÉMERGENCE DE NOUVELLES FONCTIONS

Les échanges ont porté en premier lieu sur le métier de dosimétriste. Le recensement effectué par l'ASN fait apparaître en effet qu'ils constituent un apport certain en effectif dans les services de radiothérapie. Or, s'il existe aujourd'hui une licence de dosimétriste à Montbéliard et à Nice, ni le diplôme ni la filière ne sont reconnues. Comme le montre l'enquête réalisée, ils effectuent cependant des actes en radiothérapie qui ne leur sont pas réglementairement attribués. Cette observation concerne également les radiophysiciens. Selon les déclarations relevées dans l'enquête réalisée par l'ASN, ils réalisent des contourages d'organes et de volume cible, ce qui ne correspond pas aux attributions de leur profil de poste.

Selon plusieurs participants, la présence de dosimétristes dans les services manifeste le besoin d'un quatrième métier qui émerge : celui d'un technicien supérieur qui participe, d'une part, à la dosimétrie clinique (dossier patient) et, d'autre part, à la dosimétrie physique (contrôle des équipements). Les composantes du métier comporteraient une valence médicale et une valence physique. Le technicien dosimétriste pourrait être cette quatrième figure de la radiothérapie. Il est toutefois précisé que l'intérêt de ce métier serait de faire mieux et non de faire à la place, et ne pourrait donc compenser le problème numérique auquel sont confrontés les trois métiers actuels.

Les expérimentations en cours d'évaluation à la Haute Autorité de santé (HAS) doivent permettre, dans un délai rapproché, de disposer d'éléments nouveaux de réflexion dans le domaine de la répartition des tâches et des activités.

Les professionnels auditionnés relèvent que la création de nouveaux métiers ne saurait constituer « la réponse » à la question de l'attractivité de l'exercice de la radiothérapie. Des restructurations dans chaque service sont d'abord nécessaires, les résultats de l'étude de la MEAH y invitent tant est grande la variation des organisations. Des progrès sont à réaliser ensuite pour développer une meilleure connaissance réci-

proque des différents métiers. L'accueil des métiers ensemble pourrait par exemple stimuler une vision plus globale de la part de chacun. À cet égard, le partage du champ de compétences entre médecine nucléaire et radiothérapie est une perspective également évoquée. La nécessité de poursuivre également des réflexions communes avec les radiologues a été soulignée.

Les professionnels auditionnés considèrent que les incidences éventuelles de l'accident survenu à Épinal sur l'attractivité de l'ensemble des métiers de la radiothérapie sont difficiles à évaluer mais ils sont persuadés qu'elles ne sont pas à négliger.

Des efforts sont enfin à développer en matière de formation. Celle des radiophysiciens paraît à redéfinir. Plus généralement, la définition des services qualifiants constitue un grand chantier à examiner conjointement pour toutes les professions.

Enfin, les participants de l'INCA et de l'ONDPS soulignent que le métier ne peut être entièrement acquis au moment de la formation et qu'il est indispensable de définir un espace de formation tout au long de la carrière. Il leur paraît souhaitable de trouver un équilibre entre la formation initiale qui s'allonge et la formation professionnelle, rendue nécessaire en raison de l'accélération du cycle des innovations technologiques.

■ Liste des participants à l'audition des professionnels des métiers de la radiothérapie

■ M. le professeur Michel BOLLA

Président de la Société française de radiothérapie oncologique (SFRO)
CHU Grenoble, hôpital Nord

■ M. le docteur Bruno CHAUVET

Société française de radiothérapie oncologique (SFRO)
Institut Sainte-Catherine, Avignon

■ M. le professeur Guy KANTOR

Président du Collège national des enseignants de cancérologie (CNEC)
Institut Bergonié, Bordeaux

■ M. le docteur Cedrik LAFOND

Président de la Société française des jeunes radiothérapeutes oncologues (SFJRO)
Service de radiothérapie, centre Alexis-Vautrin, Vandœuvre

■ M. Pascal FRANÇOIS

Société française de physique médicale (SFPM)
Institut Curie, Paris

■ M. Jean-Luc GODET

Directeur/Direction des rayonnements ionisants et de la santé
Autorité de sûreté nucléaire (ASN), Paris

■ M. le docteur Thierry KIFFEL

Autorité de sûreté nucléaire (ASN), Paris

■ M. Thierry SARRAZIN

Président de la Société française de physique médicale (SFPM)
Centre Oscar-Lambret, Lille

■ M. Marc VALERO

Autorité de sûreté nucléaire (ASN), Paris

■ M. Joël BAUDREY

Commission Radiothérapie à l'Association française du personnel paramédical d'électroradiologie (AFPPE), hôpital Michallon, Grenoble

■ M. Jean-Maurice PUGIN

Secrétaire général de l'Institut de formation de manipulateurs d'électroradiologie médicale
CHU Nancy



es caractéristiques synthétiques de 21 métiers impliqués dans la prise en charge des patients atteints du cancer

Chaque métier intervenant dans la prise en charge du cancer a été analysé de façon systématique en respectant le plan suivant : définition de la profession, formation initiale, domaine d'intervention en cancérologie, mode d'exercice, particularités du métier, évolution de l'activité et des effectifs.

Le résultat de ces travaux est présenté dans ce chapitre sous forme d'une fiche par métier, à l'exception des fiches sur la radiothérapie incluses dans le chapitre dédié (page 29).

■ ■ Les spécialités médicales

- Anatomie-cytopathologie
- Dermatologie
- Gastro-entérologie
- Médecine générale
- Médecine interne
- Médecine nucléaire
- Neurologie
- Onco-hématologie
- Oncologie médicale
- Oncopédiatrie
- Pneumologie
- Radiodiagnostic et imagerie médicale

■ ■ Les spécialités chirurgicales

- Gynécologie-obstétrique
- Chirurgie thoracique
- Chirurgie urologique
- Chirurgie viscérale et digestive

■ ■ Les autres professions intervenant en cancérologie

- Biologiste médical
- Conseiller en génétique
- Infirmier
- Pharmacien
- Psycho-oncologue

ANATOMO-CYTOPATHOLOGIE

Définition de la profession

L'anatomo-cytopathologie est une spécialité médicale qui étudie les modifications morphologiques et biologiques des organes, des tissus et des cellules au cours du processus pathologique. Elle repose sur un examen macroscopique et microscopique (coupes tissulaires de 3 à 5 μ). Cet examen permet de porter un diagnostic précis, de fournir des éléments d'appréciation du pronostic des maladies et de guider le médecin clinicien pour un traitement adapté médical ou chirurgical.

L'appropriation des techniques de biologie moléculaire permet actuellement au médecin pathologiste d'identifier des déterminants prédictifs de réponse au traitement et de nouveaux déterminants pronostiques.

L'anatomo-cytopathologie permet en outre de mieux comprendre les causes et les mécanismes des maladies.

Formation initiale

La formation à la spécialité « Anatomie et cytologie pathologiques » nécessite la réussite des candidats à l'internat en médecine, dans la filière « spécialités médicales ». Elle relève d'un diplôme d'études spécialisées d'une durée de 5 ans.

Domaine d'intervention en cancérologie

L'anatomo-cytopathologie est une discipline fondamentale en cancérologie puisque seul l'examen anatomo-pathologique des prélèvements (biopsies) réalisés lors d'actes opératoires, de consultations et d'endoscopies permet d'affirmer le diagnostic de cancer. Cet examen détermine aussi le type de cancer et les caractéristiques d'agressivité des cellules et d'extension de la tumeur (ganglions, viscères). Ces éléments permettent d'évaluer le pronostic de la maladie et aux médecins cliniciens d'adapter au mieux la thérapeutique. Le pathologiste apporte aussi par ses techniques d'examen rapide (examen extemporané) une aide importante au chirurgien pendant son intervention, par exemple en lui confirmant ou non la malignité d'une tumeur, en lui garantissant l'ablation totale de la lésion ou en l'aidant à préciser le stade d'extension du cancer.

Le pathologiste est en outre un des acteurs indispensables des campagnes de dépistage des cancers. Il intervient notamment :

- dans le cancer du sein : toute lésion clinique ou radiologique suspecte fait l'objet d'une ponction ou d'une biopsie par le sénologue ou le radiologue et sera interprétée par le pathologiste ;
- dans le cancer du col utérin, le frottis cervico-utérin reste l'outil le plus efficace de ce dépistage.

Particularités du « métier » : dimension relationnelle, médicale, technique

Le pathologiste utilise des techniques avancées et performantes en microscopie (immunohistochimie) ou en biologie moléculaire. Elles se pratiquent dans des laboratoires équipés d'automates, mais restent très liées à l'interprétation d'images à l'œil nu et au microscope, ce qui rend la discipline dépendante de la qualité des informations médicales qui lui sont transmises. Le pathologiste intervient souvent en bout de chaîne (après le généraliste, le biologiste, le radiologue et enfin le spécialiste qui fait le prélèvement) et doit impérativement bénéficier de tous les éléments du dossier médical pour établir sa synthèse diagnostique.

Évolution du métier, notamment au regard du Plan cancer

L'anatomo-cytopathologie est une spécialité en pleine expansion en termes d'activité dans le domaine du cancer.

Acteur obligatoire des campagnes de dépistage des cancers, le médecin pathologiste voit son rôle s'accroître du fait du renforcement du dépistage précoce des cancers du sein, du colon, de la peau (mélanome...), du col de l'utérus...

L'implication du pathologiste dans les nouvelles stratégies diagnostiques et thérapeutiques est incontournable : l'organisation de collections tumorales (tumoro-thèques), la maîtrise de nouvelles technologies, l'expertise morphologique des pièces opératoires avec protocoles de plus en plus complexes sont les points forts de la discipline. Les pathologistes participent aux registres des tumeurs, aux réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), aux cancéropoles, et aux travaux de recherche clinique. L'utilisation progressive informatique de comptes rendus standardisés en pathologie cancérologique doit favoriser la rapidité, la qualité et la fiabilité des échanges d'information pour toutes ces activités en sus de la prise en charge des patients. Avec le développement des thérapies ciblées, les pathologistes sont de plus en plus sollicités avant la prescription d'un traitement.

Leur temps de travail est considérablement augmenté de par les déséquilibres structurels et dynamiques qui menacent la stabilité de la spécialité. La démographie incertaine altère déjà le service de santé publique.

Modes d'exercice

Selon la source Adeli/DREES, au 1^{er} janvier 2007, les 1588 spécialistes en anatomo-cytopathologie se répartissent selon différents modes d'exercice, principalement :

- libéral et mixte : 746, dont 51 % de femmes ;
- salarié exclusif (majoritairement hospitaliers) : 842, dont 69 % de femmes.

Les médecins spécialistes en anatomo-cytopathologie ont le plus souvent, une activité salariée.

Évolution des effectifs et perspectives quantitatives de renouvellement (attractivité du métier, des modes d'exercice, évolution du métier)

Effectifs : Au 1^{er} janvier 2007, les médecins spécialistes en anatomie et cytologie pathologiques sont au nombre de 1 588 en métropole et 1 611 pour l'ensemble du territoire français. Pour la métropole, la densité est passée de 1,2 pour 100 000 habitants en 1985 à 3 pour 100 000 habitants en 2007. Les pathologistes représentent 0,76 % du total des médecins et 1,48 % des spécialistes français. Ces effectifs sont complétés par ceux des généralistes titulaires d'une compétence en anatomie et cytologie pathologiques humaine, soit 41 médecins.

Vieillessement : L'âge moyen des spécialistes en activité est de 47,9 ans (46,9 ans pour les femmes et 49,4 ans pour les hommes). Le rétrécissement à la base de la pyramide des âges, surtout pour les moins de 40 ans traduit un relatif vieillissement. Le solde des entrées et sorties détermine l'évolution des effectifs des pathologistes en activité. Ainsi en 2005 en France métropolitaine, 25 médecins pathologistes se sont inscrits à l'Ordre et 21 ont cessé leur activité professionnelle, soit un solde positif de 4. En l'absence d'intervention plus volontariste sur les flux d'entrée, le vieillissement va inéluctablement s'accroître puis s'accompagner d'une réduction des effectifs liée aux départs massifs à la retraite à partir de 2010 avec une baisse d'environ 50 % des effectifs en 2020, ce qui rend l'augmentation du nombre d'actes par pathologiste inévitable, avec à terme le risque d'un allongement des délais de réponses fortement préjudiciable en cancérologie. La Société Française de Pathologie estime qu'il faudrait former 50 internes par an pour compenser les départs à la retraite dans les prochaines années, or on en forme 20. Le recrutement de jeunes médecins est trop faible. Il existe une forte augmentation des postes d'internes non pourvus...

La féminisation de la profession est conforme à la tendance moyenne en médecine. Elle atteint 60,2 % contre 38,8 % de femmes pour la totalité des médecins. Les femmes choisissent plus souvent des postes salariés pour leur activité. On observe que 25 % des femmes ont demandé un aménagement de leur temps de travail et exercent à temps partiel. Dans les hôpitaux, les femmes représentent 68,9 % des pathologistes. Cette situation se traduit par une augmentation du nombre de postes « équivalents temps plein » vacants.

La chute du nombre de pathologistes risque de mettre rapidement en danger la cancérologie privée comme publique en restreignant l'accès aux soins et conduire à l'éclosion d'un système de diagnostic parallèle et déconventionné.

DERMATOLOGIE

Définition de la profession

Les dermatologues sont des médecins spécialisés dans les maladies de la peau, des cheveux, des ongles et des muqueuses.

L'examen de la peau permet au dermatologue d'établir rapidement un diagnostic et de proposer un traitement.

Le dermatologue a également un rôle de prévention : en examinant la peau, il informe des dangers possibles et des précautions à prendre. Il effectue un certain nombre d'actes de chirurgie cutanée : prélèvements (biopsies), exérèse de lésions cutanées bénignes ou malignes, traitement par azote liquide, utilisation de lasers. Il conseille certains soins d'ordre cosmétique, contre les effets du vieillissement, des excès solaires ou de certaines maladies de la peau. Du fait de sa spécialité très transversale, le dermatologue est amené à collaborer avec d'autres spécialités impliquées en cancérologie, notamment l'hématologie, l'oncologie médicale, la pédiatrie, la pneumologie, la gastro-entérologie, la médecine interne, la gynécologie, etc.

Formation initiale

La dermatologie est une spécialité médicale qui nécessite, après le concours de l'internat, la validation du DES de dermatologie-vénéréologie d'une durée de quatre ans.

La maquette de la spécialité, définie à l'échelon national et harmonisée au niveau européen, prévoit un enseignement théorique et une formation pratique de :

- quatre semestres dans des services agréés pour le DES de dermatologie et vénéréologie, dont trois au moins doivent être accomplis dans des services hospitalo-universitaires ou conventionnés ;
- quatre semestres libres dont trois au moins doivent être accomplis dans des services agréés pour d'autres DES que le DES de dermatologie et vénéréologie ou pour des diplômes d'études spécialisées complémentaires.

Un effort particulier est fait pour la formation en cancérologie cutanée, puisque le Livret de l'interne pour la formation en dermatologie comporte de nombreux items concernant le diagnostic et la prise en charge des cancers cutanés. D'autre part, la prise en charge des patients atteints de cancers cutanés disséminés (mélanomes, lymphomes cutanés) représente une partie importante de leur activité de stage hospitalier.

En termes de **formation continue**, la mise à jour des connaissances s'opère au travers des congrès dont les principaux sont les Journées dermatologiques de Paris, sous l'égide de la SFD, et le congrès annuel de la Fédération de formation continue en dermatologie. On peut citer également le congrès annuel de l'Académie européenne de dermato-vénéréologie ou celui de l'Académie américaine de dermatologie.

Domaine d'intervention et part de la cancérologie

Il existe trois principaux types de cancers de la peau. Le carcinome basocellulaire est le plus fréquent, il ne produit jamais de métastases, son ablation au cabinet du dermatologue assure sa guérison. Le carcinome épidermoïde est également curable par la chirurgie mais il peut s'étendre aux ganglions. Le mélanome est le plus grave des cancers de la peau en raison notamment de sa capacité à métastaser. Il est directement lié aux expositions solaires. Sa fréquence augmente deux fois plus vite que celle des autres cancers. En vingt ans, elle a été multipliée par quatre chez l'homme et trois chez la femme. Le nombre estimé de nouveaux cas en 2000 était de 7231 (3 066 chez l'homme, 4 165 chez la femme) et l'on compte cette même année 1 364 décès. Dans le monde, on recense environ 133 000 nouveaux cas chaque année.

La très grande majorité des mélanomes de mauvais pronostic est prise en charge dans les services de dermatologie de CHU, où ils représentent la pathologie la plus fréquente en termes d'hospitalisation (exérèse chirurgicale initiale, bilans de surveillance : chimiothérapie, soins palliatifs). Le mélanome est une priorité du Plan cancer.

Les autres cancers cutanés pris en charge par le dermatologue sont les lymphomes cutanés (mycosis fongoïde et lymphomes B, papulose lymphomatoïde, lymphomes T cutanés CD30+) et d'autres tumeurs cutanées plus rares (carcinome de Merckel, sarcomes...).

Particularités du « métier » : dimension relationnelle, médicale, technique

La dermatologie est une spécialité anatomo-clinique dans laquelle le simple examen clinique, parfois complété par l'analyse d'une biopsie cutanée, permet de faire plus de 90 % des diagnostics. Cette spécialité très variée va de la pédiatrie et de la néonatalogie à la gériatrie, de la cosmétologie à la cancérologie, de la médecine interne à la génétique. Il s'agit d'une spécialité médico-chirurgicale dans laquelle la place de la chirurgie dermatologique peut être variable en fonction des goûts de chacun, soit réduite à quelques gestes d'exérèse simple, soit beaucoup plus développée voire représentant la quasi-totalité de l'exercice. Il s'agit en outre d'une spécialité transversale et de nombreux avis dermatologiques sont demandés par des collègues pédiatres, internistes, hématologues, infectiologues car les signes cutanés ont souvent une grande importance diagnostique dans ces maladies.

Enfin, c'est une spécialité dans laquelle la recherche est très active, qu'il s'agisse de la recherche clinique, épidémiologique ou thérapeutique, ou de la

recherche fondamentale qui touche tous les domaines, de la biochimie à la génétique moléculaire.

De nombreux champs d'activités hyperspécialisés existent : dermatologie instrumentale ou interventionnelle, dermatologie pédiatrique, dermato-allergologie, angio-dermatologie, onco-dermatologie, IST, dermatologie esthétique et cosmétologie...

Évolution du métier, notamment au regard du Plan cancer

L'augmentation régulière des cancers de la peau de 10 % tous les ans laisse envisager que le mélanome pourrait devenir d'ici à 2035 la première cause de mortalité par cancer pour les moins de 45 ans. L'accent est donc mis sur la prévention et sur l'importance du diagnostic précoce du mélanome pour améliorer les chances de guérison.

Des actions de prévention du mélanome ont été lancées en direction du grand public (mesure 20 du Plan cancer). Il s'agit de campagnes d'information qui ont pour objet d'alerter sur les risques liés à l'exposition solaire, notamment pendant l'enfance, et d'informer sur les moyens de protection.

D'autre part, plusieurs actions ont été lancées pour prévenir les risques liés à l'exposition aux UV artificiels (UVA) utilisés dans les cabines de bronzage. L'AFSSAPS, l'INVS, l'AFSSE et l'INCA ainsi que le Centre international de recherche sur le cancer participent à la réalisation d'un état des connaissances scientifiques concernant les effets sur la santé de l'exposition aux UV artificiels afin d'actualiser la classification des UV au regard du risque cancérogène.

Depuis sept ans, 168 000 personnes ont bénéficié d'un dépistage gratuit et près de 1300 cancers, dont environ 200 mélanomes, ont pu être détectés.

Les champs de développement prévisibles de la spécialité dans les années à venir sont l'onco-dermatologie (diagnostic, traitement chirurgical, traitement immuno-chimiothérapique), la prise en charge des dermatoses inflammatoires et auto-immunes par les nouvelles (bio)thérapies ou la dermatologie esthétique et la cosmétologie.

Modes d'exercice

Sur 4 064 dermatologues exerçant en France métropolitaine, 85 % (soit 3 459) sont en exercice libéral ou mixte et 15 % (soit 605) sont des salariés exclusifs, exerçant majoritairement en milieu hospitalier.

La dermato-vénéréologie est une des rares spécialités où la part des femmes (64 %) est plus importante que celle des hommes.

Évolution des effectifs et perspectives quantitatives de renouvellement (attractivité du métier, des modes d'exercice, évolution du métier)

Effectifs : on recense 4 064 dermatologues-vénéréologues en France métropolitaine et 4 131 pour la France entière. Ils représentent 1,95 % de l'ensemble des médecins et 3,8 % des spécialistes. La densité moyenne est de 7 dermatologues pour 100 000 habitants.

Vieillessement : l'âge moyen est de 50,2 ans.

13 % de cette population de spécialistes, soit 541 d'entre eux, ont plus de 60 ans. Le départ en retraite d'un grand nombre de dermatologues dans les 10 prochaines années devrait conduire à une importante pénurie. Le nombre de postes à pourvoir est donc très grand à la fois en dermatologie libérale et à un moindre degré en dermatologie hospitalière.

GASTRO-ENTÉROLOGIE

Définition de la profession

La gastro-entérologie concerne les maladies de l'appareil digestif et de glandes annexes (foie et pancréas). La gastro-entérologie comporte deux sous spécialités : l'hépatologie et la proctologie.

Formation initiale

Le titre de spécialiste s'obtient avec le diplôme d'études spécialisées (DES). Il existe des formations complémentaires comme les diplômes universitaires, les diplômes interuniversitaires ou bien un diplôme d'études spécialisées complémentaires comme par exemple en cancérologie (DESC de cancérologie).

Plus de 600 hépato-gastro-entérologues ont un DESC de cancérologie ou une compétence ordinale.

Domaine d'intervention et part de la cancérologie

Les hépato-gastro-entérologues interviennent dans le dépistage, la prise en charge initiale, l'orientation thérapeutique et les traitements médicaux des cancers digestifs.

Le *Livre blanc de l'hépatogastro-entérologie* signale déjà en 2001 que la cancérologie représente de 20 à 40 % des malades hospitalisés dans les services d'hépatogastro-entérologie des CHU, de 10 à 20 % dans les CHG et 10 % de la pratique des libéraux en cabinet et en hospitalisation privée. Selon une enquête menée par la Fédération des spécialistes des maladies de l'appareil digestif (FSMAD), ces chiffres sont en augmentation. La production scientifique témoigne de l'implication de ces spécialistes dans le domaine de la recherche, notamment clinique, dans le cadre de la Fédération française de cancérologie digestive ou d'autres groupes, mais aussi dans la recherche épidémiologique et fondamentale.

Particularités du « métier » : dimension relationnelle, médicale, technique

L'hépatogastro-entérologie est une spécialité clinique, biologique et technique lui conférant un champ d'action et une autonomie très vastes, ce qui fait d'elle une discipline transversale.

Au niveau hospitalier, quatre pôles d'activité se distinguent pour ces spécialistes : l'alcoologie, la nutrition, les urgences et la cancérologie digestive.

Les hépato-gastro-entérologues jouent un rôle très important dans le dépistage des cancers digestifs, mais aussi des maladies infectieuses telles que les hépatites virales.

L'endoscopie a un rôle fondamental dans le diagnostic et la surveillance des pathologies du tube digestif mais elle joue aussi un rôle thérapeutique considérable car environ 75 % des gastro-entérologues pratiquent des actes thérapeutiques endoscopiques.

Selon une étude de la Société française d'endoscopie digestive, le nombre d'endoscopies pratiquées en France en 2006 a augmenté de 7,1 % par rapport à 2005 soit 120 000 examens supplémentaires dont 70 000 coloscopies. Dans cette même étude, il est rapporté que plus de 70 000 nouveaux cancers digestifs (colorectaux, œsophage, cardia, estomac...) ont été diagnostiqués par endoscopie en 2006.

Les hépato-gastro-entérologues ont une implication croissante en cancérologie avec la prise en charge des traitements de nombreux patients (chimiothérapie, soins palliatifs).

Évolution du métier, notamment au regard du Plan cancer

L'hépto-gastro-entérologue joue un rôle majeur dans le dépistage du cancer colorectal aussi bien que dans le dépistage individuel d'autres types de tumeurs. Les mesures 24 et 25 du Plan cancer concernent la poursuite des expériences du dépistage du cancer colorectal. Le test Hemocult permet de sélectionner des patients avec une plus grande chance de trouver des lésions lors de la coloscopie de dépistage.

Les programmes de dépistage organisés en France ont tout d'abord été développés dans un cadre expérimental. À partir de 2002, le dispositif s'étend progressivement. Il est organisé au niveau local à travers les structures de gestion départementales qui s'appuient sur un tissu de médecins généralistes et de gastro-entérologues. Il y a environ 900 gastro-entérologues impliqués dans ces démarches.

Dans un cadre institutionnel, ils participent activement à des réunions de concertation pluridisciplinaires en cancérologie et sont souvent organisateurs de RCP de cancérologie digestive.

Modes d'exercice

Selon la *Série statistique* de la DREES au 1^{er} janvier 2007, le nombre total d'hépto-gastro-entérologues s'élève à 3 387 en métropole et 63 dans les DOM. Le pourcentage de femmes est 22,3 %.

Si l'on se réfère à leur mode d'exercice :

- Libéraux et mixtes : 1 942 ;
- Salariés : 1 445 dont 1 386 sont des salariés hospitaliers.

Le CNOM, dans son dernier rapport sur la démographie médicale (juin 2006), dénombre 64 médecins généralistes ayant une compétence dans les maladies de l'appareil digestif et qui exercent une activité régulière. Toujours dans le même rapport, la spécialité compte avec 60 nouveaux inscrits au 1^{er} janvier 2006.

**Évolution des effectifs et perspectives quantitatives de renouvellement
(attractivité du métier, des modes d'exercice, évolution du métier)**

Année	Total métropole	Libéraux	Total salariés	Salariés hospitaliers	Autres salariés
2001	3 164	1 905	1 259	1 211	48
2002	3 215	1 917	1 298	1 225	72
2003	3 263	1 934	1 329	1 255	74
2004	3 313	1 949	1 364	1 304	60
2005	3 336	1 954	1 382	1 322	61
2006	3 387	1 953	1 434	1 376	58
2007	3 387	1 942	1 445	1 386	59

*Sources : Séries statistiques (2001 à 2007).
Estimation 2007, DREES, effectifs libéraux + mixtes.*

Nous ne disposons pas à ce jour de données précises sur le nombre de gastro-entérologues dédiés à la cancérologie, mais l'enquête en cours menée par la FSMAD fait apparaître l'importance du rôle des hépato-gastro-entérologues dans la prise en charge des cancers digestifs.

Définition de la profession

La médecine générale-médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques.

Formation initiale

Depuis l'arrêté du 22 septembre 2004 (*JO* du 6 octobre 2004), il existe un diplôme d'études supérieures (DES) en médecine générale ; il comprend des enseignements théoriques (200 heures environ) et une formation pratique effectuée auprès de services ou départements hospitaliers agréés pour la médecine générale et auprès de praticiens généralistes agréés. La médecine générale est désormais une médecine spécialisée.

Domaine d'intervention et part de la cancérologie

Le médecin généraliste est concerné par la maladie cancéreuse à tous ses stades, tout d'abord pour les actions de prévention et de dépistage. Il est impliqué aussi dans le suivi et la surveillance des traitements et de leurs effets secondaires, notamment lors d'une prise en charge ambulatoire. Il est un acteur essentiel dans la coordination des soins de support. Enfin, dans le suivi à long terme, c'est le généraliste qui connaît le mieux le patient et son entourage familial et socioprofessionnel.

Particularités du « métier » : dimension relationnelle, médicale, technique

Le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus proche du malade et de son entourage.

Il a un rôle primordial pour inciter ses patients à participer au dépistage en leur expliquant l'intérêt, les modalités et le déroulement. Ils peuvent éventuellement les orienter vers d'autres dispositifs en cas d'antécédents familiaux ou personnels.

Ce qui caractérise le plus son rôle dans la prise en charge du cancer est la relation de confiance qui l'unit au malade et le suivi rapproché tout au long de la maladie. C'est habituellement un médecin généraliste qui coordonne les soins de fin de vie.

