

1

Le rapport 2004

LES EFFECTIFS ET L'ACTIVITÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

TOME 1

1

LES EFFECTIFS ET L'ACTIVITÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Le rapport 2004

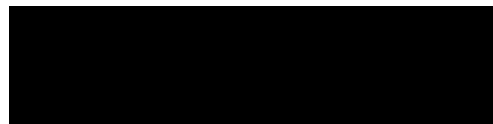


Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



ONDPS



TOME 1

**LES EFFECTIFS
ET L'ACTIVITÉ
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ**



TABLE DES MATIÈRES

ANALYSES ET ENSEIGNEMENTS

Professeur Yvon Berland (ONDPS), Martine Burdillat (ONDPS-DREES),
Christine Daniel (IGAS)

8 INTRODUCTION

11 SITUATION DES EFFECTIFS, ÉTAT DES LIEUX DÉMOGRAPHIQUE

11 De façon globale, les effectifs des professions de santé sont stables ou en légère progression, mais la situation à court terme est très contrastée selon les professions et selon les territoires

12 *Les effectifs des professions de santé continuent à augmenter dans la période récente*

14 *L'analyse menée pour certaines professions révèle que le vieillissement des effectifs et l'importance des départs à la retraite posent d'ores et déjà le problème de leur renouvellement.*

19 *Les inégalités dans la répartition des professions de santé sur le territoire national ne sont pas compensées par les nouvelles installations*

24 Les auditions menées avec les médecins montrent que les chiffres disponibles sur les effectifs reflètent imparfaitement l'exercice réel

27 *Les écarts d'effectifs les plus forts concernent des spécialités médicales et chirurgicales où qualification et mode d'exercice divergent*

30 *Une partie importante des omnipraticiens recensés comme généralistes ont un exercice autre que la médecine générale*

32 *Pour les chirurgiens, la répartition par spécialité reste imprécise*

34 LES ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE POUR AFFINER LE DIAGNOSTIC DÉMOGRAPHIQUE

34 Le constat de la progression ou du maintien des effectifs en activité doit être nuancé par la prise en compte de l'évolution des flux de formation, très contrastée selon les différentes professions de santé

35 *Les quotas de formation ont augmenté avec une ampleur inégale selon les professions de santé.*

37 *Le numerus clausus des médecins a connu des variations plus fortes que celui des autres professions de santé.*

38 *La diminution des flux d'internes en médecine a été inégalement répartie, avec un renforcement de la concurrence entre les différentes spécialités médicales et chirurgicales*

41 Les données sur les effectifs doivent être complétées par des données sur le temps effectivement disponible pour des soins

41 *Plusieurs évolutions ont affecté le temps disponible pour les soins à l'hôpital*

45 *La durée du travail et l'activité des professions de santé sont en constante augmentation*

49 LES ÉVOLUTIONS ENVISAGÉES

- 49** Des réorganisations de l'offre de soins constituent, avec les effectifs et la durée du travail, des modalités de réponse à la demande de soins
- 49** *Les tensions sur l'offre de soins affectent avec plus ou moins d'acuité les différents secteurs d'exercice et les différents territoires*
- 52** *Les regroupements apparaissent comme l'une des façons de répondre dans de meilleures conditions aux demandes de soins*
- 55** *La redéfinition des métiers et la recomposition des compétences*
- 56** Les évolutions souhaitables des contenus et des conditions de la formation
- 56** *Pour les médecins, la définition de troncs communs de formation, avant spécialisation, paraît une voie souhaitable*
- 57** *Le développement des stages en dehors des CHU assurerait de meilleures conditions d'apprentissage de l'exercice libéral*
- 58** *Il est souhaitable de conforter la compétence de soins des professions de santé paramédicales*

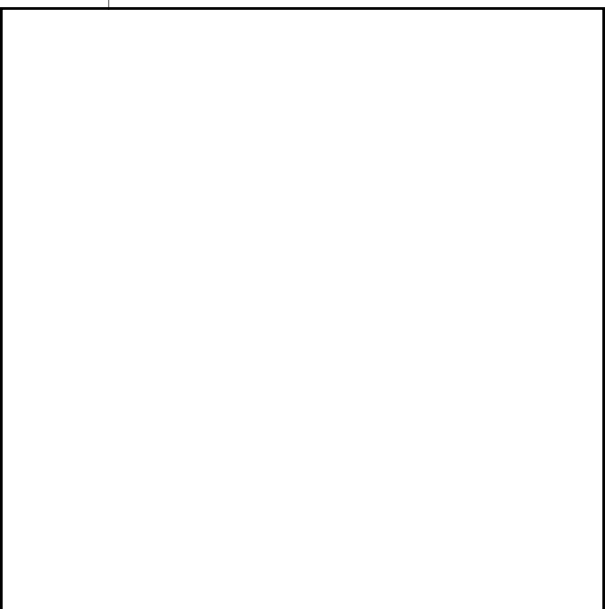
CONTRIBUTIONS

- 63** Compte rendu des auditions avec les professionnels de santé
Tableau récapitulatif et synthèse par spécialité et profession. Les auditions ont été réalisées par le conseil d'orientation, avec le concours de Christine Daniel (IGAS) et de Sylvie Le Laidier (CNAMTS)
- 89** Les médecins libéraux et salariés en activité en France au 01/01/2003: comparaison de plusieurs sources de données
Serge Darriné (DREES)
- 98** Comparaison des effectifs de médecins par spécialité selon le répertoire ADELI et le fichier du CNOM, Sabine Bessière et Serge Darriné (DREES)
- 115** Comparaison des effectifs de pharmaciens d'ADELI et du CNOP au 01/01/2002, Marc Collet (DREES)
- 119** Note de présentation du rapport sur l'état des lieux et l'harmonisation des sources statistiques relatives aux infirmiers, Odile Romain et Séverine Buisine (DHOS)
- 124** Recensement des diplômés et des nouveaux inscrits à l'Ordre, par région et par spécialité, Comités régionaux et CNOM

ANNEXES

- 147** Principales sources nationales sur le temps de travail ou l'activité des professionnels de santé, Pascale Breuil (DREES)
- 154** Les statuts des personnels médicaux des établissements publics de santé, Michelle Duret (DHOS)
- 155** Schéma des études médicales

**ANALYSES
ET ENSEIGNEMENTS**





Introduction

La première mission de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé est de mettre en perspective l'évolution des effectifs des professionnels de santé avec l'évolution de leur activité et de leur métier. C'est à cet objet qu'est consacré le présent tome du rapport. Il rend compte des travaux menés dans le cadre du groupe de travail consacré aux « chiffres et à l'activité », qui s'est donné cette année trois objectifs :

- recenser et confronter les chiffres, identifier les raisons des décalages observés ;
- progresser dans l'analyse de l'activité pour mieux apprécier l'offre de soins ;
- rencontrer les professionnels, dans l'optique de partager avec eux l'analyse des chiffres et de pouvoir les interpréter avec leur concours.

Ce tome privilégie une approche nationale, les analyses territoriales étant regroupées dans le tome 4 du rapport. Certains faits localisés sont toutefois intégrés dans l'analyse, dans la mesure où ils font apparaître ce qui peut caractériser la diversité de la situation globale¹.

Le présent tome traite de la situation des effectifs de l'ensemble des professions de santé, mais des analyses plus approfondies concernent surtout les médecins. Les sages-femmes, les infirmières et les manipulateurs d'électroradiologie médicale font l'objet d'un développement dans le tome 3. L'Observatoire se consacrera, au cours de ses travaux ultérieurs, à l'analyse détaillée des autres professions.

Il retient une description de la situation présente jusqu'en 2015. En effet, à cet horizon, les prévisions globales restent fiables pour les médecins, puisque le *numerus clausus* est connu. Pour les années plus lointaines, à l'horizon 2025, différentes hypothèses, notamment sur le *numerus clausus*, peuvent être formulées. Plusieurs scénarios ont donc été élaborés pour les médecins et donnent lieu à des projections dont les résultats sont présentés dans le tome 2 du rapport.

■ ■ Organiser des échanges avec les professionnels sur la question des effectifs afin de mieux saisir les incohérences entre les chiffres énoncés et d'en expliciter les raisons

D'importants travaux de rapprochement statistique des différents fichiers existants ont été conduits, en particulier sur les infirmiers, les sages-femmes, les pharmaciens et la plupart des spécialités médicales et chirurgicales. Il existe en effet des discordances entre les sources, qu'il est important d'expliquer. L'Observatoire s'est ainsi situé dans la conti-

1. Les données ont été, d'une part, recueillies auprès des professionnels auditionnés dans le cadre de ce groupe de travail ; elles proviennent, d'autre part, des travaux transmis par certains comités régionaux de l'Observatoire.

nuité des travaux déjà engagés, pour les médecins, dans le cadre du Conseil national de l'information statistique². La particularité des travaux menés au sein de l'Observatoire tient au fait qu'ils ont permis de confronter les données de ces fichiers avec celles dont disposent les représentants des professionnels de santé, à travers les collèges d'enseignants, ou avec celles qui ont été rassemblées par certaines disciplines à l'occasion de la rédaction de Livres blancs ou de la réalisation d'enquêtes. Une partie importante du présent rapport et des contributions rend compte des résultats de ces confrontations, qui ont permis de parvenir à une analyse partagée.

Une autre spécificité de la démarche par rapport aux travaux déjà menés est de prendre en considération non seulement les professionnels recensés en activité, mais également les flux de formation. Cela se justifie d'autant plus que les internes en médecine sont « des praticiens en formation » et participent à ce titre au fonctionnement des services hospitaliers.

■ ■ Développer une analyse qui intègre le temps de travail et les conditions d'exercice des professionnels de santé

Au-delà des effectifs des professions de santé, il est essentiel de connaître le temps de travail mais également les modalités d'utilisation de ce temps pour apprécier les capacités de réponse du système de santé à la demande de soins. Sur ces questions, l'Observatoire n'a pas cherché, lors de sa première année de fonctionnement, à développer de nouveaux travaux. Il a rassemblé plusieurs études existantes et entendu les analyses des professionnels de santé. Ces éléments ne permettent pas d'apporter de conclusions définitives, mais fournissent plusieurs pistes de réflexion.

Ils permettent tout d'abord de repérer les domaines où les connaissances demeurent très lacunaires, ce qui est le cas des données relatives au temps de travail et à l'activité des médecins à l'hôpital.

Les analyses conduisent également à approfondir la réflexion dans deux directions :

- en secteur libéral comme à l'hôpital, le temps disponible directement pour les patients ne découle pas mécaniquement du temps de travail des professions de santé, car ils se consacrent par ailleurs à un certain nombre d'activités. Une partie de leur temps est affecté à la gestion administrative des procédures (qualité, systèmes d'information...). Une autre partie du temps peut être dédiée à la recherche, à la formation, à l'enseignement, ou à la concertation entre équipes. Enfin, l'organisation de l'activité et la disponibilité des équipements peuvent être plus ou moins favorables à l'optimisation du temps consacré aux soins. Prendre en compte ces éléments est déterminant pour mesurer la capacité effective du système de soins à prendre en charge les patients ;
- les variables socio-démographiques comme la féminisation ou le vieillissement des professions de santé ne se répercutent pas mécaniquement sur l'activité car les comportements d'activité et d'installation évoluent au cours du temps et semblent sensibles à la fois aux évolutions de la demande de soins et à l'environnement de l'exercice. Il est donc essentiel de comprendre ces changements de comportements pour anticiper l'offre qui sera effectivement disponible.

2. *Rapport du Conseil national de l'information statistique*, n° 75, septembre 2002, « L'harmonisation des données de démographie médicale ».

■ ■ Réfléchir en termes d'offre de soins de façon coordonnée sur l'ensemble des professionnels de santé

Le travail d'audition conduit au sein de l'Observatoire a illustré l'importance d'une réflexion globale en termes d'offre de soins. Le système présente aujourd'hui des tensions qui sont indéniables. Elles resteront fortes dans les toutes prochaines années dans certaines spécialités médicales et chirurgicales, soit parce que pour certaines d'entre elles les départs à la retraite seront importants, soit parce que l'attractivité de ces spécialités s'est affaiblie et que les étudiants les choisissent moins. Il ressort aussi du travail mené en auditions le constat d'une évolution importante de la prise en charge de certaines pathologies. Le vieillissement des malades, les évolutions et les progrès technologiques conduisent, parmi d'autres facteurs, à des modifications des interventions et des modes de prise en charge.

La prise en charge des patients passe de plus en plus par des coopérations entre professionnels (médicaux mais aussi paramédicaux et médico-sociaux). Les plateaux médico-techniques se multiplient non seulement en chirurgie mais également pour d'autres actes médicaux. Cette évolution a des conséquences sur l'organisation des professions de santé, leurs agencements et leurs regroupements. L'approche démographique, qui repose sur un recensement par spécialité, rend insuffisamment compte de ces réalités et paraît peu apte à constituer à elle seule un outil de pilotage et de régulation d'une politique démographique orientée vers une prise en charge réactive des besoins de santé. De plus, les évolutions attendues des effectifs des différentes catégories de professionnels de santé conduisent à réfléchir sur les partages de compétence entre ces catégories. La structuration de l'offre de soins apparaît ainsi déterminante pour organiser la réponse aux demandes de soins.

Le plan du présent rapport rend compte des différents travaux conduits :

- le premier chapitre présente l'état des lieux démographique des effectifs de l'ensemble des professions de santé. Il est établi d'abord à partir des données administratives et ordinales qui ont fait l'objet d'un travail important de rapprochement entre les différents fichiers. Cet état des lieux est ensuite approfondi, à partir du propre état des lieux transmis par les professionnels, lors des auditions. Leurs analyses permettent notamment d'enrichir le diagnostic, en prenant en compte l'activité exercée ainsi que ses évolutions ;
- le deuxième chapitre s'attache à préciser les constats démographiques globaux, à partir notamment des informations recueillies lors des auditions. Il existe des contrastes entre les situations des différentes professions et spécialités, et plusieurs éléments y concourent. Certains concernent les flux de formation et donc les possibilités de renouvellement. D'autres proviennent des transformations diverses des conditions d'exercice de l'activité des segments de l'offre de soins ;
- le troisième chapitre rend compte des solutions envisagées par les professionnels, ou celles qui leur paraissent souhaitables pour que s'organise une réponse mieux répartie et de qualité à la demande de soins. Les évolutions évoquées concernent l'organisation de l'activité et les parcours de formation.
- Un quatrième chapitre rassemble le compte rendu des auditions conduites avec les professionnels de santé, et cinq contributions qui apportent des éléments plus précis sur les rapprochements statistiques (contributions 1, 2, 3, 4) et sur les flux de formation et d'entrée dans l'activité professionnelle (contribution 5).

S

ituation des effectifs, état des lieux démographique

De façon globale, les effectifs des professions de santé sont stables ou en légère progression, mais la situation à court terme est très contrastée selon les professions et selon les territoires

Les professions qui interviennent dans le champ de la santé sont très nombreuses. Si l'on ajoute aux professions réglementées par le Code de la santé publique l'ensemble des autres intervenants (notamment aides soignants, ambulanciers, agents hospitaliers, psychologues...), on obtient près de 1 800 000 personnes au 1^{er} janvier 2003¹.

Dans le présent rapport, on se limitera toutefois aux professionnels de santé tels qu'ils sont réglementés par le Code de la santé publique, c'est-à-dire aux professionnels dont le droit d'exercice et les actes sont réglementés par ce code. Quatorze professions entrent dans ce champ : les médecins, les dentistes, les pharmaciens, les sages-femmes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes, les psychomotriciens, les pédicures-podologues, les ergothérapeutes, les audioprothésistes, les opticiens, les manipulateurs en électroradiologie médicale (ERM, ou manipulateurs radio).

Les éléments quantitatifs sont ici rapidement rappelés. Le constat selon lequel les professions de santé n'ont jamais été aussi nombreuses qu'aujourd'hui est confirmé : elles ont pour la plupart des effectifs qui continuent à croître sur les années les plus récentes. Mais deux éléments importants conduisent à relativiser le diagnostic de la situation actuelle : d'une part, les départs à la retraite seront très importants dans certaines professions et, d'autre part, pour les médecins les disparités régionales pourraient s'accroître si l'ouverture importante de postes d'internes en médecine dans les régions ayant la démographie la plus faible ne se traduit pas par un rééquilibrage des installations. En outre, pour appréhender les conséquences de ces disparités entre les territoires, en termes d'offre de soins, il convient de prendre en compte les déséquilibres qui se manifestent entre les différentes structures hospitalières (centres hospitaliers universitaires et hôpitaux généraux, par exemple), ou entre le secteur libéral et le secteur hospitalier. Ces déséquilibres, qui restent mal appréhendés par les statistiques globales sur les professions de santé, pèsent lourdement sur les modalités de prises en charge des patients, et affectent les conditions d'exercice des praticiens.

1. Données sanitaires et sociales, annexe au PLFSS publiée chaque année par la DREES, chapitre III.1. Sources ADELI pour les professions de santé réglementées et enquête emploi de l'INSEE pour les autres professions.

■ ■ Les effectifs des professions de santé continuent à augmenter dans la période récente

La démographie des professions de santé a été analysée de façon détaillée dans le cadre de précédents rapports, études statistiques ou travaux de recherche². En outre, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé publie régulièrement des analyses sur la démographie médicale, ainsi que des statistiques annuelles détaillées sur les professions de santé et leur structure démographique³. Le Conseil national de l'ordre des médecins assure également des publications régulières sur ses effectifs⁴. Le choix a donc été fait ici de se limiter à rappeler la situation globale des effectifs des professions de santé, et de commenter les grandes tendances. La méthode retenue a consisté à s'appuyer sur la confrontation de différentes sources statistiques⁵. Systématiquement présentée et commentée dans le cadre des auditions, cette comparaison entre sources statistiques a été également menée pour les infirmiers et les sages-femmes. Par ailleurs, la DREES et l'Ordre des pharmaciens ont opéré une comparaison de leurs fichiers respectifs. Plusieurs contributions du présent rapport rendent compte des résultats obtenus (cf. contributions 1, 2, 3, et 4 de ce tome). Le tome 3 du rapport annuel de l'Observatoire présente les commentaires plus détaillés des résultats obtenus pour les effectifs des sages-femmes et des infirmiers.

L'analyse de l'évolution des effectifs des professions entre le 1^{er} janvier 2000 et le 1^{er} janvier 2004 montre que seuls les chirurgiens-dentistes enregistrent sur la période une stagnation de leurs effectifs, alors que l'ensemble des autres professions de santé connaît une progression plus ou moins importante :

- l'augmentation du taux de croissance est de 1,4 % pour les médecins ;
- certaines professions présentent des taux de croissance moyens annuels de leurs effectifs qui se situent autour de plus ou moins 3 % (les pharmaciens, les sages-femmes, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les infirmiers et les manipulateurs en électroradiologie médicale) ;
- d'autres professions affichent un taux de croissance supérieur à 4 %, la progression pouvant aller jusqu'à 8,1 % pour les opticiens. Ces évolutions, qui concernent surtout les professions de santé non médicales doivent toutefois être analysées avec précaution dans la

2. On peut citer notamment : *Démographie médicale. Peut-on évaluer les besoins en médecins ?*, CREDES, biblio n° 1341, mars 2001. *Rapport sur la démographie médicale*, préparé par la DGS, juin 2001. *La Démographie des professions de santé*, rapport présenté par le Pr. Yvon BERLAND, novembre 2002. *Données sanitaires et sociales*, annexe au PLFSS, doc. cité.

3. Pour les professions de santé, voir SICART (D.), « Les professions de santé au 1^{er} janvier 2004 », n° 68, juillet 2004, DREES. Document consultable en ligne à l'adresse :

www.sante.gouv.fr/drees/seriesstat/pdf/seriesstat52

Ce document détaille en particulier les données des professions de santé par sexe, âge, mode d'exercice et département. Pour les médecins, on peut se référer au *Document de travail* n° 57, qui fournit également toutes les données par sexe, âge, mode d'exercice, spécialité, à l'adresse :

www.sante.gouv.fr/drees/seriesstat/pdf/seriesstat68

4. *Démographie médicale française, situation au 1^{er} janvier 2003, décembre 2003*, Conseil national de l'ordre des médecins en partenariat avec le CREDES, étude n° 36.

5. Les échanges de données mis en œuvre entre les différents fichiers, ceux des ordres, ADELI, FNPS et GIP CPS, sont en cours dans le cadre de la mise en place du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), en cours de constitution. Ce répertoire permettra de disposer d'une source de recensement commune et se traduira par une simplification administrative avec la suppression des formalités d'enregistrement simultanées pour les professionnels. Un numéro d'identification pérenne attribué à chaque professionnel de santé aura vocation à être utilisé par l'ensemble des partenaires sur toute la durée d'activité du professionnel.

mesure où, pour partie, l'augmentation des effectifs peut aussi provenir de l'amélioration de la qualité du fichier ADELI, due à une meilleure exhaustivité de l'enregistrement des professionnels. Dans la suite des travaux de l'Observatoire, il conviendra d'accorder la plus grande importance au recensement des effectifs de ces professions.

TABLEAU 1

EFFECTIFS DES PROFESSIONS DE SANTÉ RÉGLEMENTÉES : ÉVOLUTION DEPUIS 2000, AU 1^{er} JANVIER

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

CHAMP : France métropolitaine.

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

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

ENCADRÉ 1

LES PRINCIPALES SOURCES SUR LES EFFECTIFS DES PROFESSIONS DE SANTÉ

La source statistique qui permet aujourd'hui de comptabiliser les effectifs de l'ensemble des professions de santé est le fichier ADELI (automatisation des listes des professions de santé). Ce fichier est alimenté par les déclarations des professionnels auprès des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) qui sont centralisées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé. Ce fichier présente un certain nombre d'imperfections qui sont analysées dans la partie 2 du rapport, mais il donne une information aujourd'hui de plus en plus fiable sur les effectifs globaux, notamment grâce aux rapprochements effectués avec d'autres données, celles provenant de l'enquête emploi de l'INSEE, et celles provenant des fichiers des ordres, pour lesquels l'inscription est obligatoire pour exercer. Ces rapprochements permettent d'effectuer un redressement des données recueillies, qui vise à corriger les défauts d'inscription dans ADELI.

À côté du fichier ADELI, il existe d'autres sources d'informations sur les effectifs des professions de santé.

Tout d'abord, les professions qui sont représentées par un ordre professionnel ont des données propres issues de l'inscription auprès du Conseil de leur ordre. Ensuite, la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) dispose de données sur les professionnels libéraux, ainsi que de données d'activité sur le nombre de leurs actes. Des informations démographiques peuvent également être obtenues auprès des caisses de retraite des professionnels libéraux. Enfin, pour les professions les plus nombreuses, des sources générales comme le recensement ou l'enquête emploi de l'INSEE peuvent être utilisées. Pour la partie hospitalière, SIGMED, outil de gestion de la DHOS pour le personnel hospitalier statutaire, et les enquêtes, comme la statistique annuelle des établissements suivie par la DREES (SAE), menées auprès des établissements donnent également des informations sur les effectifs. Les professionnels eux-mêmes ont dans certains cas été à l'origine d'enquêtes, de Livres blancs ou de recensements sur leurs spécialités. L'analyse des écarts entre toutes ces sources permet de faire la part entre ce qui relève de différences de champ dans la définition des effectifs et ce qui relève de décalages dans les mises à jour des fichiers, en particulier au moment de l'inscription des professionnels ou de leur départ à la retraite.

■ ■ L'analyse menée sur certaines professions révèle que le vieillissement des effectifs et l'importance des départs à la retraite posent d'ores et déjà le problème de leur renouvellement

Des prévisions sur les départs à la retraite ont été conduites dans le cadre de l'Observatoire de l'emploi public⁶. Ces prévisions ont été réalisées pour l'ensemble des établissements de santé employant des agents de la fonction publique hospitalière, qu'il s'agisse de centres hospitaliers universitaires (CHU), de centres hospitaliers spécialisés ou généraux ou d'hôpitaux locaux⁷. Les effectifs de la fonction publique hospitalière dans ces structures étaient en 1999 proches de 707 000 agents correspondant à un effectif en équivalent temps plein de 666 000 personnes.

Cette étude permet de mesurer le volume des départs attendus entre 1999 (date prise comme référence) et 2015, soit sur une durée de seize années, pour l'ensemble des filières d'emplois (administrative, médico-technique, services de soins, filière technique et ouvrière). Si l'on se concentre sur la filière de soins, près de 280 000 départs à la retraite sont attendus, ce qui représente 56 % des effectifs de cette même filière.

Plus précisément pour les professions de santé, la situation des effectifs, complétée par une analyse des pyramides des âges et une estimation des départs prévisibles à la retraite, fait apparaître une part faible de moins de 35 ans chez les médecins, les dentistes et les pharmaciens. Les médecins et les chirurgiens-dentistes regroupant également les parts les plus importantes de praticiens de plus de 55 ans. L'absence de jeunes, donc du potentiel de renouvellement, est beaucoup moins marquée dans les autres professions de santé.

6. Fonction publique hospitalière – Données démographiques horizon 2015, mai 2003
<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/onemfph>

7. Les effectifs de la fonction publique hospitalière sont employés dans trois types de structures juridiques : les établissements autonomes pour personnes âgées, les établissements pour adultes et enfants handicapés (soit le secteur social qui employait 9,7 % des effectifs en 1999) ainsi que les établissements publics de santé (soit le secteur sanitaire qui employait 90,3 % des effectifs de la fonction publique hospitalière en 1999). L'étude présentée concerne les personnels titulaires de la fonction publique hospitalière.

TABLEAU 2

INDICATEURS SYNTHÉTIQUES DÉMOGRAPHIQUES SUR LES PROFESSIONS DE SANTÉ, AU 1^{ER} JANVIER 2003

	Effectifs au 01/01/2003	Part des moins de 35 ans (%)	Part des 55 ans ou plus (%)
Médecins	201 400	7,5	20,4
Chirurgiens dentistes	40 648	14,4	22,6
Pharmaciens	63 909	16,0	17,3
Sages-femmes	15 684	30,6	11,6
Infirmières	423 431	28,0	12,9
Masseurs-kinésithérapeutes	56 924	29,6	18,7
Orthophonistes	14 836	30,6	11,2
Orthoptistes	2 405	39,6	10,9
Psychomotriciens	5 325	36,4	5,9
Pédicures-podologues	9 859	37,9	14,6
Ergothérapeutes	4 683	47,9	6,4
audioprothésiste	1 620	35,7	21,9
Opticiens	12 776	49,0	13,7
Manipulateurs radio	23 113	29,6	10,3
Ensemble des professions réglementées par le code de santé publique	876 613	22,6	15,7

CHAMP : France métropolitaine.

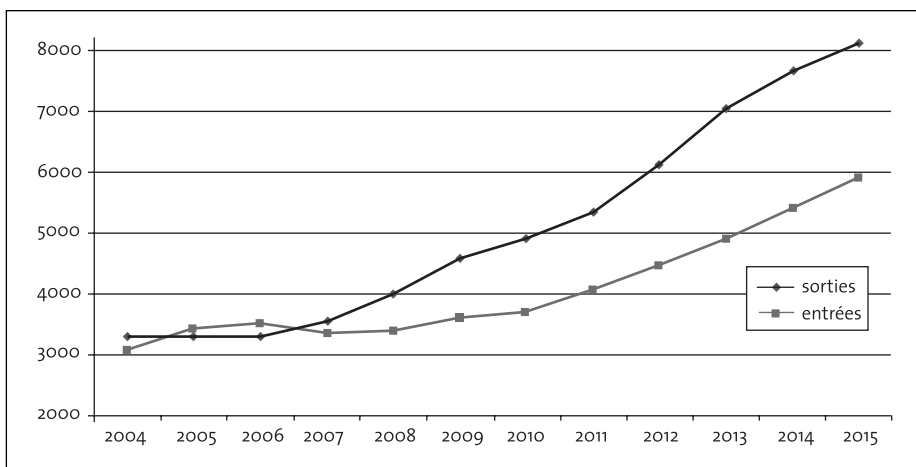
SOURCE : ministère de la Santé et de la Protection sociale - DREES - Répertoire ADELI.

■ **POUR LES MÉDECINS, L'IMPORTANCE DES DÉPARTS PRÉVISIBLES À LA RETRAITE SE TRADUIT PAR UNE SITUATION TENDUE DANS LES TOUTES PROCHAINES ANNÉES**

Si l'on rapproche, pour les médecins, le nombre prévisible de départs à la retraite, dans les prochaines années, du nombre de nouveaux diplômés susceptibles de « prendre la relève », on peut distinguer trois périodes : jusqu'en 2007, le nombre d'entrées et de sorties est à peu près équivalent ; à partir de 2008 jusqu'en 2015 le solde devient négatif de façon croissante. Ce n'est qu'à partir de 2016 que s'ouvrirait une période où le solde, toujours négatif, pourrait le devenir de façon décroissante⁸, sous l'hypothèse d'un numerus clausus fixé à 7 000 et d'un âge moyen de départ à la retraite à 64 ans. Ce constat global, qui a été précisé pour chacune des spécialités auditionnées, se traduit déjà pour certaines par une situation tendue. Il est donc essentiel d'envisager dès à présent les pistes qui permettraient de répondre à une diminution sensible des effectifs entre 2008 et 2015. Pendant cette période en effet, les modifications du numerus clausus ne pourront avoir aucune influence.

8. Projections établies par le bureau des professions de santé de la DREES. Une publication à paraître au 4^e trimestre 2004 donnera le détail par grande discipline (DARRINÉ (S.), *Études et résultats*). Voir aussi le tome 2 du présent rapport, consacré à l'analyse prospective.

ENTRÉES ET SORTIES PAR ANNÉE PROJETÉE (AU 31 DÉCEMBRE)



SOURCE : DREES

ENTRÉES : il s'agit du nombre d'étudiants en médecine diplômés et entrant sur le marché du travail, en tenant compte de tous les phénomènes pouvant « freiner » leur entrée : redoublement en cours d'études, voire abandon, délai à l'entrée en activité plus ou moins long après le diplôme, fuites (départs à l'étranger), etc.

SORTIES : il s'agit du nombre de professionnels en activité sortant d'activité pour cause de retraite ou de décès.

REMARQUE : ces entrées et sorties sont plus significatives pour une période couvrant quelques années projetées, que pour une seule année projetée, du fait des imprécisions du modèle qui peut faire entrer ou sortir d'activité une partie des médecins avec un peu d'avance ou de retard.

■ LES PHARMACIENS ONT DES EFFECTIFS EN AUGMENTATION, DONT LA RÉPARTITION PAR CANTON A ÉTÉ ANALYSÉE

Un important travail de comparaison des fichiers a été effectué entre la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé et le Conseil national de l'ordre des pharmaciens (cf. contribution 3 dans ce rapport). Deux fichiers principaux ont été rapprochés dans ce but :

- celui des actifs inscrits à l'Ordre des pharmaciens (fichier ICOP du Conseil national de l'ordre des pharmaciens) ;
- celui des actifs inscrits auprès des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), informations qui remontent ensuite auprès de la DREES et sont centralisées dans le fichier ADELI.

Globalement, les effectifs des pharmaciens sont en augmentation régulière depuis 2000, avec un taux de croissance moyen annuel d'environ 3 %.

La comparaison entre les fichiers fait apparaître un écart sur les effectifs globaux de 3,9 % au 1^{er} janvier 2004 (66 266 pharmaciens dans ADELI, contre 68 974 dans le fichier de l'Ordre), avec une forte tendance à la résorption des écarts (ceux-ci étaient de 9,3 % en 1999). Les écarts qui subsistent s'expliquent par la sous-évaluation dans le fichier ADELI des pharmaciens adjoints et la surévaluation du nombre de titulaires d'officine. En effet, les remontées d'informations sur les départs à la retraite des titulaires d'officine ne se font que partiellement. En conséquence, les classes d'âges les plus élevées sont légèrement surreprésentées parmi les titulaires.

Pour analyser cet écart, la confrontation entre les fichiers a été conduite à un niveau plus fin. Pour les modes d'exercice (notamment titulaires d'officine, pharmaciens qui travaillent dans l'industrie ou la distribution, adjoints et remplaçants en officine), la répartition des pharmaciens par grand secteur d'activité s'avère assez proche entre les deux sources, les titulaires d'officine représentant la plus grande partie des effectifs (autour de 75 % dans les deux fichiers).

La comparaison montre en revanche que les disparités entre les deux fichiers sont très inégalement réparties selon les régions ou les départements. Le tome 4 fournit un diagnostic de la répartition des pharmaciens d'officine au niveau cantonal, pour chaque région.

■ **LA CROISSANCE DES EFFECTIFS DES SAGES-FEMMES DANS LA PÉRIODE RÉCENTE PROFITE PLUS AU SECTEUR LIBÉRAL QU'AU SECTEUR HOSPITALIER PUBLIC**

Trois sources de données existent sur la profession de sage-femme : le répertoire ADELI (DREES), le fichier du Conseil national de l'ordre des sages-femmes (CNOSF) et le SNIR (CNAMTS, uniquement professions libérales).

Au 1^{er} janvier 2004, le répertoire ADELI affiche 16 134 sages-femmes en France métropolitaine. Au 31 décembre 2003, le CNOSF recense 16 054 sages-femmes. La comparaison entre les sources ADELI et celles du Conseil de l'ordre des sages-femmes a été menée dans le cadre du groupe de travail de l'Observatoire consacré aux sages-femmes. Cet examen montre que les chiffres portant sur les effectifs globaux sont très proches, mais que des différences se manifestent principalement aux âges d'inscription et de désinscription, car dans les deux cas la démarche est plus rapide ou plus systématique à l'Ordre.

La profession a commencé à vieillir depuis la fin des années 1980, en raison de la légère baisse du nombre de diplômées. L'évolution des âges est liée notamment à celle des quotas, ou plus récemment du numerus clausus, et à la durée de la formation, qui est passée à quatre années en 1984.

L'âge moyen des sages-femmes est de 41,2 ans en 2003. Selon les données du CNOSF, il varie selon les secteurs d'activité, il est de 47 ans en PMI et de respectivement 39 ans et 40 ans pour les salariés du secteur public et du secteur privé.

Un des faits importants mis en évidence par le groupe de travail est la modification de la répartition des effectifs qui s'effectue en faveur du secteur libéral sans compenser toutefois la fuite des effectifs du secteur hospitalier public. Entre 2001 et 2003, selon les données du CNOSF, le secteur public hospitalier a perdu 972 sages-femmes, alors que les effectifs des sages-femmes libérales et salariées privées n'ont progressé que de 156 et de 172. Cela pose la question du devenir de près de 600 sages-femmes.

■ **LES EFFECTIFS INFIRMIERS SONT EN CROISSANCE RÉGULIÈRE MAIS LES SPÉCIALISATIONS ET LES LIEUX D'EXERCICE SONT INSUFFISAMMENT REPÉRÉS**

Un important travail de confrontation des différents fichiers a été conduit par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). Les résultats permettent d'établir un recensement, dont les résultats synthétiques sont présentés dans ce rapport (*cf.* contribution 4 de ce tome) et dans une version plus détaillée sur le site de l'Observatoire. Au total, huit fichiers ont été rapprochés : deux fichiers à vocation généraliste (le recensement de la population et l'enquête emploi de l'INSEE) ; le répertoire ADELI de la DREES ; deux fichiers sur les établissements (enquête SAE de la DREES et enquête SPE de la DHOS) ; les données de la CNAMTS ; les données de la CAR-

PIMKO⁹ et la statistique des personnels et des activités des services sanitaires et sociaux départementaux. Sur la base des travaux de comparaison engagés, un premier redressement a été proposé et permet d'aboutir aux résultats présentés dans le tableau ci-après¹⁰ :

TABEAU 3

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS INFIRMIERS

	1999		2000		2001		2002		2003	
	Effectifs bruts ADELI	Effectifs redressés	Effectifs bruts ADELI	Effectifs redressés	Effectifs bruts ADELI	Effectifs redressés	Effectifs bruts ADELI	Effectifs redressés	Effectifs bruts ADELI	Effectifs redressés
Libéraux (activité principale)	54 750	51 226	57 023	53 386	57 493	54 254	58 590	54 267	59 456	54 014
Hospitaliers	271 608	271 608	278 496	278 496	289 768	289 768	299 013	299 013	309 981	309 081
Salariés non hospitaliers	40 758	82 698	47 407	83 617	50 245	84 535	53 256	85 454	54 894	86 372
Total	367 126	405 532	382 926	415 499	397 506	428 557	410 859	438 734	423 431	449 467

SOURCE : DHOS, données au 1^{er} janvier.

CHAMP : France métropolitaine.

D'après ces données, le rythme d'évolution des effectifs infirmiers est en moyenne entre 1999 et 2003 de 2,6% par an, le secteur hospitalier enregistrant la progression la plus importante de ses effectifs avec plus de 3% par an, soit 14% en quatre ans.

Selon les projections établies par la DREES, les départs importants des infirmiers seraient plus que compensés par les flux d'entrée, si l'on maintient le quota de formation actuel (30 000) et si les comportements actuels de sortie d'activités se poursuivent (*cf.* tome 3 du rapport).

Le recensement spécifique des infirmiers ayant une spécialisation est aujourd'hui mieux connu dans le secteur sanitaire public. Le répertoire ADELI, qui en dénombre 8%, les sous-évalue certainement du fait d'une insuffisante déclaration des professionnels. En effet, à l'exception des puéricultrices, les spécialisations peuvent s'effectuer après une expérience professionnelle, et certains infirmiers restent inscrits dans leur activité passée. Les statistiques de la DHOS pour les établissements publics de santé donnent les éléments suivants mesurés au 31 décembre 2001: 3,5% d'IADE, 3,3% de puéricultrices, 2,5% d'IBODE.

Les pics de départ à la retraite sont en 2011 et 2012, pour les infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE) et pour les infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (IBODE), ces pics sont à partir de 2014.

■ ■ Les inégalités dans la répartition des professions de santé sur le territoire

9. La CARPIMKO est l'une des onze sections professionnelles de l'organisation autonome d'assurance-vieillesse des professions libérales, doivent s'y affilier les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes, exerçant à titre libéral.

10. Le principe du redressement d'ADELI sur les effectifs infirmiers a consisté à caler les effectifs des libéraux recensés dans ADELI sur ceux de la CNAMTS, à ne pas redresser les effectifs totaux des infirmiers hospitaliers et à redresser ceux des infirmiers salariés non hospitaliers à partir de l'enquête emploi. Cette démarche aboutit à augmenter les effectifs globaux, notamment du fait d'un fort redressement sur les effectifs d'infirmiers salariés non hospitaliers.

national ne sont pas compensées par les nouvelles installations

Les professions de santé sont réparties de façon inégale sur le territoire. Ces différences de densité ne peuvent être justifiées par les différences entre les populations visées, comme le souligne encore le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie¹¹. Les travaux de l'Observatoire conduisent par ailleurs à souligner que ces inégalités de densité pour les médecins ne sont pas compensées par les nouvelles installations, bien au contraire.

■ LES DISPARITÉS RÉGIONALES DE DENSITÉ SE RETROUVENT POUR TOUTES LES PROFESSIONS DE SANTÉ

Dans le cadre des travaux conduits au sein du groupe de travail, plusieurs éléments doivent être soulignés sur le point déjà fort documenté des disparités régionales de densité pour toutes les professions de santé.

Tout d'abord, l'ampleur des inégalités territoriales n'est pas identique pour toutes les professions. Parmi les cinq professions de santé les plus représentées numériquement, les infirmières, les médecins, les pharmaciens, les masseurs-kinésithérapeutes et les dentistes, les écarts de densité les plus élevés concernent les médecins spécialistes et les masseurs-kinésithérapeutes¹². Pour les médecins spécialistes, deux régions se situent très nettement au-dessus de la moyenne : l'Île-de-France et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Un autre groupe de régions, le plus souvent méridionales, est légèrement au-dessus de la moyenne nationale (Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et Alsace). Toutes les autres régions ont une densité inférieure à la moyenne française, qui est de 173 spécialistes pour 100 000 habitants. En Picardie, la densité de spécialistes, de 113 pour 100 000 habitants, est inférieure de 34,7 % à la moyenne nationale. Les écarts pour les infirmiers sont supérieurs à ceux observés pour les médecins et ils ont tendance à s'accroître dans le temps. En 1990, l'amplitude des écarts entre régions extrêmes était de 1 à 1,5 en 2001, il est aujourd'hui de 1 à 1,9, les disparités étant encore plus marquées pour les infirmiers libéraux¹³. En revanche, pour les pharmaciens, les écarts de densité sont plus faibles. Ainsi, pour les pharmaciens, la densité régionale la plus forte (Limousin) est supérieure de 26,6 % à la moyenne nationale et la densité la plus faible inférieure de 15,6 % à la moyenne nationale (Lorraine).

Si l'on considère les cinq professions de santé évoquées précédemment, on retrouve un classement assez comparable des régions, même si certaines régions se retrouvent dans une situation atypique pour l'une ou l'autre des professions. La Picardie est la région qui enregistre parmi les plus faibles densités pour l'ensemble des cinq professions, la région Champagne-Ardenne, la Haute et la Basse-Normandie faisant également partie des régions très faiblement pourvues. À l'inverse, l'Île-de-France et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur font presque systématiquement partie des régions les mieux pourvues. L'héliotropisme des professions de santé se retrouve presque identiquement pour les cinq professions ici retenues, de sorte que les écarts de densité affectent l'ensemble de l'offre de soins. Il faut signaler le cas particulier des infir-

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

12. Analyse des densités des 5 professions de santé les plus représentées numériquement au 01/01/2003 pour les médecins et au 01/01/2004 pour les autres professions, source : ADEL.

13. Cf. *Rapport de l'Observatoire*, tome 3.

miers, dont la densité en Île-de-France est significativement plus faible que la densité moyenne de la France.

Les écarts de densité observés au 1^{er} janvier 2004 sont très proches de ceux analysés au tout début des années 2000. Ils confirment donc le constat selon lequel, après avoir diminué de façon significative entre 1985 et 1995, les disparités de densité régionales pour les différentes professions de santé apparaissent stables globalement depuis cette date.

Toutefois, comme l'ont montré plusieurs études, les inégalités de répartition géographique doivent être analysées à un niveau plus fin que la région. Cette question, qui est étudiée dans le tome 4 du rapport annuel de l'Observatoire fondé sur une approche cantonale, fait également l'objet d'une réflexion approfondie dans le cadre des comités régionaux de l'Observatoire.

■ LES RÉGIONS JUGÉES LES MOINS ATTRACTIVES PEINENT À RETENIR LES JEUNES MÉDECINS FORMÉS SUR PLACE

L'attribution d'un nombre de places au concours, par université et donc par région, ne conduit pas forcément à une répartition maîtrisée des médecins sur le territoire, car le pouvoir de rééquilibrage du *numerus clausus* est très variable d'une région à l'autre¹⁴. Cela provient notamment du fait qu'il n'existe pas encore en France de politique de régulation à l'installation opérationnelle pour le secteur libéral, comme cela a été institué dans d'autres pays¹⁵. Il en résulte que la capacité des régions à former des diplômés et leur capacité à les retenir ne sont pas toujours corrélées, comme le fait apparaître le tableau 4.

Il est habituel de considérer qu'il existe une relation entre chaque faculté de médecine – il y en a 43, dont 11 à Paris-Île-de-France – et une zone périphérique, au sein de laquelle les nouveaux diplômés s'installeraient préférentiellement. Cette relation existe; il suffit d'observer les cartes de densité médicale pour constater une densité de médecins supérieure à proximité de chaque faculté. Ce phénomène traduit sans doute aussi l'attrait de l'urbanisation et de l'ensemble des services offerts pour les nouveaux diplômés.

La relation entre le lieu de formation et le lieu d'installation doit également être analysée en prenant en compte d'autres évolutions survenues plus récemment. Ainsi, depuis le milieu des années 1980 et l'institution de l'internat comme voie unique de formation des futurs spécialistes, la réussite au concours et l'obtention d'un poste d'interne constituent, pour près de la moitié des candidats reçus, le motif d'un changement interrégional et donc d'une rupture avec la faculté d'origine¹⁶ (celle où ont été suivis les deux premiers cycles de formation).

Désormais, un interne sur deux effectue son internat de quatre ans, souvent prolongé par un clinicat de deux à quatre ans, à distance de sa région et dans une autre faculté. Cela affaiblit d'autant la notion de « faculté d'origine » comme déterminant principal du lieu d'installation. Et cet affaiblissement va encore s'accroître avec l'institution en 2004 de l'internat pour tous, au terme duquel, à partir de 2005, ce sera la totalité des futurs médecins, spécialistes ou généralistes, qui pourront effectuer leur troisième cycle dans une

14. BREUIL (P.), « Démographie médicale : intérêt et difficultés d'analyses à différents niveaux géographiques », *Cahier de sociologie et de démographie médicales*, XXXIII^e année, n° 2, p. 165-186, avril-juin 2003. NIÉL (X.), « Les facteurs qui influencent la démographie médicale au niveau régional », *Cahier de sociologie et de démographie médicales*, XXXI^e année, n° 2, p. 141-172, avril-juin 2001.

15. BOURGUEIL, DURR, ROCAMORA HOUZARD, « La régulation démographique de la profession médicale en Allemagne, en Belgique, aux États-Unis, au Québec et au Royaume-Uni », *Études et résultats*, n° 120, juin 2001, DREES.

16. CHABOT (J.-M.), « Concours d'internat : Résultats par facultés et commentaires », *Revue du praticien*, 1995, 45 : 2581-2582.

autre région que celle de leur faculté d'origine.

TABLEAU 4

**PROPORTION DE MÉDECINS EXERÇANT DANS LEUR RÉGION DE THÈSE AU 01-01- 2003
PARMI LES MÉDECINS DIPLÔMÉS ENTRE 1993 ET 2001**

Région de diplôme	Généralistes		Spécialistes	
	hommes	femmes	hommes	femmes
Alsace	72 %	74 %	64 %	66 %
Aquitaine	71 %	75 %	67 %	66 %
Auvergne	78 %	84 %	56 %	62 %
Basse-Normandie	83 %	78 %	57 %	51 %
Bourgogne	77 %	68 %	43 %	40 %
Bretagne	84 %	79 %	69 %	67 %
Centre	73 %	71 %	54 %	47 %
Champagne-Ardenne	76 %	71 %	53 %	49 %
Franche-Comté	76 %	73 %	50 %	50 %
Haute-Normandie	81 %	77 %	56 %	51 %
Île-de-France	56 %	71 %	51 %	74 %
Languedoc-Roussillon	73 %	69 %	71 %	64 %
Limousin	58 %	58 %	55 %	45 %
Lorraine	75 %	68 %	61 %	53 %
Midi-Pyrénées	77 %	78 %	71 %	72 %
Nord — Pas-de-Calais	82 %	75 %	63 %	61 %
Pays de la Loire	80 %	77 %	64 %	63 %
Picardie	74 %	74 %	49 %	46 %
Poitou-Charentes	81 %	73 %	53 %	46 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	88 %	86 %	85 %	87 %
Rhône-Alpes	80 %	80 %	78 %	78 %

SOURCE : répertoire ADEL de la DREES, données redressées au 01/01/2003.

CHAMP : France métropolitaine.

LECTURE : parmi les hommes généralistes diplômés en Alsace, 72 % d'entre eux y travaillent (et donc 28 % travaillent dans une autre région).

L'acuité de ce problème, dont se sont fait particulièrement l'écho certains comités régionaux, a justifié le lancement d'un recensement des flux de diplômés et des flux d'inscrits à l'Ordre des médecins, par spécialité. Il a été réalisé par chaque comité régional de l'Observatoire, avec le concours des facultés de médecine et du Conseil national de l'ordre des médecins, pour les années 2000, 2001, 2002 et 2003 et devra être poursuivi année par année. Dès à présent, on peut clairement constater que le bilan fait sur trois années 2001, 2002 et 2003 montre que, dans certaines régions (par exemple Île-de-France, PACA), le nombre de médecins spécialistes inscrits à l'Ordre est bien supérieur à celui des spécialistes ayant terminé leur formation dans ces mêmes régions. Une constatation inverse peut être observée pour d'autres régions, (par exemple la Haute-Normandie et la Picardie).

L'analyse des données recueillies fait en effet apparaître que certaines régions, dispo-

sant de capacités de formation importantes et qui connaissent donc de nombreuses sorties de diplômés, ne sont pas attractives à cette même hauteur pour l'installation dans ces spécialités¹⁷. La puissance de la relation entre faculté de formation et zone d'installation est particulièrement intéressante à observer dans les régions qui présentent déjà un risque de « pénurie médicale » à court et moyen terme, comme notamment la Picardie, le Centre, la Bourgogne, la région Champagne-Ardenne, la Basse-Normandie ou la Haute-Normandie.

Cette dernière région, qui comprend deux départements (Seine-Maritime et Eure) et une faculté de médecine à Rouen, a fait l'objet d'un travail mené par le comité régional de l'Observatoire en partenariat avec les conseils départementaux de l'Ordre des médecins. Il a permis de localiser géographiquement les lieux d'installation des nouveaux diplômés¹⁸. Il apparaît ainsi que moins de 49 % (69 sur 142) des médecins spécialistes diplômés à la faculté de médecine de Rouen en 2000 et 2001 se sont finalement installés au sein de la région. Pour ces deux mêmes années, la fuite est moins importante en ce qui concerne les médecins généralistes nouvellement diplômés, 66 % (68 sur 102) s'installant soit en Seine-Maritime soit dans l'Eure.

Finalement, ces données semblent indiquer une relation assez « distendue » entre la faculté d'étude de troisième cycle et la localisation de l'installation ultérieure, notamment pour une région signalée comme une de celles où le risque de pénurie est établi.

Cette relation distendue se retrouve pour des facultés pourtant implantées dans un autre contexte. Ainsi, une thèse réalisée en 2004 à la faculté Necker-Enfants malades¹⁹ montre que sur l'ensemble des étudiants diplômés en médecine générale entre 1992 et 2001 (soit 10 promotions successives) et exerçant la médecine générale en cabinet, près de 40 % exercent en milieu rural ou semi-rural – nécessairement à distance de Necker – et 60 % en milieu urbain.

Il peut être déduit de ces travaux que le choix d'une localisation d'installation dépend vraisemblablement d'un grand nombre de facteurs, parmi lesquels la proximité de la faculté d'origine ne constitue qu'un élément, dont l'importance est probablement variable.

Il ressort aussi qu'il est aujourd'hui difficile de reconstituer le parcours professionnel d'un étudiant dès lors qu'il a obtenu son diplôme et quitté sa faculté. Ce constat confirme l'intérêt d'un répertoire national fiabilisé, comme le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), permettant de suivre chaque médecin depuis son internat – où il commence à prescrire – jusqu'au terme de son exercice professionnel.

■ **LES DÉSÉQUILIBRES DANS L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIÈRE SONT MAL APPRÉHENDÉS PAR LES STATISTIQUES GLOBALES**

Paradoxalement, la connaissance du secteur libéral est aujourd'hui meilleure que celle du milieu hospitalier. Dans le secteur libéral, la nécessité pour le patient d'envoyer sa feuille de soins pour être remboursé par l'assurance-maladie garantit l'inscription du professionnel auprès de cette administration. Par ailleurs, l'information recueillie sur les actes pratiqués permet une connaissance fine de l'activité des professionnels de santé qui travaillent en secteur libéral.

En revanche, la connaissance des effectifs présents dans les établissements hospita-

17. Cf. les tableaux par région, contribution 5, de ce tome.

18. Ce travail a été limité aux diplômés de 2000 et 2001, trop peu de médecins diplômés en 2002 et 2003 étant encore installés.

19. MANGEY-LE CONTE (C.), *Devenir professionnel de 10 promotions de médecine générale thésées entre 1992 et 2001*. Thèse de médecine Paris V-Necker 2004.

liers reste imparfaite. Selon l'enquête statistique annuelle des établissements de santé (SAE), réalisée chaque année par la DREES et qui couvre l'ensemble des établissements publics et privés, les personnels médicaux des seuls établissements publics représentent, en 2002, 53 146 personnes, dont les statuts sont variés²⁰. Les systèmes d'information sont aujourd'hui davantage centrés sur le suivi des personnels statutaires, c'est-à-dire les personnels hospitalo-universitaires²¹ et les praticiens hospitaliers à temps plein et à mi-temps pour lesquels la DHOS remplit un rôle direct de gestion (cf. annexe sur les statuts hospitaliers). Les médecins hospitaliers sont mal caractérisés en partie du fait de la porosité entre les catégories²².

Or, face aux difficultés de recrutement, certains hôpitaux ont multiplié localement le recours à des professionnels de santé recrutés dans des conditions non statutaires. Plusieurs de ces statuts permettent des recrutements locaux qui ne sont pas recensés au niveau national, ni parfois même déclarés par les établissements auprès de la DRASS ou de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH). De ce fait, les médecins « non statutaires » peuvent être recrutés dans un hôpital sans nécessairement que leur présence dans cet hôpital soit recensée au niveau régional et *a fortiori* au niveau national.

Ce point est particulièrement important car le travail mené par les comités régionaux et lors des auditions conduit à souligner combien l'absence de données fiables dans ce domaine limite le diagnostic de l'offre de soins. En effet, outre l'impossibilité d'un recensement quantitatif, l'absence de données chiffrées sur le secteur hospitalier précisant les qualifications et les statuts des professionnels de santé qui exercent dans ce cadre rend très difficile une appréciation de la nature et de la pérennité de la prise en charge hospitalière des patients.



En conclusion, le secteur des professions de santé aura à connaître un vieillissement et un important renouvellement dans les dix années à venir, avec une partie des effectifs, principalement pour les médecins, qui ne sera pas compensée. Le suivi fin des modalités selon lesquelles s'opéreront les renouvellements apparaît comme une priorité. Leurs effets pourraient être très contrastés selon les professions, selon les structures d'exercice et selon les territoires. Il est nécessaire de mobiliser les systèmes d'information, en particulier au niveau régional, afin d'évaluer dès à présent les solutions à apporter pour maintenir une offre de soins satisfaisante.

Les auditions menées avec les médecins montrent

20. En ETP, les catégories les plus importantes sont les praticiens hospitaliers (31 510), puis les attachés (9 063), viennent ensuite les assistants (4 239), les autres salariés (3 260), les hospitalo-universitaires (3 012), puis les hospitaliers universitaires non titulaires (2 032), source SAE, chiffres provisoires.

21. Les effectifs des personnels hospitalo-universitaires représentent, au 1^{er} janvier 2003, 9 067 personnes, dont 5 518 sont titulaires (PU-PH, MCU-PH) et 3 549 sont temporaires (AHU, CCA). Source : ministère de l'Éducation nationale.

22. SCHWEYER (F.-X.), « Crises et mutations de la médecine hospitalière », *La Crise des professions de santé*, sous la direction de Kervasdoué, Dunod, 2003.

que les chiffres disponibles sur les effectifs reflètent imparfaitement l'exercice réel

L'analyse des effectifs des différentes professions de santé s'est effectuée par une confrontation entre les résultats issus des données statistiques aujourd'hui disponibles et les données dont disposent les professionnels sur les effectifs de leur spécialité et l'évolution de son activité, aussi bien d'un point de vue quantitatif que qualitatif. Concrètement, le travail a pris la forme d'auditions associant le conseil d'orientation de l'Observatoire, avec l'appui de la CNAMTS, et les représentants des spécialités médicales et chirurgicales et des professions (cf. encadré 2).

ENCADRÉ 2

LA MÉTHODE DE TRAVAIL PAR AUDITION AU SEIN DE L'OBSERVATOIRE

Vingt-huit auditions se sont tenues : des représentants des médecins généralistes, de quinze spécialités médicales, de dix spécialités chirurgicales, des chirurgiens-dentistes et des masseurs-kinésithérapeutes ont été entendus par l'Observatoire.

Parmi les professions, l'Observatoire a privilégié celles qui avaient produit des données sur la démographie, notamment sous forme de Livres blancs ou d'enquêtes spécifiques.

Six spécialités médicales (dermato-vénérologie ; endocrinologie, génétique médicale ; médecine interne ; médecine du travail ; rhumatologie) et trois spécialités chirurgicales (chirurgie maxillo-faciale ; chirurgie thoracique et cardiaque ; neuro-chirurgie) n'ont en revanche pu être auditionnées lors de cette première année de travaux de l'Observatoire. De même sept autres professions de santé n'ont été ni auditionnées ni étudiées de façon approfondie : les orthophonistes, les orthoptistes, les psychomotriciens, les pédicures-podologues, les ergothérapeutes, les audioprothésistes et les opticiens. Ces professions seront auditionnées dans la deuxième étape des travaux. L'organisation des auditions s'est déroulée selon le même schéma :

La composition du « groupe » de professionnels auditionnés a été à chaque fois décidée par le collège de la spécialité. Elle a visé à assurer une représentation la plus variée possible de la profession. À chacune des auditions, ont participé quatre à six professionnels, représentant des modes d'exercice variés (secteur libéral, secteur hospitalier : CHU, hôpitaux généraux...), des institutions diverses (dans tous les cas les collèges et les sociétés savantes, quelquefois des syndicats professionnels) et des origines géographiques différentes (région parisienne, agglomérations importantes ou plus petites...).

Du côté des institutions productrices de statistiques, étaient présents à chacune des auditions le bureau des professions de santé de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la Santé (DREES), le Conseil national de l'ordre des médecins, le service statistique de la Caisse nationale d'assurance-maladie (pour les données sur les libéraux) et la Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins du ministère de la Santé, pour la partie hospitalière (DHOS).

Sous l'autorité du président de l'Observatoire, les réunions elles-mêmes ont été l'occasion de présenter les données statistiques et d'évoquer les préoccupations propres à chaque spécialité, selon une grille d'entretien transmise à l'avance aux représentants des spécialités auditionnées.

Des comptes rendus détaillés de chacune de ces auditions ont été rédigés, en intégrant éventuellement des compléments des services statistiques. Ils sont publiés en ligne sur le site de l'Observatoire. Pour chaque spécialité, un résumé des auditions a été établi (cf. compte rendu des auditions). Ces comptes rendus comme ces résumés ont été validés par les représentants des spécialités auditionnés.

Les quinze spécialités médicales auditionnées sont les suivantes :

- anatomo-cyto-pathologistes
- anesthésistes-réanimateurs
- cardiologues
- hématologues
- hépato-gastro-entérologues
- néphrologues
- neurologues
- oncologues
- pédiatres
- pneumologues
- psychiatres
- spécialistes en médecine nucléaire
- spécialistes en médecine physique et de réadaptation
- spécialistes en radiodiagnostic et imagerie médicale
- spécialistes en santé publique.

Les dix spécialités chirurgicales auditionnées sont les suivantes :

- chirurgiens généraux
- chirurgiens digestifs
- chirurgiens infantiles
- chirurgiens orthopédistes
- chirurgiens vasculaires
- gynécologues-obstétriciens
- ophtalmologues
- oto-rhino-laryngologues
- spécialistes en chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
- urologues.

Les infirmiers et les sages-femmes ont été associés dans le cadre du groupe de travail qui leur était spécifiquement consacré. Le tome 3 du rapport annuel de l'Observatoire rend compte des travaux menés sur ces deux professions, ainsi que sur celle des manipulateurs d'électroradiologie médicale.

Le choix de cette méthode de travail était notamment justifié par le fait que la répartition par spécialité des effectifs de médecins et de chirurgiens pose d'importants problèmes de rapprochement statistique, qui avaient déjà été identifiés dans le cadre des travaux réalisés au sein du Conseil national de l'information statistique²³. Les rapprochements effectués dans le cadre de l'Observatoire comme ceux menés à l'initiative des institutions collectrices permettent de mieux comprendre d'où proviennent ces écarts. La constitution du RPPS, répertoire unique et partagé, prévoit une mise à jour qui doit permettre une plus grande cohérence et fiabilité du recensement²⁴. En effet, les échanges avec les professionnels auditionnés ont permis d'identifier que la difficulté de parvenir à un recensement fiable résulte souvent de la non-coïncidence, forte dans certaines spécialités, entre le diplôme obtenu et déclaré par le biais de la formation et l'exercice effectivement pratiqué. Les données issues des fichiers du ministère de la Santé et du Conseil national de l'ordre sont en effet issues de déclarations des professionnels, généralement faites sur la base de leur qualification initiale. Il n'existe en revanche aucune mise à jour régulière de ces déclarations, en particulier pour rendre compte des évolutions de l'exercice effectif des professionnels, qui peut pourtant s'éloigner de sa spécialité initiale²⁵.

Le fait que plusieurs démarches puissent être retenues pour compter les effectifs provient fondamentalement du fait qu'il coexiste deux modes d'approche institutionnelle du médecin. L'un est rattaché à la problématique de la formation, l'autre à la problématique de l'exercice (cf. encadré 3).

23. Rapport cité.

24. Outre le fait que ce répertoire sera alimenté à partir d'un seul guichet, toutes les informations feront l'objet d'une validation. Un numéro identifiant unique, attribué à chaque professionnel, permettra de suivre son parcours.

25. Ces problèmes se posent pour les généralistes et pour les médecins issus des anciens régimes (avant la réforme de l'internat en 1983). Les nouveaux régimes d'études médicales, le DES et le DESC, conduisent à un exercice quasi exclusif.

DISCIPLINES, FILIÈRES, SPÉCIALITÉS, COMPÉTENCES, QUALIFICATIONS MÉDICALES²⁶

Les réformes successives des études médicales entraînent parfois des difficultés d'interprétation des termes utilisés pour délimiter les champs respectifs de la formation et de l'exercice professionnel des médecins. Il convient de bien distinguer :

- d'une part ce qui est du domaine de l'organisation de l'enseignement et de la recherche universitaires, à savoir les *disciplines* et les *filières*,
- d'autre part ce qui concerne l'exercice professionnel, à savoir les *spécialités*, les *compétences* et la *qualification*.

■ *La « discipline » médicale*

La notion de « discipline » fait spécifiquement référence aux connaissances, à la recherche scientifique qui les enrichit et à l'enseignement qui les diffuse. La « discipline » correspond donc au thésaurus des connaissances d'un domaine défini. Quelques exemples de « disciplines » : l'anatomie, la physiologie, la pharmacologie, mais aussi la neurologie, la pédiatrie, l'urologie, etc.

■ *La « filière » de formation*

La notion de « filière » de formation est apparue en 1983 avec la réforme du 3^e cycle des études médicales instaurant l'internat qualifiant, en application des directives européennes. En effet, les textes régissant le 3^e cycle prévoient depuis cette réforme qu'après proclamation des résultats du concours d'internat mis en place en 1983, puis de l'examen classant national qui le remplace à partir de 2004, les étudiants doivent choisir, en fonction de leur rang de classement, la « filière » d'études spécialisées qu'ils vont suivre, chaque « filière » étant contingentée par décision conjointe des ministères chargés de la Santé et de l'Éducation nationale. L'objectif de ce contingentement est d'obtenir l'adéquation la plus appropriée entre le nombre d'étudiants formés, filière par filière, et les besoins du pays.

■ *La « spécialité »*

Avec le terme de « spécialité », on sort du strict domaine de l'enseignement et de la recherche, sans toutefois le quitter tout à fait, pour entrer dans celui de la pratique professionnelle.

Les études de 3^e cycle, désormais toutes spécialisées²⁷, correspondent en effet à la préparation de quatre types de diplômes nationaux : les diplômes d'études spécialisées (DES), les diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC) de groupe I ou II, les capacités de médecine. La possession d'un de ces diplômes constitue un prérequis obligatoire pour la présentation au concours de praticien hospitalier dans la « spécialité » correspondante.

■ *La « compétence »*

Un médecin diplômé dans le cadre du régime en vigueur avant la réforme de 1983 peut se faire reconnaître comme « médecin compétent qualifié » :

- soit parce qu'il possède un certificat d'études spéciales (ou les connaissances correspondantes appréciées par la Commission nationale de qualification concernée – voir chapitre suivant) pouvant conduire à l'attribution d'une qualification de spécialiste, mais ne souhaite pas exercer cette « spécialité » de façon exclusive. Par exemple un spécialiste de médecine interne peut être qualifié « compétent » en réanimation ou un chirurgien généraliste « compétent » en chirurgie orthopédique.

26. Cet encadré a été rédigé à partir d'une contribution de B. NEMITZ, doyen de la faculté d'Amiens, transmise à l'Observatoire.

27. La mise en place de l'examen classant national en 2004, obligatoire pour tous les étudiants en médecine accédant au 3^e cycle, et la transformation concomitante de la médecine générale en spécialité font qu'il n'y aura plus demain en France que des médecins spécialistes.

- soit parce qu'il possède un (ou plusieurs) certificat(s) d'études spéciales dans un (ou des) domaine(s) ne pouvant donner droit qu'à une « qualification de compétence » comme par exemple, à l'époque, l'allergologie ou la médecine appliquée aux sports.

■ La « qualification »

Depuis la réforme de 1983 tous les médecins exerçant en France reçoivent une « qualification » (et une seule) précisée sur un document annexé à leur diplôme de docteur en médecine et délivré après validation du 3^e cycle. Cette « qualification » est attribuée dans la « spécialité » correspondant au DES ou DESC du groupe II obtenu.

La « qualification de spécialiste » implique que le médecin qui en bénéficie exerce exclusivement la spécialité pour laquelle il est qualifié. C'est au moment de son inscription au tableau de l'Ordre des médecins que la « qualification » du médecin prend toute sa signification puisqu'il doit être inscrit au tableau correspondant à la « qualification » obtenue. Dans cette procédure, l'Ordre ne se prononce pas sur la validité de la « qualification » à prendre en considération mais prend simplement acte de celle qui a été décernée par l'Université.

■ ■ Les écarts d'effectifs les plus forts concernent des spécialités médicales et chirurgicales où qualification et mode d'exercice divergent

Lors des auditions, les trois sources statistiques principales ont été confrontées afin d'identifier les écarts de définition et de mise à jour existant entre les différentes sources de données, au nombre de 4 pour les libéraux et au nombre de 2 pour les salariés (cf. tableau 1 de la contribution 1 de ce tome) et de comprendre leur incidence sur les écarts d'effectifs constatés.

Les écarts d'effectifs constatés pour les spécialités en médecine entre le fichier ADELI et celui de l'Ordre des médecins procèdent en effet en grande partie des différences entre les champs retenus dans chacun des fichiers :

- l'Ordre ne définit comme spécialistes que les médecins qualifiés spécialistes²⁸. Cette définition réglementaire est plus restrictive que celle retenue dans ADELI qui comprend, outre les qualifiés spécialistes, les médecins ayant une formation hospitalière et universitaire (c'est-à-dire ayant réussi le concours national de praticien hospitalier) sans être « qualifiés spécialistes »²⁹. ADELI recense ainsi plus de 4 000 médecins dans ce cas, sans doute considérés comme généralistes dans les fichiers de l'Ordre. Pour six spécialités, les praticiens hospitaliers représentent plus de 10 % des spécialistes recensés dans ADELI, et même plus d'un quart pour l'hématologie ;
- le traitement des compétents exclusifs diffère également entre l'Ordre et ADELI. ADELI suit la réglementation en vigueur pour l'assurance-maladie³⁰ et considère ainsi comme spécialistes

28. Plus précisément, sont qualifiés spécialistes : les médecins issus du nouveau régime des études médicales et titulaires d'un diplôme d'études spécialisé (DES) ou d'un DESC qualifiant ; parmi les médecins issus de l'ancien régime : les titulaires d'un certificat d'études spécialisées, les internes de CHU qui ont obtenu le CES par équivalence, ou les médecins ayant demandé et obtenu la reconnaissance de leur qualification auprès de l'Ordre.

29. Jusqu'en 1999 (sauf pour la psychiatrie), des places à ces concours (concours dits « de type IV ») étaient en effet ouvertes chaque année à des médecins ne disposant pas de la qualification de spécialiste.

30. « 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'ADELI.

les médecins ayant des compétences exclusives en gynécologie médicale, gynécologie-obstétrique, ou chirurgie urologique. Ces médecins, lorsqu'ils exercent en libéral, cotent leurs actes comme des spécialistes et ces actes sont remboursés aux patients comme tels par l'assurance-maladie. Mais n'étant pas « qualifiés spécialistes », ces médecins sont recensés à l'Ordre en tant que généralistes à exercice particulier³¹. Plus de 3 400 médecins sont dans ce cas.

TABEAU 5

LES CHAMPS RETENUS. ADELI-ORDRE DES MÉDECINS

	Ordre des médecins	ADELI
Médecins « qualifiés spécialistes »	Spécialistes	Spécialistes
Médecins « compétents qualifiés » « non qualifiés spécialistes »	Généralistes	Généralistes
Praticiens hospitaliers « non qualifiés spécialistes »	Généralistes	Spécialistes
Médecins « compétents exclusifs »	Généralistes à exercice particulier	Spécialistes

LECTURE : les praticiens hospitaliers « non qualifiés spécialistes » sont enregistrés comme généralistes dans les fichiers de l'Ordre, et comme spécialistes dans ADELI.

Le travail de l'Observatoire sur les spécialités médicales et chirurgicales a consisté à commenter ces sources statistiques avec les représentants des spécialités et à confronter ces données avec celles que ces derniers ont parfois constituées, à partir d'une approche différente (cf. comptes rendus exhaustifs des auditions sur le site).

Les réflexions engagées par les spécialistes partent plutôt de l'exercice de la spécialité, intégrant tous les médecins qui l'exercent y compris lorsqu'ils n'ont pas la qualification ordinale. Les données recueillies sur certaines des spécialités auditionnées sont obtenues à partir de plusieurs sources : recensements exhaustifs effectués par le biais des coordinateurs des collègues, enquêtes ad hoc conduites avec l'appui d'instituts extérieurs, évaluation des effectifs à partir d'indicateurs, comme le nombre d'adhérents aux sociétés savantes ou le nombre de participants à des congrès médicaux.

Les observations suivantes peuvent être formulées à l'issue de ces confrontations³² :

Pour huit spécialités médicales sur les quinze reçues, on peut considérer que les écarts entre les sources sont faibles : anatomo-pathologie, cardiologie, hépato-gastro-entérologie, médecine physique et de réadaptation, neurologie, pédiatrie, pneumologie, radiologie.

Pour les huit autres spécialités, trois catégories d'explications des écarts constatés entre les sources doivent être distinguées.

Une première explication des écarts, qui les concerne toutes, provient du fait qu'un certain nombre de praticiens hospitaliers ont été reçus au concours dans cette discipline sans avoir été qualifiés dans cette spécialité. Ces praticiens sont recensés dans le fichier ADELI dans la spécialité dans laquelle ils exercent comme praticien hospitalier et sont recensés par l'Ordre dans leur qualification d'origine. Dans deux spécialités, cette source d'écart a un fort impact, l'anesthésie-réanimation (avec plus de 650 praticiens dans cette situation recensés par ADELI) et la psychiatrie (avec plus de 680 praticiens dans ce cas).

31. Ce mode de classement a été adopté pour les médecins compétents en gynécologie et obstétrique à partir de 2001. Jusqu'en 2000, l'Ordre les recensait parmi les spécialistes en gynécologie-obstétrique.

32. Cf. Compte rendu des auditions, tableau récapitulatif pour l'ensemble des professions auditionnées.

Cette situation s'explique pour l'anesthésie-réanimation, dans le cadre de l'ancien régime des études de médecine, par l'importance des médecins ayant un CES – n'ouvrant pas nécessairement à la reconnaissance au titre de la spécialité par le Conseil de l'ordre. Dans le cas de la psychiatrie, l'existence d'une dérogation renouvelée annuellement par le ministère de la Santé permet encore aujourd'hui de recruter des praticiens hospitaliers n'ayant pas la qualification dans cette spécialité. Cela contribue à expliquer le grand nombre de praticiens dans cette situation.

Pour d'autres spécialités, les écarts ne sont pas tant entre les différents fichiers des institutions qu'entre ces fichiers et les données des professionnels. En effet, les professionnels privilégient une approche par l'activité et intègrent dans leurs effectifs les médecins qui exercent dans cette spécialité. La prise en compte de ces médecins conduit à redresser à la hausse les effectifs de quatre spécialités :

- les hématologues, où les spécialistes au sens strict sont environ 200 mais pour lesquels les effectifs sont estimés à environ 500. La spécialité étant très jeune, la majorité des médecins exerçant dans cette discipline sont des médecins ayant une compétence en hématologie ;
- les néphrologues, qui sont environ 1000 spécialistes et dont le nombre de médecins exerçant la néphrologie est évalué à environ 1300. Le décalage s'explique notamment par le fait qu'un nombre important de médecins généralistes se sont progressivement spécialisés dans une pratique de dialyse, et n'ont pas nécessairement sollicité ou obtenu auprès des commissions de qualification siégeant au Conseil de l'ordre la reconnaissance de leur spécialité³³ ;
- les oncologues, qui sont estimés à 1100 spécialistes d'après les fichiers. Les médecins ayant une compétence en oncologie sont très nombreux (plus de 1800 dans ADELI ; 2400 dans les fichiers de l'Ordre) mais il est très difficile d'estimer combien exercent effectivement l'oncologie ; l'effectif de médecins exerçant à titre principal l'oncologie est donc certainement supérieur aux 1100 spécialistes recensés, mais sans que l'on puisse donner d'évaluation précise ;
- les spécialistes en médecine nucléaire, qui seraient environ 520 à exercer cette spécialité, alors que les deux sources comptabilisent environ 400 spécialistes au sens strict.

Un troisième cas de figure doit être mentionné, celui de la santé publique. Dans cette spécialité, l'écart entre la qualification et l'exercice réel est très élevé et explique probablement largement l'origine des écarts (ADELI recense environ 950 spécialistes au sens strict, contre plus de 1400 pour l'Ordre). L'une des hypothèses formulées par les professionnels auditionnés est que, fréquemment, la santé publique est exercée comme seconde carrière par des médecins. De ce fait, ces derniers peuvent avoir signalé leur changement d'exercice auprès de l'Ordre, mais ne pas avoir effectué cette démarche auprès de la DDASS, qui continuerait donc à les comptabiliser dans leur ancienne spécialité.

Ainsi, par spécialité, la plupart des écarts trouvent une explication. Il est toutefois difficile de tirer des conclusions quantifiées totalement fiables, notamment parce que les médecins qui ne sont pas comptabilisés dans leur spécialité d'exercice (que ce soit des médecins ayant une compétence en hématologie ou en oncologie, ou des médecins de santé publique) sont comptabilisés ailleurs, sans que l'on sache exactement où (médecine générale, autres spécialités...). On peut toutefois émettre l'hypothèse que, globalement, les fichiers tendent plutôt à sous-estimer les effectifs de médecins de certaines spécialités et à les surestimer pour la médecine générale.

33. Les membres siégeant dans ces commissions sont nommés par le ministre.

Ces confrontations confirment aussi l'importance que revêt dans la démarche de diagnostic démographique la prise en compte des écarts entre la qualification obtenue, la qualification déclarée et l'activité exercée. La situation des omnipraticiens qui est évoquée maintenant est, de ce point de vue, très illustrative.

■ ■ Une partie importante des omnipraticiens recensés ont un exercice autre que la médecine générale

Les effectifs globaux des omnipraticiens sont relativement bien identifiés, puisque les différences de chiffres entre le fichier ADELI et celui de l'Ordre, s'expliquent par les différences de concepts et de définition des champs considérés :

- le fichier ADELI considère comme spécialistes les médecins qui ont été reçus au concours de praticien hospitalier dans une discipline correspondant à une spécialité sans en avoir la qualification, alors que l'Ordre les classe parmi les omnipraticiens (environ 4 000 médecins dans ce cas, principalement en psychiatrie et en anesthésie-réanimation, comme cela a été vu plus haut) ;
- le fichier ADELI classe les médecins ayant une compétence exclusive en gynécologie et en urologie parmi les spécialistes, car ils relèvent d'une tarification de spécialiste pour l'assurance-maladie, alors que l'Ordre les classe parmi les omnipraticiens.

Pour les praticiens exerçant spécifiquement dans le secteur libéral, les écarts constatés entre les données globales issues d'ADELI et celles de la CNAMTS (respectivement, pour la France métropolitaine 63 163 et 60 976, hors remplaçants) trouvent également des explications.

Mais l'audition a permis d'établir que le problème posé est, au-delà du chiffrage, celui de l'identification de la part des omnipraticiens qui exercent la médecine générale. Les données ADELI font apparaître que sur les 100 000 omnipraticiens recensés dans ce fichier, seulement 77 844 déclarent un mode d'exercice en médecine générale (hors acupuncture et homéopathie)³⁴. Pour le secteur libéral, les données de la CNAMTS permettent également de repérer que seulement 54 405 médecins sur les 60 976 identifiés ne sont pas des médecins à exercice particulier (MEP) ou à orientation complémentaire.

Les données de la CNAMTS, qui sont renseignées à partir des informations sur la cotation des actes figurant sur la feuille de soins, fournissent une bonne photographie des médecins exerçant la médecine générale. Mais ces données, qui n'intègrent pas les remplaçants, peuvent également sous-estimer la part des médecins ayant une autre activité à côté de l'exercice libéral, ainsi que celle des médecins ayant un exercice spécialisé mais qui, n'étant pas qualifiés, continuent à coter des actes de consultation classique, ou encore ceux pour lesquels les patients ne présentent pas de demande de remboursement.

Les auditions conduites avec les médecins généralistes comme avec les différentes spécialités médicales laissent penser que le vivier des omnipraticiens libéraux exerçant la médecine générale est plus faible que ce qu'il n'y paraît. Plusieurs éléments contribuent en effet à une réorientation des médecins exerçant la médecine générale :

- dans certaines spécialités, les professionnels considèrent qu'une partie des praticiens est constituée de médecins généralistes ayant acquis des connaissances dans la spécialité,

34. Médecins généralistes selon les compétences qu'ils détiennent et leur mode d'exercice. Source ADELI, France entière, cité dans le compte rendu de l'audition.

sans avoir acquis la compétence au sens ordinal. En particulier, pour la néphrologie, l'oncologie, l'hématologie, les écarts de chiffres avec les données des professionnels sont pour partie expliqués par un effectif relativement significatif de médecins dans cette situation ;

- les passerelles universitaires (DU, DIU, capacités, DESC de type I), qui permettent d'aller de la médecine générale vers l'exercice d'une médecine plus spécialisée, se sont développées. À titre d'exemple, en médecine physique et de réadaptation, vient de se créer un DIU qui doit permettre à des médecins généralistes d'exercer dans la spécialité sous certaines conditions. Avec la mise en place de la réforme des études médicales de 3^e cycle, qui aligne la formation en médecine générale avec celle des autres spécialités, le risque de voir des étudiants choisir une spécialisation au travers d'un DESC dès la fin de leur cursus apparaît important ;
- les passerelles hospitalières existent également. Elles sont possibles dans le domaine de la psychiatrie, où les dérogations annuelles autorisent des médecins non qualifiés dans la spécialité à se présenter au concours. Elles sont également possibles vers des exercices en plein développement, en particulier la médecine d'urgence dans les hôpitaux et la gériatrie dans les hôpitaux ou dans des établissements pour personnes âgées. Les médecins généralistes ayant acquis une capacité dans ces domaines représentent des effectifs en forte progression, comme en témoigne notamment l'importance des recrutements de praticiens hospitaliers en médecine d'urgence.
- l'exercice de la médecine du travail ou de la médecine en santé publique représente souvent une possibilité de seconde carrière pour des médecins généralistes.

Ces passages de la médecine générale vers d'autres exercices préoccupent les médecins généralistes qui se sont exprimés lors de leur audition à l'Observatoire.

Pour expliquer l'importance de ces transferts vers d'autres exercices que celui de la médecine générale, ils mettent en avant deux éléments : le premier concerne le manque d'attractivité grandissant de cette activité pour les jeunes du fait des conditions de travail et d'horaires ; le second se rapporte au manque de perspectives et à l'absence de possibilités organisées d'évolution dans la carrière. Ces éléments peuvent contribuer à expliquer le choix d'un certain nombre de médecins généralistes de se diriger vers d'autres formes d'exercice que la médecine générale, afin justement d'évoluer dans leur pratique. La définition de la médecine générale comme spécialité qui vient d'intervenir ouvre sur ce point des possibilités, elle laisse toutefois ouverte la question de la couverture des besoins de soins auxquels répondent ces praticiens. Cette question se pose avec encore plus d'acuité si l'on tient compte des attentes à leur égard que manifestent un grand nombre de spécialistes. En effet, de nombreux transferts d'activité et de soins sont envisagés en direction des médecins généralistes, soit au titre des missions de soins de santé publique (prévention, dépistage, suivi des pathologies chroniques...), soit au titre d'une recombinaison souhaitable des compétences. La question de l'existence du vivier de généralistes qui rendrait possibles ces évolutions et celle de leur impact sur la médecine de proximité, dont le maintien est par ailleurs déclaré prioritaire, apparaissent urgentes à examiner.

Ces évolutions de carrière sont déjà à l'œuvre et appelées sans doute à se développer. Mis à part le départ à la retraite, des cessations sont constatées, tout au long de la carrière, pour les omnipraticiens, et pour un médecin sur cinq, selon les résultats d'une étude du CREDES, la durée de carrière libérale en tant que généraliste ne dépasse pas dix-huit ans³⁵. L'absence de

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

suivi de ces évolutions ne permet donc guère, *in fine*, de se prononcer sur leur importance et sur la nature des risques éventuels qu'ils peuvent faire peser sur les évolutions de la médecine de premier recours.

■ ■ Pour les chirurgiens, la répartition par spécialité reste imprécise

La comptabilisation des effectifs des spécialités chirurgicales rencontre plus de difficultés encore que pour les spécialités médicales, notamment du fait des modifications successives de la réglementation qui sont intervenues dans le régime de formation des chirurgiens.

Parmi les dix spécialités chirurgicales reçues dans le cadre de l'Observatoire, seules deux ne posent pas de difficultés majeures pour ce qui est du recensement de leurs effectifs : l'ophtalmologie et l'oto-rhino-laryngologie.

Les écarts constatés pour la gynécologie-obstétrique proviennent du fait évoqué précédemment : l'Ordre et ADELI se réfèrent à des réglementations différentes pour définir leur champ de recensement.

Pour toutes les autres spécialités, la pratique de l'exercice a contribué à brouiller les frontières entre chirurgie générale et spécialités chirurgicales. Le cas de la chirurgie digestive est emblématique de ces difficultés. En effet, la qualification des médecins exerçant la chirurgie générale et digestive a varié en fonction du régime des études médicales sous lequel ils ont obtenu leur diplôme : qualification en chirurgie générale jusqu'en 1983, en chirurgie viscérale de 1984 à 1991 et en chirurgie viscérale et digestive à partir de 1992. Selon la date d'obtention du diplôme, les médecins qui exercent la chirurgie générale et digestive sont donc classés dans les deux sources soit parmi les chirurgiens généraux, soit en tant que chirurgiens viscéraux et digestifs.

Plus généralement, l'ancien régime des études médicales conduit à classer en « chirurgie générale » beaucoup de praticiens qui exercent en réalité une chirurgie spécialisée. L'urologie est caractéristique de cette situation : alors que 400 à 500 spécialistes sont recensés (selon les fichiers de l'Ordre et les fichiers ADELI), les professionnels estiment qu'il y a environ 1 000 chirurgiens qui exercent en urologie, principalement par la voie d'une compétence en urologie. L'orthopédie et la chirurgie vasculaire ont des problèmes de chiffrage comparables, même s'ils sont d'une ampleur moindre³⁶.

Le régime des gardes contribue en outre à maintenir une certaine opacité. En effet, un chirurgien peut avoir une activité spécialisée (chirurgie infantile, chirurgie vasculaire) mais être sollicité pour des gardes sur une palette d'interventions plus large. Cela explique dans un certain nombre de cas le maintien des chirurgiens dans la catégorie de la chirurgie générale plutôt qu'une déclaration dans la spécialité de leur exercice. Cette difficulté a été signalée à plusieurs reprises dans les auditions conduites avec les chirurgiens.



36. Il n'y a pas de compétence en chirurgie vasculaire, mais nombre de chirurgiens généraux ont une pratique d'exercice partiel en chirurgie vasculaire, sans abandonner la chirurgie générale, pour des motifs de garde ou de clientèle bien souvent.

En conclusion, les problèmes de comptabilisation des effectifs concernent surtout les spécialités médicales et chirurgicales où exercice et qualification initiale divergent.

Les évolutions de carrière, les changements d'exercice ne sont pas systématiquement déclarés et donc enregistrés, de telle sorte que les fichiers rendent imparfaitement compte de la réalité de l'offre de soins. Le fait qu'une partie importante des omnipraticiens recensés a un exercice autre que la médecine générale doit être particulièrement souligné. La mise à jour des évolutions qui interviennent dans les carrières constitue un point crucial pour l'amélioration de l'information démographique. La mise en place d'un répertoire partagé des professions de santé (RPPS) devrait contribuer à cet objectif.



es éléments à prendre en compte pour affiner le diagnostic démographique

Le constat de la progression ou du maintien des effectifs en activité doit être nuancé par la prise en compte de l'évolution des flux de formation, très contrastée selon les différentes professions de santé

La fixation de quotas ou de *numerus clausus*¹ pour une profession de santé est une question par définition conflictuelle. Elle met en effet en cause des intérêts largement contradictoires, entre volonté de maîtrise des dépenses de santé, souhait des professionnels de maintenir leurs revenus et appréciation de l'adéquation entre le nombre de professionnels et les besoins de santé de la population. Les évolutions du *numerus clausus* des médecins illustrent comment ces contradictions ont abouti à de fortes variations des effectifs formés. Ces variations sont sources de tensions d'autant plus importantes que les jeunes étudiants en médecine, à travers l'internat, constituent également une ressource importante pour le fonctionnement des services hospitaliers. De surcroît, les modalités de régulation des postes d'internes ont abouti à renforcer la concurrence entre spécialités, contribuant à des baisses d'effectifs fondées sur les choix des étudiants plus que sur une évaluation des besoins à venir de professionnels.

Plusieurs incertitudes brouillent l'information sur les flux de formation. D'une part, la pertinence, pour la prévision, des outils nationaux de quotas ou de *numerus clausus* peut être mise à mal par le cadre juridique qui permet la validation des diplômes acquis au niveau européen (cf. l'exemple des masseurs-kinésithérapeutes évoqué plus loin). L'intégration de cette donnée se posera dès l'année prochaine pour les médecins². D'autre part, le délai qui sépare la date du début et de la fin de la formation dans une spécialité donnée peut subir des variations par rapport au délai théorique de quatre ou cinq ans. Dans les faits, la période de formation est plus longue. Les résultats d'une enquête, menée à l'initiative de l'Observatoire en décembre 2003 auprès des facultés de médecine, corroborent ce constat³. On s'aperçoit qu'en anesthésie-réanimation, seulement 69 % des internes ont terminé leur cursus, ce qui

1. Ces deux termes, consacrés par l'usage, ne relèvent pas de la terminologie juridique. Ils font tous les deux références à une limitation du nombre d'entrées dans un cursus de formation, soit dès la première année du premier cycle de formation (quota), soit à l'issue de la première année pour l'entrée en deuxième année (*numerus clausus*). Est ainsi publié annuellement, pour les médecins, un arrêté conjoint des ministres de la santé et de l'éducation, « fixant le nombre d'étudiants de première année du premier cycle d'études médicales autorisés à poursuivre leurs études en médecine ».

2. Cf. titre III n° 2004-67 du décret du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.

3. Cette enquête concerne les DES d'anesthésie-réanimation, de pédiatrie et de psychiatrie.

démontre que le délai de formation est supérieur aux quatre ans pour 31 % de la cohorte d'étudiants.

■ ■ Les quotas de formation ont augmenté avec une ampleur inégale selon les professions de santé

TABLEAU 6

ÉVOLUTION DES QUOTAS POUR 5 PROFESSIONS

	Sages-femmes	Infirmiers	Masseurs-kinésithérapeutes	Orthophonistes	Psychomotriciens
1990	629	14 576	1 466	595	290
1991	629	15 141	1 466	565	290
1992	668	18 608	1 466	495	290
1993	668	18 744	1 466	475	296
1994	668	18 625	1 466	475	300
1995	668	18 466	1 466	475	300
1996	663	18 236	1 466	464	300
1997	663	16 236	1 466	458	300
1 998	663	17 236	1 419	451	304
1 999	729	18 436	1 369	461	304
2000	729	26 436	1 314	466	310
2001	759	26 436	1 336	516	332
2002*	900	26 436	1 406	526	332
2003	940	30 000	1 560	600	360
2004	975	30 000	1 655		

SOURCE: DGS.

* instauration en 2002 d'un numerus clausus pour les sages-femmes.

Les quotas de formation des cinq professions de santé qui fonctionnent selon ce système évoluent de façon très contrastée :

- les infirmiers ont des quotas de formation qui ont fortement progressé entre 1990 et 2003, malgré une légère baisse entre 1996 et 1999. En 2004, le quota de 30 000 infirmiers représente plus du double du quota de 1990, qui était de moins de 15 000 places ;
- le quota, puis le numerus clausus depuis 2002, des sages-femmes est lui aussi en augmentation régulière depuis 1999. On sait que, pour cette profession, le quota ne reflète pas le nombre de sages-femmes qui pourront exercer, en raison notamment d'un taux d'échec et d'abandon des études de l'ordre de 14 % ;
- les psychomotriciens ont un quota de formation en légère progression ;
- à l'inverse, les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes ont des quotas de formation qui apparaissent plus stables sur l'ensemble de la période.

S'agissant des masseurs-kinésithérapeutes, il existe une spécificité, qui a été évoquée comme posant un problème par les professionnels lors de leur audition. Elle résulte de l'importance du nombre des autorisations d'exercice délivrées à des praticiens diplômés d'écoles européennes, qui remet en cause l'effectivité des quotas appliqués en France. En effet, les 1500

nouveaux kinésithérapeutes formés chaque année en France sont rejoints sur le marché du travail par un nombre croissant de diplômés extérieurs (900 en 2002, 1 390 en 2003). Les 2/3 sont titulaires de diplômes obtenus en Belgique, pays où le quota n'est pas en vigueur pour la formation⁴.

TABLEAU 7

**NOMBRE D'AUTORISATIONS D'EXERCICE DE MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES
DÉLIVRÉES DE JANVIER À DÉCEMBRE 2003 PAR PAYS D'ORIGINE DE LA FORMATION**

Pays dans lequel le diplôme a été obtenu	Nombre d'autorisations d'exercice délivrées
Belgique*	1 028
Espagne	263
Allemagne	53
Grande-Bretagne	18
Pays-Bas	10
Suisse	7
Autres (Danemark, Italie, Norvège, Autriche)	11
TOTAL	1 390

SOURCE : DHOS.

* Ce sont en grande majorité des étudiants français qui obtiennent leur diplôme en Belgique.

4. DARRINÉ (S.), « Les masseurs-kinésithérapeutes en France. Situation en 2002 et projections à l'horizon 2020 », *Études et résultats*, n° 242, juin 2003, DREES, ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité et *Documents de travail, série Études* n° 34, septembre 2003.

■ ■ Le numerus clausus des médecins a connu des variations plus fortes que celui des autres professions de santé

Le numerus clausus a été instauré en 1971 pour les médecins et les odontologistes, et en 1980 pour les pharmaciens.

TABLEAU 8 – ÉVOLUTION DU NUMERUS CLAUSUS

	Médecins	Odontologistes	Pharmaciens
1971-1972	8 588	1 938	
1972-1973	8 571	1 938	
1973-1974	8 564	1 903	
1974-1975	8 607	1 863	
1975-1976	8 669	1 882	
1976-1977	8 671	1 871	
1977-1978	8 281	1 856	
1978-1979	7 913	1 765	
1979-1980	7 121	1 591	
1980-1981	6 409	1 432	2 800
1981-1982	6 409	1 432	2 800
1982-1983	5 900	1 317	2 800
1983-1984	5 000	1 159	2 500
1984-1985	4 754	1 020	2 500
1985-1986	4 754	1 020	2 250
1986-1987	4 460	950	2 250
1987-1988	4 100	900	2 200
1988-1989	4 100	850	2 200
1989-1990	4 000	850	2 250
1990-1991	4 000	850	2 250
1991-1992	3 750	800	2 250
1992-1993	3 500	800	2 250
1993-1994	3 570	800	2 250
1994-1995	3 576	800	2 250
1995-1996	3 576	800	2 250
1996-1997	3 576	800	2 250
1997-1998	3 583	800	2 250
1998-1999	3 700	800	2 250
1999-2000	3 850	800	2 250
2000-2001	4 100	801	2 250
2001-2002	4 700	801	2 250
2002-2003	5 100	850	2 400
2003-2004	5 550*	930	2 600

SOURCE: DGS.

* Chiffre auquel il faut d'ajouter les 50 postes ouverts par un recrutement sur dossier directement en DCEM1.

■ ■ La diminution des flux d'internes en médecine a été inégalement répartie, avec un renforcement de la concurrence entre les différentes spécialités médicales et chirurgicales

La baisse des effectifs des étudiants en médecine, qui a résulté de la baisse continue du *numerus clausus* entre 1977 et 1997, ne s'est pas répercutée de façon homogène. D'une part, le rapport entre le nombre de médecins généralistes et de médecins spécialistes, qui était de 60 sur 40 dans les années 1980, s'est inversé dans les années 2000 ; d'autre part, au sein des spécialités, la répartition a différemment bénéficié aux unes et aux autres.

Certaines spécialités ont bénéficié de la création d'une filière, d'abord la psychiatrie, la santé publique et la biologie, ensuite la médecine du travail, et récemment en 2000 l'anesthésie-réanimation, la gynécologie-obstétrique, la gynécologie médicale et la pédiatrie. Les autres spécialités médicales et chirurgicales sont rassemblées dans une filière commune, soit la filière « spécialités médicales », soit la filière « spécialités chirurgicales ». La répartition annuelle du nombre d'internes se fait filière par filière, ce qui conduit à protéger les disciplines médicales et les disciplines chirurgicales filiarisées au dépens de celles qui sont rassemblées dans la filière spécialités médicales et spécialités chirurgicales.

TABLEAU 9

NOMBRE DE PLACES OUVERTES AU CONCOURS DE L'INTERNAT PAR DISCIPLINE*

Année	1985	1990	1995	1996	1998	2000	2001	2002	2003
Spécialités médicales	1 305	1 281	1 140	1 110	1 000	670	660	660	677
Anesthésie-réanimation						200	205	220	240
Pédiatrie						148	165	177	195
Spéc. médicales y compris anesthésie et pédiatrie	1 305	1 281	1 140	1 110	1 000	1 018	1 030	1 057	1 112
Médecine du travail		60	65	65	100	86	66	66	66
Santé publique	231	40	85	85	70	65	65	65	65
Spéc. chirurgicales						286	286	286	306
Gynécologie-obstétrique						140	170	200	198
Spéc. chirurgicales y compris obstétrique	555	529	435	430	392	426	456	486	504
Biologie	221	150	115	110	105	72	50	50	50
Psychiatrie	235	280	210	200	176	176	176	176	185
TOTAL places	2 547	2 340	2 050	2 000	1 843	1 843	1 843	1 900	2 002
Numerus clausus (N-5)	6 409	4 754	4 000	3 750	3 750	3 576	3 576	3 583	3 700
Nombre places/Numerus clausus	40%	49%	51%	53%	52%	52%	52%	53%	58%

SOURCE: DGS.

* En 2004, le nombre de places ouvertes est de 2504, hors médecine générale.

Les effets de la concurrence entre spécialités apparaissent d'autant plus forts qu'ils jouent à plusieurs niveaux. Ils se manifestent d'abord sur le choix initial de la spécialité, les spécialités filiarisées, qui bénéficient d'un certain nombre de places réservées, étant protégées de la concurrence qui existe entre les autres.

Un autre élément, qui concerne les procédures de choix de stages par les internes, pourrait également influencer la répartition inégale entre les spécialités. Les auditions ont confirmé

que les politiques régionales de définition des stages validants pour les internes étaient très variables. Certaines régions définissent strictement le nombre de ces stages, en adéquation avec le nombre de candidats potentiels. La plupart des régions offrent toutefois un nombre de stages significativement supérieur au nombre d'internes disponibles, à la fois pour maintenir un choix pour les internes et pour ne pas afficher directement la suppression d'un poste d'interne dans un service. Le résultat est que certains services ont beaucoup de difficultés à attirer un jeune interne.

Ce dernier point est renforcé par le fait que l'attractivité d'un service, pour les internes, est un phénomène cumulatif. Moins les internes sont nombreux dans un service, plus les tours de garde reviennent rapidement et donc plus les conditions de travail sont difficiles. De même, les internes privilégient le plus souvent des lieux de formation où il y a plusieurs internes. Ainsi, les services qui ne fonctionnent plus que sur un seul interne (faute de postes ou faute de candidats) sont de moins en moins attractifs.

Il est difficile d'apprécier sur le long terme l'évolution relative des jeunes formés dans les différentes spécialités dans la mesure où les flux de sortie des diplômés sont mal connus. L'Éducation nationale suit en effet principalement les flux d'inscription dans les facultés, et non les parcours des étudiants.

Les données des professionnels, transmises lors des auditions, permettent également de mesurer l'importance sur une plus longue période de la diminution des effectifs des internes formés dans certaines spécialités.

On peut citer à titre d'exemple les médecins spécialistes en anatomo-cyto-pathologie, qui ont transmis sur cette question des données précises à l'Observatoire. Le nombre annuel de nouveaux diplômés à l'échelle nationale dans cette spécialité a en effet chuté de 88 (moyenne 1980-1989) à 41 (moyenne 1990-1999). En 2000 et 2001, il y a eu 35 DES délivrés dans la discipline et en 2002 ils étaient 38. Les estimations du nombre de DES délivrés dans un futur proche font apparaître une diminution encore plus prononcée : les professionnels estiment qu'entre 2004 et 2007 environ 18 DES seront délivrés chaque année⁵. Cette diminution des flux se traduit directement sur le nombre de postes d'internes. Au plan national, le nombre théorique de postes d'internes en anatomo-cyto-pathologie était fixé à 137 en mai 2003. Sur ce total, 96 postes étaient pourvus en mai 2003 – soit un total de postes non pourvus de 41.

Les représentants de l'hépto-gastro-entérologie, qui ont rédigé un Livre blanc de la profession, s'alarment également de la diminution du nombre d'internes dans la spécialité⁶. Alors que 130 médecins étaient formés par an en moyenne au niveau national dans les années 1990, ce nombre est actuellement de 50. Selon les spécialistes de cette discipline, la baisse importante du nombre des étudiants choisissant le DES d'hépto-gastro-entérologie laisse prévoir un déficit plus important que celui qui est établi dans les projections de la DREES, à partir du nombre de places ouvertes.

Le nombre d'internes s'engageant dans la voie de la médecine physique et de réadaptation a également fortement diminué. Les professionnels considèrent qu'avec la réforme de l'accès aux spécialités intervenue à partir de 1989, 189 médecins ont obtenu leur DES entre 1988

5. Sources : données transmises par les professionnels, issues notamment du *Bulletin des enseignants en anatomo-cyto-pathologie*, n° 14, octobre 1999 ; n° 17, octobre 2002 ; n° 19, novembre 2003. Ces données résultent d'enquêtes menées sous l'impulsion de l'Association française des enseignants et chercheurs en anatomie pathologique (AFECAP), qui réalise des enquêtes sur la démographie des internes à partir des coordonnateurs interrégionaux.

6. *Le Livre blanc de l'hépto-gastro-entérologie, Les maladies de l'appareil digestif et du foie, Les enjeux*, éditions Masson, mars 2001, ouvrage collectif coordonné par FOURNET (J.) et DHUMEAUX (D.).

et 1997, soit une moyenne de 21 diplômés par an. Auparavant, les chiffres étaient nettement plus élevés, avec un pic en 1988, où 100 médecins avaient obtenu le diplôme de médecin spécialiste en médecine physique et de réadaptation⁷.

La neurologie signale également des difficultés de même nature. Un chiffre local a été cité concernant l'Île-de-France, avec un passage de 20 internes en neurologie en 1996 à 6 ou 7 en 2002.

D'autres disciplines ont fait valoir la question de la baisse du nombre d'internes : la cardiologie, l'hématologie, l'oncologie, la néphrologie en particulier ont cité ce problème.

Certaines disciplines chirurgicales soulignent également cette baisse du nombre des chirurgiens en formation, qui touche inégalement les différentes branches de la chirurgie. Lors des auditions, les urologues en particulier ont fait valoir une baisse significative sur la période récente du nombre des internes en formation (20 et 22 inscrits en DESC d'urologie respectivement en 2000 et 2001, à comparer avec les 33 puis 46 sortis ces mêmes années – à titre d'exemple).

Les auditions ont montré que certaines disciplines ne souffraient pas directement de déficit d'attractivité auprès des jeunes dans les années les plus récentes. Il s'agit des spécialités qui ont une forte dimension technique, ce qui semble constituer un facteur d'attractivité important pour les jeunes⁸. La radiologie est, par exemple, dans ce cas.



En conclusion, la répartition des effectifs des internes entre les spécialités s'opère principalement à partir de la filiarisation des disciplines chirurgicales et médicales et à partir des choix des internes et de leur appréciation du plus ou moins grand intérêt de telle ou telle spécialité. La répartition ne résulte pas de régulations décidées à partir des besoins. Des diminutions très fortes du nombre d'étudiants formés ont eu lieu dans des disciplines répondant pourtant à des besoins futurs importants. La concurrence entre les spécialités s'opère aussi au détriment de celles ayant une plus grande pénibilité (gardes...). Ainsi, la diminution des flux de formation des internes peut-elle contribuer à expliquer les difficultés de fonctionnement que ressentent certaines spécialités à l'hôpital, alors même que les effectifs globaux des médecins en exercice dans la spécialité peuvent ne pas diminuer.

7. *La Démographie en MPR*, document de la Fédération française de médecine physique et de réadaptation, 26 avril 2002. *Démographie et orientation de la MPR, enquête 1996, réponses au questionnaire général nominatif*, bulletin 97-1 du Syndicat français de médecine physique et de réadaptation (SYFMER).

8. En Île-de-France, près de 30 % des internes en début ou en fin de cursus expliquent leur choix de spécialité par son attractivité. La qualité de vie à terme n'intervient dans le choix que de 13,9 % d'entre eux et la rémunération pour 8,1 % d'entre eux. Cf. *Livre blanc des internes, À quoi rêvent les jeunes spécialistes ?* Observatoire régional de la démographie médicale d'Île-de-France, URML Île-de-France, syndicat des internes des hôpitaux de Paris, novembre 2003.

Les données sur les effectifs doivent être complétées par des données sur le temps effectivement disponible pour des soins

Au-delà des effectifs des professions de santé, pour apprécier l'adéquation de l'offre de soins à la demande, il est nécessaire de mieux connaître le temps effectivement disponible pour les soins, qui dépend du temps de travail effectif des professions de santé, mais également de facteurs organisationnels.

La définition du temps de travail, tout autant que les modes d'organisation du travail répondent à des déterminants très différents entre le secteur libéral et les établissements hospitaliers, ce qui conduit donc à les distinguer pour appréhender la durée du travail des professions de santé.

■ ■ Plusieurs évolutions ont affecté le temps disponible pour les soins à l'hôpital

Le temps de travail des professions de santé a connu des transformations juridiques importantes à l'hôpital : mise en place de la réduction du temps de travail pour l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux, et nouvelle définition du temps de travail pour les personnels médicaux, sont les deux principales évolutions intervenues au début des années 2000.

Parallèlement, les comportements des professions de santé face au travail semblent s'être modifiés, même si ces évolutions ne sont pas toujours bien appréhendées.

■ *LE TEMPS DE TRAVAIL À L'HÔPITAL A CONNU D'IMPORTANTES TRANSFORMATIONS JURIDIQUES*

Les modifications qui ont touché les conditions de travail sont différentes selon les personnels concernés.

Pour les personnels non médicaux il s'agit essentiellement de la réduction du temps de travail. L'application de la réduction du temps de travail (RTT) dans la fonction publique hospitalière s'est faite en plusieurs temps. En premier lieu, un protocole d'accord sur la mise en place des 35 heures a été signé le 27 septembre 2001 entre le ministère de la Santé et quatre organisations syndicales. Ce protocole définissait pour l'essentiel les règles du jeu du passage aux 35 heures en fixant comme date limite de mise en place de la RTT le 1^{er} janvier 2002 pour les personnels non médicaux.

Pour les professionnels médicaux, le protocole d'accord signé entre les organisations représentatives des praticiens hospitaliers et les pouvoirs publics le 22 octobre 2001 prévoit :

- d'une part une réduction du temps de travail qui se traduit par l'attribution forfaitaire de 20 jours de congés supplémentaires dès le 1^{er} janvier 2002 pour l'ensemble des médecins ;
- d'autre part, l'application de la directive européenne 93/104 du 23 novembre 1993 interprétée par la CJCE (arrêt SIMAP du 3 octobre 2000). Cela conduit à une redéfinition du temps de travail des médecins des établissements publics de santé qui doit intégrer les périodes de permanence sur place (anciennes gardes) dans le temps effectif de travail, et comporter un repos de onze heures par période de vingt-quatre heures, en limitant le temps hebdomadaire de travail à quarante-huit heures en moyenne calculées sur une période de quatre mois.

En raison de la réorganisation des structures hospitalières et de leur fonctionnement qu'implique la mise en place de ces dispositions, leur mise en œuvre a été fixée au 1^{er} janvier 2003.

Simultanément, les personnels médicaux et non médicaux ont bénéficié de la possibilité d'ouvrir un compte épargne-temps et d'y affecter des jours de congés non pris. Ces réformes ont été accompagnées de l'attribution de moyens complémentaires importants :

- pour les personnels non médicaux (dont les personnels médico-sociaux), 45 000 postes entre le 1^{er} janvier 2002 et le 1^{er} janvier 2005 ;
- pour les personnels médicaux, 3 500 postes nouveaux sont prévus sur quatre ans. Une première tranche de 2000 emplois sur 2002-2003 et une deuxième tranche de 1500 postes en 2004-2005.

Une première source de difficultés vient du fait que les créations de postes ont été étalées dans le temps, alors que les réductions du temps de travail se sont appliquées à compter de la date du 1^{er} janvier 2002. On peut donc considérer que les années 2003 et 2004 sont des années de transition entre deux régimes de temps de travail, les délais de mise en œuvre des moyens d'accompagnement de la réforme expliquant une partie des difficultés constatées dans le milieu hospitalier. À cela s'ajoute les difficultés de recrutement sur un certain nombre de postes, qui peuvent encore allonger les délais entre la création du poste budgétaire et la présence effective d'un professionnel de santé supplémentaire.

Pour les personnels médicaux, la situation a été particulière. Le protocole d'accord a non seulement réduit la durée du travail (vingt jours de congé supplémentaire) et limité la durée hebdomadaire à quarante-huit heures en moyenne sur une période de quatre mois, mais il a aussi affecté la définition même du temps de travail des médecins, pour lesquels, jusqu'au 1^{er} janvier 2003, les gardes étaient comptabilisées en sus des obligations de service. L'intégration des périodes de permanence sur place dans le temps effectif de travail a conduit à redéfinir l'organisation de la permanence médicale, en limitant au minimum les temps de présence sur place, du fait des augmentations d'effectifs exigées pour y faire face.

Ces modifications ont par ailleurs pesé inégalement sur les différentes spécialités médicales. Elles ont en effet impacté directement les spécialités qui assurent la permanence médicale obligatoire 24h/24, en particulier les services d'urgence, les services de réanimation, les services d'obstétrique, l'anesthésie... alors que c'est dans ces mêmes spécialités que les problèmes de recrutement sont les plus importants du fait des contraintes qu'elles génèrent.

Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des nouveaux dispositifs ont conduit à la signature de protocoles d'accord prévoyant un certain nombre de mesures d'assouplissement de l'aménagement et de la réduction du temps de travail des personnels médicaux et non médicaux hospitaliers. Plusieurs dispositions ont ainsi été prévues dans ces protocoles d'accord : possibilité de rachat des jours RTT non pris, augmentation de la durée de conservation des droits épargnés sur le compte épargne-temps, bonification des jours affectés au compte-épargne temps.

■ **L'IMPACT DES RÉFORMES SUR LE TEMPS DE TRAVAIL DES PROFESSIONS NON MÉDICALES MET EN JEU DES QUESTIONS D'ORGANISATION DES ÉTABLISSEMENTS**

La DREES a conduit une enquête, en collaboration avec la DHOS, pour interroger les établissements de santé sur la mise en œuvre de la réduction du temps de travail pour les personnels non médicaux de la fonction publique hospitalière⁹. Cette enquête statistique, qui

9. BOUSQUET (F.), « Enquête sur la mise en place de la RTT dans la fonction publique hospitalière », *Document de travail*, n° 51, mars 2003, DREES, et *Études et résultats*, n° 224, mars 2000, DREES.

s'est déroulée pendant l'automne 2002, permet d'appréhender la façon dont s'est traduite la réduction du temps de travail pour les différentes catégories de personnel non médicaux (enquête réalisée sur un échantillon d'environ 1 000 établissements). Le calendrier de mise en œuvre des réformes pour les personnels médicaux étant plus tardif, il est encore trop tôt pour disposer d'éléments d'appréciation.

L'analyse du temps de travail dans les hôpitaux doit prendre en compte le fait que les durées de travail étaient, avant même l'application de la réduction du temps de travail, différentes selon les catégories de personnel non médicaux :

- les personnels dits de jour, ayant des horaires fixes en journée,
- les personnels dits à repos variables, travaillant au moins 10 dimanches ou jours fériés par année civile,
- des personnels de nuit, qui étaient officiellement aux 35 heures depuis 1993.

À partir de la situation de ces différentes catégories de personnel, qui n'était d'ailleurs pas totalement identique d'un établissement à l'autre, les négociations conduites ont réparti la réduction du temps de travail entre une diminution de la durée hebdomadaire du travail, qui est passée à une durée de 37,5 heures, et la mise en place de journées dites RTT dans la plupart des établissements, avec une moyenne se situant autour de 15 jours de congés supplémentaires. Les durées déclarées par les établissements sont presque toujours inférieures aux durées maximales légales de travail¹⁰. Par ailleurs, l'enquête estime entre 5,6 % et 5,9 % des effectifs le nombre de créations de postes programmées dans le champ sanitaire, soit un pourcentage plus faible que l'abaissement de la durée du travail – l'hypothèse étant que la réduction du temps de travail doit s'accompagner d'une meilleure organisation des établissements.

Une enquête plus approfondie a été réalisée sur la perception des effets de la réduction du travail sur un échantillon de 17 établissements publics¹¹. Elle fait ressortir l'importance des facteurs organisationnels. En effet, dès lors que la compensation salariale a été définie comme principe et que les créations d'emplois l'étaient par la tutelle, les principales marges de manœuvre locales résident justement dans l'organisation du travail.

La diminution du temps de travail a des impacts différents selon les établissements. Plus faible dans les centres hospitaliers spécialisés psychiatriques que dans les hôpitaux locaux par exemple, cette diminution fait apparaître quatre questions d'organisation comme particulièrement sensibles :

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

10. Cela s'explique principalement par le fait que les établissements ont généralement intégré dans leur décompte les 3 jours de congés supplémentaires inhérents à la prise de congés hors saison et au fractionnement de ces congés.

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

tion ont été définis dans certains blocs opératoires pour coordonner les absences de tous les personnels ;

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

■ LE TEMPS DE PRÉSENCE ET DE DISPONIBILITÉ POUR LES SOINS SE MODIFIE

Les nombreuses données disponibles sur le temps de travail ont fait l'objet d'un inventaire pour l'Observatoire (cf. annexe 1). L'exploitation de ces données n'a pu être réalisée dans le cadre de cette première année de travail. La diversité des sources et de leur champ implique un important travail d'analyse afin de pouvoir formuler des interprétations fiables. Pour illustrer les précautions d'interprétation que nécessitent ces données en termes de disponibilité pour les soins, l'exemple du temps partiel est en effet éclairant. Cette forme de travail se développe dans les professions de santé non médicales à l'hôpital. Les chiffres attestent, pour la plupart de ces professions, d'une nette progression de cette forme de travail entre 1995 et 2001. Mais la prise en compte de la nature du temps partiel doit conduire à relativiser son incidence potentielle. L'exemple des infirmiers montre que, pour cette profession, la quotité de travail associée au temps partiel a au contraire augmenté dans les hôpitaux publics¹². En outre, on note, pour les sages-femmes, que l'augmentation des effectifs à temps partiel s'accompagne d'une augmentation concomitante plus forte, en 2000, des effectifs à temps plein (+ 4,7 % contre 3 %) ¹³.

TABLEAU 10

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS À TRAVAIL À TEMPS PARTIEL CHEZ LES PERSONNELS NON MÉDICAUX DES SERVICES DE SOINS ENTRE 1995 ET 2001

	1995	2001
Infirmiers	20%	26%
Aides soignants	14%	21%
Agents de service hospitalier	12%	18%
Sages-femmes	27%	35%
TOTAL	17%	23%

SOURCES : SAE, DREES.

On doit aussi souligner que les données sur le temps de travail portent le plus souvent sur un temps de travail moyen. Or les travaux sur ce thème font apparaître que le temps de travail d'une même catégorie de professionnels de santé varie de façon importante, en fonction des conditions d'installation ou d'exercice, selon les périodes (cf. encadré 4) et selon le type de zones¹⁴. Une enquête sur l'évaluation du temps de travail, citée par les neurologues lors de leur audition, indique que la durée hebdomadaire moyenne, évaluée à 48 heures, recouvre de fortes disparités entre catégories. Comparé aux femmes, les hommes travaillent en moyenne 9 heures de plus par semaine (50,5 heures contre 41,5 heures). Par ailleurs, le temps de travail moyen hebdomadaire est plus faible chez les neurologues salariés (45,5 heures) que chez les neurologues de statut mixte (50,5 heures) ou libéral (50 heures).

12. Cf. tome 3.

13. Source : annexe du PLFSS 2004, citée dans le tome 3.

14. FIVAZ (C.) et LE LAIDIER (S.), « Une semaine d'activité des généralistes libéraux », *Point stat.*, n° 33, juin 2001.

ENCADRÉ 4

EMPLOI DU TEMPS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

UNE ÉTUDE MENÉE SUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN BRETAGNE

Une étude a été menée, en 2002, auprès d'un panel représentatif de médecins généralistes en Bretagne pour analyser leur activité et leurs conditions de travail, respectivement pendant une semaine d'été et pendant une semaine d'hiver. Cette enquête fournit certaines informations portant à la fois sur la durée du travail et sur la nature de l'activité des médecins.

- La semaine fait apparaître des comportements contrastés, les femmes préférant le mercredi comme jour de congé alors que le jeudi est un jour de congé pour les hommes médecins installés en groupe ; ces observations rejoignent des constats nationaux.
- La durée de travail a été calculée dans l'enquête à partir des heures de début et de fin de travail, ne prenant donc pas en compte la durée de la pause à midi. Il s'agit d'une information qui va au-delà des analyses des actes effectuées par la CNAMTS. L'enquête aboutit à une durée moyenne hebdomadaire de 52 heures pour la semaine d'hiver et de 57 heures pour la semaine d'été. Pour la semaine d'hiver, l'enquête montre que les femmes ont travaillé autant que les hommes. En revanche, pour cette même semaine, les médecins qui exercent seuls travaillent en moyenne 54 heures et ceux qui sont en groupe travaillent en moyenne 49 heures. Sur la durée journalière, les médecins installés en zone rurale travaillent une heure de plus que ceux installés en milieu urbain (10 h 15 par jour versus 9 h 15 par jour).

SOURCES : Bataillon (R.), Levasseur (G.), Samzun (J.-L.), Baromètre des pratiques en médecine libérale, enquête « conditions de travail », URML, octobre 2003.

Levasseur (G.), Schweyer (F.-X.), Tréguer (C.), Les Médecins généralistes bretons, enquête sur les médecins généralistes et leurs pratiques professionnelles, novembre 2002.

■ ■ La durée du travail et l'activité des professions de santé sont en constante augmentation

Les résultats de plusieurs analyses réalisées dans la période récente font apparaître qu'il n'existe plus nécessairement une corrélation entre les données d'activité ou de durée du travail et les variables démographiques telle que l'âge ou le sexe. Dans ce domaine, en effet, la réponse à la demande peut conduire à une évolution forte et rapide des comportements. Par exemple, si l'on se situe au niveau de l'ensemble de la profession, l'augmentation significative du temps de travail des infirmiers libéraux compense pratiquement l'impact du développement du temps partiel hospitalier (cf. tome 3).

■ L'ACCROISSEMENT DE LA DURÉE DU TRAVAIL ET DE L'ACTIVITÉ DES MÉDECINS, DANS LE SECTEUR LIBÉRAL

L'évolution du temps de travail sur la période 1989-2001 a été étudiée pour les médecins. Cette étude issue de la confrontation de plusieurs enquêtes statistiques (enquête emploi de l'INSEE et SNIR de la CNAMTS) conduit à relativiser l'impact des déterminants démographiques sur l'activité des médecins, en particulier dans le secteur libéral¹⁵. Pour le dire autrement, les médecins n'ont pas des comportements d'activité stables sur la période et semblent ajuster leur activité en fonction de la demande de soins. Ainsi, si les femmes travaillent tou-

15. NIEL (N.), PERRET (J.-P.), « Féminisation et vieillissement des médecins au cours des années 1990 », *Données sociales INSEE*, 2002.

jours moins que les hommes en 2001, l'écart entre hommes et femmes se réduit : égale à 60 % de celle des hommes en 1989, l'activité des généralistes femmes installées en libéral représente plus de 70 % de celle des hommes en 2001.

Ainsi, sur la période 1989-2001, la structure démographique des médecins a changé, avec une proportion plus importante de femmes (29 % en 1989 ; 36 % en 2001, 37,2 % en 2003). Sur la même période, le temps de travail moyen des médecins a augmenté de deux heures : il se situe en 2001 à 51 heures par semaine, contre 49 heures en 1989.

De même, les activités moyennes annuelles aux différents âges de la vie active se resserrent. On peut faire l'hypothèse qu'une modification à venir de la structure par âge dans le secteur libéral aurait de moins en moins d'impact sur l'activité exercée.

Les données sur le nombre et la nature des actes effectués constituent, de façon complémentaire aux données relatives à la durée du travail, des indications sur l'importance de l'activité et sur ses variations. Les statistiques globales d'activité en secteur libéral sur la période 2000-2004, qui ont été systématiquement rassemblées pour toutes les professions médicales et chirurgicales auditionnées, font d'abord apparaître que l'activité est en progression pour toutes les spécialités : la progression du nombre d'actes est ainsi systématiquement supérieure à l'évolution des effectifs libéraux, bien que la part des femmes au sein de ces effectifs soit également croissante.

TABLEAU 11

ÉVOLUTION DU NOMBRE ANNUEL TOTAL D'ACTES EXÉCUTÉS PAR LES MÉDECINS LIBÉRAUX

En milliers d'actes	1985	1990	1995	2000	2001	2002	TCAM* en % 2001-2002	TCAM* en % 1985-2002
Généralistes	213 978	232 762	257 036	281 180	282 335	280 534	- 0,6	+ 1,5
MEP	19 730	21 625	22 421	23 346	23 409	23 669	+ 1,1	+ 1,0
TOTAL OMNIPRATICIENS	233 708	254 387	279 457	304 526	305 744	304 203	- 0,5	+ 1,5
Anesthésie	5 444	8 204	11 038	11 151	11 233	11 746	+ 4,6	+ 4,5
Cardiologie	14 032	18 876	17 345	15 088	15 271	15 868	+ 3,9	+ 0,6
Chirurgie	8 410	7 819	7 488	6 900	6 794	6 848	+ 0,8	- 1,3
Dermatologie-vénérologie	7 365	10 788	12 547	13 622	13 965	14 185	+ 1,6	+ 3,8
Radiologie	28 266	41 305	46 811	52 583	57 552	62 377	+ 8,4	+ 4,7
Gynécologie-obstétrique	13 775	17 530	18 819	20 038	20 108	20 092	- 0,1	+ 2,2
Appareil digestif	3 214	3 795	4 344	4 992	5 113	5 358	+ 4,8	+ 3,0
Médecine interne	1 499	1 747	1 921	1 893	1 883	1 935	+ 2,7	+ 1,4
Neuro-chirurgie	64	116	167	208	214	234	+ 9,5	+ 7,9
O.R.L.	7 005	8 003	8 454	8 921	9 033	9 126	+ 1,0	+ 1,5
Pédiatrie	7 810	9 441	10 388	10 715	10 879	10 886	+ 0,1	+ 1,9
Pneumologie	2 470	3 021	3 410	3 476	3 485	3 553	+ 0,2	+ 2,1
Rhumatologie	5 301	6 494	7 048	6 960	7 106	7 280	+ 2,4	+ 1,8
Ophthalmologie	14 605	18 435	20 903	23 677	24 619	25 729	+ 4,5	+ 3,3
Urologie	536	691	858	1 259	1 370	1 546	+ 12,8	+ 6,3
Neuro-psychiatrie	3 699	3 125	2 367	1 497	1 377	1 248	- 9,4	- 6,2

SOURCE : CNAMTS, *Carnets statistiques* 2004, n° 110.

* TCAM : taux de croissance annuel moyen.

Le nombre total d'actes effectués en 2002 a augmenté de 1,4 % par rapport à l'année précédente. Le taux de croissance annuel moyen calculé sur la période 1985-2002 s'élève à +2,1 %.

De 2001 à 2002, les actes de spécialistes ont progressé significativement de +4,1 %, quand ceux des omnipraticiens ont légèrement diminué de 0,5 %. Selon le type d'acte étudié¹⁶, les évolutions sont différentes : ainsi, le nombre des consultations augmente de 2,2 % en 2002 alors que les visites continuent de décroître de 12,9 %. Celui des actes de chirurgie ou d'échographie (K-KE, KC) évolue à +6,6 %, ce qui représente une forte croissance comparée à la période 1990-2002 où le taux de croissance annuel moyen était de 1,7 %. Celui des actes de radiologie (Z) connaît une évolution comparable avec un taux de croissance de 7,8 % en 2002 et de 2,1 % par an entre 1990 et 2002.

Tout semble se passer comme si la sollicitation par les patients conduisait à une augmentation globale de l'activité, indépendamment de la part relative des hommes et des femmes. L'adaptation du secteur libéral à une plus ou moins grande pression de la demande se retrouve dans l'analyse géographique de l'activité : l'activité est en effet globalement plus forte dans les régions où la densité de médecins généraliste est plus faible (même si certains généralistes de régions à forte densité ont une activité très supérieure à celle de généralistes de régions à faible densité)¹⁷.

L'adaptation à la demande a été également mise en évidence dans une étude réalisée par le CREDES, qui porte sur la carrière des médecins généralistes selon leur date d'installation. Les résultats de cette étude montrent que les jeunes médecins s'installent plus tardivement que leurs aînés (35 ans en 2001, 31 ans dans les années 1980), mais qu'ils rattrapent vite le niveau d'activité des médecins installés plus tôt. Leur niveau d'activité se traduit par un nombre d'actes en milieu de carrière équivalent à celui des aînés en fin de carrière¹⁸. Cette étude met en évidence que l'activité des femmes suit la même tendance, mais à un niveau moins élevé. Les auteurs de l'étude soulignent que cette progression significative du niveau d'activité des jeunes généralistes correspond à une inversion de la tendance observée dans la période 1979-1983. Cette inversion, enregistrée au début des années 1990, intervient dans la période où s'amorce un ralentissement de la croissance des effectifs médicaux.

■ LE REPOSITIONNEMENT DU TEMPS CONSACRÉ AU TRAVAIL ET LA REDÉFINITION DU TEMPS CONSACRÉ AUX SOINS

L'ensemble des évolutions évoquées restent largement à documenter. Elles semblent toutefois converger vers le constat selon lequel ni le temps de travail des professionnels de santé, ni leur comportement d'activité, ni leur souhait d'exercice ne connaîtront la stabilité des générations antérieures¹⁹.

Des évolutions des modes de vie sont souvent évoquées. Elles se traduiraient par une aspiration à une diminution du temps de travail. Les éléments présentés précédemment semblent indiquer que cette aspiration, si elle est avérée, pourrait trouver des modalités diverses de réalisation, non réductibles à une diminution standardisée du temps de travail, car différents indices montrent qu'il existe plutôt un repositionnement du temps consacré au travail. Il se

16. « Structure des actes en médecine libérale en 2002 », « Le Secteur libéral des professions de santé en 2002 », *Carnets statistiques*, n° 110, 2004, CNAMTS.

17. FIVAZ (C.), SYLVIE LE LAIDIER (S.), doc cité.

18. LUCAS-GABRIELLI (V.), SOURTY-LE GUELLEC (M.-J.), article cité.

19. On note par exemple, pour les infirmiers, une forte augmentation de la mobilité qui conduit les recruteurs à évoquer un « nomadisme infirmier » (cf. tome 3 du rapport).

traduit notamment par une moins grande appétence à assurer les contraintes de gardes. Il est rendu possible par des changements de trajectoires professionnelles au cours de la carrière, entre modalités et statuts d'exercice, ou bien encore, pour les femmes, par des interruptions transitoires de l'activité. Il se manifeste aussi à travers le souhait de préserver ses conditions de vie en dehors de l'activité professionnelle, souhait que traduit l'augmentation évoquée des installations des cabinets en dehors des lieux de domicile.

La réduction du temps médical qui résulterait de cette réduction du temps consacré au travail ne semble pas globalement mécanique. Ses effets localisés sont de ce fait moins prévisibles. Elle pourrait être porteuse d'une réduction ciblée de l'offre de soins médicale dans certains secteurs d'activité, du fait d'une moindre attractivité liée à l'absence de souplesse des conditions de travail. Beaucoup de spécialités ont fait, par exemple, état d'une forte aspiration des jeunes générations vers le statut de salarié, et les travaux menés sur les infirmiers montrent que leur choix d'emploi intègre de plus en plus les conditions de travail, ce comportement expliquant les problèmes de recrutement que rencontrent les services de gériatrie par exemple. Un déséquilibre d'attraction entre les secteurs d'exercice pourrait créer d'importants problèmes de fonctionnement. Les tensions provoquées par l'interdépendance, en termes de charge de travail des secteurs hospitalier et libéral sont évoquées dans le tome 3, pour les sages-femmes.

La réduction du temps passé au travail ne constitue pas le seul élément qui influence la part du temps consacré aux soins. Certaines transformations du contenu de l'activité y contribuent également. Outre la part jugée grandissante consacrée à la gestion des procédures et des enquêtes administratives, les professionnels ont souligné lors des auditions le temps grandissant pris par certaines techniques d'analyses diagnostiques, qui supposent des temps longs d'interprétation et d'échanges. Beaucoup ont également noté que le temps consacré aux patients et à leurs familles s'allonge et que le développement du travail en réseau prend aussi du temps. Enfin, la nécessité pour beaucoup de disposer de davantage de temps pour la formation continue, pour la mise à niveau des connaissances et pour les échanges est soulignée dans le secteur libéral²⁰.



En conclusion, différents indices témoignent de transformations importantes dans les comportements et les aspirations des professionnels de santé. Une logique unique ne semble pas les sous-tendre, puisque l'aspiration énoncée à une diminution du temps de travail se conjugue, par exemple, à une augmentation, dans les faits, de l'activité. Ce paradoxe pourrait relever d'une adaptation contrainte par la demande ou témoigner de la force du sens du « devoir », pour ces professions. Ces transformations impliquent certainement la nécessité d'intégrer, pour établir l'état des lieux et la prospective démographiques, des données renseignant plus précisément le temps de travail, les modalités de la répartition de l'activité entre les différents soignants. Des informations décrivant la nature du temps médical sont aussi utiles pour saisir ce qui, dans la durée, entretient ou à l'inverse pourrait tarir l'attractivité de ces professions.

20. L'organisation des échanges sur les conditions de travail est jusqu'à présent moins développée dans ce secteur que dans le secteur hospitalier public, cf. LE LAN (R.), avec la collaboration de BAUBEAU (D.), « Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé », *Études et résultats*, n° 335, août 2004, DREES.



es évolutions envisagées

Des réorganisations de l'offre de soins constituent, avec les effectifs et la durée du travail, des modalités de réponse à la demande de soins

Parmi les professions de santé, les spécialités médicales et chirurgicales sont dans une situation particulière du fait de la tension aiguë qui se manifeste déjà sur les effectifs de certaines d'entre elles et compte tenu des projections démographiques, qui prévoient une diminution importante de leurs effectifs, malgré la hausse du *numerus clausus* récemment décidée (cf. tome 2 du rapport de l'Observatoire).

De ce fait, elles ont développé des réflexions sur les solutions possibles pour anticiper cette évolution des effectifs et de la durée du travail, considérant qu'au-delà de la réduction du temps de travail les jeunes générations avaient, face au travail, une attitude différente de celle de leurs aînés qu'il fallait intégrer. Le fait le plus notable est l'extrême attention portée par tous à la question des inégalités de situations et à leurs effets, tant sur l'accès à l'offre de soins que sur la qualité de l'exercice. Deux évolutions sont très fréquemment citées comme souhaitables pour entamer une sortie de crise « par le haut » : d'une part, une réorganisation de l'offre de soins qui privilégie un regroupement des moyens et, d'autre part, un partage des compétences différent entre professions de santé, qui laisse une place plus grande à des professions autres que les médecins.

Les tensions sur l'offre de soins affectent avec plus ou moins d'acuité les différents secteurs d'exercice et les différents territoires

Les variations de densité selon les régions, commentées précédemment, constituent bien sûr un premier indicateur de cette situation et permettent de faire apparaître que certaines régions, par exemple, ne comptent que 4 à 6 oncologues.

Mais les auditions ont permis de mettre en évidence la nécessité d'enrichir le constat démographique médical global :

- d'un diagnostic démographique par spécialité et par profession, réalisé à un niveau fin. L'examen par établissement paraît, pour les gynécologues-obstétriciens par exemple, une tâche urgente à conduire¹. Les problèmes spécifiques rencontrés par les hôpitaux généraux ont été soulignés par la presque totalité des spécialités, car ils voient la part de leur prise en charge augmenter, alors qu'ils sont fréquemment confrontés à un problème de ressources et de compétences ;

1. Cf. tome 3, l'analyse des disparités pour les sages-femmes.

- de la prise en compte de la nature de l'activité réellement exercée afin de mieux appréhender les caractéristiques et la qualité de l'offre. La possibilité que soit préservée une part de l'activité programmée est fréquemment évoquée comme un préalable pour le maintien des compétences médicales. Certains exercices, au dire des spécialistes, en particulier les chirurgiens, requièrent impérativement le maintien d'une activité programmée². Plus largement, le déséquilibre entre activité programmée et activité en urgence au sein de l'hôpital peut être lu à la fois comme le résultat de certaines tensions (psychiatrie, pédiatrie) et comme un facteur de tensions dans l'organisation ;
- de la prise en compte de la situation sanitaire et des caractéristiques de la population ;
- d'une appréciation des coopérations indispensables entre spécialités et entre les différentes professions de santé. Au-delà d'insuffisances d'effectifs, les tensions observées dans la réponse à la demande de soins sont souvent liées à des questions renvoyant à l'articulation entre spécialités médicales d'une part, entre spécialités médicales et autres professionnels de santé d'autre part. Outre l'exemple évident des anesthésistes et des chirurgiens, ont été cités par les neurologues les coopérations avec les psychomotriciens et les psychologues, pour la médecine physique et de réadaptation, les besoins de kinésithérapeutes³. Le raccourcissement des durées de séjour, qui se traduit forcément par une autre place laissée à la dimension relationnelle entre le patient et le soignant, constitue sur ce point un facteur qui sollicite sans doute des mutations des modes de coopération.

Des analyses sont entamées sur ces questions par les professionnels. Elles portent sur l'étude par spécialité et par territoire de santé (chez les cardiologues). Les odontologistes se préoccupent aussi particulièrement de la démographie au niveau des cantons ou des communes. Une enquête récente sur la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique (IRC) répond aux préoccupations relatives à la répartition des centres de dialyse énoncées par les néphrologues. Cette étude montre que l'augmentation sensible du nombre de centres, qui est passé de 208 en 1994 à 281 en 2001, s'accompagne d'une forte variabilité régionale du nombre de patients pris en charge ainsi que des équipements mobilisés, et des dotations en personnel médical et non médical⁴.

Les comités régionaux se sont largement fait l'écho de cette demande exprimée lors des auditions. De nombreuses initiatives, menées avec les unions régionales des médecins libéraux (URML) ou les ordres régionaux ou départementaux notamment, témoignent de l'importance de cet état des lieux localisé, relevé également par C. Descours⁵.

Pour le secteur hospitalier, les taux de vacance constituent un indicateur intéressant. Sans analyse approfondie, cette information reste toutefois à utiliser avec prudence. Son caractère partiel est particulièrement mis en évidence dans un travail réalisé dans le Nord - Pas-de-Calais, qui montre que sur presque le quart des postes de praticien hospitalier (PH) de la région déclarés vacants au *Journal officiel* faute de titulaires, seulement un poste sur 10 est réellement vacant, c'est-à-dire non occupé même provisoirement. L'analyse des vacances de postes médicaux dans les établissements publics de santé de cette région qui a été effectuée à l'échelle de

2. *La Chirurgie française en 2003. Les raisons de la crise et les propositions*, rapport présenté par le Pr J. DOMERGUE et le Pr H. GUIDICELLI à l'attention du Ministre, février 2003.

3. Sur les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens, cf. le tome 3 du rapport.

4. BAUBEAU (D.), TRIGANO (L.), « La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique », *Études et résultats*, n° 327, juillet 2004, DREES.

5. DESCOURS (C.), Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins à l'attention du Ministre, 22 janvier 2003.

chaque établissement met en évidence d'autres éléments intéressants⁶, comme le fait, par exemple, qu'il y ait peu d'écart entre le taux de vacance des PH et le taux de vacance global, un grand nombre de postes d'assistants restant également vacants. Ou encore que les différences infra-régionales et entre établissements soient importantes. Plusieurs établissements éloignés de la métropole présentent des taux de vacance élevés.

Lors des auditions, la démarche consistant à mettre en regard le nombre de lits et le nombre de médecins, a été présentée comme susceptible de fournir un état des lieux intéressant. Une évaluation concernant l'hospitalisation néonatale, menée par les pédiatres, a permis de recenser le nombre de médecins présents pour 100 lits de réanimation, dans les différentes régions⁷. L'intérêt de ces données est qu'elles concernent aussi bien les personnels médicaux titulaires, que non titulaires. Cette enquête fait apparaître de très fortes disparités de moyens entre les régions, aussi bien pour les postes de titulaires que pour les non-titulaires. À titre d'exemple :

- les deux régions avec le plus de praticiens hospitaliers (hors outre-mer) étaient respectivement l'Auvergne (30,6 PH pour 100 lits) et la région Champagne-Ardenne (26,3 PH pour 100 lits) ; les deux régions les moins pourvues étaient le Limousin (4,4 PH pour 100 lits) et la Franche-Comté (6 PH pour 100 lits) ;
- pour les attachés, les disparités apparaissent encore plus marquées. Quatre régions affichent n'avoir aucun attaché (Champagne-Ardenne, Bourgogne, Limousin, Poitou-Charentes) alors que d'autres ont des chiffres élevés (44,8 attachés pour 100 lits en Lorraine, 33,9 attachés pour 100 lits en Île-de-France).

Enfin, le travail mené lors des auditions de nombreuses spécialités laisse apparaître, tant du côté des professionnels que des étudiants, une plus grande exigence en matière de formation et une tendance à envisager un seuil plancher de compétences techniques, pour les stages comme pour l'installation, qu'elle soit hospitalière ou libérale. Une plus grande attractivité des « lieux d'excellence professionnelle » pour l'apprentissage pourrait ainsi pénaliser encore davantage les lieux de formation ne disposant pas de ces ressources.

La plupart des professionnels auditionnés ont mentionné des problèmes de « compétence », voire de sécurité des prises en charge. Derrière ce constat, il y a parfois des problèmes de personnes n'ayant pas la qualification pour occuper le poste qui serait sinon vacant. Le problème soulevé plus fondamentalement, et de façon aiguë dans les hôpitaux généraux, est celui du seuil de compétence nécessaire. Ce seuil peut renvoyer à un nombre minimal d'actes ou de patients, il peut également renvoyer à un nombre minimal de praticiens, en deçà duquel des coopérations et des complémentarités indispensables à l'exercice ne sont pas atteintes.

De façon incidente, bien que ce thème n'ait pas fait l'objet de travaux cette année dans le cadre de l'Observatoire, on peut formuler l'hypothèse que cette situation donne lieu à des appréciations, fondées ou non, de la part des patients et de leurs familles, qui peuvent les conduire à éviter certains lieux de soins. Des analyses sur le comportement et les trajectoires de soins des patients, sujet également moins documenté pour le secteur hospitalier que pour le secteur libéral, permettraient d'éclairer ce processus éventuel.

6. Note DRASS, Inspection régionale de la santé, Analyse des vacances de postes médicaux dans les établissements publics de santé de la région Nord - Pas-de-Calais. Situation au 30 septembre 2004, source SIGMED et enquête auprès des CH.

7. Enquête menée par les pédiatres et réalisée par questionnaire sur la semaine du 11 au 17 juin 2001. Les résultats figurent dans le compte rendu de l'audition des pédiatres.

■ ■ Les regroupements apparaissent comme l'une des façons de répondre dans de meilleures conditions aux demandes de soins

Le regroupement des ressources et des compétences est une évolution d'ores et déjà engagée dans le secteur hospitalier⁸, comme dans le secteur libéral. Le nombre de médecins libéraux exerçant en société ou en cabinet de groupe a augmenté de 18 % entre 2000 et 2003. Dans ce secteur d'exercice, selon une enquête réalisée en 2002 par la DREES et la CNAMTS, 44 % des médecins libéraux exercent en groupe tandis que 11 % partagent leurs locaux avec d'autres professionnels⁹. Ce mouvement récent, qui est inégalement développé selon les spécialités, semble être le fait des praticiens les plus jeunes et les plus récemment installés. Il s'inscrit dans des logiques diverses, une logique de rentabilité et de mutualisation des moyens. Il traduit aussi une volonté d'amélioration des conditions d'exercice et de vie. Le regroupement constitue en outre une modalité de réponse à la baisse localisée du nombre de professionnels de santé.

Les auditions ont enfin fait apparaître la nécessité, dans de nombreux cas, d'une masse critique de moyens de diagnostic et de compétences pour assurer la qualité et la diversité des soins, et l'intérêt de la création de « pôles d'excellence » ou de « centres de référence »¹⁰. Les regroupements visés ici peuvent aboutir, comme l'ont indiqué les chirurgiens généraux, pour la Franche-Comté, à la fermeture de certains plateaux techniques.

■ LE DÉVELOPPEMENT DES PLATEAUX TECHNIQUES CONDUIT À REGROUPER LES STRUCTURES DE SOINS AVEC UN EFFECTIF MINIMAL DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET UN BASSIN DE POPULATION SUFFISAMMENT LARGE

Pour plusieurs spécialités auditionnées, médicales ou chirurgicales, la question du regroupement est analysée sous l'angle des conditions nécessaires au fonctionnement d'un « plateau technique » de qualité. Quatre éléments au moins apparaissent déterminants pour ces spécialités qui recourent à un plateau technique :

- le développement des capacités diagnostiques et thérapeutiques repose maintenant sur des outils technologiques dont tant le coût que les bons usages requièrent la mutualisation des savoir-faire. On note en effet davantage d'exercice en groupe pour les spécialités les plus techniques¹¹. Le plateau technique permet la disponibilité de ces moyens, auxquels les jeunes étudiants ont été formés au cours de leurs études. La chirurgie vasculaire, par exemple, est une discipline « multi-technologique », qui fait notamment appel aux techniques de cœlioscopie et qui fera prochainement appel aux techniques robotiques. Mais la disponibilité de ces capacités diagnostiques suppose l'intervention de compétences variées afin d'en permettre l'utilité thérapeutique pour le patient. Les neurologues mentionnent sur ce point des cas où les patients arrivent avec des résultats d'examens d'imagerie qui n'ont pas été demandés par des neurologues et ne s'avèrent donc pas nécessairement pertinents ;
- la qualité de l'exercice médical suppose, dans plusieurs spécialités, une taille minimale. Celle-ci peut découler de la nature même de la spécialité. Ainsi, dans le cas de l'anatomo-pathologie, la qualité des examens dépend en partie de l'existence d'un bassin de population minimal qui per-

8. « Recomposer l'offre hospitalière », *Revue française des Affaires sociales*, n° 3, juillet-septembre 2003.

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

10. Sur ce point pour la chirurgie, cf. les propositions DOMERGUE, GUIDICELLI, rapport cité.

11. AUDRIC (S.), doc. cité.

mette de valider les échantillonnages. De même, la réalisation d'un nombre minimal d'actes sur une période de temps apparaît comme une condition pour maintenir des compétences, par exemple chirurgicales. Or certains actes ou certaines pathologies ont une incidence faible, ne permettant pas cette activité minimale nécessaire à l'entretien des compétences ;

- le fonctionnement d'un « plateau technique » implique la présence simultanée de plusieurs professionnels de santé, ces conditions étant plus aisément réunies à partir d'un seuil minimal de population. Des centres d'urologie, regroupant 4 à 6 praticiens couvrant toutes les spécialités, permettraient, selon ces spécialistes, de couvrir les besoins d'un bassin de 300 000 à 400 000 habitants. Les spécialités ayant recours à des plateaux techniques sont par ailleurs pour la plupart favorables au développement de nouvelles professions de santé associées au fonctionnement de ces plateaux techniques. Plusieurs exemples de nouveaux métiers ont ainsi été évoqués par les professionnels de santé : des cyto-techniciens ou des gestionnaires de tumorothèque pour l'anatomo-pathologie ; des techniciens en cardiologie ; des techniciens spécialisés dans les épreuves fonctionnelles respiratoires pour la pneumologie...
- le coût d'installation enfin est un élément essentiel pour ce qui est des regroupements dans le secteur libéral de ces spécialités. En effet, le coût d'acquisition de certaines techniques devient hors de portée pour un médecin libéral installé seul et les représentants de plusieurs spécialités ont indiqué qu'aujourd'hui une installation en libéral – au-delà même des aspirations des plus jeunes peu attirés par un exercice solitaire – devenait inconcevable en termes financiers en dehors du regroupement.

Ces quatre éléments (attractivité pour les jeunes, exigence de qualité, recours simultané à plusieurs professions de santé, coût d'installation) se retrouvent dans la plupart des auditions des professionnels de santé représentant des spécialités médicales qui recourent à un plateau technique. On peut citer, notamment : l'anatomo-cyto-pathologie, l'anesthésie-réanimation, la cardiologie, l'hépatogastro-entérologie, la néo-natalogie hospitalière (la pédiatrie libérale relevant d'une autre logique), la pneumologie, la radiologie.

Cette tendance à considérer les regroupements comme inévitables s'accompagne d'une réflexion particulière sur l'attractivité en milieu hospitalier et sur les modes de coopération entre structures de soins, qu'il s'agisse des coopérations public/privé ou des coopérations entre structures de niveaux différents. Quelques exemples concrets peuvent en être donnés.

L'audition à l'Observatoire des radiologues illustre les points de vue de certains professionnels sur cette question. En particulier, pour renforcer l'attractivité des postes offerts dans la spécialité en milieu hospitalier, il apparaît essentiel aux professionnels d'ouvrir ces postes dans des services attractifs pour les plus jeunes et donc dans des services de taille suffisante. L'exemple du Nord - Pas-de-Calais a été cité pour montrer comment une telle politique pouvait conduire à améliorer l'accès de la population à des examens radiologiques de qualité. À partir de centres hospitaliers pivots où sont créés les postes, se développent des coopérations avec d'autres structures hospitalières, soit sous forme de vacations partagées, soit sous forme de télétransmission d'images. Une telle réorganisation conduit à admettre le fait qu'en dessous d'une certaine masse critique, il n'est plus possible d'assurer de manière satisfaisante la gestion d'un service d'imagerie par des praticiens hospitaliers.

Les chirurgiens infantiles ont pour leur part préconisé l'organisation d'une réponse hiérarchisée, basée sur des collaborations entre les structures, à l'instar de celle qui se met en place entre le CH de Saint-Denis et le service de chirurgie pédiatrique Robert-Debré. Un certain nombre de praticiens formés par celui-ci ont été nommés PH à Saint-Denis. Pour conserver leur tech-

nicité, ils peuvent toutefois opérer certains patients à Robert-Debré. Les hématologues ont mentionné l'organisation et la répartition mises en place à Bordeaux entre le CHU et le secteur libéral. Le dispositif, non formalisé mais qui fonctionne, permet au secteur libéral d'assurer la prise en charge des pathologies ambulatoires. Cette solution apporte sans doute une réponse à la question posée par beaucoup de la pertinence de l'occupation des lits hospitaliers.

■ **LE REGROUPEMENT APPARAÎT COMME UNE FAÇON DE CONCILIER UN ACCÈS SATISFAISANT DE LA POPULATION AU SYSTÈME DE SANTÉ AVEC DES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE TRAVAIL ACCEPTABLES POUR LES PROFESSIONNELS**

La question du regroupement dépasse toutefois les activités où les nécessités techniques et thérapeutiques poussent à de telles évolutions. Elle résulte de deux autres préoccupations plus larges :

- la nécessité d'assurer une permanence des soins, en préservant des conditions de travail et de vie non détériorées ;
- la volonté de développer les collaborations de formes diverses entre professionnels de santé.

La nécessité d'assurer une permanence des soins concerne des exercices très différents. Elle se retrouve dans certains services hospitaliers, comme la réanimation, la chirurgie, les services d'urgence et elle s'impose aux médecins généralistes tenus d'assurer une permanence des soins de ville, y compris en dehors des heures d'ouverture de leur cabinet, c'est-à-dire le soir et les week-ends. L'exercice en cabinet de groupe offre des possibilités qui peuvent modifier le confort de l'exercice et l'organisation du temps. En effet, selon une enquête réalisée en 2002 par la DREES et la CNAMTS, l'exercice en groupe permet plus souvent l'emploi de personnel : seulement 16 % des médecins libéraux exerçant en société n'emploient aucun salarié (contre 53 % des médecins n'exerçant pas en groupe)¹². L'amélioration des conditions d'exercice, apportée notamment par la présence, beaucoup plus fréquente, d'un secrétariat chez les médecins en groupe, semble évidente. Selon une enquête réalisée en Bretagne, un généraliste répond en moyenne à 30 conseils téléphoniques par semaine et un tiers de ses consultations ne sont pas programmées¹³.

Les regroupements connaissent un développement important et ils suscitent un intérêt dû à différents facteurs. L'analyse de ce phénomène devrait être approfondie afin de mieux en appréhender les avantages, mais aussi les conditions juridiques et institutionnelles qui en permettraient le déploiement¹⁴. Par exemple, les ORL ont fait valoir, pour le secteur libéral, l'obstacle que constituent la cotation et la rentabilité très différentes des actes entre les diverses sous-spécialités que sont la cancérologie, l'exploration sensorielle (surdité, vertiges) et la rhinologie¹⁵.

En outre, la confirmation d'une telle réorganisation de l'offre devrait conduire à développer des évaluations permettant de saisir son impact sur l'accès aux soins car le phénomène de concentration des cabinets conduit mécaniquement à accroître les disparités entre les territoires. Il serait alors pertinent d'examiner la question de l'accessibilité de la population à un

12. AUDRIC (S.), art. cité.

13. LEVASSEUR (G.), BATAILLON (R.), SAMZUN (J.-L.), résultats de l'enquête « Conditions de travail » du baromètre des pratiques, URML Bretagne, 2002.

14. IGAS, rapport présenté par JEANNET (A.), DR VIENNE (P.), avec la participation de COSTARGENT (G.), *Étude des actions à mener pour favoriser le regroupement des professionnels de santé exerçant en libéral*, 2004 044, avril 2004.

15. La nouvelle classification des actes qui devrait aboutir en octobre 2004, dans le cadre de la refonte de la nomenclature, a pour objectif de repositionner la cotation d'un certain nombre d'actes.

plateau technique performant. Il deviendrait aussi indispensable de mieux réguler les trajectoires des patients. Les auditions ont en effet permis de souligner le problème aigu que représentent les orientations inadaptées, soit par défaut de détection en neurologie par exemple, puisque 25 % seulement des hypertendus sont détectés, soit du fait d'une occupation non pertinente des lits hospitaliers, évoquée notamment en médecine de la réadaptation, en hématologie et en chirurgie.

■ ■ La redéfinition des métiers et la recomposition des compétences

Un nombre croissant de médecins envisagent une évolution de l'exercice de leur activité, et ce pour des raisons qu'il convient de distinguer. On peut, de façon synthétique, identifier trois cas de figures.

Une première série de raisons se rapporte à une logique de recentrage sur le métier et à un bon usage de la qualification :

- la surspécialisation de certaines professions est déjà à l'œuvre en particulier chez les chirurgiens (orthopédie, chirurgie infantile, ophtalmologie par exemple, mais aussi néphrologie). Elle implique un recentrage sur le domaine ou la pathologie et une pratique sélective d'une activité, pour que soit maintenu un niveau d'intervention et de compétence de haut niveau dans le domaine. Un transfert d'une part de l'activité vers d'autres professionnels (médecins et non-médecins) constitue dans ce cas un moyen de préserver le temps nécessaire à l'activité de référence.
- la montée de la préoccupation de prévention, comme le suivi des pathologies chroniques se traduit par la croissance d'une activité de suivi médical des patients que certains spécialistes considèrent devoir être partagée avec d'autres professionnels, afin de préserver, comme dans le cas précédent, une activité conforme aux compétences acquises.

Une deuxième série d'éléments manifeste qu'il existe d'ores et déjà des pratiques de transferts, et la formulation d'un besoin de transfert est une façon d'en revendiquer la reconnaissance. Les manipulateurs radio et les orthoptistes rentrent dans cette catégorie.

Il existe enfin des évolutions de métiers qui traduisent l'interdépendance accrue des professionnels autour du soin et la nécessité de coopérations nouvelles. Elles sont liées au développement des technologies et elles appellent des collaborateurs, pour permettre l'utilisation des équipements (par exemple les manipulateurs d'électroradiologie médicale) et aussi, bien que cela dépasse le champ de la mission, leur maintenance. Elles sont également liées à la nécessité d'une intervention médico-sociale, considérée comme industrie endossée par les médecins (cf. la médecine physique et de réadaptation, la psychiatrie). Des recompositions des métiers sont enfin rendues nécessaires du fait de l'évolution des pathologies. Les recommandations consensuelles de prise en charge des patients et l'examen des capacités thérapeutiques devraient permettre d'éviter l'apparition d'une concurrence entre spécialités, évoquée lors des auditions.



En conclusion, les collaborations entre professionnels de santé sont généralement envisagées positivement car elles permettraient de récupérer du temps de travail médical, mais aussi du temps de formation complémentaire et de gagner du temps libre. Plusieurs aspects ont été soulignés comme particulièrement importants pour assurer leur crédibilité : outre la présence en effectifs des catégories appelées à la substitution ou au transfert, se pose la question de leur reconnaissance statutaire. L'autre aspect porte sur la rémunération des actes transférés. Ces évolutions envisagées positivement dans le secteur hospitalier, comme dans le secteur libéral, posent, plus spécifiquement pour le secteur libéral et le secteur médico-social, le problème de la solvabilité des employeurs leur permettant de rémunérer les salariés, que tous envisagent mieux formés. Enfin, la question de la responsabilité civile et des problèmes médico-légaux doit être traitée. Pour l'heure, les médecins considèrent qu'ils devraient conserver le contrôle, l'autorité et la responsabilité des actes.

■ Les évolutions souhaitables des contenus et des conditions de la formation

Contrairement à ce qui se passe dans de nombreux pays européens, le cursus des études du 3^e cycle n'offre en France aucun tronc commun de formation. Par ailleurs, l'exercice d'une discipline est exclusif, il n'existe aucune passerelle entre spécialités¹⁶. Cette situation entraîne des rigidités de carrière pesantes pour les étudiants en formation, et rend difficiles des évolutions d'exercice parfois nécessaires en termes d'offre de soins. La situation actuelle pourrait enfin constituer un frein au développement des coopérations entre les spécialités, présenté comme une nécessité pour une prise en charge des patients et des pathologies plus complète et polyvalente. C'est pourquoi des évolutions ont été largement préconisées lors des auditions.

La réflexion sur l'évolution des formations est évidemment alimentée par l'eupéanisation des diplômes. Elle est aussi liée, en rapport avec l'augmentation du numerus clausus, à la question des capacités de formation et des lieux pertinents pour les stages.

■ ■ Pour les médecins, la définition de troncs communs de formation, avant spécialisation, paraît une voie souhaitable

La définition de troncs communs, qui a presque été unanimement souhaitée, revêt selon les spécialités des objectifs divers. Le projet, évoqué devant l'Observatoire par les chirurgiens plastiques, serait de créer une formation commune de spécialité qui regrouperait dans son domaine la chirurgie maxillo-faciale, la chirurgie plastique, la chirurgie de la main et la chirurgie pédiatrique. Une plus grande unicité de la formation médicale et chirurgicale fait l'objet de réflexions avancées. Elle vise, pour les ORL, les ophtalmo et les gynécologues-obstétriciens par exemple, une approche moins cloisonnée du patient. Les inconvénients de

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

ce cloisonnement sont illustrés par les chirurgiens généraux et digestifs, car le fait qu'ils aient abandonné l'endoscopie les a éloignés du diagnostic et de la prise en charge globale des patients.

L'excès de spécialisation peut nuire également à la lisibilité de l'exercice auquel conduit le choix de la filière, comme cela a été souligné pour l'anatomie-cytologie. D'une façon générale, offrir aux futurs médecins des conditions de formation leur permettant de se faire une idée et de choisir en toute connaissance de cause leur future orientation paraît une priorité. Le fait que beaucoup de maquettes soient actuellement si contraignantes conduit à ce qu'un étudiant qui ne fait pas le choix d'une spécialité dès le premier stage ne peut plus véritablement changer d'orientation.

La question de la formation et de son évolution, comme celle des effectifs, a été fréquemment posée, lors des auditions, en lien avec l'évolution technique de l'exercice et la recomposition des activités que ces progrès susciteront. En d'autres termes, beaucoup soulignent les limites d'une gestion de la formation qui ne tiendrait pas compte de « ce qui doit être fait, et de ce qui va être fait ». Les besoins en effectifs, comme les contenus des formations sont à examiner également pour nombre d'entre eux à la lumière des transformations des prises en charge. Les chirurgiens généraux tentent de recueillir, par le biais d'un questionnaire, des éléments permettant de définir le contenu du métier. Ils ont aussi en projet de faire remplir, par chaque chirurgien, quelques pages sur le devenir d'une pathologie. On peut de même évoquer le fait que l'ensemble des chirurgiens développent leur réflexion en tenant compte de la diminution de la chirurgie invasive. Certains se posent la question de la part qui pourrait être attribuée aux conditions actuelles de la formation pour expliquer une rupture des vocations, ou la baisse de l'attractivité de la discipline.

■ ■ Le développement des stages en dehors des CHU assurerait de meilleures conditions d'apprentissage de l'exercice libéral

La formation est centrée sur les CHU, toutes les analyses convergent sur ce constat. Les auditions ont permis d'identifier que des inflexions en la matière seraient profitables tant à la formation elle-même qu'à l'apprentissage de l'exercice.

La situation actuelle présente plusieurs inconvénients : elle conduit d'abord à une non-familiarisation, voire une méconnaissance de l'exercice libéral. « La proximité avec l'hôpital rend toute rupture problématique », note A.-C. Hardy-Dubernet. Ce diagnostic qui rejoint celui de la plupart des spécialités est commenté avec une acuité particulière par les cardiologues, les chirurgiens digestifs, les pédiatres et les médecins généralistes. La méconnaissance de la pratique des soins hors CHU, mais également le manque d'éléments d'information sur le fonctionnement pratique des autres structures (hôpitaux périphériques, cabinets) pourraient constituer des explications aux reports constatés de l'installation. La pratique des remplacements permet en quelque sorte d'acquérir cette connaissance de l'exercice libéral. L'inconnu que représente le « hors CHU » pourrait aussi alimenter le mouvement grandissant qui s'opérerait chez les jeunes générations vers le statut salarié.

Un autre inconvénient fréquemment souligné est la trop grande attente que manifestent les étudiants à l'égard du clinicat. En conséquence, le nombre de postes d'internes affectés à une discipline dépend plus des possibilités de l'obtention d'un clinicat que des réalités démographiques et des besoins de répartition des personnes. Les dispositifs de postinternat, autres que le clinicat, n'offrent pas les mêmes avantages, en particulier l'accès à l'exercice en sec-

teur 2. Ils sont donc moins prisés par les internes. Les hôpitaux généraux manquent dans toutes les spécialités de postes de postinternat, et cette pénurie entretient leur manque d'attractivité.

L'augmentation du *numerus clausus* offre des opportunités de réformes que beaucoup soulignent. En particulier, le fait que les capacités de formation n'apparaissent pas toujours à la hauteur des besoins générés par cette augmentation pourrait permettre des évolutions. Il a été fréquemment souligné lors des auditions que la pénurie actuelle ou annoncée dans certaines spécialités pourrait constituer un facteur favorable pour revoir la répartition afin d'envisager une meilleure utilisation des possibilités et des lieux de formation.

Hormis les spécialités caractérisées par un exercice hospitalier pratiquement exclusif, pour des raisons techniques ou scientifiques, comme l'hématologie ou la génétique¹⁷, beaucoup de spécialités s'accordent pour souhaiter le développement de stages dans le secteur libéral et hospitalier non universitaire. De nombreux exemples illustrent l'engagement de réflexions permettant la définition de bonnes conditions d'accueil, car cet aspect constitue un préalable pour la crédibilité de l'opération. En Bourgogne, améliorer l'accueil des internes de médecine générale dans les hôpitaux généraux apparaît comme une voie pour parvenir à de futures installations mieux disséminées sur le territoire. Pour éviter l'isolement, les lieux de stage proposés dans cette région sont choisis de façon que les internes se retrouvent au moins à trois dans les hôpitaux généraux. Pour favoriser les stages dans les hôpitaux généraux, les internes ne peuvent choisir le CHU de Dijon comme lieu de stage qu'une seule fois parmi les cinq stages qu'ils doivent effectuer.

Enfin la définition standard de la garde paraît inappropriée et certains spécialistes, par exemple les chirurgiens orthopédistes et les spécialistes du radiodiagnostic, préconisent une prise en compte de la lourdeur de la garde.

■ ■ Il est souhaitable de conforter la compétence de soins des professions de santé paramédicales

Les améliorations souhaitées dans ce domaine visent en premier lieu à conforter la compétence de soins des professionnels de santé¹⁸. Les auditions ont en effet fait apparaître le risque que se développent des dérives marchandes. Elles se manifestent dans certains domaines de santé en émergence, comme l'obésité, ou l'esthétique, ou apparaissent dans des secteurs où une confusion entre dépistage et appareillage peut être entretenue. Le cas des opticiens est évoqué par les ophtalmologues. L'exemple d'entreprises commerciales qui réalisent des audioprothèses est avancé par les ORL. Ces entreprises effectuent un lobbying intense, en s'appuyant sur des médecins généralistes qu'ils salarient pour réaliser des audiogrammes conduisant à une prescription d'appareillage.

L'universitarisation de la formation constitue une réponse positive à cette exigence pour les masseurs-kinésithérapeutes, actuellement formés dans 37 écoles dont 11 sont

17. Au 1^{er} janvier 2003, cinq spécialités regroupent un pourcentage égal ou supérieur à 80% de praticiens en secteur libéral (dermatologie, gynécologie médicale, chirurgie plastique, ophtalmologie et stomatologie) ; à l'opposé, cinq en regroupent un pourcentage égal ou inférieur à 25% (médecine interne, néphrologie, oncologie médicale, chirurgie infantile et neurochirurgie). Source DREES.

18. Cf. MATILLON (Y.), *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des professions de santé*, rapport de mission à l'attention du ministre de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche et du ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, août 2003.

publiques, qui recrutent diversement soit sur diplômes, soit sur concours. C'est aussi le cas pour les orthoptistes, les 12 écoles qui assurent leur formation étant de niveaux très disparates. Le cadre universitaire pourrait assurer la formation des assistants dentaires, très peu nombreux car leur fonction actuelle est peu attractive, ou celle des gypsothérapeutes qui ne bénéficient ni de formation, ni donc de reconnaissance.

Des évolutions de la formation sont souhaitées dans certains cas pour permettre un accroissement de la technicité des interventions des infirmiers. De telles possibilités sont présentées comme nécessaires pour les IBODE, les infirmiers psychiatriques, les infirmiers anesthésistes. La spécialisation des infirmiers par pathologie, souhaitée par les oncologues notamment, ouvre des possibilités de création de compétences nouvelles, et permet une évolution technique de carrière, qui semble attendue. Cette spécialisation suppose toutefois que soient examinées la question des évolutions professionnelles ultérieures et celle du besoin d'infirmiers généralistes.

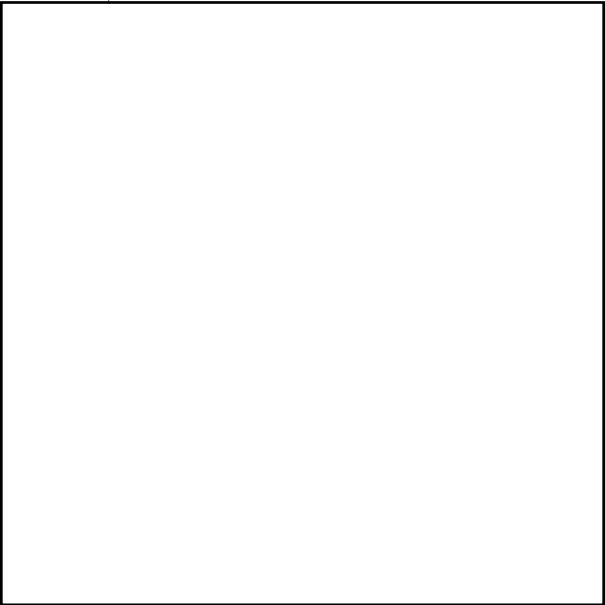
Enfin, une attention particulière semble devoir être portée aux professions techniques qui assurent le bon fonctionnement et la disponibilité des matériels¹⁹, comme les ingénieurs biomédicaux hospitaliers et les radio-physiciens, indispensables au bon fonctionnement de la dosimétrie. Bien que non classés parmi les professions de santé, ces personnels, en nombre très insuffisant, constituent un maillon indispensable dont l'absence peut nuire à la capacité de réponse du système de santé.



En conclusion, les professionnels développent face aux tensions actuelles et annoncées des réflexions qui indiquent une possibilité de sortie de crise qui s'appuierait sur des évolutions des conditions d'exercice et sur des évolutions des métiers. Ils témoignent, par leur capacité réflexive, mais aussi d'action, d'une réelle volonté de définir les parcours renouvelés de formation, des conditions de coopération plus adaptées et des règles de répartition plus équitables et performantes, au-delà des appartenances sectorielles.

19. SCHWEYER (F.-X.), *Les Ingénieurs biomédicaux hospitaliers. La gestion négociée des techniques et des modes d'intervention dans le champ hospitalier*. LAPSS, ENSP. Recherche financée par la mission Recherche de la DREES, novembre 2003.

CONTRIBUTIONS





Compte rendu des auditions
avec les professionnels de santé
*Résumés**

*Les auditions ont été réalisées par le conseil d'orientation,
avec le concours de Christine Daniel (IGAS)
et de Sylvie Le Laidier (Département des études
et des statistiques, CNAMTS)*

* Les comptes rendus exhaustifs sont consultables sur le site de l'Observatoire.

TABLEAU 1

LES EFFECTIFS DES PROFESSIONS DE SANTÉ AUDITIONNÉES

Spécialités au 1 ^{er} janvier 2003	Ordre	ADELI sur un champ comparable à l'Ordre	ADELI	Qualifiés spécialistes	Médecins exerçant la spécialité ¹ (au sens d'ADELI)
Anatomie et cytologie pathologiques	1 521	1 559	1 631	1 550	1 600
Anesthésie-réanimation	9 511	9 711	10 365	9 500 à 9 700	10 350
Cardiologie	5 705	5 746	5 904	5 700	5 900
Hépatogastro-entérologie	3 199	3 240	3 324	3 200	3 300
Hématologie	187	228	310	200	600
Médecine nucléaire	445	366	375	400	550
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	1 816	1 816	1 916	1 800	1 900
Néphrologie	1 035	1 040	1 114	1 000	1 300
Neurologie	1 652	1 680	1 729	1 650	1 700
Oncologie médicale	512	508	523	500	500
Pédiatrie	6 320	6 427	6 628	6 300 à 6 400	7 000
Pneumologie	2 462	2 563	2 659	2 450 à 2 550	2 650
Radiodiagnostic et imagerie médicale	7 392	7 392	7 604	7 400	7 600
Gynécologie-obstétrique	2 742	5 266	5 352	2 750	5 350
Chirurgie générale	4 858	4 669	4 802	4 800	4 000
Chirurgie viscérale Chirurgie digestive	370	398	492	400	500
Chirurgie infantile	79	88	102	80	100
Chirurgie orthopédique et traumatologique	2 190	1 951	2 026	2 000 à 2 200	2 000
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	269	324	324	300	700
Chirurgie urologique	395	484	515	500	1 000
Chirurgie vasculaire	414	320	338	300 à 400	300 à 400
Ophthalmologie	5 508	5 487	5 506	5 500	5 500
Oto-rhino-laryngologie	2 971	2 980	3 025	3 000	3 000
Psychiatrie + neuropsychiatrie	12 781	13 069	13 741	12 800 à 13 000	13 750
Santé publique	1 406	948	1 089	1 000 à 1 400	1 400
Médecins généralistes/omnipraticiens	107 832	108 183	100 682	108 000	100 000
Chirurgiens-dentistes	42 531		41 375	-	-
Masseurs-kinésithérapeutes			58 109	-	-

SOURCE : Bureau des professions de santé, DREES.

1. Au sens d'ADELI : incluant les praticiens hospitaliers (PH) non qualifiés spécialistes et les compétents exclusifs.

Ce tableau présente, pour les 28 spécialités et professions auditionnées, les effectifs recensés selon les différentes sources et selon les différents champs retenus.

LECTURE : les spécialités pour lesquelles des écarts notables subsistent entre les deux sources sur le nombre de qualifiés sont indiquées en gras ; les professions et les spécialités pour lesquelles des écarts significatifs ont été constatés, lors de l'audition, entre les effectifs recensés par l'Ordre des médecins et par ADELI, et les effectifs connus par la profession sont mentionnées en gras italique.

■ ■ Anatomie et cytologie pathologiques

Le fichier ADELI comme le fichier de l'Ordre des médecins recense environ 1 500 spécialistes en anatomie et cytologie pathologiques au 1^{er} janvier 2003 (France entière). À la même date, la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) recense environ 700 praticiens libéraux, avec une légère progression des effectifs sur les cinq dernières années (+ 2 % en moyenne) et une progression plus importante de l'activité (+ 5 % en moyenne).

L'une des préoccupations essentielles exprimées lors de l'audition est relative à la diminution des flux de spécialistes formés dans la spécialité. Le nombre annuel de nouveaux diplômés à l'échelle nationale a en effet chuté de 88 (moyenne 1980-1989) à 41 (moyenne 1990-1999). En 2000 et 2001, il y a eu 35 DES délivrés dans la discipline et en 2002, ils étaient 38. Les estimations du nombre de DES délivrés dans un futur proche font apparaître une diminution encore plus prononcée : les professionnels estiment qu'entre 2004 et 2007 environ 18 DES seront délivrés chaque année.

Cette diminution des flux se traduit directement sur le nombre de postes d'internes, avec une forte augmentation des postes d'internes non pourvus dans cette spécialité.

Ces flux de formation faibles s'expliquent donc notamment par le fait que les capacités de formation ne sont pas remplies. La profession d'anatomo-cyto-pathologiste est mal identifiée par les étudiants et apparaît peu attractive. Il s'agit d'une discipline abordée tardivement dans le cursus et les étudiants ne la connaissent que très mal. L'un des efforts actuels de la spécialité pour répondre à cette difficulté vise à mieux expliquer comment elle se situe dans les maillons du diagnostic et du pronostic en cancérologie.

Le second point majeur développé lors de l'audition concerne l'évolution de la spécialité vers des regroupements autour de plateaux techniques de plus en plus équipés, regroupant au minimum 4 ou 5 spécialistes. Une telle évolution est rendue nécessaire par la conjonction de plusieurs éléments :

- un souci de qualité des diagnostics, car un recrutement suffisant de population est nécessaire pour valider un certain nombre de nouvelles techniques de diagnostic ;
- la volonté d'attirer des jeunes médecins, qui, dans le public comme dans le privé, souhaitent exercer dans des structures ayant une taille minimale ;
- l'organisation des transferts de compétence vers divers professionnels bien formés, qu'il s'agisse de cyto-techniciens pour l'interprétation de certains prélèvements, ou d'autres types de métiers, liés par exemple à la gestion de tumérothèque (spécialistes des techniques du froid, informaticiens, spécialistes de recueil de données en épidémiologie...).

■ ■ Anesthésie-réanimation

L'anesthésie-réanimation est l'une des spécialités où les écarts entre les données ADELI et celles du Conseil national de l'ordre sont importants du fait des différences de définition (respectivement 10 365 et 9 511 spécialistes), ADELI retient les médecins ayant réussi le concours national de praticien hospitalier dans une spécialité sans avoir la qualification de spécialiste, évalués à 654 au 1^{er} janvier 2003. À champ comparable au 1^{er} janvier 2003, le nombre de spécialistes en anesthésie-réanimation est de 9 700 dans ADELI et de 9 500 dans le fichier de l'Ordre. Les données de la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) montrent que, depuis 2000, le nombre d'anesthésistes libéraux a amorcé une baisse, passant de 3 304 à 3 266. L'activité demeure, en moyenne, en progression, spécialement pour les actes chirurgicaux.