Évolution du métier, notamment au regard du Plan cancer

Selon le rapport du CNOM sur la démographie médicale française au 1^{er} janvier 2006, 104 médecins généralistes ont une compétence en cancérologie (issus de l'ancien régime des études médicales et titulaires d'une compétence) et exercent une activité régulière dans ce domaine. Soixante sont des hommes et 44 des femmes. Environ 75 % ont un exercice salarié exclusif, notamment hospitalier, le restant, 25 % ont un exercice libéral et mixte.

La mise en place du Plan cancer formalise le rôle du médecin généraliste, notamment au sein des réseaux de cancérologie régionaux ou territoriaux. Le généraliste joue un rôle majeur auprès des patients en assurant la continuité et la coordination des soins avec les établissements de santé. Il doit être informé le plus possible en temps réel et bénéficier auprès de ses partenaires du réseau de l'expertise complémentaire dont il peut avoir besoin pour assurer le meilleur suivi à domicile. Le dossier communicant de cancérologie (DCC) construit au sein des réseaux permettra l'interface en temps réel avec les médecins généralistes qui auront accès à ce dossier.

Le médecin généraliste doit pouvoir avoir connaissance du programme personnalisé de soins (PPS), issu de la réunion de concertation pluridisciplinaire.

Depuis la création des structures de gestion départementales qui coordonnent la généralisation du dépistage organisé des cancers, les généralistes sont formellement impliqués au sein de ces structures.

Modes d'exercice

Au 1^{er} janvier 2007, 101 549 diplômés de médecine générale sont en activité, mais seulement 68 532 exercent la médecine ambulatoire, leur statut pouvant être libéral ou mixte (métropole et DOM, source DREES).

Le manque d'attractivité de l'exercice de la médecine générale de premier recours se traduit, sur la période 1995-2005, par une stagnation des effectifs libéraux, alors que les effectifs salariés des médecins généralistes ont augmenté pendant cette période de 29 % dans le secteur hospitalier et de près de 20 % dans le secteur non hospitalier.

La réforme inscrite dans la loi du 13 août 2004 accorde au médecin traitant un rôle pivot dans le parcours de soins. Les patients ont presque unanimement désigné le médecin généraliste comme leur médecin traitant. La pérennité de la situation actuelle, qui voit un très grand nombre de diplômés de médecine générale s'orienter vers un autre exercice que celui des soins de premier recours, constituerait une difficulté pour la mise en place de la réforme, et plus largement pour le suivi coordonné des patients.

Une analyse plus approfondie de la médecine générale a fait l'objet d'un groupe de travail dans le cadre de l'ONDPS. La présentation des analyses menées font l'objet du tome 1 de ce rapport.

**Évolution des effectifs et perspectives quantitatives de renouvellement
(attractivité du métier, des modes d'exercice, évolution du métier)**

Il est particulièrement difficile d'identifier, sur la base des données démographiques dont nous disposons, quelle est ou sera l'évolution de la médecine générale pour la part de la cancérologie. Selon les données du CNOM, 104 généralistes ont une compétence en cancérologie. D'après les données transmises par la CNAMTS, 514 médecins généralistes assurent une activité de suivi de chimiothérapie. La part que représente la cancérologie pour tous les généralistes qui suivent les patients, par exemple au sein des nouvelles structures comme les réseaux régionaux de cancérologie, reste à identifier.

Il a été créé, depuis début 2007, dans le cadre du diplôme d'études spécialisées en cancérologie (DESC), une option « réseaux de cancérologie » qui est ouverte aux médecins généralistes titulaires du DES en médecine générale.

Pour toutes les mesures incitatives en termes de formation initiale, il est encore trop tôt pour mesurer l'impact auprès des jeunes générations.

MÉDECINE INTERNE

Définition de la profession

Un interniste est un médecin spécialiste ayant une expertise dans plusieurs disciplines médicales (cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, gynécologie, chirurgie, radiologie, etc.). Il émet un diagnostic et des recommandations de traitement face à des problèmes de santé difficiles à évaluer par une approche conventionnelle ou à des problèmes liés à plusieurs systèmes de l'organisme. Il intervient auprès de malades qui lui sont envoyés par des généralistes et des spécialistes. Il fait alors un bilan complet et approfondi de l'état de santé de la personne à l'aide de tests et d'exams spécialisés (radiographie, scanner, médecine nucléaire, tests microbiologiques...), propose et applique un plan de traitement qui tient compte de sa vision globale de l'organisme et des relations entre les différents systèmes atteints par la maladie. Il peut également intervenir en soins intensifs hospitaliers à la suite d'une intervention chirurgicale, d'un accident ou d'une maladie grave.

Formation initiale

La médecine interne est une spécialité médicale qui nécessite, après le concours d'internat, une formation de longue durée (DES de cinq ans), multidisciplinaire et polyvalente.

Domaine d'intervention et part de la cancérologie

Les internistes sont les spécialistes :

- Des démarches diagnostiques difficiles, pour préciser la cause d'une altération de l'état général, d'une fatigue chronique, d'une fièvre prolongée, de douleurs diffuses ou atypiques, de symptômes cliniques inexpliqués, d'anomalies biologiques évocatrices d'une maladie inflammatoire, infectieuse, immunologique, cancéreuse, vasculaire, de surcharge ou génétique ;
- De la prise en charge des maladies générales, systémiques ou polyviscérales, d'origine ou de nature immunitaire ou inflammatoire, ou infectieuse, ou métabolique, ou cancéreuse, ou génétique (notamment les maladies rares et maladies orphelines parvenues ou découvertes à l'âge adulte).

Particularités du « métier » : dimension relationnelle, médicale, technique

Pour exercer leur spécialité de cliniciens, les internistes sont en relation très étroite avec les médecins généralistes et avec les spécialistes qu'ils consultent régulièrement pour assurer la qualité des soins.

Évolution du métier, notamment au regard du Plan cancer

La mise en place des réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP) a joué un rôle important dans les hôpitaux. Le Plan cancer a imposé cette mise en place, et c'est le grand mérite des hôpitaux et des médecins que de l'avoir généralisée en moins de deux ans, car si les consultations communes pluridisciplinaires existaient depuis toujours la notion de RCP systématique, pour tous les malades, n'était pas appliquée.

Modes d'exercice

Les internistes, au contraire des autres spécialistes (spécialistes d'organes ou de fonctions, comme les cardiologues, les neurologues, les dermatologues, les rhumatologues, les psychiatres...), sont formés à la prise en charge globale des problèmes de santé. Ils exercent le plus souvent à l'hôpital (CHU ou centres hospitaliers généraux) et plus rarement dans certaines cliniques privées, ou en ville en tant que consultants. On dénombre en effet 2 070 salariés exclusifs (soit 85 % des internistes) exerçant majoritairement en secteur hospitalier, et 371 libéraux et mixtes (soit 15 %).

Évolution des effectifs et perspectives quantitatives de renouvellement (attractivité du métier, des modes d'exercice, évolution du métier)

Démographie : au 1^{er} janvier 2004, le répertoire ADEL recense 2 473 spécialistes en médecine interne en activité dans la France entière. Au 1^{er} janvier 2007, il en recense 2 479, dont 2 441 en métropole. L'évolution numérique est faible. La densité est de 4 internistes pour 100 000 habitants. Ces spécialistes représentent 1,1 % de l'ensemble des médecins et 2,4 % des spécialistes.

La médecine interne n'est pas touchée par les effets de mode qui conditionnent le choix de certaines spécialités. La pratique et les valeurs de la médecine interne ne sont pas prêtes de changer. En effet, le recrutement de patients poly-pathologiques, aux diagnostics ou décisions thérapeutiques compliqués, ne cesse d'augmenter, et de moins en moins de spécialistes d'organe s'intéressent à ces problèmes. De fait, nul hôpital public ne peut fonctionner sans un service de médecine interne.

Féminisation : cette profession ne compte que 27,7 % de femmes, taux très inférieur à la moyenne nationale de femmes médecin (38,8 %).

Pyramide des âges : la moyenne d'âge, de 51,6 ans, est une des plus élevées parmi les spécialités médicales (avec les médecins du travail et les psychiatres). 37 % de cette population se trouve dans la tranche d'âge des 50-59 ans.

MÉDECINE NUCLÉAIRE

Définition de la profession

La médecine nucléaire est une branche de la médecine et désormais spécialité médicale consacrée à l'utilisation d'éléments radioactifs en sources non scellées pour l'examen ou le traitement de patients, en particulier cancéreux. Elle peut aussi être responsable d'activités de biologie comme le dosage d'hormones mais aussi de certains marqueurs tumoraux.

Ayant d'étroits rapports avec la radiobiologie, la radioprotection et la radiopharmacie, le spécialiste de médecine nucléaire est normalement le seul médecin habilité pour manipuler les radionucléides, en respectant les règles et la réglementation de radioprotection notamment en vigueur pour minimiser les expositions et les risques de cette utilisation pour les patients, leur entourage, le public et l'environnement.

Les applications sont variées : dosages sanguins (marqueurs tumoraux), scintigraphies de différents organes ou de différentes fonctions (scintigraphie osseuse, exploration TEP au fluor 18 desoxyglucose, scintigraphies cardiaques...), mais aussi radiothérapie interne vectorisée de certaines pathologies bénignes (pathologies articulaires, hyperthyroïdies) et surtout malignes (cancer de la thyroïde [iode 131]), hépatocarcinomes [MIB6], tumeurs neuro-endocrines...).

Formation initiale

Le DES s'effectue au cours des quatre années de l'internat. Il est placé, dans chaque interrégion, sous la responsabilité d'un enseignant chargé de coordonner l'ensemble de la formation théorique et pratique de médecine nucléaire.

L'enseignement théorique, obligatoire, est fait pour l'ensemble de la France et sous la responsabilité du coordonnateur national du DES à l'INSTN. La formation théorique dure deux ans. Elle est sanctionnée par un examen obligatoire pour la validation du DES (c'est le seul cas de DES dont la validation est réalisée par un examen final). Les étudiants internes doivent en outre effectuer leurs stages hospitaliers : quatre semestres dans un service de médecine nucléaire agréé et le reste de leur formation en spécialité médicale (radiologie, médecine interne, cardiologie, endocrinologie, cancérologie...).

Domaine d'intervention et part de la cancérologie

Les médecins nucléaires interviennent dans le diagnostic ou le traitement d'affections malignes ou non en utilisant les radionucléides. La médecine nucléaire comprend quatre grands volets :

La radio-immunologie (méthode de dosage) utilise des radionucléides qui permettent le dosage de centaines de composés (hormones, peptides, récepteurs, marqueurs tumoraux...) à partir d'échantillons des liquides biologiques (sang, urines, autres prélèvements).

La scintigraphie (imagerie) permet le diagnostic et le suivi de l'évolution de nombreuses affections, aussi diverses que l'infarctus du myocarde, l'embolie pulmonaire, l'infection osseuse, les cancers ostéotropes, l'insuffisance rénale ou encore l'épilepsie.

La radiothérapie interne vectorisée permet de traiter certaines affections par une administration de radionucléides capables de détruire des cellules malades. Les pathologies traitées peuvent être bénignes (hyperthyroïdie, rhumatisme inflammatoire, excès de globules rouges...) ou cancéreuses (thyroïde, glandes surrénales, certaines métastases osseuses, autres tumeurs plus complexes).

Dernier domaine : la détection per-opératoire où le chirurgien se guide grâce à une sonde qui détecte la radioactivité, lui permettant de vérifier que son intervention a bien retiré la totalité d'une tumeur dont les cellules ont capté le radionucléide administré.

Particularités du « métier » : dimension relationnelle, médicale, technique

L'exercice de la médecine nucléaire se fait toujours en lien avec d'autres catégories de professionnels : médecins d'autres spécialités, biologistes, radiopharmaciens, radiophysiciens, ingénieurs, manipulateurs en électroradiologie, infirmiers...

Le plus souvent, les examens de médecine nucléaire apportent des informations de nature fonctionnelle alors que les examens de radiologie ou d'IRM apportent des informations anatomiques ou structurelles. De plus en plus de systèmes combinent dans un même appareil un dispositif de gamma caméra (appareil permettant de faire les images de médecine nucléaire) et un tube à rayons X, voire un scanner. Ces appareils combinés permettent dans un seul temps d'acquérir l'information fonctionnelle et de repérer plus facilement la position anatomique de celle-ci.

Évolution du métier, notamment au regard du Plan cancer

Le Plan cancer a permis la création d'un service de médecine nucléaire dans certains hôpitaux. La création de nouvelles plates-formes constituent une avancée majeure dans la prise en charge des malades atteints de pathologies cancéreuses.

Le TEP (tomographie par émission de positons) est une technique désormais incontournable en cancérologie. Dans les grandes lignes, il s'agit, en fonction des

différents types de cancer, de mieux différencier une lésion maligne d'une lésion bénigne, de mieux évaluer l'extension de la maladie et de suivre la réponse au traitement ou d'identifier les récidives.

Le développement de cette technique a été rendu possible par l'installation dans certains services de médecine nucléaire de matériels particuliers : la caméra TEP-Scanner. La technique, jusque encore récemment limitée à quatre centres plutôt orientés vers la recherche, est maintenant plus étendue grâce à l'installation progressive de trente premiers appareils de ce type

Pour répondre aux besoins de la population, les autorités sanitaires ont prévu d'installer soixante voire soixante-quinze appareils sur l'ensemble du territoire, répondant ainsi au Plan cancer pour atteindre une densité de un appareil par 10⁶ habitants.

Modes d'exercice

L'exercice de la médecine nucléaire se fait quasi exclusivement au sein de services de médecine nucléaire répartis dans les établissements de soins publics ou privés. Il existe actuellement 248 services de médecine nucléaire en France, répartis entre les centres hospitaliers universitaires, les centres de lutte contre le cancer, les centres hospitaliers généraux et les cliniques privées.

Année	Total métropole	Libéraux	Total salariés	Salariés hospitaliers	Autres salariés
2001	350	125	225	214	12
2002	363	129	234	221	13
2003	374	134	240	229	12
2004	406	151	255	245	9
2005	424	162	262	254	8
2006	444	175	269	260	9
2007	470	176	294	285	9

Sources : DREES, *Séries statistiques (2001 à 2007)*.

Évolution des effectifs et perspectives quantitatives de renouvellement (attractivité du métier, des modes d'exercice, évolution du métier)

En 2001, on dénombre 350 médecins nucléaires sur le territoire français (source DREES, 2001). En 2007, 470 médecins nucléaires sont recensés (source DREES, 2007). Si cette spécialité n'était pas très attrayante, elle réalise aujourd'hui un nouvel essor avec l'arrivée du TEP et l'utilisation du 18FDG qui représente une révolution dans la prise en charge de la maladie cancéreuse.

La médecine nucléaire offre une grande diversité des pratiques. Tous les vecteurs sont accessibles : pour les hospitaliers, en plus de l'activité clinique, l'activité de recherche est facilement accessible (recherche fondamentale avec le développement de nouveaux traceurs ou de nouvelles modalités d'imagerie mais également de recherche clinique). Le privé (maintenant que les hypothèques sur l'évolution des tarifications sont levées) connaît un véritable regain, notamment avec

l'arrivée en 2-3 ans de 60 machines TEP en France, nécessitant un personnel qualifié pour la réalisation et l'interprétation de ces examens.

Année	Nombre	Densité	Femmes en %	Âge moyen
2001	350	1	31,4	46
2002	363	1	32	46,3
2003	374	1	32,1	46,7
2004	406	1	30,6	47
2005	424	1	32,2	47,4
2006	444	1	30,5	47,4
2007	470	1	32,1	47,5

Sources : ADEL-DREES, Séries statistiques (2001 à 2007).

Évolution des métiers de la médecine nucléaire

La médecine nucléaire va évoluer en suivant les progrès des disciplines sur lesquelles son activité est basée mais aussi grâce à l'évolution de ses pratiques et concepts.

La médecine nucléaire va s'enrichir de nouveaux radiopharmaceutiques issus de la recherche qui devraient permettre d'illustrer et de suivre les effets biologiques spécifiques de tels ou tels processus physiopathologiques. C'est tout le défi intellectuel et logistique qui s'impose aux radiopharmaciens qui doivent élaborer ces nouveaux radiopharmaceutiques pour l'imagerie et la radiothérapie sans déroger aux règles de bonnes pratiques qui garantissent la qualité et la sécurité de ces médicaments, aux médecins nucléaires qui vont définir les protocoles d'utilisation et à l'administration qui va définir les conditions de radioprotection permettant d'utiliser ces nouveaux radiopharmaceutiques.

Par ailleurs, l'imagerie multimodale devrait apporter un progrès en associant en un seul regard l'information anatomique et fonctionnelle tumorale à condition de maîtriser l'utilisation de machines dites « hybrides » (associant radiologie et médecine nucléaire). Les réseaux d'imagerie qui relient les différents imageurs aux stations de traitement d'images devraient permettre la fusion des images de modalités différentes.

Les radiophysiciens auront ainsi de meilleures informations pour obtenir une meilleure définition des volumes à irradier en radiothérapie externe. Ils pourront aussi mieux estimer les données dosimétriques en radiothérapie externe comme en radiothérapie interne vectorisée.

Ainsi les praticiens de médecine nucléaire dédiés à l'oncologie nucléaire devront étoffer leur connaissance théorique en radio-anatomie mais également en biologie cellulaire pour interpréter les images multimodales et comprendre les nouvelles stratégies thérapeutiques en cancérologie. Le développement de la radiothérapie interne vectorisée, jusqu'il y a peu essentiellement concentrée sur le traitement des cancers thyroïdiens, infléchit sensiblement la pratique vers un exercice plus clinique en prise directe avec la pratique de la cancérologie clinique. Cela rend nécessaire une formation clinique plus spécifique qui pourrait par exemple être encadrée au travers du DESC de cancérologie ou au travers du

DES de médecine nucléaire.

Les praticiens devront également continuer à favoriser les collaborations et l'intégration dans leur activité des radiopharmaciens et des physiciens médicaux qui, chacun dans leur domaine, permettent le développement de la qualité et de la sécurité des activités de la médecine nucléaire et doivent accompagner son développement.

De nombreux praticiens exercent de fait une activité de médecine nucléaire sans avoir de reconnaissance de leur spécialité, la valorisation des acquis professionnels doit être encouragée pour permettre de garder ces praticiens dans la discipline.

Définition de la profession

Le neurologue est un médecin spécialiste qui diagnostique et traite les maladies affectant le système nerveux central (cerveau et moelle épinière) ainsi que le système nerveux périphérique (racines et nerfs en incluant les muscles).

La neurologie implique des connaissances en anatomie, physiologie et pathologie qui, combinées aux données cliniques, permettent d'arriver à un diagnostic précis. Une fois le diagnostic établi, le neurologue joue un rôle actif dans le traitement de nombreuses maladies. Il s'implique également dans la réadaptation et dans les volets psychologique et social des soins aux patients. En plus de la neurologie clinique, le travail du neurologue comporte un volet technique d'électrophysiologie médicale (électroneuromyographie, électroencéphalogramme).

La recherche clinique constitue enfin un domaine en développement depuis que les approches thérapeutiques se multiplient et qu'apparaissent des traitements pour des pathologies jusqu'à maintenant non traitées. Certains combinent pratique clinique et recherche fondamentale.

Formation initiale

La neuro-oncologie est une discipline médicale ciblée sur la prise en charge des tumeurs du système nerveux et des atteintes neurologiques liées aux cancers.

Deux types de formation permettent d'y accéder.

D'une part, la validation d'un DESC d'oncologie qui permet aux médecins spécialistes d'organes (neurologues et neurochirurgiens) d'acquérir une compétence spécifique en oncologie médicale. La validation du DESC implique des cours théoriques ainsi que la validation de deux semestres d'interne (en radiothérapie et oncologie médicale), ainsi que de deux semestres de stage post-internat.

D'autre part, la validation d'un diplôme interuniversitaire de neuro-oncologie auquel ont accès les internes en DES de neurologie, neurochirurgie, radio-diagnostic et imagerie médicale, anatomopathologie, oncologie générale. L'objectif est de donner aux médecins de toutes les spécialités qui ont à intervenir dans le diagnostic, le traitement ou la prise en charge des patients atteints de tumeurs du système nerveux et des troubles neurologiques liés au cancer une formation leur permettant d'approfondir leurs connaissances dans l'ensemble de ces domaines.

L'enseignement d'une durée de 2 ans conduit à un diplôme interuniversitaire, validant l'acquisition d'une compétence spécifique en neuro-oncologie.

Domaine d'intervention et part de la cancérologie

Le neurologue prend en charge et coordonne les soins prodigués aux malades porteurs de très nombreuses pathologies concernant le système nerveux périphérique (neuropathies, atteinte musculaire...) et le système nerveux central.

Les pathologies concernées sont multiples et peuvent dépendre de mécanismes vasculaires (ischémie cérébrale transitoire ou constituée, hémorragie...), néoplasiques (tumeurs primitives ou secondaires du système nerveux...), infectieux (méningo-encéphalite...), métaboliques ou toxiques (atteinte iatrogène, liées à différents toxiques comme l'alcool ou à des perturbations métaboliques...) ou encore inflammatoire ou dysimmunitaire (sclérose en plaque, polyradiculonévrite...).

Le neurologue prend également en charge les patients atteints de pathologies dégénératives (démences aux premiers rangs desquels la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, la sclérose latérale amyotrophique...), de comitialité, de pathologies héréditaires (ataxie, dystrophie musculaire, chorée de Huntington...) et de céphalées.

Le neuro-oncologue s'intéresse pour sa part à la prise en charge des tumeurs primitives et secondaires du système nerveux, aux syndromes neurologiques paranéoplasiques, ainsi qu'aux complications neurologiques des traitements anticancéreux.

La neuro-oncologie est une spécialité complexe, associant des dimensions diagnostiques (clinique, imagerie, anatomopathologie), thérapeutiques (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, biothérapies, soins de support, soins palliatifs) autant qu'expérimentales. Elle nécessite une approche spécifique et multidisciplinaire impliquant neurochirurgiens, oncologues médicaux et radiothérapeutes, neurologues, radiologues, avec accès, si nécessaire en contexte d'urgence, à un plateau technique à orientation neurologique-neurochirurgicale (hypertension intracrânienne, compression médullaire...).

Particularités du « métier » : dimension relationnelle, médicale, technique

Les tumeurs cérébrales constituent un ensemble hétérogène de tumeurs dont le diagnostic et la prise en charge sont souvent complexes. Ces tumeurs sont rares. Elles représentent 1,5-2 % des cancers et constituent la dixième cause de décès par cancer mais la deuxième cause dans la tranche d'âge 15-34 ans. Leur incidence est en augmentation en particulier chez les sujets âgés de plus de 60 ans. Dans plus de 90 % des cas, aucun facteur étiologique ne peut être retrouvé, ce qui a pour conséquence l'impossibilité d'envisager une politique de dépistage et d'améliorer le pronostic par prévention.

Le contexte psychologique (désarroi) dans lequel se trouve le patient devant une pathologie à double valeur symbolique forte (cancer et cerveau) et l'impact de la maladie sur les capacités cognitives et de communication, sur l'autonomie,

l'organisation familiale, l'activité professionnelle et la vie sociale font que le neurologue a un rôle important d'information et de soutien du patient et de ses proches.

Évolution du métier, notamment au regard du Plan cancer

D'une façon générale, les pathologies neurologiques sont en plein développement, notamment sous l'influence du vieillissement de la population. Pour ce qui concerne les tumeurs cérébrales, leur faible incidence, la complexité et la lourdeur de ces pathologies, ainsi que la nécessité de développer la recherche, conduisent à centraliser leur prise en charge clinique (cas de l'AP-HM). Ce mode d'organisation facilite la mise en place du dispositif de consultation d'annonce au sein des services (mesure 31 du Plan cancer), qui s'accompagne de réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), et de la remise au patient d'un programme personnalisé de soins (PPS) destiné à faciliter la transmission des informations entre les différents professionnels (hôpital et médecin de ville).

Du point de vue des évolutions techniques, des progrès majeurs ont été réalisés sur la dernière décennie.

L'innovation dans les techniques d'imagerie permet une approche de plus en plus complète de ces tumeurs, en associant des informations métaboliques, vasculaires et morphologiques. L'apport en pratique de routine de ces informations, obtenues de façon non invasive, est en cours d'évaluation actuellement.

Sur le plan diagnostique, l'imagerie de perfusion/diffusion et l'imagerie métabolique (spectro-IRM et imagerie TEP notamment) permettent de mieux cerner ces pathologies, d'aider notamment au diagnostic de malignité (versus lésion œdémateuse par exemple) et de récurrence (le diagnostic histologique, dans ces localisations étant parfois difficile à obtenir). Le rôle pronostique de ces techniques se discute également de plus en plus.

Sur un plan thérapeutique, plusieurs techniques ont également révolutionné la prise en charge, notamment chirurgicale, de ces patients. L'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) permet de cartographier, en préopératoire, les zones fonctionnelles majeures du cerveau (langage, motricité...) et de déterminer l'accessibilité chirurgicale d'une lésion. La technique de neuronavigation permet quant à elle au chirurgien de se repérer de façon relativement précise et en temps réel durant l'intervention elle-même (le principe est celui d'une chirurgie assistée par ordinateur intégrant les données d'imagerie IRM). Utilisée de façon courante à l'heure actuelle, elle a grandement contribué à sécuriser l'abord chirurgical de ces patients.

Enfin, le développement de la chirurgie en condition éveillée (qui consiste à stimuler le cerveau du patient durant l'intervention et à repérer les zones fonctionnelles *in situ*) permet de réaliser une exérèse la plus complète possible tout en limitant le risque de séquelles opératoires. Ces techniques ont permis de proposer une chirurgie d'exérèse à des patients atteints de tumeurs dans des zones considérées auparavant comme inopérables.

En parallèle, des innovations dans le domaine de l'anatomopathologie avec le développement de techniques de biologie moléculaire (recherche de délétion 1p

19 q, analyse de l'activité de l'enzyme MGMT) permettent également de mieux définir les populations de patients.

Il est à noter qu'aujourd'hui la plupart des examens d'imagerie sont réalisés par des radiologues non spécialisés en neurologie, ce qui pose des problèmes de coordination. De même, tous les centres ne disposent pas des techniques d'imagerie ou de biologie citées plus haut.

Modes d'exercice

Le neurologue partage son temps entre divers lieux (hôpital, cliniques externes, salle d'urgence, cabinet privé, université...) et pratique des activités diverses (soins aux patients, recherche clinique ou fondamentale, expertise médicale...). Le travail du neurologue nécessite cependant un minimum d'équipements techniques permettant l'investigation des patients (imagerie). La majorité des neurologues pratique donc dans les grands centres urbains. 58 % exercent une activité salariée (soit 1103 sur un total de 1861), alors qu'ils ne sont que 39 % (soit 730 sur 1861) à exercer en libéral.

Le *Livre blanc de la neurologie*, publié en 2001, fait état d'une activité de consultation de 57 % du temps de travail pour l'ensemble des libéraux et hospitaliers, le temps moyen de consultation étant évalué entre 25 minutes et 49 minutes pour deux tiers des consultations. Les neurologues insistent tous sur l'importance de la consultation dans leur discipline et la nécessité de revaloriser les actes intellectuels par rapport aux actes techniques, notamment exploratoires.

Évolution des effectifs et perspectives quantitatives de renouvellement (attractivité du métier, des modes d'exercice, évolution du métier)

Démographie : au 1^{er} janvier 2007, l'effectif établi par la DREES est de 1861 neurologues métropolitains (1899 pour la France entière), représentant 0,9 % de l'ensemble des médecins et 1,7 % des spécialistes. La densité, inchangée depuis 2001, est de 3 neurologues pour 100 000 habitants. Dans le *Livre blanc de la neurologie*, les professionnels militent pour que se développe en France une approche active de la démographie des neurologues, qui intègre des données relatives à l'épidémiologie des principales affections neurologiques et des éléments sur l'activité et le temps de travail des neurologues. Deux voies sont également préconisées pour favoriser la meilleure utilisation possible des ressources existantes : d'une part, l'élaboration de recommandations consensuelles de prise en charge des patients, d'autre part, des actions en faveur de la mobilité géographique. Nous ne disposons pas de chiffres à ce jour pour identifier la part des neuro-oncologues.

Féminisation : on compte un nombre croissant de femmes : 39,6 % en 2007 contre 37 % en 2001. Elles privilégient l'exercice salarié au libéral.

L'âge moyen des neurologues est de 46 ans.

Préoccupations de la profession : la faible attractivité de la profession est visible dans le recrutement. Ainsi, pour l'Île-de-France, on comptait 20 internes en neurologie en 1996 contre 6,5 en 2002. Plusieurs raisons sont évoquées :

- Dans le secteur libéral, divers éléments interviennent : profession mal reconnue, longueur des consultations, transfert d'examens neurologiques vers d'autres professionnels... donc faible rémunération pour des spécialistes très qualifiés ;
- Dans le milieu hospitalier, l'organisation actuelle ne permettrait pas une prise en charge satisfaisante des pathologies : disparité territoriales des services de neurologie, inadéquation entre l'offre de soins et les pathologies prises en charge (notamment par manque de centres de rééducation).

Or le vieillissement de la population augmentera fortement la demande de soins. Les neurologues considèrent donc que leur discipline est aujourd'hui dans une situation critique au regard de l'évolution prévisible des pathologies. Ils font le parallèle entre la densité des neurologues (3 pour 100 000 habitants) et celle des psychiatres (22 pour 100 000 habitants) et considèrent qu'un rééquilibrage entre disciplines doit être programmé.

Définition de la profession

Science des maladies du sang, l'hématologie a de nombreux rapports avec la cancérologie. En effet, elle s'intéresse à tous les cancers impliquant les globules et les cellules qui leur donnent naissance : leucémies aiguës et chroniques, lymphomes, maladie de Hodgkin, myélomes, etc., regroupés sous le terme d'hémopathies malignes. Elle est également concernée par tous les troubles sanguins qui accompagnent les autres cancers (tumeurs solides) et leur traitement.

Formation initiale

Est dit hématologue le médecin qui, après avoir été reçu à l'internat, a suivi le cursus de spécialité du diplôme d'études spécialisées (DES) d'hématologie créé en 1988. La maquette de ce diplôme, d'une durée de cinq ans, comporte, depuis 2004, deux options : maladies du sang et onco-hématologie. Les étudiants ont des enseignements généraux et de base communs aux deux options et des enseignements spécifiques selon l'option choisie. Ce même principe est appliqué à la formation pratique.

En 2004 a été créée la filière oncologie-hématologie dans le diplôme d'études spécialisées en oncologie (DES).

Domaine d'intervention et part de la cancérologie

L'oncologie-hématologie est une discipline récente qui s'exerce de façon pluridisciplinaire. Elle traite les cancers du sang, de la moelle osseuse ou des ganglions.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins recense, au 1^{er} janvier 2007, dix spécialistes dans cette discipline.

La plupart des données démographiques concernent l'hématologie et il s'avère difficile d'identifier la part d'hématologues qui exercent l'oncologie.

Évolution du métier, notamment au regard du Plan cancer

Depuis la mise en place du Plan cancer, l'INCA, le Collège national d'enseignants en cancérologie, les associations d'internes et les sociétés savantes concernées ont œuvré afin de rendre dans le cadre du DES d'oncologie les filières plus attractives, à travers l'assouplissement des maquettes.

Modes d'exercice

En ce qui concerne les hématologues, selon la source DREES au 1^{er} janvier 2007, 363 spécialistes exercent en métropole, et la moitié de ceux-ci sont des femmes.

351 sont des salariés exclusifs dont la grande majorité des hospitaliers. Très peu d'hématologues exercent en libéral.

ONCOLOGIE MÉDICALE

Définition de la profession

L'oncologie médicale est la spécialité des médecins assurant les traitements médicamenteux des cancers. Elle est une discipline à part entière en France depuis 1988 après l'obtention du diplôme d'études spécialisées en oncologie (DES). Le DES, d'une durée de cinq ans, comporte trois options dont l'oncologie médicale, les deux autres options sont l'onco-hématologie et l'oncologie radiothérapique. Depuis mai 2007, les maquettes de DES ont été assouplies afin de rendre la formation plus attractive, ainsi deux semestres qui étaient obligatoires sont devenus facultatifs et les internes pourront composer la maquette de leur internat avec plus de souplesse en fonction de leurs affinités.

Le diplôme d'études spécialisées complémentaires de cancérologie (DESC) permet à d'autres spécialistes d'obtenir une habilitation en cancérologie exclusivement dans le cadre de leur spécialité d'origine et implique une formation à la pluridisciplinarité. Il dure deux ans et comprend cinq options différentes et complémentaires dans le domaine de la cancérologie : traitements médicaux des cancers (option 1), chirurgie cancérologique (option 2), réseaux de cancérologie (option 3), biologie en cancérologie (option 4) et imagerie en cancérologie (option 5).

Domaine d'intervention

Dans sa dimension technique, l'oncologie médicale regroupe l'ensemble des traitements médicamenteux des cancers : chimiothérapie, hormonothérapie, immunothérapie, thérapeutiques ciblées et traitements de support.

Le rôle de l'oncologue médical est déterminant dans l'élaboration des référentiels de prise en charge des cancers, de la prise en charge du malade dans le cadre d'une étude contrôlée (recherche clinique), de la coordination de la stratégie thérapeutique, de la réalisation des bilans initiaux et des modalités de surveillance des patients atteints de cancers. Il travaille en étroite collaboration avec le chirurgien et le radiothérapeute et les autres professionnels impliqués dans l'approche pluridisciplinaire de la maladie cancéreuse.

Particularités du « métier » : dimension relationnelle, médicale, technique

Si l'incidence du cancer continue considérablement à augmenter depuis trente ans, la mortalité par cancer quant à elle régresse grâce aux progrès thérapeu-

tiques. Les cancers sont clairement devenus l'un des grands enjeux de santé publique à l'échelle mondiale et l'un des plus grands défis pour la médecine moderne.

L'oncologue est au cœur d'une médecine transversale et pluridisciplinaire ; il assure la prise en charge globale des patients atteints de cancer.

De nombreux oncologues exercent également une activité de recherche soit de transfert, soit orientée vers la clinique. Cette activité de recherche ne s'effectue pas uniquement en CHU ou dans un centre anticancéreux, mais aussi pour la recherche clinique, en CH général ou en clinique privée.

L'oncologie médicale offre des possibilités d'exercice diversifié alliant technicité et humanisme, pratique clinique et recherche.

Évolution du métier, notamment au regard du Plan cancer

La mise en place du Plan cancer a permis la prise en compte globale de la maladie dans une approche intégrée qui associe tous les acteurs impliqués : soignants, soignés et leurs proches. C'est dans cet environnement qu'évolue l'oncologue médical aujourd'hui.

L'exemple emblématique dans le domaine des soins, ce sont les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) qui ont lieu avant le traitement, et la proposition qui en découle est remise au patient sous forme d'un programme personnalisé de soins (PPS).

Dans une nouvelle organisation coordonnée des soins en cancérologie, diverses mesures ont été prises afin de décloisonner le système de soins en cancérologie : création des réseaux régionaux de cancérologie, des centres de coordination en cancérologie (3 C au niveau des territoires de santé), les pôles de cancérologie, le dossier communicant en cancérologie (DCC)...

Dans toutes ces actions, l'oncologue médical est au centre des dispositifs et il n'est plus concevable qu'il le soit de façon isolée, aujourd'hui l'approche de la maladie est pluridisciplinaire et multiprofessionnelle.

Modes d'exercice

L'exercice de l'oncologie médicale peut être public, privé et/ou mixte, ce dernier type d'exercice peut concerner des médecins hospitaliers au titre d'une activité secondaire.

Selon les estimations de la DREES au 1^{er} janvier 2007, sur un total de 609 oncologues médicaux en France métropolitaine, 147 ont un exercice libéral et mixte et 462 oncologues sont des salariés exclusifs, dont 456 sont des salariés hospitaliers.

Féminisation : l'oncologie médicale n'échappe pas à la féminisation globale de la médecine ; en effet, le pourcentage de femmes est de 40,8 % et il est surtout observé dans les jeunes générations.

Lieux d'exercice : 42,9 % exerce en hôpital public, 32,2 % en hôpital privé PSPH, 13,6 % en cabinet de groupe ou en société et 8,2 % en cabinet individuel. Un petit pourcentage se trouve dans d'autres secteurs d'activité.

Évolution des effectifs et perspectives quantitatives de renouvellement (attractivité du métier, des modes d'exercice, évolution du métier)

Au cours de la période 2000-2006, le nombre de spécialistes engagés dans la cancérologie a progressé de 8 % (source DREES), mais cela n'est pas encore suffisant pour combler les départs à la retraite à venir dans cinq à dix ans pour une spécialité dont l'exercice reste mal connu des étudiants.

Certaines mesures sont déjà en place depuis 2003 afin de la rendre plus attractive aux jeunes générations. Si le nombre d'internes est passé de 42 en 2003 à 49 en 2007, cette augmentation est bien modeste et, d'après les professionnels, les effectifs restent dramatiquement insuffisants. L'assouplissement des maquettes DES et DESC (*cf.* formation initiale), sollicité par les professionnels et les étudiants et qui a abouti en début 2007 (incluant l'option onco-hématologie), permettra aux étudiants de s'orienter plus facilement vers cette spécialité.

En plus, les associations d'internes en oncologie médicale organisent, avec le concours du Collège national d'enseignants en cancérologie et de l'INCA, des cours annuels résidentiels qui devraient contribuer à mieux faire connaître la spécialité. Les enseignants et les associations d'internes s'accordent à dire que favoriser les stages des externes permet de mieux faire connaître la spécialité tôt dans les études augmentant ainsi son attractivité.

Parallèlement, un projet de réhabilitation des compétences en cancérologie est actuellement en cours. Ce projet, porté par le Conseil national de l'Ordre, la DHOS, la DGS, le ministère de l'Éducation et l'INCA, consiste à réhabiliter la délivrance de compétences aux spécialistes qui en feraient la demande. Ces commissions de qualification permettraient aux spécialistes d'organe d'exercer en cancérologie.

Définition de la profession

La cancérologie pédiatrique concerne le nouveau-né, le nourrisson, l'enfant et l'adolescent jusqu'à 18 ans, atteint de leucémie, de lymphome et de tumeur solide. Cette spécialité est exercée par des équipes pluridisciplinaires hospitalières dont les missions sont les suivantes :

- assurer le diagnostic, le plan de traitement associant des thérapeutiques classiques et/ou innovantes, dont les résultats sont évalués à court, moyen et long terme (complications aiguës et tardives, qualité de la vie) ;
- garantir une prise en charge globale du patient et de sa famille (qualité du dialogue, de l'information, environnement thérapeutique adapté à l'âge) ;
- participer à la recherche : clinique, transfert, épidémiologique ;
- impulser la continuité des soins par les pédiatres des hôpitaux généraux et les médecins libéraux (pédiatres, généralistes).

Formation initiale

Pour obtenir le titre d'oncopédiatre, les médecins font le DES de pédiatrie puis acquièrent une compétence grâce aux stages qu'ils font dans les services les plus expérimentés, dans le cadre du DIU d'oncologie pédiatrique qui rassemble six facultés de médecine.

L'obtention du DES, d'une durée de quatre ans (passage à cinq ans à l'étude), nécessite la validation de huit stages dont trois obligatoires (médecine néonatale, pédiatrie générale, réanimation polyvalente), la participation aux séminaires (six jours par an) et la soutenance d'un mémoire rédigé sous la forme d'un article scientifique.

Le DIU n'est pas validant au sens du Conseil national de l'Ordre des médecins, puisque seul le DESC de cancérologie (réalisé en deux ans) l'est et est d'ailleurs exigé dans le cadre de l'exercice de l'oncologie pédiatrique dans les centres de référence de cette surspécialité.

Les DES permettant de postuler pour le DESC de cancérologie varient suivant l'option (ex. : les médecins généralistes n'ont accès qu'à l'option « réseau »). Chaque option confère une compétence en cancérologie exclusivement dans la discipline d'origine.

Très peu de pédiatres ont fait le DESC de cancérologie ancien modèle car il était difficile à « caser » dans leurs cursus. En revanche, jusqu'à ces dernières années, la compétence en cancérologie pouvait être obtenue directement par une

commission de qualification de l'Ordre national des médecins sur dossier. C'est ainsi qu'il était recommandé aux plus anciens oncopédiatres de demander l'équivalent du DESC de cette façon.

Domaine d'intervention et part de la cancérologie

Les cancers de l'enfant de moins de 15 ans sont des maladies rares qui ne représentent que 1 % de l'ensemble des cancers. Le nombre de nouveaux cancers par an est de 2000 en France pour la tranche 0 à 18 ans, avec 30 % de leucémies et 70 % de tumeurs solides comprenant plus de 40 sous-types histologiques. Le cancer demeure la deuxième cause de mortalité entre 1 et 15 ans.

Cependant, les enfants rencontrent encore des difficultés d'accès à l'évaluation des molécules innovantes.

Particularités du « métier » : dimension relationnelle, médicale, technique

Traiter un cancer est une tâche multidisciplinaire, menée par de nombreux acteurs : médecins, radiothérapeutes, chirurgiens, soignants, travailleurs sociaux, enseignants et associations de parents et de bénévoles. La prise en charge des cancers de l'enfant fait appel aux mêmes moyens thérapeutiques que chez l'adulte (chimiothérapie, chirurgie, radiothérapie...). Les progrès de l'imagerie, du diagnostic cyto-logique et/ou anatomopathologique, et de la caractérisation biologique de ces cancers permettent habituellement d'arriver rapidement au diagnostic. Cependant, en raison de la rareté de ces tumeurs, l'enfant doit être impérativement adressé dès la suspicion diagnostique dans un centre agréé spécialisé en cancérologie pédiatrique. Après analyse soigneuse des facteurs pronostiques, la stratégie thérapeutique est élaborée, de façon pluridisciplinaire, au sein d'équipes spécialisées.

Il faut en outre préciser que la cancérologie pédiatrique doit répondre aux exigences des spécificités de l'enfant, dont il faut assurer le développement (physique, psychologique et social) dans les meilleures conditions possibles, malgré la gravité de la maladie. Cela impose une formation des acteurs et une organisation spécifique des soins, du centre de référence au domicile. Une attention particulière doit être portée à l'adolescent et l'organisation de la continuité du suivi à l'âge adulte doit faire l'objet d'une réflexion précise. Enfin, une des particularités de ce métier est que la recherche clinique est quotidiennement intriquée aux soins de ces patients et que les parents doivent être impérativement associés aux décisions thérapeutiques ainsi d'ailleurs que l'enfant quand son âge et sa maturité le lui permettent.

Évolution du métier, notamment au regard du Plan cancer

L'organisation des soins en cancérologie pédiatrique a été redéfinie par la circulaire du 29 mars 2004. Celle-ci apporte aux agences régionales d'hospitalisation les éléments pour identifier des centres spécialisés dans la prise en charge des enfants atteints de cancer et répondant à des critères très précis, définis dans un cahier des charges (référentiels d'exercice) élaboré avec des professionnels et des représentants d'associations de parents. Ces critères portent sur le seuil d'acti-

tivité, l'organisation et la continuité des soins, l'accès au plateau technique, la prise en compte des dimensions sociale, familiale et relationnelle ainsi que sur la participation à la recherche clinique.

Grâce à l'organisation nationale d'un réseau thématique en liaison avec les structures européennes et nord-américaines du même type, les progrès thérapeutiques, dus essentiellement aux essais multicentriques et à des soins de qualité, ont fait passer le taux de guérison de 25-30 % en 1970 à 80-85 % en 2007. La qualité de la « guérison » doit être encore améliorée, sachant qu'en 2010 un Français sur 800 à 1 000 âgé de 20 à 45 ans sera « survivant » d'un cancer traité dans l'enfance, présentant un risque élevé de séquelles liées au traitement. La création de deux registres nationaux des cancers de l'enfant (leucémies et tumeurs solides) doit permettre de mieux connaître les variations éventuelles d'incidence et de répondre aux questions posées sur le rôle de facteurs génétiques et environnementaux. Il convient d'insister également sur la nécessité de soutenir l'évaluation de nouveaux traitements et l'articulation avec les tumorothèques et avec les laboratoires de génomique fonctionnelle, indispensables au diagnostic et aux décisions thérapeutiques.

Modes d'exercice

Les oncopédiatres exercent leur activité au sein de centres de référence de cancérologie pédiatrique, au nombre de 32 répartis sur l'ensemble du territoire.

Évolution des effectifs et perspectives quantitatives de renouvellement (attractivité du métier, des modes d'exercice, évolution du métier)

Démographie : au 1^{er} janvier 2007, les pédiatres, au nombre de 6 821 en France métropolitaine et 7 009 pour la France entière, représentaient 3,27 % de l'ensemble des médecins métropolitains en exercice et 6,4 % des spécialistes. Plus de 46 % d'entre eux exercent une activité salariée en milieu hospitalier.

En 2005, moins de 1 % des pédiatres disposaient de la qualification en oncologie. Nous ne disposons pas de données récentes concernant cette profession : 253 oncopédiatres ont été dénombrés en 2004.

Pyramide des âges : l'âge moyen des pédiatres est de 49,9 ans. Dans l'hypothèse d'un nombre constant d'entrées annuelles, compte tenu du faible nombre d'internes formés annuellement, la projection conduit à une réduction des effectifs de 43 % dans 15 ans et de plus de 60 % dans 30 ans. Un maintien des effectifs à leur niveau actuel nécessiterait la formation de neuf internes par an.

Féminisation : la pédiatrie compte 59,9 % de femmes avec une majorité de salariées : 63,9 %, pour 54,5 % d'exercice libéral ou mixte.

Les perspectives démographiques des oncopédiatres impliquent une réflexion qui ne peut être menée en dehors d'une réflexion globale sur les besoins démographiques des pédiatres, en considérant l'ensemble de leurs modes d'exercice, libéral et hospitalier, universitaire et non universitaire et toutes les surspécialités. Cette réflexion doit également intégrer l'étude des besoins des patients et des parcours de soins, en tenant compte des inégalités géographiques.

PNEUMOLOGIE

Définition de la profession

C'est une spécialité médicale qui concerne l'étude du système respiratoire. Elle concerne particulièrement le diagnostic et le traitement des maladies des poumons et des bronches. Les principales pathologies sont l'insuffisance respiratoire, l'asthme, l'emphysème, les affections de nature infectieuse (abcès du poumon, bronchopneumonie, pneumonie, tuberculose) ou tumorales (cancer du poumon, de la plèvre, etc.).

Formation initiale

Le pneumologue est un médecin qui, après avoir été reçu à l'internat, a suivi le cursus de spécialité du diplôme d'études spécialisées (DES) de pneumologie pendant quatre ans.

Le rôle essentiel du pneumologue français dans la prise en charge des cancers bronchiques est largement rendu possible par une formation spécifique et continue : une formation complémentaire spécifique en cancérologie est proposée depuis 1989 aux internes spécialistes d'organes (DESC de cancérologie). D'autre part, une semaine d'enseignement annuelle de cancérologie thoracique est proposée à tous les pneumologues francophones par le Groupe d'oncologie de langue française (GOLF), groupe de travail de la Société de pneumologie de langue française (SPLF), permettant une remise à niveau des connaissances dans ce domaine. Des enseignements dédiés à l'oncologie thoracique sont également proposés par les groupes coopératifs francophones.

Domaine d'intervention et part de la cancérologie

La pneumologie est une discipline se situant à l'interface de multiples autres spécialités, englobant des pathologies infectieuses, immunitaires, oncologiques, vasculaires, en plus des pathologies plus spécifiquement « respiratoires ». À ce titre, le pneumologue est confronté à des maladies très fréquentes dans la population générale, auxquelles tout praticien, qu'il soit généraliste ou spécialiste, sera confronté dans sa pratique courante. Ainsi, des centaines de milliers de cas de bronchopathie chronique obstructive, d'asthme, de pneumopathie infectieuse, de phlébite et embolie pulmonaire ou de cancer bronchique sont observés chaque année en France.

Les cancers bronchiques (ou cancer du poumon) représentent un problème majeur de santé publique par leur fréquence et leur gravité. On dénombre plus de 27 700 nouveaux cas de cancers du poumon chaque année en France (dont 83 % chez l'homme) et il est responsable de plus de 27 100 décès. Il représente la première cause de mortalité chez l'homme, la troisième chez la femme et l'incidence est en nette augmentation chez ces dernières. Son lien avec le tabagisme, et dans une moindre mesure avec diverses expositions professionnelles, est établi. Les mésothéliomes sont des cancers de la plèvre (enveloppe du poumon) qui touchent environ 700 personnes annuellement en France et sont le plus souvent lié à une exposition à l'amiante.

Le rôle des pneumologues français dans la prise en charge des cancers bronchiques est fondamental. Ils interviennent à tous les niveaux de la prise en charge :

- Initialement avec la réalisation d'endoscopies bronchiques, permettant les biopsies et le diagnostic ;
- ils sont aussi à l'origine de la prescription du bilan préthérapeutique ;
- et, plus récemment, ils s'impliquent dans la prise en charge et le suivi thérapeutique.

Les cancers bronchiques primitifs représentent une entité particulière en France en cancérologie, puisqu'ils sont souvent pris en charge par des pneumologues. Si la prise en charge des cancers bronchiques repose bien sur une concertation multidisciplinaire, notamment pour sa partie décision et prise en charge thérapeutique, le pneumologue en est l'acteur médical essentiel.

Il intervient et coordonne la prise en charge de la majorité des malades (60 à 70 %) quelle que soit la phase de la maladie : des bilans diagnostiques et d'extension jusqu'à la décision thérapeutique, en passant par la mise en œuvre de la chimiothérapie et de l'évaluation thérapeutique ainsi que lors de la gestion des complications jusqu'à la fin de vie.

L'oncologue est également impliqué essentiellement dans la prise en charge thérapeutique de ces cancers en relation avec les pneumologues.

Particularités du « métier » : dimension relationnelle, médicale, technique

Le pneumologue, qu'il exerce en pratique libérale ou en milieu hospitalier, optimise l'exercice de son expertise clinique par l'utilisation d'un indispensable plateau technique évolutif et pouvant être très complet, modulable en fonction de ses centres d'intérêt et pôles d'activité (explorations de la fonction respiratoire, du sommeil, endoscopie, imagerie...).

Les explorations endoscopiques représentent un pan important de la pratique des pneumologues, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers. L'endoscopie broncho-pulmonaire est nécessaire au diagnostic et au traitement de la majorité des affections respiratoires. En termes de diagnostic, elle permet les biopsies et les prélèvements par cytoponctions ou les biopsies ganglionnaires.

À visée thérapeutique, elle permet la désobstruction bronchique, la destruction des tumeurs en utilisant la thermocoagulation, la cryothérapie ou le laser et la mise en place de prothèses endobronchiques.

Certaines techniques peuvent être associées, telles que l'endoscopie en auto-fluorescence dans la détection de lésions précancéreuses bronchiques, l'échographie endobronchique et la navigation électromagnétique qui permet de repérer et de progresser jusqu'à une lésion périphérique inaccessible à la vision de l'endoscope.

La pratique de l'endoscopie interventionnelle est limitée aux grands centres privés ou publics équipés de moyens nécessaires. Dans ces centres, les endoscopies diagnostiques et thérapeutiques s'associent pour réaliser une structure où tous les actes sont possibles. Ces centres permettent également l'enseignement de la sémiologie bronchique et l'apprentissage des gestes.

Évolution du métier, notamment au regard du Plan cancer

La lutte contre le tabagisme a été confortée par le Plan cancer. Sur les 70 mesures du Plan cancer, neuf sont consacrées à la lutte contre le tabac. Leur mise en œuvre a permis de développer une stratégie complète de lutte contre le tabac. L'implication des pneumologues dans ce domaine a été majeure en renforçant ou en mettant en place des structures d'aide au sevrage tabagique dans les établissements privés et publics et participant à l'enseignement de la tabacologie et de l'addictologie.

Le Plan cancer (mesures 4 à 12) a permis de développer, depuis 2003, une stratégie globale (actions législatives, fiscales, information du public, traitement de la dépendance tabagique) en ligne avec les obligations prévues par la convention cadre pour la lutte antitabac de l'OMS (CCLAT). Cette stratégie globale s'est avérée efficace puisque, en 2005, on compte 1,4 million de fumeurs de moins qu'en 2000. Le Plan cancer a également modifié les pratiques des pneumologues dans le domaine de l'oncologie thoracique en les incitant à mettre en œuvre des consultations d'annonce, à proposer une prise en charge globale des patients intégrant diététiciennes, psychologues, kinésithérapeutes, etc., et à se former aux soins palliatifs, ce qu'ont fait la plupart des cliniques et centres hospitaliers.

Modes d'exercice

EFFECTIFS DES MÉDECINS PNEUMOLOGUES PAR SECTEUR D'ACTIVITÉ, FRANCE ENTIÈRE

Année	Total France entière	Cabinet	Hôpital public	Hôpital privé PSPH non lucratif	Hôpital privé non PSPH lucratif	Autres
2001	2 549	978	1 226	168	95	82
2002	2 621	1 018	1 261	159	99	84
2003	2 659	1 034	1 285	166	84	90
2004	2 671	1 017	1 304	170	85	95
2005	2 708	1 031	1 333	171	75	97
2006	2 726	1 040	1 347	173	71	95
2007	2 757	1 035	1 378	184	67	93

Sources : Séries statistiques, DREES, 2001-2007.

Évolution des effectifs et perspectives quantitatives de renouvellement (attractivité du métier, des modes d'exercice, évolution du métier)

	Effectifs 2001	% femmes 2001	Effectifs 2007	% femmes 2007
Alsace	90	26,7	89	34,0
Aquitaine	110	23,6	112	19,8
Auvergne	48	33,9	48	36,6
Basse-Normandie	48	18,9	56	31,8
Bourgogne	61	21,4	70	19,9
Bretagne	117	34,2	138	34,6
Centre	82	28,7	83	27,6
Champagne-Ardenne	48	20,4	51	25,1
Corse	16	12,7	15	13,2
Franche-Comté	45	28,5	48	32,9
Haute-Normandie	70	26,7	77	26,5
Île-de-France	506	38,1	566	42,3
Languedoc-Roussillon	139	22,4	140	23,7
Limousin	38	8,7	39	16,2
Lorraine	85	33,8	96	28,0
Midi-Pyrénées	131	30,3	135	30,7
Nord - Pas-de-Calais	156	26,3	179	28,2
Pays de la Loire	95	26,7	119	34,1
Picardie	64	12,4	71	23,2
Poitou-Charentes	52	25,5	58	25,0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	284	29,1	284	31,9
Rhône-Alpes	237	35,7	254	38,7
France métropolitaine	2 522	29,6	2 727	32,3
DOM	27	22,2	30	14,2
France entière	2 549	29,5	2 757	32,1

Séries statistiques, DREES, 2001 et 2007.

Aujourd'hui, la densité médicale est élevée, mais les disparités géographiques sont importantes, avec d'importantes différences entre le nord et le sud de la France et entre les zones rurales et urbaines, sans parler des DOM-TOM. On constate un important déficit en professionnels dans de nombreuses spécialités. Dans ce tableau plutôt sombre, la situation des pneumologues est contrastée. Près de 2 400 médecins ont une activité régulière de pneumologie ; ils sont plus jeunes, moins féminisés et travaillent plus souvent à l'hôpital (à temps plein ou partiel) que la moyenne des spécialistes. Mais la profession rencontre déjà de nombreuses difficultés, tant dans les hôpitaux (pour renouveler les départs et répondre aux nouvelles missions) qu'en libéral – du moins dans certaines régions. Ces difficultés culmineront en 2010-2012.

RADIOLOGIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

Définition de la profession

Les premiers radiologues s'attachent à l'utilisation des rayons X ionisants (découverts par Röntgen en 1895) pour faire à la fois des radiographies et radioscopies (radiographies en temps réel d'une image mobile) et pour traiter des maladies, spécialement des cancers.