Les professionnels auditionnés ont transmis plusieurs enquêtes à l'Observatoire, avec des résultats sur la qualification et l'activité des médecins anesthésistes-réanimateurs : ces enquêtes font apparaître l'importance des diplômes complémentaires (médecine d'urgence ou de catastrophe, prise en charge de la douleur, réanimation...); de très fortes disparités entre la taille des équipes dans le privé (3,7 médecins en moyenne) et le public (9,4 en moyenne); une activité très majoritairement tournée vers l'anesthésie, avec une part faible de la réanimation ou de la prise en charge de la douleur; l'importance de l'activité de gardes.

Une enquête spécifique sur les réanimateurs a montré qu'il existait dans cette spécialité un fort décalage entre le nombre d'étudiants inscrits dans le DESC de réanimation et le nombre de jeunes qui, d'une part, obtenaient leur diplôme et, d'autre part, exerçaient effectivement cette spécialité après avoir obtenu le diplôme. Il y a donc d'importants phénomènes de fuite, qui font qu'il n'y a pas adéquation, loin de là, entre inscription en DESC et exercice de la pratique.

S'agissant du recrutement en anesthésie-réanimation, les professionnels de la spécialité considèrent que la filiarisation de leur spécialité a atteint son objectif puisqu'elle a permis de procéder à une stabilisation des flux. Il n'y a pas aujourd'hui de problème d'attractivité de la spécialité, comme en témoignent les choix des internes qui placent souvent l'anesthésie en bonne position. Il existe en revanche un problème d'attractivité en libéral. Le montant des primes d'assurance est une explication, mais insuffisante. La faible attractivité du secteur libéral vient aussi du fait que la plus petite taille des équipes rend difficile le tout aménagement du temps de travail ou des contraintes liées à cette spécialité.

Dans les évolutions techniques qui affectent leur profession, les professionnels ont souligné que certaines techniques chirurgicales (par exemple sous coelioscopie) amélioraient nettement le résultat pour le patient, mais représentaient un temps plus long dans le bloc opératoire. D'autres évolutions sont également consommatrices de temps pour les anesthésistes-réanimateurs, notamment les consultations préalables d'anesthésie, obligatoires depuis 1994 et les demandes des patients en matière de prise en charge de la douleur.

Pour les professionnels, ces évolutions impliquent des changements dans l'organisation du travail, avec la mise en place d'équipes d'anesthésie sous le contrôle direct d'un médecin, mais nécessitent aussi un suivi de certains actes par les infirmières anesthésistes diplômées d'État (IADE). En toute hypothèse, les réorganisations hospitalières avec le développement de blocs opératoires communs à plusieurs spécialités sont un élément essentiel pour organiser à effectif constant de médecins, une réponse à la demande satisfaisante.

■ ■ Cardiologie

Les données du Conseil de l'ordre et celles d'ADEL tendent à se rapprocher et comptabilisent à champ comparable entre 5700 et 5800 cardiologues spécialistes au 1^{er} janvier 2003 (France entière), auxquels doivent être ajoutés dans le fichier ADEL les praticiens reçus au concours de praticien hospitalier sans avoir la spécialité en cardiologie. À la même date, la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) recense un peu plus de 4000 cardiologues libéraux, dont les effectifs sont en très légère progression sur les cinq dernières années. L'analyse de l'activité fait apparaître une augmentation parallèle des consultations (+ 0,6% en moyenne par an entre 1998 et 2002) et une progression plus rapide des actes chirurgicaux (+ 2,2% en moyenne par an entre 1998 et 2002).

La spécialité dans son ensemble conserve une bonne attractivité. En revanche, l'une des préoccupations majeures de la profession est liée à la diminution du nombre des sorties de DES et ses conséquences. La cardiologie a en effet été considérée comme une discipline excédentaire et cela a contribué à la baisse rapide des étudiants en cardiologie et des postes d'internes offerts. De ce fait, les demandes de qualification en cardiologie par la voie des commissions ordinales ont fortement augmenté à la fin des années 1990 et au début des années 2000. Selon le rapport réalisé à l'initiative de la société française de cardiologie, 254 demandes de qualification en cardiologie ont été enregistrées en 2001, dont une majorité à la demande de praticiens adjoints contractuels.

Par ailleurs, pour les professionnels, l'un des problèmes importants est qu'aujourd'hui les jeunes internes n'ont plus de contact avec la cardiologie libérale. Une majorité ne connaît que l'hôpital et privilégie donc une carrière hospitalière. Il s'agit d'une différence importante par rapport aux cardiologues des générations précédentes qui faisaient souvent des remplacements dans des cabinets libéraux. L'attraction envers les carrières hospitalières a encore été renforcée par le fait que de nombreux postes ont été créés ces dernières années.

Pour les professionnels, une question centrale est donc la diminution prévisible des effectifs de la spécialité, dans un contexte où les besoins augmentent : la prévalence des pathologies cardio-vasculaires est en constante progression ; de nouvelles techniques de prise en charge se sont développées comme la cardiologie interventionnelle ; les pathologies chroniques augmentent. Face à cela les effectifs vont diminuer et, de plus, la féminisation de la profession va se produire à un rythme plus rapide que dans d'autres professions, risquant d'entraîner davantage encore une diminution de l'offre de soins. Les réponses devront être trouvées à travers une meilleure organisation (regroupements autour de plateaux techniques et de pôles de référence en milieu hospitalier) et des redistributions d'activités dans la prise en charge de pathologies chroniques (liens avec la médecine générale, création d'un métier de techniciens en cardiologie).

■ ■ Hépatogastro-entérologie

Les données d'ADELI et celles du Conseil de l'ordre sur les hépatogastro-entérologues sont convergentes à champ comparable : 3 200 spécialistes environ sont recensés selon les deux sources au 1^{er} janvier 2003 (France entière), auxquels il faut ajouter un peu moins d'une centaine de praticiens recrutés dans cette spécialité comme praticien hospitalier (PH) sans avoir eu au préalable la qualification reconnue. 2 086 gastro-entérologues ont une pratique libérale en 2002, parmi eux un tiers exerce également à l'hôpital. 171 praticiens sont des médecins hospitaliers temps plein ayant une consultation privée à l'hôpital public.

Selon les professionnels auditionnés, qui ont réalisé un important travail collectif d'analyse et de prospective à travers le « Livre blanc de l'hépatogastro-entérologie », il existe une réelle crise démographique dans la profession liée à la baisse importante du nombre d'internes. Selon un travail effectué par l'Assistance publique de Paris, et portant sur les internes en Île-de-France, le nombre d'internes dans la discipline a diminué de 54 % depuis 1994. Alors que 130 médecins étaient formés par an en moyenne au niveau national, ce nombre est actuellement de 50. La baisse importante du nombre des étudiants choisissant actuellement le DES d'hépatogastro-entérologie laisse donc prévoir, selon les professionnels, un déficit plus important que celui qui est établi dans les projections de la DREES.

Plusieurs éléments se conjuguent pour expliquer la diminution des juniors dans la spécialité :

- la filiarisation a desservi les spécialités qui n'étaient pas filiarisées ; or l'hépto-gastro-entérologie ne l'est pas ;
- Il n'y pas d'indexation entre le nombre d'internes, le nombre de chefs de clinique et l'importance de la population et surtout pas d'incitation à l'installation dans les zones ayant la densité la plus faible en HGE. L'examen national classant risque d'aggraver cette situation ce qui, selon les professionnels auditionnés, devrait conduire à envisager une régionalisation de l'installation ;
- certaines caractéristiques de la spécialité contribuent à une diminution des juniors. C'est un métier jugé lourd, à cause des pathologies traitées (hépatologie, oncologie digestive) et de leur diversité. Enfin c'est une spécialité demandant un haut niveau de technicité, à travers certains actes comme l'endoscopie, que tous les praticiens doivent acquérir ;
- des incertitudes liées au passage de la nomenclature (NGAP) à la classification commune des actes médicaux (CCAM) ont pu également peser.

Cette diminution transitoire des effectifs d'internes se produit dans un contexte de tensions sur l'offre de soins. Les problèmes immédiats qui concernent plutôt les hôpitaux, centres hospitaliers universitaires (CHU) et centres hospitaliers généraux (CHG), se manifestent par la tension sur les lits du fait de l'implication de la spécialité dans l'aval des SAU (hémorragie digestive, insuffisance hépto-cellulaire, syndromes douloureux abdominaux...). Elles proviennent aussi de l'implication de la spécialité dans la lutte contre le cancer et dans des pathologies fréquentes et graves (hépatite C et alcool), ainsi que de son implication dans l'endoscopie digestive. Les évolutions techniques à venir vont affecter l'exercice de la spécialité et conduire à une concentration des plateaux techniques, complexes, intimement liés à la présence des anesthésistes-réanimateurs, ce qui rendra impossible l'exercice dans des bassins de population de moins de 50 000 habitants.

■ ■ Hématologie

L'hématologie est une spécialité pour laquelle il subsiste des écarts entre les chiffres issus d'ADELI et de l'Ordre à champ comparable (respectivement 310 et 187). Ces écarts s'expliquent vraisemblablement par l'existence d'un nombre important de médecins généralistes, biologistes ou spécialistes ayant une compétence en hématologie, dont on ignore dans les deux sources s'ils exercent ou non cette compétence. Selon les professionnels, ces médecins exercent effectivement la spécialité et doivent être pris en compte dans les effectifs, qu'ils estiment à 500 hématologistes environ : le DES étant très récent, les hématologistes en activité sont généralement des généralistes ayant une compétence en hématologie.

L'une des préoccupations des professionnels tient aux difficultés de recrutement dans la spécialité, avec une diminution du nombre de postes d'internes offerts dans la discipline, à laquelle s'ajoutent des vacances de postes. Cette diminution s'est produite alors que la RTT et les compensations de gardes ont augmenté les besoins. La spécialité est en effet confrontée à une augmentation de l'activité hospitalière sur les pathologies lourdes et un développement de l'ambulatoire. La part des pathologies malignes représente 95% de l'activité en hospitalisation, et 60 à 70% de l'activité de consultation, consacrée pour le reste du temps à la pathologie bénigne (thrombopénies, anémies, etc.). Les thromboses et autres troubles de la coagulation sont pris en charge en consultation par les hématologistes biologistes.

Les professionnels ont également souligné les spécificités de la discipline par rapport à l'oncologie. Le nouveau DES commun, d'oncologie-hématologie, d'une durée de cinq ans, permet, après une base commune de s'orienter en oncologie, en hématologie, en radiothérapie ou en onco-hématologie. Son intérêt, pour les professionnels, est d'augmenter la palette des débouchés, en particulier hors centre hospitalier universitaire (CHU) (centre hospitalier général (CHG), libéral). Les deux activités présentent toutefois des spécificités, avec des durées de séjours hospitaliers en hématologie beaucoup plus longues qu'en oncologie (aplasies longues, greffes). Les professionnels s'accordent toutefois sur le fait que l'existence de ces possibilités multiples de formation pose deux problèmes : le premier concerne leur lisibilité par les étudiants, le second porte sur les choix à opérer pour le renouvellement des compétences et des postes. Le besoin est évalué à 20 DES par an (au lieu de 10 actuellement) en hématologie.

Les professionnels ont également exprimé une préoccupation particulière liée à l'éclatement et à la spécialisation des laboratoires. Les techniques d'analyses sont devenues un élément majeur de la stratégie thérapeutique et de son suivi, en particulier dans les leucémies et très prochainement dans les lymphomes. Les pôles cliniques d'hématologie doivent donc s'appuyer sur des plateaux techniques regroupant toutes les compétences en hématologie cellulaire (cytologie, phénotypage, cytogénétique, biologie moléculaire).

■ ■ Médecine nucléaire

Une partie importante de l'audition a été consacrée aux écarts de chiffres. Il existe en effet des décalages importants entre les données de l'Ordre et les données d'ADELI (respectivement 445 et 375). Ces décalages s'estompent dès lors que l'on prend en considération les compétences en médecine nucléaire et non exclusivement les spécialistes dans cette discipline. Cela aboutit à une estimation entre 520 et 530 médecins exerçant la médecine nucléaire au 1^{er} janvier 2003 (France entière), donnée qui semble réaliste aux professionnels. Il existe en effet à la fois des médecins généralistes et des médecins spécialistes (radiologues, cardiologues, endocrinologues) qui exercent principalement en médecine nucléaire. Les données de l'assurance-maladie sur les spécialistes libéraux en médecine nucléaire ont également été approfondies car le découpage récent en sous-spécialités aboutit à une image faussée de la profession. De même, en partant des médecins dont la part des honoraires provient majoritairement d'actes cotés en ZN (scintigraphies notamment) la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a proposé une réestimation du nombre de spécialistes libéraux à 195 médecins, nettement supérieure à celle qui résulte de la déclaration des médecins eux-mêmes dans cette spécialité.

Les professionnels ont évoqué les problèmes de flux de formation dans leur discipline, en indiquant qu'après une période difficile dans les années 1996-1999 les flux de formation semblaient se stabiliser autour de 20 par an, ce qui correspond selon eux aux besoins.

Les professionnels auditionnés ont particulièrement insisté sur les difficultés actuelles qui existaient dans la spécialité dans la région Île-de-France. En effet, si la spécialité offre dans l'ensemble une bonne attractivité pour les étudiants, notamment du fait de sa forte technicité, il y a un très important déficit d'internes inscrits en Île-de-France. Selon les professionnels, il y aurait un seul interne dans cette spécialité, alors que dans toutes les autres régions, les jeunes se disputent les postes en médecine nucléaire. Cela s'expliquerait notamment par la très grande concurrence existant sur les stages validants, beaucoup étant occupés par des internes en formation dans d'autres disciplines (radiologie, endocrinologie, cardiologie).

À cela s'ajoutent des problèmes d'organisation spécifiques à la région Île-de-France : d'une part, les installations dans le secteur privé sont largement saturées à l'heure actuelle ; d'autre part, l'AP-HP en milieu hospitalier a concentré la plupart des autorisations d'installations de matériel, sans que ces installations ne soient nécessairement opérationnelles, notamment faute de personnel pour les faire fonctionner.

■ ■ Rééducation et réadaptation fonctionnelle

Les données issues du répertoire ADELI et celles issues du fichier national de l'Ordre des médecins convergent à champ comparable, et sont cohérentes avec celles issues d'enquêtes réalisées par les professionnels. Elles conduisent à évaluer à environ 1900 le nombre de praticiens spécialistes en médecine physique et de réadaptation au 1^{er} janvier 2003 (France entière). Les données de la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) sont également convergentes, avec environ 600 spécialistes libéraux en médecine physique et de réadaptation à la même date, et font apparaître une diminution des médecins libéraux dans cette spécialité de 2,2 % par an en moyenne sur les cinq dernières années.

La principale préoccupation de la profession exprimée lors de l'audition renvoie à la relative faiblesse des effectifs actuels et des effectifs en formation, au regard des évolutions prévisibles des besoins. L'introduction depuis peu d'un « module handicap » dans le cursus des études de médecine devrait améliorer la connaissance de cette spécialité par les étudiants.

Sur les effectifs actuels, plusieurs signes de tensions ont été évoqués : le développement de petites annonces pour des remplacements faisant appel à des spécialistes d'autres disciplines ; les passages de l'exercice libéral vers un exercice salarié ; l'avancement des âges constatés de départ à la retraite ; des difficultés de recrutement de la part d'associations comme l'Association des paralysés de France.

Sur les effectifs en formation, les professionnels ont indiqué que le nombre d'internes dans cette spécialité avait fortement baissé dans les années 1990, avec une moyenne de 21 diplômés par an. Pour compenser la diminution du nombre de DES, un diplôme inter-universitaire (DIU) a été mis en place et ouvert pour la première fois pour l'année 2003-2004. Il est en principe réservé à des médecins ayant déjà eu une activité salariée antérieure dans un centre de rééducation (25 médecins inscrits en première année dans la faculté Nancy-Dijon-Strasbourg ; 3 médecins inscrits à la faculté de Marseille). La demande est en effet très importante et ne pourra que s'accroître avec le vieillissement de la population. En outre, selon eux, le transfert de tâches n'est pas une perspective qui permet d'envisager un allègement de la charge de travail. En effet, aujourd'hui déjà, l'exercice quotidien d'un spécialiste en médecine physique et de réadaptation consiste à organiser la prise en charge et à construire des plans d'action thérapeutiques pour les patients, sachant que les actes eux-mêmes sont déjà souvent réalisés par d'autres professions, notamment par des kinésithérapeutes, des psychomotriciens, des infirmiers à domicile... L'enquête réalisée en milieu libéral transmise à l'Observatoire montre ainsi que 82 % des médecins ayant répondu sont des employeurs avec 3 salariés en moyenne et que la grande majorité participent à des réseaux de soins structurés.

■ ■ Néphrologie

La néphrologie constitue une spécialité médicale pour laquelle les différences entre les chiffres enregistrés par ADELI et les chiffres du Conseil national de l'ordre sont significa-

tives mais expliquées : au 1^{er} janvier 2003, l'Ordre recense 1 035 néphrologues et ADEL1 en recense 1 114 dont 75 praticiens hospitaliers recrutés sans être qualifiés dans la discipline (données France entière). Les données transmises par la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) montrent que les néphrologues libéraux sont 280 à la même date, soit environ 20 % des professionnels dans cette spécialité.

Les résultats d'une enquête conduite par la société de néphrologie donnent 1 326 néphrologues au 31 décembre 2002, soit environ 250 néphrologues de plus que ceux recensés dans le fichier ADEL1. Ce chiffre rejoint les données sur le nombre de médecins ayant une compétence en néphrologie, estimé à 200 environ dans le fichier de l'Ordre comme dans le fichier ADEL1. Il est également cohérent avec l'analyse des professionnels qui considèrent qu'un nombre significatif de médecins ont développé une pratique importante, voire quasi exclusive de dialyse, sans nécessairement avoir une qualification de spécialiste reconnue au niveau du Conseil de l'ordre.

Les difficultés de recrutement en néphrologie sont l'une des préoccupations fortes de la profession : il y avait 104 inscrits en DES en 1999, contre 81 en 2003. Ceci est d'autant plus préoccupant qu'après le clinat certains médecins formés s'orientent vers d'autres voies que la pratique médicale de la néphrologie (départs vers l'industrie pharmaceutique, physiologie, cités comme exemples lors de l'audition). Les professionnels considèrent ainsi que le déficit à venir est certain – le nombre de néphrologues actuellement formés (37 DES de néphrologie attribués en 2002) étant inférieur aux départs à la retraite prévus pour 2010. L'une des raisons de la faible attractivité de la discipline tient à l'importance des gardes et à la charge de travail dans la spécialité, qui s'accroît avec la baisse du nombre des internes. Par ailleurs, les services où il n'y a qu'un seul interne sont en général peu recherchés par les jeunes.

Une autre difficulté soulignée tient au fait que les stages de néphrologie ne sont plus validants pour les spécialités de médecine interne ou de cardiologie. Cela est dommageable à la fois pour le fonctionnement des services de néphrologie, qui perdent de ce fait des internes, mais aussi plus largement pour la formation des médecins. Il est à titre d'exemple essentiel que des cardiologues soient précisément formés à l'usage des diurétiques. Si la mixité entre disciplines disparaît totalement dans la formation, cela aura des conséquences négatives sur la qualité des soins.

Les professionnels considèrent que l'une des solutions réside dans des transferts de compétence, notamment pour faire prendre en charge une partie de la surveillance de dialyse par des infirmiers diplômés d'État, sous le contrôle des médecins.

■ ■ Neurologie

La neurologie est une spécialité médicale pour laquelle les différences entre les chiffres enregistrés par ADEL1 et les chiffres du Conseil national de l'ordre sont faibles, à champ comparable, 1 680 neurologues sont recensés au 1^{er} janvier 2003. La Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) recense à la même date 763 neurologues libéraux, ce qui représente un effectif en progression de 2,8 % en moyenne par an depuis 1998, avec une progression plus rapide de l'activité sur la même période.

Le Livre blanc de la neurologie, publié en 2001, fait le point sur les principales évolutions de cette discipline. C'est une spécialité relativement jeune avec des pathologies en plein développement : maladie de Parkinson, sclérose en plaques, démences dont Alzheimer (400 000 cas aujourd'hui, un million en 2010), épilepsie... Pour toutes ces pathologies, le neurologue est devenu de plus en plus prescripteur, des stratégies théra-

peutiques existant en effet aujourd'hui pour des pathologies qui n'étaient pas prises en charge il y a 10 ou 20 ans. Les besoins ont donc fortement progressé dans la spécialité selon les professionnels.

Or, face à cela, la discipline apparaît relativement peu attractive, en libéral comme en hospitalier. Cette faible attractivité est aujourd'hui très visible dans le recrutement des internes : pour l'Île-de-France, il y avait 20 internes en neurologie en 1996 et ils étaient 6 en 2002. Elle a des conséquences pour l'accès aux soins.

En milieu libéral, les professionnels auditionnés considèrent que leur profession est souvent mal reconnue. L'importance des consultations dans la spécialité et la longueur de ces consultations (35 à 40 minutes), le faible nombre d'actes techniques réalisés par les neurologues eux-mêmes – qui ont de fait transféré vers d'autres professionnels la réalisation d'examen neurologiques – aboutissent à une faible rémunération des neurologues libéraux, alors même que ceux-ci sont très qualifiés.

Dans le milieu hospitalier, les professionnels auditionnés ont surtout souligné que l'organisation actuelle ne permettait pas une prise en charge satisfaisante des pathologies neurologiques :

- les urgences neurologiques (perte de connaissance, hémiparésie...) qui arrivent aux portes de l'hôpital ne peuvent être prises en charge de façon satisfaisante faute d'un maillage territorial adéquat ;
- il existe une inadéquation entre l'offre de soins en neurologie et les pathologies prises en charge au niveau hospitalier. Les professionnels auditionnés considèrent ainsi qu'un tiers des lits sont occupés par des patients qui devraient relever d'autres structures de prise en charge, principalement les centres de rééducation ;
- l'organisation actuelle du système de soins ne permet pas une détection suffisante des pathologies neurologiques, en particulier de l'hypertension.

Selon les professionnels auditionnés, cela se traduit par une situation de plus en plus tendue dans l'accès aux consultations de neurologie. Dans le secteur libéral, les délais pour un rendez-vous sont passés de cinq semaines à un délai compris entre six et huit semaines. Pour les hôpitaux publics, il y a en moyenne un délai de trois mois pour obtenir une consultation et dans certains cas des délais supérieurs. La crainte que suscite la maladie d'Alzheimer dans la population a provoqué une explosion des demandes de consultations de mémoire. Les professionnels font ainsi le parallèle entre la densité des neurologues (3 pour 100 000 habitants) et celle des psychiatres (23 pour 100 000 habitants) et considèrent qu'un rééquilibrage entre disciplines doit être programmé, au profit des neurologues.

■ ■ Oncologie médicale

Au 1^{er} janvier 2003, les données de l'Ordre et celles d'ADELI sur le nombre de spécialistes concordent, avec un peu plus de 500 oncologues médicaux et environ 600 oncologues radiothérapeutes, soit un total de 1100 spécialistes. Sur cet ensemble, la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) dénombre plus de 400 spécialistes libéraux dont les effectifs sont en progression régulière sur les 5 dernières années (+ 6,6 % en moyenne annuelle) et dont l'activité croît également fortement (entre 10 % et 12 % de croissance moyenne selon les actes). Un écart de chiffres demeure toutefois sur le nombre de médecins ayant une compétence en cancérologie médicale, qui est de 1800 dans le fichier ADELI et de plus de 2300 dans le fichier de l'Ordre.

L'une des préoccupations essentielles présentées par les professionnels renvoie à la faible visibilité de leur spécialité et à une attractivité également faible pour les jeunes. Plusieurs facteurs contribuent à expliquer cette situation :

- les maquettes de formation sont actuellement très compliquées, et de plus ne permettent aucune passerelle avec d'autres spécialités proches sur certains points, comme l'hématologie ;
- il n'y a pas suffisamment de postes formateurs pour accueillir des jeunes en formation ; le déficit en chefs de clinique est particulièrement souligné ;
- le fait que la spécialité soit peu connue est lié à ce problème des stages : certains étudiants à Paris n'ont, au cours de leurs études, aucun contact avec un service de cancérologie.

Or la situation des oncologues médicaux est aujourd'hui très tendue, notamment parce que les besoins s'accroissent, en raison du vieillissement, d'une augmentation de la durée de survie sans guérison et, de la progression des soins palliatifs. Les besoins proviennent également d'une demande accrue des patients et de leur famille d'un temps pour le dialogue. Il en résulte une impression, partagée par tous bien qu'elle ne soit étayée par aucune donnée quantifiée, d'une baisse du temps consacré aux soins. Les solutions évoquées lors de l'audition sont : la délégation des traitements sur des structures plus proches du domicile, la création de centres d'information pour les généralistes, l'augmentation de la chimiothérapie et de l'hospitalisation à domicile, afin d'améliorer la prise en charge et d'alléger les structures.

Pour l'oncologie radiothérapique également, les besoins apparaissent croissants. Le nombre de malades à irradier, qui représentait 170 000 personnes en 1999, est évalué à 190 000-200 000 en 2005, et à 210 000-220 000 personnes en 2010. Sur cette base, le nombre d'oncologues radiothérapeutes à former serait, d'ici à 2010, de 210 à 435. Cela impliquerait la formation de 35 oncologues radiothérapeutes par an, le nombre actuel étant de moins de 15. La question de l'équipement en matériel est également sensible dans ce contexte : les plages d'utilisation vont parfois de 6 heures à 22 heures, dans les secteurs privé et public.

Les secteurs libéral et public rencontrent en outre des difficultés particulièrement aiguës de recrutement de manipulateurs radio et de radiophysiciens. Le déficit se manifeste surtout en Île-de-France. Ces physiciens ne sont pas classés actuellement parmi les professionnels de santé. L'une des priorités serait de rendre ces métiers plus attractifs.

■ ■ Pédiatrie

La pédiatrie constitue une spécialité médicale pour laquelle il existe de faibles écarts entre les chiffres enregistrés par ADELI et les chiffres du Conseil national de l'ordre. Les deux sources recensent respectivement, au 1^{er} janvier 2003, 6 300 et 6 600 pédiatres (France entière). À champ comparable, 6 427 spécialistes sont recensés. Le nombre de pédiatres libéraux a diminué entre 1998 et 2002, avec une baisse de 1,4 % par an en moyenne. La pédiatrie est également l'une des spécialités libérales où l'âge moyen des praticiens est le plus élevé – avec un âge moyen de 49 ans pour les femmes et de 53 ans pour les hommes.

Les données transmises par la profession concernent le secteur hospitalier et illustrent les préoccupations de la profession sur les besoins hospitaliers en pédiatrie. Plusieurs éléments ressortent de ces travaux : les fortes disparités régionales dans les moyens humains

(pour les médecins comme les personnels infirmiers), les fortes tensions existant dans les prises de garde, avec des équipes bien souvent inférieures en nombre à ce qui serait nécessaire pour organiser ces gardes dans de bonnes conditions, conformément aux textes.

Ces données rejoignent également la principale préoccupation exprimée par les professionnels, à savoir les difficultés de recrutement dans leur discipline.

En milieu hospitalier, plusieurs facteurs sont cités : le rythme des gardes ; la part croissante des urgences dans l'activité – qui nuit à une activité programmée de bonne qualité ; la prise en charge des familles et pas seulement des enfants. Sur ces questions, les professionnels auditionnés reconnaissent que des regroupements de services amélioreraient la situation, notamment en organisant les gardes sur une base élargie, mais ceci se heurte souvent aux souhaits des maires de maintenir les urgences pédiatriques dans leur commune.

La désaffection pour la carrière libérale s'explique par d'autres facteurs. Un élément central est la méconnaissance de ce type d'exercice, beaucoup de jeunes n'ayant pas effectué de stage en exercice libéral ou en pédiatrie communautaire. Plusieurs des professionnels auditionnés souhaitaient ainsi une formation sur cinq années, autorisant plus d'ouverture vers d'autres modes d'exercice que l'hôpital. Joue également une mauvaise lisibilité du métier de spécialiste en ville. Il n'y a pas de frontière claire entre ce qui relève du pédiatre et ce qui relève du généraliste. Par ailleurs, les professionnels ont souligné l'importance qu'il y aurait à renforcer la formation des généralistes en pédiatrie. Les enfants représentent en effet un tiers de la clientèle des généralistes.

Sur les transferts de compétence enfin, les professionnels ont indiqué qu'il était envisageable de réfléchir à des partages avec d'autres professions comme les sages-femmes et les puéricultrices. En néo-natologie, en cancérologie, en pneumologie... des expériences européennes et américaines sont connues, mais en France il conviendrait de former et d'encadrer ces infirmières praticiennes et d'identifier les actes et responsabilités qui pourraient faire l'objet d'un tel transfert.

■ ■ Pneumologie

Les données issues d'ADEL et du Conseil de l'ordre (respectivement 2659 et 2462) convergent, à champ comparable, autour d'une évaluation proche de 2500 spécialistes au 1^{er} janvier 2003. Ces données sont également cohérentes avec les sources des professionnels, qui ont réalisé des enquêtes propres. À la même date, la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) recense 1100 pneumologues libéraux, avec un effectif totalement stable depuis cinq ans. L'activité en consultation est en légère diminution alors que l'activité cotée en K augmente légèrement.

Les professionnels ont analysé l'évolution de la profession et souligné en particulier le renforcement du pôle hospitalier. Plusieurs éléments concourent à une telle évolution : une augmentation des besoins hospitaliers ; la nécessité de réaliser un certain nombre d'exams comme les fibroscopies endo-bronchiques en milieu hospitalier ; l'importance des moyens techniques qui rend de plus en plus coûteuse une installation en libéral ; la plus grande attractivité pour les jeunes d'un exercice hospitalier ; la nécessité de travailler avec d'autres spécialités, en particulier la chirurgie thoracique et la radiologie.

Cette attraction du pôle hospitalier est encore renforcée par le fait qu'en l'état actuel les transferts de compétence ne sont envisageables qu'en milieu hospitalier. La profession explore la voie de la création d'un corps de techniciens spécialisés, qui seraient notam-

ment en mesure de prendre en charge les épreuves fonctionnelles respiratoires. D'autres tâches pourraient également être déléguées sous la responsabilité des médecins: la rééducation à l'effort, l'annonce d'un diagnostic de cancer, l'éducation thérapeutique dans le cadre de l'asthme. Dans le secteur libéral en revanche, les professionnels auditionnés soulignent que la conjugaison du paiement à l'acte et de la nomenclature rend quasi impossible, en l'état, le recrutement d'un collaborateur dans un cabinet libéral.

Une autre préoccupation des professionnels est liée à l'importance de la cancérologie dans cette discipline et à la nécessité d'intégrer la pneumologie dans le plan Cancer. En effet, 30% à 50% de l'activité des services hospitaliers de pneumologie est de la cancérologie, à travers le traitement des cancers broncho-pulmonaires. La difficulté encore une fois renvoie au fait que les jeunes semblent faiblement attirés par cette sous-spécialité. Il semble que les autres sous-spécialités de la pneumologie, notamment la prise en charge de l'asthme et des apnées du sommeil, soient plus attractives pour les jeunes médecins. Les professionnels soulignent la difficulté qu'ils ont à obtenir des chiffres fiables sur les flux d'internes en formation, que ce soit par l'intermédiaire des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) ou par l'intermédiaire des doyens, en particulier sur l'Île-de-France.

■ ■ Radiodiagnostic et imagerie médicale

Cette spécialité ne pose pas de difficultés majeures pour ce qui est du recensement du nombre total de praticiens l'exerçant, les chiffres du Conseil national de l'ordre et du répertoire ADELI (respectivement 7392 et 7604) recensent sur un champ comparable environ 7392 médecins radiologues spécialistes au 1^{er} janvier 2003 (France entière) – si l'on retire du fichier ADELI les médecins reçus au concours de praticiens hospitaliers sans être qualifiés spécialistes par l'Ordre (200 praticiens concernés). Parmi eux, la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) dénombre à la même date un peu plus de 4800 médecins radiologues libéraux, dont l'activité est en progression importante puisque le nombre d'actes de radiologie (lettre clé Z) a augmenté de près de 50% entre 1998 et 2002.

L'une des principales préoccupations exprimées par les professionnels concerne l'importance des vacances de postes budgétaires dans le milieu hospitalier et ils ont présenté à l'Observatoire les études réalisées à partir des données de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) sur ce problème. De ce fait, l'un des enjeux essentiels pour les professionnels est d'améliorer l'attractivité de la profession en milieu hospitalier. Pour cela, une notion leur semble essentielle: celle de seuil critique. En effet, il faudrait attribuer les postes budgétaires aux services de radiologie attractifs, qui ont des candidats potentiellement intéressés. Il faut admettre l'idée que certains centres hospitaliers ne seront jamais en mesure d'attirer un praticien hospitalier et donc réfléchir à d'autres modes d'organisation qui permettent, malgré cette difficulté, d'offrir à la population le recours aux techniques de radiodiagnostic. Les professionnels considèrent ainsi qu'il existe une masse critique en dessous de laquelle un service d'imagerie ne peut plus être géré par des praticiens hospitaliers temps plein. Les services plus petits pourraient donc être pris en charge, selon eux, soit par des radiologues libéraux, soit par des systèmes de télé-médecine. Pour les hôpitaux plus importants, des collaborations entre public et privé pourraient se développer, sous réserve de modes de rémunération plus attractifs.

Pour les radiologues libéraux, la question de l'équilibre territorial de la répartition est importante. Toutefois, il y aura toujours des difficultés dans les régions à faible densité de

population du fait de la lourdeur d'investissements qui ne peuvent être rentabilisés qu'à partir d'un certain seuil d'activité. En toute hypothèse, les professionnels auditionnés considèrent qu'il convient de privilégier des mesures incitatives telles que la formation de manipulateurs radio dans les régions faiblement dotées, la mise en place d'aides fiscales pérennes et l'aménagement des contraintes en matière de continuité des soins.

Le regroupement sur des plateaux techniques de plusieurs spécialités apparaît comme un élément déterminant d'attractivité pour les jeunes – que ce soit pour les professionnels libéraux ou hospitaliers.

■ ■ Gynécologie-obstétrique

Au 1^{er} janvier 2003, les écarts entre les sources ADELI et celles de l'Ordre sont très élevés, ils portent tant sur le nombre de qualifiés spécialistes (3 513 spécialistes pour ADELI et 2 742 pour l'Ordre) que sur le nombre de généralistes avec compétence et bicompetence exclusives (1 753 pour ADELI et 2 474 pour l'Ordre).

Le champ des spécialistes en gynécologie-obstétrique au sens d'ADELI, c'est-à-dire en ajoutant aux chiffres de l'Ordre les généralistes compétents exclusifs en gynécologie-obstétrique, ainsi que les médecins reçus au concours national de praticien hospitalier dans la spécialité sans être qualifiés spécialistes, reflète davantage les pratiques réelles selon les professionnelles. Si l'on retient cette définition pour comparer les deux sources, l'écart passe à seulement 136 médecins (soit un écart relatif inférieur à 3%).

Tant les analyses de l'activité collectées par la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) que les résultats des enquêtes menées à l'initiative des professionnels font apparaître l'importance des intentions de cessation d'activité et d'arrêt de l'activité obstétrique dans les cinq prochaines années. Ces éclairages conduisent à souligner l'importance primordiale que revêt, pour cette spécialité, la connaissance de l'activité et des fonctions effectivement exercées afin de pouvoir interpréter les données strictement démographiques.

L'une des principales préoccupations exprimées par les professionnels est de lier l'analyse des besoins démographiques aux besoins de santé et aux missions de soins. Ils estiment que 80 % des soins pourraient être assurés par des généralistes bien formés. En effet, la prise en charge des missions de santé publique (dépistage, contraception) par des généralistes formés à la gynécologie constituerait une réponse souhaitable, compte tenu des possibilités insuffisantes, actuelles et futures, d'une prise en charge de ces missions par la gynécologie médicale. De façon complémentaire, la présence de spécialistes, omnipraticiens de la gynécologie-obstétrique, permettrait de couvrir 15 % des besoins, à condition que la définition d'un tronc commun pour le DES permette d'assurer une bonne formation, et qu'une formation supplémentaire soit définie en postinternat pour ceux qui veulent faire de la chirurgie. Le besoin de spécialistes « pointus » est évalué à 5%.

Les besoins de praticiens sont évalués à huit pour une maternité de 1500 naissances.

Les professionnels auditionnés ont souhaité le développement des contrats d'objectifs de soins avec les ARH pour mieux assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients. Ils ont également souligné la nécessité de mieux exploiter les possibilités de formation, notamment dans le cadre de l'augmentation du numerus clausus. Une des priorités évoquées est la définition d'un postinternat qui ne se réduise pas au clinicat. Une autre priorité consisterait à reconsidérer la répartition régionale et la distribution des postes

entre les centres hospitaliers universitaires (CHU). Les hôpitaux généraux qui sont formateurs devraient aussi être définis davantage comme des lieux de stage.

Enfin, ils ont évoqué l'amélioration des conditions d'exercice qui pourrait être définie à l'occasion des regroupements. Ceux-ci devraient favoriser la constitution d'équipes polyvalentes, ce qui permettrait de mieux répartir la charge et les contraintes de l'activité, et aboutir à un meilleur confort, qui est attendu par les professionnels. L'amélioration des conditions d'exercice pour le secteur libéral porte aussi sur la question de la responsabilité et de la valorisation des actes.

■ ■ Chirurgie générale et chirurgie digestive

Il n'y a pas d'écart significatif entre les fichiers de l'Ordre et les fichiers ADELI, qui comptabilisent environ 4 800 chirurgiens généraux. En revanche, le dénombrement des chirurgiens digestifs est difficile pour diverses raisons, notamment du fait qu'il n'existe pas de compétence en chirurgie digestive qui permette de les distinguer des autres chirurgiens généraux, et que des praticiens hospitaliers (PH) sont recrutés dans la discipline polyvalente. Les données de la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) font apparaître une baisse de la chirurgie générale libérale.

La préoccupation principale qui oriente la réflexion des professionnels sur la démographie est celle de la densité des compétences chirurgicales par rapport aux besoins de la population et non celle d'un nombre de chirurgiens en valeur absolue. L'organisation de la formation initiale constitue une solution au maintien d'une densité adaptée, mais l'organisation de la formation continue est également nécessaire. La chirurgie générale recouvre une nébuleuse de métiers qui ne correspond pas à une compétence, mais regroupe les médecins qui font de la chirurgie « molle ». La durée des stages d'externat, de quatre à six semaines, est jugée trop courte et ne permet pas aux étudiants de se faire une idée du métier chirurgical. La maquette actuelle de l'internat est obsolète car elle comprend encore au cours des six semestres du tronc commun deux semestres obligatoires d'orthopédie. Une filiarisation dès le début de l'internat ne permettrait pas à l'interne de se faire une idée et de choisir en connaissance de cause. L'une des propositions consisterait à réduire le tronc commun à quatre semestres indifférenciés, conduisant dans un second temps à une spécialisation plus clairement affirmée et enseignée. Les professionnels soulignent également la difficulté de tenir les exigences des stages dans les hôpitaux généraux du fait de la situation démographique tendue. De plus, des internes d'autres spécialités sont conduits, pour répondre aux exigences de leur maquette, à occuper des postes en chirurgie générale et viscérale alors qu'ils ne se destinent pas à cette spécialité.

Une seconde préoccupation essentielle découle du vieillissement de la population chirurgicale. Le creux qui se manifeste pour les générations suivantes et la faiblesse du nombre d'internes en formation se traduisent par une pénurie maximale, attendue de 2005 à 2015. Ce vieillissement risque d'avoir des conséquences très importantes dans une série de services hospitaliers où le renouvellement des générations ne sera que très mal assuré.

Une troisième préoccupation centrale concerne la définition du contenu du métier et de l'activité. Les modalités de prise en charge de certaines pathologies sont très hétérogènes (exemple de la coelioscopie) ; il existe des phénomènes de concurrence dans des domaines perçus comme des « marchés », par exemple l'obésité. Il en résulte trop souvent des cloisonnements dans la prise en charge du patient, qui dépend finalement du métier ou de la personne qui le reçoit en premier.

■ ■ Chirurgie infantile

ADELI comptabilise, au 1^{er} janvier 2003 sur la France entière, 102 spécialistes en chirurgie infantile, soit un ordre de grandeur proche des données du fichier de l'Ordre à champ comparable, c'est-à-dire si l'on retire les spécialistes admis au concours de praticien hospitalier (PH) sans avoir été qualifiés dans la discipline. Il faut ajouter à ce chiffre environ 200 praticiens compétents en chirurgie pédiatrique. L'ordre de grandeur de 300 chirurgiens infantiles en exercice semble effectivement être celui à retenir selon le président du collège, une enquête conduite en 1999 ayant montré que 250 pratiquaient de façon exclusive ou quasi exclusive la chirurgie infantile.

Une première préoccupation a été exprimée, relative aux parcours de formation des jeunes. En effet, la situation actuelle distingue un DESC de chirurgie infantile, en pratique destiné à former des chirurgiens infantiles à orientation viscérale, et un DESC de chirurgie orthopédique, dans lequel passent en pratique les futurs chirurgiens pédiatriques à orientation orthopédique. Cette situation n'est pas totalement claire ni satisfaisante. Il faudrait notamment prendre acte du fait que tous les centres hospitaliers universitaires (CHU) ne peuvent pas assurer une formation en chirurgie pédiatrique orthopédique et organiser des formations inter-CHU permettant la prise en charge d'étudiants dans plusieurs régions.

Une seconde préoccupation centrale, résultant des caractéristiques de cette discipline à vocation principalement hospitalière, est liée à l'organisation des structures hospitalières en chirurgie infantile et au fait qu'un nombre de plus en plus réduit de structures accepte de prendre le risque d'anesthésier des enfants de moins de 3 ans et *a fortiori* de moins d'un an. En conséquence, les services de référence en matière de chirurgie infantile sont encombrés par des problèmes mineurs – du type « doigts de portes ». Ils se trouvent contraints de répondre à cette demande car les autres services ne prennent pas des enfants jeunes, en partie à cause des risques anesthésiques. L'une des solutions réside dans l'organisation d'une réponse hiérarchisée à la demande des patients. Un exemple se met en place actuellement à travers des collaborations entre le Centre hospitalier de Saint-Denis et le service de chirurgie pédiatrique de Robert-Debré. Robert-Debré a assuré la formation d'un certain nombre de chirurgiens qui ont été nommés PH à Saint-Denis. Ces PH peuvent toutefois opérer certains patients plus difficiles à Robert-Debré et conserver ainsi leur technicité. La solution passe donc en partie par le développement de structures hospitalières de niveau 2, capables de prendre en charge de la chirurgie infantile en premier recours, mais travaillant également avec des « centres de référence ». L'existence de ces structures est l'un des moyens qui permettra d'éviter l'engorgement des « centres de référence ».

■ ■ Chirurgie orthopédique et traumatologique

La chirurgie orthopédique est une spécialité pour laquelle les données d'ADELI et du Conseil de l'ordre présentent des écarts même après l'adoption d'un champ comparable. Au 1^{er} janvier 2003, ADELI recense 1950 médecins ayant la qualification de spécialiste en chirurgie orthopédique, alors que l'Ordre en recense près de 2 200 (chiffres France entière). En outre, le nombre de médecins ayant une compétence en chirurgie orthopédique est élevé (700 environ dans le fichier ADELI, contre près de 500 dans le fichier de l'Ordre), sans que l'on puisse identifier la proportion de ceux qui exercent effectivement cette compétence. Les professionnels considèrent qu'il faut retenir comme ordre de grandeur 2300

chirurgiens orthopédistes, ce qui correspond au nombre de participants à leur congrès annuel. Ils soulignent le fait que certains médecins exerceraient l'orthopédie sans avoir les compétences requises pour cet exercice, ce qui pose problème, selon eux.

L'une des préoccupations fortes de la spécialité résulte de la désaffection globale pour les spécialités chirurgicales qui se traduit par une baisse du nombre des internes encore plus forte dans cette spécialité que dans d'autres spécialités chirurgicales. Le déficit actuel est évalué à 4.200 postes, chiffre qui permettrait de satisfaire aux exigences de la loi. Les professionnels estiment que les étudiants aspirent maintenant à des conditions de vie différentes de celles de leurs aînés. En sorte qu'il faut envisager que le remplacement ne se fera pas un pour un, alors que le vieillissement de la population entraîne des besoins croissants. L'augmentation du *numerus clausus* de la filière chirurgicale est un facilitateur, mais elle ne modifiera pas fondamentalement les problèmes de la discipline si les conditions d'internat ne changent pas. En effet, l'inscription tardive au DESC et donc dans la discipline et l'absence de fléchage lors du concours de l'internat se traduisent par une orientation des jeunes vers les chirurgies les moins pénibles. Dans ce contexte, la part de la spécialité est en chute libre. Outre la modification des mentalités qui conduit à une moindre acceptation des contraintes, les professionnels soulignent un certain nombre d'aspects spécifiques qui pèsent en défaveur de la spécialité. Sont évoqués notamment les problèmes médico-légaux et le montant très élevé des primes d'assurance.

Les réflexions des professionnels portent surtout sur les moyens d'améliorer la formation. Plusieurs voies ont été évoquées :

- la définition d'un tronc commun, débouchant sur une spécialisation plus tardive ;
- la remise à l'honneur de l'enseignement de l'anatomie, qui a aujourd'hui disparu au niveau des deux premiers cycles dans de nombreuses facultés, contribuant au phénomène de désaffection enregistré pour les disciplines chirurgicales ;
- plus de coercition pour la participation aux cours, celle-ci étant aujourd'hui très variable ;
- la tenue d'un cahier de stage, précisant les objectifs du stage. Cela permettrait un suivi et des relations plus proches avec les internes qui ne font que passer actuellement dans les services, sans que leur parcours ne soit connu.

■ ■ Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

Pour la chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, la question du comptage des effectifs est directement liée au processus de reconnaissance de la spécialité. En effet, les professionnels ayant une compétence en chirurgie plastique sont plus nombreux que les spécialistes eux-mêmes. Afin de clarifier la situation, les professionnels ont engagé conjointement avec l'Ordre des médecins une démarche de reconnaissance et de validation des qualifications. C'est pourquoi, l'ordre de grandeur qui doit être admis est environ 650 praticiens exerçant la chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique au 1^{er} janvier 2003 (France entière), soit un nombre très supérieur aux 324 spécialistes environ recensés, à champ comparable par les fichiers ADELI et de l'Ordre.

En lien avec cette question de la reconnaissance de la spécialité, la formation est un enjeu essentiel pour les professionnels auditionnés. Le projet évoqué devant l'Observatoire serait de créer une formation commune de spécialité qui regrouperait la chirurgie maxillo-faciale, la chirurgie plastique, la chirurgie de la main et la chirurgie pédiatrique.

Pour les professionnels, la question de l'attractivité de la spécialité n'est en revanche pas un problème. La chirurgie plastique cumule en effet plusieurs avantages : une diversité

de pratiques, l'attrait pour une chirurgie de reconstruction et l'intérêt financier lié à l'exercice de cette spécialité. L'attractivité financière de la profession est surtout importante pour tous les actes de chirurgie plastique ou esthétique qui échappent à la nomenclature et sont facturés sur des honoraires libres. Toutefois, dans ce cas, il y a désormais une obligation pour les praticiens de fournir un devis quinze jours avant l'intervention, détaillant les différents coûts de l'opération prévue.

L'attractivité doit cependant être examinée différemment dans le secteur libéral et hospitalier. Selon les professionnels, les 4/5 environ de l'activité dans les services hospitaliers recouvrent de la chirurgie réparatrice. Il existe dans ce champ de réelles difficultés de recrutement pour les chirurgiens spécialisés dans la réparation des grands brûlés. Dans le secteur libéral, la situation est différente: il y aurait environ 60% de l'activité qui correspondrait à de la chirurgie conventionnée et 40% à de la chirurgie non conventionnée.

Il existe par ailleurs des recoupements entre la chirurgie plastique et d'autres spécialités. D'une part, un certain nombre de spécialités prescrivent des actes de chirurgie plastique. C'est en particulier le cas de la neurochirurgie, de la cancérologie, pour les actes réparateurs, ou encore de la dermatologie. D'autre part, les frontières avec certaines professions sont poreuses. Par exemple, certains oto-rhino-laryngologues réalisent des rhinoplasties et les chevauchements avec la chirurgie plastique sont alors possibles.

À titre de conclusion, les professionnels soulignent qu'il est important de pouvoir répondre à la demande des patients avec des médecins formés. Sinon, le risque est de voir se développer des actes de chirurgie plastique ou esthétique réalisés par des praticiens qui n'ont pas nécessairement les formations adéquates pour le faire.

■ ■ Chirurgie urologique

Les écarts entre les données ADELI (515 urologues au 1^{er} janvier 2003, France entière) et celles de l'Ordre (395 à la même date) proviennent notamment des praticiens qui ont réussi le concours national de praticien hospitalier (PH) sans avoir la qualification de spécialistes. Des écarts importants sont constatés avec les données dont disposent les professionnels. Ces derniers s'appuient sur une définition plus large des urologues, qui inclut les compétents et ceux qui pratiquent l'urologie: ils dénombrent ainsi 996 urologues en 2002. Ces données illustrent le fait qu'une partie des médecins, généralistes ou spécialistes, qualifiés compétents en chirurgie urologique, exerce cette spécialité: ces médecins qualifiés compétents sont au nombre de 654 dans les fichiers de l'Ordre et le répertoire ADELI en dénombre 518.

Ces écarts s'expliquent notamment par le fait que certains urologues sont restés inscrits, et donc comptabilisés en chirurgie générale dans les différentes sources officielles. La clarification des données sur le nombre de chirurgiens généraux, actuellement en cours, devrait améliorer la connaissance de leurs effectifs. Les professionnels considèrent que cette clarification est également un élément essentiel pour garantir la qualité des praticiens et éviter le développement de « pseudo-urologues » mal formés.

Les données démographiques recueillies par les professionnels montrent que le nombre d'urologues va augmenter jusqu'en 2008-2010, puis ensuite décroître. Cette diminution est liée, d'une part, au départ à la retraite de générations plus nombreuses de médecins dans cette spécialité. À partir de 2008, les professionnels considèrent que 35 urologues vont partir par an. On enregistre, d'autre part, une désaffection des jeunes générations pour les spécialités chirurgicales, qui se manifeste par la baisse du nombre d'urolo-

gues actuellement en formation (20 et 22 inscrits en DESC d'urologie respectivement en 2000 et 2001, à comparer avec les 33 puis 46 diplômés ces mêmes années).

Selon les résultats de l'enquête conduite au centre hospitalier universitaire (CHU) de Nancy, les raisons de la désaffection des jeunes sont liées d'abord à la qualité de vie car la charge de travail est lourde et les gardes sont un exercice solitaire. Sont également évoqués : le problème de la judiciarisation et son corollaire, le montant des primes d'assurances, et la rémunération perçue comme insuffisante compte tenu des contraintes. Dans de nombreuses petites villes, les difficultés de recrutement sont également liées au manque d'attractivité de la spécialité.

Pour faire face aux évolutions prévisibles des effectifs et des besoins, les professionnels auditionnés considèrent que la constitution de centres d'urologie serait souhaitable. Regroupant quatre à six médecins de diverses spécialités, ils permettraient la couverture d'une population de 300 000 à 400 000 habitants. Ces regroupements facilitent la continuité des soins, règlent la question de l'amortissement de l'installation et des frais de fonctionnement et favorisent enfin la formation continue. Le développement de « consultations avancées », c'est-à-dire dans d'autres lieux, pourrait être en outre organisé à partir de ces centres. Des transferts de compétence vers des infirmiers en urologie pourraient également être réalisés dans un tel cadre.

■ ■ Chirurgie vasculaire

Au 1^{er} janvier 2003, même à champ comparable, les écarts entre ADELI, qui recense 320 spécialistes au sens strict (hors les médecins reçus au concours national de praticien hospitalier sans être qualifiés dans la discipline) et l'Ordre, qui recense 414 chirurgiens vasculaires sont très élevés. L'une des raisons tient aux sous-déclarations des professionnels à ces deux fichiers, qui s'expliquent par des raisons diverses. La Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) quant à elle ne peut fournir de statistiques fiables sur les spécialités chirurgicales libérales.

Des enquêtes de démographie réalisées par la profession au sein de leur profession recensent 582 chirurgiens vasculaires. La pyramide des âges fait apparaître une chute importante sur la tranche d'âge la plus jeune. En effet, 225 des chirurgiens vasculaires recensés par l'enquête ont entre 40 et 50 ans, 225 également ont entre 50 et 60 ans, alors que 37 seulement ont entre 30 et 40 ans.

L'une des principales préoccupations exprimées par les professionnels renvoie au fait que la chirurgie vasculaire est devenue moins attractive qu'elle ne l'était par le passé, notamment, mais pas seulement, à cause des gardes. En libéral, le coût des assurances est de plus en plus élevé, ainsi que le coût d'installation. Toutefois, l'évolution vers une spécialité de plus en plus technologique constitue à l'inverse un facteur d'attractivité pour la spécialité. Les jeunes en formation demeurent ainsi nombreux. Le recensement effectué au sein de la profession a permis de dénombrer 96 internes ou chefs de clinique inscrits au DESC de chirurgie vasculaire, répartis sur six années de formation. Les professionnels auditionnés ont fortement insisté sur les projets de réforme en cours des DES et DESC, car elles font l'unanimité parmi les praticiens universitaires-praticiens hospitaliers (PU-PH) de trois spécialités. Celle-ci consisterait dans la création d'un DES de chirurgie thoracique, cardiaque et vasculaire, qui serait ensuite complété par un ou deux DESC à la sortie pour permettre des surspécialisations. Ce projet comporte selon eux de multiples avantages : meilleure visibilité de la spécialité pour les jeunes, réponse à une véritable exigence de

santé, en particulier dans tous les établissements qui ont besoin de chirurgiens aux compétences multiples.

Les professionnels auditionnés ont également exprimé leur préoccupation sur les concurrences actuelles dans la prise en charge de certaines pathologies ou de certains actes. Un nombre croissant d'actes chirurgicaux, comme la dilatation de cathéter, sont pris en charge par des médecins non formés à la chirurgie, ce qui peut poser des problèmes notamment d'asepsie. Il existe aussi des difficultés liées à la pratique des angiologues, qui traitent notamment des varices. Les compétences de ces médecins sont aujourd'hui de niveaux très variables. L'évolution actuelle, avec la création récente d'un DESC d'angiologie qui sera accessible aux médecins généralistes, va permettre une formation plus homogène. Mais il faudrait arriver à mieux évaluer l'intérêt comparé des différentes pratiques – médicales et chirurgicales – dans le traitement des pathologies veineuses comme les varices ou les ulcères de jambes. Dans ces domaines, on pourrait d'ailleurs envisager que des médecins vasculaires de haut niveau encadrent des techniciens qui réaliseraient un certain nombre d'explorations.

Les professionnels auditionnés ont enfin indiqué qu'il y avait selon eux aujourd'hui une taille critique minimale pour exercer la chirurgie vasculaire, qu'ils évaluent à 3 chirurgiens vasculaires pour un bassin de population de 120 000 habitants. Cela amène à éviter des concurrences inutiles entre structures publiques et privées et à privilégier des conventions entre structures.

■ ■ Ophtalmologie

L'ophtalmologie est une spécialité où il n'y a pratiquement aucun écart entre les chiffres de l'Ordre et les chiffres ADELI, les données recensant 5 500 ophtalmologues au 1^{er} janvier 2003 (France entière). Les données de la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) sur les 4 500 ophtalmologues libéraux permettent de distinguer plusieurs profils d'activité : une majorité de praticiens ayant un exercice principal en consultations (environ 2 300) ; un nombre important ayant une pratique mixte (environ 1 700) et une minorité effectuant principalement des actes chirurgicaux.

Les professionnels auditionnés ont exprimé leur inquiétude sur les modalités actuelles de prise en charge des pathologies ophtalmologiques urgentes ou semi-urgentes, dans un contexte de fortes tensions sur l'offre de soins. Les délais de rendez-vous sont aujourd'hui très élevés et pèsent sur la détection précoce de certaines pathologies. Les délais cités lors de l'audition ont été quatre à six mois en région Rhône-Alpes, mais de plus de douze mois dans le Nord. D'autres départements ont en revanche une situation tout à fait satisfaisante (quatre à cinq jours pour un rendez-vous sur Paris).

Les professionnels auditionnés ont également souligné le fait que les modalités actuelles de rémunération pour les libéraux conduisaient à une déformation de l'activité des médecins, qui pouvait aussi expliquer certains des défauts de prise en charge relevés. Établir des diagnostics de pathologies ophtalmologiques est une activité consommatrice de temps et mal rémunérée (par exemple, faible rémunération des angiographies). À l'inverse, la chirurgie réfractive apparaît nettement plus rentable. Il existe ainsi certains ophtalmologues qui pratiquent majoritairement, voire exclusivement cette activité, et renvoient de ce fait les malades vers leurs confrères déjà débordés pour la prise en charge des pathologies ophtalmologiques.

Ainsi, pour les professionnels auditionnés, il existe un « déficit » en ophtalmologues, qui s'explique à la fois par la spécialisation de certains de leurs confrères en chirurgie

réfractive pure et par le fait que les ophtalmologues actuellement en exercice travaillent un nombre d'heures inférieur à celui des générations précédentes, notamment du fait de la féminisation.

L'inadéquation entre l'offre et la demande résulte également selon eux d'une augmentation du recours de la population aux ophtalmologues. Les pathologies dégénératives liées au vieillissement progressent et les besoins visuels de la population sont également croissants (télévision, ordinateur, conduite automobile...).

Les professionnels auditionnés admettent l'idée que les transferts de compétence pourraient contribuer à régler une partie des difficultés et des engorgements actuellement constatés. Ils considèrent toutefois que ce transfert de compétence doit se faire en majorité en direction des orthoptistes. Ils sont en revanche très opposés à un transfert de compétences en direction des opticiens, à la fois pour des raisons liées aux risques de non-détection de certaines pathologies et du fait des risques de confusion des rôles entre prescription et vente. Le transfert aux orthoptistes suppose toutefois certaines conditions, notamment un exercice dans le même lieu que l'ophtalmologue et une harmonisation des formations des orthoptistes à l'intérieur du cadre des facultés de médecine.

■ ■ Oto-rhino-laryngologie

Les écarts entre les données issues du fichier ADELI et du Conseil de l'ordre sont faibles et les chiffres convergent autour d'un chiffre de 2980 oto-rhino-laryngologues (ORL) au 1^{er} janvier 2003 (France entière) à champ comparable. À la même date, la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) recense un peu plus de 300 ORL libéraux, avec une stabilité des effectifs depuis 5 ans. Leur activité évolue dans le sens d'une diminution des actes de consultation et d'une augmentation des actes chirurgicaux. Cette évolution est analysée par les professionnels comme la conséquence du recours croissant à la fibroscopie dans les actes exploratoires (cotée K 15).

L'un des principaux enjeux évoqués par les professionnels lors de l'audition concerne les regroupements de structure, aussi bien en milieu libéral qu'hospitalier : une taille critique minimale apparaît désormais nécessaire pour exercer la spécialité dans des conditions satisfaisantes.

En milieu hospitalier, les professionnels ont souligné qu'il était essentiel de conserver une forte exigence de formation des praticiens, avec une polyvalence entre l'exercice médical et l'exercice chirurgical. La conséquence selon eux est que la chirurgie ORL ne sera plus à la portée de tous les centres hospitaliers généraux et qu'il faudra en tirer la conséquence plutôt que de chercher à maintenir une activité avec des professionnels insuffisamment formés. C'est un élément également essentiel pour maintenir l'attractivité de la discipline vis-à-vis des plus jeunes, en milieu hospitalier.

En secteur libéral, le coût d'installation incite fortement au regroupement. Toutefois, celui-ci est freiné par le fait que la rémunération des différentes sous-spécialités ORL est très déséquilibrée si l'on compare la cancérologie, l'exploration sensorielle et la rhinologie. Le rééquilibrage de la nomenclature est donc selon eux un élément essentiel pour favoriser les regroupements.

Les professionnels ne sont pas *a priori* opposés aux transferts de compétence, mais ils soulignent les risques de dérive commerciale, en particulier dans le domaine de l'audioprothèse, si les mêmes structures ou professionnels sont à la fois en charge du dépistage, de la prescription et de l'appareillage. C'est dans le but de limiter ces risques que la pro-

fession a développé une démarche de qualité, qui vise à valider la pertinence des examens auditifs.

■ ■ Psychiatrie et neuropsychiatrie

Au 1^{er} janvier 2003, pour la France entière, le répertoire ADEL1 recense 13 741 psychiatres, soit 960 de plus que l'Ordre qui en recense 12 781. Une partie importante de cet écart vient du fait que le répertoire ADEL1 considère comme spécialistes des médecins reçus au concours de praticien hospitalier bien qu'ils n'aient pas la qualification de spécialiste (676 médecins). En psychiatrie en effet, les médecins qui ont passé le concours de praticien hospitalier sans être qualifiés dans cette spécialité sont nombreux. Il existait encore en 2003 une dérogation renouvelée annuellement pour la psychiatrie, qui autorise des médecins non qualifiés comme spécialistes à postuler pour le concours de praticien hospitalier. Cette voie concerne des effectifs importants puisque, sur les années récentes, les praticiens reçus par cette voie dérogatoire sont supérieurs en nombre aux praticiens nommés à l'issue du DES de psychiatrie. Les écarts entre les fichiers ADEL1 et ceux du Conseil de l'ordre (CNOM) sur les compétences en psychiatrie sont également importants (224 médecins compétents sur ADEL1, 1 653 recensés par le Conseil de l'ordre, dont 1 471 en psychiatrie pour enfants et adolescents). Cet écart, qui pourrait provenir de défauts de mise à jour dans ADEL1, n'est pas totalement expliqué.

Également au 1^{er} janvier 2003, la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) recense un peu plus de 6 000 psychiatres libéraux, avec une stabilité des effectifs depuis cinq ans (progression de 0,6%). Leur activité en consultation est en revanche en augmentation sur la même période (+ 2,3% en moyenne par an). Les données relatives à la densité des médecins libéraux montrent une situation très atypique de Paris, avec une densité de 59 psychiatres pour 100 000 habitants. La densité moyenne française est de 10,2 psychiatres pour 100 000 habitants. La densité la plus faible est dans le département du Pas-de-Calais, qui a 1,8 psychiatre pour 100 000 habitants.

L'une des principales préoccupations exprimées par les professionnels renvoie à la situation de la psychiatrie à l'hôpital. En effet, la spécialité ne souffre pas d'un déficit d'attractivité auprès des étudiants et le « droit au remords » est d'ailleurs souvent utilisé en faveur de la psychiatrie. En revanche, l'exercice de la psychiatrie en hôpital apparaît peu attractif : si aujourd'hui 55% des psychiatres exercent en libéral, les deux tiers des étudiants diplômés choisissent un exercice libéral à la fin de leurs études. Des raisons variées sont évoquées par les professionnels pour expliquer cette situation : modalités d'exercice dans le secteur public, lourdeur des tâches administratives, caractéristiques des pathologies traitées à l'hôpital, augmentation des urgences au détriment de l'activité programmée...

Les professionnels auditionnés ont également évoqué les débats qui traversent aujourd'hui la psychiatrie, dans le domaine de la formation et des transferts de compétence. Sur cette dernière question, les professionnels envisagent différemment la question :

- dans le secteur libéral, plusieurs obstacles au développement de tels transferts de compétence ont été évoqués : le paiement à l'acte et l'absence de formation clinique des psychologues apparaissent comme deux facteurs bloquants aujourd'hui ;
- dans le secteur hospitalier ou le secteur médico-social, la question se pose différemment, et l'existence de structures collectives de prise en charge des patients, intégrant des psychologues, des psycho-motriciens, des orthophonistes, facilite l'organisation de transferts de compétence sous la responsabilité du psychiatre.

■ ■ Médecine en santé publique

Selon les données au 1^{er} janvier 2003 (France entière), les écarts entre les chiffres de l'Ordre (1406 spécialistes en santé publique) et ceux d'ADELI (1089 spécialistes en santé publique, dont 141 médecins reçus au concours national de praticien hospitalier sans être qualifiés spécialistes) sont très importants. Selon les professionnels, cet écart s'explique assez bien par les parcours des médecins de santé publique. En effet, il est fréquent qu'un médecin, soit généraliste soit spécialiste (en pédiatrie, en pneumologie...), développe dans la pratique un exercice de santé publique. Le nombre de praticiens dans cette situation va probablement diminuer dans la mesure où le nouveau régime de formation prévoit l'obtention d'un DES comme condition pour devenir spécialiste en santé publique. Toutefois, cette uniformisation des formations ne réglera pas tous les problèmes. À titre d'exemple, les concours de l'École nationale de santé publique (ENSP) qui forment les médecins-inspecteurs de santé publique sont ouverts à des médecins qui n'ont pas nécessairement une spécialité en santé publique, qu'ils soient généralistes ou qu'ils relèvent d'une autre spécialité.

Il n'y a donc pas de coïncidence entre la spécialité de santé publique, telle qu'elle est aujourd'hui reconnue par le DES, et l'exercice en santé publique, qui peut être le fait de médecins qui n'ont pas été formés par cette voie. L'histoire récente de la discipline montre d'ailleurs qu'un nombre important de médecins viennent à la santé publique en « seconde carrière », en particulier des médecins internistes ou des pédiatres.

L'une des préoccupations exprimées par les professionnels renvoie au fait que les besoins en médecins spécialistes de santé publique ne sont pas tous couverts. Selon eux, la santé publique souffre encore en France d'un déficit d'image, lié en partie au cursus de formation des étudiants en médecine qui privilégie le face-à-face entre le soignant et le patient. La démarche de santé publique, qui vise à développer une approche collective des problèmes de santé, reste peu présente dans la culture des jeunes étudiants en médecine. Parallèlement, il existe des besoins importants de recrutement de médecins spécialistes en santé publique. Plusieurs champs sollicitant cette spécialité sont en effet en fort développement : management des politiques de santé, gestion des risques, expertise, recherche, vigilance en milieu hospitalier... En moyenne aujourd'hui, il y a environ 60 à 65 internes spécialistes qui sortent chaque année du cursus de formation. Les besoins sont évalués par les professionnels à une centaine, notamment sous l'impact de la création des agences sanitaires (Institut de veille sanitaire (INVS), Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé (AFSSAPS)...).

Une autre préoccupation des professionnels est relative à l'évolution de la formation en santé publique : il y aurait selon eux un grand danger à faire disparaître la filière santé publique, ce qui risquerait de tarir les flux de médecins formés dans cette spécialité. Les professionnels considèrent toutefois qu'il y a aujourd'hui un nombre trop important d'endroits où l'on enseigne la santé publique, si bien que la masse critique nécessaire à l'organisation d'un enseignement de qualité n'est pas réunie partout. De ce point de vue, le projet de création d'une École des hautes études en santé publique est reçu positivement, s'il se traduit par l'existence d'un lieu commun national d'excellence pour l'enseignement des domaines les plus pointus de la spécialité, tout en maintenant une partie des enseignements dispensés localement. Par ailleurs, la profession réfléchit aujourd'hui aux modalités qui permettraient d'organiser de façon plus satisfaisante la formation des médecins qui choisissent d'exercer la santé publique en seconde carrière. Il faudrait en effet selon eux

offrir la possibilité à des médecins d'acquérir dans une seconde phase de leur vie professionnelle une spécialité en santé publique. Un concours national pourrait être organisé en ce sens, à l'image de ce qui existe pour les médecins du travail.

■ ■ Médecins généralistes - omnipraticiens

Le rapprochement du champ de définition du fichier ADEL avec celui du fichier de l'Ordre permet de réduire les écarts importants, commentés lors de l'audition, entre ces deux sources (respectivement 100 682 et 107 832) au 1^{er} janvier 2003. Il aboutit à un recensement de 108 183 omnipraticiens pour ADEL, et de 107 832 pour l'Ordre. Toutefois, selon les professionnels, il est très difficile de connaître quantitativement la situation de l'offre actuelle car une grande opacité caractérise les données concernant l'exercice médical des omnipraticiens. Les données de la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) fournissent une vision probablement plus voisine de la réalité, quoique non exhaustive, des effectifs qui exercent la médecine générale (60 976 omnipraticiens libéraux).

La difficulté du recensement provient de la « fuite » des médecins, répertoriés selon leur déclaration comme généralistes, vers la médecine à exercice particulier ou vers les spécialités. Elle est liée, selon les professionnels auditionnés, au manque d'attractivité de la profession de médecin généraliste libéral installé pour les jeunes diplômés. La multiplication des diplômes universitaires complémentaires de troisième cycle (DU), favorise ce mouvement.

Les professionnels auditionnés partagent l'analyse des difficultés actuelles de la profession en invitant à distinguer des profils différenciés, selon les lieux et modes de l'exercice. La distinction entre l'exercice urbain et l'exercice rural leur apparaît, par exemple, plus pertinente que celle portant sur le sexe du praticien.

Trois éléments apparaissent déterminants pour expliquer le malaise de la profession : en premier lieu, l'isolement, et notamment le fait qu'un médecin généraliste doit assurer seul un ensemble d'activités extra-médicales ; la charge de travail ensuite, avec souvent de très fortes amplitudes horaires ; et enfin le manque de perspectives, car il n'existe aucune possibilité d'évolution dans la carrière.

La formation explique également une partie des problèmes d'attractivité. Les 9/10 de la formation se déroulent à l'hôpital, avec une culture du travail d'équipe et dans une structure qui protège. L'augmentation de la part de la formation en ambulatoire constituerait, sur ce point, un élément positif, susceptible notamment de familiariser les jeunes médecins avec les attentes de patients qu'ils méconnaissent souvent.

Une autre des solutions, largement souhaitée dans la profession pour l'avenir, est le développement du regroupement. Cette formule permet le partage d'un certain nombre de contraintes administratives, facilite la continuité des soins et permet de rompre l'isolement sous réserve que la charge de travail laisse du temps pour les échanges. Elle favorise enfin le rapprochement avec les plateaux techniques. Les professionnels auditionnés soulignent le coût important de cette formule, quelles que soient les modalités retenues, et ils regrettent que ce type d'organisation ne soit pas davantage valorisé financièrement.

Les professionnels auditionnés ont indiqué qu'ils étaient favorables au principe de développement de transferts de compétence, à condition que soit défini précisément ce qu'est l'exercice de la médecine de soins primaires, et que soient fixées les modalités de rémunération permettant la coordination entre les professionnels de santé, dans le secteur libéral.

■ ■ Chirurgiens-dentistes

S'agissant des effectifs de chirurgiens-dentistes, il n'y a pas de grosses différences entre l'Ordre et le répertoire ADELI (respectivement 42 531 et 41 375), au 1^{er} janvier 2003 (France entière). Les données fournies par la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) sur le secteur libéral, qui représente 95 % de la profession, sont convergentes avec ces chiffres. Elles font apparaître une légère baisse des effectifs de chirurgiens-dentistes et une augmentation régulière des orthodontistes.

Une première préoccupation porte sur la capacité de formation. En effet le numerus clausus a été fixé en 2004 à 930, soit 80 de plus que l'année précédente, sans moyens hospitaliers supplémentaires. L'augmentation récente du numerus clausus, à laquelle la profession s'était opposée pendant des années, implique d'une part un effectif d'enseignants plus important que celui qui existe actuellement, et des pôles d'excellence formateurs plus nombreux; elle implique d'autre part que des stages puissent se mettre en place.

Une autre préoccupation concerne la baisse des effectifs qui sera d'environ de 10 % dans une dizaine d'années. En outre, la féminisation et le souhait des plus jeunes, mais aussi des praticiens installés, de réduire le temps de travail laissent prévoir une diminution encore plus importante du temps consacré aux soins. Les problèmes qui apparaissent portent sur l'allongement des listes d'attente et la difficulté de répondre aux urgences.

Une troisième préoccupation concerne le risque d'accentuation des disparités territoriales, avec une attractivité plus forte des villes pour les jeunes qui s'installent. Les professionnels auditionnés ont évoqué plusieurs pistes qui permettraient d'apporter des solutions, en dehors des incitations économiques qui ne semblent pas suffisantes :

- l'installation de plateaux techniques, fortement reliés aux centres universitaires, dans des zones en difficulté;
- un numerus clausus de conventionnement;
- la création de cabinets dentaires itinérants.

Le transfert de tâches paraît difficile à organiser en secteur libéral, notamment du fait des charges financières qu'il entraînerait. La délégation de tâches en revanche pourrait être développée en milieu hospitalier. La prise en charge bucco-dentaire n'est pas assurée, par exemple, dans les maisons de retraite ou les établissements pour personnes handicapées. Des infirmières pourraient être formées à l'hygiène bucco-dentaire.

■ ■ Masseurs-kinésithérapeutes

Dans le fichier ADELI, le nombre de masseurs kinésithérapeutes est de 58 109 au 1^{er} janvier 2003. Des divergences existent sur les effectifs libéraux avec les données de la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), qui recense à la même date 40 434 praticiens libéraux, contre 45 746 pour ADELI. Ces écarts s'expliquent en partie par le fait que la CNAMTS ne recense pas les remplaçants, ni peut-être tous les non-conventionnés (37 à cette date) s'ils ne délivrent pas de feuille de soins. Les données de la CNAMTS montrent que les effectifs des masseurs-kinésithérapeutes libéraux sont en hausse en moyenne de 2,5 % par an sur les cinq dernières années.

La profession souligne en premier lieu le décalage actuel entre des quotas de formation très stricts pour la France (fixés à 1 540 en 2003, et augmentés à 1 655 en 2004) et le fait que les autorisations d'exercice pour des professionnels formés à l'étranger sont très

nombreuses : ces autorisations ont concerné 1300 professionnels en 2003, venant principalement de Belgique et dans une moindre mesure d'Espagne.

Une autre préoccupation forte des professionnels est la question de l'attractivité des postes en milieu hospitalier. Les étudiants intègrent en effet de moins en moins un hôpital directement après le diplôme. Ce phénomène s'explique en partie par des raisons financières, les revenus des masseurs-kinésithérapeutes hospitaliers étant dans l'ensemble inférieurs à ceux des libéraux. Il s'explique aussi par une aspiration à une plus grande indépendance dans l'exercice professionnel, par la dimension sportive – et pas exclusivement médicale – de la profession. L'une des raisons du manque d'attractivité des postes salariés en France tient également à l'absence de possibilités d'évolution de carrière ou d'exercice reconnu de compétences particulières. Les seules promotions possibles sont vers l'enseignement ou l'encadrement. Cette question devient d'autant plus prégnante que des réflexions sur une amélioration de la formation initiale sont en cours. Or la mise en place de formations plus longues et plus exigeantes doit s'accompagner d'une reconnaissance de la part des employeurs, notamment en termes salarial. Il n'est pas évident, dans le contexte actuel, que des employeurs, en particulier publics, auront les moyens de rémunérer des masseurs-kinésithérapeutes de niveau bac + 5. Pour cette raison, certains représentants de la profession privilégient une évolution progressive, qui permette dans un premier temps une reconnaissance des formations délivrées à un niveau intermédiaire entre la licence et le master (l'équivalent des maîtrises actuelles).

Une troisième préoccupation forte de la profession est liée aux risques découlant de la concurrence entre un exercice conventionné et encadré de la masso-kinésithérapie et l'ostéopathie, reconnue par la loi du 4 mars 2002. Il y aurait environ 10 000 ostéopathes aujourd'hui en France. La formation d'ostéopathe est nettement moins exigeante que la formation de kinésithérapeute. Dans la pratique, 80% environ des ostéopathes sont des kinésithérapeutes qui ont suivi une formation continue complémentaire. Beaucoup pratiquent la kinésithérapie, mais de façon totalement libre sans prescription. Il existe aujourd'hui un risque important qu'un certain nombre de kinésithérapeutes se détournent de leur profession, en particulier de l'exercice salarié en milieu hospitalier, et privilégient un exercice totalement indépendant de l'ostéopathie, qui ne se ferait même plus sur prescription médicale et qui s'exercerait en dehors de toute convention avec l'assurance-maladie. Cela risque donc à terme de peser à la fois sur la qualité de prise en charge des patients et sur les effectifs de kinésithérapeutes.

LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET SALARIÉS EN ACTIVITÉ EN FRANCE AU 1^{er} JANVIER 2003 : COMPARAISON DE PLUSIEURS SOURCES DE DONNÉES

Serge DARRINÉ

Bureau des professions de santé/DREES

Deux sources permettent de recenser de manière détaillée l'ensemble des médecins en activité, le répertoire ADELI de la DREES et le fichier national de l'Ordre des médecins. Le répertoire ADELI est redressé de manière à ce que le nombre total de médecins en activité soit le même que celui de l'Ordre (environ 205 400 médecins au 1^{er} janvier 2003, France entière)¹.

Mais ce redressement s'appuie sur le nombre total de médecins se déclarant actifs à l'Ordre, y compris ceux ne déclarant aucun mode d'exercice, autrement dit ni libéraux ni salariés. Au 1^{er} janvier 2003, 15 450 médecins sont dans ce cas. Parmi ceux-ci, 8 841 déclarent néanmoins une activité intermittente en tant que remplaçant ou vacataire occasionnel, ce qui permet *a posteriori* de les reclasser en libéraux ou salariés en s'appuyant sur d'autres sources. Les autres, 6 609 professionnels, se déclarent dans leur très grande majorité (6 105) temporairement sans activité. L'ensemble de la population des médecins temporairement sans activité² a fait l'objet d'une étude en 2003 de la part du CREDES³ et du CNOM⁴ sur la moitié des départements français. Il en ressort que, sur ces départements, un tiers environ des médecins temporairement sans activité seraient des actifs occupés et deux tiers des inactifs (retraite, invalidité, maladie...). On verra en détail les problèmes que posent les médecins sans mode d'exercice pour comparer les chiffres du répertoire ADELI à ceux de l'Ordre : disons ici pour résumer qu'ADELI, bien que comptant après redressement autant de médecins que l'Ordre, recense à la fois plus de libéraux et plus de salariés que l'Ordre, du fait de ces médecins.

1. Cf. CUNÉO (P.) et NIEL (X.), *L'Harmonisation des données de démographie médicale*, rapport du groupe de travail du CNIS, Document de travail série statistiques, n° 75, septembre 2002, et SICART (D.), *Les Médecins, estimations au 1^{er} janvier 2003*, Document de travail série statistiques, n° 57, septembre 2003, DREES.

2. Cette population est constituée à plus de 99,5% de médecins sans exercice (libéral/salarié) déclaré.

3. Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé.

4. Conseil national de l'ordre des médecins.

■ ■ Les médecins libéraux, comparaison de quatre sources

Quatre sources permettant de recenser les médecins libéraux en activité ont été étudiées ici : ces sources sont le répertoire ADELI de la DREES, le fichier national de l'Ordre des médecins⁵, le fichier SNIR⁶ de la CNAMTS⁷, et le fichier des cotisants de la CARMF⁸.

Au 1^{er} janvier 2003, le répertoire ADELI recense 122 417 médecins libéraux en activité en France. À la même date, l'Ordre recense 112 965 médecins se déclarant libéraux, le SNIR de la CNAMTS recense 116 396 médecins ayant une activité libérale, enfin la CARMF en recense 124 542. Ces chiffres varient donc dans un écart de 9 % environ. Mais après analyse des champs couverts par ces différentes sources, il s'avère qu'ils ne sont pas directement comparables.

Avant de rentrer dans le détail des différences de champ, précisons que le chiffre retenu ici pour le SNIR regroupe les « actifs à part entière » (APE) et les « non-actifs à part entière » (non-APE). Un APE est, selon la définition de la CNAMTS, un professionnel de santé qui a exercé une activité libérale normale sur une année complète dans le cadre conventionnel ; en sont exclus (et sont donc considérés comme non-APE) les médecins installés en cours d'année, les non-conventionnés, ceux qui exercent à l'hôpital à temps plein et ceux qui ont atteint au moins leur 65^e anniversaire au cours de l'année et qui continuent à exercer une activité. Quant aux médecins ayant cessé leur activité avant la fin de l'année, ils sont exclus des données du SNIR retenues ici s'ils ne se déclarent pas en activité au 31 décembre de l'année étudiée. Enfin, le SNIR ne recense que les médecins ayant eu au moins un euro d'honoraires présentés au remboursement dans l'année, restriction qui n'existe pas dans les trois autres sources (tableau 1).

Précisons également que les statistiques de la CARMF utilisées ici recensent les cotisants obligatoires, c'est-à-dire ceux qui exercent une activité libérale⁹. Ces données correspondent aux médecins adhérant au moins à l'un des trois régimes de retraite gérés par la CARMF, le régime de base, le régime complémentaire et le régime ASV¹⁰.

Plusieurs différences de champ expliquent les écarts entre les quatre sources étudiées, certaines étant liées au choix des données retenues pour la comparaison :

LES REMPLAÇANTS

Comme on l'a vu, l'Ordre recense, en plus des médecins libéraux, des médecins sans mode d'exercice déclaré ayant une « activité intermittente » (8 841 professionnels au 1^{er} janvier 2003). Il s'agit, d'une part, de remplaçants qui sont comptés comme libéraux dans ADELI et, d'autre part, de vacataires occasionnels. Il n'est pas possible de distinguer les uns des autres à partir des seules données fournies par l'Ordre, en revanche on peut faire des hypothèses de répartition avec l'aide des données du répertoire ADELI, d'après lequel on trouve 5 981 libéraux

5. Ces deux premières sources, répertoire ADELI et fichier de l'Ordre, recensent également les médecins salariés, contrairement aux deux autres sources de données.

6. Système national interrégimes.

7. Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés. La CNAMTS dispose également d'un autre fichier, le fichier d'identification nationale des professionnels de santé (FINPS), qui n'a pas été retenu ici car le SNIR est plus adapté : en effet il s'appuie sur la présence d'honoraires des médecins, alors que le FINPS s'appuie sur une déclaration d'activité de la part des professionnels.

8. Caisse autonome de retraite des médecins de France, à laquelle cotisent obligatoirement les médecins libéraux.

9. Parallèlement aux cotisants obligatoires, la CARMF appelle cotisants volontaires les médecins qui n'exercent plus d'activité libérale mais souhaitent continuer à cotiser ; on trouve également, parmi les cotisants volontaires, des médecins exerçant à l'étranger.

10. Allocation supplémentaire de vieillesse.

remplaçants en activité à cette date (les autres, 2 860 médecins, étant donc supposés être des vacataires occasionnels qu'on classera parmi les salariés dans la partie consacrée aux médecins salariés). Les remplaçants ne sont pas recensés dans le SNIR de la CNAMTS au sens où leurs feuilles de soins étant au nom des confrères qu'ils remplacent, ils sont « invisibles » dans ce fichier. Ils figurent en revanche dans les statistiques de la CARMF.

LES PHTP AVEC ACTIVITÉ LIBÉRALE À L'HÔPITAL

Les données du répertoire ADELI retenues ici comptent parmi les libéraux tous les médecins ayant une activité libérale, exclusive ou non d'une activité salariée, à l'exception des praticiens hospitaliers à temps plein (PHTP) ayant simultanément une activité libérale à l'hôpital, soit 4 140 personnes au 1^{er} janvier 2003. De la même façon, l'Ordre ne les compte pas parmi les libéraux mais parmi les salariés. En revanche, la CNAMTS et la CARMF ne font pas cette exception, puisqu'elles recensent comme libéral tout médecin ayant un exercice libéral, exclusif ou non d'un autre exercice, même s'il a lieu à l'hôpital. Toutefois, ces professionnels peuvent être isolés dans les données de la CNAMTS¹¹. Ils ne peuvent l'être des données de la CARMF.

LES BÉNÉFICIAIRES DU MICA

Les statistiques de la CARMF englobent les médecins ayant adhéré au mécanisme incitatif de cessation d'activité (MICA), ce qui n'est pas le cas des trois autres sources. Le MICA concerne 3 308 médecins au 1^{er} janvier 2003. Ils ont tous entre 57 et 65 ans et n'ont pas encore liquidé leurs droits à la retraite. Ces médecins ne figurent pas dans les trois autres sources.

LES NON-CONVENTIONNÉS

Au nombre de 1 170 au 1^{er} janvier 2003 selon la CARMF¹², les non-conventionnés figurent également dans les statistiques d'ADELI et de l'Ordre, et pour une bonne partie d'entre eux mais pas de manière exhaustive dans le SNIR (779 médecins, soit 67 % de ceux recensés à la CARMF)¹³.

LES BIOLOGISTES

Les données du SNIR de la CNAMTS dont nous sommes partis ici ne comptabilisent pas les médecins biologistes libéraux. En effet, les données les concernant sont analysées à part par la CNAMTS, avec celles portant sur les laboratoires de biologie. Selon le SNIR, les médecins biologistes sont 649 en activité au 1^{er} janvier 2003 (et 862 selon ADELI, sans que l'on sache expliquer cette différence).

LES ACTIFS TEMPORAIREMENT SANS ACTIVITÉ NI MODE D'EXERCICE DE L'ORDRE

L'Ordre recense 6 609 professionnels ne déclarant pas de mode d'exercice libéral ou salarié, ni d'activité professionnelle intermittente. Il s'agit très majoritairement de médecins sans activité temporaire (6 105) et minoritairement de médecins actifs (504). Supposons que ces professionnels se répartissent pour environ 60 % en libéraux et 40 % en salariés (selon les mêmes proportions que celles observées sur les médecins de l'Ordre déclarant activité et mode d'exercice), ce sont alors 3 931 de ces professionnels qui sont théoriquement libéraux même s'ils

11. Ces professionnels sont d'ailleurs retirés des publications de la CNAMTS portant sur les seuls actifs APE.

12. Ils peuvent être repérés car ils cotisent aux régimes de base et/ou complémentaire mais pas à l'ASV.

13. Quant au FINPS, il en recense 878 à la même date, soit 75 % de ceux recensés à la CARMF.

ne le précisent pas à l'Ordre. Le nombre de ces « libéraux temporairement sans activité » est du même ordre de grandeur que la différence entre les effectifs de libéraux d'ADEL1 et ceux de l'Ordre une fois corrigés des remplaçants d'ADEL1 (3 471). Le fait que ces deux chiffres soient proches suggère qu'on aurait ici deux problèmes similaires : dans ADEL1 il existerait des libéraux non dés-inscrits alors qu'ils n'exercent probablement plus, et dans le fichier de l'Ordre il existe des médecins inscrits comme médecins actifs au tableau de l'Ordre mais se déclarant temporairement sans activité (et dont une large part sont sans doute d'anciens libéraux). Le tableau 1 résume tous les points précédents.

TABLEAU 1

**LES QUATRE SOURCES DE DONNÉES SUR LES MÉDECINS LIBÉRAUX,
DÉTAILLÉES PAR ÂGE AU 1^{er} JANVIER 2003**

Source	Répertoire ADEL1 de la DREES	Fichier national de l'Ordre des médecins	SNIR de la CNAMTS	Fichier des cotisants de la CARMF
Champ retenu	Médecins libéraux en activité	Médecins ayant pour mode d'exercice la médecine libérale	Médecins se déclarant en activité ayant eu au moins 1 g d'honoraires remboursés dans l'année, y compris d'âge inconnu, y compris non APE	Médecins cotisants obligatoires aux 3 régimes de retraite (base, complémentaire, ASV)
Effectifs bruts au 1 ^{er} janvier 2003	122 417	112 965	116 396	124 542
Publication de référence	« Les médecins, estimation au 1 ^{er} janvier 2003 », <i>Document de travail n° 57</i> , septembre 2003	Pas de publication portant sur les médecins actifs au 1 ^{er} janvier 2003 à ce jour	« Le secteur libéral des professions de santé au 31 décembre 2002 » <i>Carnets n° 110</i> , juin 2004	Pas de publication
France y compris DOM	Oui	Oui	Oui	Oui
Remplaçants	Oui	Oui, mais impossible à distinguer des autres actifs intermittents	Non	Oui, mais impossible à chiffrer
PHTP avec exercice libéral à l'hôpital	Non, recensés parmi les salariés	Non, recensés parmi les salariés et difficiles à distinguer de ces derniers	Oui, mais possible de les isoler	Oui, mais impossible à chiffrer
Bénéficiaires du MICA inclus	Non	Non	Non	Oui
Médecins non conventionnés	Oui, mais impossible à chiffrer	Oui, mais impossible à chiffrer	Oui pour partie d'entre eux	Oui
Présence des biologistes médicaux	Oui	Oui	Non (recensés à part des autres médecins)	Oui, mais impossible à chiffrer
Actifs non occupés	Non en théorie, mais oui probablement car défaut de mise à jour	Non, les médecins temporairement sans activité sont recensés à part (et le nombre de libéraux parmi eux n'est pas connu)	Non	Non

Il est possible d'essayer de corriger les effectifs de médecins des différentes sources pour se ramener à un champ comparable.

Les corrections proposées sont alors les suivantes au 1^{er} janvier 2003 (tableau 2). À titre de comparaison, les données au 1^{er} janvier 2001 et 2002 ont également été retenues, afin de vérifier que les corrections envisagées ne divergent pas trop d'une année sur l'autre.

TABLEAU 2

**CORRECTIONS APPORTÉES AUX QUATRE SOURCES DE DONNÉES SUR LES MÉDECINS LIBÉRAUX
AU 1^{er} JANVIER 2001, 2002 ET 2003 ET NOMBRE DE LIBÉRAUX RÉSULTANT DE CHAQUE NOUVELLE CORRECTION**

	ADELI			Ordre			SNIR, CNAMTS			CARMF			Écart entre les 4 sources		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003	2001	2002	2003	2001	2002	2003	2001	2002	2003
Chiffres bruts	120341	121412	122417	112375	112741	112965	116116	116395	116396	123781	124462	124542	9,2%	9,4%	9,3%
Libéraux remplaçants (1)				5543	5755	5981	5543	5755	5981						
PHTP avec activ. lib. à l'hôpital (2)							-4554	-4395	-4278	-4554	-4395	-4278			
Bénéficiaires MICA (3)										-3906	-3636	-3308			
Libéraux non conv. (3)							1050	1099	1170						
Libéraux non conv. (2)							.672	-728	-779						
Libéraux biologistes (2)							644	644	649						
Chiffres corrigés				117918	118496	118946	118127	118770	119139	115321	116431	116956	4,1%	4,1%	4,5%

SOURCES : (1) ADELI ; (2) : SNIR, CNAMTS ; (3) : CARMF.

REMARQUE : on a fait en sorte, dans ce tableau, qu'il n'y ait pas de double compte. Par exemple, les biologistes rajoutés aux chiffres de la CNAMTS sont des non-remplaçants, car les remplaçants ont été rajoutés avant.

L'écart maximal entre les nombres de libéraux des quatre sources en 2003 passe ainsi de 9,3 % avant toute correction à 4,5 % à l'issue des corrections. À ce stade, c'est le nombre de médecins libéraux d'ADELI qui excède celui des trois autres sources, de 3 000 à 5 000. Mais si l'on tient compte du fait que les effectifs de l'Ordre comprennent 6 609 médecins sans activité déclarée, alors on peut effectuer une sixième correction et rajouter aux chiffres de l'Ordre la part estimée de libéraux parmi ces médecins sans activité déclarée, soit 3 931 d'entre eux¹⁴. L'écart Ordre et ADELI n'est alors plus que de 0,4 % (tableau 2 bis).

TABLEAU 2 BIS

**CORRECTION SUPPLÉMENTAIRE APPORTÉE AUX SEULS CHIFFRES DE L'ORDRE
AFIN DE LES COMPARER À CEUX D'ADELI**

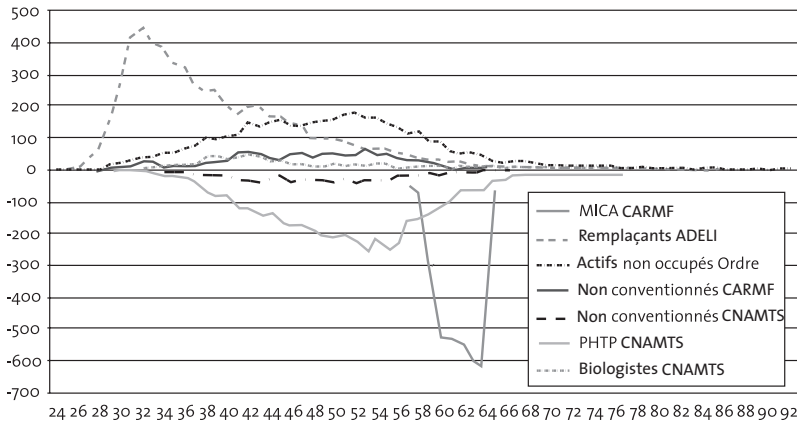
	2001	2002	2003
Chiffres corrigés Ordre	117 918	118 496	118 946
Libéraux temporairement sans activité ni mode d'exercice déclaré (4)	3 835	3 843	3 931
Deuxième correction Ordre	121 753	122 339	122 877
Écart Ordre - ADELI	1,2%	0,8%	0,4%

SOURCES : (4) Ordre.

14. Cette correction est justifiée par le fait que dans le répertoire ADELI, tous les médecins sont déclarés soit comme libéraux, soit comme salariés, et qu'il est donc souhaitable de ventiler de la même façon les médecins de l'Ordre dont le total sert de calage au redressement d'ADELI.

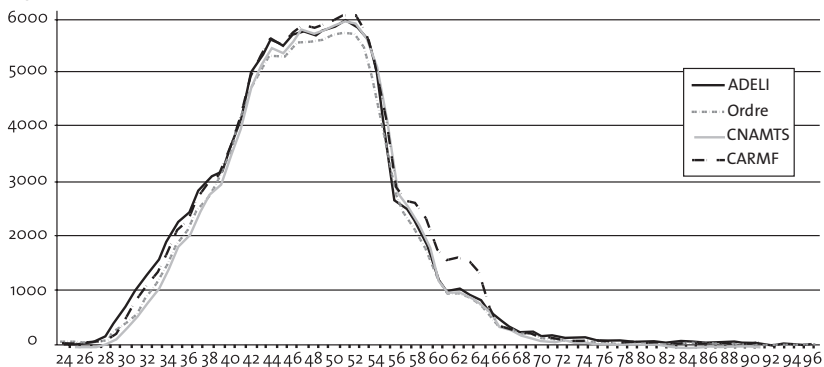
Les pyramides des âges des sous-populations « ajoutées » ou « enlevées » (pour raisonner sur un champ comparable à celui d'ADELI) varient selon les cas (graphique 1) : c'est ainsi que les remplaçants sont plutôt jeunes (40 ans en moyenne), les bénéficiaires du MICA plutôt vieux (62 ans en moyenne) et les autres sont d'âge médian (47 ans en moyenne pour les biologistes médicaux, 50 ans pour les non-conventionnés et les actifs non occupés, et 51 ans pour les PHTP avec activité libérale à l'hôpital).

GRAPHIQUE 1 - PYRAMIDES DES ÂGES DES SOUS-POPULATIONS « AJOUTÉES » OU « ENLEVÉES » AUX DIFFÉRENTES SOURCES DE MÉDECINS LIBÉRAUX AFIN DE LES RENDRE COMPARABLES AU 1^{er} JANVIER 2003



Avant correction, la répartition par âge des médecins libéraux en activité selon les quatre sources étudiées¹⁵ (graphique 2) montre que les différences de champ décrites précédemment sont elles aussi ciblées à des âges bien spécifiques.

GRAPHIQUE 2 - RÉPARTITION PAR ÂGE DES MÉDECINS LIBÉRAUX EN ACTIVITÉ AU 1^{er} JANVIER 2003 SELON QUATRE SOURCES



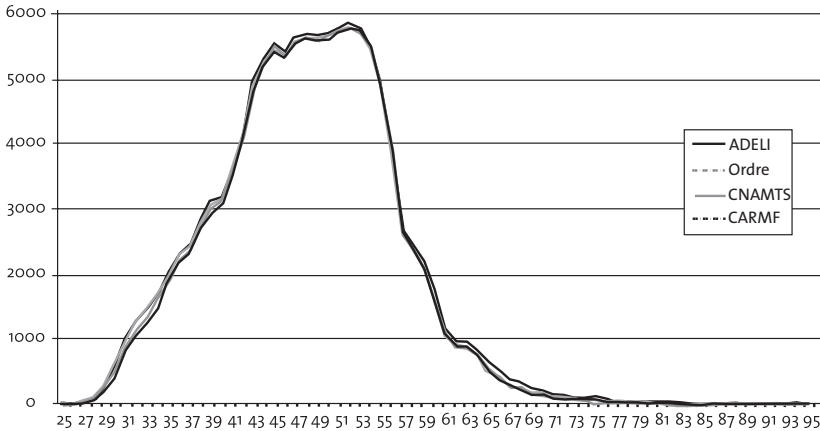
SOURCES : ADELI, Ordre, CNAMTS, CARMF.

15. Le SNIR de la CNAMTS présente un petit nombre de médecins d'âge inconnu (0,2% de l'ensemble) qui ont été redistribués selon la répartition par âge connue, afin de garder un nombre total de médecins libéraux en activité cohérent avec les chiffres cités précédemment.

Voici ce que deviennent ces répartitions par âge des médecins libéraux (graphique 3) une fois apportées les corrections décrites précédemment (sauf celle des actifs non occupés). Les quatre courbes sont beaucoup plus proches.

GRAPHIQUE 3

**RÉPARTITION PAR ÂGE DES MÉDECINS LIBÉRAUX EN ACTIVITÉ AU 1^{er} JANVIER 2003
SELON QUATRE SOURCES À CHAMP COMPARABLE**



SOURCES : ADELI, Ordre, CNAMTS, CARMF.

■ ■ Les médecins salariés, comparaison de deux sources

Deux sources permettent de recenser l'ensemble des médecins salariés en activité par âge : le répertoire ADELI de la DREES et le fichier national de l'Ordre des médecins.

Les médecins dont il est question ici sont exclusivement salariés, c'est-à-dire qu'ils ont une ou plusieurs activités salariées mais aucune activité libérale. Il existe néanmoins une exception : les praticiens hospitaliers à temps plein ayant une activité libérale à l'hôpital sont regroupés avec les salariés, car contrairement aux autres médecins ayant une activité « mixte », leur activité principale est le salariat.

Au 1^{er} janvier 2003, le répertoire ADELI recense 83 020 médecins salariés en activité en France. À la même date, l'Ordre recense 76 976 médecins se déclarant salariés. ADELI en recense donc 8 % de plus que l'Ordre. Mais, comme pour les libéraux, il s'avère après analyse que les champs couverts par ces différentes sources ne sont pas directement comparables. En effet :

LES VACATAIRES OCCASIONNELS DE L'ORDRE

L'Ordre compte, on l'a vu précédemment, 8 841 actifs intermittents. Ces actifs regroupent des remplaçants, qui sont 5 981 selon ADELI (regroupés avec les libéraux dans la partie précédente consacrée aux médecins libéraux, pour rendre les chiffres de l'Ordre comparables avec ceux d'ADELI). Le reste, 2 860 actifs, sont des vacataires occasionnels, à regrouper avec les salariés. Une fois cette correction effectuée, le nombre de salariés de l'Ordre passe de 76 976 à 79 836, soit une différence avec les 83 020 salariés d'ADELI de 8 % avant correction, 4 % après (graphique 4).

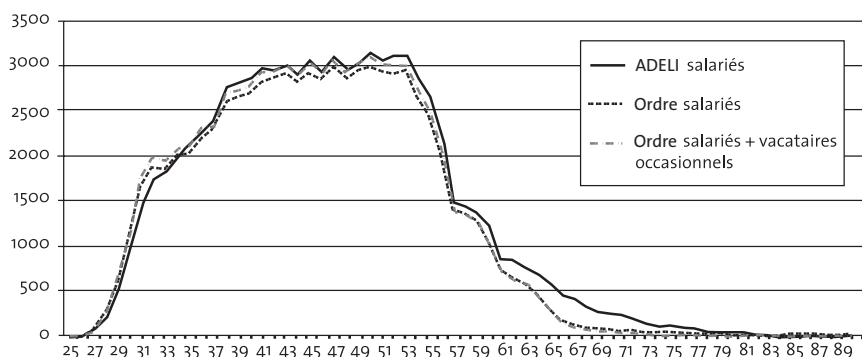
LES ACTIFS TEMPORAIREMENT SANS ACTIVITÉ NI MODE D'EXERCICE DE L'ORDRE¹⁶

On a constaté précédemment qu'une fois le nombre de libéraux de l'Ordre corrigé pour le rendre comparable à celui d'ADELI, la différence qui persistait entre les deux nombres était du même ordre de grandeur que le nombre estimé de libéraux temporairement sans activité de l'Ordre, on constate ici que le nombre de salariés de l'Ordre, une fois corrigé des vacataires occasionnels, diffère de celui d'ADELI de 3184, soit un nombre peu éloigné de l'estimation de salariés temporairement sans activité de l'Ordre, un peu plus de 40% de 6609, ou encore 2678 personnes.

Ce résultat n'a rien d'étonnant quand on sait que la somme des nombres de libéraux et de salariés, c'est-à-dire le nombre total de médecins, est le même dans les deux sources, le redressement d'ADELI s'appuyant sur les effectifs de l'Ordre. Si l'on comptabilisait les médecins temporairement sans activité et supposés être salariés dans les chiffres de l'Ordre, la différence entre les deux sources sur les salariés ne serait plus que de 0,6% (cf. annexe page suivante).

GRAPHIQUE 4

RÉPARTITION PAR ÂGE DES MÉDECINS SALARIÉS EN ACTIVITÉ AU 1^{er} JANVIER 2003 SELON DEUX SOURCES, AVANT ET APRÈS CORRECTION DES VACATAIRES OCCASIONNELS



On remarque qu'ADELI recense beaucoup plus de salariés âgés (60 à 75 ans) que l'Ordre, du fait probablement des défauts de désinscription du répertoire.

16. Soit plus de 99,5% de médecins temporairement sans activité.

■ ■ Annexe

Les tableaux qui suivent résument les différentes corrections proposées pour faire converger les chiffres de l'Ordre et ceux d'ADEL au 1^{er} janvier 2003 :

Médecins se déclarant actifs à l'Ordre France entière au 31 décembre 2002	Activité régulière	Activité intermittente	Aucune activité	Ensemble
Libéraux exclusifs ou non	112 913	49	3	112 965
Salariés exclusifs	76 769	185	22	76 976
Secteur non déclaré	504	8 841	6 105	15 450
Ensemble	190 186	9 075	6 130	205 391

1 ^{re} CORRECTION		Activité intermittente
Secteur non déclaré (NSP)		8 841
Libéraux remplaçants ADEL au 31 décembre 2002	-	5 981 avec les libéraux
Vacataires occasionnels	=	2 860 avec les salariés

2 ^e CORRECTION	Activité régulière	Aucune activité	Total		
Secteur non déclaré (NSP)	504	+	6 105	=	6 609
dont libéraux		59,5%		=	3 931 avec les libéraux
et dont salariés		40,5%		=	2 678 avec les salariés

BILAN	Effectifs Ordre	Après 1 ^{re} correction	Après 2 ^e correction	ADEL redressé	Différence	Après 1 ^{re} correction	Après 2 ^e correction
Libéraux	112 965	118 946	122 877	122 417	7,7%	2,9%	0,0%
Salariés	76 976	79 836	82 514	83 020	7,9%	4,0%	0,6%
Ensemble	189 941	198 782	205 391	205 437	8,2%	3,3%	0,0%

COMPARAISON DES EFFECTIFS DE MÉDECINS PAR SPÉCIALITÉ SELON LE RÉPERTOIRE ADELI ET LE FICHIER DU CNOM

Sabine BESSIÈRE, Serge DARRINÉ
Bureau des professions de santé/DREES

L'objectif de cette note est de comparer par spécialité les effectifs de médecins en activité en France entière au 1^{er} janvier 2003 selon deux sources, le répertoire ADELI redressé, de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), qui est alimenté par les DDASS et le fichier du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), puis d'expliquer les divergences constatées. Cette note actualise et prolonge les travaux sur l'harmonisation de la démographie médicale menés à ce sujet dans le cadre du Conseil national de l'information statistique¹. Elle s'appuie sur les remarques formulées lors des auditions des spécialités menées par le conseil d'orientation de l'Observatoire. Elle complète la contribution 1 sur la comparaison des effectifs de médecins par mode d'exercice (libéral et salarié). On s'intéresse donc ici à l'ensemble des médecins actifs, sans distinction du mode d'exercice libéral ou salarié.

Au 1^{er} janvier 2003, le répertoire ADELI redressé recense 205 437 médecins en activité (cf. tableau 1). À la même date, le fichier de l'Ordre recense 205 391 médecins se déclarant actifs. Le nombre total de médecins actifs est donc très proche dans les deux sources, du fait du calage des données d'ADELI sur les données de l'Ordre². La répartition entre médecins généralistes et spécialistes présente en revanche des écarts importants, liés, comme le montre cette note, à des définitions différentes de la spécialité.

TABLEAU 1 - COMPARAISON DES EFFECTIFS DE MÉDECINS AU 01/01/2003 SELON ADELI ET L'ORDRE

	ADELI		Ordre		Ordre - ADELI	Écart relatif/ADELI
	Effectifs	%	Effectifs	%		
Généralistes	100 682	49	107 832	52,5	7 150	7,1
Spécialistes	104 755	51	97 559	47,5	-7 196	-6,9
Ensemble des médecins	205 437	100	205 391	100	-46	0,0

CHAMP : France entière.

SOURCES : répertoire ADELI redressé (DREES) et CNOM.

■ ■ Comparaison des effectifs de médecins par spécialité selon ADELI et l'Ordre

Le tableau ci-dessous indique comment se répartissent les médecins par spécialité dans les deux sources, ainsi que les différences absolues et relatives :

1. Cf. *L'Harmonisation des données de démographie médicale*, CUNÉO (P.) et NIEL (X.), rapport du groupe de travail du CNIS, n° 75, septembre 2002.

2. Cf. Rapport du CNIS précité et SICART (D.), « Les médecins, estimations au 1^{er} janvier 2003 », *Document de travail série statistiques*, n° 57, septembre 2003, DREES. Les chiffres ne sont pas rigoureusement identiques, car les effectifs d'ADELI sont calés, pour la France métropolitaine, sur un nombre arrondi de médecins à l'Ordre.

TABLEAU 2 - RÉPARTITION PAR SPÉCIALITÉ DES SPÉCIALISTES EN ACTIVITÉ AU 1^{er} JANVIER 2003
SELON ADELI REDRESSÉ ET L'ORDRE

Spécialités au 1 ^{er} janvier 2003	ADELI	Ordre	Différence absolue entre Ordre et ADELI	Différence relative entre Ordre et ADELI
Anatomie et cytologie pathologiques	1 631	1 521	-110	-7 %
Anesthésie-réanimation	10 365	9 511	-854	-8 %
Cardiologie	5 904	5 705	-199	-3 %
Dermatologie-vénérologie	4 018	4 038	20	1 %
Endocrinologie et métabolismes	1 397	1 378	-19	-1 %
Gastro-entérologie hépatologie	3 324	3 199	-125	-4 %
Génétique médicale	106	140	34	32 %
Hématologie	310	187	-123	-40 %
Médecine interne	2 469	2 475	6	0 %
Médecine nucléaire	375	445	70	19 %
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	1 916	1 816	-100	-5 %
Néphrologie	1 114	1 035	-79	-7 %
Neurologie	1 729	1 652	-77	-4 %
Oncologie médicale	523	512	-11	-2 %
Pédiatrie	6 628	6 320	-308	-5 %
Pneumologie	2 659	2 462	-197	-7 %
Radiodiagnostic et radiothérapie	8 217	8 030	-187	-2 %
Rhumatologie	2 646	2 576	-70	-3 %
Gynécologie médicale	1 846	0	-1 846	-100 %
Gynécologie-obstétrique	5 352	2 742	-2 610	-49 %
Chirurgie générale	4 802	4 858	56	1 %
Chirurgie infantile	102	79	-23	-23 %
Chirurgie maxillo-faciale	48	0	-48	-100 %
Chirurgie orthopédique et traumatologique	2 026	2 190	164	8 %
Chirurgie plastique, reconstructrice et esth.	324	269	-55	-17 %
Chirurgie thoracique et cardiaque	222	153	-69	-31 %
Chirurgie urologique	515	395	-120	-23 %
Chirurgie vasculaire	338	414	76	22 %
Chirurgie viscérale et digestive	492	370	-122	-25 %
Neurochirurgie	385	350	-35	-9 %
Ophthalmologie	5 506	5 508	2	0 %
Oto-rhino-laryngologie	3 025	2 971	-54	-2 %
Stomatologie	1 427	1 452	25	2 %
Biologie + génétique + recherche	3 119	2 548	-571	-18 %
Psychiatrie + neuropsychiatrie	13 741	12 781	-960	-7 %
Médecine du travail	5 066	6 071	1 005	20 %
Santé publique	1 089	1 406	317	29 %
Ensemble des spécialistes	104 755	97 559	-7 196	-7 %

CHAMP : France entière. SOURCES : ADELI ET ORDRE.

LECTURE : les effectifs en gras correspondent aux spécialités pour lesquelles la différence entre le nombre de médecins actifs dans ADELI et selon l'Ordre dépasse 150 en valeur absolue ; par exemple, l'Ordre compte 854 anesthésistes-réanimateurs de moins qu'ADELI au 1^{er} janvier 2003. Les cases grisées correspondent aux spécialités pour lesquelles la différence entre le nombre de médecins actifs selon l'Ordre et ADELI dépasse 10 % en valeur relative ; par exemple, l'Ordre recense 32 % de spécialistes en plus qu'ADELI en génétique médicale.

Les **différences absolues les plus importantes** (plus de 150 médecins d'écart) entre les deux sources sont observées pour les douze spécialités suivantes : gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale, psychiatrie et neuropsychiatrie, anesthésie-réanimation, biologie médicale, génétique médicale et recherche, pédiatrie, cardiologie, pneumologie, radiodiagnostique et radiothérapie, médecine du travail, santé publique, chirurgie orthopédique et traumatologique.

Outre ces spécialités, il existe dix spécialités pour lesquelles les différences absolues entre les effectifs des deux sources sont inférieures à 150, mais néanmoins importantes en termes relatifs, puisque supérieures à 10 % : hématologie, génétique médicale, médecine nucléaire, et les spécialités chirurgicales qui n'existaient pas dans l'ancien régime des études médicales, pour lesquelles se posent des problèmes de frontière avec la chirurgie générale (chirurgie maxillo-faciale, chirurgie thoracique et cardiaque, chirurgie viscérale et digestive, chirurgie urologique, chirurgie infantile, chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, chirurgie vasculaire).

■ ■ Les écarts observés s'expliquent en partie par des différences de concepts

Des différences de définition des médecins « spécialistes » entre les deux sources expliquent en partie ces divergences :

TRAITEMENT DIFFÉRENT À L'ORDRE ET DANS ADELI DES PRATICIENS HOSPITALIERS, NON QUALIFIÉS SPÉCIALISTES

L'Ordre ne définit comme spécialistes que les médecins **qualifiés spécialistes**³. Cette définition est plus restrictive que celle d'ADELI qui comprend, outre les qualifiés spécialistes, les médecins ayant une formation hospitalière et universitaire (c'est-à-dire ayant réussi le concours national de praticien hospitalier) sans être « qualifiés spécialistes ». Pendant une période limitée et jusqu'en 1999 (sauf pour la psychiatrie), des places à ces concours (concours dits « de type IV ») étaient en effet ouvertes chaque année à des médecins ne disposant pas de la qualification de spécialiste.

ADELI recense ainsi plus de 4 000 médecins dans ce cas, sans doute recensés comme généralistes dans les fichiers de l'Ordre. Pour six spécialités, les praticiens hospitaliers représentent plus de 10 % des spécialistes recensés dans ADELI, et même plus d'un quart pour l'hématologie. Retraîner ces praticiens hospitaliers aux effectifs d'ADELI permet de se ramener à un champ comparable à celui de l'Ordre. Les différences entre les deux sources sont alors les suivantes (voir tableau 3).

Les corrections apportées par ce changement de définition des spécialistes d'ADELI, afin de se ramener à la définition en vigueur à l'Ordre, font beaucoup converger les chiffres entre les deux sources puisque la différence entre le nombre total de spécialistes passe de 7 196 avant correction à 3 132 après. Par spécialité, l'écart entre les deux sources est réduit en valeur absolue pour 26 spécialités sur 37.

Les spécialités pour lesquelles l'écart relatif (en %) entre les deux sources devient acceptable (<3%), voire négligeable, si l'on tient compte de cette différence de champ, sont : la plu-

3. Plus précisément, sont qualifiés spécialistes : les médecins issus du nouveau régime des études médicales et titulaires d'un diplôme d'études spécialisé (DES) ou d'un DESC qualifiant ; parmi les médecins issus de l'ancien régime : les titulaires d'un certificat d'études spécialisé, les internes de CHU qui ont obtenu le CES par équivalence, ou les médecins ayant demandé et obtenu la reconnaissance de leur qualification auprès de l'Ordre.

part des spécialités médicales (anatomie et cytologie pathologique, anesthésie-réanimation, cardiologie, dermatologie-vénérologie, endocrinologie et métabolismes, gastro-entérologie hépatologie, médecine interne, rééducation et réadaptation fonctionnelle, néphrologie, neurologie, oncologie médicale, pédiatrie, radiodiagnostic et radiothérapie, rhumatologie), les spécialités chirurgicales existant déjà dans l'ancien régime des études médicales (ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, stomatologie), ainsi que la psychiatrie et neuropsychiatrie.

À l'inverse, le fait de retrancher aux spécialistes d'ADELI les praticiens hospitaliers fait diverger les chiffres entre les deux sources pour 11 spécialités sur 37. Pour 3 d'entre elles, la divergence s'accroît d'au moins 100 professionnels. Il s'agit de la médecine du travail, de la santé publique et de la chirurgie générale.

Les concours de type IV ayant été supprimés en 1999, les effectifs des praticiens hospitaliers non qualifiés spécialistes ne peuvent que diminuer, au fur et à mesure des départs à la retraite. À terme, cette source de divergence entre ADELI et l'Ordre devrait donc disparaître. La psychiatrie fait exception : c'est la seule spécialité pour laquelle la dérogation permettant aux non qualifiés spécialistes d'accéder au concours a été maintenue et reconduite chaque année. Actuellement, 672 psychiatres sont concernés, mais le recrutement de praticiens hospitaliers par cette voie est de plus en plus important. L'écart entre le nombre de psychiatres dans ADELI et à l'Ordre pourrait donc s'accroître.

TABLEAU 3 - RÉPARTITION PAR SPÉCIALITÉ DES SPÉCIALISTES EN ACTIVITÉ AU 01/01/2003 SELON ADELI REDRESSÉ « CHAMP ORDRE » ET SELON L'ORDRE, ET DIFFÉRENCES OBSERVÉES ENTRE LES DEUX SOURCES

Spécialités au 01/01/2003	ADELI	Dont formation hospitalière et universitaire (pratichiens hospitaliers)	ADELI « champ Ordre »	Ordre	Différence absolue entre Ordre et ADELI*	Différence absolue entre Ordre et ADELI « champ Ordre »**	Différence relative entre Ordre et ADELI « champ Ordre »**
Anatomie et cytologie pathologiques	1 631	72	1 559	1 521	-110	-38	-2%
Anesthésie-réanimation	10 365	654	9 711	9 511	-854	-200	-2%
Cardiologie	5 904	158	5 746	5 705	-199	-41	-1%
Dermatologie-vénérologie	4 018	10	4 008	4 038	20	30	1%
Endocrinologie et métabolismes	1 397	19	1 377	1 378	-19	10%	
Gastro-entérologie hépatologie	3 324	84	3 240	3 199	-125	-41	-1%
Génétique médicale	106	14	92	140	34	48	52%
Hématologie	310	81	228	187	-123	-41	-18%
Médecine interne	2 469	58	2 411	2 475	6	64	3%
Médecine nucléaire	375	9	366	445	70	79	22%
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	1 916	100	1 816	1 816	-100	0	0%
Néphrologie	1 114	75	1 040	1 035	-79	-5	-1%
Neurologie	1 729	49	1 680	1 652	-77	-28	-2%
Oncologie médicale	523	15	508	512	-11	4	1%
Pédiatrie	6 628	201	6 427	6 320	-308	-107	-2%
Pneumologie	2 659	96	2 563	2 462	-197	-101	-4%
Radiodiagnostic et radiothérapie	8 217	233	7 984	8 030	-187	46	1%
Rhumatologie	2 644	42	2 604	2 576	-70	-28	-1%
Gynécologie médicale	1 846	16	1 830	0	-1 846	-1 830	-100%
Gynécologie-obstétrique	5 352	86	5 266	2 742	-2 610	-2 524	-48%
Chirurgie générale	4 802	133	4 669	4 858	56	189	4%
Chirurgie infantile	102	14	88	79	-23	-9	-10%
Chirurgie maxillo-faciale	48	3	45	0	-48	-45	-100%
Chirurgie orthopédique et traumatologique	2 026	74	1 951	2 190	164	239	12%
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	324		324	269	-55	-55	-17%
Chirurgie thoracique et cardiaque	222	13	209	153	-69	-56	-27%
Chirurgie urologique	515	31	484	395	-120	-89	-18%
Chirurgie vasculaire	338	18	320	414	76	94	29%
Chirurgie viscérale et digestive	492	94	398	370	-122	-28	-7%
Neurochirurgie	385	11	374	350	-35	-24	-6%
Ophthalmologie	5 506	18	5 487	5 508	2	21	0%
Oto-rhino-laryngologie	3 025	45	2 980	2 971	-54	-9	0%
Stomatologie	1 427	4	1 424	1 452	25	28	2%
Biologie + génétique + recherche	3 119	436	2 683	2 548	-571	-135	-5%
Psychiatrie + neuropsychiatrie	13 741	672	13 069	12 781	-960	-288	-2%
Médecine du travail	5 066	285	4 781	6 071	1 005	1 290	27%
Santé publique	1 089	141	—	1 406	317	458	48%
Ensemble des spécialistes	104 755	4 064	100 691	97 559	-7 196	-3 132	-3%

CHAMP: France entière. SOURCES: ADELI ET ORDRE.

LECTURE: les effectifs en gras correspondent aux spécialités pour lesquelles la différence entre le nombre de médecins actifs dans ADELI et selon l'Ordre dépasse 150 en valeur absolue, les cases grisées à celles pour lesquelles la différence relative entre les deux sources après correction de champ est supérieure à 10%. Parmi les 5 904 cardiologues recensés dans ADELI, 158 ont une formation hospitalière et universitaire en cardiologie sans être qualifiés spécialistes. En les retranchant pour se ramener à un champ comparable à celui de l'Ordre, on dénombre 5 746 qualifiés spécialistes en cardiologie selon ADELI (i.e. cardiologues selon le « champ Ordre »), soit 41 médecins de plus que l'Ordre (contre 199 de plus avant correction).

* Avant correction de champ.

** Après correction de champ.

TRAITEMENT DIFFÉRENT À L'ORDRE ET DANS ADELI DES COMPÉTENCES EXCLUSIVES

Le traitement des compétents exclusifs diffère également entre l'Ordre et ADELI. ADELI retient le classement réglementaire de l'assurance-maladie⁴ et considère ainsi comme spécialistes les médecins ayant des compétences exclusives en gynécologie médicale, gynécologie-obstétrique, ou en chirurgie urologique. Ces médecins, lorsqu'ils exercent en libéral, cotent en effet leurs actes comme des spécialistes et sont remboursés comme tels par l'assurance-maladie (actes en CS et non C). Mais n'étant pas « qualifiés spécialistes », ces médecins sont recensés selon la réglementation en vigueur à l'Ordre en tant que généralistes à exercice particulier⁵. Plus de 3 400 médecins sont dans ce cas.

• Cas de la gynécologie, médicale ou obstétrique

Les qualifications des médecins exerçant la gynécologie-obstétrique et/ou médicale sont diverses et dépendent du régime des études médicales sous lequel ils ont été diplômés.

- La spécialité en gynécologie-obstétrique s'obtient : par la voie des commissions de qualification pour les médecins issus de l'ancien régime des études médicales, par le DES qualifiant de gynécologie-obstétrique pour ceux issus du nouveau régime.
- la compétence en gynécologie médicale et la compétence en gynécologie-obstétrique peuvent être exclusives ou non.
- la bicompetence en gynécologie médicale et obstétrique peut être exclusive ou non.

L'Ordre, dont le classement s'appuie exclusivement sur les qualifications, ne considère pas la gynécologie médicale comme une spécialité, mais comme un exercice particulier de la médecine générale, d'où un écart apparent très important entre les deux sources.

Mais dans cette catégorie, l'Ordre recense 1 893 généralistes compétents exclusifs en gynécologie médicale, chiffre très proche de celui d'ADELI (1 846 professionnels exerçant la gynécologie médicale). La différence entre les deux sources n'est donc en réalité, pour la gynécologie médicale, que de 47 professionnels.

Il en va de même pour la gynécologie-obstétrique : l'Ordre recense 2 742 qualifiés spécialistes, auxquels il convient d'ajouter, pour se ramener à un champ comparable à celui d'ADELI, 2 474 généralistes compétents exclusifs⁶.

Le nombre de qualifiés spécialistes est très supérieur dans ADELI à celui de l'Ordre (+ 771, cf. 1^{re} ligne du tableau 4), mais inversement, le nombre de généralistes compétents exclusifs en gynécologie-obstétrique est très inférieur (-721). Globalement, les écarts se compensent et la différence sur l'estimation du nombre de médecins exerçant la spécialité n'est en réalité que de 136 professionnels, soit un écart de moins de 3%.

4. « 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'ADELI.

5. Ce mode de classement a été adopté à partir de 2001. Jusqu'en 2000, l'Ordre les recensait parmi les spécialistes en gynécologie-obstétrique.

6. Ce chiffre comprend les bicompetents. Dans la mesure où l'on ne dispose d'aucune information dans les deux sources sur la compétence réellement exercée par les bicompetents en gynécologie médicale et obstétrique, le choix a été fait de les répertorier ici parmi les gynécologues-obstétriciens.

TABLEAU 4 - RÉPARTITION DES MÉDECINS EXERÇANT LA GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, DANS LES DEUX SOURCES

Qualification à l'Ordre	Effectifs à l'Ordre	Classement dans ADELI	Effectifs dans ADELI	Différence ADELI - Ordre
Spécialistes en gynécologie-obstétrique	2 742	Qualifiés spécialistes en gynécologie-obstétrique + autres spécialistes (praticiens hospitaliers non qualifiés spécialistes)	3 513 86	771 86
Généralistes compétents exclusifs en gynécologie-obstétrique ou bicompétents exclusifs en gynécologie médicale et obstétrique	2 474	+ autres spécialistes (compétents exclusifs et bicompétents exclusifs)	1 753	-721
Total spécialistes en gynécologie-obstétrique au sens d'ADELI	5 216	Spécialistes en gynécologie-obstétrique	5 352	136

• Cas de la chirurgie urologique

Les 100 médecins ayant une compétence exclusive en chirurgie urologique sont classés comme spécialistes en urologie dans ADELI. Si on les retranche, de façon à se ramener au même champ que l'Ordre, c'est-à-dire celui des « qualifiés spécialistes », l'écart n'est plus que de 11 médecins, ce qui devient négligeable.

	ADELI	Ordre	ADELI - Ordre
Spécialistes - reçus au concours national de praticien hospitalier - compétents exclusifs	515 - 31 - 100	395	120
Qualifiés spécialistes	384	395	- 11

Si les chiffres convergent, tous les chirurgiens urologiques ne sont vraisemblablement pas recensés parmi les spécialistes en chirurgie urologique. Une partie d'entre eux se déclarent, à l'Ordre comme dans ADELI, spécialistes en chirurgie générale, avec une compétence en chirurgie urologique.

Ce problème n'est pas spécifique à la chirurgie urologique, mais concerne une grande partie des spécialités chirurgicales. Il fait l'objet d'un examen détaillé dans le paragraphe suivant.

■ ■ Autres sources potentielles d'écarts

CAS DES SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES

• Évolution des diplômes des qualifiés spécialistes dans les spécialités chirurgicales

Depuis 1991, les chirurgiens issus du nouveau régime des études médicales obtiennent un DES de chirurgie générale, complété par un DESC qualifiant dans une spécialité chirurgicale.

Entre 1984 et 1991, les chirurgiens obtenaient le DES de leur spécialité chirurgicale (dont l'intitulé peut être différent des DESC qualifiants actuels).

Enfin, dans l'ancien régime des études médicales, selon leur discipline, les chirurgiens pouvaient obtenir :

- soit la qualification de **spécialiste en chirurgie générale**, avec éventuellement une ou plusieurs compétences dans une spécialité chirurgicale
- soit la qualification de **spécialiste dans une spécialité chirurgicale**.

Selon la date d'obtention de leur diplôme et pour une même spécialité, les médecins peu-

vent donc être classés soit parmi les spécialistes en chirurgie générale, soit dans cette spécialité chirurgicale.

Au-delà du diplôme, les médecins ont pu s'inscrire auprès de l'Ordre et dans ADELI, dans l'une ou l'autre des catégories :

- soit par choix (par exemple, des médecins exerçant essentiellement une spécialité chirurgicale ont préféré conserver la qualification de chirurgien général, pour pouvoir prendre des gardes de chirurgie générale)
- soit par négligence (après obtention d'une compétence dans une spécialité chirurgicale, les médecins ont négligé de signaler leur changement d'exercice à l'Ordre ou à la DDASS, voire aux deux).

Le tableau 5 résume l'évolution des diplômes des spécialités chirurgicales au cours des différents régimes des études médicales : l'ambiguïté du classement entre chirurgie générale et spécialité chirurgicale concerne la plupart des spécialités chirurgicales.

TABLEAU 5 - ÉVOLUTION DES DIPLÔMES DES SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES

Qualification dans l'ancien régime	Qualification de 1984 à 1991 (DES)	Qualification à partir de 1991 (DESC qualifiant)
Spécialiste en chirurgie générale et compétent en chirurgie pédiatrique	Spécialiste en chirurgie infantile	Spécialiste en chirurgie infantile
Spécialiste en chirurgie générale et compétent en chirurgie maxillo-faciale	Spécialiste en chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Spécialiste en chirurgie maxillo-faciale Spécialiste en chirurgie maxillo-faciale et stomatologie à partir de 1999
Spécialiste en chirurgie générale et compétent en chirurgie orthopédique ou Spécialiste en chirurgie orthopédique	Spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique	Spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique
Spécialiste en chirurgie générale et compétent en chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Spécialiste en chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Spécialiste en chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Spécialiste en chirurgie générale et compétent en chirurgie thoracique	Spécialiste en chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	Spécialiste en chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Spécialiste en chirurgie générale et compétent en urologie	Spécialiste en chirurgie urologique	Spécialiste en chirurgie urologique
Spécialiste en chirurgie générale ou Spécialiste en chirurgie vasculaire	Spécialiste en chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	Spécialiste en chirurgie vasculaire
Spécialiste en chirurgie générale	Chirurgie viscérale	Spécialiste en chirurgie viscérale et digestive
Spécialiste en gynécologie-obstétrique	Gynécologie-obstétrique	Spécialiste en gynécologie-obstétrique Spécialiste en gynécologie-obstétrique médicale (à partir de 2000)
Spécialiste en chirurgie générale et compétent en neurochirurgie ou spécialiste en neurochirurgie	Spécialiste en neurochirurgie	Spécialiste en neurochirurgie
Spécialiste en ophtalmologie	Spécialiste en ophtalmologie	Spécialiste en ophtalmologie
Spécialiste en oto-rhino-laryngologie	Spécialiste en oto-rhino-laryngologie	Spécialiste en oto-rhino-laryngologie
Spécialiste en stomatologie	Spécialiste en chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Spécialiste en stomatologie

LECTURE : les médecins exerçant la chirurgie infantile diplômés avant 1984 ont obtenu la qualification de spécialiste en chirurgie générale, doublée d'une compétence en chirurgie pédiatrique. Ils sont donc comptabilisés à l'Ordre et dans ADELI parmi les chirurgiens généraux. Les médecins diplômés après 1984 ont la qualification de spécialiste en chirurgie infantile, et sont comptabilisés dans cette spécialité chirurgicale.

Pour comparer les effectifs des chirurgiens par spécialité des deux sources, il faudrait donc tenir compte des compétences obtenues, en plus de la spécialité.

Cependant, rien n'assure que les compétences obtenues sont celles réellement exercées aujourd'hui par les spécialistes. De plus, une partie d'entre eux a obtenu une double, voire triple compétence dans plusieurs spécialités chirurgicales. Il est donc impossible de déterminer avec quelle discipline chirurgicale ils devraient être comptabilisés.

À titre d'information, la répartition des compétences par spécialité chirurgicale est tout de même donnée ci-dessous.

TABLEAU 6 - RÉPARTITION PAR COMPÉTENCE CHIRURGICALE DES QUALIFIÉS SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE GÉNÉRALE AYANT AU MOINS UNE COMPÉTENCE SELON ADELI ET L'ORDRE AU 1^{er} JANVIER 2003

Compétences des spécialistes en chirurgie générale	ADELI	Ordre	Différence
Chirurgie urologique	484	644	160
Chirurgie orthopédique et traumatologique	454	493	39
Chirurgie plastique et reconstructrice	252	255	3
Chirurgie thoracique et cardiaque	179	199	20
Chirurgie infantile	162	198	36
Chirurgie maxillo-faciale	58	0	-58
Total	1 589	1 789	200

LECTURE : l'Ordre recense 644 médecins qualifiés spécialistes en chirurgie générale ayant une compétence en chirurgie urologique, alors qu'ADELI en recense 484, soit 160 de moins.

AVERTISSEMENT : un médecin ayant deux compétences est compté deux fois. Le nombre de médecins ayant au moins une compétence est donc plus faible que le nombre de compétences qui est présenté ici.

Les médecins ayant plusieurs compétences sont comptabilisés plusieurs fois, le nombre de médecins réellement concernés est donc inférieur à celui des compétences. Cependant, les effectifs pour lesquels le classement dans une discipline chirurgicale est ambigu restent très importants, ce qui renforce la nécessité de comparer l'ensemble des effectifs de chirurgiens et non les effectifs par spécialité chirurgicale.

En outre, quelques spécialités ont changé d'intitulé à plusieurs reprises ou ont été associées puis dissociées d'autres spécialités, d'où la difficulté de dénombrer leurs effectifs. C'est le cas notamment de la chirurgie vasculaire et de la chirurgie viscérale et digestive (cf. tableau 5).

Le tableau 7 rappelle la répartition des effectifs de chirurgiens pour l'ensemble des spécialités chirurgicales, hors la gynécologie-obstétrique (qui présente d'autres spécificités et dont le cas a été traité précédemment).

TABLEAU 7 - COMPARAISON DES EFFECTIFS TOTAUX DE QUALIFIÉS SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE
À L'ORDRE ET DANS ADELI

Spécialités au 1 ^{er} janvier 2003	ADELI	Dont formation hospitalière et universitaire (praticiens hospitaliers)	ADELI « champ Ordre »	Ordre	Différence absolue entre Ordre et ADELI*	Différence absolue entre Ordre et ADELI « champ Ordre »**	Différence relative entre Ordre et ADELI « champ Ordre »**
Chirurgie générale	4 802	133	4 669	4 858	56	189	4,0
Chirurgie infantile	102	14	88	79	-23	-9	-10,2
Chirurgie maxillo-faciale	48	3	45	0	-48	-45	-100,0
Chirurgie orthopédique et traumatologique	2 026	74	1 951	2 190	164	239	12,3
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	324		324	269	-55	-55	-17,0
Chirurgie thoracique et cardiaque	222	13	209	153	-69	-56	-26,8
Chirurgie urologique	515	31	484	395	-120	-89	-18,4
Chirurgie vasculaire	338	18	320	414	76	94	29,4
Chirurgie viscérale et digestive	492	94	398	370	-122	-28	-7,0
Neurochirurgie	385	11	374	350	-35	-24	-6,4
Ophthalmologie	5 506	18	5 487	5 508	2	21	0,4
Oto-rhino-laryngologie	3 025	45	2 980	2 971	-54	-9	-0,3
Stomatologie	1 427	4	1 424	1 452	25	28	2,0
Total spécialités chirurgicales (hors gynécologie-obstétrique)	19 212	458	18 753	19 009	-203	256	-1,3

* Avant correction de champ.

** Après correction de champ.

Sur la chirurgie dans son ensemble, la différence absolue entre les deux sources n'est que de 256 professionnels, soit un écart relatif de 1,3 % par rapport à l'Ordre, ce qui peut être considéré comme acceptable.

• Qualifiés compétents dans les spécialités chirurgicales

À cette difficulté de cerner quelle est la spécialité chirurgicale réellement exercée au sein des spécialistes en chirurgie, s'ajoute un deuxième obstacle : ADELI et l'Ordre recensent également des généralistes et d'autres spécialistes, qui sont qualifiés compétents dans une spécialité chirurgicale, mais dont on ignore s'ils exercent ou non cette compétence. Il s'agit principalement de compétences en chirurgie maxillo-faciale pour les spécialistes autres que les chirurgiens généraux, et en chirurgie orthopédique pour les médecins généralistes.

TABLEAU 8 - GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES QUALIFIÉS COMPÉTENTS EN CHIRURGIE

	ADELI				Ordre	Différence
	Généralistes	Chirurgiens généraux	Autres spécialistes	Total généralistes + spécialistes	Généralistes + spécialistes	Généralistes + spécialistes
Chirurgie infantile	17	162	14	193	215	-22
Chirurgie maxillo-faciale	19	58	1 091	1 168	542	626
Chirurgie orthopédique et traumatologique	227	454	28	709	624	85
Chirurgie plastique et reconstructrice	26	252	116	395	non disponible	
Chirurgie thoracique et cardiaque	13	179	47	240	280	-40
Chirurgie urologique	17	484	14	515	667	-152
Neurochirurgie	7	non disponible	non disponible	18	15	3
Stomatologie	2	non disponible	non disponible	135	76	59
Ensemble	472	1 589	1 310	3 658	2 419	1 239

Il est donc possible que le nombre de chirurgiens au sens réglementaire (évalué à partir des qualifiés spécialistes dans le tableau 7) sous-estime le nombre de médecins exerçant réellement une spécialité chirurgicale.

Ce décalage entre exercice et qualification n'est pas propre aux spécialités chirurgicales, mais concerne potentiellement l'ensemble des spécialités.

L'EXERCICE DES MÉDECINS NE CORRESPOND PAS TOUJOURS À LEUR QUALIFICATION

ADELI et l'Ordre recensent un grand nombre de médecins généralistes qualifiés compétents dans une spécialité, et de spécialistes qualifiés compétents dans une autre spécialité. Il est possible qu'une partie d'entre eux exercent à présent la discipline pour laquelle ils ont obtenu une compétence. Mais les deux sources répertorient en principe les médecins selon leurs qualifications (à l'exception des praticiens hospitaliers non spécialistes et des compétents exclusifs pour ADELI) et non selon l'exercice.

Ces médecins qualifiés compétents ne sont donc pas recensés dans la discipline pour laquelle ils ont une compétence, mais dans leur discipline de qualification principale (médecine générale ou autre spécialité). Ceci est à l'origine des divergences parfois observées, entre, d'une part, ADELI et l'Ordre et, d'autre part, les chiffres de la profession lors des auditions, les sociétés savantes prenant en compte dans leurs effectifs tout un volant de médecins qualifiés compétents, qui exercent effectivement la spécialité sans être qualifiés spécialistes. C'est le cas pour l'hématologie, la chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, la chirurgie urologique, la médecine nucléaire, la néphrologie, et la pédiatrie.

Mais recenser ainsi les médecins en fonction de leur compétence n'est pas si aisé :

- ce recensement relève d'une autre logique : celle de l'exercice, qui peut fluctuer au cours de la carrière du praticien, et non plus celle des qualifications
- le fait que les qualifiés compétents fassent partie des médecins exerçant la spécialité n'est pas vrai pour toutes les spécialités. Il ne s'agit parfois que d'un diplôme complémentaire à la qualification initiale, qui n'est pas ou plus exercé, ou n'est pas exercé à titre exclusif.
- il conduit à des doubles comptes puisque de nombreux médecins, spécialistes ou généralistes, ont une, voire deux ou même parfois trois compétences, et sont déjà comptabilisés respectivement dans leur spécialité ou parmi les généralistes.

• en outre, il peut exister des différences dans les informations dont disposent l'Ordre et ADELI, et donc dans le classement opéré, selon ce que le médecin déclare auprès de l'une ou l'autre source : déclare-t-il ou non ses compétences ? Déclare-t-il les qualifications correspondant à son exercice actuel ou à son diplôme initial ?

Concernant ce dernier point, on peut néanmoins comparer les effectifs des qualifiés compétents (généralistes et spécialistes) afin d'avoir une idée de ceux qui peuvent être, dans une des deux sources et pas dans l'autre, considérés comme qualifiés spécialistes, et donc permettraient d'expliquer les divergences (tableau 9).

TABLEAU 9 - RÉPARTITION PAR SPÉCIALITÉ DES COMPÉTENCES DÉLIVRÉES AUX GÉNÉRALISTES ET AUX SPÉCIALISTES EN ACTIVITÉ AU 1^{er} JANVIER 2003 SELON ADELI REDRESSÉ ET SELON L'ORDRE, ET DIFFÉRENCES OBSERVÉES ENTRE LES DEUX SOURCES

	Nombre de compétences dans ADELI détenues par des généralistes	Nombre de compétences dans ADELI détenues par des spécialistes	Nombre de compétences dans ADELI (détenues par des généralistes ou des spécialistes)	Nombre de compétences à l'Ordre (détenues par des généralistes ou des spécialistes)	Écart Ordre – ADELI	Écart entre Ordre et ADELI « champ Ordre » sur le nombre de compétences
Anatomie et cytologie pathologiques	49	85	135	143	8	-38
Anesthésiologie-réanimation	187	55	241	197	-44	-200
Cardiologie	143	239	382	451	69	-41
Dermatologie et vénéréologie	34	36	69	59*	-10	30
Endocrinologie et métabolismes	151	327	478	228*	-250	1
Gastro-entérologie hépatologie	75	201	276	382	106	-41
Génétique médicale	57	98	155	121	-34	48
Hématologie	153	161	314	338	24	-41
Médecine nucléaire	102	68	170	75	-95	79
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	95	75	170	160	-10	0
Néphrologie	58	139	197	191	-6	-5
Neurologie	13	53	66	37*	-29	-28
Oncologie médicale	117	1 728	1 845	2 376	531	4
Pédiatrie	280	143	423	294	-129	-107
Pneumologie	119	138	257	267	10	-101
Rhumatologie	77	157	235	285	50	-28
Biologie médicale	16	11	27	n.d.	n.d.	-135
Psychiatrie	182	1 123	1 305	1 653	348	-288
Médecine du travail	2 814	338	3 152	2 438	-714	1 290
Total	2 051	4 990	9 897	9 695	202	399

Seules les spécialités pour lesquelles des compétences existent (hors spécialités chirurgicales) sont présentées dans ce tableau.

AVERTISSEMENT : chaque médecin pouvant acquérir plusieurs compétences, le nombre de médecins ayant au moins une compétence est inférieur au nombre de compétences présenté ici.

Au total, le nombre de compétences enregistrées à l'Ordre et dans ADEL1 est assez proche, mais des écarts sont observés par spécialité. Pour quelques spécialités, en particulier la psychiatrie et la médecine du travail, le nombre de spécialistes et le nombre de compétents présentent des écarts importants et de signes opposés entre les deux sources (ADEL1 dénombre moins de qualifiés spécialistes, mais davantage de compétents ou vice versa). Une piste pour expliquer ces écarts pourrait être l'absence de mise à jour auprès de l'une ou l'autre source de la situation de ces médecins compétents ou des différences dans les déclarations des médecins.

LES OBLIGATIONS JURIDIQUES DES MÉDECINS AU REGARD DES FICHIERS NE SONT PAS TOUJOURS RESPECTÉES

• Inscription au tableau de l'Ordre

Le praticien qui veut exercer doit s'inscrire au tableau de l'Ordre tenu par le conseil départemental qui est en principe celui de sa résidence professionnelle. L'inscription au tableau rend licite l'exercice de la profession sur l'ensemble du territoire français.

L'article L4112-5 du Code de la santé publique prévoit qu'en cas de transfert de résidence professionnelle hors du département où un médecin est inscrit celui-ci doit, au moment de ce transfert, demander son inscription au tableau de l'Ordre du département de la nouvelle résidence.

Seuls les médecins fonctionnaires de l'État ou agents titulaires d'une collectivité territoriale n'ont pas d'obligation d'inscription au tableau. Doivent par contre être inscrits les médecins conseils de la Sécurité sociale, les médecins de santé scolaire et universitaire, les médecins de dispensaires, les hospitaliers et hospitalo-universitaires.

• Enregistrement du diplôme à la DDASS

Pour exercer dans un département, un médecin doit bien évidemment posséder les diplômes ou titres nécessaires ou, à défaut, l'autorisation d'exercice, et après inscription au tableau départemental de l'Ordre, faire enregistrer son diplôme à la DDASS.

L'article L.361 du Code de la santé publique prévoit que l'enregistrement doit être effectué dans le mois qui suit l'entrée en fonctions auprès de la DDASS.

Le praticien qui change d'installation ou qui interrompt son activité depuis au moins deux ans doit refaire cette formalité.

• Des mises à jour observées avec retard dans ADEL1...

En pratique, les médecins libéraux, tenus d'être inscrits dans ADEL1 pour s'installer, sont bien recensés. Mais par rapport aux autres sources, il existe un défaut d'inscription pour les salariés.

Le médecin est tenu juridiquement de signaler auprès de la DDASS tout changement d'activité, d'établissement ou encore toute interruption d'exercice temporaire ou définitive. Mais ces changements de situation n'ont pas d'impact juridique, et certains négligent d'en informer la DDASS. Ainsi, le professionnel qui part à la retraite n'a pas d'incitation autre à le signaler à la DDASS que le respect de cette obligation juridique, alors qu'il existe une incitation financière à le mentionner à l'Ordre, la cotisation que versent les médecins à l'Ordre étant plus faible pour les retraités que pour les actifs. En pratique, les cessations d'activité sont effectivement signalées plus tardivement à la DDASS qu'à l'Ordre.

De même, si le médecin demande et obtient la reconnaissance de sa qualification auprès d'une commission ordinale, l'Ordre, qui est à l'origine de ce changement de situation, l'enre-

giste automatiquement. Mais la DDASS ne sera informée des changements que si le praticien en fait la démarche. Ainsi, certains spécialistes pourraient être considérés comme généralistes dans ADELI. Cette hypothèse peut être avancée en particulier pour les spécialités de santé publique et de médecine du travail, quasi exclusivement salariées et pour lesquelles un grand nombre de professionnels ont été qualifiés par des commissions ordinales à la fin des années 1990.

- **...et à l'Ordre**

À l'inverse, les médecins reçus au concours national de praticien hospitalier dans une spécialité sans être qualifiés spécialistes obtiennent un poste à l'hôpital indépendamment de leur qualification et, de ce fait, n'ont pas d'incitation particulière à faire reconnaître leur qualification auprès de l'Ordre. C'est la raison pour laquelle environ 4 000 médecins sont classés en tant que généralistes à l'Ordre, tout en exerçant une spécialité.

Par ailleurs, pour des raisons d'assurance, certains médecins peuvent choisir un autre exercice que celui correspondant à leur spécialité de diplôme (par exemple, abandon de la bicom pétence exclusive en gynécologie-obstétrique et médicale en exercice libéral au profit de l'exercice exclusif de la gynécologie médicale). Dans ce cas, ce changement pourra être signalé à la CNAMTS (et donc automatiquement répercuté sur ADELI), mais ne le sera pas forcément à l'Ordre.

L'absence de mise à jour des qualifications exercées dans l'une ou l'autre source peut être à l'origine des divergences observées.

IMPACT DU REDRESSEMENT DES EFFECTIFS D'ADELI

Ce redressement s'effectue par calage sur les effectifs de l'Ordre par mode d'exercice (libéral, salarié hospitalier, salarié non hospitalier) et département, mais pas par spécialité. Du fait de la méthodologie employée, le redressement n'est susceptible d'introduire un biais visible dans la répartition par spécialité que si le défaut d'inscription dans ADELI des médecins n'est pas homogène en fonction de la spécialité. Ainsi, le redressement, qui porte sur les effectifs salariés, pourrait être excessif pour les spécialités majoritairement salariées qui s'inscriraient davantage que la moyenne dans ADELI (ou inversement insuffisant pour celles qui, tout en étant majoritairement salariées, ont tendance à moins respecter les obligations d'inscription).

Le redressement a pour effet de réduire les écarts en valeur absolue entre les deux sources pour la plupart des spécialités. Lorsque ce n'est pas le cas, il s'agit toujours de faibles écarts, qui restent du même ordre après le redressement (quelques dizaines de professionnels). Pour certaines spécialités, si le redressement atténue très nettement les différences, on observe également que les effectifs d'ADELI, largement inférieurs à l'Ordre avant redressement, deviennent supérieurs après redressement, ce qui laisse supposer que le redressement pourrait être un peu trop fort. Ceci concerne :

- **l'anesthésie-réanimation**, dont l'effectif ADELI avant redressement (9 138) compte 1 027 médecins de moins que l'Ordre sur un champ comparable et 200 médecins de plus à l'issue du redressement.
- **la pédiatrie**, dont l'effectif ADELI avant redressement (6 110) compte 411 médecins de moins que l'Ordre sur un champ comparable et 107 médecins de plus à l'issue du redressement.
- **la pneumologie**, dont l'effectif ADELI avant redressement (2 407) compte 151 médecins de moins que l'Ordre sur un champ comparable et 101 médecins de plus à l'issue du redressement.
- **l'ensemble des spécialités biologie, génétique et recherche**, dont l'effectif ADELI avant redres-

sement (2 804) compte 177 médecins de moins que l'Ordre sur un champ comparable et 135 médecins de plus à l'issue du redressement.

- le regroupement des spécialités **psychiatrie et neuropsychiatrie**, dont l'effectif ADELI avant redressement (12 582) compte 871 médecins de moins que l'Ordre sur un champ comparable et 288 médecins de plus à l'issue du redressement.

MÉDECINS EN CESSATION TEMPORAIRE D'ACTIVITÉ À L'ORDRE

L'Ordre comptabilise, parmi les actifs, des médecins en cessation temporaire d'activité (environ 6 000). Le redressement d'ADELI s'appuie cependant sur les effectifs de médecins inscrits à l'Ordre, et prend donc également en compte, à tort, les médecins en cessation temporaire d'activité. La prise en compte de cette catégorie de médecins dans les deux sources n'engendre pas d'écart sur le total, mais peut être à l'origine d'écarts par spécialité, si certaines spécialités sont proportionnellement plus concernées que d'autres.

Ce problème devrait disparaître à terme, dans la mesure où il est envisagé de modifier le redressement d'ADELI pour ne l'appuyer que sur les médecins actifs inscrits à l'Ordre.

ÉVOLUTION DES INTITULÉS DES DIPLÔMES

Enfin, une partie des écarts peut être liée aux diplômes et qualifications répertoriés dans les deux sources. La liste et les intitulés des diplômes évoluent beaucoup au gré des réformes des études médicales. Cette liste est également mise à jour dans le répertoire ADELI et à l'Ordre, les nouveaux libellés se substituant ou s'ajoutant parfois aux anciens. Mais pour des raisons de cohérence avec l'assurance-maladie, dans ADELI, un seul libellé doit subsister par spécialité pour enregistrer les nouvelles inscriptions, qui n'est pas toujours celui retenu par l'Ordre (exemple : « chirurgie thoracique et cardio-vasculaire » dans ADELI, « chirurgie thoracique et cardiaque » à l'Ordre).

Aussi, lorsqu'un médecin s'inscrivant auprès de la DDASS présente une qualification qui n'existe pas dans ADELI, il est enregistré dans la discipline la plus proche en termes de libellés, ce qui peut engendrer des différences de classement.

De plus, les nombreux changements d'intitulés des diplômes conduisent ADELI et l'Ordre à publier des données regroupées par discipline, sans utiliser nécessairement les mêmes regroupements, ce qui peut parfois faire apparaître artificiellement des écarts. Par exemple, l'Ordre publie à part les effectifs de la spécialité « radiothérapie » de ceux de la spécialité « radio-diagnostic et radiothérapie » (devenus très marginaux), alors que ces médecins sont classés dans ADELI dans la spécialité « radiothérapie ». Inversement, ADELI distingue la chirurgie maxillo-faciale, alors que l'Ordre classe ces médecins en stomatologie.

■ ■ Conclusion : estimation concertée entre ADELI et l'Ordre de la répartition des médecins par spécialité potentielle d'écarts

L'écart observé entre les données de l'Ordre et d'ADELI s'explique essentiellement par des différences de classement entre médecins spécialistes et généralistes, ou entre spécialités chirurgicales, pour les chirurgiens issus de l'ancien régime des études médicales. Cette différence de classement provient de ce que l'Ordre recense les médecins dans la spécialité pour laquelle ils ont été diplômés.

Hormis quelques spécialités, sur un champ comparable qui est celui des qualifiés spécialistes, les données de l'Ordre et d'ADELI sont assez proches. Le tableau 10 donne l'ordre de

grandeur des effectifs de spécialistes selon leur qualification, sur lesquels les deux sources s'accordent.

Les spécialités pour lesquels des écarts subsistent sur le nombre de qualifiés spécialistes sont la santé publique, la médecine du travail, la gynécologie-obstétrique, et dans une moindre mesure, l'anesthésie-réanimation, la chirurgie orthopédique, la médecine nucléaire, l'hématologie et la génétique médicale.

Mais ces deux sources peuvent également, tout en étant relativement cohérentes entre elles, être éloignées de celles des professionnels. Un grand nombre de médecins, généralistes ou spécialistes, ont obtenu une compétence dans une autre discipline, qu'ils exercent à présent exclusivement et sont comptabilisés par les sociétés savantes dans leur spécialité d'exercice et non de diplôme.

Dans le cadre des auditions de professionnels menées à l'Observatoire, la confrontation des données obtenues à celles des professionnels a ainsi montré que les effectifs de médecins qualifiés spécialistes en **hématologie, médecine nucléaire, néphrologie, pédiatrie, chirurgie urologique et chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique** enregistrés à l'Ordre et dans ADELI sous-estimaient les effectifs exerçant réellement dans ces spécialités en tenant pas compte des qualifiés compétents.

Pour appréhender les effectifs qui exercent réellement la spécialité, sont donc pris en compte :

- dans ces spécialités, les qualifiés compétents (en faisant l'hypothèse arbitraire que tous les compétents dans ces six spécialités exercent cette spécialité, que cela ne soit pas le cas dans les autres spécialités, et en réduisant d'autant les effectifs de la médecine générale et/ou de leur spécialité d'origine⁷),
- pour la gynécologie et l'urologie, les compétents exclusifs,
- et pour toutes les spécialités, les praticiens hospitaliers qui n'ont pas la qualification⁸.

Ces trois corrections permettent d'estimer grossièrement les effectifs exerçant réellement la spécialité, à partir des données d'ADELI. Il s'agit bien sûr d'une estimation imparfaite, reposant sur des hypothèses arbitraires, qui nécessiterait, pour être affinée, de recueillir des informations individuelles supplémentaires sur l'exercice des médecins. Mais elle apporte tout de même un éclairage sur l'ordre de grandeur des écarts entre qualification et exercice.

L'examen des écarts par spécialité et les auditions de professionnels permettent donc d'aboutir à deux estimations des effectifs par spécialité à partir des données de l'Ordre, d'ADELI et des professionnels :

- la première est celle des qualifiés spécialistes (spécialistes au sens réglementaire),
- la seconde est une estimation des effectifs exerçant la spécialité, qu'ils aient ou non la qualification de spécialiste correspondante.

7. En utilisant la source ADELI pour les effectifs des compétents et leurs qualifications.

8. Un médecin qualifié compétent dans une de ces six spécialités et praticien hospitalier ne sera compté qu'une fois.

TABLEAU 10 - RÉPARTITION PAR SPÉCIALITÉ DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN ACTIVITÉ AU 1^{ER} JANVIER 2003
OU EXERÇANT LA SPÉCIALITÉ

Spécialités au 1 ^{er} janvier 2003	Ordre	ADELI sur un champ comparable à l'Ordre	ADELI	Qualifiés spécialistes	Médecins exerçant la spécialité (au sens d'ADELI)
Anatomie et cytologie pathologiques	1 521	1 559	1 631	1 550	1 600
Anesthésie-réanimation	9 511	9 711	10 365	9 500 à 9 700	10 350
Cardiologie	5 705	5 746	5 904	5 700	5 900
Dermatologie-vénérologie	4 038	4 008	4 018	4 000	4 000
Endocrinologie et métabolismes	1 378	1 377	1 397	1 375	1 400
Gastro-entérologie hépatologie	3 199	3 240	3 324	3 200	3 300
Génétique médicale	140	92	106	100 à 140	100 à 140
Hématologie	187	228	310	200	600
Médecine interne	2 475	2 411	2 469	2 450	2 300
Médecine nucléaire	445	366	375	400	550
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	1 816	1 816	1 916	1 800	1 900
Néphrologie	1 035	1 040	1 114	1 000	1 300
Neurologie	1 652	1 680	1 729	1 650	1 700
Oncologie médicale	512	508	523	500	500
Pédiatrie	6 320	6 427	6 628	6 300 à 6 400	7 000
Pneumologie	2 462	2 563	2 659	2 450 à 2 550	2 650
Radiodiagnostic et radiothérapie	8 030	7 984	8 217	8 000	8 200
Rhumatologie	2 576	2 604	2 646	2 600	2 650
Gynécologie médicale	0	1 830	1 846	0	1 850
Gynécologie-obstétrique	2 742	5 266	5 352	2 750	5 350
Chirurgie générale	4 858	4 669	4 802	4 800	4 000
Chirurgie infantile	79	88	102	80	100
Chirurgie maxillo-faciale	0	45	48	0	50
Chirurgie orthopédique et traumatologique	2 190	1 951	2 026	2 000 à 2 200	2 000
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	269	324	324	300	700
Chirurgie thoracique et cardiaque	153	209	222	150 à 200	200
Chirurgie urologique	395	484	515	500	1 000
Chirurgie vasculaire	414	320	338	300 à 400	300 à 400
Chirurgie viscérale et digestive	370	398	492	400	500
Neurochirurgie	350	374	385	350	400
Ophthalmologie	5 508	5 487	5 506	5 500	5 500
Oto-rhino-laryngologie	2 971	2 980	3 025	3 000	3 000
Stomatologie	1 452	1 424	1 427	1 450	1 400
Biologie + génétique + recherche	2 548	2 683	3 119	2 600	3 100
Psychiatrie + neuropsychiatrie	12 781	13 069	13 741	12 800 à 13 000	13 750
Médecine du travail	6 071	4 781	5 066	5 000 à 6 000	6 000
Santé publique	1 406	—	1 089	1 000 à 1 400	1 400
Ensemble des spécialistes	97 559	100 691	104 755	97 500	105 500
Médecins généralistes	107 832		100 682	108 000	100 000

LECTURE : les spécialités pour lesquelles des écarts notables subsistent entre les deux sources sur le nombre de qualifiés sont indiquées en gras.

COMPARAISON DES EFFECTIFS DE PHARMACIENS D'ADELI ET DU CNOP AU 1^{er} JANVIER 2002

Marc COLLET

Bureau des professions de santé/DREES

Cette note synthétique se propose de comparer, au 1^{er} janvier 2002, les effectifs issus des deux principales sources « exhaustives » relatives aux pharmaciens : le répertoire ADELI corrigé¹ et les chiffres édités par le Conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOP). La version complète des travaux de comparaison menés par la DREES sur les différentes sources de données relatives aux pharmaciens et aux officines – intégrant notamment des travaux à des niveaux géographiques fins – sera publiée ultérieurement dans le cadre d'un document de travail portant plus généralement sur les projections démographiques des pharmaciens².

■ ■ Champ d'enquête et modalités de recensement des trois sources étudiées

Dans ce premier point, sont brièvement décrites la population ciblée et les modalités de recensement propres aux deux sources étudiées.

LES DONNÉES DU CNOP

De par le Code de la santé publique, tout pharmacien qui se propose d'exercer une activité pharmaceutique est tenu de faire une demande d'inscription au tableau du conseil régional ou central dont relève cette activité (articles de lois 4 222-1 à 4 222-9). L'alinéa 7 de cet article³ stipule cependant que « les pharmaciens inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'AFSSAPS, les pharmaciens fonctionnaires ou assimilés des ministères chargés de la Santé ou de l'Enseignement supérieur, n'exerçant pas par ailleurs d'activité pharmaceutique, et les pharmaciens appartenant au cadre actif du service de santé des armées de terre, de mer et de l'air, ne sont inscrits sur aucun tableau de l'Ordre » – ces effectifs demeurent néanmoins très marginaux. D'autre part, tous les pharmaciens de l'industrie pharmaceutique ne sont pas tenus de s'inscrire à l'Ordre : outre le pharmacien responsable et le pharmacien responsable intérimaire, les établissements industriels ont un quota de pharmaciens qui doivent nécessairement être inscrits à l'Ordre, quota qui est fonction de la taille de leur structure. Au-delà de ces quotas, les pharmaciens de l'industrie inscrits à l'Ordre le sont par volontariat et non par obligation légale. Plus encore, les pharmaciens exerçant dans l'industrie pharmaceutique des fonctions qui ne sont pas considérées comme « activité pharmaceutique » stricto sensu ne peuvent, en théorie, prétendre à s'inscrire à l'Ordre des pharmaciens (chef de produit, postes du ressort des services de marketing...).

1. C'est sur ces données corrigées que s'appuient également les statistiques publiées dans SICART (D), « Les professions de santé au 1^{er} janvier 2002 », *Document de travail* n° 33, mai 2002, DREES.

2. Document programmé pour fin 2004-début 2005.

3. Partant de l'article de loi selon lequel il ne saurait exister d'activité pharmaceutique sans établissement pharmaceutique (locaux spécifiquement destinés à cet exercice et dûment autorisés).

LES DONNÉES DU RÉPERTOIRE ADELI

Pour exercer leur activité, les professionnels de santé réglementés, quel que soit leur mode d'exercice, 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, après enregistrement à l'Ordre des pharmaciens – exception faite des pharmaciens visés par l'alinéa 7 cité précédemment qui doivent en théorie s'inscrire à ADELI (mais dont l'effectif est marginal). Par conséquent, le champ est donc en pratique extrêmement proche de celui des inscrits à l'Ordre des pharmaciens.

DES CHAMPS SUPERPOSABLES MAIS UNE CARACTÉRISATION DES POSTES OCCUPÉS DIFFÉRENTE

De par la loi, les pharmaciens inscrits à l'Ordre sont affiliés à une (ou plusieurs) des 6 sections A, B, C, D, E, G, selon le secteur d'activité, la fonction ou encore la situation géographique (section E). La section D est subdivisée en 3 sous-sections (Da, Dh, Dm). Dans ses publications, le CNOP fournit des statistiques détaillées en nombre « d'inscriptions dans chaque section », ce qui occasionne des doubles comptes pour les pharmaciens à activités multiples et rend donc plus délicates les comparaisons avec le répertoire ADELI. Pour ce dernier, la caractérisation des activités exercées repose davantage sur la fonction occupée (titulaire d'officine, responsable d'établissement, adjoint, remplaçant...) et le secteur de l'activité principale (hôpital, officine, laboratoire d'analyse de biologie médicale ou « LABM »...) que sur la section d'affiliation à l'Ordre y correspondant. Pour une meilleure compréhension, le tableau 1 présente les correspondances entre les « sections à l'Ordre » et les « fonction et secteur d'activité » recensés dans le répertoire ADELI.

TABLEAU 1 - CORRESPONDANCE ENTRE L’AFFILIATION EN « SECTION » (CNOP) ET LES POSTES OCCUPÉS (ADELI)

Section	Caractéristiques « fonction » et « secteur d'activité » dans ADELI
A	Titulaires d'officine
B et C	Gérants et responsables industrie et distribution (y compris les intérimaires)
Da	Tous les « adjoints » quel que soit leur secteur d'activité (hors hospitaliers)
Dh	Adjoints ou gérants en secteur hospitalier non biologistes
Dm	Gérants d'officine mutualiste ou de secours minière
E	Pharmaciens exerçant dans les DOM
G	Biologistes exerçant leur spécialité

■ ■ Comparaisons des effectifs recensés au 1^{er} janvier 2002 (ADELI versus CNOP)

COMPARAISON DES EFFECTIFS GLOBAUX

Au 1^{er} janvier 2002, le Conseil national de l'ordre des pharmaciens répertoriait, sur la France entière, 3 621 pharmaciens en activité de plus qu'ADELI (66 694⁴ contre 63 073), ce qui représente une différence globale proche de 5%. Ces écarts en termes d'effectifs totaux de pharmaciens selon ADELI et selon l'Ordre tendent à se résorber assez rapidement avec le temps (tableau 2).

4. CNOP, *Les Pharmaciens : statistiques au 1^{er} janvier 2002*.

TABLEAU 2 - NOMBRE DE PHARMACIENS ACTIFS : COMPARAISON « ADELI/CNOP » ET ÉVOLUTIONS TEMPORELLES

Date	Effectifs ADELI	Effectifs CNOP	% différence
01/01/1999	57 003	62 862	-9,3%
01/01/2000	59 298	64 217	-7,7%
01/01/2001	61 310	65 694	-7,1%
01/01/2002	63 073	66 694	-5,5%
01/01/2003	64 975	67 937	-4,3%
01/01/2004	66 266	68 974	-3,9%

SOURCES : ADELI (DREES), ICOP (CNOP), France entière.

COMPARAISON DES EFFECTIFS SELON LA SECTION, LA FONCTION ET LE SECTEUR D'ACTIVITÉ

Un approfondissement de la comparaison entre les données ADELI et de l'Ordre porte sur la structuration des effectifs recensés, selon deux principales caractéristiques : la section d'inscription à l'Ordre (c'est-à-dire la fonction occupée au sein d'un secteur d'activité donné) puis selon la répartition dans les quatre grands agrégats d'établissements (officines, laboratoires d'analyse de biologie médicale, entreprises du médicament, établissements hospitaliers ou autres établissements sanitaires et sociaux).

• Étude comparative des sections d'adhésion des pharmaciens

Avant tout, soulignons que les sections d'inscription à l'Ordre sont souvent manquantes dans le répertoire ADELI (10 % de cas avant correction) et sont parfois mal réactualisées lors des changements de situation professionnelle. Aussi avons-nous pris le parti méthodologique d'inférer, au préalable, la section d'inscription à l'Ordre en prenant en compte les fonctions occupées au sein de chacun de ces secteurs (cf tableau 1). Le tableau 3 compare les effectifs par section calculés dans ADELI et répertoriés par l'Ordre (données sans double compte⁵), avec deux cas possibles : en général des effectifs moins importants dans le répertoire ADELI que dans le fichier de l'Ordre, mais aussi des effectifs plus importants dans le cas des titulaires d'officines :

- Le premier cas concerne les sections où les effectifs sont plus faibles dans ADELI qu'à l'Ordre. Il s'agit des sections G et D (ensemble des effectifs affiliés aux sous-sections DA, DH et DM). ADELI recense, en effet, 2 700 pharmaciens adjoints (tous secteurs confondus) de moins que l'Ordre (26 663 contre 29 396 soit une différence de 9 %) ; cette différence se concentre quasiment exclusivement sur les salariés de la sous-section DA exerçant en officine (19 350 contre 22 850). Une analyse plus fine montre que ces disparités sont très inégalement réparties selon les régions ou les départements considérés. De même, près de 1 600 biologistes recensés par l'Ordre ne sont pas repérés dans ADELI. Deux facteurs explicatifs de ces différences peuvent coexister : soit ces biologistes sont réellement absents de la base ADELI, soit leur spécificité de biologiste a été mal prise en compte et ils sont classés dans une autre section. Par ailleurs, à l'instar des pharmaciens de la section D, il faut souligner que cette divergence porte uniquement sur les biologistes du secteur public (950 contre 2 375), les effectifs des biologistes du secteur privé s'avérant superposables entre les deux sources. Bien que les effectifs concernés soient faibles, les responsables de l'industrie et du commerce de biens pharma-

5. Ces effectifs sont issus du tableau intitulé « Répartition des pharmaciens inscrits par âge avec ventilation : "hommes"/"femmes" » du document précédemment cité. Pour la comparaison à ADELI, nous supposons que ces effectifs sans double compte reflètent la répartition en section correspondant à l'activité principale.

ceutiques sont également moins nombreux dans ADELI (763 personnes classées dans les sections B ou C) que dans les données de l'Ordre (828), et il en est de même pour les pharmaciens exerçant dans les DOM (1 019 pharmaciens appartenant à la section E dans ADELI contre 1 168 selon l'Ordre).

• Les titulaires d'officine sont les seuls à être sensiblement plus nombreux dans le répertoire ADELI (près de 900 en plus, soit une différence, bien qu'essentielle, qui reste cantonnée à 3%)⁶.

TABLEAU 3 - COMPARAISON DES EFFECTIFS ET DE LA RÉPARTITION SELON LA SECTION D'ADHÉSION

Section	ADELI (act. principale)		Ordre (act. principale)			
	Effectif	%	Effectif	%	Différence d'effectifs	Différence en %
A : titulaires d'officine	28 404	45,0%	27 493	41,2%	911	3,2%
B et C : gérants et responsables d'industrie	763	1,2%	828	1,2%	- 65	-7,9%
D : adjoints	26 663	42,3%	29 396	44,1%	- 2 733	-9,3%
G : biologistes	6 224	9,9%	7 809	11,7%	- 1 585	-20,3%
Total France métropolitaine	62 054		65 526		- 3 472	-5,3%
E : pharmaciens exerçant dans les DOM	1 019	1,6%	1 168	1,8%	- 149	-12,8%
Total France entière	63 073	100,0%	66 694	100,0%	- 3 621	-5,5%

SOURCES : ADELI corrigé (DREES), ICOP (CNOF), au 1^{er} janvier 2002.

• Étude comparative des secteurs d'activité

Les sections de l'Ordre sont définies à partir de plusieurs critères (secteur d'activité, fonction, spécialisation et situation géographique). C'est pourquoi une analyse comparative simplifiée par grands secteurs d'activité a été menée en complément de l'analyse par section menée ci-dessus (tableau 4). La répartition des pharmaciens par grand secteur d'activité s'avère assez proche entre les deux sources.

TABLEAU 4 - COMPARAISON DES EFFECTIFS ET DE LA RÉPARTITION DES PHARMACIENS ACTIFS PAR SECTEUR D'ACTIVITÉ

Secteur d'activité	ADELI		Ordre (avec activités multiples ⁷)	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Officinaux	47 887	77,2%	50 485	75,5%
LABM privé	5 261	8,5%	5 245	7,8%
Hospitaliers/Etab. soins	4 855	7,8%	6 606	9,9%
Entreprises médicament	3 711	6,0%	3 931	5,9%
Autre	301	0,5%	626	0,9%
Inconnu	39	0,1%	0	0,0%
Total France métropolitaine	62 054	100,0%	66 893	100,0%

SOURCES : ADELI corrigé (DREES), ICOP (CNOF) au 1^{er} janvier 2002, France métropolitaine.

6. L'analyse des titulaires d'officine actifs cotisant à la Caisse d'assurance-vieillesse des pharmaciens (CAVP) aboutit à une parfaite concordance avec les chiffres du CNOF. Une analyse comparée des pyramides des âges montre, par ailleurs, que la surreprésentation observée dans ADELI est principalement le fait des classes d'âge les plus élevées.

7. Nous n'avons pu ici opérer nos comparaisons que par rapport aux chiffres de l'Ordre « toutes activités confondues » (i.e. avec double compte des professionnels exerçant plusieurs activités relevant de sections différentes) – soit plus de 1 000 individus pour lesquels la multiactivité (ou la spécificité de biologiste) a engendré une inscription à au moins deux sections différentes (toutes sections confondues). Bien que cet effectif supplémentaire soit relativement marginal, il tend néanmoins à amplifier quelque peu les différences réelles entre ADELI et l'Ordre.

NOTE DE PRÉSENTATION DU RAPPORT SUR L'ÉTAT DES LIEUX ET L'HARMONISATION DES SOURCES STATISTIQUES RELATIVES AUX INFIRMIERS

Odile ROMAIN, Séverine BUISINE
*Bureau des professions paramédicales,
des statuts et des personnels hospitaliers (DHOS)*

Créé par décret n° 2003-529 du 19 juin 2003, l'Observatoire national de la démographie des professions de santé est chargé de rassembler et de diffuser les connaissances relatives à la démographie des professionnels de santé, ainsi que d'assurer une coordination et un appui aux études régionales réalisées en ce domaine. Dès son installation, le conseil d'orientation de l'Observatoire a dégagé quelques pistes de travail.

Un constat s'est établi rapidement sur la nécessité pour l'Observatoire de disposer d'une vision globale de la réalité quantitative des professions de santé. En effet, les différentes données existant actuellement renseignent diversement la situation des professionnels notamment selon le secteur d'activité et le mode d'exercice.

L'état des lieux et l'harmonisation des données de la profession infirmière ont été confiés à la DHOS. Ce travail a été mené en collaboration avec la DREES et la CNAMTS.

Cette note a pour objet de présenter succinctement le travail sur l'état des lieux des différentes sources disponibles dénombant les infirmiers.

Il convient de préciser qu'il s'agit du premier travail réalisé sur la comparaison des sources : cette première analyse pourra être approfondie dans le cadre de travaux ultérieurs.

Les résultats de ce travail sont présentés suivant le plan :

- État des lieux des sources statistiques
- Comparaison des sources
- Redressement du répertoire ADELI

■ ■ État des lieux des sources statistiques

La population étudiée est celle des infirmiers en activité en France métropolitaine et dans les DOM (lorsque les données le permettent).

Les différentes sources disponibles sont : le recensement général de la population de 1999 de l'INSEE, le répertoire ADELI de la DREES, l'enquête emploi de l'INSEE, l'enquête SAE de la DREES, l'enquête SPE de la DHOS, les données de la CNAMTS, les données de la CARPIMKO, la statistique des personnels et des activités des services sanitaires et sociaux départementaux.

Autres sources : l'enquête EHPA et l'enquête ES (établissements sociaux et médico-sociaux) de la DREES, les données du ministère de la Défense et les données des autres administrations.

Les données de chaque source ont été étudiées suivant le plan ci-après : distribution par spécialité, distribution par âge et par sexe, distribution par région, évolution des effectifs.

Les tableaux suivants résument les données recueillies selon les différentes sources :

Les sources recensant l'ensemble des infirmiers	Recensement général de la population mars 1999	Répertoire ADELI 1 ^{er} janvier 1999	Enquête emploi 1 ^{er} janvier 1999
Couverture	Ensemble des infirmiers France entière	Ensemble des infirmiers France entière	Ensemble des infirmiers France métropolitaine
Infirmiers France métropole	409 429	367 126	403 844
Infirmiers France entière	417 663	373 441	NR
Spécialité	IDE : 62 % Infirmiers spécialisés : 38 %	NR	IDE : 67 % Infirmiers spécialisés : 33 %
Proportion de femmes	88 %	NR	NR
Âge moyen	40,8 ans	40,6 ans	40,3 ans
Infirmiers libéraux (métropole)	47 527	54 760	46 350
Infirmiers salariés hospitaliers (métropole)	278 369	271 608	274 796
Infirmiers salariés non hospitaliers (métropole)	83 533	40 758	82 698
Densité infirmiers libéraux (p. 100 000 habitants)	Forte : Corse 201 Faible : Île-de-France 44	Forte : Corse 204 Faible : Champagne-Ardenne 56	ND
Densité infirmiers salariés hospitaliers (p. 100 000 habitants)	Forte : Limousin 641 Faible : Haute-Normandie 374	Forte : Limousin 639 Faible : Centre 305	ND
Densité infirmiers salariés non hospitaliers (p. 100 000 habitants)	Forte : Île-de-France 185 Faible : Corse 74	Forte : Limousin 103 Faible : Corse 32	ND
Taux de croissance moyen annuel		1990-2003 : 2,6 %	1999 à 2003 : 0,2 %

NR : non renseigné.

ND : non disponible.

Les sources recensant les infirmiers hospitaliers	SAE au 1 ^{er} janvier 1999	SPE au 1 ^{er} janvier 1999
Champ	Hospitaliers des établissements de santé publics et privés - France entière	Hospitaliers des établissements de santé publics - France métropolitaine pour 1999
Infirmiers (métropole)	Dans les EPS : 211 318 Dans les établissements privés : 70 517	Dans les EPS : 192 902
Infirmiers (France entière)	Dans les EPS : 215 839 Dans les établissements privés : 71 323	ND
Spécialité	IDE : 64 % Infirmiers spécialisés : 36 %	IDE (y compris encadrement et inf. psychiatriques) : 92 % Infirmiers spécialisés : 8 %
Proportion de femmes	ND	86 %
Âge moyen	ND	39,4 ans
Densité infirmiers (p. 100 000 habitants)	Dans les EPS : Forte : Limousin 484 Faible : Nord - Pas-de-Calais 314	ND
Taux de croissance moyen annuel	1985-2002 : 1,8 %	1995-2001 : 3,9 %*

* Ce taux est à prendre avec précaution car l'amélioration du taux de réponse (84 % en 1995 et 94 % en 2001) a influencé ce résultat.

Les sources recensant les infirmiers libéraux	Données de la CNAMTS au 1 ^{er} janvier 1999	Caisse de retraite CARPIMKO au 1 ^{er} janvier 1999
Champ	Libéraux – France entière	Libéraux – France entière
Infirmiers (métropole)	46 570	49 015
Infirmiers (France entière)	47 869	50 429
Spécialité		
Proportion de femmes	86 %	NR
Âge moyen	42,3 ans	42,5 ans
Densité infirmiers (p. 100 000 habitants)	Forte: Tarn 198 Faible: Guyane 34	Forte: Corse 193 Faible: Île-de-France 47
Taux de croissance moyen annuel	1994-2003: 1,4 %	1999-2003: 0,9 %

La statistique des personnels et des activités des services sanitaires et sociaux départementaux comptabilise 5 845 infirmiers, France entière, et observe un taux de croissance annuel moyen de 1,1 % de 1996 à 2002.

L'enquête EHPA dénombre les infirmiers travaillant dans les établissements sanitaires et sociaux ayant reçu des personnes âgées, elle recense les résidences d'hébergement temporaire et l'accueil de jour, au 31 décembre 1996. L'enquête ES donne l'effectif infirmier travaillant dans les établissements et services médico-sociaux, socio-éducatifs et sociaux en faveur des personnes handicapées ou en difficulté sociale global de la fonction publique hospitalière, effectifs au 31 décembre 1998.

Concernant les données des autres administrations, le degré d'information est faible.

On dispose uniquement des effectifs globaux recensés dans les autres administrations telles que le ministère de la Défense, l'Éducation nationale, les collectivités locales et le corps interministériel de l'État, à différentes dates.

■ ■ Comparaison des sources

Partant du constat du recensement général de la population de 1999, la comparaison entre les différentes sources est réalisée sur les effectifs de l'année considérée. Compte tenu du manque d'information sur les DOM dans certaines sources, cette comparaison est réalisée dans un premier temps sur les données de la France métropolitaine. Une réflexion supplémentaire devra être envisagée avec les statisticiens des régions concernées.

Le répertoire ADELI est actuellement la seule source détaillée pour l'ensemble de la profession. C'est la raison pour laquelle il est préférable de le comparer aux autres sources dans le but de comprendre les différences d'effectifs observées et de procéder au redressement qui s'imposera.

■ LES LIBÉRAUX

À champ comparable, le SNIR recense 46 570 infirmiers libéraux au 1^{er} janvier 1999, soit 7 817 de moins que les 54 387 libéraux non remplaçants d'ADELI (ou encore 14 % de moins).

Concernant l'évolution des infirmiers libéraux, ADELI enregistre un taux de croissance moyen sur la période 2000-2003 de 1,4 % contre 0,4 % pour le SNIR.

Le recensement général de la population recense 47 527 infirmiers libéraux soit 7 233 de moins que les 54 760 libéraux d'ADELI (ou encore 13 % de moins).

L'enquête emploi estime à 46 350 le nombre d'infirmiers libéraux soit 8 410 de moins qu'ADELI (15 % de moins).

Concernant l'évolution des infirmiers libéraux, ADELI enregistre un taux de croissance moyen sur la période 1999-2003 de 2,1 % contre 1,7 % pour l'enquête emploi.

■ *LES SALARIÉS HOSPITALIERS*

À champ comparable, on constate que le recensement général de la population tout comme l'enquête emploi dénombrent plus de salariés hospitaliers que le répertoire ADELI.

Le recensement comptabilise, au 1^{er} janvier 1999, 278 369 infirmiers salariés hospitaliers, soit 6 761 de plus que les 271 608 d'ADELI (soit 2,4 % de plus).

L'enquête emploi, quant à elle, fait apparaître 274 796 salariés hospitaliers, soit 1,2 % de plus.

Concernant l'évolution des infirmiers salariés hospitaliers, ADELI enregistre un taux de croissance moyen sur la période 1999-2003 de 3,3 % contre 0,04 % pour l'enquête emploi.

Le recensement et l'enquête emploi constituent des sources de données déclaratives ; les étudiants ou certains personnels exerçant des emplois proches de celui d'infirmiers se sont peut-être déclarés comme tels, ce qui pourrait expliquer en partie cette différence.

Malgré des divergences de champs entre la SAE et ADELI, en comparant les emplois de la SAE au nombre d'activités hospitalières comptabilisées dans ADELI, on constate que la SAE dénombre 275 917 emplois contre 272 692 activités hospitalières recensées dans le répertoire (soit +1,2 %).

■ *LES SALARIÉS NON HOSPITALIERS*

À champ comparable, le recensement général de la population comptabilise, au 1^{er} janvier 1999, 83 533 infirmiers salariés non hospitaliers : c'est le double d'ADELI (40 758), avec 42 775 unités de plus. L'enquête emploi, quant à elle, fait apparaître 82 698 salariés non hospitaliers, soit le double également.

Concernant l'évolution des infirmiers salariés non hospitaliers, ADELI enregistre un taux de croissance moyen sur la période 1999-2003 de 7,7 % contre 1,1 % pour l'enquête emploi.

Cette forte différence de chiffres entre ces sources est jusqu'à présent inexpliquée. Des éléments d'analyse peuvent être avancés : le secteur non hospitalier est mal renseigné dans le répertoire ADELI, les salariés semblent négliger leur inscription dans ce répertoire malgré les rappels faits par les services déconcentrés auprès des établissements.

Malheureusement, aucune autre source (à la différence des données de l'Ordre des médecins) ne comptabilise la totalité de ce secteur, ce qui limite le contrôle de la cohérence des chiffres.

■ ■ Redressement du répertoire ADELI

Le redressement est opéré par département, selon le secteur d'activité (libéral, hospitalier et salarié non hospitalier), et selon le groupe d'âge quinquennal en ce qui concerne les infirmiers non hospitaliers.

On applique à chaque individu de France métropolitaine une variable « poids » correspondant à sa variable de pondération.

■ *PRINCIPE DU REDRESSEMENT*

• Les effectifs des libéraux (hors remplaçants) sont calés sur ceux de la CNAMTS pour chaque département. On rajoute aux effectifs de la CNAMTS la moyenne des cinq années des remplaçants, en maintenant la structure par département et par âge des effectifs de la CNAMTS.

Pour les années à venir, on rajoutera simplement les remplaçants de chaque département à son effectif de la CNAMTS.

- Les effectifs des salariés hospitaliers sont calés sur ceux d'ADELI pour l'instant. Afin de corriger la structure par âge des salariés hospitaliers (ADELI dénombre plus de salariés de 55 ans et plus), on applique la structure par âge de la moyenne (jusqu'à l'année N) des salariés hospitaliers de l'enquête emploi. Pour l'année 2000, par exemple, on applique la structure de la moyenne des effectifs de 1999 et des effectifs de 2000. Le fait de prendre la moyenne corrige les possibles effets conjoncturels de l'enquête emploi qui, rappelons-le, est une enquête par sondage.
- Les effectifs des salariés non hospitaliers sont calés sur ceux de l'enquête emploi en tendance déjà citée précédemment. Cet effectif obtenu (82 698) est d'ailleurs proche de celui du recensement (83 533).

On applique la structure départementale des salariés non hospitaliers du recensement.

Concernant la répartition par âge, on applique la structure par âge de la moyenne (jusqu'à l'année N) des salariés non hospitaliers de l'enquête emploi.

Les salariés non hospitaliers sont fortement redressés : leur nombre est multiplié par deux. Les salariés hospitaliers ne sont pas redressés par département et le sont sensiblement par âge.

Cela ne signifie pas pour autant que 100 % des hospitaliers soient bien inscrits dans ADELI alors que seuls 50 % des non-hospitaliers le sont, mais peut être ainsi expliqué :

- d'une part, les non-hospitaliers sont moins bien inscrits dans ADELI que les hospitaliers (ce qui justifie un redressement plus fort pour les premiers que pour les seconds),
- d'autre part, il est probable qu'une partie des non-hospitaliers sont par erreur déclarés en tant qu'hospitaliers dans ADELI, ce qui gonfle artificiellement le nombre de ces derniers et donne l'impression qu'ils sont mieux inscrits qu'ils ne le sont en réalité.

Après redressement, voici les résultats obtenus pour le nombre d'infirmiers en activité en France métropolitaine de 1999 à 2003 permettant de constater une progression de 10,8 % entre 1999 et 2003 rythmée à un taux de croissance annuel moyen de 2,1 %.

1 ^{er} janvier	1999		2000		2001		2002		2003	
	Effectifs bruts (ADELI)	Effectifs redressés	Effectifs bruts (ADELI)	Effectifs redressés	Effectifs bruts (ADELI)	Effectifs redressés	Effectifs bruts (ADELI)	Effectifs redressés	Effectifs bruts (ADELI)	Effectifs redressés
Libéraux (activité principale)	54 750	51 226	57 023	53 386	57 493	54 254	58 590	54 267	59 456	54 014
Hospitaliers	271 608	271 608	278 496	278 496	289 768	289 768	299 013	299 013	309 081	309 081
Salariés non hospitaliers	40 758	82 698	47 407	83 617	50 245	84 535	53 256	85 454	54 894	86 372
Total	367 126	405 532	382 926	415 499	397 506	428 557	410 859	438 734	423 431	449 467

Dorénavant, cette méthode de redressement sera développée pour le calcul des effectifs infirmiers.

**RECENSEMENT DES DIPLÔMÉS
ET DES NOUVEAUX INSCRITS À L'ORDRE,
PAR RÉGION ET PAR SPÉCIALITÉ**

Comités régionaux et CNOM

**ALSACE - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE SPÉCIALISTES INSCRITS
AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION**

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	1		1	0	0	0	0	1
Cardiologie et maladies vasculaires*	2		6	3	3	6	3	7
Dermatologie & vénéréologie*	0		2	0	0	3	2	4
Endocrinologie et métabolismes*	2		1	0	0	1	1	2
Gastro-entérologie et hépatologie*	2		2	3	1	0	0	2
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*	0		0	1	0	0	0	0
Hématologie*	0		0	0	0	0	0	0
Médecine interne	5		6	3	2	7	2	1
Médecine nucléaire*	0		0	0	1	1	0	0
Médecine physique et réadaptation*	1		1	1	0	0	0	0
Néphrologie*	0		1	0	4	1	2	3
Neurologie*	2		3	2	1	4	3	2
Oncologie option : radiothérapie*	0		0	0	0	0	0	0
Oncologie option : oncologie médicale*	0		0	0	0	1	0	0
Pneumologie*	1		2	2	1	3	3	2
Radiodiagnostic et imagerie médicale*	2		5	4	3	3	3	1
Rhumatologie	1		1	0	2	3	0	0
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	19		31	19	18	33	19	25
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	12		10	9	8	8	5	8
Neurochirurgie*	0		0	0	1	1	0	0
Ophthalmologie*	0		2	2	5	5	2	1
ORL*	1		3	4	1	3	1	1
Stomatologie*	0		0	0	0	0	0	0
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	13		15	15	15	17	8	10
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	8		11	1	6	4	6	3
Santé publique et médecine sociale	2		1	0	1	1	1	1
Biologie médicale	3		4	3	1	1	1	2
Psychiatrie	4		3	4	4	4	6	8
Gynécologie-obstétrique	1		1	1	0	1	8	4
Gynécologie médicale	0		0		0		0	
Pédiatrie	3		5	3	4	5	3	4
Anesthésiologie-réanimation Ch.	8		3	11	9	6	4	12
TOTAL GÉNÉRAL	61		74	57	58	72	56	69

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

**AQUITAINE - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE SPÉCIALISTES
INSCRITS AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION**

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	2		2	2	2	2	2	0
Cardiologie et maladies vasculaires*	6		7	8	8	9	7	8
Dermatologie & vénéréologie*	4		3	4	3	6	2	1
Endocrinologie et métabolismes*	2		3	5	2	2	1	1
Gastro-entérologie et hépatologie*	3		3	1	2	6	2	1
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*	1		0	0	0	0	1	0
Hématologie*	0		0	0	0	0	1	0
Médecine interne	1		5	2	2	4	4	4
Médecine nucléaire*	0		1	0	1	2	0	0
Médecine physique et réadaptation*	0		1	1	4	2	1	2
Néphrologie*	3		3	2	1	0	2	2
Neurologie*	5		0	5	3	1	2	2
Oncologie option : radiothérapie*	2		2	2	1	0	3	1
Oncologie option : oncologie médicale*	1		1	0	1	1	1	0
Pneumologie*	2		3	1	4	2	0	3
Radiodiagnostic et imagerie médicale*	9		8	10	7	13	6	10
Rhumatologie	0		3	1	1	1	1	1
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	41		45	44	42	51	36	36
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	17		13	11	11	7	20	6
Neurochirurgie*	0		1	0	1	1	0	1
Ophthalmologie*	2		4	8	3	2	4	5
ORL*	5		2	3	2	4	2	1
Stomatologie*				1		0		2
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	24		20	23	17	14	26	15
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	8		7	4	12	2	12	3
Santé publique et médecine sociale	4		3	3	4	3	4	4
Biologie médicale (médecins)	14		7	5	6	5	5	4
Psychiatrie	10		15	17	10	9	4	5
Gynécologie-obstétrique	4		4	3	3	6	6	4
Gynécologie médicale								
Pédiatrie	5		5	7	6	9	4	6
Anesthésiologie-réanimation Ch.	12		6	8	10	9	11	15
TOTAL GÉNÉRAL	122		112	114	110	108	108	92

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

**AUVERGNE - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE SPÉCIALISTES INSCRITS
AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION**

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	1		1	1	1	0	—	0
Cardiologie et maladies vasculaires*	2		4	6	2	2	3	2
Dermatologie & vénéréologie*	1		1	1	1	1	1	2
Endocrinologie et métabolismes*	—		1	1	1	1	1	0
Gastro-entérologie et hépatologie*	1		1	0	1	1	2	1
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*	—		—	0	1	0	—	0
Hématologie*	—		1	1	—	1	—	0
Médecine interne*	—		1	2	—	0	2	0
Médecine nucléaire*	—		1	0	—	0	1	1
Médecine physique et réadaptation*	1		—	0	—	0	—	0
Néphrologie*	1		—	1	—	0	—	1
Neurologie*	1		3	2	1	1	1	1
Oncologie option : radiothérapie*	—		1	1	—	0	1	1
Oncologie option : oncologie médicale*	2		1	1	—	1	—	0
Pneumologie*	2		1	1	1	0	1	0
Radiodiagnostic et Imagerie médicale*	4		4	2	2	2	5	3
Rhumatologie	—		1	1	1	0	3	2
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	16		22	21	12	10	21	14
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	7		7	6	7	5	7	8
Neurochirurgie*	—		—	1	—	0	1	0
Ophthalmologie*	3		2	2	2	1	3	2
ORL*	1		2	2	1	0	1	1
Stomatologie*	—		—	0	1	0	—	0
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	11		11	11	11	6	12	11
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	1		9	0	7	1	5	3
Santé publique et médecine sociale	1		2	2	2	2	1	2
Biologie médicale	3		5	1	2	5	1	1
Psychiatrie	2		6	5	3	3	6	3
Gynécologie-obstétrique	4		2	1	4	2	2	1
Gynécologie médicale								
Pédiatrie	3		3	5	1	0	4	5
Anesthésiologie-réanimation Ch.	6		5	4	9	3	5	10
TOTAL GÉNÉRAL	47		65	50	51	32	57	50

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

BASSE-NORMANDIE - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE SPÉCIALISTES INSCRITS AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	0		2	3	0	0	0	0
Cardiologie et maladies vasculaires*	1		2	2	3	2	3	3
Dermatologie & vénéréologie*	3		0	0	2	0	0	2
Endocrinologie et métabolismes*	0		2	1	1	1	1	2
Gastro-entérologie et hépatologie*	1		1	1	2	1	2	2
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*	0		0	0	0	0	0	0
Hématologie*	0		1	0	0	0	0	0
Médecine interne*	0		0	0	0	0	0	1
Médecine nucléaire*	1		0	0	2	1	2	1
Médecine physique et réadaptation*	1		1	0	0	0	1	1
Néphrologie*	1		1	0	1	2	0	1
Neurologie*	2		1	0	1	1	1	2
Oncologie option : radiothérapie*	1		1	0	0	0	0	0
Oncologie option : oncologie médicale*	0		0	0	2	0	0	0
Pneumologie*	0		0	2	0	1	2	0
Radiodiagnostic et Imagerie médicale*	3		2	3	1	2	2	1
Rhumatologie	1		1	2	1	2	1	1
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	15		15	14	16	13	15	17
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	7		3	4	3	6	7	4
Neurochirurgie*	0		1	2	0	0	0	0
Ophthalmologie*	2		1	2	1	0	2	4
ORL*	0		1	0	2	2	0	1
Stomatologie*	0		0	0	0	0	0	0
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	9		6	8	6	8	9	9
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	3		3	2	4	1	6	5
Santé publique et médecine sociale	2		1	0	1	1	0	1
Biologie médicale	4		1	2	1	1	0	2
Psychiatrie	4		2	3	2	3	5	3
Gynécologie-obstétrique	0		4	2	4	2	1	1
Gynécologie médicale	0		0		0		0	
Pédiatrie	5		2	1	3	2	8	3
Anesthésiologie-réanimation Ch.	3		5	7	6	7	4	7
TOTAL GÉNÉRAL	45		39	39	43	38	48	48

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

BOURGOGNE - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE SPÉCIALISTES INSCRITS AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	2		3	0	0	1	1	0
Cardiologie et maladies vasculaires*	3		2	1	3	3	4	3
Dermatologie & vénéréologie*	5		1	0	4	1	1	1
Endocrinologie et métabolismes*	1		2	0	2	1	1	1
Gastro-entérologie et hépatologie*	2		1	1	1	2	2	1
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*	0		1	0	0	0	1	1
Hématologie*	0		0	0	1	0	0	0
Médecine interne*	0		0	0	5	5	1	1
Médecine nucléaire*	0		0	0	0	0	0	0
Médecine physique et réadaptation*	0		0	0	1	0	1	0
Néphrologie*	1		0	0	1	1	0	1
Neurologie*	0		2	2	2	0	1	2
Oncologie option : radiothérapie*	0		0	0	0	1	0	1
Oncologie option : oncologie médicale*	0		2	2	0	0	3	0
Pneumologie*	2		3	4	0	0	1	1
Radiodiagnostic et Imagerie médicale*	3		4	2	4	1	5	3
Rhumatologie	2		0	0	0	0	0	0
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	21		21	12	24	16	22	16
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	4		6	4	9	9	8	4
Neurochirurgie*	0		1	0	0	0	0	0
Ophthalmologie*	2		1	3	2	2	1	2
ORL*	2		0	1	1	1	0	1
Stomatologie*	0		0	0	0	0	0	0
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	8		8	8	12	12	9	7
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	5		5	0	3	1	3	1
Santé publique et médecine sociale	1		0	1	1	1	1	1
Biologie médicale	1		1	0	2	4	1	1
Psychiatrie	7		6	6	7	2	8	7
Gynécologie-obstétrique	3		0	2	2	3	3	3
Gynécologie médicale	0		0		0	0	0	
Gynécologie-obstétrique et Gynécologie médicale	0		0		0		0	
Pédiatrie	3		2	1	4	3	3	2
Anesthésiologie-réanimation Ch.	3		8	6	5	5	3	9
TOTAL GÉNÉRAL	52		51	36	60	47	53	47

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé

** Inscription au Conseil de l'ordre.

**BRETAGNE - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE SPÉCIALISTES INSCRITS
AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION**

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	2		1	1	1	2	0	0
Cardiologie et maladies vasculaires*	10		5	7	6	5	7	10
Dermatologie & vénéréologie*	2		2	3	5	3	1	3
Endocrinologie et métabolismes*	0		0	0	1	4	0	2
Gastro-entérologie et hépatologie*	4		8	1	4	9	4	5
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*	0		0	0	1	1	0	1
Hématologie*	0		0	0	1	0	0	0
Médecine interne*	3		1	2	2	2	2	4
Médecine nucléaire*	1		1	1	2	1	0	0
Médecine physique et réadaptation*	1		1	2	2	2	0	2
Néphrologie*	2		0	1	1	1	0	0
Neurologie*	4		4	4	0	2	2	2
Oncologie option : radiothérapie*	4		0	0	0	0	0	0
Oncologie option : oncologie médicale*	0		0	0	0	0	0	1
Pneumologie*	3		4	4	5	7	1	3
Radiodiagnostic et Imagerie médicale*	3		9	5	7	8	6	6
Rhumatologie	4		1	4	1	2	1	2
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	43		37	35	39	49	24	41
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	9		10	9	12	12	6	9
Neurochirurgie*	1		0	0	1	1	0	0
Ophthalmologie*	2		1	8	0	2	3	6
ORL*	1		3	2	4	4	1	4
Stomatologie*				0		0		0
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	13		14	19	17	19	10	19
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	13		9	3	12	7	11	5
Santé publique et médecine sociale	5		2	0	3	3	4	3
Biologie médicale	2		7	8	3	6	5	5
Psychiatrie	5		12	15	10	12	9	7
Gynécologie-obstétrique	3		4	2	4	4	5	3
Gynécologie médicale								
Pédiatrie	4		2	7	3	3	7	5
Anesthésiologie-réanimation Ch.	10		10	11	12	14	10	13
TOTAL GÉNÉRAL	98		97	100	103	117	85	101

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

CENTRE - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE SPÉCIALISTES INSCRITS AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	2		3	1	1	1		1
Cardiologie et maladies vasculaires*	3		8	4	4	1	6	3
Dermatologie & vénéréologie*	1		1	2		0	1	3
Endocrinologie et métabolismes*				0		0	3	1
Gastro-entérologie et hépatologie*	2		1	1	1	2	1	1
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*				0	1	1		0
Hématologie*			1	1		0	2	2
Médecine interne*	4		3	2	1	1		0
Médecine nucléaire*				0		1	1	0
Médecine physique et réadaptation*	1			1		1		1
Néphrologie*			1	1	1	1	2	2
Neurologie*	1			0	1	1	1	2
Oncologie option : radiothérapie*				0	1	1		0
Oncologie option : oncologie médicale*				0	1	1		1
Pneumologie*	4			1	1	1		2
Radiodiagnostic et imagerie médicale*	4		5	5	6	2	5	4
Rhumatologie	0		2	2		1	2	1
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	22		25	21	19	16	24	24
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	8		2	3	7	5	5	5
Neurochirurgie*	0			0	1	1		0
Ophthalmologie*	5			1	1	2		3
ORL*	1		1	1	1	2		2
Stomatologie*				0		2		0
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	14		3	5	10	12	5	10
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail			2	2		0	1	1
Santé publique et médecine sociale	3		1	0		0		0
Biologie médicale	1			4	1	3	5	2
Psychiatrie	3		8	5	3	1	7	7
Gynécologie-obstétrique	4		4	4	3	3	1	2
Gynécologie médicale								
Pédiatrie	2		5	1	4	3	5	2
Anesthésiologie-réanimation Ch.	3		3	6	2	3	6	7
TOTAL GÉNÉRAL	52		51	48	42	41	54	55

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

CHAMPAGNE-ARDENNE - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE SPÉCIALISTES INSCRITS AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	0		1	0	0	1	0	0
Cardiologie et maladies vasculaires*	4		1	1	0	0	2	1
Dermatologie & vénéréologie*	1		3	2	2	2	2	1
Endocrinologie et métabolismes*	1		2	1	1	2	1	2
Gastro-entérologie et hépatologie*	1		2	1	1	1	1	2
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*	0		0		0	0	0	0
Hématologie*	0		0	0	0	0	1	0
Médecine interne*	2		2	2	1	0	0	0
Médecine nucléaire*	0		0	0	0	0	0	0
Médecine physique et réadaptation*	0		0	0	1	1	0	0
Néphrologie*	0		0	0	0	0	0	0
Neurologie*	0		0	0	0	0	0	0
Oncologie option : radiothérapie*	1		0	0	0	0	1	0
Oncologie option : oncologie médicale*	0		0	0	0	1	0	0
Pneumologie*	3		0	0	2	2	0	0
Radiodiagnostic et Imagerie médicale*	5		2	1	2	2	5	7
Rhumatologie	1		0	0	0	0	1	1
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	19		13	8	10	12	14	14
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	2		6	7	6	6	2	3
Neurochirurgie*	0		0	0	0	0	0	0
Ophthalmologie*	2		0	1	3	0	0	2
ORL*	1		2	2	0	0	2	1
Stomatologie*	0		0	0	0	0	0	0
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	5		8	10	9	6	4	6
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	2		3	1	1	1	2	0
Santé publique et médecine sociale	2		1	2	1	1	1	1
Biologie médicale	0		0	0	0	1	1	1
Psychiatrie	4		1	2	2	2	6	3
Gynécologie-obstétrique	0		1	2	3	3	2	1
Gynécologie médicale	0		0		0		0	
Pédiatrie	0		6	4	3	1	4	5
Anesthésiologie-réanimation Ch.	1		7	8	4	5	4	6
TOTAL GÉNÉRAL	33		40	37	33	32	38	37

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

FRANCHE-COMTÉ - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE SPÉCIALISTES INSCRITS AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	1		1	0	1	1		0
Cardiologie et maladies vasculaires*	2		3	3	2	3	2	2
Dermatologie & vénéréologie*	2			0	2	1	1	1
Endocrinologie et métabolismes*	1		2	2		0	1	0
Gastro-entérologie et hépatologie*	1		2	0	3	2	2	0
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*				0		0		0
Hématologie*				0	1	0		1
Médecine interne*			2	1	1	4	1	1
Médecine nucléaire*			1	1		0	1	1
Médecine physique et réadaptation*				0		0		0
Néphrologie*	1			1		1	1	0
Neurologie*	1		1	0	1	1	0	1
Oncologie option : radiothérapie*	1			0		0	1	0
Oncologie option : oncologie médicale*	1			0		0	1	1
Pneumologie*			2	2	2	0	1	1
Radiodiagnostic et imagerie médicale*	3		3	0	2	2	5	2
Rhumatologie			1	1		0	2	1
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	14		18	11	15	15	19	12
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	5		9	4	7	11	4	4
Neurochirurgie*	1		1	0		0		0
Ophthalmologie*	3			0	1	4	2	1
ORL*			2	4	1	1	1	0
Stomatologie*				0		0		0
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	9		12	8	9	16	7	5
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	3		4	0	5	0	1	0
Santé publique et médecine sociale	1			0	1	1	1	0
Biologie médicale (médecins)	2		2	0	1	1	3	1
Psychiatrie	1		5	5	4	2	5	4
Gynécologie-obstétrique				2	4	1	5	1
Gynécologie médicale								
Pédiatrie			2	1	4	3	3	3
Anesthésiologie-réanimation Ch.	3		4	2	4	3	6	3
TOTAL GÉNÉRAL	33		47	29	47	42	50	29

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

HAUTE-NORMANDIE - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE SPÉCIALISTES INSCRITS AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	3			1		0		0
Cardiologie et maladies vasculaires *	3		3	2	3	5	5	2
Dermatologie & vénéréologie *	5		2	4	3	2	2	1
Endocrinologie et métabolismes *	1			0	3	0	1	1
Gastro-entérologie et hépatologie *	1		3	1	1	3	2	1
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire) *				0		0		0
Hématologie *			1	0		0		0
Médecine interne*			2	2		0		1
Médecine nucléaire *			1	0		1		1
Médecine physique et réadaptation *				0	1	1		0
Néphrologie *	1		2	2	2	2	1	3
Neurologie *			7	3		1	2	1
Oncologie option : radiothérapie *				1	1	0		0
Oncologie option : oncologie médicale *				0		0		0
Pneumologie *	3		4	1	3	2	1	2
Radiodiagnostic et imagerie médicale *	4		7	7	5	3	4	2
Rhumatologie	1		3	3	1	0		1
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	22		35	27	23	20	18	16
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale * (*)	9		6	4	6	6	11	8
Neurochirurgie *	1			0		0		1
Ophthalmologie *	3			1	2	1	2	3
ORL *	1		3	3	1	4	3	0
Stomatologie *			1	1		0	2	1
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	14		10	9	9	11	18	13
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	5		4	2	5	3	5	2
Santé publique et médecine sociale	4		2	4	1	1		1
Biologie médicale	1			2		0	1	2
Psychiatrie	8		4	4	6	3	9	3
Gynécologie-obstétrique	1		1	2	5	5	5	1
Gynécologie médicale								
Pédiatrie	3		4	2	6	3	5	6
Anesthésiologie-réanimation Ch.	8		5	5	9	4	6	7
TOTAL GÉNÉRAL	66		65	57	64	50	67	51

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

ÎLE-DE-FRANCE - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE SPÉCIALISTES INSCRITS AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	8		1	7	5	5	8	4
Cardiologie et maladies vasculaires*	33		23	37	38	39	21	29
Dermatologie & vénéréologie*	15		16	20	13	18	12	21
Endocrinologie et métabolismes*	8		12	8	11	16	10	12
Gastro-entérologie et hépatologie*	15		23	22	17	28	11	26
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*	0		1	0	1	1	0	2
Hématologie*	6		7	10	10	11	6	8
Médecine interne*	22		18	27	16	26	10	23
Médecine nucléaire*	0		0	1	1	2	1	6
Médecine physique et réadaptation*	6		1	7	0	4	2	7
Néphrologie*	9		10	7	7	15	6	8
Neurologie*	20		10	25	16	17	13	23
Oncologie option : radiothérapie*	3		1	4	0	6	2	11
Oncologie option : oncologie médicale*	1		5	8	6	2	1	3
Pneumologie*	10		11	14	7	13	12	19
Radiodiagnostic et Imagerie médicale*	31		24	35	29	44	31	48
Rhumatologie	13		10	17	13	10	4	5
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	200		173	249	190	257	150	255
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	55		56	59	40	73	44	55
Neurochirurgie*	1		3	2	1	1	3	3
Ophthalmologie*	34		16	26	9	32	18	32
ORL*	16		21	14	11	26	14	13
Stomatologie*	0		0	1	0	3	0	0
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	106		96	102	61	135	79	103
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	19		24	22	23	17	35	20
Santé publique et médecine sociale	7		10	15	7	10	15	13
Biologie médicale	27		14	31	13	22	11	29
Psychiatrie	37		30	64	37	57	50	72
Gynécologie-obstétrique	9		17	25	16	19	10	27
Gynécologie médicale	0		0	0	0		0	
Pédiatrie	38		31	52	38	60	27	57
Anesthésiologie-réanimation Ch.	36		33	42	39	38	31	45
TOTAL GÉNÉRAL	479		428	602	424	615	408	621

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

LANGUEDOC-ROUSSILLON - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE SPÉCIALISTES INSCRITS AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	1		1	1	4	1	1	1
Cardiologie et maladies vasculaires*	2		2	4		4	3	2
Dermatologie & vénéréologie*	1		1	1	2	0	1	2
Endocrinologie et métabolismes*	3		3	4	2	4		2
Gastro-entérologie et hépatologie*	3		3	3	4	5	1	9
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*				0		0		0
Hématologie*				0	1	0		0
Médecine interne*	2		2	5	4	3		2
Médecine nucléaire*	2		1	2		0		0
Médecine physique et réadaptation*			2	4	2	2	2	1
Néphrologie*				0	1	1	2	3
Neurologie*	1		1	2	4	4	2	2
Oncologie option : radiothérapie*	1		1	1		1	1	1
Oncologie option : oncologie médicale*				0	2	1	1	1
Pneumologie*	1		1	1		1	2	3
Radiodiagnostic et Imagerie médicale*	2		2	2	6	17	3	9
Rhumatologie	2		1	3	2	4		2
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	21		21	33	34	48	19	40
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	18		17	16	6	5	7	6
Neurochirurgie*				0	1	1		1
Ophthalmologie*	2		2	4	3	3	3	5
ORL*	4		4	3		5	2	2
Stomatologie*				0		0		1
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	24		23	23	10	14	12	15
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	5		5	0	4	2	5	3
Santé publique et médecine sociale	3		3	3		1		0
Biologie médicale			2	5	5	6	3	3
Psychiatrie	7		7	6	3	5	8	7
Gynécologie-obstétrique					3	2	4	3
Gynécologie médicale						0		
Pédiatrie	3		3	7	6	5	5	7
Anesthésiologie-réanimation Ch.	9		8	14	10	10	8	11
TOTAL GÉNÉRAL	72		72	91	75	93	64	89

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

**LIMOUSIN - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE SPÉCIALISTES INSCRITS
AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION**

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	1		1	1	1	0		0
Cardiologie et maladies vasculaires*	2		2		2	2		1
Dermatologie & vénéréologie*	0		2	1	1	0	2	1
Endocrinologie et métabolismes*	0		1	1	1	1	2	2
Gastro-entérologie et hépatologie*	0		1	1	0	0	3	1
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*	0		0	0	0	0		0
Hématologie*	0		1	0	1	1		0
Médecine interne*	3		0	0	1	1		0
Médecine nucléaire*	1		0	0	0	0		0
Médecine physique et réadaptation*	0		1	1	1	0	1	1
Néphrologie*	1		3	2	1	0	1	0
Neurologie*	2		0	1	1	0	1	0
Oncologie option : radiothérapie*	1		0	1	1	1		0
Oncologie option : oncologie médicale*	1		0	0	0	0		0
Pneumologie*	1		0	0	0	0		0
Radiodiagnostic et Imagerie médicale*	2		1	1	2	1	2	5
Rhumatologie	2		2	1	1	0	1	1
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	17		15	11	14	7	13	12
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	2		4	3	2	3	3	4
Neurochirurgie*	0		0	1	0	0		0
Ophthalmologie*	1		0	0	2	2		1
ORL*	0		0	0	3	3	1	0
Stomatologie*	0		0	0	0	1		0
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	3		4	4	7	9	4	5
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	3		5	1	5	0	2	1
Santé publique et médecine sociale	2		0	0	0	0		0
Biologie médicale	3		2	0	4	0	3	2
Psychiatrie	3		3	2	4	4	2	3
Gynécologie-obstétrique	1		1	1	1	2	2	1
Gynécologie médicale	0		0		0			
Pédiatrie	1		1	1	3	2		1
Anesthésiologie-réanimation Ch.	3		3	1	2	3	4	2
TOTAL GÉNÉRAL	36		34	21	40	27	30	27

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

**LORRAINE - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE SPÉCIALISTES INSCRITS
AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION**

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*			2	1	2	2	1	1
Cardiologie et maladies vasculaires*								
Dermatologie & vénéréologie*	3			2	3	3	2	2
Endocrinologie et métabolismes*	3			1	3	1	2	1
Gastro-entérologie et hépatologie*	2		2	2	2	2		1
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*	1			0		0		0
Hématologie*	1			0		0	1	0
Médecine interne*			3	1	1	3		1
Médecine nucléaire*				0		2	1	2
Médecine physique et réadaptation*	3		3	2	1	1	1	0
Néphrologie*	1			1	2	0	2	1
Neurologie*	1		2	2	2	0	2	4
Oncologie option : radiothérapie*			1	1	2	0	1	0
Oncologie option : oncologie médicale*	1		1	1	3	1	1	2
Pathologie cardio-vasculaire	4		4	6	3	3	4	8
Pneumologie*	5		3	3	2	2	4	3
Radiodiagnostic et imagerie médicale*	5		2	6	10	7	3	7
Rhumatologie	2		1	0	1	3	2	0
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	32		24	29	37	30	27	33
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	15		8	7	14	11	16	10
Neurochirurgie*	1		1	0		1		0
Ophthalmologie*	4		2	3	3	3		0
ORL*			1	1	2	2	2	0
Stomatologie*				0		0		1
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	20		12	11	19	17	18	11
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	7		6	4	9	2	5	4
Santé publique et médecine sociale			3	2	2	1	1	0
Biologie médicale	4		2	3		2	2	3
Psychiatrie	11		7	6	6	7	7	4
Gynécologie-obstétrique	2			0	1	3	2	0
Gynécologie médicale								
Pédiatrie	11		5	7	4	3	5	3
Anesthésiologie-réanimation Ch.	10		5	12	11	11	8	12
TOTAL GÉNÉRAL	97		64	74	89	76	75	70

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

MIDI-PYRÉNÉES - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE SPÉCIALISTES INSCRITS AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	3		6	4	1	3	1	1
Cardiologie et maladies vasculaires*	6		4	10	9	13	5	8
Dermatologie & vénéréologie*	5		3	2	4	4	1	4
Endocrinologie et métabolismes*	5		2	3	4	2	1	2
Gastro-entérologie et hépatologie*	7		4	3	1	2	4	4
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*	0		0	0	0	0	1	1
Hématologie*	0		0	0	0	1	0	0
Médecine interne*	3		2	3	1	3	4	2
Médecine nucléaire*	1		0	1	0	2	0	1
Médecine physique et réadaptation*	1		1	1	2	1	2	2
Néphrologie*	3		2	2	3	3	2	3
Neurologie*	4		5	3	2	9	2	2
Oncologie option : radiothérapie*	1		0	2	1	0	1	1
Oncologie option : oncologie médicale*	1		1	0	2	2	3	0
Pneumologie*	3		2	5	3	1	1	4
Radiodiagnostic et imagerie médicale*	5		10	5	3	7	9	6
Rhumatologie	3		2	3	2	2	1	2
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	51		44	47	38	55	38	43
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	9		8	11	6	7	5	6
Neurochirurgie*	1		0	0	0	0	0	2
Ophthalmologie*	2		1	1	3	4	0	2
ORL*	0		1	0	2	1	1	4
Stomatologie*	1		0	0	0	0	0	0
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	13		10	12	11	12	6	14
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	8		5	3	11	3	4	1
Santé publique et médecine sociale	5		1	4	7	1	3	3
Biologie médicale	6		7	4	7	1	7	2
Psychiatrie	6		7	11	7	9	5	8
Gynécologie-obstétrique	4		5	5	4	6	3	3
Gynécologie médicale	0		0		0		0	
Pédiatrie	6		11	9	5	8	7	13
Anesthésiologie-réanimation Ch.	0		7	10	6	8	9	7
TOTAL GÉNÉRAL	99		97	105	96	103	82	94

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

NORD - PAS-DE-CALAIS - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE SPÉCIALISTES INSCRITS AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION

	DES validé	Inscrip tion au Conseil	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	3		1	2	2	2	3	3
Cardiologie et maladies vasculaires*	9		8	13	6	3	15	15
Dermatologie & vénéréologie*	1		4	4	6	6	2	3
Endocrinologie et métabolismes*	4		5	3	3	3	5	4
Gastro-entérologie et hépatologie*	5		4	4	6	7	2	2
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*				0		0		0
Hématologie*	2		3	0	4	4	4	0
Médecine interne*	3		6	3	4	4	4	3
Médecine nucléaire*	2		2	3	1	3	3	1
Médecine physique et réadaptation*	2		3	3	2	1	2	1
Néphrologie*	5		2	2	1	1	5	2
Neurologie*	7		5	6	3	2	5	6
Oncologie option : radiothérapie*				0	3	1		0
Oncologie option : oncologie médicale*	1		3	1	3	1		0
Pneumologie*	5		7	6	9	3	4	4
Radiodiagnostic et Imagerie médicale*	16		13	15	15	22	19	26
Rhumatologie	2		1	1	3	3	1	2
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	67		67	66	71	66	74	72
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	22		20	19	13	17	23	16
Neurochirurgie*	1			0	1	2		0
Ophthalmologie*	4		4	2	8	5	4	5
ORL*	3		3	4	2	4	3 dont 2 pas thèses	0
Stomatologie*				0	1	1		0
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	30		27	25	25	29	30	21
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	16		13	7	18	4	10	5
Santé publique et médecine sociale	2		4	4	3	0	2	3
Biologie médicale	11		6	6	6	5	2	4
Psychiatrie	14		21	13	22	20	14	15
Gynécologie-obstétrique	9		8	7	6	6	8	10
Gynécologie médicale				0		0		
Pédiatrie	17		9	6	16	10	8	10
Anesthésiologie-réanimation Ch.	18		26	20	19	20	17	26
TOTAL GÉNÉRAL	184		181	154	186	160	165	166

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

PAYS DE LA LOIRE - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE SPÉCIALISTES INSCRITS AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	1		1	1	1	0	1	2
Cardiologie et maladies vasculaires*	5		3	6	9	5	4	5
Dermatologie & vénéréologie*	5		3	2	3	4	1	4
Endocrinologie et métabolismes*	2		1	2	2	2	3	4
Gastro-entérologie et hépatologie*	7		1	2	6	3	5	4
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*	0		0	1	0	0	1	1
Hématologie*	1		0	0	2	3	0	0
Médecine interne*	1		2	3	3	2	3	3
Médecine nucléaire*	0		0	0	0	2	0	0
Médecine physique et réadaptation*	3		1	0	4	1	1	3
Néphrologie*	3		0	1	3	3	2	3
Neurologie*	3		1	2	0	1	4	4
Oncologie option : radiothérapie*	0		0	0	3	3	0	0
Oncologie option : oncologie médicale*	2		3	2	0	1	1	1
Pneumologie*	5		2	2	2	4	3	2
Radiodiagnostic et imagerie médicale*	6		3	5	3	5	7	5
Rhumatologie	4		0	1	1	2	5	3
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	48		21	30	42	41	41	44
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	12		15	12	12	7	11	18
Neurochirurgie*	1		0	0	0	0	1	0
Ophthalmologie*	2		3	2	1	5	4	4
ORL*	5		1	1	3	3	2	3
Stomatologie*	0		1	1	0	0	0	0
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	20		20	16	16	15	18	25
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	4		10	1	6	0	10	3
Santé publique et médecine sociale	3		0	0	3	0	2	2
Biologie médicale	4		5	2	1	3	3	2
Psychiatrie	8		7	10	9	8	10	14
Gynécologie-obstétrique	3		3	2	3	6	2	4
Gynécologie médicale								
Pédiatrie	4		2	4	4	4	6	7
Anesthésiologie-réanimation Ch.	7		10	7	13	15	10	13
TOTAL GÉNÉRAL	101		78	72	100	92	102	114

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(1) Données fournies par la faculté de Nantes uniquement.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

**PICARDIE - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE SPÉCIALISTES INSCRITS
AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION**

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*			1	0		0	2	2
Cardiologie et maladies vasculaires*			5	6		4	8	3
Dermatologie & vénéréologie*	2		2	2	2	1	1	0
Endocrinologie et métabolismes*	2		1	1	1	1		1
Gastro-entérologie et hépatologie*	1		1	0	3	2	1	1
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*				0		0		0
Hématologie*			1	0		1		0
Médecine interne*			2	0	1	2		0
Médecine nucléaire*				0	1	0		0
Médecine physique et réadaptation*	2			0		1		0
Néphrologie*	2			0		0	1	1
Neurologie*	1			0	1	3	1	2
Oncologie option : radiothérapie*	1			0		0		0
Oncologie option : oncologie médicale*				0		0		0
Pneumologie*	2			0	2	2	1	1
Radiodiagnostic et Imagerie médicale*	4		5	2	5	2	8	1
Rhumatologie			2	2		0	1	1
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	17		20	13	16	19	24	13
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	7		6	6	8	8	4	7
Neurochirurgie*	1			0		0		0
Ophthalmologie*	3		2	2	4	3		2
ORL*	1		3	1		2		3
Stomatologie*				0		0		0
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	12		11	9	12	13	4	12
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail			1	2	2	0	3	2
Santé publique et médecine sociale	2			0	2	2	2	0
Biologie médicale	4		3	1	2	0	3	3
Psychiatrie	5		3	7	2	3	6	6
Gynécologie-obstétrique	4		2	2		1	3	1
Gynécologie médicale								
Pédiatrie	2		2	2	1	2	2	4
Anesthésiologie-réanimation Ch.	2		7	5	4	4	12	6
TOTAL GÉNÉRAL	48		49	41	41	44	59	47

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

POITOU-CHARENTES - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE SPÉCIALISTES INSCRITS AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	0		1	0	0	1	2	1
Cardiologie et maladies vasculaires*	0		1	3	2	1	1	3
Dermatologie & vénéréologie*	2		1	2	1	1	0	1
Endocrinologie et métabolismes*	0		1	0	1	1	1	0
Gastro-entérologie et hépatologie*	2		2	0	1	3	0	0
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*	0		0	0	0	0	0	0
Hématologie*	1		0	0	0	1	0	0
Médecine interne*	1		1	1	0	0	1	0
Médecine nucléaire*	1		0	0	0	0	1	0
Médecine physique et réadaptation*	1		2	1	0	1	0	0
Néphrologie*	1		2	2	1	1	0	0
Neurologie*	0		2	2	0	0	1	0
Oncologie option : radiothérapie*	0		1	0	0	1	1	1
Oncologie option : oncologie médicale*	1		1	1	1	1	0	1
Pneumologie*	2		1	1	1	1	1	2
Radiodiagnostic et Imagerie médicale*	2		4	5	4	2	3	4
Rhumatologie	1		1	1	0	0	0	1
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	15		21	19	12	15	12	14
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	8		6	7	8	4	6	4
Neurochirurgie*	0		0	0	1	1	2	1
Ophthalmologie*	3		2	1	2	3	1	3
ORL*	1		0	2	2	1	1	0
Stomatologie*	0		0	0	1	0	0	0
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	12		8	10	14	9	10	8
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	0		0	2	0	0	0	2
Santé publique et médecine sociale	0		0	1	0	0	1	0
Biologie médicale	5		3	3	4	4	4	0
Psychiatrie	7		6	1	5	3	6	6
Gynécologie-obstétrique	2		3	4	2	1	3	2
Gynécologie médicale	0		0		0	0		
Pédiatrie	3		1	1	1	2	1	1
Anesthésiologie-réanimation Ch.	5		3	4	3	4	8	6
TOTAL GÉNÉRAL	49		45	45	41	38	45	39

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

**PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET
NOMBRE DE SPÉCIALISTES INSCRITS AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION**

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	0		2	1	5	7	4	3
Cardiologie et maladies vasculaires*	3		8	5	10	12	8	12
Dermatologie & vénéréologie*	3		6	5	5	4	9	7
Endocrinologie et métabolismes*	5		3	5	4	5	5	5
Gastro-entérologie et hépatologie*	1		5	8	0	2	7	9
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*	0		1	0	0	1	2	1
Hématologie*	0		0	1	0	1	0	0
Médecine interne*	2		5	3	5	6	5	2
Médecine nucléaire*	0		0	0	1	1	1	1
Médecine physique et réadaptation*	0		2	3	2	2	0	1
Néphrologie*	2		2	3	0	1	3	1
Neurologie*	0		4	3	2	3	1	2
Oncologie option : radiothérapie*	1		0	0	5	3	2	0
Oncologie option : oncologie médicale*	0		1	0	3	6	1	0
Pneumologie*	6		3	3	3	3	3	3
Radiodiagnostic et Imagerie médicale*	6		11	11	14	21	7	11
Rhumatologie	2		3	2	2	2	4	4
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	31		56	53	61	80	62	62
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	12		21	19	12	15	14	14
Neurochirurgie*	0		0	1	1	1	2	1
Ophthalmologie*	2		10	13	3	6	4	9
ORL*	2		3	4	4	5	4	4
Stomatologie*	0		0	0	0	0	0	0
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	16		34	37	20	27	24	28
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	4		12	9	11	5	15	7
Santé publique et médecine sociale	1		3	5	1	2	5	5
Biologie médicale	5		7	8	8	9	8	8
Psychiatrie	9		7	19	10	23	10	10
Gynécologie-obstétrique	1		1	4	2	2	3	12
Gynécologie médicale	0		0		0		0	
Pédiatrie	7		7	7	3	7	13	19
Anesthésiologie-réanimation Ch.	7		13	24	14	22	17	15
TOTAL GÉNÉRAL	81		140	166	130	177	157	166

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

RHÔNE-ALPES - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE SPÉCIALISTES INSCRITS AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	1		4	5	3	4	2	2
Cardiologie et maladies vasculaires*	17		11	16	7	13	15	17
Dermatologie & vénéréologie*	8		7	5	8	9	6	8
Endocrinologie et métabolismes*	6		7	7	5	4	0	1
Gastro-entérologie et hépatologie*	9		7	11	5	5	7	8
Génétique médicale*	1		1	1	0	0	0	0
Hématologie*	1		1	4	0	3	1	1
Médecine interne*	5		6	7	8	7	6	6
Médecine nucléaire*	1		1	1	1	1	1	1
Médecine physique et réadaptation*	3		1	4	1	1	2	3
Néphrologie*	4		2	4	3	3	2	3
Neurologie*	7		3	5	6	7	5	6
Oncologie option : radiothérapie*	0		1	1	2	1	0	0
Oncologie option : oncologie médicale*	3		3	3	0	1	3	2
Pneumologie*	8		6	9	5	4	3	4
Radiodiagnostic et imagerie médicale*	15		14	17	15	23	21	20
Rhumatologie	5		6	8	4	2	2	4
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	94		81	108	73	88	76	86
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	25		25	23	21	28	15	17
Neurochirurgie*	3		0	0	1	1	1	2
Ophthalmologie*	7		7	8	10	10	8	2
ORL*	2		6	9	3	5	6	7
Stomatologie*	0		0	1	0	1	0	0
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	37		38	41	35	45	30	28
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	22		23	10	23	7	25	7
Santé publique et médecine sociale	6		3	4	2	3	3	4
Biologie médicale	8		5	10	7	5	11	7
Psychiatrie	19		22	19	18	22	17	20
Gynécologie-obstétrique	4		5	8	5	9	3	6
Gynécologie médicale	0		0		0		0	
Pédiatrie	12		14	13	14	16	11	20
Anesthésiologie-réanimation Ch.	22		18	24	14	19	28	20
TOTAL GÉNÉRAL	224		209	237	191	214	204	198

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

PRINCIPALES SOURCES NATIONALES SUR LE TEMPS DE TRAVAIL OU L'ACTIVITÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Pascale BREUIL

Bureau des professions de santé/DREES

La présente note, rédigée à la demande de l'Observatoire, vise à préciser les sources existantes en matière de temps de travail ou, pour les professionnels libéraux, d'activité.

L'enquête emploi de l'INSEE est la seule source permettant d'avoir une information sur le temps de travail des professionnels de santé quel que soit leur statut (libéral, salarié hospitalier ou non, du public ou privé). Elle permet également de retracer l'évolution de ce temps de travail depuis plus d'une dizaine d'années. Elle constitue ainsi une source statistique incontournable, notamment à des fins de comparaisons (d'un statut à l'autre, dans le temps...). S'agissant d'une enquête par sondage, elle ne permet toutefois d'étudier isolément que les professions les plus nombreuses. De plus, l'information sur le temps de travail qu'elle collecte porte sur une semaine (la dernière semaine travaillée, ou une semaine habituelle) et non sur l'année (jusqu'en 2003, elle ne tenait donc pas compte des jours de congés supplémentaires liés à la RTT...). Enfin, cette information est déclarée par l'enquêté, et peut inclure du temps de travail supplémentaire non rémunéré. Les statistiques sur le temps de travail tirées de l'enquête emploi gagnent à être complétées par des informations tirées de sources administratives, renseignant cette fois sur le temps de travail rémunéré. Pourraient notamment être exploitées dans ce but :

- les déclarations annuelles de données sociales (DADS) de l'INSEE, portant sur l'ensemble des salariés, mais avec un détail assez faible sur les professions (en particulier pour le public) ;
- la statistique annuelle sur les établissements (SAE) de la DREES, qui comporte des informations, déclarées par les établissements sur les personnels équivalents temps plein du secteur hospitalier public ou privé ;
- les enquêtes SPE ou « Coûts et carrières » de la DHOS, qui, bien que portant sur le seul secteur hospitalier public, ont l'avantage de contenir des informations directement extraites des logiciels de paie.

Bien sûr, l'enquête emploi et les sources administratives n'ont aucune raison d'aboutir à un temps de travail identique, puisque le temps de travail mesuré n'est pas le même dans les deux cas (temps effectivement travaillé dans l'enquête emploi, et temps rémunéré dans les autres sources¹), ni n'est exprimé dans la même unité (en nombre d'heures dans le cas de l'enquête emploi ou des DADS, en ETP sans information sur le temps de travail de référence dans les sources du ministère en charge de la Santé), ni ne concerne la même unité statistique².

1. Qui tient compte par exemple du fait que la rémunération des temps partiels peut être plus que proportionnelle au temps de travail effectué, ou que les personnels en congé de maladie ou de maternité sont rémunérés.

2. L'unité statistique est la personne dans l'enquête emploi, la personne dans un établissement dans les sources du ministère chargé de la Santé. Ainsi, un médecin ayant deux mi-temps dans deux établissements de santé se déclare comme travaillant à plein temps dans l'enquête emploi, mais est comptabilisé comme deux personnes travaillant à mi-temps dans les sources du ministère, d'où des calculs de temps de travail moyen différents.

Sur l'activité des professionnels de santé libéraux, les sources disponibles sont celles des régimes d'assurance-maladie, en particulier le SNIR qui renseigne annuellement sur l'activité en volume et en valeur de chaque professionnel pour l'ensemble des régimes d'assurance-maladie, et l'Observatoire de l'activité des professionnels de santé, qui ne porte que sur l'activité au profit des seuls assurés du régime général, mais permet d'observer en détail cette activité jour par jour, depuis le 01.01.2000.

SOURCE	UNITÉ STATISTIQUE ET CHAMP	PROFESSIONS CONCERNÉES (AVEC DÉTAIL DISPONIBLE SUR LES QUALIFICATIONS)	PRINCIPALES INFORMATIONS SUR LES PROFESSIONNELS	MESURE DU TEMPS DE TRAVAIL/VOLUME D'ACTIVITÉ	CHAMP			DÉTAIL GÉOGRAPHIQUE DISPONIBLE
					LIBÉRAL	PUBLIC	PRIVÉ	
SOURCES SUR L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS								
ENQUÊTE EMPLOI (INSEE) ANNUELLE	UNITÉ STATISTIQUE : individu (actifs ou non), avec des informations sur tous les individus de plus de 15 ans d'un même ménage CHAMP : personnes de plus de 15 ans résidant en ménage ordinaire (hors maison de retraite...).	Nomenclature des professions et catégorie socio-professionnelle (PCS) à 4 chiffres (seules les professions nombreuses sont isolées) : médecins libéraux spécialistes, médecins libéraux généralistes, médecins hospitaliers, médecins salariés non hospitaliers, chirurgiens-dentistes, pharmaciens libéraux, pharmaciens salariés, cadres infirmiers et assimilés, infirmiers psychiatriques, puéricultrices, infirmiers spécialisés autres, infirmiers en soins généraux salariés, infirmiers libéraux, spécialistes de la rééducation et diététiciens salariés, spécialistes de la rééducation et pédicures libéraux, techniciens médicaux, spécialistes de l'appareillage médical salariés, spécialistes de l'appareillage médical indépendants, préparateurs en pharmacie, AS, ASH, ambulanciers salariés.	Catégorie socio-professionnelle, secteur d'activité économique, statut, temps de travail, salaire, activité secondaire, chômage, recherche d'emploi, formation et diplômes (généraux), logement, origine et mobilité géographique, situation de l'année précédente et antérieure	Temps de travail déclaré (reponses aux questions : « Quel nombre d'heures M... effectue-t-il habituellement par semaine ? » et/ou « la semaine dernière (du lundi au dimanche) combien d'heures de travail M... a-t-il réellement accompli dans sa profession principale ? »).	X	X	X	Enquête non représentative au niveau régional (mais informations disponibles sur la région ou le type d'unité urbaine de la commune de résidence – et non de travail – de l'enquête).
Pour mémoire : ADLI (DREES) Source administrative issue de l'enregistrement des diplômes des professionnels de santé en DDASS. Données annuelles depuis le 01.01.84 (médecins) ou le 01.01.99 (autres).	UNITÉ STATISTIQUE : professionnel CHAMP : professions réglementées par le Code de la santé publique (ou de l'action sociale).	Médecins pharmaciens, dentistes, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmières, orthophonistes, orthoptistes, psychomotriciens, pédicures podologues, ergothérapeutes, audioloprothésistes, opticiens lunetiers, manipulateurs ERM. + Détail par qualification fine (spécialité ou spécialisation, cadre...).	Identification et qualifications du professionnel, situation professionnelle, activités exercées (établissement, lieu, secteur activité, statut...).	Aucune (pour les médecins hospitaliers du secteur public uniquement, distinction PHPT/PHTP).	X	X	X	Adresse précise des lieux d'exercice; établissements identifiés par leur numéro FINESS.

SOURCES SUR LES LIBÉRAUX

<p>SNIR (CNAMTS) Source administrative issue de la liquidation. Source annuelle au 31-12 Disponible annuellement depuis 1977⁴.</p>	<p>UNITÉ STATISTIQUE : professionnel (hors remplaçants, l'activité de ces derniers étant attribuée aux remplaçés). CHAMP : professionnels ayant eu au moins un euro d'honoraire remboursé dans l'année, pour leur activité auprès des patients de l'ensemble des régimes.</p>	<p>Médecins (hors biologistes, avec 25 spécialités détaillées dans les publications, correspondant à des regroupements de qualifications), chirurgiens-dentistes, sages-femmes, paramédicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures), laboratoires d'analyse médicale, sociétés de transport sanitaire. Les pharmaciens ne figurent pas.</p>	<p>Activité du professionnel : mode d'activité (libéral et salarial, fonctions hospitalières, secteur conventionnel, lieu d'exercice...), détail des actes et prescriptions en volume et en valeur ; informations sur les patients (âge, régime, IJ, TM).</p>	<p>Activité en volume du professionnel : également distinction possible entre les libéraux exclusifs et les professionnels exerçant également une activité salariée (parmi lesquels les PHTP avec activité libérale à l'hôpital, qu'il est possible d'isoler).</p>	<p>×</p>	<p>€</p>	<p>€</p>	<p>CPAM, département, région dans la base nationale, détail plus important disponible dans les bases des CPAM (ou CRAM?).</p>
<p>OBSERVATOIRE DE L'ACTIVITÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ (basé sur ERASIME) (CNAMTS) Source administrative issue de la liquidation. Données quotidiennes depuis le 01.01.2000⁵.</p>	<p>UNITÉ STATISTIQUE : professionnel (hors remplaçants, l'activité de ces derniers étant attribuée aux remplaçés). CHAMP : Professionnels ayant eu au moins un euro d'honoraire présenté au remboursement dans l'année pour leur activité auprès des patients du régime général.</p>	<p>Id. SNIR.</p>	<p>Nombre de professionnels ayant effectué un acte remboursé un jour donné, nature et nombre d'actes effectués (pour les patients du régime général), bénéficiaires de ces actes (sexe, âge, taux de prise en charge).</p>	<p>Répartition sur l'année des journées de travail (i.e. ayant donné lieu à un acte présenté au remboursement).</p>	<p>×</p>	<p>€</p>	<p>€</p>	<p>Région pour la base nationale.</p>
<h2>SOURCES SUR LES SALARIÉS</h2>								
<p>DONNÉES ANNUELLES DE DONNÉES SOCIALES (INSEE) Source administrative issue des déclarations des employeurs aux organismes sociaux (ou à l'État). Échantillon annuel au 1/25 et au 1/12 à partir de 2002.</p>	<p>UNITÉ STATISTIQUE : salarié. CHAMP : salariés du public et du privé rémunérés dans l'année dans l'ensemble des secteurs de l'économie française.</p>	<p>Profession selon la nomenclature des professions et catégorie socio-professionnelle (PCS) en deux positions (public ou 4 positions (privé) [cf. rubrique «enquête emploi»]).</p>	<p>Informations sur le salarié (nature de l'emploi, périodes d'emploi, temps de travail rémunéré et rémunération) et l'établissement (secteur d'activité principal, SIRET, nb salariés...).</p>	<p>Heures rémunérées comprenant à la fois les heures normales supplémentaires ou complémentaires quand il s'agit de personnes à temps partiel, sans distinction possible.</p>	<p>×</p>	<p>×</p>	<p>×</p>	<p>Établissement (reperé par son SIRET), région.</p>

3. CNAMTS : « Le secteur libéral des professions de santé en 2001 », Carnets statistiques n° 109, 2003.

4. CNAMTS : « Les infirmières libérales : durée du travail et productivité entre 2000 et 2002 », « L'évolution de l'offre de soins libérale en médecine générale entre 2000 et 2002 », Point de conjoncture n° 6 et 9 (octobre 2002 et 9 février 2003).

SOURCES SUR LES HOSPITALIERS						
<p>STATISTIQUE ANNUELLE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (DREES)</p> <p>Enquête annuelle, dont le volet personnel a été revu à compter de l'édition au 31.12.2000⁵.</p>	<p>UNITÉ STATISTIQUE : établissement de santé (ou entité juridique). Pas d'information par professionnel, mais seulement des statistiques agrégées.</p> <p>CHAMP (données sur le personnel) : personnels (de santé ou non) des établissements de santé publics ou privés, rémunérés par l'entité au moins une fois dans l'année, ainsi que médecins libéraux.</p>	<p>Personnels médicaux : depuis 2000, spécialité principale d'exercice (selon la nomenclature de l'arrêté de juillet 1999 en une quarantaine de postes).</p> <p>Personnels non médicaux : surveillants et cadres infirmiers, surveillants et cadres autres, infirmiers D.E., infirmiers psychiatriques, infirmiers spécialisés (par spécialisation), AS, aides médico-psychologiques, auxiliaires de puériculture, ASH, psychologues, sages-femmes, masseurs-kinés, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, diététiciens, ergothérapeutes, psychomotriciens, autres services de rééducation, techniciens de laboratoires, personnels des services de pharmacie, manipulateurs ERM, autres personnels radio, autres pers. médico-techniques.</p>	<p>Information très détaillée sur l'établissement (identification, n°FINESS, statut, activité, hospitalisation complète ou partielle, activités soumises à autorisation, activités du secteur opératoire, personnels).</p>	<p>(X)</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>Adresse précise de l'établissement ou de l'entité juridique.</p>	
<p>ENQUÊTE SUR LES CONDITIONS ET L'ORGANISATION DU TRAVAIL À L'HÔPITAL (DREES)</p> <p>Enquête par sondage effectuée en 2003 auprès de 5000 actifs (salariés ou libéraux) des établissements de santé ayant une activité d'hospitalisation complète.</p>	<p>UNITÉ STATISTIQUE : établissement de santé (de santé ou non).</p> <p>CHAMP : ensemble des personnels (de santé ou non) actifs des établissements de santé publics ou privés pratiquant une activité d'hospitalisation complète, y compris médecins libéraux.</p>	<p>Professions et catégorie socio-professionnelle (PCS) à 4 positions [cf. rubrique « enquête emploi »].</p>	<p>Conditions et organisation du travail, temps de travail, opinion sur l'impact de la RTT.</p> <p>Possibilité d'une information détaillée sur l'établissement (repéré par son numéro FINESS).</p>	<p>X</p> <p>X</p>	<p>Nombre d'heures de travail de la semaine précédente (déclarées par l'enquête). Rythmes de travail (description des cycles de travail, jours de travail, des périodes de travail dans la journée (heure de début et de fin) ; mode de détermination des horaires ; questions spécifiques sur les gardes et astreintes.</p>	<p>National, Île-de-France- vs. province (analyse à un niveau plus fin non significative à cause la taille de l'échantillon).</p>

5. Thomson (E.), « Statistique annuelle des établissements de santé », 1999, Document de travail n° 27, septembre 2001 ; « SAE 2001 – Aide au remplissage définitions, consignes » (DREES/BES/01205).

SOURCES SUR LES HOSPITALIERS (SUITE)

SPE (DREES)	UNITE STATISTIQUE : établissement (effectifs).	CHAMP (données sur le personnel) : personnels de santé ou non, titulaires de la FPH sur postes permanents ou non titulaires sur poste permanent (personnels rémunérés par l'entité juridique, y compris mis à disposition d'une autre entité ou détachés dans l'entité).	Identification établissement, indice nouveau majoré, effectifs temps partiel et plein par sexe pour les titulaires et les non-titulaires.	Quotité de temps de travail rémunéré: temps plein, temps partiel, ETP, par sexe, corps, grade, échelon.	X	X	Établissement (repéré par le numéro FINESS?).
<p>Enquête annuelle quasi exhaustive par extraction des fichiers de paie. Disponible annuellement.</p>							
<p>COÛTS ET CARRIERE (DHOS) Enquête non représentative menée tous les 5 ans (sur 5 ans) auprès de 118 établissements (pour l'édition 1997-2001) à partir d'extraction des fichiers de paie.</p>	<p>UNITE STATISTIQUE : établissement de santé (effectifs agrégés par corps, grade, échelon). CHAMP (données sur le personnel) : personnels médicaux et non médicaux des établissements publics de santé.</p>	<p>Personnels médicaux : PHTP, PHPT, autres praticiens, praticiens en formation. Personnels non médicaux : personnels de direction et administratif, infirmiers, aides-soignants, autre personnel des services de soins, personnels éducatifs et sociaux, personnels médico-technique, personnels techniques et ouvriers.</p>	<p>Identification établissement, effectifs (titulaires, non-titulaires) par filière, âge. Quotités de travail, changements de filière, motifs d'entrées et sorties de l'établissement, titularisation, GVT, salaires.</p>	<p>Quotité de temps de travail rémunéré: temps plein, temps partiel, ETP (par sexe, corps, grade, échelon).</p>	X		<p>Établissement (repéré par le numéro FINESS?).</p>
<p>Pour mémoire SIGMED (DHOS) Source administrative utilisée pour la gestion des praticiens hospitaliers. Annuelle depuis 2000 sous cette forme (avant: GERPHOS).</p>	<p>UNITE STATISTIQUE : professionnel. CHAMP : praticiens hospitaliers du secteur public (PHTP et PHPT), ne contient pas pour l'instant les assistants, vacataires, attachés, contractuels, PUPH...</p>	<p>Spécialité et discipline du concours de praticien hospitalier (qui peuvent différer des spécialités « usuelles »). Médecins, odontologistes, pharmaciens. Pas possible de faire la distinction pour les biologistes entre médecins et pharmaciens.</p>	<p>Toutes informations de gestion des personnels, du début (des le CNPH) à la fin de carrière (position statutaire, disponibilité, détachement, établissement).</p>	<p>Distinction PH à temps plein et PH à temps partiel.</p>	X		<p>Établissement (mais lien difficile avec FINESS).</p>

SOURCES SUR LES AUTRES SECTEURS						
<p>ENQUÊTE SUR LES ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGÉES (DREES) Dernière enquête sur les situations au 31.12.2003.</p>	<p>UNITÉ STATISTIQUE : établissement; personnel pour le volet personnel. Champ (pour les personnels) : ens. des personnels en fonction, dans le public (titulaire ou non) et le privé.</p>	<p>Médecin généraliste, médecin coordonnateur, médecin en rééducation fonctionnelle, psychiatre, autre spécialiste infirmier, cadre infirmier, infirmier psychiatrique, cadre infirmier psychiatrique, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, ergothérapeute, psychomotricien, rééducateur en psychomotricité, aide soignant, autre personnel paramédical.</p>	<p>Informations sur la structure, son activité, les personnels, les patients et les sorties de patients, les pathologies, la morbidité.</p>	<p>Micro-données sur les personnels avec les équivalents temps plein (et le sexe, l'âge, le statut, le type de service, les rythmes de travail, le type d'accord 35 heures en 6 modalités).</p>	<p>×</p>	<p>Établissement (mais lien difficile avec FITNESS).</p>

LES STATUTS DES PERSONNELS MÉDICAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

Michelle DURET
DHOS

L'exercice de la médecine à l'hôpital est caractérisé par la multiplicité des catégories et la diversité des situations, ce qui fait du statut des médecins hospitaliers l'un des plus complexes. Agents publics et non fonctionnaires pour la majorité d'entre eux, les personnels médicaux exerçant dans les établissements publics de santé sont régis par différents statuts, selon le type de fonction qu'ils exercent et le type d'établissement où ils exercent ainsi que leur mode de recrutement. Les personnels enseignants et hospitaliers relèvent selon le cas :

- du décret n° 84-135 du 24/02/1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires ; il s'agit soit de personnels titulaires (corps des professeurs des universités praticiens hospitaliers et corps des maîtres de conférences des universités praticiens hospitaliers), soit de personnels non titulaires (chefs de clinique des universités assistants des hôpitaux et assistants hospitaliers universitaires) ou bien de praticiens hospitaliers universitaires exerçant leurs fonctions à titre temporaire.
- du décret n° 90-92 du 24/01/1990 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaire des centres hospitaliers et universitaires (personnels titulaires : professeurs des universités praticiens hospitaliers des centres de soins et de recherche dentaire et maîtres de conférences des universités praticiens hospitaliers des centres de soins et de recherche dentaire et des personnels non titulaires : assistants hospitaliers universitaires des centres de soins et de recherche dentaire).

Les autres personnels médicaux hospitaliers relèvent d'un statut de titulaires ou de contractuels. Pour les titulaires, il existe deux statuts : les praticiens hospitaliers exerçant leurs fonctions à temps plein (décret n° 84-131 du 24/02/1984) et les praticiens hospitaliers exerçant leurs fonctions à temps partiel (décret n° 85-384 du 29/03/1985).

Ces statuts prévoient des rémunérations et des cotisations au régime de retraite complémentaire calculées sur des bases différentes, la possibilité pour les seuls praticiens exerçant à temps plein d'exercer une activité libérale à l'hôpital ainsi que des niveaux de nomination et de gestion différents (niveau national pour les temps plein et niveau régional pour les temps partiel).

Les contractuels, qui sont recrutés par les établissements hospitaliers dans le cadre des emplois qui leur sont affectés, relèvent de quatre statuts qui distinguent : les assistants et les assistants associés (décret n° 87-788 du 28/09/1987) ; les praticiens contractuels (décret n° 93-701 du 27/03/1993) ; les praticiens adjoints contractuels (décret n° 95-569 du 06/05/1995) ; les praticiens attachés et praticiens attachés associés (décret n° 2003-769 du 01/08/2003).

En outre les établissements hospitaliers emploient des médecins étrangers à diplômes non européens sur des postes de faisant fonction d'internes (FFI) ou d'attachés associés. À noter que depuis la loi du 27 juillet 1999 le recrutement de nouveaux médecins à diplômes étrangers, qui n'avaient pas déjà exercé ces fonctions dans un établissement hospitalier avant la publication de la loi, n'est plus autorisé.

SCHÉMAS DES ÉTUDES MÉDICALES

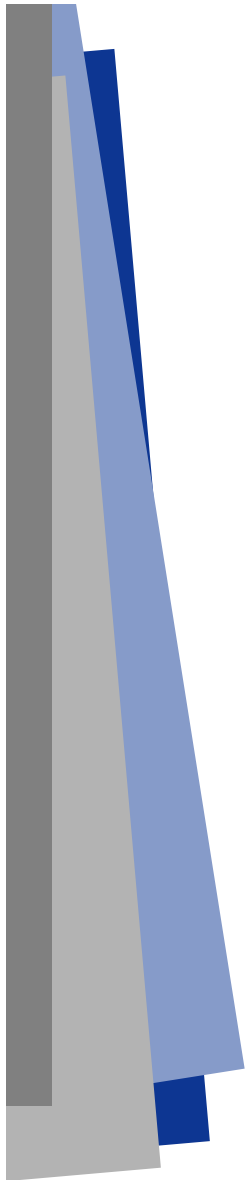
BACCALAURÉAT

ÉTUDIANTS ÉTRANGERS
Décret 2004-67 du 16 janvier 20041^{er} cycle - 2 ans**PCEM 1**(premier cycle d'études médicales, 1^{re} année)Sciences fondamentales et sciences humaines et sociales
Concours
Stage d'initiation aux soins**Numerus clausus****PCEM 2**(premier cycle d'études médicales, 2^e année)Sciences fondamentales, séméiologie, langue étrangère
Stage d'initiation aux fonctions hospitalières2^e cycle - 4 ans**DCEM 1**(deuxième cycle d'études médicales, 1^{re} année)Sciences fondamentales, séméiologie, langue étrangère
Stage d'initiation aux fonctions hospitalières
Validation des stages P2/D1 obligatoire
pour passage en D2**DCEM 2****DCEM 3****DCEM 4**Participation à l'activité hospitalière
Enseignement de la pathologie et de la thérapeutique**Certificat de synthèse clinique et thérapeutique**

CONCOURS NATIONAL CLASSANT

(arrêté du ministère de la Santé et de la Protection sociale du 29 janvier 2004)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Spécialités médicales	Anesthésie-réanimation	Pédiatrie	Psychiatrie	Santé publique	Médecine du travail	Gynécologie médicale	Médecine générale	Spécialités chirurgicales	Biologie médicale	Gynécologie-obstétrique
DES de :	DES d'anesthésie-réanimation	DES de pédiatrie	DES de psychiatrie	DES de santé publique	DES de médecine du travail	DES de gynécologie médicale	DES de médecine générale	DES de :	DES de biologie médicale	DES de gynécologie obstétrique
Anatomie & cytologie pathologiques								Chirurgie générale	DESC ouverts aux DES de biologie médicale :	
Cardiologie & maladies vasculaires								Neuro-chirurgie	Biochimie hormonale & métabolique	
Dermatologie & vénéréologie								Ophthalmologie	Biologie des agents infectieux	
Endocrinologie & métabolismes								ORL & chirurgie cervico-faciale	Biologie moléculaire	
Gastro-entérologie & hépatologie								DESC de chirurgie :	Cytogénétique humaine	
Génétique médicale								Groupe II (qualifiants)	Hématologie biologique	
Hématologie								Chirurgie infantile	Pharmacocinétique	
Médecine interne								Chirurgie maxillo-faciale	Toxicologie biologique	
Médecine nucléaire								Chirurgie orthopédique		
Médecine physique & de réadaptation								Chirurgie thoracique & cardio-vasculaire		
Néphrologie								Chirurgie urologique		
Neurologie								Chirurgie viscérale & digestive		
Oncologie										
Pneumologie										
Radiodiagnostic										
Rhumatologie										
DESC groupe II (qualifiants) :										
DESC de réanimation médicale										
DESC de gériatrie										



L'Observatoire national de la démographie des professions de santé livre au public, avec ce rapport 2004, sa première publication depuis son installation en juin 2003. Ce rapport comporte une *Synthèse générale* et quatre tomes thématiques.

À la croissance des effectifs des professionnels de santé observée ces dernières années devrait succéder une période de repli préoccupante. Les départs à la retraite seront importants et les flux de formation ne garantissent pas, à ce jour, le renouvellement de l'ensemble des professions. Les disparités constatées entre les territoires et entre les structures d'exercice ne semblent pas devoir se corriger. Pour élargir son diagnostic, l'Observatoire complète les données émanant des administrations statistiques par celles de professionnels et d'experts nationaux et régionaux.

Chaque tome rend compte des résultats du travail de collaboration accompli tout au long de cette année, au sein du conseil d'orientation et des comités régionaux.

Le tome 1, *Les effectifs et l'activité des professionnels de santé*, met en regard l'ensemble des données quantitatives disponibles sur les effectifs avec les données sur les conditions d'exercice et l'évolution des métiers.

Le tome 2, *Les médecins : projections démographiques à l'horizon 2025*, présente les résultats des projections, réalisées selon plusieurs scénarios concernant la répartition des médecins, par région et par spécialité.

Le tome 3, *Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale*, fournit un état des lieux qui prend en compte les effectifs et les conditions de travail et d'exercice.

Le tome 4, *Démographie régionale de 5 professions de santé de premier recours*, décrit, par canton, la situation des différentes régions pour cinq professions : les médecins généralistes, les pharmaciens d'officine, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, et en propose des synthèses régionales.

L'ONDPS, Observatoire national de la démographie des professions de santé comporte :

- un conseil d'orientation composés 10 membres : personnalités qualifiées et représentants des administrations ;
- 26 comités régionaux composés de 10 membres : 5 membres de droit (DRASS, ARH, URCAM, ORS, URML) et 5 personnalités qualifiées.

L'ONDPS remplit quatre missions :

- rassembler et analyser les connaissances relatives à la démographie des professionnels de santé ;
- fournir un appui méthodologique à la réalisation d'études régionales et locales sur ce thème ;
- synthétiser et diffuser les travaux d'observation, d'études et de prospective réalisés, notamment au niveau régional ;
- promouvoir les initiatives et études de nature à améliorer la connaissance des conditions d'exercice des professionnels et de l'évolution de leurs métiers, dans le cadre des différents modes d'accès aux soins. Chaque année, il doit présenter les données recueillies dans un rapport public.

ONDPS

8 bis, rue de Châteaudun
75 009 Paris
Téléphone : 01 44 53 32 82
Téléphone : 01 40 56 82 32
Site www.sante.gouv.fr

La Documentation Française

29-31, quai Voltaire
75344 Paris Cedex 07
Téléphone 01 40 15 70 00
www.ladocumentationfrancaise.fr

Prix des 5 volumes : 48 €

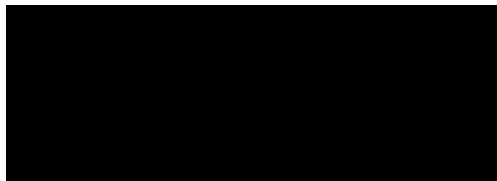
Ces ouvrages ne peuvent être vendus séparément

SICOM n° 04 144

DF 57643-3

ISBN : 2-11-005783-1

Imprimé en France



TOME 2

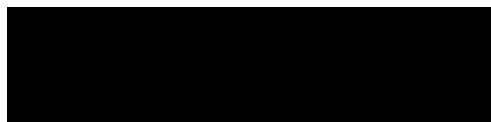
LES MÉDECINS :
PROJECTIONS
DÉMOGRAPHIQUES
À L'HORIZON 2025
Par région et spécialité

Le rapport 2004



Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



TOME 2

LES MÉDECINS :
PROJECTIONS
DÉMOGRAPHIQUES
À L'HORIZON 2025
par région et spécialité

Le rapport 2004



Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



TOME 2

**LES MÉDECINS :
PROJECTIONS
DÉMOGRAPHIQUES
À L'HORIZON 2025
par région et spécialité**




TABLE DES MATIÈRES

Sabine Bessière, Pascale Breuil-Genier et Serge Darriné (DREES)

PROJECTIONS DU NOMBRE DE MÉDECINS À L'HORIZON 2025 :

UN JEU DE DIX SCÉNARIOS

- 9 Un scénario central avec un *numerus clausus* à 7 000 et un nombre de diplômés par région correspondant au *numerus clausus* régional cinq ans auparavant
- 11 *Le nombre total de médecins en activité en France diminuerait à partir de 2006, passant de 205 200 en 2002 à 186 000 en 2025, soit une baisse de 9,4 %*
- 14 *Avec un nombre de postes de spécialistes en 3^e cycle égal à la moitié du numerus clausus cinq ans auparavant, les effectifs de généralistes devraient moins diminuer que ceux des spécialistes*
- 18 *La diminution des effectifs de spécialistes serait particulièrement forte pour les ophtalmologistes (-43 %) et les psychiatres (-36 %)*
- 20 *Les évolutions contrastées des effectifs de médecins par région pourraient conduire à un léger resserrement des densités médicales autour de la moyenne nationale*

NEUF SCÉNARIOS ALTERNATIFS DE PROJECTIONS

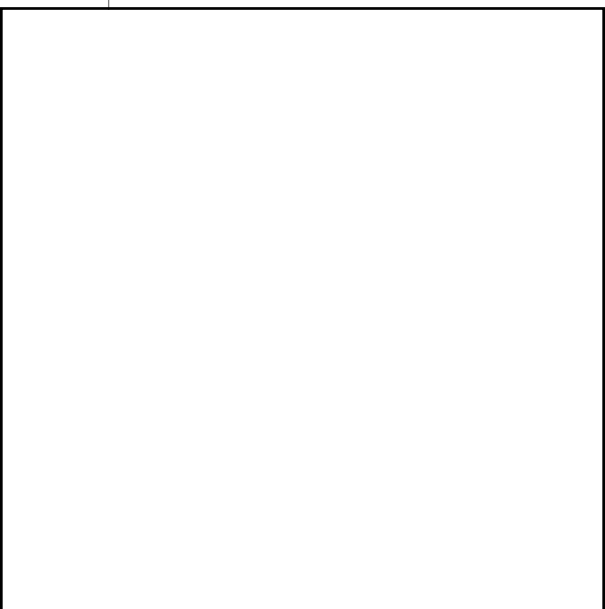
- 28 SCÉNARIO 1
Une augmentation de 1 000 places du *numerus clausus* dès 2006 permettrait d'augmenter d'environ 10 000 le nombre de médecins en 2025
- 28 SCÉNARIO 2
Diminuer à 40 % la part de postes de spécialistes à l'examen national classant aboutirait à une stabilisation du nombre de généralistes, mais à une baisse de 24 % de celui des spécialistes
- 29 SCÉNARIO 3
À l'inverse, augmenter à 60 % la part de postes de spécialistes à l'examen national classant conduirait à une diminution moindre du nombre de spécialistes par rapport à celle des généralistes
- 29 SCÉNARIO 4
Une hausse de 3 points de la part des spécialités chirurgicales parmi les postes de spécialistes à l'examen national classant aboutirait à faire croître les effectifs de chirurgiens entre 2002 et 2025
- 32 SCÉNARIO 5
Le nombre de généralistes serait inférieur en Île-de-France en 2025 si la répartition des médecins formés résultant de l'ancien concours de l'internat était maintenue
- 34 SCÉNARIO 6
Le rééquilibrage des *numerus clausus* régionaux en fonction des différences actuelles de densité médicale avantagerait les régions Champagne-Ardenne et Basse-Normandie

- 38 SCÉNARIO 7
Une plus grande mobilité des généralistes, à l'image de celle des spécialistes, accroîtrait les disparités régionales
- 40 SCÉNARIO 8
Le maintien du nombre actuel de médecins en Île-de-France et en PACA ferait diminuer de 14 % celui des autres régions
- 41 SCÉNARIO 9
L'absence de mobilité à l'installation ne réduirait guère les disparités entre régions sans un rééquilibrage des *numerus clausus* régionaux

ANNEXE

- 43 Résultats détaillés du scénario central

**PROJECTIONS
DU NOMBRE DE MÉDECINS
À L'HORIZON 2025 :
UN JEU DE DIX SCÉNARIOS**



CETTE étude présente des projections du nombre de médecins jusqu'au 31 décembre 2025, établies à partir des effectifs au 31 décembre 2002. Ces projections indiquent ce que deviendraient le nombre de médecins en activité et leur densité rapportée à la population sous certaines hypothèses concernant les décisions publiques en matière d'accès aux formations (*numerus clausus*, postes ouverts à l'examen national classant) et les comportements des professionnels. Les effectifs médicaux ainsi projetés sont ventilés par spécialité et par région, ce qui donne notamment un rôle clé aux hypothèses concernant la mobilité des professionnels. Compte tenu du contexte de réforme des études médicales et de la diminution de la densité médicale à venir, la plupart des hypothèses retenues, qui restent ici fondées sur la poursuite des comportements passés, ne sont pas forcément les plus vraisemblables dans la mesure où elles dessinent des évolutions tendancielle « à comportements inchangés ». Les projections présentées ne doivent donc pas être considérées comme des prévisions, mais plutôt comme des scénarios permettant de mettre en évidence l'impact potentiel sur la démographie médicale de telle ou telle décision publique ou modification de comportement. C'est pourquoi dans l'étude la présentation détaillée d'une projection conventionnellement qualifiée de « centrale » sera complétée par l'analyse de neuf variantes, ne différant à chaque fois de la projection centrale que par une hypothèse (pour mieux en isoler l'effet). Le choix des hypothèses devant faire l'objet de variantes a été décidé en lien avec le Conseil d'orientation et les comités régionaux de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

U

n scénario central avec un *numerus clausus* à 7 000 et un nombre de diplômés par région correspondant au *numerus clausus* régional cinq ans auparavant

Le relèvement prochain à 7 000 du *numerus clausus* avant l'accès à la deuxième année des études médicales a fait l'objet d'une annonce ministérielle récente. Le scénario central retient comme hypothèse celle d'un *numerus clausus* augmentant progressivement de 5 550 en 2004 à 7 000 en 2006 (soit une augmentation en deux ans de 1 450 places) puis restant à ce niveau les années suivantes. Pour les spécialités hors médecine générale, l'hypothèse retenue pour ce scénario est que le nombre total de places à l'examen national classant est fixé à partir de 2005 à 50 % du *numerus clausus* cinq ans auparavant, avec une répartition par discipline et région identique à celle de l'examen national classant de 2004¹. Sous ces hypothèses, le nombre de places de spécialistes à l'examen national classant atteindrait donc 3 500 à partir de 2011. Le nombre de places de médecins généralistes à l'examen national classant est déterminé par solde de manière à ce que, dans chaque région, le nombre total d'étudiants entrant en troisième cycle des études médicales corresponde au *numerus clausus* de la région cinq ans plus tôt². En effet, contrairement à ce qui se passait sous le régime du concours de l'internat (sous lequel les étudiants formés en médecine générale dans une région étaient ceux qui n'avaient pas présenté ou réussi le concours de l'internat), l'examen national classant permet de fixer *a priori* le nombre d'étudiants formés en médecine générale dans chaque région³. Comme cet examen n'est entré en vigueur que cette année, avec la subsistance de l'ancien régime à titre transitoire, il paraissait très délicat de chercher à inférer à partir de la seule année 2004 le mode de détermination des nombres de places de généralistes dans le futur, ce qui a amené à préférer retenir l'hypothèse présentée ci-dessus.

Au total, les hypothèses de ce scénario central en matière d'accès aux formations médicales diffèrent assez nettement de celles qui avaient été retenues pour les précédentes projections de la DREES, effectuées sur la base d'un *numerus clausus* à 4 700⁴, et dans lesquelles le nombre total de places de spécialistes était supposé constant dans le temps (et donc indépendant de

1. Cf. Arrêté du 30 avril 2004. Afin de s'approcher au plus près des décisions futures, la répartition a été calculée sur les seuls postes offerts à l'issue de l'examen national classant (soit 2 147 places hors médecine générale), sans tenir compte des 357 places offertes pour le concours de l'internat, maintenu à titre transitoire pour 2004.

2. Après prise en compte des possibilités de dépassement du *numerus clausus* et de redoublement.

3. Sous réserve que le nombre total d'étudiants susceptibles d'être reçus à l'examen soit bien estimé (il dépend du nombre de candidats, mais également de la part de ceux qui, parmi eux, valideront leur 6^e année de médecine), sinon, si le nombre de places à l'examen lui est supérieur, un certain nombre de places peuvent ne pas être pourvues. Cela a été le cas cette année puisque seules 3 368 places à l'examen national classant ont été pourvues sur les 3 988 proposées.

4. DARRINÉ (S.), « Une exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020 : les médecins dans les régions et par mode d'exercice », *Études et résultats*, n° 156, février 2002. NIEL (X.), « La démographie médicale à l'horizon 2020 – une réactualisation des projections à partir de 2002 », *Études et résultats*, n° 161, mars 2002.

l'évolution du *numerus clausus*) et le nombre de places de troisième cycle hors médecine générale de chaque région était déterminé à partir du taux de réussite à l'internat de la région.

En revanche, les projections présentées ici supposent comme les précédentes les comportements des médecins et étudiants constants et identiques à ceux observés dans les années les plus récentes (redoublement, choix de spécialité, d'installation, cessation d'activité...⁵). Le scénario central ne modélise notamment pas les conséquences de l'examen sur la mobilité des médecins après leur diplôme (retour des généralistes dans leur région de deuxième cycle...). Les projections n'intègrent pas non plus l'effet de l'examen national classant sur les taux de redoublement en quatrième année du deuxième cycle des études médicales⁶, ou les modifications des choix de spécialité au sein des disciplines « spécialités médicales » et « spécialités chirurgicales » que pourraient entraîner les modifications des maquettes de formation. Elles ne tiennent pas non plus compte de la possibilité offerte aux étudiants étrangers ayant fini leur deuxième cycle des études médicales de passer l'examen national classant en France⁷, ni des médecins étrangers déjà diplômés venant s'installer en France⁸.

Enfin, rappelons que les résultats des projections effectuées ne portent que sur des effectifs de médecins dans chaque spécialité, et non sur le type d'activité réalisée par ces derniers. En premier lieu, les projections supposent implicitement que le contour des spécialités ne sera pas modifié et que les médecins exerceront la spécialité pour laquelle ils ont été diplômés. On néglige ainsi les passerelles entre spécialités pouvant exister en cours de carrière ou encore le fait que l'activité exercée puisse ne pas coïncider avec celle pour laquelle le médecin est qualifié (notamment dans le cas des généralistes, dont une partie peut se destiner ensuite à un mode d'exercice particulier)⁹. Par ailleurs, il n'a pas été tenté de projeter ici le volume moyen d'activité réalisé par chaque médecin, en raison des fortes incertitudes entourant ce type d'hypothèses¹⁰.

5. Pour les présentes projections, les taux de cessation d'activité ont été entièrement réestimés à partir de données démographiques fournies par le Conseil national de l'ordre des médecins (qui, pour les libéraux, ont également été comparées aux données de la CNAMTS et de la CARMF) (encadré 2). Les autres hypothèses ont simplement été actualisées à la marge, sur la base de données plus récentes.

6. Les étudiants en quatrième année du deuxième cycle des études médicales (DCEM4) connaissent leur classement à l'examen national classant avant d'avoir validé leurs stages et donc leur année de DCEM4 et, s'ils sont mal classés, peuvent préférer ne pas valider ces stages et donc redoubler (ce qui leur évite d'épuiser inutilement une de leurs deux possibilités de passer l'examen).

7. Cf. Décret 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.

8. Les départs éventuels de médecins exerçant en France à l'étranger sont en revanche indirectement pris en compte via les cessations d'activité de ces médecins.

9. Sur ces aspects, voir le tome 1 de ce rapport.

10. Ainsi, si les temps de travail hebdomadaires moyens par sexe et tranches d'âge des médecins libéraux s'étaient maintenus dans le temps à leurs valeurs observées en 1992, la féminisation et le vieillissement des médecins libéraux auraient dû se traduire par une baisse d'un quart d'heure de la durée hebdomadaire de travail moyenne entre 1992 et 2001. Or c'est une hausse de deux heures qui a été observée pendant cette période (NIEL (X.) et PERRET (J.-P.) (2002), *Féminisation et vieillissement des médecins au cours des années quatre-vingt-dix*, Données sociales, INSEE).

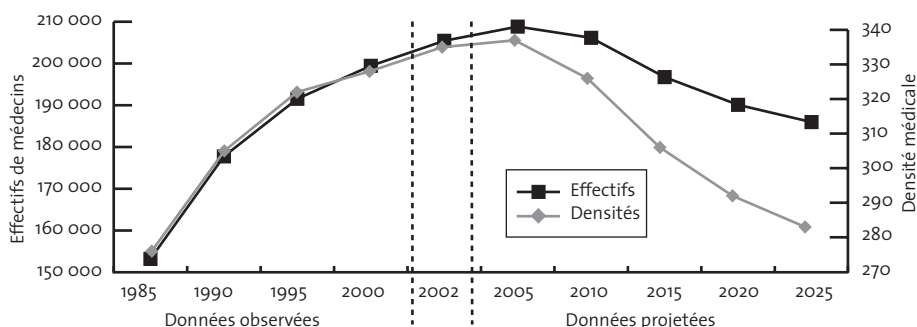
Le nombre total de médecins en activité en France diminuerait à partir de 2006, passant de 205 200 en 2002 à 186 000 en 2025, soit une baisse de 9,4 %

Sous les hypothèses précédentes, le nombre total de médecins en activité en France augmenterait légèrement jusqu'en 2005 puis diminuerait ensuite, passant de 205 200 en 2002¹¹ à 186 000 en 2025, soit une baisse de 9,4 % (graphique 1).

GRAPHIQUE 1

ÉVOLUTION DU NOMBRE ET DE LA DENSITÉ DE MÉDECINS DE 1985 À 2025

SELON LES HYPOTHÈSES DU SCÉNARIO CENTRAL



SOURCES : ADEL redressé, projections DREES (nc = 7 000).

La densité médicale projetée (nombre de médecins pour 100 000 habitants) diminuerait davantage, de 15,6 %, passant de 335 en 2002 à 283 en 2025, du fait de l'augmentation de la population française projetée pendant la même période¹². Elle retrouverait ainsi en 2025 un niveau proche de celui du milieu des années 1980.

La réduction ainsi projetée du nombre de médecins en activité s'explique par la conjonction de deux phénomènes portant respectivement sur les entrées et sur les sorties d'activité (qui vont toutes deux augmenter fortement dans les années à venir).

Concernant les entrées, leur nombre est à peu près égal au *numerus clausus*, avec un décalage d'environ dix ans, compte tenu de la durée des études médicales et du délai observé entre la fin des études et l'installation. On voit ainsi que le nombre de médecins entrant en activité en 2004 correspond au *numerus clausus* de 1994, c'est-à-dire à son niveau le plus bas (environ 3 500 médecins formés par an) (graphiques 2 et 6). Il faudra donc attendre au moins jusqu'à 2016 pour que ce nombre atteigne 7 000, en supposant que le *numerus clausus* soit fixé à ce niveau à partir de 2006.

Concernant les sorties, le nombre de médecins cessant leur activité va fortement augmenter dans les années à venir, passant de moins de 4 000 par an à près de 9 000 par an d'ici

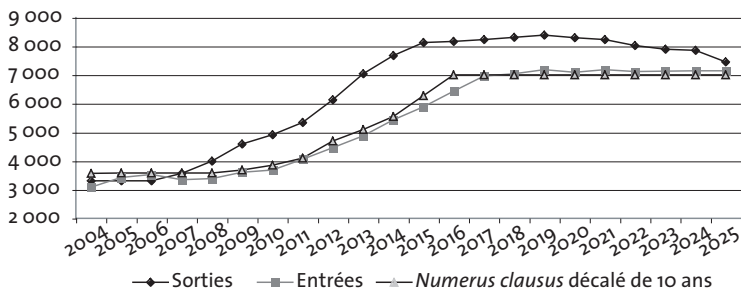
11. Toutes les données qui suivent, lorsqu'il s'agit d'effectifs, sont arrondies à la centaine la plus proche. Les données sont observées ou projetées au 31 décembre de chaque année. Elles portent sur la France entière (métropole et DOM), et sur les seuls médecins de moins de 80 ans (cf. encadré 2).

12. D'après les projections de l'INSEE, la population française totale, proche de 62 millions aujourd'hui, serait d'environ 66 millions en 2025, soit une hausse de 7 %.

2010-2015. Les promotions de médecins entrées en faculté de médecine dans les années 1970, qui atteindront l'âge de la retraite à cette période, sont en effet très nombreuses puisqu'elles ont bénéficié de *numerus clausus* élevés (ou n'étaient pas encore soumises à ce dernier).

GRAPHIQUE 2

NOMBRE DES ENTRÉES ET SORTIES D'ACTIVITÉ DES MÉDECINS



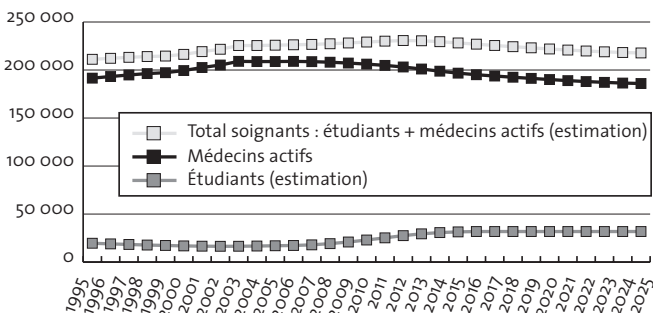
Sources : ADEL redressé au 31/12/2002, projections DREES (nc = 7 000).

ENCADRÉ 1

MÉDECINS ACTIFS ET ÉTUDIANTS EN TROISIÈME CYCLE

Les évolutions de la démographie médicale décrites dans le texte ne tiennent compte que des médecins actifs. Or les étudiants de troisième cycle contribuent également dans le cadre de leurs stages à l'offre de soins (en particulier dans les établissements de santé), et leur prise en compte peut amener à nuancer légèrement les évolutions détaillées précédemment. En effet, le nombre d'étudiants de médecine en troisième cycle (tel qu'on peut l'estimer à partir des *numerus clausus* et nombre de places à l'internat passés) a atteint un point bas en 2002, période pendant laquelle les promotions d'étudiants en troisième cycle correspondaient aux *numerus clausus* les plus faibles (*numerus clausus* de 3500 à 3576 des années 1993 à 1997, soit 5 à 9 ans plus tôt) (graphique). Ce nombre ne commence donc qu'actuellement à augmenter alors que le nombre total de médecins va lui commencer à diminuer. Jusqu'en 2010, la contribution des étudiants en troisième cycle de médecine à l'offre de soins contribuera donc à atténuer les effets de la baisse attendue du nombre de médecins diplômés. À compter de 2015 en revanche, le nombre d'étudiants en troisième cycle devrait d'après les hypothèses retenues se stabiliser (ils seront issus de promotions correspondant à des *numerus clausus* à 7 000). Son évolution ne contribuera donc plus à atténuer celle des médecins en activité, qui poursuivra sa baisse.

ÉVOLUTION 1995-2025 DES MÉDECINS EN ACTIVITÉ ET DES ÉTUDIANTS EN TROISIÈME CYCLE DE MÉDECINE

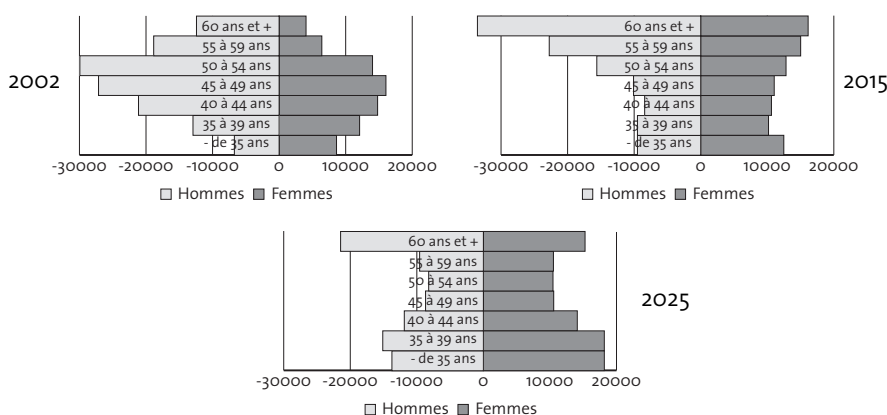


Sources : ADEL, projections (nc = 7 000) et estimations DREES.

Compte tenu des entrées et sorties projetées, la pyramide des âges des médecins diplômés évoluerait donc fortement (graphique 3) : en 2002, elle a une forme arrondie (étroite en haut et en bas, large au milieu). En 2015, elle présenterait une forme de pyramide inversée, étroite en bas et large en haut. En 2025, elle aurait une forme creusée (étroite au milieu, large en haut et en bas), suite à la remontée du *numerus clausus* à 7 000.

GRAPHIQUE 3

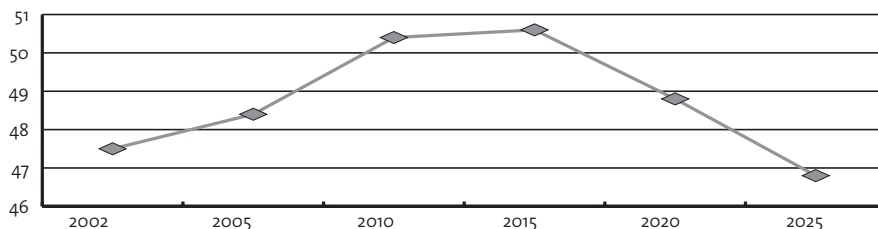
ÉVOLUTION DE LA PYRAMIDE DES ÂGES DES MÉDECINS ENTRE 2002 ET 2025



SOURCES : ADEL redressé au 31/12/2002, projections DREES (nc = 7 000).

GRAPHIQUE 4

ÉVOLUTION DE L'ÂGE MOYEN DES MÉDECINS EN ACTIVITÉ



SOURCES : ADEL redressé au 31/12/2002, projections DREES (nc = 7 000).

L'âge moyen des médecins augmenterait alors jusqu'en 2015, passant de 47,5 à 50,6 ans, puis il reviendrait en dessous de 47 ans en 2025 (graphique 4).

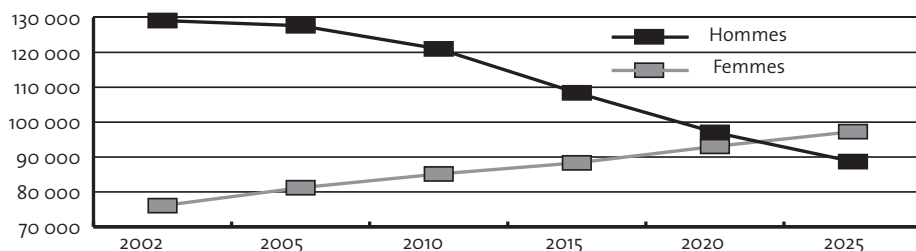
Au sein des médecins en activité, le nombre d'hommes diminuerait sensiblement : il passerait de 129 100 en 2002 à 88 700 en 2025, soit une baisse de 31 % (graphique 5). Le nombre de femmes augmenterait par contre fortement, la proportion importante de femmes parmi les médecins diplômés récemment (56 % des médecins âgés de moins de 35 ans en 2002) étant par hypothèse à peu près maintenue constante sur toute la période de projection¹³. Il passerait sur la même période de 76 100 à 97 300 (+ 28 %), sans que cette hausse ne compense la diminution du nombre d'hommes. Peu après 2020, les femmes seraient

13. Le modèle maintient constant – par spécialité et région – le pourcentage de femmes observés parmi les diplômés des dernières années.

plus nombreuses que les hommes parmi les médecins en activité, et représenteraient 52 % des médecins en activité en 2025.

GRAPHIQUE 5

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE MÉDECINS PAR SEXE



SOURCES : ADELI redressé au 31/12/2002, projections DREES (nc = 7 000).

L'âge moyen des femmes et des hommes suivrait des évolutions proches : hausse jusqu'en 2015, et diminution ensuite, les promotions nombreuses de jeunes diplômés (correspondant à un *numerus clausus* de 7 000) entrant alors en activité. Mais du fait des différences de structure par âge entre hommes et femmes (cf. pyramides des âges), les femmes médecins resteraient moins âgées en moyenne que les hommes tout au long de la période. En 2025, l'âge moyen des femmes médecins serait ainsi de 45,7 ans contre 47,9 ans pour les hommes.

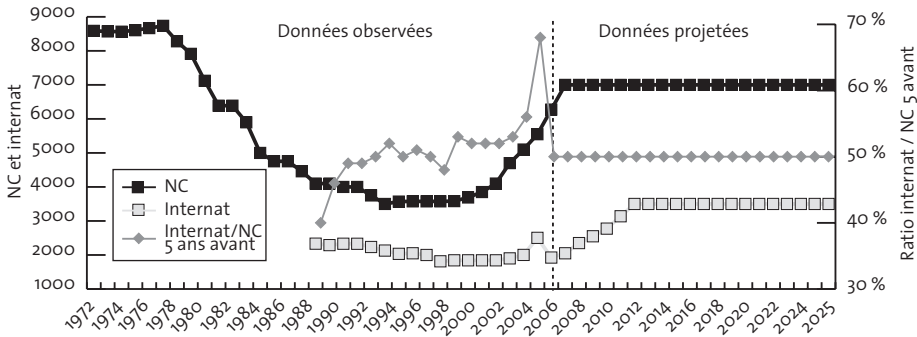
Avec un nombre de postes de spécialistes en 3^e cycle égal à la moitié du *numerus clausus* cinq ans auparavant, les effectifs de généralistes devraient moins diminuer que ceux des spécialistes

Le scénario central s'appuie sur l'hypothèse d'un nombre total de postes de spécialistes (hors médecine générale) à l'examen national classant égal à 50 % du *numerus clausus* en vigueur 5 années plus tôt. Cette proportion est inférieure à celle observée dans la période récente, dans la mesure où, par exemple, le nombre de places de spécialistes, hors médecine générale, offertes à l'examen national classant ou à l'internat a atteint, en 2004, 68 % du *numerus clausus* cinq ans plus tôt¹⁴ (graphique 6). Cette proportion était déjà de 56 % en 2003 (par rapport au *numerus clausus* cinq années plus tôt) et était voisine de 52 % dans les années précédentes.

14. Ce niveau élevé s'explique largement par les places offertes à l'internat, particulièrement nombreuses en 2004 pour tenir compte du fait que ce concours avait lieu pour la dernière fois. La part de postes de spécialistes (hors médecine générale) était de 54 % des places offertes à l'examen national classant, mais de 63 % des places effectivement attribuées, 609 places de médecine générale sur 1841 n'ayant pas été pourvues.

GRAPHIQUE 6

ÉVOLUTION DU NUMERUS CLAUSUS ET DU NOMBRE DE PLACES DE SPÉCIALISTES (HORS MÉDECINE GÉNÉRALE) OUVERTES À L'INTERNAT PUIS À L'EXAMEN NATIONAL CLASSANT

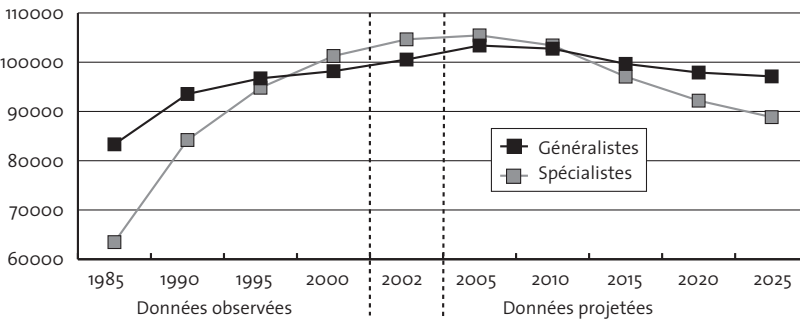


LECTURE : de 1977 à 1993, le numerus clausus n'a cessé de diminuer, passant de 8 736 à 3 500. Le nombre de places de spécialistes au concours de l'internat ayant décliné moins fortement, le ratio entre le nombre de postes de spécialistes au concours de l'internat et le numerus clausus 5 ans avant a augmenté entre 1988 et 2003. Après l'année 2004, année de transition qui a vu coexister concours de l'internat et examen national classant, le ratio entre le nombre de places de spécialistes à l'examen national classant et le numerus clausus cinq ans auparavant a été supposé égal à 50 % dans la projection.

Avec les hypothèses ainsi retenues pour le calcul du nombre de places de spécialistes à l'examen national classant, les effectifs de généralistes diminueraient moins vite entre 2002 et 2025 que les effectifs de spécialistes (graphique 7). Plus précisément, le nombre de généralistes passerait de 100 500 en 2002 à 97 100 en 2025 (-3,4 %). Quant au nombre de spécialistes, il reculerait plus fortement, passant sur la même période de 104 600 à 88 800 (-15,1 %).

GRAPHIQUE 7

ÉVOLUTION PROJÉTÉE DU NOMBRE DE GÉNÉRALISTES ET DE SPÉCIALISTES

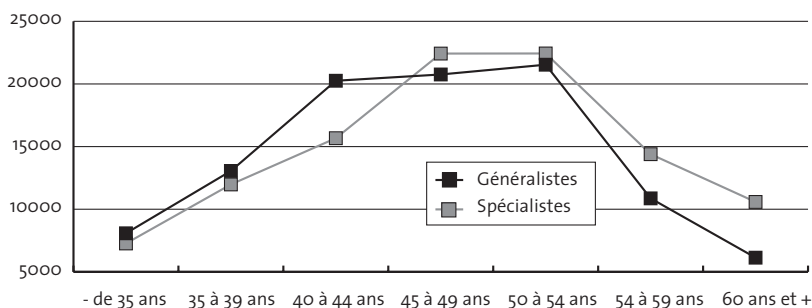


SOURCES : ADEL1 redressé, projections DREES (nc = 7 000).

Deux facteurs expliquent cette diminution plus marquée des effectifs de spécialistes. Le premier est lié aux différences entre les structures par âge des médecins généralistes et des spécialistes. Ces derniers sont en effet plus nombreux que les généralistes parmi les médecins de 45 ans et plus. Ils seront donc plus nombreux à prendre leur retraite dans les années à venir, ce qui aura pour effet de faire chuter plus vite leurs effectifs (graphique 8 et encadré 2).

GRAPHIQUE 8

RÉPARTITION PAR ÂGE DES GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES EN ACTIVITÉ EN 2002



SOURCE : ADELI redressé au 31/12/2002.

Le deuxième facteur découle directement de la formulation de l'hypothèse retenue pour la projection du nombre de postes de spécialistes : en faisant dépendre cette dernière du *numerus clausus* observé cinq ans auparavant, on reporte sur le nombre de postes de généralistes l'effet des fluctuations du nombre d'étudiants susceptibles d'obtenir un poste à l'issue de l'examen national classant. Certains étudiants venaient en effet en dépassement du *numerus clausus* (étrangers hors Union européenne¹⁵) ou repassaient le concours de l'internat pour accéder à une autre spécialité. En intégrant ces phénomènes à la projection, la part des diplômés de généralistes parmi les diplômés délivrés chaque année aux médecins devient alors (en régime permanent) plus proche de 54 %.

ENCADRÉ 2

LES TAUX DE SORTIE D'ACTIVITÉ DANS LE MODÈLE DE PROJECTION

Ces projections démographiques des effectifs de médecins en activité en France modélisent différemment les cessations d'activité avant et après 50 ans. Après 50 ans, les projections s'appuient sur des taux de cessation d'activité par âge, calculés à partir des soldes des entrées et des sorties d'activité observées à cet âge. Ces taux tiennent donc compte des départs à la retraite ou décès, mais également des autres formes de cessation d'activité et des éventuelles reprises d'activité. Avant 50 ans, seuls les décès sont pris en compte.

Plus précisément, les taux de cessation d'activité après 50 ans sont déclinés par âge, ainsi que par secteur d'activité (médecin libéral, médecin salarié hospitalier, médecin salarié non hospitalier) et le fait d'être généraliste ou spécialiste. Pour un âge donné, il existe donc six taux de départ à la retraite correspondant aux généralistes libéraux, généralistes salariés hospitaliers, généralistes salariés non hospitaliers, spécialistes libéraux, spécialistes salariés hospitaliers, spécialistes salariés non hospitaliers. Ils s'appliquent aux médecins de 50 à 80 ans. Ces taux de cessation d'activité par âge sont calculés à partir des répartitions par âge issues des fichiers du Conseil national de l'ordre des médecins¹⁶ par la méthode des « encore actifs », qui consiste à rapporter les effectifs par année de naissance pour deux années consécutives. Tous ces taux ont été estimés en 2003, suite à un travail de comparaison de quatre sources de données (ADELI, Ordre des médecins, caisses de retraite et d'assurance maladie) pour les cessations d'activité. Ce travail a notamment permis d'estimer et de corriger l'effet du Mécanisme d'Incitation à la Cessation d'Activité (MICA), récemment supprimé.

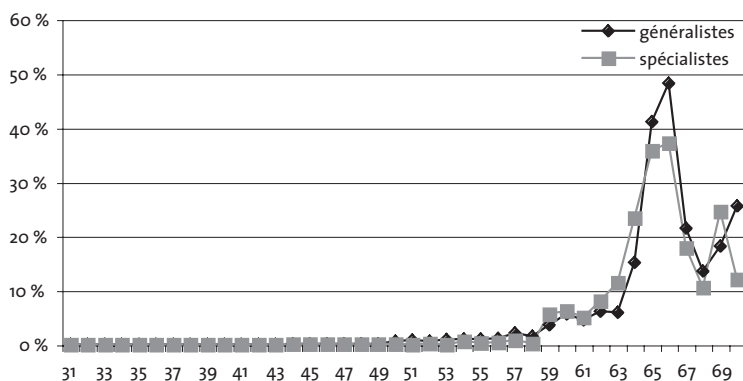
15. Qui peuvent avoir le droit d'exercer en France à l'issue de leurs études dès lors qu'ils ont obtenu la nationalité française.

16. Cf. DARRINÉ (S.), Contribution du Tome 1, *Les médecins libéraux et salariés en activité en France au 1^{er} janvier 2003 : comparaison de deux sources de données*.

Les taux de décès sont avant 50 ans, quant à eux, déclinés par âge et par sexe. Pour un âge donné, il existe donc deux taux de décès, correspondant aux hommes et aux femmes. Ils s'appliquent aux médecins de 31 à 49 ans et ont également été actualisés en 2003 à partir des nouvelles estimations de l'INSEE.

La répartition des médecins actifs par sexe, secteur d'activité, et le fait d'être généraliste ou spécialiste permet de calculer les taux de sortie d'activité de l'ensemble des médecins, c'est-à-dire des 31 à 80 ans, distinguant généralistes de spécialistes, présentés dans le graphique suivant :

TAUX DE SORTIE D'ACTIVITÉ PAR ÂGE DES GÉNÉRALISTES ET DES SPÉCIALISTES



SOURCE : CNOM, INSEE, CARMF, estimations DREES.

NOTE : Après 70 ans, le taux de sortie d'activité a été fixé par hypothèse à 50%. A 80 ans, tous les médecins sont supposés cesser leur activité dans le modèle de projection.

L'âge modal de sortie d'activité est compris entre 65 et 66 ans, mais du fait de l'existence de départs à des âges plus jeunes, l'âge moyen de sortie d'activité est de 64 ans.

Dans les projections précédentes de la DREES, la méthode s'appuyait sur les seuls départs à la retraite (flux), et non sur les comparaisons des effectifs de médecins actifs d'une année sur l'autre. Les données de « stock » sur les actifs se sont avérées plus faibles que celles utilisées précédemment, sur les « flux » de départ en retraite.

Les nouveaux taux utilisés dans ces projections sont plus faibles que les précédents, aussi bien pour les généralistes que pour les spécialistes et donnent des nombres de restants en activité plus élevés, sauf pour les généralistes avant 60 ans. La différence est en partie due au changement de méthode, ainsi qu'à la correction de l'effet MICA. Les anciens taux du modèle de projections étaient en effet calculés à partir d'effectifs y compris les bénéficiaires du MICA (car calculés à partir des données de la CARMF non corrigées), alors que dans les faits, même s'ils ne sont pas encore retraités, ces médecins n'exercent plus.

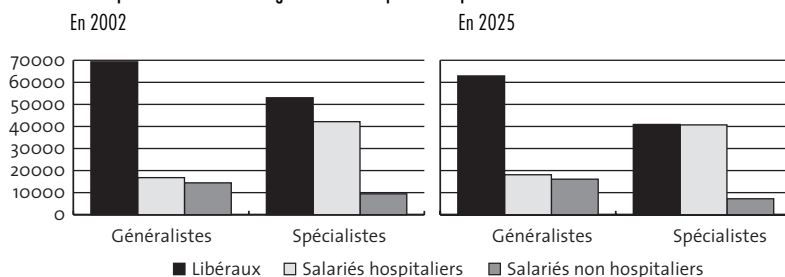
LA RÉPARTITION DES MÉDECINS ENTRE ACTIVITÉ LIBÉRALE ET SALARIÉE

Si l'on maintient les hypothèses tendancielles correspondant à la poursuite des comportements observés dans le passé, le nombre total de médecins libéraux devrait chuter de 15 % d'ici 2025, passant de 122 300 à 103 800. Cette baisse serait plus forte pour les spécialistes (-23 %) que pour les généralistes libéraux (-9 %). Le nombre total de médecins salariés, quant à lui, évoluerait peu : pour les hospitaliers, la diminution serait quasiment nulle (de 59 000 en 2002, il passerait à 58 800 en 2025) ; quant aux salariés non hospitaliers, leur nombre ne se réduirait que de 2 %, passant de 23 900 à 23 300 entre 2002 et 2025.

Compte tenu des évolutions ainsi projetées, les généralistes resteraient très majoritairement libéraux. Les spécialistes, quant à eux, compteraient presque autant de salariés hospitaliers que de libéraux.

Ces résultats découlent cependant pour une large part des hypothèses du modèle, les comportements des médecins actifs en 2002 étant maintenus constants sur toute la période de projection. Notamment, comme le nombre de femmes médecins augmente fortement à l'horizon 2025 (en raison de la part croissante des femmes parmi les étudiants en médecine) et que les femmes médecins privilégient actuellement le salariat à l'exercice libéral, le maintien de ces comportements jusqu'en 2025 conduit mécaniquement à réduire la part des médecins libéraux. Cette évolution projetée des modes d'exercice n'augure donc en rien les comportements futurs des professionnels, qui sont susceptibles d'évoluer notamment avec les nombreux départs en retraite attendus au cours des dix prochaines années et qui pourraient redessiner le paysage médical, en termes de répartition sur le territoire comme entre modes d'exercice. Enfin, ce résultat est également sous-tendu par l'hypothèse que les décisions publiques concernant le mode d'exercice des médecins ne sont pas modifiées.

Évolution de la répartition des médecins généralistes et spécialistes par mode d'exercice



SOURCES : ADELI redressé au 31/12/2002, projections DREES (nc = 7 000).

La diminution des effectifs de spécialistes serait particulièrement forte pour les ophtalmologistes (-43 %) et les psychiatres (-36 %)

Dans les projections, le nombre total de postes de spécialistes (hors médecine générale) à l'examen national classant est réparti par discipline et par région en appliquant la répartition observée à l'examen national classant 2004 (tableau 1). Au sein de chacune des disciplines « spécialités médicales » et « spécialités chirurgicales », la répartition par spécialité fine s'appuie sur celles observées sur les promotions de médecins récemment diplômés dans ces disciplines (dans la région considérée).

TABLEAU 1

SCÉNARIO CENTRAL : NOMBRES DE PLACES PAR DISCIPLINE OFFERTES À L'EXAMEN NATIONAL CLASSANT 2004 (ENC) ET EFFECTIFS DE MÉDECINS ACTIFS PAR SPÉCIALITÉ EN 1990, 2002 ET 2025

Discipline de l'examen national classant	Spécialité	Effectif 1990	Effectif 2002	Flux d'entrée en 3 ^e cycle		Médecins en activité		
				Postes ouverts en 2004 à l'ENC	Répartition des places à l'ENC (hors méd. gén.)	Effectifs 2025	Évolution 2025/2002	Évolution 2025/1990
Pédiatrie		5 626	6 620	196	9,1 %	7 182	8 %	28 %
Anesthésie-réanimation		10 461	10 358	243	11,3 %	9 069	-12 %	-13 %
Spécialités médicales (autres) et gyn. méd.		31 946	40 148	776	36,1 %	34 344	-14 %	8 %
Rééducation et réadaptation fonctionnelle		1 753	1 915			1 351	-29 %	-23 %
Radiologie		7 186	8 208			6 042	-26 %	-16 %
Médecine interne		2 261	2 462			1 822	-26 %	-19 %
Autres spécialités médicales (y c. gyn. méd.)		2 687	4 277			3 200	-25 %	19 %
Dermatologie vénéréologie		3 290	4 014			3 131	-22 %	-5 %
Rhumatologie		2 402	2 644			2 105	-20 %	-12 %
Pathologie cardiovasculaire		4 803	5 901			5 319	-10 %	11 %
Anatomie et cytologie pathologique		1 334	1 628			1 549	-5 %	16 %
Pneumologie		2 186	2 653			2 602	-2 %	19 %
Gastro-entérologie hépatologie		2 666	3 322			3 476	5 %	30 %
Neurologie		1 058	1 729			2 007	16 %	90 %
Endocrinologie et métabolismes		320	1 395			1 740	25 %	444 %
Total spécialités médicales		48 033	57 127	1 215	56,6 %	50 595	-11 %	5 %
Gynécologie obstétrique		4 727	5 342	158	7,4 %	5 472	2 %	16 %
Spécialités chirurgicales (autres)		16 666	19 186	380	17,7 %	15 677	-18 %	-6 %
Ophthalmologie		5 227	5 502			3 121	-43 %	-40 %
ORL		2 915	3 015			2 074	-31 %	-29 %
Chirurgie*		8 524	10 669			10 482	-2 %	23 %
Total spécialités chirurgicales		21 393	24 528	538	25,1 %	21 149	-14 %	-1 %
Autres disciplines (hors médecine générale)		14 657	22 989	394	18,4 %	17 104	-26 %	17 %
Psychiatrie		11 897	13 727	200	9,3 %	8 816	-36 %	-26 %
Santé publique et médecine du travail		800	6 153	136	6,3 %	5 208	-15 %	551 %
Biologie médicale		1 960	3 109	58	2,7 %	3 079	-1 %	57 %
Total disciplines hors médecine générale		84 083	104 644	2 147	100,0 %	88 847	-15 %	6 %
Médecine générale		93 387	100 541	1 841	—	97 119	-3 %	4 %
Total		177 470	205 185	3 988	—	185 966	-9 %	5 %

SOURCES : ADELI redressé au 31/12/1990 et 31/12/2002, projections DREES. CHAMP : France entière.

*Chirurgie : chirurgie générale, infantile, maxillo-faciale, orthopédique et traumatologique, plastique reconstructrice et esthétique, thoracique et cardiaque, urologique, vasculaire, viscérale, neurochirurgie, stomatologie.

Sur la base de ces hypothèses :

- Les diminutions les plus fortes du nombre de médecins en activité devraient concerner l'ophtalmologie, la psychiatrie et l'ORL (de l'ordre de 30 à 40 % de baisse entre 2002 et 2025), la baisse projetée faisant suite à une période de quasi-stagnation des effectifs pour l'ophtalmologie et l'ORL, mais à une croissance sensible dans les années quatre-vingt-dix pour la psychiatrie.
- En rééducation et réadaptation fonctionnelle, médecine interne, radiologie, et un ensemble de spécialités médicales regroupées ici parce que d'effectifs trop faibles (gynécologie médicale, génétique médicale, hématologie, médecine nucléaire, néphrologie, oncologie médicale), le nombre de médecins se réduirait de 20 à 30 % à l'horizon 2025.
- En dermatologie vénéréologie, médecine du travail et santé publique, rhumatologie, anes-

thésie réanimation, et en pathologie cardiovasculaire, le nombre projeté de médecins baisserait un peu moins fortement que dans les spécialités précédentes, de l'ordre de 10 % à 20 %.

- En médecine générale, anatomie et cytologie pathologique, pneumologie, biologie médicale, et un ensemble de spécialités chirurgicales également regroupées ici (chirurgie générale, infantile, maxillo-faciale, orthopédique et traumatologique, plastique reconstructrice et esthétique, thoracique et cardiaque, urologique, vasculaire, viscérale, neurochirurgie, stomatologie), ce nombre diminuerait de moins de 5 %.
- En gynécologie obstétrique, gastro-entérologie hépatologie, et pédiatrie, il s'accroîtrait de moins de 5 %.
- Enfin, en neurologie et en endocrinologie et métabolismes, l'augmentation serait de l'ordre de 20 %.

Les évolutions contrastées des effectifs de médecins par région pourraient conduire à un léger resserrement des densités médicales autour de la moyenne nationale

La répartition par région des médecins en exercice dépend des *numerus clausus* régionaux, de la répartition régionale des postes à l'examen national classant, des comportements de mobilité, et également des pyramides des âges des médecins des différentes régions.

Concernant les deux premiers facteurs, le nombre d'étudiants entrant en troisième cycle dans chaque région est supposé, dans le scénario central, découler directement du *numerus clausus* de la région cinq années auparavant, ce dernier étant obtenu par application de la répartition régionale du *numerus clausus* 2004 au *numerus clausus* France entière retenu (soit 7 000 à compter de la promotion entrant en deuxième année de médecine en 2006). Par exemple, pour une promotion de médecins correspondant à un *numerus clausus* à 7000, commençant à exercer une activité à partir de l'année 2015, l'Île-de-France aurait un *numerus clausus* égal à 1 625 (soit 23 % du *numerus* total comme en 2004) et un nombre de médecins diplômés dans la région de 1 673 par an (tableau 2). Pour l'ensemble des régions, l'écart entre le *numerus clausus* et le nombre de diplômés entrant en activité tel qu'il résulte du modèle est très faible. Il s'explique par les possibilités de dépassement du *numerus clausus*¹⁷ et par les abandons des étudiants de troisième cycle (ou la non-installation des diplômés), supposés dans la projection être égaux environ à 3,5 % des effectifs de troisième cycle¹⁸. Si la répartition régionale des médecins dépend en premier lieu des *numerus clausus* régionaux, elle est ensuite modifiée par la mobilité des médecins à l'installation (une part importante des étudiants en 3^e cycle en médecine choisissent d'exercer dans une autre région que celle de leur formation), ou en cours de carrière. Dans le modèle de projection utilisé, les hypothèses retenues pour déterminer la région d'installation des nouveaux diplômés intègrent toutefois déjà les comportements de mobilité moyens observés sur l'ensemble de la carrière¹⁹.

17. Prises en compte dans le modèle via un taux de dépassement régional du *numerus clausus* (variant de 0 à 7%)

18. Les hypothèses exactes sont de 3 % pour les hommes et 4 % pour les femmes.

19. Plus précisément, la région d'exercice des nouveaux diplômés est déterminée à l'aide d'un jeu de probabilités qui donne pour chaque région de thèse, la répartition attendue des régions d'exercice. Cette répartition attendue est estimée séparément pour les hommes généralistes, les femmes généralistes, les hommes spécialistes et les femmes spécialistes, à partir des données du répertoire ADELI, en croisant région de thèse et région d'exercice pour les médecins actifs au 1^{er} janvier 2003 et diplômés en 1993 ou après (seuls les médecins diplômés après 1993 sont pris en compte, car à compter de cette année-là, tous les nouveaux médecins diplômés avaient connu le régime de l'internat mis en place en 1984 et donc les comportements de mobilité associés).

TABLEAU 2

SCÉNARIO CENTRAL : RÉPARTITION RÉGIONALE DU NUMERUS CLAUSUS, DES EFFECTIFS ET DES DENSITÉS MÉDICALES EN 2002 ET 2025

	Numerus clausus (nc) pour une promotion de 7 000		Diplômés pour une promotion de 7 000 par région de diplôme (3)		2002			2025			Évolution	
	Numerus clausus	Part dans le nc	Effectifs	rapport diplômés /nc	Effectifs	En %	Densités	Effectifs	En %	Densités	Effectifs	Densités
Alsace	236	3,4 %	241	102 %	6 092	3,0 %	341	5 797	3,1 %	285	-4,8 %	-16,6 %
Aquitaine	455	6,5 %	439	96 %	10 445	5,1 %	352	10 773	5,8 %	335	3,1 %	-4,8 %
Auvergne	163	2,3 %	157	96 %	3 877	1,9 %	296	3 954	2,1 %	316	2,0 %	6,7 %
Bourgogne	174	2,5 %	178	102 %	4 535	2,2 %	281	4 118	2,2 %	260	-9,2 %	-7,5 %
Bretagne	301	4,3 %	310	103 %	9 097	4,4 %	306	8 639	4,6 %	268	-5,0 %	-12,5 %
Basse-Normandie	160	2,3 %	148	93 %	3 922	1,9 %	273	3 761	2,0 %	256	-4,1 %	-6,0 %
Centre	182	2,6 %	177	97 %	6 632	3,2 %	268	5 663	3,0 %	218	-14,6 %	-18,5 %
Champagne-Ardenne	166	2,4 %	169	102 %	3 677	1,8 %	274	3 634	2,0 %	283	-1,2 %	3,3 %
DOM (1)					4 021	2,0 %	229	3 937	2,1 %	171	-2,1 %	-25,4 %
Franche-Comté	144	2,1 %	139	96 %	3 279	1,6 %	291	3 086	1,7 %	271	-5,9 %	-6,8 %
Haute-Normandie	189	2,7 %	183	97 %	4 835	2,4 %	269	4 585	2,5 %	249	-5,2 %	-7,5 %
Île-de-France	1 625	23,2 %	1 673	103 %	47 127	23,0 %	425	36 418	19,6 %	311	-22,7 %	-26,7 %
Languedoc-Roussillon	227	3,2 %	240	106 %	8 929	4,4 %	374	7 937	4,3 %	271	-11,1 %	-27,6 %
Limousin	127	1,8 %	127	100 %	2 366	1,2 %	333	2 380	1,3 %	348	0,6 %	4,3 %
Lorraine	262	3,7 %	257	98 %	6 878	3,4 %	298	6 022	3,2 %	271	-12,4 %	-8,8 %
Midi-Pyrénées	256	3,7 %	263	103 %	9 637	4,7 %	368	8 292	4,5 %	283	-14,0 %	-23,1 %
Nord - Pas-de-Calais	492	7,0 %	482	98 %	11 748	5,7 %	292	11 610	6,2 %	288	-1,2 %	-1,6 %
PACA et Corse (2)	492	7,0 %	474	96 %	20 236	9,9 %	414	17 225	9,3 %	311	-14,9 %	-24,8 %
Poitou-Charentes	161	2,3 %	164	102 %	4 853	2,4 %	291	4 675	2,5 %	265	-3,7 %	-8,9 %
Picardie	168	2,4 %	174	104 %	4 804	2,3 %	256	4 791	2,6 %	248	-0,3 %	-2,9 %
Pays de la Loire	322	4,6 %	314	97 %	9 050	4,4 %	274	9 073	4,9 %	245	0,3 %	-10,4 %
Rhône-Alpes	698	10,0 %	712	102 %	19 147	9,3 %	331	19 597	10,5 %	305	2,3 %	-7,8 %
France entière	7 000	100,0 %	7 023	100 %	205 185	100 %	335	185 966	100 %	283	-9,4 %	-15,6 %

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

CHAMP : France entière.

NOTES : 1. Le numerus clausus pour les départements d'Outre-mer étant faible, et une partie des études de médecine s'effectuant en pratique dans la région Aquitaine, la fraction du numerus clausus des DOM est regroupée dans le modèle de projection avec celle de l'Aquitaine.

2. Les effectifs de médecins en exercice en Corse étant faibles, ceux-ci sont regroupés dans le modèle de projection et dans les tableaux avec la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Par ailleurs, la Corse n'ayant pas de faculté de médecine, sa fraction du numerus clausus est nulle.

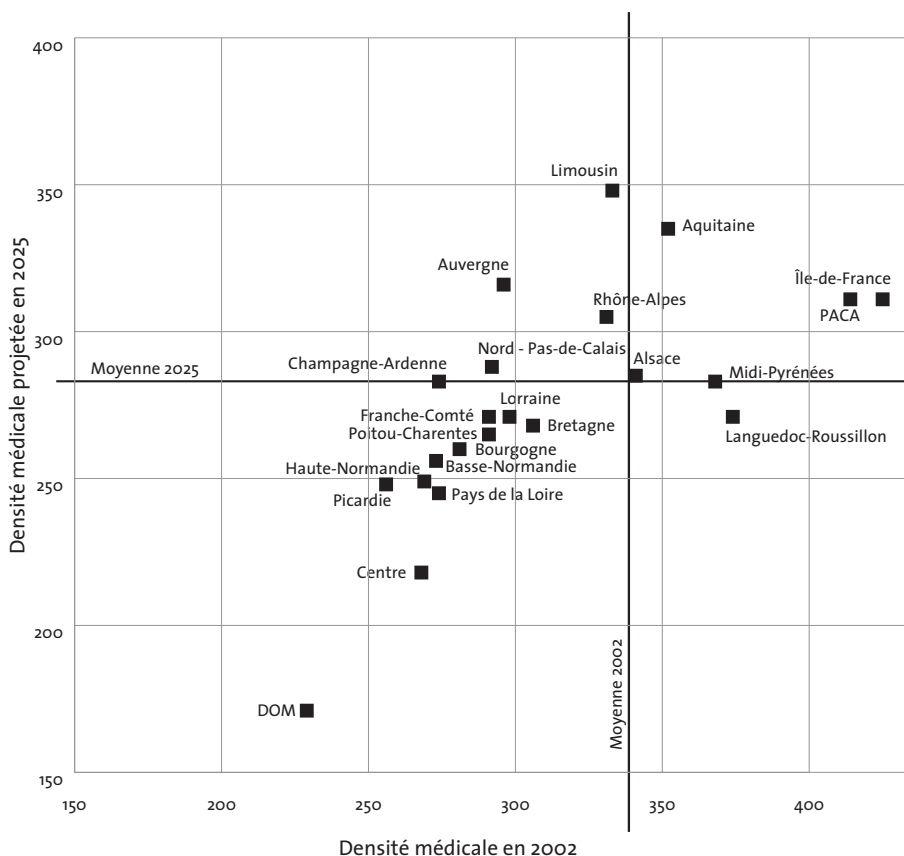
3. Les nombres de diplômés sont déjà réduits des taux de médecins supposés ne jamais exercer.

Au final, en tenant compte de tous ces facteurs, l'évolution projetée du nombre de médecins en exercice apparaît assez contrastée selon les régions. On peut ainsi classer les régions de la façon suivante selon l'évolution projetée de leur nombre de médecins :

- Les régions où le nombre de médecins diminuerait le plus fortement sont l'Île-de-France (-23% entre 2002 et 2025), PACA, le Centre, Midi-Pyrénées, la Lorraine, le Languedoc-Roussillon et la Bourgogne (-15 à -9% sur la même période).
- En Franche-Comté, Haute-Normandie, Bretagne, Alsace, Basse-Normandie et Poitou-Charentes, la baisse serait moindre (-6 à -4%).
- Les DOM, le Nord – Pas-de-Calais, la Champagne-Ardenne et la Picardie n'enregistreraient qu'une faible diminution (-2 à 0%).
- Dans les Pays de la Loire, en Limousin, Auvergne, Rhône-Alpes et Aquitaine, une légère hausse serait au contraire attendue (0 à +3%).

GRAPHIQUE 9

DENSITÉS MÉDICALES ACTUELLES ET PROJÉTÉES



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

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

L'évolution des densités médicales (nombre de médecins pour 100 000 habitants²⁰) serait de plus forte amplitude que celle des effectifs de médecins (de -28 % à +7 % selon les régions, contre -23 % à +3 % pour les effectifs) en raison des variations projetées de population. La projection centrale réalisée ici aboutit donc à un léger resserrement des densités médicales autour de la moyenne.

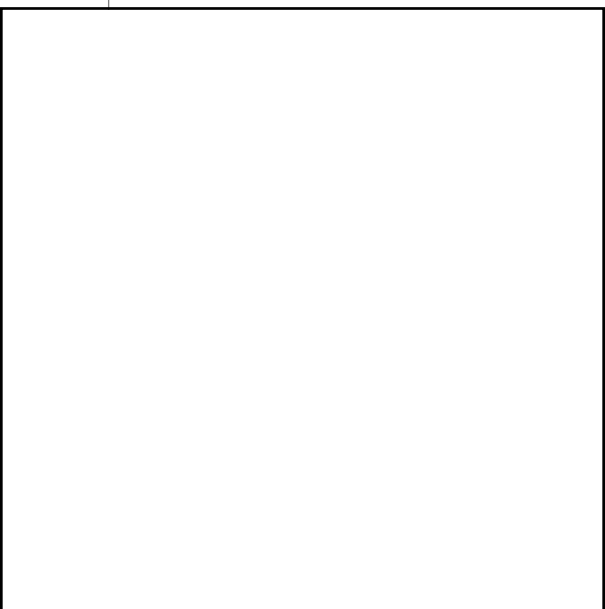
Les régions pour lesquelles les effectifs projetés de médecins sont en baisse modérée (Alsace, Bretagne, les DOM et Poitou-Charentes) ou en légère hausse (Aquitaine, Rhône-Alpes) verraient leur densité médicale évoluer moins favorablement, en raison de l'augmentation de leur population attendue d'ici 2025.

Les régions pour lesquelles la baisse projetée du nombre de médecins est déjà forte (Languedoc-Roussillon, Île-de-France, Midi-Pyrénées, PACA) verraient leur situation se dégrader davantage en termes de densité médicale. Ces régions étaient cependant jusqu'à présent parmi les plus fortement dotées en médecins, et à l'exception du Languedoc-Roussillon, conserveraient tout de même une densité médicale supérieure ou égale à la moyenne nationale.

Enfin, quelques régions dont la population devrait diminuer à l'horizon 2025 (Auvergne, Champagne-Ardenne, et Limousin) verraient au contraire leur densité médicale augmenter. Le Limousin deviendrait ainsi la première région en termes de densité médicale avec 348 médecins pour 100 000 habitants (contre 283 pour la densité nationale).

20. BRUTEL (C.) et OMALEK (L.), *Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements (horizon 2030/2050)*, INSEE, INSEE-résultats société n° 16, juillet 2003.

**NEUF SCÉNARIOS
ALTERNATIFS
DE PROJECTIONS**



COMME cela a été rappelé en introduction, les résultats du scénario de référence présentés ci-dessus n'ont pas de valeur indépendamment des hypothèses qui les sous-tendent. C'est pourquoi cette seconde partie de l'étude sera consacrée à l'analyse de la sensibilité des résultats à ces hypothèses, par l'intermédiaire de scénarios de projection alternatifs (encadré 4). Dans chacune de ces variantes, une hypothèse et une seule est modifiée par rapport au scénario central, afin de mieux en isoler l'effet, et donc d'appréhender « les variables de commande », qui, au-delà des tendances, sont susceptibles d'exercer le plus d'effet sur l'évolution de la démographie médicale à l'horizon 2025.

ENCADRÉ 4

LES NEUF SCÉNARIOS ALTERNATIFS DE PROJECTION

Le scénario central dont les résultats précèdent s'appuie sur les hypothèses suivantes :

- Le *numerus clausus* est porté à 7 000 en deux ans, et maintenu constant à ce niveau sur toute la période de projection.
- Pour les spécialités hors médecine générale, le nombre total de places à l'examen national classant est fixé à partir de 2005 à 50 % du *numerus clausus* cinq ans auparavant, avec une répartition par discipline et région identique à celle de l'examen national classant de 2004.
- Le nombre de places de médecins généralistes à l'examen national classant est déterminé de manière à ce que, dans chaque région, le nombre total d'étudiants entrant en troisième cycle des études médicales corresponde au *numerus clausus* de la région cinq ans plus tôt.
- Les comportements des médecins et étudiants sont supposés constants et identiques à ceux observés dans les années les plus récentes (redoublement, choix de spécialité, d'installation, cessation d'activité...).

À partir de ce scénario central sont construits neuf scénarios alternatifs, en faisant varier à chaque fois une hypothèse et une seule pour en isoler l'effet. Les hypothèses sur lesquelles portent ces neuf variantes sont présentées ci-dessous. Les autres hypothèses, lorsqu'elles ne sont pas précisées, sont les mêmes que celles du scénario central.

Scénario 1 : Le *numerus clausus* est porté à 8 000 dès 2006.

Scénario 2 : Le ratio entre les postes de spécialistes à l'examen national classant et le *numerus clausus* cinq années auparavant est réduit de 50 à 40 %. Le ratio correspondant pour les généralistes s'accroît donc en contrepartie de 10 points. Il s'agit donc d'un scénario dans lequel davantage de généralistes que de spécialistes sont formés et entrent en exercice chaque année.

Scénario 3 : Le ratio entre les postes de spécialistes à l'examen national classant et le *numerus clausus* cinq années auparavant est augmenté de 50 à 60 %. Le ratio correspondant pour les généralistes est donc réduit en contrepartie de 10 points. Il s'agit donc d'un scénario symétrique au précédent, dans lequel cette fois davantage de spécialistes que de généralistes sont formés et entrent en exercice chaque année.

Scénario 4 : La part des spécialités chirurgicales parmi les postes de spécialistes (hors médecine générale) à l'examen national classant est augmentée de 3 points, la part des spécialités médicales étant à l'inverse réduite de 3 points.

Scénario 5 : La répartition régionale des étudiants en 3^e cycle est simulée comme sous le régime de l'ancien concours de l'internat. Le nombre de places de généralistes ne correspond donc plus à la moitié des places au *numerus clausus* 5 ans auparavant, mais à la situation qui prévalait jusqu'ici par le jeu du concours de l'internat (et dépendait du taux de réussite à l'internat des étudiants de la région).

Scénario 6 : Les *numerus clausus* régionaux sont rééquilibrés en fonction des différences actuelles de densité médicale. La part régionale du *numerus clausus* est ainsi augmentée pour les régions dans lesquelles la densité médicale actuelle est inférieure à la densité nationale, et au contraire réduite pour les régions dont la densité médicale est supérieure à la moyenne.

Scénario 7 : La mobilité entre la région de formation (3^e cycle) et la région où s'installent les nouveaux diplômés s'accroît pour les médecins généralistes, rejoignant celle des spécialistes. La médecine générale devenant une spécialité à part entière à partir de 2004, les étudiants en deuxième cycle pourront être amenés à changer de région pour suivre leur troisième cycle, comme le font déjà les futurs spécialistes. Dans ce scénario, les médecins généralistes deviennent aussi mobiles que les spécialistes.

Scénario 8 : En raison de la forte attractivité des régions Île-de-France et PACA, ce scénario suppose que tous les médecins cessant leur activité dans ces régions soient remplacés. Le nombre actuel de médecins dans ces deux régions est maintenu jusqu'en 2025.

Scénario 9 : Les médecins s'installent dans leur région de formation (3^e cycle). Il n'y a donc pas de mobilité entre la région de diplôme et la région d'installation.

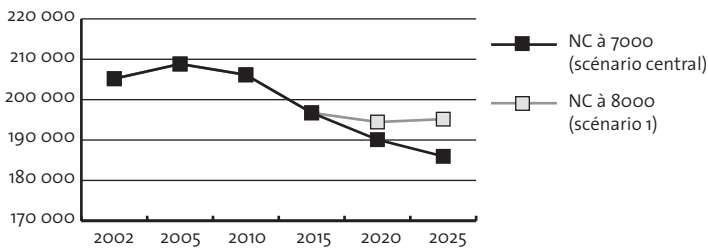
SCÉNARIO 1

UNE AUGMENTATION DE 1000 PLACES DU *NUMERUS CLAUSUS* DÈS 2006 PERMETTRAIT D'AUGMENTER D'ENVIRON 10 000 LE NOMBRE DE MÉDECINS EN 2025

La première hypothèse sur laquelle repose le scénario de référence est celle d'un *numerus clausus* porté à 7 000 dès 2006. Compte tenu du temps de formation des médecins, une modification des hypothèses de *numerus clausus* à compter de 2006 ne peut avoir d'impact avant fin 2014 pour les généralistes, et fin 2016 pour les spécialistes. Une modification du *numerus clausus* ne peut donc permettre d'éviter la diminution projetée du nombre de médecins entre 2005 et 2015. Mais elle peut l'infléchir au-delà. Ainsi, un *numerus clausus* porté à 8 000 à compter de 2006 conduirait à une quasi stabilisation du nombre de médecins en exercice entre 2015 et 2025, pour atteindre un effectif de 195 200 médecins en exercice en fin de période, soit environ 10 000 de plus que dans le scénario central. La baisse du nombre de médecins entre 2002 et 2025 ne serait plus que de 4,9 % (au lieu de 9,4 %), et celle de la densité médicale de 11 % (contre 16 %). La densité moyenne atteindrait dans cette variante 300 médecins pour 100 000 habitants en 2025, soit une valeur proche de celle qu'elle avait en 1990.

GRAPHIQUE 10

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE MÉDECINS DE 2002 À 2020 SELON L'HYPOTHÈSE RETENUE POUR LE *NUMERUS CLAUSUS*



Sources : ADEL redressé au 31/12/2002, projections DREES.

SCÉNARIO 2

DIMINUER À 40 % LA PART DE POSTES DE SPÉCIALISTES À L'EXAMEN NATIONAL CLASSANT ABOUTIRAIT À UNE STABILISATION DU NOMBRE DE GÉNÉRALISTES, MAIS À UNE BAISSÉ DE 24 % DE CELUI DES SPÉCIALISTES

Le scénario central s'appuie sur l'hypothèse d'un nombre de postes de spécialistes (hors médecine générale) à l'examen national classant égal à 50 % du *numerus clausus* fixé 5 années auparavant. Une baisse de 10 points de cette proportion par rapport au scénario central, ramenant la proportion de spécialistes à 40 %, se traduirait à l'horizon 2025 par environ 9 000 spécialistes en moins, et 10 000 généralistes en plus¹. Elle suffirait à éviter la baisse du nombre de généralistes au cours de la période de projection, au prix toutefois d'une diminution accrue des effectifs de spécialistes, laquelle atteindrait alors -24 % contre -15 % dans le scénario central.

1. Cette variante n'est donc pas tout-à-fait neutre du point de vue du nombre de médecins, dans la mesure où la formation des généralistes est moins longue que celle des spécialistes.

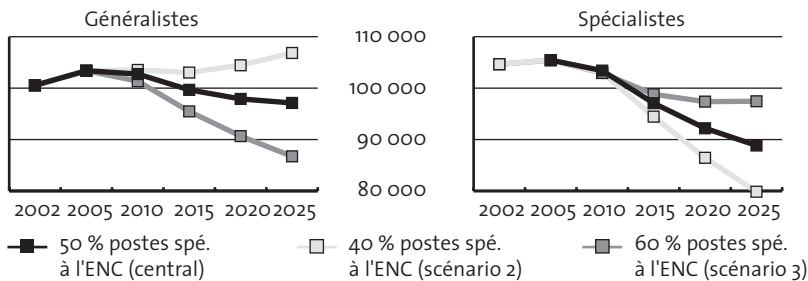
SCÉNARIO 3

À L'INVERSE, AUGMENTER À 60 % LA PART DE POSTES DE SPÉCIALISTES
À L'EXAMEN NATIONAL CLASSANT CONDUIRAIT À UNE DIMINUTION MOINDRE
DU NOMBRE DE SPÉCIALISTES PAR RAPPORT À CELLE DES GÉNÉRALISTES

Une hausse de 10 points du ratio entre postes de spécialistes et *numerus clausus* cinq ans auparavant aurait logiquement un effet symétrique : augmentation d'environ 9 000 de l'effectif de spécialistes en 2025, et baisse de 10 000 du nombre de généralistes. Le nombre des spécialistes diminuerait alors moins que celui des généralistes (-7% contre -14%). Bien sûr, toutes les hypothèses intermédiaires peuvent être simulées, et leurs résultats aisément déduits de ceux obtenus pour les scénarios à 40% et 60%. Ainsi, un ratio de postes de spécialistes sur *numerus clausus* cinq ans avant voisin de 56% à l'examen national classant conduirait à des évolutions d'effectifs entre 2002 et 2025 identiques pour les généralistes et les spécialistes (ou autrement dit à un maintien de la part de spécialistes au sein des médecins entre 2002 et 2025).

GRAPHIQUE 11

ÉVOLUTIONS DES NOMBRES DE GÉNÉRALISTES ET DE SPÉCIALISTES
SELON LE RATIO ENTRE LE NOMBRE DE PLACES DE SPÉCIALISTES À L'EXAMEN NATIONAL CLASSANT
ET LE *NUMERUS CLAUSUS* CINQ ANS AUPARAVANT (SCÉNARIOS 2 ET 3)



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

SCÉNARIO 4

UNE HAUSSE DE 3 POINTS DE LA PART DES SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES PARMIS
LES POSTES DE SPÉCIALISTES À L'EXAMEN NATIONAL CLASSANT ABOUTIRAIT À
FAIRE CROÎTRE LES EFFECTIFS DE CHIRURGIENS ENTRE 2002 ET 2025

Une fois déterminé le nombre total de places de spécialistes (hors médecine générale) à l'examen national classant, le scénario central le répartit par discipline et région en conservant la répartition de l'examen national classant mis en œuvre en 2004. Sous ces hypothèses, le nombre projeté de spécialistes médicaux (au sens large)² diminuerait de 11% entre 2002 et 2025, et le nombre de spécialistes chirurgicaux (au sens large)³ de 14%. L'écart entre ces

2. Correspondant aux « spécialités médicales » de l'internat auxquelles sont ajoutées la gynécologie médicale, la pédiatrie et l'anesthésie réanimation.

3. Correspondant aux « spécialités chirurgicales » de l'internat et à la gynécologie obstétrique.

deux évolutions peut paraître faible, mais il doit être mis en regard de l'évolution passée de ces deux groupes de spécialités. Ainsi, les spécialistes médicaux n'étaient qu'un peu plus de 30 000 en 1983, contre 57 000 environ en 2002 et 51 000 en 2025 dans le scénario central. Pour les spécialités chirurgicales en revanche, l'effectif projeté pour 2025 (environ 21 000) n'est supérieur que de quelques milliers à l'effectif de ces spécialités en 1983.

C'est pourquoi il a semblé intéressant d'estimer, à titre de variante, un scénario de rééquilibrage des spécialités médicales au profit des spécialités chirurgicales. L'hypothèse retenue a été celle d'une augmentation de 3 points de la part des spécialités chirurgicales (y compris la gynécologie obstétrique) à l'examen national classant à partir de 2005, cette part étant portée de 25 %⁴ actuellement à 28 %. À l'inverse, la part des spécialités médicales (y compris anesthésie réanimation, pédiatrie et gynécologie médicale), passerait de près de 57 % actuellement à 54 %. L'hypothèse retenue correspond donc, pour un nombre total de 3 500 postes de spécialistes à l'examen national classant, à un transfert d'une centaine de places par an des spécialités médicales aux chirurgicales. La part des autres disciplines d'internat (psychiatrie, biologie médicale, médecine du travail et santé publique), ainsi que le mode de calcul du nombre de places en médecine générale, sont eux laissés inchangés dans la variante.

La variante de rééquilibrage ainsi projetée du nombre de postes à l'examen national classant ne modifie donc que les effectifs de spécialistes médicaux et chirurgicaux, les premiers diminuant en 2025 de 1 400 au profit des seconds. Compte tenu des poids démographiques respectifs de ces deux groupes, ceci se traduit par un écart de -2,7 % en 2025 par rapport au scénario central pour les premiers, et de +6,5 % pour les seconds (tableau 3). Au total, cette variante conduirait à une évolution des effectifs de 2002 à 2025 globalement moins défavorable pour les spécialités chirurgicales (-8 %) que pour les spécialités médicales (-14 %), à l'inverse de ce qui était projeté dans le scénario central (respectivement -14 % et -11 %). Ainsi, même si elle ne porte que sur les flux de nouveaux médecins, une correction de 3 points de la répartition des places à l'examen national classant permettrait de modérer de 6 points la baisse des effectifs des spécialités chirurgicales à l'horizon 2025, sans toutefois être suffisante pour l'annuler : il faudrait pour cela une modification environ deux fois plus forte (un peu plus de 6 points).

Les résultats commentés ci-dessous portent sur l'ensemble des spécialités médicales ou chirurgicales. Au sein de ces deux groupes, l'effet d'une modification de la clé de répartition de l'examen national classant dépend de la spécialité considérée : il est d'autant plus fort que les médecins s'installant dans la spécialité entre 2010 et 2025 (les « flux ») représentent une part importante de l'effectif total de médecins de la spécialité concernée (« les stocks »). Ainsi, la pédiatrie et l'anesthésie réanimation, spécialités médicales filiarisées, seraient légèrement plus touchées par le rééquilibrage envisagé que les autres spécialités médicales (respectivement -3,1 et -2,5 % de médecins en moins en 2025 par rapport au scénario central), dans la mesure où la filiarisation a précisément eu pour objet d'augmenter les flux d'entrants dans ces deux spécialités. À l'inverse, et selon la même logique, la gynécologie obstétrique profiterait plus du rééquilibrage que les autres spécialités chirurgicales (respectivement +7,3 et +6,2 % d'écart en 2025 par rapport au scénario central). Bien sûr, le régulateur pourrait décider d'exclure de ce rééquilibrage les spécialités filiarisées. Toutefois, l'impact différentiel du rééquilibrage selon la spécialité s'observe aussi au sein de la discipline des « spécialités médicales » (et il en est de même au sein de la discipline « spécialités chirurgicales ») : la diminution de 3 points de la part des spécialités médicales à l'examen national classant influencerait à la baisse sur les effectifs des spécialités concernées en 2025 de

4. Par rapport à l'ensemble des disciplines hors médecine générale.

-1,3 % (endocrinologie et métabolismes) à -3,3 % (rééducation et réadaptation fonctionnelle). Certes, ces différences restent faibles, compte tenu de l'horizon des projections et des incertitudes qui les entourent. Un pilotage plus fin des rééquilibrages par spécialité au sein des disciplines « spécialités médicales » ou « spécialités chirurgicales » reste en outre possible au prix soit d'une filiarisation des spécialités visées, soit d'une action sur la part des diplômés de chacune des disciplines choisissant *in fine* telle ou telle spécialité.

TABLEAU 3

**SCÉNARIO 4 : HAUSSE DE 3 POINTS DE LA PART DES SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES
(PARMI LES SPÉCIALITÉS HORS MÉDECINE GÉNÉRALE) À L'EXAMEN NATIONAL CLASSANT**

Discipline de l'examen national classant Spécialité	Flux d'entrée en 3 ^e cycle		Scénario n° 4 en 2025			Évolution de 2002 à 2025 dans le scénario n° 4
	Répartition des places à l'ENC (scénario central)	Répartition des places à l'ENC (scénario n° 4)	Effectifs	Écart avec le scénario central (en nombre de médecins)	Écart relatif avec le scénario central	
Pédiatrie	9,1 %	8,6 %	6 962	-220	-3,1 %	5 %
Anesthésie-réanimation	11,3 %	10,7 %	8 791	-277	-3,1 %	-15 %
Spécialités médicales (autres) et gyn. méd.	36,1 %	34,2 %	33 477	-866	-2,5 %	-17 %
Rééducation et réadaptation fonctionnelle			1 307	-44	-3,3 %	-32 %
Radiologie			5 862	-180	-3,0 %	-29 %
Gastro-entérologie hépatologie			3 378	-98	-2,8 %	2 %
Dermatologie vénérérologie			3 048	-83	-2,7 %	-24 %
Neurologie			1 954	-53	-2,7 %	13 %
Autres spécialités Médicales (y c. gyn. méd.)			3 115	-85	-2,7 %	-27 %
Rhumatologie			2 051	-54	-2,6 %	-22 %
Pathologie cardiovasculaire			5 187	-132	-2,5 %	-12 %
Médecine interne			1 785	-36	-2,0 %	-27 %
Pneumologie			2 553	-49	-1,9 %	-4 %
Anatomie-cyto pathologie			1 521	-28	-1,8 %	-7 %
Endocrinologie et métabolismes			1 717	-23	-1,3 %	23 %
Total spécialités médicales	56,6 %	53,6 %	49 231	-1 364	-2,7 %	-14 %
Gynécologie obstétrique	7,4 %	8,2 %	5 872	399	7,3 %	10 %
Spécialités chirurgicales (autres)	17,7 %	19,8 %	16 641	965	6,2 %	-13 %
Ophtalmologie			3 288	167	5,4 %	-40 %
ORL			2 206	132	6,4 %	-27 %
Chirurgie			11 147	666	6,3 %	4 %
Total spécialités chirurgicales	25,1 %	28,1 %	22 513	1 364	6,5 %	-8 %
Autres disciplines (hors médecine générale)*	18,4 %	18,4 %	17 104	0	0,0 %	-26 %
Total disciplines hors médecine générale	100,0 %	100,0 %	88 847	0	0,0 %	-15 %

* regroupe les disciplines suivantes de l'ENC : biologie, médecine du travail, santé publique et psychiatrie.

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

CHAMP : France entière.

Enfin, d'autres scénarios de rééquilibrage par spécialité auraient pu être envisagés. Par exemple, si l'on avait souhaité modifier la répartition à l'examen national classant au profit de la psychiatrie (qui avec l'ophtalmologie est la discipline dont les effectifs pourraient le plus décroître d'ici à 2025), une variation d'un point de la part de cette discipline à l'examen natio-

nal classant (actuellement de 9 %) se traduirait par 450 médecins en plus en 2025, ce qui demeurerait insuffisant pour enrayer sensiblement la baisse des effectifs projetée entre 2002 et 2025 (celle-ci passant alors de -36 % à -33 %). Mais le maintien des effectifs de psychiatres aurait quant à lui nécessité près de 5 000 médecins en plus en 2025, soit une hausse de 11 points de la part de cette spécialité à l'examen national classant.

SCÉNARIO 5

LE NOMBRE DE GÉNÉRALISTES SERAIT INFÉRIEUR EN ÎLE-DE-FRANCE EN 2025 SI LA RÉPARTITION DES MÉDECINS FORMÉS RÉSULTANT DE L'ANCIEN CONCOURS DE L'INTERNAT ÉTAIT MAINTENUE

Les variantes portant sur la répartition des postes de l'examen national classant par discipline ne modifient pas la répartition régionale des médecins. Cette dernière, dans le modèle, découle de trois hypothèses principales : les *numerus clausus* régionaux, les nombres de places à l'examen national classant par région et les mobilités des médecins après leur diplôme⁵. Des variantes ont été réalisées sur ces trois aspects.

S'agissant des nombres de places à l'examen national classant par région, une variante a été réalisée pour tenir compte du fait que dans le passé, le nombre total d'étudiants entrant en troisième cycle dans chaque région ne découlait pas directement du *numerus clausus* de la région – comme dans le scénario de projection central – mais dépendait aussi des taux de réussite à l'internat des étudiants de la région. En effet, le nombre d'étudiants commençant leur résidanat dans la région n'était pas connu *a priori* : il correspondait au nombre d'étudiants de la région qui, n'ayant pas réussi ou présenté le concours de l'internat, entamaient donc leur formation de troisième cycle en médecine générale dans leur faculté de deuxième cycle⁶. Ainsi, à l'extrême, une région dont tous les étudiants auraient réussi le concours de l'internat n'aurait formé aucun généraliste (soit un nombre total de médecins – généralistes plus spécialistes – bien inférieur à son *numerus clausus*), tandis qu'une région dont aucun étudiant n'aurait réussi l'internat aurait formé un nombre de généralistes équivalent à son *numerus clausus* (soit un nombre total de médecins bien supérieur, les places en troisième cycle de spécialité étant pourvues par les étudiants d'autres régions). Du fait de ce mécanisme, la Picardie formait chaque année un nombre de généralistes plus élevé que son *numerus clausus*, à l'inverse de l'Île-de-France⁷. Une variante du scénario central permet de voir comment pourraient évoluer les nombres de médecins diplômés par région (puis les nombres de médecins installés) si le nombre de généralistes de chaque région continuait à être déterminé comme par le passé⁸. Elle correspond à un prolongement des décisions de répartition prises en 2004, où le régime antérieur prévu pour les généralistes a transitoirement continué à s'appliquer.

Les résultats de cette variante ne sont bien sûr différents du scénario central que pour les médecins généralistes. Pour des promotions de médecins correspondant à un *numerus clausus* de 7000, environ 350 médecins généralistes de moins seraient diplômés chaque

5. Elle dépend également des pyramides des âges des médecins dans les régions.

6. Le nombre de spécialistes formés dans la région était lui déterminé par le nombre de places à l'internat ouvertes pour cette région, comme actuellement (et comme dans le scénario central pour les spécialités hors médecine générale).

7. NIEL (X.), « Les facteurs qui influencent la démographie médicale au niveau régional », *Cahiers de Sociologie et de Démographie médicale*, XXXI^e année, n° 2, p. 141-172, avril-juin 2001.

8. Sous l'hypothèse de des taux régionaux de réussite à l'internat inchangés.

année en Île-de-France (soit près d'un tiers des généralistes diplômés d'Île-de-France). En revanche, le nombre de médecins généralistes diplômés par an en Franche-Comté doublerait, et celui de Picardie augmenterait de 80 %, soit une hausse d'environ un tiers de l'ensemble des diplômés de ces deux régions. Au total, la part des généralistes diplômés en Picardie passerait de 1,7 % dans le scénario central à 3 % dans ce scénario alternatif⁹.

TABLEAU 4

**SCÉNARIO 5 : NOMBRE DE PLACES DE GÉNÉRALISTES PAR RÉGION DÉTERMINÉ
COMME SOUS LE RÉGIME DU CONCOURS DE L'INTERNAT**

Régions	Diplômés pour une promotion de 7 000 (par région de diplômé)			Effectifs projetés en 2025 par région d'exercice dans le scénario n° 5		Écart relatif par rapport au scénario central en 2025 par région d'exercice		Densité en 2025 dans le scénario n° 5
	Diplômés	Dont diplômés comme généralistes	Diplômés/ numerus clausus	Total	Dont généralistes	Total	Dont généralistes	Total
Île-de-France	1 254	694	77 %	32 923	15 879	-10 %	-18 %	281
PACA et Corse	417	196	85 %	16 077	7 289	-7 %	-14 %	290
Rhône-Alpes	646	359	93 %	18 513	9 502	-6 %	-10 %	288
Languedoc-Roussillon	211	96	93 %	7 578	3 411	-5 %	-10 %	259
Bretagne	297	134	99 %	8 566	4 066	-1 %	-2 %	266
DOM	0	0		3 946	2 413	0 %	0 %	171
Centre	193	93	106 %	5 651	3 020	0 %	1 %	218
Aquitaine	452	306	*99 %	10 843	6 426	1 %	0 %	337
Auvergne	176	92	108 %	4 157	2 352	5 %	9 %	332
Lorraine	282	149	108 %	6 317	3 492	5 %	10 %	285
Midi-Pyrénées	302	167	118 %	8 744	4 590	5 %	11 %	299
Nord - Pas-de-Calais	547	298	111 %	12 295	6 682	6 %	12 %	305
Basse-Normandie	177	86	110 %	4 021	2 181	7 %	13 %	274
Pays de la Loire	367	179	114 %	9 670	4 939	7 %	14 %	261
Bourgogne	204	111	117 %	4 447	2 691	8 %	14 %	281
Alsace	287	167	122 %	6 261	3 379	8 %	14 %	307
Limousin	152	91	120 %	2 595	1 461	9 %	18 %	379
Picardie	227	114	135 %	5 263	3 035	10 %	18 %	273
Haute-Normandie	236	114	125 %	5 103	2 709	11 %	25 %	277
Champagne-Ardenne	205	116	124 %	4 084	2 405	12 %	23 %	318
Poitou-Charentes	206	110	128 %	5 248	3 120	12 %	22 %	298
Franche-Comté	186	95	129 %	3 664	2 159	19 %	35 %	322
France entière	7 023	3 767	100 %	185 966	97 119	0 %	0 %	283

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

* Le modèle ne crée pas de diplômés dans les DOM, et le numerus clausus des DOM est inclus dans celui de l'Aquitaine.

NOTE : les effectifs de diplômés présentés ici comptabilisent les seuls médecins qui vont exercer (dans la région ou non).

LECTURE : en régime permanent, pour des promotions correspondant à un numerus clausus de 7000, le nombre de médecins diplômés en Île-de-France passerait de plus de 1600 (valeur proche du numerus clausus, tableau 2) à 1254 (ce tableau, colonne 2), soit une baisse d'environ 400. Le nombre de diplômés en Île-de-France serait donc inférieur de 23 % au numerus clausus de cette région (et donc approximativement au nombre de diplômés de la région dans le scénario central). Du fait des mobilités à l'installation, la variation du nombre de médecins exerçant en Île-de-France est elle plus faible (-10 %).

9. La part des généralistes diplômés en Picardie dans la variante (3 %) est par ailleurs proche du poids de cette région (2,7 %) dans la répartition des places de généralistes à l'examen national classant 2004, et donc probablement proche de la capacité de formation passée de la région en médecine générale.

Du fait de la mobilité des médecins à l'installation, les variations du nombre de médecins exerçant dans les régions sont plus faibles que les variations du nombre de diplômés décrites ci-dessus. C'est en Franche-Comté que l'effet de ce retour à la répartition issue de l'ancien concours d'internat sur le nombre total de médecins en exercice serait au bout du compte le plus favorable (+19 %, tableau 4), et en Île-de-France puis en PACA que le nombre de médecins en exercice se réduirait en contrepartie le plus (respectivement -10 % et 7 %). Au total, ce mode de détermination alternatif du nombre de médecins généralistes (associé aux autres hypothèses du modèle) se traduirait par un écart entre densités extrêmes légèrement plus élevé que dans le scénario central. Ce scénario confirme l'effet important sur la répartition régionale des médecins joué jusqu'ici par le régime du concours d'internat, combiné à l'absence de contingent régional pour la formation des généralistes, ainsi qu'au deuxième ordre, l'effet correcteur exercé par les mobilités à l'installation sur les effectifs de diplômés dans les régions.

SCÉNARIO 6

LE RÉÉQUILIBRAGE DES *NUMERUS CLAUSUS* RÉGIONAUX EN FONCTION DES DIFFÉRENCES ACTUELLES DE DENSITÉ MÉDICALE AVANTAGERAIT LES RÉGIONS CHAMPAGNE-ARDENNE ET BASSE-NORMANDIE

Le scénario central s'appuie sur la répartition régionale actuelle du *numerus clausus* (tableau 2), maintenue constante sur toute la période de projection. Les facultés d'Île-de-France, qui disposent des plus importantes capacités de formation, rassemblent actuellement près d'un quart des places en deuxième année d'études de médecine. À l'opposé, la région Limousin accueille 1,8 % des étudiants en deuxième année.

Une variante au scénario central consisterait à modifier la répartition régionale du *numerus clausus* pour exercer des effets éventuels à moyen terme sur les inégalités de densité médicale existant entre les régions. On simule ainsi ce que deviendrait la densité médicale sur le territoire si les régions dont la densité médicale est inférieure à la moyenne disposaient d'une part plus importante des places en deuxième année de médecine qu'actuellement¹⁰, et si les régions dont la densité médicale est supérieure à la moyenne formaient au contraire moins d'étudiants. Étant simulé comme proportionnel aux écarts de densité actuellement observés, ce rééquilibrage pèserait le plus fortement pour les régions Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur, dont les fractions du *numerus clausus* seraient réduites respectivement de 5,2 points (passant de 23,2 % à 18 %) et de 1,3 points (passant de 7 % à 5,7 %), ainsi que pour le Nord – Pas-de-Calais dont la part serait accrue d'1 point (passant de 7 % à 8 %). Par exemple pour la région Île-de-France, pour une promotion correspondant à un *numerus clausus* de 7000, 1261 étudiants accèderaient en deuxième année de médecine dans cette variante, contre 1625 dans le scénario central. Cette variante n'a d'impact que sur la répartition régionale des médecins, les autres résultats n'étant modifiés que tout à fait à la marge par rapport au scénario central (du fait notamment des taux de redoublements différents d'une région à l'autre).