Dans les années 1960-1970, le développement de ces différentes activités conduit à la scission de la radiologie en deux spécialités distinctes : la radiologie diagnostique va se fondre dans l'imagerie médicale qui recourt à des images produites par d'autres moyens que les rayons X (ultrasons pour l'échographie, résonance magnétique pour l'IRM) tandis que la radiothérapie va devenir l'oncologie radiothérapique en s'alliant à l'oncologie médicale. La radiobiologie se rattache plus à la radiothérapie qu'au radiodiagnostic. La radiophysique constitue une interface entre la radiothérapie, la médecine nucléaire et l'imagerie médicale.

Formation initiale

Le radiologue est un médecin spécialiste. Le DES de radiodiagnostic et imagerie médicale, d'une durée de cinq ans, est validé après :

- huit semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées de radiodiagnostic et imagerie médicale, dont cinq au moins doivent être accomplis dans des services hospitalo-universitaires ou conventionnés ;
- deux semestres dans des services agréés pour des diplômes autres que le DES de radiodiagnostic et imagerie médicale.

Domaine d'intervention et part de la cancérologie

L'imagerie médicale est le procédé par lequel un médecin peut examiner l'intérieur du corps d'un patient sans l'opérer. L'imagerie médicale peut être utilisée à des fins cliniques pour l'établissement d'un diagnostic, dans un but préventif pour le dépistage d'un certain nombre de cancers, pour le traitement de la maladie et le suivi très précis de l'évolution de la maladie en offrant des comparatifs rationnels. Elle est aussi utilisée pour aider ou assister une intervention (imagerie interventionnelle). L'imagerie médicale a par ailleurs une utilité particulière en pharmacologie où elle permet de tester *in vivo* l'efficacité d'un traitement

pharmaceutique. Elle est également utilisée dans le cadre de travaux de recherche scientifique étudiant la physiologie des êtres vivants.

Même si une partie du travail du radiologue est de collaborer avec les manipulateurs lors de l'acquisition des images, l'essentiel de son travail est en aval : l'analyse des images et leur interprétation. Son objectif est double : d'une part, établir un diagnostic en s'appuyant sur les renseignements médicaux fournis par le dossier du patient, d'autre part, aider le médecin ou le chirurgien dans la planification du traitement et son suivi.

D'un point de vue technique, le but de l'imagerie médicale est de créer une représentation visuelle intelligible d'une information à caractère médical. Le domaine de l'imagerie médicale englobe toutes les techniques permettant de stocker et de manipuler ces informations. Suivant les techniques utilisées, les examens d'imagerie médicale permettent d'obtenir des informations sur l'anatomie des organes (leur taille, leur volume, leur localisation, la forme d'une éventuelle lésion, etc.) ou sur leur fonctionnement (leur physiologie, leur métabolisme, etc.). Dans le premier cas, on parle d'imagerie morphologique et, dans le second, d'imagerie fonctionnelle.

Parmi les méthodes d'**imagerie morphologique** les plus couramment employées en médecine, on peut citer les méthodes basées sur les rayons X (radiologie conventionnelle, tomodensitomètre ou CT-scan, angiographie...), sur la résonance magnétique (IRM), sur les ultrasons (échographie) et sur l'optique (endoscopie).

Les méthodes d'**imagerie fonctionnelle** sont aussi très variées. Elles regroupent les techniques de médecine nucléaire (TEP, TEMP ou SPECT) basées sur l'émission de rayons gamma par des traceurs radioactifs qui, après injection, se concentrent dans les régions d'intérêt, des techniques d'IRM utilisant des agents de contraste ciblés se fixant sur des types cellulaires (par exemple macrophages, cellules de Kupffer, hépatocytes) ou permettant l'étude de la diffusion de l'eau (IRM de diffusion), ou l'analyse moléculaire (spectroscopie IRM), ou encore l'étude de l'activité cérébrale (IRM fonctionnelle cérébrale). L'étude des paramètres hémodynamiques caractérisant la circulation vasculaire des tissus est aussi possible par tomodensitométrie, IRM ou échographie Doppler, après injection IV d'agents de contraste ; elle renseigne sur le degré de viabilité des tissus.

Ces différents types de techniques sont souvent employés de façon complémentaire parfois même au sein d'un même système d'imagerie qui permet alors des acquisitions multimodales, simultanées ou non.

Particularités du « métier » : dimension relationnelle, médicale, technique

L'imagerie médicale moderne est certainement un des domaines qui a le plus contribué au progrès médical au cours des deux dernières décennies. Les avancées technologiques de ces dernières années ont bouleversé l'imagerie en élargissant considérablement les possibilités d'exploration *in vivo* et non invasives. Ces progrès ont en particulier permis d'abaisser le seuil de détection des anomalies, permettant un traitement plus précoce, et donc souvent plus efficace. L'imagerie fonctionnelle contribue, quant à elle, à améliorer la caractérisation des

anomalies découvertes et, à ce titre, à mieux adapter les traitements. Il n'y a pratiquement plus aucun domaine de la médecine ou de la chirurgie qui ne dépende des techniques d'imagerie.

Évolution du métier, notamment au regard du Plan cancer

Ces développements ont également transformé le métier de radiologue. Pour le patient, le temps d'examen est de plus en plus court. En effet, grâce à des machines toujours plus performantes, dotées d'outils informatiques puissants, l'acquisition des données nécessaires au radiologue est très rapide. Par contre, la quantité considérable d'informations pertinentes maintenant recueillies au cours d'un examen rend plus complexe et plus long le temps nécessaire à l'interprétation. La prochaine évolution importante qui se profile déjà est l'utilisation en pratique courante de la télé-imagerie. L'important problème démographique que connaît la profession médicale actuellement et le mode de formation des jeunes radiologues qui vont vers un exercice de plus en plus spécialisé et centré autour des techniques les plus récentes vont à moyen terme créer des difficultés dans la répartition générale des professionnels sur le territoire national. Une réflexion doit s'engager sur les nouveaux modes d'exercice de la profession.

Au regard du Plan cancer, les radiologues libéraux jouent un rôle important en matière de santé publique : ils participent notamment au dépistage organisé du cancer du sein (mesure 21 du Plan cancer), qui implique plus de 2000 cabinets de radiologie sur tout le territoire.

Modes d'exercice

Les radiologues exercent majoritairement leur profession en mode libéral. En effet, 68 % d'entre eux ont une activité libérale ou mixte, soit 5 316 radiologues sur un total de 7 814. 32 %, représentant 2 498 radiologues, sont salariés exclusifs.

Évolution des effectifs et perspectives quantitatives de renouvellement (attractivité du métier, des modes d'exercice, évolution du métier)

Démographie : au 1^{er} janvier 2007, on comptait 7 814 radiologues en France métropolitaine et 7 963 sur l'ensemble du territoire. Les radiologues représentent 3,7 % de l'ensemble des médecins et 7,3 % des spécialistes (3^e rang en termes d'effectifs). La densité est de 13 radiologues pour 100 000 habitants.

Féminisation : si au 1^{er} janvier 2007 les femmes représentaient 29,2 % des effectifs, un changement est aujourd'hui en train de s'amorcer : plus d'un étudiant de troisième cycle en radiodiagnostic et imagerie médicale sur deux est une femme (53 %). Ainsi, cette profession suit la tendance générale de l'ensemble des médecins, qui reste cependant majoritairement masculine avec 38,8 % de femmes.

Les radiologues femmes privilégient davantage le travail en milieu hospitalier : on compte 42,8 % de femmes en secteur hospitalier et seulement 22,8 % en libéral.

Vieillesse : l'âge moyen est de 49,5 ans. 38 % des radiologues se trouvent dans la tranche d'âge de 50 à 59 ans.

Comme pour le reste du corps médical, le nombre de radiologues entame une phase de récession. La représentativité de cette profession s'est contractée au profit d'autres spécialités : en 2005, les nouveaux inscrits en radiodiagnostic représentaient 9,4 % du total ; ils ne sont plus que 5,8 % en 2007. Cependant, la diminution du nombre de nouveaux inscrits n'est pas le résultat d'une « désaffection » pour la spécialité, mais correspond à une diminution du nombre de postes d'internes en imagerie au profit d'autres spécialités : en effet, l'imagerie est encore aujourd'hui une des rares spécialités où 100 % de postes d'interne sont choisis. Le départ à la retraite des baby-boomers, conjugué au *numerus clausus* insuffisant, pèse fortement sur les effectifs et donc sur la densité de radiologues exerçant sur le sol français.

Les spécialités chirurgicales

GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

Définition de la profession

La gynécologie-obstétrique est une spécialité médico-chirurgicale indivisible qui comprend la physiologie et les maladies de l'appareil génital féminin, ainsi que l'endocrinologie féminine et la physiologie reproductrice. Son exercice est associé à celui de l'obstétrique.

Formation initiale

La formation, constituée par l'internat qualifiant, est validée par un diplôme unique, le DES de gynécologie-obstétrique d'une durée de cinq ans.

La maquette du DES comporte des enseignements généraux et spécifiques ainsi que thématiques dont, notamment, oncologie et chirurgie gynécologique et mammaire.

La formation pratique inclut, entre autres, deux semestres dans des services agréés du DES de chirurgie générale et de DESC de chirurgie viscérale, urologique et vasculaire.

Les semestres libres doivent être effectués dans des services agréés pour la spécialité ou une autre spécialité. Il existe des postes en service d'AMP (Assisted Medical Procreation). Mais les stages peuvent être réalisés ailleurs (médecine, endocrinologie, gynécologie médicale).

Au-delà des stages obligatoires, nécessaires pour la validation, les profils de formation sont multiples, permettant des projets personnels divers (obstétrique et médecine fœtale, chirurgie gynécologique et mammaire, médecine de la reproduction, etc.).

Domaine d'intervention et part de la cancérologie

La gynécologie obstétrique comprend de multiples activités.

Elle combine chirurgie et actes médicaux (gynécologie médicale), activité diagnostique (échographie), obstétrique, bilans d'infertilité et procréation médicalement assistée.

Comme de nombreux spécialistes, le gynécologue-obstétricien accompagne souvent ses malades sur la durée. Son rôle de prévention et de surveillance est important, notamment pour la prévention, le dépistage et le traitement des tumeurs de l'appareil féminin.

En ce qui concerne le dépistage organisé du cancer du sein qui s'adresse à des femmes entre 50 et 74 ans, le gynécologue joue un rôle important. En 2006, plus de 2 millions de femmes ont participé à ce dépistage (taux de participation de 49,3 %) selon l'Institut de veille sanitaire, responsable de l'évaluation épidémiologique de ce programme.

Dans le cas du cancer du col de l'utérus, le dépistage individuel repose sur un test spécifique, le frottis cervico-utérin, et le gynécologue-obstétricien est un acteur majeur de ce dépistage.

Dans le domaine chirurgical, la prise en charge du cancer est, dans la majorité des cas, une étape essentielle du traitement. Sa qualité conditionne la juste évaluation des facteurs pronostiques nécessaires aux choix des traitements complémentaires. L'exercice de la gynécologie chirurgicale s'intègre dans une démarche multidisciplinaire : coordination de l'acte chirurgical et des autres traitements nécessaires.

Particularités du « métier » : dimension relationnelle, médicale, technique

La chirurgie gynécologique est aujourd'hui une véritable spécialité. À la pointe des nouvelles technologies, les opérations gynécologiques ont été les premières à utiliser l'endoscopie, qui permet, grâce à une sonde reliée à une caméra, d'intervenir par voie interne, allégeant ainsi considérablement les interventions et ne laissant que des cicatrices minimales.

Évolution du métier, notamment au regard du Plan cancer

Le Plan cancer a permis de souligner l'importance de deux volets : la partie concernant le dépistage (sein et col de l'utérus) et la mise en place de critères de qualité nécessaires pour les autorisations en cancérologie. Ce dispositif des autorisations en cancérologie devra permettre, à terme, l'égalité d'accès pour tous à des soins de qualité sur tout le territoire. Il s'applique à tous les établissements de santé et concerne différentes pratiques thérapeutiques, dont la chirurgie des cancers. Le décret d'application a été publié en mars 2007, sa mise en œuvre est en cours. Ce dispositif a défini des seuils d'activité annuelle et des critères d'agrément qui concernent la qualité et la sécurité de la prise en charge. Le seuil d'activité pour la chirurgie mammaire est de trente interventions par an, et pour la chirurgie gynécologique au moins vingt interventions par an.

Le but de ces critères de qualité est de permettre une amélioration de la prise en charge des patientes, cette démarche s'inscrivant dans le cadre de la mise en place des réunions de concertation pluridisciplinaire et des réseaux de cancérologie.

Modes d'exercice

Le taux d'exercice libéral et mixte varie de 40 % pour les gynécologues médicaux à 60 % pour les praticiens à forte activité chirurgicale.

Évolution des effectifs et perspectives quantitatives de renouvellement (attractivité du métier, des modes d'exercice, évolution du métier)

Démographie : en ce qui concerne la gynécologie médicale, la source DREES au 1^{er} janvier 2007 dénombre 2 121 gynécologues en métropole et 2 129 en France entière.

La même source compte pour la gynécologie obstétrique 5 164 spécialistes en métropole et 5 347 en France entière.

Féminisation : le taux de féminisation pour la chirurgie gynécologique obstétrique est de 37,6 % tandis que pour la gynécologie médicale il est de 88 %.

La gynécologie-obstétrique est une spécialité chirurgicale mais elle fait l'objet d'une filière spécifique. Cette filière permet de maintenir un recrutement de 150 spécialistes par an, avec une augmentation ces dernières années de la représentation féminine.

CHIRURGIE THORACIQUE

Définition de la profession

Il existe deux principaux types de chirurgies thoraciques, à savoir : la chirurgie thoracique et la chirurgie thoracique et cardiovasculaire.

On désigne habituellement par chirurgie thoracique la chirurgie de l'appareil respiratoire depuis le larynx (non compris) jusqu'au diaphragme. Il s'agit donc de la chirurgie de la trachée, des bronches, des poumons, de la plèvre, de la paroi thoracique, du diaphragme ainsi que des lésions de la région située entre les deux poumons que l'on appelle le médiastin. La chirurgie de l'œsophage, organe intra-thoracique, peut être pratiquée par les chirurgiens thoraciques ou par des chirurgiens digestifs le plus souvent. Beaucoup de chirurgiens thoraciques pratiquent couramment la chirurgie thyroïdienne.

Formation initiale

La chirurgie thoracique est une spécialité chirurgicale qui nécessite, après le concours d'internat, la validation du DES (diplôme d'étude spécialisée) de chirurgie générale avec, à terme, validation du DESC (diplôme d'étude spécialisée complémentaire) de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire.

Le DES, d'une durée de cinq ans, comprend un enseignement théorique et une formation pratique incluant :

- huit semestres dans des services agréés pour l'un des diplômes d'études spécialisées ou des diplômes d'études spécialisées complémentaires de la discipline des spécialités chirurgicales ;
- deux semestres dans des services agréés pour la spécialité ou pour une autre spécialité.

Le DESC comprend 200 heures environ d'enseignement et une formation pratique de six semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées complémentaires de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire.

La totalité du parcours médical et chirurgical de formation est de treize années. Au cours de son internat, ou de son clinicat (titre hospitalo-universitaire post-doctoral), le praticien qualifié en chirurgie thoracique et cardio-vasculaire peut opter pour des formations complémentaires qui valident des aptitudes chirurgicales ou médicales précises et qui entrent dans le cadre des diplômes universitaires (DU ou DIU).

Domaine d'intervention et part de la cancérologie

Les pathologies thoraciques regroupent un nombre important de maladies touchant les diverses structures situées à l'intérieur du thorax :

- Tumeurs pulmonaires :
 - malignes : primitives ou secondaires,
 - bénignes ;
- Emphysème ;
- Pathologies pulmonaires infectieuses ;
- Pathologies pleurales :
 - infectieuse,
 - pneumothorax,
 - tumorale : bénigne et mésothéliome ;
- Pathologies de la paroi thoracique ;
- Pathologies médiastinales et myasthénie ;
- Pathologie œsophagienne :
 - tumeur maligne,
 - tumeur bénigne,
 - troubles moteurs ;
- Traumatologie thoracique ;
- Transplantation pulmonaire.

Concernant les maladies cancéreuses, le cancer pulmonaire, appelé également cancer bronchique car son origine est souvent dans la muqueuse bronchique, est actuellement le cancer qui occasionne le plus de décès (aussi bien chez les hommes que chez les femmes) dans le monde occidental.

En France, 28 000 nouveaux cas de cancer du poumon ont été diagnostiqués en 2000, dont 83 % survenus chez l'homme.

L'incidence du cancer du poumon augmente de façon régulière depuis 20 ans. L'évaluation du stade de la maladie est importante pour déterminer le meilleur traitement. Les opérations qui sont faites dans ce but sont la médiastinoscopie (qui permet de biopsier les ganglions lymphatiques médiastinaux autour de la trachée) ainsi que la thoracoscopie (geste chirurgical qui consiste à inspecter la cavité pleurale au moyen d'une caméra) qui permet de biopsier d'autres ganglions lymphatiques médiastinaux, d'évaluer la plèvre à la recherche de métastases ou parfois de faire des biopsies de nodules pulmonaires secondaires.

L'évaluation et le traitement d'un patient atteint d'un cancer du poumon sont donc un processus complexe qui tient compte, d'une part, du stade de la maladie et, d'autre part, de la capacité du patient à supporter le traitement. Cela nécessite une approche multidisciplinaire coordonnée entre le chirurgien thoracique, le pneumologue, l'oncologue médical et le radio-oncologue.

Une tumeur également en recrudescence est le mésothéliome pleural malin, le plus souvent lié à une exposition à l'amiante.

Particularités du « métier » : dimension relationnelle, médicale, technique

Le chirurgien thoracique décide du choix des techniques chirurgicales à utiliser : d'investigation (médiastinoscopie, vidéothoracoscopie) et d'exérèse (résection limitée, lobectomie, pneumonectomie), et du choix des nouvelles techniques (robotique, exérèses par radiofréquence...) peaufinant la meilleure indication opératoire pour chaque malade. Des techniques chirurgicales complexes d'exérèse étendue (à l'aide de la circulation extracorporelle) ou d'exérèse minime (avec reconstruction plastique de la continuité bronchique) peuvent être réalisées dans des indications opératoires précises.

L'entreprise demeure encore complexe, en particulier dans le traitement médico-chirurgical du cancer broncho-pulmonaire. La prise en charge thérapeutique de ce cancer est devenue multidisciplinaire. Elle nécessite, après avoir obtenu un diagnostic histologique précis, des traitements pré- et postopératoires, décidés en réunion de concertation oncologique avec le pneumologue, le radiothérapeute, l'anatomopathologiste et le chirurgien... L'espoir d'une survie à long terme dépend d'une bonne indication opératoire, de la qualité du geste et de la prise en charge en milieu spécialisé. En outre, la recherche clinique appliquée et la recherche fondamentale reposent sur la constitution de banques de tissus obtenus par les prélèvements chirurgicaux, dans le respect d'une démarche « qualité ».

Évolution du métier, notamment au regard du Plan cancer

Des travaux ont été engagés dans la perspective d'une amélioration de la prise en charge des malades porteurs d'un cancer. Il a été de ce fait demandé à chacune des spécialités, dont la Société française de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, d'établir des règles de bonnes pratiques fondées sur des critères de qualité incontestables. L'accent a notamment porté sur la qualité des plateaux techniques mis à disposition, les modalités de participation à des réseaux de cancérologie ainsi qu'à des réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP) et l'établissement de niveaux minimaux d'activité par structure et/ou par équipe garantissant une qualité et une continuité des soins. La SFCTCV a donc été amenée à établir « un projet de cahier des charges concernant les critères de qualité de la chirurgie thoracique oncologique ».

La création d'un cycle d'enseignement (diplôme interuniversitaire d'oncologie thoracique et médico-chirurgicale) en six modules de deux jours et demi répartis sur une durée de deux ans répond à la recommandation du Plan cancer qui demande aux chirurgiens opérant des malades cancéreux de faire état d'une formation théorique d'oncologie. Ce cours, organisé à l'initiative du collège, a débuté en février 2005.

Modes d'exercice

Les spécialistes de chirurgie thoracique et cardiaque exercent pour deux tiers d'entre eux comme salariés en milieu hospitalier (186), le tiers restant (109) exerçant en mode libéral ou mixte.

Évolution des effectifs et perspectives quantitatives de renouvellement (attractivité du métier, des modes d'exercice, évolution du métier)

Démographie : d'après une source DREES, au 1^{er} janvier 2007, on comptait 295 spécialistes de chirurgie thoracique et cardiaque en métropole (305 pour l'ensemble du territoire), soit 0,27 % de l'ensemble des spécialistes.

Féminisation : cette spécialité, presque exclusivement masculine, ne compte que 7,2 % de femmes exerçant essentiellement en secteur hospitalier.

Vieillesse : il s'agit d'une population relativement jeune, l'âge moyen étant de 45,5 ans. 55 % de ces spécialistes se situent dans la tranche d'âge : 40 à 49 ans et seuls 3 % ont plus de 60 ans.

CHIRURGIE UROLOGIQUE

Définition de la profession

L'urologie est la spécialité médico-chirurgicale qui s'intéresse et soigne l'appareil urinaire des deux sexes, l'appareil génital masculin (prostate et organes génitaux externes) et traite les maladies qui s'y rapportent comme les tumeurs, les calculs urinaires, les malformations, et l'incontinence, la dysfonction érectile, l'infertilité masculine...

Formation initiale

La chirurgie urologique est une spécialité qui nécessite après l'examen classant national (ECN), ancien concours d'internat de médecine, la validation du DES (diplôme d'étude spécialisée) de chirurgie générale (actuellement) puis la validation du DESC (diplôme d'étude spécialisée complémentaire) de chirurgie urologique.

Le DES, d'une durée de cinq ans, comprend un enseignement théorique et une formation pratique incluant :

- huit semestres dans des services agréés pour l'un des diplôme d'études spécialisées ou des diplômes d'études spécialisées complémentaires de la discipline des spécialités chirurgicales ;
- deux semestres dans des services agréés pour la spécialité ou pour une autre spécialité.

Le DESC d'une durée de six semestres, inclut une formation théorique assurée au niveau régional par des enseignements organisés sous l'égide des coordonnateurs locaux régulés par le coordonnateur interrégional. La formation pratique comprend quatre semestres dans un service d'urologie, deux semestres en chirurgie viscérale, un semestre en orthopédie et trois semestres libres. La validation du DESC se fait en présence d'un jury. L'épreuve comporte l'analyse d'un dossier médical et le candidat doit avoir publié un article original en premier auteur dans une revue à comité de lecture référencée.

De plus, les internes en fin de cursus et les chefs de cliniques doivent suivre l'enseignement national du collège d'urologie (ECU) qui comprend neuf séminaires répartis sur trois ans. Il est recommandé de s'inscrire à l'examen européen (European Board of Urology).

Domaine d'intervention et part de la cancérologie

L'étendue anatomique et fonctionnelle de l'appareil urinaire des deux sexes et de l'appareil génital masculin explique la diversité des pathologies qui relèvent de l'urologue :

- la cancérologie urologique (prostate, vessie, reins, testicules...) représente plus de 20 % de l'ensemble des cancers, 47 % des tumeurs solides de l'homme. La cancérologie représente plus de 40 % de l'activité d'un urologue ;
- l'incontinence urinaire, qui préoccupe plus de 3 millions de Français ;
- les troubles mictionnels de l'homme représentent 25 % de l'activité médico-chirurgicale ;
- les pathologies infectieuses urologiques (pyélonéphrite, prostatite, etc.) ;
- les lithiases urinaires atteignent 10 % de la population ;
- l'insuffisance rénale chronique et la transplantation rénale (plus de 2 500 transplantations rénales sont réalisées annuellement en France) ;
- l'andrologie – infertilité masculine et sexologie – bénéficie des progrès diagnostiques et thérapeutiques récents ;
- la neuro-urologie prend en charge les dysfonctionnements du bas appareil urinaire, d'origine médicale ou post-traumatique ;
- les traumatismes urologiques (reins, vessie, bourses, urètre) ;
- l'urologie pédiatrique, avec ses composantes malformatives ou fonctionnelles, représente une part importante de la pathologie viscérale de l'enfant et de l'adolescent.

La chirurgie est le traitement de référence des cancers urologiques. Le chirurgien urologue est le premier intervenant dans plus de 95 % des cas de prise en charge des cancers urologiques.

Avec une incidence de plus de 60 000 nouveaux cas par ans, le cancer de la prostate est le premier cancer chez l'homme de plus de 50 ans et représente 20 % des nouveaux cas de cancer. Actuellement, un dosage régulier du taux de PSA est recommandé chez les hommes de plus de 50 ans. Les cancers de la vessie (3 à 4 % des cancers), du rein (2 %) et du testicule sont plus rares.

Particularités du « métier » : dimension relationnelle, médicale, technique

La chirurgie cancérologique urologique met en œuvre, outre les techniques d'exérèse carcinologique classiques, des techniques de préservation ou de reconstruction fonctionnelle (rein, voie excrétrice, vessie, urètre, verge, etc.), des techniques endoscopiques de diagnostic, de traitement et de surveillance, des techniques adaptées de gestion et de traitement des complications éventuelles (sténose de l'uretère, de l'urètre, incontinence, fistule, impuissance, troubles de l'éjaculation, de la fertilité, etc.), nécessitant une parfaite connaissance et une pratique régulière de la totalité de l'art urologique.

Parallèlement à la tradition chirurgicale classique, l'endoscopie urologique a toujours été pratiquée par les urologues qui ont bénéficié des perfectionnements matériels permettant la chirurgie mini-invasive (endoscopie, coelioscopie, chirurgie

percutanée). La maîtrise complète de ces techniques, en complément des traitements médicaux, confère à l'urologue une indépendance thérapeutique qui contribue à la qualité de la prise en charge, sans exclure ses multiples collaborations avec les autres disciplines partenaires (anatomie pathologique, radiologie, néphrologie, gynécologie, oncologie...).

Évolution du métier, notamment au regard du Plan cancer

Le Plan cancer s'est accompagné de la mise en place d'un dispositif d'autorisation, applicable à tous les établissements de santé qui prennent en charge des patients atteints de cancer. Ces établissements ne seront autorisés à pratiquer les traitements du cancer que s'ils mettent en œuvre des critères de qualité et respectent un seuil d'activité minimale. Un décret détermine les conditions d'attribution de l'autorisation. Il prévoit la déclinaison spécifique de l'autorisation en quatre modalités thérapeutiques, dont la chirurgie des cancers. Le texte, en application du décret, fixe les minima d'activité exigés en chirurgie par spécialité concernée, en radiothérapie et en chimiothérapie.

Tous les urologues prenant en charge des patients présentant un cancer urologique doivent appartenir à un réseau d'établissements et à une unité de concertation pluridisciplinaire. Tous les patients présentant un cancer doivent être enregistrés et faire l'objet d'un dossier médical partagé accessible à tous les acteurs de la chaîne de soins susceptibles de prendre en charge le patient.

L'Association française d'urologie (AFU) a anticipé sur la nécessité de qualité de la prise en charge des cancers. Le Comité de cancérologie de l'AFU élabore des règles de bonne pratique en cancérologie urologique.

Modes d'exercice

L'exercice de la spécialité urologique reste compatible avec les divers modes d'exercices de la médecine : libérale, hospitalière ou mixte, voire hospitalo-universitaire. Ainsi, on dénombre deux fois plus d'urologues en exercice libéral ou mixte (519) que de salariés hospitaliers (224). Les urologues travaillent généralement en groupe de six ou huit praticiens exerçant chacun une hyperspécialisation telle que l'andrologie, la cancérologie...

L'activité médico-chirurgicale de l'équipe urologique se répartit en moyenne en 45 % de consultations, 40 % d'interventions et 15 % d'explorations.

Évolution des effectifs et perspectives quantitatives de renouvellement (attractivité du métier, des modes d'exercice, évolution du métier)

Démographie : au 1^{er} janvier 2007, on dénombre, selon une source DREES, 743 chirurgiens urologues en métropole et 754 sur l'ensemble du territoire, soit 0,7 % des spécialistes. La densité de cette population est de 1 pour 100 000 habitants.

Féminisation : c'est une profession presque exclusivement masculine : on ne compte que 2,6 % de femmes, exerçant surtout en milieu hospitalier.

Vieillessement : cette population est relativement jeune, l'âge moyen étant de 46,5 ans. La moitié des urologues a moins de 45 ans et 8 % seulement ont dépassé 60 ans.

Évolution des effectifs : spécialité à dominante masculine (97 %), la chirurgie urologique est une des rares spécialités dont la base de la pyramide des âges s'élargit. Selon une source CNOM, la quasi-totalité des régions de la France métropolitaine enregistre entre 2005 et 2006 une augmentation des effectifs allant de +2 % (Bretagne) à +25 % (Corse). Très concrètement, le nombre de postes d'internes ouverts en chirurgie est passé de 306 en 1999 à 550 en 2005 et on estime que 7 à 12 % des internes de chirurgie nommés aux épreuves de l'ECN (examen classant national) choisissent l'urologie. L'urologie est donc une spécialité dynamique et attractive pour les jeunes. Le facteur limitant est le nombre de terrain de stages d'internat et surtout de postinternat qu'il faut pouvoir garantir aux nouveaux venus pour leur assurer une formation professionnelle de qualité. Sur le territoire national, environ 41 services universitaires d'urologie sont susceptibles de les accueillir.

Le nombre d'urologues en formation, de l'ordre de 10 à 12 par an, assure une densité de 1 pour 100 000 habitants, alors que les responsables de la spécialité estiment qu'il faudrait en moyenne 1,5 urologue pour 100 000 habitants. Ils prévoient un creux démographique à partir de 2010 si des corrections ne sont pas apportées rapidement. L'ouverture de postes d'assistants spécialistes partagés entre les CHG et les CHU doit être envisagée rapidement pour atteindre ces objectifs de formation des futurs urologues.

CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE

Définition de la profession

La chirurgie viscérale et digestive est la spécialité médicale qui prend en charge les pathologies chirurgicales du tractus digestif. Elle inclut autant les maladies du tube digestif (œsophage, estomac, duodénum, intestin grêle, côlon, rectum et anus) que celles des organes ou glandes de la cavité abdominale (foie, pancréas, rate).

Enfin, la chirurgie digestive inclut des hyperspécialisations : transplantation hépatique, chirurgie hépatobiliaire, chirurgie de l'obésité (bariatrique), chirurgie endocrinienne (thyroïde, surrénales).

Formation initiale

La chirurgie viscérale et digestive est une spécialité médicale qui nécessite, après le concours de l'internat, la validation du DES (diplôme d'étude spécialisée) de chirurgie générale avec, à terme, la validation du DESC (diplôme d'étude spécialisée complémentaire) de chirurgie viscérale et digestive d'une durée de six semestres.

Les modalités de spécialisation en chirurgie ont été réformées à plusieurs reprises :

1. Le concept de chirurgie générale est abandonné au profit de la reconnaissance de dix disciplines chirurgicales
2. La première année de chirurgie (PAC) est commune à toutes les disciplines chirurgicales qui organisent un enseignement théorique fondamental commun et obligatoire. La PAC est effectuée exclusivement dans les hôpitaux universitaires. Cette première année est sanctionnée par un contrôle des connaissances qui donne droit à inscription dans une des dix disciplines chirurgicales (DES).
3. Un droit au remords permet de réintégrer les disciplines médicales à l'issue de la PAC.
4. Le DES de chirurgie dure cinq ans (incluant la PAC). Les stages seront effectués dans les hôpitaux publics universitaires ou non, les hôpitaux PSPH, les établissements privés. La liste des services ou équipes agréés est établie par le coordonnateur régional du DES et régulièrement réévaluée.
5. Un droit au remords chirurgical est autorisé à l'issue de la première année du DES.
6. Certains DES donnent droit à l'exercice de la chirurgie (ORL, ophtalmologie, gynécologie, stomatologie).

7. Pour toutes les autres spécialités chirurgicales, la validation obligatoire du DESC implique un postinternat de deux ans et comporte une évaluation théorique et pratique des chirurgiens.

La formation continue des chirurgiens est indispensable pour assurer la qualité des soins. Un DIU et des séminaires organisés par les sociétés savantes regroupées dans la Fédération de chirurgie viscérale et digestive (FCVD), assurent cet enseignement pour ce qui est du domaine de la cancérologie chirurgicale digestive.

Domaine d'intervention et part de la cancérologie

La chirurgie viscérale et digestive concerne :

- Le traitement de toutes les tumeurs digestives bénignes ou cancéreuses ;
- Les faiblesses de la paroi abdominale (hernies, éventrations...);
- La pathologie des voies biliaires (vésicule biliaire, cholédoque...);
- Les maladies de l'intestin grêle, du côlon et du rectum ;
- Les pathologies de la glande thyroïde ;
- Le reflux gastro-œsophagien et les hernies diaphragmatiques ;
- La prise en charge de l'obésité morbide.

La chirurgie digestive comprend une part importante de chirurgie du cancer qui fait partie de l'activité normale des services de cette spécialité. Il y a actuellement près de 36 000 nouveaux cas par an de cancers colorectaux et 16 000 personnes en meurent. C'est le second cancer, en termes de fréquence, chez la femme (après le cancer du sein) et le troisième chez l'homme (après le cancer du poumon et celui de la prostate).

Ces chiffres élevés peuvent aisément diminuer, le cancer colorectal étant une maladie curable dont le dépistage précoce améliore nettement le pronostic et allonge la survie. Le Plan cancer vise à faire avancer les comportements vis-à-vis de la prévention et du dépistage, en proposant notamment un dépistage gratuit à toutes les personnes âgées de 50 à 74 ans.

Particularités du « métier » : dimension relationnelle, médicale, technique

La prise en charge des maladies digestives a considérablement évolué au cours des deux dernières décennies, compte tenu des progrès diagnostiques permis par l'imagerie médicale et l'endoscopie. Avec un diagnostic plus précoce, ces nouvelles techniques permettent actuellement une prise en charge et une reprise d'activités plus rapides. De plus, l'essor récent des techniques mini-invasives, comme la laparoscopie ou coelioscopie, permet de réaliser la plupart des interventions : colectomie, gastrectomie..., dans des conditions moins « agressives » pour le patient.

Dans le cas de cancer, la qualité du traitement chirurgical implique des critères exigibles dans toute intervention chirurgicale, mais également une prise en charge multidisciplinaire, incluant le médecin traitant, le gastro-entérologue,

le chirurgien, le radiologue, l'anatomopathologiste et l'oncologue, pour une approche globale du patient et de sa maladie. Une structure idéalement organisée pour la chirurgie digestive s'entourera de toutes ces compétences médicales en soins, en réanimation, en imagerie, mais aussi de toute l'infrastructure nécessaire à la qualité (lutte contre la douleur, lutte contre les infections nosocomiales).

Évolution du métier, notamment au regard du Plan cancer

La mesure 36 du Plan cancer : « Établir des critères d'agrément pour la pratique de la cancérologie dans les établissements publics et privés » s'est traduite par la mise en place d'un dispositif d'autorisation qui est applicable à tous les établissements de santé qui prennent en charge des patients atteints de cancer. Ces établissements ne seront autorisés à pratiquer les traitements du cancer que s'ils mettent en œuvre des critères de qualité et respectent un seuil d'activité minimum.

Un décret détermine les conditions d'attribution de l'autorisation. Il prévoit la déclinaison spécifique de l'autorisation en 4 modalités thérapeutiques : chirurgie des cancers ; radiothérapie externe et curiethérapie ; chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer ; utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées. Le texte, en application du décret, fixe les minima d'activité en chirurgie par spécialité concernée, en radiothérapie et en chimiothérapie.

En chirurgie digestive, le seuil d'activité annuelle est fixé à trente interventions par établissement.

Modes d'exercice

Les spécialistes de chirurgie viscérale exercent majoritairement leur activité comme salariés en milieu hospitalier. En effet, sur 699 spécialistes, on compte 421 salariés pour 278 libéraux ou mixtes.

Évolution des effectifs et perspectives quantitatives de renouvellement (attractivité du métier, des modes d'exercice, évolution du métier)

Démographie : au 1^{er} janvier 2007, les spécialistes de chirurgie viscérale, au nombre de 699 en France métropolitaine et 716 pour l'ensemble du territoire, représentent 0,65 % de l'ensemble des spécialistes. La densité moyenne est de 1 pour 100 000 habitants.

Féminisation : le taux de féminisation, évalué à 12,1 % est faible.

Vieillesse : spécialité relativement jeune, l'âge moyen est de 45,7 ans : 4,7 % de cette population, soit 33 spécialistes, ont plus de 60 ans, et un médecin sur deux est âgé de moins de 45 ans.

Évolution des effectifs : entre 2004 et 2007, le CNOM enregistre une augmentation de 2,9 % des effectifs.

Les autres professions intervenant en cancérologie

BIOLOGISTE MÉDICAL

Définition de la profession

L'acte de biologie médicale correspond à l'analyse quantitative et/ou qualitative d'échantillons biologiques d'origine humaine. Il s'inscrit dans une démarche préventive, diagnostique, pronostique et thérapeutique et actuellement parfois prédictive. Le biologiste assure la responsabilité de cet acte qui inclut le prélèvement, l'exécution de l'analyse, la validation des résultats et, si nécessaire, leur confrontation avec les données cliniques et biologiques des patients. Le biologiste médical participe, par ses commentaires, à l'interprétation des résultats de l'analyse de biologie médicale. Ces résultats concourent au diagnostic et à la prescription des soins.

Formation initiale

Le décret n° 75-1344 du 30 décembre 1975 modifié précise la nature de la formation. Peuvent exercer la profession de biologiste médical les médecins, les pharmaciens ou les vétérinaires titulaires :

– soit de l'internat de biologie sanctionné après quatre ans par un DES, obtenu à l'issue de quatre semestres de formation polyvalente, complétés par :

- quatre semestres libres en laboratoire de biologie ou en service clinique pour l'option 1 « biologie polyvalente », nécessaire pour exercer en ville ;
- ou quatre semestres en laboratoires hospitaliers spécialisés* pour l'option 2 « biologie spécialisée » nécessaire pour exercer en service hospitalier (décret n° 2003-76 du 23 janvier 2003) ;

– soit (pour les biologistes les plus anciens) de la possession de quatre CES parmi les disciplines suivantes : biochimie, hématologie, immunologie, parasitologie, bactériologie et virologie.

Le niveau exigé se situe donc autour de bac +9 ou bac +10. La formation peut être complétée par un DESC.

* Il existe neuf rubriques de concours hospitalier : bactériologie-virologie, biochimie, hématologie, immunologie, parasitologie, toxico-pharmacologie, biophysique, génétique, biologie cellulaire.

Domaine d'intervention et part de la cancérologie

Les explorations biologiques s'effectuent sur des échantillons biologiques (sang et dérivés, urines, LCR, liquides d'épanchement, cellules isolées, ADN). Il faut noter que l'étude des tissus sort du champ de la biologie médicale et est du ressort des anatomo-cytopathologistes. Le résultat de ces explorations est validé (le cas échéant interprété) par le biologiste d'après des renseignements cliniques fournis par le médecin prescripteur, le personnel de soins ou le patient lui-même.

Il existe plusieurs spécialités au sein de la biologie, dont la biochimie, l'hématologie (cytologie sanguine et médullaire + hémostase), l'immunologie, la microbiologie et la parasitologie qui sont, quantitativement, les principales. De nouvelles spécialités sont récemment apparues comme le diagnostic prénatal, la cytogénétique, le soutien biologique à la procréation médicalement assistée, la thérapie génique et cellulaire, la génétique moléculaire.

Actuellement, les biologistes médicaux ayant une activité directement impliquée dans la prise en charge du cancer se retrouvent essentiellement dans les CHU/CHR, les CLCC et les EFS. Leur activité porte essentiellement sur :

- L'hématologie dans ses dimensions cytologiques, immunologiques et moléculaires ;
- La biochimie avec l'évaluation des marqueurs tumoraux sériques, la pharmacologie et pharmacocinétique des médicaments anticancéreux ;
- L'oncogénétique et la pharmacogénétique ;
- La thérapie cellulaire (greffe de moelle et cellules souches, centres de ressources biologiques).

De plus, ils jouent un rôle central dans l'élaboration et la gestion des centres de ressources biologiques concernant le sang et ses dérivés, ainsi que l'ADN.

Particularités du « métier » : dimension relationnelle, médicale, technique

La profession de biologiste médical présente la particularité de nécessiter un panel de compétences larges :

- Compétences médicales et scientifiques afin de :
 - valider et interpréter les résultats, donc participer à la démarche préventive, diagnostique, pronostique et au suivi thérapeutique,
 - évaluer les nouveaux outils biologiques potentiellement utiles dans l'optimisation de la prise en charge ;
- Compétences techniques et analytiques : en effet, malgré l'automatisation, le biologiste doit posséder les compétences pour optimiser les choix de systèmes analytiques utilisés. Pour les analyses spécialisées souvent non automatisées, le biologiste est en première ligne pour la mise au point des méthodes et la formation des personnels techniques ;
- Compétences en termes de management de la qualité : en effet, la profession est exercée dans un contexte d'assurance qualité extrêmement contraignant à la fois dans le cadre réglementaire : guide de bonne exécution des analyses (arrêté du 26 novembre 1999), et dans le cadre normatif (normes ISO 17025 et ISO 15189).

Évolution du métier, notamment au regard du Plan cancer

Cette évolution est très marquée dans les établissements spécialisés (CHU et CLCC) où :

- Les biologistes médicaux assurent une veille médico-scientifique permanente permettant d'adapter leur offre analytique et technique à l'évolution des connaissances et des technologies. Les exemples les plus frappants sont certainement ceux de l'oncogénétique et de la thérapie cellulaire qui ont connu ces dernières années un développement majeur dans la prise en charge quotidienne des patients.
- Les biologistes médicaux de CHU/CLCC appartiennent souvent à une équipe de recherche et constituent l'interface entre les acteurs de la recherche fondamentale et la recherche clinique : ils font le lien entre les problématiques cliniques, les connaissances acquises en ontogénèse, pharmacologie, toxicologie moléculaire, oncogénétique... et les avancées technologiques.
- La cancérologie constitue un champ d'application privilégié des techniques en « omique », permettant l'analyse à grande échelle de différents types de biomolécules : génomique, transcriptomique, protéomique, lipidomique, métabolomique... L'oncobiologiste médical se doit d'organiser l'accès des patients à ces techniques, *via* des plates-formes technologiques partagées avec les équipes de recherche fondamentale.
- La cancérologie se prête parfaitement à l'analyse dans les fluides biologiques d'entités nouvellement apparues : micro-ARN et ADN circulants, cellules tumorales circulantes... L'oncobiologiste médical, en collaboration avec les cliniciens, reste l'acteur principal de ce type d'évaluation, d'autant plus qu'il gère tout ou partie des collections d'échantillons biologiques.

Enfin, les réunions de concertation pluridisciplinaires en oncologie (RCP) permettent aux différents intervenants dans le domaine du cancer (médecins, chirurgiens, biologistes, radiologues...) de se rencontrer périodiquement afin de décider en commun de la conduite thérapeutique à proposer à chaque malade.

Modes d'exercice

Cette profession peut être exercée dans différents secteurs d'activités : établissement d'hospitalisation et de soins, établissement français du sang, laboratoire d'analyses médicales (LABM).

De plus, les biologistes médicaux peuvent, de par leur formation large, à la fois médicale, scientifique et technique, être des collaborateurs privilégiés de l'industrie pharmaceutique et de laboratoires de recherche.

L'activité peut être :

- libérale, ce qui est essentiellement le fait de biologistes exerçant hors des établissements de soins ;
- salariée, en établissement de soins ou en LABM privé ;
- mixte.

Les laboratoires privés d'analyse de biologie médicale (LABM) sont au nombre de 3 900 (4 244 d'après les Ordres) et ce nombre n'a pratiquement pas varié depuis trente ans, malgré la création des sociétés d'exercice libéral ou SEL (réseaux de laboratoires) en 1990. Ils emploient plus de 46 000 personnes. Ces laboratoires sont encore souvent de petite taille, puisque près de 50 % ont un chiffre d'affaires inférieur à 1,5 million d'euros, et 30 % fonctionnent sous forme d'entreprises individuelles. Très majoritairement polyvalents, ces laboratoires privés cohabitent avec environ 1 300 laboratoires hospitaliers spécialisés (spécialisation par discipline en CHU/CHR, mais polyvalence en CHG).

Évolution des effectifs et perspectives quantitatives de renouvellement (attractivité du métier, des modes d'exercice, évolution du métier)

Démographie : selon le CNOM, le nombre de biologistes français s'élève à 10 500, donnant à notre pays la plus forte densité de biologistes par habitant (16,5 pour 100 000 habitants pour une moyenne communautaire de 5,8). Les pharmaciens-biologistes (76 %) y sont plus nombreux que les médecins biologistes (24 %), ce qui distingue la France de la plupart de ses voisins, chez lesquels dominent médecins ou scientifiques. La proportion de pharmaciens est plus élevée dans les LABM (79 %) que dans les hôpitaux publics (71 %).

Les pyramides des âges sont différentes entre les médecins biologistes et les pharmaciens biologistes, l'âge moyen de ces derniers étant plus élevé : dans les dix ans qui viennent, plus du tiers des pharmaciens biologistes devraient atteindre l'âge de la retraite. Ces différences résultent de l'évolution de la répartition des postes d'internat de biologistes entre pharmaciens et médecins. Cette répartition a évolué de 70 à 80 % des postes ouverts aux pharmaciens à une quasi-parité entre les deux cursus entre 1994 et 1998, avant de revenir à un partage trois quarts-un quart au profit des étudiants en pharmacie. La baisse du nombre d'internes en médecine est due aux ponctions faites dans le vivier des médecins pour pallier les déficits démographiques de spécialités médicales considérées comme menacées (gynécologie obstétrique, pédiatrie, chirurgie).

Évolution : à l'horizon 2030-2035 et à *numerus clausus* des études médicales et pharmaceutiques inchangé, les effectifs de pharmaciens biologistes devraient diminuer de 40 % et ceux de médecins biologistes se stabiliser d'après les projections établies par la DREES. La baisse de la densité de biologistes qui s'ensuivrait serait significative puisqu'on passerait de 16,5 biologistes pour 100 000 habitants à 13 pour 100 000, soit un niveau équivalant à celui du début des années 1980. De surcroît, la diminution des effectifs globaux s'accompagnera d'une féminisation de la profession qui pourrait accentuer la baisse, si on la mesure en ETP.

Cas des médecins biologistes (24 % des biologistes)

Démographie : d'après la DREES, au 1^{er} janvier 2007, les médecins biologistes sont au nombre de 3 057 en métropole, et 3 117 pour l'ensemble du territoire. Les médecins biologistes représentent 1,4 % du total des médecins et 2,8 % des spécialistes français. 32,7 % ont une activité libérale et 56 % exercent une activité salariée, majoritairement en milieu hospitalier.

La densité médicale en biologie, de 5 pour 100 000 habitants, bien qu'en augmentation, n'est pas suffisante pour différentes raisons :

- l'éventail beaucoup plus large des spécialités en biologie médicale,
- les demandes de plus en plus nombreuses des médecins pour l'aide au diagnostic,
- la désaffection des internes en biologie, le peu d'attrait des jeunes pour des carrières hospitalo-universitaires compte tenu des incertitudes liées à ces carrières.

Pyramide des âges : l'âge moyen des médecins biologistes en activité est de 47,9 ans : 45 % d'entre eux sont dans la tranche d'âge 40 à 49 ans. Le rétrécissement à la base de la pyramide des âges, surtout pour les moins de 40 ans, traduit un relatif vieillissement de cette population.

Évolution : l'évolution des effectifs des médecins en activité (solde des entrées et sorties) montre qu'en 2005, en France métropolitaine, 67 médecins biologistes se sont inscrits à l'Ordre et 30 ont cessé leur activité, soit un solde positif de 37 médecins biologistes. Ce solde devrait diminuer au cours des années à venir. En effet, d'ici à une quinzaine d'années, les classes en âge de prendre leur retraite seront numériquement très importantes, d'où la nécessité urgente d'augmenter les quotas d'internes en biologie. Ceux-ci n'ont pas évolué depuis plusieurs années. En l'absence d'intervention plus volontariste sur les flux des entrées, ce vieillissement déjà marqué va inéluctablement s'accroître puis s'accompagner d'une réduction des effectifs provoquée par les départs massifs à la retraite à partir de 2010-2015.

La féminisation est conforme à la tendance moyenne en médecine : elle atteint 48,2 % pour les médecins biologistes (contre 38,8 % pour la totalité des médecins). Les femmes choisissent plus souvent des postes salariés pour exercer leur activité. La féminisation en biologie médicale génère des difficultés organisationnelles supplémentaires : le travail à mi-temps, voire à tiers-temps nécessite un nombre plus important de personnes pour un même poste.

CONSEILLER EN GÉNÉTIQUE

Définition de la profession

La profession de « conseiller en génétique et médecine prédictive » a été créée en 2004 dans le cadre de la loi de santé publique. Il s'agit de professionnels travaillant sous la responsabilité d'un médecin généticien et dont le rôle est de répondre aux besoins des individus et des familles atteints, ou susceptibles de transmettre une affection génétique, en les accompagnant dans leurs décisions et leurs parcours de soins. Ils assurent la liaison avec l'ensemble des intervenants du système socio-sanitaire par délégation du médecin qualifié en génétique.

Formation initiale

Le diplôme d'État français de conseiller en génétique atteste les compétences requises pour l'exercice de la profession. Il est délivré par le préfet de région aux personnes qui ont suivi une formation préparatoire à ce diplôme et subi avec succès les épreuves d'un examen à l'issue de cet enseignement ou aux personnes ayant validé les acquis de leur expérience professionnelle en vue de son obtention. La formation est ouverte aux professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du Code de la santé publique ainsi qu'aux personnes ayant validé au moins trois années de formation dans l'enseignement supérieur. Les candidats doivent en outre attester d'une expérience professionnelle d'au moins trois années. La formation de conseiller en génétique comporte des enseignements théoriques (dans les domaines médical, génétique, biologique, éthique, juridique, informatique, psychologique, d'évaluation des risques et de la recherche biomédicale) et des stages cliniques.

Il existe actuellement un master de conseil génétique et médecine prédictive (université Aix-Marseille-II) sur deux années qui prépare à l'obtention de ce diplôme d'État.

Cette formation s'adresse aux professions paramédicales (infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes), aux professionnels ou aux étudiants scientifiques en lien avec le domaine de la biologie et de la génétique (ingénieurs, pharmaciens, licences scientifiques et professionnelles), aux professions médicales (sages-femmes, médecins, dentistes) et, sous certaines conditions, aux assistants-techniciens de recherche clinique et assistantes sociales...

L'obtention de ce master exige la validation de modules de « méthodologie », de « conseils et pathologies » et de modules optionnels ainsi que des stages

pratiques en alternance avec les enseignements tout au long des deux ans de formation. Une poursuite en thèse est possible dans le cadre de la réforme LMD et en termes de formation continue pour les conseillers en génétique en poste (l'objectif étant d'assurer une veille professionnelle et le développement des projets de recherche dans le domaine).

Cette formation est récente, elle est la seule de ce type en France. Elle est délivrée par la faculté de médecine de Marseille qui a déjà formé trois générations de conseillers en génétique.

Domaine d'intervention et part de la cancérologie

Le conseiller en génétique est en contact avec les patients et leurs familles pour évaluer les risques génétiques et les informer. Il intègre dans son exercice les dimensions sociales, psychologiques, culturelles, légales et éthiques. Son activité consiste à :

- recueillir et traiter l'information sur le patient, la pathologie et les risques : réalisation d'enquêtes, d'arbres généalogiques, recueil d'antécédents médicaux, mesure du risque... ;
- informer et conseiller la personne et son entourage : conseil à la diffusion de l'information familiale, aide de la personne dans son processus de décision et soutien psychologique ;
- participer à l'organisation de la prise en charge : prélèvements, diagnostic prénatal, organisation pratique des parcours de soins des patients, intervention dans le cadre des réunions d'équipes pluridisciplinaires, organisation de circuits relationnels avec les associations de patients... ;
- participer à la recherche : mise en place de bases de données épidémiologiques et registres, veille professionnelle...

La cancérologie constitue un secteur d'application majeur de par les effectifs des pathologies concernées (10 % de l'ensemble des cancers, c'est-à-dire des milliers de sujets à prendre en charge tous les ans) et parce qu'il s'agit de pathologies pour lesquelles il existe des approches curatives et préventives. En conséquence, le suivi de sujets atteints (risque de tumeurs bilatérales et de tumeurs primitives multiples) et des sujets indemnes à très haut risque est essentiel. La moitié des postes à prévoir le seront dans le domaine de la cancérologie. Le Plan cancer a probablement donné une impulsion à la structuration de cette nouvelle profession.

Particularités du « métier » : dimension relationnelle, médicale, technique

Le conseiller en génétique exerce « sur prescription médicale sous la responsabilité d'un médecin qualifié en génétique et par délégation de celui-ci ». Cette profession, distincte des médecins généticiens et des autres personnels paramédicaux, a été créée pour pallier une carence du nombre de spécialistes formés (des actes spécialisés sont réalisés par des non-généticiens et certains aspects essentiels du conseil, tels que les approches psychologiques et sociales ainsi que

le suivi, sont souvent négligés) et, d'autre part, parce qu'un certain nombre d'actes de conseil en génétique et de médecine prédictive dont les procédures sont standardisées ne relèvent pas réellement d'une expertise médicale, même s'ils requièrent expérience et formation.

Évolution du métier, notamment au regard du Plan cancer

La reconnaissance de la génétique comme une spécialité médicale depuis 1995 n'a pas comblé les besoins réels et a même entraîné une augmentation importante du nombre de consultations et de tests génétiques, notamment dans les domaines de la génétique de l'adulte (exemple : cancer du sein et de l'ovaire et cancers colorectaux).

Par ailleurs, la gestion du risque est un autre domaine où le besoin en professionnels de santé de ce type se fait particulièrement sentir. La médecine prédictive appliquée aux pathologies multifactorielles (combinaison de facteurs de risque environnementaux et de gènes de susceptibilité en particulier du cancer) peut conduire à une maîtrise des facteurs de risque et entraîner un changement de l'histoire naturelle de la maladie.

Modes d'exercice

Les conseillers en génétique exercent :

- dans les établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier, autorisés à pratiquer des examens des caractéristiques génétiques à des fins médicales, ou des activités de diagnostic prénatal ;
- dans des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal.

Les recrutements ont commencé, en particulier dans les centres de référence maladies rares, dans les centres de génétique médicale et dans les services d'oncogénétique.

Évolution des effectifs et perspectives quantitatives de renouvellement (attractivité du métier, des modes d'exercice, évolution du métier)

Depuis la loi de 2004, trois générations de conseillers en génétique ont été formées.

Une estimation des besoins a été réalisée : aux USA, pour une population de 300 000 000 d'habitants, il existe 1500 conseillers en génétique.

En France, le besoin est donc évalué à :

- 300 conseillers exerçant dans des services de génétique,
- auxquels il faudrait ajouter 700 conseillers exerçant dans des services non spécialisés en génétique (cardio-vasculaire, nutrition, diabète et endocrinologie...), et œuvrant dans le domaine de la médecine prédictive.

La formation de soixante personnes par an permettrait de couvrir les besoins pour les quinze prochaines années.

I N F I R M I E R

Définition de la profession et formation initiale

Selon le Code de la santé publique, « Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement. »

Les infirmiers sont titulaires d'un diplôme d'État qui se prépare en trois ans dans les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), agréés par le ministère de la Santé. Ce diplôme reconnu dans l'Union européenne permet en principe la libre circulation des professionnels.

Domaine d'intervention et part de la cancérologie

Les infirmiers interviennent dans de nombreux secteurs d'activités : en court, moyen et long séjour pour les soins curatifs (médecine, obstétrique, chirurgie, psychiatrie, réadaptation, gériatrie...), dans le domaine des soins palliatifs, de la prévention (médecine du travail, éducation nationale, PMI, crèches...) ou dans le domaine de l'action humanitaire.