10. La fraction régionale du nombre de places en deuxième année de médecine est modifiée proportionnellement à l'écart existant en 2003 entre la densité médicale de la région et la densité médicale nationale.

TABLEAU 5

**NUMERUS CLAUSUS ET NOMBRE DE DIPLÔMÉS DANS LE SCÉNARIO CENTRAL
ET UNE VARIANTE DE RÉÉQUILIBRAGE DES NUMERUS CLAUSUS RÉGIONAUX (SCÉNARIO 6)**

Régions	Nouveaux numerus clausus	Nouvelle part dans le nc	Effectifs projetés en 2025 dans le scénario n° 6	Évolution par rapport à 2002	Écart en 2025 entre le scénario n° 6 et le scénario central (en nombre de médecins)	Écart relatif en 2025 entre le scénario n° 6 et le scénario central
Alsace	227	3,2%	5 731	-6%	-66	-1%
Aquitaine	490	7,0%	11 054	6%	281	3%
Auvergne	183	2,6%	4 093	6%	139	4%
Bourgogne	207	3,0%	4 341	-4%	223	5%
Bretagne	324	4,6%	8 866	-3%	227	3%
Basse-Normandie	195	2,8%	4 094	4%	332	9%
Centre	224	3,2%	5 900	-11%	237	4%
Champagne-Ardenne	203	2,9%	3 945	7%	311	9%
DOM			3 996	-1%	59	2%
Franche-Comté	164	2,3%	3 255	-1%	169	5%
Haute-Normandie	234	3,3%	4 964	3%	380	8%
Île-de-France	1 261	18,0%	33 852	-28%	-2 566	-7%
Languedoc-Roussillon	198	2,8%	7 638	-14%	-299	-4%
Limousin	127	1,8%	2 394	1%	14	1%
Lorraine	294	4,2%	6 248	-9%	226	4%
Midi-Pyrénées	229	3,3%	8 008	-17%	-284	-3%
Nord - Pas-de-Calais	560	8,0%	12 252	4%	642	6%
PACA et Corse	399	5,7%	16 215	-20%	-1 010	-6%
Poitou-Charentes	184	2,6%	4 896	1%	221	5%
Picardie	217	3,1%	5 119	7%	328	7%
Pays de la Loire	387	5,5%	9 619	6%	546	6%
Rhône-Alpes	693	9,9%	19 468	2%	-129	-1%
France entière	7 000	100,0%	185 947	-9%	-19	0%

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

NOTE : les chiffres figurant dans ce tableau sont des chiffres indicatifs correspondant à des promotions de diplômés issues des numerus clausus à 7 000.

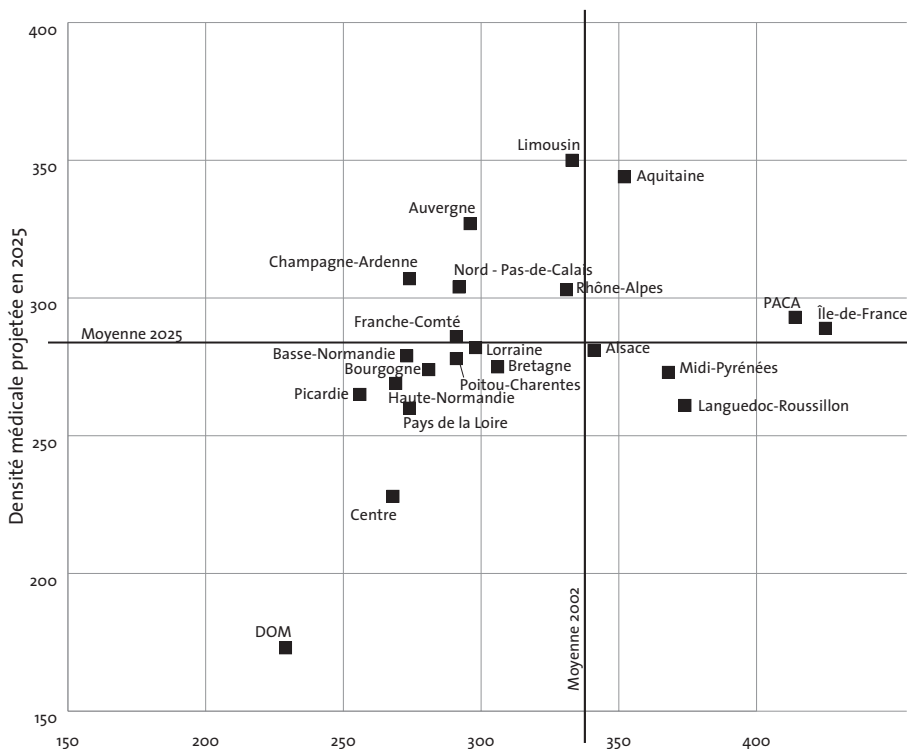
Dans cette variante de rééquilibrage des *numerus clausus* régionaux au tout début des études de médecine, et en supposant les autres comportements constants, la baisse du nombre de médecins attendue dans le scénario central pour l'Île-de-France, PACA, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon et Alsace serait accrue (il s'agit de cinq régions dans lesquelles, par hypothèse, la part régionale du *numerus clausus* a été réduite). À l'exception de Rhône-Alpes, dans toutes les régions pour lesquelles par hypothèse, le nombre d'étudiants entrant en 2^e année de médecine est relevé, les évolutions des effectifs de médecins seraient au contraire plus favorables : leur diminution serait atténuée ou enrayée, ou leur hausse plus importante que prévu. Par exemple, une augmentation du nombre de médecins serait observée en Picardie (+6,6%) alors qu'une légère baisse (-0,3%) était prévue dans le scénario central (cf. tableaux 2 et 5). Quelques régions dont les effectifs de médecins diminueraient si les comportements actuels se maintiennent (Basse-Normandie, Haute-Normandie, Champagne-Ardenne, Nord

– Pas-de-Calais, Picardie), verraient de la même façon leurs effectifs de médecins augmenter sous cette hypothèse de rééquilibrage des *numerus clausus* régionaux.

En termes de densité médicale, celle des régions Île-de-France et PACA serait fortement réduite, passant respectivement de 425 à 289 et de 414 à 293 médecins pour 100 000 habitants entre 2002 et 2025, soit une baisse beaucoup plus prononcée que dans le scénario central. Leur densité médicale deviendrait alors très voisine de la moyenne nationale. À l’opposé, les régions Champagne-Ardenne, Nord - Pas-de-Calais, Auvergne, Basse-Normandie et Picardie dont les densités médicales sont aujourd’hui plus faibles que la moyenne verraient leur densité médicale augmenter. Il convient de noter que sans ce rééquilibrage (i.e. dans le scénario central), une hausse de la densité médicale n’était parmi ces 4 régions observée que pour Champagne-Ardenne, et avec une moindre ampleur. Au total, le rééquilibrage des *numerus clausus* régionaux aurait pour conséquence, toutes choses égales par ailleurs, un resserrement des densités médicales autour de la moyenne nationale pour la plupart des régions. Le Limousin, l’Aquitaine, l’Auvergne et Rhône-Alpes feraient exception à cette règle, dans la mesure où leur densité projetée en 2025 resterait (Aquitaine) ou deviendrait (pour les 3 autres régions) supérieure à la moyenne nationale. À l’opposé, le Centre et les Départements d’Outre-Mer conserveraient une densité médicale plus faible que la moyenne.

GRAPHIQUE 12

**SCÉNARIO 6 : DENSITÉS MÉDICALES ACTUELLES ET PROJETÉES
DANS L’HYPOTHÈSE DE RÉÉQUILIBRAGE DES *NUMERUS CLAUSUS* RÉGIONAUX**



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

La modification de la répartition régionale des places en deuxième année de médecine exercerait donc un effet potentiellement important sur les densités médicales. Mais cet instrument de régulation est pour partie théorique car il repose sur l'hypothèse d'une adaptation des capacités de formation des facultés aux objectifs fixés.

La mobilité à l'installation des médecins atténuée en outre les effets potentiels d'un tel rééquilibrage des *numerus clausus* régionaux. En effet, les régions à forte densité médicale sont aussi les plus attractives, et la diminution des places à l'entrée de la deuxième année de médecine peut se trouver en partie compensée par l'installation de médecins issus d'autres régions.

LE RÔLE ESSENTIEL DES COMPORTEMENTS DE MOBILITÉ À L'INSTALLATION

Le scénario central repose sur l'hypothèse que les comportements de mobilité des médecins lors de leur installation restent identiques à ceux qui ont été observés pour les générations de médecins diplômés après la réforme de l'internat en 1984. Concrètement, pour une région donnée, la projection centrale maintient les répartitions par région d'exercice des jeunes diplômés de chaque région telles qu'elles ont été constatées par le passé. Des clés de répartitions différentes sont à cet égard utilisées pour les hommes et les femmes, les généralistes et les spécialistes. En moyenne, 73 % des jeunes généralistes sont supposés exercer dans leur région de thèse lors de leurs premières années d'exercice, contre 63 % des spécialistes, et 68 % de l'ensemble des médecins.

Cette hypothèse de constance des comportements de mobilité en début de carrière est toutefois peu plausible, et ce, pour au moins deux raisons :

- La première raison est liée à la nouvelle réforme de l'internat : avec l'examen national classant, les futurs généralistes pourront être amenés à effectuer leur troisième cycle de médecine dans une autre région que leur région de deuxième cycle. Une fois diplômés, ils pourraient donc décider de revenir dans cette région de deuxième cycle, comportement qui n'avait pas lieu d'être précédemment.
- La seconde raison est liée à la forte modification attendue des densités médicales régionales. Le scénario central conduit en effet à ce que des régions réputées attractives comme PACA ou l'Île-de-France (les deux régions à la densité médicale la plus élevée en 2002), voient leur densité se rapprocher de la densité moyenne, et devenir inférieure à celle du Limousin ou de l'Auvergne par exemple. Dans un contexte de modification profonde des offres régionales, il est vraisemblable que les parts de diplômés choisissant de s'installer en Île-de-France ou en PACA augmentent.

S'il y a peu de doute que les comportements vont se modifier dans le futur, il reste très délicat de préciser dans quelle proportion. Aussi les variantes sur la mobilité qui ont été réalisées et sont commentées ci-après ont-elles plus vocation à illustrer la forte sensibilité des résultats aux hypothèses retenues qu'à dessiner des futurs probables.

UNE PLUS GRANDE MOBILITÉ DES GÉNÉRALISTES, À L'IMAGE DE CELLE DES SPÉCIALISTES, ACCROÎTRAIT LES DISPARITÉS RÉGIONALES

La première variante relative aux comportements de mobilité consiste à faire l'hypothèse que les généralistes qui seront soumis à un régime proche de celui que connaissaient déjà les spécialistes pour l'entrée en troisième cycle adopteront les comportements de mobilité de ces derniers. Cette variante ne modifie bien sûr que la répartition régionale du nombre de généralistes (et ni leur nombre total, ni la répartition ou le nombre des spécialistes). De manière générale, elle favorise les régions qui conservent actuellement davantage leurs spécialistes que leurs généralistes ou celles qui importent plus de spécialistes que de généralistes, l'effet total pour la région dépendant du solde de ces deux effets. C'est la région PACA qui se trouverait la plus favorisée (en termes relatifs) par cette modification de la mobilité des généralistes en début de carrière. En effet, cela lui permettrait d'avoir un peu plus de 1 000 généralistes supplémentaires à l'horizon 2025, soit 13 % de généralistes ou 7 % de médecins en plus que dans le scénario central. La diminution du nombre total de médecins dans cette région entre 2002 et 2025 serait alors réduite à -9 % (contre -15 % dans le scénario central). Cette amélioration due à la modification de la mobilité des généralistes apparaît avant tout liée à l'attraction des médecins diplômés des autres régions. En effet, toujours d'après les hypothèses du modèle, 4,3 % des spécialistes diplômés dans les autres régions s'installent chaque année en PACA, alors que c'est seulement le cas de 2,7 % des généralistes diplômés en PACA dans les autres régions¹¹. Le cas de l'Île-de-France (ou du Languedoc-Roussillon) est assez proche, dans la mesure où ces régions ont des capacités d'attraction importantes et sont donc susceptibles de susciter une mobilité accrue de la part de généralistes ayant achevé leur formation ailleurs. Au contraire, DOM mis à part, la Bourgogne serait dans cette variante la région ayant la plus forte baisse relative du nombre de médecins (-10 % de médecins en moins par rapport au scénario central). Cette région retient en effet une faible proportion de ses spécialistes (41 % des diplômés des dix dernières années exerçant dans la région). Poitou-Charentes est également dans une configuration proche.

Au total, l'augmentation globale de la mobilité induite par ce scénario contribuerait à accroître les disparités régionales de densité par rapport au scénario central.

11. L'écart en points peut paraître faible, mais il est appliqué à des effectifs importants (l'ensemble des diplômés des autres régions).

TABLEAU 6

SCÉNARIO 7 : MOBILITÉ À L'INSTALLATION DES GÉNÉRALISTES ÉGALE À CELLE DES SPÉCIALISTES

Régions	Total médecins					Dont généralistes			
	Effectifs projetés en 2025 dans le scénario n° 7	Écart en 2025 entre le scénario n° 7 et le scénario central (en nombre de médecins)	Écart relatif en 2025 entre le scénario n° 7 et le scénario central	Évolution de 2002 à 2025	Densité en 2025 dans le scénario n° 7	Effectifs projetés en 2025 dans le scénario n° 7	Écart en 2025 entre le scénario n° 7 et le scénario central (en nombre de médecins)	Écart relatif en 2025 entre le scénario n° 7 et le scénario central	Évolution de 2002 à 2025
PACA et Corse	18 362	1 137	7%	-9%	332	9 606	1 122	13%	2%
Languedoc-Roussillon	8 330	393	5%	-7%	284	4 158	385	10%	-5%
Île-de-France	38 017	1 599	4%	-19%	325	20 924	1 621	8%	1%
Rhône-Alpes	20 147	550	3%	5%	314	11 066	550	5%	19%
Limousin	2 422	42	2%	2%	354	1 272	36	3%	1%
Alsace	5 856	58	1%	-4%	287	3 010	58	2%	4%
Midi-Pyrénées	8 377	85	1%	-13%	286	4 216	77	2%	-9%
Bretagne	8 605	-35	0%	-5%	267	4 106	-26	-1%	-11%
Aquitaine	10 671	-102	-1%	2%	332	6 313	-101	-2%	26%
Nord - Pas-de-Calais	11 471	-139	-1%	-2%	284	5 842	-138	-2%	-10%
Pays de la Loire	8 847	-225	-2%	-2%	239	4 119	-221	-5%	-13%
Lorraine	5 863	-159	-3%	-15%	264	3 024	-154	-5%	-13%
Centre	5 448	-216	-4%	-18%	210	2 783	-209	-7%	-17%
Haute-Normandie	4 409	-175	-4%	-9%	239	2 000	-174	-8%	-20%
Champagne-Ardenne	3 427	-207	-6%	-7%	267	1 742	-211	-11%	-12%
Picardie	4 481	-310	-6%	-7%	232	2 246	-316	-12%	-16%
Basse-Normandie	3 480	-281	-7%	-11%	237	1 644	-278	-14%	-17%
Franche-Comté	2 856	-230	-7%	-13%	251	1 365	-230	-14%	-21%
Auvergne	3 594	-360	-9%	-7%	287	1 798	-354	-16%	-14%
Poitou-Charentes	4 238	-437	-9%	-13%	241	2 112	-438	-17%	-20%
Bourgogne	3 693	-425	-10%	-19%	233	1 927	-428	-18%	-22%
DOM	3 376	-561	-14%	-16%	146	1 846	-571	-24%	-15%
France entière	185 966	0	0%	-9%	283	97 119	0	0%	-3%

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

**LE MAINTIEN DU NOMBRE ACTUEL DE MÉDECINS EN ÎLE-DE-FRANCE
ET EN PACA FERAIT DIMINUER DE 14 % CELUI DES AUTRES RÉGIONS**

Comme le scénario central, la variante ci-dessus se traduit toutefois encore par une baisse prononcée du nombre de médecins dans les deux régions ayant actuellement la densité médicale la plus forte, à savoir l'Île-de-France et PACA. À titre de deuxième variante, on peut envisager une hypothèse plus extrême selon laquelle les comportements de mobilité des médecins se modifieraient de manière à ce que les effectifs de médecins en Île-de-France et en PACA conservent leurs valeurs actuelles. Ceci correspondrait à une hypothèse dans laquelle en raison de la forte attractivité de ces deux zones, tous les médecins de ces régions seraient remplacés lors de leur départ en retraite. L'Île-de-France compterait alors en 2025 environ 11 000 médecins de plus que dans le scénario central, et PACA 3 000. Les effectifs de médecins des autres régions seraient eux inférieurs de 14 000 soit un écart de 10 % avec le scénario central : la réduction du nombre de médecins dans les autres régions entre 2002 et 2025 passerait alors de 4 % dans le scénario central à 14 % dans cette variante. Cette diminution resterait toutefois inférieure en valeur relative à celles prévues pour l'Île-de-France (23 %) et PACA (15 %) dans le scénario central, les résultats étant de même nature en termes de densité.

TABLEAU 7

SCÉNARIO 8 : MAINTIEN DU NOMBRE DE MÉDECINS EN ÎLE-DE-FRANCE ET PACA

		Scénario central	Scénario n° 8	Écart entre le scénario n° 8 et le scénario central (en nombre de médecins)	Écart relatif entre le scénario n° 8 et le scénario central	Évolution dans le scénario central	Évolution dans le scénario n° 8
Année	2002	2025	2025	2025	2025	2025/2002	2025/2002
Effectifs							
PACA et Corse	20 236	17 225	20 236	3 011	17 %	-15 %	0 %
IDF	47 127	36 418	47 127	10 709	29 %	-23 %	0 %
Autres régions	137 822	132 323	118 603	-13 720	-10 %	-4 %	-14 %
Total	205 185	185 966	185 966	0	0 %	-9 %	-9 %
Densités							
PACA et Corse	414	311	365	54	17 %	-25 %	-12 %
IDF	425	311	403	91	29 %	-27 %	-5 %
Autres régions	304	273	244	-28	-10 %	-10 %	-20 %
Total	335	283	283	0	0 %	-16 %	-16 %

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

SCÉNARIO 9

L'ABSENCE DE MOBILITÉ À L'INSTALLATION NE RÉDUIRAIT
GUÈRE LES DISPARITÉS ENTRE RÉGIONS SANS UN RÉÉQUILIBRAGE
DES *NUMERUS CLAUSUS* RÉGIONAUX

Les deux variantes précédentes démontrent si besoin est la forte influence des hypothèses concernant les comportements de mobilité sur les effectifs futurs des médecins par région. Une autre manière de voir l'influence de ce facteur est d'examiner comment se modifierait le nombre de médecins sous l'hypothèse d'absence totale de mobilité, ce qui se produirait par exemple si les jeunes diplômés étaient tenus de s'installer dans leur région de formation. La variante qui en résulte apparaît bien sûr elle aussi comme une hypothèse extrême, qui ne pourrait que résulter d'une action volontariste du régulateur. En effet, elle nécessiterait d'une part une modification très importante, et donc peu crédible, des comportements de mobilité. D'autre part, compte tenu des autres hypothèses retenues, elle impliquerait que le nombre de médecins s'installant dans chaque région soit proche du *numerus clausus* fixé pour cette région. Or la répartition actuelle de ces *numerus clausus* n'est que partiellement liée aux différences observées en termes de densité médicale, et reflète pour une large part les capacités de formation des différentes régions¹². Par exemple, le *numerus clausus* de l'Île-de-France est important car cette région forme une proportion importante des médecins des régions limitrophes¹³. De fait, dans une variante sans mobilité à l'installation, le Centre verrait par exemple son nombre de médecins baisser fortement par rapport au scénario central (-12 %), avec une évolution du nombre de ses médecins entre 2002 et 2025 passant de -15 % dans le scénario central à -25 % en l'absence de mobilité à l'installation. Si l'on excepte les DOM¹⁴, la région qui subirait la plus forte variation relative de son nombre de médecins serait toutefois PACA, dont le nombre de médecins en 2025 serait inférieur de 16 % en l'absence de mobilité à celui du scénario central. Le Centre et PACA ont en effet en commun de recevoir plus de généralistes et de spécialistes qu'elles n'en perdent du fait de la mobilité des jeunes diplômés en début de carrière. À l'inverse, l'absence de mobilité favoriserait en premier lieu le Limousin. En effet, la mobilité en début de carrière fait perdre au Limousin 42 % de ses diplômés en médecine générale, et 50 % de ses diplômés en médecine spécialisée, sans que les arrivées en provenance des autres régions ne compensent ces départs. L'absence de mobilité en début de carrière conduirait toutefois globalement à une augmentation forte des inégalités régionales de densité médicale en métropole : alors que dans le scénario central celles-ci varieraient en 2025 de 218 (Centre) à 348 médecins pour 100 000 habitants (Limousin), en l'absence de mobilité cette fourchette passerait (pour les mêmes régions) de 192 à 444.

Une action visant à privilégier l'installation des médecins dans leur région de formation n'irait donc dans le sens d'une réduction des disparités de densités médicales régionales que si elle était combinée à un rééquilibrage des *numerus clausus* attribués à chaque région au début des études de médecine (cf. scénario 6).

12. Ainsi, si l'on rapporte le nombre de places des *numerus clausus* régionaux 2004 aux populations des régions, l'Île-de-France (avec 115 places ouvertes pour 100 000 habitants) et le Limousin (142 places) apparaissent très bien loties, à l'inverse du Centre (58 places). Avec 79 places pour 100 000 habitants, la région PACA apparaît également dans une situation inférieure à la moyenne (90).

13. NIEL (X.), « Les facteurs qui influencent la démographie médicale au niveau régional », *Cahiers de Sociologie et de Démographie médicale*, XXXI^e année, n° 2, p. 141-172, avril-juin 2001.

14. La forte variation du nombre de médecins dans les DOM découle du fait que le modèle ne génère pas de diplômés dans les DOM : en l'absence de mobilité à l'installation, ces derniers n'accueillent donc pas de nouveaux médecins.

TABLEAU 8

SCÉNARIO 9 : ABSENCE DE MOBILITÉ À L'INSTALLATION

Régions	Effectifs projetés en 2025 dans le scénario n° 9	Écart en 2025 entre le scénario n° 9 et le scénario central (en nombre de médecins)	Écart relatif en 2025 entre le scénario n° 9 et le scénario central	Évolution de 2002 à 2025 dans le scénario n° 9	Densité en 2025 dans le scénario n° 9 (pour 100 000 habitants)
Limousin	3 040	660	28%	29%	444
Franche-Comté	3 537	450	15%	8%	311
Ile-de-France	41 710	5 292	15%	-11%	356
Lorraine	6 737	715	12%	-2%	304
Champagne-Ardenne	3 999	365	10%	9%	312
Nord-Pas-de-Calais	12 773	1 163	10%	9%	317
Alsace	6 254	456	8%	3%	307
Bourgogne	4 418	301	7%	-3%	279
Haute-Normandie	4 824	240	5%	0%	262
Aquitaine	11 251	478	4%	8%	350
Basse-Normandie	3 919	158	4%	0%	267
Auvergne	4 001	47	1%	3%	320
Picardie	4 627	-164	-3%	-4%	240
Rhône-Alpes	18 914	-683	-3%	-1%	295
Bretagne	8 022	-617	-7%	-12%	249
Pays de la Loire	8 456	-616	-7%	-7%	229
Poitou-Charentes	4 280	-395	-8%	-12%	243
Midi-Pyrénées	7 533	-759	-9%	-22%	257
Centre	4 973	-690	-12%	-25%	192
Languedoc-Roussillon	6 985	-952	-12,0%	-22%	238
PACA et Corse	14 479	-2 747	-16%	-28%	261
DOM	1 234	-2 703	-69%	-69%	53
France entière	185 966	0	0%	-9%	283

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

Annexe
RÉSULTATS DÉTAILLÉS
DU SCÉNARIO CENTRAL

TABLEAU 1

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE MÉDECINS PAR RÉGION DE 2002 À 2025 DANS LE SCÉNARIO CENTRAL

Régions	2002	2005	2010	2015	2020	2025
Alsace	6 092	6 300	6 262	6 056	5 933	5 797
Aquitaine	10 445	10 888	10 882	10 553	10 569	10 773
Auvergne	3 877	3 997	3 995	3 891	3 880	3 954
Bourgogne	4 535	4 651	4 596	4 373	4 197	4 118
Bretagne	9 097	9 378	9 328	8 930	8 709	8 639
Basse-Normandie	3 922	4 083	4 117	3 945	3 827	3 761
Centre	6 632	6 765	6 629	6 231	5 886	5 663
Champagne-Ardenne	3 677	3 837	3 823	3 665	3 606	3 634
DOM	4 021	4 052	4 018	3 899	3 922	3 937
Franche-Comté	3 279	3 447	3 442	3 279	3 153	3 086
Haute-Normandie	4 835	5 018	4 998	4 779	4 651	4 585
Île-de-France	47 127	45 993	44 165	41 290	38 520	36 418
Languedoc-Roussillon	8 929	9 109	8 973	8 497	8 170	7 937
Limousin	2 366	2 472	2 480	2 414	2 377	2 380
Lorraine	6 878	7 102	7 020	6 609	6 306	6 022
Midi-Pyrénées	9 637	9 846	9 670	9 033	8 546	8 292
Nord - Pas-de-Calais	11 748	12 113	12 065	11 766	11 725	11 610
PACA et Corse	20 236	20 431	20 094	18 984	17 944	17 225
Poitou-Charentes	4 853	5 072	5 082	4 854	4 724	4 675
Picardie	4 804	5 066	5 081	4 904	4 855	4 791
Pays de la Loire	9 050	9 470	9 537	9 228	9 091	9 073
Rhône-Alpes	19 147	19 746	19 894	19 559	19 508	19 597
France entière	205 185	208 832	206 148	196 737	190 099	185 966

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

TABLEAU 2

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE GÉNÉRALISTES PAR RÉGION DE 2002 À 2025 DANS LE SCÉNARIO CENTRAL

Régions	2002	2005	2010	2015	2020	2025
Alsace	2 902	3 067	3 065	2 984	2 962	2 952
Aquitaine	4 991	5 410	5 559	5 670	5 999	6 414
Auvergne	2 095	2 144	2 125	2 083	2 094	2 152
Bourgogne	2 455	2 554	2 541	2 464	2 394	2 355
Bretagne	4 601	4 708	4 619	4 388	4 232	4 132
Basse-Normandie	1 992	2 105	2 110	2 029	1 968	1 922
Centre	3 373	3 469	3 398	3 230	3 078	2 993
Champagne-Ardenne	1 985	2 083	2 063	1 975	1 944	1 953
DOM	2 167	2 213	2 229	2 231	2 341	2 417
Franche-Comté	1 726	1 851	1 853	1 753	1 666	1 594
Haute-Normandie	2 495	2 574	2 522	2 397	2 283	2 173
Île-de-France	20 697	20 629	20 374	19 919	19 511	19 303
Languedoc-Roussillon	4 388	4 458	4 364	4 115	3 915	3 773
Limousin	1 256	1 316	1 326	1 292	1 254	1 237
Lorraine	3 494	3 617	3 588	3 418	3 311	3 178
Midi-Pyrénées	4 640	4 785	4 732	4 444	4 235	4 139
Nord - Pas-de-Calais	6 499	6 648	6 468	6 237	6 122	5 980
PACA et Corse	9 445	9 559	9 457	9 066	8 709	8 484
Poitou-Charentes	2 647	2 787	2 788	2 675	2 591	2 550
Picardie	2 674	2 835	2 799	2 668	2 617	2 562
Pays de la Loire	4 726	4 952	4 913	4 656	4 457	4 340
Rhône-Alpes	9 294	9 625	9 851	9 973	10 220	10 516
France entière	100 541	103 386	102 742	99 665	97 901	97 119

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

TABLEAU 3

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE SPÉCIALISTES PAR RÉGION DE 2002 À 2025 DANS LE SCÉNARIO CENTRAL

Régions	2002	2005	2010	2015	2020	2025
Alsace	3 191	3 233	3 197	3 072	2 971	2 845
Aquitaine	5 454	5 479	5 323	4 884	4 570	4 359
Auvergne	1 782	1 853	1 870	1 808	1 786	1 802
Bourgogne	2 080	2 097	2 055	1 909	1 803	1 763
Bretagne	4 497	4 670	4 709	4 542	4 477	4 507
Basse-Normandie	1 930	1 978	2 007	1 916	1 859	1 839
Centre	3 259	3 295	3 232	3 001	2 808	2 671
Champagne-Ardenne	1 692	1 754	1 760	1 690	1 662	1 681
DOM	1 854	1 839	1 789	1 669	1 581	1 520
Franche-Comté	1 553	1 596	1 589	1 526	1 487	1 492
Haute-Normandie	2 340	2 444	2 476	2 382	2 368	2 411
Île-de-France	26 430	25 364	23 791	21 371	19 009	17 115
Languedoc-Roussillon	4 540	4 650	4 609	4 382	4 256	4 164
Limousin	1 109	1 156	1 154	1 122	1 123	1 143
Lorraine	3 384	3 485	3 432	3 191	2 996	2 844
Midi-Pyrénées	4 997	5 061	4 938	4 589	4 311	4 153
Nord - Pas-de-Calais	5 249	5 465	5 597	5 529	5 603	5 630
PACA et Corse	10 791	10 872	10 637	9 918	9 235	8 741
Poitou-Charentes	2 206	2 285	2 294	2 179	2 133	2 125
Picardie	2 130	2 231	2 282	2 236	2 238	2 229
Pays de la Loire	4 324	4 518	4 624	4 572	4 634	4 733
Rhône-Alpes	9 854	10 121	10 043	9 586	9 288	9 081
France entière	104 645	105 446	103 406	97 072	92 198	88 847

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

TABLEAU 4

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE MÉDECINS PAR SPÉCIALITÉ DE 2002 À 2025 DANS LE SCÉNARIO CENTRAL

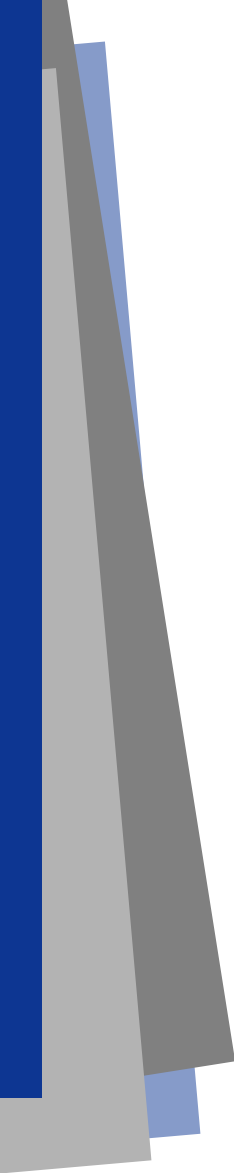
Spécialités	2002	2005	2010	2015	2020	2025
Médecine générale	100 541	103 386	102 742	99 665	97 901	97 119
Anatomie-cyto pathologie	1 628	1 613	1 607	1 592	1 574	1 549
Anesthésie réanimation	10 358	10 523	10 408	9 605	9 120	9 069
Dermatologie vénéréologie	4 014	4 087	4 013	3 788	3 479	3 131
Endocrinologie et métabolismes	1 395	1 492	1 599	1 679	1 737	1 740
Gastro-entérologie hépatologie	3 322	3 458	3 540	3 537	3 549	3 476
Médecine interne	2 462	2 318	2 130	1 889	1 784	1 822
Neurologie	1 729	1 819	1 920	1 976	2 008	2 007
Pathologie cardiovasculaire	5 901	5 969	5 893	5 683	5 529	5 319
Pédiatrie	6 620	6 742	6 777	6 638	6 869	7 182
Pneumologie	2 653	2 733	2 790	2 765	2 685	2 602
Radiologie	8 208	8 237	7 953	7 351	6 725	6 042
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	1 915	1 929	1 847	1 646	1 469	1 351
Rhumatologie	2 644	2 643	2 593	2 451	2 283	2 105
Autres spécialités médicales*	4 277	4 333	4 241	3 853	3 492	3 200
Chirurgie**	10 668	10 841	10 670	10 328	10 387	10 482
Gynécologie-obstétrique	5 342	5 456	5 652	5 508	5 476	5 472
Ophthalmologie	5 502	5 394	5 113	4 575	3 870	3 121
ORL	3 015	2 972	2 842	2 612	2 335	2 074
Biologie médicale	3 109	3 172	3 090	3 061	3 136	3 079
Psychiatrie	13 727	13 313	12 465	11 008	9 630	8 816
Médecine du travail et santé publique	6 153	6 404	6 262	5 528	5 064	5 208
Total	205 185	208 832	206 148	196 737	190 099	185 966

*gynécologie médicale, génétique médicale, hématologie, médecine nucléaire, néphrologie, oncologie médicale.

**chirurgie générale, infantile, maxillo-faciale, orthopédique et traumatologique, plastique reconstructrice et esthétique, thoracique et cardiaque, urologique, vasculaire, viscérale, neurochirurgie, stomatologie.

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

Conception réalisation : La Souris 01 45 21 09 61



L'Observatoire national de la démographie des professions de santé livre au public, avec ce rapport 2004, sa première publication depuis son installation en juin 2003. Ce rapport comporte une *Synthèse générale* et quatre tomes thématiques.

À la croissance des effectifs des professionnels de santé observée ces dernières années devrait succéder une période de repli préoccupante. Les départs à la retraite seront importants et les flux de formation ne garantissent pas, à ce jour, le renouvellement de l'ensemble des professions. Les disparités constatées entre les territoires et entre les structures d'exercice ne semblent pas devoir se corriger. Pour élargir son diagnostic, l'Observatoire complète les données émanant des administrations statistiques par celles de professionnels et d'experts nationaux et régionaux.

Chaque tome rend compte des résultats du travail de collaboration accompli tout au long de cette année, au sein du conseil d'orientation et des comités régionaux.

Le tome 1, *Les effectifs et l'activité des professionnels de santé*, met en regard l'ensemble des données quantitatives disponibles sur les effectifs avec les données sur les conditions d'exercice et l'évolution des métiers.

Le tome 2, *Les médecins : projections démographiques à l'horizon 2025*, présente les résultats des projections, réalisées selon plusieurs scénarios concernant la répartition des médecins, par région et par spécialité.

Le tome 3, *Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale*, fournit un état des lieux qui prend en compte les effectifs et les conditions de travail et d'exercice.

Le tome 4, *Démographie régionale de 5 professions de santé de premier recours*, décrit, par canton, la situation des différentes régions pour cinq professions : les médecins généralistes, les pharmaciens d'officine, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, et en propose des synthèses régionales.

L'ONDPS, Observatoire national de la démographie des professions de santé comporte :

- un conseil d'orientation composés 10 membres : personnalités qualifiées et représentants des administrations ;
- 26 comités régionaux composés de 10 membres : 5 membres de droit (DRASS, ARH, URCAM, ORS, URML) et 5 personnalités qualifiées.

L'ONDPS remplit quatre missions :

- rassembler et analyser les connaissances relatives à la démographie des professionnels de santé ;
- fournir un appui méthodologique à la réalisation d'études régionales et locales sur ce thème ;
- synthétiser et diffuser les travaux d'observation, d'études et de prospective réalisés, notamment au niveau régional ;
- promouvoir les initiatives et études de nature à améliorer la connaissance des conditions d'exercice des professionnels et de l'évolution de leurs métiers, dans le cadre des différents modes d'accès aux soins. Chaque année, il doit présenter les données recueillies dans un rapport public.

ONDPS

8 bis, rue de Châteaudun
75 009 Paris
Téléphone : 01 44 53 32 82
Téléphone : 01 40 56 82 32
Site www.sante.gouv.fr

La Documentation Française

29-31, quai Voltaire
75344 Paris Cedex 07
Téléphone 01 40 15 70 00
www.ladocumentationfrancaise.fr

Prix des 5 volumes : 48 €


Ces ouvrages ne peuvent être vendus séparément

SICOM n° 04 144

DF 57643-3

ISBN : 2-11-005783-1

Imprimé en France



3

Le rapport 2004

ANALYSE DE TROIS PROFESSIONS • Sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale

TOME 3

ANALYSE DE
TROIS PROFESSIONS
sages-femmes, infirmières,
manipulateurs
d'électroradiologie médicale

Le rapport 2004

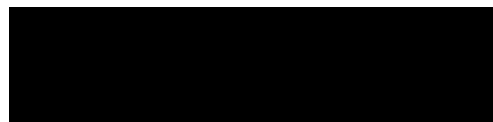


Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



ONDPS



TOME 3

ANALYSE DE
TROIS PROFESSIONS
sages-femmes, infirmières,
manipulateurs
d'électroradiologie médicale

Le rapport 2004



Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



TOME 3

**ANALYSE
DE TROIS
PROFESSIONS**

TABLE DES MATIÈRES

SAGES-FEMMES

*Fabienne Midy (ANAES), Sophie Condinguy (IRDES), Marie-Laure Delamaire (IRDES),
Renaud Legal (IRDES), Dominique Polton (IRDES)*

11 DÉMOGRAPHIE DE LA PROFESSION

- 11 Effectifs en 2003
- 12 *Répartition selon le statut et le secteur d'activité*
- 13 *Rapport homme/femme*
- 13 *Répartition des âges*
- 14 Évolution démographique
- 14 *Les principaux facteurs de l'évolution démographique*
- 15 *La croissance des effectifs a profité récemment au secteur libéral*
- 16 *Scénario démographique futur*

18 LA DIFFICILE ÉQUATION DE LA PÉNURIE

- 18 Les manifestations de la pénurie
- 20 Facteurs conjoncturels explicatifs possibles
- 20 *Évolution de la natalité en France*
- 21 *La démographie des gynéco-obstétriciens*
- 21 *L'évolution de l'activité des sages-femmes*
- 23 *L'organisation et la réduction du temps de travail*
- 24 *Les choix professionnels des sages-femmes*
- 25 Évaluation des besoins en sages-femmes : quels indicateurs proposer ?
- 25 *Indicateurs administratifs*
- 27 *Indicateurs de besoins calculés sur l'activité*

31 TRAJECTOIRES ET MOBILITÉ PROFESSIONNELLE

- 31 Déterminants du choix de la structure ou mode d'exercice
- 32 Trajectoires et mobilité professionnelle

35 PRATIQUES ET ACTIVITÉS

- 35 Les établissements hospitaliers
- 35 *Pratiques et contenu du travail au travers des entretiens*
- 36 *L'organisation entre les différents secteurs des services de maternité*
- 37 *L'activité en fonction des actes réalisés*
- 42 Le secteur libéral
- 44 Les sages-femmes en PMI

45 CONDITIONS DE TRAVAIL

50 LISTE DES PARTICIPANTS AU GROUPE DE TRAVAIL

INFIRMIÈRES

Dominique Polton (IRDES), Marie-Laure Delamaire (IRDES), Fabienne Midy (ANAES)

54 DÉMOGRAPHIE ACTUELLE DE LA PROFESSION ET ÉVOLUTION PASSÉE

- 54 Environ 460 000 infirmières en exercice au 1^{er} janvier 2004, dont 320 000 dans les hôpitaux et cliniques
- 56 Des effectifs en croissance régulière, assez soutenue sur les dernières années...
- 57 ... mais à nuancer si on prend en compte le temps de travail
- 57 *L'impact du temps partiel*
- 58 *L'impact de la RTT*
- 60 Une profession qui reste massivement féminine et a sensiblement vieilli depuis vingt ans
- 61 Une implantation très inégale sur le territoire et un creusement des écarts

63 Y A-T-IL PÉNURIE D'INFIRMIÈRES ET POURQUOI ?

- 63 De nombreux éléments attestent des tensions sur le marché du travail et de la difficulté à pourvoir les besoins en main-d'œuvre
- 64 Il est très difficile d'avoir une approche quantifiée du besoin en main-d'œuvre dans cette profession
- 64 *Le décompte des postes vacants dans les établissements*
- 67 *Les besoins liés à la RTT*
- 67 *Les besoins en infirmières libérales*
- 69 *Progresser vers une réelle approche des besoins*
- 70 **Les facteurs explicatifs de la pénurie**
- 70 *« On ne forme pas assez de professionnels » est un argument souvent évoqué*
- 70 *« On en forme assez mais ils quittent le métier très vite » est une deuxième explication fréquemment entendue*
- 71 *La réduction du temps de travail a créé un besoin d'effectifs massif et immédiat et a accentué les tensions liées à l'organisation*
- 73 *Au-delà de cet élément conjoncturel, des causes plus structurelles expliquent des tensions croissantes*
- 74 **Les mesures mises en œuvre pour résorber la pénurie**

76 LES PERSPECTIVES

- 76 Des départs à la retraite importants dans les années à venir
- 76 Mais plus que compensés par les flux d'entrée si on maintient le quota de formation actuel
- 77 Éléments de prospective sur les besoins et le rééquilibrage entre l'offre et la demande

- 78 À quel horizon peut-on anticiper un rééquilibrage?
79 À plus long terme, différents facteurs d'évolution des besoins

82 LES TRAJECTOIRES PROFESSIONNELLES ET LEUR ÉVOLUTION

- 82 Le choix de la profession d'infirmière et l'attractivité du métier
84 Les déroulements de carrière
84 *Des débuts de carrière à l'hôpital*
84 *Une mobilité croissante entre secteurs*
86 *Les déroulements de carrière possibles dans le secteur hospitalier et médico-social*
87 *Des trajectoires diversifiées, des tendances d'évolution mal connues*
88 *Le choix de l'exercice libéral*
89 Les durées de carrière
90 Résumé sur les tendances d'évolution et les enjeux pour l'avenir pour la profession

91 DÉBATS ET PERSPECTIVES SUR LES PRATIQUES ET LE CONTENU DU MÉTIER

- 91 Des segmentations multiples
91 *Des secteurs différents, des contenus de métiers différents*
92 *Infirmière « relationnelle » et infirmière « technicienne »*
93 *Infirmière spécialisée ou infirmière généraliste ?*
94 Des frontières en redéfinition, des contenus de tâches en évolution
94 *Organisation, qualité, procédures : de nouvelles tâches*
94 *Des frontières de compétence en débat*
95 *La problématique des délégations de tâches entre médecins et infirmiers*
97 Vers de nouveaux métiers ?

98 CONDITIONS DE TRAVAIL ET SATISFACTION AU TRAVAIL

- 98 Le milieu hospitalier, des conditions de travail globalement plus éprouvantes que dans d'autres secteurs
100 Les infirmières sont fortement soumises à la plupart des contraintes
101 Les rythmes de travail, les efforts d'attention, le poids de la hiérarchie sont les éléments qui ont le plus évolué sur les cinq dernières années
102 Un environnement de travail perçu comme moins favorable dans le public
103 Le désir de quitter la profession apparaît plus lié à des aspects psychologiques que matériels
103 La situation française apparaît un peu moins favorable que celle d'autres pays européens

105 LISTE DES PARTICIPANTS AU GROUPE DE TRAVAIL

MANIPULATEURS D'ÉLECTRORADIOLOGIE MÉDICALE

Dominique Polton (IRDES)

109 LA DÉMOGRAPHIE DES MANIPULATEURS ÉLECTRORADIOLOGISTES ET SON ÉVOLUTION

- 109 Les secteurs d'activité
- 110 Les caractéristiques démographiques de la profession
- 111 Les secteurs d'activité
- 111 Des disparités régionales en lien avec l'implantation des radiologues
- 112 L'évolution des effectifs

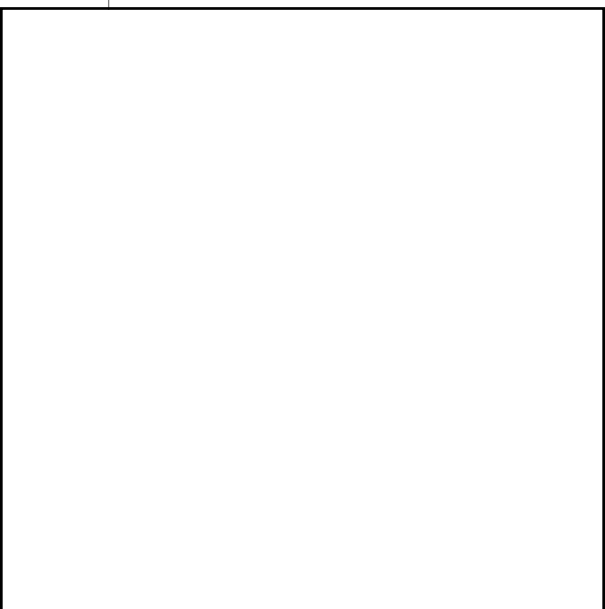
113 UN DÉSÉQUILIBRE ENTRE L'OFFRE ET LES BESOINS QUI RISQUE DE S'AGGRAVER DANS UN AVENIR PROCHE

- 114 Les facteurs explicatifs de la pénurie actuelle
- 114 *L'impact de la RTT*
- 114 *L'évolution du parc d'équipements et ses conséquences sur les besoins en effectifs*
- 117 Perspectives
- 117 *Les départs à la retraite*
- 118 *Le solde prévisionnel des entrées et des sorties*
- 119 *L'évolution des besoins hors remplacements des départs à la retraite*
- 119 *L'accroissement nécessaire des capacités de formation*
- 119 *L'attractivité de la profession*

121 PERSPECTIVES ET ENJEUX CONCERNANT LE CONTENU DU MÉTIER ET LA FORMATION

- 121 De nouveaux développements possibles
- 121 Le maintien d'une profession unique ?
- 122 L'enjeu de la formation

**LA PROFESSION
DE SAGE-FEMME**



EN France, la profession de sage-femme est une profession médicale, avec un droit de diagnostic et de prescription pour ce qui relève de la physiologie. Il s'agit d'une profession ordinale¹, réglementée par le Code de la santé publique et un Code de déontologie. À ce titre, elle est « protégée » en interdisant à toute personne non titulaire du diplôme d'État de sage-femme et ne remplissant pas les conditions prévues par la loi et le règlement de pratiquer les actes réservés à cette profession. La nature exclusive de leur compétence ne s'applique pas aux titulaires du diplôme de docteur en médecine.

Par rapport à d'autres professions de la santé (infirmières, médecins), la profession de sage-femme est assez mal connue. Ce rapport a donc pour objectif de dresser un état des lieux quantitatif et qualitatif de la profession sur les thèmes de la démographie – y compris sur la question épineuse de la pénurie –, des carrières et trajectoires, des pratiques et des conditions de travail. Pour répondre à cet objectif, peu de données sont disponibles en dehors des données de recensement contenues dans le fichier ADEL de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé et de la Protection sociale, le fichier du Conseil national de l'ordre des sages-femmes (CNOSF) et le fichier SNIR de la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Dans le cadre de la mission qui lui a été confiée par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES)² s'est associé au CNOSF pour mener une enquête nationale sur les pratiques, les trajectoires et les conditions de travail des sages-femmes en France (enquête SF2004). Le questionnaire a été élaboré dans le cadre d'un groupe de travail réunissant des représentants de plusieurs directions du ministère de la Santé, du département statistique de la CNAMTS, du CNOSF, ainsi que des chercheurs (IRDES, DIES) et des sages-femmes en activité (hôpital, libéral, PMI).

Début 2004, 16 916 questionnaires ont été adressés aux sages-femmes inscrites au CNOSF ; 6 997 questionnaires ont été retournés, soit un taux de réponse de 41,36 %.

Ce questionnaire a été complété par l'audition de neuf acteurs de terrain et par les échanges avec le groupe de travail susmentionné.

1. Entre 1945 et 1947, le législateur a confié à des ordres professionnels le soin d'exercer un contrôle sur l'accès à diverses professions et sur leurs conditions d'exercice. C'est ainsi que de nombreuses professions réglementées ont été dotées d'un ordre, dont les sages-femmes.

2. Anciennement CREDES, Centre de recherche, d'études et de documentation, en économie de la santé.

D

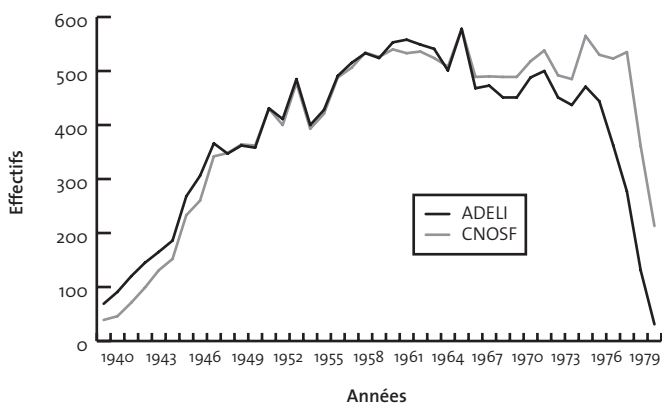
émographie de la profession

Deux sources de données existent sur l'ensemble de la profession sage-femme : le répertoire ADELI (DREES) et le fichier du CNOF. D'autres sources partielles sont aussi disponibles : le SNIR (CNAMTS, uniquement professions libérales), l'enquête emploi (INSEE), l'enquête SAE (DREES). Les données présentées par ces sources ne sont pas alignées car les modes de recueil et les incitations à l'inscription ou à la désinscription à ces fichiers diffèrent.

Effectifs en 2003

En janvier 2004, le répertoire ADELI affiche 16 134 sages-femmes en France métropolitaine (16 765 France entière hors TOM), soit une progression de 3 % par rapport à janvier 2003. Au 31 décembre 2003, le CNOF recense 16 054 sages-femmes, France entière hors TOM.

NOMBRE DE SAGES-FEMMES ACTIVES EN 2003 EN FONCTION DE L'ANNÉE DE NAISSANCE
DIFFÉRENCES ENTRE LES FICHIERS ADELI ET CNOF



On observe sur le graphique ci-après que les différences entre ces deux sources se manifestent principalement aux âges d'inscription et de désinscription. L'inscription est obligatoire au moment de l'installation pour ces deux organismes, mais doit se faire en premier lieu au CNOF pour avoir le droit d'exercer. Par ailleurs, les sages-femmes ont une incitation forte à se désinscrire du CNOF au moment de leur retrait d'activité pour ne plus

s'acquitter de leur cotisation. En revanche, la fiabilité du fichier du CNOSF n'est pas assurée avant 2003 – date d'un travail important de nettoyage du fichier – et il souffre de problèmes de transmission des informations entre le niveau local, où s'adressent les sages-femmes pour signaler tout changement, et le niveau national.

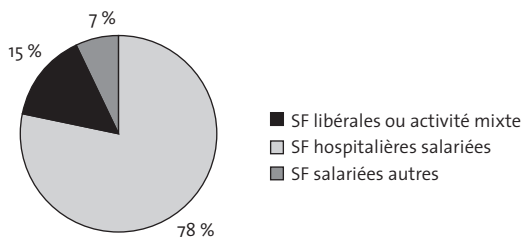
Pour les données provenant du fichier ADEL (France métropolitaine), la densité de sages-femmes est estimée à 26 pour 100 000 habitants en 2003. Si on ramène le nombre de sages-femmes au nombre de femmes de 20 à 40 ans (qui représentent 96 % des naissances en 2003), on observe une densité de 184 pour 100 000.

■ ■ Répartition selon le statut et le secteur d'activité

■ SECTEUR LIBÉRAL VERSUS SECTEUR SALARIÉ

En janvier 2004, ADEL recense 2 359 sages-femmes inscrites en tant que libérales (France métropolitaine). En décembre 2003, le CNOSF en recense 1 780 en activité libérale exclusive (France entière hors TOM) et le fichier SNIR en dénombre 1 885 actives à part entière (APE³; France métropolitaine). Le secteur libéral représenterait donc entre 11 % (activité libérale exclusive) et 15 % (activité libérale exclusive ou mixte) des sages-femmes en activité.

RÉPARTITION DES SAGES-FEMMES SELON LEUR STATUT (ADEL, JANVIER 2004, FRANCE MÉTROPOLITAINE)



SOURCES : ministère de la Santé et de la Protection sociale, DREES, Répertoire ADEL.

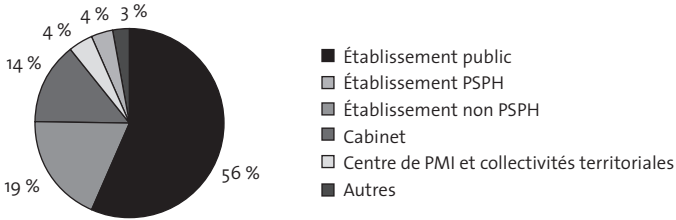
La densité de sages-femmes libérales en 2003 (France métropolitaine) selon les données ADEL est de 25,76 pour 100 000 femmes âgées de 20 à 40 ans.

■ RÉPARTITION DES SAGES-FEMMES SELON LEUR STRUCTURE PRINCIPALE D'ACTIVITÉ

Le graphique suivant, issu d'ADEL, montre que les sages-femmes travaillent principalement dans les établissements hospitaliers publics (EHP, 56 %), dans les établissements privés ne participant pas au service public hospitalier (19 %) et en cabinet individuel ou de groupe (14 %).

3. APE, c'est-à-dire conventionnées, non installées dans l'année et ayant moins de 65 ans.

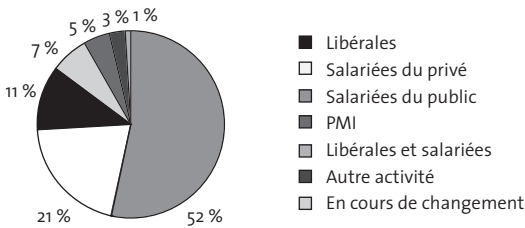
**RÉPARTITION DES SAGES-FEMMES SELON LEUR STRUCTURE PRINCIPALE D'ACTIVITÉ
(ADELI, JANVIER 2004, FRANCE MÉTROPOLITAINE)**



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

La répartition des sages-femmes dans le fichier du CNOSE est sensiblement la même, compte tenu de la différence entre les catégories recensées. En particulier, ce fichier distingue les sages-femmes qui exercent une autre activité (exemple : exercice infirmier) et celles qui sont en cours de changement (exemple : déménagement).

**RÉPARTITION DES SAGES-FEMMES ACTIVES SELON LEUR SECTEUR D'ACTIVITÉ
(CNOSE, DÉCEMBRE 2003)**



SOURCE : CNOSE, 2004.

Dans les entretiens, l'interdépendance des secteurs hospitalier et libéral a été évoquée comme pouvant générer des tensions dès lors qu'ils sont en déséquilibre. Un manque de sages-femmes hospitalières provoque plus de demandes de prise en charge chez les libérales (exemples : transfert des consultations et des cours de préparation à la naissance) et inversement, une carence locale de sages-femmes en libéral engendre un plus grand afflux de femmes enceintes à l'hôpital.

Selon l'Organisation nationale des syndicats de sages-femmes, l'intérim serait en développement chez les jeunes diplômées en raison d'une plus forte rémunération et de l'indépendance qu'offre ce mode d'exercice. Ce point n'a pu être vérifié.

Dans l'enquête SF2004, 8,6 % des sages-femmes ayant répondu déclarent exercer dans plusieurs structures ou avoir plusieurs modes d'exercice. Ces sages-femmes ont en moyenne 40,6 ans mais les 30-49 ans représentent 61 % des effectifs. Elles exercent en moyenne depuis 16,8 ans. Elles sont significativement plus âgées et plus expérimentées que les sages-femmes exerçant dans une seule structure (âge moyen : 39,2 ans ; ancienneté : 15,9 ans).

La part de l'activité multiple concerne plus particulièrement les sages-femmes ayant entre 10 et 14 ans d'ancienneté (11 % de cette classe sont polyactives) et celles qui exercent depuis plus de 30 ans (18,8 %). Ce phénomène n'évolue donc pas de manière régulière avec l'ancienneté.

C'est au sein des établissements PSPH (39,2%) et des cabinets (31,6%) que l'on trouve le plus de sages-femmes polyactives. *A contrario*, elles sont peu présentes dans les EHP (7,7%).

La combinaison la plus fréquente associe une activité libérale en cabinet et une activité en clinique (15,5% des sages-femmes polyactives).

■ ■ Rapport homme/femme

En janvier 2004, le répertoire ADELI recense 156 hommes, soit moins de 1% de l'effectif total métropolitain.

■ ■ Répartition des âges

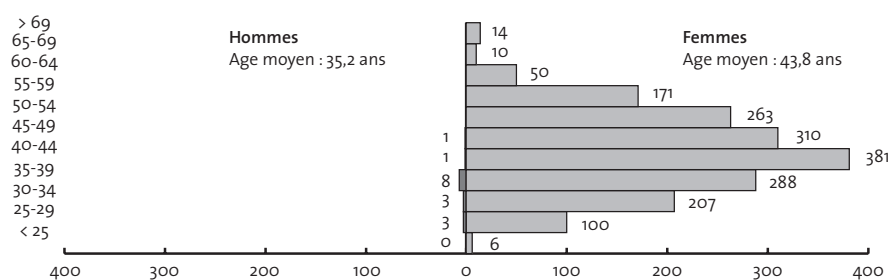
En 1999, l'âge moyen était de 40 ans, il est de 41,5 ans en janvier 2004. Si la profession était plus jeune en 1997 qu'en 1977, elle a recommencé à vieillir depuis la fin des années 1980 en raison de la légère baisse du nombre de diplômées⁴.

Par ailleurs, le CNOSEF remarque que la structure par âge de la profession a évolué avec une part moins importante occupée par les âges extrêmes : entre 1974 (chiffres DREES) et 2002 (chiffres CNOSEF), les plus de 50 ans sont passées de 43% à 15%, tandis que les moins de 30 ans passaient de 26% à 22%. Remarquons cependant que cette comparaison est hasardeuse compte tenu des problèmes de fichiers évoqués précédemment.

■ L'ÂGE MOYEN VARIE SELON LE SECTEUR D'ACTIVITÉ

En janvier 2004 et selon le répertoire ADELI, l'âge moyen des sages-femmes en centre de PMI et collectivités territoriales est respectivement de 50 ans et de 47 ans ; il est de 42 ans pour les sages-femmes exerçant en cabinet de groupe et de 44 ans en cabinet individuel. L'âge moyen est de 40 ans dans les établissements publics ou PSPH et de 42 ans dans les établissements privés. Ces ordres de grandeurs sont confirmés dans le fichier du CNOSEF et dans le SNIR.

PYRAMIDE DES ÂGES AU 31 DÉCEMBRE 2002 • SAGES-FEMMES LIBÉRALES



SOURCE : CNAMTS⁵.

4. L'évolution des âges est liée à l'évolution des quotas (l'augmentation des quotas dès la fin des années 1960 explique les jeunes diplômés des années 1970 et 1980), à la durée de la formation (le passage à 4 années en 1984 a augmenté l'âge moyen d'entrée dans la profession) et à la durée d'activité.

5. « Le secteur libéral des professions de santé en 2002 », *Carnets statistiques*, n° 110, 2004, CNAMTS.

Ces différences d'âges selon les secteurs d'activité traduisent vraisemblablement des choix de carrière chez les sages-femmes, qui commenceraient dans la profession à l'hôpital et qui s'orienteraient vers le secteur libéral⁶ ou de PMI en fin de carrière. Ce point sera confirmé par l'enquête SF2004.

Évolution démographique

Selon le répertoire ADELI, l'effectif total des sages-femmes est passé de 10 705 à 15 684 entre 1990 et 2003, soit une progression de 47 %. Le taux de croissance annuel moyen entre 1990 et 2003 est de 2,98 %.

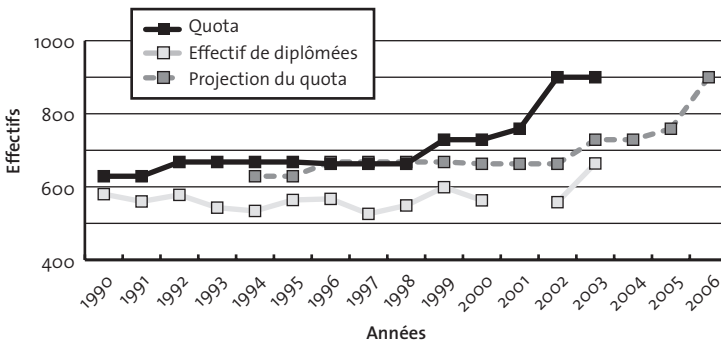
■ ■ Les principaux facteurs de l'évolution démographique

L'évolution des effectifs et de leur structure d'âge dépend des quotas à l'entrée aux écoles de sages-femmes (institués en 1943), des taux d'échec et de la durée de vie professionnelle.

■ L'ÉVOLUTION DES QUOTAS ET DES TAUX D'ÉCHEC

Après une augmentation à la fin des années 1960, les quotas sont stabilisés entre 1977 et 1986 (quota de 738). Ensuite, le mouvement s'inverse : en 1990, le quota est de 663 places. Il reste stable pendant environ dix ans. En 1999, il augmente de nouveau : plus de 720 places pour la France entière ; 759 places en 2001, 900 places en 2002 et 940 places en 2003.

FLUX DE FORMATION DES SAGES-FEMMES (FRANCE MÉTROPOLITAINE)



SOURCES : ministère des Affaires sociales, DREES, 2004.

Le quota ne reflète pas le nombre de sages-femmes qui pourront exercer à la fin de la durée d'étude parce que : d'une part, le nombre d'entrées en première année est souvent légèrement inférieur au quota (2 à 5 places vacantes chaque année par promotion) ; d'autre part le taux d'abandon et d'échec peut être estimé à 14 % en moyenne.

6. Les sages-femmes de la fonction publique hospitalière qui ont trois enfants peuvent choisir de prendre leur retraite de la fonction publique à 55 ans et continuer leur carrière en libéral.

■ LA DURÉE DE VIE PROFESSIONNELLE

En 1997, 80 % des sages-femmes exercent toujours après vingt ans, ce chiffre tombe à 60 % après trente ans et à 20 % après quarante ans.

La DREES (1999) remarque que la cessation d'activité est moins précoce en 1999 qu'en 1990⁷. En 1999, la durée moyenne d'activité professionnelle des sages-femmes est estimée à trente-quatre ans alors qu'elle est de vingt-huit ans en 1990.

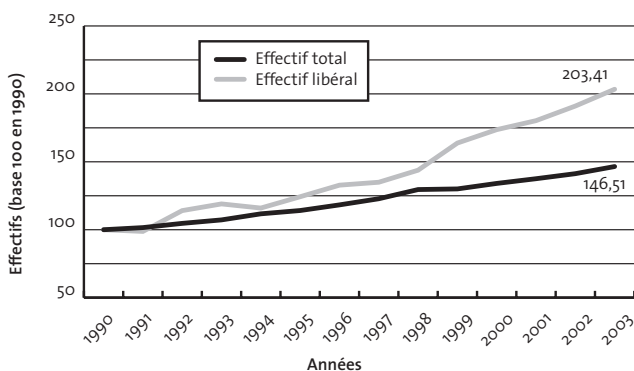
■ ■ La croissance des effectifs a profité récemment au secteur libéral

Avant 1997, la croissance des effectifs a surtout profité aux hôpitaux publics. Le secteur public hospitalier a connu une croissance de ses effectifs de plus de 23 % entre 1990 et 1999, alors que sur la même période, la croissance des effectifs dans les hôpitaux privés n'est que de 18 %. La part des effectifs du secteur public à l'hôpital est passée de 65 % à 68 % entre 1990 et 1999 (chiffres SAE, Eco-Santé 2003).

Pendant ce temps, la part représentée par les effectifs exerçant en secteur libéral est restée stable (entre 10 % et 12 %), mais elle représente aujourd'hui plus de 14 % des effectifs totaux (chiffres ADELI). Selon le répertoire ADELI, alors que le taux de croissance moyen de l'effectif des sages-femmes entre 1990 et 2003 est de 2,98 %, celui des seules professionnelles libérales est de 5,61 %.

La croissance du secteur libéral ne suffit cependant pas à absorber la baisse des effectifs dans le secteur hospitalier public. Le nombre de sages-femmes en activité, salariées dans une structure hospitalière publique, serait passé de 9 548 à 8 576 entre 2001 et 2003 (CNOSF). Dans le même temps, l'effectif libéral a progressé de 156 et l'effectif salarié privé de 172. On sait que le fichier du CNOSF était peu fiable avant 2003, mais les ordres de grandeur sont confirmés par les chiffres d'ADELI. Trois explications sont *a priori* possibles : elles ont quitté la profession, elles ont changé d'activité tout en restant inscrites, elles sont en cours de changement. Le fichier du CNOSF ne permet pas de répondre actuellement en raison de son manque de fiabilité avant 2003 et des difficultés liées au transfert des informations collectées au niveau départemental.

ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE DES EFFECTIFS TOTAUX ET LIBÉRAUX ENTRE 1990 ET 2003
(FRANCE MÉTROPOLITAINE)



SOURCES : SNIR, ADELI (Eco-Santé 2003).

7. VILAIN (A), « Les sages-femmes : une profession en expansion », *Étude et résultats*, n° 17, mai 1999.

■ ■ Scénario démographique futur

En 1999, la DREES⁸ estimait que le nombre de sages-femmes en activité (13 600 en 1997) devrait continuer à croître pour se stabiliser autour de 17 000 en 2020. En 2004, l'IRDES a actualisé ces projections avec un *numerus clausus* qui n'est plus de 723 mais de 975.

■ MÉTHODE

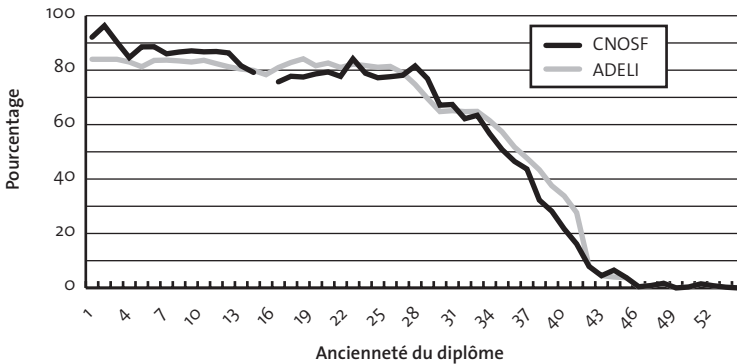
Compte tenu des différences existant entre le répertoire ADELI et le fichier du CNOSF, l'IRDES présentera les résultats selon ces deux sources de données. Les effectifs ADELI ont été corrigés pour tenir compte des sages-femmes qui ne se désinscrivent pas : à partir de 40 ans d'ancienneté après le diplôme, ce sont les valeurs du CNOSF qui ont été retenues.

Pour estimer les entrées, nous avons retenu le nombre de diplômées entre 1950 et 2002, puis nous avons utilisé le *numerus clausus* corrigé d'un taux d'échec de 14 %.

Pour estimer le taux de sortie de la profession en fonction de l'année de diplôme, nous avons calculé le ratio entre le nombre de sages-femmes en activité une année donnée selon l'année de leur diplôme et le nombre de sages-femmes diplômées pour chaque année de diplôme. Ce ratio est la moyenne des ratios calculés sur les années 2001, 2002 et 2003.

En posant une hypothèse de stabilité sur ce taux, cela nous amène à supposer que le comportement des générations futures de sages-femmes ne se modifiera pas en termes de durée d'activité : les sages-femmes diplômées en 1990 se comporteront en 2020 comme les sages-femmes diplômées en 1973 se sont comportées en 2003.

POURCENTAGE DE SAGES-FEMMES EN ACTIVITÉ EN 2003 SELON L'ANCIENNETÉ DU DIPLÔME
(FRANCE ENTIÈRE)



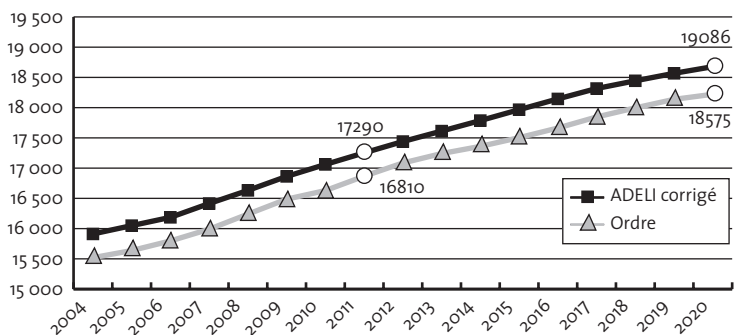
■ RÉSULTATS

En 2004, les effectifs France entière (hors TOM) de sages-femmes ayant eu leur diplôme après 1950 sont estimés à 16 013 à partir du répertoire ADELI corrigé et à 15 577 à partir du fichier du CNOSF. En 2010, le nombre de sages-femmes devrait se situer entre 16 810 et 17 290.

8. VILAIN (A.), « Les sages-femmes... », art. cit.

Alors que les projections initiales de la DREES⁹ prévoyaient 17 000 sages-femmes en 2020, l'actualisation réalisée en 2004 en prévoit entre 18 579 et 19 086 pour cette même date.

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



Les deux hypothèses de stabilité posées sur le numerus clausus et sur la durée de carrière des sages-femmes sont très fortes. Principalement la seconde si on considère que l'on observe dans l'étude SF2004 qu'il existe un effet génération sur les trajectoires : les sages-femmes diplômées depuis moins de quinze ans sont plus mobiles que les autres. Rien ne nous permet d'affirmer que ces effets de génération ne se retrouveront pas, à terme, sur la durée de vie professionnelle.

9. VILAIN (A), « Les sages-femmes... », art. cit.



a difficile équation de la pénurie

Le sentiment de pénurie prévaut chez les acteurs, malgré des effectifs en constante croissance et un nombre de naissances vivantes relativement stable, mis à part une forte progression en 2000¹⁰.

La question principale est de savoir si la pénurie qui se manifeste aujourd'hui est un phénomène conjoncturel, conséquence d'un faisceau de facteurs de tension transitoire, ou s'il s'agit d'un phénomène structurel d'inadaptation de l'offre aux besoins. Dans ce cas, on peut se demander si les augmentations successives de quotas seront suffisantes pour couvrir les besoins liés à la grossesse.

Les manifestations de la pénurie

La pénurie de sages-femmes se manifeste en premier lieu dans le discours du CNOSF, des organisations syndicales et des sages-femmes. Mais elle se manifeste également par des éléments objectifs, en particulier par des heures de travail supérieures à la durée de travail annualisée.

Une étude récente a été réalisée par des sages-femmes dans 10 établissements de l'AP-HP (non publiée). Ces chiffres sont donnés tels quels, sans validation par l'administration de ces établissements.

TABEAU 1

JOURS RESTANT DUS AUX SAGES-FEMMES DANS 10 ÉTABLISSEMENTS DE L'AP-HP AU TITRE DE L'ANNÉE 2003

Établissement	Jours (7 h 36) de remplacement interne	ETP	Accouchements/an
Saint-Antoine	1 007	4,88	1 800
Bichat	1 183	5,74	2 200
Tenon	856	4,15	2 300
Pitié-Salpêtrière	296	1,44	2 200
Beaujon	240	1,16	1 960
Port-Royal	1 568	7,60	3 500
Jean-Rostand	160	0,78	2 170
Robert-Debré	414	2,00	3 200
Louis-Mourier	1 153	5,57	2 200
Saint-Vincent-de-Paul	854	4,34	1 800
Total	7 771	37,66	25 817

10. « Bilan démographique 2003 : stabilité des naissances, augmentation des décès », *Insee Première*, n° 948, 2004, INSEE et sur www.insee.fr.

Ces jours de remplacement interne correspondent aux jours où une sage-femme a dû revenir travailler en plus, alors que ce n'était pas prévu dans son planning. Ces heures sont prises sur les congés annuels (ce qui donne lieu à un compte épargne temps), sur les RTT (qui peuvent donner lieu à rémunération) ou sont comptabilisées comme des heures supplémentaires. Ce calcul ne tient pas compte des heures qui sont exécutées au-delà des douze heures légales.

Le calcul fait état de 7771 jours de remplacement interne, ce qui correspond sur l'année à 37,66 ETP de sage-femme. Les sages-femmes estiment que ce chiffre correspond à la pénurie de sages-femmes dans ces établissements.

Selon l'enquête SF2004, entre 11 % et 25 % des sages-femmes exerçant en établissement déclarent ne pas avoir fait d'heures supplémentaires en 2003. Les établissements publics de niveau III sont les premiers consommateurs d'heures supplémentaires : seules 8 % des sages-femmes n'en ont pas réalisé (contre 10 % en niveau II et 13 % en niveau I) et elles sont 30 % à déclarer entre 101 et 200 heures en 2003 (contre 15 % en niveau I ou II et 10 % en PSPH ou clinique).

TABLEAU 2

NOMBRE D'HEURES SUPPLÉMENTAIRES DÉCLARÉES PAR LES SAGES-FEMMES EN 2003

Heures supplémentaires	EHP	PSPH	Clinique
Aucune	11,3%	19,4%	24,8%
Moins de 50 heures	31,3%	37,5%	33,9%
Entre 50 et 100 heures	31,4%	26,4%	19,9%
Entre 101 et 200 heures	15,6%	9,5%	10,1%
Plus de 200 heures	3,1%	2,7%	2,6%
NSP	7,3%	4,5%	8,7%

SOURCE : enquête SF2004.

Autre conséquence possible de la tension qui s'exerce aujourd'hui sur la profession : les sages-femmes déclarent ne pas avoir la possibilité de prendre tous leurs congés, y compris les RTT.

Selon l'enquête SF2004, entre 29 % et 44 % des sages-femmes exerçant en établissement déclarent ne pas avoir pris tous leurs congés à la fin 2003¹¹.

TABLEAU 3

POURCENTAGE DE SAGES-FEMMES DÉCLARANT

NE PAS AVOIR PRIS TOUS LEURS CONGÉS (Y COMPRIS RTT) EN 2003

	EHP	PSPH	Clinique
Congés pris en totalité	52,5%	64,3%	61,9%
Congés non pris	43,9%	29,2%	30,5%
NSP	3,6%	6,5%	7,6%

SOURCE : enquête SF2004.

11. On ignore, d'une part, si ces jours non pris relèvent d'un choix personnel ou si elles ont été dans l'impossibilité de les prendre et, d'autre part, le mode de gestion de ces jours (compte épargne temps, report l'année suivante).

La pénurie n'est peut-être pas seule en cause pour expliquer ces tensions. En effet, les budgets déclinés en ETP dans la fonction publique hospitalière n'anticiperaient pas suffisamment les remplacements de congés de maladie ou de maternité. Il est alors possible de se trouver dans la situation ubuesque où l'établissement est en sous-effectif important (cf. étude de cas ci-dessous) alors que des sages-femmes seraient disponibles localement.

ENCADRÉ 1

ÉTUDE DE CAS

L'IMPACT DES CONGÉS DE MALADIE ET DE MATERNITÉ SUR LA GESTION DES HEURES SUPPLÉMENTAIRES

Les chiffres concernent un établissement de niveau IIB pour l'année 2000. En plus des congés annuels, l'établissement comptait 7 sages-femmes enceintes.

Premier trimestre 2000 : l'établissement compte 14 ETP pour un rythme annuel de 1 200 naissances. Les congés ont entraîné 19 mois d'absence comblés par 6 mois de CDD.

Second trimestre 2000 : suite à la fermeture d'une clinique, l'établissement compte 24 ETP pour un rythme annuel de 2 000 naissances. Les congés ont entraîné 30 mois d'absence comblés par 8,5 mois de CDD.

À la fin de l'année 2000, le service totalisait 1 375 heures supplémentaires dues et 580 heures supplémentaires payées.

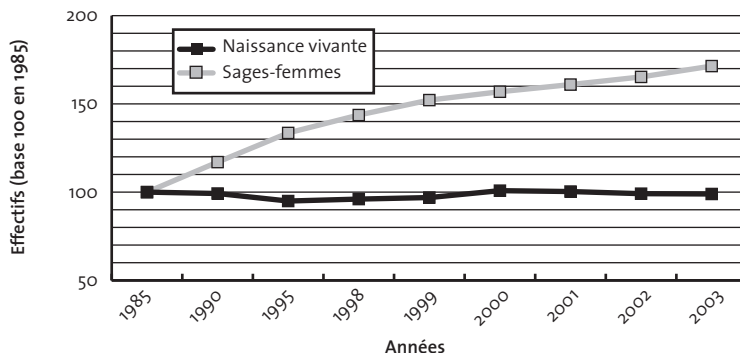
Facteurs conjoncturels explicatifs possibles

Plusieurs facteurs conjoncturels peuvent avoir exacerbé les tensions : une augmentation de la natalité en France, des changements dans l'organisation du temps de travail, une modification des choix personnels des sages-femmes, une évolution de l'activité des sages-femmes ou encore la faible démographie des gynécologues-obstétriciens.

■ ■ Évolution de la natalité en France

L'activité des sages-femmes est en premier lieu liée au nombre de naissances. Or, les taux de fécondité sont effectivement plus élevés aujourd'hui qu'au milieu des années 1990 (1,68 en 1994 versus 1,91 en 2003). Sur la période 1998-2003, le nombre annuel de naissances est passé de 738 000 à 760 000 (France métropolitaine) avec un pic de natalité en 2000 (4%). Le nombre de naissances s'est depuis stabilisé et le graphique ci-dessous montre que le taux de croissance des effectifs des sages-femmes est supérieur au taux de croissance du nombre des naissances.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE NAISSANCES VIVANTES ET DU NOMBRE DE SAGES-FEMMES



SOURCE : Insee¹².

■ ■ La démographie des gynéco-obstétriciens

Le nombre de gynécologues-obstétriciens a quasiment cessé de croître et les projections antérieures de la DREES prévoyaient une stabilisation de leurs effectifs aux alentours de 4 700 praticiens jusqu'en 2010, avec une diminution potentielle dans les années ultérieures (DREES, 1999)¹³.

Les derniers travaux de projection de la DREES (2004) ont été réalisés avec les hypothèses suivantes : augmentation du *numerus clausus* d'ici à 2006 de 5 700 à 7 000, nombre de places à l'internat égal à 50 % du *numerus clausus* 5 ans avant (soit un nombre de places à l'internat égal à 3 500 à partir de 2011), part de la gynécologie-obstétrique au sein des spécialités identique à celle observée au sein de l'ENC (examen national classant) proposé par la DGS. Le nombre de gynécologues-obstétriciens serait alors maintenu entre 5 400 et 5 700 jusqu'en 2025 (France entière).

Lors des entretiens, les tensions liées à l'insuffisance de la démographie médicale ont été mentionnées. Les sages-femmes doivent alors compenser partiellement le manque d'où une charge de travail et des risques plus importants : elles peuvent alors être confrontées à des cas pathologiques sans l'encadrement médical nécessaire, notamment en niveau III où les cas sont les plus graves.

■ ■ L'évolution de l'activité des sages-femmes

Les entretiens mettent en évidence le sentiment chez les sages-femmes que leur activité s'est modifiée avec une médicalisation plus importante de la naissance et une plus grande prise de responsabilité pour les cas pathologiques ainsi qu'en raison de la nette progression des tâches administratives. Cette perception d'une charge de travail accrue est également mise en évidence par l'enquête SF2004.

12. www.insee.fr

13. VILAIN (A.), « Les sages-femmes... », art. cit.

Selon Mme BENOÎT, sage-femme en maternité de niveau IIB à l'AP-HP, les sages-femmes ont été amenées à prendre en charge depuis dix ans certaines tâches techniques supplémentaires (cf. ci-dessous, liste n'ayant fait l'objet d'aucune validation).

ENCADRÉ 2

TÂCHES TECHNIQUES SUPPLÉMENTAIRES APPARUES DEPUIS DIX ANS

Liste déclarative n'ayant fait l'objet d'aucune validation

■ **Prise en charge de la mère à l'arrivée en salle de naissance**

- Perfusion systématique et pose de Ringer (si péridurale) + surveillance.
- Bilan de péridurale à faire et à récupérer.
- RAI à prélever.
- Carte de groupe sanguin à vérifier et/ou à prélever et à récupérer (2 déterminations dans le lieu d'accouchement).
- Sérologies à vérifier et/ou à prélever et ou à récupérer (rubéole, toxoplasmose, HIV, syphilis, hépatite B, +/- hépatite C).
- Pose d'un monitoring (rythme cardiaque fœtal et contractions) et surveillance constante.
- Tension artérielle à surveiller (toutes les 10 minutes quand péridurale).
- Si la patiente n'est pas suivie à l'hôpital (donc pas de dossier) : reconstitution globale de l'anamnèse, évaluation de la situation, prélèvement de tout ce qui est cité ci-dessus).

■ **Prise en charge de la mère pendant l'accouchement**

- Scope du pouls maternel.
- Aide à la pose péridurale.
- Surveillance post-péridurale.
- Réinjection de péridurale.
- Sondages urinaires fréquents si péridurale.
- En cas de rythme cardiaque fœtal pathologique : pose d'une oxymétrie.
- Surveillance et remise en place très fréquentes de l'oxymétrie.
- En cas d'utérus cicatriciel ou de mauvaise dynamique utérine : pose d'une PIA (pression intra amniotique) + surveillance.
- Tous les protocoles d'antibiothérapie préventive (prélèvement vaginal positif à streptocoque B, rupture des membranes supérieures à douze heures).
- Toute prise en charge des patientes présentant des pathologies avant l'accouchement (ex : diabète insulino-dépendant avec contrôle du dextro toutes les heures +/- pompe d'insuline).
- Prélèvement au cordon des tubes nécessaires (toxoplasmose, coombs).
- Délivrance artificielle et révision utérine en post-partum immédiat si besoin et antibiothérapie associée.
- Réfection d'épisiotomie.

■ **Prise en charge de la mère à l'arrivée en post-partum**

- Surveillance de deux heures après l'accouchement en salle de naissance (tension artérielle, globe utérin, saignements, état général).
- Préparation de la patiente pour qu'elle puisse quitter la salle de naissance (état général, tension, température, vérification du globe utérin, sondage utérin, ablation de la perfusion et du cathéter de péridurale).
- Prescription anti-douleur à renseigner et à valider pour les suites de couche.

■ **Prise en charge de l'enfant**

- Aspiration systématique du liquide gastrique.
- Prélèvement bactériologique si suspicion de contexte infectieux.
- Test à la seringue systématique.
- Collyre antibiotique systématique.
- Prise de sang pour les fœtus dont les mères sont de rhésus négatif.
- Alimentation systématique du nouveau-né en salle de naissance (sauf pathologie).

L'enquête périnatalité permet de comparer les modes de prise en charge de la grossesse en 1995 et en 1998¹⁴ et confirme une médicalisation de plus en plus importante de la prise en charge.

Les hospitalisations prénatales ont progressé au cours des trois années, passant de 19,9 % à 21,6 % en 1998, mais elles ont tendance à être plus courtes : les séjours de moins de trois jours représentent 32,3 % des hospitalisations en 1998, au lieu de 27,0 % en 1995, ce qui est en général associé avec une intensification de la prise en charge.

Les préparations à la naissance sont devenues plus fréquentes, passant de 64,5 % en 1995 à 69,7 % en 1998 chez les primipares et de 22,1 % à 25,0 % chez les multipares. Les césariennes ont augmenté passant de 15,9 % à 17,5 %. Les femmes ayant eu une péridurale¹⁵ sont passées de 48,6 % à 58,0 % en trois ans. Une épisiotomie a été réalisée chez 71,3 % des primipares et 36,2 % des multipares. La pratique d'une épisiotomie¹⁶ a beaucoup augmenté par rapport à 1981, date de la dernière enquête nationale dans laquelle on disposait de cette information : sur l'ensemble de la population, le taux est passé de 38,4 % en 1981 à 50,9 % en 1998.

Autre exemple, les sages-femmes interrogées ont décrit un nombre plus important de femmes enceintes qui se présentent aux urgences. Ce phénomène serait la conséquence de la difficulté des femmes à se faire suivre (fermeture des consultations et des préparations à la naissance à l'hôpital, pénurie en libéral, impossibilité d'inscription dans un établissement dans les grandes villes). La charge de travail est supérieure du fait que ces personnes ne sont pas inscrites dans l'établissement, que leur dossier est à constituer et qu'elles se présentent parfois sans jamais avoir été suivies. Cette surcharge de travail incombe à la sage-femme de garde et ces prises en charge sont souvent plus lourdes en raison de l'absence de dossier. Ce phénomène n'est cependant pas quantifié.

■ ■ L'organisation et la réduction du temps de travail

À la lecture des entretiens, il semble que la remise à plat des horaires dans le cadre des 35 heures (organisation en cycle de huit heures, douze heures ou vingt-quatre heures) a pu perturber le fonctionnement des équipes et accentuer le sentiment de pénurie (équipes moins stables, multiplication du nombre d'intervenants). En particulier, la nouvelle organisation du temps de travail pourrait augmenter la charge de travail selon plusieurs mécanismes : compression des tâches sur un temps de travail plus court, multiplication du nombre de transmissions entre les équipes, difficultés de coordination. Certaines sages-femmes avancent, enfin, qu'elles récupèrent moins bien avec les nouveaux horaires malgré les jours de congé supplémentaires car elles se déplacent plus souvent sur leurs lieux de travail et les temps de récupération sont plus morcelés (exemple du passage de vingt-quatre heures à douze heures à l'AP-HP).

14. www.sante.gouv.fr

15. Extrait du Code de déontologie (art. 18) : « En présence d'un médecin responsable pouvant intervenir à tout moment, la sage-femme peut participer à la technique d'anesthésie loco-régionale pratiquée lors de l'accouchement, à l'exclusion de la période d'expulsion, à condition que la première injection soit effectuée par un médecin, la sage-femme ne pouvant pratiquer les injections suivantes que par la voie du dispositif mis en place par le médecin. »

16. Extrait du Code de déontologie (art 18) : « Il est interdit à la sage-femme de pratiquer toute intervention instrumentale, à l'exception de l'amniocentèse dans la dernière semaine de la grossesse, de l'épisiotomie, de la réfection de l'épisiotomie non compliquée et de la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée. »

TABLEAU 4

ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL

	EHP	PSPH	Clinique
8 heures	15,1 %	15,4 %	7 %
12 heures	52,9 %	58,6 %	73 %
Variable (8 heures et 12 heures)	12,8 %	9,1 %	3,8 %
+ 12 heures	5 %	7,1 %	1,4 %
Gardes de 24 heures	7,4 %	4,7 %	9,6 %
Autre	5,1 %	4,3 %	3,5 %
NSP	1,7 %	0,8 %	1,7 %
Total	100 %	100 %	100 %

SOURCE : enquête SF2004.

Selon l'enquête SF2004¹⁷, l'organisation en cycle de douze heures est la plus courante, elle concerne 53 % des sages-femmes en EHP, 59 % en PSPH et 73 % en cliniques. Une organisation en cycle de huit heures apparaît plus fréquente dans les établissements de niveau III (21 % des sages-femmes contre 12 % en niveau I et II).

■ ■ Les choix professionnels des sages-femmes

■ LE TEMPS PARTIEL

En 1997, près de 30 % des sages-femmes salariées travaillent à temps partiel (DREES, 1999)¹⁸. Cette proportion a doublé en dix ans. En 1997, le temps partiel est plus développé dans le secteur privé (28 % dans un hôpital public et 33 % dans un établissement privé), alors qu'il n'y avait pas de différence il y a dix ans. Dans le même temps, l'analyse montre qu'il y a eu une augmentation de la durée moyenne des temps partiels entre 1986 et 1997 (de 57 % à 62 % d'un temps plein). Ces deux mouvements concourent à ce que l'équivalent temps plein des effectifs se réduise. Cent sages-femmes travaillant à l'hôpital, tous secteurs confondus, représentent 87 postes ETP en 1999, contre 89 en 1997 et 94 en 1986.

Le mouvement semble avoir atteint un palier en 2000. Le temps partiel concerne alors 35 % des effectifs tous secteurs confondus (annexe du PLFSS 2004) mais les effectifs à temps plein augmentent plus fortement en 2000 que ceux à temps partiel (4,7 % contre + 3 %).

L'enquête SAE confirme cette stabilisation du temps partiel puisque le taux de temps partiel dans l'échantillon était de 33 % en 2000 et de 32,7 % en 2001. Entre ces deux années, le taux d'ETP pour 100 sages-femmes a augmenté, passant de 89,26 à 90,11.

TABLEAU 5

Année	Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	Effectifs totaux	ETP totaux
2000	5 301	2 626	7 927	7 075,915
2001	5 534	2 693	8 227	7 413,69

SOURCE : SAE 2000 et 2001.

17. Cette question concerne les 5 346 sages-femmes ayant répondu à l'enquête qui exercent en établissement.

18. VILAIN (A), « Les sages-femmes... », art. cit.

■ LE TURNOVER

Comme nous l'avons souligné dans un paragraphe précédent, la structure entre secteurs d'activité s'est modifiée depuis le milieu des années 1990 avec un poids plus important du secteur libéral. Alors que le taux de croissance moyen des sages-femmes entre 1990 et 2003 est de 2,98 %, celui des seules professionnelles libérales est de 5,61 %.

Les éléments de turnover dont nous disposons concernent l'AP-HP qui est spécifique du fait qu'elle prend en charge la formation initiale d'un certain nombre de sages-femmes qui peuvent rejoindre leur région d'origine à la fin de leurs études. En 2003, 14 % des sages-femmes présentes en janvier ont quitté l'AP-HP à la fin de l'année.

■ L'ANTICIPATION DE LA RÉFORME DES RETRAITES

Un autre phénomène a été évoqué lors des réunions du groupe de travail : un certain nombre de sages-femmes choisiraient de partir à la retraite afin d'anticiper le changement annoncé du calcul des taux de retraite. Aucun élément chiffré ne permet de vérifier ce phénomène.

Évaluation des besoins en sages-femmes : quels indicateurs proposer ?

Il existe deux types d'indicateurs principaux pour estimer les effectifs nécessaires : les indicateurs administratifs basés sur l'offre existante et les indicateurs sur l'activité basés sur l'existence d'une demande non satisfaite.

Les indicateurs administratifs reposent sur l'hypothèse que les postes budgétés couvrent les besoins ; la pénurie est alors représentée par les postes vacants (remplacements et créations de postes dus aux RTT et au plan périnatalité). Le calcul des quotas repose sur ces indicateurs.

Les indicateurs sur l'activité permettent de calculer le nombre de sages-femmes qui permettrait de couvrir l'ensemble des besoins de prise en charge. Les indicateurs administratifs ne tiennent compte que de l'activité générée par le plan périnatalité.

Nous proposons ici une estimation des effectifs de sages-femmes nécessaires en Bourgogne selon ces différents indicateurs. Le présent travail ne recense que les besoins de sages-femmes en termes de soins, hors encadrement et hors enseignement. Pour ce faire, nous présentons des données issues de deux sources : une enquête de la DRASS de Bourgogne, menée en septembre 2003, auprès des établissements publics et privés et une enquête réalisée par M^{me} TISSERAND, cadre sage-femme, auprès de ses collègues bourguignonnes au premier semestre 2004.

■ ■ Indicateurs administratifs

■ ÉCART ENTRE POSTES RÉELS ET POSTES BUDGÉTÉS, ET POSTES DÉCLARÉS VACANTS PAR LES ÉTABLISSEMENTS

Selon la DRASS de Bourgogne, l'effectif réel des sages-femmes en activité s'élève en septembre 2003 à 420 personnes, 41 exerçant à titre libéral exclusivement, 7 cumulant une activité libérale et salariée et 372 exerçant une activité salariée (dont 33 cadres)¹⁹.

19. Ces chiffres sont obtenus après croisement et mise à jour des différentes sources disponibles : fichier ADEL, ordre des sages-femmes et enquête DRASS auprès des établissements hospitaliers de la région Bourgogne

L'enquête recueillait auprès des établissements le nombre de postes budgétés de sages-femmes et le nombre de postes pourvus. Elle recense 275,86 postes budgétés pour 271,24 postes pourvus, soit une différence de 4,62 ETP. Les chiffres recueillis par F. Tisserand auprès de ses collègues cadres sont légèrement différents, mais l'écart entre postes budgétés et postes pourvus est sensiblement le même : il manquerait, selon cet indicateur, 4,65 ETP pour la région Bourgogne.

Par ailleurs l'enquête demandait aux établissements de chiffrer le nombre de postes à pourvoir par une sage-femme. En 2003, les établissements ont déclaré 7,66 postes ETP vacants, soient 9 agents. La DRASS explique ce chiffre par le fait que le budget global laisse une certaine marge de manœuvre pour recruter des sages-femmes sur d'autres lignes budgétaires (postes de remplacement ou de vacataires, postes de cadre). Ils déclarent donc avoir des besoins supérieurs aux nombres de postes budgétaires prévus. Ces 7,66 postes tiennent compte de l'impact de la RTT (11,69 postes ETP créés, 10,07 postes pourvus) et du décret périnatalité (16,45 postes ETP créés, 15,95 pourvus).

À ces postes vacants pour 2003, le travail mené par la DRASS associe une projection des effectifs nécessaires entre 2004 et 2010 pour combler, sur l'ensemble des secteurs d'activité, les départs à la retraite, ou en formation et les créations de postes demandées pour mener à bien les projets d'établissement.

La DRASS a mis en parallèle de ces postes les capacités de formation de la région, soit 25 places. Cependant, elle constate qu'avant la mise en place de la PCEM1 en 2002 la moitié des diplômées partait de la région. Les nouvelles modalités d'accès à la formation devraient induire, à partir de 2006, un nombre plus important de diplômés restant en Bourgogne. En effet, en 2002 et 2003, le nombre d'étudiants issus de la région s'élève respectivement à 22 et 25²⁰.

En retenant un déficit actuel de 9 agents et compte tenu des départs prévisibles à la retraite et en formation, l'équilibre démographique devrait être atteint en 2007. Cependant, les capacités actuelles de formation ne permettent pas de pourvoir les créations de poste prévues dans les projets d'établissement. Ces postes supplémentaires nécessitent une capacité de formation de 3 postes supplémentaires annuels.

TABLEAU 6

ESTIMATION DES EFFECTIFS À RECRUTER POUR COMBLER LES POSTES VACANTS ACTUELS, LES DÉPARTS FUTURS ET LES CRÉATIONS DE POSTES PRÉVUES DANS LES PROJETS DES ÉTABLISSEMENTS

	2004	2005	2006-2010
Postes vacants	9		
Départs à la retraite	14	7	55 sur 5 ans
Départs en formation	6	2	5 sur 5 ans
Créations de poste	16	4	
Total	45	13	60 sur 5 ans
Diplômées installées en Bourgogne	11	13	22 à 25/an

SOURCE : DRASS Bourgogne, 2003.

20. Pour inciter les nouvelles diplômées à s'installer dans la région, un programme de financement des deux dernières années d'études a été mis en place à la rentrée 2003, cofinancé par les établissements hospitaliers et l'ARH. Le contrat, signé entre l'étudiante et le centre hospitalier, prévoit que pour chaque année financée la sage-femme reste une année dans l'établissement. Pour l'année 2003-2004, 12 allocations ont été distribuées à des étudiantes sages-femmes.

Les indicateurs administratifs présentent un déficit compris entre 4,6 ETP (vacance calculée sur postes budgétés) et 7,66 ETP (vacance déclarée). Ils ne concernent que les postes dans les établissements de soins. Ils sous-estiment les besoins réels en postes de sages-femmes dans la mesure où ils reproduisent une situation historique qui ne tient compte ni de l'évolution de l'activité dans les établissements, ni non plus dans le secteur libéral ou de PMI.

■ ■ Indicateurs de besoins calculés sur l'activité

La première étude de ce type a été réalisée en 2002 par M^{me} MOTHÉ, directrice d'école de sages-femmes. Elle estime que la prise en charge d'une femme durant la grossesse, la naissance et les suites de couches représente en moyenne trente-deux heures de travail pour une sage-femme. Si on ajoute à cela l'ensemble du temps administratif obligatoire, une naissance correspond à peu près à une semaine d'activité pour une sage-femme. Sur la base de 760 000 naissances vivantes (chiffre 2003, France métropolitaine), cela représente environ 18 280 ETP, effectif qui ne devrait être atteint qu'à l'horizon 2015 selon les projections présentées dans ce tome.

Nous avons reproduit, avec l'aide de M^{me} TISSERAND, cadre sage-femme, une démarche identique pour la région Bourgogne.

■ LES BESOINS EN SAGES-FEMMES EN FONCTION DU DÉCRET PÉRINATALITÉ

Selon la DRASS, 16,45 ETP ont été créés pour la mise en œuvre de la réglementation, dont 15,95 ont été pourvus. Or, une estimation des besoins, menée par l'inspection régionale de la santé en 2001, faisait état de la nécessité de 27 postes pour couvrir les activités supplémentaires dues au décret.

Le décret périnatalité fixe des règles de sécurité en termes d'effectifs. Nous avons traduit ce texte en hypothèses de calcul.

- Nombre d'heures par an et par sage-femme : 1 540 de jour ou 1 440 de nuit, auxquelles il faut retirer des heures de formation (35 par an).
- Maternités de moins de 500 accouchements/an : 1 sage-femme 24h/24h en secteur de naissance et une sage-femme 12h journée en secteur d'hospitalisation. Prévoir une heure de transmission jour.
- Maternités de moins de 1 000 accouchements/an : 1 sage-femme 24h/24h en salle de naissance et 1 sage-femme 24h/24h en secteur d'hospitalisation. Prévoir une demi-heure de transmission jour et une demi-heure de transmission nuit.
- Maternités de plus de 1 000 accouchements/an : 1 sage-femme 24h/24h en salle de naissance avec 1 sage-femme supplémentaire par palier de 200 accouchements/an ; 1 sage-femme 24h/24h en secteur d'hospitalisation. Prévoir une demi-heure de transmission jour et une demi-heure de transmission nuit.

Cette procédure a été appliquée à l'ensemble des établissements bourguignons, lesquels ont réalisés 17 752 naissances vivantes en 2003 avec 279,8 ETP. L'activité du secteur de naissance, telle que la définit le décret périnatalité nécessite 138,54 ETP, auxquels s'ajoutent 86,68 ETP pour le secteur d'hospitalisation et 4,46 ETP pour permettre les transmissions. Le nombre total d'ETP nécessaires pour mettre en place le décret périnatalité est donc de 229,68 postes.

ENCADRÉ 3

EXEMPLE DE CALCUL - ÉTABLISSEMENT DE BEAUNE

500 < 748 naissances < 1 000

■ **Besoins par secteur**

- 1 SF 24h/24h en salle de naissance
- 1 SF 24h/24h en secteur d'hospitalisation
- 1/2 h de transmission/jour
- 1/2 h de transmission/nuit

■ **Hypothèse sur le temps de travail annuel**

- 1 540 heures/an de jour moins 35h formation/an
- 1 440 heures/an de nuit moins 35h formation/an

■ **Résultat**

- ETP salle de naissance = ETP secteur hospitalisation
 $= (365 \times 12) / 1\,505 \text{ [jour]} + (365 \times 12) / 1\,405 \text{ [nuit]} = 6,03$
- ETP transmission = $(365 \times 0,5) / 1\,505 \text{ [jour]} + (365 \times 0,5) / 1\,440 \text{ [nuit]} = 0,25$
- ETP décret = ETP salle de naiss. + ETP secteur hospit. + transmission = 12,31

■ **LES BESOINS EN SAGES-FEMMES EN FONCTION DE L'ACTIVITÉ TOTALE**

Les normes du décret périnatalité portent sur les salles de naissance et sur la prise en charge en post-partum (suites de couches). Selon notre calcul, une fois les besoins du décret périnatalité couverts, il resterait 50 ETP hospitaliers de sage-femme en Bourgogne pour prendre en charge les autres activités directement ou indirectement liées à la grossesse ou à la naissance. Dans les calculs suivants, il s'agit d'intégrer ces activités.

Nous sommes amenés à poser les hypothèses suivantes.

- On suppose que les maternités qui réalisent moins de 500 accouchements/an ont besoin d'une sage-femme ETP pour ces tâches.
- Pour estimer la répartition régionale des naissances entre grossesse physiologique et pathologique, on suppose que les maternités de niveau I²¹ prennent en charge 80 % de grossesses physiologiques et 20 % de grossesses pathologiques, et que les maternités de niveau II et III prennent en charge 50 % de grossesses physiologiques et 50 % de pathologiques.
- Chaque grossesse physiologique bénéficie de 6 consultations de sage-femme de 30 minutes qui peuvent être réalisées en établissement ou en ville.
- Toutes les grossesses peuvent bénéficier de 7 cours de préparation à l'accouchement collectif (8 femmes sur 2 heures) et d'un cours individuel (1 heure). Cependant, on fera l'hypothèse que seules 80 % des femmes iront à ces cours. Les cours de préparation peuvent être réalisés en établissement hospitalier ou en ville.

21. Réseau de prise en charge obstétricale (décrets 1998). Les établissements sont distingués selon le niveau de soins pour lesquels ils sont compétents, ce qui dépend entre autres des ressources médicales et du plateau technique. Les maternités de niveau I réalisent les soins d'obstétrique, les maternités de niveau II peuvent prendre en charge des soins de néonatalogie et les maternités de niveau III ont les moyens de faire de la réanimation néonatale.

- Il est difficile d'estimer le temps nécessaire à la prise en charge des grossesses pathologiques. Sur la base de son observation des hôpitaux de Chalon (niveau II, 16 lits de grossesse pathologique) et de Dijon (niveau III, 20 lits de grossesse pathologique), M^{me} TISSERAND estime qu'il faut prévoir 24h/24h : 1 sage-femme en niveau II et 2 sages-femmes en niveau II.
- Pour estimer le nombre de sages-femmes nécessaire pour prendre en charge la rééducation périnéale, nous avons utilisé deux sources.

TABLEAU 7

ETP NÉCESSAIRES POUR COUVRIR LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE

Sources	Séances/femme	% femmes concernées	Durée séance	Total ETP
Mothé	10	50%	30 min	29,49
AP-HP	10	50%	45 min	44,23

Selon ces hypothèses, les activités de préparation à la naissance nécessitent 20,23 ETP, les suivis de grossesse nécessitent 82,99 ETP et la rééducation périnéale nécessite entre 29,49 et 44,23 ETP.

Si on ajoute les 229,68 ETP nécessaires pour prendre en charge les activités couvertes par le décret périnatalité, il faudrait entre 362,39 et 377,13 ETP en Bourgogne pour répondre aux besoins générés par les 17732 naissances vivantes en 2003.

En 2003, on compte en Bourgogne 279,8 ETP hospitaliers, 44 sages-femmes libérales²² et 25 sages-femmes de PMI, soit 348,8 ETP. À ce stade, il manquerait donc entre 13,49 et 28,33 ETP pour prendre en charge l'ensemble de l'activité liée à la grossesse et à la naissance : 7 % des besoins ne sont pas couverts.

Il serait cependant plus juste de ne pas tenir compte des effectifs de sages-femmes en PMI²³ car une très faible part de leur activité est intégrée dans le calcul. Dans ce cas, on observe que 14 % des besoins ne sont pas couverts en Bourgogne.

On observe une très forte variabilité selon les départements (hors effectifs PMI) : 33 % des besoins ne seraient pas couverts dans la Nièvre et l'Yonne, alors que 3 % des besoins ne sont pas couverts en Côte-d'Or et en Saône-et-Loire.

Si on reprend le travail de recensement de la DRASS avec ces nouveaux chiffres, l'équilibre serait atteint en 2010, sans tenir compte du temps partiel des nouvelles diplômées. Or, selon l'enquête Génération 98, 7 % des diplômées infirmières et sages-femmes en 1998 seraient en temps partiel trois ans plus tard.

Plusieurs limites viennent relativiser ces résultats. En particulier, de nombreuses activités ne sont pas prises en compte : diagnostic anténatal, assistance médicale à la procréation, staffs, gestion des dossiers et autres tâches administratives (prise de rendez-vous, allocations familiales, délivrance de certificats, enregistrement des naissances, etc.), activités spécifiques des sages-femmes de PMI ou libérales. Les résultats présentés seraient donc un minimum,

22. Les 44 postes libéraux ne sont pas des ETP : 12 sages-femmes libérales ont une activité mixte, et au moins 4 libérales ne font quasiment que des SFI. De plus, la coopération des services hospitaliers avec les sages-femmes libérales peut être très variable d'un établissement à un autre.

23. L'action des sages-femmes de PMI concerne essentiellement la prévention et le suivi, notamment à domicile des grossesses à risque, avec une fonction à la fois médicale et psychosociale : examen obstétrical et gynécologique, prévention des menaces d'accouchement prématuré, suivis des traitements de toute pathologie liée à la grossesse (HTA, diabète, etc.).

d'autant que la base de calcul est le nombre de naissances et que ne sont pas prises en compte les grossesses non menées à terme.

En outre, nous avons fait l'hypothèse que les sages-femmes étaient affectées au secteur obstétrique, or certaines sages-femmes sont parfois amenées à intervenir en gynécologie. *A contrario*, certains services d'obstétrique ont l'aide d'infirmières pour les soins aux accouchées ou la surveillance des enfants présentant une affection modérée.

Sur le plan méthodologique, il faut rappeler que les hypothèses sont primordiales et qu'elles n'ont été validées par aucune procédure collective. Si cette méthode est simple et reproductible, son utilisation impose une validation rigoureuse des hypothèses.

TABEAU 8
VARIABILITÉ RÉGIONALE

Maternités	Nombre de naissance	ETP réels	Libérales	ETP décret	Préparation et suivi	Rééducation périnéale	Écart total/réel	% besoins non couverts
Côte-d'Or	6 394	99,60	22,00	70,29	39,57	15,93	-4,19	3,33
Nièvre	2 213	38,50	1,00	41,86	11,88	5,51	-19,76	33,34
Saône et Loire	5 839	98,70	14,00	76,60	25,85	14,55	-4,30	3,67
Yonne	3 304	43,00	7,00	40,93	25,93	8,24	-25,09	33,42
Total	17 750	279,80	44,00	229,68	103,23	44,23	-53,33	14,14



rajectoires et mobilité professionnelle

En 2000, plus de 91% des entrants en formation sont titulaires d'un bac S. Mais seuls 7,75% des reçus avaient obtenus leur baccalauréat la même année²⁴. L'âge moyen d'acquisition du diplôme est de 24 ans. L'évolution de carrière peut se faire vers l'enseignement, l'encadrement²⁵ ou la recherche, vers d'autres modes d'exercice ou vers d'autres professions (ex : puéricultrice, infirmière ou infirmière spécialisée, masseur-kinésithérapeute).

Déterminants du choix de la structure ou mode d'exercice

Neufs entretiens ont été réalisés auprès de professionnels impliqués dans la profession de sage-femme : sages-femmes, directrice d'école, cadres sages-femmes, responsable de Direction générale, CNOSEF, consultant. Dans cette section, nous nous intéressons aux éléments (images des différentes structures, aspirations des sages-femmes) qui peuvent déterminer le choix d'une structure ou d'un mode d'exercice.

ENCADRÉ 4

ÉLÉMENTS POUVANT DÉTERMINER

LE CHOIX D'UN MILIEU/MODE D'EXERCICE

- Le marché du travail favorable incite à la mobilité géographique et inter-structures des sages-femmes.
- Hypothèse de carrières plus courtes à l'hôpital pour celles qui vivent mal les bouleversements organisationnels récents (décret de périnatalité et 35 heures).
- Hypothèse d'une évolution culturelle chez les jeunes sages-femmes qui seraient plus attachées à leur temps libre : au dire de leurs aînées, elles savent davantage ce qu'elles veulent et seraient plus exigeantes en termes de conditions de travail (ce qui est favorisé par la situation sur le marché du travail).
- Sentiment d'un manque d'évolutions possibles du fait d'une structure hiérarchique courte et d'un cloisonnement des métiers/manque de perspectives pour les sages-femmes plus âgées qui aspirent à plus de responsabilité mais aussi à suivre un rythme de travail moins intensif que celui de la salle de naissance.
- Chez les jeunes, une conception parfois un peu idéalisée de la naissance qui contraste avec les cas pathologiques du terrain et peut, du même coup, les décourager quelque peu.
- Volonté de valoriser davantage leurs formations initiales (référence à une filière universitaire).
- Aspiration à une plus grande autonomie dans le domaine physiologique qui peut orienter une sage-femme vers une structure ou un secteur particulier.

24. « La formation des professionnels de santé », n° 37, juin 2002, DREES.

25. Concernant la fonction d'encadrement, l'âge moyen d'accès aux formations de cadres sages-femmes est de 40 ans en 2000 (36 ans en 1994).

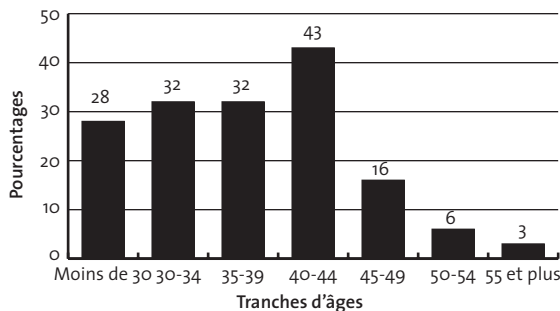
- Manque d'attrait pour le niveau III car les tâches sont plus techniques. En revanche, d'après les témoignages, certaines ne veulent pas travailler en niveau I car elles redoutent de prendre seules les décisions.
- Attrait des niveaux III et IIB pour les sages-femmes qui aspirent à plus de responsabilités au niveau pathologique et à exécuter des tâches techniques (certaines jeunes notamment sont attirées par la technique et demandent des stages dans les maternités de ces niveaux).

Trajectoires et mobilité professionnelle

D'après les éléments disponibles dans l'enquête SF2004, les sages-femmes commencent majoritairement leur carrière dans un établissement hospitalier public (61% de l'échantillon) ou dans une clinique (25%). Le secteur libéral ou de PMI représentent chacun moins de 1% des premiers emplois. Il est donc logique que l'âge d'arrivée dans un établissement public, PSPH ou une clinique se situe entre 24 ans et 26 ans, et que l'âge d'arrivée dans un centre de PMI ou en cabinet soit plus tardif (33 ans en PMI et 34,6 ans en cabinet). Les sages-femmes ont en moyenne 10 et 11 ans d'ancienneté lorsqu'elles intègrent respectivement un centre de PMI ou un cabinet.

Selon le département statistique de la CNAMTS, la classe d'âge la plus représentée pour les nouvelles installées en libéral est celle des 40-44 ans : elles représentent 27% des sages-femmes qui se sont installées en 2002.

RÉPARTITION PAR ÂGE DES SAGES-FEMMES INSTALLÉES EN 2002



SOURCE : CNAMTS, 2004.

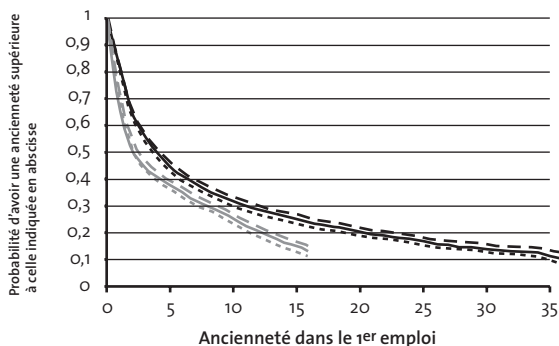
Enfin, une fois adopté l'un de ces deux modes d'exercice, les sages-femmes en changent peu : 72% des sages-femmes qui ont intégré un service de PMI et 79% de celles qui ont intégré un cabinet sont toujours dans le même mode d'exercice au moment de l'enquête.

La durée moyenne du premier emploi, pour les sages-femmes ayant leur diplôme depuis moins de 15 ans, est de 6,8 ans alors qu'elle est de 10,8 ans pour les sages-femmes ayant leur diplôme depuis plus de 15 ans. Évidemment, plus le diplôme est récent et moins la sage-femme a eu l'occasion de changer d'emploi, mais nous avons voulu tester l'existence d'un possible effet de génération.

Le graphique ci-dessous modélise la probabilité de rester une durée donnée dans son premier emploi en fonction de l'ancienneté du diplôme²⁶. On observe effectivement une différence entre les deux générations : les diplômées depuis moins de 15 ans ont une propension

plus forte à être mobiles. Cette modélisation a été reproduite sur les emplois ultérieurs et on retrouve le même comportement.

DURÉE DANS LE PREMIER EMPLOI, COMPARAISON GÉNÉRATIONNELLE



SOURCE : enquête SF2004.

■ MOTIVATIONS D'ABANDON DE LA PROFESSION

Dans le fichier du CNOSE, 234 sages-femmes sont répertoriées comme radiées en 2003 et début 2004. Afin de connaître les raisons qui sont à l'origine de cette radiation, nous avons mené une enquête téléphonique auprès des 151 personnes pour lesquelles nous avons un numéro de téléphone. Sur les 101 personnes contactées, seulement 32 avaient réellement quitté la profession²⁷ dont 12 pour faire valoir leurs droits à la retraite. Dans la moitié des cas, la décision a été prise en moins de 6 mois et la majorité n'envisage pas une réinscription (65 %).

Les raisons invoquées par l'ensemble des 32 sages-femmes sont exclusivement personnelles (28 %) ou professionnelles et personnelles (69 %). Une seule ne donne que des motifs professionnels. Parmi les 23 sages-femmes qui ont évoqué des raisons professionnelles, la fatigue physique et le stress sont le premier motif donné. La moitié des sages-femmes interviewées disent que la rémunération et les relations de travail n'ont pas du tout pesé sur leur choix. Les réponses sont contrastées quant aux autres motifs proposés (contenu du métier, horaires de travail, reconnaissance). Quelques sages-femmes ont également évoqué la restructuration des maternités.

Parmi les 20 sages-femmes non retraitées, 8 sont dans la vie active²⁸, 6 sont en congé (parental ou sabbatique), 1 est à la recherche d'un emploi et 5 sont sans profession.

Dans l'enquête SF2004, 18 % des sages-femmes envisagent d'arrêter la profession (29 % chez les plus de 45 ans, 15 % chez les 30-45 ans et 10 % chez les moins de 30 ans). Les motifs ne sont pas les mêmes selon l'âge : 65 % des plus de 45 ans déclarent vouloir quitter la profession pour raisons personnelles uniquement alors que les 30-45 ans évoquent uniquement des raisons professionnelles dans 52 % des cas et les moins de 30 ans dans 51 % des cas.

26. Les courbes ont été obtenues selon la méthode de KAPLAN et MEYER en tenant compte du biais de censure.

27. En fait, un grand nombre de sages-femmes signalées comme radiées sont simplement en cours de changement suite à un déménagement et l'information n'a pas été remontée au niveau national.

28. Secrétaire administrative dans la fonction publique, directeur adjoint d'une crèche, institutrice, exploitante agricole, infirmière en entreprise, puéricultrice, salariée d'un laboratoire médical.

Nous avons modélisé la probabilité d'envisager d'arrêter la profession, d'une part, et de l'envisager pour raison professionnelle, d'autre part.

L'âge est une variable qui augmente la probabilité de vouloir arrêter la profession, mais il réduit la probabilité que ce soit pour raison professionnelle.

Le temps accordé au patient est une variable très influente : plus la sage-femme estime que ce temps est court, plus la probabilité de quitter la profession est forte. Lorsqu'elle estime que ce temps est beaucoup trop court, cela augmente la probabilité de quitter la profession pour raison professionnelle.

Le fait que la sage-femme estime que ses conditions de travail se sont dégradées est une variable très significative : elle augmente la probabilité de vouloir quitter la profession. Cette probabilité augmente également lorsque la sage-femme est en CDD ou en intérim, lorsque la sage-femme ne travaille pas de nuit. En revanche, elle est réduite lorsque la sage-femme exerce à domicile.

P

ratiques et activités

Sur le terrain, l'activité des sages-femmes est variable selon leur structure d'exercice, que ce soit pour des raisons réglementaires ou pour des modes organisationnels différents au sein des différentes structures.

Les établissements hospitaliers

L'activité des sages-femmes couvre théoriquement l'ensemble des différentes étapes du suivi de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. Cependant, dans les entretiens, la perception que les sages-femmes ont de leur activité est variable et certaines évolutions peuvent être vues selon la personne comme positives ou négatives. L'enquête SF2004 montre que les structures ont développé des organisations différentes, en particulier concernant la répartition des sages-femmes dans les différents secteurs de maternité et la gamme d'actes qu'elles réalisent.

■ ■ Pratiques et contenu du travail au travers des entretiens

ENCADRÉ 5

RISQUES ET POINTS SENSIBLES

- Cas des niveaux III et IIB : contenu des tâches plus difficiles en raison de cas pathologiques plus nombreux et plus graves.
- Cas des niveaux III et IIB : crainte de tâches liées à la pathologie trop nombreuses.
- Risque de baisse du suivi global/hypothèse d'un glissement de tâches vers la salle de naissance/crainte de perdre la possibilité de dispenser des soins personnalisés, notamment dans les grandes structures, aux nouveau-nés mais aussi aux mères.
- Montée des tâches administratives (notamment si le taux de turnover des patientes augmente).
- Divergence de points de vue sur la médicalisation de la naissance parfois perçue comme exagérée mais également, comme motivante car elle permet de se spécialiser dans des domaines pointus comme l'échographie, etc.
- Partage des responsabilités : souhait d'une plus grande autonomie dans le domaine physiologique. Dans le domaine pathologique, cela tendrait plutôt à être l'inverse (crainte fréquente de dépasser son cadre de compétence soulignée à plusieurs reprises).
- Impression de devoir défendre son champ de compétence vis-à-vis des médecins (domaine physiologique).
- Impression de plus grandes exigences des patientes et de plus de difficultés, en conséquence, à répondre à leurs attentes.
- Décalage entre la formation initiale et la réalité du terrain : la formation initiale présente la profession sous

un aspect technique et relationnel alors que la réalité du terrain laisse peu de place au relationnel au profit de la technique et de la sécurité.

- Spécificités de pratiques dans les cliniques privées, notamment concernant la répartition des rôles dans la salle de naissance (moins grande autonomie des sages-femmes, y compris pour les cas physiologiques).
- Les plus expérimentées ont la nostalgie d'une plus grande autonomie vis-à-vis des médecins avant les révolutions technologiques liées notamment à la péridurale, à l'échographie ou à la cœlioscopie.

AVANTAGES ET POINTS POSITIFS

- Possibilités de se perfectionner dans des spécialisations comme l'échographie, le suivi pathologique, la rééducation périnéale ou encore la préparation à l'accouchement et d'acquérir des compétences pointues, au cours de sa carrière, dans un ou plusieurs de ces domaines.
- Nouvelle répartition des rôles avec l'émergence d'une fonction de médiation et de coordination pour la sage-femme (à lier à l'augmentation du nombre d'intervenants autour de la naissance).
- Très grande satisfaction de partager des moments uniques et privilégiés avec les parents.
- Satisfaction de suivre des patientes sur plusieurs mois (suivi global).

■ ■ L'organisation entre les différents secteurs des services de maternité

L'enquête SF2004 décrit l'activité habituelle des sages-femmes en établissement entre les différents secteurs : secteur de consultation, secteur de naissance et secteur d'hospitalisation (grossesse pathologique ou suites de couches).

La majorité des sages-femmes hospitalières (hors encadrement et enseignement) ayant répondu²⁹ déclarent exercer dans plusieurs secteurs de manière habituelle (73 %). La combinaison la plus fréquente associe les secteurs de naissance et d'hospitalisation (45 % des sages-femmes polysecteurs).

Le secteur de consultation est assez peu cité par les sages-femmes comme un secteur habituel d'activité (19 %) et, généralement, elles le citent en association avec un autre secteur (82 %). À l'autre extrémité, le secteur de naissance est cité par 79 % des sages-femmes dont 21 % comme secteur unique d'activité. Les secteurs d'hospitalisation pour grossesse pathologique et pour suites de couches sont presque toujours associés à un autre secteur (dans respectivement 97 % et 95 % des cas).

■ L'ORGANISATION DES SAGES-FEMMES PAR SECTEUR EST DIFFÉRENTE SELON LA STRUCTURE

L'analyse est réalisée sur les sages-femmes hospitalières hors enseignement et encadrement (n = 4 716).

La combinaison qui associe les secteurs de naissance et d'hospitalisation reste la plus souvent citée, quelle que soit la structure (56 % dans les établissements publics, 54 % dans les établissements PSPH et 59 % dans les cliniques).

Les cliniques semblent plus spécialiser leurs sages-femmes par secteur : 40 % déclarent n'exercer habituellement que dans un seul secteur (contre 30 % en PSPH et 24 % en établissement public). Cette spécialisation se fait en faveur du secteur de naissance qui représente 83 % des sages-femmes monosecteur (contre 64 % en PSPH et 54 % en EHP).

29. Il s'agit des sages-femmes ayant une activité exclusive à l'hôpital, hors encadrement et enseignement, soit 4 716 d'entre elles.

Les établissements publics et PSPH accordent plus de place au secteur de consultation que les cliniques : 22 % des sages-femmes en EHP et 20 % en PSPH le citent comme un secteur habituel contre seulement 4 % en clinique. Les sages-femmes exerçant en secteur de consultation travaillent en général également dans d'autres secteurs (82 % en EHP et 85 % en PSPH). Plus finement, le secteur de consultation (seul ou associé) est moins cité dans les établissements de niveau III (18 %) que dans les établissements de niveau II (20 %) ou I (31 %).

■ ■ L'activité en fonction des actes réalisés

L'indicateur d'activité qui est souvent présenté à propos des sages-femmes est le nombre d'accouchements moyen qu'elles réalisent. Or, ce chiffre n'est vraisemblablement pas un bon indicateur de l'activité des sages-femmes, en particulier parce que, dans le secteur privé, elles pratiquent peu d'accouchements et que, dans le secteur public, elles n'en pratiquent pas³⁰. Ainsi, selon cet indicateur brut, le taux d'accouchements par sage-femme sur l'établissement de Chalon (niveau IIB) est de 69 par an, mais il est de 162 par an si on tient compte des sages-femmes réellement en secteur de naissance. Plus fondamentalement, l'accouchement est loin de représenter toutes les tâches des sages-femmes auprès de la mère et/ou de l'enfant.

L'enquête SF2004 a permis d'estimer le pourcentage de sages-femmes (hors cadres et enseignantes) qui réalisent un acte donné au cours d'une journée de travail (en l'occurrence, elles étaient interrogées sur leur dernière journée).

Deux phénomènes reviennent souvent dans les discours. Premièrement, l'attention portée à l'urgence obstétricale aurait réduit le temps consacré dans les établissements aux consultations et à la préparation à l'accouchement. Deuxièmement, une répartition inappropriée des tâches avec les gynécologues-obstétriciens aurait conduit ces derniers à réaliser une part importante des accouchements physiologiques (40 % selon l'ONSSF, chiffre non vérifié) alors que les sages-femmes seraient de plus en plus sollicitées dans le cadre de la surveillance des grossesses pathologiques. En particulier, dans certains établissements privés à but lucratif qui reçoivent les patientes de praticiens exerçant en libéral, les sages-femmes seraient souvent confinées à préparer l'accouchement, à surveiller le travail et à assister le médecin lors de l'accouchement. Elles n'effectueraient que des consultations d'urgence et ne réaliseraient qu'exceptionnellement l'accouchement, quand le médecin n'est pas disponible.

30. Selon le CNOSF, près de 45 % des sages-femmes ne réalisent pas d'accouchement : les sages-femmes de centres de PMI, la majorité des sages-femmes libérales et des sages-femmes exerçant en établissement privé, les sages-femmes spécialisées en échographie, et enfin celles qui ont choisi d'autres activités (ex : soins infirmiers).

TABLEAU 9

**ACTES RÉALISÉS AU COURS DE LA DERNIÈRE JOURNÉE DE TRAVAIL
(HORS SAGES-FEMMES CADRES ET ENSEIGNANTES)**

Tâches réalisées lors de la dernière journée	Type de structure		
	EHP (n = 3 653)	PSPH (n = 455)	Clinique (745)
Accouchement physiologique	56%	60%	69%
Soin infirmier	56%	62%	58%
Examen du nouveau-né	55%	58%	57%
Surveillance grossesses pathologiques	48%	47%	54%
Réfection épisiotomie	45%	40%	17%
Soin de suites de couches	44%	47%	47%
Consultation prénatale	42%	41%	35%
Surveillance/réinjection péridurale	42%	51%	64%
Participation à un accouchement pathologique	38%	44%	46%
Réanimation néonatale	20%	20%	17%
Prévention, éducation à la santé	19%	19%	12%
Délivrance artificielle ou révision utérine	14%	15%	6%
Échographie	12%	13%	5%
Préparation à la naissance	12%	9%	8%
Activité d'IVG, IMG	11%	7%	8%
Soutien à la fonction parentale	7%	7%	6%
Rééducation périnéale	3%	4%	1%
Activité de centre de planification	3%	2%	2%
Activité de coordination réseaux, conduite de projets	3%	4%	2%
Activité de PMA	2%	2%	2%
Autre	8%	10%	7%

SOURCE : enquête SF2004.

L'enquête ne permet pas de vérifier directement ces tendances, mais elle permet toutefois de mieux cerner l'activité des sages-femmes dans les établissements et d'identifier certaines tâches qui ont pu évoluer au cours des trois dernières années³¹.

Parmi toutes les tâches citées, les tâches administratives sont celles qui ressortent le plus dans le questionnaire, à la fois par le nombre de sages-femmes concernées (95 %) et par le temps qui leur est consacré (80 % estiment que ce temps a augmenté). Elles sont visiblement ressenties comme très lourdes par les sages-femmes hospitalières. Selon M^{me} BENOÎT, sage-femme dans une maternité de niveau IIB les tâches administratives ont été alourdies par l'informatisation des salles de naissance et le recueil des données au moment de la consultation

31. L'évolution sur trois ans du temps que représente une tâche dans l'activité des sages-femmes est analysée pour les sages-femmes, hors cadres et enseignantes, exerçant dans une seule structure depuis plus de trois ans et ayant rempli le tableau à plus de 88 % (n = 2 481).

d'arrivée (environ 40 items), de la conduite du travail et de l'accouchement (80 items), de l'examen de l'enfant à la naissance (40 items), par le codage des actes et par la gestion des papiers de reconnaissance anticipée et de déclaration de naissance.

Plus généralement, les sages-femmes ne présentent aucune tâche comme ayant significativement diminué ce qui va dans le sens d'une charge de travail accrue.

■ AVANT L'ACCOUCHEMENT

Les deux actes principaux réalisés avant l'accouchement dans les établissements sont la surveillance des grossesses pathologiques et la consultation prénatale.

La surveillance des grossesses pathologiques concerne 84 % des sages-femmes. Sur une journée donnée, 49 % des sages-femmes déclarent avoir réalisé cet acte (48 % en EHP et PSPH contre 54 % en clinique). Toutes structures confondues, la part que représente cette activité semble avoir augmenté : 46 % des sages-femmes ressentent cette augmentation, 30 % estiment que cela n'a pas évolué et 9 % estiment que cette activité a diminué. Cette augmentation est plus appuyée dans les EHP.

La consultation prénatale est réalisée par plus de 70 % des sages-femmes en établissement public ou PSPH, mais uniquement par 50 % des sages-femmes en clinique. Sur une journée donnée, 40 % déclarent avoir réalisé cet acte (41 % en EHP et PSPH contre 35 % en clinique). Ces chiffres corroborent la faible implication des cliniques dans cette activité. Cependant, ces résultats ne confirment pas les discours généraux sur l'abandon de cette activité dans les établissements hospitaliers : toutes structures confondues, seules 10 % des sages-femmes estiment que ce temps a diminué, il aurait même augmenté pour 39 % d'entre elles (54 % dans les EHP de niveau I).

La préparation à la naissance concerne 46 % des sages-femmes en EHP, 27 % en PSPH et 17 % en clinique. C'est une des rares activités où on observe un équilibre entre les sages-femmes qui estiment que la charge a augmenté et celles qui estiment qu'elle a diminué ou stagné. Elle a même diminué dans les EHP de niveau III.

L'échographie et la procréation médicalement assistée concernent moins de 25 % des sages-femmes en établissement.

■ L'ACCOUCHEMENT

L'accouchement est l'activité centrale du métier de sage-femme en établissement. Toutes structures confondues, l'accouchement physiologique³² concerne 75 % des sages-femmes (58 % des sages-femmes interrogées sur une journée) et la participation aux accouchements pathologiques concerne 74 % des sages-femmes (40 % des sages-femmes interrogées sur une journée). Ces deux activités ont augmenté quelle que soit la structure, mais de manière plus marquée dans les PSPH et les cliniques pour l'accouchement physiologique alors que l'augmentation du temps consacré à la participation aux accouchements pathologiques concerne plus les EHP. Cette croissance est particulièrement ressentie dans les EHP de niveau III (59 % des sages-femmes déclarent que l'activité y est en augmentation).

Les sages-femmes qui prennent part à des accouchements dans les EHP, et dans une moindre mesure dans les PSPH, réalisent plus d'actes techniques que les sages-femmes exerçant en clinique. Alors que relativement moins de sages-femmes exerçant en EHP ont déclaré avoir

32. Nous ne savons pas ce qu'a réalisé la sage-femme au cours de l'accouchement, en particulier si elle a elle-même réalisé l'expulsion du bébé

réalisé ou participé à un accouchement lors de leur dernière journée de travail que les sages femmes de PSPH ou de clinique, elles sont plus nombreuses à déclarer avoir réalisé une réfection d'épisiotomie, une délivrance artificielle, une révision utérine ou une réanimation néonatale. Ces trois actes sont en particulier peu déclarés par les sages-femmes exerçant en clinique (respectivement 17 %, 17 % et 6 %). Cela illustre probablement la participation différente de la sage-femme en établissement privé où le médecin prend en charge la femme et le bébé au moment de l'expulsion.

En revanche, les sages-femmes en clinique sont plus concernées que leurs collègues par la surveillance ou réinjection péridurale. Elles déclarent plus souvent avoir réalisé cet acte au cours de leur dernière journée (64 % en clinique contre 51 % en PSPH et 42 % en EHP) et elles ne sont que 10 % à déclarer ne pas réaliser cet acte (22 % en PSPH et 25 % en EHP). La perception de l'augmentation de cette pratique est très marquée dans toutes les structures, mais particulièrement dans les cliniques.

■ APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Après l'accouchement, la sage-femme réalise un examen du nouveau-né. C'est un acte très courant : elles sont 56 % à l'avoir effectué au cours de leur dernière journée de travail. Par rapport aux autres actes, les sages-femmes estiment le plus souvent que la charge de cet acte n'évolue pas. La situation est relativement similaire pour les soins de suites de couches.

Plus de 50 % des sages-femmes en EHP et PSPH ne font pas de soutien à la fonction parentale (et plus de 70 % en clinique). Cette activité est plus délaissée que la prévention et l'éducation à la santé. Sur une journée, 19 % des sages-femmes en EHP et PSPH ont fait de la prévention et de l'éducation (12 % en clinique) alors que seulement 7 % ont fait du soutien parental (6 % en clinique).

La rééducation périnéale n'est pas une activité hospitalière : plus de 87 % des sages-femmes n'en font pas et, sur une journée, moins de 5 % des sages-femmes déclarent avoir réalisé cet acte.

TABLEAU 10

**ÉVOLUTION SUR TROIS ANS DU TEMPS CONSACRÉ À UNE TÂCHE DANS L'ACTIVITÉ DES SAGES-FEMMES
(HORS CADRES ET ENSEIGNANTES)**

Intitulé de la tâche	Augmentation			Diminution			Stagnation			Sans objet			NSP		
	EHP	PSPH	Clinique	EHP	PSPH	Clinique	EHP	PSPH	Clinique	EHP	PSPH	Clinique	EHP	PSPH	Clinique
Tâche administrative	87 %	84 %	74 %	1 %	0 %	1 %	4 %	4 %	8 %	5 %	7 %	12 %	3 %	6 %	5 %
Surveilles de grossesses pathologiques	51 %	45 %	38 %	7 %	6 %	11 %	28 %	35 %	35 %	12 %	13 %	12 %	2 %	2 %	3 %
Accouchement physiologique	39 %	42 %	43 %	10 %	12 %	9 %	35 %	34 %	37 %	14 %	13 %	9 %	1 %	0 %	2 %
Participation à un accouchement pathologique	46 %	42 %	37 %	5 %	8 %	11 %	32 %	36 %	41 %	14 %	11 %	8 %	2 %	2 %	2 %
Soin infirmier	37 %	39 %	31 %	6 %	5 %	7 %	39 %	38 %	42 %	16 %	14 %	17 %	2 %	3 %	2 %
Examen du nouveau-né	32 %	35 %	24 %	17 %	6 %	5 %	43 %	43 %	50 %	17 %	13 %	19 %	3 %	3 %	3 %
Réanimation néonatale	23 %	22 %	15 %	11 %	12 %	20 %	46 %	48 %	51 %	18 %	14 %	12 %	2 %	4 %	2 %
Soin de suites de couches	36 %	40 %	26 %	11 %	7 %	14 %	34 %	30 %	33 %	18 %	21 %	25 %	2 %	2 %	2 %
Surveillance/réinjection péridurale	41 %	42 %	53 %	4 %	4 %	4 %	28 %	29 %	31 %	25 %	22 %	10 %	2 %	2 %	2 %
Prévention, éducation à la santé	26 %	25 %	16 %	16 %	9 %	7 %	23 %	23 %	21 %	30 %	36 %	47 %	5 %	6 %	9 %
Consultation prénatale	41 %	44 %	30 %	10 %	7 %	4 %	16 %	16 %	14 %	31 %	32 %	49 %	2 %	1 %	3 %
Activité d'IMG, IMG	30 %	21 %	19 %	3 %	2 %	2 %	16 %	14 %	14 %	47 %	58 %	62 %	3 %	5 %	2 %
Préparation à la naissance	13 %	10 %	7 %	16 %	7 %	4 %	18 %	11 %	6 %	52 %	71 %	81 %	2 %	2 %	2 %
Soutien à la fonction parentale	20 %	17 %	13 %	9 %	5 %	2 %	12 %	13 %	7 %	53 %	58 %	72 %	5 %	7 %	7 %
Échographie	12 %	11 %	4 %	5 %	3 %	2 %	10 %	15 %	6 %	72 %	70 %	88 %	2 %	1 %	1 %
Rééducation périnéale	4 %	3 %	3 %	4 %	1 %	1 %	4 %	5 %	1 %	87 %	89 %	94 %	1 %	1 %	1 %
Activité de centre de planification	4 %	2 %	0 %	2 %	1 %	0 %	3 %	2 %	1 %	89 %	95 %	97 %	2 %	2 %	1 %
Activité de PMA	2 %	1 %	2 %	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	2 %	94 %	96 %	93 %	2 %	2 %	2 %

Le secteur libéral

Dans le secteur libéral, les actes les plus courants sont la préparation à l'accouchement et la rééducation périnéale. La surveillance de la grossesse pathologique représente également une part importante de leur activité. En revanche, elles ne font que peu ou pas d'accouchements. Selon l'ONSSF, 50 sages-femmes sur 1200 assuraient des suivis complets de la grossesse avec pratique de l'accouchement en 1985 alors qu'elles ne sont plus que 30 aujourd'hui. Leur activité s'organise entre le cabinet (ex : rééducation périnéale, préparation à la naissance) et le domicile de la patiente (surveillance des grossesses pathologiques, soin de suites de couches).

TABLEAU 11

ACTES RÉALISÉS AU COURS DE LA DERNIÈRE JOURNÉE DE TRAVAIL DES SAGES-FEMMES EN LIBÉRAL

Tâche	Part des SF ayant réalisé l'acte	Dont réalisé à domicile
Consultation prénatale	34,0%	11,2%
Préparation à la naissance	86,8%	12,9%
Surveillance de grossesses pathologiques	48,0%	77,5%
Examen du nouveau-né	6,6%	66,7%
Soin de suites de couches	22,0%	64,5%
Soin infirmier	8,6%	46,5%
Rééducation périnéale	77,8%	3,1%
Prévention, éducation à la santé	18,0%	20,0%
Soutien à la fonction parentale	11,6%	12,1%

SOURCE : enquête SF2004.

Le département statistique de la CNAMTS a recherché la répartition des différents actes réalisés en 2002 par les sages-femmes libérales en fonction des coefficients (source : ERASME Vo). Les résultats confirment la part prépondérante de la préparation à l'accouchement, de la rééducation périnéale et de la surveillance à domicile des grossesses pathologiques : 73 % des actes de consultation sont cotés en C2 (préparation à l'accouchement) et 70 % des actes de sage-femme sont cotés en SF7 (rééducation périnéale). La seconde cote la plus fréquente est SF15 (surveillance à domicile des grossesses pathologiques), elle représente 14,5 % des actes cotés en SF.

Comme pour les sages-femmes hospitalières, les sages-femmes libérales signalent une augmentation ou une stagnation du temps consacré à chacun des actes. Les actes pour lesquels l'augmentation est supérieure à la stagnation et pour lesquels peu de sages-femmes indiquent une décroissance sont : les consultations prénatales, la préparation à la naissance, la rééducation périnéale et le soutien à la fonction parentale. Selon la CNAMTS³³, la structure d'activité s'est effectivement modifiée entre 1998 et 2002.

33. « Le secteur libéral... », *op. cit.*

TABLEAU 12

ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES DANS LE SNIR

	1998	1999	2000*	2001	2002	TCAM 1998/02**	2001-2002
<i>Statistiques tous professionnels</i>							
C (en nb d'actes)	891 261	918 923	1 044 560	1 116 625	1 218 823	7,9%	9,2%
V (en nb d'actes)	10 737	13 819	17 802	16 908	13 206	7,3%	-15,4%
FA (en nb d'actes)	1 426	1 472	1 469	1 427	1 404	-0,5%	-1,6%
SF (en coef.)	5 799 345	6 380 576	7 773 042	9 592 050	12 210 742	20,2%	27,3%
SFI (en coef.)	4 763 120	4 576 093	4 564 303	4 216 386	3 870 686	-5,4%	-8,2%
<i>Statistiques par APE***</i>							
C + V/APE (en nb d'actes)	653	622	683	701	717	2,2%	2,3%
FA/APE (en nb d'actes)	1	1	1	1	1	ns	ns
SF/APE (en coef.)	4 255	4 429	5 115	5 927	7 110	13,4%	20,0%
SFI/APE (en coef.)	3 061	2 725	2 712	2 474	2 085	-9,5%	-15,7%

SOURCES : CNAMTS/SNIR³⁴.

* En 2000, introduction du régime des militaires et du port autonome de Bordeaux.

** TCAM : taux de croissance annuel moyen corrigé en prenant en compte l'intégration des deux régimes.

*** APE : actif à part entière. Professionnel conventionné, non installé dans l'année, ayant moins de 65 ans.

On observe trois tendances principales : le nombre de forfaits pour accouchement est relativement stable ; le nombre de consultations augmente régulièrement alors que celui des visites amorce une nouvelle décroissance depuis 2000 (-15,4% entre 2001 et 2002) ; le nombre de soins de sage-femme augmente au détriment des soins infirmiers. En 2002, pour 78% des sages-femmes libérales, les soins infirmiers représentent moins du quart de leur activité. Les sages-femmes qui réalisent plus de 75% d'actes infirmiers sont plus âgées que la moyenne (51 ans contre 44 ans).

TABLEAU 13

PART D'ACTES EN SFI SUR LE TOTAL SF + SFI

	Effectif concerné	Pourcentage
Pas d'actes en SF ni SFI	166	9%
0% (que des actes en SF)	675	37%
Plus de 0% à 25%	736	41%
Plus de 25% à 75%	25	1%
Plus de 75%	217	12%
TOTAL	1 819	100%

SOURCE : CNAMTS, 2004.

33. « Le secteur libéral... », *op. cit.*

Les sages-femmes en PMI

L'action des sages-femmes de PMI concerne essentiellement la prévention et le suivi, notamment des grossesses à risque, avec une fonction à la fois médicale et psychosociale : examen obstétrical et gynécologique, prévention des menaces d'accouchement prématuré, suivi des traitements de toute pathologie liée à la grossesse (HTA, diabète, etc.). Elles ne réalisent pas d'accouchement.

Les sages-femmes territoriales organisent par ailleurs des séances d'information en matière d'éducation à la santé et de planification. Elles sont présentes auprès des jeunes lors de séances d'information dans les établissements scolaires, les associations et assurent des permanences dans les centres de planification familiale.

Une enquête est en cours auprès des sages-femmes de PMI dans la région bourguignonne afin de mieux connaître le spectre de leur activité réelle. L'enquête SF2004 donne également quelques éléments d'information.

TABLEAU 14

ACTES RÉALISÉS AU COURS DE LA DERNIÈRE JOURNÉE DE TRAVAIL DES SAGES-FEMMES EN PMI

Tâche	Part des SF ayant réalisé l'acte	Dont réalisé à domicile
Consultation prénatale	61,5%	63,8%
Préparation à la naissance	56,5%	69,4%
Surveillance de grossesses pathologiques	65,1%	83,2%
Activité de centre de planification	35,9%	18,5%
Prévention, éducation à la santé	65,1%	59,2%
Soutien à la fonction parentale	42,5%	57,8%
Activité de coordination réseaux, conduite de projets	23,9%	19,4%

SOURCE : enquête SF2004.

Les actes qui ont été réalisés par le plus grand nombre de sages-femmes sur une journée sont la consultation prénatale, la surveillance de grossesses pathologiques, la prévention et l'éducation à la santé. Deux activités se sont particulièrement développées selon les sages-femmes de PMI : la prévention et l'éducation à la santé (en augmentation pour 60 % d'entre elles) et le soutien à la fonction parentale (en augmentation pour 65 %). La consultation prénatale semble avoir également augmenté mais de manière moins unanime (pour 44 %).

C

onditions de travail

Les deux enquêtes récentes sur les conditions de travail en milieu hospitalier (enquête NEXT³⁵; enquête sur les conditions et l'organisation de travail des actifs des établissements de santé³⁶) portent sur des effectifs de sages-femmes trop faibles pour pouvoir être exploitées spécifiquement sur cette profession.

Selon une enquête présentée en 2003 par l'Organisation nationale des syndicats de sages-femmes (ONSSF) et réalisée fin 2002, 44 % des sages-femmes se déclaraient insatisfaites de leurs conditions de travail³⁷ alors que 36 % se déclaraient satisfaites. Le principal grief soulevé par les sages-femmes est le contenu de leur activité : des actes essentiellement médico-techniques et de plus en plus de tâches administratives.

Les conditions de travail ont fait l'objet de nombreuses discussions lors des entretiens. L'encadré ci-dessous dresse la liste des points négatifs et positifs qui ont été évoqués.

ENCADRÉ 6

RISQUES ET POINTS SENSIBLES

- Risques d'accroissement de la charge de travail avec les réorganisations successives liées aux décrets de périnatalité et aux 35 heures (inquiétudes à propos du temps consacré aux patientes).
- Crainte de ne pouvoir faire face à cette charge de travail en prenant de l'âge.
- Difficultés à prendre des congés.
- Plus grande pénibilité sur le plan physique et psychique si le rythme de travail augmente (en particulier en niveau III où les cas sont plus difficiles).
- Niveau de salaires trop faible pour certaines de nos interlocutrices, compte tenu du niveau de responsabilité demandé.
- Crainte de voir les équipes moins soudées du fait de la réorganisation des horaires, de l'augmentation du nombre d'intervenants et du turnover important.

AVANTAGES ET POINTS POSITIFS

- Bonnes possibilités de formation dans un hôpital public (à lier aussi aux possibilités de mobilité entre services).
- Bon encadrement dans les hôpitaux publics : équipe complète sur place disponible (dans le privé, les médecins ne sont pas toujours sur les lieux).
- Des méthodes médicalisées qui valorisent le travail où la sage-femme exerce pleinement son rôle médical (moyen de fidélisation).

35. Contact : Madeleine ESTRYN-BEHAR, AP-HP, Paris.

36. DREES, ministère de la Santé et de la Protection sociale.

37. www.perso.club-internet.fr. Nous n'avons à ce jour pas pu nous procurer la méthodologie de cette enquête. En particulier, nous ne connaissons pas la base d'interrogation ni le nombre de sages-femmes ayant répondu.

- Congés supplémentaires grâce aux 35 heures.
- Niveau de salaires attractif dans certains établissements privés par rapport au secteur public (primes).

L'enquête SF2004 confirme un ressenti plutôt négatif de l'évolution des conditions de travail au cours de cinq dernières années : 48,5% des sages-femmes interrogées déclarent que les conditions de travail se sont dégradées.

Les résultats de l'enquête opposent nettement les établissements hospitaliers aux autres modes d'exercice.

TABLEAU 15

ÉVOLUTION DES CONDITIONS DE TRAVAIL CES CINQ DERNIÈRES ANNÉES

	Échantillon total	EHP	PSPH	Clinique	PMI	Cabinet
Amélioration	14,5%	10,9%	9,5%	19,3%	20,2%	28,2%
Pas de changement	21,7%	18,3%	21,3%	22,6%	35,8%	30,0%
Dégradation	48,5%	56,2%	53,2%	43,1%	30,7%	25,9%
Sans opinion	7,4%	7,6%	8,7%	9,0%	6,8%	8,1%
Non réponse	7,9%	7,1%	7,3%	6,0%	6,6%	7,8%

SOURCE : enquête SF2004.

Au sein des établissements publics, la part des sages-femmes ressentant une dégradation augmente avec le niveau des établissements : 59,7% s'en plaignent dans les EHP de niveau III contre 55,6% dans les EHP de niveau II et 52,1% dans les EHP de niveau I.

Nous avons demandé aux sages-femmes de nous indiquer les points positifs et négatifs de leur profession en les ordonnant par importance. Les tableaux ci-dessous présentent, par structure, le pourcentage de citation pour chaque item ainsi que le score obtenu avec un système de pondération reproduisant le classement proposé par les sages-femmes. Le contact avec les patientes et les nouveau-nés est incontestablement le point le plus positif de la profession, quelle que soit la structure d'exercice. Les items les moins cités comme points positifs sont les possibilités de formation, la reconnaissance professionnelle (à l'exception des libérales), la rémunération et la part raisonnable des tâches administratives.

Les sages-femmes exerçant en établissement public mettent en avant la diversité du travail et leur autonomie dans leur champ de compétence. En revanche, elles citent moins souvent que les autres la liberté d'organisation et les horaires satisfaisants ou la possibilité de suivre de manière globale la patiente. On peut toutefois remarquer la fréquence relativement élevée de la citation d'horaires satisfaisants, ce qui va à l'encontre du discours ambiant. L'intérêt pour la technologie est relativement peu cité (25% des sages-femmes) même si il l'est plus dans les EHP que dans les autres structures. Plus finement, on observe que les sages-femmes en niveau III citent nettement moins comme un élément positif le contact avec les patientes et leur bébé (57,6% versus plus de 70% en niveau I et II) et la possibilité d'un bon suivi global se dégrade (21,3% versus 31,5% en niveau II et 43,8% en niveau I). Cela traduit vraisemblablement la frustration ressentie dans les niveaux III en raison du peu de temps que les sages-femmes peuvent accorder aux patientes. Elles sont 20% à déclarer ce temps beaucoup trop court (contre 14,5% en niveau II et 10% en niveau I).

TABLEAU 16

ASPECTS POSITIFS DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME, INDICE PONDÉRÉ ET FRÉQUENCE DE CITATION

	EPH	PSPH	Clinique	PMI	Cabinet
Contact avec les patientes et les nouveau-nés	289 (66,7%)	289 (72,8%)	282 (71,6%)	271 (65,9%)	287 (69,8%)
Diversité du travail	288 (68,3%)	212 (62,1%)	179 (51,2%)	263 (68,3%)	229 (62,1%)
Réelle autonomie dans les compétences réglementaires	244 (55,7%)	209 (57,2%)	135 (38,7%)	144 (39,0%)	135 (41,0%)
Liberté d'organisation	156 (49,3%)	161 (49,3%)	170 (50,1%)	178 (53,7%)	208 (62,1%)
Horaires de travail satisfaisants	119 (42,8%)	122 (43,4%)	190 (58,2%)	114 (46,3%)	122 (43,1%)
Bon suivi global de la patiente et de son enfant	95 (30,8%)	114 (38,1%)	109 (35,1%)	129 (36,6%)	121 (34,9%)
Intérêt pour la technologie	73 (24,8%)	64 (21,7%)	57 (20,0%)	12 (7,3%)	36 (11,6%)
Collaboration riche avec d'autres professions	62 (21,8%)	59 (22,1%)	43 (16,0%)	119 (39,0%)	46 (17,2%)
Bonnes possibilités de formation	46 (19,8%)	41 (18,5%)	26 (9,8%)	49 (19,5%)	40 (14,7%)
Reconnaissance professionnelle	25 (10,1%)	28 (11,6%)	27 (10,1%)	49 (17,1%)	43 (19,8%)
Rémunération correspondant au travail	13 (5,4%)	17 (6,1%)	26 (9,6%)	39 (17,1%)	27 (11,6%)
Part des tâches administratives raisonnable	7 (3,5%)	14 (5,9%)	21 (10,0%)	19 (7,3%)	12 (4,7%)

SOURCE : enquête SF2004.

Le classement des sages-femmes exerçant en établissement PSPH est le même que leurs collègues des EPH, mais elles valorisent moins fortement la diversité du travail et l'autonomie au profit des horaires de travail et du suivi global de la patiente et de l'enfant.

Les sages-femmes exerçant en clinique bénéficient d'une diversité du travail et d'une autonomie moins importante que les autres structures, ce qui corrobore ce que nous avons déjà vu dans la spécialisation des sages-femmes par secteur dans ces établissements. En revanche, elles sont plus satisfaites de leurs horaires de travail et citent plus souvent la reconnaissance professionnelle que les autres.

Les sages-femmes libérales et de PMI expriment un ressenti très proche. Elles valorisent très fortement la diversité du travail et la liberté d'organisation. En revanche, l'autonomie dans leur champ de compétence semble être moins évidente que dans les secteurs hospitaliers EHP et PSPH. Elles déclarent pouvoir offrir un meilleur suivi global à leurs patientes que les autres. Les sages-femmes de PMI valorisent relativement plus la collaboration avec d'autres professionnels que leurs consœurs.

Les sages-femmes exerçant en EHP accordent un poids négatif important aux tâches administratives et à la charge de travail. L'insuffisance de la rémunération est très souvent citée (plus souvent que la charge de travail) mais avec un ordre de priorité moindre. Par rapport aux autres structures, elles manifestent plus de difficultés à répondre aux attentes des patientes et une insatisfaction plus forte pour les horaires, comme leurs collègues des établissements PSPH. Ces dernières mettent en avant les tâches administratives, la rémunération et ce sont celles qui se plaignent le plus d'un manque de reconnaissance, avant la charge de travail. Parmi les sages-femmes d'EHP, celles qui travaillent en niveau III se plaignent plus souvent de la technicité trop présente (23% versus 20% en niveau II et 17% en niveau I), de la charge de travail (53% versus 48% et 33%), de difficultés pour répondre aux attentes des patientes (42% versus 36% et 23%). En revanche, elles citent moins des responsabilités excessives (18% versus 22% et 25%), une collaboration difficile avec les autres professions (13% versus 22% et 23%) et une rémunération inadaptée (44% versus 50% pour les niveaux I et II).

TABLEAU 17

ASPECTS NÉGATIFS DE LA PROFESSION INDICE PONDÉRÉ ET FRÉQUENCE DE CITATION

	EPH	PSPH	Clinique	PMI	Cabinet
Tâches administratives trop présentes	257 (69 %)	222 (63,9 %)	173 (52,1 %)	149 (41,5 %)	216 (57,8 %)
Charge de travail excessive	175 (46,6 %)	164 (45,8 %)	149 (41,4 %)	110 (29,3 %)	119 (31 %)
Reconnaissance professionnelle insuffisante	149 (47,8 %)	187 (56 %)	170 (51,8 %)	141 (36,6 %)	148 (41 %)
Rémunération insuffisante	148 (48,2 %)	210 (61,3 %)	213 (58,2 %)	88 (24,4 %)	191 (53,5 %)
Difficulté pour répondre aux attentes des patientes	114 (35,3 %)	83 (28 %)	85 (26,7 %)	65 (22 %)	89 (28 %)
Possibilités de formation insuffisantes	79 (27,7 %)	84 (28,6 %)	130 (41,9 %)	88 (24,4 %)	97 (30,6 %)
Possibilités d'évolution trop restrictives	72 (25,8 %)	78 (27,8 %)	106 (35,3 %)	127 (36,6 %)	89 (28,5 %)
Responsabilité excessive	77 (21,5 %)	71 (21,9 %)	91 (25,7 %)	17 (4,9 %)	73 (22 %)
Technicité trop présente	63 (20,2 %)	57 (17,6 %)	45 (14 %)	56 (22 %)	84 (24,6 %)
Agencement du lieu de travail inadapté	59 (19,4 %)	49 (17,8 %)	46 (15,6 %)	93 (24,4 %)	36 (11,6 %)
Collaboration difficile avec les autres professions	56 (19 %)	55 (18 %)	56 (17,8 %)	36 (14,6 %)	75 (25 %)
Horaires de travail non satisfaisants	34 (11 %)	35 (11,8 %)	20 (6,5 %)	0 (2,4 %)	19 (6,5 %)

SOURCE : enquête SF2004.

Les sages-femmes exerçant en clinique placent en premier la question de la rémunération insuffisante, puis les tâches administratives trop lourdes et le manque de reconnaissance. Par rapport à leurs consœurs, elles citent plus souvent le manque de formation et les faibles possibilités d'évolution. En revanche, ce sont celles qui citent le moins souvent la technicité.

Les sages-femmes de PMI citent en premier le poids des tâches administratives et le manque de reconnaissance, puis elles citent de manière homogène la plupart des autres items. Elles sont moins nombreuses que leurs consœurs à citer la charge de travail et la rémunération et manifestent particulièrement peu de griefs contre des horaires ou des responsabilités trop importants.

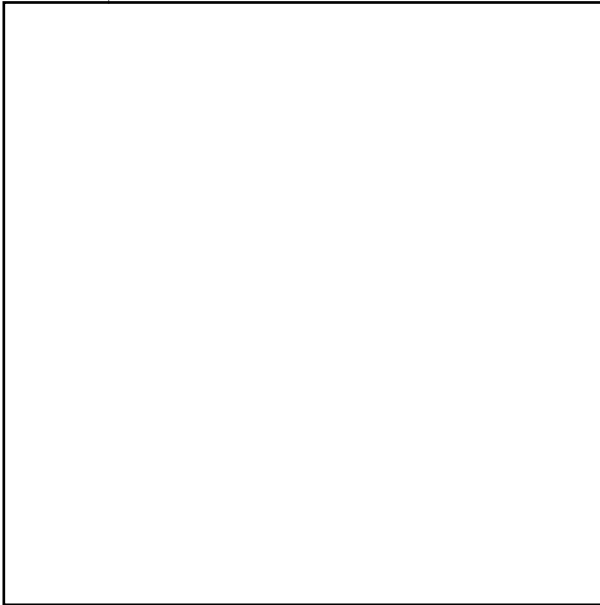
Les libérales pointent en premier lieu les tâches administratives lourdes et la rémunération insuffisante. Par ailleurs, elles citent plus souvent que les autres une technicité trop importante et une collaboration difficile avec les autres professionnels. En revanche, les horaires de travail ne sont pas présentés comme particulièrement pénibles. Effectivement, selon l'enquête SF2004, les sages-femmes libérales travaillent en moyenne 32,5 heures par semaine. Seules 20 % des sages-femmes ayant répondu déclarent plus de 35 heures hebdomadaires. Le temps de travail augmente avec l'âge.



liste des participants au groupe de travail

- Martine BENCHEMAKH, sage-femme PMI • *Conseil général de la Nièvre*
- Marianne BENOIT, sage-femme informaticienne • *Conseil national de l'ordre des sages-femmes*
- Sabine BESSIÈRE • *Ministère de la Santé et de la Protection sociale, DREES*
- Françoise BICHERON, présidente du Conseil national de l'ordre des sages-femmes
- Alain BISSONNIER • *Conseil national de l'ordre des sages-femmes*
- Nelly BONNET • *CNAMTS, direction des Statistiques et des Études*
- Yann BOURGUEIL, chercheur • *IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé)*
- Pascale BREUIL • *Ministère de la Santé et de la Protection sociale, DREES*
- Martine BURDILLAT, secrétaire générale de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé
- Anne-Gaëlle CASANDJIAN • *Ministère de la Santé et de la Protection sociale, DSS*
- Marie Ange COUDRAY • *Ministère de la Santé et de la Protection sociale, DHOS*
- Serge DARRINE • *Ministère de la Santé et de la Protection sociale, DREES*
- Hélène DE GUNZBOURG, sage-femme libérale
- Marie-Laure DELAMAIRE, stagiaire • *IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé)*
- Nadia FARADJI, sage-femme PMI
- Danièle GELLY, coordonnateur général des soins (CH de Bourges), présidente de l'Association française des directeurs des soins et membre du CSPPM
- Laurent GRAVELAINE, directeur d'hôpital • *Ministère de la Santé et de la Protection sociale, DHOS*
- Sylvie LABERIBE, sage-femme hospitalière à Argenteuil
- Renaud LEGAL, stagiaire • *IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé)*
- Sylvie LE LAIDIER • *CNAMTS, direction des Statistiques et des études*
- Agnès Lordier-Brault • *Ministère de la Santé et de la Protection sociale, DHOS*
- Fabienne MIDY • *ANAES, service Évaluation économique*
- Michel NAIDITCH, médecin de santé publique, chercheur DIES (développement innovation, évaluation en santé)
- Dominique POLTON, directrice de l'IRDES (*Institut de recherche et documentation en économie de la santé*)
- Pascale REDON • *Ministère de la Santé et de la Protection sociale, DGS*
- Françoise TISSERAND, sage-femme hospitalière, surveillante à Chalon-sur-Saône

**LA PROFESSION
D'INFIRMIÈRE**



LA profession infirmière est définie dans le Code de la santé publique article L4311-1 :
« 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. »

L'historique des principales étapes de la construction et de l'évolution du métier d'infirmière est rappelé dans l'encadré ci-dessous.

ENCADRÉ 1

REPÈRES HISTORIQUES

■ 1922 : brevet de capacité professionnelle autorisant le port du titre d'infirmier diplômé d'État. La formation est préparée, guidée, orientée par les médecins.

■ 1946 : première définition légale de l'infirmier.

La loi du 8 avril 1946 du Code de la santé publique, article L 473, la définit ainsi : « Est considérée comme exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière toute personne qui donne habituellement soit à domicile, soit dans les services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits ou conseillés par le médecin. »

■ 1972 : réforme importante du programme des études infirmières qui glisse de la maladie aux soins à la personne.

■ 1978 : apparition de la notion de rôle propre.

La loi du 31 mai 1978 modifie la définition de la profession d'infirmier en instaurant la notion de rôle propre qui autorise l'administration autonome de certains soins infirmiers.

« Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne, qui en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu. En outre 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. »

■ 1981 : décret d'application de la loi de 1978 et définition de la fonction infirmière et du rôle propre.

« La fonction infirmière comprend l'analyse, l'organisation et l'évaluation des soins infirmiers et leur dispense soit sur prescription médicale, soit dans le cadre du rôle propre de l'infirmière. Elle comprend en outre différentes actions concernant l'éducation, la formation, l'encadrement et la prévention en matière de santé et d'hygiène, ainsi que l'application et la promotion des mesures de lutte contre l'infection et la contagion. »

« Relèvent du rôle propre de l'infirmière les soins infirmiers liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et qui visent à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. »

■ 1992 : convention nationale des infirmiers. Mise en place du seuil d'activité pour les infirmiers libéraux. Disparition de la filière d'infirmier de secteur psychiatrique.

■ 1993 : publication du décret des actes professionnels et d'exercice de la profession (15 mars 1993) et du décret relatif aux règles professionnelles (16 février 1993).

■ 2002 : nouveau décret des actes professionnels et d'exercice de la profession (11 février 2002), approbation de la convention nationale infirmière (1^{er} mars 2002) et modification de la nomenclature générale des actes professionnels avec création de la démarche de soins infirmiers (28 juin 2002).

La formation des d'infirmières s'effectue dans des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) rattachés à un centre hospitalier. On compte aujourd'hui 265 IFSI publics, 63 IFSI privés à but non lucratif et 2 IFSI Éducation nationale.

La formation initiale est de trente-sept mois et demi.

Trois spécialisations, ouvertes sur concours, amènent à un diplôme d'État : l'anesthésie, le bloc opératoire, la puériculture. La formation d'infirmière anesthésiste diplômée d'État (IADE) dure deux ans, dans des écoles agréées par le ministre chargé de la Santé. Celle d'infirmière de bloc opératoire (IBODE) a une durée d'un an et demi et celle de puéricultrice d'un an.

Les infirmières peuvent, après une expérience professionnelle de quatre ans, préparer en un an le diplôme de cadre de santé. Cette formation permet d'occuper un poste d'encadrement dans un service ou de formateur dans un institut de formation en soins infirmiers.

En 1975, les perspectives de carrière ont été élargies avec la création du corps des infirmiers généraux remplacé en 2002 par le corps des directeurs des soins, accessible par concours national sur épreuves aux infirmiers cadres remplissant certaines conditions.



émographie actuelle de la profession et évolution passée

■ Environ 460 000 infirmières en exercice au 1^{er} janvier 2004,
dont 320 000 dans les hôpitaux et cliniques

Le répertoire ADELI recense, au 1^{er} janvier 2004, 446 000 infirmières, dont 438 000 en France métropolitaine, soit une densité de 730 pour 100 000 habitants.

- 322 000 (74 %) travaillent dans les hôpitaux et cliniques (55 % dans les hôpitaux publics, 6 % dans les établissements privés participant au service public hospitalier et 12 % dans les cliniques),
- 61 000 (14 %) exercent en libéral,
- 54 000 (12 %) sont salariés en dehors du secteur hospitalier : dans les établissements médico-sociaux, les collectivités locales, l'Éducation nationale, les sociétés d'intérim, les entreprises...

Comme c'est le cas pour d'autres professions, les différentes sources disponibles ne donnent pas des résultats totalement cohérents. Un premier travail de confrontation, détaillé dans le tome 1 de ce rapport, a été réalisé sur les années 1999 à 2003. Il met en évidence des divergences sensibles concernant les effectifs d'infirmières salariées hors secteur hospitalier, beaucoup plus nombreux d'après les sources INSEE (86 000 selon l'enquête emploi) que dans ADELI. À l'inverse, la comparaison avec les données de la CNAMTS suggère que le fichier ADELI surestime les effectifs de libérales d'environ 10 %. Pour les salariés hospitaliers, les différentes sources donnent des estimations proches.

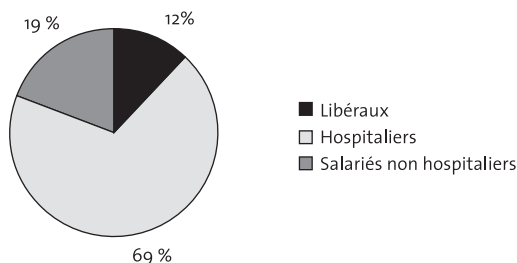
L'estimation après redressement sur la base de ces sources complémentaires est de 449 000 infirmières en exercice au total au 1^{er} janvier 2003, soit 6 % de plus que les effectifs recensés par ADELI (423 000 à la même date), avec la répartition suivante :

- 309 000 (69 %) dans les hôpitaux publics et privés,
- 54 000 (12 %) libéraux (y compris les remplaçants),
- 86 000 (19 %) salariés en dehors du secteur hospitalier.

Ces correctifs n'ont pas été opérés sur les données 2004, mais l'on peut estimer en première approche que l'effectif total redressé sur les mêmes bases s'établirait aux environs de 460 000. En tout état de cause, ces chiffres corrigés doivent être eux-mêmes considérés avec précaution : le travail est en effet à poursuivre pour comprendre les raisons des écarts entre les sources, qui restent pour partie inexplicables, et dès lors valider ou modifier cette première proposition de redressement.

Les infirmiers salariés hors secteur hospitalier forment, comme on l'a dit, une catégorie composite et assez mal connue. Quelques ordres de grandeur des différents secteurs peuvent être donnés, mais il s'agit souvent de données assez anciennes :

- 14 000 infirmiers étaient recensés dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (au 1^{er} janvier 1997), et 6 000 dans les établissements sociaux et médico-sociaux (au 1^{er} janvier 1999), par les enquêtes spécifiques de la DREES sur ces établissements ;
- 15 000 infirmiers étaient employés par les collectivités locales et 6 000 infirmiers par l'Éducation nationale au 1^{er} janvier 1999.

RÉPARTITION DES INFIRMIÈRES PAR MODE D'EXERCICE AU 01/01/2003 – ADELI REDRESSÉ


SOURCE : ADELI.

Les infirmières salariées hors secteur hospitalier forment, comme on l'a dit, une catégorie composite et assez mal connue. Quelques ordres de grandeur des différents secteurs peuvent être donnés, mais il s'agit souvent de données assez anciennes :

- 14 000 infirmières étaient recensées dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (au 1^{er} janvier 1997), et 6 000 dans les établissements pour personnes handicapées (au 1^{er} janvier 2002), par les enquêtes spécifiques de la DREES sur ces établissements ;
- 15 000 infirmières étaient employées par les collectivités locales et 6 000 infirmières par l'Éducation nationale au 1^{er} janvier 1999.

Le répertoire ADELI dénombre par ailleurs 2 % de cadres et 5 % d'infirmières ayant une spécialisation : puéricultrices (3 %), infirmières anesthésistes (1,5 %) et infirmières de bloc opératoire (1 %). On peut penser cependant que ces chiffres sont sous-estimés : en effet, à l'exception de la puériculture, les spécialisations s'effectuent après une expérience professionnelle, et certaines infirmières spécialisées déjà inscrites du fait de leur activité non spécialisée passée n'effectuent probablement pas la démarche de mise à jour des informations les concernant dans ADELI.

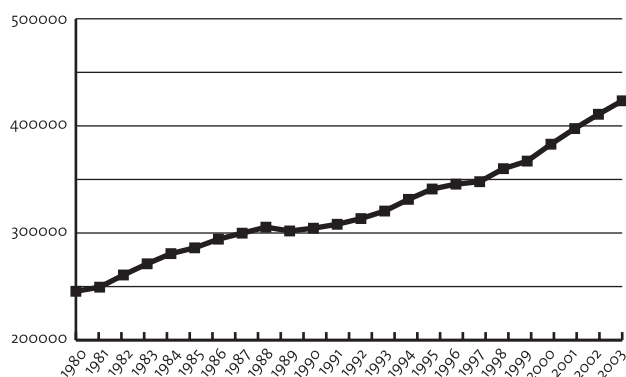
Dans les hôpitaux publics, l'enquête SPE¹ recense 3,5 % d'IADE, 3,3 % de puéricultrices, et 2,5 % d'IBODE au 31 décembre 2001.

1. L'enquête SPE de la DHOS fournit périodiquement une information détaillée sur la ventilation des effectifs par corps, grade, échelon et âge, dans la fonction publique hospitalière.

**Des effectifs en croissance régulière,
assez soutenue sur les dernières années...**

De 246 000 en 1980, les infirmières en exercice sont passées à 423 000 en 2003 (source ADELI, France métropolitaine). La profession a donc connu un développement numérique très important : 72 % d'effectifs en plus sur la période, soit une progression de 2,4 % par an en moyenne. Ce rythme de croissance s'accélère sur la période récente : +2,6 % entre 1990 et 2003, +3,6 % sur les quatre dernières années (toujours en moyenne annuelle).

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS D'INFIRMIÈRES EN FRANCE MÉTROPOLITAINE



SOURCE : ADELI.

Sur les données redressées tel qu'indiqué ci-dessus, l'évolution récente des effectifs apparaît un peu moins rapide, +2,6 % par an en moyenne entre 1999 et 2003 (au lieu de +3,6 %). Elle reste néanmoins soutenue. C'est le secteur hospitalier qui enregistre la progression la plus importante de ses effectifs, avec plus de 3 % par an, soit 14 % en 4 ans.

TABEAU 1
ÉVOLUTIONS 1999-2003 APRÈS CORRECTIONS DES DONNÉES ADELI

	1999	2000	2001	2002	2003	Évolution 1999-2003	Évolution moyenne annuelle
Libéraux	51 226	53 386	54 254	54 267	54 014	5,4 %	1,3 %
Hospitaliers	271 608	278 496	289 768	299 013	309 081	13,8 %	3,3 %
Salariés non hospitaliers	82 698	83 617	84 535	85 454	86 372	4,4 %	1,1 %
Total	405 532	415 499	428 557	438 734	449 467	10,8 %	2,6 %

... Mais à nuancer si on prend en compte le temps de travail

Pour apprécier les ressources réelles en soins infirmiers, les effectifs doivent être pondérés par le temps travaillé. Celui-ci a évolué en effet dans le passé sous l'effet de deux éléments :

- une tendance de long terme à la progression du temps partiel,
- la baisse de la durée du travail à temps plein liée à la mise en place de la RTT, à partir du 1^{er} janvier 2000 dans les établissements privés et à partir du 1^{er} janvier 2002 dans les hôpitaux publics.

Ces deux évolutions sont analysées successivement ci-dessous.

■ ■ L'impact du temps partiel

En l'espace d'une dizaine d'années, le temps partiel a progressé sensiblement dans les hôpitaux publics (15 % à 22 %), mais, parallèlement, la durée moyenne de travail des temps partiels a augmenté, de 27 heures à 28 heures. Dans le secteur hospitalier privé, la progression du temps partiel est beaucoup plus faible, mais elle est accentuée par une diminution de la durée moyenne du travail (26 heures à 25 heures) (tableau 2).

TABEAU 2

PART DES TEMPS PARTIELS ET DURÉE HEBDOMADAIRE DE TRAVAIL DES TEMPS PARTIELS

	% de temps partiels		Durée hebdomadaire moyenne de travail des temps partiels (heures)	
	1993	2002	1993	2002
Infirmiers des hôpitaux publics	14,7 %	22,6 %	27	28
Infirmiers des hôpitaux et cliniques privés	21,5 %	22,2 %	26	25

SOURCES : enquêtes emploi 1993 et 2002 - INSEE. Exploitation DREES.