La prise en charge du malade et de ses proches

Travaillant en complémentarité avec les médecins et avec les autres professionnels de santé, les infirmières font partie intégrante de la chaîne du soin et mettent leur savoir-faire et leur humanité au service du malade. À l'hôpital, sous la responsabilité conjointe du médecin responsable et du cadre de santé, garants de l'organisation et du fonctionnement de l'unité et de la qualité des soins, l'infirmière prévoit, planifie et dispense des soins de nature préventive, éducative, curative ou palliative, technique ou relationnelle (gestion du bien-être et de l'hygiène du malade, administration et suivi des traitements, réalisation des examens...). Il/elle est chargé(e) de surveiller l'évolution de l'état du patient, d'assurer des soins adaptés à ses besoins et d'ajuster au mieux la coordination et la dispensation des traitements prescrits.

L'infirmière accompagne le patient en collaboration avec les autres membres de l'équipe. La relation individuelle entre le soigné et le soignant est essentielle. À l'hôpital, l'infirmier est, avec l'aide-soignante, un interlocuteur privilégié du patient

car il assure vingt-quatre heures sur vingt-quatre sa prise en charge et fait le lien entre le malade et le milieu hospitalier. L'infirmier est également un interlocuteur accessible pour les patients et leurs proches.

Les tâches afférentes aux soins

L'infirmier assure la continuité des soins. Il/elle planifie la dispensation des soins en fonction des prescriptions du médecin et dans le cadre de son rôle autonome, le cas échéant, il/elle organise les rendez-vous nécessaires à l'établissement du diagnostic et à la mise en œuvre du traitement (examens radiologiques, bilans sanguins...). Enfin, il/elle consigne dans le dossier informatisé du patient, les soins réalisés et leurs effets et assure la liaison et les transmissions nécessaires à la continuité de la prise en charge sur les vingt-quatre heures par l'équipe soignante. Il/elle contrôle le bon fonctionnement des équipements et gère les stocks de matériel et de médicaments. Il/elle contribue aux formalités administratives. Il/elle participe à des groupes de travail autour de différents thèmes (approche globale du malade, nouvelles thérapeutiques...).

Infirmier(ère) en cancérologie : une approche multidisciplinaire

Le cancer nécessite une prise en charge pluridisciplinaire – médicale, soignante et psychosociale – et demande un suivi dans le temps en raison de l'alternance d'épisodes aigus et chroniques. Cette pathologie concerne toutes les tranches d'âge et tous les organes. La cancérologie évolue sans cesse et est marquée par l'apparition de techniques toujours plus innovantes nécessitant un savoir-faire spécifique.

Ces caractéristiques font que les professionnels exerçant en cancérologie « investissent » toutes les facettes de leur métier : des techniques de pointe, un savoir-faire spécialisé, une forte dimension humaine et la connaissance du malade et de ses proches (contexte social, familial, environnemental...).

Au-delà de la technicité du soin, la relation entre le soigné et le soignant doit être privilégiée.

L'infirmier intervient très tôt dans la prise en charge des patients : il joue un rôle important dans la mise en place du « dispositif d'annonce » au cours de la consultation infirmière. Elle/il répond aux questions que le patient n'ose pas toujours poser au médecin, en adaptant ses explications à son état, à son environnement et au degré de connaissance qu'il/elle a de sa maladie. Il/elle l'aide ainsi à être acteur de son parcours thérapeutique.

Sa proximité quotidienne avec le patient lui permet de détecter des changements ou des perturbations en termes de qualité de vie ou des troubles psychologiques et, selon les cas, d'y répondre ou de solliciter l'intervention d'autres professionnels. Il/elle favorise l'autonomie du patient et lui enseigne les règles d'hygiène facilitant sa vie quotidienne et son confort lors des traitements.

Il/elle peut déceler les complications induites par le traitement, anticiper les difficultés et les signaler afin de prévoir les réajustements nécessaires.

Pendant leur prise en charge, les patients atteints de cancer alternent des épisodes d'hospitalisation et de soins à domicile. L'infirmier fait le lien *via* le dossier de soins avec les soignants intervenant à l'extérieur de l'hôpital. Il/elle peut

former les infirmiers libéraux à certains soins particuliers ; l'infirmière suit la trajectoire du patient ; en consignnant les soins dispensés, il/elle assure la liaison et la transmission des informations nécessaires aux équipes permettant le continuum des soins intra/extra-muros.

Particularités du « métier » : dimension relationnelle, médicale, technique

La politique de soins, qui place l'infirmier(ère) et l'aide-soignante au cœur du dispositif de prise en charge des patients, s'accompagne d'une réflexion sur leur évolution de carrière avec la mise en place de systèmes individuels de progression et la validation des acquis professionnels. En cancérologie, il faut du temps pour parvenir à appréhender tous les aspects de la pathologie. Ces compétences (techniques et relationnelles) doivent être valorisées.

Infirmier(ère) en recherche clinique

La complexité de la mise en œuvre des protocoles d'essais cliniques (examens complémentaires, nombre d'intervenants croissants) et leur surveillance requièrent un temps considérable tant d'un point de vue clinique qu'administratif. Cela nécessite une véritable professionnalisation de la recherche clinique dans laquelle l'infirmier(ère) joue un rôle important. Il/elle assiste l'investigateur de l'essai tout au long de son déroulement, de l'initiation de l'essai clinique à sa clôture. Il/elle est chargé(e) de la surveillance clinique du malade : il/elle administre les médicaments, prend en charge les effets secondaires pouvant survenir et les répertorie.

L'infirmier(ère) de recherche clinique fait le lien entre le médecin instigateur de l'essai clinique et le patient. Il/elle doit s'assurer que l'ensemble de l'essai se déroule en conformité avec les protocoles, les « bonnes pratiques cliniques » dans le cadre de la loi.

L'infirmier(ère) de recherche clinique est présente tout au long de l'essai pour répondre aux questions suscitées, informer le malade de chacune des étapes de son traitement, lui assurer le soutien requis et lutter contre une possible sensation d'isolement face à un traitement spécifique

La recherche infirmière

Les infirmiers(ères) développent également des recherches en soins infirmiers, étape indispensable à l'amélioration de la qualité des soins. Les infirmières et infirmières spécialisées, les aides-soignantes et auxiliaires de puériculture sont les professionnelles de soins qui passent le plus de temps au chevet des malades et de leurs proches. Cette proximité leur permet d'identifier les besoins des patients et les problèmes du système de soin, de développer des connaissances spécifiques et de faire progresser la pratique infirmière.

L'amélioration de la qualité des soins et de l'information constitue un domaine de prédilection pour la recherche infirmière *via* le développement de protocoles adaptés aux pratiques de soins, d'essais comparatifs et d'échanges d'expériences.

Cela requiert du temps (élaboration du projet et de la méthodologie, synchro-

nisation avec un médecin coordinateur...), de la formation, de la persévérance et des moyens dédiés, ce qui explique son trop faible développement à ce jour.

La recherche infirmière – tout comme la recherche clinique – nécessite une démarche d'observation, de recueil et d'analyse des données collectées. Cette étape préliminaire est indispensable pour formuler des hypothèses et mettre en œuvre des méthodes pour répondre aux problèmes de soins identifiés et contribuer au bien-être du patient.

Outre les traitements et les soins, certain(e)s infirmiers(ères) améliorent le bien-être des patients grâce à des techniques de relaxation, de sophrologie, d'hypno-analgésie, de balnéothérapie ou de réflexologie.

Évolution du métier, notamment au regard du Plan cancer

Les temps forts du rôle de l'infirmière dans la prise en charge du cancer en tant que maladie chronique sont l'annonce, la recherche clinique et les soins de fin de vie.

L'infirmière est plus que jamais un maillon essentiel de la chaîne de soins. Elle travaille en complémentarité et en collaboration avec les médecins participant au développement des pratiques innovantes et aux progrès de la prise en charge des patients.

Par exemple, ils/elles trouvent toute leur place dans le « dispositif d'annonce du cancer » qui prévoit quatre temps : un temps médical, un temps d'accompagnement soignant, l'accès d'une équipe impliquée dans les soins de support et un temps d'articulation avec la médecine de ville.

La mesure 42 du Plan cancer prévoit l'accès aux soins de support comme un des critères de qualité que devront remplir les établissements de santé. Il existe déjà des infirmières « référentes douleur » spécifiquement formées à la prise en charge de la douleur (mise en œuvre de protocoles, suivi et surveillance des effets secondaires).

Les infirmières participent aussi aux réunions de concertation pluridisciplinaire. Depuis décembre 2006, il a été créé le Conseil national de l'Ordre des infirmiers (loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006) ; la parution du décret est datée d'avril 2007.

Modes d'exercice

En 2006, la profession est à 87 % féminine. 73 % des infirmières exercent dans un établissement de santé (privé, participant au service public hospitalier ou public) ; 14 % exercent dans le secteur libéral ; 13 % sont salariées dans des établissements extra-hospitaliers, des entreprises ou des associations à caractère humanitaire.

INFIRMIERS				
Au 1 ^{er} janvier	Effectifs	Libéraux	Salariés hospitaliers	Salariés non hospitaliers
2001	397 506	57 493	289 768	50 245
2002	410 859	58 590	299 013	53 256
2003	423 431	59 456	309 081	54 894
2004	437 525	60 727	322 477	54 321
2005	452 466	62 700	332 413	57 353
2006	469 011	65 222	343 528	60 261
2007*	483 380	67 871	352 372	63 137

* Estimations au 1^{er} janvier 2007.

Référence : DREES, Séries statistiques 2001-2007.

Évolution des effectifs et perspectives quantitatives de renouvellement (attractivité du métier, des modes d'exercice, évolution du métier)

Année	INFIRMIERS, France				
	Nombre France entière	France métropolitaine			
		Nombre métropole	Densité*	Femmes en %	Âge moyen
2001	404 564	397 506	679	87,2	41,4
2002	418 571	410 859	692	87,1	41,8
2003	431 565	423 431	710	87,1	42,1
2004	446 100	437 525	730	87,1	42,4
2005	461 503	452 466	747	87,1	42,6
2006	478 483	469 011	768	87,2	42,9
2007**	493 503	483 380	785	87,2	43

* Nombre d'infirmiers pour 100 000 habitants.

** Estimations au 1^{er} janvier 2007.

Référence : DREES, Séries statistiques 2001-2007.

Aujourd'hui, l'infirmier(ère) ne se contente plus d'effectuer les soins prescrits par le médecin ; ses compétences et sa proximité avec le patient et ses proches lui confèrent un rôle autonome d'observation, de suivi, de mise en œuvre des soins, d'éducation et de prévention, particulièrement important, qui est reconnu par son degré de compétences (décret n° 2002-194 du 11 février 2002).

Définition de la profession

Acteur important du système de santé, le pharmacien intervient non seulement au niveau de la dispensation du médicament et des produits de santé, mais aussi dans le domaine de la prévention, de la biologie médicale, de la recherche, de l'industrie pharmaceutique, de l'enseignement... Suivant son mode d'exercice, il aura des contacts privilégiés avec les patients, les autres acteurs du système de santé (médecins, infirmiers...), des juristes, des administrations, des entreprises de fabrication ou commerciales, des organisations internationales.

Formation initiale

Depuis 1980, l'accès à la deuxième année du cursus est soumis à un *numerus clausus* (pour les études de médecine, dès 1971). Depuis la mise en place d'une année hospitalo-universitaire (AHU), les études de pharmacie durent six ans pour les étudiants qui empruntent le cycle court et neuf ans pour ceux qui effectuent l'internat en vue d'obtenir un diplôme d'études spécialisées (DES), avec dans les deux cas l'obligation de soutenir une thèse pour accéder au diplôme d'État de docteur en pharmacie. Les candidats reçus au concours de l'internat (concours préparé en cinquième année) ont la possibilité de suivre quatre DES distincts :

- Le DES de biologie médicale, condition obligatoire à la pratique de la biologie, que ce soit en laboratoire d'analyses de biologie médicale de ville, dans le secteur hospitalier ou encore dans les laboratoires spécialisés (contrôle des eaux, agro-alimentaire, environnement...);
- Le DES de pharmacie hospitalière et des collectivités oriente vers des carrières hospitalières ou de santé publique. Il permet notamment de passer le concours de pharmacien des hôpitaux (pour devenir praticien hospitalier) ainsi que d'autres concours administratifs (inspection de la pharmacie...);
- Le DES de pharmacie industrielle et biomédicale oriente vers un corpus de métiers de l'industrie du médicament (contrôle des processus de fabrication des biens médicaux...);
- Le DES de pharmacie spécialisée oriente, *a priori*, vers l'enseignement et la recherche dans les laboratoires publics ou le secteur recherche et développement des entreprises du médicament.

Cependant, et contrairement au cursus de médecine, ce cycle de spécialisation ne constitue pas une barrière à l'entrée pour la majorité des métiers que peuvent

exercer les pharmaciens, puisque seul l'exercice de la biologie médicale est conditionné par l'obtention du DES correspondant.

Domaine d'intervention et part de la cancérologie

- Au sein de l'officine, le pharmacien est responsable de la dispensation des médicaments et a un rôle de conseil en aidant le patient à l'observance du traitement et au bon usage des médicaments. Ce faisant, il participe à l'éducation sanitaire et à la prévention. Il est aussi de plus en plus fréquemment engagé dans un réseau de soins.
- À l'hôpital, le pharmacien est responsable de la gestion des médicaments (achat, gestion, dispensation). Il est aussi notamment chargé de la stérilisation et de la gestion des dispositifs médicaux, de la réalisation des préparations hospitalières. Le pharmacien hospitalier apporte ses compétences à l'amélioration des traitements à travers la pharmacologie clinique (relations pharmacocinétique/pharmacodynamie), pharmacovigilance et recherche clinique.
- Dans l'industrie pharmaceutique, le pharmacien intervient à tous les niveaux. Le pharmacien « responsable » a pour attribution de garantir l'éthique et la sécurité pharmaceutique. Il est notamment décisionnaire de la libération des lots et, en cas de problème, du rappel des lots suspects. Cependant, de plus en plus, les pharmaciens sortent du cadre de la fabrication pour assumer des responsabilités importantes dans les secteurs de la recherche et du développement, du marketing et du management.
- Dans la répartition et la distribution en gros des médicaments, le pharmacien joue le même rôle de gardien de l'éthique et de la qualité que dans l'industrie pharmaceutique.
- En biologie, un laboratoire d'analyses de biologie médicale ne peut être dirigé que par un pharmacien, un médecin, un vétérinaire ou un scientifique qualifié.
- Les pharmaciens sont aussi impliqués dans le domaine de la recherche.
- De nombreuses activités, considérées comme non pharmaceutiques, utilisent les compétences spécifiques des diplômés en pharmacie : agroalimentaire, hygiène, analyse de biologie non médicale, mise en place de processus qualité, administration, cosmétologie, parapharmacie, etc.

Particularités du « métier » : dimension relationnelle, médicale, technique

Les pharmaciens peuvent donc exercer plusieurs métiers : la dispensation des médicaments (dans des officines de ville, mais aussi dans les établissements hospitaliers), la distribution en gros, l'industrie pharmaceutique, les analyses de biologie médicale, la recherche. Cependant, cette diversité de missions n'a pas conduit à l'éclatement de la profession : elle est réunie par un diplôme unique, le diplôme d'État de docteur en pharmacie, et par l'inscription à un organisme commun, l'Ordre des pharmaciens. Ainsi, quel que soit leur domaine d'activité, les pharmaciens interviennent en vue du bon fonctionnement de la chaîne du médicament ou d'une biologie médicale de qualité.

Évolution du métier, notamment au regard du Plan cancer

Le pharmacien est un acteur essentiel du Plan cancer qui place le patient au centre de la réflexion et de l'organisation des soins. Il a un rôle de premier ordre à jouer dans tous les domaines de la lutte contre le cancer, depuis la prévention (lutte contre le tabac, l'exposition au soleil...), le dépistage (incitation à participer aux dépistages organisés), la qualité et la sécurité des soins, la recherche clinique, l'accès à l'innovation thérapeutique dans un cadre de bon usage, le développement de la chimiothérapie à domicile, jusqu'à l'accompagnement du patient pendant et après le traitement. Les pharmaciens d'officine et hospitaliers ont un rôle grandissant à jouer dans les réseaux de soins et l'hospitalisation à domicile en cancérologie.

Modes d'exercice

Ces professionnels ont en commun le même diplôme et leur inscription à l'institution ordinaire chargée de contrôler l'accès à la profession et de veiller à la déontologie et à la compétence des pharmaciens. Selon leur spécialité (officine, industrie, distribution en gros, établissements de santé, biologie) et leur lieu d'exercice (France métropolitaine ou outre-mer), ils sont répartis en sept sections : A, B, C, D, E, G et H.

Évolution des effectifs et perspectives quantitatives de renouvellement (attractivité du métier, des modes d'exercice, évolution du métier)

Démographie : au 1^{er} janvier 2007, l'Ordre national des pharmaciens recensait 72 322 pharmaciens en activité. On dénombre en effet :

- les titulaires d'officine (section A) : 28 194 (soit 38,98 %) dont 54 % de femmes ;
- les pharmaciens de l'industrie (section B) : 3 188 (soit 4,41 %) dont 54 % de femmes ;
- les pharmaciens œuvrant dans la distribution pharmaceutique (section C) : 684 (soit 0,95 %) dont 47 % de femmes ;
- les pharmaciens adjoints salariés en officine (section D) : 26 156 (soit 36,17 %) dont 82 % de femmes ;
- les pharmaciens des départements et collectivités d'outre-mer (section E) : 1 453 (soit 2,01 %) dont 56 % de femmes ;
- les pharmaciens biologistes (section G) : 8 029 (soit 11,10 %) dont 55 % de femmes ;
- les pharmaciens des établissements de santé (section H) : 4 618 (soit 6,38 %) dont 76 % de femmes.

On constate un ralentissement très net de la croissance annuelle des inscriptions : presque 3 % par an de 1980 à 1995, puis 2,2 % les dix années suivantes pour aboutir à 0,8 % en 2006.

Féminisation : sur l'ensemble des pharmaciens inscrits à l'Ordre, les femmes sont majoritaires (65,5 %) et la proportion continue d'augmenter. Elles sont particulièrement nombreuses parmi les adjoints et les hospitaliers. En 2006, le diplôme a été délivré pour 67,4 % à des femmes.

Vieillessement : le processus de vieillissement de la profession s'accroît : l'âge moyen des pharmaciens en exercice, qui était de 41 ans et 8 mois au 1^{er} janvier 1994, est passé à 45 ans et 5 mois au 1^{er} janvier 2007 (47 ans pour les hommes, 45 pour les femmes, cet écart devant subsister dans les années à venir).

Évolution des entrées et sorties : les projections DREES 2005 de démographie des pharmaciens en activité à l'horizon 2030 s'appuient sur un scénario central fondé sur la poursuite des comportements observés en 2005 en termes de flux de formation, d'entrée dans la vie active, de mobilité professionnelle et de cessation d'activité.

Dans l'hypothèse d'un *numerus clausus* maintenu constant à 2 790 étudiants, la densité des pharmaciens augmenterait en France entre 2005 et 2015 de 114 à 118 pour 100 000 habitants (directement liée à l'augmentation du *numerus clausus* au cours des trois dernières années), avant de diminuer et de retrouver en 2030 son niveau actuel. À comportements identiques à ceux d'aujourd'hui, la croissance du nombre de pharmaciens se concentrerait sur les salariés d'officine et des établissements de santé. En revanche, le maintien du nombre de médecins biologistes ne compenserait pas la perte de 3 000 pharmaciens dans ce secteur.

Ce scénario peut évoluer en fonction de deux catégories de variantes :

- la première s'intéresse aux effets d'un changement du niveau du *numerus clausus*,
- la seconde à l'impact de modifications concernant l'entrée dans la vie active ou la mobilité/répartition des pharmaciens selon le secteur d'activité.

Des projections permettent de simuler l'impact qu'aurait une augmentation du nombre de places ouvertes en pharmacie ; ainsi, une augmentation de 100 places du *numerus clausus* sur toute la période 2005-2030 aboutirait à un accroissement de 2,25 % de la densité de pharmaciens à l'horizon 2030.

Parallèlement, la tendance au vieillissement de la profession persisterait jusqu'en 2015 avant de se stabiliser. En effet, une fois passé le mouvement massif de départ en retraite des promotions des années 1970, le nombre de sorties s'infléchirait sensiblement jusqu'en 2035, date à partir de laquelle les diplômés issus des promotions des années 2000 parviendront à leur tour à l'âge de la retraite.

Définitions

Si l'approche psycho-oncologique implique de façon générale l'intégration de la dimension psycho-sociale en cancérologie et concerne la totalité des acteurs intéressés dans ce champ, les professionnels en psycho-oncologie désignés aussi par le terme « psycho-oncologues » sont des psychiatres et des psychologues cliniciens qui apportent la spécificité de leur compétence clinique et thérapeutique, d'une part, aux patients atteints de cancer, d'autre part, à leurs familles, à leurs proches et également aux équipes soignantes. Cette définition étroite et initiale (création de l'association Psychologie et cancer en 1975 à Marseille), qui a trait à l'émergence dans les années 1970 de la psychiatrie de liaison, s'est enrichie de la diversité des pratiques des professionnels de santé mentale dans le domaine et de la complexité des interventions en cancérologie.

Formation

La formation initiale de psychiatre ou de psychologue clinicien constitue le socle de leurs compétences respectives. Le psychiatre, médecin spécialiste, a suivi des études universitaires de médecine (6 ans) et un 3^e cycle de spécialité en psychiatrie (DES : 4 ans). Le psychologue clinicien a suivi des études universitaires de psychologie (5 ans). L'un et l'autre peuvent en général s'orienter, au cours de leur cursus ou après, vers des formations spécifiques en termes de psychothérapie ou de champ d'exercice.

En France, depuis une vingtaine d'années environ, des psychologues attachés aux services de cancérologie ont développé des actions de formation continue, reprises sous forme de séminaires, dédiées aux psychologues et psychiatres travaillant en cancérologie (Fédération des centres de lutte contre le cancer).

Des actions de formation continue spécifiques traitant de la dimension psychologique dans l'accompagnement des patients atteints de cancer ont été également mises en place il y a environ une quinzaine d'années dans le cadre de cette même Fédération et de la Ligue contre le cancer, pour un public pluridisciplinaire dans le cadre de l'EFEC (École de formation européenne en cancérologie).

Depuis une dizaine d'années, des formations universitaires (type DU et DIU de psycho-oncologie clinique) se sont développées. Ces formations en un ou deux ans s'adressent à l'ensemble des intervenants en cancérologie (psychologues, médecins, infirmières, travailleurs sociaux...), fournissant un état des lieux sur les

pratiques, les savoirs, les recherches en psycho-oncologie et des échanges cliniques structurés.

Les DU et DIU ne délivrent pas un « diplôme de psycho-oncologue » mais attestent d'une formation clinique qu'il est recommandé d'acquérir pour exercer dans le champ de la cancérologie.

Domaines d'intervention

Les progrès de la cancérologie ont permis à la fois de s'intéresser au devenir des patients et de voir surgir les problématiques spécifiques à la vulnérabilité. Celle-ci est induite par la gravité des maladies, la lourdeur des traitements, les risques évolutifs, la prédisposition génétique, le dévoilement d'une psychopathologie antérieure et les facteurs de risque. La psycho-oncologie s'intéresse au parcours du patient atteint de cancer dès le début de sa maladie, sans être ni un luxe ni un complément tardif, mais un élément participant aux soins en cancérologie.

Le besoin de prise en charge psychologique exprimé largement lors des états généraux de la Ligue nationale contre le cancer concerne autant les patients que les familles et leurs proches soumis à l'impact de la maladie grave et à ses risques évolutifs. Les psycho-oncologues consacrent une part importante de leurs activités à l'accompagnement des familles et des enfants de parents atteints de cancer (consultations individuelles, groupes de parole). Un domaine récent de recherche en psycho-oncologie s'intéresse particulièrement aux enfants atteints de cancer et à leur devenir à l'âge adulte et à l'évolution psychologique des enfants de parents atteints de cancer.

Les psycho-oncologues interviennent fréquemment à la demande des équipes pour soulager les patients et les familles. À cette occasion, le décryptage des demandes concernant des situations difficiles permet le travail sur les interactions émotionnelles qui président aux dysfonctionnements de la communication en cancérologie. De nombreux travaux ont fait état de l'épuisement professionnel des soignants en cancérologie, lié tout autant à la charge de travail qu'aux injonctions paradoxales inhérentes à l'organisation des soins. Les interventions se font ici sous forme de groupes de parole, de réunions d'équipe et de compagnonnage attentif.

Spécificités de l'exercice en cancérologie

Le partenariat entre équipes d'oncologie d'une part, psychiatres et psychologues travaillant dans ce domaine, d'autre part, doit permettre à ces derniers d'intégrer à leurs pratiques les particularités de l'oncologie et, inversement, aux équipes d'oncologie d'intégrer la composante psychologique du soin de façon à optimiser les pratiques de traitements et le suivi des patients.

L'évaluation et l'expertise fréquemment demandées aux psycho-oncologues dans le décours de la maladie ne sauraient coïncider avec le temps psychique du patient. Le « différé » des souffrances et des réactions psychiques implique la possibilité de suivi au long cours.

Les interventions en psycho-oncologie reposant sur l'expertise et les repères théoriques des psychiatres et des psychologues ne sauraient se superposer ni se

confondre avec l'aide psychologique propre aux infirmières, aux médecins, aux associations de patients, aux ERI (espace de rencontres et d'information), aux socio-esthéticiens.

Évolution des activités

Le Plan cancer a permis une meilleure visibilité de la psycho-oncologie auprès des soignants et a favorisé l'intégration des psycho-oncologues dans cette nouvelle organisation de soins.

La nécessité des actions pluridisciplinaires en cancérologie doit faire envisager désormais l'inscription de la démarche psycho-oncologique dans la coordination des « soins de support ». Ceux-ci ne sont pas une nouvelle discipline, mais une tentative de proposer une optimisation des collaborations au service des patients et des équipes.

La richesse désormais reconnue des pratiques, du corpus de connaissances de la psycho-oncologie, ainsi que la création depuis vingt ans des différentes sociétés savantes internationales de psycho-oncologie et de la Société française de psycho-oncologie (SFPO) permettent de s'inscrire dans des travaux de réflexion, de recherche et de collaboration avec les instances organisationnelles de la cancérologie (INCA, cancéropoles). Les instances représentatives de la psycho-oncologie peuvent assumer un rôle actif auprès de ces partenaires.

Modes d'exercice

Le psycho-oncologue fait partie d'unités identifiées spécialisées dans les centres de lutte contre le cancer. En CHU, il existe quelques unités de psychiatrie de liaison avec une équipe identifiée de psycho-oncologie. Par ailleurs, dans beaucoup de CHU et CHG, les services de spécialités d'organes ou de cancérologie disposent de psychologues et parfois de vacations de psychiatres rattachés directement à leurs services. Dans les cliniques privées, l'évolution des pratiques en psycho-oncologie est encore réduite mais évolue grâce à la constitution des réseaux de soins auxquels certains établissements participent. Dans quelques cas rares, des psychologues travaillent en dispensaires dédiés aux patients atteints de cancer (Accueil cancer mairie de Paris). Avec l'évolution des réseaux de soins (cancérologie, soins palliatifs), des psychologues libéraux recrutés par les réseaux pourraient participer au renforcement du travail en psycho-oncologie.

Évolution

Le nombre de psycho-oncologues reste difficile à évaluer. Le Plan cancer qui recommande la présence de psychiatres et de psychologues dans les services de soins en cancérologie, a permis la création de 127 postes de psycho-oncologues (2004-2005). À ceux-là s'ajouteraient des postes en services hospitaliers qu'il conviendrait de recenser avec l'aide de l'INCA afin de vérifier que l'évolution positive en termes d'effectifs et de bonnes pratiques s'inscrive bien dans l'esprit des recommandations du rapport sur la psycho-oncologie remis dans le cadre de la MILC.



Les experts ayant participé à la lecture et à la validation des fiches métiers

- Docteur **Alexandra BENOUAICH**, ANOCEF, Association des neuro-oncologues d'expression française
- Professeur **Alain BERNARD**, service de chirurgie digestive et thoracique, hôpital Bocage Dijon
- Docteur **Brigitte BONAN**, pharmacien, hôpital européen Georges-Pompidou, Paris
- Professeur **Gilles FOURTANIER**, chef du service de chirurgie digestive, CHU Rangueil, Toulouse
- Professeur **François GUILLEMIN**, président du Conseil national d'université, section 47-2
- Professeur **Pascal JOLY**, président du collège des enseignants de dermatologie, hôpital Charles-Nicolle, Rouen
- Docteur **Thierry KIFFEL**, Autorité de sûreté nucléaire (ASN), Paris
- Professeur **Julien MAZIERES**, service d'oncologie cervico-thoracique, hôpital Larrey, CHU Toulouse
- Docteur **Nicole PELICIER**, présidente de la Société française de psycho-oncologie (SFPO), hôpital européen Georges-Pompidou, Paris
- Professeur **Pascal RISCHMANN**, chef du service d'urologie-transplantation rénale, CHU Rangueil, Toulouse
- Professeur **Alain ROCHE**, chef du département imagerie médicale, IGR, Villejuif
- Professeur **Jacques ROUESSÉ**, président de la Fédération française des oncologues médicaux (FFOM)
- Professeur **Philippe ROUGIER**, chef du service d'hépatogastro-entérologie, hôpital Ambroise-Paré, Boulogne-Billancourt
- Docteur **Sophie SERONIE-VIVIEN**, département de biologie clinique, institut Claudius-Régaud, Toulouse
- Professeur **Hagay SOBOL**, département d'oncologie génétique, prévention et dépistage, INSERM, institut Paoli-Calmettes, Marseille

■ Professeur **Danièle SOMMELET**, service de médecine infantile 2, hôpital des enfants, Vandoeuvre-lès-Nancy

■ Professeur **Serge UZAN**, chef du service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, hôpital Tenon, Paris

■ Professeur **Jean-Jacques VOIGT**, chef du service d'anatomie et cytologie pathologiques, institut Claudius-Regaud, Toulouse



Les contributeurs

Les travaux du groupe de travail dont ce tome constitue la synthèse ont été présidés par le professeur **Yvon BERLAND** pour l'ONDPS et le professeur **Dominique MARANINCHI** pour l'INCA.

Ont participé à l'élaboration de ce tome

■ ■ au sein de l'INCA

- Professeur **Roland BUGAT**
- Docteur **Claudia FERRARI**
- **Marie-José DUDÉZERT-DELBREIL**
- **Nacira KAOUES**
- **Hélène BEAUVAIS MARCH**
- **Clément MONIER**
- **Marcelle LECOURT**

■ ■ pour l'ONDPS

- **Martine BURDILLAT**

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

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

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

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

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

ONDPS

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

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



9 782110 973498

SYNTHÈSE GÉNÉRALE

Le rapport 2006-2007



Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



SYNTHÈSE GÉNÉRALE

Le rapport 2006-2007



Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



La composition de l'Observatoire

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

Président: Pr Yvon Berland

Membres de droit

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

Personnalités qualifiées

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

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

Coordonnateurs des comités régionaux

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

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

TABLE DES MATIÈRES

5 PRÉSENTATION

7 LES PRINCIPAUX CONSTATS SUR LES EFFECTIFS

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

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

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

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

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

32 *Les situations régionales en matière d'équipements*

33 *Quelques illustrations régionales*

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

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

41 La démographie et la répartition actuelles des internes en médecine

43 Les capacités d'encadrement sont très inégales entre les régions

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

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

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

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

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

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

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

57 ENSEIGNEMENTS ET PRÉCONISATIONS

63 ANNEXE

64 Principaux sigles et abréviations utilisés



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

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

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

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

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

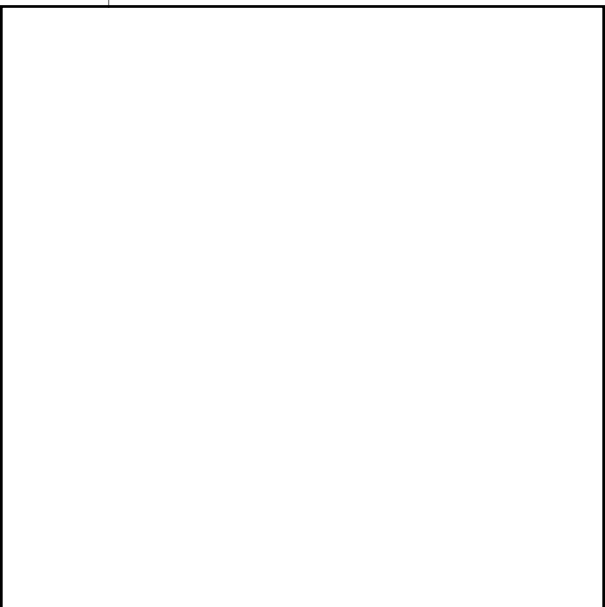
Le tome 2, Les internes en médecine : démographie et répartition, recense les effectifs des internes en médecine, par régions et par spécialités. L'importante progression du nombre d'internes qui suivra l'augmentation du *numerus clausus* est analysée. La diversité des situations locales, en termes notamment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

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

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

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

LES PRINCIPAUX
CONSTATS
SUR LES EFFECTIFS



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

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

TABEAU 1

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

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

Sources : DREES, répertoire ADELI.

Champ : France métropolitaine.

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

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

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

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

TABEAU 2

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

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

Sources : répertoire ADELI/DREES.

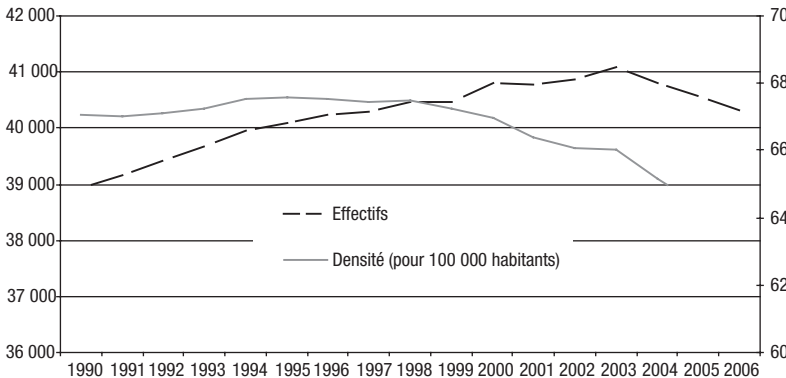
La densité de chirurgiens-dentistes en activité en France diminuerait régulièrement jusqu'en 2030, à *numerus clausus* et comportements constants

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

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

GRAPHIQUE 1

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



Champ : France entière.

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

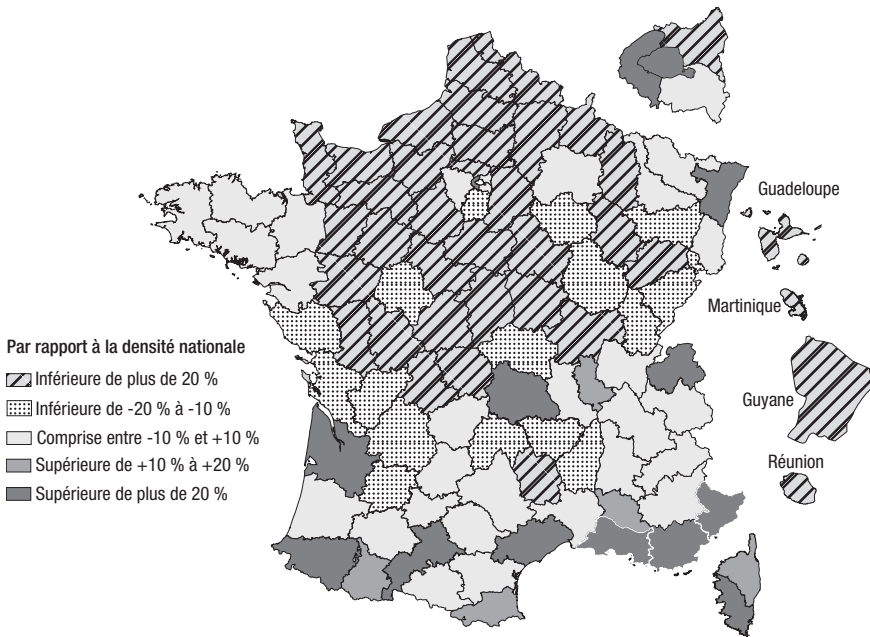
La répartition des chirurgiens-dentistes (tous statuts d'exercice confondus) est marquée par des disparités fortes entre le Nord et le Sud (carte 1). À la fin de l'année 2006, les densités régionales variaient du simple au double entre les régions les moins bien pourvues (Haute et Basse-Normandie, Picardie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

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

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

CARTE 1

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



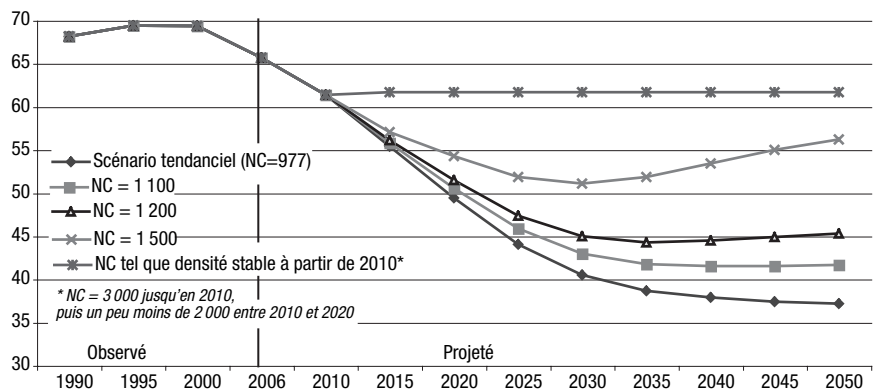
Sources : CNCD, DREES, 2006.

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

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

GRAPHIQUE 2

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



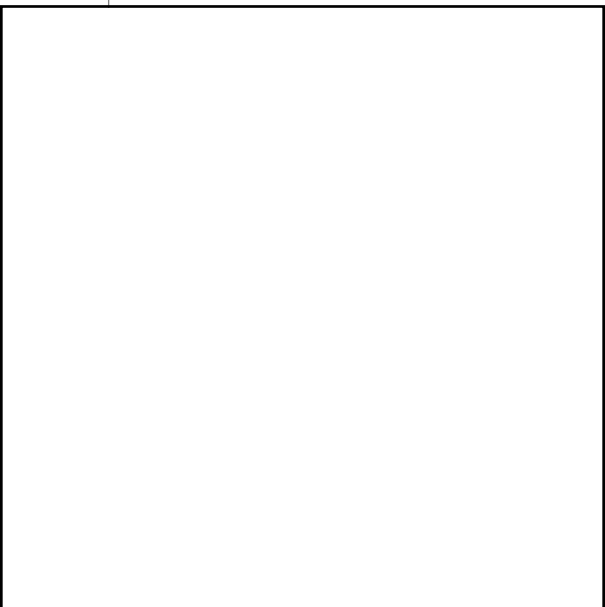
Champ : France entière, chirurgiens-dentistes de moins de 80 ans.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

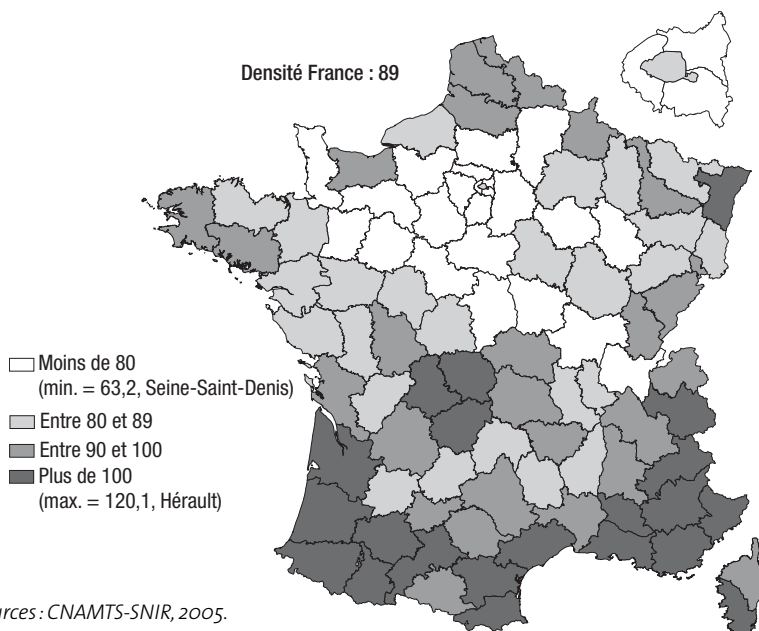
- 19 d'entre eux ont enregistré moins de 1 500 actes dans l'année (hors installés dans l'année) ;
- 42 ont enregistré entre 1 500 et 2 500 actes dans l'année ;
- 1 058 ont, quant à eux, enregistré plus de 2 500 actes ;
- enfin, l'activité n'est pas complète ou non évaluée pour 60 médecins qui se sont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

Si l'on ne prend pas en compte les médecins à très petite activité, si l'on considère en mi-temps les médecins à activité faible (entre 1 500 et 2 500 actes), les autres étant comptés à temps plein, l'offre de soins libérale réelle de médecine générale peut être évaluée, dans cette région, à 1 139,5 ETP (équivalents temps plein) pour un effectif de 1 180 diplômés.

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

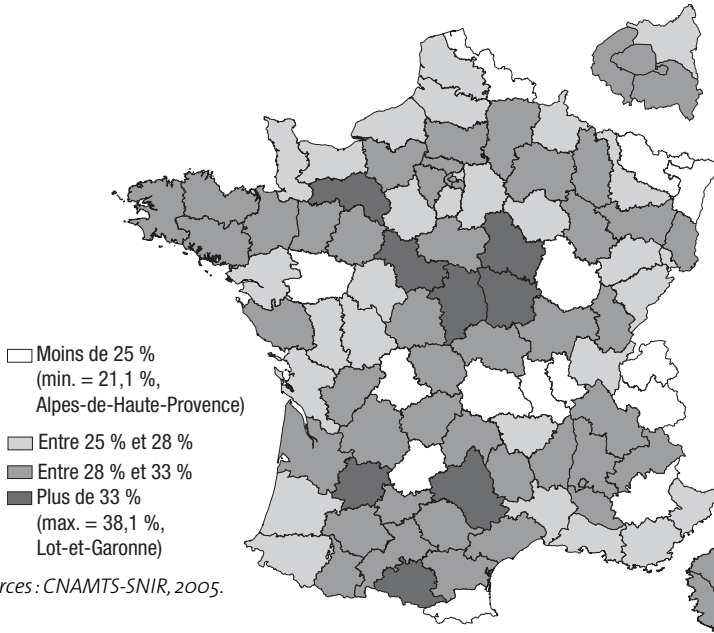
CARTE 1

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



CARTE 2

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



Sources : CNAMTS-SNIR, 2005.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

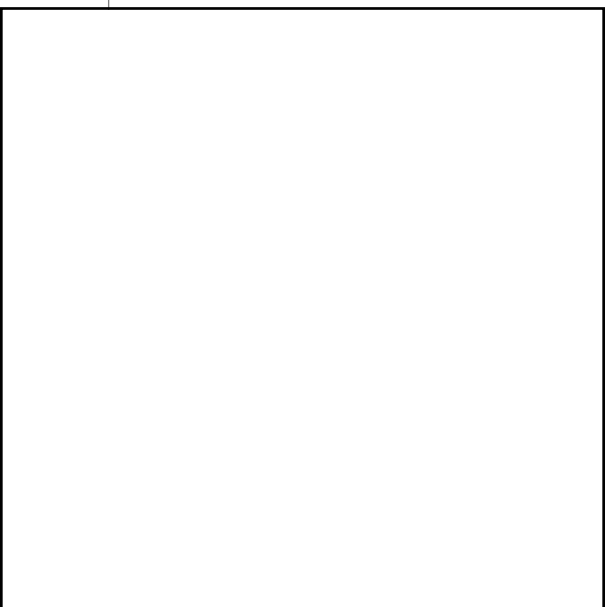
6. La reconnaissance de la médecine générale comme médecine de spécialité portée par la loi du 17 janvier 2002 a été suivie par la mise en place du diplôme d'études spécialisées en 2004. Cf. aussi la mise en place de la filière universitaire de médecine générale et la création d'un corps d'enseignants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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

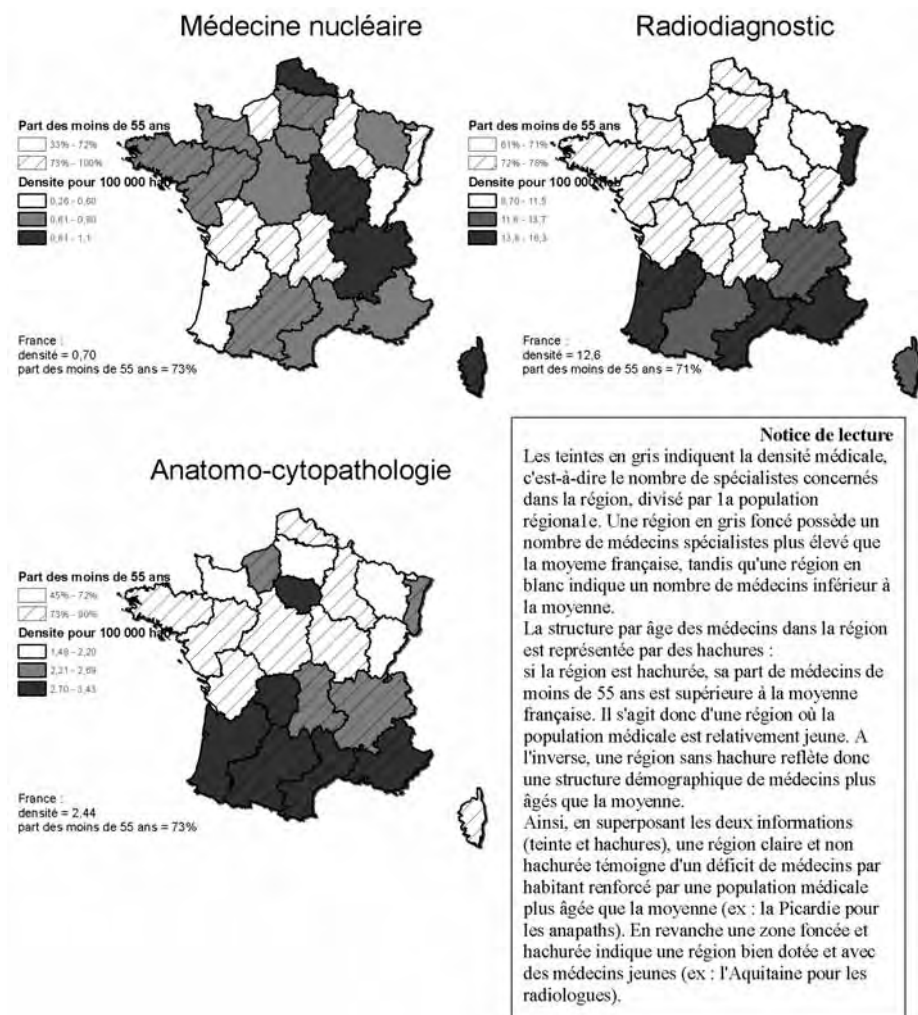
4. Les résultats de la démarche développée dans quatre régions pour les métiers et les structures de l'insuffisance rénale chronique seront publiés en juillet 2008.

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

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

CARTES 1, 2, 3

RÉPARTITION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DU DIAGNOSTIC DU CANCER



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

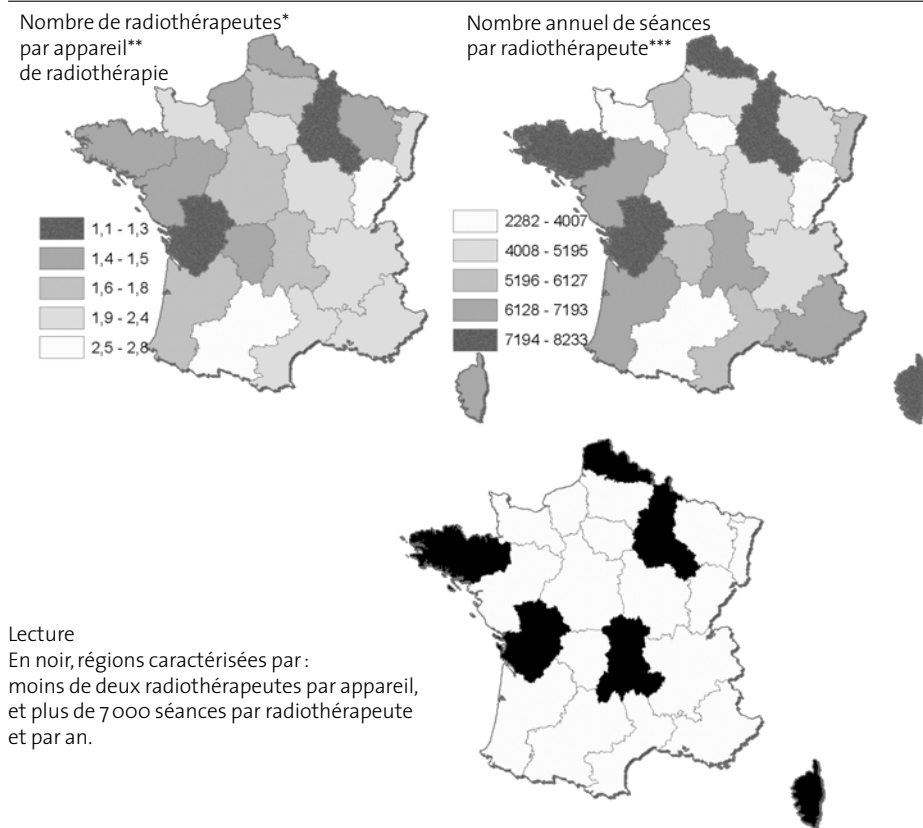
LES RADIOTHÉRAPEUTES

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

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

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

CARTE 4, 5, 6,



Lecture

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

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

** Appareils: télécobalt et accélérateurs.

*** Séances : sur patients ambulatoires et hospitalisés.

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

LES PHYSICIENS MÉDICAUX

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

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

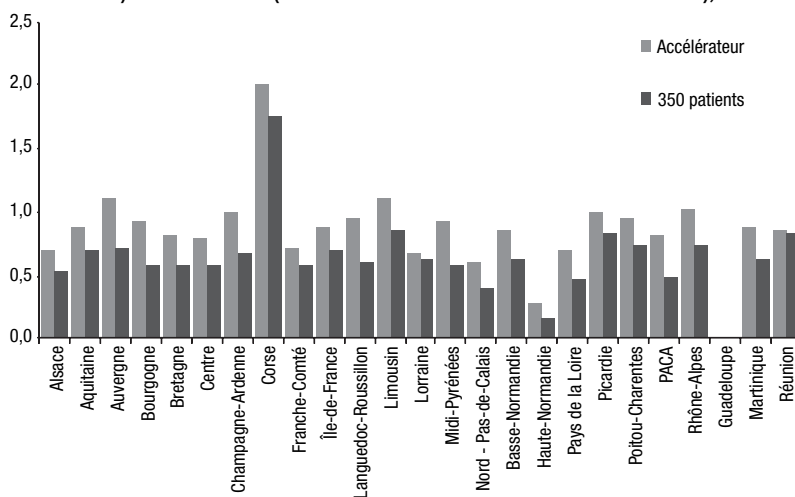
14. Enquête « Évaluation des besoins en physique médicale en radiothérapie », janvier 2007, Marc Valero, Aurelie Wawresky, Direction rayonnements ionisants et santé, ASN.

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

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

GRAPHIQUE 1

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



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

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

LES MANIPULATEURS EN ÉLECTRORADIOLOGIE

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

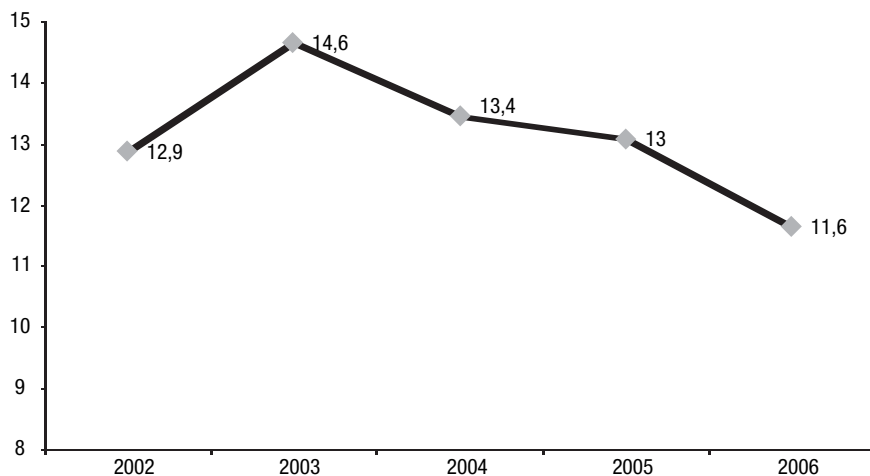
Si la répartition géographique des effectifs fait apparaître les mêmes régions à faible densité que pour les deux autres professions de la radiothérapie, l'interrogation principale pour ces professionnels concerne l'attractivité de l'exercice en radiothérapie. La part des manipulateurs exerçant en radiothérapie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

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

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

GRAPHIQUE 2

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

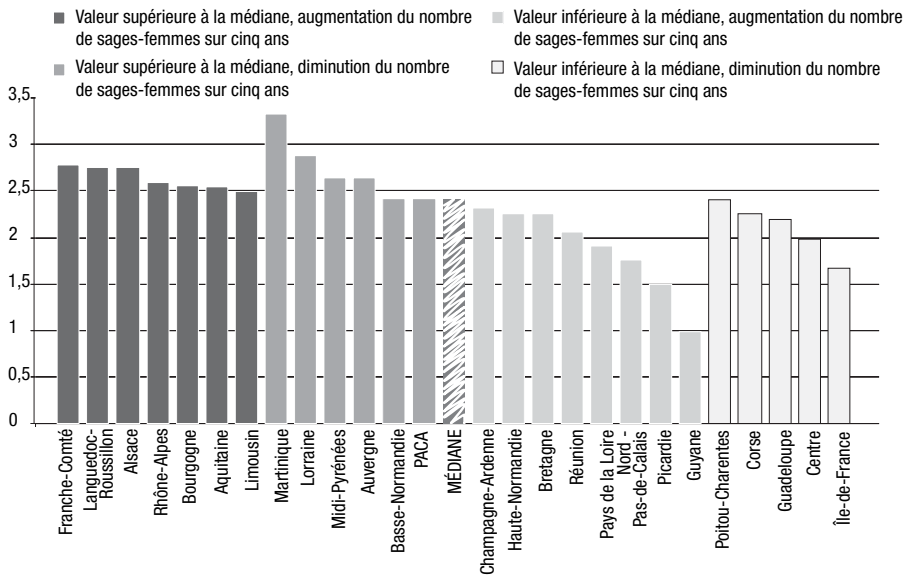
18. Données arrêtées au 31 décembre 2005 du fichier SAE.

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

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

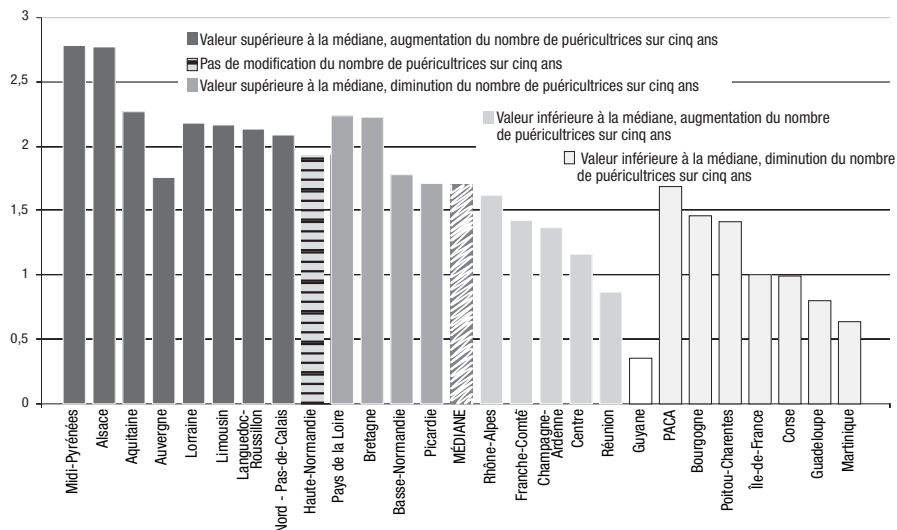
Chaque profession a fait l'objet, par région, d'une analyse démographique prévisionnelle à cinq ans. À titre illustratif, le résultat de la démarche est présenté pour les sages-femmes et les puéricultrices (graphiques 7 et 8).