NOTES : Le secteur privé hospitalier comprend ici à la fois des établissements sous dotation globale et des établissements soumis à l'OQN, les enquêtes emploi ne permettant pas de les distinguer.

Si l'on combine ces différents éléments, compte tenu du poids respectif des deux secteurs, l'impact du temps partiel apparaît faible au total : il représenterait 1 % à 2 % des effectifs en moins sur l'ensemble du secteur hospitalier public et privé sur une période de dix ans, soit -0,1 % à 0,2 % par an. Cela signifie que sur la période 1999-2003, la croissance serait de 13,2 % en équivalents temps plein (pour 13,8 % en effectifs).

Il n'est pas certain, du reste, que cette tendance au développement du temps partiel se poursuive sur la période récente : le mouvement semble s'être inversé en 2001 dans les hôpitaux publics, d'après la statistique annuelle des établissements (SAE)², et on peut penser que la RTT a eu pour effet de freiner la demande de temps partiel.

TABLEAU 3

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS TEMPS PLEIN ET TEMPS PARTIEL ENTRE 2000 ET 2002 DANS LE SECTEUR PUBLIC (INFIRMIÈRES ET INFIRMIÈRES CADRES)

Année	Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	Effectifs totaux	ETP totaux
2000	172 323	51 209	223 532	208 814
2002	180 905	51 123	232 028	217 800
Évolution 2000-2002	5,0 %	-0,2 %	3,8 %	4,3 %

SOURCES : Statistique annuelle des établissements 2000 et 2001 – DREES. Exploitation IRDES.

Par ailleurs, sur la même période, le **temps de travail des libérales** a, lui, significativement augmenté, passant de 47 heures hebdomadaires en 1993 à 50 heures en 2002 (+6 %).

En l'état des données disponibles, on peut donc conclure :

- que, sur le long terme, le développement du temps partiel a pour effet de **diminuer le potentiel de travail hospitalier de -0,1 % à 0,2 % par an** ; sur les quatre dernières années, pour une évolution annuelle moyenne de +3,3 % des effectifs, l'évolution en équivalents temps plein est donc plutôt de 3,1 % à 3,2 % ;
- qu'à l'inverse **la durée hebdomadaire moyenne de travail des infirmières libérales a augmenté** sensiblement dans les dix dernières années ;
- que la tendance au développement du temps partiel semble freinée sur la période récente dans les hôpitaux publics.

■ ■ L'impact de la RTT

La mise en œuvre des 35 heures pour les infirmières travaillant dans le secteur hospitalier a eu lieu au 1^{er} janvier 2000 dans les établissements privés, et au 1^{er} janvier 2002 dans la fonction publique hospitalière, pour le personnel de jour (elle est prévue au 1^{er} janvier 2004 pour le personnel de nuit, avec passage à 32,5 heures).

Rappelons que le cadre national de l'accord dans la fonction publique a prévu un temps annualisé avec trois régimes :

- repos fixe avec moins de 10 dimanches et jours fériés travaillés par an : 1 600 h/an (224 jours)
- repos variable avec moins de 20 dimanches et jours fériés par an : 1 575 h/an (222 jours)
- repos variable avec plus de 20 dimanches et jours fériés par an : 1 560 h/an (220 jours).

Les négociations locales, obligatoires, ont conduit à une grande diversité de modalités d'application³.

Le passage de 39 heures à 35 heures équivaut en théorie à une diminution de $4/39 = 10,25\%$. Dans la réalité, l'enquête réalisée en 2002 sur l'ensemble des établissements hospitaliers publics fait apparaître, pour les infirmiers, une diminution du temps de travail de 9,7 % en

2. Les données ne sont pas disponibles pour le secteur privé.

3. Pour des analyses des conditions de mise en place de la RTT, voir notamment :

- BOUSQUET (F.), « Enquête sur la mise en place de la RTT dans la fonction publique hospitalière », *Document de travail*, n° 51, mars 2003, DREES.
- BOUSQUET (F.), « La mise en œuvre de la réduction du temps de travail dans la Fonction publique hospitalière », *Études et résultats*, n° 224, mars 2003, une enquête statistique auprès des établissements publics de santé, DREES.
- TONNEAU (D.), « La réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics : des difficultés liées à l'organisation », *Document de travail, Série Études*, n° 35, octobre 2003, DREES.

moyenne, avec une fourchette de 8 % à 11 % selon les établissements. Elle est plus faible dans les centres hospitaliers spécialisés psychiatriques (8,5 %), plus élevée à l'inverse dans les hôpitaux locaux (10,3 %), et proche de la moyenne dans les CHU et les centres hospitaliers (respectivement 9,6 % et 9,4 %).

Si l'on estime la proportion de personnel infirmier en horaire fixe de nuit à environ 20 %⁴, la baisse du temps de travail consécutive à la mise en œuvre de la RTT s'élèverait à 7,8 % pour les hôpitaux publics.

En considérant une diminution du temps travaillé de l'ordre de 10 % pour les établissements PSPH et les cliniques, l'effet de la RTT pour l'ensemble du secteur hospitalier équivaut à une diminution de 8,3 % des effectifs.

La croissance de +13,8 % des effectifs du secteur hospitalier sur la période 1999-2003⁵ n'est donc plus que de +4,4 % si l'on raisonne en « ressources effectives » (c'est-à-dire en effectifs pondérés par le temps de travail), soit +1,1 % par an en moyenne : l'évolution du secteur hospitalier apparaît en fait similaire à l'évolution d'ensemble (tableau 4).

TABLEAU 4

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS ET DU POTENTIEL DE TRAVAIL APRÈS PRISE EN COMPTE DE LA RTT (1999 – 2003)

	Effectifs 2003	Évolution des effectifs 999-2003 (Impact RTT)	Évolution du temps de travail 1999-2003	Évolution du potentiel de travail effectifs + temps de travail	Évolution moyenne annuelle des effectifs	Évolution moyenne annuelle du potentiel de travail
Libéraux	54 014	5,4 %	-	5,4 %	1,3 %	1,3 %
Hospitaliers	309 081	13,8 %	-8,3 %	4,4 %	3,3 %	1,1 %
Salariés non hospitaliers	86 372	4,4 %	-	4,4 %	1,1 %	1,1 %
Total	449 467	10,8 %	-5,7 %	4,5 %	2,6 %	1,1 %

Dans le secteur hospitalier, comme cela a été dit précédemment, l'évolution du temps partiel a minoré encore légèrement cet accroissement (de l'ordre de 0,1 % à 0,2 % par an).

Par ailleurs, l'évolution moyenne sur quatre ans recouvre évidemment des évolutions annuelles contrastées : pour l'année 2002, l'application de la RTT se traduit par une diminution du potentiel de travail infirmier de 5 % dans le secteur hospitalier, de 3 % au total.

EN CONCLUSION

Sur la période récente, l'augmentation des effectifs dans le secteur hospitalier public a été en grande partie absorbée par la réduction du temps de travail, qui ramène de +3,3 % à +1,1 % l'accroissement annuel moyen du « potentiel de travail » de 1999 à 2003.

Comme on l'a vu précédemment, le développement du temps partiel minore encore légèrement cette évolution, quoique son impact soit beaucoup plus limité que celui de la RTT. Au total, si l'on prend en compte ces deux facteurs, le potentiel de travail infirmier dans le secteur hospitalier a augmenté sur les quatre dernières années d'environ +1 % par an, évolution parallèle à celle de la profession dans son ensemble.

4. ESTRYN-BEHAR (M.) (2004), *Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant*, étude PRESS- NEXT/Partie 1, premiers résultats de l'enquête initiale de novembre 2002, janvier 2004.

5. Sur la base des données ADELI corrigées.

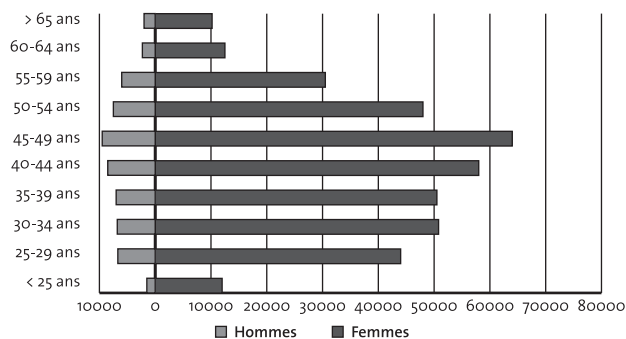
On peut noter toutefois que, malgré la RTT, l'évolution reste positive, c'est-à-dire que la ressource en soins infirmiers a continué à augmenter. Par ailleurs, rappelons que l'effet RTT est par définition très spécifique de ces dernières années : si l'on considère l'évolution sur une période plus longue, la tendance est à une augmentation plus soutenue (+2,3% par an de 1990 à 2000).

■ Une profession qui reste massivement féminine et a sensiblement vieilli depuis vingt ans

87% des infirmiers sont des infirmières. La part des hommes augmente progressivement : elle a doublé sur les trente dernières années dans le secteur hospitalier public (6,7% en 1975, 14,5% en 2002). On peut s'interroger sur l'impact potentiel, en termes d'évolution des rapports entre professions et de partage des compétences, de l'augmentation simultanée de la part des hommes parmi les infirmiers et de celle des femmes parmi les médecins⁶.

Les vingt dernières années ont vu un vieillissement important de la profession : l'âge moyen des infirmières et infirmiers en activité est passé de 34 ans en 1983 à 42,4 ans début 2004.

PYRAMIDE DES ÂGES DES INFIRMIERS AU 1^{ER} JANVIER 2004



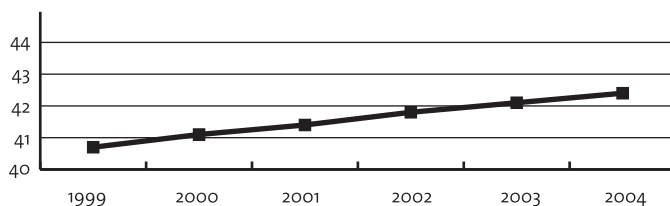
SOURCE : ADELI 2004.

CHAMP : ensemble des infirmiers (y compris cadres et infirmiers psychiatriques), métropole.

Le vieillissement du corps infirmier découle directement de la diminution des flux d'entrées dans la profession. De 18 000 en moyenne par an entre 1975 et 1985, le nombre de diplômés est passé à 13 500 entre 1985 et 1995. Il augmente à nouveau dans la période récente, et cette tendance va se poursuivre dans les prochaines années avec l'augmentation des quotas de formation, ce qui amorce un processus de rajeunissement : si le quota de 30 000 était maintenu dans les années qui viennent, l'âge moyen descendrait à 39 ans en 2010.

6. ACKER (F.), « Les infirmières, une profession en crise ? », in Jean DE KERVASDOUÉ (dir.), *La Crise des professions de santé*, 2003,

ÉVOLUTION DE L'ÂGE MOYEN DES INFIRMIERS EN ACTIVITÉ

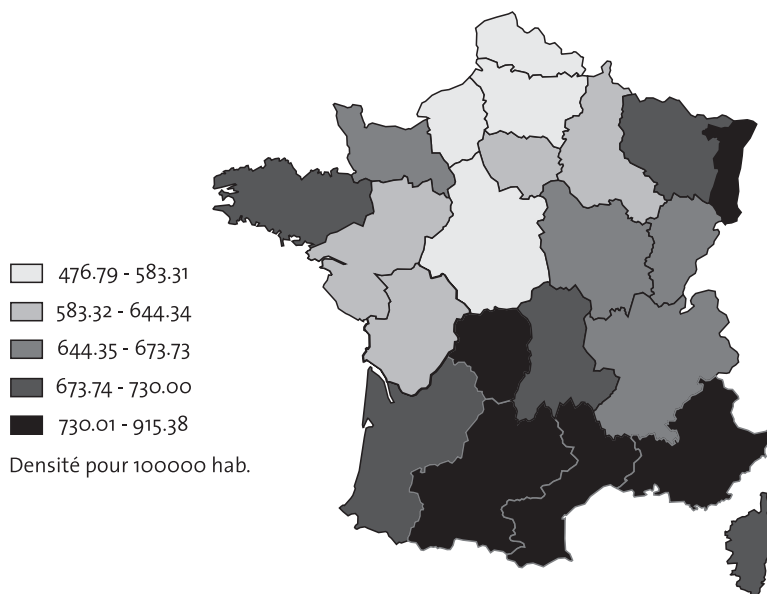


SOURCE : ADELI – ensemble des infirmiers, métropole.

Une implantation très inégale sur le territoire et un creusement des écarts

Le constat général de l'inégale répartition de l'offre de soins sur le territoire français s'applique aussi aux infirmières. Entre régions extrêmes, la densité varie en 2001 pratiquement du simple au double (477 dans le Centre, 915 en Provence-Alpes-Côte d'Azur). La population est certes plus âgée au Nord qu'au Sud, mais les écarts sont sans commune mesure avec les écarts de densité observés.

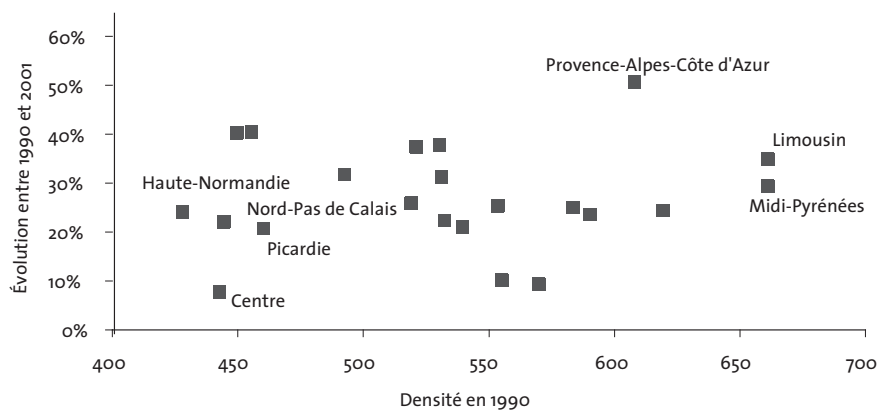
DENSITÉ D'INFIRMIÈRES POUR 100 000 HABITANTS EN 2001



SOURCE : ADELI - ECO-SANTÉ RÉGIONS ET DÉPARTEMENTS 2004.

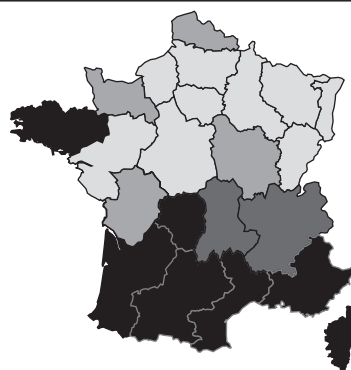
Ces écarts sont supérieurs à ceux constatés pour les médecins (1 à 1,7 pour l'ensemble des médecins, 1 à 1,5 pour les médecins généralistes), et ils ont eu tendance à s'accroître dans le temps :

en 1990, l'amplitude des écarts entre régions extrêmes était de 1 à 1,5, en 2001 il est de 1 à 1,9⁷. Autrement dit, des régions qui avaient déjà une densité élevée en 1990 ont vu leur densité augmenter plus rapidement que les autres, comme le montre le graphique ci-après.



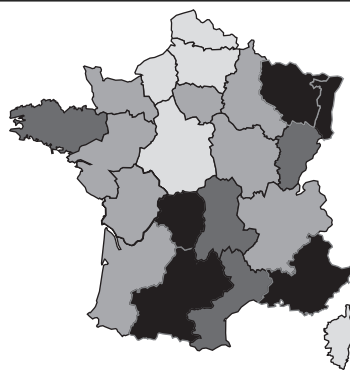
Les inégalités sont encore plus marquées pour les infirmières libérales : les densités régionales varient de 1 à 5, de 1 à 4 si l'on exclut la Corse (43 infirmiers pour 100 000 habitants en Île-de-France, 186 en Languedoc-Roussillon). Le clivage Nord/Sud est encore beaucoup plus marqué que pour l'ensemble de la profession, et là encore les écarts se sont creusés dans le temps.

DENSITÉ D'INFIRMIÈRES LIBÉRALES
POUR 100 000 HAB.



42.76 - 59.99 80.00 - 99.99
60.00 - 79.99 100.00 - 213.70
Densité pour 100 000 hab.

DENSITÉ D'INFIRMIÈRES SALARIÉES
POUR 100 000 HAB.



409.75 - 499.99 570.00 - 619.99
500.00 - 569.99 620.00 - 768.46
Densité pour 100 000 hab.

SOURCE : SNIR-ECO-SANTÉ RÉGIONS ET DÉPARTEMENTS 2004. SOURCE : ADELI

7. D'autres indicateurs statistiques peuvent être utilisés pour prendre en compte l'ensemble de la distribution et non seulement les valeurs extrêmes. Par exemple le coefficient de variation, défini comme l'écart type de la distribution rapporté à la moyenne, est passé de 13% à 16,4%.

Y

a-t-il pénurie d'infirmières et pourquoi ?

Depuis plusieurs années, la question de la pénurie d'infirmiers et d'infirmières est au centre des débats. L'objectif de cette partie est de documenter l'existence de ce désajustement, de tenter de le quantifier, en discutant au passage la notion de besoin, et d'en analyser les causes.

La partie suivante rassemble des éléments prospectifs pour tenter d'anticiper l'évolution de la situation dans les prochaines années.

De nombreux éléments attestent des tensions sur le marché du travail et de la difficulté à pourvoir les besoins en main-d'œuvre

Toutes les observations et analyses menées ces dernières années sur le marché du travail mettent en évidence des besoins en main-d'œuvre importants pour cette profession, et une situation de déséquilibre en faveur de l'offre de travail.

Au sein du secteur privé, le secteur de la santé et de l'action sociale est, en 2001, celui qui rencontre les plus grandes difficultés de recrutement : elles touchent 85 % des établissements (pour une moyenne de 67 % sur l'ensemble des secteurs d'activité). C'est également le secteur où la fréquence des emplois vacants est la plus forte (64 % des employeurs déclarent avoir des postes vacants qu'ils cherchent à pourvoir, contre 29 % pour l'ensemble)⁸.

La profession d'infirmière est particulièrement concernée par les difficultés de recrutement, comme le montre l'enquête annuelle CRÉDOC-UNEDIC⁹ sur les besoins en main-d'œuvre. En 2002, avec 86 % de recrutements jugés difficiles, elle vient immédiatement après les professions du bâtiment qui sont les plus touchées (87 % à 90 %). En 2003, elle est l'un des 15 métiers pour lesquels les projets de recrutement en effectifs permanents sont les plus nombreux, et le pourcentage de cas jugés difficiles à recruter augmente encore (88 %), la plaçant cette fois en tête de tous les métiers. Elle est toujours en tête en 2004, même si le pourcentage de recrutements difficiles a diminué (83 %), dans un mouvement général de recul des projets d'embauche affectant l'ensemble des activités économiques.

Du côté des professionnels, la situation favorable de l'emploi reflète en miroir les difficultés de recrutement des employeurs. Au premier semestre 2002, l'ANPE enregistre, pour les

8. AMAR (M.) et VINEY (X.), « Les difficultés de recrutements à l'été 2001 », *Premières synthèses*, n° 23.2, juin 2002. Exploitation de l'enquête ACEMO (Activité et conditions d'emploi de la main-d'œuvre).

9. Enquête BMO, *Besoins en main-d'œuvre*, UNEDIC-CRÉDOC. Résultats disponibles pour les années 2002, 2003, 2004, disponibles sur le site de l'UNEDIC. Dans cette enquête les infirmiers et les sages-femmes sont regroupés, mais compte tenu de leurs poids numériques respectifs, les conclusions sont valides pour la profession infirmière seule.

infirmières et sages-femmes¹⁰, 1,7 offre d'emploi pour 1 demande d'emploi. Sur la même période, pour l'ensemble des secteurs le ratio « offres d'emploi sur demandes d'emploi » est de 0,75. Ce ratio reste identique au 1^{er} semestre 2003, alors même qu'il diminue pour l'ensemble de l'économie (de 0,75 à 0,68). Le flux d'offres enregistrées à l'ANPE pendant les six premiers mois a augmenté de 27% entre 2002 et 2003, à comparer à un recul de 4% pour l'ensemble¹¹.

Le chômage est quasiment inexistant chez les infirmières, comme le montrent les analyses de l'Observatoire de l'ANPE¹² 1,1% en juin 2002, taux le plus faible de l'ensemble des familles professionnelles étudiées, dont la moyenne se situe à 12,8%. Lorsqu'il existe, il est de faible durée (4,6 mois, durée la plus faible à comparer à 6,5 pour l'ensemble), et les professionnels en sortent facilement (le taux d'écoulement, qui mesure la proportion de sorties de chômage sur un an, est là encore parmi les plus élevés, 60%).

Le marché du travail est donc clairement à l'avantage des professionnels, qui sont en situation de sélectionner les offres et de mettre en concurrence les employeurs. Ceci donne lieu de la part de ces derniers à une certaine surenchère, profitant aux établissements offrant les conditions les plus attractives, notamment les gros hôpitaux publics, alors que certains types d'établissements ou de services (établissements médico-sociaux, services de gériatrie) connaissent les plus grandes difficultés à pourvoir leurs postes.

Ce déséquilibre du marché du travail, alors même que les effectifs n'ont cessé d'augmenter, suggère un accroissement important des besoins.

■ Il est très difficile d'avoir une approche quantifiée du besoin en main-d'œuvre dans cette profession

Nombre d'indicateurs témoignent donc d'un écart entre la demande d'infirmières et l'offre. Mais peut-on quantifier ces besoins non couverts ? Peut-on anticiper leur évolution, compte tenu des flux d'entrée dans la profession ?

Nous présenterons ci-dessous plusieurs approches d'évaluation chiffrée des besoins, tout en montrant les limites.

■ ■ Le décompte des postes vacants dans les établissements

Une première approche consiste à comptabiliser les postes vacants dans les établissements. Aucune mesure précise n'a pu être effectuée au plan national, et si des chiffres circulent (la Fédération hospitalière de France fait par exemple état de 10 000 à 15 000 postes vacants¹³), les sources et méthodes qui ont permis de les élaborer ne sont pas connues.

On ne dispose que d'enquêtes menées dans quelques régions, à des dates variables. Or on sait que, d'une part, la situation est variable selon les régions et que, d'autre part, elle est très évolutive d'une année à l'autre, avec les vagues successives de créations de postes et

10. Même remarque que la note précédente.

11. « Les tensions sur le marché du travail en juin 2003 », *Premières informations et premières synthèses*, octobre 2003, DARES.

12. « Les métiers qui bougent », *Les Cahiers de l'Observatoire*, ANPE, octobre 2003, Observatoire de l'ANPE.

13. Chiffre publié dans *Le Quotidien du médecin* du 19 février 2004.

l'évolution très récente du flux de diplômés. Il est donc très difficile de déduire de ces instantanés régionaux une idée des nationaux d'aujourd'hui, en 2004.

Au début 2001, donc avant la mise en place de la RTT dans les hôpitaux publics, le nombre de postes vacants dans les établissements de santé a été estimé à 5,4 % du total des postes budgétés en Île-de-France, à 3,7 % en Auvergne. À la mi-2002, ils s'élevaient à 4,8 % de l'effectif budgété en Bourgogne. Au 4^e trimestre 2003, le taux de vacance enregistré par l'AP-HP est de 7 %, et il est supérieur dans les autres établissements hospitaliers publics d'Île-de-France¹⁴. L'évolutivité rapide du phénomène peut être illustrée par la situation de l'AP-HP : les taux de vacances moyens sur l'année (pour les IDE et les infirmières spécialisées) étaient de 0,8 % en 2000, 0,7 % en 2001, 3,6 % en 2002 et 5,8 % en 2003. Le reflux s'amorce à partir de 2004, comme on le verra ci-dessous (partie 3 – Perspectives).

On ne peut, comme on l'a dit, extrapoler la situation de deux ou trois régions à l'ensemble du territoire. On sait, par exemple, que l'Île-de-France n'est pas représentative de la situation moyenne nationale, et qu'elle connaît des difficultés particulièrement importantes du fait des fuites de diplômés et d'infirmières en poste vers la province¹⁵. Plus globalement, les régions qui ont procédé à ces recensements sont peut-être celles où la situation est la plus préoccupante. Les problèmes semblent moins aigus en Bretagne, en Provence-Alpes-Côte d'Azur ou Midi-Pyrénées.

À titre de simulation, l'application du taux de vacance de postes constaté en Auvergne au début 2001 (3,7 %) à l'ensemble des effectifs du secteur hospitalier en 2001 (290 000 infirmiers) aboutirait à un ordre de grandeur de 10 000 postes vacants dans les établissements de santé au plan national, avant mise en œuvre des 35 heures dans le public. Il ne s'agit cependant que d'une simulation, et en aucun cas d'une estimation.

Ces études régionales, et les entretiens réalisés avec des responsables hospitaliers des ressources humaines, indiquent également que certains secteurs d'activité font l'objet d'une désaffection particulière. Ainsi :

- Les taux de vacance de postes sont particulièrement élevés pour les infirmières de bloc opératoire (IBODE) : 20 % en Auvergne, 35 % en Bourgogne. Il n'y a pas de résultats globaux sur l'Île-de-France, mais la situation est similaire à l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris. Plusieurs raisons sont évoquées par les interlocuteurs rencontrés : les conditions stressantes du bloc opératoire, l'absence de lien relationnel avec le patient, la moindre attractivité par rapport à la spécialisation d'infirmière anesthésiste (IADE), mieux rémunérée. Par ailleurs, les infirmières généralistes peuvent exercer au bloc opératoire : cet accès direct, et ainsi le bénéfice d'une meilleure rémunération, rendent moins attractive la formation de dix-huit mois nécessaire au statut d'IBODE. Enfin, une dernière raison a été mentionnée : certaines infirmières craignent de ne pouvoir revenir dans des services généralistes après la formation d'IBODE, même si rien ne les en empêche dans les faits.

14. Sources : Agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France (ARHIF), *Plan régional de formation et de recrutement d'infirmières*. 2002. DRASS de Bourgogne, *Recensement des besoins en formation des soins infirmier de la région Bourgogne*. Version 2, mars 2003. DRASS Auvergne, *Les Flux d'infirmiers et d'aides-soignants en 2000 en Auvergne* – Photostat, janvier 2002. Tableaux de bord de l'AP-HP URHIF, *La Pénurie de personnels soignants en Île-de-France*, résultat de l'enquête URHIF de novembre 2003 (présentation à la journée d'automne de l'URHIF).

15. L'Île-de-France perd chaque année 12 % des effectifs nouvellement diplômés et 1 % des IDE en poste, essentiellement au profit de la Bretagne et des Pays de la Loire.

16. Source : document interne de l'AP-HP. Au 4^e trimestre 2003, ils sont de 34 % à Vaugirard, entre 22 % et 27 % à Charles-Richet, Sainte-Perrine et Bretonneau, 18 % à Broca, pour une moyenne générale de 7 % (IDE, IADE, IBODE et puéricultrices, hors encadrement).

• Les services de gériatrie semblent faire l'objet d'une désaffectation plus importante que d'autres. En témoigne par exemple le fait qu'au sein de l'AP-HP les établissements qui ont les taux de vacance les plus élevés¹⁶ sont pratiquement tous des hôpitaux gériatriques. Les services de psychiatrie ont également été cités comme faisant partie des services particulièrement touchés, du moins en Île-de-France¹⁷.

Bien que les données soient encore plus lacunaires dans ce secteur que pour les établissements de santé, la situation de déficit semble exacerbée dans les établissements médico-sociaux, selon les quelques études disponibles. En Bourgogne, en 2002, les postes d'infirmières vacants dans les maisons de retraite, établissement d'hébergement pour personnes âgées et services de soins infirmiers à domicile s'élevaient à 9 % des postes budgétés (contre 4,8 % dans les établissements de santé). L'Agence régionale d'hospitalisation d'Île-de-France a estimé le taux de vacance de postes à 10 % dans l'ensemble des établissements médico-sociaux à fin 2000. Des estimations plus élevées ont été avancées depuis¹⁸.

Sur la base des derniers effectifs connus¹⁹, soit 20 000 infirmières, un taux de vacance de postes de 8 à 10 % (constaté dans l'étude de l'ARH Île-de-France et de la DRASS de Bourgogne) conduirait à une fourchette de 1 600 à 2 000 postes vacants dans les établissements médico-sociaux. Rappelons que, pour les établissements de santé comme pour les établissements médico-sociaux, ces ordres de grandeur sont donnés à titre d'illustration.

Par ailleurs, le simple recensement des postes vacants à un moment donné ne fournit pas une estimation pertinente des besoins.

■ LES LIMITES D'UNE APPROCHE PAR LES POSTES VACANTS

• Il y a un seuil minimal incompressible de postes vacants à un moment donné, qui est lié aux mouvements du personnel et aux temps de latence pour remplacer les départs. Ces frictions sur le marché du travail, qui d'ailleurs s'accroissent logiquement si le turnover augmente, ne sont pas des manques structurels et ne doivent pas être comptabilisées comme tels. Pour cela, il faudrait prendre la précaution de ne recenser que les postes vacants depuis un certain temps. Dans le même esprit, il faudrait vérifier que ce sont bien des postes que l'on cherche à pourvoir : il est très possible que les établissements ne souhaitent pas pourvoir l'intégralité des postes vacants, ne serait-ce d'ailleurs que pour des raisons budgétaires.

Sur le principe, rien ne s'opposerait à une opération de recensement des postes vacants obéissant à ces conditions (postes vacants que les établissements cherchent réellement à pourvoir depuis un certain temps). Elle n'a pu être menée à bien pendant la durée du travail du groupe, mais le ministère envisage de travailler sur cet indicateur, en partenariat avec les ARH, en 2005.

17. Une enquête de l'Union régionale d'hospitalisation d'Île-de-France fait état, tous personnels soignants confondus, d'un taux de vacance de postes de 14,8 % dans les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie à fin 2003, contre 10,5 % pour l'ensemble des établissements. La Pénurie de personnels soignants en Île-de-France, résultat de l'enquête URHIF de novembre 2003 (présentation à la journée d'automne de l'URHIF).

18. De l'ordre de 22 % dans les maisons de retraites publiques autonomes ou privées d'Île-de-France, selon une étude de l'association des Directeurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées (ADEHPA) menée en 2002 auprès de 152 maisons de retraite. Selon cette enquête, 18 % des établissements enregistrent des taux de vacances de postes infirmiers supérieurs à 50 % et 18 % des taux s'échelonnant de 30 % à 49 %. Notons que les résultats de toutes les enquêtes utilisées dans le cadre de ce rapport sont cités sans qu'il ait été possible de valider leur méthodologie et leur degré d'incertitude (notamment la représentativité statistique des enquêtes).

19. Qui correspondent à des enquêtes assez anciennes et sont sans doute sous-estimés.

- Même avec ces conditions restrictives cependant, l'équivalence entre besoins et postes vacants est discutable. Si deux hôpitaux ont le même taux de vacance de postes, mais que le premier a un taux d'encadrement en personnel très supérieur au second pour la même activité, considérera-t-on que leurs besoins sont équivalents ? Ou que le premier pourrait les couvrir en gagnant en efficience ?

Cette question est loin d'être théorique : elle renvoie aux écarts de dotation des établissements, que le PMSI permet de mettre en évidence et que la T2A vise à réduire. Sauf à penser que les postes vacants sont concentrés dans les établissements sous-dotés, ce qui est peu probable (cf. l'exemple de la région parisienne, aujourd'hui encore favorisée dans la répartition des moyens), leur interprétation comme une mesure du besoin peut être contestée.

Plus globalement, on comptabilise des postes vacants, mais on n'a aucune indication, à l'inverse, des postes excédentaires (les deux pouvant d'ailleurs coexister dans deux services différents d'un même hôpital).

- Il s'agit là d'une question qui dépasse largement le sujet du groupe : elle renvoie plus généralement à l'absence d'une référence, d'une norme, qui conduirait à définir des ressources humaines nécessaires en fonction de l'activité de soins à réaliser pour prendre en charge une population. C'est à l'aune de cette norme théorique que devraient logiquement être évalués les manques en personnel, et non en fonction de l'offre existante.

La référence aux postes vacants reste, de ce point de vue, une approche en termes d'offre, et non de besoins. Dans certains établissements généreusement dotés en moyens, les postes vacants ne sont peut-être pas nécessaires. À l'inverse, certaines structures, même avec leur effectif au complet, peuvent ne pas répondre à la demande (ce qui peut se traduire par des listes d'attente, par exemple dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, par la difficulté de trouver une aide à domicile...).

■ ■ Les besoins liés à la RTT

Au niveau national, sur la base de l'enquête menée par la DREES fin 2002 dans les hôpitaux publics et d'une estimation complémentaire pour les établissements sociaux et médico-sociaux, le nombre de postes d'infirmières créés dans le cadre de la RTT peut être estimé à environ 18 000 postes, c'est-à-dire 40% des 45 000 postes créés.

Ces créations de postes s'étalent sur plusieurs années à compter de 2002.

La DHOS a estimé par ailleurs à environ 8 000 les postes créés dans les établissements privés pour la mise en œuvre de la RTT.

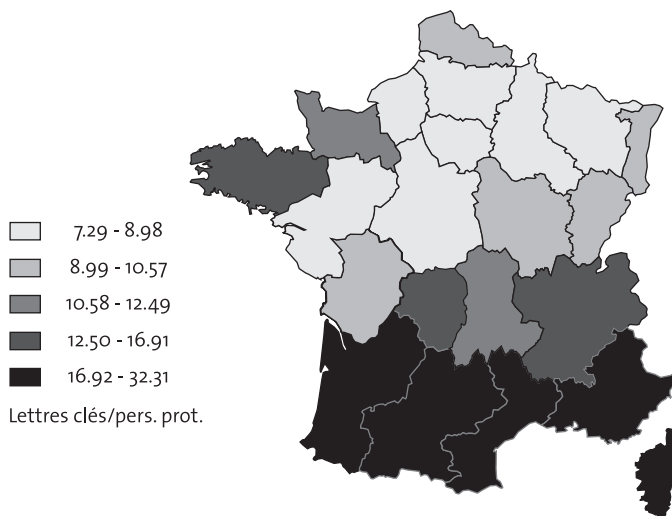
■ ■ Les besoins en infirmières libérales

Là encore, la démarche souhaitable serait d'évaluer les besoins en infirmières libérales à partir de la population résidente et des services qu'elle requiert.

Aucune norme spontanée ne se dégage, de ce point de vue, de la consommation de soins actuelle, tant elle est variable sur le territoire.

D'une région à l'autre, comme on l'a vu précédemment, les densités d'infirmières libérales varient dans un rapport de 1 à 4 (43 à 186 infirmiers pour 100 000 habitants), et la consommation moyenne de soins infirmiers par habitant varie dans les mêmes proportions.

CONSOMMATION MOYENNE DE SOINS INFIRMIERS PAR PERSONNE (RÉALISÉS PAR DES INFIRMIÈRES LIBÉRALES, MESURÉS EN NOMBRE DE LETTRES CLÉS AMI ET AIS PAR LES 3 PRINCIPAUX RÉGIMES)



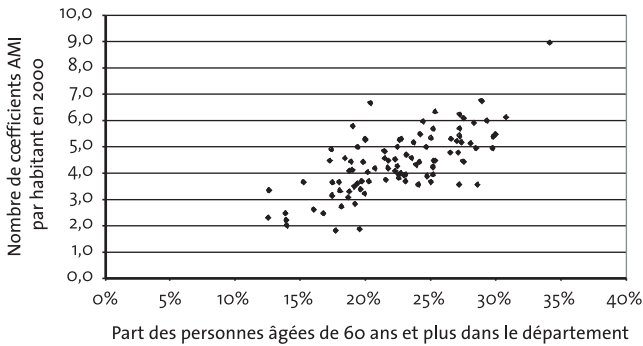
SOURCES : CNANTS, CANAM, MSA-TRAITEMENT, ECO-SANTÉ RÉGIONS ET DÉPARTEMENTS 2004.

Les soins infirmiers effectués par les infirmières libérales recouvrent en fait deux types de soins : les soins de nursing, cotés en AIS, et qui représentent les deux tiers de leur activité, et les actes techniques (injection, chimiothérapie), cotés en AMI, qui constituent un tiers des actes. Or des travaux de la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) semblent montrer que ces deux types d'activité obéissent à des logiques différentes : le niveau moyen de consommation d'actes techniques (AMI) est très corrélé à la proportion de personnes âgées du département, et est relativement indépendant de la densité de professionnels. L'inverse s'observe pour la consommation de soins de nursing (AIS), qui dépend surtout de la densité d'infirmières. Tout se passe donc comme si l'on avait un effet de demande pour les actes techniques et un effet d'offre pour les soins de nursing ; pour ces derniers, les infirmières semblent pouvoir ajuster leur activité à la hausse dans les départements où la concurrence est forte²⁰.

Comme c'est le cas pour toute l'offre de soins, cette variabilité territoriale des niveaux de consommation pose évidemment question en termes de couverture des besoins. Le fait de constater une corrélation entre densité et consommation ne suffit pas en effet à déterminer le « bon » niveau : y a-t-il des départements où l'offre est insuffisante et où la consommation actuelle ne couvre pas les besoins des personnes ayant besoin de soins, et à l'inverse des zones médicalisées à l'excès avec des activités superflues ou peu efficaces ?

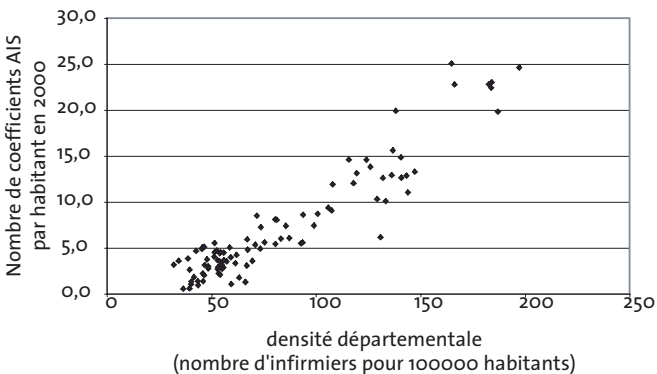
20. Néanmoins d'autres analyses de la CNAMTS semblent montrer que dans les périodes estivales, les infirmières présentes adaptent leur activité pour assurer la charge en soins de nursing, qu'elles se répartissent sur un plus petit effectif, en diminuant corrélativement les actes techniques dont les variations saisonnières sont plus marquées : tout se passe donc comme si elles assuraient collectivement la réponse à une demande exogène, non flexible, de soins de nursing (*Point de conjoncture*, n° 6, octobre 2002, CNAMTS). Si l'on rapproche ces deux résultats, on peut penser que la demande est « manipulable » (cf. différences départementales et lien avec la densité), mais qu'elle n'est pas modulable à court terme, une fois établis les rythmes de passage des infirmiers au domicile du malade.

CONSOMMATION DE SOINS INFIRMIERS (AMI) EN FONCTION DE LA PART DES PERSONNES ÂGÉES DE 60 ANS ET PLUS DANS LA POPULATION



SOURCE : « L'activité des infirmières libérales », dossier *Études et statistiques* n° 52, novembre 2001, CNAMTS.

CONSOMMATION DE SOINS INFIRMIERS (AIS) EN FONCTION DE LA DENSITÉ INFIRMIÈRE DU DÉPARTEMENT



SOURCE : « L'activité des infirmières libérales », dossier *Études et statistiques* n° 52, novembre 2001, CNAMTS.

■ ■ Progresser vers une réelle approche des besoins

Comme on l'a dit plus haut, la plupart des tentatives d'estimation des besoins – postes vacants, créations de postes – sont des approches fondées sur l'offre existante et financée.

Il serait évidemment plus satisfaisant de partir des soins nécessaires et de tenter d'en déduire des ratios de personnel correspondants. Ce type d'approche est cependant complexe conceptuellement et pratiquement, et dépasse largement les réflexions menées dans le cadre de ce groupe, mais c'est sans doute la voie dans laquelle il faudrait poursuivre.

La traduction en effectifs des plans de santé publique s'inscrit dans cette perspective. On peut considérer en effet que ces plans traduisent la reconnaissance d'un besoin dans ces secteurs pour améliorer la prise en charge des patients. La DHOS a ainsi estimé à environ 800 les besoins en infirmiers liés à un ensemble de plans gouvernementaux : périnatalité, insuffisance rénale chronique, vieillissement et solidarité, consolidation des SAMU.

Dans le secteur libéral, il faudrait développer la réflexion sur des indicateurs de besoins pour les soins de nursing et, à l'aune de ces indicateurs, interpréter les niveaux actuels de densités et leurs variations géographiques. Pour cela, des enquêtes sur la situation des personnes à domicile, leur besoin d'aide, leur mode et délais de prise en charge seraient nécessaires.

Les facteurs explicatifs de la pénurie

L'existence de besoins non pourvus en professionnels est aujourd'hui une réalité, même si les estimations des ordres de grandeur concernés varient.

Comment expliquer cette pénurie ?

Nous évoquerons tout d'abord quelques arguments couramment avancés, mais qui ne résistent pas à l'analyse, avant de passer en revue les facteurs qui contribuent à expliquer la situation de pénurie ou à en aggraver la perception par les équipes.

■ ■ « On ne forme pas assez de professionnels » est un argument souvent évoqué

Cet argument est souvent cité à l'appui d'une dénonciation par certains acteurs de ce qui serait un rationnement explicite du système.

Or, il faut rappeler que même si les quotas de formation ont fluctué au cours du temps, le nombre d'infirmières en activité n'a cessé de croître. Cette croissance a même été très soutenue : rappelons que de 304 000 en 1990, le nombre d'infirmières est passé à 438 000 en 2004, soit une augmentation de 44 % (source ADELI).

■ ■ « On en forme assez mais ils quittent le métier très vite » est une deuxième explication fréquemment entendue

Un article paru dans *Gestions hospitalières* en mai 2003 fait ainsi référence à une durée de vie professionnelle pour les infirmières de huit ans²¹. Plusieurs des interlocuteurs rencontrés dans le cadre de cette mission perçoivent également la durée de carrière comme très faible, de l'ordre d'une dizaine d'années.

L'examen des données disponibles conduit cependant à nuancer ce diagnostic.

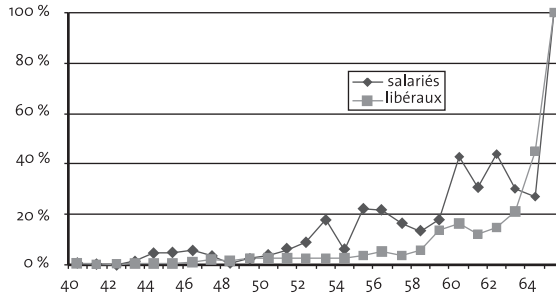
Pour le secteur public, les données de la CNRACL (Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales) montrent que les infirmières prennent leur retraite à 55 ans en moyenne. La durée moyenne cotisée est de vingt-huit ans pour les infirmières diplômées d'État, de trente-trois ans pour les cadres, de trente ans pour les IADE et les puéricultrices, de trente-deux ans pour les IBODE²². Les durées totales de cotisation sont sans doute supérieures, puisque les infirmières peuvent cotiser à plusieurs caisses différentes au cours de leur carrière et qu'on ne dispose pas de données consolidées. On peut également remarquer au passage que la durée de vie professionnelle est d'autant plus longue qu'on progresse dans la carrière.

21. SÉNÉ-BOURGEOIS (M.), « Regard sur le métier infirmier dans le système de santé français actuel », *Gestions hospitalières*, mai 2003, p. 388-391.

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

La DREES a estimé des taux de sortie d'activité par âge, à partir des données de la CNRACL et de la CNAMTS (pour les libérales). Ils montrent des pics à 60 ans et 65 ans pour les libéraux, autour de 55 ans et 60 ans pour les salariées (graphique ci-dessous)²³.

TAUX DE SORTIE D'ACTIVITÉ PAR ÂGE



SOURCE : DREES.

Ces données doivent cependant être prises avec une marge d'incertitude. La méthode de calcul ne permet pas de prendre en compte les cessations d'activité très précoces, avant de pouvoir liquider une retraite, ni les cessations temporaires d'activité. La durée des carrières des infirmiers peut donc être un peu inférieure à celle estimée à partir des taux de sortie ci-dessus. Il n'en reste pas moins que l'idée que les infirmières abandonnent massivement leur métier au bout de quelques années paraît aujourd'hui erronée. Au demeurant, si les infirmières avaient effectivement une durée de carrière moyenne de dix ans, à raison d'environ 14 000 diplômés délivrés en moyenne par an sur la décennie 90, leur effectif s'élèverait actuellement à 140 000 au lieu des 440 000 à 460 000 estimés en activité.

Pour autant, une durée moyenne de carrière de vingt-huit ans pour les infirmières en soins généraux non cadres reste une durée courte, et ce d'autant plus que l'équilibre des régimes de retraite ainsi que la raréfaction de la main-d'œuvre conduisent à envisager dans l'avenir un allongement des carrières. La question du maintien des travailleurs âgés en activité et des conditions de ce maintien va se poser de manière de plus en plus aiguë dans l'ensemble de l'économie. Elle n'épargnera pas le secteur sanitaire, et une réflexion spécifique sur les conditions de travail et de déroulement de carrière favorisant la poursuite de l'activité est à mener. Cette réflexion sera développée au chapitre 4 (Trajectoires professionnelles).

■ ■ La réduction du temps de travail a créé un besoin d'effectifs massif et immédiat et a accentué les tensions liées à l'organisation

Les accords de RTT ont, mécaniquement, créé un besoin en personnel, puisque le temps de travail s'est trouvé réduit de 10 % pour les personnels concernés en l'espace de deux ans (2000 pour les hôpitaux privés et les établissements médico-sociaux, 2002 pour les hôpitaux publics).

23. Les méthodes d'estimation de ces taux de sortie sont détaillées en annexe. Notons qu'il n'y a pas de données disponibles pour les salariées du privé, dont les taux de sortie ont été estimés comme intermédiaires entre ceux des hospitaliers publics et ceux des libéraux.

On peut estimer le nombre de postes créés pour compenser cette réduction du temps travaillé à 26 000 (cf. *supra*), c'est-à-dire que, par rapport aux flux de diplômés sur ces années, il fallait brutalement trouver l'équivalent d'une promotion et demie : il est évident qu'un recrutement supplémentaire aussi massif ne pouvait être absorbé facilement, même en étalant les recrutements dans le temps.

Au demeurant, le fait que les compensations en termes de créations de postes ont été progressives, alors que l'application de la RTT a été effective dès le 1^{er} janvier 2002 dans le secteur public, a été lui-même source de tensions – et ce d'autant que les postes ouverts n'ont pas pu être tous pourvus immédiatement compte tenu des difficultés de recrutement.

Par ailleurs, la compensation a été partielle (6 % de postes créés, pour une réduction de 9,7 % du temps de travail), supposant des gains de productivité qui n'ont pas été nécessairement au rendez-vous.

Les différents rapports sur la mise en œuvre de la RTT mettent bien en évidence que dans un contexte fréquent d'absence de réflexion en amont sur la réorganisation du travail, celle-ci « *a agi dans certains cas comme un facteur supplémentaire de dysfonctionnement, elle a été le révélateur d'un ensemble de difficultés préexistantes, atténuant parfois les bénéfices escomptés de cette avancée sociale* ». Les modifications de l'organisation qui ont accompagné la mise en place de la RTT ont accentué la sensation de pénurie : durée des postes de travail raccourcie, et donc charges plus lourdes pour assurer le même volume de soins ou d'activité ; transmissions hors du temps de travail ; probabilité supérieure d'être seule au poste, difficulté à prendre les jours de congés d'où la frustration de ne pas pouvoir profiter des 35 heures²⁴... Les organisations « *ont eu tendance à s'autoréguler par un accroissement de leurs cloisonnements : repliement sur soi des équipes, augmentation du temps d'attente aux urgences, report d'actes techniques sur les urgences... Retard pour l'envoi des comptes rendus, augmentation des délais d'attente pour les actes programmés. Les tensions à l'intérieur des équipes se sont accrues avec la diminution des temps de chevauchement... La diminution des temps de rencontre entre les membres de l'équipe réduit la communication au strict passage de l'information concernant les malades*²⁵ ».

En réaction à l'intensification du travail provoquée par la diminution du temps travaillé sans compensation immédiate en effectifs, dans certains établissements l'absentéisme de courte durée semble avoir eu tendance à augmenter en 2002, malgré le temps libre supplémentaire dégagé par la RTT²⁶. L'augmentation des effectifs en 2003 et 2004 devrait logiquement atténuer les tensions.

Au total, en générant un besoin de recrutement massif qui ne pouvait pas être satisfait immédiatement, la mise en place des 35 heures a donc été un facteur conjoncturel direct de déséquilibre entre l'offre et la demande de professionnels. Indirectement, les conditions de sa mise en place – y compris précisément les conséquences des difficultés de recrutement – ont également accentué les tensions et le sentiment de pénurie.

Ce n'est sans doute pas l'unique facteur : rappelons en effet que l'augmentation des effectifs entre 1999 et 2003 n'a pas été totalement absorbée par la RTT, et que l'évolution en équivalents temps plein reste positive, de l'ordre de 1 % par an (cf. Démographie actuelle de la profession et évolution passée).

24. TONNEAU (D.), « La réduction du temps de travail... », art. cit.

25. *Rapport de la mission nationale d'évaluation*, dirigée par Ange Piquemal. Rapport disponible sur le site du ministère de la Santé www.sante.gouv.fr

26. TONNEAU (D.), « La réduction du temps de travail... », art. cit.

■ ■ Au-delà de cet élément conjoncturel, des causes plus structurelles expliquent des tensions croissantes

Plusieurs autres facteurs structurels contribuent sans doute à la fois à une demande accrue en personnel infirmier, qui peut expliquer la pénurie malgré la progression régulière des effectifs, et d'autre part à une accentuation des tensions et des difficultés perçues par les équipes.

- Les parcours professionnels sont plus diversifiés qu'auparavant. Ceci se traduit par **une augmentation de la mobilité**, entre services, entre établissements, entre secteurs. En 2001, pour la première fois, le flux des arrivées à l'hôpital public vient majoritairement des autres secteurs d'activité : 6 %, alors que la part des personnes venant des études est de 3,5 %. 9 % des effectifs de 2000 n'y travaillaient plus l'année suivante : parmi ceux-ci, 6 % avaient quitté l'hôpital pour un autre secteur d'activité, proportion supérieure à celle observée en 1997-1999²⁷. Indépendamment des besoins non pourvus, cette augmentation du turnover a pour conséquence des ruptures plus fréquentes dans les équipes, des temps de latence avant remplacement, une charge récurrente de formation des nouveaux venus, et accroît donc la pénurie ressentie.

- **Le raccourcissement des durées de séjour** oblige à repenser l'organisation du travail, qui est de plus en plus « en flux tendu ». Il laisse sans doute moins de place à la dimension relationnelle des soins ou en tout cas oblige à la penser différemment. Il n'y a sans doute pas assez eu de réflexion de fond sur les mutations organisationnelles nécessaires pour accompagner les évolutions techniques, et sur les évolutions du métier qu'elles supposent.

- **Les évolutions du contenu des tâches** sont sans doute un facteur explicatif essentiel de l'accroissement des besoins en effectifs et de la tension avec l'offre de professionnels²⁸. Se développent notamment des tâches d'organisation, des activités induites par l'exigence de protocolisation, de sécurisation, de traçabilité – toutes activités rassemblées sous le vocable péjoratif « d'administratives ». De manière générale, l'augmentation des normes de sécurité n'est pas sans impact sur les besoins en personnel. Il est cependant difficile, au-delà des récits anecdotiques, de documenter de manière objective ces évolutions de tâches et leur impact sur les besoins en personnels.

Ce sont sans doute elles qui « tirent » la demande d'infirmières, au point de saturer une offre pourtant régulièrement croissante. En effet l'évolution de l'activité hospitalière n'explique pas une telle augmentation de la demande, en tout cas si on la mesure en indicateurs classiques de journées et d'entrées. Le nombre de journées, même si on y ajoute les hospitalisations de jour, est en décroissance (-2,5 % de 1998 à 2001), et le nombre total d'entrées également. Néanmoins, il est certain que le contenu en travail soignant d'une journée d'hospitalisation a augmenté avec la baisse des durées de séjour, et que ces indicateurs ne font pas justice au travail réalisé. Par ailleurs, l'activité d'autres secteurs est, elle, en progression : secteur médico-social (en lien avec le vieillissement de la population), secteur ambulatoire (le développe-

27. AUDRIC (S.) et NIEL (X.), « La mobilité des professionnels de santé salariés des hôpitaux publics », *Études et résultats*, n° 169, avril 2002, DREES.

28. Du reste, les comparaisons internationales illustrent bien le fait que les effectifs et les densités ne suffisent pas pour caractériser une situation de pénurie, et que celle-ci dépend du contenu et de l'étendue des tâches dévolues aux professionnels : la densité espagnole est de 6 pour 1 000 et la densité irlandaise de 17 pour 1 000 alors que le premier pays est en situation d'excès d'offre et que le second connaît une situation de pénurie. Ces chiffres doivent cependant être considérés avec prudence, compte tenu de l'hétérogénéité des définitions selon les pays.

ment du court séjour, de l'hôpital de jour, de la chirurgie ambulatoire conduisant à déplacer des tâches traditionnellement assurées pendant le séjour en amont et en aval de celui-ci).

EN CONCLUSION

Les raisons structurelles du déséquilibre entre l'offre de personnel infirmier et la demande sont plutôt à rechercher du côté de la demande, car l'offre n'a cessé d'augmenter, même si la croissance en équivalents temps plein est moins soutenue qu'en effectifs.

La demande d'infirmières a augmenté tendanciellement, à la fois en raison de certains besoins spécifiques, qui s'accroissent compte tenu des évolutions démographiques (prise en charge des personnes âgées au domicile ou en institution par exemple), mais aussi en raison probablement de l'évolution des tâches assumées par les professionnels.

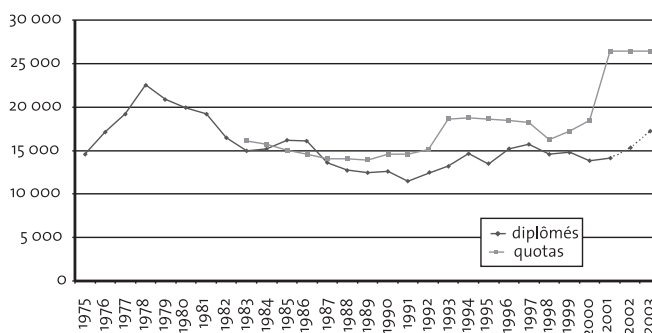
Une analyse de l'OCDE sur un ensemble de pays aboutit à un diagnostic similaire : « Actuellement, seuls quelques pays doivent vraiment faire face à une pénurie générale d'infirmiers du fait d'une insuffisance de l'offre. Lorsque des pénuries existent ou ont existé récemment, elles proviennent le plus souvent de l'accroissement considérable de la demande d'infirmiers et non pas d'une réduction de l'offre²⁹. »

Du côté de l'offre, le choc conjoncturel de la RTT a évidemment accentué très fortement les tensions, et ce d'autant plus lorsque les organisations, déjà mises en question par les évolutions des techniques et des modes de prise en charge, n'ont pas fait l'objet d'une réflexion approfondie.

Les mesures mises en œuvre pour résorber la pénurie

La principale mesure a été l'augmentation des quotas de formation, dont il faut rappeler qu'elle a été très significative. De 18 000 en moyenne depuis 1993, il est passé à 26 000 en 2000, puis à 30 000 en 2003.

ÉVOLUTION DES QUOTAS INFIRMIERS ET DES INFIRMIERS DIPLÔMÉS D'ÉTAT



SOURCE : DREES.

Cette mesure n'a d'effet que si le quota est pourvu, c'est-à-dire si la formation est suffi-

29. L'avenir des professions à dominante féminine, 1998, OCDE.

samment attractive. Des inquiétudes ont été exprimées au moment du passage de 18 000 à 26 000, car 10 % des places n'ont pas été pourvues la première année, mais les taux ont été beaucoup plus faibles en 2001 et 2002 (2,8 % et 3,3 %). À nouveau, 6 % des places n'ont pas été pourvues en 2003, année de passage du quota à 30 000. Une des craintes exprimées est d'avoir à baisser la barre d'admission et donc le niveau d'exigence vis-à-vis des candidats au concours afin de remplir les places (crainte notamment exprimée dans les régions où le taux de places non pourvues est important, comme en région parisienne). Il faudra voir comment la situation évolue dans l'avenir, et affiner le suivi du devenir des promotions.

Une autre mesure a été le recrutement d'infirmières espagnoles. Quoique d'ampleur plus modeste (770 infirmières ont été ainsi recrutées), les résultats de cette politique sont en général jugés positivement en termes d'intégration dans les équipes (le taux de retour en Espagne est faible, de l'ordre de 5 %).

En revanche l'impact du dispositif visant à favoriser le retour à l'emploi d'infirmières ayant arrêté leur carrière prématurément a été faible. On peut d'ailleurs s'interroger, compte tenu de ce qui a été dit précédemment sur les durées de carrière, sur le potentiel de professionnels ainsi mobilisable (et sur la validité du chiffre, qui avait été avancé en 2001, de 50 000 infirmières de moins de 45 ans ayant arrêté leur activité).

Les perspectives

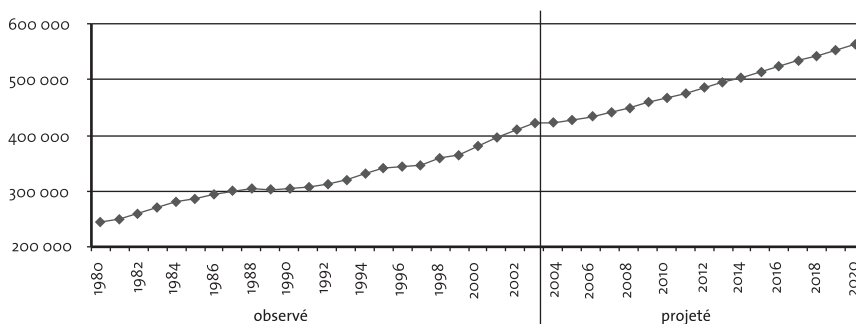
Des départs à la retraite importants dans les années à venir

Du fait de la pyramide des âges de la profession, le nombre de départs à la retraite va augmenter sensiblement dans les années à venir. Dans la fonction publique hospitalière, qui représente plus de la moitié des effectifs totaux, 54 % des infirmières de soins généraux présentes en 2000 seront parties à la retraite d'ici à 2015, et plus de 85 % des cadres²⁹.

Mais plus que compensés par les flux d'entrée si on maintient le quota de formation actuel

Les projections démographiques réalisées par la DREES montrent que, si l'on maintient les quotas actuels et si les comportements de sorties d'activité observés actuellement se poursuivent, le nombre d'infirmières passerait de 423 000 en 2003 à 450 000 en 2009, 500 000 en 2014 et 550 000 en 2020³⁰.

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS D'INFIRMIÈRES EN ACTIVITÉ DE 1980 À 2003 ET PROJECTION 2003–2020



SOURCE : DREES.

29. Source : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, *Données démographiques horizon 2015* - publié sur le site de l'observatoire de l'emploi public : <http://www.fonction-publique.gouv.fr/oep/>

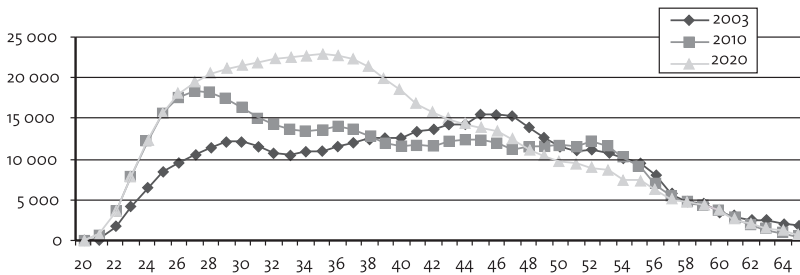
30. Source DREES, Annexe au PLFSS 2004. Les hypothèses retenues pour ces projections sont détaillées en annexe.

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

Remarque : le fait de projeter des effectifs sous l'hypothèse d'une prolongation des quotas actuels ne signifie évidemment pas que l'on considère ces quotas comme devant être maintenus, c'est une hypothèse de travail et d'autres paramétrages de quotas pourraient être simulés.

Dans cette hypothèse, on assisterait à un rajeunissement sensible de la profession, comme le montre le graphique ci-dessus. De 42 ans en 2003, l'âge moyen passerait à 39 ans en 2010 et à 38 ans en 2020.

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS D'INFIRMIERS EN ACTIVITÉ DE 1980 À 2003 ET PROJECTION 2003-2020



SOURCE : DREES.

Éléments de prospective sur les besoins et le rééquilibrage entre l'offre et la demande

Dans tous les pays, il est frappant de constater que les politiques des pouvoirs publics en matière de démographie des professions de santé sont des politiques de « stop-and-go » marquées par des difficultés d'anticipation et des décisions correctrices brutales dans un sens ou dans l'autre. Le cas des médecins est flagrant de ce point de vue. Il en est de même pour les infirmières : les variations brutales de flux d'entrée ne sont pas sans poser problème pour l'appareil de formation et contribuent à déséquilibrer les pyramides d'âge des professionnels³¹.

Il est dès lors essentiel, alors que le quota de formation a presque doublé depuis quatre ans, de se poser la question de l'évolution future du déséquilibre aujourd'hui observé, et de prendre garde à ne pas passer d'une situation de pénurie à une situation d'excédent trop important qui aurait d'autres conséquences.

31. Cela conduit d'ailleurs l'IGAS, dans un rapport sur la gestion des âges qui sera rendu public prochainement, à questionner la pertinence des quotas, considérés comme un instrument de régulation inadéquat et générateur d'effets pervers.

Cette prospective est évidemment très incertaine en l'état actuel des données et des analyses, et ce d'autant plus que la situation est, comme on l'a dit, rapidement évolutive. On se contentera ici de rassembler quelques éléments disponibles, à titre de première étape d'une réflexion qui devra impérativement se poursuivre.

■ ■ À quel horizon peut-on anticiper un rééquilibrage ?

On peut penser qu'avec des promotions de 30 000 diplômés par an, la situation de déséquilibre aujourd'hui constatée devrait s'atténuer progressivement et être résorbée d'ici 3 à 4 ans, du moins globalement. Des déséquilibres dans certains secteurs ou spécialités peu attractifs perdureront sans doute plus longtemps.

En effet, selon les projections de la DREES, le solde cumulé entre les entrées dans la profession et les sorties depuis le 1^{er} janvier 2000 serait de :

- 58 000 infirmiers à fin 2006,
- 67 000 à fin 2007,
- et 76 000 à fin 2008.

Il s'agit bien d'effectifs supplémentaires, au-delà du remplacement des départs.

En face de cette offre supplémentaire, on peut poser quelques hypothèses chiffrées sur les besoins en emplois intervenant dans la période :

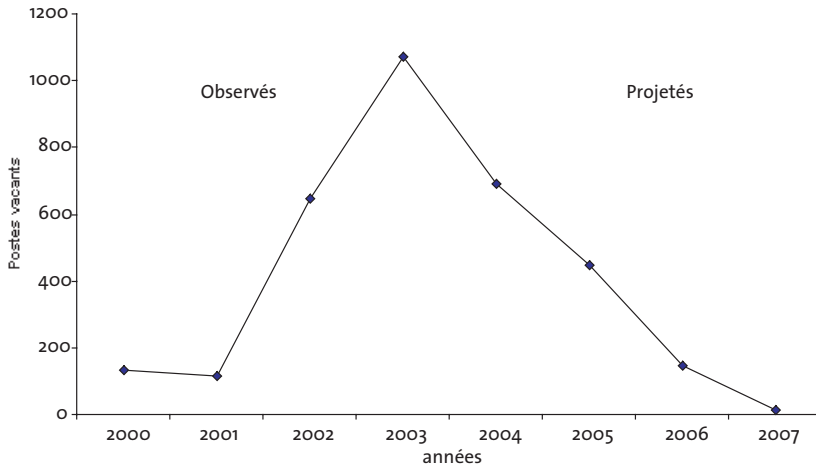
La mise en place de la RTT aura entraîné la création de 26 000 emplois. Le nombre d'emplois liés aux plans de santé publique a été estimé à 8 000. Si l'on fait l'hypothèse d'un déficit de 6 000 infirmières en début de période, c'est-à-dire avant la mise en place de la RTT dans tous les établissements, le besoin total serait de 40 000 infirmières.

Il faut cependant également tenir compte des besoins supplémentaires découlant de l'accroissement de la consommation médicale, ne serait-ce que sous l'effet des évolutions démographiques : augmentation, mais aussi vieillissement de la population. Cet impact peut être estimé à 1% par an en moyenne : si, en première approximation, on l'applique de la même manière aux effectifs d'infirmiers, 4 000 emplois par an seraient nécessaires. Cette hypothèse peut néanmoins être discutée, car elle suppose qu'il n'est pas possible de faire des gains de productivité, or beaucoup d'exemples montrent l'inverse. Si on la retient cependant, l'ensemble des besoins pourrait être satisfait par les effectifs supplémentaires à fin 2007 ou fin 2008.

Rappelons qu'il faut considérer ces calculs, non pas comme des prévisions, mais comme des simulations, par ailleurs sensibles aux hypothèses retenues. A titre d'exemple, si le déficit en début de période est de 10 000 postes mais que des gains de productivité sont dégagés à hauteur de 0,5 % par an, le rééquilibrage est atteint à fin 2006.

Avec un autre jeu d'hypothèses, des analyses menées par la DHOS conduisent à des résultats similaires. Ils rejoignent également les prévisions faites par l'AP-HP, qui anticipe une sortie de la crise aiguë à partir de 2006 (la situation 2004 s'étant déjà nettement améliorée par rapport à l'année précédente : 800 postes vacants versus 1300 en mai 2003, « au pire de la crise »). Compte tenu de la situation plus favorable de l'AP-HP au sein de la région, l'horizon du rééquilibrage devrait être un peu plus tardive pour le reste de l'Île-de-France.

**ÉVOLUTION CONSTATÉE ET PROJÉTÉE DU NOMBRE DE POSTES D'INFIRMIÈRES VACANTS À L'AP-HP
(TOUTES CATÉGORIES D'INFIRMIÈRES CONFONDUES)**



SOURCE : DREES.

Au-delà des effectifs globaux, les questions de répartition seront aussi importantes : les responsables du personnel de l'AP-HP soulignent que, s'il y a risque d'excédents à partir de 2006 dans des spécialisations et des hôpitaux attractifs, d'autres risquent d'être toujours déficitaires (gériatrie par exemple).

Il serait souhaitable, à court terme, de poursuivre l'exercice de simulation au niveau national, car il permet de d'expliciter des scénarios et d'analyser l'impact de différentes hypothèses et paramètres. Il faudrait par exemple y intégrer la mise en place de la RTT pour les infirmiers de nuit en 2004.

Cet exercice apparaît d'autant plus nécessaire pour établir un diagnostic partagé dans le concert de chiffres avancés ici ou là. Il serait souhaitable que ces approfondissements soient réalisés en commun par la DREES et la DHOS, et qu'ils incorporent un décompte des postes vacants, avec les précautions méthodologiques et les limites évoquées plus haut.

■ ■ À plus long terme, différents facteurs d'évolution des besoins

À moyen et long terme, différentes évolutions peuvent avoir un impact sur les besoins en infirmières.

**■ L'AUGMENTATION DES BESOINS DE SOINS LIÉE
AUX ÉVOLUTIONS DÉMOGRAPHIQUES**

On a vu ci-dessus que l'accroissement de la population et le vieillissement conduisent mécaniquement à une augmentation annuelle de 1% de la consommation de soins, ce qui correspondrait à un besoin de 3 500 à 4 000 infirmières supplémentaires par an s'il n'y a pas de gains de productivité.

Un accroissement des effectifs est à prévoir aussi au titre de la prise en charge de la dépendance. Une augmentation du nombre de personnes dépendantes située dans une fourchette de +6 % à +14 % entre 2000 et 2010³², soit +0,6 % à 1,3 % par an, pourrait conduire en première analyse à un besoin annuel supplémentaire de 300 à 600 infirmières par an³³.

■ **PLUS GLOBALEMENT, L'ÉVOLUTION DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL DANS L'ÉCONOMIE**

Cette évolution dépendra évidemment largement de choix collectifs, mais le secteur des services connaît globalement une dynamique de croissance soutenue, et le secteur de la santé a jusqu'à présent fortement participé de cette dynamique. Ceci a d'ailleurs conduit le Commissariat général du Plan, dans un travail sur l'avenir des métiers³⁴, à faire une hypothèse de croissance forte de l'emploi pour les métiers de la santé à moyen terme : 72 000 créations nettes d'emploi pour les infirmières et les sages-femmes, auxquels s'ajoutent 100 000 départs en retraite à remplacer, soit un besoin de recrutement de 172 000 entre 2000 et 2010.

TABLEAU 5
PERSPECTIVES D'EMPLOI LIÉES À DES CRÉATIONS DE POSTES ET AUX DÉPARTS À LA RETRAITE

Catégories d'emploi	Emploi 2010 (en milliers)	Sur la période 2000-2010		
		Créations nettes d'emplois (en milliers)	Taux de croissance de l'emploi (en %)	Besoins de remplacement liés aux départs en retraite (en milliers)
Infirmiers et sages-femmes	494	71,8	17	100,5
Emploi global	26260	2 855	12,2	5 651

LE TABLEAU SE LIT AINSI : en 2010 les emplois d'infirmiers et sages-femmes seront de 494 000, soit une croissance de 72 000 emplois sur les 10 ans. A cela s'ajoutera le remplacement des personnes partant à la retraite, 100 000 personnes, soit un besoin total de recrutement de 172 000 personnes.

SOURCE : Rapport CGP/Avenir des métiers. Modèle FLIP-FLAP.

■ **L'ÉVOLUTION DU CONTENU DES MÉTIERS**

Des évolutions peuvent sans doute s'opérer ici dans les deux sens, et il est difficile d'en tirer des conclusions précises sur les besoins futurs.

Il est probable que certaines tâches vont continuer à se développer, en lien avec l'accroissement des démarches de contrôle qualité, de sécurisation des traitements, de protocoles, d'évaluation. À titre d'exemple, au Royaume-Uni, le rapport Wanless, qui dessinait une prospective à 2022 du système de santé britannique, posait comme objectif une progression de la fonction de « clinical governance » (que l'on pourrait appeler « démarche qualité »), chez

32. BONTOUT (O.), COLIN (C.) et KERJOSSE (R.), *Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040*, février 2002, DREES.

33. Cette estimation, qui serait à préciser, a été effectuée sur la base d'un effectif de 15 000 infirmières dans les établissements pour personnes âgées, et de 30 000 dans le libéral (effectif obtenu en appliquant à l'effectif total des libérales la part des honoraires en soins de nursing, c'est-à-dire en AIS).

34. SEIBEL (C.) et AFRIAT (C.), « Avenir des métiers : rapport du groupe "Prospective des métiers et qualifications" », *La Documentation française*, 2002, Commissariat général du plan.

les infirmières comme chez les médecins ; pour les premières, la cible était qu'elle représente à terme 5 % du temps de travail au lieu de 2 % actuellement³⁵.

Les débats sur les délégations de tâches entre médecins et infirmières ouvrent également un champ des possibles en termes d'accroissement des missions et des responsabilités des infirmiers.

Néanmoins, des évolutions inverses sont imaginables en corollaire : glissements de tâches vers les aides-soignants, émergence de nouveaux métiers pouvant prendre en charge certaines tâches actuellement assumées par les infirmières : exemple du centre hospitalier de Bourges avec la création d'un profil de poste d'intendante. De la même manière, on peut se demander si la réalisation des plannings, qui occupe une part très importante du temps des cadres, nécessite des compétences d'infirmière.

Les réflexions sur l'organisation du travail peuvent donc conduire à des évolutions diversifiées en termes de besoins.

■ ÉVOLUTION DES DURÉES DE CARRIÈRE

On peut penser que la réforme des retraites aura pour conséquence un allongement des durées de carrière, du moins si l'arbitrage des individus se fait dans ce sens (par rapport à une perte financière). Pour favoriser un tel arbitrage, une politique plus volontariste de gestion des âges est sans doute à développer.

35. Wanless (D.), *Securing Our Future Health: Taking a Long-Term View*.
http://www.hm-treasury.gov.uk/Consultations_and_Legislation/wanless/consult_wanless_final.cfm



es trajectoires professionnelles et leur évolution

Les études et recherches disponibles ne fournissent que des éclairages lacunaires sur les parcours professionnels. Le suivi de cohortes de professionnels mis en place par l'INSERM en 1980 n'a malheureusement pas été poursuivi au-delà de 1996³⁶. Les débuts de carrière devraient pouvoir être bientôt analysés grâce à l'enquête Génération 1998 du CEREQ³⁷, mais les résultats ne sont pas encore disponibles. Les quelques travaux récents utilisés ici apportent des éléments sur certains aspects des parcours professionnels, mais sans qu'il soit toujours possible d'en tirer une image représentative statistiquement, et laissent dans l'ombre beaucoup de questions sur lesquelles il serait souhaitable de développer les connaissances.

Le choix de la profession d'infirmière et l'attractivité du métier

L'origine sociale des infirmières est diversifiée, même si elle tend à s'homogénéiser en se concentrant sur les catégories des ouvriers, des employés et des professions intermédiaires. L'accès au métier d'infirmière s'inscrit pour une partie non négligeable d'entre elles dans une trajectoire sociale ascendante³⁸.

TABLEAU 6. RÉPARTITION DES EFFECTIFS D'INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES SELON L'ORIGINE SOCIALE EN 1989 ET 2001

Catégorie socioprofessionnelle du père	1989		2001	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Agriculteurs	7,6	12,8	6,8	11,6
Artisans et commerçants	14,4	11,5	9,7	12,0
Cadres et professions intellectuelles	9,8	13,3	14,0	13,7
Professions intermédiaires	16,6	17,7	15,4	20,0
Employés	16,8	14,4	22,4	16,3
Ouvriers	34,9	30,3	31,7	26,4

SOURCE : INSEE, enquête emploi / Citée par Acker (F.).

36. LERT (F.), GOLDBERG (M.), LERT (H.) et DUTEIL (M.), *Devenir professionnel, conditions de travail et santé d'une cohorte d'infirmières des hôpitaux publics suivie de 1980 à 1996*. Rapport de recherche, juillet 1998.

37. L'enquête *Génération 1998* a été conçue par le CEREQ pour observer les débuts de carrière dans une perspective longitudinale. La DREES a financé une extension de cette enquête auprès de quelques milliers de diplômés des formations du secteur sanitaire et social. Une première interrogation a été menée en 2001 auprès d'un échantillon de jeunes sortis de formation initiale en 1998, dont 1905 sortant de formation d'infirmier. Ces jeunes ont été réinterrogés au printemps 2003. L'exploitation de cette enquête est en cours à la DREES.

38. ACKER (F.), « Les infirmières, une profession... », art. cit.

Une partie de l'accès à la profession se fait par la promotion professionnelle. 20 % des places en IFSI sont réservées aux aides-soignantes à partir de 2003 (15 % depuis 2001). Pour l'année 2001, 9 % des personnes entrées en IFSI étaient des aides-soignantes ou auxiliaires de puériculture.

Une enquête lancée par la revue *Soins* en 2000 a interrogé les infirmières sur les motivations du choix de cette profession. « *Les raisons avancées sont, par ordre décroissant : l'altruisme, la dimension relationnelle (la dimension à l'autre, au malade, mais aussi la relation au sein de l'équipe soignante, l'esprit d'équipe), la mobilité professionnelle (avec l'anticipation d'une évolution dans l'emploi, d'une mobilité professionnelle horizontale en raison de la variété des lieux d'insertion possibles), le désir d'apprendre (un intérêt pour les sciences, les sciences sociales, la nécessité d'actualiser sans cesse ses connaissances dans un métier qui évolue tout le temps). Ce choix d'orientation s'inscrit chez certaines dans une culture familiale, fait suite, pour d'autres, à une expérience de la maladie. Enfin il arrive que le choix ait été guidé par la possibilité de faire des études courtes en étant rémunérées le cas échéant*³⁹. »

L'attractivité de la profession diminue-t-elle aujourd'hui ? La réponse n'est pas évidente. En 2000, année où le quota est passé de 18 000 à 26 000, 10 % des places ouvertes n'ont pas été pourvues, mais les IFSI ont pratiquement fait le plein les deux années suivantes (2,8 % et 3,3 % de places non pourvues respectivement).

En 2003, le quota a été à nouveau fortement augmenté, passant à 30 000, et 6 % des places n'ont pas été pourvues. Mais là encore, il peut s'agir d'une adaptation à une brusque augmentation de capacité. Il est par ailleurs intéressant de noter que cette difficulté à remplir les quotas est concentrée dans quelques régions : 16 % de places non pourvues en Île-de-France, 12 % en Champagne-Ardenne, 11 % dans le Nord - Pas-de-Calais, alors que les écoles d'autres régions sont remplies (Auvergne, Picardie, Bretagne) ou ont des taux inférieurs à 5 %.

On ne peut donc pas conclure à une diminution avérée, aujourd'hui, de l'attractivité de la profession. C'est également la conclusion d'une étude de l'OCDE sur un ensemble de pays en 1998⁴⁰.

Néanmoins, si les places sont pourvues, des inquiétudes sont aujourd'hui émises sur le niveau des élèves admis en formation, car à nombre de candidats identique, l'augmentation des quotas conduit à baisser la barre d'admission. Selon certains responsables régionaux, cette moindre sélectivité a pour conséquence un taux d'échec plus important au cours des études et donc au final moins de diplômés que prévu. On revient à la question de l'attractivité, le problème étant d'attirer des candidats de bon niveau (certaines régions développent des actions dans cette perspective).

Pour apprécier ce dernier aspect, un suivi plus fin serait à mettre en place au plan national : on ne sait pas en effet précisément aujourd'hui quel pourcentage d'une promotion est diplômé *in fine*, avec quel calendrier (diplôme obtenu au bout de trois ans, quatre ans). Les estimations de taux de non diplômés dans une promotion sont de 15 % à 20 % (la DREES s'appuie pour ses projections sur une hypothèse de 18 % par rapport au quota). Il serait important de pouvoir suivre l'évolution de ce phénomène.

Par ailleurs si, aujourd'hui, l'attractivité est suffisante, va-t-elle se maintenir dans l'avenir ? La question est souvent posée.

39. ACKER (F.), « Les infirmières, une profession... », art. cit.

40. *L'Avenir des professions à prédominance féminine*, 1998, OCDE.

En effet, les motivations altruistes, qui sont les premières évoquées pour expliquer le choix de ce métier, renvoient, à l'extrême, à l'ancien modèle de la « nonne », mue par une vocation, par le don de soi, dédiée à l'aide au patient : modèle dont la profession s'est détachée en construisant progressivement une identité professionnelle, et dont tout laisse à penser qu'il a de moins en moins cours aujourd'hui. D'ailleurs la situation familiale des infirmières s'est modifiée : en 1980, une femme sur deux n'avait pas d'enfants, en 1996 plus de huit femmes sur dix en ont⁴¹. Il est probable que dans l'avenir l'attractivité de la profession se jouera moins sur cette dimension altruiste, et de plus en plus sur ses atouts en termes d'accomplissement professionnel, de déroulement de carrière, de conditions de travail et de rémunération.

Or, la concurrence entre les métiers risque de s'accroître dans l'avenir avec la diminution de la population active, et certaines conditions de travail sont objectivement plus éprouvantes dans le monde de la santé que dans d'autres secteurs d'activité, en termes d'horaires, de responsabilité, de confrontation à des situations humaines difficiles (voir ci-dessous – Conditions de travail et satisfaction au travail).

■ Les déroulements de carrière

■ ■ Des débuts de carrière à l'hôpital

Les infirmières commencent souvent leur carrière en milieu hospitalier, d'une part parce qu'il leur faut trois ans d'exercice au cours des six ans précédant la demande d'installation en libéral, d'autre part parce que l'hôpital est perçu comme un bon lieu d'apprentissage, et que pour ne pas « perdre en technique » il faut dès la fin de la formation exercer dans un milieu porteur du point de vue des soins. Dans cette logique, les services plus techniques semblent trouver davantage preneurs. Par ailleurs, 85 % des IFSI sont « adossés » aux établissements hospitaliers, et les stagiaires choisissent leur lieu de travail à partir de ce qu'elles connaissent dans leurs stages.

On ne sait cependant pas grand-chose des débuts de carrière, et d'éventuels changements dans les aspirations des jeunes générations et dans leur manière d'envisager leur parcours. De nouvelles formes de gestion des carrières professionnelles semblent voir le jour (passage dans l'humanitaire à l'étranger, modulation du travail dans l'année, carrières de remplaçantes...), mais l'ampleur de ces mouvements est difficile à apprécier. L'enquête Génération 1998 citée ci-dessus devrait apporter des éclairages sur les tendances actuelles à cet égard.

■ ■ Une mobilité croissante entre secteurs

Les données disponibles montrent un accroissement de la mobilité professionnelle. Ainsi, en 2001⁴², 11 % des infirmières qui exercent à l'hôpital public n'y étaient pas l'année précédente. 3,5 % étaient en formation, 1,5 % en inactivité ou au chômage, et 6 % venaient d'un autre secteur : hôpital privé, secteur libéral, social ou autres (mais le recrutement en provenance de

41. LERT (F.), GOLDBERG (S.), LERT (H.) et DUTEIL (M.), *Devenir professionnel, conditions de travail...*, op. cit.

42. AUDRIC (S.) et NIEL (X.), « La mobilité des professionnels... », art. cit.

l'exercice libéral est marginal). Ces flux d'infirmières venant travailler à l'hôpital public en provenance d'autres secteurs s'accroissent au cours du temps : ils sont en 2001 très supérieurs aux recrutements effectués à la sortie des études, alors que ces derniers étaient auparavant majoritaires.

Symétriquement, 6 % des infirmières sont sorties en 2001 de l'hôpital public pour aller vers d'autres secteurs⁴³. Là aussi, les départs d'infirmières vers d'autres secteurs ont fortement augmenté depuis deux ans, passant de 4 % des effectifs entre 1997 et 1999 à 6 % en 2001. Les passages d'un secteur d'activité à l'autre ont donc tendance à augmenter dans les deux sens, et s'équilibrent en 2001.

L'âge moyen des infirmières arrivant à l'hôpital public est de 32 ans, avec une distribution très étalée (52 % y arrivent entre 20 à 29 ans, 25 % entre 30 et 39 ans, 22 % à 40 ans ou plus). Ceux qui partent vers d'autres secteurs ont en moyenne 41 ans, ceux qui cessent leur activité, à titre temporaire ou définitif (hors retraite) ont 37 ans en moyenne (ces interruptions professionnelles pouvant être en rapport avec des maternités). Globalement, la moitié des départs a lieu avant 40 ans.

Les entretiens réalisés dans le cadre de cette mission de l'Observatoire avec des cadres infirmiers et des responsables hospitaliers confirment la tendance à une mobilité globalement croissante. La perception des recruteurs – qui se plaignent souvent du « nomadisme infirmier » est que les jeunes générations développent, dans le secteur de la santé comme dans les autres secteurs, de nouveaux modes de rapport au travail et mettent en concurrence les employeurs.

Certains relient cette mobilité à des évolutions générales de la société : « *Les années de chômage ont généré un mouvement de désappartenance des individus vis-à-vis de leur travail. L'accès à l'information, de plus en plus facile, développe en outre la maturité des salariés qui n'hésitent pas à se réorienter dans le cadre de leurs parcours professionnels en changeant d'établissement, de secteur d'activité, voire même de métier*⁴⁴. » Mais certaines évolutions apparaissent spécifiques de la profession : celle des modèles professionnels évoquée plus haut, accentuée par la conjoncture d'un marché du travail déséquilibré.

Il semble que, de plus en plus, les conditions de travail et les conditions de vie soient prioritaires. La demande de postes avec horaires « de bureau » augmente, et il est de plus en plus difficile de recruter pour des horaires de nuit.

Une étude réalisée en 2002 par l'ODIS pour le compte de l'ARH Île-de-France soulignait que les choix des infirmières renvoyaient à trois types d'attentes : conditions de travail, carrière professionnelle et vocation, qui se superposent. Les conditions de travail constituent un socle systématique et pour une partie des infirmières, c'est même le critère unique de choix. Une autre fraction a des attentes en termes de carrière professionnelle, mais elle veut aussi de bonnes conditions de travail ; et les infirmières menées par des idées d'altruisme attendent aussi à la fois de bonnes conditions de travail et une carrière.

C'est en fonction de ces différentes attentes que les infirmières construisent leur trajectoire professionnelle et organisent leur mobilité.

43. La proportion de sorties de l'hôpital public est au total de 9 %, dont 1,5 % de départs en retraite et 1,5 % de chômage, inactivité ou formation.

44. ODIS (Observatoire du dialogue social), *Analyse du turnover des infirmières en Île-de-France*. Rapport d'étude, mai 2002.

■ ■ Les déroulements de carrière possibles dans le secteur hospitalier et médico-social

La carrière hospitalière est encadrée par le statut dans la fonction publique et par différentes conventions collectives dans le privé.

Concernant le public, le corps des infirmières est classé en catégorie B. Il existe trois spécialités infirmières, classées en catégorie A : bloc opératoire, anesthésie et puériculture. Les infirmières de ces spécialités passent un diplôme d'État accessible par une formation de douze mois pour les puéricultrices, dix-huit mois pour les IBODE, vingt-quatre pour les IADE.

L'évolution de carrière peut aussi se faire vers un autre « corps » professionnel : celui des cadres de santé, qui comprend deux grades : cadre de santé et cadre supérieur de santé. Ces personnes ont comme fonction d'encadrer des équipes, soit en proximité avec les agents, soit, pour les cadres supérieurs en supervision de plusieurs équipes ou de pôles d'activité, ils assurent aussi des missions transversales dans les établissements. Il ne s'agit plus ici de spécialisation sur la base du métier infirmier, mais d'une avancée possible dans des fonctions de management, ouverte également aux autres professions paramédicales, qui permet à une petite partie des infirmières d'évoluer. Les mêmes grades donnent accès aux fonctions de formateurs dans les instituts de formation en soins infirmiers ou dans les instituts de formation de cadres de santé pour les cadres supérieurs.

Depuis 1995, la formation qui mène à ce premier grade d'encadrement est ouverte aux autres professions paramédicales. Cette formation mène à un diplôme qui est obligatoire pour exercer des fonctions soit d'encadrement soit de formation de niveau n+1. Cette formation est assurée dans des instituts de formation de cadres de santé, placés le plus souvent dans les CHR. Il en existe 42 en France.

La carrière peut se poursuivre dans le corps des directeurs de soins. Celui-ci est accessible après une formation à l'ENSP d'une durée de douze mois. Les directeurs de soins peuvent être nommés coordonnateur général des soins dans leur établissement, à ce titre ils coordonnent l'activité de l'ensemble des paramédicaux de l'établissement. Le directeur des soins est membre de l'équipe de direction. Il participe à l'évolution des services et des activités de soins de son établissement. L'accession à ce corps permet également de diriger des instituts de formation en soins infirmiers ou des instituts de formation de cadres de santé.

La carrière des infirmières hospitalières est donc principalement centrée sur des fonctions de management, puisqu'en dehors des trois spécialités citées il n'existe aucune possibilité statutaire d'évolution de carrière pour une infirmière qui souhaite rester et progresser dans le domaine des soins.

Les infirmières qui souhaitent poursuivre des formations qualifiantes dans le domaine du soin, passent des diplômes universitaires, ou vont dans le privé suivre des formations longues type « infirmière clinicienne ». Certains hôpitaux positionnent ensuite ces personnes sur des postes particuliers, soit pour guider les équipes de soins dans la prise en charge des patients qui posent des questions complexes, soit sur des consultations spécifiques ou des missions transversales de recherche ou d'expertise, mais cela sans reconnaissance statutaire et/ou financière.

Le débat est aujourd'hui ouvert sur la structuration d'une filière de progression pour les infirmières dans le domaine spécifique du soin.

Se pose également la question de la progression de carrière et de la formation des formateurs en IFSI. Statutairement, la formation de cadre de santé suffit pour exercer cette fonc-

tion, mais le programme de formation des IFCS, dont 90 heures sont consacrées à la pédagogie, ne peut permettre aux infirmières venant des services d'exercer avec expertise leur métier de formateur.

Cet aspect est à relier avec la réforme éventuelle des études, les suites apportées au rapport Debouzie et le débat aujourd'hui ouvert sur l'évolution de la formation et son intégration dans l'université et le système européen LMD.

Dans les pays européens qui ont fait évoluer le système d'études des infirmières, la question de la formation des formateurs s'est posée. En France, encore trop peu de formateurs ont fait des études universitaires, de nombreux formateurs « font fonction » actuellement du fait de l'augmentation des quotas dans les écoles et n'ont pas passé le diplôme de cadre de santé. La carrière étant majoritairement centrée sur le management les postes de formateurs sont de ce fait moins attractifs, même si statutairement les personnes peuvent passer facilement d'un secteur à l'autre.

■ ■ Des trajectoires diversifiées, des tendances d'évolution mal connues

Comme on l'a dit en introduction au présent chapitre, il existe peu de données sur les trajectoires professionnelles et sur la manière dont elles ont évolué dans le temps.

Une recherche récente, s'inscrivant dans les développements lancés par la DREES autour de l'enquête de 2003 sur les conditions de travail, s'est penchée sur les parcours biographiques et professionnels des infirmières⁴⁵. À partir d'une vingtaine d'entretiens qualitatifs réalisés auprès de femmes de 40 ans et plus, les chercheurs ont dégagé 3 types de profils sociobiographiques :

- le premier, dénommé « *tout pour la profession* », regroupe des femmes dédiées à leur métier, le plus souvent seules et sans enfant à charge. « *Ce profil correspond à une minorité d'infirmières – dont tout laisse à penser qu'elle s'est réduite au cours des dernières décennies – qui relèvent encore d'une certaine manière de l'ancien modèle de la nonne dont, par définition, la vie entière était consacrée aux soins.* » Ce sont des femmes qui ont construit leur dynamique de carrière sans que des événements familiaux ne viennent l'infléchir. Elles sont cadres ou se sont spécialisées ;
- le deuxième, appelé « *Forces de rappel du travail d'appoint* », renvoie à des profils de carrière étroitement subordonnée à celle du conjoint, qui exerce en général une profession plus qualifiée et/ou associée à une forte mobilité géographique. La subordination se traduit « *soit dans la fréquence des interruptions de carrière et des séquences de travail à temps partiel, soit dans la fréquence des changements d'employeurs déterminés par les mutations géographiques liées à la carrière du conjoint* » ;
- « *tensions dans l'émancipation* » qualifie les trajectoires moins directement dominées par le cursus professionnel du conjoint. Ce profil renvoie à des dynamiques professionnelles autonomes de femmes ayant eu un ou plusieurs enfants, en même temps qu'une activité professionnelle continue ou quasi continue et une expérience limitée de l'emploi à temps partiel. Il domine numériquement dans l'échantillon enquêté.

45. BOUFFARTIGUE (P.), BOUTELLER (J.) (2004), *Le temps du travail dans le temps de l'emploi. Biographies professionnelles et biographies familiales d'infirmières de plus de 40 ans*. Rapport final pour la DREES – Laboratoire d'Économie et de Sociologie du Travail, août 2004.

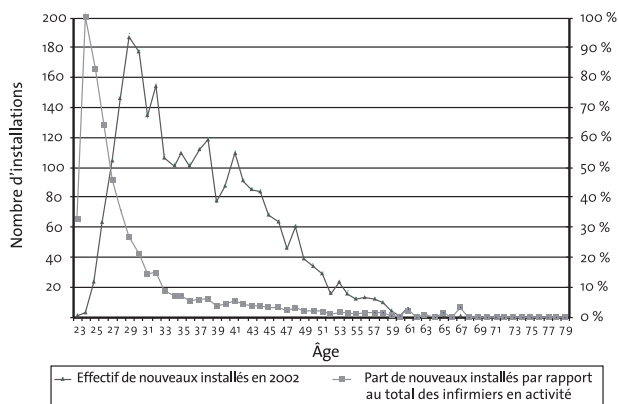
Les parcours et les projets de carrière des infirmières sont donc diversifiés, et les données précises font défaut sur l'évolution des attentes et du rapport au travail, en relation avec l'âge, la situation personnelle (mariée, en couple ou non), la nécessité d'un accomplissement personnel en dehors du travail. La notion de carrière elle-même peut être questionnée : pour un certain nombre de jeunes, la carrière est conçue comme une mobilité entre différents types de services, de modes d'exercice, mais sans idée de progression hiérarchique.

■ ■ Le choix de l'exercice libéral

Comment, dans les déroulements de carrière, se situe l'exercice en libéral ?

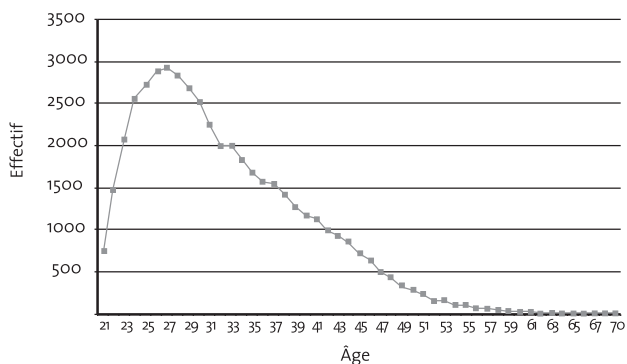
L'âge des infirmières qui se sont installées en 2002 est assez étalé, comme le montrent les graphiques ci-dessous. Dans la tranche d'âge 30-40 ans, les nouvelles installées représentent encore environ 10 % des actifs.

ÂGE DES INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES QUI SE SONT INSTALLÉS EN 2002



SOURCE : CNAMTS.

ÂGE LORS DE LA PREMIÈRE INSTALLATION EN LIBÉRAL DES INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES ACTIFS AU 31/12/2002



SOURCE : CNAMTS.

L'âge des nouveaux installés de 2002 est plus élevé que l'âge moyen à l'installation des infirmières actuellement en exercice. Une des raisons est l'obligation d'effectuer trois ans à l'hôpital avant l'installation : l'installation immédiate après l'obtention du diplôme ne concerne donc que les infirmiers et infirmières installés avant cette date (15 % d'après une enquête récente de Vilbrod *et al*)⁴⁶.

D'après cette enquête, l'expérience professionnelle antérieure des infirmiers et infirmières qui s'installent en libéral semble être plus fréquemment une expérience de « technicien » : la majorité d'entre eux a en effet exercé dans des services où prédominent les soins médico-techniques (réanimation, bloc opératoire et urgences).

À 80 %, les enquêtés déclarent n'avoir pas hésité entre leur installation en libéral et la possibilité d'exercer différemment leur métier. Le choix libéral apparaît donc d'emblée très arrêté, les possibilités d'évolutions à l'intérieur même de l'institution hospitalière (promotion professionnelle, changement d'unité, etc.) ne sont pas privilégiées. Les motifs d'insatisfaction évoqués concernant l'exercice à l'hôpital sont au premier rang le poids de la hiérarchie (25 %), les relations superficielles avec les malades (19 %), la faible considération du personnel infirmier (15 %), les horaires (12 %), le revenu jugé trop faible (11 %) et les difficultés d'entente avec les autres professionnels (8 %). Interrogées sur les raisons de leur installation en libéral, les infirmières indiquent en premier lieu la nature différente des relations entretenues avec les patients (25 %).

Les durées de carrière

Comme on l'a vu au chapitre 2 sur les besoins en infirmières, les taux de sortie de la profession s'observent surtout vers 60 et 65 ans pour les infirmières libérales, vers 55 et 60 ans pour les salariées des hôpitaux publics.

On est loin des durées de carrière très brèves parfois évoquées. Mais dans un contexte futur où la population active va diminuer, avec une accélération des départs à la retraite à partir de 2007, un enjeu majeur est de favoriser le maintien en activité des travailleurs âgés. De ce point de vue, l'âge de départ à la retraite des infirmières du secteur public apparaît très précoce, 55-56 ans en moyenne. Comment leur permettre d'exercer plus longtemps leur métier, en maintenant leur capacité professionnelle et leur intérêt tout au long de leur carrière et en évitant l'épuisement professionnel⁴⁷ ?

L'IGAS s'est récemment penchée sur cette question de la gestion des âges pour les professions du secteur sanitaire et social. Dans son rapport qui sera publié prochainement, elle recommande notamment :

- d'organiser des parcours professionnels diversifiés ; en favorisant les passerelles et les mobilités horizontales et verticales,

46. VILBROD (A.) et DOUGET (F.) (2004), *Le Métier d'infirmier libéral. L'étendue des pratiques, la diversité des représentations de professionnels à la croisée des chemins*. Appel d'offres DREES pour la réalisation d'une recherche sur les pratiques et les représentations des infirmières libérales. Rapport intermédiaire, février 2004 (1 000 infirmiers ont été enquêtés).

47. L'objectif de l'étude européenne NEXT (Nurses' Early Exit Study), portant sur l'abandon prématuré de la profession de soignant, et à laquelle dix pays européens participent, est précisément d'analyser les raisons et circonstances des départs prématurés des professionnels paramédicaux, afin de promouvoir les facteurs favorisant leur maintien en activité. L'enquête PRESS-NEXT (Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail) est l'adaptation de cette étude européenne pour la France.

- de mieux utiliser les travaux déjà existants des ergonomes pour adapter les organisations, tout en continuant à approfondir la connaissance des effets du vieillissement et de l'usure professionnelle sur l'activité des seniors⁴⁸,
- de développer des stratégies pour gérer les fins de carrière et proposer aux salariés âgés des emplois représentant une tension mentale moindre ou des efforts physiques moins importants (ces emplois sont souvent recherchés par les individus eux-mêmes, mais une gestion des carrières plus volontariste permettrait d'organiser plus largement cette mobilité).

■ Résumé sur les tendances d'évolution et les enjeux pour l'avenir pour la profession

Des analyses développées ci-dessus, on peut retenir quelques enjeux importants pour l'avenir de la profession.

Toutes les analyses sociologiques convergent pour diagnostiquer la fin du modèle ancien de la « vocation sans voile⁴⁹ », correspondant au modèle des professionnelles uniquement dédiées à leur métier et mues par le don de soi. On peut également penser que l'évolution générale de la société ira dans le sens d'une émancipation féminine croissante et que le modèle « travail d'appoint » sera amené aussi à diminuer.

Dès lors, le métier d'infirmière devra maintenir son attractivité par la seule force des perspectives de réalisation professionnelle qu'il offre, et ce dans un contexte de concurrence accrue entre les métiers, du fait de la tendance globale à la baisse de la population active. Or les conditions de travail y sont éprouvantes par rapport à d'autres activités salariées, notamment en termes d'horaires, de responsabilités et de charge mentale. Il est donc essentiel que les perspectives de déroulement de carrière qu'offre la profession soient suffisamment attractives pour les jeunes – sachant qu'elles sont dès aujourd'hui un élément important pour les professionnels (cf. partie conditions de travail et satisfaction au travail).

Une réflexion de fond est donc à poursuivre sur les perspectives de progression, intégrant la question d'une filière de progression dans le domaine spécifique du soin, à côté des débouchés actuels en termes de spécialisation et d'encadrement. Plusieurs pays l'ont fait en instituant un statut d'infirmière clinicienne avec des compétences élargies.

De ce point de vue, il est aussi important de mieux analyser les aspirations des nouvelles générations et de comprendre ce que sont leurs « plans de carrière », qui peuvent se démarquer fortement de ceux de leurs aînés (place accrue des conditions de travail, souhait de mobilité et de diversification d'expériences sans idée de progression hiérarchique...).

Enfin la question de l'allongement des durées de vie professionnelle et du maintien en activité des infirmières âgées émerge aujourd'hui, et va devenir de plus en plus aiguë. Elle rendra nécessaire une gestion plus active des fins de carrière, dans une profession soumise à une charge mentale et à des efforts physiques importants.

48. Des pistes ont par exemple été proposées à partir des résultats de l'enquête PRESS-NEXT, autour des thèmes qui ont émergé comme prioritaires : améliorer le soutien face à la charge émotionnelle, mieux former et informer au sein des services, prévenir la surcharge de travail, limiter la crainte des erreurs, réduire les exigences physiques du travail, modifier les horaires les plus incompatibles avec la vie personnelle et favoriser les perspectives professionnelles.

49. SINGLY (F.) et THÉLOT (C.), *Gens du public, gens du privé*, Nathan, 1990.

D

ébats et perspectives sur les pratiques et le contenu du métier

Des segmentations multiples

Derrière l'unicité du diplôme, la profession est traversée par de multiples lignes de fracture : diversité des métiers exercés, divergences en termes de valeurs, de stratégies de développement et de représentation professionnelle, et de spécialisations.

■ ■ Des secteurs différents, des contenus de métiers différents

Le premier clivage est celui du secteur salarié hospitalier et du secteur libéral. L'exercice est différent, du fait que les patients et les pathologies ne sont pas les mêmes, que le contexte du soin est différent (domicile du patient versus hôpital), que l'infirmière hospitalière est secondée par des aides-soignantes⁵⁰.

Au sein de ces sous-ensembles, les pratiques et les contenus de métiers varient également. La CNAMTS souligne par exemple qu'au sein de la pratique libérale « il y a bien deux pratiques professionnelles radicalement différentes. Un petit tiers des infirmières réalise en majorité des actes techniques. Certaines d'entre elles (6 %) réalisent même en quasi-totalité des actes en AMI et non en AIS. À l'opposé, un tiers des infirmières exercent leur activité en faisant à plus de 80 % des actes de soins de nursing : une infirmière sur 10 ne fait pratiquement que des actes en AIS⁵¹ ».

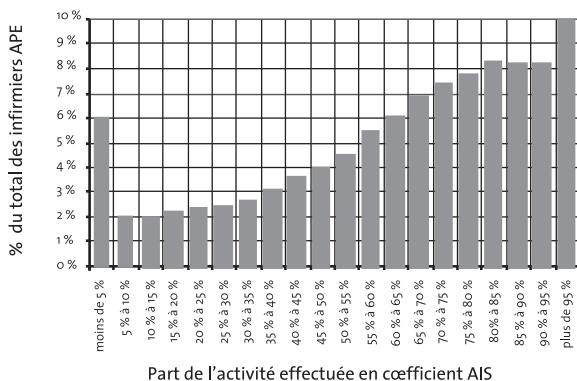
De la même manière, le contenu du travail est fondamentalement différent dans une unité de réanimation ou dans un service de long séjour. On sait que dans la situation de pénurie actuelle, la concurrence s'exerce en faveur des services à forte technicité, et au détriment du secteur social ou médico-social ou des services de soins à domicile, qui souffrent d'une pénurie de soignants particulièrement aiguë.

Remarquons par ailleurs qu'on a peu d'éléments d'information, aujourd'hui, sur les autres secteurs d'activité dans lesquelles exercent des infirmières : médecine préventive, santé publique...

50. MIDY (F), « Ambiguïtés de la profession infirmière », 2004, *revue Soins*.

51. Dossier études et statistiques, *L'activité des infirmières libérales*, n° 52, novembre 2001, CNAMTS.

EFFECTIF DES INFIRMIÈRES APE EN FONCTION DE LA PART DE LEUR ACTIVITÉ EN AIS - 2000



■ ■ Infirmière « relationnelle » et infirmière « technicienne »

Les clivages évoqués ci-dessus renvoient largement à l’opposition ancienne entre la dimension technique et la dimension relationnelle du métier, qui traverse aussi bien l’exercice hospitalier que libéral.

Françoise ACKER souligne ainsi que « les deux courants qui sous-tendaient la démarche de professionnalisation dans les années 1960 perdurent. L’un souhaitait fonder la spécificité professionnelle sur l’approche de la personne, l’aide au développement de son autonomie et la relation. Il s’inscrivait dans la continuité de la fonction sociale de l’infirmière du début du xx^e siècle. L’autre prônait la revalorisation sociale à partir de la qualification technique et de la spécialisation. Le constat d’écartèlement possible du groupe entre une infirmière technicienne et une infirmière travailleuse sociale, établi par Antoinette Chauvenet en 1974, est toujours d’actualité⁵². »

Autour de ce débat se joue aussi l’enjeu de l’autonomisation de la profession par rapport la tutelle médicale. À l’instar des modèles anglo-saxons (Canada, États-Unis notamment), ce processus d’autonomisation progressive s’est opéré via la reconnaissance en 1978, à côté du rôle délégué d’exécution d’actes prescrits, d’un rôle propre fondé sur une compétence spécifique en « soins infirmiers » : dans la conception de ce rôle propre, les infirmières cherchent à rompre avec la représentation dominante des soins infirmiers dépendants de la médecine technicienne, en déplaçant l’objet des soins de la maladie à la personne, en mettant en avant les notions de care plutôt que cure⁵³.

Cette évolution consacre une dualité de la profession, qui se prolonge dans la réflexion actuelle sur « les pratiques infirmières avancées », avec là encore deux conceptions qui font débat en France au sein des organisations infirmières, en référence aux développements dans les pays anglo-saxons. L’infirmière clinicienne est plus orientée vers la dimension relationnelle du soin (approche globale de la personne, éducation et soutien des compétences du

52. ACKER (F.), « Les infirmières, une profession... », art. cit.

53. ACKER (F.) et ARBORIO (A-M.), « Infirmière et aide-soignante », In Dominique LECOURT (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, janvier 2004, PUF.

patient, expertise infirmière). Elle est conçue comme le pendant clinique de l'infirmière cadre, que les fonctions de gestion éloignent des soins. L'infirmière praticienne s'inscrit plutôt dans une logique de délégation d'actes médicaux, avec une formation poussée en diagnostic et traitement de certains types de problèmes et une capacité à intervenir dans la coordination et la surveillance des traitements, le suivi des pathologies chroniques, l'intervention dans le domaine de la prévention, de l'éducation et du dépistage.

■ ■ Infirmière spécialisée ou infirmière généraliste ?

La spécialisation est l'aboutissement du courant de pensée promouvant une infirmière technicienne plus qu'une logique de relation à la personne.

Trois domaines de spécialisation sont déjà reconnus : l'anesthésie, le bloc opératoire et la puériculture, accessibles avec une formation spécialisée faisant suite à la formation initiale d'infirmier. Il existe par ailleurs des diplômes universitaires qui couvrent des domaines très divers : la chimiothérapie, l'hygiène hospitalière, les soins palliatifs, l'addiction, la prise en charge du patient diabétique, l'évaluation de la dépendance des personnes âgées, etc.

Il y a au sein de la profession des dynamiques d'extension de ce processus de spécialisation et, ces dernières années, certains groupes tentent de négocier une reconnaissance de leurs compétences spécifiques : infirmières de réanimation, stomathérapeutes, infirmières en oncologie⁵⁴...

Derrière ces multiples lignes de partage, la question est bien celle du maintien de l'unité de la profession ou de son éclatement en métiers différents. Les fonctions infirmières doivent-elles évoluer vers une spécialisation de plus en plus pointue ? Ou maintenir et développer des compétences généralistes permettant d'assurer une prise en charge globale du patient ?

Un certain nombre de forces poussent à une multiplication de métiers avec des contenus et des conditions d'accès bien définis.

Mais la spécialisation présente aussi des dangers : en cloisonnant les filières, elle restreint la diversité des activités possibles qui est précisément un facteur d'attractivité de la profession (rappelons que les perspectives de mobilité professionnelle horizontale en raison de la variété des lieux d'insertion possibles sont indiquées comme la deuxième raison du choix de cette profession). Nombre d'analyses concluent au contraire à la nécessité de maintenir un marché du travail le plus large possible pour attirer et garder les infirmières, et de favoriser les mobilités professionnelles pour éviter l'usure des salariés et allonger leur exercice professionnel.

Un autre risque est celui de la perte de substance de l'infirmière généraliste, alors qu'elle est, plus que toute autre profession de santé, porteuse d'une approche attentive à la dimension humaine globale de la maladie, que beaucoup s'accordent à reconnaître insuffisante dans notre système axé sur la technicité médicale.

54. *Idem*.

■ Des frontières en redéfinition, des contenus de tâches en évolution

■ ■ Organisation, qualité, procédures : de nouvelles tâches

Aux deux dimensions du technique et du relationnel, on peut de plus en plus en ajouter une troisième, celle de l'organisation. Cette dimension organisationnelle prend de plus en plus de place : « *Gestion du service avec les collègues, répartition des machines, programmation des entrées et des sorties, de la noria des examens et soins... Dans le monde hyperorganisé du grand hôpital, les activités de gestion et de régulation prennent le dessus. Plus les machines et les examens occupent de place, plus les protocoles de soins sont formalisés, plus les utilisations de médicaments sont rigoureuses et plus la régulation par les procédures s'impose et mobilise de personnels*⁵⁵. »

Pour une part, l'évolution du contenu des tâches des infirmières puise sa source dans un mouvement général de développement de l'organisation et des procédures qui concerne l'ensemble des professionnels de soins.

« *Une grande partie de l'activité tient à organiser l'activité soignante, développée par l'infirmière elle-même, mais aussi par toutes les personnes qui gravitent autour du patient, médecins ou non, en fonction d'une logique d'efficacité dans le temps. Cette partie de l'activité s'est énormément développée, voire a envahi une bonne partie de l'espace du fait du raccourcissement des durées de séjour, d'une recherche d'opérationnalité, mais aussi de la multiplicité des professionnels qui interviennent. Par ailleurs, les procédures de sécurisation diverses dont se sont entourés les soins sont souvent gérées par les infirmières*⁵⁶. »

Les infirmières se réfèrent à ces tâches comme des tâches administratives et se plaignent de leur envahissement. Il est clair cependant que les activités destinées à assurer le contrôle de qualité, la traçabilité des soins, des procédures de traitement rigoureuses, font aujourd'hui partie intégrante de l'activité soignante et ne sont pas destinées à diminuer.

■ ■ Des frontières de compétence en débat

La fonction de l'infirmière relève-t-elle encore aujourd'hui de l'analyse effectuée par E. HUGHES en 1951 : « *d'une certaine manière, le travail d'infirmière comprend tout ce qui doit être fait dans un hôpital mais qui n'est pas fait par d'autres catégories de personnes* » ? Cette question renvoie à celle des frontières avec les autres professionnels.

Ces frontières sont mouvantes et en redéfinition permanente, sous l'effet de plusieurs facteurs qui peuvent d'ailleurs pousser à des évolutions différentes :

- les souhaits de valorisation professionnelle et de déploiement de compétences nouvelles portés par la profession,
- la recherche, par les régulateurs du système de soins, d'efficacité et de productivité par la recherche d'une adéquation entre les qualifications et les tâches réalisées,
- conjoncturellement, dans plusieurs pays, la pénurie effective ou anticipée de médecins (qui a été le facteur déclenchant de la réflexion en France et qui est un facteur majeur de redéploiement des tâches au Royaume-Uni),

55. DUBET (F.), « Entre technique, relations et organisation : les infirmières », *Le Déclin de l'institution*, Paris, 2002, Seuil.

56. COUDRAY (M.-A.), *Note au groupe de travail*.

- les progrès techniques et l'évolution des modes de prise en charge (par exemple à l'hôpital le développement du court séjour, de l'hôpital de jour, de la chirurgie ambulatoire conduit à déplacer des tâches traditionnellement assurées pendant le séjour en amont et en aval de celui-ci⁵⁷).

Compte tenu de la position des infirmières, les frontières du travail infirmier concernent de très nombreux professionnels. Elles ne sont pas les mêmes en établissement de santé ou en libéral, en médecine préventive ou en médecine scolaire, en services de soins à domicile, etc.

Les frontières avec le travail des médecins sont aujourd'hui au centre du débat, avec l'enjeu de la délégation des tâches (cette problématique fait l'objet d'un développement spécifique ci-dessous). Mais la question de la délégation de tâches réalisées par des infirmières à d'autres personnels se pose également, et d'autant plus si les « nouvelles » infirmières assurent des tâches qu'elles n'assuraient pas avant. Cependant cette délégation n'est pas forcément bien acceptée par l'ensemble de la profession (cf. le débat sur la démarche de soins infirmiers et le statut de la toilette).

■ ■ La problématique des délégations de tâches entre médecins et infirmiers

Le manque de médecins, actuel ou anticipé, dans certains secteurs de soins a conduit à l'ouverture par le ministère de la question de la délégation de tâches et de compétences dans le cadre de la mission Berland en 2003.

■ LA DÉLÉGATION DES ACTES AUX INFIRMIERS : UN PROCESSUS ININTERROMPU DEPUIS 1946

Cette situation n'est pas nouvelle pour la profession infirmière qui s'est vue déléguer progressivement depuis 1946, une part croissante d'actes médicaux⁵⁸. L'exigence d'autonomisation de la profession infirmière s'est traduite par la revendication d'un rôle propre et d'une activité diagnostique autonome, tout en encadrant de façon très précise dans les textes réglementaires la nature et les conditions de réalisation des actes délégués. Le décret de 2002, identifie les actes relevant du rôle propre infirmier (art. 5), les actes en application d'une prescription médicale ou d'un protocole écrit en dehors de toute présence du médecin (art. 6), les actes prescrits à conditions qu'un médecin puisse intervenir à tout moment (art. 8) et la participation à la mise en œuvre de certains actes (art. 9), et les conditions d'urgence où les actes peuvent être réalisés dans un but conservatoire en l'attente de l'arrivée d'un médecin. C'est donc en fonction du contexte (l'urgence) et selon la proximité du médecin que la délégation de l'acte à l'infirmier est réalisée.

Animées par une volonté d'émancipation du contrôle de la profession médicale et à l'instar des expériences anglo-saxonnes, les organisations infirmières ont cherché à poursuivre la logique de développement d'un corpus de savoir et d'expertise propre à la profession infirmière au travers du concept d'infirmière clinicienne, avec, comme on l'a vu précédemment, deux modèles qui coexistent dans les représentations et les discours des organismes représentants la profession infirmière.

57. ACKER (F.), *Présentation au groupe de travail*, décembre 2003.

58. FERONI (I.) et KOBER (A.), « L'autonomie des infirmières. Une comparaison France-Grande-Bretagne », *Sciences sociales et santé*, vol. 13, n° 3, septembre 1995, p. 35-68.

■ LES CONSTATS DE LA MISSION BERLAND

De fait, il existe aujourd'hui de nombreuses formes de délégations de tâches entre médecins et infirmières. La plupart sont informelles et peu répertoriées.

Elles ont principalement lieu dans le contexte hospitalier et en général sur des activités spécialisées. Elles sont le fruit d'une pratique quotidienne ancienne, les infirmières ayant développé une expertise en étroite relation avec les médecins et sous leur responsabilité. Ainsi le rapport Berland (coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences) évoque des habitudes plutôt que des pratiques organisées. Celles-ci sont orientées vers le conseil et le suivi des patients atteints de pathologie chronique, parfois la participation à la réalisation d'actes médico-techniques comme les explorations fonctionnelles digestives. Plusieurs travaux publiés notamment dans les revues infirmières ou des mémoires d'étudiants font état de délégations de tâches précises vers les infirmières, que ce soit dans le contexte des services d'urgence (ex. prise en charge de la douleur aux urgences pédiatriques), des SMUR en transport primaire ou secondaire (SAMU) ou en cancérologie (expérience en neuro-oncologie à La Pitié-Salpêtrière).

Dans le secteur ambulatoire, il s'agit moins de délégation de tâches antérieurement réalisées par les médecins que de nouvelles tâches, prises en charge en général dans le cadre de formes d'organisation des soins en réseaux : tâches de coordination, d'évaluation de situations.

La possibilité de déléguer des tâches dans le secteur ambulatoire est en effet freinée par le très faible développement, en France, de cabinets de groupes pluri-professionnels dans lesquels une réflexion collective sur le partage des compétences pourrait prendre place. Au Royaume-Uni, c'est bien dans le cadre des cabinets de soins primaires associant médecins et autres professionnels que de nouvelles fonctions ont pu être investies par les infirmières, en promotion de la santé, en suivi de pathologies chroniques ou en consultation de première ligne⁵⁹.

■ LA DÉLÉGATION DE TÂCHES ET DE COMPÉTENCES : UN DÉBAT DÉLICAT MAIS INCONTOURNABLE

Certaines expériences de délégation de tâches sont initiées dans le cadre de programmes de recherche et sont plus ou moins rendues publiques (neuro-oncologie à La Pitié-Salpêtrière, infirmier en charge de la douleur aux urgences pédiatriques et infirmiers en SMUR).

D'autres expériences sont engagées pour faire face à la réduction des ressources. Par exemple, le secteur des urgences est engagé depuis plusieurs années dans une réflexion sur la paramédicalisation des transports dits secondaires et depuis peu des transports primaires en SMUR. Mais les urgentistes sont divisés sur les risques, dangers et opportunités à confier des tâches médicales à des infirmiers dans les camions SMUR.

Le débat est souvent difficile du fait de la pression qui s'exerce sur les offreurs de soins, confrontés à l'impossibilité de rester dans le cadre de la loi du fait d'un décalage entre les normes de pratiques requises et la disponibilité des ressources humaines. Ne souhaitant pas réduire leur activité ou remettre à plat leur organisation, ce qui devrait être la conséquence logique du manque de ressources, les offreurs de soins acceptent un glissement progressif des rôles et des tâches au sein des services. Cette situation conduit progressivement les soignants à assumer des rôles en dehors de leur champ de compétence ou à rentrer en conflit avec les médecins pour refuser le transfert de tâches.

59. MIDY (F), « Efficacité et efficacité de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières », *Revue de la littérature 1970-2002. Questions d'économie de la santé*, IRDES.

La question est de savoir combien de temps un tel décalage entre travail prescrit et travail réel peut continuer à perdurer et avec quels effets sur les soins délivrés, le climat de travail et le vécu des professionnels soignants.

■ LES EXPÉRIMENTATIONS DE DÉLÉGATION DE TÂCHES ET DE COMPÉTENCES : VERS UNE ÉVOLUTION DE LA DÉLÉGATION ?

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

Ces expérimentations s'inscrivent dans un contexte par ailleurs évolutif sur le plan de la formation (perspective d'universitarisation de la formation infirmière).

Vers de nouveaux métiers ?

Outre les transferts de compétence, va-t-on aller vers de nouveaux métiers ?

Le rôle joué par les infirmières dans les réseaux de soins expérimentaux mis en place en France a été évoqué ci-dessus. Elles sont souvent très impliquées dans les fonctions de coordination, d'éducation à la santé et d'évaluation de situation.

De telles fonctions vont-elles être amenées à se développer dans notre système de soins jusqu'à faire émerger un métier spécifique ? L'exemple des *cases managers* aux États-Unis est intéressant à cet égard. Des infirmières sont employées en effet pour gérer et optimiser la prise en charge des patients, notamment dans le cadre de programmes de *disease management* qui ciblent les affections (chroniques le plus souvent) coûteuses : diabète, hypertension, asthme, ménopause, dépression, gestion des lipides, utilisation des antibiotiques, allergies... L'objectif peut être économique (par exemple raccourcir les durées de séjour en organisant une prise en charge à domicile), mais de plus en plus il est uniquement d'améliorer la qualité des soins⁶⁰.

Des fonctions peuvent aussi se développer pour les infirmières dans le cadre du développement des plates-formes téléphoniques. Un exemple est celui du « NHS direct », expérience faite au Royaume-Uni d'une consultation infirmière téléphonique 24 heures sur 24, informant sur la conduite à tenir en cas de maladie, sur les services disponibles à proximité...

60. Par exemple un groupe médical a un *case manager* dans chaque hôpital, qui est une infirmière diplômée, qui identifie les patients à risque à suivre après leur sortie de l'hôpital (greffes, cancer, HIV). Elle en communique la liste à un *case manager* du groupe, qui est chargé du suivi de ces patients qu'il appelle au téléphone pour leur donner des informations, des conseils, par exemple leur proposer d'aller voir un diététicien pour les patients diabétiques. Autre exemple, toujours dans le cas d'un programme diabète : le *case manager* du groupe dispose d'un algorithme lui permettant de catégoriser les patients selon les résultats d'analyse et le type de traitement médicamenteux, et de réaliser des contrôles sur les traitements, afin de prévenir le risque de complications chez les patients diabétiques.



onditions de travail et satisfaction au travail

Deux enquêtes statistiques réalisées récemment permettent de faire le point sur les conditions de travail perçues par les infirmières et leur évolution, ainsi que de resituer la situation française par rapport à d'autres pays :

- l'enquête de la DREES sur les conditions et l'organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé, dont les résultats viennent d'être publiés ; les résultats peuvent être rapprochés des enquêtes sur les conditions de travail des salariés réalisées par la DARES, notamment celle de 1998 (des enquêtes similaires ont été également menées en 1978, 1984 et 1991) ;
- l'enquête PRESS-NEXT, réalisée dans 10 pays européens dont la France, et portant sur les conditions de travail et l'abandon prématuré de la profession de soignant ; un des intérêts de cette enquête est de permettre des comparaisons internationales.

Des études menées par des médecins du travail, ergonomes ou sociologues sont également disponibles sur les conditions de travail, notamment à l'hôpital.

Sur la base de ces travaux, seront analysés successivement ci-dessous :

- les spécificités des conditions de travail des soignants, comparativement à l'ensemble des secteurs d'activité,
- la situation plus particulière des infirmières au sein des soignants,
- les évolutions significatives perçues par les agents de ces conditions de travail,
- les différences entre secteurs (public/privé),
- les facteurs explicatifs de l'épuisement d'une fraction de la profession et du désir de quitter le métier prématurément,
- la position relative de la France par rapport à d'autres pays sur ces questions.

Le milieu hospitalier, des conditions de travail globalement plus éprouvantes que dans d'autres secteurs

L'importance des contacts avec le public est un des aspects qui distingue le travail en établissement de santé, encore plus que d'autres activités de service à la personne.

Cette dimension relationnelle du métier est d'ailleurs une des motivations du choix de la profession de soignant et notamment d'infirmière, comme on l'a vu précédemment. Mais les soignants sont de ce fait plus exposés à des situations de tensions et des moments difficiles, avec les malades ou leurs familles, même si les moments positifs l'emportent.

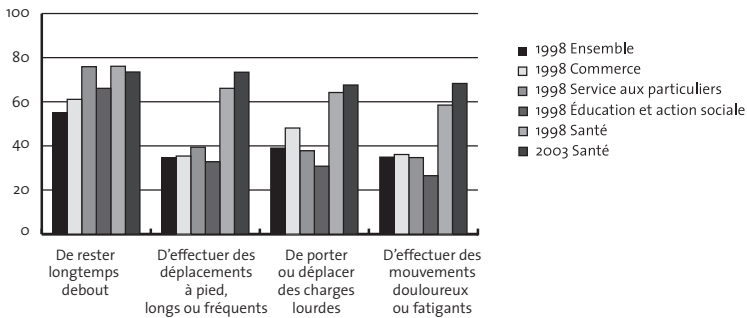
Des enquêtes qualitatives font d'ailleurs état d'une évolution de cette relation au public :

de l'avis de certains professionnels, les familles sont plus présentes, plus partie prenante, plus critiques, et les malades plus demandeurs d'information que par le passé⁶¹.

Au-delà de cette spécificité, les conditions de travail sont plus éprouvantes dans le monde hospitalier que dans d'autres secteurs⁶², notamment sur le plan :

- des contraintes horaires (emplois du temps irrégulier, travail le samedi, le dimanche et la nuit) : ainsi 55 % des soignants travaillent avec un nombre variable de jours dans la semaine (14 % pour l'ensemble des salariées), 53 % travaillent plus de 16 dimanches dans l'année (versus 13 %), 32 % travaillent au moins une nuit par an (versus 6 %) ;
- de la pénibilité physique : station debout longue, longs ou fréquents déplacements à pied, charges lourdes à porter ou à déplacer, mouvements douloureux ou fatigants (cf. graphique ci-dessous) ;

PROPORTION DU PERSONNEL DÉCLARANT QUE LE TRAVAIL LEUR IMPOSE...



SOURCE : DREES enquête COTAES 2003.

- du sentiment de responsabilité des individus dans l'exercice de leur travail (en 1998 le personnel hospitalier redoute que les erreurs professionnelles qu'il pourrait commettre aient des conséquences graves pour la qualité du service pour 82 % d'entre eux, et des conséquences dangereuses pour la sécurité des personnes pour 73 %, alors que ces proportions ne sont que de 66 % et 38 % respectivement pour l'ensemble des actifs) ;
- de la pression ressentie des rythmes et des délais de travail (32 % estiment n'avoir pas un temps suffisant pour effectuer correctement leur travail, contre 23 % pour l'ensemble) ;
- du poids de la hiérarchie (contrôle permanent de la hiérarchie sur les rythmes de travail : 36 % versus 26 % dans l'ensemble des secteurs) et des tensions avec les supérieurs (39 % versus 31 %).

En revanche, un aspect très positif ressenti par les salariés hospitaliers, et les infirmières en particulier, est la coopération avec les collègues. L'esprit d'équipe et l'entraide sont beaucoup

61. BOUFFARTIGUE (P.) et BOUTEILLER (J.), *Le Temps du travail dans le temps de l'emploi / biographies professionnelles et biographies familiales d'infirmières de plus de 40 ans*, Rapport d'étude pour la DREES, avril 2004.

62. Il s'agit ici de l'ensemble du personnel hospitalier considéré globalement, comparativement à d'autres secteurs d'activité. Sources : LE LAN (R.) avec la collaboration de BAUBEAU (D.), « les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé », *Études et résultats*, DREES, août 2004. GUIGNON (N.), VINCK (L.), « Les conditions de travail dans la fonction publique », *Premières informations / premières synthèses*, DARES, octobre 2003. ESTRYN-BÉHAR (M.), « La gestion du temps à l'hôpital, théories et réalités », revue *Soins Cadres*, mai 2002.

plus présents que dans d'autres secteurs d'activité : par exemple 89 % des personnels déclarent pouvoir être aidés en cas de travail délicat, contre 69 % pour l'ensemble des secteurs.

Pour les infirmières, toutes les analyses soulignent que cette dimension de travail en équipe est sans doute un des aspects les plus marquants du travail en milieu hospitalier, où les effets « groupe » sont prégnants. « *L'infirmière a une représentation des différents niveaux d'équipe comme une série d'enveloppes de taille de plus en plus large, depuis la simple collègue de travail avec qui elle "fait équipe" dans un roulement jusqu'à une équipe comprenant les médecins, voire des personnes d'un autre service mais travaillant sur le même sujet... On "appartient" encore à son équipe, ou à son service même élargi, beaucoup plus rarement à son hôpital, sauf dans les cas de changements nombreux de service ou de travail réalisé en transversal. Une grande partie de la motivation et de la fidélisation s'accroche à cette notion, une grande partie des difficultés aussi vient aussi de là. Les infirmières sont très sensibles au climat de travail, lui-même fait en grande partie des multiples interactions quotidiennes entre les personnes*⁶³. »

Cette dimension coopérative, qui distingue positivement le milieu hospitalier, semble donc un élément fort dans l'attachement des soignants à leur métier. *A contrario*, les ambiances d'équipes difficiles sont un facteur de lassitude et de souhait de quitter la profession (cf. *infra* 6.5).

■ Les infirmières sont fortement soumises à la plupart des contraintes

Parmi les soignants, ce sont les infirmières qui déclarent être le plus soumis à la plupart des contraintes. Ce sont elles qui déclarent le plus souvent vivre des situations de tension avec le public et des moments très pénibles avec les patients ; elles sont d'ailleurs plus souvent exposées aux agressions physiques ou verbales. Si l'on met à part les médecins, ce sont elles qui se sentent les plus sollicitées dans l'urgence, redoutent le plus les conséquences de leurs erreurs éventuelles, déclarent le plus d'efforts d'attention à faire et de risques physiques encourus⁶⁴. Elles semblent globalement les plus exposées à l'épuisement émotionnel (« burn out »)⁶⁵.

La pénibilité physique est en revanche supérieure pour les aides-soignantes et les agents des services hospitaliers (ASH) : la posture debout plus de six heures est déclarée 60 % à 70 % des infirmières (selon qu'elles sont infirmières de soins généraux, spécialisées ou cadres), et par plus de 80 % des aides-soignantes et des ASH. Ces dernières ont également plus de charges à soulever ou de postures penchées⁶⁶.

63. COUDRAY (M.-A.), *Le métier d'infirmière à l'hôpital*, Contribution au groupe de travail, janvier 2004. Sur les relations au sein des équipes hospitalières, voir notamment : VEGA (A.), *Une ethnologue à l'hôpital : l'ambiance du quotidien infirmier*, Éditions des archives contemporaines, 2000.

64. LE LAN (R.) avec la collaboration de BAUBEAU (D.), « les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé », *Études et résultats*, DREES, août 2004.

65. ESTRYN-BEHAR (M.) et al., *Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant*. Étude PRESST-NEXT/Partie 1. Premiers résultats de l'enquête initiale de novembre 2002. Janvier 2004. Les comparaisons sont établies sur la base d'un score, le Maslach Burnout Inventory, calculé à partir d'un ensemble de questions relatives à l'épuisement ressenti et au désinvestissement des relations avec les patients, 2004.

66. *Idem*.

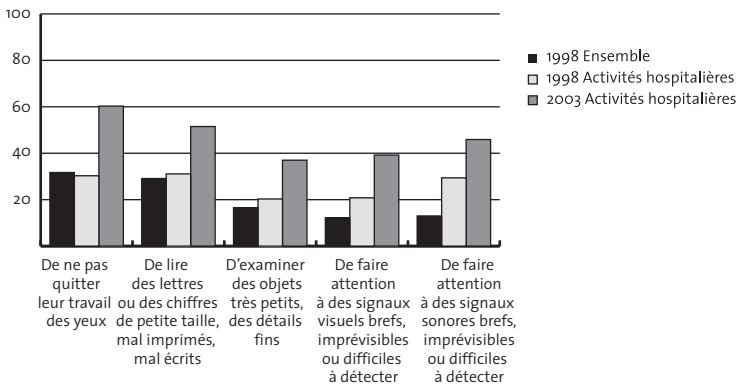
Les rythmes de travail, les efforts d'attention, le poids de la hiérarchie sont les éléments qui ont le plus évolué sur les cinq dernières années

La comparaison des enquêtes 1998 et 2003 fait apparaître quelques évolutions très significatives⁶⁷.

Les délais et le temps sont des contraintes ressenties comme étant de plus en plus fortes. Entre 1998 et 2003, la part des actifs hospitaliers estimant ne pas avoir un temps suffisant pour effectuer correctement leur travail, déjà plus élevée que dans l'ensemble de l'économie, est passée de 32 % à 41 %. La part de ceux qui déclarent que leur rythme de travail est imposé par des normes de production ou des délais à respecter en une heure au plus a doublé, passant de 24 % à 48 %.

Les efforts d'attention ont beaucoup augmenté, qu'il s'agisse de ne pas quitter son travail des yeux, de lire des chiffres ou des lettres ou des objets très petits, de faire attention à des signaux visuels ou sonores brefs, imprévisibles ou difficiles à détecter (graphique ci-dessous). Les longs déplacements ou mouvements difficiles ou douloureux sont également plus souvent rapportés qu'en 1998. La fréquence de la station debout prolongée et du port de charges lourdes est, elle, restée constante.

PROPORTION DU PERSONNEL DÉCLARANT QUE LE TRAVAIL LEUR IMPOSE



SOURCES : COTAES 2003 et CT 1998.

CHAMP : Ensemble des actifs hospitaliers (pour COTAES 2003) et ensemble des actifs (pour CT 1998).

Le poids de la hiérarchie est de plus en plus ressenti : la part des salariés qui déclarent que leur rythme de travail est imposé par des contrôles hiérarchiques permanents est de 47 % en 2003, contre 36 % en 1998 (date à laquelle cette proportion était déjà supérieure aux autres actifs). L'impression d'être encadré par des consignes strictes s'accroît également (47 % à 58 %), de même que le sentiment d'interdépendance avec les collègues pour l'organisation du travail (la proportion de salariés déclarant que leur rythme de travail est imposé par la dépen-

67. Les évolutions indiquées ci-dessous concernent l'ensemble des personnels hospitaliers et non spécifiquement les infirmiers. Référence : LE LAN (R.) avec la collaboration de BAUBEAU (D.), « Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé », *Études et résultats*, DREES, août 2004.

dance immédiate vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs collègues est passée de 37% à 47%). Il semble donc qu'au total, les salariés hospitaliers ressentent une diminution de leur autonomie et leurs marges de manœuvre.

Ces trois éléments, sur lesquels la perception des personnels est celle d'une dégradation, peuvent aussi se lire comme traduisant les transformations du contenu du métier et de l'organisation de travail, liées à la fois au développement des techniques, au raccourcissement des durées de séjour, amplifié par la mise en œuvre de la réduction du temps de travail.

En revanche, le sentiment de coopération entre collègues reste très important : 9 enquêtés sur 10 disent, en 2003 comme en 1998, pouvoir compter sur l'aide de leurs collègues en cas de travail délicat. Les difficultés et réorganisations liées la mise en place de la RTT, l'intensification perçue des rythmes de travail ne semblent donc pas avoir altéré la capacité d'entraide au sein des équipes. Mais la moitié des salariés juge que leurs collègues ne sont pas en nombre suffisant, alors que cette proportion était de 37% en 1998⁶⁸.

■ Un environnement de travail perçu comme moins favorable dans le public

Les conditions de travail apparaissent plus difficiles dans le public à plusieurs égards.

Les contraintes horaires y sont plus fortes : fréquence plus importante du travail de nuit ou de week-end (en lien avec la mission d'accueil des urgences et de permanence des soins des hôpitaux publics), mais aussi des changements d'horaires à brève échéance plus fréquents.

Les infirmières s'y sentent plus exposées aux tensions avec le public (agressions, situations difficiles). Elles estiment plus souvent manquer de temps. Elles jugent également beaucoup moins favorablement leur environnement de travail (propreté, salubrité, nuisances, adaptation des locaux).

En revanche, elles ont plus souvent à effectuer des efforts physiques (station debout, postures inconfortables) dans les cliniques privées, où elles sont plus proches de ce point de vue des aides-soignantes et des ASH que dans le public. Ceci est sans doute lié à la fréquence plus importante de certaines tâches, telles que le fait de porter des patients, de les coucher et de les repositionner.

TABLEAU 7

% d'infirmières déclarant	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif
Vivre toujours ou souvent des moments très pénibles avec les patients	41	39	25
Ne pas avoir un temps suffisant pour faire correctement son travail	48	39	41
Avoir à porter ou à déplacer des charges lourdes	75	75	86
Déclarant les inconvénients suivants sur leur lieu de travail :			
Saleté, insalubrité	26	16	15
Locaux mal adaptés	52	41	37
Bruits gênants	44	38	34

SOURCE : DREES, enquête COTAES, 2003.

68. Il faut noter cependant que la part de ceux qui estiment les effectifs suffisants ne diminue pas en proportion, c'est la part des « sans objet » qui diminue.

TABLEAU 8

% d'infirmiers déclarant	AP-HP	CHU	CHG	PSPH	Cliniques
Coucher et repositionner des patients plus de 5 fois par jour	32	34	36	39	48
Transférer ou porter des patients plus de 5 fois par jour	21	24	29	18	39
Rester debout plus de 6 heures par jour	68	74	77	76	82

SOURCES : Madeleine Estryng-Behar, enquête PRESS-NEXT, 2002.

Le désir de quitter la profession apparaît plus lié à des aspects psychologiques que matériels

Le motif d'insatisfaction qui émerge le plus fréquemment lorsque l'on interroge les infirmières sur leur satisfaction concernant différents aspects de leur métier est le soutien psychologique au travail : 71 % s'en déclarent insatisfaites ou très insatisfaites, dont 29 % très insatisfaites. Cet item devance largement les conditions physiques de travail (56 %), la possibilité de donner des soins adéquats (54 %), les salaires et les perspectives professionnelles (40 % à 45 %) ⁶⁹. 16 % d'entre elles pensent au moins quelques fois par mois à quitter la profession définitivement.

L'analyse des raisons de ce désir de quitter la profession prématurément (qui est l'un des objectifs de l'enquête PRESS-NEXT) semble montrer que, plus que les aspects matériels horaires, efforts physiques, salaires), c'est la charge mentale qui est déterminante. Ressortent notamment des éléments tels que la crainte de devenir moralement indisponible vis-à-vis des besoins des patients, la crainte de devenir incapable de travailler, l'absence de soutien psychologique au travail. L'ambiance et la solidité de l'équipe semblent jouer un rôle fort : des relations difficiles avec l'encadrement, un faible nombre de collègues ou l'existence de postes vacants influencent positivement le désir de quitter la profession. Enfin la satisfaction vis-à-vis des perspectives professionnelles joue aussi un rôle très important ⁷⁰.

La situation française apparaît un peu moins favorable que celle d'autres pays européens

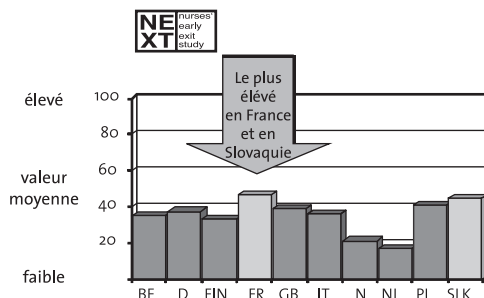
La comparaison des 10 pays où l'enquête NEXT a été réalisée montre que la Norvège, les Pays-Bas ou la Finlande semblent avoir de meilleurs résultats, tant en termes d'épuisement émotionnel que de capacité de travail, que la France.

69. Les pourcentages indiqués sont ceux déclarés par les infirmiers de soins généraux (hors infirmiers spécialisés et cadres). Source : Enquête Press-Next

70. Ces résultats non encore publiés sont issus d'une modélisation logistique réalisée par le service de médecine du travail de l'AP-HP avec la collaboration de l'IRDES, pour les besoins de ce rapport. La variable expliquée est la variable : « Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous pensé à quitter définitivement la profession ? ». Cinq modalités de réponse étaient proposées : jamais, quelques fois par an, quelques fois par mois, quelques fois par semaine et quelques fois par jour. Les modalités ont été regroupées en 2 (les deux premières et les deux dernières), conformément à la méthodologie adoptée au niveau européen. Toutes les variables indiquées comme associées au fait de penser au moins quelques fois par mois à quitter définitivement la profession ont des ratios significativement supérieurs à 1.

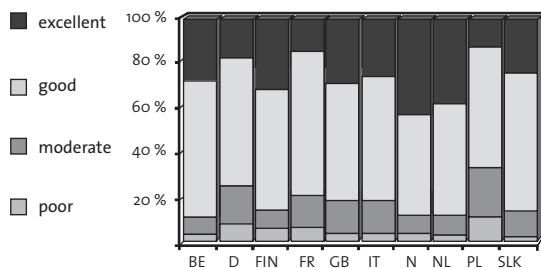
Ainsi, c'est en France que l'épuisement émotionnel, mesuré par le score sur l'indice « Copenhagen Burnout Inventory », apparaît le plus élevé⁷¹ :

BURNOUT (CBI) DES SOIGNANTS DES DIX PAYS



La capacité de travail par rapport aux exigences du poste (qui peut par exemple renvoyer, pour les travailleurs âgés, aux adaptations des postes pour réduire leur pénibilité) semble également plus faible en France, en moyenne, que dans d'autres pays. Le score sur l'indice de capacité de travail « *Work ability index* » (WAI) place la France, à égalité avec l'Allemagne, devant la Pologne, mais derrière les sept autres pays, comme le montre le graphique ci-dessous (pour l'ensemble des soignants et pour les infirmiers plus précisément).

CAPACITÉ DE TRAVAIL DES INFIRMIÈRES (CLASSIFICATION SELON LE WORK ABILITY INDEX)



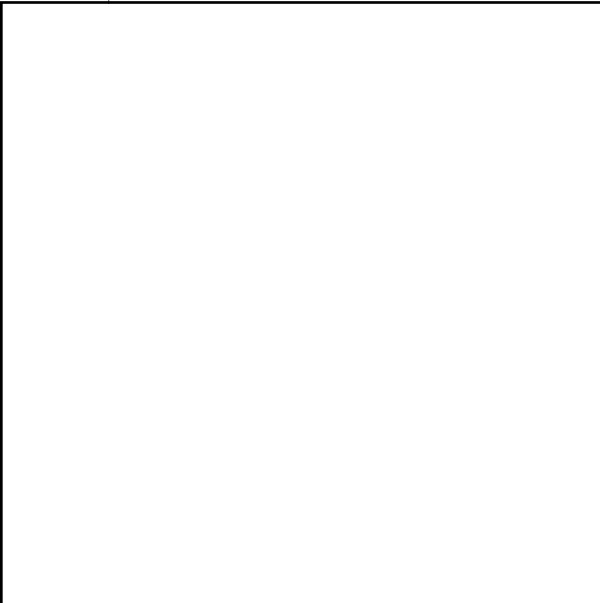
71. Les graphiques sont extraits du rapport de l'enquête PRESS-NEXT annexé à ce rapport.



liste des participants au groupe de travail

- Françoise ACKER, chercheur au CERMES
(Centre de recherches médecins, sciences, santé et société)
- Sabine BESSIÈRE, *Ministère de la santé et de la protection sociale, DREES*
- Nelly BONNET, CNAMTS, *Direction des statistiques et des études*
- Yann BOURGUEIL, chercheur à l'IRDES
(Institut de recherche et documentation en économie de la santé)
- Pascale BREUIL, *Ministère de la santé et de la protection sociale, DREES*
- Martine BURDILLAT, Secrétaire générale de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé
- Marie Ange COUDRAY, *Ministère de la santé et de la protection sociale, DHOS*
- Benoît CROCHET, Médecin national adjoint, MSA
- Serge DARRINE, *Ministère de la santé et de la protection sociale, DREES*
- Marie-Laure DELAMAIRE, stagiaire à l'IRDES
(Institut de recherche et documentation en économie de la santé)
- Danièle GELLY, Directeur des soins (CH de Bourges), Présidente de l'Association Française des Directeurs des Soins et membre du CSPPM
- Laurent GRAVELAINE, Directeur d'hôpital, *Ministère de la santé et de la protection sociale, DHOS*
- Renaud LEGAL, stagiaire à l'IRDES
(Institut de recherche et documentation en économie de la santé)
- Sylvie LE LAIDIER, CNAMTS, *Direction des statistiques et des études*
- Christine Lemeux, *Ministère de la santé et de la protection sociale, DGS*
- Agnès LORDIER-BRAULT, *Ministère de la santé et de la protection sociale, DHOS*
- Fabienne Midy, ANAES, *Service évaluation économique*
- Sébastien PLANTADIS, *Ministère de la santé et de la protection sociale, DSS*
- Dominique POLTON, Directrice de l'IRDES
(Institut de recherche et documentation en économie de la santé)
- Alain VILBROD, Maître de conférences, *Faculté des lettres et sciences sociales, Université de Bretagne Occidentale*

**LA PROFESSION
DE MANIPULATEUR
D'ÉLECTRORADIOLOGIE
MÉDICALE**



La profession de manipulateur d'électroradiologie est définie dans le code de la Santé publique article L. 4 351-1 : « *Est considérée comme exerçant la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale toute personne qui, non titulaire du diplôme d'État de docteur en médecine, exécute, habituellement sous la responsabilité et la surveillance d'un médecin en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement, des actes professionnels d'électroradiologie médicale, définis par décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine. Les manipulateurs d'électroradiologie médicale exercent leur art sur prescription médicale.* »

Le manipulateur d'électroradiologie intervient dans trois domaines : l'imagerie médicale (radiologie classique, scanographie, IRM), la médecine nucléaire et la radiothérapie.

Le métier de manipulateur d'électroradiologie comporte une dimension relationnelle (accueil du patient, information sur le déroulement de l'examen ou du traitement) et soignante (participation à la surveillance clinique du patient, réalisation, sous contrôle médical, des injections de substances de contraste) en plus de la dimension médico-technique, qui recouvre :

- la mise en œuvre de l'appareillage, l'application de la prescription médicale, l'acquisition des images, le traitement et le transfert des informations ;
- la réalisation seul des examens « sans préparation » en radiologie « de projection sans préparation » et en médecine nucléaire, en binôme avec un médecin en scanographie en IRM et pour les investigations nécessitant un geste médical ou une surveillance particulière ;
- la participation aux différentes phases de mise en traitement en radiothérapie (repérage, simulation, dosimétrie) et l'application des traitements.

Le champ de leurs attributions est précisé dans un décret d'actes et d'exercice n° 97-1057 du 19 novembre 1997.

La formation initiale est de trois ans après le baccalauréat. Deux voies de formation coexistent, conduisant à deux diplômes distincts :

- le diplôme d'État, créé en 1967, délivré par le ministère de la Santé à l'issue d'une formation assurée dans des instituts intrahospitaliers (18 en France).
- le diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique, diplôme du ministère de l'Éducation nationale créé en 1992, qui a remplacé le brevet de technicien supérieur en électroradiologie médicale apparu en 1975. La formation est assurée par 21 lycées (19 lycées publics ou privés conventionnés Éducation nationale et 2 lycées privés).

Une instance commune (le comité d'harmonisation des centres de formation) a rapproché les deux formations¹.

Une procédure de vérification des connaissances ou de nomination après concours a été mise en œuvre pour la fraction des manipulateurs qui étaient en poste avant que l'obligation des diplômes soit instaurée et qui ne les possèdent pas.

Les manipulateurs exercent uniquement en tant que salariés.

1. Le secrétaire général de ce comité, Monsieur Jean-Maurice Pugin, a réalisé de nombreuses études sur la démographie de la profession dans lesquelles ce rapport a largement puisé.



La démographie des manipulateurs électroradiologistes et son évolution

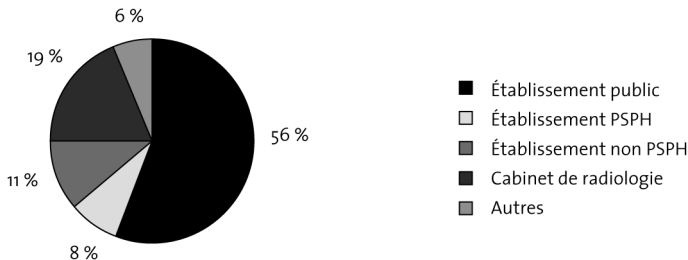
Les secteurs d'activité

23 928 manipulateurs en exercice sont recensés par le répertoire ADELI au 1^{er} janvier 2004², dont :

- 75 % (18 000 environ) dans les établissements hospitaliers (56 % dans les hôpitaux publics, 8 % dans les établissements PSPH et 11 % dans les cliniques),
- 19 % (4 500) dans les cabinets de radiologie,
- 6 % (1 500) dans d'autres structures (centres de santé, dispensaires...).

Le secteur privé lucratif (cabinets et cliniques) totalise 30 % de l'effectif.

RÉPARTITION DES MANIPULATEURS PAR SECTEUR AU 1^{ER} JANVIER 2004



La répartition entre les trois domaines d'activité n'est pas connue précisément, mais on peut l'extrapoler à partir de la répartition des débuts de carrière³, qui est assez stable depuis quinze ans :

- imagerie : environ 80 %,
- radiothérapie : 10 % à 14 %,
- médecine nucléaire : 4 % à 7 %.

2. Contrairement à d'autres professions, on ne dispose pas d'autres sources de données auxquelles confronter le répertoire ADELI, et on ne peut donc juger de la validité de ces chiffres. On peut simplement rappeler que, pour d'autres professions, ADELI est entaché d'un biais de sous-déclaration pour les professionnels salariés.

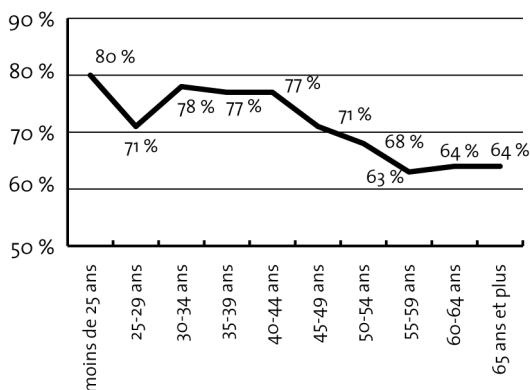
3. Ces éléments sont recueillis par une enquête annuelle réalisée par le Comité d'harmonisation des centres de formation pour connaître la situation de l'emploi des nouveaux diplômés quelques mois après l'obtention de leur diplôme.

Les caractéristiques démographiques de la profession

Les manipulateurs sont une profession majoritairement féminine (72,7% de femmes). La proportion d'hommes est plus élevée dans les tranches d'âge élevées (24% chez les moins de 40 ans, 34% chez les 55 ans et plus), soit que les femmes soient plus nombreuses à embrasser cette carrière qu'antérieurement, soit qu'elles quittent la profession plus précocement.

Sur la période récente (depuis 1999), la proportion de femmes est stable.

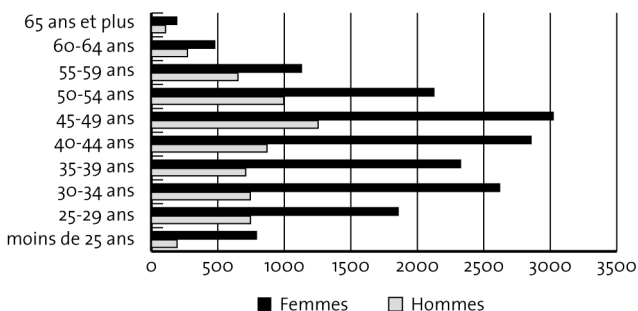
PROPORTION DE FEMMES SELON LES CLASSES D'ÂGE EN 2004



SOURCE: ADELI.

La moyenne d'âge est de 40,8 ans. La profession vieillit : en 2004, 58% des manipulateurs ont 40 ans ou plus, alors qu'ils étaient 50% en 2000 et 33% en 1994.

PYRAMIDE DES ÂGES DES MANIPULATEURS AU 1^{ER} JANVIER 2004



SOURCE: ADELI.

La formation des manipulateurs

La formation est assurée, on l'a dit, par deux voies. Les manipulateurs peuvent être titulaires du diplôme d'État préparé dans des instituts intrahospitaliers (DE) ou du diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique délivré par l'Éducation nationale (qui a remplacé les brevets de technicien supérieur, BTS).

En 2000⁴, 58 % des manipulateurs étaient titulaires du diplôme d'État, et 16 % d'un BTS ou DTS. Les 26 % restant sont des manipulateurs qui étaient en poste avant que l'obligation des diplômes soit instaurée et qui ne les possèdent pas. Ils ont une attestation de vérification des connaissances délivrée après épreuves ou ont été nommés dans la fonction publique après concours. Cette troisième catégorie correspond, par construction, à des générations plus anciennes (en 2000, c'est la catégorie la plus nombreuse au-delà de 50 ans) et est en voie d'extinction progressive.

L'antériorité de la création du diplôme d'État par rapport à celle du BTS et du DTS⁵, ainsi que l'inégalité des promotions sortantes en faveur du DE, expliquent l'écart des effectifs entre les deux formations, même si cet écart tend à diminuer ces dernières années.

Les professionnels diplômés (DE, BTS, DTS) sont plus nombreux, en 2000, dans les hôpitaux publics et faisant fonction de public (82 %) que dans les cliniques et cabinets de radiologie (59 %). *A contrario*, les manipulateurs titulaires d'une attestation de vérification de connaissances forment 41 % des effectifs dans le secteur privé lucratif, qui antérieurement avait recours plus fréquemment à du personnel non diplômé, et seulement 14 % des effectifs de secteur public. Parmi les diplômés, le secteur privé recrute proportionnellement plus par la voie du DTS que le secteur hospitalier public (43 % *versus* 37 %).

Des disparités régionales en lien avec l'implantation des radiologues

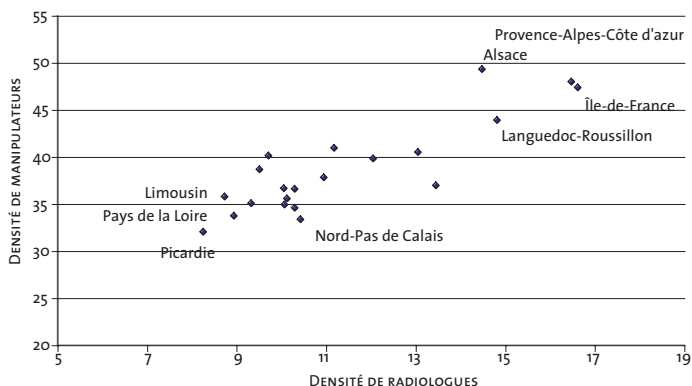
Les densités régionales s'échelonnent entre 32 et 49 manipulateurs pour 100 000, pour une moyenne de 40 (France métropolitaine), soit une fourchette de 1 à 1,5. La densité de manipulateurs est étroitement corrélée à celle des radiologues, comme le montre le graphique ci-dessus, même si les écarts sont plus resserrés (1 à 2 pour les radiologues)⁶. L'Île-de-France, le sud mais aussi l'est de la France (Alsace, Lorraine) sont les mieux pourvues.

4. Les données qui suivent sur la répartition selon le diplôme sont issues de: PUGIN (J.-M.), *Démographie des manipulateurs au 1^{er} janvier 2000. Le manipulateur d'imagerie médicale et de radiothérapie*, n° 141, juin 2001, p. 61-64. Les résultats sont fondés sur une exploitation spécifique des données d'ADELI pour l'année 2000.

5. 1967 pour le DE, 1975 pour le BTS devenu DTS en 1992.

6. Il faut noter cependant que cette corrélation existe dans le secteur hospitalier, mais pas dans le secteur libéral (PUGIN (J.-M.), *Démographie régionale des manipulateurs, document de travail du Comité d'harmonisation des centres de formation*, 2001.

LES DENSITÉS RÉGIONALES DE MANIPULATEURS ET DE RADIOLOGUES EN 2003



SOURCE : ADELI.

L'évolution des effectifs

En cinq ans, de 1999 à 2004, les effectifs ont augmenté de près de 15 %, soit +2,8 % par an en moyenne.

Pour avoir une mesure plus juste de l'évolution du « potentiel de production », il faut prendre en compte non seulement les effectifs, mais aussi le temps travaillé, avec l'évolution du temps partiel et de la durée du travail à temps plein.

On ne dispose pas, pour cette profession, d'éléments sur l'évolution du temps partiel. On peut penser qu'il s'est développé sur le long terme, comme on l'observe dans d'autres professions sanitaires comportant une part importante de femmes, mais aucune estimation chiffrée ne peut être ici fournie.

La baisse de la durée du travail à temps plein liée à la mise en place de la RTT, à partir du 1^{er} janvier 2000 dans les établissements privés et à partir du 1^{er} janvier 2002 dans les hôpitaux publics, a eu évidemment un impact fort sur le temps de travail disponible. De 15 %, elle ramène l'augmentation sur les cinq dernières années du potentiel de travail à 6 %⁷, soit 1,2 % en moyenne annuelle au lieu de 2,8 %. Sur les trois dernières années, en termes de temps travaillé, la réduction du temps de travail a presque compensé l'accroissement des effectifs.

7. Calcul effectué sur la base d'une hypothèse de diminution de la durée du travail de 9,7 % dans les établissements. C'est la baisse de la durée du travail observée dans les hôpitaux publics, par une enquête exhaustive menée fin 2002. Les modalités de la réduction du temps de travail variant selon les métiers, le détail était relevé pour la catégorie numériquement la plus importante, les infirmières (BOUSQUET (F), *Enquête sur la mise en place de la RTT dans la fonction publique hospitalière*. Document de travail. DREES, n° 51, mars 2003.) On fait l'hypothèse que la baisse est identique pour les manipulateurs dans le secteur public, et par extension dans l'ensemble du secteur hospitalier, faute de données spécifiques.

Sur la base de cette hypothèse et compte tenu de la part des emplois en établissements, la diminution de la durée du travail sur l'ensemble de la profession peut être estimée à 7,3 %.

U

n déséquilibre entre l'offre et les besoins qui risque de s'aggraver dans un avenir proche

La démographie des manipulateurs n'a, semble-t-il, pas posé de problème particulier jusqu'à la fin des années 1990. Depuis quelques années en revanche, le déséquilibre s'accroît entre la demande et l'offre de professionnels. Certains équipements de radiothérapie installés récemment n'ont pu être mis en service faute de manipulateurs. La concurrence s'exacerbe entre secteur public et privé et entre établissements, conduisant à des surenchères pour attirer les jeunes diplômés.

Les données de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, bien qu'elles ne soient pas représentatives de la situation nationale, illustrent bien l'apparition du déséquilibre : alors que tous les postes ou presque étaient pourvus en 2000, 2001 et 2002, le taux moyen annuel de vacances de postes est brutalement monté à 3,6 % en 2003, et les responsables de la gestion prévisionnelle des emplois prévoient que ce sous-effectif va s'accroître dans les années qui viennent.

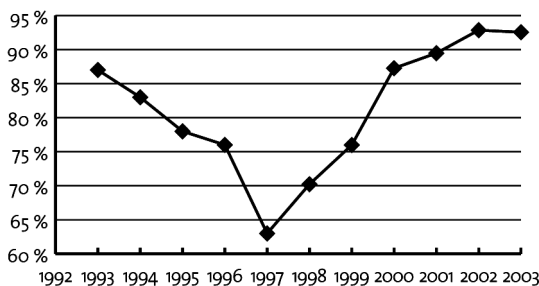
Cette évolution se reflète dans le marché du travail : la part des jeunes diplômés déjà embauchés au 1^{er} octobre de l'année où ils ont obtenu le diplôme est en croissance depuis 1997 et s'établit sur 2002-2003 à 93 %. À l'inverse, très peu de diplômés sont sans emploi (cf. graphiques ci-après). Les embauches en CDD régressent au profit des CDI (59 % en 1999, 33 % en 2003).

La conjonction de la réduction du temps de travail et de besoins nouveaux liés à l'augmentation du parc d'équipements est à l'origine de ce déséquilibre. Il est à craindre que celui-ci s'accroisse dans l'avenir, compte tenu des perspectives de départs en retraite.

Néanmoins, comme dans l'ensemble du système de santé, il faut rappeler que les écarts d'efficacité que l'on observe entre services (qu'il s'agisse de la radiothérapie ou de l'imagerie) posent la question des besoins en effectifs correspondant aux conditions d'utilisation optimale des plateaux techniques⁸.

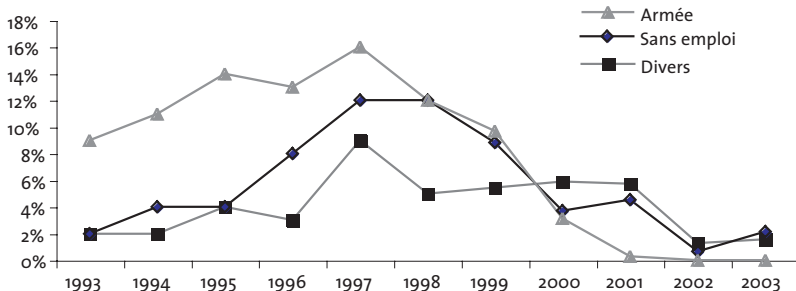
8. Ces différences d'efficacité ont été mises en évidence récemment par les rapports de la Mission d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH), <http://www.meah.sante.gouv.fr/>

PART DES DIPLÔMÉS DE L'ANNÉE N EMPLOUÉS AU 1^{ER} OCTOBRE DE LA MÊME ANNÉE



SOURCE: Comité d'harmonisation des centres de formation de manipulateurs d'électroradiologie médicale.

SITUATION DES DIPLÔMÉS DE L'ANNÉE N NON EMPLOUÉS AU 1^{ER} OCTOBRE DE LA MÊME ANNÉE



SOURCE: Comité d'harmonisation des centres de formation de manipulateurs d'électroradiologie médicale.

Les facteurs explicatifs de la pénurie actuelle

■ ■ L'impact de la RTT

La RTT a eu un impact direct sur la demande en manipulateurs par les créations de postes qu'elle a générées. Si on les estime à 6% de l'effectif⁹, cela représente 1 000 à 1 100 manipulateurs supplémentaires (sur la période 2000-2004 et surtout 2002-2004).

■ ■ L'évolution du parc d'équipements et ses conséquences sur les besoins en effectifs

Le parc des équipements lourds a fait l'objet dans la période récente d'un accroissement significatif.

9. C'est le ratio global créations de postes/effectifs. Dans l'enquête citée ci-dessus, la proportion d'emplois créés pour le personnel médico-technique est la même que celle des emplois existants.

TABLEAU 1

BESOINS EN ÉQUIPEMENTS LOURDS (INDICES ET NOMBRE D'APPAREILS)

Indices équipements/population								
	Scanner		IRM		Gamma-caméras		Radiothérapie	
1993	110 000		500 000		140 000 (1)		6 par million (3)	
1998			400 000					
1999					140 000 (1)			
2000			240 000					
2001	90 000 à 100 000		140 000 à 190 000		130 000 à 140 000 (2)		140 000 à 165 000	
Nombre potentiel d'équipements compte tenu des fourchettes d'indices (4)								
	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum	Minimum (1)	Maximum (1)	Minimum	Maximum
1998	546	546	150	150	429	429	360	360
2000	551	551	252	252	433	433	364	364
2003	615	684	324	440	500	533	373	440

(1) Incluant la TEP (tomographie par émission de positons).

(2) À l'exclusion de la TEP.

(3) Depuis 1986.

(4) Depuis décembre 2001, les besoins sont fixés par les ARH et chaque région détermine un indice au sein de la fourchette. Le nombre total d'équipements figurant ici n'est pas le nombre d'équipements autorisés dans l'ensemble des régions, en fonction des différents indices régionaux, mais le nombre d'équipements potentiellement autorisables selon que l'on se cale sur le bas ou le haut de la fourchette définie au plan national.

RÉFÉRENCES : INSEE pour la population – Journal officiel/arrêtés : IRM : 11 février 1993, 12 février 1998, 8 juin 2000, 27 décembre 2001 – scanner : 11 février 1993, 27 décembre 2001 – médecine nucléaire : 18 février 1993, 10 août 1999, 22 décembre 2001 – radiothérapie : 25 février 1986, 21 décembre 2001.

L'indice maximal est aujourd'hui atteint ou presque, voire dépassé pour les scanners, comme le montre le tableau ci-dessous). En trois ans, le parc de scanners autorisés a été augmenté de 29 %, celui d'IRM de 131 %, de TEP de 76 % et de radiothérapie de 11 %.

TABLEAU 2

ÉQUIPEMENTS AUTORISÉS ET INSTALLÉS

	Scanner		IRM	
	Autorisations	Installations	Autorisations	Installations
31 décembre 2000	581	530	180	158
31 décembre 2001	610		278	
31 décembre 2003	747	646	416	263
Évolution 2000-2003	Nombre			
	%			
	166	116	236	105
	29 %	22 %	131 %	66 %
Autorisation/indice maximum	111 %		97 %	

SOURCE : DHOS (et arrêté du 28 mai 2004 pour les TEP).

	TEP		Radiothérapie
	Autorisations	Installations	Autorisations
Décembre 2001	34		383
Juin 2004	60	38	425
Évolution décembre 2001-juin 2004	Nombre		42
	%		11 %
Autorisations/Indice maximum	75%		90%

SOURCE: DHOS (et arrêté du 28 mai 2004 pour les TEP).

L'ordonnance du 4 septembre 2003 ayant supprimé la carte sanitaire, le nombre d'appareils est sans doute encore amené à s'accroître, puisque les centres qui sont autorisés à pratiquer une activité ne seront plus contingentés en termes d'équipements. En matière de radiothérapie par exemple, beaucoup d'équipements sont saturés aujourd'hui (notamment à cause de l'obsolescence du parc, qui fera l'objet d'un renouvellement important dans le cadre d'Hôpital 2007). Il est donc probable qu'on ira au-delà des 55 équipements potentiellement autorisables par le relèvement de l'indice fin 2001.

Si l'on considère :

- une amplitude de fonctionnement des équipements de 10 à 12 heures par jour, 5 jours par semaine, sur l'ensemble de l'année, soit 2 600 à 3 100 heures annuelles,
- la présence simultanée de deux manipulateurs par machine,
- une durée annuelle de travail de 1 560 à 1 600 heures¹⁰, le nombre de manipulateurs nécessaire peut être estimé de 3,3 à 4 par machine. Si l'on considère l'estimation basse, pour tenir compte du fait qu'une partie de l'activité générée par les nouveaux équipements devrait normalement se substituer à d'autres techniques diagnostic moins performantes (notamment radiologie conventionnelle), les 500 à 550 équipements supplémentaires autorisés sur les années 2001 à 2003 (scanners, IRM, appareils de radiothérapie, gamma-caméras et TEP) correspondent à un besoin de l'ordre de 1 700 manipulateurs.

Un peu plus de la moitié des appareils autorisés ont été effectivement installés sur la période, nécessitant donc d'ores et déjà 900 manipulateurs pour les faire fonctionner.

Au total, à elles seules, les créations d'emploi pour compenser la réduction du temps de travail et pour accompagner l'accroissement du parc des équipements lourds font plus qu'absorber l'augmentation des effectif sur trois ans.

Le manque actuel est, comme pour les autres professions, difficile à chiffrer précisément. On ne dispose pas d'un décompte des postes vacants nationalement. Si la situation de l'AP-HP était représentative de la situation nationale, 800 postes seraient non pourvus en 2003, en moyenne sur l'année (mais là encore la situation est très évolutive et les besoins se sont certainement accrus en 2004).

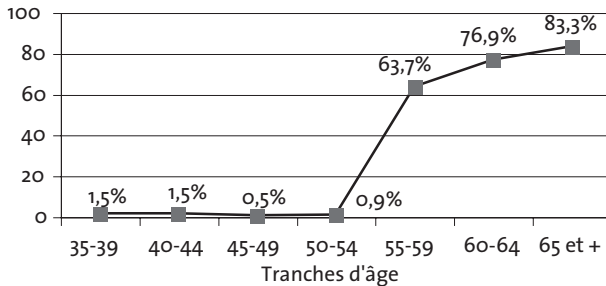
10. Temps de travail annualisé dans la fonction publique hospitalière, selon le régime (repos fixe, repos variable avec plus de 20 dimanches et jours fériés par an).

Perspectives

■ ■ Les départs à la retraite

Les analyses ci-dessous s'appuient sur les travaux de monsieur Pugin, secrétaire général du comité d'harmonisation¹¹. Pour la fonction publique hospitalière, les projections se fondent sur les départs à la retraite enregistrés par la CNRACL¹² de 1990 à 1999. Les taux de départ à la retraite par tranche d'âge estimés à partir de ces données sont les suivants :

PROPORTION DE DÉPARTS À LA RETRAITE DANS LES CINQ ANNÉES SUIVANTES, PAR TRANCHE D'ÂGES, DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

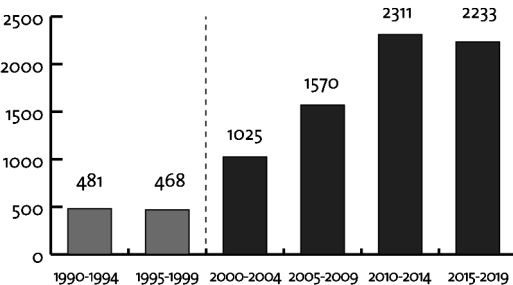


GRILLE DE LECTURE : La classe d'âge 35-39 ans l'année n enregistre, sur les années $n - n + 4$, des départs à la retraite à hauteur de 1,52 % de ses effectifs.

SOURCE : PUGIN (J.-M.), 2001.

L'application de ces taux de sortie à la population des manipulateurs en exercice en 2000 conduit à prévoir une croissance très rapide du nombre de départs en retraite :

NOMBRE CONSTATÉ ET PROJETÉ DE DÉPARTS À LA RETRAITE DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE, PAR PÉRIODE QUINQUENNALE



SOURCE : PUGIN (J.-M.), 2000.

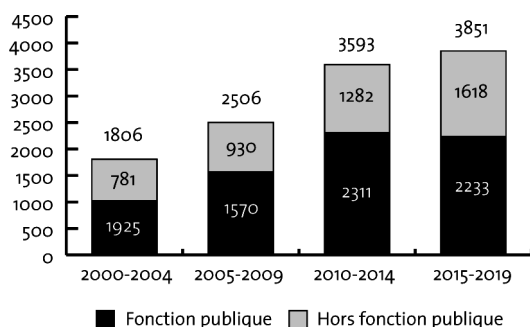
11. PUGIN (J.-M.) (2001), *Étude prospective des besoins en manipulateurs liés au renouvellement des générations. Le manipulateur d'imagerie médicale et de radiothérapie*, n° 142, septembre 2001, p. 54-60.

12. Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales.

Pour les manipulateurs hors fonction publique, l'hypothèse retenue est que la totalité des départs s'effectue entre 61 ans et 65 ans.

Au total, avec ces hypothèses, les départs à la retraite progressent très fortement sur la période 2000-2020 :

NOMBRE PROJÉTÉ DE DÉPARTS À LA RETRAITE DE 2000 À 2020, PAR PÉRIODE QUINQUENNALE



SOURCE : PUGIN (J.-M.), 2000.

■ ■ Le solde prévisionnel des entrées et des sorties

Le nombre de diplômés d'État délivrés a augmenté dans les années récentes tandis que celui des DTS reste stable.

TABLEAU 3

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE DIPLÔMÉS (DE ET DTS)

	DE (18 instituts)	DTS hors ENCPB (1) (17 sections)	ENCPB estim.	Total DTS	Total diplômés
2000	420	305	50	355	775
2001	438	312	50	362	800
2002	462	307	50	357	819
2003	459	309	50	359	818

SOURCE : enquêtes du comité d'harmonisation.