GRAPHIQUE 3
PRÉVISION À CINQ ANS DE LA TENDANCE D'ÉVOLUTION RÉGIONALE DE LA DENSITÉ DE SAGES-FEMMES POUR 100 NAISSANCES



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

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



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

■ ■ Les situations régionales en matière d'équipements

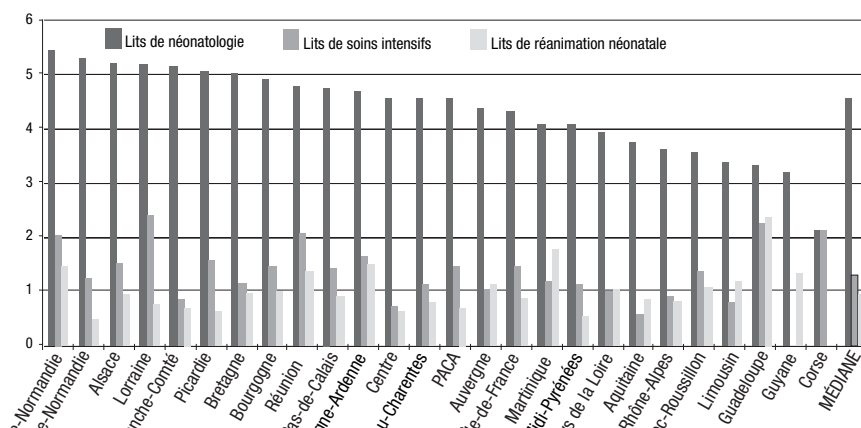
Dix-neuf régions sur vingt-six ont une densité en lits de néonatalogie comprise entre 3 et 5 pour 1 000 naissances. Six ont une densité supérieure à 5, une région, la Corse, a une densité inférieure à 3.

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

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

GRAPHIQUE 5

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



Sources : SAE au 31 décembre 2005.

■ ■ Quelques illustrations régionales

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

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

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

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

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

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

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

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

ALSACE

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

AQUITAINE

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

X* : valeur voisine de la médiane.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

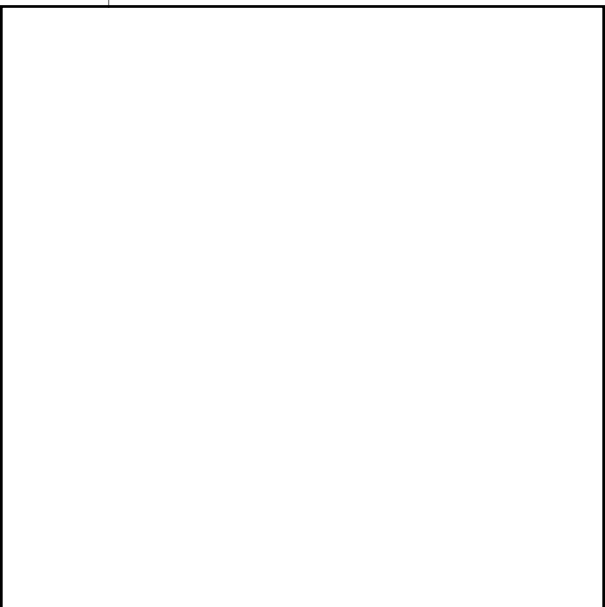
27. Sommelet Danièle, *L'Enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé*, rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent, 28 octobre 2006.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

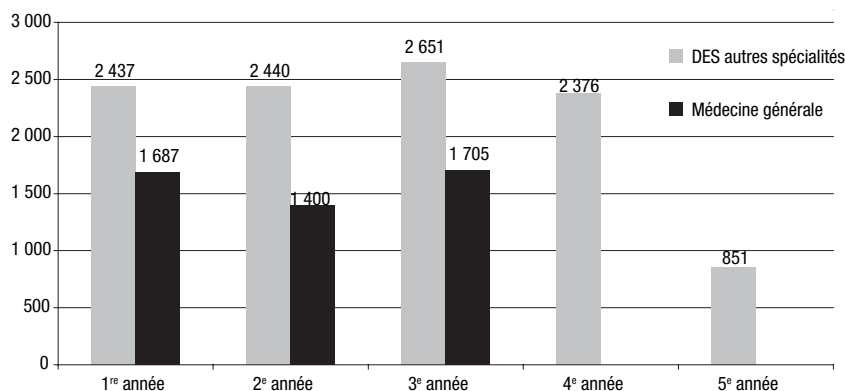
La démographie et la répartition actuelles des internes en médecine

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

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

GRAPHIQUE 1

NOMBRE D'INTERNES PAR NIVEAU D'ÉTUDES



Sources : enquête Internes, ONDPS 2007.

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

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

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

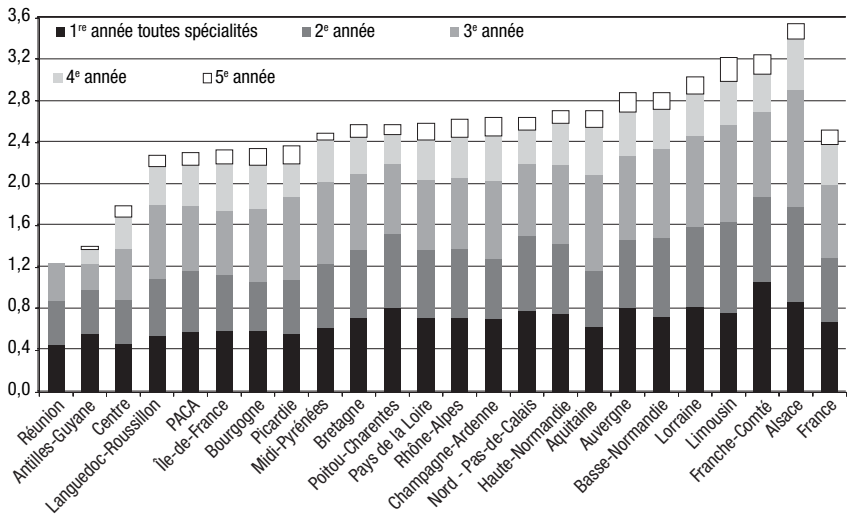
4. Le recensement est exhaustif à l'exception des effectifs d'une UFR de la région parisienne.

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

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

GRAPHIQUE 2

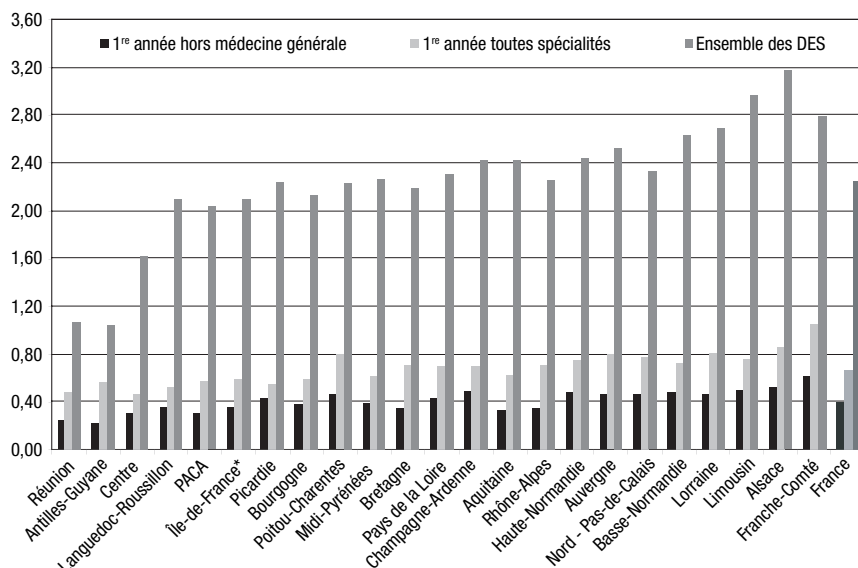
NOMBRE D'INTERNES POUR 10 000 HABITANTS SELON LE NIVEAU D'ÉTUDES



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

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

GRAPHIQUE 3

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

* Les effectifs d'une UFR sont manquants.

Sources : enquête ONDPS, STATISS 2006.

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

Les capacités d'encadrement sont très inégales entre les régions

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

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

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

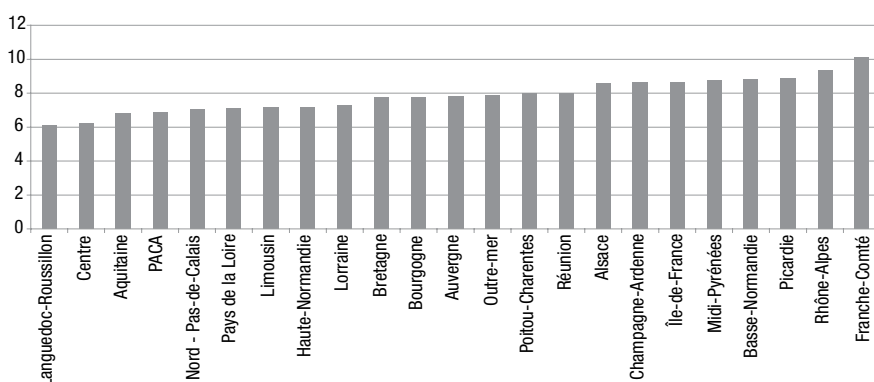
- le nombre de postes d'enseignants universitaires. Ces postes reflètent strictement la capacité universitaire enseignante.

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

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

GRAPHIQUE 4

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



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

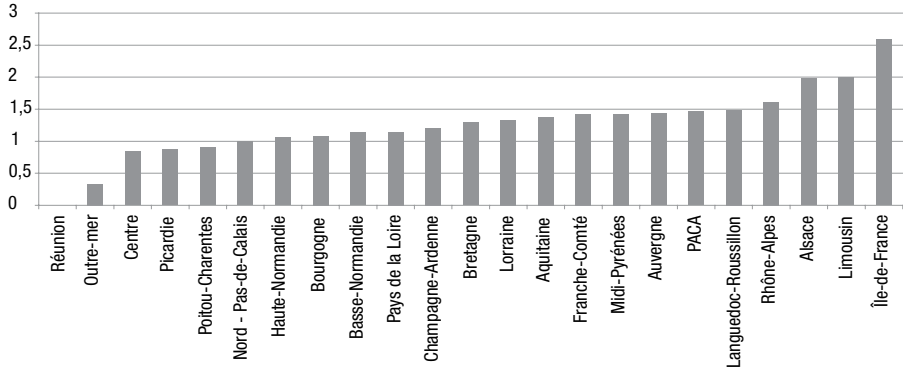
En revanche, on constate une plus forte dispersion entre les régions en ce qui concerne la densité d'enseignants (graphique 5). L'Île-de-France enregistre la plus forte densité, 2,5 enseignants par 10 000 habitants, et seules les régions Alsace et Limousin présentent une densité proche (2 enseignants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

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

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

GRAPHIQUE 5

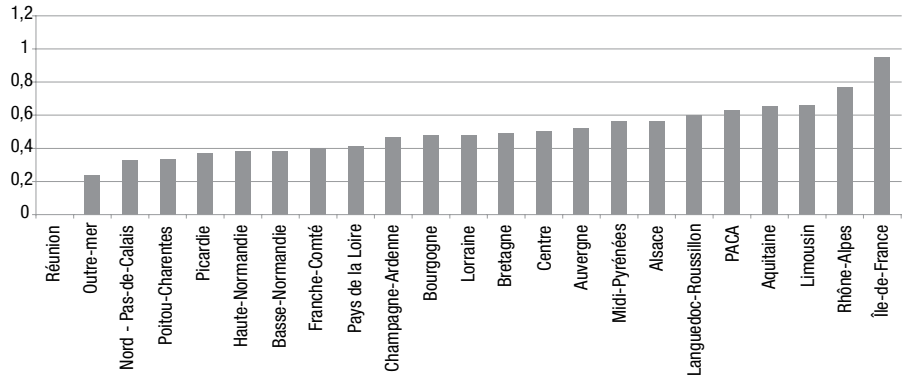
NOMBRE D'ENSEIGNANTS (PU/MCU PH + CCA/AHU) POUR 10 000 HABITANTS



Sources : JO du 7 décembre 2006, STATISS.

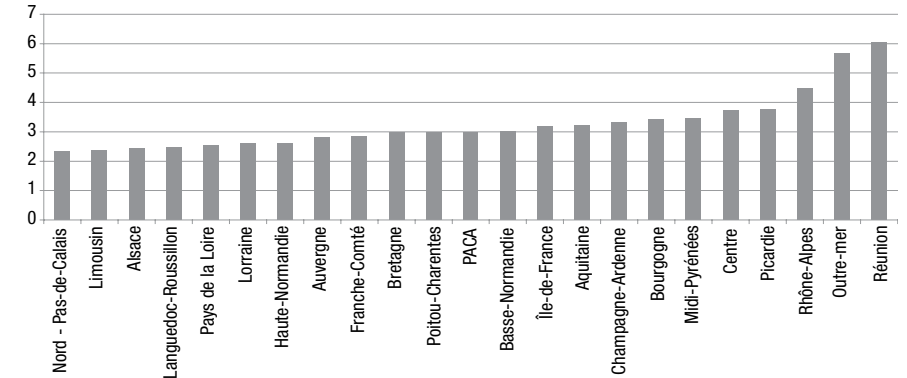
GRAPHIQUE 6

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



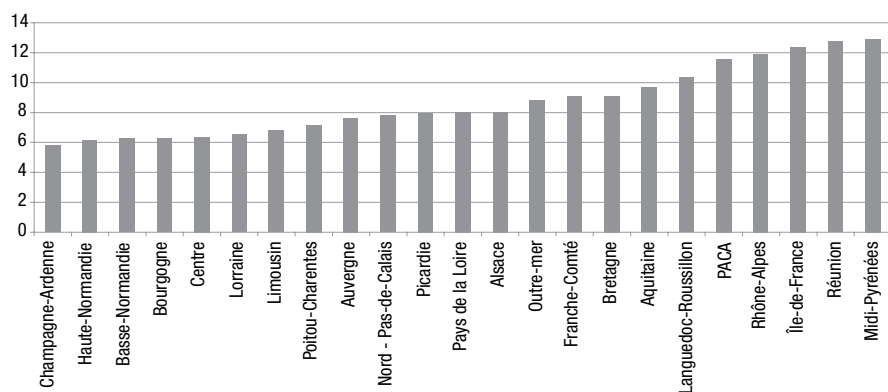
GRAPHIQUE 7

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



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

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



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

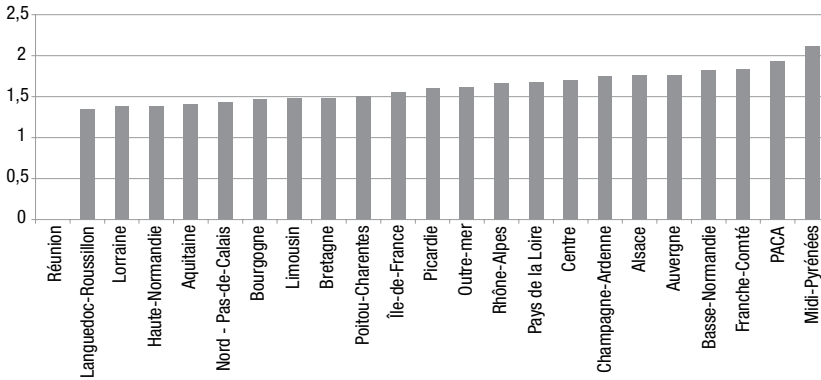
Or le postinternat assure une triple fonction : une fonction de formation, une fonction de préparation à l'exercice, une fonction d'offre de soins. Il constitue en outre la voie d'accès à un secteur d'exercice, le secteur 2 à honoraires libres. On doit rappeler enfin que la disponibilité de ces postes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

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

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

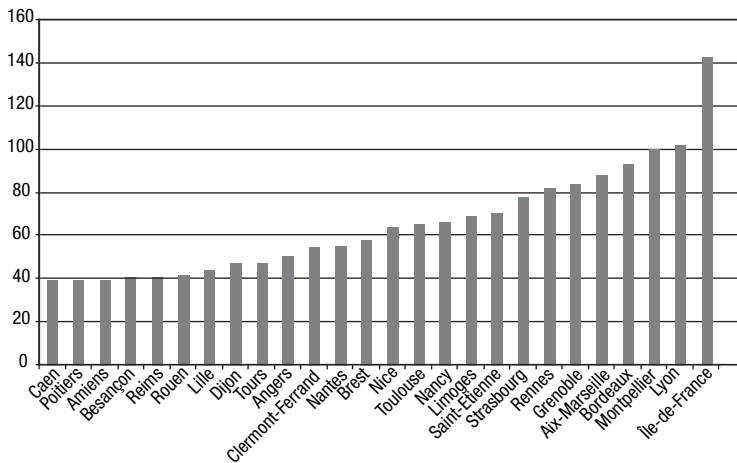
GRAPHIQUE 9

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



GRAPHIQUE 10

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



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

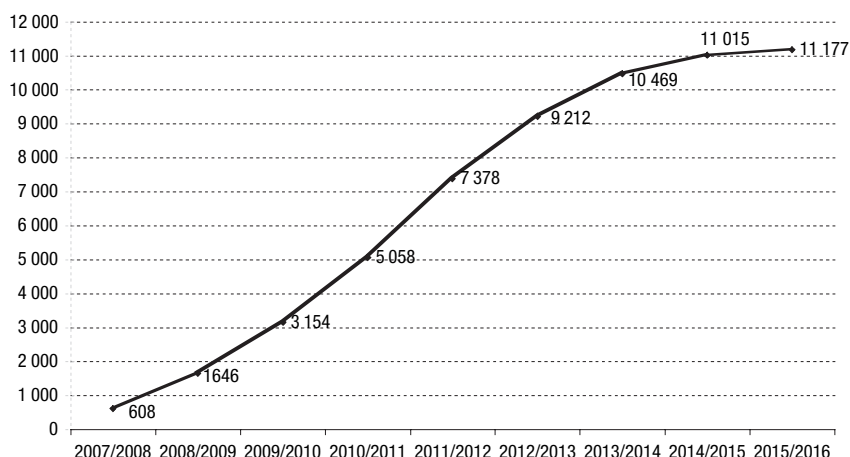
Les postes d'enseignants affectés aux facultés sont le fruit de l'histoire. Dans le but d'apporter un rééquilibrage démographique, la répartition du *numerus clausus*, mais plus encore celle des postes d'interne, tend à privilégier les régions aux densités médicales les plus faibles. Ces réallocations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

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

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

GRAPHIQUE 11

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

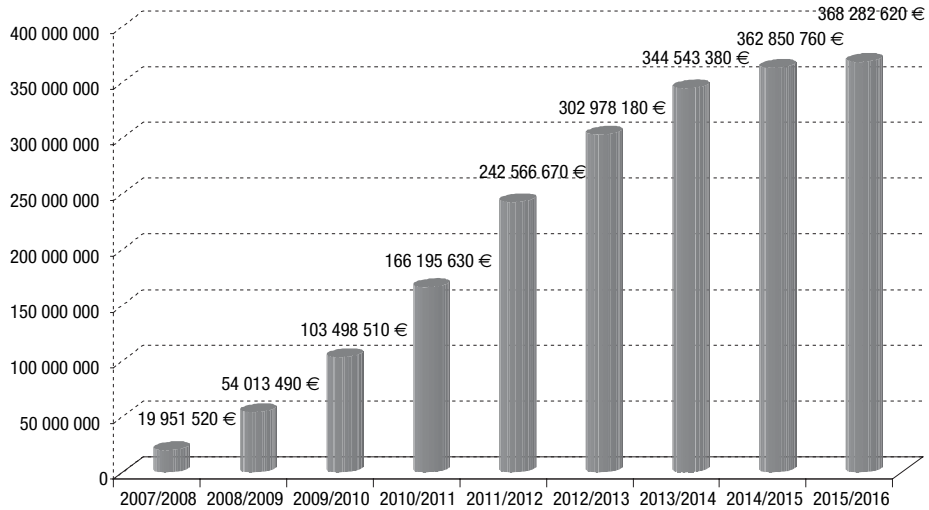
Pour apprécier les coûts financiers liés à l'augmentation du nombre d'internes, on considère que chaque année le nombre d'internes de la nouvelle promotion est égal au nombre d'internes de la promotion précédente, augmenté de la différence entre les *numerus clausus* subis par les étudiants de ces deux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

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

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

GRAPHIQUE 12

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

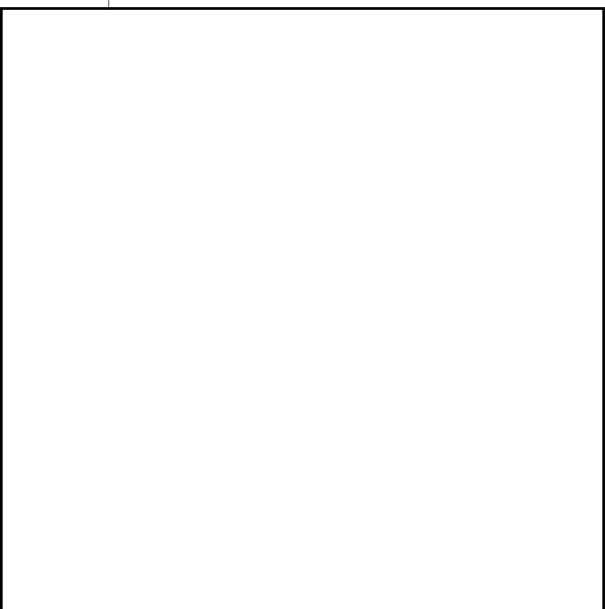


Lecture : en 2007-2008, environ 20 millions d'euros supplémentaires permettront l'accueil des 608 internes supplémentaires.

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

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

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



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

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

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

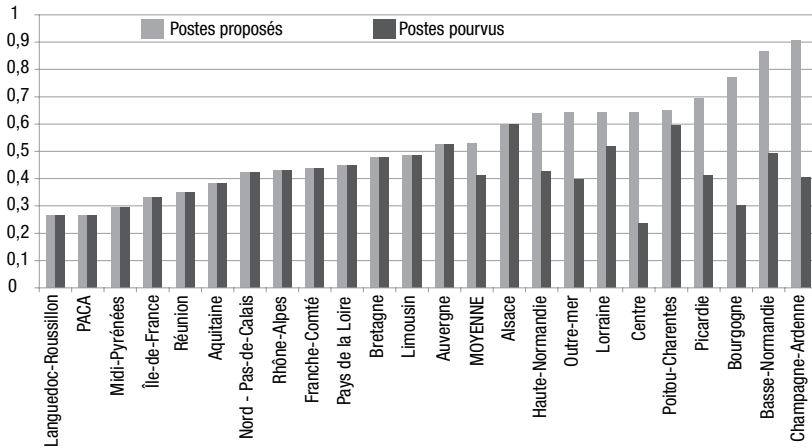
L'examen conjoint du nombre de postes offerts et du nombre de postes pourvus fait apparaître que la répartition des postes pourvus en médecine générale est bien différente de la répartition des postes proposés (graphique 1).

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

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

GRAPHIQUE 1

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



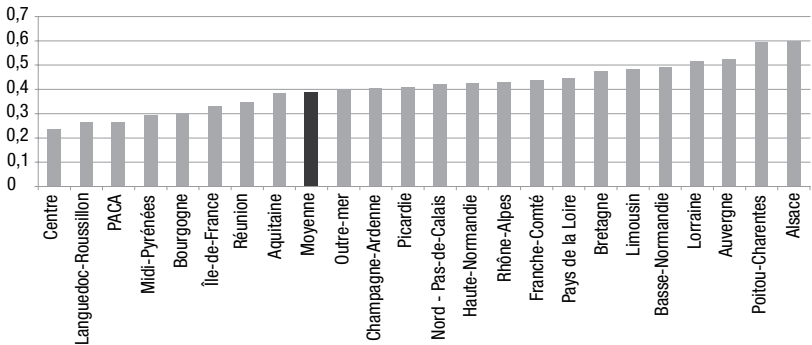
Sources : Arrêté du 28 juin 2007, Statiss.

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

GRAPHIQUE 2

NOMBRE DE POSTES D'INTERNE DE MÉDECINE GÉNÉRALE POURVUS APRÈS L'ECN 2007

POUR 100 000 HABITANTS



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

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

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

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

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

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

TABEAU 1

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

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

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

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

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

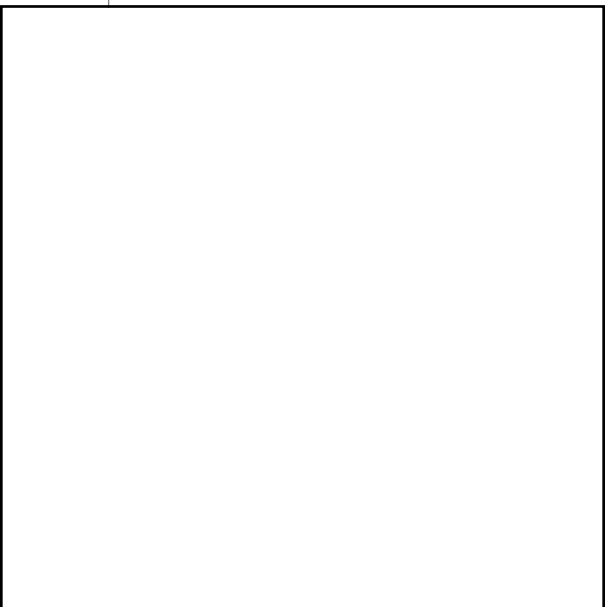
Neuf régions enregistrent un nombre d'inscrits supérieur aux effectifs formés ; dans une proportion supérieure à 20 % : Île-de-France (+48 %), Provence-Alpes-Côte d'Azur (+25 %), Languedoc-Roussillon (+ 23 %).

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

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

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

ENSEIGNEMENTS ET PRÉCONISATIONS



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

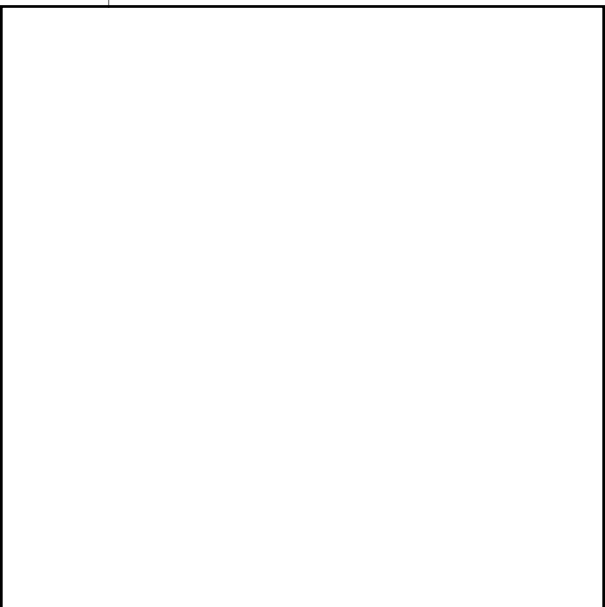
9 • La prise en charge des patients dans un domaine de santé donné nécessite l'intervention coordonnée de multiples professionnels. Leur niveau de formation doit être adapté aux évolutions des connaissances et des exigences de qualité.

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

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

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

ANNEXE



Principaux sigles et abréviations utilisés

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ONDPS

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

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



9 782110 973498