Sur la base d'un flux annuel de diplômés de 820 individus, l'augmentation nette des effectifs, c'est-à-dire le solde des entrées et des départs à la retraite, se situerait autour de :

- 450 par an sur la période 2000-2004¹³,
- 300 sur la période 2005-2009,
- 100 et 50 respectivement sur les deux périodes quinquennales suivantes.

13. Les départs à la retraite projetés selon la méthode ci-dessous semblent être un peu surestimés, dans la mesure où les augmentations effectives ont été supérieures, plutôt de l'ordre de 5 à 600 par an sur les années 2000-2003.

■ ■ L'évolution des besoins hors remplacements des départs à la retraite

Ces augmentations d'effectifs une fois les départs à la retraite remplacés ne sont pas d'ampleur suffisante pour couvrir les besoins dans les années qui viennent, surtout si l'on tient compte du fait qu'il y a d'ores et déjà aujourd'hui un manque par rapport aux effectifs nécessaires.

En effet, la montée en charge des installations d'équipements n'est pas terminée, comme on l'a dit plus haut. Près de la moitié des équipements autorisés entre 2001 et 2003 restent à installer, générant un besoin d'environ 900 manipulateurs (avec une hypothèse basse en termes de taux d'encadrement).

Par ailleurs, même si l'écart a été réduit par les augmentations d'indices récentes, le niveau d'équipement de la France reste sensiblement inférieur à celui des autres pays et il est probable que le rattrapage se poursuive dans l'avenir, compte tenu des priorités gouvernementales. Le plan cancer généralise également le dépistage organisé du cancer du sein, avec en corollaire une augmentation des mammographies, réalisées techniquement par les manipulateurs.

Enfin, la généralisation du traitement des images et des réseaux élargit le champ d'attribution des manipulateurs à qui sont confiées, le plus souvent, ces nouvelles tâches très mobilisatrices de temps (cf. ci-dessous chapitre sur le contenu du métier).

■ ■ L'accroissement nécessaire des capacités de formation

Un accroissement rapide des capacités de formation paraît donc aujourd'hui nécessaire.

Une enquête récente auprès des instituts de formation (filière du diplôme d'État) montre que l'effectif théorique actuel (567 à la rentrée 2003) pourrait être accru d'une petite centaine de places, sous réserve de moyens supplémentaires en locaux, personnels et/ou terrains de stages¹⁴.

Cette augmentation paraît encore faible au regard des besoins à très court terme, et il serait nécessaire d'accroître en parallèle les capacités d'accueil des sections du diplôme de technicien supérieur (DTS).

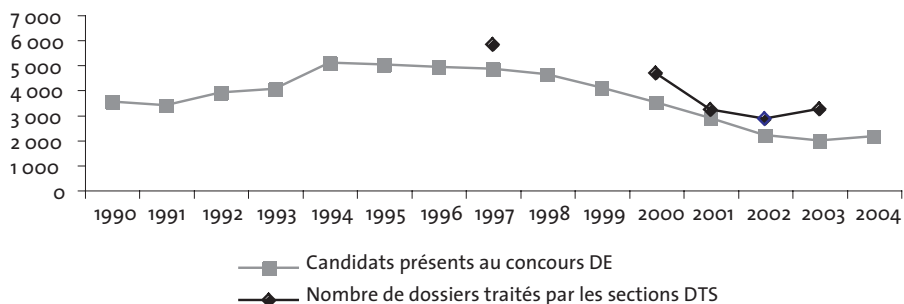
■ ■ L'attractivité de la profession

Si on augmente les capacités de formation, y aura-t-il assez de candidats ?

Le nombre de candidats présents au concours dans les instituts délivrant le diplôme d'État a en effet fortement chuté de 1997 à 2002. En 2003, la baisse enregistrée a été plus limitée, et l'on observe à nouveau une augmentation en 2004. Dans les sections DTS, la situation s'est redressée en 2003, les chiffres de 2004 ne sont pas encore connus.

14. PUGIN (J.-M.), *Capacités actuelles et potentielles des instituts de formation des manipulateurs en électroradiologie médicale*, document de travail, novembre 2003.

ÉVOLUTION DES CANDIDATS PRÉSENTS AU CONCOURS DE DE ET DES DOSSIERS TRAITÉS PAR LES SECTIONS DTS



La situation de l'emploi, très favorable aux manipulateurs, explique peut-être un regain d'intérêt pour ce métier.

Il reste à voir si cette tendance se poursuit. Dans tous les cas, compte tenu de la concurrence entre les métiers qui s'intensifiera avec la baisse de la population active, promouvoir cette profession, comme d'autres métiers de la santé, reste utile pour l'avenir.

P

erspectives et enjeux concernant le contenu du métier et la formation

De nouveaux développements possibles

Le métier de manipulateur peut être amené à se développer dans plusieurs directions. Le rapport BERLAND (coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences) propose que de nouvelles tâches soient confiées aux manipulateurs, sous réserve d'une formation complémentaire : l'échographie, le traitement de l'image, la dosimétrie en radiothérapie.

Des expérimentations ont été officiellement lancées dans ces trois champs. Cependant, comme le note le rapport, ces délégations de tâches existent déjà aujourd'hui, de manière informelle, dans le contexte hospitalier. Une enquête menée par l'AFPPE en 1998 avait ainsi mis en évidence, en matière d'échographie, le décalage entre les textes et la réalité, une centaine de manipulateurs recueillant déjà le signal ou l'image avec des délégations au cas par cas.

Des développements plus structurés de ces pratiques existantes suscitent des débats, au sein de la profession et du monde médical. Comme d'autres professions, les manipulateurs redoutent un transfert conçu essentiellement comme un report de tâches répétitives correspondant à la partie la plus protocolisée de l'activité, et destinée à dégager du temps médical. Ils souhaitent que ces nouvelles activités constituent un enrichissement des perspectives de déroulement de carrière pour la profession.

Une étude complémentaire serait nécessaire pour évaluer l'impact quantitatif que pourrait avoir, sur les besoins en effectifs, ces nouveaux développements. Selon certains, l'impact serait limité pour l'échographie, dans la mesure où les délégations ont déjà été opérées dans les faits. Mais peu d'éléments sont disponibles pour éclairer cette question.

Le maintien d'une profession unique ?

Le deuxième débat important est celui de l'unicité de la profession, qui est aujourd'hui polyvalente (radiodiagnostic, radiothérapie, médecine nucléaire, électrophysiologie).

Certains préconisent une spécialisation dès la formation de base, comme cela existe au Royaume-Uni après un tronc commun.

Par ailleurs, les compléments de formation envisagés pour l'acquisition des compétences liées aux nouvelles tâches évoquées ci-dessus conduiront également à des spécialisations.

Enfin les radiologues libéraux défendent un schéma incluant un premier niveau de formation pour des personnels dédiés à l'imagerie, d'une durée plus courte que la formation actuelle.



L'enjeu de la formation

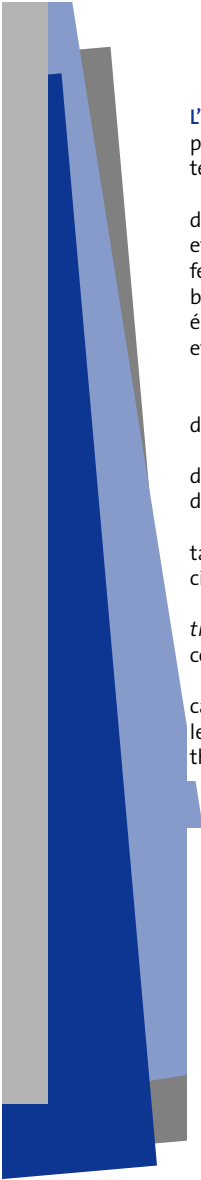
Ces évolutions possibles renvoient à l'enjeu de la formation, tant en termes de modalités que de durée.

Comme les autres professions paramédicales, les manipulateurs souhaitent intégrer leur formation dans les cursus universitaires à l'occasion du passage au système LMD (licence/master/doctorat), afin qu'elle reste attractive, avec des possibilités de progression (alors qu'aujourd'hui les formations dans les instituts, qui ne délivrent aucun diplôme universitaire, ne permettent pas de progression de carrière).

À la clé, il y a également la réunification des deux formations (diplôme d'État et DTS).

Au-delà des trois ans débouchant sur la licence professionnelle, des spécialisations, par exemple en traitement d'image ou réseaux d'image, pourraient donner lieu à des formations complémentaires.

Dans un schéma universitaire pourrait être éventuellement organisé un cursus correspondant à la validation d'un certain nombre d'unités d'enseignement, et qui pourrait constituer un premier niveau de manipulateurs formés à l'imagerie de projection et adaptés aux besoins de certains cabinets de radiologie.



L'Observatoire national de la démographie des professions de santé livre au public, avec ce rapport 2004, sa première publication depuis son installation en juin 2003. Ce rapport comporte une *Synthèse générale* et quatre tomes thématiques.

À la croissance des effectifs des professionnels de santé observée ces dernières années devrait succéder une période de repli préoccupante. Les départs à la retraite seront importants et les flux de formation ne garantissent pas, à ce jour, le renouvellement de l'ensemble des professions. Les disparités constatées entre les territoires et entre les structures d'exercice ne semblent pas devoir se corriger. Pour élargir son diagnostic, l'Observatoire complète les données émanant des administrations statistiques par celles de professionnels et d'experts nationaux et régionaux.

Chaque tome rend compte des résultats du travail de collaboration accompli tout au long de cette année, au sein du conseil d'orientation et des comités régionaux.

Le tome 1, *Les effectifs et l'activité des professionnels de santé*, met en regard l'ensemble des données quantitatives disponibles sur les effectifs avec les données sur les conditions d'exercice et l'évolution des métiers.

Le tome 2, *Les médecins : projections démographiques à l'horizon 2025*, présente les résultats des projections, réalisées selon plusieurs scénarios concernant la répartition des médecins, par région et par spécialité.

Le tome 3, *Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale*, fournit un état des lieux qui prend en compte les effectifs et les conditions de travail et d'exercice.

Le tome 4, *Démographie régionale de 5 professions de santé de premier recours*, décrit, par canton, la situation des différentes régions pour cinq professions : les médecins généralistes, les pharmaciens d'officine, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, et en propose des synthèses régionales.

L'ONDPS, Observatoire national de la démographie des professions de santé comporte :

- un conseil d'orientation composés 10 membres : personnalités qualifiées et représentants des administrations ;
- 26 comités régionaux composés de 10 membres : 5 membres de droit (DRASS, ARH, URCAM, ORS, URML) et 5 personnalités qualifiées.

L'ONDPS remplit quatre missions :

- rassembler et analyser les connaissances relatives à la démographie des professionnels de santé ;
- fournir un appui méthodologique à la réalisation d'études régionales et locales sur ce thème ;
- synthétiser et diffuser les travaux d'observation, d'études et de prospective réalisés, notamment au niveau régional ;
- promouvoir les initiatives et études de nature à améliorer la connaissance des conditions d'exercice des professionnels et de l'évolution de leurs métiers, dans le cadre des différents modes d'accès aux soins. Chaque année, il doit présenter les données recueillies dans un rapport public.

ONDPS

8 bis, rue de Châteaudun
75 009 Paris
Téléphone : 01 44 53 32 82
Téléphone : 01 40 56 82 32
Site www.sante.gouv.fr

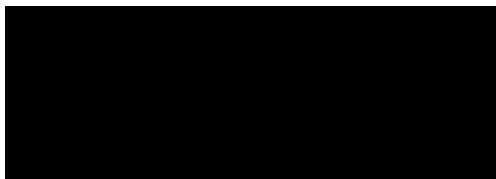
La Documentation Française

29-31, quai Voltaire
75344 Paris Cedex 07
Téléphone 01 40 15 70 00
www.ladocumentationfrancaise.fr

Prix des 5 volumes : 48 €

Ces ouvrages ne peuvent être vendus séparément

SICOM n° 04 144
DF 57643-3
ISBN : 2-11-005783-1
Imprimé en France





4

TOME 4

Le rapport 2004

DÉMOGRAPHIE RÉGIONALE DE 5 PROFESSIONS DE SANTÉ DE PREMIER RECOURS

DÉMOGRAPHIE RÉGIONALE DE 5 PROFESSIONS DE SANTÉ DE PREMIER RECOURS

Le rapport 2004



Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



ONDPS



TOME 4

DÉMOGRAPHIE RÉGIONALE
DE 5 PROFESSIONS DE SANTÉ
DE PREMIER RECOURS

Le rapport 2004



Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



TOME 4

**DÉMOGRAPHIE RÉGIONALE
DE 5 PROFESSIONS
DE SANTÉ
DE PREMIER RECOURS**



TABLE DES MATIÈRES

ANALYSES ET ENSEIGNEMENTS

Coordination : Philippe Cunéo et Chantal Cases (DREES)

Rédaction : Sabine Bessière et Denise Bauer (DREES)

PRÉSENTATION DE LA MÉTHODOLOGIE NATIONALE

- 10 Un objectif: caractériser l'offre de soins de proximité
- 10 La méthode: un dialogue entre une approche statistique nationale et les travaux des comités régionaux de l'Observatoire
- 11 L'approche statistique définit au niveau national des indicateurs de densité et d'activité des professionnels de premier recours

SYNTHÈSE NATIONALE DES DISPARITÉS CANTONALES DE L'OFFRE DE SOINS DE PREMIER RECOURS

14 L'OFFRE DE SOINS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX

- 16 La densité de médecins généralistes au niveau des cantons
- 19 L'activité moyenne des généralistes par canton
- 21 La consommation de soins de généralistes
- 24 Trois catégories de cantons définies à partir de la caractérisation statistique
- 28 Représentation cartographique de la classification pour les médecins généralistes libéraux

30 L'OFFRE DE SOINS DES INFIRMIERS LIBÉRAUX

- 32 La densité des infirmiers libéraux au niveau cantonal
- 34 L'activité moyenne des infirmiers libéraux par canton
- 36 Trois catégories de cantons définis à partir de la caractérisation statistique
- 38 Représentation cartographique de la classification pour les infirmiers libéraux

41 L'OFFRE DE SOINS DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX

- 42 La densité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux
- 44 L'activité moyenne des masseurs-kinésithérapeutes libéraux par canton
- 47 Trois catégories de cantons définis à partir de la caractérisation statistique
- 49 Représentation cartographique de la classification pour les masseurs-kinésithérapeutes libéraux

50 LES OFFICINES ET LES PHARMACIENS D'OFFICINE

- 52 La densité des officines au niveau cantonal
- 54 La densité des pharmaciens d'officine au niveau cantonal

57 L'OFFRE DE SOINS DES CHIRURGIENS-DENTISTES

- 58 La densité des chirurgiens-dentistes au niveau cantonal
- 60 L'activité moyenne des chirurgiens-dentistes par canton
- 62 Trois catégories de cantons définis à partir de la caractérisation statistique
- 64 Représentation cartographique de la classification pour les chirurgiens-dentistes libéraux

65 DES CRITÈRES STATISTIQUES AUX DIAGNOSTICS DES COMITÉS RÉGIONAUX DE L'OBSERVATOIRE

- 65 Les corrections techniques relatives aux données
- 66 Les corrections liées à la prise en compte de la qualité des professionnels : âge et sexe
- 67 Les corrections tenant compte d'une offre de soins complémentaire sur la région
- 68 Les corrections liées à la structure de la population bénéficiaire des soins
- 69 Des corrections liées à la géographie
- 69 Des critères à compléter pour une meilleure compréhension des différences locales

74 SYNTHÈSE DE L'ENSEMBLE DES PROFESSIONS EXAMINÉES

CONTRIBUTIONS DES COMITÉS RÉGIONAUX

- 76 Alsace
- 80 Aquitaine
- 84 Auvergne
- 88 Basse-Normandie
- 92 Bourgogne
- 97 Bretagne
- 100 Centre
- 104 Champagne-Ardenne
- 108 Corse
- 110 Franche-Comté
- 114 Guadeloupe
- 118 Guyane
- 122 Haute-Normandie
- 126 Île-de-France
- 131 Languedoc-Roussillon
- 134 Limousin
- 138 Lorraine
- 142 Martinique
- 146 Midi-Pyrénées

- 150 Nord - Pas-de-Calais
- 154 Pays de la Loire
- 159 Picardie
- 163 Poitou-Charentes
- 167 Provence-Alpes-Côte d'Azur
- 170 Réunion
- 174 Rhône-Alpes
- 178 Conclusion à l'issue des analyses cantonales

CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES

L'OBSERVATION DES PROFESSIONS DE SANTÉ :

ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES RÉGIONALES

Denise Bauer (DREES) et Martine Burdillat (ONDPS-DREES)

182 LES CHIFFRES ET L'ACTIVITÉ

- 182 Le souci d'explorer la question des inégalités géographiques et la question des besoins se manifeste dans toutes les régions, il se concrétise à travers le développement d'approches démographiques infrarégionales
- 183 L'analyse de l'activité et des comportements des médecins permet de caractériser les territoires

184 ÉCLAIRAGES SUR LES PROFESSIONS : INFIRMIÈRE, SAGE-FEMME, MANIPULATEUR D'ÉLECTRORADIOLOGIE MÉDICALE

184 LES COMPORTEMENTS ET LES PRATIQUES DES PROFESSIONNELS

- 185 La façon dont les professionnels de santé en exercice vivent ou ressentent leurs conditions d'installation et d'exercice
- 189 Les souhaits ou projets des futurs professionnels, actuellement en formation

190 LISTE DES TRAVAUX RÉGIONAUX

- 190 Les chiffres et l'activité
- 192 Éclairages sur les professions : infirmière, sage-femme, manipulateur d'électroradiologie médicale
- 193 Les comportements et les pratiques des professionnels

BILAN DES EXPÉRIENCES ET DES DISPOSITIFS DE RÉGULATION RÉGIONALE

Yann Bourgueil (ONDPS-IRDES)

196 LES MESURES OU DISPOSITIFS VISANT À INFLUER SUR L'ORIENTATION DES LYCÉENS ET ÉTUDIANTS VERS LES MÉTIERS DE LA SANTÉ OU DES SPÉCIALITÉS DÉFICITAIRES

- 197 Les actions d'information et de promotion des métiers de la santé
- 198 Les actions visant à améliorer les taux de succès aux concours d'entrée

- 198 L'aide aux étudiants par l'octroi de bourses
- 199 L'orientation plus stricte des internes de spécialité vers des spécialités déficitaires

199 LES MESURES OU DISPOSITIFS VISANT À AUGMENTER LE NOMBRE DE PROFESSIONNELS

- 199 Les actions qui cherchent à augmenter les capacités de formation en jouant sur les modalités de recrutement
- 200 Les actions qui cherchent à mieux répartir les professionnels au sein de la région
- 202 Recruter hors de la région, voire hors du pays

202 LES MESURES OU DISPOSITIFS VISANT À FAVORISER LA QUALIFICATION ET LA PROMOTION PROFESSIONNELLE

203 LES MESURES OU DISPOSITIFS VISANT À AMÉLIORER L'ADAPTATION DES PROFESSIONNELS AUX NOUVELLES PRATIQUES OU AUX NOUVEAUX MÉTIERS

- 203 Les actions visant à soutenir les formes nouvelles d'organisation dans le secteur ambulatoire
- 203 Les projets visant à développer la télé-médecine
- 204 Autres mesures

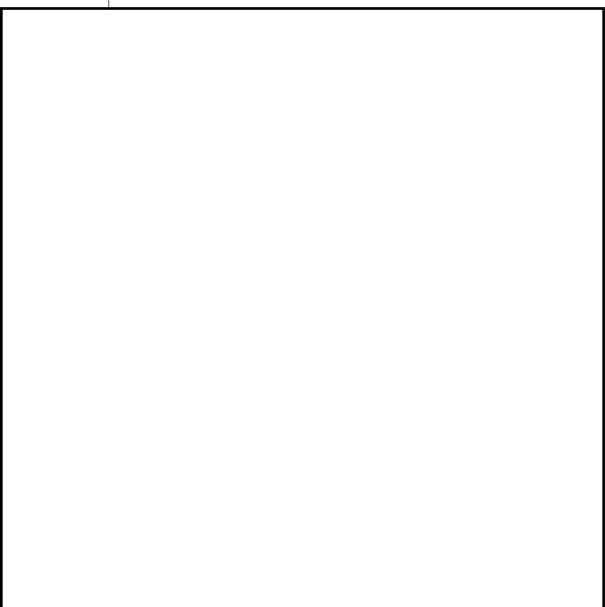
204 LES MESURES OU DISPOSITIFS VISANT À INFLUER SUR LE MAINTIEN OU LE RETOUR VERS L'EXERCICE PROFESSIONNEL

- 204 L'expérience d'incitation de retour à l'emploi des IDE de moins de 45 ans dans la région NPC
- 204 Expérience d'orientation des demandeurs d'emploi vers la formation infirmière en leur faisant bénéficier d'une rémunération publique pendant tout ou partie de la formation

205 AUTRES MESURES

- 205 La constitution d'instituts ou de pôles régionaux de formation paramédicale
- 205 L'élaboration de politiques régionales de la ressource humaine

**PRÉSENTATION
DE LA MÉTHODOLOGIE
NATIONALE**



Un objectif : caractériser l'offre de soins de proximité

L'objectif principal de ces travaux était d'aboutir à une caractérisation homogène, commune à tous les partenaires, de l'offre ambulatoire des soins de proximité, à un niveau géographique fin.

Cette caractérisation a été centrée **sur les professionnels de santé de « proximité »** (ou, autrement dit, sur l'offre de soins de « premier recours »). Les professions examinées dans le cadre de ce rapport sont : les médecins généralistes libéraux, les infirmiers libéraux, les masseurs-kinésithérapeutes libéraux, les pharmaciens d'officines, et les chirurgiens-dentistes.

Dans leurs rapports régionaux, certains comités régionaux de l'Observatoire ont également complété leurs analyses par une étude de la démographie et de l'offre relative à d'autres professionnels de santé (spécialistes...) menée à un niveau régional ou départemental.

La méthode : un dialogue entre une approche statistique nationale et les travaux des comités régionaux de l'Observatoire

Une caractérisation homogène de l'offre de soins de proximité a été construite en s'appuyant, dans un premier, temps sur une méthodologie statistique nationale, élaborée par un groupe de travail animé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) auquel ont participé la Caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), les unions régionales des caisses d'assurance-maladie (URCAM), les unions régionales des médecins libéraux (URML), la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS), la Direction de la Sécurité sociale, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), le Conseil national de l'ordre des médecins, le Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes, le Conseil national de l'ordre des pharmaciens, l'INSEE, des représentants des comités régionaux.

Dans cette méthodologie statistique, **les données démographiques** (nombre et densité de professionnels) **ont été enrichies par des informations relatives à l'activité des professionnels, et, pour les médecins généralistes, à la consommation de soins.**

La méthodologie proposée a permis de situer l'ensemble des zones géographiques les unes par rapport aux autres, en faisant apparaître leurs forces et leurs faiblesses ; elle est apparue adaptée à une description de l'ensemble des zones et non des seules zones qui pourraient présenter des difficultés.

Son principal intérêt a été de permettre une comparaison homogène de la situation des différentes régions ; elle est présentée dans la première partie de ce volume.

Dans un deuxième temps, le constat issu du calcul de ces indicateurs homogènes a donné lieu à des analyses de la part des comités régionaux de l'Observatoire, qui, par leur connaissance des situations locales, étaient mieux à même de commenter, de nuancer voire de remettre en cause les diagnostics quantitatifs établis à partir de la méthodologie statistique nationale. Les comités régionaux se sont appuyés notamment sur des données localisées complémentaires sur l'offre ou la demande de soins, ainsi que sur des informations plus générales sur la composition ou le dynamisme économique et démographique des zones étudiées, ou encore sur des analyses développées localement par des membres de l'Observatoire, notam-

ment les URCAM et les ORS. Les résultats de ces analyses sont retracés dans la deuxième partie de ce volume sous la forme de synthèses établies par chaque comité régional et qui font aussi intervenir de multiples éléments propres à chacun d'eux.

La responsabilité des conclusions leur appartient ; les diagnostics auxquels ils parviennent sont très notablement enrichis par rapport à ceux élaborés à partir de la seule approche statistique, mais ne sont souvent plus directement comparables d'une région à l'autre.

L'approche statistique définit au niveau national des indicateurs de densité et d'activité des professionnels de premier recours

L'objectif étant de décrire la situation de l'ensemble du territoire national, le choix a été fait d'une **méthodologie nationale aussi simple que possible**, en considérant que l'accent devait plutôt être mis sur la lisibilité des résultats donnant lieu, ensuite, à un recueil de l'expertise des comités régionaux, dans des délais forcément brefs.

La **zone géographique retenue pour l'analyse est le pseudo canton**, échelon géographique permettant une analyse au niveau infradépartemental et au niveau duquel des informations statistiques peuvent être recueillies. Le découpage cantonal¹ utilisé est celui en vigueur au 1^{er} janvier 2003.

Les pseudo cantons comptent en moyenne 18 500 habitants (10 % d'entre eux ont moins de 3 000 habitants, la moitié en compte moins de 10 000 ; 1 % des cantons, correspondant aux grandes villes, a plus de 150 000 habitants).

Dans la suite du rapport, les termes « canton » ou « pseudo canton » seront indifféremment employés.

Pour chaque profession, une caractérisation de ces cantons a ainsi été proposée pour l'ensemble du territoire, résultant du croisement de quelques critères simples concernant la densité, l'activité et, pour les médecins généralistes, la consommation de soins.

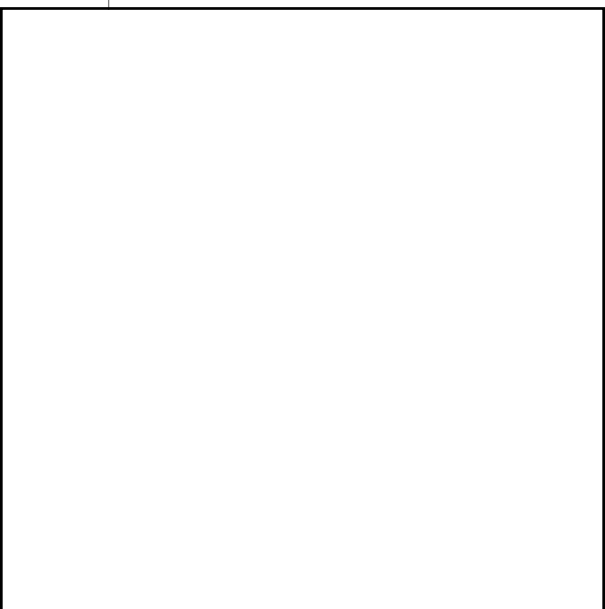
Le critère de consommation est introduit pour relativiser les deux précédents. En effet, une faible consommation associée à une faible densité et à une forte activité de professionnels est interprétée comme une preuve de difficulté pour la patientèle à trouver une offre en réponse à ses besoins. *A contrario*, une forte consommation est vue comme un indice d'absence de difficultés d'accès aux soins. Il convient de noter dès à présent que l'interprétation de ce critère fait débat, plusieurs comités régionaux considérant qu'une forte consommation constituerait au contraire un indice de forts besoins, souvent non satisfaits, de la population, par exemple en exprimant le recours préférentiel au médecin généraliste en lieu et place des autres offreurs de soins.

Pour compléter l'approche statistique et systématique de la caractérisation issue de ces critères, **une batterie d'indicateurs a été mise à la disposition des comités régionaux, pour leur permettre de confirmer, de nuancer ou de remettre en cause ce diagnostic :**

1. Ce découpage comporte, en particulier, 541 pseudo cantons correspondant à une fraction cantonale : il s'agit d'une ou plusieurs petites communes jouxtant une ville importante et faisant partie du même canton électoral, qui forment à elles seules un « pseudo canton », la grande ville voisine en formant un autre. Considérant que ce découpage « fictif » ne présentait pas vraiment de sens pour cette analyse démographique, les 541 pseudo cantons correspondant à une fraction cantonale ont été regroupés avec le pseudo canton formé par la ville voisine.

- des indicateurs complémentaires sur l'offre de soins plus détaillés ou prenant en compte une définition plus large des professionnels, notamment les professionnels salariés des centres de santé, ou encore des informations sur l'accessibilité des professionnels (temps d'accès et distance moyenne au professionnel le plus proche),
- des indicateurs socio-économiques et sanitaires au niveau cantonal (minima sociaux, marché du travail, structure par âge et sexe des habitants du canton, mortalité, existence ou non de zones de revitalisation rurale).

**SYNTHÈSE NATIONALE
DES DISPARITÉS CANTONALES
DE L'OFFRE DE SOINS
DE PREMIER RECOURS**





offre de soins des médecins généralistes libéraux

■ QUELQUES ÉLÉMENTS DE CADRAGE

Avant d'aborder l'analyse à un niveau géographique fin, quelques données de cadrage sur les densités, l'activité, la consommation de soins de médecins généralistes libéraux, et les temps d'accès au généraliste le plus proche sont rappelées ci-après (cf. tableau 1).

Les densités sont données pour 100 000 habitants, et calculées à partir de la population au recensement de la population de 1999, et des effectifs de professionnels libéraux actifs au 31 décembre 2002 (source CNAMTS), ainsi que des professionnels libéraux et salariés en exercice au 1^{er} janvier 2003 selon ADELI (DREES).

La définition de la médecine générale de proximité peut être élargie aux généralistes salariés des centres de santé, de PMI et de planification familiale, ainsi qu'aux généralistes ayant un exercice particulier (MEP), une partie d'entre eux exerçant effectivement la médecine générale. L'ensemble de ces professionnels est ainsi retenu pour le calcul de la densité « d'omnipraticiens offrant des soins de proximité » dans le tableau suivant. La prise en compte de cette offre complémentaire dans les densités modifie peu la hiérarchie des régions, à l'exception de l'Île-de-France (dont le classement s'améliore nettement du fait des nombreux généralistes à exercice particulier qui y sont implantés), de la Franche-Comté et de la Basse-Normandie, dont le classement se dégrade fortement, indiquant que l'offre alternative « de ville » y est moindre que dans les autres régions.

Le temps d'accès moyen au généraliste le plus proche² est de 4 minutes. Dans 48 % des cantons métropolitains, le généraliste est accessible par la route en moins de 5 minutes. Dans 95 % des cantons, la durée du trajet est inférieure à 10 minutes.

Pour cinq cantons seulement, le temps de trajet est supérieur ou égal à 20 minutes. Il s'agit de petits cantons situés en Corse, Rhône-Alpes ou Auvergne, dont la population n'excède pas 2 700 habitants.

2. Il s'agit du délai moyen en minutes pour se rendre par la route chez le médecin généraliste le plus proche de centre de commune à centre de commune. Ce temps d'accès a été calculé par la FNORS à partir du lieu d'exercice des généralistes libéraux hors MEP en activité au 31 décembre 2002 (issu du SNIR, CNAMTS), pour les cantons de France métropolitaine.

TABLEAU 1

CARACTÉRISTIQUES RÉGIONALES DE L'OFFRE DE SOINS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX

Région	Médecins généralistes libéraux (hors MEP)*		Omnipraticiens offrant des soins de proximité**		Activité moyenne des médecins généralistes libéraux (hors MEP)*		Consommation moyenne annuelle d'actes de généralistes libéraux (hors MEP) des consommateurs*		Temps d'accès moyen au généraliste libéral le plus proche (en minutes)	Distance moyenne d'accès au généraliste libéral le plus proche (en km)
	Densité	Rang	Densité	Rang	Nombre d'actes (1)	Rang	Nombre d'actes (1)	Rang		
Alsace	98	7	108	10	5 208	12	6,05	5	3,7	0,6
Aquitaine	105	6	124	4	5 036	16	6	6	4,3	1,0
Auvergne	94	12	107	11	4 914	17	5,19	16	4,9	1,6
Basse-Normandie	85	18	92	23	5 513	7	5,16	17	4,9	1,7
Bourgogne	86	16	99	16	5 159	13	5,13	18	5,0	1,7
Bretagne	92	13	106	12	5 314	10	5,22	15	3,8	0,7
Centre	82	21	92	22	5 564	6	5,07	19	4,4	1,2
Champagne-Ardenne	83	19	95	20	5 992	3	5,78	9	4,9	1,6
Corse	107	5	125	3	4 281	25	5,38	14	6,1	2,6
Franche-Comté	96	9	105	15	5 068	15	5,65	11	4,7	1,4
Guadeloupe	59	25	71	25	4 253	26	n.d.	23	n.d.	n.d.
Guyane	39	26	54	26	5 293	11	n.d.	24	n.d.	n.d.
Haute-Normandie	83	20	96	19	5 931	4	5,45	13	4,4	1,2
Île-de-France	77	23	105	14	4 373	22	4,38	22	3,2	0,1
Languedoc-Roussillon	121	1	136	2	4 722	20	5,8	8	3,8	0,7
Limousin	115	3	123	6	4 795	19	6,24	2	4,9	1,5
Lorraine	90	15	98	18	5 761	5	6,1	3	4,2	1,1
Martinique	64	24	82	24	4 385	21	n.d.	25	n.d.	n.d.
Midi-Pyrénées	111	4	123	5	4 871	18	6,09	4	4,8	1,4
Nord - Pas-de-Calais	97	8	110	9	6 273	1	6,97	1	3,4	0,3
Pays de la Loire	86	17	99	17	4 287	24	5,7	10	3,8	0,6
Picardie	81	22	93	21	5 493	8	4,93	20	4,9	1,5
Poitou-Charentes	95	10	112	7	6 184	2	5,81	7	4,8	1,4
Provence-Alpes Côte d'Azur	119	2	137	1	5 472	9	5,61	12	3,3	0,2
Réunion	94	11	111	8	5 072	14	n.d.	26	n.d.	n.d.
Rhône-Alpes	92	14	106	13	4 293	23	4,48	21	3,9	0,7
France entière	92	-	109	-	5 028	-	5,36 (Fr. métro)	-	4,0	0,8

SOURCES : *SNIR au 31 décembre 2002 (CNAMTS); **ADELI au 1^{er} janvier 2003 (DREES), *** FNORS d'après le lieu d'exercice des professionnels libéraux au 31 décembre 2002 (CNAMTS), ****URCAM.

(1) les actes considérés ici sont les consultations et visites.

n.d.: non disponible.

TABLEAU 2

DISTRIBUTION DES PSEUDO CANTONS SELON LE TEMPS D'ACCÈS MOYEN AU GÉNÉRALISTE LE PLUS PROCHE

Temps d'accès moyen au généraliste	Nombre de cantons	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Jusqu'à 5 minutes	1 530	48,3	48,3
De 5 à 10 minutes	1 467	46,3	94,6
De 10 à 15 minutes	143	4,5	99,1
De 15 à 20 minutes	23	0,7	99,8
De 20 à 25 minutes	4	0,1	99,9
Supérieur ou égal à 25 minutes	1	0,0	100,0
TOTAL	3 168	100,0	

LECTURE : dans 1 530 cantons, le temps d'accès moyen au généraliste est inférieur à cinq minutes.

Pour analyser l'offre de soins des médecins généralistes libéraux au niveau cantonal, la méthodologie nationale s'appuie sur trois critères,

- la densité de généralistes libéraux, hors médecins à exercice particulier,
- la consommation moyenne de soins par consommant des habitants de la zone,
- le nombre d'actes moyen effectués par les généralistes de la zone.

La prise en compte du niveau d'activité des professionnels et de la consommation de la population permet en effet de nuancer le constat obtenu sur le seul critère de densité. Une faible densité de professionnels n'est potentiellement pas un sujet d'inquiétude si la demande de soins qui leur est adressée est faible également. L'activité moyenne des médecins généralistes est ainsi interprétée comme un indicateur de la tension sur l'offre de soins, un niveau élevé traduisant une charge importante pour les professionnels. Le niveau de consommation de la population peut être interprété comme un indicateur de satisfaction des besoins : lorsque celui-ci est fort, on peut supposer que la population ne rencontre *a priori* pas de difficulté dans le recours au généraliste.

La densité de médecins généralistes au niveau des cantons

On dénombre 55 622 médecins généralistes libéraux (hors MEP), soit une densité³ France entière de 4,6 professionnels pour 5 000 habitants.

La distribution de la densité de médecins généralistes libéraux pour 5 000 habitants pour les 3 168 pseudo cantons « regroupés » métropolitains⁴ est présentée dans le tableau 3.

Quarante-cinq pseudo cantons ne comptent aucun médecin généraliste libéral.

Trois catégories de cantons sont constituées à partir de cette distribution :

- densité faible⁵ : la densité de médecins généralistes est inférieure au 1^{er} quartile, soit 3,5 généralistes pour 5 000 habitants

3. La population du pseudo canton est celle du recensement de la population de 1999. Les professionnels retenus dans ce calcul sont les médecins généralistes, hors médecins à exercice particulier (MEP), ayant une activité principale libérale, et qui sont en activité au 31 décembre 2002. Cette donnée, issue du SNIR et élaborée par la CNAMTS, n'inclut pas les remplaçants (qui ne peuvent être dissociés des titulaires, dans la mesure où leurs feuilles de soins sont établies au nom du praticien qu'ils remplacent).

4. Les données de consommation n'étant pas disponibles pour les départements d'outre-mer, la distribution de la consommation a été calculée sur la France métropolitaine. Par souci d'homogénéité, les distributions de la densité et de l'activité des médecins généralistes ont été calculées sur le même champ (France métropolitaine et non France entière).

- densité moyenne : la densité de médecins généralistes est comprise entre le 1^{er} et le 3^e quartile, soit entre 3,6 et 5,2 généralistes pour 5 000 habitants
- densité forte : la densité de médecins généralistes est supérieure au 3^e quartile, soit 5,2 généralistes pour 5 000 habitants.

TABLEAU 3

DISTRIBUTION DES CANTONS SELON LA DENSITÉ DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX POUR 5 000 HABITANTS

Pourcentage de cantons	Densité de médecins généralistes libéraux pour 5 000 habitants
10 %	2,7
25 % (1 ^{er} quartile)	3,5
50 % (Médiane)	4,3
75 % (3 ^e quartile)	5,2
90 %	6,3

LECTURE : Parmi les 3 168 cantons de France métropolitaine, 10 % des cantons comptent moins de 2,7 généralistes libéraux (hors MEP) pour 5 000 habitants. La moitié, soit 1 584 cantons, ont une densité de généralistes libéraux inférieure à 4,3 pour 5 000 habitants. Enfin, 90 % des cantons comptent au plus 6,3 généralistes libéraux pour 5 000 habitants.

Le tableau 4 précise la répartition des pseudo cantons par région selon le critère de densité pour les médecins généralistes.

Les départements d'outre-mer à l'exception de la Réunion, les régions Île-de-France, Basse-Normandie, Picardie, Centre, Champagne-Ardenne, Pays de la Loire ont une proportion de cantons à faible densité en médecins généralistes plus importante qu'au niveau national. La totalité des cantons Guyanais et la moitié des cantons d'Île-de-France ont ainsi une densité de médecins généralistes libéraux qualifiée de « faible » dans notre méthodologie contre un quart des cantons français (par construction). Dans le cas de l'Île-de-France, cette faible densité apparente s'explique par le fait que les nombreux médecins généralistes à exercice particulier implantés dans cette région n'ont pas été pris en compte dans le calcul de la densité. À l'inverse, les régions du Sud (Corse, Midi-Pyrénées, Limousin, PACA, Languedoc-Roussillon, Aquitaine) présentent beaucoup plus de cantons à forte densité en médecins généralistes libéraux que la moyenne nationale.

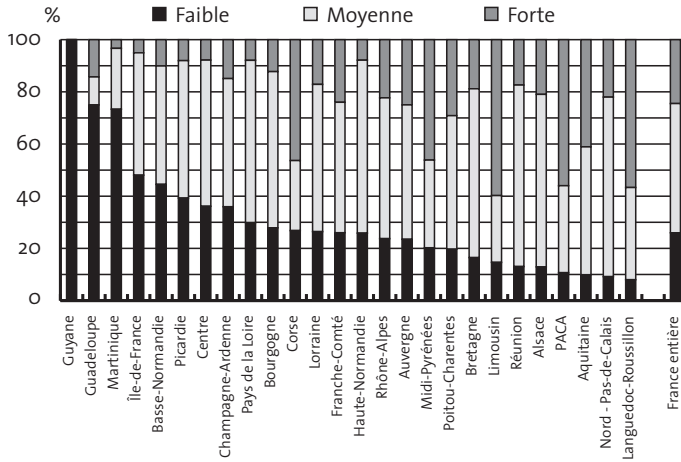
5. Par construction, les pseudo cantons sans professionnel, pour lesquels la densité est nulle, sont classés dans le groupe des cantons de densité « faible ».

TABLEAU 4

RÉPARTITION DES PSEUDO CANTONS PAR RÉGION ET SELON LE CRITÈRE DE DENSITÉ DES GÉNÉRALISTES

Région	Nombre de cantons			
	Densité faible	Densité moyenne	Densité forte	Ensemble des cantons
Alsace	8	41	13	62
Aquitaine	20	99	83	202
Auvergne	31	68	33	132
Basse-Normandie	53	54	12	119
Bourgogne	41	88	18	147
Bretagne	28	110	32	170
Centre	60	93	13	166
Champagne-Ardenne	41	56	17	114
Corse	11	11	19	41
Franche-Comté	26	50	24	100
Guadeloupe	21	3	4	28
Guyane	14	0	0	14
Haute-Normandie	23	59	7	89
Île-de-France	123	121	14	258
Languedoc-Roussillon	12	53	85	150
Limousin	12	21	49	82
Lorraine	37	79	24	140
Martinique	22	7	1	30
Midi-Pyrénées	50	83	114	247
Nord - Pas-de-Calais	10	75	24	109
Pays de la Loire	49	102	13	164
Picardie	44	59	9	112
Poitou-Charentes	25	65	37	127
Provence-Alpes-Côte d'Azur	17	53	89	159
Réunion	3	16	4	23
Rhône-Alpes	66	150	62	278
Total	847	1 616	800	3 263

AVERTISSEMENT : Ce tableau fait ressortir de réels écarts entre les régions et met en évidence, par exemple, la particularité de l'Île-de-France. Or la faible densité en région parisienne est notamment expliquée par le fait que de nombreux médecins généralistes à exercice particulier n'ont pas été pris en compte dans ce calcul. Attention, chaque critère ne peut être utilisé isolément, mais doit être combiné à d'autres pour qualifier l'offre de soins de premier recours.

**RÉPARTITION DES PSEUDO CANTONS PAR RÉGION SELON LE CRITÈRE DE DENSITÉ
POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES**


L'activité moyenne des généralistes par canton

Ce critère d'activité retrace la distribution du nombre annuel moyen d'actes⁶ effectués par les médecins généralistes libéraux exerçant dans la zone. Ce critère vient compléter celui relatif à la densité, une situation de faible densité pouvant prendre une acuité particulière si l'activité des professionnels implantés y est forte.

TABLEAU 5

**DISTRIBUTION DES CANTONS SELON L'ACTIVITÉ ANNUELLE MOYENNE
DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX**

Pourcentage de cantons	Nombre d'actes moyen effectués annuellement par les médecins généralistes libéraux du canton
10%	3 925
25% (1 ^{er} quartile)	4 672
50% (Médiane)	5 418
75% (3 ^e quartile)	6 220
90%	7 057

LECTURE : 10 % des cantons ont un nombre d'actes moyens effectués annuellement par les médecins généralistes libéraux inférieur à 3 925.

6. Les actes pris en compte sont les consultations et les visites des médecins généralistes libéraux (hors MEP en activité au 31 décembre 2002, cf. calcul de la densité). L'activité des cabinets secondaires éventuels de ces médecins n'est pas dissociée de celle de leur cabinet principal. Elle est donc affectée au pseudo canton du cabinet principal. La distribution est calculée sur les pseudo cantons regroupés de France métropolitaine, y compris les pseudo cantons sans professionnel (par souci d'homogénéité avec les calculs de densité et de consommation).

Les pseudo cantons sont répartis en trois catégories, d'après la distribution du nombre annuel moyen d'actes effectués par les médecins généralistes libéraux exerçant dans la zone :

- activité faible⁷ : le nombre d'actes moyen effectués par les médecins généralistes de la zone par an est inférieur à 4 672 (1^{er} quartile)
- activité moyenne : le nombre d'actes moyen effectués par les médecins généralistes de la zone par an est compris entre 4 672 et 6 220 (1^{er} et 3^e quartiles)
- activité forte : lorsque le nombre d'actes moyen effectués par les médecins généralistes de la zone par an est supérieur à 6 220 (3^e quartile).

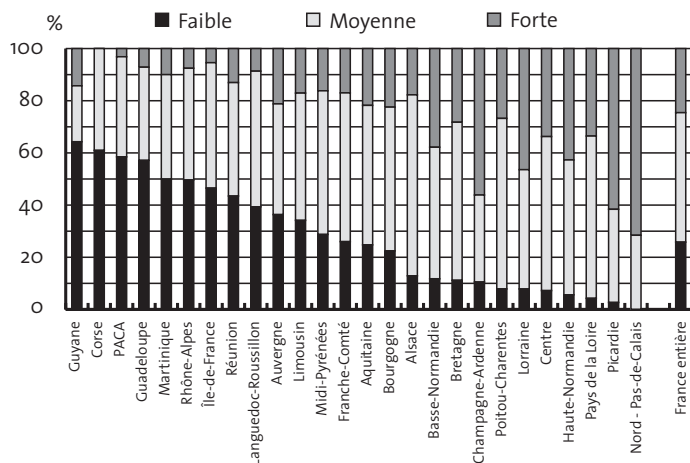
Le tableau 6, ci-après, précise la répartition des pseudo cantons par région selon le critère d'activité pour les médecins généralistes.

Les régions présentant davantage de cantons à faible densité de médecins généralistes ont logiquement une proportion plus élevée de cantons à forte activité. C'est le cas de la Picardie, de la Champagne-Ardenne ou encore du Centre. Le phénomène inverse s'observe pour les régions mieux dotées en généralistes (PACA, Corse), qui comptent peu de cantons à forte activité, voire aucun.

Mais le lien entre les niveaux d'activité et de densité n'est pas systématique⁸ (faible densité et forte activité ne vont pas toujours de pair) et l'activité permet de nuancer le constat obtenu sur le seul critère de densité pour une partie des régions.

Ainsi, l'Île-de-France n'a que 5% de cantons à forte activité, bien que la moitié de ses cantons présentent une faible densité. L'activité des médecins généralistes est faible, dans plus de la moitié des cantons de Rhône-Alpes (dont la répartition selon le critère de densité est cependant proche de la France entière), des Antilles et de la Guyane (qui présentent pourtant bien plus souvent que la moyenne de faibles densités). À l'opposé, la région Nord - Pas-de-Calais, dont la densité de généralistes est moyenne dans la majorité de ses cantons, ne compte aucun canton à faible activité ; dans près de trois quarts des cantons, l'activité des généralistes y est forte.

RÉPARTITION DES PSEUDO CANTONS SELON LE CRITÈRE D'ACTIVITÉ DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES, PAR RÉGION



7. Par construction, les pseudo cantons sans professionnel, pour lesquels l'activité est inexistante, sont classés dans le groupe des cantons d'activité « faible »

8. Le coefficient de corrélation linéaire est égal à -0,38.

TABLEAU 6

RÉPARTITION DES CANTONS PAR RÉGION DANS LES CLASSES D'ACTIVITÉ POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Région	Nombre de cantons			Ensemble des cantons
	Activité faible	Activité moyenne	Activité forte	
Alsace	8	43	11	62
Aquitaine	50	108	44	202
Auvergne	48	56	28	132
Basse-Normandie	14	60	45	119
Bourgogne	33	81	33	147
Bretagne	19	103	48	170
Centre	12	98	56	166
Champagne-Ardenne	12	38	64	114
Corse	25	16	0	41
Franche-Comté	26	57	17	100
Guadeloupe	16	10	2	28
Guyane	9	3	2	14
Haute-Normandie	5	46	38	89
Île-de-France	119	125	14	258
Languedoc-Roussillon	59	78	13	150
Limousin	28	40	14	82
Lorraine	11	64	65	140
Martinique	15	12	3	30
Midi-Pyrénées	71	136	40	247
Nord - Pas-de-Calais	0	31	78	109
Pays de la Loire	7	102	55	164
Picardie	3	40	69	112
Poitou-Charentes	10	83	34	127
Provence-Alpes-Côte d'Azur	93	61	5	159
Réunion	10	10	3	23
Rhône-Alpes	138	119	21	278
Total	841	1 620	802	3 263

La consommation de soins de généralistes

Le critère de consommation vient compléter les deux précédents, une faible densité pouvant être considérée moins critique si la consommation parvient à un niveau important.

Ce critère s'appuie sur la distribution de la consommation moyenne en actes de généralistes de la part des résidents du canton. Par rapport au critère d'activité qui s'appuyait sur la notion de lieu d'exercice du praticien (quel que soit le lieu de résidence des patients), le critère de consommation utilise la notion de lieu de résidence des patients (quel que soit le lieu d'exercice du praticien consulté). Les actes pris en compte pour le calcul de la consommation sont les consultations et visites. Les assurés et ayants droit sont ceux des trois régimes principaux (général hors section locale mutualiste, MSA et CANAM).

La consommation moyenne⁹ est calculée en rapportant la consommation annuelle du

9. Il aurait été préférable de rapporter la consommation totale du canton à l'ensemble des bénéficiaires du canton. La consommation moyenne est donc ici surestimée, puisque seuls les consommateurs sont pris en compte, et non les assurés et ayants droits qui n'ont pas consommé dans l'année.

canton en actes de généralistes au nombre de bénéficiaires de ces actes résidant dans le canton et ayant eu recours à un médecin généraliste au moins une fois dans l'année. Il s'agit donc de consommateurs résidents dans le canton.

Trois catégories de cantons sont constituées d'après la distribution de la consommation moyenne en 2002 :

- consommation faible : la consommation moyenne est inférieure au 1^{er} quartile, soit 4,9 consultations et/ou visites par consommant
- consommation moyenne : la consommation moyenne est comprise entre le 1^{er} et le 3^e quartile, i.e. entre 4,9 et 6,1 consultations et/ou visites par consommant
- consommation forte : lorsque la consommation moyenne est supérieure au 3^e quartile, soit 6,1 consultations et/ou visites par consommant.

La distribution de la consommation moyenne en actes des généralistes des résidents du canton pour les cantons regroupés de France métropolitaine, est la suivante :

TABEAU 7

DISTRIBUTION DES CANTONS SELON LA CONSOMMATION ANNUELLE MOYENNE EN ACTES DES GÉNÉRALISTES DES RÉSIDENTS DU CANTON

Pourcentage de cantons	Consommation moyenne en actes des généralistes des résidents du canton
10%	4,5
25% (1 ^{er} quartile)	4,9
50% (Médiane)	5,4
75% (3 ^e quartile)	6,1
90%	6,7

LECTURE : 10 % des cantons ont une consommation moyenne des résidents inférieure à 4,5 actes de généraliste.

Le tableau 8 précise la répartition des pseudo cantons métropolitains¹⁰ par région selon le critère de consommation pour les médecins généralistes.

La plupart des régions n'ont pas, ou très peu, de cantons présentant une faible consommation de soins de médecins généralistes¹¹. C'est le cas notamment des régions Limousin, Midi-Pyrénées, Aquitaine, Alsace, Lorraine, Corse, Poitou-Charentes, Champagne-Ardenne et du Nord-Pas-de-Calais. Pour cette dernière région, la structure de la consommation a un profil très particulier, puisque la quasi-totalité de ses cantons présentent une forte consommation de soins.

Une plus faible implantation de spécialistes dans la région (44,6% contre 50,9% France entière, selon ADELI), impliquant un taux de recours plus important au généraliste, pourrait expliquer ce résultat. Inversement, le taux élevé de spécialistes en Île-de-France (55,9%) peut contribuer au fait que près de 90% des cantons franciliens présentent une faible consommation. Mais l'accès plus ou moins aisé au spécialiste n'explique que partiellement le niveau de consommation d'actes de généralistes : les régions Rhône-Alpes ou Pays de la Loire qui, à l'instar de l'Île-de-France, ont une proportion élevée de cantons à faible consommation n'ont

10. Les données de consommation ne sont pas disponibles pour les 95 pseudo cantons regroupés des DOM.

11. Par construction, comme pour les autres critères, les cantons dont la consommation moyenne est égale au 1^{er} quartile de la distribution ont été classés dans la catégorie « moyenne » et non « faible ». De nombreux cantons étant dans ce cas, le nombre total de cantons présentant une faible consommation est moins élevé que ceux présentant une forte consommation.

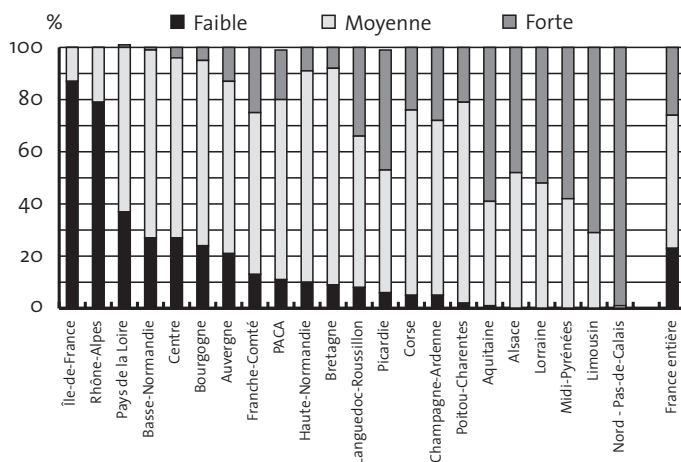
pas un taux de spécialistes régional particulièrement élevé (respectivement 51,4 % et 47,8 %); les régions PACA, Aquitaine ou Midi-Pyrénées, qui sont relativement bien dotées en spécialistes, présentent essentiellement des consommations moyennes ou fortes.

TABLEAU 8

RÉPARTITION DES PSEUDO CANTONS DANS LES CLASSES DE CONSOMMATION POUR LES GÉNÉRALISTES

Région	Consommation faible	Consommation moyenne	Consommation forte	Ensemble des cantons
Alsace	0	32	30	62
Aquitaine	2	81	119	202
Auvergne	28	87	17	132
Basse-Normandie	32	86	1	119
Bourgogne	35	104	8	147
Bretagne	16	141	13	170
Centre	44	115	7	166
Champagne-Ardenne	6	76	32	114
Corse	2	29	10	41
Franche-Comté	13	60	27	100
Haute-Normandie	9	72	8	89
Île-de-France	224	34	0	258
Languedoc-Roussillon	12	87	51	150
Limousin	0	24	58	82
Lorraine	0	67	73	140
Midi-Pyrénées	1	103	143	247
Nord - Pas-de-Calais	0	1	108	109
Pays de la Loire	60	103	1	164
Picardie	7	53	52	112
Poitou-Charentes	2	98	27	127
Provence-Alpes-Côte d'Azur	18	110	31	159
Rhône-Alpes	219	58	1	278
Total	730	1621	817	3168

RÉPARTITION DES PSEUDO CANTONS DANS LES CLASSES DE CONSOMMATION POUR LES GÉNÉRALISTES



■ Trois catégories de cantons définies à partir de la caractérisation statistique

Pour chacun des critères (densité, activité et consommation), les cantons ont été répartis en trois catégories, qui correspondent à une échelle d'intensité. Pour les cantons de France métropolitaine comptant au moins un médecin généraliste libéral, on obtient donc une classification des cantons en vingt-sept catégories. En pratique, l'une des catégories (densité forte, activité forte, et consommation faible) ne contient aucun canton.

Pour les cantons des départements d'outre-mer, pour lesquels le critère de consommation n'est pas disponible, les résultats de la classification correspondent au croisement des seuls critères de densité et d'activité. Le tableau 9 synthétise les résultats de l'ensemble de la classification pour les cantons de France entière.

À partir de la classification, peuvent être dégagées trois grandes catégories de zones : les zones les moins bien dotées, celles qui sont relativement bien dotées et celles présentant une offre de soins de médecins généralistes intermédiaire.

■ ■ Les zones les moins bien dotées en médecins généralistes

Sont regroupées dans cette catégorie les zones qui cumulent les éléments défavorables au sens des critères de densité, d'activité et de consommation. Il s'agit des cantons :

- **ne comptant aucun médecin généraliste et présentant une faible consommation** (ou des cantons sans médecin généraliste lorsque l'information sur la consommation n'est pas disponible) ;
- **ayant une faible densité de généralistes** (c'est-à-dire une densité inférieure aux trois quarts des cantons métropolitains), **une forte activité, et une faible consommation de soins** (pour les cantons métropolitains).

L'ensemble des arguments ayant présidé à la définition de cette catégorie sont détaillés dans l'encadré méthodologique de la page 26.

La classification conduit à distinguer sur la France entière 86 cantons relativement moins bien dotés, soit 2,5 % des cantons, qui présentent potentiellement des difficultés concernant l'offre de médecins généralistes libéraux.

Il s'agit de 63 pseudo cantons, qui combinent à la fois une densité et une consommation parmi les plus faibles (inférieures à celles des trois quarts des cantons) et une forte activité des généralistes (supérieure à l'activité moyenne de 75 % des cantons).

À ces cantons s'ajoutent :

- 5 cantons métropolitains qui n'ont aucun médecin généraliste libéral et dans lesquels la consommation en soins de généraliste est faible.
- 18 cantons d'outre-mer, qui ne comptent aucun médecin généraliste libéral ou qui combinent forte activité et faible densité de médecins généralistes.

TABLEAU 9

RÉPARTITION DES CANTONS SELON LES TROIS CRITÈRES POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX

	Critère de densité	Critère d'activité	Critère de consommation	Nombre de cantons	% de cantons	Population au RP99	% de la population France entière		
Départements d'outre-mer	Nulle	Nulle	Non disponible	9	0,3	27 764	0,05		
				Faible	Faible	21	0,6	366 086	0,61
					Moyenne	21	0,6	343 373	0,57
	Forte	9			0,3	76 620	0,13		
	Moyenne	Faible			13	0,4	306 771	0,51	
		Moyenne		12	0,4	303 079	0,5		
		Forte		1	0,0	5 167	0,01		
	Forte	Faible		7	0,2	162 755	0,27		
		Moyenne		2	0,1	74 902	0,12		
	France métropolitaine	Nulle		Nulle	Faible	5	0,2	10 483	0,02
Moyenne			21		0,6	34 236	0,06		
Forte			10		0,3	19 194	0,03		
Faible		Faible	Faible	81	2,5	2 133 619	3,54		
			Moyenne	44	1,3	171 563	0,29		
			Forte	9	0,3	25 687	0,04		
		Moyenne	Faible	155	4,8	3 696 463	6,14		
			Moyenne	137	4,2	1 486 008	2,47		
			Forte	20	0,6	113 297	0,19		
		Forte	Faible	63	1,9	864 172	1,44		
			Moyenne	189	5,8	1 802 607	3		
			Forte	54	1,7	494 377	0,82		
Moyenne		Faible	Faible	153	4,7	6 258 551	10,4		
			Moyenne	114	3,5	2 414 531	4,01		
			Forte	27	0,8	268 513	0,45		
		Moyenne	Faible	172	5,3	3 691 150	6,13		
			Moyenne	558	17,1	10 586 338	17,59		
			Forte	149	4,6	2 433 569	4,04		
		Forte	Faible	15	0,5	135 078	0,22		
			Moyenne	216	6,6	2 350 115	3,9		
			Forte	186	5,7	3 242 975	5,39		
Forte		Faible	Faible	77	2,4	1 863 217	3,1		
			Moyenne	163	5,0	4 587 193	7,62		
			Forte	88	2,7	2 742 757	4,56		
		Moyenne	Faible	9	0,3	131 977	0,22		
			Moyenne	171	5,2	2 956 371	4,91		
			Forte	213	6,5	3 432 914	5,7		
		Forte	Moyenne	10	0,3	69 836	0,12		
			Forte	59	1,8	503 857	0,84		
Total					3 263	100,00	60 187 165	100,00	

ÉLÉMENTS D'INTERPRÉTATION DU CRITÈRE DE CONSOMMATION PRIS EN COMPTE DANS LA DÉTERMINATION DES ZONES MOINS BIEN DOTÉES EN MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Les cantons combinant une faible densité et une forte activité des professionnels peuvent connaître des tensions sur l'offre de soins. Mais ce n'est sans doute pas le cas de tous les cantons réunissant ces deux critères. D'une part, le nombre important d'actes réalisés par les professionnels peut aussi résulter de choix personnels, sans que la population ne rencontre de difficultés dans le recours au généraliste. Ainsi, dans près de la moitié des cantons, au moins un généraliste effectue plus de 7 500 actes par an, ce qui correspond à une très forte activité (moins de 5 % des médecins généralistes atteignent ce niveau d'activité). 80 % de ces médecins ne sont pourtant pas implantés dans un canton à faible densité.

D'autre part, la densité de professionnels peut être faible, mais la demande être satisfaite si la population n'a pas de besoins importants, ou si elle peut accéder facilement aux généralistes des cantons voisins.

Le critère de consommation permet alors d'enrichir le diagnostic porté sur la zone. Une consommation de soins faible dans les cantons présentant déjà une faible densité et une forte activité des professionnels peut être le signe que la population ne peut consommer à hauteur de ses besoins.

On peut objecter qu'un canton peu doté en généralistes et dans lequel la population aurait de faibles besoins de soins est susceptible de réunir ces critères, la forte activité des professionnels étant alors liée à la demande de soins des cantons voisins. Cette difficulté d'interprétation ne nous a pas paru de nature à remettre en cause les critères choisis : même si le canton n'est pas lui-même en difficulté, ceci traduit tout de même des tensions sur l'offre de soins, qui se concentrent sur le(s) canton(s) voisin(s), du fait de la faiblesse de l'offre dans le canton considéré.

L'autre difficulté concernant l'utilisation de ce critère provient de l'absence d'information sur les bénéficiaires susceptibles de consommer (qu'ils consomment ou non effectivement). Pour les médecins généralistes, sous l'hypothèse que les taux de recours sont importants (et peu variables), le choix de retenir la consommation par consommateur nous semble être une solution de compromis acceptable.

En l'absence de données de consommation « parfaites », il nous paraîtrait cependant utile de comparer différents indicateurs de consommation de second rang afin de vérifier qu'ils conduisent au même diagnostic. Ainsi, la situation des zones vis-à-vis de l'indicateur de consommation moyenne par consommant (qui ne tient pas compte du non-recours) pourrait-elle être comparée à la situation de ces mêmes zones vis-à-vis du critère de consommation moyenne par habitant au RP (indicateur ne tenant pas compte des autres régimes), ou d'un indicateur de consommation moyenne par habitant au RP redressé de la part des trois régimes dans l'ensemble des régimes ou encore d'un indicateur de consommation par assuré. Mais cette analyse technique préalable n'a pu être menée faute de données et de temps.

En revanche, une standardisation de la consommation par âge a été réalisée pour comparer les niveaux moyens de consommation des cantons, à répartition par âge de la population identique. La structure par âge de la population du canton est en effet susceptible d'influer sur la demande adressée aux médecins généralistes. Mais la suppression de l'effet âge de la population modifie très peu les résultats : la distribution de la consommation standardisée est très voisine de celle utilisée dans ce rapport : 96 % des cantons ayant une faible consommation en actes de généralistes restent dans cette catégorie après standardisation, les 4 % restant passent à une consommation moyenne. Le critère de consommation utilisé semble donc bien refléter la capacité de la population à recourir au médecin généraliste et non le niveau de besoins de la population.

- Si l'on ne tient pas compte du critère de consommation dans la définition des zones moins bien dotées, par homogénéité avec les autres professions (pour lesquelles cette information n'est pas disponible), ce sont alors

celles où il n'y a pas de médecin généraliste, ou dont la densité en généralistes est faible et l'activité des professionnels est forte : 360 zones, soit 11 % des cantons, sont alors concernées.

- Si on relâche le critère de consommation, en incluant dans les zones moins bien dotées les cantons où la consommation de soins de médecine générale est faible ou moyenne, 306 cantons apparaissent potentiellement en difficulté, soit 9,4 % des cantons.
- Si l'on utilise pleinement le critère de consommation, 63 pseudo cantons combinent à la fois une densité et une consommation parmi les plus faibles et une forte activité des généralistes (auxquels il convient d'ajouter les 23 cantons cités précédemment — 18 cantons d'outre-mer et 5 cantons métropolitains — pour constituer la catégorie des zones moins bien dotées)

Les cantons les moins bien dotés en médecins généralistes sont concentrés dans 15 des 26 régions, les régions méridionales et l'est de la France ne comptant aucun canton dans ce cas. Les départements d'outre-mer, le Centre, les Pays de la Loire et, dans une moindre mesure, la région Rhône-Alpes, sont les régions les plus concernées. En particulier, plus d'un canton Guyanais sur deux fait partie de ces zones moins dotées en généralistes libéraux, regroupant 18 % de la population de Guyane ; 8 à 9 % des cantons de la Réunion, du Centre et des Pays de la Loire figurent également dans ce groupe, mais la fraction de la population concernée est moindre.

Les zones relativement moins dotées en généralistes sont en effet plutôt des petits cantons : la population est en moyenne de 11 400 habitants contre 18 500 sur l'ensemble des cantons français. Seulement 1,6 % de la population française y réside. La densité moyenne est de 2,6 généralistes pour 5 000 habitants (pour 4,6 sur la France entière). La proportion de personnes âgées y est un peu plus faible qu'en moyenne : 6,4 % contre 7,6 %, France entière.

Le temps d'accès au généraliste le plus proche y est un peu plus élevé qu'en moyenne : 5,2 minutes contre 4 minutes en moyenne pour la France entière. Le taux de mortalité est très proche de la moyenne (9,93 pour 1 000 habitants, contre 9,98 France entière).

■ ■ Les zones relativement bien dotées

Dans cette catégorie, sont réunies les zones qui cumulent les éléments favorables relativement à l'offre de soins de médecine générale : on considère que ce sont les cantons dans lesquels la densité de médecins généralistes est forte et où l'activité de ces professionnels est faible ; la consommation n'est pas prise en compte.

Ainsi, 335 cantons, soit 10,3 % des cantons, cumulent les éléments favorables avec une forte densité et une faible activité des professionnels, et peuvent être considérés comme relativement bien dotés.

La plupart d'entre eux sont situés dans le sud de la France, mais la Réunion et la Guadeloupe comptent aussi respectivement 13 % et 10 % de leurs cantons dans ce cas favorable. PACA apparaît la région la mieux dotée, avec 43 % de ses cantons dans cette catégorie, regroupant près de trois quarts de la population régionale. Suivent la Corse, le Limousin, Languedoc-Roussillon avec plus d'un quart de leurs cantons dans ce cas.

Environ 15 % de la population française réside dans ces zones relativement bien dotées en généralistes libéraux, avec une densité moyenne de 6,4 généralistes pour 5 000 habitants. Il s'agit plutôt de cantons urbains, un quart des cantons comptant plus de 30 000 habitants. La population y est un peu plus âgée qu'en moyenne (8,7 % de personnes âgées de plus de 75 ans).

■ ■ Les zones présentant une offre de soins de médecins généralistes intermédiaire

Les 2 842 autres zones ont été classées dans cette catégorie où l'offre de soins de généralistes est intermédiaire. Cette catégorie, assez hétérogène, regroupe en particulier :

- des zones à faible densité, où l'activité des professionnels est moyenne, voire faible. L'offre de soins est donc parmi les plus faibles, mais paraît suffisante pour répondre à la demande qui lui est adressée. L'accès au médecin généraliste ne pose donc *a priori* pas de difficulté, en dépit de la faible densité.
- Des zones à forte densité, qui présentent une activité de généralistes moyenne ou forte, indiquant des besoins importants de la population.

Ces zones intermédiaires, où le recours au médecin généraliste ne pose pas *a priori* le plus de difficultés, concentrent 83 % de la population française. La densité y est en moyenne de 7,4 médecins généralistes libéraux pour 5 000 habitants.

■ Représentation cartographique de la classification pour les médecins généralistes libéraux

Les 68 pseudo cantons métropolitains moins bien dotés en médecins généralistes sont dans leur majorité dispersés sur le territoire. Une vingtaine d'entre eux seulement présentent des contiguïtés entre eux.

Quatre zones de contiguïtés apparaissent.

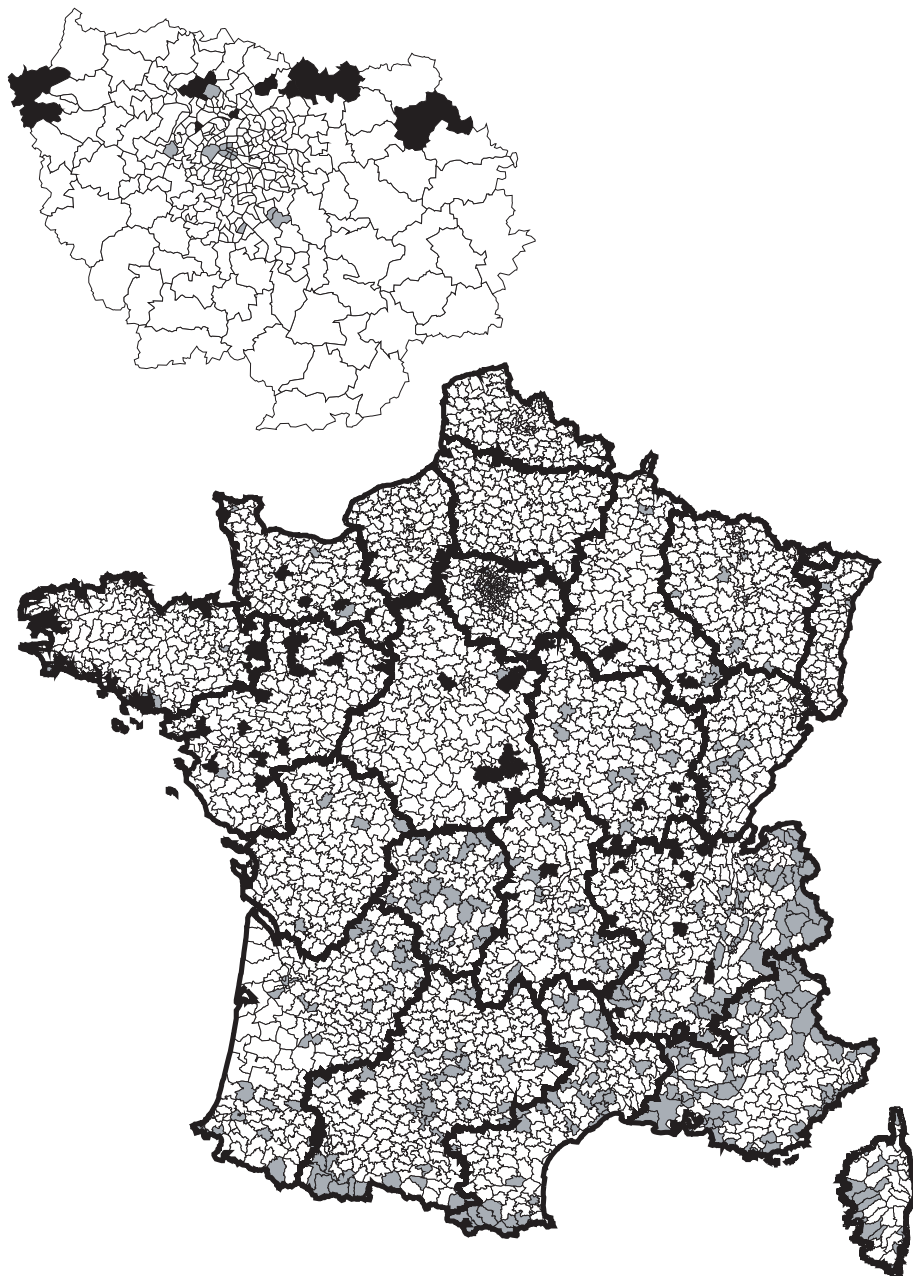
Trois zones sont situées dans la région Centre :

- l'une dans la partie centrale du Cher dans 4 cantons au sud et à l'est de Bourges ;
- une autre dans l'est du Loiret intégrant Courtenay, Villemandeur, Amilly et Vimory ;
- la troisième au nord de l'Eure-et-Loir, rejoignant des cantons en difficulté dans le sud de la Haute-Normandie et à l'ouest de l'Île-de-France.

Une zone enfin se situe en Pays de la Loire dans la partie nord de la Mayenne comprenant les cantons d'Argentré, Meslay-du-Maine et Mayenne.

SONT REPRÉSENTÉES SUR LA CARTE DE FRANCE MÉTROPOLITAINE ET L'AGRANDISSEMENT DE L'ÎLE-DE-FRANCE :

- en noir, les zones les moins dotées en médecins généralistes libéraux hors MEP
- en blanc, les zones présentant une offre de soins intermédiaire
- en gris, les zones les mieux dotées en médecins généralistes libéraux hors MEP





offre de soins des infirmiers libéraux

■ *QUELQUES ÉLÉMENTS DE CADRAGE*

Une définition élargie des « infirmiers offrant des soins de proximité » est présentée dans le tableau 10. Elle comprend les infirmiers libéraux non remplaçants, les infirmiers salariés des centres de santé et des établissements pour personnes âgées, mais ne comprend pas les services de soins infirmiers à domicile.

La prise en compte de cette offre complémentaire modifie quelque peu la hiérarchie des régions en termes d'offre de soins infirmiers : le classement de la Réunion, de la Franche-Comté, des Pays de la Loire et, dans une moindre mesure, de l'Île-de-France s'améliore, disposant d'une offre alternative relativement plus importante que dans les autres régions. À l'opposé, la situation de l'offre de soins infirmiers de proximité « au sens large » apparaît moins favorable pour la Picardie, la Lorraine et le Centre.

La distance moyenne d'accès à l'infirmier libéral le plus proche en France est de 1 km. Au niveau régional, la distance d'accès est la plus longue en Bourgogne et en Franche-Comté, avec respectivement 2,2 km et 2,0 km à parcourir en moyenne.

La donnée de la consommation de soins infirmiers n'a pu être collectée, les deux critères retenus pour la méthodologie nationale pour la profession d'infirmier sont :

- la densité d'infirmiers libéraux
- le nombre de coefficients moyen des infirmiers de la zone.

TABLEAU 10

CARACTÉRISTIQUES RÉGIONALES DE L'OFFRE DE SOINS DES INFIRMIERS LIBÉRAUX

Région	Infirmiers libéraux*		Infirmiers offrant des soins de proximité**		Activité moyenne des infirmiers libéraux*		Distance moyenne d'accès à l'infirmier libéral le plus proche (en km)***
	Densité	Rang	Densité	Rang	Nombre moyen de coefficients AMI et AIS ¹²	Rang	
Alsace	52	23	83	21	16 703	5	1,1
Aquitaine	120	5	156	7	15 868	11	1,1
Auvergne	84	11	128	10	14 319	20	1,6
Basse-Normandie	68	14	108	14	16 044	9	1,9
Bourgogne	66	15	104	16	14 743	16	2,2
Bretagne	105	8	146	9	15 870	10	0,8
Centre	57	18	82	22	14 073	23	1,5
Champagne-Ardenne	53	22	86	18	13 609	26	1,8
Corse	219	1	263	1	17 109	4	1,8
Franche-Comté	56	20	113	13	15 066	13	2,0
Guadeloupe	95	9	119	11	14 920	15	n.d.
Guyane	35	26	52	26	17 542	3	n.d.
Haute-Normandie	54	21	79	24	14 710	17	1,4
Île-de-France	41	25	84	20	16 697	6	0,2
Languedoc-Roussillon	192	2	231	2	16 266	8	0,7
Limousin	109	7	166	5	14 088	22	1,7
Lorraine	56	19	80	23	16 394	7	1,5
Martinique	113	6	152	3	18 045	2	n.d.
Midi-Pyrénées	150	4	199	4	14 450	19	1,4
Nord-Pas de Calais	62	16	86	18	15 750	12	0,4
Pays de la Loire	51	24	97	17	18 396	1	1,2
Picardie	57	17	78	25	14 287	21	1,7
Poitou-Charentes	75	13	107	15	14 548	18	1,7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	167	3	210	3	14 015	24	0,3
Réunion	93	10	158	6	13 970	25	n.d.
Rhône-Alpes	82	12	117	12	15 055	14	1,0
France entière	83	-	120	-	15 876	-	1,0

SOURCES : *SNIR au 31 décembre 2002 (CNAMTS), **ADELI au 1^{er} janvier 2003 (DREES), *** URCAM d'après le lieu d'exercice des professionnels libéraux au 31 décembre 2002
n.d. : non disponible.

12. Chaque acte effectué par un professionnel de santé libéral est coté selon un système associant des lettres clés et des coefficients pour sa rémunération. Chaque profession a ses propres lettres clés. Pour les infirmiers, la lettre AIS est employée pour les soins et gardes à domicile des malades, la lettre AMI pour les autres actes techniques. Le décompte des coefficients effectués par les professionnels pour les lettres clés correspondant à leurs actes permet ainsi d'appréhender leur activité.

La densité des infirmiers libéraux au niveau cantonal

On dénombre 49 795 infirmiers libéraux, soit une densité¹³ France entière de 4,1 infirmiers pour 5 000 habitants.

La distribution de la densité d'infirmiers libéraux pour 5 000 habitants, pour les 3 168 pseudo cantons « regroupés » métropolitains, est la suivante :

TABEAU 11

DISTRIBUTION DES CANTONS SELON LA DENSITÉ D'INFIRMIERS LIBÉRAUX POUR 5 000 HABITANTS

Pourcentage de cantons	Densité d'infirmiers libéraux pour 5 000 habitants
10 %	1,7
25 % (1 ^{er} quartile)	2,5
50 % (Médiane)	3,8
75 % (3 ^e quartile)	6,0
90 %	8,9

LECTURE : 10 % des cantons ont une densité d'infirmiers libéraux pour 5 000 habitants inférieure à 1,7.

91 pseudo cantons ne comptent aucun infirmier libéral. Trois catégories de cantons sont constituées à partir de la distribution de la densité d'infirmiers libéraux pour 5 000 habitants :

- densité faible¹⁴ : la densité d'infirmiers libéraux est inférieure au 1^{er} quartile, soit 2,5 infirmiers pour 5 000 habitants
- densité moyenne : la densité d'infirmiers libéraux est comprise entre le 1^{er} et le 3^e quartile, soit entre 2,5 et 6,0 infirmiers pour 5 000 habitants
- densité forte : la densité d'infirmiers libéraux est supérieure au 3^e quartile, soit 6,0 infirmiers pour 5 000 habitants.

Le tableau suivant précise la répartition des pseudo cantons par région selon le critère de densité pour les infirmiers libéraux.

13. La distribution de la densité est calculée sur les pseudo cantons regroupés de France métropolitaine, y compris ceux sans infirmier. La densité d'infirmiers libéraux est exprimée pour 5 000 habitants.

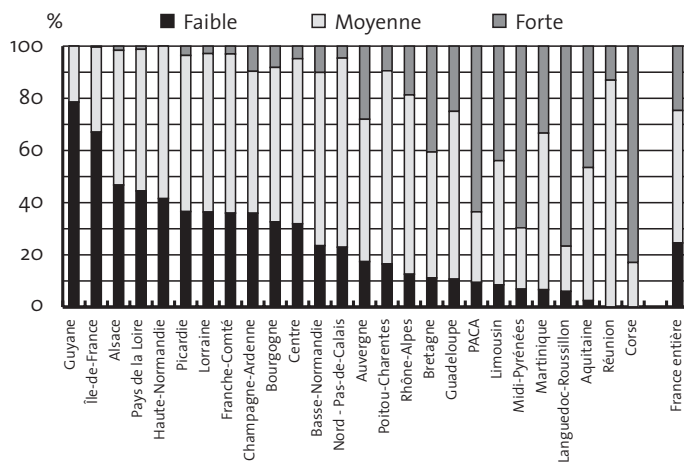
Les professionnels retenus dans ce calcul sont les infirmiers ayant une activité principale libérale, et qui sont en activité au 31 décembre 2002. Cette donnée, issue du SNIR et élaborée par la CNAMTS, n'inclut pas les remplaçants (qui ne peuvent être dissociés des titulaires, dans la mesure où leurs feuilles de soins sont établies au nom du praticien qu'ils remplacent).

14. Par construction, les pseudo cantons sans professionnel, pour lesquels la densité est nulle, sont classés dans le groupe des cantons de densité « faible ».

TABLEAU 12

**RÉPARTITION DES PSEUDO CANTONS PAR RÉGION ET SELON LE CRITÈRE DE DENSITÉ
POUR LES INFIRMIERS LIBÉRAUX**

Région	Densité faible	Densité moyenne	Densité forte	Ensemble des cantons
Alsace	29	32	1	62
Aquitaine	5	103	94	202
Auvergne	23	72	37	132
Basse-Normandie	28	79	12	119
Bourgogne	48	87	12	147
Bretagne	19	82	69	170
Centre	53	105	8	166
Champagne-Ardenne	41	62	11	114
Corse	0	7	34	41
Franche-Comté	36	61	3	100
Guadeloupe	3	18	7	28
Guyane	11	3	0	14
Haute-Normandie	37	52	0	89
Île-de-France	172	85	1	258
Languedoc-Roussillon	9	26	115	150
Limousin	7	39	36	82
Lorraine	51	85	4	140
Martinique	2	18	10	30
Midi-Pyrénées	17	58	172	247
Nord - Pas-de-Calais	25	79	5	109
Pays de la Loire	73	89	2	164
Picardie	41	67	4	112
Poitou-Charentes	21	94	12	127
Provence-Alpes-Côte d'Azur	15	43	101	159
Réunion	0	20	3	23
Rhône-Alpes	35	191	52	278
Total	801	1657	805	3263



La Guyane et les régions du nord de la France (Alsace, Pays de la Loire, Haute-Normandie, Basse-Normandie, Picardie, Lorraine, Franche-Comté, Champagne-Ardenne, Bourgogne, Centre, Île-de-France) présentent une proportion relativement élevée de cantons à densité d’infirmiers faible et/ou moyenne. La Guyane en particulier ne compte aucun canton à forte densité, et la densité d’infirmiers libéraux est faible dans près de 80 % de ses cantons. L’Île-de-France a aussi un profil spécifique avec deux-tiers de cantons à faible densité d’infirmiers libéraux et seulement 1 canton à forte densité.

À l’opposé, les cantons à forte densité d’infirmiers sont concentrés dans le sud de la France (Corse, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées), et dans une moindre mesure en Aquitaine, Bretagne et Limousin. Les Antilles et la Réunion présentent peu de cantons, voire aucun, à faible densité, au profit de densités moyennes.

L’activité moyenne des infirmiers libéraux par canton

Le critère d’activité est établi à partir de la distribution du nombre annuel moyen de coefficients AMI et AIS¹⁵ effectués par les infirmiers libéraux exerçant dans la zone.

L’activité des cabinets secondaires éventuels de ces infirmiers n’est pas dissociée de celle de leur cabinet principal. Elle est donc affectée au pseudo canton du cabinet principal¹⁶.

La distribution est calculée sur les pseudo cantons regroupés de France métropolitaine, y compris les pseudo cantons sans professionnel (par souci d’homogénéité avec les calculs de densité).

La distribution des coefficients moyens des infirmiers libéraux, pour les 3 168 pseudo cantons « regroupés » métropolitains, est la suivante :

TABEAU 13

DISTRIBUTION DES PSEUDO CANTONS SELON LE NOMBRE MOYEN DE COEFFICIENTS D’INFIRMIERS LIBÉRAUX

Pourcentage de cantons	Nb moyen de coefficients (AIS + AMI) des infirmiers libéraux par canton
10 %	10 246
25 % (1 ^{er} quartile)	12 419
50 % (Médiane)	14 655
75 % (3 ^e quartile)	16 855
90 %	18 675

LECTURE : dans 10 % des cantons, le nombre moyen de coefficients (AIS + AMI) des infirmiers libéraux du canton est inférieur à 10 246.

15. Chaque acte effectué par un professionnel de santé libéral est coté selon un système associant des lettres clés et des coefficients pour sa rémunération. Chaque profession a ses propres lettres clés. Pour les infirmiers, la lettre AIS est employée pour les soins et gardes à domicile des malades, la lettre AMI pour les autres actes techniques. Le décompte des coefficients effectués par les professionnels pour les lettres clés correspondant à leurs actes permet ainsi d’appréhender leur activité.

16. Les actes pris en compte sont les consultations et les visites des médecins généralistes libéraux (hors MEP en activité au 31 décembre 2002, cf. calcul de la densité). L’activité des cabinets secondaires éventuels de ces médecins n’est pas dissociée de celle de leur cabinet principal. Elle est donc affectée au pseudo canton du cabinet principal. La distribution est calculée sur les pseudo cantons regroupés de France métropolitaine, y compris les pseudo cantons sans professionnel (par souci d’homogénéité avec les calculs de densité et de consommation).

Les pseudo cantons sont répartis en trois catégories, d'après la distribution du nombre annuel moyen de coefficients AMI et AIS effectués par les infirmiers libéraux exerçant dans la zone :

- activité faible¹⁷ : le nombre moyen de coefficients (total AMI + AIS) effectués par les infirmiers libéraux de la zone par an est inférieur à 12 419 (1^{er} quartile) ;
- activité moyenne : le nombre moyen de coefficients AMI et AIS effectués par les infirmiers libéraux de la zone par an est compris entre 12 419 et 16 855 (1^{er} et 3^e quartiles) ;
- activité forte : lorsque le nombre moyen de coefficients AMI et AIS effectués par les infirmiers libéraux de la zone par an est supérieur à 16 855 (3^e quartile).

Le tableau ci-dessous précise la répartition des pseudo cantons par région selon le critère d'activité pour les infirmiers libéraux.

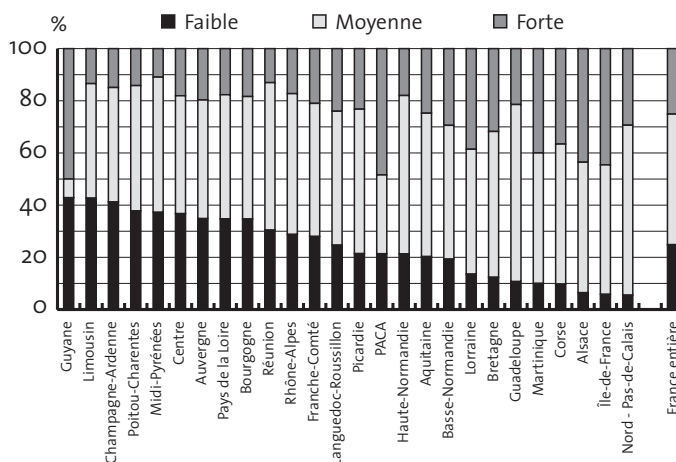
TABLEAU 14

**RÉPARTITION DES PSEUDO CANTONS PAR RÉGION ET SELON LE CRITÈRE D'ACTIVITÉ
POUR LES INFIRMIERS LIBÉRAUX**

Région	Activité faible	Activité moyenne	Activité forte	Ensemble des cantons
Alsace	4	31	27	62
Aquitaine	41	111	50	202
Auvergne	46	60	26	132
Basse-Normandie	23	61	35	119
Bourgogne	51	69	27	147
Bretagne	21	95	54	170
Centre	61	75	30	166
Champagne-Ardenne	47	50	17	114
Corse	4	22	15	41
Franche-Comté	28	51	21	100
Guadeloupe	3	19	6	28
Guyane	6	1	7	14
Haute-Normandie	19	54	16	89
Île-de-France	15	128	115	258
Languedoc-Roussillon	37	77	36	150
Limousin	35	36	11	82
Lorraine	19	67	54	140
Martinique	3	15	12	30
Midi-Pyrénées	92	128	27	247
Nord - Pas-de-Calais	6	71	32	109
Pays de la Loire	57	78	29	164
Picardie	24	62	26	112
Poitou-Charentes	48	61	18	127
Provence-Alpes-Côte d'Azur	34	48	77	159
Réunion	7	13	3	23
Rhône-Alpes	80	150	48	278
Total	811	1633	819	3263

17. Par construction, les pseudo cantons sans professionnel, pour lesquels l'activité est inexistante, sont classés dans le groupe des cantons d'activité « faible ».

**RÉPARTITION DES PSEUDO CANTONS DES RÉGIONS SELON LE CRITÈRE D'ACTIVITÉ
POUR LES INFIRMIERS LIBÉRAUX**



Il n'existe pas de corrélation entre la densité et le niveau d'activité des infirmiers. Autrement dit, une densité faible n'est pas associée à une activité forte.

L'activité de la moitié des cantons de PACA est forte, bien que la région soit relativement bien dotée en IDE. Ceci s'explique par la forte proportion de personnes âgées (9,2 %). Le constat est similaire en Bretagne.

Des régions qui présentaient une grande variabilité de densité d'infirmiers ont pourtant un profil assez voisin en termes d'activité (par exemple, Limousin, Centre et Midi-Pyrénées), avec davantage de cantons à faible activité que la moyenne.

La Guyane n'a que la moitié de ses cantons à forte activité avec 80 % de cantons faiblement dotés, ce qui relativise en partie le constat. Si l'offre est faible, la demande l'est aussi.

Trois catégories de cantons définies à partir de la caractérisation statistique

Pour chacun des critères (densité et activité), les cantons ont été répartis en trois catégories, qui correspondent à une échelle d'intensité. On obtient donc une classification des cantons en neuf catégories, auxquelles s'ajoute la catégorie des cantons sans infirmier libéral.

Le tableau suivant donne donc la répartition des cantons entre ces dix catégories pour l'ensemble des cantons (France entière).

TABLEAU 15

RÉPARTITION DES PSEUDO CANTONS, SELON LES CRITÈRES DE DENSITÉ ET D'ACTIVITÉ DES INFIRMIERS

Critère de densité	Critère d'activité	Nombre de cantons	% de cantons	Population	% de la population
Densité nulle	Pas d'activité	91	2,8	307 488	0,5
Faible	Faible	138	4,2	1 959 543	3,3
Faible	Moyenne	340	10,4	11 571 958	19,2
Faible	Forte	233	7,1	5 808 659	9,7
Moyenne	Faible	394	12,1	3 774 290	6,3
Moyenne	Moyenne	872	26,7	16 358 252	27,2
Moyenne	Forte	390	12,0	8 562 646	14,2
Forte	Faible	188	5,8	787 163	1,3
Forte	Moyenne	421	12,9	5 974 606	9,9
Forte	Forte	196	6,0	5 082 560	8,4
Total	Total	3 263	100,0	60 187 165	100,0

À partir de la classification, peuvent être dégagées trois grandes catégories de zones.

■ ■ Les zones les moins bien dotées

En l'absence d'information sur la consommation de soins infirmiers, sont classées dans cette catégorie les zones qui cumulent les éléments défavorables au sens des critères de densité et d'activité. Il s'agit des cantons :

- ne comptant aucun infirmier libéral ;
- ayant une faible densité d'infirmier libéral (c'est-à-dire une densité inférieure aux trois quarts des cantons métropolitains), et une forte activité (supérieure aux trois quarts des cantons métropolitains).

Une faible densité et une forte activité de professionnels ne sont pas toujours associées à des tensions sur l'offre, si la population peut consommer autant de soins infirmiers que de besoin. Les deux critères disponibles permettent seulement de déterminer des zones qui présentent potentiellement des difficultés. Le nombre de cantons ainsi distingués est naturellement plus important que pour la profession de généralistes, pour laquelle un critère de sélection supplémentaire a été utilisé.

233 pseudo cantons, soit 7,1 % des cantons, combinent à la fois une densité parmi les plus faibles (inférieure à celles des trois quarts des cantons) et une forte activité des infirmiers (supérieure à l'activité moyenne de 75 % des cantons). De plus, 91 cantons n'ont aucun infirmier libéral.

Au total, la classification conduit à distinguer sur la France entière 324 cantons relativement moins bien dotés, soit 9,8 % des cantons, qui présentent potentiellement des difficultés concernant l'offre de d'infirmiers libéraux.

Seules trois régions, la Guadeloupe, la Réunion et la Corse ne comptent aucun canton relativement moins bien doté. La Guyane, l'Île-de-France, la Lorraine, la Franche-Comté, l'Alsace et, dans une moindre mesure, la Bourgogne et les Pays de la Loire sont les régions les plus concernées. Les deux tiers de la population de Guyane et près d'un tiers des franciliens résident dans les cantons les moins bien dotés en infirmiers libéraux.

Ces zones sont de tailles très hétérogènes. Au total, 10,2 % de la population française y réside. La densité moyenne est de 1,7 infirmier libéral pour 5 000 habitants (pour 7,6 infirmiers sur la France entière). La proportion de personnes âgées y est un peu plus faible qu'en moyenne : 6,1 % contre 7,6 %, France entière.

■ ■ Les zones relativement bien dotées

Cette classe regroupe les zones qui cumulent les éléments favorables relativement à l'offre de soins d'infirmier libéral : ce sont les cantons dans lesquels la densité d'infirmiers libéraux est forte et l'activité de ces professionnels est faible.

On dénombre ainsi 188 cantons, soit 5,8 % des cantons, qui présentent à la fois une forte densité et une faible activité d'infirmiers libéraux, et peuvent être considérés comme relativement bien dotés. La densité moyenne y est très élevée, avec 9,2 infirmiers libéraux pour 5 000 habitants.

La proportion de personnes âgées y est particulièrement importante (12 %, contre 7,6 % France entière). La demande de soins infirmiers est donc vraisemblablement élevée, ce qui explique la forte implantation de cette profession de santé.

L'ensemble de ces cantons compte un peu moins de 800 000 habitants, soit 1,3 % de la population française. Les régions pour lesquelles le poids en terme de population régionale résidant dans ces zones est le plus important sont Midi-Pyrénées, le Limousin et l'Auvergne.

■ ■ Les zones présentant une offre de soins d'infirmier libéral intermédiaire

Les autres zones ont été regroupées dans cette catégorie où l'offre de soins d'infirmier libéral est intermédiaire. Cette catégorie, assez hétérogène, recouvre en particulier :

- des zones à faible densité, où l'activité des professionnels est moyenne, voire faible. L'offre de soins est donc parmi les plus faibles, mais paraît suffisante pour répondre à la demande qui lui est adressée. L'accès aux soins infirmiers ne pose donc *a priori* pas de difficulté, contrairement à la conclusion qui aurait pu être tirée du seul examen de la densité.
- Des zones à forte densité, mais présentant par ailleurs une forte activité des infirmiers. Ces cantons disposent d'une offre de soins infirmiers élevée, correspondant à des besoins importants de la population.

Ces zones intermédiaires, où le recours aux infirmiers libéraux ne pose pas *a priori* le plus de difficultés, concentrent 88,5 % de la population française. La densité y est en moyenne de 4,3 infirmiers libéraux pour 5 000 habitants.

■ Représentation cartographique de la classification pour les infirmiers libéraux

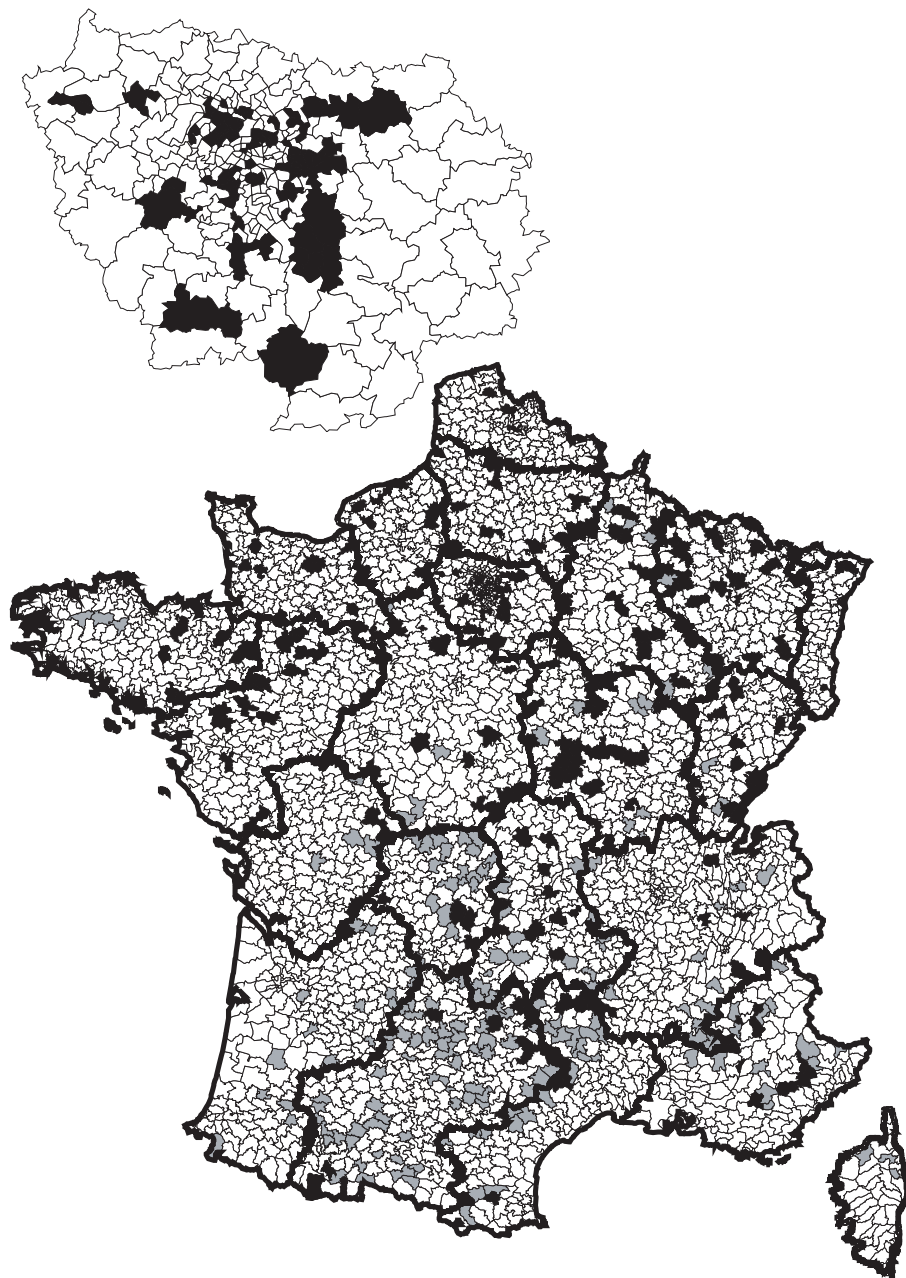
Sur les 306 pseudo cantons métropolitains moins bien dotés en infirmiers libéraux, les deux tiers d'entre eux sont dispersés sur le territoire. La centaine de pseudo cantons présentant des contiguïtés (associant au moins quatre cantons) se répartissent en près de quinze zones.

Partant du nord vers le sud :

- une zone en Picardie, dans l'est de l'Aisne ;
- une zone en forme de triangle reliant divers cantons du nord de la Lorraine, qui traverse ensuite la Champagne-Ardenne pour rejoindre quelques cantons à l'est d'Auxerre dans l'Yonne ;
- de nombreux cantons de l'ouest de la Seine-et-Marne ;
- une zone traversant les Pays de la Loire : du nord de la Mayenne vers le nord de la Loire-Atlantique ;
- une zone reliant la partie centrale de la Nièvre aux cantons à la frontière Saône-et-Loire/Côte-d'Or ;
- une zone au sud-est de la région Centre dans le Cher à la frontière de l'Allier ;
- deux zones de chaque côté de l'Aveyron, aux confins de la Lozère et au bord du département du Tarn ;
- une zone en PACA reliant les frontières du Var et des Alpes-Maritimes.

SONT REPRÉSENTÉES SUR LA CARTE DE FRANCE MÉTROPOLITAINE ET L'AGRANDISSEMENT DE L'ÎLE-DE-FRANCE :

- *en noir, les zones les moins dotées en infirmiers libéraux*
- *en blanc, les zones présentant une offre de soins intermédiaire*
- *en gris, les zones les mieux dotées en infirmiers libéraux*





offre de soins des masseurs-kinésithérapeutes libéraux

■ QUELQUES ÉLÉMENTS DE CADRAGE

TABEAU 16

CARACTÉRISTIQUES RÉGIONALES DE L'OFFRE DE SOINS DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX

Région	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux*		Masseurs-kinésithérapeutes offrant des soins de proximité**		Activité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux*		Distance moyenne d'accès au masseur-kinésithérapeute libéral le plus proche (en km)***
	Densité	Rang	Densité	Rang	Nombre de coefficients	Rang	
Alsace	47	17	73	14	31 866	12	1,1
Aquitaine	75	6	99	7	29 936	19	1,6
Auvergne	69	9	93	10	28 906	22	2,0
Basse-Normandie	45	19	65	19	32 624	7	2,3
Bourgogne	55	14	72	15	32 283	9	2,3
Bretagne	71	8	98	8	29 302	20	1,0
Centre	52	16	68	17	32 579	8	1,8
Champagne-Ardenne	44	20	58	23	33 317	4	2,4
Corse	106	2	134	3	31 953	11	3,7
Franche-Comté	41	23	61	21	31 001	16	2,6
Guadeloupe	39	25	48	25	25 992	25	n.d.
Guyane	23	26	34	26	31 671	13	n.d.
Haute-Normandie	44	21	59	22	33 138	5	1,7
Île-de-France	73	7	104	6	26 945	24	0,2
Languedoc-Roussillon	99	3	135	2	31 174	15	0,9
Limousin	62	12	87	12	33 041	6	2,1
Lorraine	42	22	66	18	34 216	2	1,7
Martinique	40	24	56	24	28 994	21	n.d.
Midi-Pyrénées	80	4	109	4	30 031	18	1,7
Nord-Pas de Calais	66	10	89	11	33 668	3	0,5
Pays de la Loire	58	13	78	13	31 507	14	1,1
Picardie	45	18	62	20	30 817	17	2,1
Poitou-Charentes	55	15	72	15	34 444	1	2,1
Provence-Alpes-Côte d'Azur	117	1	142	1	32 086	10	0,3
Réunion	64	11	97	9	17 125	26	n.d.
Rhône-Alpes	78	5	106	5	27 288	23	1,1
France entière	69	-	93	-	30 032	-	1,1

SOURCES : *SNIR au 31 décembre 2002 (CNAMTS), **ADELI au 1^{er} janvier 2003 (DREES).

***URCAM d'après le lieu d'exercice des professionnels libéraux au 31 décembre 2002.

n.d. : non disponible.

À l'offre libérale, sur laquelle se concentre l'analyse cantonale, s'ajoute l'offre salariée de proximité, assurée par les centres de santé et centres de rééducation et réadaptation. Ces différents professionnels sont retenus dans la définition des masseurs-kinésithérapeutes assurant des soins de proximité. La prise en compte de cette offre complémentaire modifie très peu le classement régional observé pour l'offre libérale. La Champagne-Ardenne apparaît encore moins dotée en masseurs-kinésithérapeutes relativement aux autres régions, alors que la situation de l'Alsace et de la Lorraine, si elle reste inférieure à la moyenne nationale, apparaît au contraire plus favorable.

La distance moyenne d'accès au masseur-kinésithérapeute le plus proche en France est de 1,1 km. Au niveau régional, la distance d'accès est la plus longue en Corse, avec 3,7 km à parcourir en moyenne.

La densité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux

On dénombre 41 237 masseurs-kinésithérapeutes libéraux, soit une densité¹⁸ pour la France entière de 3,4 professionnels pour 5 000 habitants.

La distribution de la densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux pour 5 000 habitants, pour les 3 168 pseudo cantons « regroupés » métropolitains, est la suivante :

TABEAU 17

DISTRIBUTION DES PSEUDO CANTONS SELON LA DENSITÉ DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES POUR 5 000 HABITANTS

Pourcentage de cantons	Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux pour 5 000 habitants
10 %	0,6
25 % (1 ^{er} quartile)	1,6
50 % (Médiane)	2,5
75 % (3 ^e quartile)	3,6
90 %	4,9

LECTURE : 10 % des cantons ont une densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux pour 5 000 habitants inférieure à 0,6.

310 pseudo cantons, soit 9,5 % des pseudo cantons, ne comptent aucun masseur-kinésithérapeute libéral.

Trois catégories de cantons sont constituées à partir de la distribution de la densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux pour 5 000 habitants :

- densité faible¹⁹ : la densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux est inférieure au 1^{er} quartile, soit 1,6 masseur-kinésithérapeute pour 5 000 habitants ;
- densité moyenne : la densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux est comprise entre le 1^{er} et le 3^e quartile, soit entre 1,6 et 3,6 masseurs-kinésithérapeutes pour 5 000 habitants ;

18. Les professionnels retenus dans ce calcul sont les masseurs-kinésithérapeutes ayant une activité principale libérale, et qui sont en activité au 31/12/2002. Cette donnée, issue du SNIR et élaborée par la CNAMTS, n'inclut pas les remplaçants (qui ne peuvent être dissociés des titulaires, dans la mesure où leurs feuilles de soins sont établies au nom du praticien qu'ils remplacent).

19. Par construction, les pseudo cantons sans professionnel, pour lesquels la densité est nulle, sont classés dans le groupe des cantons de densité « faible ».

• densité forte : la densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux est supérieure au 3^e quartile, soit 3,6 masseurs-kinésithérapeutes pour 5 000 habitants.

Le tableau suivant précise la répartition des pseudo cantons par région selon le critère de densité pour les masseurs-kinésithérapeutes libéraux.

TABLEAU 18

**RÉPARTITION DES PSEUDO CANTONS PAR RÉGION ET SELON LE CRITÈRE DE DENSITÉ
POUR LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX**

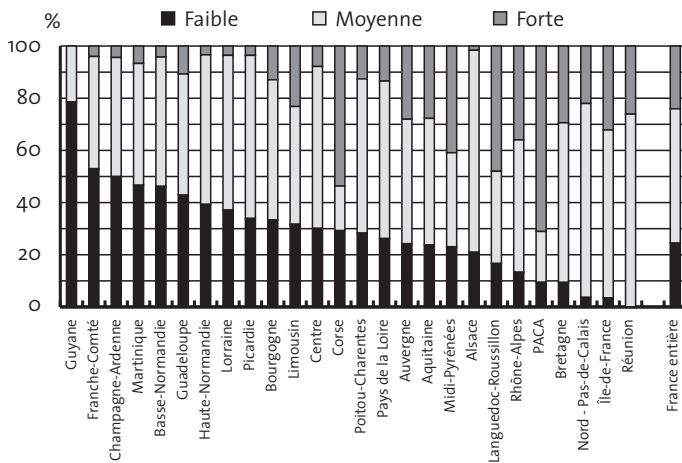
Région	Densité faible	Densité moyenne	Densité forte	Ensemble des cantons
Alsace	13	48	1	62
Aquitaine	48	98	56	202
Auvergne	32	63	37	132
Basse-Normandie	55	59	5	119
Bourgogne	49	79	19	147
Bretagne	16	104	50	170
Centre	50	103	13	166
Champagne-Ardenne	57	52	5	114
Corse	12	7	22	41
Franche-Comté	53	43	4	100
Guadeloupe	12	13	3	28
Guyane	11	3	0	14
Haute-Normandie	35	51	3	89
Île-de-France	10	164	84	258
Languedoc-Roussillon	25	53	72	150
Limousin	26	37	19	82
Lorraine	52	83	5	140
Martinique	14	14	2	30
Midi-Pyrénées	57	89	101	247
Nord - Pas-de-Calais	4	81	24	109
Pays de la Loire	43	99	22	164
Picardie	38	70	4	112
Poitou-Charentes	36	75	16	127
Provence-Alpes-Côte d'Azur	15	31	113	159
Réunion	0	17	6	23
Rhône-Alpes	37	141	100	278
Total	800	1 677	786	3 263

Les régions PACA, Corse, Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées sont caractérisées par une proportion élevée de cantons présentant une forte densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux (71 % pour PACA, 54 % pour la Corse). La majorité des cantons de la Réunion, de l'Île-de-France, du Nord - Pas-de-Calais et de la Bretagne présentent des densités moyennes de professionnels.

À l'opposé, la Guyane apparaît comme la région la moins bien dotée en masseurs-kinésithérapeutes : la densité est faible dans près de 80 % des cantons et aucun d'entre eux n'en-

registre une forte densité. Les Antilles, le nord-est de la France (à l'exception de l'Alsace) et la Normandie présentent des profils similaires mais moins marqués.

RÉPARTITION DES PSEUDO CANTONS PAR RÉGION ET SELON LE CRITÈRE DE DENSITÉ POUR LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX



■ L'activité moyenne des masseurs-kinésithérapeutes libéraux par canton

Comme pour les infirmiers, l'activité des masseurs-kinésithérapeutes est mesurée par le biais du nombre de coefficients tarifés pour chaque type d'actes réalisé. Pour les masseurs-kinésithérapeutes, tous les soins sont codifiés au travers de trois lettres clés : AMS (actes de rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques), AMK (autres actes de rééducation réalisés en ambulatoire) et AMC (autres actes de rééducation pratiqués dans une structure de soins ou un établissement).

Le critère d'activité est ainsi établi à partir de la distribution du nombre annuel moyen de coefficients AMS, AMK et AMC effectués par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux exerçant dans la zone²⁰.

20. L'activité des cabinets secondaires éventuels de ces masseurs-kinésithérapeutes n'est pas dissociée de celle de leur cabinet principal. Elle est donc affectée au pseudo canton du cabinet principal. La distribution est calculée sur les pseudo cantons regroupés de France métropolitaine, y compris les pseudo cantons sans professionnel (par souci d'homogénéité avec les calculs de densité).

TABLEAU 19

**DISTRIBUTION DES PSEUDO CANTONS SELON LE NOMBRE MOYEN DE COEFFICIENTS
DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES**

Pourcentage de cantons	Nombre moyen de coefficients (AMS + AMK + AMC) des MK libéraux par canton
10 %	14 652
25 % (1 ^{er} quartile)	26 015
50 % (Médiane)	31 274
75 % (3 ^e quartile)	36 130
90 %	40 920

LECTURE : dans 10 % des cantons, le nombre moyen de coefficients (AMS + AMK + AMC) des masseurs-kinésithérapeutes libéraux par cantons est inférieur à 14 652.

Les pseudo cantons sont répartis en trois catégories, d'après la distribution du nombre annuel moyen de coefficients AMS, AMK et AMC effectués par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux exerçant dans la zone :

- activité faible²¹ : le nombre moyen de coefficients (total coefficients AMS, AMK et AMC) effectués par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux de la zone par an est inférieur à 26 015 (1^{er} quartile) ;
- activité moyenne : le nombre moyen de coefficients AMS, AMK et AMC effectués par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux de la zone par an est compris entre 26 015 et 36 130 (1^{er} et 3^e quartiles) ;
- activité forte : le nombre moyen de coefficients AMS, AMK et AMC effectués par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux de la zone par an est supérieur à 36 130 (3^e quartile).

Le tableau 20 ci-après précise la répartition des pseudo cantons par région selon le critère d'activité pour les masseurs-kinésithérapeutes libéraux.

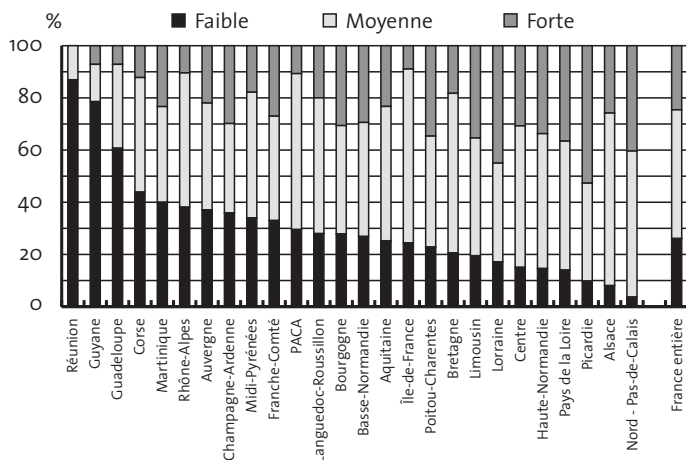
L'activité moyenne des professionnels par canton permet de nuancer le constat obtenu à partir des seules densités. La Réunion, dont la plupart des cantons sont à faible activité, apparaît relativement bien dotée en masseurs-kinésithérapeutes libéraux. Il en va de même pour la Guyane et les Antilles, en dépit de la faible densité de professionnels installés. Les régions Rhône-Alpes, Corse, PACA et Île-de-France présentent une très faible proportion de cantons à forte activité.

21. Par construction, les pseudo cantons sans professionnel, pour lesquels l'activité est inexistante, sont classés dans le groupe des cantons d'activité « faible ».

TABLEAU 20

**RÉPARTITION DES PSEUDO CANTONS PAR RÉGION ET SELON LE CRITÈRE D'ACTIVITÉ
POUR LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX**

Région	Activité faible	Activité moyenne	Activité forte	Ensemble des cantons
Alsace	5	41	16	62
Aquitaine	51	104	47	202
Auvergne	49	54	29	132
Basse-Normandie	32	52	35	119
Bourgogne	41	61	45	147
Bretagne	35	104	31	170
Centre	25	90	51	166
Champagne-Ardenne	41	39	34	114
Corse	18	18	5	41
Franche-Comté	33	40	27	100
Guadeloupe	17	9	2	28
Guyane	11	2	1	14
Haute-Normandie	13	46	30	89
Île-de-France	63	172	23	258
Languedoc-Roussillon	42	78	30	150
Limousin	16	37	29	82
Lorraine	24	53	63	140
Martinique	12	11	7	30
Midi-Pyrénées	84	119	44	247
Nord - Pas-de-Calais	4	61	44	109
Pays de la Loire	23	81	60	164
Picardie	11	42	59	112
Poitou-Charentes	29	54	44	127
Provence-Alpes-Côte d'Azur	47	95	17	159
Réunion	20	3	0	23
Rhône-Alpes	106	143	29	278
Total	852	1 609	802	3 263



Trois catégories de cantons définies à partir de la caractérisation statistique

Pour chacun des critères (densité et activité), les cantons ont été répartis en trois catégories, qui correspondent à une échelle d'intensité. On obtient donc une classification des cantons en neuf catégories, auxquelles s'ajoute la catégorie des cantons sans masseur-kinésithérapeute libéral.

Le tableau ci-dessous donne donc la répartition des cantons entre ces dix catégories pour l'ensemble des cantons (France entière).

TABLEAU 21

RÉPARTITION DES PSEUDO CANTONS, SELON LES CRITÈRES DE DENSITÉ ET D'ACTIVITÉ POUR LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

Critère de densité	Critère d'activité	Nombre de cantons	% de cantons	Population	% de la population
Densité nulle	Pas d'activité	310	9,5	997 012	1,66
Faible	Faible	73	2,2	541 398	0,9
Faible	Moyenne	147	4,5	1 580 138	2,63
Faible	Forte	269	8,2	2 515 666	4,18
Moyenne	Faible	248	7,6	3 013 248	5,01
Moyenne	Moyenne	961	29,5	21 832 578	36,27
Moyenne	Forte	470	14,4	6 513 678	10,82
Forte	Faible	221	6,8	6 923 693	11,5
Forte	Moyenne	501	15,4	15 448 678	25,67
Forte	Forte	63	1,9	821 076	1,36
Total	Total	3 263	100,0	60 187 165	100,0

À partir de la classification, peuvent être dégagées trois grandes catégories de zones.

■ ■ Les zones les moins bien dotées en masseurs-kinésithérapeutes

Cette catégorie regroupe les zones qui cumulent les éléments défavorables au sens des critères de densité et d'activité. Il s'agit de cantons :

- **ne comptant aucun masseur-kinésithérapeute libéral**
- **ayant une faible densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux** (c'est-à-dire une densité inférieure à celles des trois quarts des cantons métropolitains), **et une forte activité** (supérieure à celles des trois quarts des cantons métropolitains).

269 pseudo cantons, soit 8,2 % des cantons, combinent à la fois une densité parmi les plus faibles (inférieure à celles des trois quarts des cantons) et une forte activité des masseurs-kinésithérapeutes (supérieure à l'activité moyenne de 75 % des cantons). À ces cantons, s'ajoutent 310 autres qui ne comportent aucun masseur-kinésithérapeute libéral.

Au total, la classification conduit à distinguer sur la France entière 579 cantons relativement moins bien dotés, soit 17,7 % des cantons, qui présentent potentiellement des difficultés

concernant l'offre de masseurs -kinésithérapeutes libéraux. Ils rassemblent 5,8% de la population française.

Ce sont donc de petits cantons : 95 % d'entre eux comptent moins de 16 500 habitants, alors que la taille moyenne des pseudo cantons français est de 18 500 habitants.

La densité moyenne est de 0,87 masseur-kinésithérapeute libéral pour 5 000 habitants (contre 3,4 pour la France entière). La proportion de personnes âgées y est un peu plus forte qu'en moyenne : 8,6 % contre 7,6 %, pour la France entière.

La moitié de la population guyanaise, près d'un habitant sur cinq en Champagne-Ardenne et Franche-Comté ainsi qu'un habitant sur six en Lorraine et en Basse-Normandie sont concernés.

■ ■ Les zones relativement bien dotées en masseurs-kinésithérapeutes

Sont réunies dans cette classe les zones qui cumulent les éléments favorables relativement à l'offre de soins de masseur-kinésithérapeute libéral : ce sont les cantons dans lesquels la densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux est forte et l'activité de ces professionnels est faible.

Ainsi, 221 cantons, soit 6,8 % des cantons, cumulent les éléments favorables avec une forte densité et une faible activité des professionnels, et peuvent être considérés comme relativement bien dotés. Ils regroupent 11,5 % de la population française.

La densité moyenne dans ces zones est de 5,2 masseurs-kinésithérapeutes pour 5 000 habitants. Elles ne présentent pourtant pas de particularité en termes de population âgée. La proportion de personnes âgées de plus de 75 ans, en général à l'origine d'une demande importante de soins de kinésithérapie, est égale à la moyenne nationale.

Les régions les plus concernées en termes de population couverte sont le Limousin, Rhône-Alpes, l'Île-de-France, la Réunion et, dans une moindre mesure, l'Auvergne.

■ ■ Les zones présentant une offre de soins de masseurs-kinésithérapeutes libéraux intermédiaire

Les autres zones ont été regroupées dans cette catégorie où l'offre de soins de masseurs-kinésithérapeutes libéraux est intermédiaire. Cette catégorie, assez hétérogène, recouvre en particulier :

- des zones à faible densité, où l'activité des professionnels est moyenne, voire faible. L'offre de soins est donc parmi les plus faibles, mais paraît suffisante pour répondre à la demande qui lui est adressée. L'accès aux soins de kinésithérapie ne pose donc *a priori* pas de difficulté, en dépit de la faible densité.
- Des zones à forte densité, mais présentant par ailleurs une forte activité des masseurs-kinésithérapeutes. Ces cantons disposent d'une offre de soins de kinésithérapie élevée, correspondant à des besoins importants de la population.

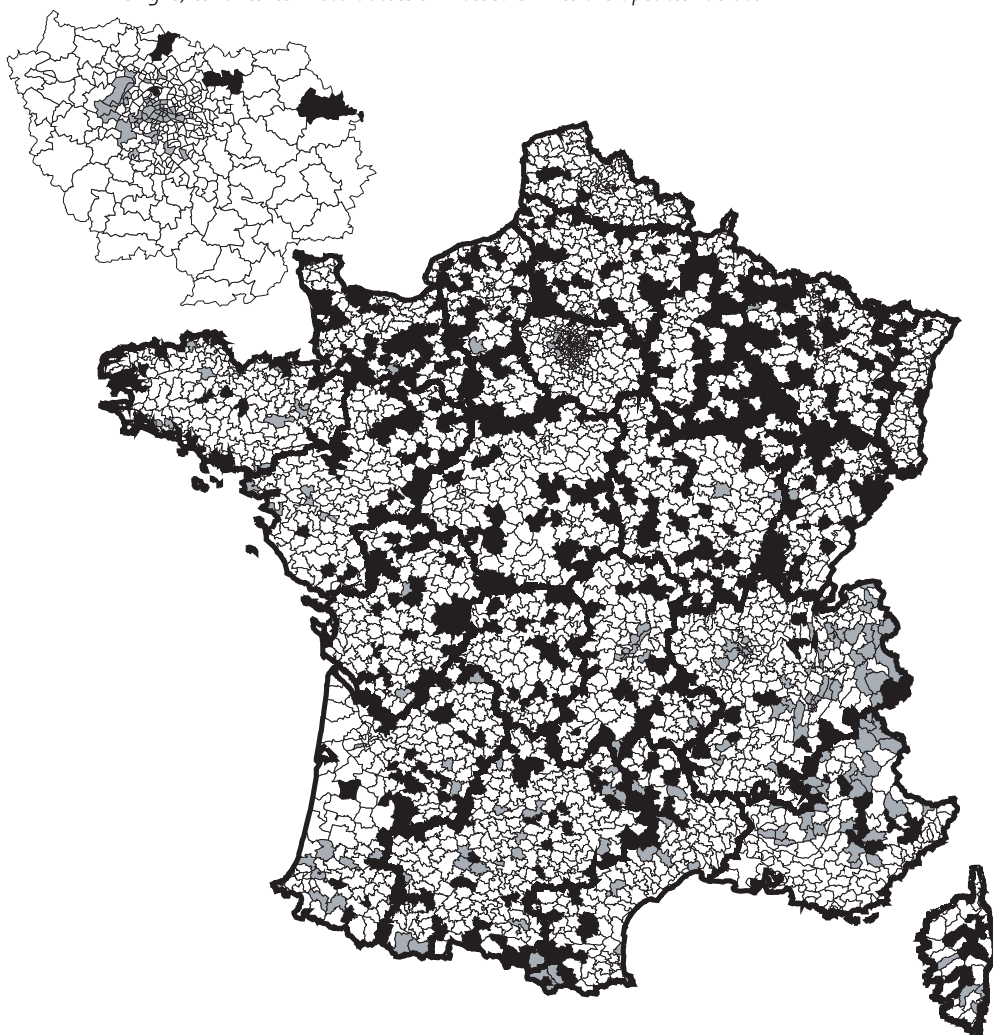
Ces zones intermédiaires, où le recours aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux ne pose pas *a priori* le plus de difficultés, concentrent 82,7 % de la population française. La densité y est en moyenne de 3,3 masseurs-kinésithérapeutes libéraux pour 5 000 habitants.

Représentation cartographique de la classification pour les masseurs-kinésithérapeutes libéraux

Les pseudo cantons moins bien dotés en masseurs-kinésithérapeutes sont nombreux. Ils se distribuent sur de multiples régions. Il serait laborieux et sans doute superflu de vouloir lister toutes les zones de contiguïté. On remarque que, dans de nombreux cas, les zones de moindre dotation sont soit, des zones peu peuplées pour des raisons strictement géographiques (zones montagneuses isolées, zones naturelles protégées) agricoles (zones de vignoble ou d'élevage) ou économiques (anciens cantons miniers), soit des zones rurales profondes.

SONT REPRÉSENTÉES :

- en noir, les zones les moins dotées en masseurs-kinésithérapeutes libéraux
- en blanc, les zones présentant une offre de soins intermédiaire
- en gris, les zones les mieux dotées en masseurs-kinésithérapeutes libéraux





es officines et les pharmaciens d'officine

■ QUELQUES ÉLÉMENTS DE CADRAGE

TABLEAU 22

CARACTÉRISTIQUES RÉGIONALES POUR LES OFFICINES ET LES PHARMACIENS

Région	Officines*		Officines, y compris mutualistes et minières*		Pharmaciens d'officine*		Temps d'accès moyen à la pharmacie la plus proche (en minutes)**
	Densité	Rang	Densité	Rang	Densité	Rang	
Alsace	23	26	26	25	68	22	4,1
Aquitaine	45	4	45	4	89	7	4,5
Auvergne	46	3	46	3	92	5	5,1
Basse-Normandie	36	19	36	20	68	21	5,1
Bourgogne	39	12	39	12	83	10	5,4
Bretagne	40	10	40	10	77	14	4,1
Centre	37	17	37	18	72	16	4,7
Champagne-Ardenne	35	20	36	19	77	13	5,2
Corse	53	1	53	1	88	8	6,4
Franche-Comté	40	9	40	9	81	11	5,0
Guadeloupe	37	16	37	17	50	24	n. d.
Guyane	24	25	24	26	35	26	n.d.
Haute-Normandie	32	24	33	23	68	20	4,6
Île-de-France	39	11	39	11	79	12	3,2
Languedoc-Roussillon	44	5	45	5	105	2	4,1
Limousin	50	2	50	2	106	1	5,0
Lorraine	33	23	33	24	70	19	4,7
Martinique	38	13	38	14	52	23	n.d.
Midi-Pyrénées	43	7	43	7	92	4	5,0
Nord-Pas de Calais	38	14	39	13	72	17	3,6
Pays de la Loire	38	15	38	15	71	18	4,1
Picardie	33	22	34	22	73	15	5,1
Poitou-Charentes	43	6	43	6	89	6	5,0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	42	8	43	8	95	3	3,4
Réunion	34	21	34	21	49	25	n.d.
Rhône-Alpes	37	18	38	16	86	9	4,2
France entière	39	-	39	-	80	-	4,2

SOURCES : *ADELI au 1^{er} janvier 2003 (DREES). ** FNORS d'après le lieu d'exercice des professionnels libéraux au 31 décembre 2002 (CNAMTS).

n.d. : non disponible.

L'existence d'une réglementation à l'implantation des officines explique la moindre dispersion des densités régionales, relativement aux autres professions examinées. Les officines mutualistes et minières étant peu nombreuses, leur prise en compte modifie peu les densités et, par conséquent, a peu d'impact sur la hiérarchie des régions.

◆ Temps d'accès moyen à la pharmacie la plus proche

Il faut 6 minutes en moyenne pour se rendre par la route à la pharmacie la plus proche en France métropolitaine. Dans 93 % des cantons, le temps de trajet est inférieur à 10 minutes en moyenne. La durée dépasse 20 minutes pour 26 cantons, situés essentiellement en Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse, Rhône-Alpes. Ce sont de petits cantons de moins de 3 000 habitants, le temps d'accès au généraliste est moindre, à quelques rares exceptions.

TABLEAU 23

DISTRIBUTION DES PSEUDO CANTONS SELON LE TEMPS D'ACCÈS MOYEN À LA PHARMACIE LA PLUS PROCHE

Temps d'accès moyen à la pharmacie	Nombre de cantons	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Jusqu'à 5 minutes	1 337	42,2	42,2
De 5 à 10 minutes	1 599	50,5	92,7
De 10 à 15 minutes	177	5,6	98,3
De 15 à 20 minutes	29	0,9	99,2
De 20 à 25 minutes	18	0,6	99,8
Supérieur ou égal à 25 minutes	8	0,2	100,00
TOTAL	3 168	100,0	

Nous ne disposons pas de données d'activité ni de consommation de médicaments pour les pharmacies au niveau cantonal. La méthodologie est donc très simplifiée. Seuls deux critères de densité ont été retenus :

- la densité d'officines²² ;
- la densité de pharmaciens d'officine (titulaires ou adjoints).

Ces critères permettent d'examiner l'offre pharmaceutique, à la fois en termes d'implantation des officines et en termes de taille d'officine, mesurée par la densité de pharmaciens.

Bien que l'implantation des officines soit réglementée par quota²³ et que le nombre de

22. La méthodologie de recensement des officines ouvertes sur le territoire à partir de la population des pharmaciens recensés dans le répertoire Adeli s'organise autour de quatre étapes : Sélection dans ADELI des « travailleurs en officine » qui indiquent un numéro FINESS (obligatoire pour les titulaires d'officine) ; Création d'une variable indiquant le nombre de numéros FINESS différents ; Sauf quelques exceptions, les officines non pourvues d'un titulaire mais qui enregistrent néanmoins un ou plusieurs assistants sont conservées (remplaçant de titulaire...) ; Enfin, apurement au cas par cas des quelques officines pour lesquelles le numéro FINESS est différent mais le numéro FINEJ (numéro d'entité juridique) identique. Pour ces cas particuliers, lorsqu'il s'agit de structures mutualistes ou minières, il s'agit bien d'officines différentes. En revanche, dans la plupart des autres cas, il s'agit en réalité de la même officine qui a le plus souvent le statut de société en nom collectif.

23. Articles L5125-11, L5125-14 et L5125-15 du Code de la santé publique qui posent les conditions d'autorisation pour créer une officine et loi du 27 juillet 1999 portant création à la CMU. Depuis 1999, aucune création d'officine ne peut être accordée dans les villes où la licence a déjà été délivrée à : • une officine pour 3 000 habitants pour les villes de plus de 30 000 habitants • une officine pour 2 500 habitants dans les villes de moins de 30 000 habitants (ou un ensemble de villes contiguës) • une officine pour 3 500 habitants quelle que soit la taille des communes dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin, de la Moselle et de la Guyane.

pharmaciens adjoints minimum soit lié au chiffre d'affaires de l'officine, la répartition des officines et des pharmaciens présente des disparités au niveau régional souvent héritées du passé. Les données mises à disposition des comités régionaux permettent en outre d'analyser la démographie locale des officines et des pharmaciens conjointement avec celles des autres professions (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes).

Pour les pharmaciens, la méthodologie nationale se restreint donc à étudier la densité d'officines et à superposer les zones d'implantation des officines avec celles des autres professionnels, de façon à déterminer les zones dans lesquelles il y a des professionnels de premier recours mais pas de pharmacie (ou inversement, des zones où la densité d'officines est importante par rapport à celles des autres professions).

La densité des officines au niveau cantonal

La distribution de la densité est calculée sur les pseudo cantons regroupés de France entière, y compris ceux sans pharmacie.

Les officines retenues dans ce calcul sont celles qui sont actives au 1^{er} janvier 2003 dans le fichier ADELI. Il s'agit d'officines « classiques » ou « hors mutualiste », au sens où les 140 officines mutualistes ou de secours miniers dont l'accès est réservé aux seuls cotisants de ladite mutuelle ou aux personnes dépendant du régime de Sécurité sociale minier, ont été exclues du calcul. On dénombre ainsi 23 328 officines, soit une densité France entière de 1,94 officines pour 5 000 habitants.

La distribution de la densité d'officines pour 5 000 habitants est la suivante :

TABEAU 24

DISTRIBUTION DES PSEUDO CANTONS SELON LA DENSITÉ D'OFFICINES POUR 5 000 HABITANTS

Pourcentage de cantons	Densité d'officines pour 5 000 habitants
10 %	1,2
25 % (1 ^{er} quartile)	1,5
50 % (Médiane)	1,9
75 % (3 ^e quartile)	2,2
90 %	2,8

LECTURE : dans 10 % des cantons, la densité d'officines pour 5 000 habitants est inférieure à 1,2.

74 pseudo cantons ne comptent aucune officine « hors mutualiste ».

Trois catégories sont constituées à partir de la distribution de la densité d'officines « classiques » pour 5 000 habitants :

- densité faible²⁴ : la densité d'officines est inférieure au 1^{er} quartile, soit 1,5 officine pour 5 000 habitants ;

24. Par construction, les pseudo cantons sans professionnel, pour lesquels la densité est nulle, sont classés dans le groupe des cantons de densité « faible ».

- densité moyenne : la densité d'officines est comprise entre le 1^{er} et le 3^e quartile, soit entre 1,5 et 2,2 officines pour 5 000 habitants ;
- densité forte : la densité d'officines est supérieure au 3^e quartile, soit 2,2 officines pour 5 000 habitants.

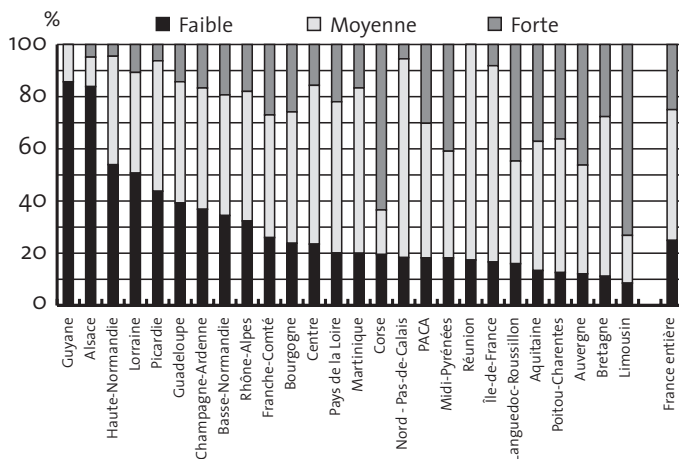
Le tableau suivant précise la répartition des pseudo cantons par région selon le critère de densité pour les officines.

TABLEAU 25

RÉPARTITION DES PSEUDO CANTONS PAR RÉGION ET SELON LE CRITÈRE DE DENSITÉ POUR LES OFFICINES

Région	Densité faible	Densité moyenne	Densité forte	Ensemble des cantons
Alsace	52	7	3	62
Aquitaine	27	100	75	202
Auvergne	17	55	60	132
Basse-Normandie	41	55	23	119
Bourgogne	35	74	38	147
Bretagne	19	104	47	170
Centre	39	101	26	166
Champagne-Ardenne	42	53	19	114
Corse	8	7	26	41
Franche-Comté	26	47	27	100
Guadeloupe	11	13	4	28
Guyane	12	2	0	14
Haute-Normandie	48	37	4	89
Île-de-France	43	194	21	258
Languedoc-Roussillon	24	59	67	150
Limousin	7	15	60	82
Lorraine	71	54	15	140
Martinique	6	19	5	30
Midi-Pyrénées	46	100	101	247
Nord - Pas-de-Calais	20	83	6	109
Pays de la Loire	33	95	36	164
Picardie	49	56	7	112
Poitou-Charentes	16	65	46	127
Provence-Alpes-Côte d'Azur	29	82	48	159
Réunion	4	19	0	23
Rhône-Alpes	90	138	50	278
Total	815	1 634	814	3 263

RÉPARTITION DES PSEUDO CANTONS PAR RÉGION ET SELON LE CRITÈRE DE DENSITÉ POUR LES OFFICINES



Les régions dans lesquelles les quotas à l'implantation des officines sont particuliers se distinguent logiquement par une proportion de cantons à faible densité d'officines plus forte que la moyenne. Il s'agit de l'Alsace, de la Lorraine et de la Guyane.

À l'opposé, le sud de la France, en particulier le Limousin et la Corse, apparaît relativement bien doté en pharmacies.

Entre ces deux extrêmes, plus des trois quarts des cantons du Nord - Pas-de-Calais, de l'Île-de-France et de la Réunion présentent une densité moyenne.

La densité des pharmaciens d'officine au niveau cantonal

Les professionnels retenus dans l'analyse sont les pharmaciens d'officine, titulaires ou adjoints, de 70 ans au plus, en activité au 1^{er} janvier 2003. Cette donnée, issue d'ADELI, ne prend pas en compte les pharmaciens multi-employeurs ou « remplaçants », dont on ignore le secteur d'activité réel (officine, industrie pharmaceutique, etc.) ou encore le (ou les) lieu (x) d'activité précis, et dont les effectifs sont de toute façon très marginaux. En sont également exclus les pharmaciens, gérants et adjoints, des officines mutualistes ou de secours miniers. On dénombre ainsi 48 364 pharmaciens d'officine, soit une densité France entière de 4 pharmaciens pour 5 000 habitants.

La distribution de la densité de pharmaciens d'officines « classiques » pour 5 000 habitants pour les 3 263 pseudo cantons « regroupés » de France entière est la suivante :

TABLEAU 26

**DISTRIBUTION DES PSEUDO CANTONS SELON LA DENSITÉ RÉGIONALES
DES PHARMACIENS D'OFFICINES POUR 5 000 HABITANTS**

Pourcentage de cantons	Densité de pharmaciens d'officine pour 5 000 habitants
10%	2,1
25% (1 ^{er} quartile)	2,9
50% (médiane)	3,8
75% (3 ^e quartile)	4,6
90%	5,6

LECTURE : dans 10 % des cantons, la densité des pharmaciens d'officine pour 5 000 habitants est inférieure à 2,1.

Trois catégories de cantons sont constituées à partir de la distribution de pharmaciens d'officine « hors mutualiste » pour 5 000 habitants :

- densité faible : la densité de pharmaciens d'officine est inférieure au 1^{er} quartile, soit 2,9 pharmaciens (qu'ils soient titulaires ou adjoints) pour 5 000 habitants
- densité moyenne : la densité de pharmaciens d'officine est comprise entre le 1^{er} et le 3^e quartile, soit entre 2,9 et 4,6 pharmaciens pour 5 000 habitants
- densité forte : la densité de pharmaciens d'officine est supérieure au 3^e quartile, soit 4,6 pharmaciens pour 5 000 habitants.

Le tableau 27 suivant précise la répartition des pseudo cantons par région selon le critère de densité pour les pharmaciens d'officines.

La corrélation entre les densités d'officines et de pharmaciens d'officine est forte²⁵, et les régions dans lesquelles les officines sont les plus fortement implantées apparaissent également bien dotées en pharmaciens d'officines : c'est en particulier le cas pour les régions du sud de la France.

Les quatre départements d'outre-mer ont un profil particulier : plus de 60 % de leurs cantons présentent une faible densité de pharmaciens d'officine. Le nord de la France se caractérise quant à lui, plutôt par des densités moyennes de pharmaciens.

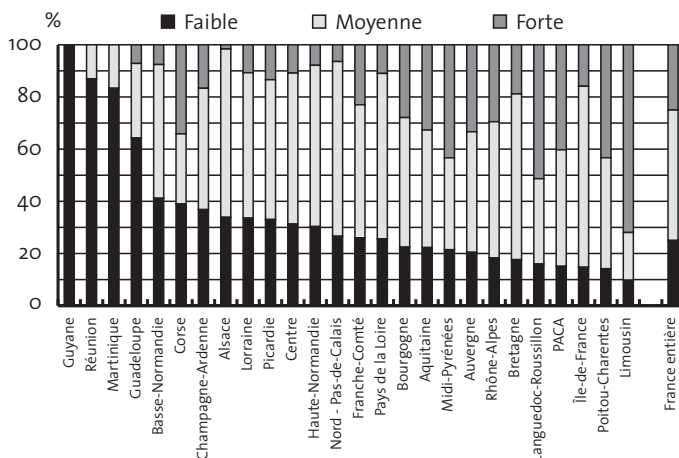
Pour les officines, en l'absence de critère d'activité, le seul critère de densité ne permet pas de conclure quant à la dotation des cantons. Cependant, pour permettre la comparaison avec les autres professions, les zones relativement moins bien dotées en officines sont celles dont la densité est qualifiée de faible, c'est-à-dire inférieure à celle des trois quarts des cantons. De même, les zones relativement bien dotées correspondent au quart des cantons les mieux pourvus en officines.

25. Le coefficient de corrélation linéaire est égal à 0,71.

TABLEAU 27

**RÉPARTITION DES PSEUDO CANTONS PAR RÉGION ET SELON LE CRITÈRE DE DENSITÉ
POUR LES PHARMACIENS D'OFFICINE**

Région	Densité faible	Densité moyenne	Densité forte	Ensemble des cantons
Alsace	21	40	1	62
Aquitaine	45	91	66	202
Auvergne	27	61	44	132
Basse-Normandie	49	61	9	119
Bourgogne	33	73	41	147
Bretagne	30	108	32	170
Centre	52	96	18	166
Champagne-Ardenne	42	53	19	114
Corse	16	11	14	41
Franche-Comté	26	51	23	100
Guadeloupe	18	8	2	28
Guyane	14	0	0	14
Haute-Normandie	27	55	7	89
Île-de-France	38	179	41	258
Languedoc-Roussillon	24	49	77	150
Limousin	8	15	59	82
Lorraine	47	78	15	140
Martinique	25	5	0	30
Midi-Pyrénées	53	87	107	247
Nord - Pas-de-Calais	29	73	7	109
Pays de la Loire	42	104	18	164
Picardie	37	60	15	112
Poitou-Charentes	18	54	55	127
Provence-Alpes-Côte d'Azur	24	71	64	159
Réunion	20	3	0	23
Rhône-Alpes	51	145	82	278
Total	816	1631	816	3263





offre de soins des chirurgiens-dentistes

■ QUELQUES ÉLÉMENTS DE CADRAGE

TABEAU 28

CARACTÉRISTIQUES RÉGIONALES DE L'OFFRE DE SOINS DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Région	Chirurgiens-dentistes libéraux*		Chirurgiens-dentistes offrant des soins de proximité**		Activité des chirurgiens-dentistes libéraux*	
	Densité	Rang	Densité	Rang	Nombre de coefficients	Rang
Alsace	66	7	70	6	40 588	12
Aquitaine	72	5	66	7	30 682	19
Auvergne	60	10	64	9	35 911	16
Basse-Normandie	39	21	41	21	42 084	5
Bourgogne	47	15	49	16	43 903	2
Bretagne	61	9	63	10	37 859	14
Centre	46	18	47	19	41 074	10
Champagne-Ardenne	47	14	50	14	41 080	9
Corse	75	3	79	3	29 263	23
Franche-Comté	45	19	49	17	43 613	3
Guadeloupe	33	25	34	25	25 266	25
Guyane	23	26	22	26	29 467	22
Haute-Normandie	35	24	38	23	42 280	4
Île-de-France	67	6	75	4	30 048	20
Languedoc-Roussillon	74	4	74	5	33 064	17
Limousin	47	16	50	15	38 908	13
Lorraine	56	11	57	11	41 880	7
Martinique	36	23	35	24	28 611	24
Midi-Pyrénées	76	2	79	2	31 620	18
Nord-Pas de Calais	40	20	43	20	42 061	6
Pays de la Loire	51	12	52	13	29 713	21
Picardie	38	22	38	22	41 384	8
Poitou-Charentes	48	13	49	18	44 249	1
Provence-Alpes-Côte d'Azur	83	1	86	1	40 756	11
Réunion	46	17	52	12	20 535	26
Rhône-Alpes	63	8	66	8	36 368	15
France entière	59	-	62	-	351 87	-

SOURCES : *SNIR au 31 décembre 2002 (CNAMTS), **ADELI au 1^{er} janvier 2003 (DREES).

Une définition élargie des « chirurgiens-dentistes offrant des soins de proximité » est présentée dans le tableau 28. Elle comprend les chirurgiens-dentistes non remplaçants, ainsi que les chirurgiens-dentistes salariés des centres de soins dentaires. La prise en compte de cette offre complémentaire modifie très peu les densités de professionnels et la hiérarchie des régions : le classement de la Réunion s'améliore, disposant d'une offre alternative relativement plus importante que les autres régions. À l'opposé, la situation de la région Poitou-Charentes est relativement moins favorable.

Pour les chirurgiens-dentistes, deux critères ont été retenus pour la méthodologie nationale :

- la densité de chirurgiens-dentistes omnipraticiens libéraux ;
- l'activité des chirurgiens-dentistes omnipraticiens libéraux.

La densité des chirurgiens-dentistes au niveau cantonal

Les professionnels dont la densité est examinée ici sont les chirurgiens-dentistes omnipraticiens libéraux et actifs au 31 décembre 2002. Cette donnée, issue du SNIR et élaborée par la CNAMTS, n'inclut pas les remplaçants (qui ne peuvent être dissociés des titulaires, dans la mesure où leurs feuilles de soins sont établies au nom du praticien qu'ils remplacent). En sont également exclus les chirurgiens-dentistes spécialistes en orthopédie-dento-faciale, dont la pratique ne relève pas des soins de premier recours. On dénombre ainsi 35 545 chirurgiens-dentistes, soit une densité France entière de 3 chirurgiens-dentistes pour 5 000 habitants.

La distribution de la densité des chirurgiens-dentistes pour 5 000 habitants pour les 3 263 pseudo cantons « regroupés » de France entière est la suivante :

TABLEAU 29

DISTRIBUTION DES PSEUDO CANTONS SELON LA DENSITÉ DES CHIRURGIENS-DENTISTES OMNIPRATICIENS LIBÉRAUX

Pourcentage de cantons	Densité de chirurgiens-dentistes omnipraticiens libéraux pour 5 000 habitants
10 %	0
25 % (1 ^{er} quartile)	1,3
50 % (Médiane)	2,1
75 % (3 ^e quartile)	2,9
90 %	3,8

LECTURE : Dans 25 % des cantons, la densité de chirurgiens-dentistes omnipraticiens libéraux pour 5 000 habitants est inférieure à 1,3.

351 pseudo cantons ne comptent aucun chirurgien-dentiste omnipraticien libéral.

Trois catégories de cantons sont constituées à partir de cette distribution :

- densité faible : la densité de chirurgiens-dentistes est inférieure au 1^{er} quartile, soit 1,3 chirurgien-dentiste pour 5 000 habitants
- densité moyenne : la densité de chirurgiens-dentistes est comprise entre le 1^{er} et le 3^e quartile, soit entre 1,3 et 2,9 chirurgiens-dentistes pour 5 000 habitants

• densité forte : la densité de chirurgiens-dentistes est supérieure au 3^e quartile, soit 2,9 chirurgiens-dentistes pour 5 000 habitants.

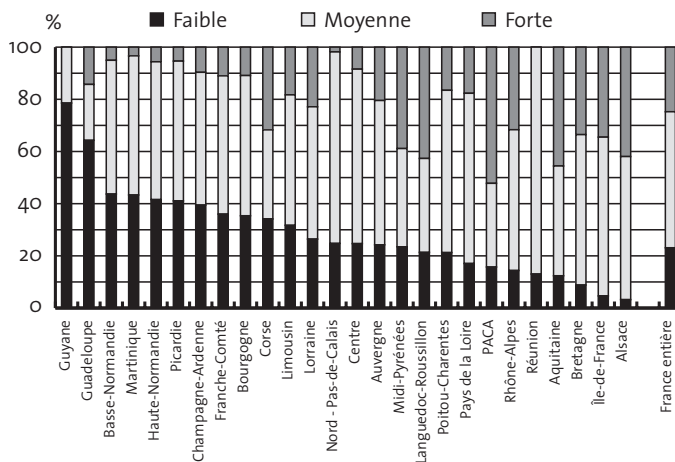
Le tableau suivant précise la répartition des pseudo cantons par région selon le critère de densité pour les chirurgiens-dentistes.

TABLEAU 30

**RÉPARTITION DES PSEUDO CANTONS PAR RÉGION ET SELON LE CRITÈRE DE DENSITÉ
POUR LES CHIRURGIENS-DENTISTES**

Région	Densité faible	Densité moyenne	Densité forte	Ensemble des cantons
Alsace	2	34	26	62
Aquitaine	25	85	92	202
Auvergne	32	73	27	132
Basse-Normandie	52	61	6	119
Bourgogne	52	79	16	147
Bretagne	15	98	57	170
Centre	41	111	14	166
Champagne-Ardenne	45	58	11	114
Corse	14	14	13	41
Franche-Comté	36	53	11	100
Guadeloupe	18	6	4	28
Guyane	11	3	0	14
Haute-Normandie	37	47	5	89
Île-de-France	13	155	90	258
Languedoc-Roussillon	32	54	64	150
Limousin	26	41	15	82
Lorraine	37	71	32	140
Martinique	13	16	1	30
Midi-Pyrénées	58	93	96	247
Nord - Pas-de-Calais	27	80	2	109
Pays de la Loire	28	107	29	164
Picardie	46	60	6	112
Poitou-Charentes	27	79	21	127
Provence-Alpes-Côte d'Azur	25	51	83	159
Réunion	3	20	0	23
Rhône-Alpes	40	150	88	278
Total	755	1 699	809	3 263

**RÉPARTITION DES PSEUDO CANTONS PAR RÉGION ET SELON LE CRITÈRE DE DENSITÉ
POUR LES CHIRURGIENS-DENTISTES**



On observe peu de cantons à fortes densités en chirurgiens-dentistes dans les DOM et le nord de la France, exception faite de l'Île-de-France, l'Alsace et la Bretagne, dont le profil s'apparente à celui des régions du Sud. Comme PACA, l'Aquitaine, le Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées, elles présentent en effet une fraction plus importante que la moyenne de cantons où les dentistes sont fortement implantés. La Réunion se distingue par une très forte proportion de cantons à densité moyenne.

L'activité moyenne des chirurgiens-dentistes par canton

L'activité des chirurgiens-dentistes est mesurée comme précédemment par le biais du nombre de coefficients tarifés pour chaque type d'acte réalisé. Les soins dentaires sont codifiés au travers de plusieurs lettres clés, dont les principales sont SC (soins conservateurs), SPR (prothèses dentaires) et TO (orthopédie dento-faciale).

Le critère d'activité est établi à partir de la distribution du nombre annuel moyen total de coefficients SC, SPR et TO effectués par les chirurgiens-dentistes omnipraticiens libéraux exerçant dans la zone²⁶. Ces trois types de soins représentent plus de 90% de l'activité (en termes d'honoraires totaux) des dentistes.

La distribution est calculée sur les pseudo cantons regroupés de France entière, y compris les pseudo cantons sans professionnel (par souci d'homogénéité avec les calculs de densité).

Le nombre moyen de coefficients des chirurgiens-dentistes omnipraticiens libéraux par canton se distribue de la façon suivante :

26. Les autres coefficients (Z: radiologie dentaire, D + DC: actes d'extraction et autres actes techniques), dont la somme représente moins de 10% de l'activité de ces professionnels, et dont la cotation est très corrélée aux autres soins (soins conservateurs ou prothèses qui suivent les actes d'extraction, par exemple) n'ont pas été pris en compte dans le critère d'activité. De même, les consultations et visites n'ont pas été retenues. Pour cette profession, les consultations et visites sont relativement marginales et ne sont cotées que lorsqu'elles ne donnent pas lieu immédiatement à un soin (prescriptions d'ordonnance, par exemple).

TABLEAU 31

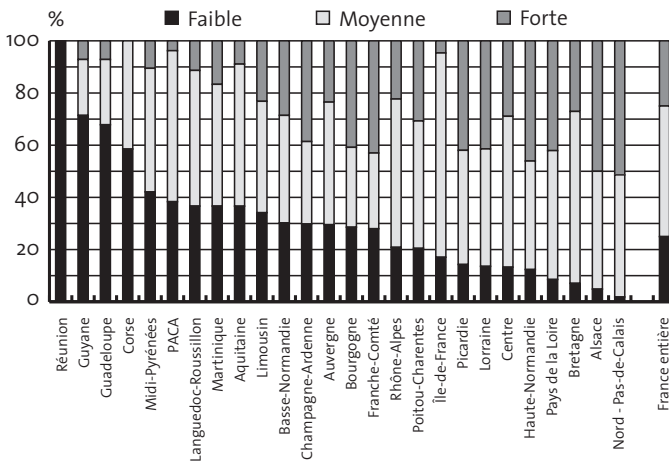
**DISTRIBUTION DES PSEUDO CANTONS SELON LE NOMBRE MOYEN DE COEFFICIENTS
DES CHIRURGIENS-DENTISTES OMNIPRATICIENS LIBÉRAUX**

Pourcentage de cantons	Nombre moyen de coefficients (SC + SPR + TO) des chirurgiens-dentistes omnipraticiens libéraux par canton
10%	0
25% (1 ^{er} quartile)	27 180
50% (Médiane)	34 999
75% (3 ^e quartile)	43 602
90%	52 148

LECTURE : Dans 25 % des cantons, le nombre moyen de coefficients (SC + SPR + TO) des chirurgiens-dentistes omnipraticiens est inférieur à 27 180.

Les pseudo cantons sont répartis en trois catégories, d'après la distribution du nombre annuel moyen de coefficients effectués par les chirurgiens-dentistes omnipraticiens libéraux exerçant dans la zone :

- activité faible²⁷ : le nombre moyen de coefficients effectués par les chirurgiens-dentistes de la zone par an est inférieur à 27 180 (1^{er} quartile) ;
- activité moyenne : le nombre moyen de coefficients effectués par les chirurgiens-dentistes de la zone par an est compris entre 27 180 et 43 602 (1^{er} et 3^e quartiles) ;
- activité forte : lorsque le nombre moyen de coefficients effectués par les chirurgiens-dentistes de la zone par an est supérieur à 43 602 (3^e quartile).

**RÉPARTITION DES PSEUDO CANTONS PAR RÉGION ET SELON LE CRITÈRE D'ACTIVITÉ
POUR LES CHIRURGIENS-DENTISTES**


Les régions méridionales, qui présentent davantage de cantons à forte densité, enregistrent logiquement de plus faibles niveaux d'activité des chirurgiens-dentistes que la moyenne. En revanche, l'activité apparaît plus soutenue dans tout le nord de la France, y compris

27. Par construction, les pseudo cantons sans professionnel, pour lesquels l'activité est inexistante, sont classés dans le groupe des cantons d'activité « faible ».

les régions où les dentistes sont relativement bien implantés. Cette forte activité associée à une forte densité reflète une demande importante de la population. Enfin, les départements d'outre-mer, qui présentent une proportion élevée de cantons à faible densité, ont également plus souvent de faibles niveaux d'activité. Si l'offre de soins dentaires y est relativement faible, la demande de la population est vraisemblablement faible aussi.

■ Trois catégories de cantons définies à partir de la caractérisation statistique

Pour chacun des critères (densité et activité), les cantons ont été répartis en trois catégories, qui correspondent à une échelle d'intensité. On obtient donc une classification des cantons en neuf catégories, auxquelles s'ajoute la catégorie des cantons sans chirurgien-dentiste libéral.

Le tableau suivant donne donc la répartition des cantons entre ces dix catégories pour l'ensemble des cantons (France entière).

TABLEAU 32

RÉPARTITION DES PSEUDO CANTONS, SELON LES CRITÈRES DE DENSITÉ ET D'ACTIVITÉ DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Critère de densité	Critère d'activité	Nombre de cantons	% de cantons	Population	% de population
Densité nulle	Pas d'activité	351	10,8	1 099 502	1,8
Faible	Faible	83	2,5	687 588	1,1
Faible	Moyenne	154	4,7	1 493 167	2,5
Faible	Forte	166	5,1	1 684 915	2,8
Moyenne	Faible	248	7,6	2 798 478	4,7
Moyenne	Moyenne	919	28,2	18 013 178	29,9
Moyenne	Forte	534	16,4	9 252 040	15,4
Forte	Faible	133	4,1	3 440 915	5,7
Forte	Moyenne	560	17,2	19 443 739	32,3
Forte	Forte	115	3,5	2 273 643	3,8
Total	Total	3 263	100,0	60 187 165	100,0

À partir de la classification, peuvent être dégagées trois grandes catégories de zones.

■ ■ Les zones les moins bien dotées

Sont classées dans cette catégorie les zones qui cumulent les éléments défavorables au sens des critères de densité et d'activité. Il s'agit des cantons :

- ne comptant aucun chirurgien-dentiste
- ayant une faible densité de chirurgien-dentiste (c'est-à-dire une densité inférieure aux trois quarts des cantons métropolitains), et une forte activité (supérieure aux trois quarts des cantons métropolitains).

166 pseudo cantons, soit 5,1 % des cantons, combinent à la fois une densité parmi les plus faibles (inférieure à celles des trois quarts des cantons) et une forte activité des chirurgiens-

dentistes (supérieure à l'activité moyenne de 75 % des cantons). De plus, 351 cantons n'ont aucun chirurgien-dentiste.

Au total, la classification conduit à distinguer sur la France entière 517 cantons relativement moins bien dotés, soit 15,8 % des cantons, qui présentent potentiellement des difficultés concernant l'offre de soins dentaires. Ils regroupent 4,6 % de la population française. Ce sont donc là encore de petits cantons : 75 % d'entre eux ont moins de 6 300 habitants.

La densité moyenne est de 0,5 chirurgien-dentiste pour 5 000 habitants (contre 2,9 sur la France entière). La proportion de personnes âgées y est un peu plus forte qu'en moyenne : 8,8 % contre 7,6 %, pour la France entière.

La Guyane, la Haute-Normandie, la Picardie et la Basse-Normandie comptent les plus fortes proportions de population dans ces zones relativement moins dotées en chirurgiens-dentistes (respectivement 34 %, 18 %, 15 % et 15 % de la population régionale). D'autres régions, notamment la Champagne-Ardenne, le Limousin, la Corse ou le Languedoc-Roussillon sont également bien représentées dans cette catégorie en termes de cantons, mais la fraction de la population qui y réside est moins importante.

■ ■ Les zones relativement bien dotées

Cette classe regroupe les zones qui cumulent les éléments favorables relativement à l'offre de soins dentaires : ce sont les cantons dans lesquels la densité de chirurgiens-dentistes est forte et l'activité de ces professionnels faible.

Ainsi, 133 cantons, soit 4,1 % des cantons cumulent les éléments favorables avec une forte densité et une faible activité des professionnels, et peuvent être considérés comme relativement bien dotés. Ils rassemblent 5,7 % de la population française. Ce sont plutôt des cantons de taille importante.

La densité moyenne dans ces zones est de 5,9 chirurgiens-dentistes pour 5 000 habitants. La proportion de personnes âgées de plus de 75 ans est de 9,4 % pour 7,6 % France entière.

Les régions les plus concernées en termes de population couverte sont PACA, la Réunion, l'Auvergne, l'Aquitaine et la Basse-Normandie. Cette dernière région présente donc un profil contrasté avec de nombreux cantons de faible population relativement moins bien dotés en chirurgiens-dentistes, mais aussi quelques cantons bien pourvus et fortement peuplés.

■ ■ Les zones présentant une offre de soins des chirurgiens-dentistes intermédiaire

Les autres zones ont été regroupées dans cette catégorie où l'offre de soins de chirurgien-dentiste libéral est intermédiaire. Cette catégorie, assez hétérogène, recouvre en particulier :

- des zones à faible densité, où l'activité des professionnels est moyenne, voire faible. L'offre de soins est donc parmi les plus faibles, mais paraît suffisante pour répondre à la demande qui lui est adressée. L'accès aux soins dentaires ne pose donc *a priori* pas de difficulté, contrairement à la conclusion qui aurait pu être tirée du seul examen de la densité.
- Des zones à forte densité, mais présentant par ailleurs une forte activité des chirurgiens-dentistes. Ces cantons disposent d'une offre de soins dentaires élevée, correspondant à des besoins importants de la population.

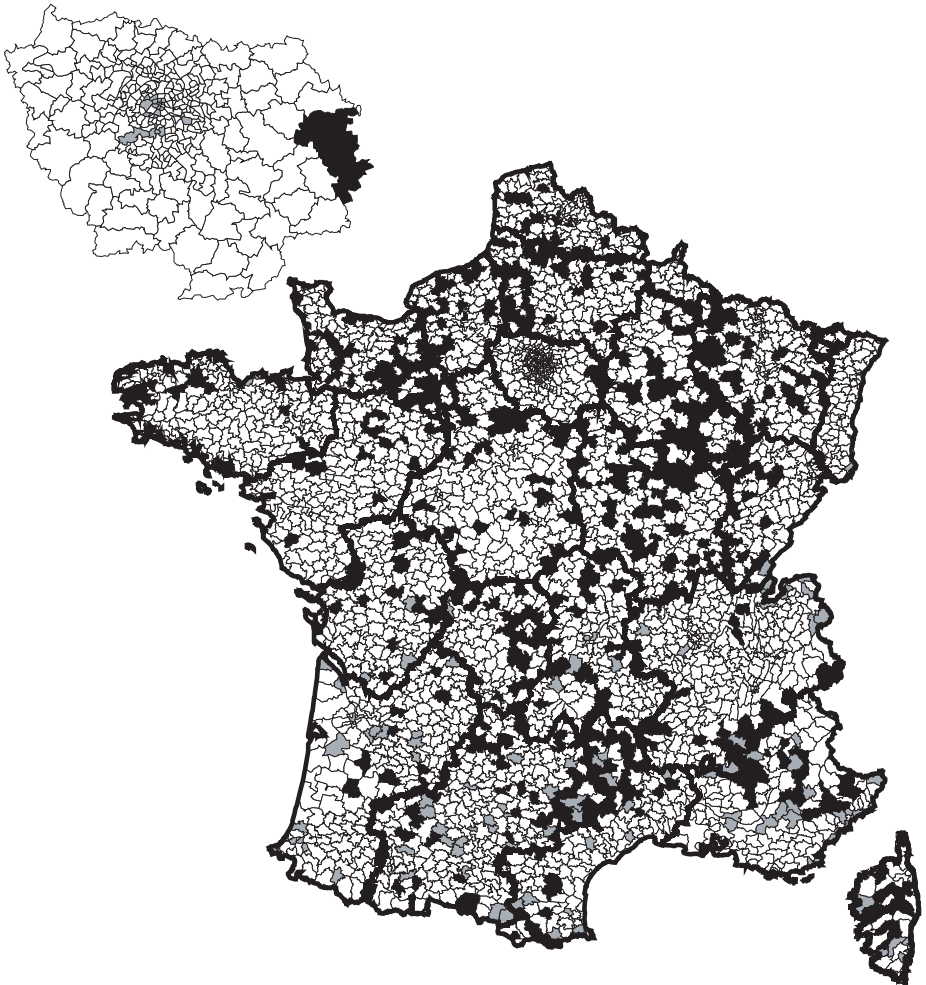
Ces zones intermédiaires, où le recours au chirurgien-dentiste ne pose pas *a priori* le plus de difficultés, concentrent 89,7 % de la population française. La densité y est en moyenne de 2,9 chirurgiens-dentistes pour 5 000 habitants.

■ Représentation cartographique de la classification pour les chirurgiens-dentistes libéraux

La répartition des pseudo cantons moins bien dotés en chirurgiens-dentistes apparaît difficile à interpréter, dans la mesure où elle ne semble répondre à aucune logique évidente. Les zones sont soit dispersées, soit très denses dans certaines régions comme le nord de la Lorraine, la Champagne-Ardenne, la Bourgogne et la Basse-Normandie ou dans une zone à cheval entre les parties du nord des régions Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon, ou encore en PACA et à la frontière sud de Rhône-Alpes.

SONT REPRÉSENTÉES :

- en noir, les zones les moins dotées en chirurgiens-dentistes
- en blanc, les zones présentant une offre de soins dentaires intermédiaire
- en gris, les zones les mieux dotées en chirurgiens-dentistes



D

es critères statistiques aux diagnostics des comités régionaux de l'Observatoire

L'application de critères statistiques définis au niveau national et de façon homogène concernant la densité, la consommation de soins et l'activité des praticiens à l'échelon du canton dessine une carte qui reflète plus ou moins fidèlement la situation de la démographie professionnelle locale. Il était demandé aux comités régionaux de se prononcer sur cette cartographie et de « corriger » si nécessaire cette image, pour qu'elle traduise au mieux la réalité locale.

Dix-huit comités régionaux ont transmis des rapports, dans lesquels une analyse cantonale a été effectuée. Les réponses sont très diverses. Les résultats obtenus par l'application des critères statistiques aux données cantonales ont été appréciés, puis éventuellement corrigés lorsqu'ils reflétaient mal les spécificités locales. La pertinence de ces résultats a pu aussi être jugée par référence à des méthodes déjà appliquées sur la région et utilisant d'autres critères et/ou d'autres maillages territoriaux, ce qui a donné lieu à des comparaisons de résultats. Lorsque de véritables corrections ont été effectuées, le tableau d'ensemble a pu être redessiné pour infléchir la première image. Puis des synthèses ont été opérées pour combiner les résultats obtenus sur les trois, quatre ou cinq professions examinées, selon des méthodes assez variées.

Dans les lignes suivantes, sont présentés les différents types de corrections, les régions qui les ont réalisées et leurs fréquences relatives. Cinq types de corrections ont été distingués.

Les corrections techniques relatives aux données

Un certain nombre de régions ont procédé tout d'abord à des corrections d'erreurs simples, ainsi qu'à des mises à jour, en raison de la prise en compte d'évolutions récentes : mouvements de professionnels en 2003 principalement.

Il est probable que les erreurs signalées soient d'abord celles qui concernent des cantons présentant des difficultés et/ou remarquables et qui modifient de manière assez sensible une appréciation.

Ce type de corrections est signalé notamment en : Auvergne, Champagne-Ardenne, Midi-Pyrénées, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Pays de la Loire. Il s'agit en majorité de la prise en compte de l'arrivée d'un nouveau professionnel sur un canton, donc de mise à jour ayant des conséquences positives.

■ Les corrections liées à la prise en compte de la qualité des professionnels : âge et sexe

■ ■ Effet d'âge et de fragilisation

Des corrections ont pu être effectuées lorsque dans un canton une proportion jugée significative de professionnels (cela concerne essentiellement des médecins généralistes) est d'âge supérieur ou égal à 55 ans ou 60 ans, car c'est un facteur de fragilisation probable dans le canton. Les corrections effectuées sur la base de ce critère d'âge vont généralement dans le sens d'une plus faible densité que celle *a priori* observée et jouent donc en négatif sur la situation.

Ces corrections sont signalées en Champagne-Ardenne, Limousin, Lorraine, Nord - Pas-de-Calais, Basse-Normandie, Rhône-Alpes, Corse.

Dans d'autres régions, des commentaires notent le fait que les données doivent être interprétées en tenant compte de l'âge des professionnels, mais il n'est pas procédé à des corrections de zonage sur la base de ce critère : Alsace, Bretagne, Pays de la Loire, Picardie, Guadeloupe, et Martinique. La question de l'âge des professionnels est très fréquemment mentionnée dans la partie du rapport consacrée aux perspectives, comme une variable du modèle devant jouer à plein.

■ ■ Genre et temps de travail

Des remarques ont à plusieurs reprises été émises sur le fait que les médecins sont comptés de manière indifférenciée, qu'ils soient de sexe masculin ou féminin. Or il est rappelé que les femmes n'ont pas le même profil d'activité que leurs collègues masculins : leur temps de travail hebdomadaire est généralement moins étendu²⁸. Par conséquent, certaines régions expriment l'intérêt qu'il y aurait eu à appliquer un coefficient de pondération différent entre hommes et femmes, au même titre qu'il conviendrait de tenir compte de l'existence de professionnels travaillant à temps partiel. Ce serait dès lors non pas des nombres de médecins qui auraient été comptabilisés, mais des équivalents temps plein médecin, la suggestion a été faite par l'Alsace.

L'intérêt d'une différenciation selon le sexe a été signalée en Alsace, Bretagne, Limousin, Lorraine, Pays de la Loire, Rhône-Alpes, Guadeloupe et Martinique. Cela ne donne pas lieu à des corrections effectives, car la donnée n'était pas transmise.

La question du moindre temps travaillé par les femmes n'a été évoquée que pour les professions médicales. Du côté des infirmiers, la majorité des professionnels sont en effet des femmes. Elle n'a pas été soulevée pour les masseurs-kinésithérapeutes, ni pour les pharmaciens ou les chirurgiens-dentistes. Dans deux régions cependant – la Bretagne et le Limousin – l'évolution probable vers une réduction du temps travaillé en général et dans l'avenir est évoquée comme une question liée aux jeunes générations, pas seulement à la féminisation du corps médical.

28. Cette différenciation est moins marquée dans la période récente pour laquelle il est noté que les comportements s'adaptent au contexte et qu'en particulier l'activité des femmes peut se rapprocher de celles des hommes (cf. tome 1 du rapport de l'Observatoire).

Les corrections tenant compte d'une offre de soins complémentaire sur la région

Dans de nombreux cas, les comités régionaux ont corrigé les données pour tenir compte de l'existence d'une offre de soins complémentaire. Il peut s'agir d'une offre de soins complémentaire spécifiquement locale ; elle paraît, d'autre part, être le fait de professionnels salariés travaillant dans les établissements de soins locaux, les services de soins à domicile, de médecins ayant des modes d'exercice particulier, de remplaçants...

■ ■ Une offre complémentaire spécifiquement locale

En Alsace, en Lorraine et dans le Nord – Pas-de-Calais, il faut compter avec les professionnels du régime minier, qui fournissent une offre supplémentaire de soins importante. Cela conduit le plus souvent à améliorer la situation de certains cantons, leur densité se trouvant améliorée.

L'existence d'une offre de soins transfrontalière est également à considérer dans deux régions, mais le signe de son impact est plus difficile à déterminer :

- En Rhône-Alpes, on mentionne la concurrence du « marché » helvétique, qui induit des manques en termes d'offre de soins locale pour certains cantons de l'Ain et de la Haute-Savoie.
- En Alsace, la population des immigrés allemands semble conserver ses habitudes, en utilisant les services des professionnels allemands tout proches. L'existence d'offres de soins suisses est également à prendre en compte.

■ ■ D'autres offreurs de soins

Les professionnels salariés constituent une offre de soins importante à prendre en compte, qui a été souvent évoquée comme venant en appui de l'offre des professionnels libéraux : les médecins hospitaliers ainsi que les médecins travaillant en centres de santé pour les généralistes ; les infirmiers travaillant dans les établissements médico-sociaux, en centre de soins ou en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

En outre, pour les médecins, l'offre constituée par les médecins ayant des modes d'exercice particulier ou par les remplaçants a également été signalée par plusieurs régions.

Cette offre complémentaire contribue généralement à amoindrir les difficultés de certains cantons, qui apparaîtraient mal dotés sur la seule base des critères statistiques. Plusieurs régions ont amendé leur diagnostic en tenant compte de cette offre, d'autres régions l'ont seulement évoquée dans leurs commentaires :

- Auvergne : l'argument est évoqué, mais n'a pas été introduit dans les corrections pour les généralistes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes ;
- Bourgogne : pour nuancer les résultats de la typologie sont pris en compte : les maisons médicales, les omnipraticiens salariés, les remplaçants sont évoqués pour les généralistes ; les infirmiers travaillant en EHPA pour les infirmiers ;
- Champagne-Ardenne : la présence d'un hôpital ou d'un remplaçant est utilisée pour corriger les diagnostics relatifs aux généralistes, les cabinets secondaires sont pris en compte pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes.
- Île-de-France : l'offre en spécialistes, l'offre hospitalière, l'offre assurée par les centres de santé

et de PMI, les médecins à mode d'exercice particulier sont introduits pour éclairer et relativiser la faiblesse des densités en généralistes ;

- Midi-Pyrénées : il est précisé que les SSIAD compensent les manques éventuels en termes d'infirmières ;
- Basse-Normandie : les données sont corrigées en tenant compte des centres d'examens de santé pour les généralistes, en tenant compte des SSIAD et des professionnels travaillant en EHPA pour les infirmiers ;
- Pays de la Loire : l'existence de SSIAD et de centres de soins infirmiers, comme celle d'un centre de rééducation a été utilisée par le comité pour corriger les données concernant les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes.
- Picardie : des corrections sont effectuées en tenant compte des structures de soins installées localement, des MEP, des spécialistes, des cabinets secondaires, des SSIAD, des réseaux de soins de pour les différentes professions.

À l'opposé, plusieurs régions signalent les effets défavorables : de la difficulté potentielle à trouver des remplaçants en Auvergne et en Champagne-Ardenne, de la progression des médecins à mode d'exercice particulier (en Île-de-France) et de l'absorption du temps des omnipraticiens par l'hôpital local (en Basse-Normandie).

Les corrections liées à la structure de la population bénéficiaire des soins

Plusieurs comités ont signalé que la structure de la population bénéficiaire est sans doute un élément à considérer pour élaborer un diagnostic. Une population comportant une part importante de personnes âgées de 75 ans et plus génère une demande de soins plus forte, à laquelle, par conséquent, un nombre plus grand de professionnels de santé doit répondre. Elle nécessite également des types de soins différents. À l'opposé une population plus jeune est faiblement demandeuse et se déplace plus facilement pour obtenir les soins.

De nombreuses régions ont tenu compte de la part de la population âgée pour amender les diagnostics ou les commenter : Alsace, Auvergne, Bourgogne, Limousin, Basse-Normandie, Pays de la Loire, Picardie, PACA, Rhône-Alpes, Corse. La présence de cette population âgée est de nature à assombrir les diagnostics locaux.

L'existence d'une population plus précaire est aussi un facteur dont il a été jugé utile de tenir compte. Les poches de populations précaires modifient qualitativement la demande. L'impact de la précarité a été mentionné notamment en Île-de-France, dans le Nord - Pas-de-Calais et en Picardie.

Enfin l'existence de variations saisonnières de l'effectif de la population peut être considérée comme un facteur de modification de la demande qui bouscule la situation locale à certaines périodes de l'année en Auvergne, Midi-Pyrénées, Pays de la Loire, PACA et Corse. Elle génère une demande supplémentaire non négligeable.

Des corrections liées à la géographie

Il est souvent apparu indispensable aux interlocuteurs régionaux de tenir compte d'une géographie locale, qui conditionne largement les comportements, comme les distances ou les relations (au sens large) entre professionnels et population bénéficiaire.

Dans nombre de cas, le caractère rural de certains cantons les rend difficilement comparables à d'autres, à partir de mêmes critères. Il a pu ainsi être regretté que l'effectif de la population en absolu ne soit pas directement pris en compte par la méthode : il est difficile de comparer 3 professionnels pour 5 000 habitants et 15 professionnels pour 25 000 habitants, les éventuels problèmes d'accès se posent de manière totalement différente, les effets d'échelle sont réels. Dans les commentaires régionaux, la dimension rural/urbain a souvent été mobilisée, la notion de canton faiblement peuplé a pu également être utilisée. À l'opposé, le caractère très urbain de certains cantons, au cœur de Paris par exemple, a également été souligné. Cela va de pair avec des comportements de patients réellement différents en termes de recours aux soins : en Île-de-France, ils se déplacent plus vite, plus loin et utilisent largement l'ensemble des possibilités qui leur sont offertes. La notion de médecine de premier recours au sein même du canton perd alors sa signification.

Le rapport existant entre la superficie du canton et l'effectif de sa population, que l'on peut appréhender par la qualification de l'habitat selon qu'il est dispersé ou regroupé est aussi un indicateur intéressant. Plusieurs comités régionaux l'ont avancé pour expliquer un moindre nombre d'actes pour les infirmières ou les généralistes, qui dépensent une partie plus importante de leur temps en trajet, pour aller d'un patient à l'autre : en Auvergne, Bourgogne, Limousin, Midi-Pyrénées, Haute-Normandie, Rhône-Alpes.

Des critères à compléter pour une meilleure compréhension des différences locales

Des compléments ont été suggérés par les comités régionaux pour accompagner et interpréter les critères.

Concernant la densité (nombre de professionnels pour 5 000 habitants), plusieurs suggestions ont d'ores et déjà été exposées dans les pages précédentes : pour tenir compte des variations de comportements de recours aux soins liés au mode de vie en ville ou à la campagne, une indication sur le degré de peuplement du canton a été proposée ; pour tenir compte des variations de comportement des médecins selon leur âge et leur sexe, il était suggéré de lui préférer un temps de travail ou de calculer des équivalents temps plein. Cependant les temps d'activité des professionnels ne sont pas des données actuellement disponibles.

L'activité ne devrait pas seulement être mesurée quantitativement mais également qualitativement. La répartition des actes comptabilisés pour qualifier l'activité des infirmières du canton par exemple pourrait être examinée en même temps que la densité. Ainsi lorsque les actes techniques (les coefficients AMI) représentent plus de 90 % des actes dans un nombre important de cantons d'un département donné où par ailleurs une densité relativement faible de ces professionnels est observée, il est probable que cela signifie que la faible densité d'infirmiers induit un travail surtout axé sur les actes techniques, la portion réduite

d'actes en coefficients AIS traduisant des actes de nursing en plus faible nombre. Ce constat fait dans les pays de la Loire milite en faveur d'une prise en compte de la taille de la clientèle en plus du nombre d'actes, la Haute-Normandie développant le même type d'argument. Il demeure que la prise en compte de la taille de la clientèle est un élément qui – pris seul – peut conduire à mal appréhender l'activité associée lorsqu'il s'agit d'une population âgée, où les mêmes individus concentrent beaucoup d'actes.

Le critère de consommation de soins utilise la notion de lieu de résidence des patients, elle rapporte la consommation du canton en actes de généralistes au nombre de bénéficiaires de ces actes résidant dans le canton. Ce sont donc seulement les consommateurs qui sont pris en compte, à condition qu'ils soient résidents. D'une part, ces restrictions posent problème pour les régions où le tourisme induit des afflux saisonniers de population étrangère au canton (l'activité générée pour les médecins étant quant à elle bien prise en compte). D'autre part, elle mesure plus l'intensité de la consommation, que le niveau de la consommation globale. Les limites de ce critère ont été particulièrement explorées dans les régions Lorraine et Nord - Pas-de-Calais, où les niveaux de consommation sont particulièrement élevés, en rapport semblable-t-il avec des comportements de forte consommation pour des franges de population.

La méthodologie proposée est nationale, elle propose donc des seuils définis par référence à l'ensemble du territoire français. Ces seuils peuvent être jugés parfois peu adaptés parce qu'ils « écrasent » les différences à l'intérieur des régions où de nombreux cantons présentent un profil du même type. Ce fait s'observe aisément en Île-de-France ou à l'opposé dans des régions très rurales. En Basse-Normandie, il a donc été procédé à des redéfinitions de seuil par référence aux quartiles observés à l'intérieur de la région. Cela permet d'obtenir des résultats qui reflètent mieux les variétés interrégionales, mais qui ne sont alors plus directement comparables à ceux obtenus dans les autres régions françaises.

Enfin le maillage cantonal a souvent été discuté : jugé trop réduit pour des populations qui se déplacent, trop large quand il mêle des zones d'habitation présentant des caractéristiques sociales fortement différenciés, trop « administratif » en ce qu'il ne traduit pas la réalité des échanges en général, ou la réalité des démarches de recours aux soins plus spécifiquement... La diversité même des critiques qui lui sont opposées et des dimensions alternatives proposées (quartiers, communes, bassins de vie, zones de recours de proximité, etc.) jette toutefois un doute sur la possibilité de définir dans le cadre d'une approche nationale homogène un échelon « idéal ». Le pseudo canton a permis de poser les jalons d'une analyse, sans donner toutes les clés, mais les comités régionaux se sont pleinement saisis de l'outil pour l'ajuster et le compléter en tant que de besoin.

Sont présentés dans le tableau 33 les nombres de cantons moins bien dotés pour chaque région :

- dans la colonne ayant pour intitulé « *a priori* » : il s'agit du nombre de cantons identifiés à partir de l'application des critères de la méthodologie nationale ;
- dans la colonne ayant pour intitulé « local » : il s'agit du nombre de cantons identifiés par les comités régionaux selon des méthodes spécifiques ;
- dans la colonne « en commun » : il s'agit de nombre de cantons ayant été identifiés conjointement par les deux démarches : la méthode nationale et les observations du comité régional.

Seules les trois professions suivantes ont été reprises dans ce tableau : médecin généraliste, infirmier libéral et masseur-kinésithérapeute ; les autres professions retenues dans l'offre de soins de premier recours ont plus rarement fait l'objet de corrections de la part des comités régionaux.

TABLEAU 33

**COMPARAISON PAR RÉGION DES CANTONS LES MOINS BIEN DOTÉS POUR LES DIFFÉRENTES PROFESSIONS
SELON LA MÉTHODOLOGIE NATIONALE ET APRÈS CORRECTION ET/OU ADAPTATIONS LOCALES**

RÉGIONS	Nombre total de cantons	Médecins généralistes			Infirmiers libéraux			Masseurs-kinésithérapeutes		
		A priori	Local	En commun	A priori	Local	En commun	A priori	Local	En commun
Alsace	62	0	7	0	7	14	7	9	10	9
Aquitaine	202	0	-	s.o.	2	-	s.o.	35	-	s.o.
Auvergne	132	3	4	3	12	18	12	24	25	24
Basse-Normandie	119	5	3	3	11	14	11	39	43	39
Bourgogne	147	5	10	1	24	15	15	39	17	17
Bretagne	170	3	16	0	9	-	s.o.	6	-	s.o.
Centre	166	14	45	13	12	14	11	35	43	39
Champagne-Ardenne	114	3	32	3	15	11	11	48	32	32
Corse	41	0	4	0	0	-	s.o.	10	-	s.o.
Franche-Comté	100	0	2	0	14	20	14	35	38	35
Guadeloupe	28	3	4	2	0	-	s.o.	5	-	s.o.
Guyane	14	8	-	s.o.	11	-	s.o.	9	-	s.o.
Haute-Normandie	89	2	9	0	10	5	0	20	6	1
Île-de-France	258	8	60	3	76	79	27	4	18	3
Languedoc-Roussillon	150	0	-	s.o.	9	-	s.o.	23	-	s.o.
Limousin	82	0	5	0	5	8	4	16	19	7
Lorraine	140	0	4	0	30	24	17	43	53	34
Martinique	30	5	-	s.o.	2	2	2	8	-	s.o.
Midi-Pyrénées	247	1	24	1	14	-	s.o.	43	-	s.o.
Nord - Pas-de-Calais	109	0	5	0	7	7	7	4	4	4
Pays de la Loire	164	13	15	12	19	12	12	31	-	s.o.
Picardie	112	0	26	0	10	11	10	28	28	28
Poitou-Charentes	127	0	13	0	5	12	5	29	18	10
Provence – Alpes - Côte d'Azur	159	0	16	0	11	16	11	14	20	14
Réunion	23	2	1	1	0	-	s.o.	0	-	s.o.
Rhône-Alpes	278	11	67	11	9	40	8	22	17	0
France entière	3263	86	-	-	324	-	-	579	-	-

s.o. (sans objet) : dans le cadre de la rédaction de la synthèse, il n'a pas toujours été possible d'intégrer la totalité des reclassements effectués dans les rapports régionaux, ou bien la profession n'a pas été examinée.

À **NOTER** : les cases grisées signalent, pour la profession correspondante, les régions présentant des proportions élevées de cantons moins bien dotés et de population vivant dans ces cantons.

REMARQUE : Dans le cadre de la démarche de travail adoptée avec les régions, il leur était demandé de réagir à la classification établie selon les critères nationaux et de la corriger le cas échéant pour prendre en compte des éléments locaux. Un premier tableau avec les corrections sur les zones de difficulté devait être transmis par leurs soins pour appréhender les modifications de classement proposées par le comité régional. Dans un certain nombre de cas, en l'absence de tableau ou de corrections effectives à l'intérieur du tableau, il a été nécessaire de reprendre les informations directement dans le rapport, en choisissant au mieux les éléments à retenir au milieu d'intitulés très variés : « cantons dits à problèmes », « classes de typologie », etc. Cette information est reprise dans la colonne intitulée « local » dans le tableau ci-dessus.

Ce tableau permet de visualiser l'ensemble des résultats produits sur les trois professions, qu'ils soient issus de l'application de la méthodologie nationale et qu'ils aient été corrigés ou non par les comités régionaux pour mieux prendre en compte des éléments spécifiques.

Concernant les médecins généralistes, les corrections réalisées par les régions sur l'effectif des cantons mal dotés vont généralement dans le sens d'une augmentation du nombre de cantons fragiles. Certaines régions effectuent des modifications minimales, de l'ordre de la rectification (Auvergne, Basse-Normandie, Réunion, Pays de la Loire), d'autres régions fournissent des évaluations très différentes utilisant d'autres critères (Centre, Champagne-Ardenne, Île-de-France, Midi-Pyrénées, Picardie, Rhône-Alpes). De façon intermédiaire, de nombreuses régions ont souhaité distinguer des cantons particuliers quand la méthodologie nationale ne faisait émerger pour eux aucun canton en difficulté (Limousin, Lorraine, Nord - Pas-de-Calais, Poitou-Charentes), parfois en remettant en cause le critère de la consommation propre aux seuls généralistes dans la méthodologie nationale.

Six régions présentent au bout du compte, du point de vue des cantons considérés comme fragiles, des profils défavorables : les quatre régions/départements d'outre-mer, ainsi que le Centre et les Pays de la Loire. En effet, ces régions comptent des effectifs de cantons et de populations associées significativement plus élevés que la moyenne nationale. Ils comptent également moins de cantons bien dotés et de part de la population vivant dans ces cantons sans difficulté (seule la Réunion présente des cantons bien dotés et une population associée en proportions moyennes).

À l'opposé, cinq régions semblent bénéficier d'une offre de soins satisfaisante : Midi-Pyrénées, Limousin, Languedoc-Roussillon, PACA et Corse. L'Aquitaine et la Franche-Comté sont proches de cette catégorie, mais s'en trouvent à la frontière.

Reste le cas de Rhône-Alpes, assez contrasté, où coexistent une proportion non négligeable de cantons à problèmes, avec cependant une population concernée de faible effectif, et des cantons bien dotés également plutôt nombreux.

Concernant **les infirmiers libéraux**, les corrections réalisées sont beaucoup moins nombreuses, douze régions n'ont pas procédé à des reclassements. Les corrections effectuées par les autres ne sont pas radicales, sauf en Île-de-France, en Lorraine ou en Rhône-Alpes où elles résultent de la prise en compte d'autres critères.

Cinq régions présentent des difficultés nettes : l'Île-de-France, la Lorraine, la Franche-Comté, l'Alsace et la Guyane. La proportion de cantons les moins bien dotés et la proportion de population vivant dans ces cantons sont significativement plus élevées qu'en moyenne. La Bourgogne, les Pays de la Loire, la Champagne-Ardenne et la Haute-Normandie comptent également des nombres de cantons mal dotés plus élevés, mais il s'agit de cantons peu denses en population.

On trouve de fortes proportions de cantons bien dotés et de populations y résidant en Auvergne, Midi-Pyrénées et Limousin. L'Alsace présente l'originalité de forts contrastes en la matière puisqu'on y trouve simultanément plus de cantons mal dotés et plus de populations vivant dans des cantons bien dotés en infirmiers libéraux.

Au sujet **des masseurs-kinésithérapeutes**, beaucoup de cantons ne sont pas pourvus et les régions ont rarement opéré de réels reclassements, sauf, là encore, en Île-de-France, en Lorraine et en Rhône-Alpes qui appliquent des approches spécifiques.

La dispersion en densités de masseurs-kinésithérapeutes est élevée, ainsi huit régions comptent des proportions significativement supérieures de cantons et de population

vivant dans des cantons moins bien dotés. Ces situations les plus difficiles sont essentiellement cantonnées dans la partie nord du pays et plutôt dans l'est, et dans les départements d'outre-mer : Bourgogne, Champagne-Ardenne, Lorraine, Franche-Comté, Picardie et Basse-Normandie, puis Martinique et Guyane. Logiquement, ces régions comptent des proportions nettement plus faibles de cantons bien dotés. Quatre régions présentent des cantons en difficulté en nombre non négligeable, mais ne présentent pas des situations comparables aux huit régions précédentes : la Haute-Normandie, Poitou-Charentes, le Centre et la Corse.

À l'opposé, la région Rhône-Alpes, l'île-de-France, la Réunion et le Limousin se caractérisent par des effectifs nombreux de cantons bien dotés (comme de population associée) ; le Limousin constituant la seule région qui ne présentait pas symétriquement de faibles taux de cantons en difficultés.



ynthèse de l'ensemble des professions examinées

Dans la mesure où la demande adressée aux infirmiers, aux masseurs-kinésithérapeutes et aux officines relève de la prescription de soins ou de médicaments de la part des médecins généralistes, il est opportun d'examiner les zones présentant à la fois des difficultés dans l'accès à ces professions et dans le recours au médecin généraliste.

Ainsi, au sein des 86 cantons relativement moins dotés en médecins généralistes, les trois quarts présentent une offre de soins infirmiers « intermédiaire ». Les 19 autres cantons apparaissent en revanche moins bien pourvus en infirmiers libéraux. Ce sont dans la plupart des cas de très petits cantons, mais 4 d'entre eux comptent tout de même plus de 20 000 habitants. La Guyane apparaît particulièrement concernée avec 6 de ses 14 cantons dans cette situation.

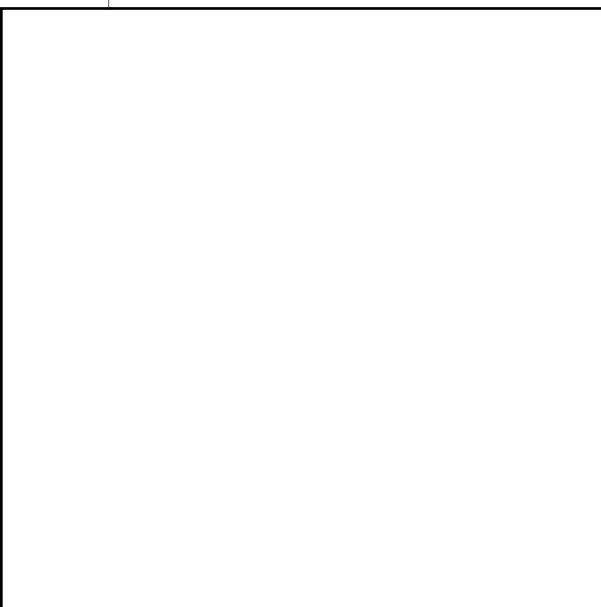
29 cantons figurent à la fois parmi les moins bien dotés en médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes libéraux. Ce sont de petits cantons, répartis dans une dizaine de régions : la Guyane, les Antilles, les Pays de la Loire, la Basse-Normandie, la Bourgogne, le Centre, la Champagne-Ardenne,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

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

À l'opposé, les zones les mieux pourvues en médecins généralistes sont un peu plus souvent que la moyenne bien dotées en infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes libéraux (10 % contre 6 % en moyenne pour les infirmiers ; 21 % contre 7 % en moyenne pour les masseurs). Il existe cependant des cantons bien dotés en médecins généralistes, pour lesquels l'offre de soins infirmiers et/ou de kinésithérapie est moins favorable. L'implantation des officines est, quant à elle, fortement liée à celle des médecins généralistes. Ainsi, les zones bien pourvues en médecin généraliste le sont aussi plus fréquemment en officines.

Dans les pages suivantes, les résultats sont présentés région par région. Le cœur de cette présentation régionale a été élaboré et transmis par chaque comité régional. Pour compléter cet exposé, nous l'avons fait précéder d'un tableau fournissant des données générales sur la région : indicateurs portant sur la densité de l'offre de soins et quelques éléments complémentaires. Il est suivi d'un tableau reprenant les résultats obtenus par les différentes approches, assorti d'un commentaire mettant en évidence les points communs ou les points d'opposition éventuels, et parfois d'une courte synthèse de la situation relative de la région en matière de démographie de la santé.

**LES CONTRIBUTIONS
DES COMITÉS
RÉGIONAUX**



Données de cadrage

TABEAU 34

Indicateurs	Région	France entière
Densité de médecins généralistes	98	92
Densité d'infirmiers libéraux	52	83
Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux	47	69
Densité d'officines	23	39
Densité de chirurgiens-dentistes	66	59
Temps d'accès au généraliste le plus proche (en minutes)	3,7	4,0
Taux de mortalité pour 100 000 habitants	11,07	10,13
Densité d'omnipraticiens offrant des soins de proximité	108	109
Densité d'infirmiers offrant des soins de proximité	83	120
Densité de masseurs-kinésithérapeutes offrant des soins de proximité	73	93
Densité d'officines, y c. mutualistes et minières	26	39
Densité de pharmaciens d'officines	68	80
Temps d'accès à la pharmacie la plus proche (en minutes)	4,1	4,2
Taux de personnes âgées de plus de 75 ans	6,2	7,6
Ensemble des lits/places publics-privés pour 1 000 habitants au 1 ^{er} janvier 2003 en MCO	4,70	4,29

Synthèse du comité régional

Région petite, attractive par son économie riche et dynamique, l'Alsace continue de gagner des habitants. La croissance démographique, deux fois plus importante que sur l'ensemble du pays, s'est intensifiée sur la dernière décennie. La population se caractérise par sa jeunesse relative. Frontalière avec l'Allemagne et la Suisse, la région s'inscrit dans l'espace rhénan, densément peuplé.

L'Alsace dispose d'une infrastructure médicale et hospitalière développée et diversifiée, sans difficulté notable d'accès aux soins. Pourtant les indicateurs de suivi de l'état de santé de la population et de mortalité placent la région en situation défavorable. En particulier, l'espérance de vie des femmes est très en retrait de la moyenne nationale et une surmortalité importante apparaît après 55 ans, due essentiellement aux cancers et aux affections cardio-vasculaires.

■ ■ Des diagnostics par profession et canton contrastés : une situation plutôt favorable pour les médecins, mais mitigée pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes

L'offre de soins de proximité repose essentiellement sur les professionnels libéraux, médecins généralistes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes. Pour l'Alsace, les diagnostics établis sur la situation de ces trois professions sont contrastés, d'une profession à l'autre et d'un territoire à l'autre. Globalement, la situation régionale de la démographie des médecins généralistes est plutôt favorable tant par rapport aux autres régions qu'à un niveau territorial plus fin. Peu de zones sont mal pourvues.

À l'opposé, l'offre libérale en infirmiers est très en-deçà des moyennes nationales et apparaît comme insuffisante dans plusieurs zones. Les masseurs-kinésithérapeutes installés ne sont pas très nombreux pour couvrir les besoins de la population et certains cantons n'ont aucun cabinet sur zone.

Quelle que soit la profession, l'offre est très déséquilibrée entre les deux départements, le Haut-Rhin présentant systématiquement des densités nettement plus faibles que le Bas-Rhin. La concentration de professionnels dans les principales villes et plus particulièrement à Strasbourg est importante pour les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes. Pour les infirmiers, l'offre libérale est plus répartie sur le territoire, les agglomérations étant moins bien dotées, mais la prise en compte des infirmiers salariés des centres de soins, nombreux surtout dans la capitale régionale et à Mulhouse constitue une offre complémentaire qui relativise le diagnostic.

■ ■ Des déséquilibres territoriaux importants

Au niveau cantonal, des manques apparaissent dans des parties périphériques ou enclavées de la région, situées à la frontière allemande au nord-est, en Alsace Bossue, ou dans les fonds de vallées vosgiennes plus difficiles d'accès. Des fragilités pour les trois professions émergent également dans le Centre Alsace, zone située le long du Rhin entre Sélestat et le nord-est de Mulhouse, ainsi que dans le Sundgau de l'Alsace. Ce territoire, pourtant facilement accessible, est très éloigné de Strasbourg, ville universitaire de formation pour les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes et pour une part importante des infirmiers.

La plupart des cantons concernés, même ceux à dominante rurale, restent dynamiques démographiquement. Avec le vieillissement des professionnels et la perspective d'importants départs à la retraite à court et moyen termes, plusieurs territoires se fragilisent progressivement.

Les déséquilibres territoriaux observés pour les professions soignantes de proximité sont souvent plus marqués encore pour certaines spécialités, tant dans le secteur hospitalier que libéral. À l'échelle d'une région, des difficultés apparaissent déjà pour le recrutement de candidats à former dans certaines spécialités. Mais, les praticiens une fois diplômés, boudent le sud de la région, à partir de Mulhouse et au-delà. Des postes sont vacants dans les hôpitaux et certaines zones sont très déficitaires en professionnels libéraux.

Ces manques de praticiens créent, de fait, des tensions entre secteurs hospitalier et libéral. Ces tensions sont également très fortes sur le marché du travail des infirmiers et, de manière moindre, pour les masseurs-kinésithérapeutes. Les établissements de soins ou médico-sociaux

semblent avoir du mal à recruter et dénoncent une pénurie de professionnels malgré, pour les infirmiers en particulier, une augmentation sensible du nombre de personnes formées¹.

Par ailleurs, pour les infirmiers, le marché du travail s'étend au-delà des frontières, en Allemagne et en Suisse, d'autant que les niveaux de salaires offerts outre-Rhin sont plus élevés.

■ ■ Une augmentation des besoins de soins de premier recours...

L'Alsace bénéficie d'un dynamisme démographique notoire qui s'accompagne d'un vieillissement important de la population. Avec l'arrivée à soixante ans des générations nombreuses du baby boom, le troisième âge sera à très court terme en plein essor. Ce vieillissement est particulièrement important en Alsace du fait d'une sous-représentation qui a traversé le siècle des générations plus âgées, conséquence du premier conflit mondial.

L'offre de soins libérale de proximité est largement sollicitée pour répondre à cette demande croissante induite par l'augmentation de la population conjuguée au phénomène de vieillissement.

Au-delà de ces aspects démographiques, il apparaît que les praticiens, infirmiers ou masseurs-kinésithérapeutes libéraux, constituent de plus en plus des maillons complémentaires pour le suivi des patients en sortie d'hospitalisation, notamment avec le développement des formes de prises en charge alternatives à l'hospitalisation complète et les liens « ville-hôpital ».

■ ■ Et une offre qui évolue

Dans le même temps, l'offre de soins libérale évolue. Avec le vieillissement et les perspectives de départs importants à la retraite, les promotions nouvellement formées ne sont pas assez nombreuses pour assurer tous les remplacements, surtout pour les médecins généralistes et les masseurs. Cette baisse des effectifs, probable à terme, risque d'accentuer les difficultés d'assurer une offre suffisante dans certaines zones.

À cette tendance, se conjuguent des évolutions dans les modalités d'exercice des professions : réduction du temps travaillé, féminisation, exercice partagé entre secteur ambulatoire et hôpital...

■ ■ Vigilance face aux tendances amorcées ou prévisibles

Ces perspectives appellent à une vigilance accrue, pour le suivi de l'évolution de ces tendances afin que soit assurée sur l'ensemble du territoire de la région une offre médicale et paramédicale de proximité équilibrée et optimale pour répondre aux besoins de soins de la population.

■ ■ Comparaison avec la caractérisation statistique issue de la méthodologie nationale

À partir des remarques formulées par le comité régional dans son rapport, nous avons modifié la caractérisation statistique de quelques cantons, dans le sens d'une :

1. Une étude en cours, financée par la DREES et confiée à l'ORSAL (Observatoire régional de la santé d'Alsace), tente de mesurer, auprès des employeurs, ces difficultés de recrutement.

- amélioration de la densité, lorsque des professionnels du régime minier y sont implantés, constituant ainsi une offre complémentaire à l'offre libérale décrite par la méthode nationale
- augmentation de l'activité (dégradation de la situation), jugée sous-estimée pour certains cantons frontaliers où la clientèle étrangère bénéficie d'assurances privées, et n'est donc pas décomptée dans les actes des professionnels.

Le nouveau classement des cantons a permis d'établir une classification a posteriori (dénommée « après diagnostic du comité régional »). En appliquant les mêmes critères que précédemment, des zones bien dotées/intermédiaires et moins bien dotées ont été déterminées au niveau national, dont les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous pour l'Alsace.

TABLEAU 35

	Nombre de cantons moins bien dotés			Nombre de cantons bien dotés d'après la classification statistique	Nombre de cantons de la région
	Selon la classification statistique	Après examen du comité régional	En commun		
Médecins généralistes	0	7	0	2	62
Infirmiers	7	14	7	2	
Masseurs-kinésithérapeutes	9	10	9	2	
Chirurgiens-dentistes	2	-	Sans objet*	1	

* Dans le cadre de la rédaction de la synthèse, la profession n'a pas été examinée ou il n'a pas été possible d'intégrer la totalité des reclassements effectués dans les rapports régionaux.

Les résultats sont peu modifiés en ce qui concerne la situation des masseurs-kinésithérapeutes. En revanche, le diagnostic du comité régional est plus pessimiste pour l'offre de soins infirmiers (7 cantons supplémentaires peuvent présenter des difficultés) et de médecine générale (7 cantons, alors que la caractérisation statistique n'en distinguait aucun).

L'apparente sous-dotation de l'Alsace relativement aux autres régions en termes d'officines s'explique par une différence de réglementation en Alsace pour l'implantation des officines. Alors que dans les autres régions, le quota réglementant l'installation des officines est fixé à 1 pour 2 500 ou 1 pour 3 000 habitants selon la taille des communes, il est de 1 pour 3 500 habitants en Alsace.

A

quitaine

Données de cadrage

TABEAU 36

Indicateurs	Région	France entière
Densité de médecins généralistes	105	92
Densité d'infirmiers libéraux	120	83
Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux	75	69
Densité d'officines	45	39
Densité de chirurgiens-dentistes	72	59
Temps d'accès au généraliste le plus proche (en minutes)	4,3	4,0
Taux de mortalité pour 100 000 habitants	9,75	10,13
Densité d'omnipraticiens offrant des soins de proximité	124	109
Densité d'infirmiers offrant des soins de proximité	156	120
Densité de masseurs-kinésithérapeutes offrant des soins de proximité	99	93
Densité d'officines, y c. mutualistes et minières	45	39
Densité de pharmaciens d'officines	89	80
Temps d'accès à la pharmacie la plus proche (en minutes)	4,5	4,2
Taux de personnes âgées de plus de 75 ans	9,5	7,6
Ensemble des lits/places publics-privés pour 1 000 habitants au 1 ^{er} janvier 2003 en MCO	4,49	4,29

Synthèse du comité régional

La région Aquitaine, ouverte sur l'océan Atlantique à l'ouest, s'étend jusqu'aux Pyrénées au sud. Elle constitue un lieu de passage entre la péninsule Ibérique (Espagne, Portugal) et le reste de l'Europe.

L'Aquitaine compte un peu plus de 2,9 millions d'habitants en 1999, répartis sur 41 861 km². Elle est formée de cinq départements, la Dordogne, la Gironde, les Landes, le Lot-et-Garonne et les Pyrénées-Atlantiques, et regroupe 2 295 communes sur 235 cantons (202 pseudo cantons).

C'est une région à faible densité de population (70 habitants au km²) présentant d'amples disparités départementales (129 habitants au km² en Gironde, 35 habitants au km² dans les Landes). Le tissu rural y demeure important : moins de 70 % des Aquitains sont des citadins (trois quarts pour la moyenne française).

Les conditions environnementales y sont relativement favorables. L'absence de passé industriel fort (à l'exception de quelques sites comme Bordeaux, Lacq, Bayonne/Anglet) a favorisé la préservation du milieu naturel. De même, la pratique d'une agriculture et d'un élevage peu intensifs minimise les agressions environnementales.

Depuis 1990, la population de la région a crû sur un rythme d'environ 0,44 % par an, soit un peu plus vite que la moyenne des régions françaises. Cette croissance s'est accélérée à partir du milieu des années 1990. Essentiellement imputable aux mouvements migratoires, elle est en majorité localisée dans les agglomérations de l'ouest de la région et plus particulièrement celles du littoral.

L'Aquitaine se caractérise par une population plus âgée que celle du reste du pays. L'indice de vieillissement (nombre de personnes de 65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de vingt ans) au 1^{er} janvier 2002 est de 84 contre 64 pour la métropole.

À l'horizon 2015, les projections de population font état d'une poursuite de l'augmentation de population avec un renforcement du vieillissement qui se traduira par une augmentation particulièrement marquée des 85 ans et plus.

La population de la région Aquitaine présente les mêmes grands problèmes de santé que celle des autres régions de France, mais, globalement la mortalité y est inférieure à la moyenne nationale. En moyenne, plus de 30 000 Aquitains décèdent chaque année. Les 3 principales causes des décès enregistrés sont les maladies cardiovasculaires, les tumeurs et les conséquences des traumatismes et empoisonnements.

Comme en France, la mortalité générale diminue en Aquitaine mais cette diminution est de moins en moins importante. De nombreuses pathologies sont concernées par cette baisse, notamment les maladies cardiovasculaires et certaines localisations cancéreuses. De même, malgré une forte surmortalité dans la région, la mortalité par accidents de la circulation diminue. Cependant, pour certaines causes, la mortalité ne baisse pas (cancer du sein ou suicide). De plus, des évolutions inquiétantes sont observées, en particulier chez les femmes pour certaines maladies liées au tabac (cancer du poumon, bronchite).

La mortalité prématurée (décès avant 65 ans) dont sont victimes plus de 5 300 Aquitains enregistre un recul plus lent qu'en France, mais à partir il est vrai d'un niveau plus favorable en Aquitaine. Liée en majorité à certains comportements à risque (alcool, tabac, suicide, accidents) chez les hommes ou à une insuffisante efficacité du système de prévention et de soins (cancer du sein) chez les femmes, elle serait évitable pour moitié.

Début 2003, **l'offre de soins hospitaliers** est assurée par 192 hôpitaux publics ou privés. Au total, pour les seules disciplines de court séjour, 12 747 lits (hospitalisation complète) sont disponibles dans la région, complétés par 675 lits d'hospitalisation partielle ou ambulatoire. En 2002, l'ensemble des établissements de santé, toutes disciplines confondues, ont enregistré 7 321 000 journées d'hospitalisation au cours de 730 000 séjours en hospitalisation complète soit un séjour pour quatre habitants.

Le dispositif médico-social de prise en charge des personnes âgées s'élève à près de 34 000 lits répartis dans 650 maisons de retraite et logements foyers. L'accueil médicalisé concerne plus de 10 000 places. Le secteur hospitalier contribue également, dans les 2 900 lits des services de soins de longue durée, à la prise en charge médicale des personnes âgées. Cette prise en charge en établissement est complétée par le dispositif de maintien à domicile : services de soins infirmiers avec plus de 3 500 places en 2002 et services d'aide à domicile qui interviennent chaque année auprès de 40 000 personnes environ.

La prise en charge des personnes handicapées est fonction du degré de handicap et de l'âge de la personne. Le taux d'équipement régional en lits et places d'accueil pour enfants ou adolescents handicapés, est de 10,6 lits ou places pour 1 000 jeunes de moins de vingt ans. Les structures d'accueil médicalisé pour adultes handicapés s'élèvent à 660 places en maison d'accueil spécialisée et à 1 900 places dans les foyers d'accueil médicalisé.

La région bénéficie d'une densité d'**offre de soins de ville** supérieure à la moyenne nationale. L'implantation des **3 800 médecins généralistes** couvre de manière relativement homogène l'ensemble de la région, même si quelques zones apparaissent insuffisamment équipées et si d'autres bénéficient d'une offre élevée.

Les **3 000 médecins spécialistes libéraux** sont surtout installés dans les agglomérations les plus importantes, à proximité des établissements de santé. Au cours de la dernière décennie, on constate une importante diminution du nombre de pédiatres, d'obstétriciens, de gynécologues et d'anesthésistes. À l'opposé, la cardiologie, la radiologie, la dermato-vénérologie enregistrent les plus fortes progressions d'effectifs.

L'examen de la situation régionale par canton, au regard des critères de densité et d'activité des médecins, et de consommation de soins par les habitants ne fait pas ressortir de zone notablement sous-dotée. Sur les 202 pseudo cantons de la région, une dizaine connaît une densité de médecins généralistes inférieure à 3,5 médecins pour 5 000 habitants. Dans ce groupe, pour quatre cantons, dont deux d'entre eux sans médecin (Montaner et Bouglon), l'activité des généralistes est classée « faible » alors que la consommation de consultations et visites est élevée. Tous quatre sont peu peuplés (moins de 2 500 habitants) et à proximité d'aires urbaines ou de bourg ruraux relativement bien équipés.

L'examen par bassin de vie (déterminés par l'INSEE) ne met en évidence aucune zone dans laquelle la densité de médecins généralistes est inférieure à 3,5 médecins pour 5 000 habitants.

Première profession paramédicale par le nombre de professionnels, les 4 000 infirmiers libéraux se répartissent sur l'ensemble de la région. La densité moyenne d'infirmiers est pour la région d'environ 6,9 infirmiers pour 5 000 habitants. Cinq cantons d'Aquitaine ont une offre de soins infirmiers inférieure à 2,5 infirmiers pour 5 000 habitants.

L'offre de soins infirmiers libérale est complétée par l'activité des **services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)** qui couvrent la quasi-totalité du territoire régional. Seul le canton de Montaner enregistre une absence d'infirmier libéral et de SSIAD.

Les masseurs-kinésithérapeutes, deuxièmes en nombre après les infirmiers, exercent en particulier dans les agglomérations et dans les bassins thermaux de la région où l'activité est fortement saisonnière. La densité moyenne régionale est proche du niveau national, et la classification des cantons selon les critères de densité et d'activité des professionnels, se rapproche également de la répartition observée au niveau national. Ainsi, près d'un quart des cantons est doté d'une densité de professionnels en-deçà de 1,6 masseur-kinésithérapeute pour 5 000 habitants

Dans les années à venir, l'offre de soins de ville va entamer un processus de remplacement important à partir de 2007 et qui s'amplifiera probablement à partir de 2012, en raison de l'arrivée à l'âge de la cessation d'activité des générations des classes pleines nées à partir de 1947. En Aquitaine, les générations de médecins généralistes nés entre 1947 et 1960 comptent entre 150 et 200 individus, or les effectifs universitaires correspondants seront dans un premier temps inférieurs à ces volumes de départ, l'effet de l'augmentation du numerus clausus de 2002 n'étant sensible qu'à partir de 2011.

Au-delà du problème du remplacement en nombre, la région sera confrontée au risque de désaffectation de certaines zones, par de nouveaux professionnels, en particulier dans l'espace rural à l'écart des gros pôles ruraux. Dans ces zones, l'insuffisance de services à la population (scolaires, culturels, de loisir...) et la faible dynamique économique, peuvent dissuader les jeunes professionnels de s'installer.

■ Comparaison avec la caractérisation statistique issue de la méthodologie nationale

TABLEAU 37

	Nb cantons moins bien dotés...			Nb cantons bien dotés ... d'après la classification statistique	Nb cantons de la région
	...selon la classification statistique	...après examen du comité régional	...en commun		
Médecins généralistes	0	-	Sans objet*	30	202
Infirmiers	2	-	Sans objet*	16	
Masseurs-kinésithérapeutes	35	-	Sans objet*	16	
Chirurgiens-dentistes	12	-	Sans objet*	18	

* Dans le cadre de la rédaction de la synthèse, la profession n'a pas été examinée ou il n'a pas été possible d'intégrer la totalité des reclassements effectués dans les rapports régionaux.

L'analyse cantonale n'a pas encore été achevée par le comité régional, mais quelques zones ont été désignées comme étant fragiles dans la synthèse ci-dessus. Pour les généralistes et les infirmiers, les résultats sur les cantons en difficulté confirment ceux obtenus à l'aide de la caractérisation statistique.

Globalement, la région apparaît bien pourvue en professionnels de santé de premier recours : 15 % des cantons aquitains figurent parmi les mieux dotés en médecins généralistes sur la France entière. La dotation en infirmiers libéraux paraît aussi relativement satisfaisante. Pour les masseurs-kinésithérapeutes, la situation est plus contrastée (16 cantons parmi les mieux dotés de France, 35 parmi les moins bien dotés) et semble davantage relever d'un problème de répartition sur le territoire aquitain que d'une sous-dotation globale en professionnels.

A

uvergne

Données de cadrage

TABEAU 38

Indicateurs	Région	France entière
Densité de médecins généralistes	94	92
Densité d'infirmiers libéraux	84	83
Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux	69	69
Densité d'offices	46	39
Densité de chirurgiens-dentistes	60	59
Temps d'accès au généraliste le plus proche (en minutes)	4,9	4,0
Taux de mortalité pour 100 000 habitants	10,61	10,13
Densité d'omnipraticiens offrant des soins de proximité	107	109
Densité d'infirmiers offrant des soins de proximité	128	120
Densité de masseurs-kinésithérapeutes offrant des soins de proximité	93	93
Densité d'offices, y c. mutualistes et minières	46	39
Densité de pharmaciens d'offices	92	80
Temps d'accès à la pharmacie la plus proche (en minutes)	5,1	4,2
Taux de personnes âgées de plus de 75 ans	9,5	7,6
Ensemble des lits/places publics-privés pour 1 000 habitants au 1 ^{er} janvier 2003 en MCO	4,56	4,29

Synthèse du comité régional

L'Auvergne, seule région entièrement rassemblée au sein du Massif Central, couvre 26 000 km², soit près de 5 % de l'espace national, ce qui la place au 10^e rang des régions françaises par sa superficie. De toutes les régions françaises, c'est en Auvergne que l'on vit le plus haut : 490 m d'altitude en moyenne. La densité moyenne régionale est de 50 hab. km² (inférieure de moitié à la densité française).

Avec 1 308 878 habitants, l'Auvergne occupe le 19^e rang des régions métropolitaines. Le poids démographique relatif de la région n'a cessé de diminuer. Aujourd'hui, 2,2 % des Français habitent en Auvergne. De 1990 à 1999, la région a perdu près de 12 300 habitants, soit 0,9 % de sa population. Cette baisse de la population est imputable à la conjonction d'un solde migratoire négatif et d'un déficit naturel marqué. En 2001, on a comptabilisé en Auvergne seulement 10,6 naissances pour 1 000 habitants contre 13,0 sur l'ensemble du territoire

métropolitain. Alors que le taux régional de mortalité est de 11,3 décès pour 1 000 habitants contre 9 pour 1 000 en France.

En 1999, un habitant sur cinq a plus de 65 ans. De 1990 à 1999, le nombre des jeunes Auvergnats de moins de 25 ans a diminué de 54 000 (-13,0%). En comparaison de la population française, l'Auvergne se caractérise, pour les moins de 40 ans, par une sous-représentation importante de toutes les classes d'âges. Après 40 ans, la tendance s'inverse. Les écarts sont les plus marqués entre 60 et 80 ans.

■ ■ Les spécificités de la région en termes de santé publique et de structures de soins

Une surmortalité de près de 700 décès a été constatée sur la période de 1995 à 1997. Standardisé sur l'âge, le taux de mortalité est supérieur au taux français de 6% pour les hommes et de 2% pour les femmes. La surmortalité masculine s'explique par la part de décès associés à une consommation excessive d'alcool, aux maladies de l'appareil circulatoire et aux morts violentes. Pour les femmes, la surmortalité est due aux maladies de l'appareil circulatoire, aux troubles mentaux et aux chutes accidentelles.

Dans ses établissements de santé publics et privés, la région Auvergne peut accueillir 12 700 personnes. On compte environ 3 850 médecins, dont près de 55% sont des généralistes. La densité est de 111 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants (contre 115 pour 100 000 en France) et de 68 pour les médecins spécialistes (contre 87 pour 100 000 en France). Au niveau des équipements sociaux et médico-sociaux, en 2001, les personnes âgées disposent de près de 14 000 places en maison de retraite et de 2 000 en logement-foyer.

■ ■ Bilan et perspectives

■ LA MARGERIDE

Le canton de **Pinols** en Haute-Loire n'est pas très bien loti en terme de professionnels de santé. Il ne dispose pas de médecins généralistes, ni de masseurs-kinésithérapeutes, ni de pharmacie d'officine, ni de chirurgiens-dentistes. Ce canton semble connaître une fuite vers les cantons de Langeac en Haute-Loire et de Saint-Flour dans le Cantal.

Ruynes-en-Margeride, canton du Cantal d'un peu moins de 3 000 habitants, n'a qu'un seul médecin généraliste et n'a également pas de masseurs-kinésithérapeutes ni de chirurgiens-dentistes. Ce canton est sous influence des cantons de Saint-Flour et de Saint-Chély-d'Apcher (en Lozère) qui sont plus attractifs.

Enfin, le canton de **Chaudes-Aigues** dans le Cantal a 2 médecins généralistes dont un de plus de 55 ans. Ce canton d'un peu plus de 2 680 habitants est une zone thermale à clientèle âgée et saisonnière.

■ HERMENT, LA TOUR-D'Auvergne ET CHAMPS-SUR-TARENTAINE-MARCHAL

Deux cantons du Puy-de-Dôme n'avaient pas de généralistes lors de l'étude. Il s'agit des cantons de **Herment** (environ 1 200 habitants) et de **La Tour-d'Auvergne** (environ 2 800 habitants). Ce dernier canton a cependant connu l'installation d'un médecin généraliste depuis 2002.

À proximité de La Tour-d'Auvergne, le canton de **Champs-sur-Tarentaine-Marchal** dans le Cantal (environ 2 800 habitants) n'a qu'un seul médecin généraliste mais est très proche de Bort-les-Organes en Corrèze et n'est donc pas considéré comme une zone sensible.

■ LA MARGE FORÉZIENNE

Parmi les cantons n'ayant qu'un seul médecin généraliste, on recense le canton de **Saint-Anthème** dans le Puy-de-Dôme qui a une population inférieure à 2 000 habitants. Ce canton n'a également pas de masseurs-kinésithérapeutes ni de chirurgiens-dentistes. Autre canton du Puy-de-Dôme n'ayant qu'un seul généraliste, le canton de **Viverols** (moins de 2 000 habitants), qui n'a également pas d'infirmiers, ni de masseurs-kinésithérapeutes, ni de chirurgiens-dentistes. On remarque une fuite des consommateurs vers le canton d'Ambert. Ces deux cantons du Puy-de-Dôme font partie du Forez, zone faiblement peuplée et vieillissante et sont tournés vers Montbrison dans la Loire.

■ LE CŒUR DU LIVRADOIS

Le canton de **Saint-Dier-d'Auvergne** dans le Puy-de-Dôme (environ 3 000 habitants) n'a qu'un seul médecin généraliste mais est un canton situé à proximité d'autres bourgs équipés comme Cunlhat et Billom. Comme Saint-Anthème, ce canton n'a pas de masseurs-kinésithérapeutes ni de chirurgiens-dentistes. De plus, le canton de **Saint-Amant-Roche-Savine** dispose d'un seul généraliste mais qui devrait normalement partir s'installer à Ambert. Ce canton de moins de 1 500 habitants est sous influence de bourgs voisins plus dynamiques comme Cunlhat. Ce canton, situé dans le bassin Ambertois, pourrait devenir sensible dans les prochaines années.

Enfin, le canton d'**Olliergues** dans le Puy-de-Dôme (environ 3 000 habitants) avait 2 généralistes lors de l'étude, depuis l'un a cessé son activité. Ce canton, ne disposant ni de masseurs-kinésithérapeutes ni de chirurgiens-dentistes, semble « peu attractif ». Il se situe en position relais par rapport à Ambert et Courpière et a peut-être un peu de mal à s'individualiser.

■ BLESLE ET ARDES

Le canton de **Blesle** en Haute-Loire n'a qu'un seul médecin généraliste. Il est caractérisé par une population de moins de 2 000 habitants et connaît une fuite vers Brioude dans la Haute-Loire, Massiac dans le Cantal et Saint-Germain-Lembron dans le Puy-de-Dôme. Ce canton ne dispose pas de masseurs-kinésithérapeutes ni de chirurgiens-dentistes et peut donc devenir une zone sensible dans les années à venir.

Le canton d'**Ardes** (près de 2 120 habitants) dans le Puy-de-Dôme a 2 médecins généralistes dont 1 de plus de 55 ans. Ce canton est en perte de vitesse démographique et connaît une influence importante de petites villes voisines (Saint-Germain-Lembron, Issoire). Ce canton n'a également pas de masseurs-kinésithérapeutes ni de chirurgiens-dentistes.

■ CANTONS SUSCEPTIBLES D'AVOIR DES PROBLÈMES DANS L'AVENIR

Le canton de **Riom-ès-Montagnes** dans le Cantal a 3 médecins généralistes dont 2 ont plus de 55 ans. Ce canton est situé dans une région montagneuse « enclavée », peu attractive à l'installation et pourrait donc manquer de généralistes dans l'avenir.

Autre canton ayant 2 généralistes dont 1 de plus de 55 ans, le canton de **Saint-Paulien** en Haute-Loire. Ce canton d'un peu plus de 4 540 habitants risque donc de se retrouver avec un seul généraliste dans quelques années si le médecin partant à la retraite n'est pas remplacé.

3 cantons dans le Puy-de-Dôme se trouvent dans cette situation c'est-à-dire avec 2 médecins généralistes dont un de plus de 55 ans. Parmi ceux-ci, les cantons de **Menat** (environ 3 520 habitants) et de **Saint-Germain-Lherm** (2 310 habitants). Le canton de Menat connaît une fuite de ses consommateurs vers Saint-Eloy-les-Mines.

Comparaison avec la caractérisation statistique issue de la méthodologie nationale

TABLEAU 39

	Nombre de cantons moins bien dotés...			Nombre de cantons bien dotés d'après la classification statistique	Nombre de cantons de la région
	...selon la classification statistique	...après examen du comité régional	...en commun		
Médecins généralistes	3	4	3	13	132
Infirmiers	12	18	12	16	
Masseurs-kinésithérapeutes	24	25	24	11	
Chirurgiens-dentistes	22	22	22	6	

L'Auvergne a appliqué la méthodologie nationale en exprimant cependant un certain nombre de réserves sur les critères utilisés : la densité qui ne rend pas compte des effectifs réels ni de l'âge des professionnels, des critères situés du côté de l'offre sans prise en compte des besoins, le choix de l'échelle géographique, l'absence de qualification de l'activité du médecin. Les reclassements ont été effectués en tenant compte du taux de féminisation des professionnels, des flux de patientèle (attractivité/fuite de la clientèle), de l'activité de cure thermique.

Au final, le comité régional auvergnat distingue dix-huit cantons sur les 132 qui composent sa région. Ces dix-huit cantons présentent une difficulté en matière de soins de proximité : pas de généraliste ou un nombre insuffisant de généralistes ou en passe de prendre leur retraite, ce qui conduit à des « fuites » de patients ou laisse augurer de possibles difficultés d'accès à relativement court terme. Dans certains cas, le comité a pu souligner cependant qu'un canton voisin « bien pourvu » pouvait compenser les manques observés en certaines zones. À l'opposé, cinq cantons sont soulignés pour les fortes densités caractérisant l'offre de soins de premier recours.

Il convient de noter que l'Auvergne présente un profil moyen en matière de répartition des cantons dans les différentes catégories de densité, qu'elles soient définies pour les généralistes, les infirmiers libéraux ou les masseurs-kinésithérapeutes. Cette bonne corrélation avec la distribution nationale s'observe également pour la proportion de cantons moins bien dotés.

Données de cadrage

TABLEAU 40

Indicateurs	Région	France entière
Densité de médecins généralistes	85	92
Densité d'infirmiers libéraux	68	83
Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux	45	69
Densité d'officines	36	39
Densité de chirurgiens-dentistes	39	59
Temps d'accès au généraliste le plus proche (en minutes)	4,9	4,0
Taux de mortalité pour 100 000 habitants	10,33	10,13
Densité d'omnipraticiens offrant des soins de proximité	92	109
Densité d'infirmiers offrant des soins de proximité	108	120
Densité de masseurs-kinésithérapeutes offrant des soins de proximité	65	93
Densité d'officines, y c. mutualistes et minières	36	39
Densité de pharmaciens d'officines	68	80
Temps d'accès à la pharmacie la plus proche (en minutes)	5,1	4,2
Taux de personnes âgées de plus de 75 ans	8,1	7,6
Ensemble des lits/places publics-privés pour 1 000 habitants au 1 ^{er} janvier 2003 en MCO	4,56	4,29

Synthèse du comité régional

La Basse-Normandie est une région littorale au caractère rural encore très marqué et à l'habitat dispersé en de nombreux petits bourgs. La région ne comporte que deux villes de plus de 50 000 habitants : la capitale régionale Caen et la ville portuaire de Cherbourg. Certaines zones rurales sont très affectées par le déclin démographique, notamment dans le sud de la Manche (Domfrontais, Mortainais) et dans l'ouest de l'Orne (sud du Pays d'Auge, Perche).

■ ■ L'environnement économique et social de la Basse-Normandie

L'économie régionale a encore un caractère agricole marqué. L'activité agricole repose surtout sur l'élevage (la production de viande bovine ou de lait de vache) qui alimente en matières

premières un secteur agroalimentaire bien présent mais qui a connu des difficultés ces dernières années. L'industrie aussi est bien implantée. L'électronique et l'électroménager, l'automobile, le nucléaire, la construction navale, sont les secteurs traditionnellement forts de l'industrie bas-normande mais certains d'entre eux ont dû faire face récemment à de douloureuses restructurations (Moulinex et ses nombreux sites de productions régionaux, Direction des Constructions navales à Cherbourg...). Même si le secteur tertiaire s'est considérablement développé, la Basse-Normandie affiche toujours une tertiarisation moindre de son économie.

Le taux de chômage est plus faible qu'au niveau national, mais cela traduit surtout l'évasion des jeunes actifs vers d'autres régions. La Basse-Normandie se caractérise néanmoins par un chômage des jeunes important. La précarité touche environ un Bas-Normand de moins de 65 ans sur dix.

■ ■ Les principaux problèmes de santé publique et l'offre de soins

La Basse-Normandie présente de fortes inégalités de santé entre :

- un monde rural, ouvrier ou âgé, relativement éloigné de l'offre de soins, présentant une surmortalité générale liée en particulier au suicide des personnes âgées ;
- une population périurbaine favorisée bénéficiant d'une sous-mortalité prématurée ;
- une population urbaine présentant une surmortalité prématurée et une proximité de l'offre de soins.

Globalement, la région doit faire face à une mortalité prématurée supérieure à la moyenne nationale. Cette surmortalité concerne les accidents cardiovasculaires, les tumeurs cancéreuses et les morts violentes, notamment par suicide. Le suicide a fait l'objet d'un Plan régional de santé.

La population est marquée par un indice élevé de vieillissement notamment dans la Manche et dans l'Orne. Selon une évaluation de l'ORS, environ une personne âgée de 75 ans et plus sur cinq est dépendante.

La Basse-Normandie est moins bien dotée en professionnels de santé que la moyenne des régions métropolitaines. C'est notamment vrai pour les masseurs-kinésithérapeutes et pour les chirurgiens-dentistes. La médecine généraliste est également concernée ; la situation des médecins spécialistes est très préoccupante.

■ ■ L'offre de soins de proximité

Pour les médecins généralistes, l'analyse cantonale fait apparaître 3 cantons en difficulté et 15 cantons en difficulté probable ou à venir sur un total de 119 cantons. Mais une autre méthode de ciblage, proposée par l'assurance-maladie, dont l'analyse utilise un zonage de recours aux généralistes, identifie de manière un peu différente les zones fragiles. Une comparaison avancée entre les deux méthodes devrait permettre de gagner en robustesse dans l'identification de zones en difficulté.

La Basse-Normandie compte quatre cantons sans infirmier libéral dont trois sont situés en zone de revitalisation rurale et dont le quatrième manque également de généralistes. Parmi les 7 cantons de densité faible et d'activité forte d'infirmiers, deux (l'un : pas de SSIAD, fort pourcentage de personnes âgées de 75 ans et plus ; l'autre : densité très faible, activité très

forte) paraissent les plus en difficulté. Par ailleurs, trois cantons de l'Orne, où la proportion de personnes âgées de 75 ans et plus est importante, sont aussi dans une situation préoccupante.

Le territoire bas-normand est mal couvert en masseurs-kinésithérapeutes : 22 cantons, localisés pour l'essentiel dans le centre et le sud de la Manche et dans l'Orne, n'ont pas de kiné. De surcroît, les masseurs-kinésithérapeutes actuellement en exercice, sont relativement âgés : plus de la moitié des cantons pourvus ont au moins un professionnel âgé de plus de 55 ans.

Il n'existe que deux cantons sans officine de pharmacie. Deux séries d'arrêtés préfectoraux pris en 2000 et 2002 ont fixé la répartition des pharmacies sur le territoire bas-normand et le maillage de la région paraît suffisant. Les possibilités de création sont extrêmement limitées.

■ ■ Les perspectives de l'offre de soins régionale

Dans le contexte d'un maillage général plutôt peu dense et d'une pyramide des âges fortement marquée par un corps médical vieillissant, le problème de la permanence des soins, en particulier en milieu rural, se pose déjà et ne manquera pas de se poser avec une grande acuité dans les prochaines années. L'URCAM et l'URML mènent déjà des actions de promotion de l'exercice en milieu rural, axées sur le regroupement en maison médicale, afin de rompre l'isolement professionnel.

Même si la Manche apparaît mieux pourvue, les effectifs d'infirmiers libéraux, très en dessous de la moyenne nationale dans l'Orne et dans le Calvados, peuvent amener des difficultés pour le développement des SSIAD. Cela pourrait aussi poser des problèmes d'accès aux soins : le corps médical dans l'Orne se réduisant également, les infirmiers ne seront pas en mesure d'assurer, le temps de l'arrivée de médecins nouvellement formés, une partie des gestes qui leur sont/seront autorisés mais jusque là réalisés par le médecin.

On est donc en droit de craindre une période transitoire marquée par une défaillance touchant plusieurs professions.

■ ■ Comparaison avec la caractérisation statistique issue de la méthodologie nationale

TABLEAU 41

	Nombre de cantons moins bien dotés...			Nombre de cantons bien dotés d'après la classification statistique	Nombre de cantons de la région
	...selon la classification statistique	...après examen du comité régional	...en commun		
Médecins généralistes	5	3	3	3	119
Infirmiers	11	14	11	3	
Masseurs-kinésithérapeutes	39	43	39	1	
Chirurgiens-dentistes	36	-	Sans objet*	3	

* Dans le cadre de la rédaction de la synthèse, la profession n'a pas été examinée ou il n'a pas été possible d'intégrer la totalité des reclassements effectués dans les rapports régionaux.

De nombreux reclassements ont été effectués pour les médecins généralistes pour tenir compte :

- du taux de fuite/attractivité du canton : la densité a été recalculée à partir des flux de patientèle, i.e. en tenant compte de la population consommant effectivement dans le canton, ce qui améliore la densité pour les cantons à taux de fuite élevé et la dégrade pour les cantons attractifs,
- de l'offre salariée complémentaire,
- de seuils régionaux pour la consommation, relativement faible dans la région.

L'application de seuils régionaux met en évidence les zones les plus en difficulté au sein de la Basse-Normandie, mais les résultats ne sont alors plus directement comparables à ceux des autres régions, certains cantons n'apparaissant plus comme moins dotés au regard des seuils régionaux.

Par ailleurs, la méthode URCAM sur les zones de recours a été mise en œuvre pour les médecins généralistes. Cette méthode complémentaire regroupe les communes en trois types de zonages :

- une zone d'offre de proximité : premier niveau de recours au médecin généraliste ;
- une zone de recours : territoire d'au moins 1 500 habitants, agrégeant les zones d'offre de proximité trop petites ou proches d'une zone limitrophe avec une offre de soins plus importante ;
- une zone de recours opérationnelle : territoire d'au moins 5 000 habitants.

Deux scores sont ensuite construits à partir d'indicateurs, l'un d'offre, l'autre de consommation. Puis la fragilité de la zone est jugée d'après le score total obtenu en sommant offre et consommation.

Pour les autres professions, les reclassements ont tenu compte de l'offre salariée complémentaire, de l'âge des professionnels et de la population.

Suite à ces travaux, la région apparaît présenter un profil plus défavorable que la moyenne nationale, avec notamment des manques en matière de médecins généralistes, observables sur le plan de la densité. Si concernant l'offre de soins infirmiers, la Basse-Normandie est en situation intermédiaire, on constate également un plus grand nombre de cantons déficitaires pour les masseurs-kinésithérapeutes. Les zones cumulant des difficultés en matière d'offre de soins de proximité sont à cet égard des cantons ruraux.

Données de cadrage

TABLEAU 42

Indicateurs	Région	France entière
Densité de médecins généralistes	86	92
Densité d'infirmiers libéraux	66	83
Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux	55	69
Densité d'officines	39	39
Densité de chirurgiens-dentistes	47	59
Temps d'accès au généraliste le plus proche (en minutes)	5,0	4,0
Taux de mortalité pour 100 000 habitants	10,28	10,13
Densité d'omnipraticiens offrant des soins de proximité	99	109
Densité d'infirmiers offrant des soins de proximité	104	120
Densité de masseurs-kinésithérapeutes offrant des soins de proximité	72	93
Densité d'officines, y c. mutualistes et minières	39	39
Densité de pharmaciens d'officines	83	80
Temps d'accès à la pharmacie la plus proche (en minutes)	5,4	4,2
Taux de personnes âgées de plus de 75 ans	9,3	7,6
Ensemble des lits/places publics-privés pour 1 000 habitants au 1 ^{er} janvier 2003 en MCO	4,58	4,29

Synthèse du comité régional

■ ■ Principales caractéristiques de la Bourgogne

■ *DESCRIPTIF GÉNÉRAL (SOURCE : INSEE)*

La Bourgogne est une région vaste: elle se place au 6^e rang des régions françaises pour sa superficie. Elle est située dans le quatre nord-est de la France et entre ses deux grandes voisines, l'Île-de-France et Rhône-Alpes, dont le poids démographique et économique est très important.

Les voies de communication permettent surtout de rendre très accessible la traversée de la Bourgogne par sa partie Est. En revanche, la présence du Morvan au cœur de la Bourgogne rend les liaisons est-ouest difficiles.

Elle est peu peuplée et conserve un caractère rural marqué. Sa densité de population (51 habitants au km²) est la moitié de celle de la France. Un tiers des habitants vit dans le rural qui couvre les deux tiers du territoire. La surface agricole occupe 59 % du territoire par ailleurs boisé à 31 %. La population est très inégalement répartie.

La population âgée (grosse consommatrice de soins) est relativement plus nombreuse en Bourgogne qu'en métropole. La population bourguignonne vieillit plus vite qu'au niveau national : le départ de nombreux jeunes adultes et l'arrivée de retraités pèsent fortement sur la démographie.

■ PROBLÈMES DE SANTÉ PUBLIQUE SPÉCIFIQUES À LA RÉGION

En 2000, l'espérance de vie à la naissance des hommes en Bourgogne approche 75 ans et celle des femmes 83 ans.

La mortalité masculine par tumeurs en Bourgogne, dans la moyenne française au cours des années 1980, est devenue supérieure à la moyenne nationale (surmortalité modérée, mais significative) au cours des années 1990.

Les effets néfastes de la consommation de tabac continuent de progresser chez les femmes. Le taux de mortalité par cancer du poumon a cessé de croître pour les hommes, alors qu'il a suivi une forte progression pour les femmes.

Par ailleurs, la Bourgogne présente une mortalité par cardiopathies ischémiques supérieure à la moyenne nationale.

Les accidents et suicides sont causes de surmortalité des hommes et des femmes de la région depuis de nombreuses années. L'indice de gravité des accidents corporels de la route (nombre de tués et blessés graves par accident corporel) en Bourgogne est constamment supérieur à la moyenne française.

On observe depuis de nombreuses années une surmortalité par maladies associées à une consommation excessive d'alcool (principalement la cirrhose alcoolique du foie) des hommes de la région par rapport à l'ensemble des Français.

En 2000, 3 180 Bourguignons sont décédés avant 65 ans (18 % de l'ensemble des décès). Ces décès, qualifiés de prématurés, représentent 25 % des décès masculins et 11 % des décès féminins. Les principales causes de décès prématurés sont les cancers (39 %), les morts brutales (20 %) et les maladies cardio-vasculaires (15 %).

■ ■ L'offre de soins de proximité en Bourgogne

■ LA BOURGOGNE EST PEU DOTÉE EN PROFESSIONNELS DE SANTÉ

TABLEAU 43

DENSITÉ EN PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX AU 1^{ER} JANVIER 2003

Au 1 ^{er} janvier 2003	France métropolitaine Densité*	Bourgogne Densité*	Côte-d'Or Densité*	Nièvre Densité*	Saône-et-Loire Densité*	Yonne Densité*
Médecins généralistes	114	104	119	97	97	97
Infirmiers diplômés d'État	100	84	82	60	94	88
Masseurs-kinésithérapeutes	75	59	71	51	55	53

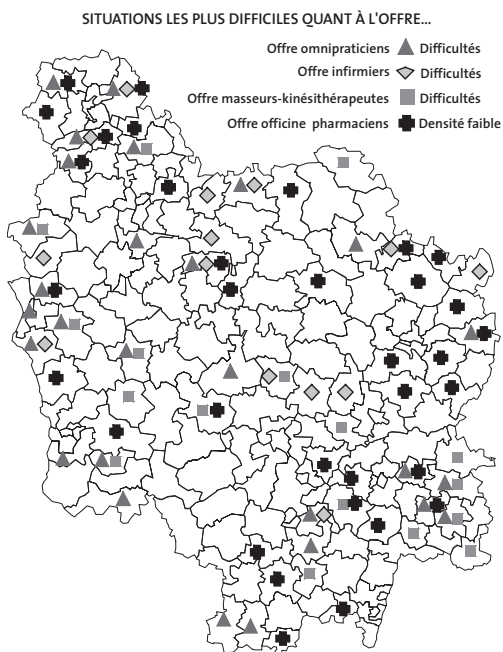
La Bourgogne est moins dotée en professionnels de santé libéraux qu'en moyenne en France. Ainsi, elle est moins bien lotie que la métropole pour la densité en médecins généralistes (104 généralistes pour 100 000 habitants contre 114), pour la densité en infirmiers (84 contre 100) et celle en masseurs-kinésithérapeutes (59 contre 75).

Si la question des effectifs en professionnels de santé est cruciale, leur répartition est tout aussi cruciale puisque inégale sur le territoire. Cette inégale répartition se retrouve nettement dans les statistiques départementales.

■ ■ De fortes disparités infrarégionales

Le diagnostic bourguignon réalisé à partir de la méthodologie nationale met en évidence un certain nombre de cantons où l'offre en professionnels paraît ne pas suffire : professionnels en faible nombre, professionnels surchargés, de nombreux départs en retraite imminents, les caractéristiques de la population révèlent des besoins particuliers (forte proportion de personnes âgées, mortalité prématurée élevée...). Certains cantons cumulent des difficultés sur plusieurs types de professionnels.

DIFFICULTÉS RELEVÉES AU 1^{ER} JANVIER 2003 D'APRÈS LA MÉTHODOLOGIE RETENUE



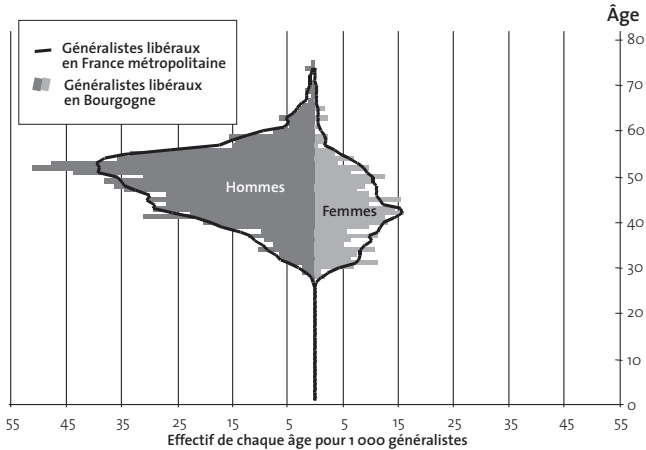
■ ■ Les perspectives de l'offre de soins régionale

■ DE NOMBREUX DÉPARTS EN RETRAITE À VENIR PARMIS LES PROFESSIONNELS

De nombreux professionnels vont partir en retraite dans les années à venir et les nouveaux professionnels issus des circuits de formation français seront insuffisamment nombreux pour les remplacer.

Au 1^{er} janvier 2003, la proportion de **médecins généralistes** susceptibles de partir en retraite dans les dix prochaines années (ceux ayant plus de 55 ans) s'élève à 13%. Près de 70% des généralistes ont entre 40 ans et 54 ans. Le choix du territoire d'exercice se fait plus en fonction de critères liés à l'aménagement du territoire (présence d'emplois pour le conjoint, d'écoles pour les enfants...) mais pas seulement (souhait de gardes limitées en nombre, exercice en groupe privilégié...).

PYRAMIDES DES ÂGES AU 1^{ER} JANVIER 2003 DES GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX



Les départs en retraite pour les **infirmiers libéraux** s'annoncent également nombreux. La Bourgogne devrait être à cet égard plus touchée dans les dix prochaines années que la France. En effet, la proportion d'infirmiers de plus de 55 ans y est plus élevée (10,5% contre 9,8%). Au-delà de dix ans, les départs à la retraite devrait être également relativement plus nombreux en Bourgogne. En effet, 57% des infirmiers y ont entre 40 ans et 54 ans contre 56% en métropole.

En ce qui concerne les **masseurs-kinésithérapeutes libéraux**, la Bourgogne serait également vraisemblablement plus touchée que la France par les départs en retraite à venir puisque la proportion de masseurs-kinésithérapeutes de plus de 55 ans y est bien plus élevée (19% contre 16%). Au-delà de dix ans, le constat est le même puisque la proportion de masseurs-kinésithérapeutes âgés de 40 ans et 54 ans est légèrement supérieure à la métropole (40,2% contre 39,7%).

■ Comparaison avec la caractérisation statistique issue de la méthodologie nationale

Certains reclassements ont été effectués pour les généralistes et les infirmiers en intégrant l'offre de soins complémentaire (remplaçants, maisons médicales, salariés de centres de santé et des établissements pour personnes âgées). Le constat a également été nuancé :

- pour les zones à faible densité dans les aires urbaines où la population a facilement accès aux généralistes dans le canton voisin ;
- pour les zones où l'offre de soins repose sur un petit nombre de professionnels.

La liste des zones fragiles selon le comité régional a été établie à partir d'une analyse détaillée, pour chacune des cinq professions, des cantons présentant le plus de difficultés parmi ceux combinant les critères les plus défavorables relativement à la densité, l'activité et la consommation.

Au final, la région présente une situation légèrement moins favorable qu'au niveau national. On trouve moins de cantons bien dotés en Bourgogne qu'en moyenne, mais les situations les plus difficiles ne sont cependant pas fortement surreprésentées. Ainsi du côté de l'offre de soins des médecins généralistes, il existe peu de cantons dans la catégorie des moins bien dotés ; ce résultat est bien sûr à nuancer pour le comité régional par le fait que la méthode ne peut traiter l'ensemble des dimensions de l'offre de proximité et laisse de côté aussi les éléments qualitatifs. Du côté des infirmières, les relativement faibles densités cantonales ne sont pas « compensées » par des niveaux d'activité plus élevés. La densité en masseurs-kinésithérapeutes est également plutôt faible. Il existe de réels déséquilibres infrarégionaux, les trois autres départements de la région étant en situation plus défavorable que la Côte-d'Or.

TABLEAU 44

	Nombre de cantons moins bien dotés...			Nombre de cantons bien dotés d'après la classification statistique	Nombre de cantons de la région
	...selon la classification statistique	...après examen du comité régional	...en commun		
Médecins généralistes	5	10	1	8	147
Infirmiers	24	15	15	7	
Masseurs-kinésithérapeutes	39	17	17	2	
Chirurgiens-dentistes	44	41	41	8	

Données de cadrage

TABEAU 45

Indicateurs	Région	France entière
Densité de médecins généralistes	92	92
Densité d'infirmiers libéraux	105	83
Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux	71	69
Densité d'officines	40	39
Densité de chirurgiens-dentistes	61	59
Temps d'accès au généraliste le plus proche (en minutes)	3,8	4,0
Taux de mortalité pour 100 000 habitants	11,19	10,13
Densité d'omnipraticiens offrant des soins de proximité	106	109
Densité d'infirmiers offrant des soins de proximité	146	120
Densité de masseurs-kinésithérapeutes offrant des soins de proximité	98	93
Densité d'officines, y c. mutualistes et minières	40	39
Densité de pharmaciens d'officines	77	80
Temps d'accès à la pharmacie la plus proche (en minutes)	4,1	4,2
Taux de personnes âgées de plus de 75 ans	8,5	7,6
Ensemble des lits/places publics-privés pour 1 000 habitants au 1 ^{er} janvier 2003 en MCO	4,08	4,29

Présentation de la région

Située à l'extrémité occidentale de l'Europe, la Bretagne occupe un espace géographique original, bordé par 2 800 kilomètres de côtes. Elle conjugue harmonieusement des espaces ruraux et urbains, ces derniers situés majoritairement sur le littoral, à l'exception de la capitale, Rennes. Un vaste espace à dominante rurale, sans ville importante occupe le centre de la région.

Un réseau routier et ferroviaire performant a contribué à désenclaver les zones rurales et à faciliter les liaisons avec Paris et les régions voisines.

La population bretonne, avec 2 960 000 habitants, représente 5 % de la population française. Depuis vingt ans, elle s'accroît de 0,4 % par an, dont 0,14 % de solde naturel (naissances – décès). C'est dire l'importance du solde migratoire, témoin de l'attractivité de la région.

Bien que nombre de retraités viennent habiter en Bretagne, l'activité professionnelle constitue le principal facteur de mobilité, 80 % des migrants étant des actifs ou des familles d'actifs.

Comme les autres régions françaises, la Bretagne vieillit. L'indice de vieillissement est de 67,8 contre 57,9 pour la France.

Le taux de natalité est inférieur à la moyenne nationale (11,6 % contre 12,4 %).

Le taux de fécondité des femmes bretonnes de 49,4 % est désormais inférieur à la moyenne nationale qui est de 49,9 %.

Le nombre de jeunes de moins de vingt ans diminue régulièrement.

La proportion de la population étrangère de 0,9 % est faible par rapport au niveau national de 6,3 %.

Il y a désormais autant de personnes âgées que de jeunes et le vieillissement devrait s'accroître dans l'avenir.

L'activité économique est articulée autour :

- de l'agriculture et de l'industrie agro-alimentaire,
- de la pêche,
- du tourisme,
- et principalement du secteur tertiaire.

L'industrie, longtemps faiblement représentée, est en progression. À part l'agro-alimentaire, quelques secteurs comme l'automobile (Citroën), la construction navale, l'électronique et les télécommunications dominent le tissu industriel régional.

C'est cependant le secteur tertiaire qui est à l'origine de l'essentiel de la croissance de l'emploi. Le taux de chômage est de 7,5 %, l'écart avec le niveau national se réduit.

Bien que la Bretagne dispose d'atouts majeurs qui sont, entre autres, le bon niveau de la formation des jeunes Bretons, le fort taux de réussite au baccalauréat, la situation socio-économique n'est pas sans poser problème :

- du fait des suppressions d'emplois dans certains secteurs (électronique, tertiaire),
- de la remise en cause du modèle de développement agricole en raison de son impact sur l'environnement,
- de la faible valeur ajoutée de l'industrie agro-alimentaire,
- de l'absence de grande métropole régionale (Rennes est la 10^e ville de France, Brest la 19^e).

Enfin, il existe un fort risque d'isolement et d'accès aux soins des populations en zone rurale de la Bretagne centrale, avec des poches de pauvreté et de précarité qui nécessitent des politiques d'accompagnement.

■ ■ Spécificités de la région en terme de santé publique et de structures de soins.

L'espérance de vie des Bretons en 2000 est de 74 ans pour les hommes et 82,3 ans pour les femmes. Elle est semblable à la moyenne française pour les femmes, un peu inférieure pour les hommes (75,2 %).

La région se caractérise par une surmortalité prématurée masculine largement supérieure à la moyenne française, dont les causes sont attribuées à trois types de pathologies :

- les cancers (VADS, estomac, poumons),

- les maladies cardio-vasculaires,
- les accidents et les suicides.

Les comportement de consommation massive d'alcool et de tabac sont des déterminants importants.

La morbidité, appréciée à partir des affections dite « de longue durée » se caractérise par la prédominance, ans les deux sexes, des maladies de l'appareil circulatoire et des tumeurs qui représentent plus de la moitié des causes.

Viennent ensuite les troubles mentaux, qui touchent le sexe féminin de façon plus importante (20 % des ALD chez les femmes, 10 % chez les hommes), puis le diabète et les maladies métaboliques.

■ Comparaison avec la caractérisation statistique issue de la méthodologie nationale

TABEAU 46

	Nombre de cantons moins bien dotés...			Nombre de cantons bien dotés d'après la classification statistique	Nombre de cantons de la région
	...selon la classification statistique	...après examen du comité régional	...en commun		
Médecins généralistes	3	16	0	5	170
Infirmiers	9	-	Sans objet*	4	
Masseurs-kinésithérapeutes	6	-	Sans objet*	13	
Chirurgiens-dentistes	9	-	Sans objet*	2	

** Dans le cadre de la rédaction de la synthèse, la profession n'a pas été examinée ou il n'a pas été possible d'intégrer la totalité des reclassements effectués dans les rapports régionaux.*

Le comité régional n'a pas validé les données, celles-ci étant jugées trop anciennes. Les éléments utilisés par lui reposent sur la liste des zones à faible densité en médecins généralistes, qui s'appuie sur des données de densité plus récentes et a servi de base aux travaux sur les zones déficitaires.



Données de cadrage

TABEAU 47

Indicateurs	Région	France entière
Densité de médecins généralistes	82	92
Densité d'infirmiers libéraux	57	83
Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux	52	69
Densité d'officines	37	39
Densité de chirurgiens-dentistes	46	59
Temps d'accès au généraliste le plus proche (en minutes)	4,4	4,0
Taux de mortalité pour 100 000 habitants	9,53	10,13
Densité d'omnipraticiens offrant des soins de proximité	92	109
Densité d'infirmiers offrant des soins de proximité	82	120
Densité de masseurs-kinésithérapeutes offrant des soins de proximité	68	93
Densité d'officines, y c. mutualistes et minières	37	39
Densité de pharmaciens d'officines	72	80
Temps d'accès à la pharmacie la plus proche (en minutes)	4,7	4,2
Taux de personnes âgées de plus de 75 ans	8,8	7,6
Ensemble des lits/places publics-privés pour 1 000 habitants au 1 ^{er} janvier 2003 en MCO	3,80	4,29

Synthèse du comité régional

■ ■ Présentation générale de la région

L'extension géographique de la région Centre explique des situations très contrastées entre ses différentes parties. Sa partie sud partage les difficultés de développement du Massif Central qui la jouxte : population âgée, en recul, économie sur le déclin. La partie nord, à l'inverse, bénéficie d'un dynamisme qui doit encore beaucoup à la proximité de l'Île-de-France : essor démographique, population jeune, vocation industrielle marquée. Entre ces deux espaces, les rives de la Loire dessinent un troisième territoire dont la dynamique plus endogène, est également soutenue. D'Orléans à Tours, les zones d'emploi de cet axe ligérien connaissent

expansion démographique et développement significatif de l'emploi. Les échanges entre ces trois territoires sont encore peu nourris et la région apparaît morcelée.

La situation économique et sociale de la région, dans sa globalité, est plutôt enviable. Le revenu de ses habitants est élevé, le recours aux minima sociaux moins fréquent qu'au niveau national et le chômage sensiblement plus faible.

Ce bilan plutôt positif est à mettre en parallèle avec des indicateurs de santé globalement bons par rapport à la moyenne française : espérance de vie supérieure, taux de mortalité générale et taux de mortalité prématurée inférieurs aux moyennes nationales. Cette réalité ne doit cependant pas éclipser les importantes disparités spatiales marquées par un fort clivage est-ouest de la région et une forte surmortalité par morts violentes : la région possède les taux par accidents de la circulation et par suicides parmi les plus élevés des régions françaises.

■ ■ Analyse cantonale de l'offre de soins de proximité

Même s'il est difficile d'établir des corrélations dans l'implantation des différents professionnels de santé, l'état des lieux réalisé permet d'identifier des zones largement défavorisées :

- la partie est du Cher, notamment pour les médecins généralistes
- une zone située sur la frontière Eure-et-Loir/Loiret pour les médecins, les infirmiers et les pharmaciens
- les agglomérations d'Orléans et de Montargis en situation de fragilité pour les médecins généralistes et les infirmiers
- les franges franciliennes dont la problématique affecte particulièrement les infirmiers.

Il faut ajouter aussi que l'exercice étant limité à la région, il évacue la situation globalement préoccupante du Centre dont les densités moyennes sont toutes inférieures aux moyennes nationales des professionnels étudiés.

La cartographie de cet état des lieux est décrite ci-après :

RÉGION CENTRE • MÉDECINS GÉNÉRALISTES • ZONES FRAGILES

Médecins généralistes :

45 cantons présentent une situation dégradée

18. Cher : 15 cantons soit 34 % de la population du département qui cumule les difficultés : faible densité médicale, 16 % de médecins de plus de 55 ans (région 12 %), cantons en surmortalité

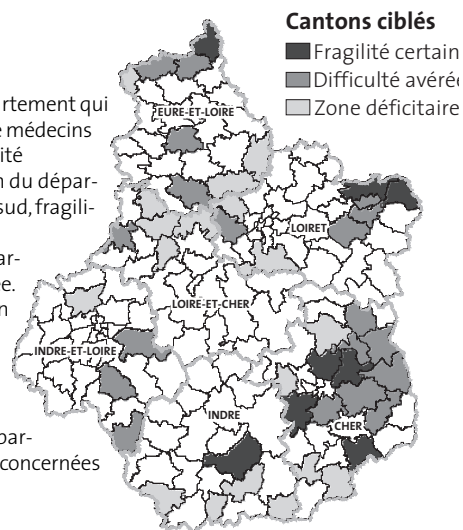
28. Eure-et-Loir : 8 cantons soit 33 % de la population du département qui est en fragilité sur ses frontières nord et sud, fragilité qui n'épargne pas Dreux.

36. Indre : 5 cantons soit 14 % de la population du département en fragilité au sud du fait d'une population âgée.

37. Indre-et-Loire : 4 cantons soit 8 % de la population du département, quelques cantons ruraux à risque.

41. Loir-et-Cher : 5 cantons soit 8 % de la population du département ; 15 % des médecins ont plus de 55 ans ; nord-ouest en difficulté

45. Loiret : 8 cantons soit 17 % de la population du département. Montargis et l'agglomération d'Orléans sont concernées ainsi que les cantons limitrophes de l'Eure-et-Loir.



RÉGION CENTRE • infirmiers libéraux • des situations contrastées

**Infirmiers libéraux :
des situations contrastées**

18. Cher : déficit cumulé de l'offre en médecins généralistes et en infirmiers libéraux dans des cantons vieillissants et en mauvaise santé

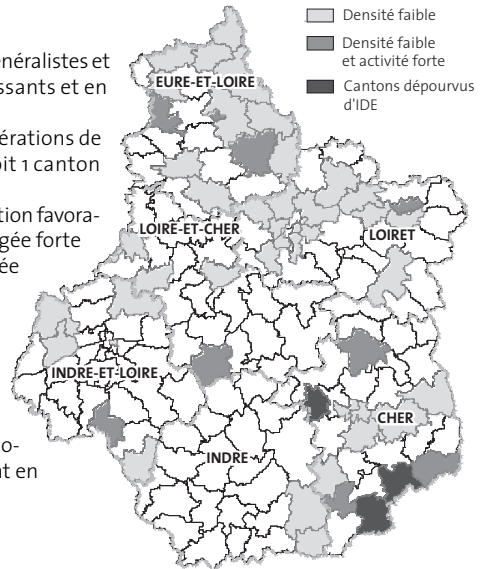
28. Eure-et-Loir : franges franciliennes, agglomérations de Dreux et Chartres et nord du département soit 1 canton sur 2 sont en difficulté

36. Indre : département atypique dans une situation favorable alors que ces cantons ont une population âgée forte consommatrice de soins et relativement éloignée des professionnels de santé

37. Indre-et-Loire

41. Loir-et-Cher : ces deux départements de l'axe ligérien connaissent une situation comparable avec une densité supérieure à la moyenne régionale

45. Loiret : les faibles densités touchent les agglomérations de Montargis et d'Orléans rejoignant en cela les zones de fragilité en médecine générale



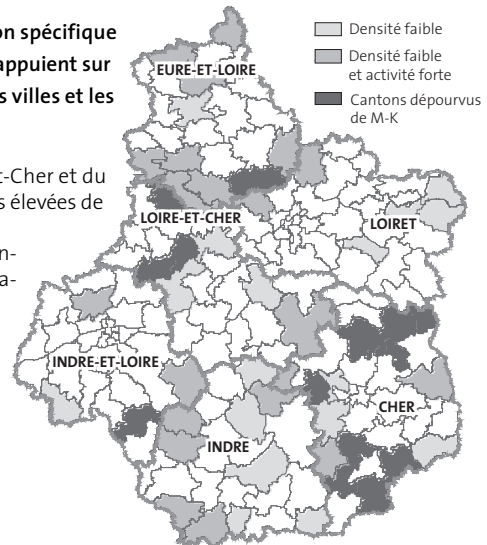
RÉGION CENTRE • MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES • ZONES FRAGILES

**Masseurs-kinésithérapeutes : une implantation spécifique
dans la mesure où les disparités territoriales s'appuient sur
la concentration de ces professionnels dans les villes et les
agglomérations.**

Les départements de l'Indre-et-Loire, du Loir-et-Cher et du Loiret, plus « urbanisés » ont les densités les plus élevées de la région ;

L'Indre, l'Eure-et-Loir et le Cher affichent des densités très faibles qui contournent les agglomérations de ces départements.

Même si certains cantons cumulent les fragilités, on ne trouve pas de corrélation entre les densités de masseurs-kinésithérapeutes, d'infirmiers et de médecins généralistes

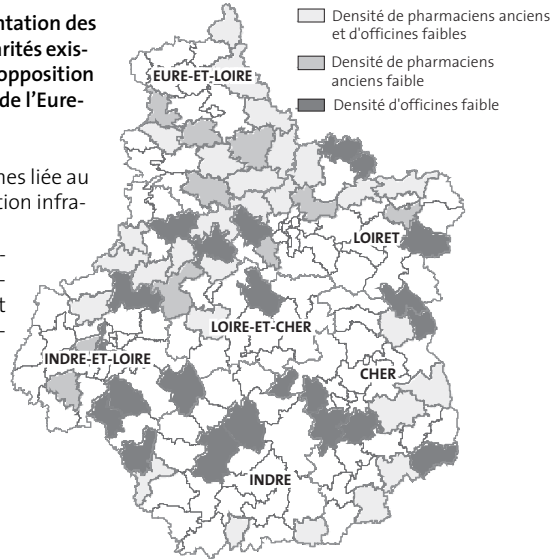


RÉGION CENTRE • PHARMACIENS ET OFFICINES • ZONES FRAGILES

Pharmaciens et officines : malgré l'implantation des officines réglementée par quota, des disparités existent au sein de la région. On observe une opposition nord-sud défavorable aux départements de l'Eure-et-Loir, du Loir-et-Cher et du Loiret.

La densité de pharmaciens dans les officines liée au chiffre d'affaires connaît la même opposition infra-régionale.

10 cantons sur 166 cumulent les difficultés au regard de l'implantation des pharmaciens, médecins généralistes et infirmiers. Ailleurs les densités de professionnels ne sont pas corrélées entre elles.



■ Comparaison avec la caractérisation statistique issue de la méthodologie nationale

TABEAU 48

	Nombre de cantons moins bien dotés...			Nombre de cantons bien dotés d'après la classification statistique	Nombre de cantons de la région
	...selon la classification statistique	...après examen du comité régional	...en commun		
Médecins généralistes	14	45	13	2	166
Infirmiers	12	-	Sans objet*	4	
Masseurs-kinésithérapeutes	35	38	35	2	
Chirurgiens-dentistes	24	-	Sans objet*	2	

* Dans le cadre de la rédaction de la synthèse, la profession n'a pas été examinée ou il n'a pas été possible d'intégrer la totalité des reclassements effectués dans les rapports régionaux.

Les zones fragiles ou en difficulté mentionnées dans les premières remarques transmises par le comité régional sont celles indiquées dans la synthèse, qui s'appuient :

- pour les généralistes, sur la densité, l'âge des praticiens, l'âge de la population, et les travaux sur les zones déficitaires ;
- pour les autres professions, sur les critères de la méthodologie (densité faible et activité forte ou densité nulle), sans reclassement.

Données de cadrage

TABEAU 49

Indicateurs	Région	France entière
Densité de médecins généralistes	83	92
Densité d'infirmiers libéraux	53	83
Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux	44	69
Densité d'officines	35	39
Densité de chirurgiens-dentistes	47	59
Temps d'accès au généraliste le plus proche (en minutes)	4,9	4,0
Taux de mortalité pour 100 000 habitants	10,60	10,13
Densité d'omnipraticiens offrant des soins de proximité	95	109
Densité d'infirmiers offrant des soins de proximité	86	120
Densité de masseurs-kinésithérapeutes offrant des soins de proximité	58	93
Densité d'officines, y c. mutualistes et minières	36	39
Densité de pharmaciens d'officines	77	80
Temps d'accès à la pharmacie la plus proche (en minutes)	5,2	4,2
Taux de personnes âgées de plus de 75 ans	7,4	7,6
Ensemble des lits/places publics-privés pour 1 000 habitants au 1 ^{er} janvier 2003 en MCO	4,56	4,29

Synthèse du comité régional

■ ■ Points saillants de la région

La Champagne-Ardenne se situe au 18^e rang des régions françaises avec 1 342 363 habitants recensés en 1999. La population champardennaise représente 2,3 % de la population française en 1999 contre 2,7 % il y a 30 ans.

La région perd régulièrement de la population notamment en raison d'un solde migratoire négatif. En 2002, la part des personnes âgées de 75 ans et plus s'élève à 7,4 % comme au niveau national.

Relativement à son étendue géographique, la région apparaît faiblement peuplée. La densité de la population est de 52 habitants au km² contre 109 pour la France métropolitaine. La

Champagne-Ardenne est moins urbanisée que le niveau national.

Située entre le bassin parisien et le Grand Est, la Champagne-Ardenne est une région de tradition industrielle et de transit pour les échanges nationaux et internationaux. Le taux de chômage dans la région est toujours supérieur au niveau national. Le chômage touche plus particulièrement les Ardennes et l'Aube. De ce fait, c'est dans les Ardennes que le pourcentage de bénéficiaires de minima sociaux et de la couverture maladie universelle est le plus fort.

Le taux de mortalité s'élève à 9,4 ‰ pour la région en 2002 contre 9 ‰ pour la France. La mortalité prématurée est également supérieure à celle de la France. Les Ardennes et la Haute-Marne sont des départements défavorisés au regard de la mortalité générale ou prématurée.

■ ■ L'offre de soins de proximité

Globalement, la région Champagne-Ardenne se trouve dans une situation défavorable par rapport à la moyenne nationale. La proportion de cantons avec une densité faible pour les différents professions de santé y est plus importante et la proportion de cantons à densité forte est plus faible que pour l'ensemble de la France. Les zones classées en « faible » sont souvent classées en zone de revitalisation rurale, avec une population dépendant plus souvent des minima sociaux.

Dix « pseudo cantons regroupés » sur les cent quatorze de la région Champagne-Ardenne voient leur densité en professionnels de santé être faible et ce quelque soit la profession considérée. Parmi ces dix cantons, cinq sont dans l'Aube et trois en Haute-Marne. Seul le canton de Tourteron se trouve dans les Ardennes mais il est à proximité de cantons à densité forte en médecins généralistes et en infirmiers, en particulier du canton d'Omont. De même, seul le canton d'Anglure est situé dans la Marne. Ce canton est adjacent au canton de Sézanne qui a une densité forte en médecins généralistes. Concernant les autres professions de santé, tous les cantons adjacents à celui d'Anglure ont une densité en professionnels de santé au mieux moyenne.

Sur ces dix cantons ayant une densité faible quelque soit la profession de santé considérée, quatre font partie des zones déficitaires en médecins généralistes au sens du décret du 28 novembre 2003 :

- Tourteron (code canton 0830) avec 13 habitants
- Châteauvillain (code canton 50) avec 23 habitants
- Doulevant le château (code canton 51) avec 47 habitants
- Poissons (code canton 52) avec 17 habitants.

Comparativement à la France, la Champagne-Ardenne se caractérise par une plus grande part de cantons à faible densité de **médecins généralistes** libéraux (34 % contre 24 % pour la France). Ceci au détriment des cantons à forte densité (15 % contre 25 % pour la France). Par ailleurs, les cantons à forte activité sont proportionnellement 2,3 fois plus nombreux dans la région qu'au niveau national. Quant à la consommation, les cantons à consommation moyenne sont surreprésentés en Champagne-Ardenne (66 % contre 51 % pour la France) et la proportion de cantons à consommation forte est légèrement supérieure à la France. À l'inverse, les cantons à consommation faible sont moins fréquents dans la région (5 % contre 23 %). 31 pseudo cantons regroupés ont une densité médicale inférieure à 1 médecin généraliste pour 10 habitants (soit 3,1 médecins pour 5000 habitants).

Comparativement à la France, la Champagne-Ardenne se caractérise par une plus grande part de cantons à faible densité d'**infirmiers** libéraux, et même de cantons sans infirmier.

À l'inverse, les cantons à forte densité sont moins fréquents en Champagne-Ardenne qu'en France. En ce qui concerne les cantons présentant une densité moyenne et une activité faible, leur part est deux fois plus importante qu'au niveau national. Quant à l'activité, elle est plus faible en Champagne-Ardenne qu'en France. En effet, les trois classes comprenant une activité forte sont sous-représentées en Champagne-Ardenne alors que les classes comprenant une activité faible ont tendance à être surreprésentées.

En Champagne-Ardenne, ce sont 41 territoires sur 114 correspondant à des pseudo cantons regroupés qui ont une densité d'infirmiers libéraux nulle ou considérée comme faible (inférieure à 2,5 infirmiers pour 5 000 habitants). Ces cantons rassemblent 56 % des cantons de l'Aube (14 cantons), 39 % de ceux de Haute-Marne (11 cantons), 33 % de ceux de la Marne (10 cantons) et seulement 19 % de ceux des Ardennes (6 cantons).

À l'inverse, les cantons à forte densité (supérieure à 6 infirmiers pour 5 000 habitants) sont uniquement situés dans les Ardennes (7 cantons soit 22 % des cantons ardennais) et dans le sud de la Haute-Marne (4 cantons soit 14 % des cantons haut-marnais).

Concernant les cantons à densité d'infirmiers libéraux moyenne (densité comprise entre 2,5 et 6 infirmiers pour 5 000 habitants), ils sont au nombre de 62 et sont répartis sur l'ensemble du territoire.

La présence de cabinets secondaires est un élément important qui permet dans certains cas de relativiser la situation de la zone déficitaire. Des cabinets secondaires sont implantés sur certaines zones à faible densité. C'est le cas du canton de Lusigny-sur-Barse où un cabinet d'infirmiers secondaire est implanté. De même, trois infirmiers travaillent en cabinet secondaire sur le canton de Bourmont. Et enfin, un cabinet secondaire est implanté sur le canton de Buzancy qui, rappelons-le, n'est pourvu d'aucun infirmier au 31 décembre 2002.

Pour les **masseurs-kinésithérapeutes**, la Champagne-Ardenne présente une surreprésentation des classes à faible densité, 50 % des cantons champardennais contre 25 % pour la France entière. En fait, cette forte proportion est due à l'absence de masseur-kinésithérapeute, dans 32 cantons de la région. En ce qui concerne l'activité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, elle semble assez forte en Champagne-Ardenne puisque 34 cantons sur 114 ont une activité forte. De plus, la proportion de la classe « densité faible, activité forte » atteint 14 % contre 8 % en France et la proportion de la classe « densité moyenne, activité forte » s'élève à 14 %, correspondant au niveau de la France.

En Champagne-Ardenne, 32 pseudo cantons regroupés n'ont pas de masseur-kinésithérapeute et 25 ont une densité inférieure à 1,6 masseur-kinésithérapeute pour 5 000 habitants. Ces deux catégories représentent 60 % des cantons haut-marnais, 52 % des cantons aubois, 48 % des cantons ardennais et 39 % des cantons marnais.

Rappelons que la densité moyenne est comprise entre 1,6 et 3,6 masseurs-kinésithérapeutes pour 5 000 habitants et que la densité forte est supérieure à 3,6 pour 5 000.

Quant aux cabinets secondaires, on observe qu'ils sont souvent implantés dans des zones à faible densité de masseurs-kinésithérapeutes, ce qui signifie que dans la méthodologie nationale, l'offre de soins est un peu sous-estimée dans ces zones alors qu'elle est surestimée dans les zones où ces professionnels exercent principalement. Par exemple, sur le canton de Flize sont recensés trois masseurs-kinésithérapeutes en activité principale et trois autres exerçant dans un cabinet secondaire. De même, dans les cantons de Rocroi et de Vertus, on dénombre un cabinet secondaire.

La Champagne-Ardenne est une région caractérisée par une surreprésentation des zones à faible densité de **chirurgiens-dentistes**, ce qui a déjà été observé pour les autres profes-

sionnels de santé que sont les médecins généralistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. L'activité forte des chirurgiens-dentistes apparaît plus fréquente qu'au niveau national, quelle que soit la densité.

■ ■ Les perspectives de l'offre de soins régionale

Depuis le 31 décembre 2002, la situation sur le terrain a déjà évolué. Les installations nettes, c'est-à-dire supérieures aux éventuels départs, bénéficient surtout aux cantons déjà bien lotis.

Les médecins libéraux recherchent plus qu'une aide financière leur revenu dans les zones déficitaires étant largement assuré. Ils souhaitent conserver une certaine qualité de vie et pouvoir bénéficier de services leur permettant de conserver une disponibilité pour leur vie familiale.

Le doyen de la faculté de médecine aurait souhaité que soient mises en place des mesures incitatives en amont, telles que le versement d'une bourse aux étudiants de deuxième cycle de médecine en échange d'un engagement d'exercice en zone rurale.

Le président du conseil de l'ordre des médecins de la Marne suggère que soit développée la notion d'assistant collaborateur. Il faut inciter les médecins à exercer en milieu rural par le biais de stages chez un confrère.

Les représentants des pharmaciens craignent quant à l'avenir des officines si le nombre de médecins en milieu rural diminue. Ils rappellent qu'il faut maintenir une certaine cohérence entre les gardes des pharmacies et celles des médecins notamment en milieu rural.

■ ■ Comparaison avec la caractérisation statistique issue de la méthodologie nationale

TABEAU 50

	Nombre de cantons moins bien dotés...			Nombre de cantons bien dotés d'après la classification statistique	Nombre de cantons de la région
	...selon la classification statistique	...après examen du comité régional	...en commun		
Médecins généralistes	3	32	6	3	114
Infirmiers	15	15	11	5	
Masseurs-kinésithérapeutes	48	32	32	3	
Chirurgiens-dentistes	33	27	27	3	

Quelques reclassements ont été effectués à partir de données plus récentes pour certains cantons. Les critères du décret sur les zones déficitaires ont servi à déterminer les zones fragiles concernant l'offre de généralistes. Ils ont ensuite été adaptés pour les autres professions.

Au global, la région présente un profil démographique défavorisé qu'il s'agisse de l'offre en terme de médecins généralistes, d'infirmières ou de masseurs-kinésithérapeutes, de nombreux cantons conjugent des densités nulles ou faibles et dix d'entre eux combinent des déficits quelle que soit la profession considérée dans cette analyse.



Données de cadrage

TABLEAU 51

Indicateurs	Région	France entière
Densité de médecins généralistes	107	92
Densité d'infirmiers libéraux	53	83
Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux	106	69
Densité d'officines	53	39
Densité de chirurgiens-dentistes	75	59
Temps d'accès au généraliste le plus proche (en minutes)	6,1	4,0
Taux de mortalité pour 100 000 habitants	10,19	10,13
Densité d'omnipraticiens offrant des soins de proximité	125	109
Densité d'infirmiers offrant des soins de proximité	86	120
Densité de masseurs-kinésithérapeutes offrant des soins de proximité	134	93
Densité d'officines, y c. mutualistes et minières	53	39
Densité de pharmaciens d'officines	88	80
Temps d'accès à la pharmacie la plus proche (en minutes)	6,4	4,2
Taux de personnes âgées de plus de 75 ans	9,0	7,6
Ensemble des lits/places publics-privés pour 1 000 habitants au 1 ^{er} janvier 2003 en MCO	4,70	4,29

Synthèse du comité régional

(rédigée par la DREES à partir d'éléments transmis par le comité régional)

La Corse est une petite région de 8 680 km², qui compte la population la plus faible : 260 196 habitants (pour plus de la moitié concentrés sur les agglomérations d'Ajaccio et de Bastia) et une faible densité (30 habitants au km²). Elle combine le plus fort indice de vieillissement, une proportion élevée de population étrangère et de fortes variations saisonnières de population en raison du tourisme estival. On constate une situation socio-économique plutôt défavorable avec un faible revenu disponible par habitant, un taux de chômage élevé, un taux de non-diplômés également plus élevé qu'en moyenne et un taux d'activité féminine plus faible. En matière d'équipement sanitaire, si l'offre est supérieure à la moyenne nationale en ce qui concerne les médecins, la chirurgie et les soins de suite et de réadaptation, elle est plus

faible en matière d'alternatives à l'hospitalisation, elle est également plus réduite en hébergement pour les personnes âgées, dans les secteur handicapés et en SSIAD.

Sur le plan de la santé publique, la Corse occupe une situation médiane : au regard de la mortalité par cause de décès, comme des éléments relatifs à la morbidité : quatre thèmes prioritaires ont été retenus par la Direction de la solidarité et de la santé de la Corse-du-Sud : les accidents de la circulation, les toxicomanies, les interruptions volontaires de grossesse, la souffrance psychique.

Les densités corses en termes de médecins généralistes, d'infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes sont toutes supérieures à la moyenne nationale ; pour les infirmiers, elle est même très nettement supérieure. On compte également sur l'île 1 885 habitants par officine, avec une configuration géographique assez stable, mais de légers déséquilibres en faveur d'Ajaccio et au détriment de quatre pseudo cantons (sur les 47 de la région) qui n'ont pas d'officine.

Au final, le comité régional a expertisé six cantons remarquables :

- Le canton de San Martino di Lotta : faible densité de médecins heureusement compensée par la proximité de Bastia ;
- Le canton de Sartène : sur les 4 généralistes présents, deux ont plus de 60 ans, il y a donc risque de manque à relativement court terme ;
- Les cantons d'Alto di Casaconi, de Fiumalto d'Ampugiani, de Bustanico : trois petits cantons montagneux et isolés, sans médecin ni pharmacie ;
- Le canton d'Orezza (proche des trois précédents) dispose d'un médecin de plus de 55 ans pour 991 habitants

■ Comparaison avec la caractérisation statistique issue de la méthodologie nationale

TABEAU 52

	Nombre de cantons moins bien dotés...			Nombre de cantons bien dotés d'après la classification statistique	Nombre de cantons de la région
	...selon la classification statistique	...après examen du comité régional	...en commun		
Médecins généralistes	0	4	0	13	159
Infirmiers	0	-	Sans objet *	3	
Masseurs-kinésithérapeutes	10	-	Sans objet *	3	
Chirurgiens-dentistes	13	-	Sans objet *	5	

* Dans le cadre de la rédaction de la synthèse, la profession n'a pas été examinée ou il n'a pas été possible d'intégrer la totalité des reclassements effectués dans les rapports régionaux.

Des reclassements ont été effectués sur les seuls médecins généralistes pour tenir compte de la fragilité de l'offre liée à l'âge des professionnels et à la proportion importante de personnes âgées de plus de 75 ans.

Données de cadrage

TABEAU 53

Indicateurs	Région	France entière
Densité de médecins généralistes	96	92
Densité d'infirmiers libéraux	56	83
Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux	41	69
Densité d'officines	40	39
Densité de chirurgiens-dentistes	45	59
Temps d'accès au généraliste le plus proche (en minutes)	4,7	4,0
Taux de mortalité pour 100 000 habitants	10,17	10,13
Densité d'omnipraticiens offrant des soins de proximité	105	109
Densité d'infirmiers offrant des soins de proximité	113	120
Densité de masseurs-kinésithérapeutes offrant des soins de proximité	61	93
Densité d'officines, y c. mutualistes et minières	40	39
Densité de pharmaciens d'officines	81	80
Temps d'accès à la pharmacie la plus proche (en minutes)	5,0	4,2
Taux de personnes âgées de plus de 75 ans	7,5	7,6
Ensemble des lits/places publics-privés pour 1 000 habitants au 1 ^{er} janvier 2003 en MCO	4,25	4,29

Synthèse du comité régional

Petite région représentant 3 % du territoire national, la Franche-Comté est une région frontalière (230 km de frontière avec la Suisse); elle a une importante zone de montagne et sa densité moyenne est faible.

La population (1 126 000 habitants au 1^{er} janvier 2002) est en cours de vieillissement : la part des plus de 60 ans a rattrapé le niveau national (20,6 %). La moitié des Francs-Comtois habite dans une commune rurale, contre un quart en moyenne nationale, 8 communes sur 10 ont moins de 500 habitants. Paradoxalement, la région est également très industrielle (32 % de la valeur ajoutée contre 22 % en France).

Globalement dans la moyenne nationale en matière de morbidité et mortalité, la région est mal classée pour les décès accidentels, les suicides, les maladies de l'appareil respiratoire et digestif. Un atlas de la santé en Franche-Comté, réalisé conjointement par l'URCAM, la DRASS

et l'ARH sera disponible dès septembre 2004.

L'offre hospitalière est globalement équivalente à la moyenne nationale, mais le secteur privé (37 % de l'offre nationale) est sous-représenté dans la région (19 %).

Dans le secteur libéral, la densité des médecins généralistes est inférieure de 5 % à la moyenne, celle des spécialistes inférieure de 36 %, celle des infirmières de 33 %, celle des kinésithérapeutes de 41 %.

La densité de l'ensemble des médecins est de 15 % inférieure à la moyenne française (-8 % pour les généralistes, -21 % pour les spécialistes, -50 % pour les spécialistes en Haute-Saône ; seul le Doubs est dans une situation proche de la moyenne française). Une grande part des généralistes (72 %) ayant eu leur diplôme à Besançon exercent en Franche-Comté, mais seulement 59 % des spécialistes sont dans cette situation. Les échanges de diplômés se font essentiellement avec les régions limitrophes.

Si la densité de l'ensemble des infirmières franc-comtoises est proche de la moyenne française, celle des libérales est très faible ; notons que les infirmières résidant en Franche-Comté et travaillant en Suisse sont presque aussi nombreuses que les infirmières libérales exerçant en Franche-Comté. La proximité avec la Suisse est une caractéristique marquante en ce qui concerne les infirmières. L'attractivité des cantons suisses est à considérer tant pour l'exercice hospitalier que pour la sortie du dispositif de formation.

Les masseurs-kinésithérapeutes sont particulièrement peu nombreux en Franche-Comté (la troisième plus faible densité régionale) et seulement 36 % des MK exerçant en Franche-Comté ont été formés à Besançon.

La densité des pharmaciens est proche de la moyenne française (légèrement plus faible pour les libéraux et très légèrement supérieure pour les salariés).

Le comité régional de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, lors de sa réunion du 20 avril 2004 à la DRASS, a classé les cantons franc-comtois sur des critères de densité et d'activité de trois professions libérales (médecins généralistes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes) en tenant compte :

- des risques liés à la structure d'âge des praticiens
- de la proportion de personnes âgées,
- des zones de revitalisation rurale,
- de la distance aux zones urbaines à forte offre sanitaire
- de la géographie et de la qualité du réseau routier
- des travaux de la MSA sur la continuité des soins en zone rurale

Le comité régional a ainsi identifié cinq zones (constituées de 22 cantons) où l'offre de soins de proximité est insuffisante ou fragile, compte tenu des caractéristiques sanitaires et d'environnement de ces cantons :

■ HAUT-DOUBS

Zone éloignée des centres hospitaliers, frontalière avec la Suisse (accentuant la faible densité infirmière), au climat rude en hiver (entraînant des difficultés de circulation), (cantons de Maiche, Montbenoit, Morteau, Mouthe, Pierrefontaine, Le Russey, Saint-Hippolyte) ; trois de ces cantons contiennent une zone blanche considérée à risque fort par la MSA.

■ BRESSE JURASSIENNE

Population âgée, en déclin démographique (cantons de Chaumergy, Chaussin, Chemin).

■ SUD REVERMONT

Moyenne montagne, population âgée, dispersée, grandes distances pour l'accès aux soins (cantons d'Arinthod, Saint-Amour, Saint-Julien) ; ces cantons constituent une zone blanche identifiée par la MSA.

■ NORD-OUEST DE HAUTE-SAÔNE

Population âgée, dispersée, grandes distances pour l'accès aux soins, réseau routier médiocre (cantons d'Amance, Champlitte, Combeaufontaine, Dampierre-sur-Salon, Jussey, Vitrey-sur-Mance) ; ces cantons contiennent une zone blanche considérée à risque fort par la MSA.

■ VÔGE

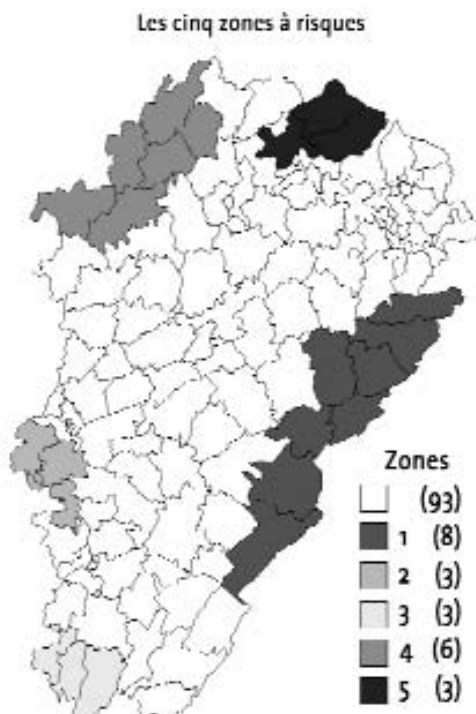
Zone montagneuse (pied des Vosges) qui peut rendre difficile l'accès aux soins, en déclin démographique, (cantons de Faucogney-et-La-Mer, Melisey, Saint-Sauveur) ; ces cantons contiennent une zone blanche identifiée par la MSA (Miellin).

Un comité de pilotage, réunissant de nombreux partenaires autour de la DRASS, de l'URCAM et de l'ARH, travaille en étroite liaison avec le comité régional de l'ONDPS.

Deux groupes de travail ont été lancés, explorant des pistes concrètes pour améliorer la densité et la répartition : des médecins, des infirmiers.

Un troisième groupe de travail est à l'étude concernant les masseurs-kinésithérapeutes.

Par ailleurs la question spécifique des flux d'infirmières vers la Suisse fait l'objet d'une étude de l'ORS de Franche-Comté, dans le cadre de la Conférence Transjurassienne.



LES CINQ ZONES À RISQUES



**Comparaison avec la caractérisation statistique
issue de la méthodologie nationale**

TABLEAU 54

	Nombre de cantons moins bien dotés...			Nombre de cantons bien dotés d'après la classification statistique	Nombre de cantons de la région
	...selon la classification statistique	...après examen du comité régional	...en commun		
Médecins généralistes	0	2	0	9	100
Infirmiers	14	20	14	2	
Masseurs-kinésithérapeutes	35	38	35	1	
Chirurgiens-dentistes	21	-	Sans objet*	1	

* Dans le cadre de la rédaction de la synthèse, la profession n'a pas été examinée ou il n'a pas été possible d'intégrer la totalité des reclassements effectués dans les rapports régionaux.

Des reclassements ont été effectués pour quelques cantons dont la situation est apparue moins favorable. L'activité, jugée sous-estimée, a été réexaminée pour tenir compte des conditions climatiques difficiles en hiver et des grandes distances à parcourir pour accéder aux soins.

Au global, la région présente une situation contrastée : avec un profil moyen en termes de démographie des généralistes, elle est plus défavorisée du côté des infirmières et des masseurs-kinésithérapeutes. Le comité régional met par ailleurs l'accent sur des arguments de nature géographique, liés au caractère montagneux de la région.

Données de cadrage

TABEAU 55

Indicateurs	Région	France entière
Densité de médecins généralistes	59	92
Densité d'infirmiers libéraux	95	83
Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux	39	69
Densité d'officines	37	39
Densité de chirurgiens-dentistes	33	59
Temps d'accès au généraliste le plus proche (en minutes)	n. d	4,0
Taux de mortalité pour 100 000 habitants	n.d.	10,13
Densité d'omnipraticiens offrant des soins de proximité	71	109
Densité d'infirmiers offrant des soins de proximité	119	120
Densité de masseurs-kinésithérapeutes offrant des soins de proximité	48	93
Densité d'officines, y c. mutualistes et minières	37	39
Densité de pharmaciens d'officines	n. d	80
Temps d'accès à la pharmacie la plus proche (en minutes)	n.d.	4,2
Taux de personnes âgées de plus de 75 ans	4,7	7,6
Ensemble des lits/places publics-privés pour 1 000 habitants au 1 ^{er} janvier 2003 en MCO	n.d.	4,29

Synthèse du comité régional

La Guadeloupe est une région monodépartementale de 1 702 km² située dans la zone Caraïbe à quelque 7 000 km de la métropole, 140 km de la Martinique et 2 000 km des États-Unis d'Amérique. Érigée en département d'outre-mer (DOM) en mars 1946 avec la Martinique, la Guyane et la Réunion, c'est, en application de la loi de décentralisation de mars 1982, l'une des vingt-six régions françaises. Elle qui regroupe, outre la Guadeloupe continentale, six îles habitées, Marie-Galante, Les Saintes (Terre-de-Haut et Terre-de-Bas), La Désirade, Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

■ DÉMOGRAPHIE

Avec environ 450 000 habitants, la Guadeloupe est un département de moyenne importance au niveau national en terme de population, bien que sa densité soit plus de 2,5 fois supérieure à la densité moyenne de la France métropolitaine.

■ CARACTÉRISTIQUES ÉCONOMIQUES

Le produit intérieur brut régional (PIBR) de la Guadeloupe dépasse les 5 milliards d'euros. Il est équivalent à ceux constatés dans les départements de l'Orne, de Lot-et-Garonne, du Tarn, de l'Ardèche ou de l'Aude. Rapporté à sa population, le PIBR de la Guadeloupe se situe à 12 575 euros par habitant en 1999. Ce revenu, vraisemblablement sous-évalué compte tenu de l'économie informelle, est inférieur de 44 % à celui observé pour la France entière. En 1980, il était inférieur de 66 %. En effet, entre 1993 et 1999, le taux de croissance du PIBR est supérieur à celui des autres DOM (à l'exception de la Réunion) et des autres régions métropolitaines. Une part non négligeable de la population guadeloupéenne est en situation de précarité. Malgré la baisse observée depuis 1999, le taux de chômage reste très élevé : environ 27 % de la population active se déclare au chômage lors de l'enquête emploi de 2003. La moitié des chômeurs sont des chômeurs de longue durée, contre 30 % en métropole. De plus, un nombre important de ménages vivent grâce au revenu minimum d'insertion : on compte en Guadeloupe 129 allocataires du RMI pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans contre 31 en métropole.

■ ÉTAT SANITAIRE

On compte en Guadeloupe un peu moins de 7 700 naissances domiciliées et un peu moins de 2 800 décès domiciliés par an. Pour 1 000 habitants, le taux de natalité est de 17,6 et le taux de mortalité est de 6,4. L'indice de vieillissement de 32,9 est inférieur à celui de la France métropolitaine.

Les principales causes de décès sont les maladies de l'appareil circulatoire, les traumatismes et empoisonnements, ainsi que les maladies autres et mal définies pour les hommes. Pour les femmes, ce sont les mêmes causes auxquelles il faut ajouter les tumeurs. Le taux d'incidence cumulé du VIH sida est de 252 pour 100 000 habitants. L'espérance de vie est de 74 ans pour les hommes et de 81 ans pour les femmes.

La densité médicale et paramédicale est inférieure de moitié à celle de la France.

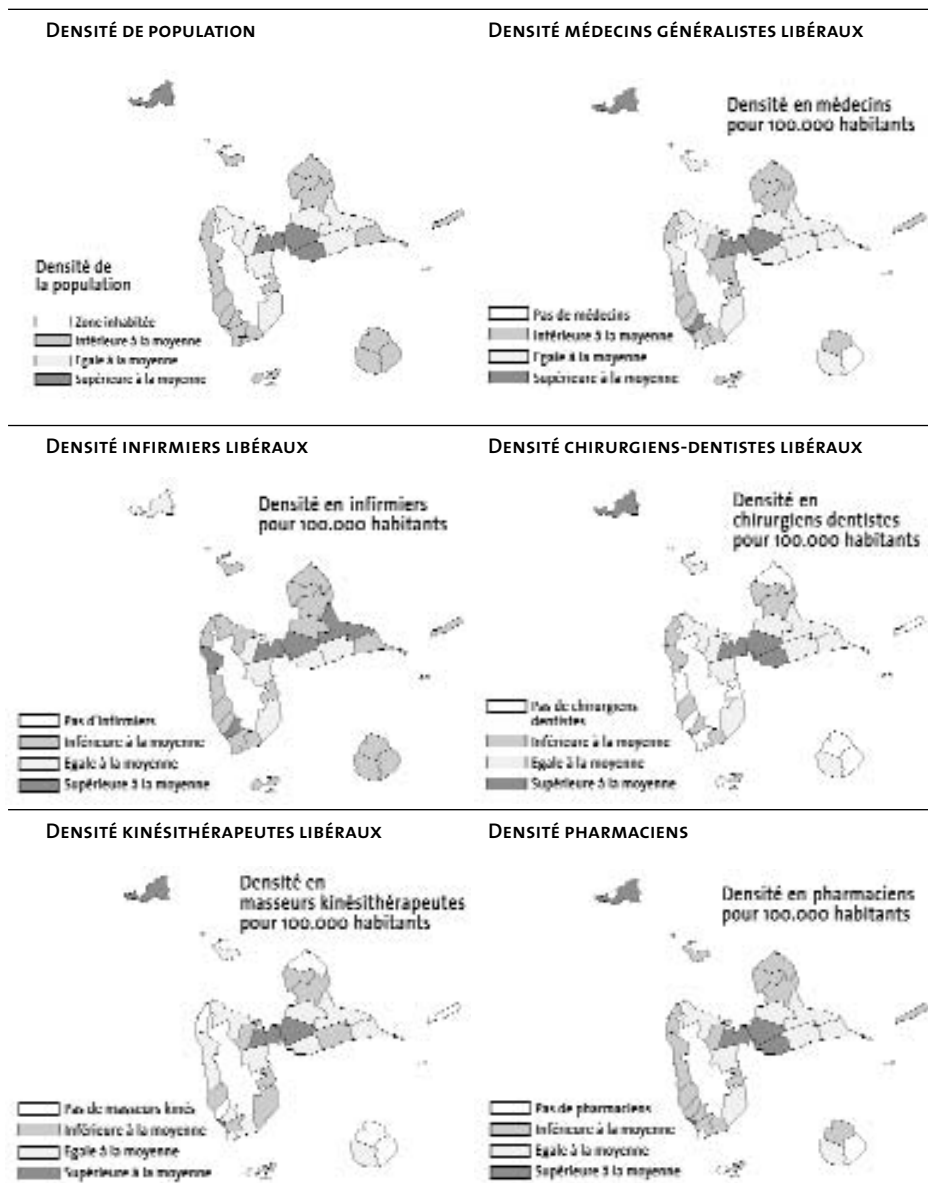
TABLEAU 56

Statut	Médecins	Pharmaciens	Chirurgiens-dentistes	Infirmiers généralistes	Masseurs-kinésithérapeutes
Salariés	359	91	0	1 353	24
Densité salariés	85	22	0	320	6
Libéraux	563	180	153	607	200
Généralistes	329				
Spécialistes	234				
Densité libéraux	133	43	36	144	47
Généralistes	78				
Spécialistes	55				

■ **PERSPECTIVES**

Accroissement et vieillissement de la population, difficultés croissantes de recrutement de praticiens libéraux et d'affectation sur les postes offerts en milieu hospitalier, risque croissant de dégradation de l'offre générale de soin, en particulier pour les populations les plus fragiles socialement.

■ **CARTOGRAPHIE DE LA SITUATION**



■ BESOINS À L'HORIZON 2030 AVEC UNE DENSITÉ ÉGALE À CELLE DE 2003

812 médecins généralistes, 139 chirurgiens-dentistes, 1 993 infirmiers et 202 masseurs-kinésithérapeutes supplémentaires doivent être recrutés pour conserver la densité de 2003.

■ Comparaison avec la caractérisation statistique issue de la méthodologie nationale

TABLEAU 57

	Nombre de cantons moins bien dotés...			Nombre de cantons bien dotés d'après la classification statistique	Nombre de cantons de la région
	...selon la classification statistique	...après examen du comité régional	...en commun		
Médecins généralistes	3	4	2	3	28
Infirmiers	0	-	Sans objet*	1	
Masseurs-kinésithérapeutes	5	-	Sans objet*	2	
Chirurgiens-dentistes	7	-	Sans objet*	2	

* Dans le cadre de la rédaction de la synthèse, la profession n'a pas été examinée ou il n'a pas été possible d'intégrer la totalité des reclassements effectués dans les rapports régionaux.

L'étude n'a pas été menée selon la méthodologie nationale, mais le comité régional a déterminé des communes présentant des difficultés en termes d'offre de soins de médecins généralistes à partir du critère de densité. La liste des cantons est déduite de ces conclusions, les communes ciblées coïncidant le plus souvent avec les cantons.



Données de cadrage

TABLEAU 58

Indicateurs	Région	France entière
Densité de médecins généralistes	39	92
Densité d'infirmiers libéraux	35	83
Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux	23	69
Densité d'officines	24	39
Densité de chirurgiens-dentistes	23	59
Temps d'accès au généraliste le plus proche (en minutes)	n. d	4,0
Taux de mortalité pour 100 000 habitants	n. d	10,13
Densité d'omnipraticiens offrant des soins de proximité	54	109
Densité d'infirmiers offrant des soins de proximité	52	120
Densité de masseurs-kinésithérapeutes offrant des soins de proximité	34	93
Densité d'officines, y c. mutualistes et minières	24	39
Densité de pharmaciens d'officines	35	80
Temps d'accès à la pharmacie la plus proche (en minutes)	n. d	4,2
Taux de personnes âgées de plus de 75 ans	1,7	7,6
Ensemble des lits/places publics-privés pour 1 000 habitants au 1 ^{er} janvier 2003 en MCO	n.d.	4,29

Synthèse du comité régional

La Guyane est territoire français depuis le début du XVII^e siècle. Située en Amérique du Sud à environ 7 000 km de la métropole, ce département, d'une superficie de 84 000 km², dispose de frontières avec le Brésil (673 km) et le Surinam (510 km). L'essentiel du territoire est occupé par la forêt amazonienne. Seule la frange littorale présente des paysages différents, de savane humide et de mangrove. Les reliefs sont peu accusés, le point culminant du département se situant à moins de 800 m.

■ DÉMOGRAPHIE

Le principal handicap du département a longtemps été son sous-peuplement. Ce n'est qu'en 1946 – date de la transformation de la Guyane en département d'outre-mer – que l'effort de rattrapage économique et social a permis d'enrayer le déclin démographique : des travaux d'infrastructure ont été conduits, le système de protection sociale a été progressivement étendu. L'expansion économique s'est accentuée en 1965 avec l'installation du Centre spatial guyanais dont l'effet moteur sur le reste de l'économie a été déterminant. C'est ainsi que la population a quintuplé entre les recensements de 1946 et de 1999.

■ CARACTÉRISTIQUES ÉCONOMIQUES

La Guyane a rattrapé et largement dépassé ses voisins immédiats (Nord-Est du Brésil, Surinam et Guyana) sur le plan économique. Elle présente cependant un retard de développement encore important par rapport à la moyenne nationale. Le produit intérieur brut par habitant de la Guyane a ainsi été évalué à 12 020 € pour l'année 1999, représentant 53,5 % de la moyenne nationale, contre 12 576 € pour la Guadeloupe et 14 136 € pour la Martinique. Les besoins d'infrastructures restent importants, la croissance économique de la seconde moitié du XX^e siècle ayant accentué les inégalités entre le littoral et l'intérieur. La démographie guyanaise se caractérise par un fort dynamisme, la jeunesse très marquée de la population et une très grande diversité communautaire et culturelle.

■ ÉTAT SANITAIRE

On compte en Guyane un peu moins de 5 200 naissances domiciliées et un peu moins de 700 décès domiciliés par an. Pour 1 000 habitants, le taux de natalité est de 29,8 et le taux de mortalité est de 3,9. L'indice de vieillissement de 8,9, est le plus faible des trois régions françaises d'Amérique.

Les principales causes de décès sont les maladies de l'appareil circulatoire, les traumatismes et empoisonnements, ainsi que les maladies autres et mal définies pour les hommes. Pour les femmes, ce sont les mêmes causes. Le taux d'incidence cumulé du VIH sida est de 587 pour 100 000 habitants. Il est de loin le plus fort de France et des DFA. L'espérance de vie est de 72 ans pour les hommes et de 78 ans pour les femmes.

La densité médicale et paramédicale est inférieure de 70 % à 80 % à celle de la France. Certaines spécialités médicales et paramédicales sont introuvables dans la région.

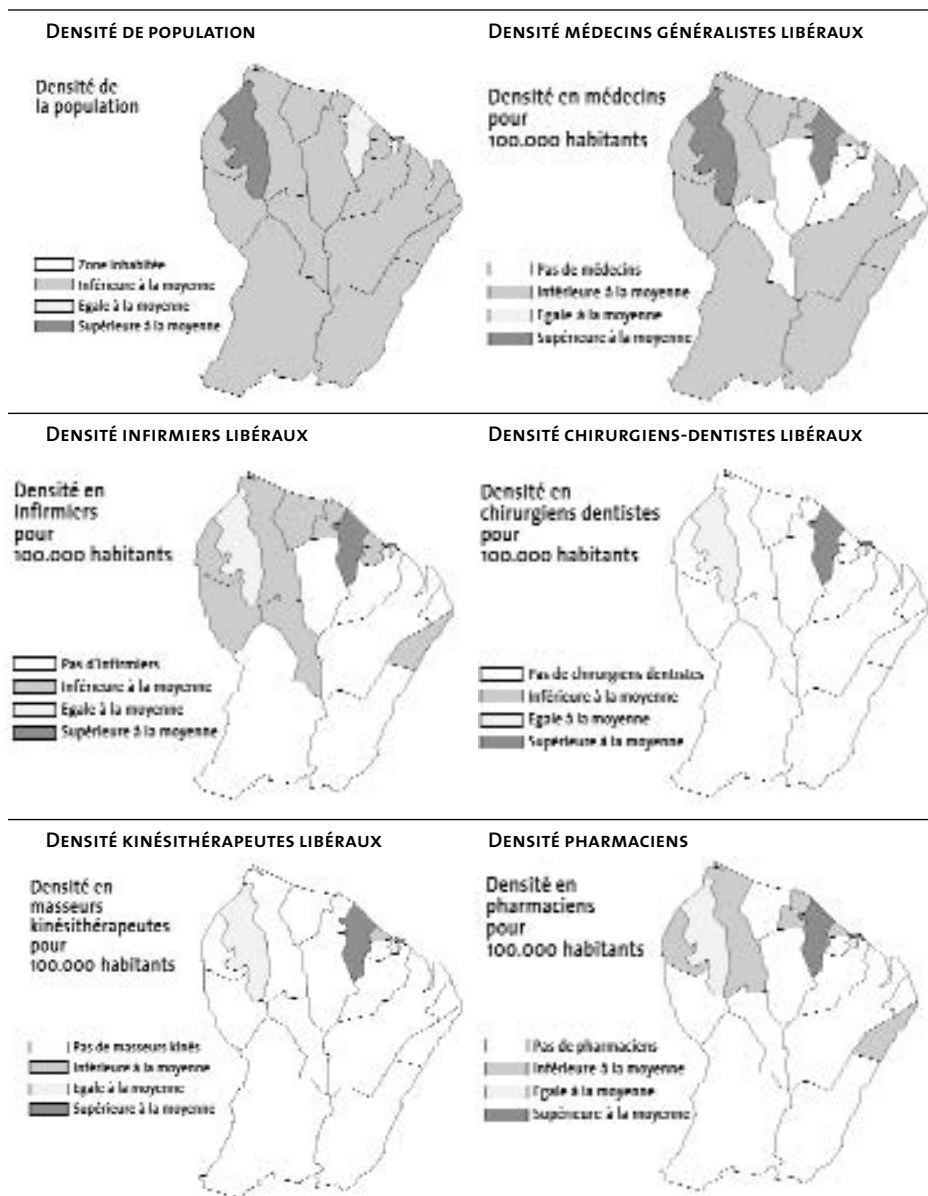
TABEAU 59

Statut	Médecins	Pharmaciens	Chirurgiens-dentistes	Infirmiers généralistes	Masseurs-kinésithérapeutes
Salariés	163	24	0	290	9
Densité salariés	104	15	0	185	6
Libéraux	117	46	39	81	52
Généralistes	70				
Spécialistes	47				
Densité libéraux	74	29	25	52	33
Généralistes	45				
Spécialistes	30				

■ **PERSPECTIVES**

Accroissement accéléré de la population dont 60 % a moins de 25 ans, difficultés croissantes de recrutement de praticiens libéraux et d'affectation sur les postes offerts en milieu hospitalier, risque croissant de dégradation de l'offre générale de soin, en particulier pour les populations les plus fragiles socialement.

■ **CARTOGRAPHIE DE LA SITUATION**



■ BESOINS À L'HORIZON 2030 AVEC UNE DENSITÉ ÉGALE À CELLE DE 2003

793 médecins généralistes, 111 chirurgiens-dentistes, 1 068 infirmiers et 172 masseurs-kinésithérapeutes supplémentaires doivent être recrutés pour conserver la densité de 2003.

■ Comparaison avec la caractérisation statistique issue de la méthodologie nationale

TABLEAU 60

	Nombre de cantons moins bien dotés...			Nombre de cantons bien dotés d'après la classification statistique	Nombre de cantons de la région
	...selon la classification statistique	...après examen du comité régional	...en commun		
Médecins généralistes	8	-	Sans objet*	0	14
Infirmiers	11	-	Sans objet*	0	
Masseurs-kinésithérapeutes	9	-	Sans objet*	0	
Chirurgiens-dentistes	10	-	Sans objet*	0	

* Dans le cadre de la rédaction de la synthèse, la profession n'a pas été examinée ou il n'a pas été possible d'intégrer la totalité des reclassements effectués dans les rapports régionaux.

L'étude n'a pas été menée selon la méthodologie nationale, mais a consisté en une analyse des communes prioritaires. L'échelon d'analyse étant la commune, les travaux du comité régional ne se sont pas directement traduits en une liste de cantons fragiles ou en difficulté. Mais la région présente *a priori* un profil plutôt défavorable, qu'il s'agisse des médecins généralistes, des infirmiers libéraux ou des masseurs-kinésithérapeutes.

Données de cadrage

TABEAU 61

Indicateurs	Région	France entière
Densité de médecins généralistes	83	92
Densité d'infirmiers libéraux	54	83
Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux	44	69
Densité d'officines	32	39
Densité de chirurgiens-dentistes	35	59
Temps d'accès au généraliste le plus proche (en minutes)	4,4	4,0
Taux de mortalité pour 100 000 habitants	10,43	10,13
Densité d'omnipraticiens offrant des soins de proximité	96	109
Densité d'infirmiers offrant des soins de proximité	79	120
Densité de masseurs-kinésithérapeutes offrant des soins de proximité	59	93
Densité d'officines, y c. mutualistes et minières	33	39
Densité de pharmaciens d'officines	68	80
Temps d'accès à la pharmacie la plus proche (en minutes)	4,6	4,2
Taux de personnes âgées de plus de 75 ans	6,9	7,6
Ensemble des lits/places publics-privés pour 1 000 habitants au 1 ^{er} janvier 2003 en MCO	3,87	4,29

Synthèse du comité régional

■ ■ Points saillants de la région

La Haute-Normandie compte 1 780 000 habitants. La région est à la fois industrielle et agricole et présente un réel dynamisme démographique, avec une population plutôt jeune. Elle compte une proportion importante d'ouvriers et peu de cadres. La Haute-Normandie regroupe deux départements : l'Eure (541 000 habitants) qui est plutôt rural et la Seine-Maritime (1 239 000 habitants) caractérisée par sa forte concentration urbaine autour de Rouen et du Havre.

La région présente une surmortalité de 6 % par rapport à la France métropolitaine, avec en particulier une mortalité prématurée et « évitable » importante. Les décès par affections cardio-vasculaires, maladies respiratoires, cancers du poumon et suicides (chez les jeunes) sont particulièrement élevés. L'alcoolisme est également une cause majeure de surmortalité.

La conférence régionale de santé a défini les cancers, les cardiopathies ischémiques, le tabac et l'alcool parmi les priorités régionales de santé publique.

L'offre de soins régionale est inférieure à celle du niveau national, tant en terme de taux d'équipement que d'effectifs de professionnels de santé. Le déficit est récurrent pour les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, auxiliaires médicaux, dentistes... La densité de médecins libéraux est inférieure de 38 % à la moyenne nationale, et le niveau des médecins spécialistes est préoccupant, en particulier dans l'Eure (41 spécialistes pour 100 000 habitants contre 90 en France métropolitaine). La psychiatrie et la pédiatrie sont particulièrement fragiles tandis que les chiffres concernant les chirurgiens et les anesthésistes ne sont pas satisfaisants.

■ ■ L'offre de soins de proximité

L'analyse de l'offre de soins de proximité s'effectue sur 89 zones (cantons ou regroupements de cantons).

■ SYNTHÈSE PROFESSION PAR PROFESSION

On obtient les résultats suivants :

- **Médecins généralistes libéraux** : la région se caractérise par une densité moyenne à faible (dans 27 % des cantons), avec des déséquilibres Eure/Seine-Maritime et cantons urbains/ruraux au détriment de l'Eure et des cantons ruraux. Le niveau d'activité des professionnels est globalement élevé (dans 43 % des cantons). La consommation d'actes de médecine générale est assez élevée, pour des raisons sans doute culturelles (fort recours au médecin généraliste, faible recours au spécialiste) mais tenant aussi à la faible représentation des médecins spécialistes.
- **Infirmiers libéraux** : la Haute-Normandie présente un déficit de 32 % par rapport à la France métropolitaine, la tendance s'aggravant depuis 1992. L'Eure connaît une situation particulièrement fragile, avec un écart de 41 % par rapport à la France métropolitaine. Dans toute la région, les densités sont moyennes à faibles (dans 40 % des cantons) et les activités importantes, avec en particulier un fort taux d'actes cotés en AMI.
- **Masseurs-kinésithérapeutes** : la Haute-Normandie est sous-dotée depuis 1980 (-37 % par rapport au niveau national). La densité cantonale est plutôt faible (dans 33 % des cantons) et 7 cantons n'ont pas de masseur-kinésithérapeute. On n'observe pas de déséquilibre majeur au sein de la région. L'activité est moyenne à élevée.
- **Chirurgiens-dentistes** : le déficit de professionnels est de 40 % par rapport à la France. Depuis 1980, le nombre régional de chirurgiens-dentistes n'a pas évolué. La situation est donc fragile dans un grand nombre de cantons : 6 cantons sans chirurgien-dentiste, 31 avec une faible densité. L'activité est globalement élevée (dans 45 % des cantons).
- **Pharmaciens** : 54 % des cantons présentent une faible densité d'officines et 30 % une faible densité de professionnels. Le Sud et l'Ouest de l'Eure ainsi que le nord-est de la Seine-Maritime présentent de faibles densités de professionnels.

■ SITUATION GÉNÉRALE

L'analyse cantonale globale permet de mettre en évidence des cantons particulièrement fragiles présentant de faibles densités pour la plupart des professions étudiées. Ces cantons sont assez peu peuplés (9 000 habitants en moyenne) et ne comptent qu'exceptionnellement des médecins libéraux spécialistes. Cette faible présence de professionnels de

santé aggrave les problèmes d'accès aux soins dans des zones présentant par ailleurs des taux de mortalité générale ou prématurée plus élevés que le niveau national. 14 cantons regroupant 7% de la population régionale sont concernés (8 dans l'Eure, pour 13% de la population départementale et 6 en Seine-Maritime, pour 4% de la population). L'extrême ouest de l'Eure (Beuzeville, Broglie, Quillebeuf et Thiberville) et le nord-ouest de la Seine-Maritime (Envermeu, Londinières, Longueville) forment des zones fragiles composées de cantons voisins.

Les cantons les mieux desservis en terme d'offre de soins de proximité sont principalement des cantons urbains (33 000 habitants en moyenne) qui bénéficient également d'une offre de médecine spécialisée libérale (19 cantons sont dans cette situation), regroupant 36% de la population régionale : 8 cantons dans l'Eure (25% de la population) et 11 en Seine-Maritime (40% de la population). On observe que les taux de mortalité enregistrés dans ces cantons sont également défavorables.

■ LES PERSPECTIVES DE L'OFFRE DE SOINS RÉGIONALE

L'URCAM, l'ARH, le conseil régional et l'État expérimentent des modalités de soutien telles que des systèmes d'encouragement aux stages de fin d'études pour les médecins généralistes, les infirmiers ou les orthophonistes, des prises en charge financières et des incitations à la qualification professionnelle pour les formations paramédicales. L'objectif est de former, d'attirer et de retenir des professionnels de santé sur la région.

Pour la médecine générale, l'articulation entre la permanence des soins et les urgences, ainsi que la création de maisons médicales et de réseaux sont à promouvoir en lien avec l'URCAM et l'ARH. En effet, de telles démarches contribuent à renforcer l'attractivité des zones rurales ou périurbaines et à favoriser l'installation des médecins libéraux.

La formation représente également un axe essentiel pour l'avenir de l'offre de soins en Haute-Normandie. En ce sens, l'augmentation du nombre de places pour les masseurs-kinésithérapeutes et la création d'une faculté d'odontologie sont des perspectives à étudier.

Alors que 50% des médecins spécialistes formés en Haute-Normandie choisissent de débiter leur exercice ailleurs, la région doit réussir à retenir les praticiens hospitaliers et libéraux.

Enfin, il est essentiel d'assurer la présence en nombre suffisant de praticiens seniors car celle-ci conditionne les capacités de formation de médecins spécialistes.

■ Comparaison avec la caractérisation statistique issue de la méthodologie nationale

TABLEAU 62

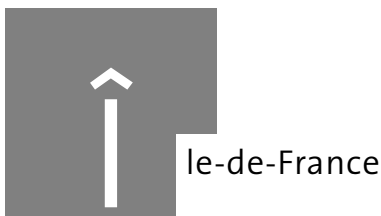
	Nombre de cantons moins bien dotés...			Nombre de cantons bien dotés d'après la classification statistique	Nombre de cantons de la région
	...selon la classification statistique	...après examen du comité régional	...en commun		
Médecins généralistes	2	9	0	0	89
Infirmiers	10	5	0	0	
Masseurs-kinésithérapeutes	20	6	1	1	
Chirurgiens-dentistes	23	-	Sans objet*	0	

* Dans le cadre de la rédaction de la synthèse, la profession n'a pas été examinée ou il n'a pas été possible d'intégrer la totalité des reclassements effectués dans les rapports régionaux.

Quelques reclassements ont été effectués à partir de données plus récentes sur les professionnels. À partir de la caractérisation statistique, de la consommation standardisée par âge, des indicateurs de précarité, de morbidité, de l'âge de la population et des professionnels, le comité régional a déterminé les zones rencontrant des difficultés dans l'offre de soins pour chacune des cinq professions. Pour les généralistes, les résultats ont été complétés par la méthode proposée par l'URCAM sur les zones de recours.

Au bout du compte, la distribution des cantons dans les catégories établies pour décrire la situation régionale en matière de démographie ne reflète pas de déficits importants en ce qui concerne les médecins généralistes; il y a plus de situations difficiles pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, mais surtout peu de cantons de fortes densités.

Le comité régional a toutefois souhaité distinguer 14 cantons fragiles à partir de leur densité pour les trois principales professions étudiées, en mettant en évidence des cantons aux multiples handicaps. À l'opposé, il présente 19 cantons dits mieux desservis, du fait de leurs densités moyennes ou fortes observées dans toutes (ou presque) les professions de l'analyse.



Données de cadrage

TABEAU 63

Indicateurs	Région	France entière
Densité de médecins généralistes	77	92
Densité d'infirmiers libéraux	41	83
Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux	73	69
Densité d'officines	32	39
Densité de chirurgiens-dentistes	67	59
Temps d'accès au généraliste le plus proche (en minutes)	3,2	4,0
Taux de mortalité pour 100 000 habitants	9,50	10,13
Densité d'omnipraticiens offrant des soins de proximité	105	109
Densité d'infirmiers offrant des soins de proximité	84	120
Densité de masseurs-kinésithérapeutes offrant des soins de proximité	104	93
Densité d'officines, y c. mutualistes et minières	33	39
Densité de pharmaciens d'officines	68	80
Temps d'accès à la pharmacie la plus proche (en minutes)	4,6	4,2
Taux de personnes âgées de plus de 75 ans	5,8	7,6
Ensemble des lits/places publics-privés pour 1 000 habitants au 1 ^{er} janvier 2003 en MCO	4,45	4,29

Synthèse du comité régional

■ ■ Points saillants de la région Île-de-France

■ DESCRIPTIF ÉCONOMIQUE

L'Île-de-France est une région jeune, mais les disparités internes perdurent entre un centre francilien âgé et une périphérie plus jeune. Les difficultés économiques, les transformations des structures familiales, la montée de l'activité féminine ont des effets contrastés selon les catégories sociales qui tendent à amplifier les différences de niveau de vie entre elles et contribuent ainsi à l'accentuation des disparités spatiales².

2. L'Île-de-France compte 22 % des zones urbaines sensibles métropolitaines, 9,4 % des ménages franciliens sont concernés par les minima sociaux au 31 décembre 2001.

■ PRINCIPALES PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE

La mortalité en Île-de-France présente une situation relativement favorable comparée à ce qu'elle est, en moyenne, sur l'ensemble du territoire national. Ce constat est cependant à nuancer si l'on affine l'analyse selon différentes variables telles que l'âge, le sexe, les causes de décès et également selon les départements. Ces différences de mortalité s'expliquent, en partie, par des conditions économiques et sociales plus favorables à l'ouest et dans le centre.

En outre, depuis le début de l'épidémie de SIDA, l'Île-de-France reste la région la plus touchée de France métropolitaine et elle est également la région la plus touchée par la tuberculose.

■ PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DE L'OFFRE DE SOINS EN GÉNÉRAL

En matière d'offre de soins³, les Franciliens peuvent être considérés comme plutôt favorisés car l'Île-de-France est l'une des régions les mieux équipées de France. Les moyens de l'hospitalisation francilienne en termes de capacités, de densité des équipements et de ressources financières sont sensiblement plus élevés en MCO que ceux de la moyenne des régions françaises.

À côté de ses établissements de santé, l'Île-de-France a la particularité d'offrir à ses habitants une palette diversifiée d'offre de soins, notamment à travers les centres de santé (320 recensés) et les centres de PMI (344 selon le répertoire FINESS).

■ L'offre de soins de proximité : résultats de l'analyse cantonale sur les trois professions

La méthode proposée découpe le territoire de la région en 258 cantons regroupés.

■ DESCRIPTIF DU SCHÉMA DE DISTRIBUTION DES CANTONS

Les trois professions étudiées, médecins généralistes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes libéraux se répartissent comme suit :

- **Médecins généralistes** : *seuls douze groupes* sont présents sur les vingt-sept possibles, et parmi eux, quatre possèdent un effectif réduit (1 ou 3 cantons, soit 2,3 % de la population francilienne). *À l'opposé quatre groupes concentrent 78 % des pseudo cantons (soit 81,6 % de la population francilienne)* ;
- **Infirmiers** : *seuls sept groupes* sont présents sur les neuf possibles, et parmi eux, trois possèdent un effectif réduit (1, 2 et 3 cantons) représentant 3,8 % de la population francilienne. *À l'opposé quatre groupes concentrent 93,8 % des pseudo cantons (soit 96,2 % de la population francilienne)*.
- **Masseurs-kinésithérapeutes** : *seuls sept groupes* sont présents sur les neuf possibles, et parmi eux, *un groupe rassemble près de la moitié des cantons et de la population francilienne*. Les groupes à faible densité ont les plus faibles effectifs en cantons et population (moins de 3 % de la région).

Pour les trois professions, on note une forte concentration de cantons dans quelques groupes de critères. *L'Île-de-France est surreprésentée dans les niveaux faibles des critères de densité des professionnels, consommation et activité pour les médecins généralistes et a contra-*

3. La région présente 201 établissements avec des consultations externes et des soins MCO et 87 sites d'accueil d'urgences et 2 952 452 passages aux urgences (SAE 2001).

rio très peu représentée pour les niveaux forts de ces critères (notamment pour la consommation où aucun cantons ne possède cette modalité). La moitié des cantons ont une densité faible d'infirmiers, tandis que le critère d'activité est surreprésenté dans le niveau fort.

Les critères relatifs aux masseurs-kinésithérapeutes révèlent par contre une distribution plus proche de celle observée sur l'ensemble du pays, avec notamment une concentration importante dans les niveaux moyens d'activité et de densité.

Des variables alternatives ont été utilisées pour rechercher une carte d'identité de chaque canton au regard des aspects sociodémographiques, d'habitat et condition de vie, d'accès aux soins, de mortalité. Une analyse statistique discriminante en composantes principales a été employée pour caractériser les groupes de cantons de chaque profession.

On observe une importante hétérogénéité des cantons dans les groupes de critères de médecins généralistes et infirmiers et une relative homogénéité dans les groupes de masseurs-kinésithérapeutes. Il n'a pas été possible d'établir une corrélation entre la sociologie cantonale et les paramètres principaux observés dans l'étude : densité et activité des professionnels, consommation de soins des populations.

■ ZOOM SUR DES CANTONS PARTICULIERS

La démarche a ensuite consisté à confronter les résultats des deux premières analyses avec d'autres éléments d'offre de soins qui ont un impact sur les trois critères principaux de l'étude : la présence d'hôpitaux ayant un accueil d'urgences, effectuant des consultations externes, possédant des services MCO et/ou la présence de centres de santé.

Les cantons que l'on classe ici comme fragiles doivent posséder deux types de caractéristiques :

- **Une densité faible de professionnels dans au moins une des trois professions ou une densité moyenne et une activité forte.**

Le taux de professionnels de plus de 55 ans présents dans un canton est également un élément d'appréciation important sur les perspectives d'offre de soins à moyen terme dans le canton.

- **Des caractéristiques socio-économiques, démographiques, sanitaires, habitat...** qui révèlent de situations précaires appelant l'intérêt.

Au total, 84 cantons ont pu être dégagés selon notre analyse.

■ ■ Perspectives de l'offre de soins régionale

■ EXAMINÉE DANS SON ENSEMBLE

L'offre de soins, en Île-de-France, est riche, diversifiée et accessible.

Outre l'offre constituée par les généralistes libéraux, elle comprend :

- L'offre en médecins spécialistes libéraux
- L'offre hospitalière
- les centres de santé et les consultations de protection maternelle et infantile.

■ LA DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS CONNAÎT DES DIFFICULTÉS

À l'heure actuelle, la démographie infirmière est la plus préoccupante. Une étude conjointe ARH-DRASS en Île-de-France chiffrait à 6 000 le nombre d'emplois d'infirmiers qui seraient vacants entre 2000 et 2004, du fait d'une pluralité de causes (la pyramide des âges pour l'ensemble, le turnover et l'impact de la réduction du temps de travail en milieu hospitalier).

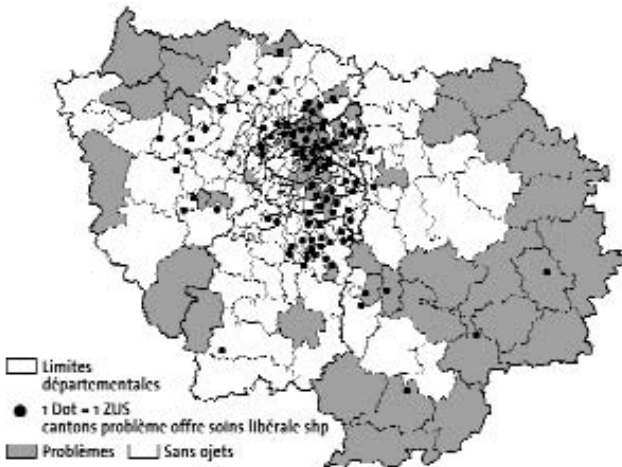
Cette situation, dont l'amélioration n'est pas certaine (la profession demeure insuffisamment attractive aux yeux des jeunes franciliens) ne peut que peser sur l'exercice infirmier libéral.

Dans un futur très proche, la démographie médicale va, à son tour, entrer en crise, avec le départ en retraite des tranches d'âge ayant précédé l'instauration du numerus clausus. Selon les projections démographiques de la DREES qui ont été établies au niveau national, l'impact serait cependant moins brutal au sein des généralistes.

Si la méthode proposée par la DREES permet de dégager des territoires moins bien pourvus que d'autres en professionnels libéraux, elle ne permet pas de déduire une insuffisance d'offre et d'en tirer les conséquences directes pour l'action publique en termes d'incitation à l'installation par exemple.

En Île-de-France, les études se poursuivent sur une autre typologie des territoires et une meilleure caractérisation de la population.

PROBLÈME OFFRE DE SOINS LIBÉRALE ET ZUS



■ Comparaison avec la caractérisation statistique issue de la méthodologie nationale

Le comité régional a examiné les résultats cantonaux mais n'a pas effectué de reclassements. La méthodologie employée en Île-de-France pour déterminer des zones moins bien dotées est très différente de celle de la méthodologie nationale, avec des résultats qui ne sont donc pas comparables à ceux des autres régions. Des zones fragiles ont été déterminées à l'aide d'une analyse de données se fondant plutôt, pour chaque profession, sur la demande de soins (indicateurs de morbidité, de précarité, caractéristiques socio-économiques de la population...).

Cette méthode a conduit le comité régional à distinguer 60 cantons pour leur fragilité en termes d'offre de médecine générale, soit près d'un quart des cantons franciliens, alors que la méthodologie nationale en distingue huit, comparativement à la situation des autres régions. La situation de la médecine générale n'apparaît en effet pas globalement dégradée en Île-de-France au regard des indicateurs d'offre, la région comptant par exemple 13 cantons parmi les mieux dotés. Surtout, il est particulièrement indispensable ici de prendre en compte une offre complémentaire importante de médecins à exercice particulier (qui n'ont pas été pris en compte dans les indicateurs, mais dont une partie notable exerce tout de même la médecine générale) et une proportion de spécialistes supérieure à la moyenne nationale sans oublier l'offre hospitalière, abondante et de réputation internationale.

Si la caractérisation statistique et l'analyse du comité concluent toutes deux à une faiblesse relative de l'offre de soins infirmiers, les difficultés ne sont pas repérées dans les mêmes cantons (seulement un tiers des cantons ciblés l'ont été par les deux méthodes).

Pour les masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes, selon la méthode nationale, la région apparaît plutôt dans une situation favorable, avec respectivement 45 et 22 cantons parmi les mieux pourvus en professionnels.

TABLEAU 64

	Nombre de cantons moins bien dotés...			Nombre de cantons bien dotés d'après la classification statistique	Nombre de cantons de la région
	...selon la classification statistique	...après examen du comité régional	...en commun		
Médecins généralistes	8	60	3	13	258
Infirmiers	76	79	27	13	
Masseurs-kinésithérapeutes	4	18	3	45	
Chirurgiens-dentistes	2	-	Sans objet*	22	

** Dans le cadre de la rédaction de la synthèse, la profession n'a pas été examinée ou il n'a pas été possible d'intégrer la totalité des reclassements effectués dans les rapports régionaux.*



Données de cadrage

TABEAU 65

Indicateurs	Région	France entière
Densité de médecins généralistes	121	92
Densité d'infirmiers libéraux	192	83
Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux	99	69
Densité d'officines	44	39
Densité de chirurgiens-dentistes	74	59
Temps d'accès au généraliste le plus proche (en minutes)	3,8	4,0
Taux de mortalité pour 100 000 habitants	9,75	10,13
Densité d'omnipraticiens offrant des soins de proximité	136	109
Densité d'infirmiers offrant des soins de proximité	231	120
Densité de masseurs-kinésithérapeutes offrant des soins de proximité	135	93
Densité d'officines, y c. mutualistes et minières	45	39
Densité de pharmaciens d'officines	105	80
Temps d'accès à la pharmacie la plus proche (en minutes)	4,1	4,2
Taux de personnes âgées de plus de 75 ans	9,5	7,6
Ensemble des lits/places publics-privés pour 1 000 habitants au 1 ^{er} janvier 2003 en MCO	4,21	4,29

Synthèse du comité régional

■ ■ Les caractéristiques de la région

■ SUR LE PLAN DÉMOGRAPHIQUE GÉNÉRAL

Au 1^{er} janvier 2004, la région Languedoc-Roussillon comptait plus de 2 420 000 habitants ce qui représente 4 % de la population métropolitaine.

Une des principales spécificités de cette région est sa forte croissance démographique, la plus importante de France, près de 1%, l'an, entre 1990 et 1999. 9,5 % de sa population a plus de 75 ans contre 7,7 % au plan national.

■ *SUR LE PLAN ÉCONOMIQUE ET SOCIAL*

La région se classe au tout premier rang pour la création nette d'emplois, mais elle connaît simultanément le taux de chômage (13,8%) le plus élevé des régions françaises. Le PIB inférieur de 24% à la moyenne nationale est le plus faible de la France métropolitaine.

Le nombre de bénéficiaires des minima sociaux demeure important : 12,3% de la population régionale est bénéficiaire de la CMU (6,3% France entière).

■ *SUR LE PLAN « SANTÉ »*

Au 1^{er} janvier 2000, l'**espérance de vie** se situe au même niveau que le plan national (79,3 ans). Mais, depuis 1987, le différentiel d'espérance de vie favorable au bénéfice de ses habitants s'est réduit pour atteindre la moyenne nationale. La région connaît une forte mortalité évitable entre 5 et 35 ans, et chez les hommes plus particulièrement.

Six programmes régionaux de santé sont développés dans la région : sur l'air, la périnatalité, l'insécurité routière, l'alimentation, le vieillissement, le mal être des jeunes avec une double cible : les jeunes et les précaires.

■ *SUR LE PLAN DÉMOGRAPHIQUE MÉDICALE*

Le Languedoc-Roussillon est une des régions attractives. Toutes les densités médicales et paramédicales sont nettement supérieures à la densité moyenne nationale. Au 1^{er} janvier 2002, la densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants était de 141 contre 115 au niveau national et celle des infirmiers DE de 206 contre 96 pour le niveau national. L'héliotropisme est souvent évoqué. Il est toutefois nécessaire d'analyser avec soin les flux interrégionaux des professions de santé dans leur globalité (départs et arrivées).

■ *SUR LE PLAN DE L'OFFRE HOSPITALIÈRE DE SOINS*

Le territoire régional bénéficie d'une bonne couverture géographique et l'hospitalisation privée occupe une place majeure en chirurgie et en gynécologie obstétrique. Quelques difficultés locales de recrutement existent dans certaines spécialités médicales (néphrologie à Mende par exemple) et paramédicales, principalement dans le secteur hospitalier privé.

■ *L'OFFRE DE SOIN LIBÉRALE* se superpose à celle des établissements avec une concentration sur la bande littorale qui est la plus peuplée. Elle se fragilise en Lozère, dans le Piémont, les Corbières et dans les zones montagneuses des Pyrénées-Orientales.

■ *TRAVAIL MENÉ SUR LES ZONES DÉFICITAIRES*

Aucun canton ou regroupement de cantons ne remplit l'ensemble des conditions posées par le décret du 28 novembre 2003 sur les zones déficitaires en médecins généralistes.

La réflexion se poursuit, à partir des travaux sur les zones de patientèle de l'URCAM, sur « la santé et milieu rural » et « la permanence des soins ». Ces études visent à repérer les cantons situés en zones défavorisées (accès aux soins, mortalité prématurée et élevée, et difficultés de remplacer les médecins partis) et ceux où se pose dès aujourd'hui le problème d'une réponse médicale de proximité mal adaptée aux besoins.

11 zones fragiles semblent se dégager : 2 en Lozère, 3 dans le Gard, 1 dans l'Hérault, 2 dans l'Aude et 3 dans les Pyrénées-Orientales.

Cette approche va être élargie à d'autres professionnels de santé.

■ ■ Les perspectives de l'offre de soins régionale

Une étude sur la démographie médicale en Languedoc-Roussillon entre 2001 et 2020 part du constat que le nombre de médecins pour 100 000 habitants n'a cessé d'augmenter au cours des vingt dernières années : de l'ordre de 25 % entre 1980 et 1990 et 3 % entre 1990 et 2000.

En conservant le *numerus clausus* de 2001-2002 (155 étudiants admis en 2^e année de médecine), les effectifs de médecins en Languedoc-Roussillon, estimés à plus 8 430 en 2002, se situeraient à 6 380 en 2020. La baisse du nombre de médecins commencerait en 2005 avec une diminution de 24 % jusqu'en 2020 et toucherait de façon égale généralistes et spécialistes.

La densité médicale serait appelée à décroître sous le double effet de la baisse des médecins et de la pression démographique passant de 359 médecins pour 100 000 habitants en 2002 à 229 en 2020.

L'évolution dans certaines spécialités médicales (cardiologie, néphrologie, hématologie), en chirurgie et spécialités chirurgicales et dans certaines disciplines comme la psychiatrie inquiète. Le « générique » de médecin généraliste, qui recèle une variété d'exercices et de pratiques professionnelles, devra être précisé.

60 % des médecins installés dans la région sont diplômés de la fac de médecine de Montpellier, mais 28 % seulement dans le département de l'Aude. Ces chiffres sont à rapprocher des médecins diplômés de la faculté de Montpellier-Nîmes et exerçant hors région.

L'impact sur le choix d'installation des médecins de l'examen national classant et de la politique incitative impulsée par le gouvernement est difficile à apprécier pour une région qui a toujours eu une forte attraction sur les professionnels de santé. Par ailleurs, l'évolution des pratiques professionnelles, des modes de vie et la féminisation de la profession auront aussi des conséquences sur l'offre en soins.

Des mesures sélectives et incitatives d'installation, financières et d'accompagnement, seront probablement à définir afin de maintenir un accès aux soins bénéficiant à tous.

■ ■ Comparaison avec la caractérisation statistique issue de la méthodologie nationale

TABLEAU 66

	Nombre de cantons moins bien dotés...			Nombre de cantons bien dotés d'après la classification statistique	Nombre de cantons de la région
	...selon la classification statistique	...après examen du comité régional	...en commun		
Médecins généralistes	0	0	0	36	150
Infirmiers	9	-	Sans objet*	22	
Masseurs-kinésithérapeutes	23	-	Sans objet*	11	
Chirurgiens-dentistes	30	-	Sans objet*	12	

* Dans le cadre de la rédaction de la synthèse, la profession n'a pas été examinée ou il n'a pas été possible d'intégrer la totalité des reclassements effectués dans les rapports régionaux.

L'analyse régionale n'ayant pas été achevée, les résultats présentés ici sont issus de la méthode nationale.



Données de cadrage

TABLEAU 67

Indicateurs	Région	France entière
Densité de médecins généralistes	115	92
Densité d'infirmiers libéraux	109	83
Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux	62	69
Densité d'officines	50	39
Densité de chirurgiens-dentistes	47	59
Temps d'accès au généraliste le plus proche (en minutes)	4,9	4,0
Taux de mortalité pour 100 000 habitants	10,20	10,13
Densité d'omnipraticiens offrant des soins de proximité	123	109
Densité d'infirmiers offrant des soins de proximité	166	120
Densité de masseurs-kinésithérapeutes offrant des soins de proximité	87	93
Densité d'officines, y c. mutualistes et minières	50	39
Densité de pharmaciens d'officines	106	80
Temps d'accès à la pharmacie la plus proche (en minutes)	5,0	4,2
Taux de personnes âgées de plus de 75 ans	11,8	7,6
Ensemble des lits/places publics-privés pour 1 000 habitants au 1 ^{er} janvier 2003 en MCO	5,23	4,29

Synthèse du comité régional

■ ■ Points saillants de la région

■ DÉMOGRAPHIE

La population du Limousin est âgée et vieillissante (âge moyen 43 ans contre une moyenne française de 38 ans) et la démographie, peu nombreuse (42 habitants au km²) diminue. Le déficit naturel important est cependant partiellement compensé par un excédent migratoire. Ce constat régional masque des disparités départementales. Seule en effet la Haute-Vienne maintient sa population alors que la Corrèze, et surtout la Creuse, voient leur démographie se dégrader. L'avenir à trente ans confirme ces tendances.

■ ÉCONOMIE

Occupant 3 % de l'espace national, le Limousin est essentiellement rural (seules deux communes dépassent 50 000 habitants) et possède peu de grosses infrastructures routières et ferroviaires (pas de TGV). L'activité économique est fortement tournée vers l'agriculture (2,6 fois plus d'agriculteurs qu'en moyenne nationale). Même s'il est le plus gros pourvoyeur d'emplois, le secteur des services est sous-représenté. L'industrie, la construction et le commerce sont des secteurs bien représentés. À noter un tissu important de PME-PMI (deux fois moins d'entreprises de plus de 500 salariés qu'en France).

■ SANTÉ

Compte tenu de l'âge élevé de sa population, le Limousin enregistre le taux de mortalité le plus élevé de France (13 décès pour 1 000 habitants ; la Creuse : 16,5 pour 1 000). Ceci n'empêche pas que l'espérance de vie à la naissance est légèrement supérieure à la moyenne française (+ 2,5 mois). Jusqu'à 34 ans, la mortalité est principalement causée par des traumatismes, accidents et suicides ; les soins concernent pour une bonne part les problèmes de santé mentale, les maladies respiratoires et les lésions traumatiques. Entre 35 ans et 64 ans les pathologies dominantes sont cancéreuses (ce sont également la première cause de décès), les autres maladies sont principalement celles de l'appareil digestif et de l'appareil circulatoire. Ces dernières constituent la pathologie dominante chez les plus de 65 ans.

■ OFFRE ET CONSOMMATION DE SOINS

Le taux d'équipement en établissements de santé est supérieur en Limousin à celui observé au niveau national (11,5 lits pour 1 000 contre 8,3 en France métropolitaine). Mais le nombre des lits de MCO et de moyen séjour est identique à celui de la France. La consommation de soins est supérieure à la moyenne nationale pour les actes d'omnipraticiens mais inférieure pour les spécialistes. L'augmentation du nombre des actes consommés par habitant est la même que dans le reste du pays.

■ ■ L'offre de soins de proximité (résultats de l'analyse cantonale)

■ MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX

Le Limousin est globalement bien doté dans cette catégorie avec une densité de 132 médecins pour 100 000 habitants (soit 18 points de plus qu'en France), la Haute-Vienne enregistrant la densité la plus forte (146). Les milieux urbain et périurbain sont particulièrement bien dotés alors que le milieu rural manque trop souvent de généralistes (cinq cantons dont deux ruraux en sont totalement dépourvus). L'âge moyen des généralistes du Limousin est d'un an inférieur à celui observé en France (45,7 ans contre 46,7 ans) mais les plus âgés exercent en zone rurale.

La consommation d'actes de soins de généralistes est globalement supérieure à la moyenne française principalement en raison de l'âge élevé de la population. La quasi-totalité des cantons creusois et les cantons ruraux des deux autres départements ont même une consommation forte. Le caractère rural de la région entraîne aussi des difficultés en ce qui concerne les permanences de nuit et de fins de semaine.

■ INFIRMIERS LIBÉRAUX

Avec 131 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants la densité est de 30 points supérieure à celle de la France. C'est la Creuse qui a la plus forte densité (181 pour 100 000) et la Haute-

Vienne la plus faible de la région (110 pour 100 000). Ces écarts s'expliquent, d'une part, par une population creusoise très âgée et dispersée, d'autre part, en Haute-Vienne, par un maillage urbain plus fort et une présence plus importante d'associations employant des salariés. On observe enfin les densités les plus fortes en zones rurales. Néanmoins sept cantons manquent totalement d'infirmiers libéraux. L'âge moyen des infirmiers limousins est identique à l'âge moyen en France. Au regard de la typologie de la DREES, huit cantons sont en situation de fragilité.

L'activité moyenne des infirmiers libéraux est faible (43 % des cantons) ou moyenne. Une explication à cette situation se trouve vraisemblablement dans le temps plus long passé pour les soins donnés aux personnes âgées.

■ **MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX**

Le Limousin est déficitaire dans cette profession (65 pour 100 000 habitants contre 75 en France). C'est la Creuse qui en manque le plus avec seulement 50 kinésithérapeutes pour 100 000 habitants. D'une manière plus générale, le monde rural souffre d'un déficit important de masseurs-kinésithérapeutes. Pas moins de quinze cantons limousins n'ont aucun masseur-kinésithérapeute. Si huit d'entre eux sont situés en périphérie de quelques villes, les sept autres sont situés en milieu rural et posent un réel problème d'offre de soins. Les masseurs-kinésithérapeutes sont plus âgés que leurs collègues de France entière de près de trois ans. Cet âge moyen régional est à peu près le même sur tout le territoire.

L'activité des masseurs-kinésithérapeutes est plus importante que la moyenne nationale : 35 % des cantons de la région ressortent avec une activité forte (35 % contre 25 % au niveau national).

■ **ANALYSE GLOBALE POUR LES DIFFÉRENTES PROFESSIONS**

Selon la typologie de la DREES, un seul canton (corrèzien) apparaît comme fragile pour les médecins généralistes, les infirmières et les masseurs-kinésithérapeutes. Un deuxième canton s'ajoute si l'on retient l'absence de médecins et d'infirmiers. Trois autres se joignent aux précédents en retenant l'absence simultanée d'infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes.

■ ■ **Les perspectives de l'offre de soins régionale**

Les médecins généralistes resteront vraisemblablement en nombre suffisant en Limousin dans les années à venir, avec, cependant, quelques inquiétudes dans certaines parties de la Corrèze et de la Creuse. En revanche, dans ces deux départements, et surtout en Creuse, des spécialistes feront de plus en plus défaut : anesthésistes, pédiatres, radiologues, gynécologues, psychiatres... S'agissant des radiologues, la situation à venir de la Creuse est particulièrement préoccupante. Elle compromet notamment la mise en œuvre de la politique gouvernementale de dépistage du cancer du sein.

Comparaison avec la caractérisation statistique



 issue de la méthodologie nationale

TABLEAU 68

	Nombre de cantons moins bien dotés...			Nombre de cantons bien dotés d'après la classification statistique	Nombre de cantons de la région
	...selon la classification statistique	...après examen du comité régional	...en commun		
Médecins généralistes	0	5	0	22	82
Infirmiers	5	8	4	18	
Masseurs-kinésithérapeutes	16	19	7	0	
Chirurgiens-dentistes	21	-	Sans objet*	1	

* Dans le cadre de la rédaction de la synthèse, la profession n'a pas été examinée ou il n'a pas été possible d'intégrer la totalité des reclassements effectués dans les rapports régionaux.

Quelques reclassements ont été opérés, pour les généralistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, pour prendre en compte la proportion élevée de professionnels âgés de plus de 55 ans. Pour les trois professions, les zones ciblées par le comité sont celles qui ne comptent aucun professionnel ou bien en comptent un seul, ou dont la densité est faible et la proportion de professionnels âgés est importante.

Par ailleurs, la méthode proposée par l'URCAM sur les zones de recours (cf. Basse-Normandie) a été mise en œuvre, mais l'échelon géographique étant une agrégation de communes, les résultats sont difficilement comparables. L'ORS a également réalisé une typologie des inégalités infrarégionales de l'offre de soins.

Quelle que soit la méthode utilisée (méthode DREES, URCAM ou ORS), la situation du Limousin en matière d'offre de soins de proximité apparaît plutôt favorable avec des densités cantonales supérieures à la moyenne pour les médecins généralistes comme pour les infirmières, des zones d'offre de proximité ou des zones de recours ou recours opérationnels qui sont relativement bien pourvues au regard en particulier des densités de population. Cette relativement bonne situation s'explique notamment par le fait que la région est l'une des moins peuplées de France, avec une densité de 42 habitants au km². Concernant les masseurs-kinésithérapeutes, la situation est plus difficile et le niveau d'activité de chacun de ces professionnels s'en trouve plus élevé. Les quelques cantons ayant des difficultés sont situés dans le rural isolé.



Données de cadrage

TABLEAU 69

Indicateurs	Région	France entière
Densité de médecins généralistes	90	92
Densité d'infirmiers libéraux	56	83
Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux	42	69
Densité d'officines	33	39
Densité de chirurgiens-dentistes	56	59
Temps d'accès au généraliste le plus proche (en minutes)	n. d.	4,0
Taux de mortalité pour 100 000 habitants	n. d.	10,13
Densité d'omnipraticiens offrant des soins de proximité	54	109
Densité d'infirmiers offrant des soins de proximité	52	120
Densité de masseurs-kinésithérapeutes offrant des soins de proximité	34	93
Densité d'officines, y c. mutualistes et minières	24	39
Densité de pharmaciens d'officines	35	80
Temps d'accès à la pharmacie la plus proche (en minutes)	n. d.	4,2
Taux de personnes âgées de plus de 75 ans	1,7	7,6
Ensemble des lits/places publics-privés pour 1 000 habitants au 1 ^{er} janvier 2003 en MCO	n.d.	4,29

Synthèse du comité régional

La population lorraine stagne depuis une vingtaine d'années autour de 2 310 000 habitants. Cette région connaît un des plus faibles taux d'accroissement de population. Si les naissances sont plus nombreuses que les décès donnant un solde naturel positif, l'évolution de la natalité n'est pas aussi favorable qu'au niveau national. Par ailleurs, la Lorraine peu attractive attire moins de population qu'elle n'en laisse partir. Le vieillissement de la population n'épargne pas la région, il reste cependant un peu moins marqué que sur les autres régions et se caractérise surtout par un déficit de jeunes.

■ ■ L'état de santé des Lorrains s'est amélioré

Sur le plan démographique, comme le démontre l'INSEE, on peut séparer la région en trois grandes zones. L'axe Metz-Nancy concentre le dynamisme économique et démographique

des deux unités urbaines les plus importantes de Lorraine. Metz en particulier est celle qui affiche la croissance démographique la plus forte. À côté de cet axe, on trouve un grand croissant en déclin démographique regroupant les zones du rural meusien jusqu'à celles de l'est de Meurthe-et-Moselle englobant le département des Vosges aussi bien dans sa partie plaine que dans sa partie montagneuse. Dans ces zones, le vieillissement déjà ancien concentre une population plus âgée que sur le reste du territoire. Enfin, les anciens bastions ferrifères et houiller au nord et à l'est de la région, dont les pertes de population ont été massives, connaissent un vieillissement accéléré en contraste avec leur passé de zones jeunes.

Les revenus par habitant sont encore inférieurs à ceux de la moyenne française et l'échelle des revenus est restreinte, les revenus de haut niveau peu fréquents. Néanmoins, la grande pauvreté se rencontre moins fréquemment qu'au plan national, les bénéficiaires de minima sociaux aussi. Ceux-ci, comme sur l'ensemble du territoire national, se concentrent surtout dans les villes, mais on observe quelques poches de pauvreté dans des zones plus rurales à l'ouest et au sud de la région.

Même si l'état de santé des Lorrains s'est amélioré, la région accuse toujours un retard sensible, quant à l'espérance de vie par rapport aux moyennes nationales. La mortalité prématurée évitable est toujours plus forte en Lorraine qu'au niveau national, particulièrement pour les hommes. Celle-ci pourrait sans doute être diminuée par des comportements moins exposés (alcool, tabac) et par une amélioration du système de soins. Les tumeurs constituent la première cause de mortalité prématurée évitable. Les morts violentes pour les hommes et les maladies de l'appareil respiratoire pour les femmes sont les secondes causes de mortalité prématurée.

Par ailleurs, les disparités régionales sont assez marquées, certaines zones d'emploi en Meuse, dans les Vosges ou en Moselle se distinguent par des taux élevés de mortalité prématurée.

■ ■ Médecins généralistes : des zones rurales sous-dotées

Globalement, la densité médicale en médecins généralistes libéraux s'avère plus faible en Lorraine, comparée à celle de l'ensemble des autres régions françaises. Plus que l'écart entre les densités française et lorraine, c'est la mise en évidence de disparités infrarégionales fortes qui mérite d'être soulignée.

Une typologie cantonale analysant l'association des critères de densité, d'activité et de consommation médicale permet de mettre en évidence les zones où l'offre de soins est insuffisante. Sur les 140 pseudo cantons lorrains, 29 cumulent des situations de tension (densité faible et forte activité). Un Lorrain sur 6 réside dans ces cantons. Une telle situation ne se rencontre que pour un Français sur 20. Localisés dans les zones rurales, généralement peu peuplés et à la population vieillissante, ces cantons sont principalement situés en Meuse de l'Ouest ou dans les Vosges. Une zone située à proximité de l'ancienne zone ferrifère au nord de la Meurthe-et-Moselle connaît également cette situation. En Moselle, les cantons ruraux de la Moselle-est (ex : Réchicourt-le-Château) présentent également de faibles densités. L'apparente sous-densité du bassin houiller doit cependant être nuancée par la présence de médecins salariés miniers dont l'offre de soins envers les (anciens) salariés des mines va être étendue à l'ensemble de la population. La plupart de ces zones sont susceptibles de faire partie de la sélection des zones déficitaires en matière d'offre de soins en vue de l'attribution des aides à l'installation de médecins généralistes.

En opposition à ces cantons dont l'offre médicale est insuffisante, quelques zones présentent des densités et activités plus favorables. On trouve essentiellement des cantons urbains (Metz, Nancy, Bar-le-Duc, Lunéville, Sarrebourg, Sarreguemines, Longwy) ou périurbains (autour de Metz et de Nancy) mais également les cantons de certaines villes thermales des Vosges (Vittel, Plombières).

■ ■ Infirmiers libéraux : faible densité dans les pôles urbains

La comparaison des densités globales française et lorraine fait apparaître, pour les infirmiers libéraux, une sous-densité lorraine assez marquée. Par ailleurs, près de 14 000 Lorrains résident dans des cantons dépourvus d'infirmier libéral. Indicateur plus remarquable : 43 % des Lorrains habitent des cantons dont l'offre en infirmiers libéraux est faible (contre 33 % au plan national).

Les cantons sur lesquels n'exerce aucun infirmier libéral sont situés dans les zones rurales du département de la Meuse (4 sur cinq) ou des Vosges (un canton). Ces cantons ont été déjà remarqués, pour certains d'entre eux, par leur faible densité en médecins généralistes libéraux. Par ailleurs, d'autres études montrent un sous-équipement, sur ces mêmes zones, en soins et services infirmiers à domicile.

S'agissant des cantons dont l'offre est insuffisante (densité faible et activité forte), contrairement à ce qui est mis en évidence pour les médecins, les zones urbaines ou périurbaines affichent une offre limitée (sauf celles de Metz et de Thionville).

La typologie cantonale de l'offre de soins infirmiers met en lumière des tensions importantes sur un large quart nord-ouest de la région englobant le nord de la Meuse et de Meurthe-et-Moselle. En revanche, excepté quelques cantons en Moselle ou dans les Vosges, ces deux départements ainsi que le sud de Meurthe-et-Moselle ne présentent pas de difficultés particulières actuelles ou à prévoir.

■ ■ Masseurs-kinésithérapeutes libéraux : 40 cantons en faible densité

Les tensions déjà mises en évidence pour les autres professions se retrouvent quant à l'offre de soins en kinésithérapie libérale et apparaissent même de manière exacerbée. Non seulement les cantons sans aucun professionnel (12) ou de faible densité (40) sont plus nombreux que pour les autres professions étudiées, mais également, l'examen de la pyramide des âges laisse entrevoir des difficultés à court terme sur plus de 25 cantons.

Parmi les cantons les plus en difficulté du point de vue de l'offre de soins, on retrouve encore les cantons ruraux répartis sur l'ensemble du territoire (l'ouest de la Meuse, quelques cantons vosgiens déjà remarqués par leur manque de médecins). À noter également quelques cantons situés autour de petites villes des Vosges ou de Meurthe-et-Moselle risquant de connaître assez rapidement des difficultés à cause de départs en retraite de professionnels actuellement en place. Seuls les pôles urbains (Nancy et Metz) et deux cantons ruraux faiblement peuplés offrent un service confortable de kinésithérapie.

■ ■ Offre de soins de proximité : une opposition nord-sud

La juxtaposition des densités médicales, paramédicales et en officines met en évidence une opposition entre le nord et le sud de la région. Cette opposition se matérialise par un

arc de cercle reliant Bar-le-Duc à Baccarat et passant au nord de Toul. La population résidant au sud de cette ligne bénéficie d'une offre en soins de proximité plus importante qu'au nord (exception faite néanmoins de cantons ruraux vosgiens déjà cités lors des analyses précédentes).

Plusieurs éléments sont d'ores et déjà à prendre en considération :

- La préoccupation des élus locaux s'inquiétant de la disparition attendue de certains professionnels de santé ;
- La fatigue des médecins âgés et la réticence des jeunes générations à subir les mêmes conditions d'exercice que leurs prédécesseurs ;

Ces considérations ont fait émerger des projets de maisons médicalisées dans lesquels la Région lorraine souhaite s'impliquer.

■ Comparaison avec la caractérisation statistique issue de la méthodologie nationale

TABEAU 70

	Nombre de cantons moins bien dotés...			Nombre de cantons bien dotés d'après la classification statistique	Nombre de cantons de la région
	...selon la classification statistique	...après examen du comité régional	...en commun		
Médecins généralistes	0	4	0	6	140
Infirmiers	30	24	17	1	
Masseurs-kinésithérapeutes	43	53	34	2	
Chirurgiens-dentistes	32	-	Sans objet*	6	

* Dans le cadre de la rédaction de la synthèse, la profession n'a pas été examinée ou il n'a pas été possible d'intégrer la totalité des reclassements effectués dans les rapports régionaux.

Le comité régional a pris en compte l'offre complémentaire émanant du régime minier, mais n'a pas reclassé les zones, ne disposant pas de données chiffrées pour recalculer les densités.

Une typologie des cantons a été réalisée pour chaque profession à partir des critères de la méthodologie nationale, et de la structure par âge des praticiens (départs à la retraite prévisibles à court terme). Au sein des classes obtenues, des zones en difficulté ou à surveiller ont été déterminées.

Au final, la Lorraine présente un profil original : des densités moyennes en médecins généralistes, des sous-densités plus marquées pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. On constate également des niveaux d'activité et surtout de consommation plutôt élevés. Par conséquent, aucun canton lorrain n'apparaît directement comme faiblement doté en médecins généralistes selon la méthodologie nationale ; alors que de nombreux cantons apparaissent en difficulté selon la méthodologie pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, pour lesquels les critères simultanés de densité faible et d'activité forte sont combinés, à l'exclusion du critère de consommation.

Les risques de manques dans les années à venir sont toutefois soulignés par le comité régional, en raison surtout des risques de non-remplacement présumés dans un futur proche et liés notamment au manque d'attractivité de la région.



Données de cadrage

TABEAU 71

Indicateurs	Région	France entière
Densité de médecins généralistes	64	92
Densité d'infirmiers libéraux	113	83
Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux	42	69
Densité d'officines	38	39
Densité de chirurgiens-dentistes	36	59
Temps d'accès au généraliste le plus proche (en minutes)	n. d	4,0
Taux de mortalité pour 100 000 habitants	n. d	10,13
Densité d'omnipraticiens offrant des soins de proximité	82	109
Densité d'infirmiers offrant des soins de proximité	152	120
Densité de masseurs-kinésithérapeutes offrant des soins de proximité	66	93
Densité d'officines, y c. mutualistes et minières	38	39
Densité de pharmaciens d'officines	52	80
Temps d'accès à la pharmacie la plus proche (en minutes)	n. d	4,2
Taux de personnes âgées de plus de 75 ans	5,5	7,6
Ensemble des lits/places publics-privés pour 1 000 habitants au 1 ^{er} janvier 2003 en MCO	n.d.	4,29

Synthèse du comité régional

La Martinique, érigée en département d'outre-mer (DOM) en mars 1946 avec la Guadeloupe, la Guyane et la Réunion est, en application de la loi de décentralisation de mars 1982, l'une des vingt six régions françaises. Plus petit département d'outre-mer avec près de 1100 km², la Martinique est située à 6800 km de la métropole, au cœur de l'arc antillais qui s'étend du Venezuela à la Floride.

■ DÉMOGRAPHIE

Avec une densité de 347 habitants/km², trois fois supérieure à la moyenne métropolitaine et la plus forte des DOM, le recensement de 1999 a dénombré 381 427 habitants dont près de quatre sur dix vivant dans l'agglomération foyaloise. Les années récentes ont été marquées par le ralentissement du rythme de progression démographique et une émigration

importante des jeunes dont la résultante est un vieillissement rapide de la population martiniquaise, situation qui ne se retrouve pas dans les autres départements d'outre-mer, excepté en Guadeloupe.

■ CARACTÉRISTIQUES ÉCONOMIQUES

Le produit intérieur brut régional (PIBR) de la Martinique atteignait 5 402 millions d'euros en 1999. Le PIBR par habitant de la Martinique était, à 14 136 euros, le plus élevé des trois DFA, et nettement supérieur aux PIB des états environnants. Il n'atteignait pourtant que 63 % du produit intérieur brut (PIB) par habitant au niveau national.

En dépit d'un niveau de formation devenu équivalent à celui de la métropole (la part de la population de moins de vingt-quatre ans suivant une formation scolaire et universitaire est même légèrement supérieure à la Martinique) et des efforts des pouvoirs publics pour lutter contre les exclusions (30 % de la population vit du RMI et bénéficie de la CMU), le chômage demeure structurellement élevé (24,6 % de la population active estimée à fin décembre 2002) même s'il s'est inscrit à la baisse depuis 1999.

■ ÉTAT SANITAIRE

On compte en Martinique un peu moins de 5 800 naissances domiciliées et un peu plus de 2 700 décès domiciliés par an. pour 1 000 habitants, le taux de natalité est de 14,9 et le taux de mortalité est de 7,1. L'indice de vieillissement de 42,1, le plus fort des trois régions françaises d'Amérique.

Les principales causes de décès sont les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire et les traumatismes et empoisonnements pour les hommes. Pour les femmes, ce sont principalement les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies autres et mal définies. Le taux d'incidence cumulé du VIH sida est de 149 pour 100 000 habitants. Il est le plus faible de la région, mais reste nettement supérieur à celui de la France métropolitaine. L'espérance de vie est de 75 ans pour les hommes et de 81 ans pour les femmes.

La densité médicale et paramédicale est inférieure de près de moitié à celle de la France, excepté pour les infirmiers libéraux, les sages-femmes et les pharmaciens.

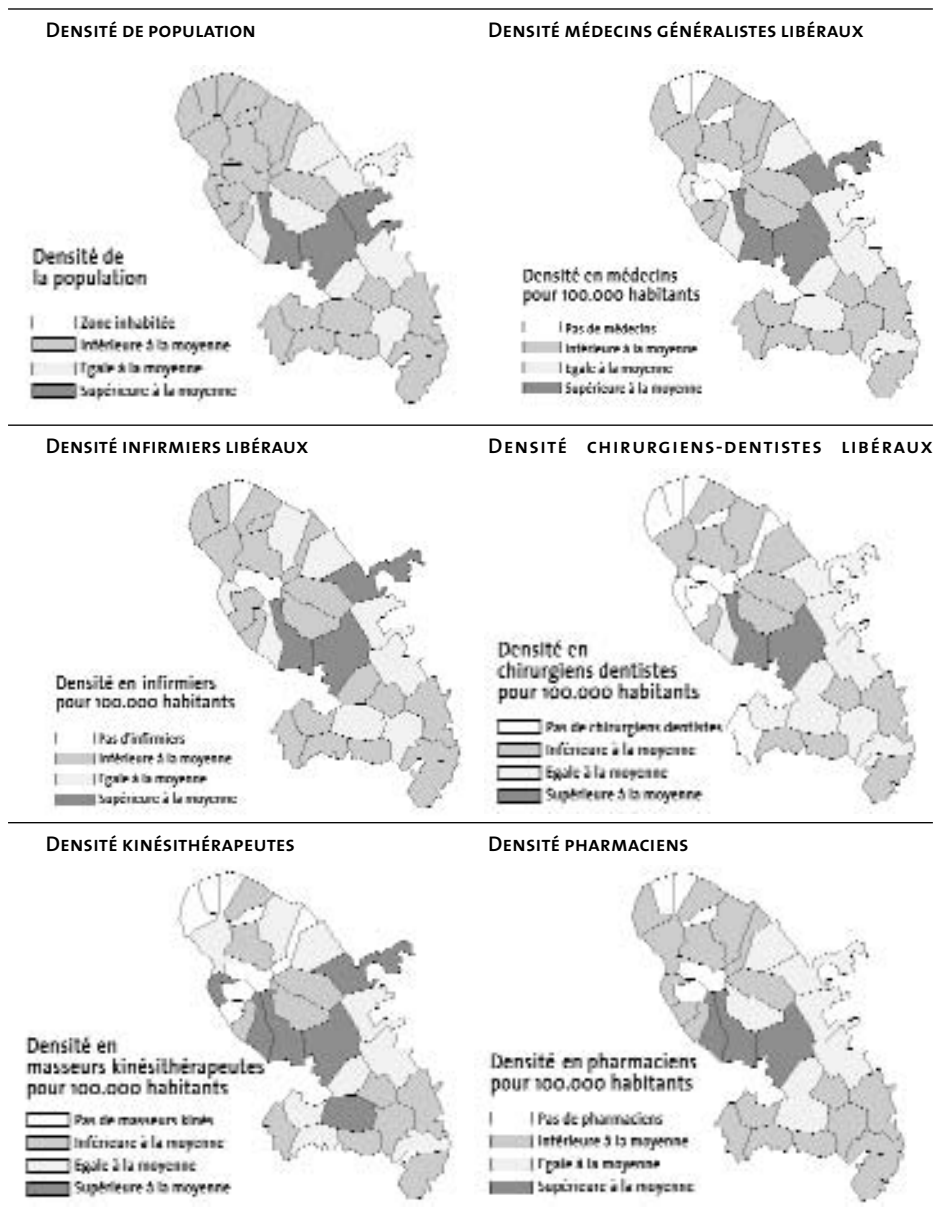
TABLEAU 72

Statut	Médecins	Pharmaciens	Chirurgiens-dentistes	Infirmiers	Masseurs-kinésithérapeutes
Salariés	383	68	10	1 511	45
Densité salariés	100	18	3	396	12
Libéraux	475	211	141	718	186
Généralistes	311				
Spécialistes	164				
Densité libéraux	125	37	36	188	49
Généralistes	82				
Spécialistes	43				

■ **PERSPECTIVES**

Accroissement et vieillissement accéléré de la population, difficultés croissantes de recrutement de praticiens libéraux et d'affectation sur les postes offerts en milieu hospitalier, risque croissant de dégradation de l'offre générale de soin, en particulier pour les populations les plus fragiles socialement.

■ **CARTOGRAPHIE DE LA SITUATION**



■ BESOINS À L'HORIZON 2030 AVEC UNE DENSITÉ ÉGALE À CELLE DE 2003

1 371 médecins généralistes, 237 chirurgiens-dentistes, 3 560 infirmiers et 370 masseurs-kinésithérapeutes supplémentaires doivent être recrutés pour conserver la densité de 2003.

■ Comparaison avec la caractérisation statistique issue de la méthodologie nationale

TABLEAU 73

	Nombre de cantons moins bien dotés...			Nombre de cantons bien dotés d'après la classification statistique	Nombre de cantons de la région
	...selon la classification statistique	...après examen du comité régional	...en commun		
Médecins généralistes	5	-	Sans objet*	1	30
Infirmiers	2	-	Sans objet*	1	
Masseurs-kinésithérapeutes	8	-	Sans objet*	1	
Chirurgiens-dentistes	6	-	Sans objet*	1	

* Dans le cadre de la rédaction de la synthèse, la profession n'a pas été examinée ou il n'a pas été possible d'intégrer la totalité des reclassements effectués dans les rapports régionaux.

L'étude n'a pas été menée selon la méthodologie nationale, mais a consisté en une analyse des communes prioritaires. L'échelon d'analyse étant la commune, les travaux du comité régional n'ont pas été traduits en une liste de cantons fragiles ou en difficulté.

Au final, la situation en Martinique paraît assez difficile en matière de médecins généralistes et de masseurs-kinésithérapeutes, le nombre de cantons moins bien dotés étant, au vu des critères de la méthodologie nationale, plutôt élevé.

Données de cadrage

TABLEAU 74

Indicateurs	Région	France entière
Densité de médecins généralistes	111	92
Densité d'infirmiers libéraux	150	83
Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux	80	69
Densité d'officines	43	39
Densité de chirurgiens-dentistes	76	59
Temps d'accès au généraliste le plus proche (en minutes)	4,8	4,0
Taux de mortalité pour 100 000 habitants	9,44	10,13
Densité d'omnipraticiens offrant des soins de proximité	123	109
Densité d'infirmiers offrant des soins de proximité	199	120
Densité de masseurs-kinésithérapeutes offrant des soins de proximité	109	93
Densité d'officines, y c. mutualistes et minières	43	39
Densité de pharmaciens d'officines	92	80
Temps d'accès à la pharmacie la plus proche (en minutes)	5,0	4,2
Taux de personnes âgées de plus de 75 ans	9,6	7,6
Ensemble des lits/places publics-privés pour 1 000 habitants au 1 ^{er} janvier 2003 en MCO	4,22	4,29

Synthèse du comité régional

■ ■ Caractéristiques générales

La région Midi-Pyrénées connaît l'espérance de vie à la naissance la plus élevée de France, la mortalité la plus faible pour les pathologies liées à l'alcool et pour le cancer, l'une des plus faibles pour les cardiopathies ischémiques. Mais le vieillissement de sa population lui donne quinze ans « d'avance » sur le reste du pays, avec une plus forte prévalence des pathologies liées à l'âge comme les accidents vasculaires cérébraux.

Bien dotée en équipements sanitaires et médico-sociaux, bénéficiant d'une densité moyenne élevée de professionnels de santé, la région Midi-Pyrénées présente cependant des problèmes particuliers d'organisation de l'offre de soin et d'égalité d'accès des habitants aux services,

du fait des dimensions de son espace (45 382 km², soit la plus vaste région de France), de la répartition de sa population (2 551 687 habitants au recensement de 1999, dont un peu plus d'un tiers habite la métropole, un tiers dans les autres aires urbaines et un tiers en zone rurale) et de sa forte attractivité démographique (la région a reçu 300 000 personnes entre 1990 et 1999).

Ces problèmes sont accentués par la grande diversité des situations territoriales, génératrice de disparités spatiales de morbi-mortalité : forts contrastes de densité humaine et de structure par âge entre Toulouse, dont l'aire urbaine atteint les 960 000 habitants, les villes moyennes, les espaces ruraux résidentialisés et de vastes espaces ruraux ou montagnards peu peuplés ; zones rurales qui voient augmenter fortement le poids des personnes âgées, alors que la métropole et les aires urbaines moyennes attirent les ménages actifs et concentrent les précaires.

■ ■ L'offre de soins de proximité

■ LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

L'analyse au cas par cas de la situation des 247 cantons de Midi-Pyrénées n'a pas été jugée opportune ; quant aux cinq zones signalées comme dépourvues de généralistes, elles sont à ce jour dotées d'un médecin. Le comité s'est attaché à examiner plus particulièrement la situation de vingt cantons apparaissant comme particulièrement problématiques au regard des indicateurs fournis.

- **Ariège** : la seule prise en compte des trois critères de la méthodologie nationale conduirait à mettre en avant le canton de Foix rural, une zone plutôt urbaine, dans laquelle le niveau d'activité peut être qualifié de moyen à faible.
- **Aveyron** : le canton de Peyreleau (1 966 habitants) présente cinq pôles usuels de recours, dont deux sont hors région (Gard, Lozère) ; Montbazens (6 169 habitants) avec trois pôles usuels de recours, dont deux au sein même du canton ; Marcillac (8 448 habitants) avec cinq pôles usuels de recours, dont deux au sein même du canton.
- **Haute-Garonne** : le signalement de Caraman s'explique notamment par une faible densité de professionnels (l'activité et la consommation sont moyennes). Une cessation d'activité a été enregistrée en 2002. Il existe deux pôles de recours intracantonaux.
- **Gers** : le canton de Montesquiou a déjà fait l'objet de plusieurs signalements concordants. La situation de cette zone devrait toutefois être reconsidérée suite à une installation survenue fin 2003.
- **Lot** : Catus et Luzech sont deux zones contiguës à forte activité (deux des cinq médecins sont au-delà de 7 500 actes pour 2002) ; Lalbenque est également signalé ; Livernon peut être incluse dans la sphère d'influence de Figeac, Gramat est signalé par ailleurs (densité faible, activité forte).
- **Hautes-Pyrénées** : Aureilhan, 10 078 habitants, se situe dans la périphérie immédiate de Tarbes et est doté de six généralistes.
- **Tarn** : le canton de Lautrec se signale par une densité et une consommation très faibles. Le niveau d'activité reste moyen (vraisemblablement attraction exercée par Graulhet, Castres et Réalmont).
- **Tarn-et-Garonne** : Saint-Nicolas, Castelsarrasin et Lafrançaise constituent un ensemble géographiquement compact. Dans le nord du département, Montaigu-de-Quercy et Bourg-de-Visa fonctionneraient de façon relativement autonome et font l'objet de signalements : une cessation d'activité intervenue courant octobre 2003 à Montaigu.

■ LES INFIRMIERS LIBÉRAUX

Comme tout le sud de la France, la région Midi-Pyrénées montre par rapport au niveau national une surreprésentation des cantons à densité forte d'infirmiers libéraux (plus de 6 infirmiers libéraux pour une population de 5 000 habitants) et une proportion réduite de cantons à densité faible (moins de 2,5 infirmiers libéraux pour 5 000 habitants). Le territoire est donc relativement bien couvert sauf à l'est de l'Aveyron, dans les zones de causse, contiguës à la Lozère, dans les zones montagneuses des Hautes-Pyrénées et en Ariège dans le canton de Quérigut, tourné vers l'Aude (moins de 500 habitants). Trois autres cantons sont dépourvus d'infirmiers actifs au 31 décembre 2002 : Lauzès (Lot), Anglès (Tarn) et Marcillac-Vallon (Aveyron), malgré une proportion importante de personnes âgées. Enfin quatre cantons ont une densité faible : Luz-Saint-Sauveur (avec une forte activité de l'infirmier), Barthe-de-Neste, Galan (Hautes-Pyrénées), Cuq-Toulza (Tarn).

Si l'on rapproche la carte des densités d'infirmiers libéraux de celle des services de soins infirmiers à domicile avec leur zone de couverture, on observe que la présence d'un SSIAD vient généralement assurer une relative complémentarité dans les zones dépourvues d'infirmiers libéraux. De même, en Aveyron, la présence de 22 centres infirmiers permet de pallier en partie une insuffisance d'infirmiers libéraux.

Ce maillage assez cohérent occulte cependant les difficultés locales d'exercice des infirmiers libéraux signalées par les professionnels, les tutelles ou par les patients, pouvant être liées aux transformations des modes d'exercice, telles que le développement du travail à temps partiel, non pris en compte dans l'étude, les départs importants d'infirmiers libéraux avant l'âge de la retraite, en partie vers le salariat, la difficulté à trouver des remplaçants ou le volume des déplacements très important en zone rurale non intégré dans le décompte de l'activité. Ces difficultés peuvent se manifester par l'insuffisance des prises en charge de nursing, même dans les zones apparemment bien dotées (ex : dans le Tarn, secteurs de Castres, Gaillac, Albi et Carmaux) ou par la carence dans la prise en charge des actes AMI signalés sur les cantons de Lauzès et Saint-Géry (Lot). Elles peuvent être aggravées par le doublement ou le triplement de la population dans les zones rurales fortement touristiques.

■ LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

La répartition géographique montre une forte concentration des masseurs-kinésithérapeutes dans l'aire urbaine de Toulouse, jusqu'à Montauban, ainsi que dans les zones urbaines. À l'inverse, dans les zones rurales, les densités sont moyennes ou faibles, voir nulles : 15 % des cantons en Midi-Pyrénées sont dépourvus de masseurs-kinésithérapeutes contre moins de 10 % au niveau national.

Il faut rappeler que l'école régionale de formation au CHU de Toulouse recrutait jusqu'en 2001, des élèves qui pour les 4/5^e n'étaient pas originaires de la région Midi-Pyrénées (recrutement national). Les diplômés ont eu tendance à s'installer près de leur lieu de formation. Le nouveau système de formation des masseurs-kinésithérapeutes avec une première année obligatoire en faculté de médecine amène un recrutement différent des élèves, essentiellement régional. La nouvelle promotion qui sortira en 2005 aura peut-être alors des comportements d'installation différents des précédentes.

Les centres de réadaptation fonctionnelle implantés sur tout le territoire accueillent des populations qui viennent de l'ensemble de la région, de par leur spécialisation (cardiologie, accidentés de la route...). La forte activité des masseurs-kinésithérapeutes relevée près de ces centres (où travaillent les libéraux en appui des salariés) n'est pas significative de l'activité destinée à la population locale.

■ LES PHARMACIENS

2 398 pharmaciens exercent dans les officines de la région (dont 1 494 titulaires et 904 adjoints) soit une densité moyenne de 1 pharmacien pour 1 077 habitants légèrement supérieure à la moyenne nationale. La répartition des diplômés est naturellement fonction de l'importance de l'activité des officines (associations, adjoints obligatoires) avec une prééminence dans les chefs-lieux de canton importants et autour des grandes villes. Quelques difficultés de recrutement de pharmaciens adjoints sont signalées dans les secteurs éloignés de la métropole toulousaine.

■ Comparaison avec la caractérisation statistique issue de la méthodologie nationale

TABLEAU 75

	Nombre de cantons moins bien dotés...			Nombre de cantons bien dotés d'après la classification statistique	Nombre de cantons de la région
	...selon la classification statistique	...après examen du comité régional	...en commun		
Médecins généralistes	1	24	1	38	247
Infirmiers	14	-	Sans objet*	58	
Masseurs-kinésithérapeutes	43	-	Sans objet*	19	
Chirurgiens-dentistes	44	-	Sans objet*	23	

* Dans le cadre de la rédaction de la synthèse, la profession n'a pas été examinée ou il n'a pas été possible d'intégrer la totalité des reclassements effectués dans les rapports régionaux.

Un score a été construit à partir des critères de densité, consommation et activité pour les médecins généralistes. Une liste de zones déficitaires, au sens de ce score, a été déterminée. Pour les autres professions, l'offre salariée complémentaire a été examinée, mais n'a pas conduit à reclasser les cantons. Les zones bien dotées/moins bien dotées coïncident donc avec celles tirées de la méthodologie.

Le calcul de score effectué par le comité régional pour qualifier l'offre de soins des médecins généralistes permet de mettre à jour un certain nombre de pseudo cantons considérés comme déficitaires, les résultats n'étant plus directement comparables avec ceux des autres régions, cela modifie le jeu des critères de la méthodologie nationale qui exclut tous les cantons en raison de l'absence de zones de faible consommation.

Au final, la région qui bénéficie de densités plutôt supérieures aux moyennes nationales tant pour les généralistes que pour les infirmiers semble dans une situation plutôt favorable, qui garantit un large accès aux soins de proximité. Concernant les masseurs-kinésithérapeutes, des manques existent et sont concentrés sur des zones très ciblées.

N

ord - Pas-de-Calais

Données de cadrage

TABLEAU 76

Indicateurs	Région	France entière
Densité de médecins généralistes	97	92
Densité d'infirmiers libéraux	62	83
Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux	66	69
Densité d'officines	38	39
Densité de chirurgiens-dentistes	40	59
Temps d'accès au généraliste le plus proche (en minutes)	3,4	4,0
Taux de mortalité pour 100 000 habitants	12,24	10,13
Densité d'omnipraticiens offrant des soins de proximité	110	109
Densité d'infirmiers offrant des soins de proximité	86	120
Densité de masseurs-kinésithérapeutes offrant des soins de proximité	89	93
Densité d'officines, y c. mutualistes et minières	39	39
Densité de pharmaciens d'officines	72	80
Temps d'accès à la pharmacie la plus proche (en minutes)	3,6	4,2
Taux de personnes âgées de plus de 75 ans	6,3	7,6
Ensemble des lits/places publics-privés pour 1 000 habitants au 1 ^{er} janvier 2003 en MCO	4,05	4,29

Synthèse du comité régional

■ ■ Présentation générale de la région

Fort de près de 4 millions d'habitants (6,6 % de la population française), le Nord - Pas-de-Calais est en quatrième position au niveau national. Sa densité de 322 habitants/km² est triple de la moyenne française et la rapproche de ses voisines européennes. Sa population est jeune. Le déficit migratoire est important, avec des flux d'entrée et de sortie étonnamment faibles faisant de cette population la moins mobile de France.

■ **LA RÉGION SE CARACTÉRISE PAR UN CUMUL DE FACTEURS DE RISQUE ET DE DÉTERMINANTS DÉFAVORABLES À LA SANTÉ**

Des indicateurs socio-économiques défavorables

- Un taux de chômage supérieur à la moyenne nationale.
- 51,9 % de foyers imposables contre 52,9 % pour la France.
- La région compte 10 % des bénéficiaires du RMI de France métropolitaine.
- 10 % à 14 % des personnes sont en situation d'illettrisme.

Un environnement dégradé

- Insalubrité du logement et imbrication des sites industriels passés et présents avec les zones d'habitation.

Une nutrition déséquilibrée

La sédentarité

■ **PROBLÈMES DE SANTÉ PUBLIQUE SPÉCIFIQUES À LA RÉGION**

- Une espérance de vie inférieure de trois ans pour les hommes et de deux ans pour les femmes.
- Une surmortalité par maladies cardiovasculaires et par cancer (20 % toutes causes confondues).
- Une surconsommation de tabac et d'alcool, mais aussi de produits psycho-actifs illicites.
- Cumul des problèmes de santé chez les populations précaires.
- Des indicateurs de santé des enfants et des jeunes défavorables.
- Des pathologies liées à un environnement dégradé.

■ **ÉLÉMENTS GÉNÉRAUX DE DESCRIPTION DES STRUCTURES QUI OFFRENT DES SOINS**

Rapportée à la population, l'offre pour 1 000 habitants est inférieure à la moyenne nationale pour la médecine (1,84 versus 2,15) et la chirurgie (1,52 versus 1,78), mais identique pour l'obstétrique (0,41).

■ ■ **L'offre de soins de proximité**

■ **MÉDECINS GÉNÉRALISTES**

L'application de la méthodologie nationale et des critères nationaux (densité faible, activité forte, consommation faible) ne fait apparaître aucun canton déficitaire. Toutefois cette combinaison de critères n'est pas apparue pertinente aux membres du comité régional.

En prenant en compte une forte consommation et les données du régime minier (bien que tous les centres du régime minier ne soient pas encore ouverts à l'ensemble de la population), le nombre de cantons regroupés sous-dotés est de cinq.

Par ailleurs, seize pseudo cantons font apparaître une proportion de médecins de plus de 55 ans égale ou supérieure à 20 %, pour une moyenne nationale de 12,7 %. Peu de candidats se présentent pour prendre la place de ceux qui seront amenés à partir d'ici une dizaine d'années. Il est donc à craindre que ces zones seront mal dotées dans les années à venir.

■ **INFIRMIERS**

Nombre de cantons regroupés sous-dotés : 7.

Ces informations ne tiennent pas compte des salariés des centres de soins infirmiers ni des services de soins infirmiers à domicile.

■ **MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES**

Nombre de cantons regroupés sous-dotés : 3

■ ■ **Perspective de l'offre de soins régionale**

Si le comité régional a choisi de retenir dans ses critères une forte consommation c'est qu'il a estimé que la consommation ne pouvait être corrélée de manière simple aux besoins de santé de la population. Compte tenu des mauvais indicateurs de santé de la région Nord - Pas-de-Calais, une forte consommation indique un fort besoin et non pas une demande pleinement satisfaite. Il serait utile pour les travaux à venir de pouvoir caractériser les besoins de santé de la population autrement qu'en prenant la consommation de soins comme critère.

Le fait de faire porter l'analyse sur les médecins généralistes uniquement pose également problème pour la région Nord - Pas-de-Calais. En effet, c'est plutôt de médecins spécialistes que manque la région, qui se classe 20^e région française en densité de spécialistes libéraux.

Dans la région Nord - Pas-de-Calais, le recours en première intention vers le médecin généraliste est particulièrement plus importante que dans les autres régions, ce qui s'explique notamment par la faible densité de spécialistes libéraux (et hospitaliers).

Il faut également souligner que le nombre d'actes moyen par généraliste, dans la région, est de plus de 6 200 actes (consultations + visites) contre 4 900 actes pour la France (soit un différentiel de 26 %),

Pour répondre aux besoins de santé de la population de la région Nord - Pas-de-Calais, préserver l'avenir et maintenir une densité régionale de médecins généralistes et spécialistes, il faudrait revenir au minimum à 165 postes en spécialité médecine générale et augmenter le nombre de postes d'internes de spécialités mis à l'épreuve nationale classante (ENC) pour la subdivision de Lille,

Le comité régional s'est en effet étonné du nombre de postes offerts à l'ENC pour les médecins généralistes (82) alors que la région formait 165 résidents par an jusqu'en 2004.

Le scénario proposé, retenant pour l'ENC une proportion de 50 % de généralistes et de 50 % de spécialistes, conviendrait à la région. Ce nombre devrait être tenu au moins quatre ans suivi d'une évaluation.

Bien évidemment, cette augmentation du nombre d'internes devrait être suivie de mesures d'accompagnement : création de 50 postes de chefs de clinique pour fidéliser les spécialistes dans la région à l'issue de leur formation. Le conseil régional, les fédérations des établissements de santé réfléchissent actuellement aux modalités de financement de ces postes nouveaux. Le nombre de postes de PUPH pour assurer l'enseignement devrait lui être augmenté de 80.

■ **INFIRMIERS**

La densité est largement inférieure à la densité nationale, et l'âge moyen de la profession est plus élevé dans notre région (44,3 ans contre 43,3 pour la moyenne française).

Le quota attribué à la région doit être maintenu, compte tenu de la saturation des terrains de stage et de la désaffection des lycéens pour les concours d'entrée en IFSI.

Une revalorisation des bourses (qui vont relever des conseils régionaux) pourrait être envisagée, ainsi que le retour à une prise en charge des études contre des contrats d'engagement.

Par ailleurs les hospitaliers ressentent un manque en infirmières spécialisées (IADE, IBODE...). les perspectives de promotion professionnelle pourraient être améliorées.

■ MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

La densité en masseurs-kinésithérapeutes dans la région est proche de celle observée pour la France. Ceux-ci sont dans la région en moyenne plus jeune (40 ans contre 42 ans) et effectuent plus d'actes que la moyenne nationale. Les quotas ont été augmentés.

Pour lutter contre les nombreux départs d'étudiants vers les autres régions à l'issue de leur formation, un autre mode d'entrée a été mis en place pour les écoles lilloises. Les étudiants doivent être inscrits en première année de médecine pour se présenter au concours d'entrée. L'essentiel des élèves inscrits dans les écoles de masseurs-kinésithérapeutes est donc originaire de la région.

■ Comparaison avec la caractérisation statistique issue de la méthodologie nationale

TABLEAU 77

	Nombre de cantons moins bien dotés...			Nombre de cantons bien dotés d'après la classification statistique	Nombre de cantons de la région
	...selon la classification statistique	...après examen du comité régional	...en commun		
Médecins généralistes	0	5	0	0	109
Infirmiers	7	7	7	0	
Masseurs-kinésithérapeutes	4	4	4	0	
Chirurgiens-dentistes	16	-	Sans objet*	0	

* Dans le cadre de la rédaction de la synthèse, la profession n'a pas été examinée ou il n'a pas été possible d'intégrer la totalité des reclassements effectués dans les rapports régionaux.

Le comité régional a considéré comme sous-dotés en généralistes les cantons dont :

- la densité est faible, après avoir pris en compte les effectifs du régime minier,
- l'activité est forte,
- et la consommation est forte.

Une forte consommation a en effet été considérée comme un élément défavorable, qui traduit des besoins élevés et non pas une demande satisfaite. Ceci conduit à des résultats différents de la méthodologie nationale, qui considère à l'inverse une forte consommation comme un élément positif (ce qui est le cas de la quasi-totalité des cantons de la région). Une manière de réconcilier ces deux points de vue consiste sans doute à considérer qu'une consommation élevée de soins de généralistes, si elle indique manifestement l'existence d'une capacité d'accès à cette catégorie de services, révèle au contraire indirectement de possibles pénuries sur d'autres segments de l'offre, notamment celle des spécialistes dans le cas de la région Nord - Pas-de-Calais.

Pour les autres professions, le comité n'a pas opéré de reclassement et a adopté la même caractérisation statistique que l'approche statistique proposée *a priori*.

Données de cadrage

TABEAU 78

Indicateurs	Région	France entière
Densité de médecins généralistes	86	92
Densité d'infirmiers libéraux	51	83
Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux	58	69
Densité d'officines	38	39
Densité de chirurgiens-dentistes	51	59
Temps d'accès au généraliste le plus proche (en minutes)	3,8	4,0
Taux de mortalité pour 100 000 habitants	9,58	10,13
Densité d'omnipraticiens offrant des soins de proximité	99	109
Densité d'infirmiers offrant des soins de proximité	97	120
Densité de masseurs-kinésithérapeutes offrant des soins de proximité	78	93
Densité d'officines, y c. mutualistes et minières	38	39
Densité de pharmaciens d'officines	71	80
Temps d'accès à la pharmacie la plus proche (en minutes)	4,1	4,2
Taux de personnes âgées de plus de 75 ans	7,9	7,6
Ensemble des lits/places publics-privés pour 1 000 habitants au 1 ^{er} janvier 2003 en MCO	3,75	4,29

Synthèse du comité régional

■ ■ Les Pays de la Loire : une région hétérogène

Au dernier recensement de la population, la région des Pays de la Loire compte 3 222 061 habitants, soit une progression de + 5,3% par rapport au recensement précédent de 1990, supérieure à la moyenne nationale (+ 3%). Entre 1999 et 2002, la région continue à connaître une progression démographique soutenue (+2.1%).

Entre 1990 et 1999, le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus a augmenté de 17 % en Pays de la Loire (contre 5 % en France). L'indice de vieillissement régional, mesuré par le rapport du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans est de 64,4 au 1^{er} janvier 2002, niveau désormais similaire à celui observé au niveau national. Il est maximal en Vendée.

■ *UNE RÉGION AVEC DES PROBLÈMES DE PRÉCARITÉ SANS ÊTRE VRAIMENT SINISTRÉE*

Au 31 décembre 2003, le taux de chômage régional s'établit à 8,1% de la population active, inférieur au niveau national (9,7%). Ce taux varie sensiblement d'un département à l'autre : de 5,8% en Mayenne à 9,1% en Loire-Atlantique, et d'une zone d'emploi à l'autre. Les proportions de bénéficiaires des prestations d'intervention sociale (revenu minimum d'insertion, allocation de parent isolé, allocation aux adultes handicapés, allocation supplémentaire vieillesse) sont toutes inférieures aux niveaux nationaux.

■ *UNE ÉCONOMIE DIVERSIFIÉE*

La contribution des Pays de la Loire au produit intérieur brut est d'environ 5%, ce qui place la région au cinquième rang derrière l'Île-de-France, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Nord -Pas-de-Calais. Dotée d'un potentiel agricole riche et diversifié, la région fournit 10% de la valeur de la production agricole nationale. Associée à ses voisines, la Bretagne et Poitou-Charentes, elle complète et consolide le rôle « alimentaire » du Grand Ouest. Les industries les plus représentées dans la région sont les industries agroalimentaires (deuxième région derrière la Bretagne), les industries de l'habillement et du cuir, les industries des équipements du foyer, la construction navale, aéronautique et ferroviaire et les industries des équipements mécaniques. Au regard des autres régions françaises, le tertiaire occupe une place moins implantée, avec deux emplois ligériens sur trois concernés par ce secteur.

■ *LA SANTÉ DES HABITANTS : UNE SITUATION RÉGIONALE PLUTÔT FAVORABLE*

Les données disponibles concernant la santé des habitants des Pays de la Loire mettent en évidence une situation régionale plutôt favorable par rapport à celle des autres régions françaises. Les indicateurs comparatifs de mortalité et de morbidité sont en effet tous inférieurs à la moyenne nationale. Il en résulte une espérance de vie à la naissance supérieure à la moyenne nationale, pour les hommes (respectivement 75,4 et 75,1 ans en 1999) et surtout pour les femmes (83,2 ans et 82,5 ans). Actuellement, parmi les femmes des régions françaises, les ligériennes sont, d'ailleurs, celles dont la durée moyenne de vie est la plus longue.

Concernant la **pathologie cardio-vasculaire**, les indicateurs régionaux sont très bons. La mortalité régionale liée à ces affections a, comme en France, reculé de façon considérable (plus de 40%) au cours des deux dernières décennies et est, actuellement, inférieure de 5% à la moyenne nationale. Cela positionne les Pays de la Loire au 3^e rang des régions de France métropolitaine les mieux classées pour cet indicateur sur la période 1998-2000. En matière de **cancers**, les Pays de la Loire occupent une position moyenne. La mortalité régionale due aux tumeurs malignes est, en effet, devenue très proche de la moyenne nationale au cours des années récentes, après lui avoir été longtemps inférieure. L'incidence annuelle des cancers est actuellement estimée à environ 15 500 dans les Pays de la Loire. Pour ce qui est des **traumatismes**, la situation régionale, bien qu'en nette amélioration, apparaît défavorable. On constate, en effet, une nette surmortalité régionale par suicide (+ 27%), qui touche les deux sexes et place les Pays de la Loire parmi les régions les plus mal placées pour cet indicateur (18^e rang sur 22). La mortalité régionale par accident de la route est également supérieure à la moyenne nationale (+ 18%).

Les grossesses, les accouchements et la santé des enfants dans leurs premiers mois de vie ont également un impact très important en termes de recours aux soins, notamment dans les Pays de la Loire qui connaissent, avec près de 44 000 naissances par an, l'indice conjoncturel de fécondité parmi les plus élevés des régions de France métropolitaine.

■ OFFRE DE SOINS HOSPITALIÈRE ET RECOMPOSITIONS DANS LES SECTEURS SANITAIRES

Dans le secteur sanitaire de **Nantes**, l'offre de soins hospitalière de l'agglomération comprend une offre publique de plus en plus coordonnée et une offre privée largement restructurée autour de quatre grands pôles. Dans le secteur d'**Angers-Saumur**, en complémentarité avec le CHU, cinq établissements publics ou privés participant au service public hospitalier assurent des missions spécialisées. Les cinq cliniques de court séjour sont en cours de relocalisation pour former un bipôle sur deux sites. **Sur le secteur de Laval**, l'offre hospitalière des soins en court séjour est organisée, autour de trois pôles géographiques : Laval, Château-Gontier et Mayenne. Cette répartition présente l'apparence d'un équilibre géographique autour des trois pôles urbains du département, mais se révèle fragile compte tenu des difficultés d'attirer durablement des médecins sur ces sites, qu'il s'agisse des professionnels de santé libéraux ou hospitaliers. Le dispositif hospitalier **sarthois** repose sur une offre historiquement importante, globalement bien répartie dans le département. La réorganisation engagée sous l'égide du SROS 1999-2004 consiste, d'une part, à conforter le pôle de référence et de recours constitué par les établissements manceaux, situés au cœur du département et, d'autre part, à constituer des pôles de proximité périphériques. L'offre de soins **vendéenne** en court séjour a longtemps été caractérisée par un maillage du territoire autour des six villes principales. Le pôle de référence est constitué du CHD et de la clinique Saint-Charles situés à La Roche-sur-Yon.

■ ■ L'offre de soins de proximité : résultats de l'analyse cantonale

Dans la région, les proportions de cantons à densité forte sont de 8 % pour les généralistes et infirmiers libéraux, 14 % pour les masseurs-kinésithérapeutes et 11 % pour les pharmaciens d'officine (par rapport à 25 % au niveau national). Les distributions cantonales des densités des professions de santé sont les suivantes fin 2002 :

TABLEAU 79

Médecins généralistes	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Ensemble
Densité faible	10	7	12	11	5	45
Densité moyenne	29	23	14	20	20	106
Densité forte	6	1	-	1	5	13
Infirmiers libéraux	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Ensemble
Densité faible	8	3	7	13	6	37
Densité moyenne	31	27	17	19	20	114
Densité forte	6	1	2	-	4	13
Masseurs-kiné	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Ensemble
Densité faible	4	8	12	15	4	43
Densité moyenne	28	22	14	16	18	98
Densité forte	13	1	-	1	8	23
Pharmaciens d'officine	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Ensemble
Densité faible	10	10	6	12	4	42
Densité moyenne	30	20	14	19	21	104
Densité forte	5	1	6	1	5	18

■ ■ Actions locales et perspectives

Les CAPS (centres d'accueil et de permanence des soins) peuvent constituer un élément de réponse au problème de la démographie médicale car ils rendent l'activité plus attractive pour de nouveaux installés et ils permettent à des médecins résidant en ville d'installer leur cabinet dans ces zones : ils rentrent chez eux tous les soirs et pour les quelques gardes à effectuer, disposent d'un local où être hébergés la nuit. On peut distinguer trois types de CAPS : les **CAPS urbains** (installés dans les grandes villes), dont l'objectif essentiel est de désengorger les services d'urgences de l'hôpital, en assurant les actes qui ne relèvent pas de la médecine d'urgence mais de la permanence des soins ; les **CAPS ruraux ou semi-ruraux**, qui constituent l'offre de soins de premier recours indispensable lorsque les cabinets médicaux sont fermés ; et les **CAPS côtiers**, qui répondent à un accroissement saisonnier de la demande de soins non programmée dans des zones touristiques.

Les Pays de la Loire, cinquième région française en termes de population, ne se classe qu'au dix-septième rang en termes de densité médicale. Les densités de généralistes et spécialistes libéraux sont inférieures aux moyennes nationales dans tous les départements de la région. Plus de la moitié des communes ligériennes ne disposent pas de médecin généraliste (il s'agit en quasi-totalité de communes rurales, une grande majorité d'entre elles ayant moins de 1000 habitants). **Dans la plupart des spécialités également, les densités médicales régionales sont, en 2003, inférieures de 3 à 6 points par rapport aux moyennes nationales**, notamment dans celles d'effectifs importants : anesthésie, cardiologie, pédiatrie, gynécologie, psychiatrie. Cet état de fait est d'autant plus inquiétant qu'il s'accompagne souvent d'une pyramide des âges défavorable (en particulier quand le nombre de quadragénaires actuels ne pourra suffire à remplacer celui des quinquagénaires).

■ ■ Comparaison avec la caractérisation statistique issue de la méthodologie nationale

TABLEAU 80

	Nombre de cantons moins bien dotés...			Nombre de cantons bien dotés d'après la classification statistique	Nombre de cantons de la région
	...selon la classification statistique	...après examen du comité régional	...en commun		
Médecins généralistes	13	15	12	1	164
Infirmiers	19	12	12	1	
Masseurs-kinésithérapeutes	31	-	Sans objet*	5	
Chirurgiens-dentistes	19	-	Sans objet*	1	

* Dans le cadre de la rédaction de la synthèse, la profession n'a pas été examinée ou il n'a pas été possible d'intégrer la totalité des reclassements effectués dans les rapports régionaux.

Des reclassements ont été opérés sur la caractérisation de l'offre de soins. Pour les médecins généralistes :

- la densité a été revue à partir d'études départementales réalisées précédemment par l'URCAM des Pays de la Loire et reformulées au niveau cantonal ;

- l'activité a été corrigée à la hausse pour accentuer l'effet de la forte activité saisonnière ;
- le critère de consommation a été mis en cohérence avec une étude antérieure de l'AROMSA et de l'URCAM.

Pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, seule la densité a été reclassée pour tenir compte de l'offre salariée alternative (centres de soins, SSIAD, centres de médecine physique et de réadaptation).

Par ailleurs, l'analyse a été complétée par l'étude des zones de recours (URCAM) pour les médecins généralistes.

Les corrections et reclassements effectués ont permis de compléter l'ensemble des informations disponibles, sachant qu'il n'est pas possible de comparer directement les résultats obtenus par la méthode URCAM et ceux issus de la méthodologie statistique nationale dans la mesure où les échelles d'observation sont différentes.

Au global, la région apparaît plutôt dans une situation défavorable avec plus de cantons qu'en moyenne ayant des difficultés en matière de médecins généralistes. Concernant les infirmiers, la situation est moins défavorable. Il demeure que les cantons bien dotés sont très peu présents dans la région.

Données de cadrage

TABEAU 81

Indicateurs	Région	France entière
Densité de médecins généralistes	81	92
Densité d'infirmiers libéraux	57	83
Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux	45	69
Densité d'officines	33	39
Densité de chirurgiens-dentistes	38	59
Temps d'accès au généraliste le plus proche (en minutes)	4,9	4,0
Taux de mortalité pour 100 000 habitants	11,12	10,13
Densité d'omnipraticiens offrant des soins de proximité	93	109
Densité d'infirmiers offrant des soins de proximité	78	120
Densité de masseurs-kinésithérapeutes offrant des soins de proximité	62	93
Densité d'officines, y c. mutualistes et minières	34	39
Densité de pharmaciens d'officines	73	80
Temps d'accès à la pharmacie la plus proche (en minutes)	5,1	4,2
Taux de personnes âgées de plus de 75 ans	6,6	7,6
Ensemble des lits/places publics-privés pour 1 000 habitants au 1 ^{er} janvier 2003 en MCO	3,82	4,29

Synthèse du comité régional

La Picardie se caractérise par une population jeune mais dont la proportion de personnes âgées de 75 ans et plus augmente progressivement. Le taux de fécondité de deux enfants par femme est le plus élevé de France. La population active présente une proportion d'ouvriers supérieure à la moyenne nationale, alors que la proportion de cadres est inférieure à la moyenne nationale. La Picardie est la deuxième région à taux de personnes sans diplôme le plus élevé.

Le produit intérieur brut ainsi que le revenu moyen par foyer fiscal sont inférieurs à la moyenne nationale. La Picardie est la deuxième région, et le département de l'Aisne est le premier département, où les proportions de chômeurs de longue durée sont les plus importantes. Si les familles monoparentales sont moins nombreuses qu'en France entière, elles bénéficient plus souvent de l'allocation parent isolé (API).

La Picardie et la Somme ont les taux de mortalité infantile les plus élevés de toutes les

régions et de tous les départements. Les taux standardisés de mortalité générale et de mortalité prématurée sont chacun les deuxièmes taux les plus élevés des régions. La surmortalité, tant chez les hommes que chez les femmes, est supérieure de 10 % par rapport à la moyenne nationale. Les maladies de l'appareil circulatoire, les tumeurs, les traumatismes et les empoisonnements sont les trois causes de décès les plus fréquentes. Le cancer du sein est la première cause de décès chez la femme ; chez l'homme, c'est le cancer du poumon. La morbidité due à l'association du tabac et de l'alcool est également supérieure à la moyenne nationale.

Des disparités existent au sein de la région. Le département de l'Aisne cumule les taux les moins bons des indicateurs précédents alors que l'Oise présente les taux les meilleurs.

L'offre de soins actuelle picarde (hospitalisation complète, hospitalisation de jour et soins ambulatoires), comme la majorité des régions, s'organise autour des huit établissements « pivot » des huit secteurs sanitaires. L'offre de soins englobe les activités de médecine, de chirurgie, d'obstétrique, de soins de suite et de réadaptation, de psychiatrie, de prises en charge des personnes âgées et des personnes handicapées. Huit pôles de prévention des maladies cardio-vasculaires sont rattachés à chaque secteur sanitaire.

Les quatre-vingt-neuf places d'hospitalisation à domicile, les six réseaux de soins ainsi que les soixante-dix services de soins infirmiers à domicile sont un intermédiaire entre l'hospitalisation et l'ambulatoire.

■ ■ Offre de soins de proximité – Résultats de l'analyse cantonale

Aucun des 112 pseudo cantons picards ne présente une densité nulle en professionnels de santé de premier recours.

La densité des médecins généralistes est faible dans 39 % des cantons pour une moyenne nationale de 26 %. Les trente-trois cantons cumulant une densité faible, une activité et une consommation moyenne ou forte apparaissent comme ceux présentant une situation difficile en matière d'offre de soins de médecine générale. Leur proportion de 30 % est trois fois supérieure à la moyenne nationale qui est de 10 %. De même, 44 % des cantons ont une densité moyenne, une activité et une consommation moyenne ou forte.

La densité des infirmières est faible dans 37 % des cantons et la densité des masseurs-kinésithérapeutes est faible dans 34 % des cantons pour des moyennes nationales de 25 %. Si la proportion des cantons où les densités faibles sont plus élevées que la moyenne nationale, l'activité des masseurs-kinésithérapeutes est forte dans 58 % des cantons picards.

La densité d'officines est faible dans 38 % des cantons picards.

L'Oise apparaît comme le département picard où les densités des professionnels de premier recours sont les plus faibles. Dans 80 % des cantons de la Somme la consommation d'actes de médecins généralistes est forte.

Une analyse portant sur la densité, l'activité et la consommation d'actes de médecins généralistes des quatre professions décrites précédemment met en évidence que :

- deux cantons cumulent des facteurs défavorables pour les trois professions dont un présente une densité faible en officines.
- deux cantons cumulent des facteurs défavorables pour les médecins et les infirmières.
- huit cantons cumulent des facteurs défavorables pour les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes.
- six cantons cumulent des facteurs défavorables pour les infirmières et les masseurs-kinésithérapeutes.

■ ■ Les perspectives d'évolution et d'amélioration de la démographie des professions de santé en Picardie

Une étude portant sur l'âge des professionnels avec une simulation de départ à la retraite dans les dix ans à venir montre que certains cantons, où la densité de médecins généralistes, d'infirmières et de masseurs-kinésithérapeutes est actuellement qualifiée de « moyenne », deviendront des cantons à densité « faible ». Cette situation s'aggravera dans les cantons où la densité est déjà faible. Trois cantons auront une absence totale de masseurs-kinésithérapeutes.

Les travaux menés par le comité régional ont permis de confirmer et d'affiner le constat déjà connu et effectué en 2002 d'une démographie des professions de santé insuffisante et inquiétante, malgré des besoins de soins estimés par des indicateurs socio-économiques, démographiques et sanitaires, parmi les plus mauvais de France. Les départs prévus et imprévus (cessation d'activité pour raisons de santé, raisons personnelles ou changement du mode d'exercice) risquent de placer la région dans une situation critique et préoccupante si des mesures concrètes ne sont pas prises très rapidement.

Les augmentations du *numerus clausus* des étudiants en médecine et du nombre de chefs de clinique ne résoudront qu'en partie la démographie des médecins.

L'une des difficultés majeures de la Picardie est celle de l'installation et de la fidélisation des professionnels de santé (médecins et para-médicaux) dans la région que ce soit en libéral ou en hospitalier. Les incitations financières ne seront certainement pas suffisantes. Les conditions de travail des personnels de santé méritent que l'on y porte attention car les décisions de choix du métier, du mode d'exercice des nouveaux diplômés et du maintien des professionnels déjà installés dans la région dépendent d'elles.

■ ■ Comparaison avec la caractérisation statistique issue de la méthodologie nationale

TABLEAU 82

	Nombre de cantons moins bien dotés...			Nombre de cantons bien dotés d'après la classification statistique	Nombre de cantons de la région
	...selon la classification statistique	...après examen du comité régional	...en commun		
Médecins généralistes	0	26	0	0	112
Infirmiers	10	11	10	0	
Masseurs-kinésithérapeutes	28	28	28	1	
Chirurgiens-dentistes	28	-	Sans objet*	0	

* Dans le cadre de la rédaction de la synthèse, la profession n'a pas été examinée ou il n'a pas été possible d'intégrer la totalité des reclassements effectués dans les rapports régionaux.

Quelques reclassements ont été opérés pour les médecins généralistes et les infirmiers pour tenir compte de la proportion élevée de professionnels de plus de 55 ans et/ou de personnes âgées, de l'offre complémentaire (MEP, maison médicale, CH, présence de spécialistes) et de la précarité éventuelle de la population.

Les zones présentant une offre de soins « critique » selon le comité régional sont celles combinant faible densité et forte activité pour toutes les professions. Ces zones sont donc identiques à celles de la méthodologie nationale pour les infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes. En revanche, les résultats sont différents pour les généralistes, la méthodologie nationale n'ayant pas distingué de zones moins bien dotées en Picardie, où la consommation est moyenne ou forte dans tous les cantons à faible densité et forte activité.

La Picardie présente des densités plutôt faibles comparées à la moyenne nationale qu'il s'agisse des médecins généralistes, des infirmiers ou des masseurs-kinésithérapeutes. Elle a pour originalité, comme la Lorraine, de combiner ces faibles densités avec des niveaux d'activité et de consommation plutôt forts.

Les résultats obtenus par l'application de différentes méthodes d'exploration dans le même domaine fournissent des éléments complémentaires et/ou comparables, qu'il s'agisse de l'analyse de la consommation d'actes de médecins généralistes par la population (URCAM), de la typologie de cantons basée sur les zones de recours et un score de fragilité (URCAM), de la typologie des cantons en cinq classes de l'ORS – cette dernière mettant l'accent sur les différences intrarégionales par l'intermédiaire d'une classification ascendante hiérarchique et mettant en évidence un nombre de cantons fragiles plus important, mais selon des normes propres à la région.

Données de cadrage

TABLEAU 83

Indicateurs	Région	France entière
Densité de médecins généralistes	95	92
Densité d'infirmiers libéraux	75	83
Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux	55	69
Densité d'officines	43	39
Densité de chirurgiens-dentistes	48	59
Temps d'accès au généraliste le plus proche (en minutes)	4,8	4,0
Taux de mortalité pour 100 000 habitants	9,29	10,13
Densité d'omnipraticiens offrant des soins de proximité	112	109
Densité d'infirmiers offrant des soins de proximité	107	120
Densité de masseurs-kinésithérapeutes offrant des soins de proximité	72	93
Densité d'officines, y c. mutualistes et minières	43	39
Densité de pharmaciens d'officines	89	80
Temps d'accès à la pharmacie la plus proche (en minutes)	5,0	4,2
Taux de personnes âgées de plus de 75 ans	9,9	7,6
Ensemble des lits/places publics-privés pour 1 000 habitants au 1 ^{er} janvier 2003 en MCO	3,72	4,29

Synthèse du comité régional

■ ■ Points saillants de la région Poitou-Charentes

La population de la région Poitou-Charentes est estimée à 1,661 million de personnes au 1^{er} janvier 2002. Elle représente 2,7 % de la population française, département d'outre-mer compris. En dix ans, elle a augmenté de 55 000 personnes, soit un taux de croissance annuel moyen de 0,3 %. Le solde migratoire est l'unique moteur de cette croissance.

Les quatre départements ne sont toutefois pas logés à la même enseigne. De 1992 à 2002, la Charente-Maritime a conforté sa place de département le plus peuplé en gagnant 38 000 habitants, bien qu'on y ait comptabilisé 5 400 décès de plus que de naissance. Dans la Vienne,

qui a cumulé des soldes naturel et migratoire positifs, la population s'accroît de 18 000 personnes en dix ans. Dans les Deux-Sèvres, l'excédent des naissances sur les décès compense à peine celui des départs sur les arrivées. La Charente est le seul département à perdre des habitants malgré un solde migratoire légèrement positif.

Le vieillissement des Picto-charentais se poursuit : la moitié de la population a plus de 40 ans alors que dans la France, cet âge médian se situe à 37 ans.

Au niveau économique, les zones d'emploi de Haute-Charente et sud de la Charente sont fortement agricoles et les zones de Montmorillon, du nord du Poitou et des Deux-Sèvres sont agricoles et industrielles. Les zones de Châtelleraut, de Cognac et d'Angoulême ont une activité industrielle dominante, alors que les zones de Poitiers, de La Rochelle, du sud des Deux-Sèvres et de la Saintonge maritime ont une forte activité dans le secteur tertiaire.

Depuis plus de dix ans, le nombre de lits d'hospitalisation en Poitou-Charentes a diminué régulièrement, marquant une baisse de près de 10 % ces dix dernières années en soins de courte durée. Avec 375 lits pour 100 000 habitants, le Poitou-Charentes détient le taux d'équipement en soins de courte durée le plus faible de toutes les régions françaises.

Début 2003, on dénombre 4 850 médecins en Poitou-Charentes, dont un peu moins des deux tiers exercent à titre libéral. La densité des médecins libéraux est de 181 pour 100 000 habitants (116 généralistes et 65 spécialistes). Plus de 11 000 infirmiers exercent en Poitou-Charentes, dont 13 % dans le secteur libéral. Ils sont, avec les masseurs-kinésithérapeutes, les professionnels de santé qui ont connu la plus forte évolution en dix ans (supérieure à 40 %).

■ ■ L'offre de soins de proximité

Méthodologies utilisées pour les cinq professions de santé (médecins généralistes libéraux, infirmiers libéraux, masseurs-kinésithérapeutes libéraux, chirurgiens-dentistes libéraux et pharmaciens d'officines) : La méthode d'analyse nationale se base sur trois indicateurs bruts (issus du SNIR au 31 décembre 2002 et élaborés par la CNAMTS, ou par les URCAM pour les données de consommation) par canton (densité, activité moyenne par professionnel et consommation moyenne d'actes de consultations par consommant). Lorsqu'ils étaient disponibles ces trois indicateurs ont été mis en œuvre pour être décomposés en quartile et déterminer ainsi des groupes de cantons. L'ORS Poitou-Charentes a été chargé de la mise en œuvre de la méthode nationale pour les infirmiers libéraux, les masseurs-kinésithérapeutes libéraux, les chirurgiens-dentistes libéraux et les pharmaciens d'officine.

En ce qui concerne les médecins généralistes libéraux, un complément de méthode proposée par l'assurance-maladie a été appliqué pour la recherche des zones fragiles. Cette méthode fait appel à des zones de recours fondées sur les flux de patients en médecine générale. D'autre part, les indicateurs sont décomposés par des seuils naturels et non par quartile. L'URCAM Poitou-Charentes a été chargée de sa mise en œuvre.

■ MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX

Dans un premier temps, l'analyse a été effectuée à partir de la méthode nationale. Deux types de diagnostic ont été émis à l'encontre des 127 cantons de la région Poitou-Charentes : l'un faisant ressortir 13 cantons en difficulté et l'autre 18 cantons dénotant une certaine fragilité. La répartition des 13 cantons en difficulté s'effectue en 5 cantons pour la Charente (Blanzac-Porcheresse, Brossac, Chabonais, La Couronne, Soyaux), 5 cantons pour les Deux-Sèvres (Beauvoir-sur-Niort, Celles-sur-Belle, Cerizay, Sauzé-Vaussais, Secondigny) et 3 cantons pour

la Vienne (Moncontour, Saint-Savin, Charroux). On note qu'il n'y a donc aucun canton du département de la Charente-Maritime qui ressort de cette analyse.

Avec la méthodologie issue de l'assurance-maladie, l'URCAM a diagnostiqué 8 zones de recours en difficulté avérée (3 en Charente, 1 en Charente-Maritime, 3 en Deux-Sèvres et 1 dans la Vienne), 6 zones en fragilité certaine et 9 zones en fragilité possible.

■ *INFIRMIERS ET MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX*

Ne disposant pas du critère de consommation, l'analyse n'a porté que sur les critères de densité et d'activité. Cependant pour affiner l'analyse dans l'élaboration d'un diagnostic final, la méthodologie utilise également des critères portant sur les professionnels de 55 ans et plus, les distances moyennes donnant accès au professionnel, la présence de structures sanitaires, ainsi que l'utilisation de la typologie cantonale réalisée par la FNORS en 2003 : « inégalité cantonales de santé en France ». Pour les infirmiers, il ressort de cette analyse que 12 cantons très fragiles sont répartis sur les 4 départements de la région Poitou-Charentes, soit 2 en Charente (Montbron, Châteauneuf-sur-Charente), 4 en Charente-Maritime (Mirambeau, Saint-Genis-de-Saintonge, Saint-Porchaire, Ars-en-Ré), 2 dans les Deux-Sèvres (Lezay, Sausé-Vaussais), et 4 dans la Vienne (Montmorillon, Chauvigny, Montcontour, Les Trois-Moutiers). Pour les masseurs-kinésithérapeutes il ressort de l'analyse que 18 cantons ou pseudo cantons sont en situation très fragile : 6 en Charente, 3 en Charente-Maritime, 4 en Deux-Sèvres et 5 dans la Vienne.

■ *CHIRURGIENS-DENTISTES LIBÉRAUX*

En se basant sur les critères de densité et d'activité, ainsi que sur la part des chirurgiens-dentistes libéraux de plus de 55 ans, le diagnostic fait ressortir 9 cantons en situation très fragile : 2 en Charente (Hiersac, Confolens), 2 en Charente-Maritime (Tonnay-Charente, Aigrefeuille-d'Aunis), 3 en Deux-Sèvres (Beauvoir-sur-Niort, Coulonges-sur-l'Autize, Lezay), et 2 dans la Vienne (Vouillé, Saint-Gervais-les-Trois-Clochers).

■ *PHARMACIENS*

Ne disposant pas de données sur l'activité des pharmaciens, le seul critère de la méthode nationale disponible reste la densité. Dans la recherche des cantons en situation fragile, on tient compte de la part des officines dont le titulaire ou le plus jeune des cotitulaires a plus de 55 ans. On trouve ainsi 5 cantons en situation très fragile : 1 en Charente (Blanzac-Porcheresse), 2 en Charente-Maritime (Tonnay-Boutonne, Saint-Genis-de-Saintonge), 1 en Deux-Sèvres (Beauvoir-sur-Niort) et 1 dans la Vienne (Les Trois-Moutiers).

Ainsi, en se basant sur les trois critères nationaux (densité, activité et consommation), et en regroupant les différentes analyses des professionnels de santé suivant la méthode nationale décrite plus haut, on peut appliquer une méthode de sélection des pseudo cantons pouvant faire l'objet d'innovations visant à améliorer leur offre de soins. On identifie ainsi les pseudo cantons connaissant des difficultés. Cependant certains cantons identifiés comme en difficulté n'ont pas été retenus (La Couronne et Soyaux-en-Charente), car ces cantons sont situés à proximité d'Angoulême où l'offre de soins est plus satisfaisante, et se trouvent reliés à celle-ci par les transports en commun.

Au total, c'est donc 19 pseudo cantons qui peuvent être retenus selon l'application de la méthode nationale appliquée pour la région Poitou-Charentes, et qui nécessitent un travail de terrain pour les valider : 5 en Charente (Aubeterre-sur-Dronne, Blanzac-Porcheresse, Brossac,

Chabanais, Montmoreau-Saint-Cybard), 1 en Charente-Maritime (Aulnay), 8 en Deux-Sèvres (Beauvoir-sur-Niort, Celles-sur-Belle, Cerizay, Montcoutant, La Mothe-Saint-Heray, Saint-Loup-Lamairé, Sauzé-Vaussais, Secondigny), et 5 en Vienne (Charroux, Lussac-les-Châteaux, Montcontour, Saint-Savin, Les Trois-Moutiers).

D'autre part, dans la continuité des travaux régionaux et avec le comité régional de la démographie, un projet de l'URCAM piloté par l'ARCMSA, porte sur des expériences territoriales avec tous les acteurs concernés (professionnels de santé et leurs représentants, État, conseil général, conseils régionaux, collectivités locales et assurance-maladie). L'objectif est d'expérimenter des aides au maintien et à l'installation dans les zones fragiles des professionnels de santé.

Les avis des membres du comité régional de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, des collectivités territoriales dont le conseil régional, des préfets de département, ainsi que des conseils des ordres départementaux des médecins, ne nous sont pas encore parvenus à ce jour (07/07/04).

■ Comparaison avec la caractérisation statistique issue de la méthodologie nationale

TABLEAU 84

	Nombre de cantons moins bien dotés...			Nombre de cantons bien dotés d'après la classification statistique	
	...selon la classification statistique	...après examen du comité régional	...en commun		
Médecins généralistes	0	13	0	4	127
Infirmiers	5	12	5	4	
Masseurs-kinésithérapeutes	29	18	10	4	
Chirurgiens-dentistes	13	-	Sans objet*	4	

* Dans le cadre de la rédaction de la synthèse, la profession n'a pas été examinée ou il n'a pas été possible d'intégrer la totalité des reclassements effectués dans les rapports régionaux.

Pour l'offre de soins de médecins généralistes, le comité régional a retenu les zones où l'activité est forte et la densité de généralistes faible, d'après la caractérisation de la méthode nationale, mais sans tenir compte de la consommation de soins.

Pour les autres professions, le comité s'est fondé sur la méthodologie nationale, mais en appliquant des seuils régionaux, non directement comparables à ceux des autres régions. L'âge des professionnels, les distances d'accès, la présence de structures sanitaires et la typologie cantonale de la FNORS sur les inégalités cantonales de santé en France (2003) ont permis d'affiner le diagnostic.

Données de cadrage

TABLEAU 85

Indicateurs	Région	France entière
Densité de médecins généralistes	119	92
Densité d'infirmiers libéraux	167	83
Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux	117	69
Densité d'officines	42	39
Densité de chirurgiens-dentistes	83	59
Temps d'accès au généraliste le plus proche (en minutes)	3,3	4,0
Taux de mortalité pour 100 000 habitants	9,71	10,13
Densité d'omnipraticiens offrant des soins de proximité	137	109
Densité d'infirmiers offrant des soins de proximité	210	120
Densité de masseurs-kinésithérapeutes offrant des soins de proximité	142	93
Densité d'officines, y c. mutualistes et minières	43	39
Densité de pharmaciens d'officines	95	80
Temps d'accès à la pharmacie la plus proche (en minutes)	3,4	4,2
Taux de personnes âgées de plus de 75 ans	9,2	7,6
Ensemble des lits/places publics-privés pour 1 000 habitants au 1 ^{er} janvier 2003 en MCO	4,61	4,29

Synthèse du comité régional

■ ■ Présentation de PACA

La région PACA comprend 6 départements : les Alpes-de-Haute-Provence, les Hautes-Alpes, les Alpes-Maritimes, les Bouches-du-Rhône, le Var et le Vaucluse.

Au recensement de 1999 elle comptait 4 506 151 habitants, dont une proportion de personnes âgées supérieure à la moyenne nationale.

C'est une région à la géographie physique très diversifiée ; la géographie économique et humaine est tout aussi contrastée.

■ L'ÉCONOMIE PEUT ÊTRE QUALIFIÉE DE DYNAMIQUE, QUOIQUE DE SOUS-EMPLOI

Cinquième région pour le PIB par habitant, troisième région pour le taux de chômage, 130 000 « Rmistes » (2 fois le taux national), 434 000 bénéficiaires de la CMUC. Bien que présentant un taux élevé de contribuables imposés au titre de l'IRPP ou de l'ISF, la région est caractérisée par :

- l'importance des difficultés économiques et des bas revenus,
- l'importance des bénéficiaires de minima sociaux et un taux de chômage supérieur à la moyenne nationale,
- une surreprésentation des familles monoparentales sur le pourtour méditerranéen,
- l'importance des demandeurs d'asile,
- des situations territoriales contrastées avec des proches de pauvreté tant dans les villes que dans les petites communes,
- des problèmes de santé qui se cristallisent autour de la notion large de souffrance psychique,
- la persistance de freins multiples à l'accès aux droits et à l'effectivité des soins.

Cela étant, PACA se caractérise néanmoins par un état de santé plutôt meilleur que la moyenne nationale :

- une espérance de vie parmi les plus élevées d'Europe,
- une forte surmortalité pour les 15-24 ans (accidents, suicides),
- des comportements à risques (tabagisme féminin, taux IVG...).

■ L'OFFRE DE SOINS EST GLOBALEMENT IMPORTANTE

- une offre de soins ambulatoire très supérieure à la moyenne nationale (*cf. infra*)
- une offre institutionnelle abondante pour le court et le moyen séjour, avec une forte prédominance du secteur privé pour la chirurgie et les soins de santé et de réadaptation,
- une offre plus déficitaire pour la psychiatrie infanto-juvénile et l'ensemble du secteur médico-social.

■ ■ L'offre de soins de proximité

- Pour les **médecins généralistes**, au-delà d'une situation régionale légitimement considérée comme favorable, existe une fragilité dans les zones étendues mais peu peuplées qui connaissent un phénomène de relative ou totale désertification médicale : le centre-est de la région autour des hautes vallées du Verdon, du Var et de ses affluents d'une part, les franges nord-ouest de la région en lisière de la Drôme d'autre part.
- Pour les **infirmiers libéraux** on constate (sans toujours pouvoir l'expliquer) le cumul d'une forte densité et d'une très forte activité, notamment dans les départements du sud de la région.
- Pour les **masseurs-kinésithérapeutes** l'écart en densité par rapport aux chiffres nationaux est encore plus important (71 % des cantons sont « fortement » dotés contre 25 % au niveau national !) mais l'activité est rarement classée « forte ». Beaucoup de cantons ont un nombre de **masseurs-kinésithérapeutes** soit nul, soit réduit à un ou deux professionnels
- Pour les **chirurgiens-dentistes**, la région est également bien dotée même si vingt-quatre cantons (soit 15 % d'entre eux) ne disposent pas de ce type de professionnel de santé dont l'implantation est plus forte en bordure côtière.
- Pour les **officines de pharmacie**, leur densité et leur implantation sont plus conformes aux moyennes nationales du fait de l'application de la réglementation (quotas de population).

■ ■ Les perspectives de l'offre de soins régionale

Des zones géographiques étendues se révèlent en situation de fragilité avec une similitude assez caractéristique pour les professions étudiées. Des incertitudes pèsent plus particulièrement sur l'avenir de la médecine générale dans des zones faiblement peuplées certes, qui se caractérisent par ailleurs par une proportion forte et croissante de personnes âgées demandeuses de soins. Se posent donc les problèmes d'organisation de la garde médicale, de renouvellement des médecins généralistes à court ou moyen terme, d'aides à l'installation pour ces professionnels de santé (alors même que l'application des textes parus en la matière ne révèle aucune zone éligible à ce type de dispositif).

Le comité régional PACA se préoccupe fortement par ailleurs de l'évolution de la démographie des médecins généralistes. Il en est de même pour certaines professions paramédicales (manipulateurs électroradiologistes) dont plusieurs ont fait (puéricultrices, auxiliaires de puériculture) ou font actuellement (aides-soignants) l'objet d'études conduites par la DRASS pour l'adaptation de l'appareil régional de formation.

■ ■ Comparaison avec la caractérisation statistique issue de la méthodologie nationale

TABLEAU 86

	Nombre de cantons moins bien dotés...			Nombre de cantons bien dotés d'après la classification statistique	Nombre de cantons de la région
	...selon la classification statistique	...après examen du comité régional	...en commun		
Médecins généralistes	0	16	0	68	159
Infirmiers	11	16	11	13	
Masseurs-kinésithérapeutes	14	20	14	28	
Chirurgiens-dentistes	24	-	Sans objet*	22	

* Dans le cadre de la rédaction de la synthèse, la profession n'a pas été examinée ou il n'a pas été possible d'intégrer la totalité des reclassements effectués dans les rapports régionaux.

Des reclassements ont été effectués sur la densité, dans le sens de la prise en compte de situations moins favorables. La densité apparaît mécaniquement élevée pour les petits cantons qui comptent peu de professionnels, mais une population également faible. Or l'offre de soins de ces cantons est, de manière identique, mécaniquement jugée fragile, car elle repose sur peu de praticiens, et peut être remise en cause par le seul départ d'un professionnel.

La région PACA présente des densités moyennes régionales élevées pour les professions examinées, son attractivité jouant également pour les professionnels de santé. On compte peu de cantons dans les catégories les moins dotées et beaucoup de cantons relativement bien dotés. L'activité moyenne des médecins y est alors logiquement plutôt faible; les rares zones où l'activité est forte étant à proximité des quelques cantons dépourvus de médecins généralistes. En revanche, la forte densité d'infirmières s'accompagne d'une activité également forte dont la structure peut sans doute servir de point de départ à la réflexion.

Dans cette région plutôt favorisée, il convient de noter que la méthodologie nationale, qui ne met en évidence dans la région que peu de zones à problèmes, fournit une base d'exploration intéressante du territoire régional en reliant notamment l'activité médicale et la consommation de soins aux déterminants socio-économiques locaux.

Données de cadrage

TABLEAU 87

Indicateurs	Région	France entière
Densité de médecins généralistes	94	92
Densité d'infirmiers libéraux	93	83
Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux	64	69
Densité d'offices	34	39
Densité de chirurgiens-dentistes	46	59
Temps d'accès au généraliste le plus proche (en minutes)	n. d	4,0
Taux de mortalité pour 100 000 habitants	n. d	10,13
Densité d'omnipraticiens offrant des soins de proximité	111	109
Densité d'infirmiers offrant des soins de proximité	158	120
Densité de masseurs-kinésithérapeutes offrant des soins de proximité	97	93
Densité d'offices, y c. mutualistes et minières	34	39
Densité de pharmaciens d'offices	49	80
Temps d'accès à la pharmacie la plus proche (en minutes)	n. d	4,2
Taux de personnes âgées de plus de 75 ans	2,8	7,6
Ensemble des lits/places publics-privés pour 1 000 habitants au 1 ^{er} janvier 2003 en MCO	3,04	4,29

Synthèse du comité régional

■ ■ Points saillants de la région

La société réunionnaise connaît un très fort dynamisme démographique. C'est le département d'outre-mer le plus peuplé avec 706 180 habitants en 1999⁴. Mais les mouvements démographiques ne touchent pas avec la même intensité l'ensemble du département. Et apparaissent des espaces fortement typés, en ce qui concerne à la fois la répartition des habitants, des routes, des équipements, modelés par un relief particulièrement accidenté.

4. Recensement de la population 1999, INSEE

La surmortalité, en terme de taux comparatifs Réunion/métropole, s'observe pour tous les grands chapitres de pathologies, mis à part les cancers qui continuent de faire moins de victimes à la Réunion, même à âge égal, en particulier les cancers de l'intestin, du poumon ou de la prostate. Par contre, les cancers des voies aéro-digestives supérieures, causées par l'abus d'alcool sont en risque plus important pour les hommes réunionnais.

La plus grande surmortalité est observée pour la psychose alcoolique et l'asthme : les Réunionnais en meurent plus de 5 fois plus que les métropolitains. Sont également nettement plus fréquentes dans l'île les maladies endocriniennes et liées à la nutrition, les maladies de l'appareil respiratoire, les maladies hypertensives, les affections de la période périnatale.

■ ■ L'offre de soins de proximité

■ MÉDECINS GÉNÉRALISTES

D'une façon générale, la Réunion est en relatif sous-effectif par rapport à la métropole.

La majorité des cantons se situe néanmoins dans une relative moyenne, avec une densité moyenne, une activité moyenne et une consommation moyenne ou forte. On ne trouve aucun canton combinant à la fois une densité et une consommation faible (inférieure à celles des trois quarts des cantons) associées à une forte activité des généralistes (supérieure à l'activité moyenne de 75 % des cantons). Par contre, 12 % des cantons ont une densité et une activité faible (4% en métropole) : il s'agit de Saint-Philippe à l'extrême sud, de La Plaine-des-Palmistes et de Salazie, deux cantons isolés de la côte est, l'un dans les plaines centrales (sur des plateaux situés à 1 000 mètres d'altitude), l'autre dans un cirque de montagne, au climat défavorable, pluvieux et peu accueillant.

Cependant aucun de ces cantons n'est véritablement isolé et difficile d'accès.

Signalons le cas du cirque de Mafate, où 500 habitants sont enclavés mais pris en charge par des missions médicales et un recours fréquent à l'hélicoptère.

■ INFIRMIERS

La densité moyenne des infirmiers libéraux à la Réunion est aujourd'hui légèrement supérieure à celle de la métropole.

Ce sont les communes rurales du Sud-Est et celles de Bras-Panon et Salazie qui possèdent la densité la plus importante. Ceci s'explique sans doute par la petitesse des effectifs de population. Saint-Denis se distingue aussi par une densité élevée liée au nombre important de professionnels exerçant. Seule la densité en infirmiers de la commune de Saint-Joseph correspond à la moyenne régionale. Une diagonale allant de Saint-Benoît à Saint-Leu se distingue par un sous-effectif ainsi que les communes de Saint-Paul, Sainte-Marie et Saint-André. À l'inverse, une large partie nord ainsi qu'un quart sud-est montrent des densités supérieures à la densité moyenne régionale.

En tenant compte du sous-équipement en services autres, du besoin important de la population, peu éduquée, isolée et en morbidité élevée, avec des pathologies fréquentes tels asthme, maladies cardiovasculaires et diabète, les critères de densité en particulier ont été revus à la baisse, on a deux cantons jugés comme sous-dotés. Il s'agit du cirque de Salazie, et de la commune de Saint-Philippe. L'analyse locale fait apparaître un turnover important, autant en ce qui concerne le personnel libéral que salarié, et une difficulté à stabiliser l'offre, les zones défavorisées étant généralement les moins attractives en termes de climat et d'équipement.

■ MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

Comme pour les autres professions de santé, la densité régionale en kinésithérapeutes reste inférieure à celle de la métropole.

On retrouve une distribution conforme aux remarques précédentes, avec un quart nord-ouest particulièrement bien pourvu, à l'opposé d'une moitié sud-est en franc sous-effectif. À la Réunion, la majorité des cantons (74 %) a une densité moyenne, le quart une densité forte. Mais l'activité reste moyenne ou faible. Aucun canton ne combine à la fois une densité faible (inférieure à celles des trois quarts des cantons) et une forte activité (supérieure à l'activité moyenne de 75 % des cantons).

L'analyse met en avant le turnover important des assistants, beaucoup de masseurs-kinésithérapeutes n'exercent pas à temps plein, plus encore que les infirmiers (35 % d'assistants), une zone est défavorisée par sa climatologie et la fréquence de nombreuses pathologies en particulier respiratoires.

Cette profession serait à revaloriser, on souligne l'intérêt d'envisager la création d'une école située dans l'Est. Le besoin est important : sur cinquante-deux inscrits en 2003-2004, l'Université n'offre que deux places à Bordeaux. Actuellement, on compte très peu de kinésithérapeutes d'origine réunionnaise dans l'île.

■ PHARMACIENS (ET OFFICINES)

Le nombre d'officines de pharmacies rapporté au nombre d'habitants montre une répartition qui diffère sensiblement des professions précédentes.

En effet, on constate que ce sont les communes rurales des « hauts » et du sud qui disposent des densités les plus fortes, à l'exception de Cilaos et de la Plaine-de-Palmistes. Par contre, une partie est de Saint-André à Sainte-Rose présente des densités assez faibles comparativement aux autres communes de l'île.

À la Réunion, les quotas paraissent bien respectés, aucun problème n'est signalé dans la répartition des pharmaciens ou des assistants.

■ ■ Perspectives de l'offre de soins de proximité

Cette analyse souligne les disparités spatiales de distribution de l'offre de soins de proximité à la Réunion, où la difficulté d'accès est liée à une répartition hétérogène de la population entre des zones littorales très denses, voire surpeuplées, et des « hauts » et des « écarts » où l'habitat est dispersé et d'accès difficile.

Il apparaît ainsi qu'un certain nombre de spécificités méritent d'être prises en compte :

- Éloignement de l'île, située à 9 000 km de la métropole
- Pas de faculté de médecine, mais une solution alternative avec l'université de la Réunion et la faculté de Bordeaux
- Pas de formation locale de masseurs-kinésithérapeutes, et un turnover important
- Une répartition inégale des professionnels, avec en particulier une zone est peu attractive, mais pas de zone totalement dépourvue.
- Un accès aux soins satisfaisant, sans zone véritablement isolée.

Le caractère attractif de la Réunion a été souligné, qui accueille un nombre important de professionnels chaque année. Mais ce phénomène est contrebalancé par une fuite aussi importante et un temps d'installation réel et effectif assez court, avec en particulier un apport consi-

dérable et saisonnier de remplaçants, un taux de féminisation en accroissement et un âge moyen plus jeune que dans la plupart des régions françaises, ce qui s'accompagne souvent de temps de travail partialisé.

Par ailleurs, la démographie galopante de la Réunion, et le sous-effectif actuel montrent que des efforts doivent être entrepris pour fixer le professionnel, et pour l'attirer ; en particulier certaines spécialités sont particulièrement sinistrées, telle la psychiatrie (4,2 pour 100 000 habitants, 10,9 en métropole), la cardiologie (5/6,2), l'anesthésie-réanimation (3,4/5,5).

■ Comparaison avec la caractérisation statistique issue de la méthodologie nationale

TABLEAU 88

	Nombre de cantons moins bien dotés...			Nombre de cantons bien dotés d'après la classification statistique	Nombre de cantons de la région
	...selon la classification statistique	...après examen du comité régional	...en commun		
Médecins généralistes	2	1	1	3	23
Infirmiers	0	0	0	1	
Masseurs-kinésithérapeutes	0	0	0	6	
Chirurgiens-dentistes	1	-	Sans objet*	3	

* Dans le cadre de la rédaction de la synthèse, la profession n'a pas été examinée ou il n'a pas été possible d'intégrer la totalité des reclassements effectués dans les rapports régionaux.

Le comité régional a procédé à des reclassements de l'approche statistique nationale :

- pour les médecins généralistes, en introduisant des critères spécifiques d'éloignement/isollement, de surmortalité, de morbidité et de pauvreté économique ;
- pour les infirmiers, en tenant compte du sous-équipement en services et des caractéristiques socio-économiques ou sanitaires de la population ;
- pour les masseurs-kinésithérapeutes, par la prise en compte du turnover important des assistants, du temps partiel des professionnels, et des besoins (pathologies respiratoires, essor démographique, nombreuses visites à domicile).

La caractérisation statistique des pharmaciens d'officine n'a pas été modifiée, la profession ne posant pas de problème particulier.

Données de cadrage

TABLEAU 89

Indicateurs	Région	France entière
Densité de médecins généralistes	92	92
Densité d'infirmiers libéraux	82	83
Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux	78	69
Densité d'officines	37	39
Densité de chirurgiens-dentistes	63	59
Temps d'accès au généraliste le plus proche (en minutes)	3,9	4,0
Taux de mortalité pour 100 000 habitants	9,77	10,13
Densité d'omnipraticiens offrant des soins de proximité	106	109
Densité d'infirmiers offrant des soins de proximité	117	120
Densité de masseurs-kinésithérapeutes offrant des soins de proximité	106	93
Densité d'officines, y c. mutualistes et minières	38	39
Densité de pharmaciens d'officines	86	80
Temps d'accès à la pharmacie la plus proche (en minutes)	4,2	4,2
Taux de personnes âgées de plus de 75 ans	7,1	7,6
Ensemble des lits/places publics-privés pour 1 000 habitants au 1 ^{er} janvier 2003 en MCO	4,17	4,29

Synthèse du comité régional

■ ■ Rhône-Alpes, une région favorisée sur le plan socio-économique, mais il y a de fortes inégalités entre ses territoires

La région Rhône-Alpes se caractérise par son étendue, le nombre de ses habitants et l'extrême diversité de ses paysages naturels. Avec près de 6 millions d'habitants, vivant sur 45 000 km², elle occupe de plus une position géographique stratégique comme point de passage obligé entre le nord et le sud du continent européen. Globalement, c'est une région dotée d'une activité économique diversifiée avec une forte tradition industrielle et touristique. C'est une région riche, attirante pour de nouveaux habitants.

Néanmoins, les différents territoires qui la composent bénéficient inégalement de son essor. La région est traversée de plusieurs déséquilibres socio-économiques.

Le Sud et l'Ouest, en phase de stagnation démographique, ont une économie faiblement pourvoyeuse d'emplois. À l'opposé, l'Ain, la Haute-Savoie, les régions lyonnaise et

grenobloise sont des zones développées sur le plan économique et des équipements publics. Elles attirent une population de jeunes actifs avides d'emplois qualifiés et des flux de touristes dans les zones montagneuses.

L'activité économique des grandes villes a cependant laissé à leurs portes une population qui se trouve aujourd'hui en difficulté économique. Ces foyers sont regroupés au sein de banlieues faisant l'objet de la politique de la ville, aux confins des agglomérations lyonnaise, grenobloise, stéphanoise, mais aussi des villes de plus petite taille. Le chômage, la précarité et les difficultés d'accès aux droits sont les problèmes prédominants dans leurs cités.

Les espaces ruraux sont nombreux dans la région. Ils représentent indéniablement un atout touristique pour des populations à la recherche d'espaces verts peu fréquentés. Mais les populations autochtones, de moins en moins nombreuses, vieillissantes, souvent isolées, avec de faibles revenus, ne bénéficient pas toutes du développement de la région.

■ ■ L'offre de soins est globalement suffisante, mais sa répartition territoriale est en partie déséquilibrée

La configuration géo-économique de la région détermine largement l'organisation de l'offre de soins et de prévention envers les rhônalpins, et en particulier des soins de proximité.

Dans l'ensemble de la région, l'offre de soins de proximité est quantitativement suffisante. Les densités d'infirmières et de masseurs-kinésithérapeutes sont même supérieures aux moyennes nationales. Cependant, le nombre de médecins généralistes par habitant est un peu inférieur à la moyenne française : 109 médecins pour 100 000 habitants contre 115 au niveau national (au 1^{er} janvier 2002).

Ce constat régional ne peut être maintenu au niveau local, là où justement doit être appréciée l'adéquation entre l'offre et la demande de soins de proximité.

La demande de soins est très inégale d'un territoire à l'autre. Le besoin de soins est par exemple élevé sur les territoires où la population est âgée. Tel est le cas des hauts plateaux de l'Ardèche ou du sud de la Drôme. Il est certain qu'il est également plus élevé dans des zones où la population est particulièrement précarisée sur le plan socio-économique. C'est vraisemblablement la situation des « banlieues difficiles », bien que ce phénomène soit encore mal mesuré au niveau d'un quartier.

Par ailleurs, l'offre de soins est aussi inégalement répartie sur le plan local. Les praticiens rhônalpins tendent à s'installer préférentiellement dans des zones urbanisées. Cette surconcentration urbaine est plus forte que dans d'autres régions pour les médecins et les masseurs. Elle est particulièrement manifeste dans les départements du Rhône, de l'Isère, de la Savoie et de la Haute-Savoie. Cette tendance est d'autant plus notable que c'est justement là où la proportion des personnes âgées est la plus faible.

Par ailleurs, l'attrait touristique de la région pose un problème supplémentaire. La densité de médecins dans les zones de montagne touristiques ne profite pas forcément à la population autochtone et n'est pas forcément suffisante aux périodes de pointe saisonnières.

■ ■ Les territoires qui souffrent d'une offre de soins de proximité faible ou fragile

Les répartitions spatiales de la demande et de l'offre de soins n'obéissant pas aux mêmes logiques, des territoires apparaissent plus défavorisés que les autres. Ils ont un besoin de soins de proximité élevé et peu de praticiens y sont installés pour le prendre en charge.

Si l'on prend en compte l'ensemble des trois professions : médecins, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, seuls onze cantons regroupant 110 000 habitants (soit 2 % de la population régionale) disposent d'une densité en professionnels libéraux très insuffisante au regard des moyennes nationales. Il s'agit des cantons de Brenod, Collonges, Izernore (Ain), de Valgorge et Valbonnais (Ardèche), de La Verpillière (Isère), de Saint-Pierre d'Albigny (Savoie), de Boège, Cruseilles, Douvaine (Haute-Savoie). Au-delà de ces onze territoires, il faut également se préoccuper de cinquante-six cantons où le nombre de médecins généralistes est notoirement insuffisant, même s'il existe sur place ou à proximité des infirmières ou des masseurs.

L'étude qualitative des résultats permet d'écarter des cantons qui ont, certes, une densité faible de praticiens mais qui sont proches d'une agglomération importante où leurs habitants peuvent se rendre pour choisir leur médecin, leur infirmière ou leur masseur. À l'inverse des cantons qui présentent des difficultés particulières (professionnels proches de la retraite, population fortement précarisée au plan économique, forte demande de soins d'une population âgée) peuvent être considérés comme des cantons « en déficit d'offre libérale », même si la densité de professionnels est d'un bon niveau.

Au total, l'expertise réalisée permet de dire que dans 73 des 278 cantons de la région, il y a lieu de constater un déficit de l'offre de soins de proximité médicale et que dans 9 de ces cantons, on constate également une densité faible d'infirmières et de masseurs. Ces 73 cantons abritent 13 % de la population régionale. En moyenne, ce ne sont pas des cantons plus âgés que l'ensemble régional (7,1 % des habitants ont plus de 75 ans). La précarité y est moins prégnante qu'ailleurs : on dénombre 1,8 allocataire bénéficiant du RMI, de l'AAH ou de l'API pour 100 habitants (2,5 en moyenne régionale).

Dans le détail, on observe néanmoins que chacun de ces territoires a un profil très particulier. Il peut s'agir de cantons très ruraux où le taux de personnes âgées est élevé et la précarité faible. Ainsi, dans le canton de Saint-Pierreville en Ardèche, 18 % des personnes ont plus de 75 ans. Il peut s'agir également d'un canton où la précarité financière des ménages est élevée sans que la population soit particulièrement âgée : c'est le cas de Saint-Jean-en-Royans (Drôme) où 4,0 % des allocataires CAF perçoivent un minimum social. Mais il peut s'agir aussi de cantons où la population n'est ni âgée ni pauvre, c'est le cas du canton de Reyrieux dans l'Ain. Dans ce dernier cas, on remarquera que ces territoires sont souvent à l'écart des principaux axes de communication d'activité de la région.

Pour l'avenir, le rééquilibrage spatial de l'offre de soins appelle des mesures incitatives comme dans toutes les régions, mais aussi de nouvelles formes d'organisation capables d'assurer la permanence des soins et l'égalité de l'accès aux soins sur tout le territoire régional. Ceci est d'autant plus vrai que la région, bien que relativement jeune par rapport à la moyenne nationale, va être touchée par le vieillissement de sa population, mais aussi de ses praticiens et donc par la réduction du nombre de professionnels en activité. La féminisation croissante de l'effectif des médecins libéraux aura également un impact dont il faudra tenir compte dans les nouvelles formes d'organisation.

Les études disponibles dans la région, émanant de l'URCAM et de l'URML, confirment l'existence de désajustements territoriaux entre l'offre et la demande de soins libéraux de proximité.

Comparaison avec la caractérisation statistique issue de la méthodologie nationale

TABLEAU 90

	Nombre de cantons moins bien dotés...			Nombre de cantons bien dotés d'après la classification statistique	Nombre de cantons de la région
	...selon la classification statistique	...après examen du comité régional	...en commun		
Médecins généralistes	11	67	11	52	278
Infirmiers	9	40	8	13	
Masseurs-kinésithérapeutes	22	17	0	49	
Chirurgiens-dentistes	25	-	Sans objet*	14	

* Dans le cadre de la rédaction de la synthèse, la profession n'a pas été examinée ou il n'a pas été possible d'intégrer la totalité des reclassements effectués dans les rapports régionaux.

La méthode nationale a été appliquée, et pour les cinq professions, les cantons ont été reclassés :

- en fonction de l'âge des professionnels, en considérant qu'une forte proportion de professionnels âgés de plus de 55 ans peut fragiliser très rapidement l'offre de soins des zones bien dotées actuellement ;
- en tenant compte de l'adéquation entre demande (à partir d'un indicateur de besoins évalué par l'URCAM de Rhône-Alpes lors de travaux antérieurs et du critère d'activité) et offre de soins : amélioration de la caractérisation lorsque demande et offre sont toutes deux faibles, dégradation pour les zones *a priori* bien dotées quand les besoins apparaissent importants ;
- en fonction des facilités/difficultés d'accès aux professionnels ;
- des cantons très urbains ont été retirés de la liste des zones fragiles, lorsque la population dispose d'un large choix de praticiens à proximité immédiate.

Le comité régional considère comme fragiles en offre de généralistes tous les cantons où la densité après reclassement est faible. Il y a donc un écart important avec la caractérisation nationale, qui ne fait au contraire pas apparaître de difficulté particulière lorsque l'activité moyenne des professionnels est moyenne ou faible, ou lorsque la consommation de la population est moyenne ou forte, relativement à la moyenne française

Le comité régional indique également l'existence de zones apparaissant surdotées, notamment dans les grandes agglomérations (cas des généralistes et des masseurs) ou les villes moyennes (cas des infirmiers) et nuance le propos pour les zones à forte activité touristique et de cure, ainsi que les petits cantons (où les effectifs de professionnels sont faibles en valeur absolue).



Conclusion à l'issue des analyses cantonales

Dans une première approche des inégalités territoriales en matière d'offre de soins de premier recours, il a été choisi d'utiliser un maillage fin du territoire – le canton –, et une démarche en deux temps – un dialogue – entre une méthodologie statistique fondée sur des critères homogènes au niveau national et des analyses développées au niveau régional.

Le choix d'une méthode statistique unique, appliquée de manière homogène à toutes les régions, est le seul qui pouvait garantir la comparabilité des résultats obtenus. La prise en compte simultanée des différents critères lorsqu'ils sont disponibles : la densité, l'activité et la consommation de soins a permis de tracer une première esquisse de la situation et de fournir un ensemble descriptif cohérent pour appréhender tout le territoire. Les éléments ainsi produits appelaient nécessairement un enrichissement, une interprétation et des corrections, une demande à laquelle seuls les acteurs régionaux pouvaient répondre de manière solide et argumentée.

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

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

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

Pour ce qui concerne les médecins généralistes, le Centre et les Pays de la Loire présentent comme la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane et la Réunion un nombre plus élevé qu'en moyenne de zones en situations défavorables. Parmi les autres régions, un certain nombre, qui n'apparaissent selon les critères nationaux que faiblement touchées par le manque de généralistes, ont souvent souligné l'existence en leur sein de zones potentiellement déficitaires en raison de fragilités liées à une population particulière (souvent âgée) dont la demande s'accroît

ou encore en raison des risques de non-remplacement des médecins prenant prochainement leur retraite. Le critère de consommation a d'ailleurs suscité nombre de critiques et rectifications. Il demeure que les régions du Sud – PACA, Midi-Pyrénées, Corse, Aquitaine notamment – bénéficient d'une offre de soins souvent satisfaisante : des professionnels nombreux et ayant plus rarement une activité très forte.

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

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

À l'issue de ces travaux, il apparaît que le dialogue entre les analyses statistiques sur la base des critères nationaux et la prise en compte des problématiques propres aux régions constitue une méthode fructueuse pour construire un premier diagnostic relatif aux inégalités en matière d'offre de soins de premier recours. Les critères nationaux permettent facilement de contraster nord et sud de la France. Mais l'analyse qui se bornerait à les examiner rencontrerait des limites manifestes, car le raisonnement ne peut s'appuyer sur les seules densités en professionnels libéraux, sans prendre en compte les spécialistes au côté des généralistes, sans inclure l'offre hospitalière, etc. Notamment en Île-de-France, la dimension même des populations cantonales, la diversité de l'offre, mais également le caractère extrêmement mobile de la population contribuent à réduire la pertinence de ces critères. De manière plus générale encore, il convient de tenir compte de la géographie physique et humaine particulière de chacun des départements d'outre-mer.

La situation des régions apparaît finalement assez nuancée : il est difficile de mettre en évidence des régions bien pourvues dans toutes les composantes de l'offre de soins de premier recours, comme de régions mal loties sur tous les versants de la démographie des professionnels de santé de proximité. Parmi les 86 cantons les moins dotés en généralistes, peu nombreux sont ceux qui sont également en situation défavorable pour les autres composantes les plus immédiates de l'offre de proximité.

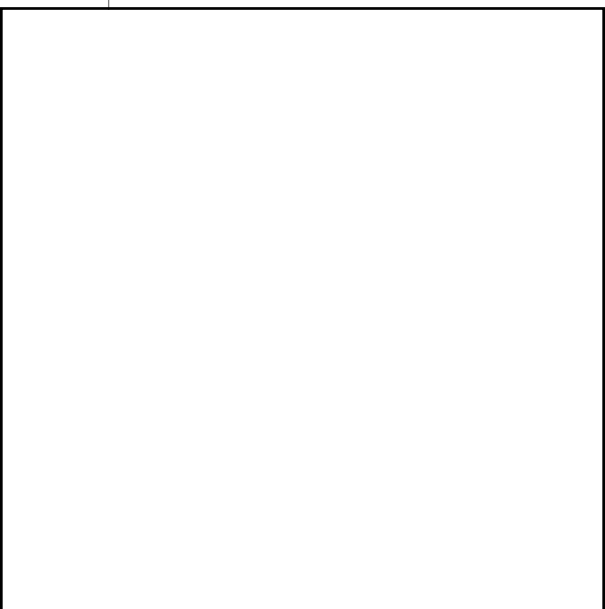
Les premiers résultats de ce rapport mériteront certainement des approfondissements, notamment pour avancer dans l'interprétation du critère de la consommation, qui fait débat pour plusieurs comités régionaux dans la mesure où il exclut de la catégorie des cantons moins bien dotés un certain nombre d'entités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

Pour éclairer également les résultats en termes de densité de professionnels particulièrement pour les masseurs-kinésithérapeutes, de prochaines analyses pourraient tenir

compte du caractère rural ou urbain de la zone géographique et de la qualification de l'habitat, selon qu'il est dispersé ou regroupé.

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

**L'OBSERVATION
DES PROFESSIONS DE SANTÉ :
ÉTAT DES LIEUX
DES CONNAISSANCES
RÉGIONALES**



UN recensement des études réalisées localement a été effectué par les comités régionaux de l'Observatoire. Cette contribution s'attache à en fournir une présentation thématique afin de faire apparaître les points forts des préoccupations qui orientent les études locales en matière de démographie des professions de santé. La liste exhaustive des travaux ainsi que leur résumé, et quelquefois la synthèse de ces travaux, peuvent être consultés sur le site de l'Observatoire.

Cette synthèse s'appuie sur les contributions de quatorze régions, disponibles au moment de la rédaction du rapport annuel¹.

Les travaux sont présentés selon trois grands thèmes :

- les chiffres de la démographie et de l'activité ;
- les éclairages sur les professions d'infirmière, de sage-femme et de manipulateur d'électroradiologie médicale ;
- les travaux informant sur les comportements et les pratiques des professionnels.

L'objectif de cette démarche est surtout d'engager une meilleure diffusion des travaux menés localement et de permettre ainsi des transferts de méthodes ou de résultats entre les comités régionaux. Les investigations recensées ici ont été réalisées avant la mise en place de l'Observatoire et la publication des résultats de ses travaux. Les réflexions menées toute cette année au sein des comités ont fait apparaître d'autres thèmes de travail et d'études qui ne sont pas mentionnées.

Les chiffres et l'activité

Des travaux statistiques sur la démographie régionale des professionnels de santé ont été menés dans presque toutes les régions. Il s'agit le plus souvent de la reprise de travaux nationaux déclinés au niveau régional. Mais il est fréquent également qu'il s'agisse de travaux confrontant les différentes sources de données de démographie médicale, pour dresser le tableau le plus complet de la démographie régionale, avec ses atouts comme ses manques. Des travaux portant sur l'analyse quantitative de l'activité des médecins sont menés assez systématiquement par les URCAM.

Il existe de réels contrastes à l'intérieur des régions, dont certains travaux se sont faits l'écho en adoptant des démarches d'analyses territoriales plus fines (pays, cantons, communes et même quartiers).

■ ■ Le souci d'explorer la question des inégalités géographiques et la question des besoins se manifeste dans toutes les régions, il se concrétise à travers le développement d'approches démographiques infrarégionales

Toutes les régions disposent et mentionnent l'état des lieux de la démographie des professions de santé établi dans la publication annuelle de la DREES (ADELI *cf.* site). Cette base présente l'avantage, souligné et exploité dans certaines régions, de permettre un suivi sur une longue période, par profession et spécialité, par âge et par sexe. Elle est utilisée localement

1. Auvergne, Basse-Normandie, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Île-de-France, Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord - Pas-de-Calais, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Picardie, Rhône-Alpes, La Réunion.

pour décrire des domaines de santé particuliers, comme les professions de la naissance [12]. La comparaison entre le fichier ADELI et celui de l'Ordre des médecins est engagée dans une région en vue de faciliter l'interprétation des départs à la retraite [17]. Des projections ont pu également être produites, pour les spécialistes, à partir de ces données [24].

En complémentarité avec d'autres données, le plus souvent celles de l'INSEE, de l'Ordre des médecins et de la CNAMTS et des URCAM, la base ADELI redressée permet d'approfondir l'analyse de spécialités particulières, structurant les volets du SROS, comme le mentionne le comité de l'Île-de-France [10], ou de réaliser un schéma de démographie médicale, comme en Champagne-Ardenne [8]. Les données ADELI, ont été corrigées avec celles de la CNAMTS et celles de l'Ordre des médecins, ou confrontées avec celles de Score-santé pour développer une analyse plus approfondie de la démographie médicale régionale [1]. La démographie médicale fait l'objet d'occurrences systématiques, mais beaucoup de régions utilisent l'ensemble des informations disponibles pour développer également un état des lieux des professions paramédicales (les plus souvent citées étant les infirmiers, les sages-femmes, et dans une moindre mesure les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes). Le regroupement des statistiques disponibles au niveau cantonal a permis, dans une région, d'établir un état des lieux incluant les ambulanciers et les techniciens de laboratoires [16].

De nombreuses régions lient les données démographiques relatives aux professions de santé avec les données démographiques générales fournies par l'INSEE, avec les données sociales des CAF et de l'ANPE [6] et avec des données caractérisant l'état de santé, fournies par les ORS et/ou les données INSERM. L'optique est alors de repérer, à un niveau plus finement localisé qu'au niveau régional, les adéquations entre l'offre de soins et les caractéristiques de la population [3, 24], ou d'appréhender l'attractivité hospitalière afin de déterminer des bassins de santé [3 bis]. Les niveaux les plus fréquemment retenus sont le canton [11], les bassins de services [2], ou encore les zones de garde [7]. De nombreux travaux lient les questions posées sur la démographie à la question des « besoins » [11] et visent à documenter cette question, par exemple à partir de la littérature internationale [29]. La question des besoins peut-être appréhendée en lien avec l'analyse du comportement des patients [27].

La caractérisation fine des territoires permet d'établir des typologies et elle apparaît susceptible de permettre de mieux comprendre les inégalités géographiques de santé et d'accès aux soins, comme l'illustre la démarche menée par le CREDES et trois URCAM [30]. Localement, cette optique paraît la plus en mesure d'éclairer les décisions en matière de détermination des politiques sanitaires et sociales, comme par exemple l'amélioration de l'accès aux soins de proximité, aux services médicaux ambulatoires, et à la détermination des aides à l'installation [20]. La problématique des inégalités, très présente, se traite dans la plupart des régions au niveau cantonal à travers la démarche et les indicateurs développés par les ORS. Les diagnostics réalisés servent fréquemment de support pour organiser des discussions avec les acteurs de santé locaux.

■ ■ L'analyse de l'activité et des comportements des médecins permet de caractériser les territoires

■ LES DONNÉES ET LES ANALYSES MENÉES PAR LES URCAM ET LES ORS

Outre la cartographie interactive, développée par les URCAM dans vingt-deux régions, par cantons (*cf.* site), des travaux, appuyés sur les données SNIR des URCAM se consacrent à l'analyse de l'activité des médecins, le plus souvent dans l'optique de caractériser les territoi-

res à partir de la consommation de soins. Les niveaux géographiques retenus sont divers, par exemple, le département ou les zones de garde [22].

Des travaux interrogent de façon prospective l'activité actuelle des médecins, en intégrant dans l'analyse certains facteurs susceptibles d'influencer l'exercice de la médecine libérale (facteurs démographiques, sociologiques, épidémiologiques) ou en identifiant les comportements et les attentes des patients [18, 27].

■ *LES TRAVAUX QUALITATIFS CONDUITS À L'INITIATIVE DES URML*

Ces travaux, qui ne concernent que la médecine libérale, ont pour objet l'organisation et la participation aux urgences et à la permanence des soins [14, 20, 25, 4], les caractéristiques et les effets de la féminisation du métier de médecin [28]. La question des critères d'orientation des étudiants vers les spécialités et les modes d'exercice est traitée et soulevée dans plusieurs régions [23]. Ces travaux font écho à ceux cherchant à identifier les liens entre les diplômés régionaux et les comportements d'installation et à analyser les causes du manque d'attractivité de la région [19].

■ Éclairages sur les professions : infirmière, sage-femme, manipulateur d'électroradiologie médicale

Le recensement des travaux régionaux portant sur ces trois professions a été retenu car ces professions ont fait l'objet d'un groupe de travail spécifique de l'Observatoire (cf. tome 3 du rapport). Deux préoccupations centrales apparaissent : celle des besoins futurs et celle des capacités régionales de formation.

Outre les tableaux de bord constitués pour l'ensemble des professions paramédicales et des sages-femmes à partir des données statistiques, des états des lieux permettent de décrire la répartition des modes d'exercice des sages-femmes [8, 9, 10].

L'identification des besoins pour les infirmiers est menée à partir des données statistiques et à partir d'enquêtes complémentaires sur les départs à la retraite notamment [1] ; les besoins de formation pour les soins infirmiers et pour les sages-femmes sont identifiés à partir d'un recensement exhaustif auprès des établissements publics et privés hospitaliers et du secteur libéral [2,3]. Les besoins en formation des manipulateurs d'électroradiologie médicale ont fait l'objet de travaux [4, 6]. La démographie de cette profession est appréhendée au niveau régional, conjointement avec celle des médecins radiologues et des étudiants en île-de-France [7].

La question plus spécifique des comportements des infirmiers dans les zones frontalières est traitée en Franche-Comté [5].

■ Les comportements et les pratiques des professionnels

Trois points principaux sont abordés dans cette rubrique :

- la façon dont les professionnels de santé en exercice vivent ou ressentent leurs conditions d'installation et d'exercice ;
- les souhaits ou projets des futurs professionnels, actuellement en formation ;

- les effets des études, de la formation et de leurs réformes éventuelles sur les comportements des professionnels.

La question de la proximité est souvent centrale pour les professionnels de santé dits de premier recours et se pose avec d'autant plus d'acuité dans les régions où les communications sont les plus difficiles et/ou dans les régions les moins denses sur le plan démographique. Elle apparaît moins centrale pour les spécialistes. Si leur rareté peut parfois générer des files d'attente très longues, les questions posées ne s'expriment pas en termes de proximité².

Les problèmes de creux démographique sur certains territoires résultent notamment des difficultés des médecins à s'installer dans certaines zones. Ce n'est pas seulement une question d'origine géographique du candidat potentiel ou de difficulté de son insertion sociale, on touche là à certaines problématiques relatives aux évolutions des choix en matière de carrières professionnelles en général, ainsi qu'à la représentation et la place des médecins.

Dans les recensements des travaux tels qu'ils nous sont parvenus, on ne dispose pas d'éléments traitant du troisième point, à savoir l'effet des études, de la formation et de leurs réformes éventuelles sur les comportements des professionnels [3]. En revanche, on dispose de nombreux éléments sur le ressenti des professionnels de santé en exercice, et de quelques éléments sur les souhaits ou projets des futurs professionnels.

■ ■ La façon dont les professionnels de santé en exercice vivent ou ressentent leurs conditions d'installation et d'exercice

Les travaux traitant des conditions d'installation et d'exercice sont souvent engagés à l'issue d'études plus « classiques » portant sur la démographie médicale dans les régions. Ils visent à éclairer l'avenir en procédant à une exploration plus qualitative de l'activité des médecins.

Les études ici recensées traitent plus fréquemment des difficultés potentielles pour les soins de premier recours, donc des généralistes : ainsi les travaux référencés [1], [16], [18], [19], [21] ; une étude qui s'intéresse aux modalités d'installation des infirmiers libéraux [14]. Parfois il existe une comparaison entre généralistes et spécialistes, ces derniers étant le plus généralement dits en moindre difficulté [2], ils suscitent moins de travaux ([13] traite de tous les spécialistes ; [22], [23] et [24] constituent une série de travaux menés en Rhône-Alpes par un seul et même organisme d'études sur sept spécialités différentes). En Franche-Comté [8], sur une zone ciblée, la démarche adoptée a consisté à cerner l'ensemble des partenaires de l'accès aux soins en matière de santé, puisque les médecins libéraux, comme les professionnels paramédicaux libéraux, les responsables de structures de soins, des élus et même des habitants ont été sondés sur une zone géographique précise, la zone Maïche-Morteau. Une démarche d'enquête auprès de plusieurs populations a consisté en Basse-Normandie à interroger, des médecins, des étudiants en médecine et la population au sujet de la permanence des soins [6].

Quelquefois, les dire et impressions des médecins installés – et même dans certains cas pour accentuer le parallélisme, des jeunes médecins installés – sont comparés à ceux de futurs médecins, qui sont en formation [7], [17], [19].

D'autres travaux, d'origine universitaire, adoptent une semi-approche longitudinale en analysant les parcours des médecins appartenant à certaines promotions universitaires (travaux [1], [26]).

2. Ce constat formulé à partir des études réalisées pourrait s'infléchir. De nombreux comités régionaux engagent dans le cadre de l'Observatoire des réflexions sur la démographie et les conditions d'exercice des spécialistes (cf. Tome 1 du rapport).

En raison d'une actualité mettant en valeur la crise à venir en matière de démographie des professionnels de santé, ce sont les difficultés de l'exercice libéral qui sont les plus traitées. Cependant dans plusieurs études, la satisfaction des praticiens est soulignée : dans l'enquête de Franche-Comté [8] ciblée sur une zone rurale « les 43 praticiens libéraux ayant répondu se sont tous déclarés satisfaits de leur activité ». Sur près de 100 praticiens généralistes interrogés en Auvergne (retrouvés à partir d'un fichier d'étudiants ayant présenté une première inscription en 3^e cycle de médecine générale en faculté de Clermont-Ferrand, étude [2]) : « La majorité des médecins interrogés se disent satisfaits de leur situation actuelle. » Enfin il est dit en Picardie [19] : « Plus de la moitié des médecins déclarent ne pas ressentir d'évolution particulière au niveau de la démographie médicale. »

Les difficultés soulignées dans le cadre des études sont de plusieurs natures :

■ **L'ACTIVITÉ TROP LOURDE**

La forte charge de travail et l'amplitude horaire large ont des conséquences sur les temps de loisir, le temps de repos, la difficile conciliation entre vie familiale et vie professionnelle.

Ces difficultés sont plus évoquées dans les travaux réalisés dans des régions rurales connaissant des problèmes de recrutement, comme la Basse-Normandie, la Bourgogne, la Franche-Comté, la Picardie : ainsi « parmi les facteurs d'amélioration de leur mode de vie et d'exercice, les médecins plébiscitent une charge de travail moins lourde » (étude [7] faite en Bourgogne) et 47% des médecins libéraux répondant en Basse-Normandie se plaignent d'une activité trop lourde [4]. Près de 45 % des médecins généralistes ont exprimé des difficultés d'équilibre entre vie professionnelle et vie familiale, contre 28 % des médecins spécialistes selon une enquête menée en Rhône-Alpes [25]. Certaines spécialités sont aussi touchées par une surcharge d'activité : ainsi les gynécologues-obstétriciens, comme les anesthésistes-réanimateurs [23].

Les différences d'activité liées au genre – la moindre activité médicale des médecins de sexe féminin, qu'elles exercent en libéral ou qu'elles soient salariées – sont effectivement observées [7] et [25]. Mais les différences de ressenti entre hommes et femmes sont plus complexes d'interprétation : dans cette enquête, médecins hommes et femmes se plaignent tout autant – les généralistes hommes le font juste un peu plus que leurs homologues féminins travaillant en libéral, médecins spécialistes et salariés des deux sexes répondent de manière identique ; parallèlement, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à considérer que vie familiale et vie professionnelle sont également insatisfaisantes, elles sont également plus nombreuses à considérer avoir dû sacrifier leurs aspirations professionnelles.

Dans une enquête réalisée en Aquitaine, ce sont pourtant les hommes qui souhaitent le plus fréquemment réduire leur activité.

■ **LA GESTION DES URGENCES ET LES PROBLÈMES DE PERMANENCE DES SOINS**

Ce thème est abordé dans plusieurs enquêtes portant sur le ressenti des professionnels (notamment études [7], [8], [10], [25]) mais fait aussi l'objet de deux études spécifiques (cf [6], [21]). L'ensemble de ces activités, visites à domicile, gardes et/ou astreintes du soir et du week-end, sont généralement abordées dans les enquêtes dans des parties spécifiques. Il existe de vraies différences d'appréciation de la lourdeur de ces gardes ou astreintes, selon l'âge et l'environnement géographique du médecin. Les pratiques également diverses en la matière conduisent à des appréciations très relatives.

Les jeunes médecins incluent les gardes à assurer comme un facteur de charge de travail supplémentaire, alors que les médecins plus âgés semblent mieux l'intégrer dans

leur emploi du temps et sont plutôt demandeurs d'aménagements en termes de secteur couvert ou de mode de régulation [7] et [21]. Il est vrai que les jeunes médecins effectuent plus de gardes que leurs aînés.

En milieu rural, la question de la permanence des soins est plus aiguë, car elle repose plus franchement sur les épaules des médecins libéraux. Une majorité de médecins affirment effectuer leurs gardes par obligation légale et par éthique professionnelle, non pour des raisons financières (enquête de Basse-Normandie [6]). La possibilité de faire appel à une structure de type SOS Médecins notamment est réservée aux professionnels du milieu urbain [21], en Île-de-France, le problème des gardes est moins prégnant (cf. étude [10]).

Les femmes font moins de gardes que les hommes, selon l'enquête effectuée en Rhône-Alpes [25] : 80 % des généralistes hommes en font contre 65 % des généralistes femmes, 56 % des spécialistes masculins contre 17 % des femmes spécialistes.

Interrogés sur les difficultés des gardes et les motifs de non-participation : les deux arguments les plus fréquemment avancés (par environ deux praticiens sur trois) sont le surcroît de fatigue et l'empiètement sur la vie privée (selon l'enquête réalisée en Rhône-Alpes [25]). Ces deux mêmes arguments sont les premiers avancés en Basse-Normandie [6]. Les différences liées au genre s'expriment pour les motifs secondaires : les femmes invoquent plus les problèmes d'insécurité et de vie familiale (études d'Aquitaine et étude [25]).

Lorsque des médecins sont interrogés sur les moyens d'améliorer la permanence des soins, quatre souhaits sont émis : la mise en place d'un lieu dédié, l'existence d'une régulation, un forfait d'astreinte d'un montant significatif et le libre choix de la participation [17]. En Basse-Normandie, ce sont la meilleure rémunération et une organisation respectant un rythme de vie décent qui seraient au dire des médecins de nature à les inciter à participer à l'activité de garde (étude [6]).

■ LES DIFFICULTÉS POUR TROUVER DES REMPLAÇANTS

C'est l'un des principaux problèmes exprimés par les professionnels qui touche les ruraux et les urbains : plus d'un médecin francilien sur deux déclare qu'il a des difficultés pour trouver un remplaçant [10], 57 % des médecins libéraux ayant répondu à l'enquête de Basse-Normandie [6], les trois quarts des médecins interviewés l'évoquent également dans l'étude réalisée sur une zone de Franche-Comté [8]. C'est un problème particulièrement exacerbé pour les jeunes médecins exerçant en milieu rural selon l'enquête faite en Bourgogne [7], il est moins sensible pour ceux exerçant en agglomération. C'est un fait « brut » qui s'accompagne de peu de commentaires dans les travaux présentés, en sorte que l'on dispose de peu d'interprétation sur ce phénomène. Est-ce le pur effet d'une démographie déclinante, ou d'une évolution de comportement ? Il est vrai que l'on constate qu'un remplacement peut constituer un motif d'installation pour un jeune médecin en Île-de-France (étude [12]), mais c'est un argument qui arrive bien après d'autres comme le fait qu'une proposition d'installation a été faite où qu'il s'agisse de la région des études.

■ LES DIFFICULTÉS FINANCIÈRES

Deux aspects sont évoqués principalement, les charges sociales et la rémunération des actes. Il existe de réelles variations dans le ressenti des médecins en la matière, elles sont probablement liées au degré d'avancement des médecins dans leur carrière, à leur environnement sociogéographique, mais sans doute aussi au contexte de l'enquête. Ainsi un peu moins d'un jeune médecin sur cinq (19 %) parmi ceux enquêtés par l'Union professionnelle des méde-

cins libéraux de Bourgogne, au sujet de la réalité de leur exercice, considère qu'un allègement des charges serait un facteur d'amélioration. Dans l'enquête francilienne [10], ce sont plus des trois quarts des médecins qui mentionnent des problèmes en raison des charges sociales, les spécialistes s'en plaignant plus que les généralistes (cette enquête vise à recueillir des éléments sur les pratiques et les difficultés, mais aussi les attentes et les propositions [4]³. Près de 18 % des jeunes médecins bourguignons sollicitent également une meilleure rémunération des actes. Quelques médecins franciliens proposent dans les commentaires de fin d'enquête de rouvrir le secteur II pour améliorer leurs ressources.

À noter, dans les différentes études comparant les ressources entre hommes et femmes [25], on constate que les bénéfices et ressources des femmes sont inférieurs à ceux de leurs homologues masculins, même si on les ajuste en fonction du temps de travail et du type d'exercice. D'une manière générale, les femmes apparaissent moins soucieuses de l'argument financier : la lucrativité escomptée est notamment moins souvent avancée par les femmes (dans l'étude [25]) parmi les éléments ayant pesé dans les choix de l'orientation professionnelle. Enfin dans l'enquête portant sur les besoins et attentes des généralistes en Midi-Pyrénées [18], les femmes sont moins fréquemment favorables que les hommes à l'augmentation du tarif de la consultation (lettre clé C), alors même qu'elles sont d'autre part plus souvent d'accord avec l'idée d'un C « lourd » : une consultation de plus longue durée. Elles s'expriment aussi moins souvent pour une « libéralisation de certaines consultations » (des consultations plus chères et non remboursées par la Sécurité sociale).

■ DES PROBLÈMES PLUS SPÉCIFIQUES À CERTAINES ZONES GÉOGRAPHIQUES

• **Dans les zones rurales** : l'exercice professionnel en général pose plus de problèmes : ainsi, en Basse-Normandie, 88 % des médecins répondant dans les cantons ruraux les plus isolés déclarent avoir des difficultés dans leur exercice, ces difficultés sont d'ordre professionnel, mais aussi personnel [4]. Des questions d'intégration sociale se posent pour les jeunes médecins, en matière de scolarisation des enfants ou pour le travail du conjoint. Selon l'étude bourguignonne [7], « l'absence d'environnement culturel est la principale difficulté extraprofessionnelle des jeunes médecins ». En Franche Comté [8], l'éloignement des grands centres urbains constitue un aspect négatif pour les professionnels sur le plan personnel ; sur le plan technique : l'éloignement des plateaux techniques, mais également les difficultés pour suivre la formation médicale sont mentionnés [5] (cf. tome 1 du rapport sur ce point). Dans la zone franc-comtoise où a été effectuée cette enquête, le caractère rural et montagneux doublé d'un climat rude contribuent à durcir les conditions d'exercice pour les professionnels paramédicaux libéraux également. Il convient de rappeler que, en matière de garde [21] les ruraux sont plus sollicités : ils sont plus nombreux à assurer des gardes, elles sont plus fréquentes et plus longues que celles de leurs homologues exerçant dans le secteur urbain ou péri-urbain, qu'il s'agisse de la nuit ou du week-end.

• **Dans les zones urbaines** : la question de l'insécurité dans les zones urbaines difficiles a souvent été évoquée [10] [25], elle est source de réticences à assumer les gardes, pour les femmes plus fréquemment. Cette insécurité milite en faveur de lieux de garde dédiés et sécurisés. La circulation et le stationnement en île-de-France sont mentionnés également plus particulièrement par les spécialistes qui ont pour spécificité régionale d'avoir beaucoup de sites de travail. Les dif-

3. Pour preuve, dans la partie ouverte de la fin de ce questionnaire, où les enquêtés pouvaient formuler des commentaires, la lourdeur des charges et la revalorisation des honoraires sont des thèmes très présents.

facilités de déplacement sont tout autant exprimées par les jeunes médecins que par les plus anciens, mais plus souvent par les hommes que par leurs consœurs.

■ ■ Les souhaits ou projets des futurs professionnels, actuellement en formation

Six travaux ([6], [7], [9], [11], [12],[20]) portent sur les souhaits et projets de futurs professionnels :

■ *UNE CHARGE DE TRAVAIL RAISONNABLE*

Car « la vie privée est une priorité », c'est ainsi que le résume l'étude franc-comtoise. Les facteurs extraprofessionnels ont autant d'importance que les facteurs professionnels pour les internes et résidents interrogés. Le temps de travail hebdomadaire est une source d'inquiétude pour les internes actuels. Chez les étudiants bourguignons, près de 45 % ne souhaitent pas travailler plus de 45 heures par semaine.

■ *SPÉCIALISTES PLUTÔT QUE GÉNÉRALISTES*

49 % des étudiants interrogés en Bourgogne souhaitent devenir spécialistes, contre 43 % qui souhaitent être généralistes. Les internes franciliens, quant à eux, disent choisir une spécialité d'abord pour son intérêt intellectuel ou pratique, ensuite pour la qualité de vie à terme, enfin pour des questions de rémunération et de qualité de vie pendant l'internat.

■ *LA PRATIQUE EN CABINET DE GROUPE OU EN ÉTABLISSEMENT DE SOINS EST PRIVILÉGIÉE AU REGARD DE LA PRATIQUE LIBÉRALE ET SOLITAIRE*

« Près de 60 % des internes en début ou en fin de cursus envisagent un exercice mixte, à la fois hospitalier et libéral, pour leur activité future. L'exercice exclusivement libéral devient rare et est plutôt un choix masculin. » Ce sont les conclusions de l'enquête effectuée auprès des internes franciliens. La masculinisation de l'exercice libéral est déjà sensible dans les travaux menés sur les praticiens installés. Parallèlement, l'exercice solitaire disparaît : pour les internes qui font le choix du libéral, plus de la moitié souhaitent l'exercer dans un cabinet de groupe ou en établissements de soins selon l'enquête d'Île-de-France (étude [11]). Quatre étudiants bourguignons sur cinq souhaitent exercer en cabinet de groupe (étude [7]).

■ *L'EXERCICE EN MILIEU URBAIN EST PRÉFÉRÉ A PRIORI*

12 % seulement des étudiants bourguignons choisiraient l'exercice en milieu rural alors que 36 % préféreraient une grande ville et 16 % une grande agglomération.



Les chiffres et l'activité

■ ■ Auvergne

- [1] DREES, INSEE, *Démographie régionale des professions de santé, confrontation des chiffres entre plusieurs sources de données et analyse des écarts annoncés*, 2002. Données brutes sur Score-santé (base partenariale entre ORS, État et CNAMTS).
- [2] INSEE, *Typologie des bassins de services auvergnats*, 2004.
- [3] MACÉ (Jean-Marc), *Les Territoires d'accès et de recours aux soins : l'identification d'arrière-pays médicaux CSDM*. 43^e année, n° 2, p. 295- 312, 2003.
- [3 bis] JAFFEUX (Patricia), *Attraction hospitalière des établissements de la région Auvergne et détermination des bassins de santé*, 1998.

■ ■ Basse-Normandie

- [4] URML, *Permanence des soins, opinions et discussions*, 2003. Enquête questionnaire, Basse-Normandie.
- URML, *Permanence des soins, volet médecins*, 2003. Enquête questionnaire, Basse-Normandie.

■ ■ Bourgogne

- [5] ORS, ARH, DRASS, CPAM, CMR, ARCMSA, ALSM, UPLMB, DDASS, ERSM en Bourgogne, *Répartition de l'offre de soins*, 2002 et 2003. Analyse en composantes principales et classification hiérarchique sur 16 indicateurs issus de différentes sources : CAF, ANPE, INSEE, DRASS, URCAM, INSERM, DRASS, URCAM, ORS en Bourgogne.
- [6] DURAND (Pascal), Pawelec (Daphné-Ségolaine) (URCAM), FALLET (Michel) (DRASS) et LEMERY (Bernadette) (ORS), *La Démographie médicale en Bourgogne*, 2001. DREES (ADELI redressé au 01/01/2000); INSEE (Recensement de la population de 1999); fichier du Conseil national de l'ordre des médecins; fichier SNIR de l'assurance-maladie; DREES (projection du nombre des médecins); CSDM-URCAM (projection du nombre des médecins); données de la faculté de médecine. DRASS, URCAM, ORS en Bourgogne.
- [7] URCAM, *Les Visites non programmées en Bourgogne en 2002. État des lieux par département et par zone de garde*, 2003. Comparaison 2001-2002 (acte remboursés du 01/01/01 au 31/12/2002), données du régime général (hors section locales mutualistes) et MSA.

■ ■ Champagne-Ardenne

- [8] CASTEL-TALLET (M.-A.) (ORS), LEVEVRE (C.) (ORS), LEVEVRE (C.) (DRASS), MOLITOR (P.-L.) (URCAM) et TONNELIER (F.) (CREDES), *Les Médecins en Champagne-Ardenne – État des lieux et*

perspectives, 2001. Exploitation des données ADELI ET CNAMTS – MIAM, DRASS Champagne-Ardenne.

- [9] URCAM, *Les Consommation de soins en Champagne-Ardenne, année 2000*, 2002. Donnée utilisées : consommation moyenne d'actes et de prescriptions par consommant.

■ ■ Île-de-France

- [10] DRASSIF – Inspection régionale de la santé, *Démographie médicale en Île-de-France, état des lieux et devenir de la profession*, 2003. SROS, DRASS Île-de-France.

■ ■ Lorraine

- [11] URCAM, *Typologie cantonale des soins de proximité en Lorraine*, 2002.

■ ■ Midi-Pyrénées

- [12] Service statistiques DRASS, *Les Professions de la naissance*, 2003. DRASS Midi-Pyrénées.
 [13] URCAM, *Médecine générale et ruralité – Démographie médical et territoires en Midi-Pyrénées*, 2002. Exploitation des données détenues par l'assurance-maladie concernant l'attractivité des médecin généraliste libéraux en Midi-Pyrénées.
 [14] URML «Généraliste et urgence en Midi-Pyrénées », 1996.

■ ■ Nord - Pas-de-Calais

- [15] DRASS, *Développement des ressources médicales dans la région Nord - Pas-de-Calais*, 2001.
 [16] DRASS, *Démographie des professions de santé dans le Nord - Pas-de-Calais*, 2002. LILLE.
 [17] LACOSTE (O.), POIRIER (G.), DEBEUGNY (S.) et SALOMEZ (J.-L.), *Démographie médicale région Nord - Pas-de-Calais, approche comparative de deux sources de données*. Fichier du Conseil national de l'ordre des médecins, 31/12/2000 – Fichier ADELI, mars 2001 – Observatoire régional de la santé (ORS) Nord - Pas-de-Calais, LILLE.
 [18] URCAM, « Spécial cartographies, médecine de ville : pôles d'attraction et accessibilité », *Les Cahiers médico-économiques*, n° 6, 02/2002 – Villeneuve-d'Ascq.
 [19] THEIS (Didier) et DEMEULEMEESTER (René), *Attraction des spécialistes. Un enjeu pour la médecine future dans le Nord - Pas-de-Calais : le recrutement des spécialistes*, 2001. DRASS.

■ ■ Picardie

- [20] URCAM, URML, *Démographie médicale « Amélioration de l'accès aux soins de proximité dans les zones en difficulté, Aide à l'installation »*, 2000. Données quantitatives SNIR (2000-2001), INSEE 1999, SIAM 2002 et du croisements d'informations régionalisées 2002. Données qualitatives recueillies par courrier ou téléphone auprès de 1707 médecins généralistes picards, 219 internes et 162 résidents de l'université d'Amiens. URCAM de Picardie.
 [21] URLM, *Enquête sur les internes de Picardie*, non paru.
 [22] ÉVRARD (Christophe), *Activité des médecin généraliste et territoires : une étude en Auvergne*. Basé sur les données du fichier SNIR. Géosanté pour l'URCAM d'Auvergne.

■ ■ PACA

- [23] URCAM, CSDM, *La médecine de ville. Répartition géographique à venir ; un enjeu de santé, cartographie et décision*, 2000.
 [24] Faculté de médecine de Marseille/DRASS, *Les spécialistes en région PACA : démographie et projections*, novembre 2003.

■ ■ La Réunion

- [25] ORS, *Évaluation de la réponse urgente de la permanence des soins auprès des médecins généralistes libéraux*. ORS de la Réunion, UPLMR.
- [26] UPLM, ORS, *Tableau de bord de la médecine général réunionnaise*, 1997.
- [27] ORS, *Résultats de l'étude comportementale des patients vis-à-vis de l'offre de soins*, 1997. DRASS.

■ ■ Rhône-Alpes

- [28] Centre Rhône-Alpes d'épidémiologie et de prévention sanitaire, *La Féminisation du métier de médecin*, 2004. Enquête postale (échantillon aléatoire de 1500 médecin dans la région Rhône-Alpes) ; enquête auprès des services de scolarité d'une faculté de médecine lyonnaise et des instance ordinales départementales et nationales ; enquête auprès d'une promotions d'étudiants en DCEM4.
- [29] CEMKA EVAL/URML, *Expertise de la littérature internationale sur les besoins en démographie médicale*, 1999.

■ ■ Plusieurs régions

- [30] URCAM, CREDES, *Santé et milieu rural*, une démarche exploratoire menée par trois URCAM, Aquitaine, Franche-Comté, Languedoc Roussillon).

■ ■ Éclairages sur les professions : infirmière, sage-femme, manipulateur d'électroradiologie médicale

■ ■ Basse-Normandie

- [1] LEGRAND (Chantal) et BIGOT (Isabelle), *Étude prospective des besoins en professionnels infirmiers – Région Basse-Normandie*, 2002. DRASS de Basse-Normandie.

■ ■ Bourgogne

- [2] Étude DRASS, *Recensement des besoins en formation en sages-femmes*.
- [3] Étude DRASS, *Recensement des besoins en soins infirmiers*.

■ ■ Champagne-Ardenne

- [4] DRASS, *Étude de besoins en formation de manipulateurs de la région Champagne-Ardenne au 1^{er} octobre 1993*, 1993. DRASS.

■ ■ Franche-Comté

- [5] ORS-FC-DRASS, *Les Infirmiers franc-comtois travaillant en Suisse*. Étude exploratoire, février 2004.

■ ■ Île-de-France

- [6] ORS, *Étude prospective des besoins en manipulateurs liés au renouvellement des générations*, 2001.
- [7] ORS, *Démographie régionale des manipulateurs, des médecins radiologues, des étudiants*, 2001.

■ ■ Nord - Pas-de-Calais

- [8] Conseil de l'ordre des sages-femmes du Nord et Conseil de l'ordre des sages-femmes du Pas-de-Calais, *État des lieux de la profession des sages-femmes dans la région Nord - Pas-de-Calais*.
- [9] RENGOT (Marielle) et SPINOSI (Laure), *Tableau de bord des professions paramédicales et sages-femmes dans la région Nord - Pas-de-Calais*, janvier 2002. Observatoire régional de la santé Nord - Pas-de-Calais, Lille.
- [10] Marielle RENGOT, « Les professions paramédicales et sages-femmes dans la région Nord - Pas-de-Calais », *Contact Santé*, mars 2002, Lille : MRPS.

Les comportements et les pratiques des professionnels

■ ■ Auvergne

- [1] HULET (Christophe), *Devenir des étudiants ayant présenté une première inscription en troisième cycle de médecine générale à la faculté de Clermont-Ferrand entre 1989-1992 et 1996*, 2001. Enquête postale d'après le fichier bureau du 3^e cycle des études de médecine.
- [2] PERAZZI (Emmanuel), *À propos de la démographie médicale en Auvergne : réflexions d'une crise annoncée*. Sur la base de données de la DREES et de l'URCAM, aidé de Sylvie MAQUINGHEM. Travail de synthèse.

■ ■ Basse-Normandie

- [3] URCAM et représentants des chirurgiens-dentistes régionaux, *Démographie des chirurgiens-dentistes en Basse-Normandie – conditions d'exercice et difficultés ressenties*, 2002. Sur la base d'une enquête auprès de 616 chirurgiens-dentistes.
- [4] URCAM, URML, ARH, DRASS, *Les Problématiques de la démographie médicale en Basse-Normandie, opinions – propositions d'actions, rapport d'études*, 2002. Questionnaire auprès de 3 251 médecins.
- [5] URML, département de médecine générale, *Évolution de la formation et de l'exercice des futurs médecins généralistes*, 2004. Enquête auprès d'étudiants de 3^e cycle.
- [6] URML, *Permanence des soins : opinions et discussions – volet médecins – volet étudiants*, 2003. À partir de l'exploitation d'une enquête.

■ ■ Bourgogne

- [7] Union professionnelle des médecins libéraux de Bourgogne (UPMLB), *De l'étudiant au médecin : entre désir et réalité...*, 2002. Sur la base d'un questionnaire à des étudiants en médecine et à de jeunes médecins.

■ ■ Franche-Comté

- [8] ORS, *Démographie des professions de santé et accès aux soins : l'exemple de la zone Maïche-Morteau*, mars 2004.

■ ■ Île-de-France

- [9] DRASSIF, service internes et résidents, *Étude démographique des internes et résidents d'Île-de-France*, juin 2003.

- [10] Laboratoire régional de la démographie en Île-de-France, *Les Médecins libéraux en Île-de-France : pratiques, difficultés, attentes, propositions*, octobre-décembre 2003 (Cahier de sociologie et de démographie médicales).
- [11] Laboratoire régional de la démographie en Île-de-France, *Livre blanc des internes : à quoi rêvent les jeunes spécialistes*, octobre-décembre 2003 (Cahier de sociologie et de démographie médicales).
- [12] URCAM, *Enquête sur les motifs d'installation des médecins libéraux, 1^{re} exploitation*, mars 2002.

■ ■ Limousin

- [13] URML, *Démographie des spécialistes libéraux en Limousin*, prévu pour fin 2004.

■ ■ Lorraine

- [14] URCAM, *Enquête sur les motivations des choix ou des non-choix de zone d'installation et de mode d'exercice des infirmiers libéraux en Lorraine*, avril 2004.
- [15] Institut lorrain d'anesthésie-réanimation, *Pratique de l'anesthésie-réanimation dans les établissements de soins de la région Lorraine*, 1998.

■ ■ Midi-Pyrénées

- [16] URCAM Aquitaine, Corse, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et PACA, *Enquête d'opinion réalisée auprès des médecins généralistes exerçant dans le Grand Sud*, 2004.
- [17] ROBERT (Philippe) (URML), *Avenir et réalité, du vécu des jeunes médecins aux aspirations des étudiants*, 2003.
- [18] URML-ORS, *Les Généralistes en Midi-Pyrénées*, 2000.

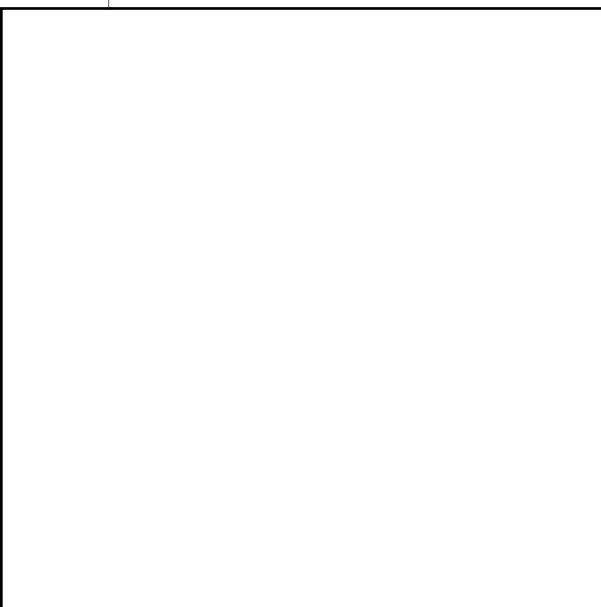
■ ■ Picardie

- [19] URCAM-URML, *Amélioration de l'accès aux soins de proximité dans les zones en difficulté – Aide à l'installation*, 2003.
- [20] URML – Internes de la faculté de médecine d'Amiens, *Enquête sur les internes de Picardie*, à paraître.

■ ■ Rhône-Alpes

- [21] CEMKA EVAL pour l'Ordre des médecins et le conseil départemental du Rhône, *Enquête sur la permanence des soins auprès des médecins généralistes du Rhône*, 2002.
- [22] CEMKA EVAL pour l'URML Rhône-Alpes, *Étude de la démographie médicale dans la région Rhône-Alpes. Enquête auprès des dermatologues*, 2004.
- [23] CEMKA EVAL pour l'URML Rhône-Alpes, *Étude de la démographie médicale dans la région Rhône-Alpes. Enquête auprès des praticiens de deux spécialités : gynécologie-obstétrique et anesthésie-réanimation*, 2002
- [24] CEMKA EVAL pour l'URML Rhône-Alpes, *Étude de la démographie médicale dans la région Rhône-Alpes. Enquête auprès des praticiens de trois spécialités : pédiatrie, orthopédie, gastro-entérologie*, 2000.
- [25] Centre Rhône-Alpes d'épidémiologie et de prévention sanitaire pour l'URML, *La Féminisation du métier de médecin*, 2004.
- [26] Institut universitaire d'hygiène et de santé publique de Grenoble pour l'URML, *Le Devenir professionnel des jeunes médecins diplômés dans la région Rhône-Alpes en 1992-1993*, 1997.

**BILAN DES EXPÉRIENCES
ET DES DISPOSITIFS
DE RÉGULATION RÉGIONALE**



UN recensement des mesures et des dispositifs définis au niveau régional pour adapter l'offre de soins aux besoins de la population et à la démographie locale des professions de santé a été réalisé par les comités régionaux de l'Observatoire. Il s'agissait, au-delà des études et travaux menés dans les régions sur les questions de démographie, de recenser les actions, leurs promoteurs et si possible leurs résultats. Cette démarche s'appuie sur l'intuition que confrontés à une tension sur la ressource les acteurs locaux développent de nombreuses initiatives qu'il est utile de rassembler, d'analyser et de diffuser.

Les actions visant à augmenter le nombre de professionnels à l'échelon régional et local peuvent être regroupées en différentes rubriques qui varient selon le public cible (lycéens, étudiants en formation, professionnels formés, en exercice ou ayant cessé leur activité). Ces rubriques ont été rassemblées dans la grille de recueil qui a été validée par les représentants des comités régionaux.

La synthèse du recensement des comités régionaux s'appuie sur les réponses de neuf régions¹ disponibles à la date de rédaction du rapport. Nous ne sommes pas en mesure d'expliquer si les non-réponses sont dues à une absence de mesures ou de dispositifs mis en place ou à un défaut de réponse en raison d'une surcharge de travail pour les comités régionaux.

Les résultats obtenus nous permettent néanmoins d'illustrer un large panel d'actions possibles qui mettent aux prises des acteurs variables à des niveaux très différents. Dans certaines régions, les actions sont coordonnées voire intégrées dans le cadre régional (schéma régional de la formation paramédicale en Bourgogne, plan de formation et de recrutement infirmier sur trois ans pour l'Île-de-France) prenant ainsi la forme d'une politique régionale de l'emploi en santé impliquant de nombreux partenaires et assortie de financements. Ailleurs, c'est un recensement de toutes les actions menées par les acteurs locaux de leur propre initiative ou en application de mesures nationales qui a été réalisé illustrant ainsi les multiples actions possibles.

Nous présentons les résultats par rubrique en distinguant à chaque fois les professions concernées, le type d'action, son niveau, régional ou non, et le ou les promoteurs et financeurs. Nous n'avons pas détaillé l'ensemble des réponses en cherchant à illustrer la diversité des initiatives et à développer les éléments pour lesquels des résultats étaient fournis.

Les mesures ou dispositifs visant à influencer sur l'orientation des lycéens et étudiants vers les métiers de la santé ou des spécialités déficitaires

Ces mesures concernent principalement, les professions paramédicales, et les professions de l'aide à domicile comme les auxiliaires de la vie sociale. Elles reposent sur les écoles de formation la plupart du temps et sont parfois intégrées dans un cadre régional partenarial associant les institutions concernées comme l'Éducation nationale, l'agence régionale d'hospitalisation ou le conseil régional. Le niveau régional conduit à l'élaboration de campagnes d'information, d'outils spécifiques comme des plaquettes, affiches, documents vidéo, d'un centre ressource et peut faire l'objet d'un plan d'action sur trois ans comme en Île-de-France.

1. Basse-Normandie, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Haute-Normandie, Île-de-France, Limousin, Nord - Pas-de-Calais, Picardie.

■ ■ Les actions d'information et de promotion des métiers de la santé

■ *MENÉES PAR LES ÉCOLES DE FORMATION LE PLUS SOUVENT EN PARTENARIAT AVEC LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS*

Il s'agit le plus souvent des instituts de formation en soins infirmiers, des écoles d'aide-soignante, des écoles de sage-femme qui publient des annonces de concours dans la presse, sont présentes dans les médias locaux, réalisent des opérations portes ouvertes, des informations dans les collèges dès la quatrième et la troisième, dans les lycées à l'occasion de forums de l'emploi ou en réponse à des demandes ponctuelles des établissements. Les objectifs visés sont d'améliorer le recrutement et de conserver le niveau d'exigence à l'entrée aux concours. Ces actions sont traditionnelles et menées à l'initiative des écoles elles mêmes.

Une région mentionne une action d'information dans les lycées sur les professions de médecin et de pharmacien en réponse à une diminution des candidatures. L'objectif visé est là encore de maintenir un niveau élevé aux concours d'entrée.

Enfin, certains secteurs particulièrement touchés par la pénurie de professionnels infirmiers cherchent à informer les étudiants en formation sur les débouchés possibles en intervenant au sein des écoles (cas d'un établissement de santé mentale en Champagne-Ardenne).

■ *INSCRITES DANS UNE ACTION RÉGIONALE*

Les actions d'information et de promotion des métiers peuvent aussi être réalisées dans le cadre de manifestations régionales sur l'emploi comme en Bourgogne, où la DRASS a participé pour la première fois en 2004 au salon régional sur les métiers. Il s'agit le plus souvent de mieux faire connaître les métiers de la santé par divers moyens (campagnes d'affichage et de distribution de plaquettes d'information, participations aux salons sur l'emploi, actions d'information dans les lycées, partenariat avec les rectorats dans les lycées, action de promotion par vidéo/CD-Rom vers les métiers d'auxiliaire de la vie sociale ou la création d'un centre de ressources² et d'information sur les professions paramédicales ARHIF/DRASSIF).

2. Ce centre est inscrit dans le plan de recrutement et de formation suite à l'étude pilotée par l'ARHIF en 2002-2003, visant à renforcer, au niveau régional, l'information et la communication sur les professions déficitaires, notamment infirmier (6 000 postes vacants en 2001). Ses objectifs sont :

- d'élaborer et mettre à disposition du public et partenaires divers les informations sur le contenu du métier, l'accès à la formation, les perspectives d'évolution,
- de faire connaître et valoriser les expériences de communication mises en œuvre,
- d'apporter information et conseils individualisés pour une aide à l'orientation des jeunes et des professionnels en quête d'évolution. Composé d'un responsable à temps plein, d'un adjoint à mi-temps et d'une secrétaire à temps plein, le centre est chargé de faire l'inventaire et l'analyse des actions menées, renforcer la perception des acteurs relative à la problématique déficitaire en infirmiers notamment, envisager les champs et modalités des actions en partenariat, identifier les besoins non couverts et les attentes vis-à-vis du centre de ressources et d'information, soutenir les lieux d'information par une documentation actualisée, des supports divers, des conseils, le cas échéant. Il a organisé des réunions de travail individuelles et collectives avec :
- des structures de formation (près de 75 % des instituts de formation en soins infirmiers rencontrés, hors AP-HP, les service de formation initiale de l'AP-HP et 1 IFSI),
- L'Éducation nationale (participation aux actions de rapprochement engagées, notamment avec les 3 rectorats, développement du réseau et organisation de collaborations concrètes, avec les SAIO académiques, les inspecteurs d'académie des filières carrières sanitaires et sociales, bac SMS, cellule d'insertion...et le service du ministère de l'Éducation chargé des professions sanitaires et sociales,
- Les fédérations d'établissements de santé et structures diverses : FEHAP, URHIF/FHF, CRF, Générale de santé, CFA Monceau.
- Les associations professionnelles : CEFIEC (Association d'Instituts de formation en soins infirmiers et de cadres de santé), FNESI (Association d'étudiants en soins infirmiers), ANFIIDE (Association nationale professionnelle), Organismes d'information/orientation/d'éducation santé : CITE DES METIERS, CIO, CIDJ, CARIF, CRIPS, Service communication AP/HP.

■ ■ Les actions visant à améliorer les taux de succès aux concours d'entrée

Les établissements de formation offrent des formations préparatoires aux concours d'entrée des écoles paramédicales. Ces formations sont destinées à la fois aux jeunes sans expérience, aux emplois jeunes en milieu hospitalier et aux professionnels en exercice souhaitant réaliser une carrière professionnelle. Ces formations sont généralement financées par les établissements hospitaliers auxquels sont rattachées les écoles paramédicales. L'objectif est de maintenir un niveau de connaissances élevé.

Dans le cas de la profession médicale, la région Nord - Pas-de-Calais soutient financièrement (152 000,00 euros par an) l'organisation de conférences d'internat avec comme objectif d'améliorer le taux de réussite des étudiants en médecine Lillois à l'internat. L'enjeu étant de répondre à la baisse du nombre de spécialistes dans le nord en augmentant le recrutement régional (cf. ci-après).

■ ■ L'aide aux étudiants par l'octroi de bourses

Ce type de mesure diffère selon que l'octroi de la bourse est assorti d'un engagement à exercer localement ou régionalement pendant une durée déterminée.

L'aide financière aux étudiants est un mode d'action qui est régulièrement évoqué pour attirer les étudiants vers les métiers de la santé mais aussi éviter l'abandon des étudiants en cours d'étude (Picardie). Là encore, ce mode d'action peut reposer sur les établissements de soins qui proposent eux-mêmes des bourses à des étudiants d'IFSI en échange d'un engagement à travailler pour l'établissement pendant quelques années ou des aides à la qualification des professionnels en poste. Elle concerne principalement les professions paramédicales.

L'aide financière peut être réalisée dans un cadre régional avec le soutien du conseil régional comme c'est le cas en Franche-Comté où ce dispositif existe depuis 1989 sans contrepartie (ainsi en 2003-2004, le conseil régional a distribué pour les infirmiers 18 bourses en première année, 32 en deuxième et 54 en troisième année d'étude et cofinancé une aide pour 110 élèves aides-soignantes), ou en Picardie où la formation de masseur-kinésithérapeute est gratuite pour les étudiants qui viennent y suivre leurs études.

Il peut s'agir aussi d'une coordination des différentes aides financières existantes à l'échelon régional (bourses d'État, promotion professionnelle, dispositifs de retour à l'emploi, parcours individuels...) par la DRASS pour favoriser l'accès à la formation du métier d'aide-soignante comme le montre l'expérience du Nord - Pas-de-Calais.

L'aide financière peut être régionalisée ou territorialisée comme en Bourgogne (allocation territoriale d'étude pour les infirmiers et sages-femmes), ou en Haute-Normandie (allocation régionale d'étude pour les infirmiers). Ces mesures régionales territorialisées, récentes pour la plupart, semblent montrer des résultats mitigés. Si les bourses sont effectivement distribuées (108 étudiants infirmiers et 12 sages-femmes en Bourgogne, 36 bourses allouées en Haute-Normandie), la région Haute-Normandie fait état d'une certaine « évaporation » des infirmiers ayant reçu une allocation régionale d'étude³. La région Picardie constate que mal-

3. Au 1^{er} février 2004 sur les 36 bourses allouées, 3 étudiants ont fait connaître leur lieu d'embauche et respectent leur engagement, 5 remboursements sont en cours. Les autres étudiants sont sortis du dispositif et n'ont pas répondu aux relances du conseil régional.

gré la gratuité des études de masseur-kinésithérapeute sans contrepartie, seulement 10 % des diplômés exercent en Picardie.

■ ■ L'orientation plus stricte des internes de spécialité vers les spécialités déficitaires

Ce type d'action engagé en 2004 par la région Haute-Normandie est ciblé sur les médecins et vise à articuler l'offre de formation des internes de spécialité avec les besoins de la région. Elle associe principalement la DRASS, les coordonnateurs de spécialité et la faculté de médecine. L'objectif est de définir des objectifs par spécialité et d'ajuster le nombre des postes d'internes en conséquence.

■ ■ Les mesures ou dispositifs visant à augmenter le nombre de professionnels

Le nombre de médecins, de sages-femmes, d'infirmiers, de masseurs-kinésithérapeutes, de manipulateurs radio et de la plupart des métiers de la santé est défini chaque année au niveau central par le *numerus clausus* ou par les places de formation autorisées dans les écoles paramédicales. Les régions ont alors selon les situations, à adapter l'offre de formation aux nouveaux quotas attribués dans le cadre de la répartition interrégionale⁴. Au-delà de la mise en œuvre des décisions d'augmentation des capacités de formation prises au niveau national, certaines actions peuvent être décidées et mises en œuvre à l'échelon régional pour augmenter le nombre de professionnels. Elles peuvent porter sur les métiers qui ne font pas l'objet de limitation de capacité de formation, sur les modalités de recrutement, sur une meilleure répartition des professionnels sur la région en fonction des besoins ou sur le recours à la main-d'œuvre hors région, voire hors France. Trois types d'action sont ainsi regroupées.

■ ■ Les actions qui cherchent à augmenter les capacités de formation en jouant sur les modalités de recrutement

En Nord - Pas-de-Calais, les étudiants admis et formés dans les trois instituts de formation en masso kinésithérapie (IFMK) de la région ne s'installent pas dans la région à l'issue de leur formation. La région souhaite améliorer le niveau d'admission en IFMK en favorisant le recrutement par le biais des UFR de médecine ou les UFR STAPS. La DRASS a demandé l'avis du Conseil supérieur des professions paramédicales pour introduire une règle imposant aux étudiants désireux d'intégrer un IFMK, de s'inscrire dans une faculté de médecine ou un UFR STAPS pour suivre un enseignement de P1 ou de première année de DEUG ainsi que dans un IFMK pour suivre un complément de formation de 100 heures.

4. Ainsi, la région Nord - Pas-de-Calais a vu le nombre de places de formation accordées aux écoles paramédicales augmenter de 2 932 en 1999 à 4 752 places en 2004.

■ ■ Les actions qui cherchent à mieux répartir les professionnels au sein de la région

On y distingue l'ensemble des mesures visant à influencer sur l'installation des professionnels du secteur ambulatoire mobilisant généralement les URCAM et/ou les URML et des mesures visant à mieux répartir les professionnels du secteur hospitalier qui impliquent les ARH et les DRASS. Les conseils régionaux sont parfois associés à ces démarches surtout quand elles concernent les professions non médicales.

■ LES MESURES VISANT À INFLUER SUR L'INSTALLATION DES PROFESSIONNELS EN SECTEUR AMBULATOIRE

• Les mesures visant à influencer sur le lieu d'implantation des médecins libéraux

Les deux régions de Haute et Basse-Normandie ont développé de nombreuses actions en direction des médecins généralistes. Ces actions visent à sensibiliser les jeunes médecins généralistes à l'exercice en milieu rural.

Par l'augmentation des offres de stage de résidanat en milieu rural : un financement supplémentaire à celui accordé par l'État est apporté aux maîtres de stage exerçant en milieu rural (fonds FAQSV) et une prise en charge des frais de transport des résidents est envisagée. Il s'agit d'anticiper sur l'exercice en milieu rural de médecins habitant en ville.

Par l'information sur les formes innovantes d'organisation permettant de garantir qualité de vie, confort d'exercice en milieu isolé (organisation de soirées débats, promotions de films témoignages accessibles sur le Net et par CD-Rom⁵).

Par la mise à disposition auprès des jeunes généralistes d'outils cartographiques permettant des choix d'installation raisonnés⁶. Il est aussi prévu de décliner ces outils pour la plupart des spécialités en exercice libéral dans le but d'aider les spécialistes souhaitant s'installer à repérer les zones qui présentent les besoins les plus importants dans leur spécialité.

• Les mesures visant à influencer sur le lieu d'implantation de certaines professions dans des zones déficitaires

Il peut s'agir d'interventions au sein des instituts de formation en soins infirmiers pour informer les élèves infirmiers sur les modalités d'exercice de la profession d'infirmier en milieu libéral comme le fait l'URCAM de Picardie. L'objectif vise dans ce cas à permettre aux étudiants d'élargir leurs choix à la sortie des études.

C'est le cas, par exemple, d'une action menée pour favoriser l'installation d'orthophonistes dans le département de l'Eure (-50 % par rapport à la moyenne nationale). Cette action, soutenue par l'URCAM et promue par le syndicat départemental des orthophonistes de l'Eure, relayée par le conseil général et les mairies, associe démarchage dans les écoles hors régions, soutien à l'installation et aide à l'intégration locale et dans le milieu professionnel.

5. <http://www.installation-medecine-liberale.org/>

6. Cet outil cartographique dont la mise en œuvre se fait en 2004 est décliné dans chaque URCAM et propose des informations analysables à l'échelon du canton voire de la commune sur l'offre de soins (activité, densité, accessibilité des pôles d'attraction, proportion des médecins de plus de 55 ans) et sur la population (nombre, évolution intercensitaire, répartition par âge et par sexe ainsi que la consommation d'actes). Une version ultérieure prévoit de décrire la population par catégorie socioprofessionnelle, les distances d'accès aux soins spécialisés médicaux et paramédicaux ainsi qu'aux établissements.

- **Le suivi des libéraux récemment installés**

En Haute-Normandie, dans le cadre d'une démarche partenariale entre l'assurance-maladie et les professionnels libéraux, tous les professionnels libéraux se voient proposer un rendez-vous avec un délégué de l'assurance-maladie trois mois après leur installation pour faire le point sur les problèmes rencontrés et préciser un éventuel soutien. Un rendez-vous à un an est aussi proposé.

■ **LES MESURES VISANT À INFLUER SUR LE RECRUTEMENT ET LA RÉPARTITION DES MÉDECINS HOSPITALIERS**

- **Maintenir les internes de spécialité dans la région en proposant des postes d'assistant pour prolonger leurs études**

Le développement des postes d'assistants spécialistes régionaux constitue une piste d'action importante visant à offrir aux internes en fin de cursus, la possibilité de poursuivre leurs études et de passer ensuite leur concours de praticien hospitalier. Il s'agit aussi de favoriser l'installation locale de personnes qui restent de ce fait dans la région jusqu'à plus de trente ans. Effectifs depuis 1999 en Haute-Normandie, ces postes d'assistants sont financés par l'ARH depuis 2002, ciblés sur les spécialités prioritaires. Le dispositif est jugé intéressant. La région Nord - Pas-de-Calais, qui est confrontée à une pénurie de spécialistes s'intéresse aussi à ce dispositif sous la forme de postes d'assistants à temps partagés (cf. ci-après).

- **La création des postes hospitaliers à temps partagé**

Partagés entre le CHU et un hôpital de référence, ces postes permettent aux médecins de garder un contact avec le CHU tout en travaillant dans un hôpital général. Financée par l'ARH, cette mesure mentionnée par la Haute-Normandie encourage les praticiens hospitaliers à travailler dans un hôpital de référence. Les spécialités concernées sont la génétique, la cancérologie, l'onco-hématologie pédiatrique et la chirurgie plastique.

- **La création des postes à recrutement et maintien prioritaires**

Il s'agit là d'une mesure nationale⁷ déclinée régionalement. Le médecin recruté sur un poste de PH prioritaire s'engage à rester en poste pour une durée de cinq années et reçoit une allocation de 10 000,00 € pour un poste à temps plein et 5 000,00 € pour un poste à temps partiel et bénéficie d'un avancement de deux années sur la grille de rémunération.

Les résultats semblent variables selon les régions. Ainsi en Haute-Normandie où 74 postes de PH temps plein et 10 postes de PH temps partiel ont été déclarés à recrutement et maintien prioritaires en mars 2003, 37 PH avaient souscrit un contrat d'engagement (34 à temps plein et 4 à temps partiel) en octobre 2003. En Picardie, après trois années, le constat reste inchangé et les établissements et spécialités en difficulté sont toujours les mêmes.

- **Les primes d'engagement des assistants**

Cette mesure, découle de l'application d'une mesure nationale, en l'occurrence le décret du 30 août 2002 relatif aux assistants des hôpitaux. À l'image des postes de PH à maintien et recrutement prioritaires, les assistants qui signent le contrat d'engagement se voient allouer une prime (de 5 000,00 € pour deux ans et 10 000,00 € pour une durée de quatre ans). La Haute-Normandie fait état de la signature de 61 contrats (34 pour un engagement de deux ans et 27 pour un engagement de quatre ans).

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

• Prime multi-établissements

Cette mesure mentionnée par la Haute-Normandie permet à des établissements de bénéficier de la présence de médecins dans les disciplines déficitaires. Les établissements sollicitent l'attribution de primes pour rémunérer un médecin à raison d'au moins deux vacations sur un site secondaire. La prime est de 530,00 € mensuels.

■ ■ Recruter hors de la région, voire hors du pays

Le recrutement d'orthophonistes pour le département de l'Eure mentionné par la région Haute-Normandie s'appuie sur une démarche active de sollicitation au sein de plusieurs écoles hors régions.

Dans deux régions, sont citées des mesures visant à recruter du personnel à l'étranger de façon permanente ou temporaire.

Le recensement réalisé par la région Champagne-Ardenne identifie une démarche d'un établissement de soins privés vers des écoles infirmières belges permettant de recruter des infirmières ainsi que la démarche d'un hôpital local demandant l'agrément pour être terrain de stage pour les élèves masseurs-kinésithérapeutes belges. Cette mesure a permis par la suite de recruter un ancien stagiaire. Enfin, dans la même région, un établissement de santé mental, mentionne le recrutement d'une infirmière espagnole dans le cadre de la démarche pilotée nationalement par l'OMI, la FHF, la FEHAP, la FNCLCC et l'ANFH.

La région Nord - Pas-de-Calais fait état d'un accord de coopération franco-polonais permettant le recrutement pour une durée de dix-huit mois au maximum de quinze infirmières polonaises. Cette expérimentation s'inscrit dans le cadre de l'accord bilatéral franco-polonais (29 septembre 1990) relatif aux échanges de jeunes professionnels, entre les ministères de la Santé polonais et français afin de faciliter l'accès à l'emploi en France de personnels infirmiers polonais au chômage, possédant un bon niveau de pratique professionnelle (Décret 91-727 du 22 juillet 1991).

■ Les mesures ou dispositifs visant à favoriser la qualification et la promotion professionnelle

Les actions menées par les régions dans ce domaine portent sur deux groupes professionnels dans les secteurs de l'aide à domicile et de l'hôpital. Il s'agit principalement de la mise en œuvre par les régions de mesures nationales.

Les auxiliaires de vie dans le domaine de l'aide à domicile, pour lesquelles a été créé un diplôme d'État en 2002 (le diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale DEAVS). La création de ce diplôme a entraîné le développement d'actions de formation et de démarches de validation des acquis de l'expérience⁸. Les actions portent sur :

- Le financement de formation pour des personnes déjà en poste. Ces financements sont conjoints la plupart du temps et peuvent associer l'État, la région et le Fond social européen.

8. Ainsi en Île-de-France, 579 personnes ont entamé un parcours de formation et 279 ont été diplômées. En 2003, 159 personnes ont obtenu le diplôme d'État par voie de VAE et 178 ont validé plus de la moitié du diplôme (durée de cinq ans pour le faire).

- L'orientation de demandeurs d'emploi par des référents au sein des agences locales pour l'emploi vers les associations du secteur (action menée en Bourgogne)
- La qualification des personnels hospitaliers vers les professions paramédicales (AS, IDE, IADE, IBODE, cadre de santé). Les ARH ciblent les fonds de modernisation des hôpitaux vers la promotion professionnelle en prenant en charge tout ou partie de la dépense engendrée par le départ en formation des personnels hospitaliers.
- Des actions spécifiques de qualification des salariés en place peuvent être réalisées sur un secteur particulier comme les hôpitaux de petite taille (Haute-Normandie) ou les entreprises de transport sanitaire (Nord - Pas-de-Calais). Elles associent alors des financeurs comme la région, le FSE et les employeurs pour partie⁹.

■ Les mesures ou dispositifs visant à améliorer l'adaptation des professionnels aux nouvelles pratiques ou aux nouveaux métiers

Les comités régionaux classent dans cette rubrique un grand nombre d'actions

■ ■ Les actions visant à soutenir les formes nouvelles d'organisation dans le secteur ambulatoire

Elles concernent notamment les médecins en milieu rural et peuvent prendre des formes et des intitulés très divers. Sont répertoriées, les maisons médicales de garde (Île-de-France, Haute-Normandie), les maisons multidisciplinaires regroupant sur un même site médecin généraliste, masseur-kinésithérapeute, infirmière et dentiste (Basse-Normandie), les réseaux de soins (Bourgogne, Île-de-France et Champagne-Ardenne) et la création d'une agence pour faciliter le remplacement des médecins (Haute-Normandie). Ces mesures sont en général financées par le Fond d'aide à la qualité des soins de ville ou par la dotation régionale des réseaux et impliquent selon les cas, les URML, les URCAM et les ARH.

■ ■ Les projets visant à développer la télé-médecine

Le partage d'information par le biais des nouvelles technologies est perçu comme un moyen d'améliorer les conditions de travail des professionnels de santé et de répondre au manque de ressource médicale. Sont ainsi mentionnés la mise en place de portails santé autour d'hôpitaux, l'élaboration de dispositifs de télétransmission d'images radio ou scanner en urgence, la création de plates-formes régionales de télé-santé avec production d'un dossier patient minimum partagé associé à un numéro d'identifiant régional en Bourgogne ou le développement de réseaux de télé-santé en Haute-Normandie (19 réseaux télé-santé identifiés).

9. En Haute-Normandie, un dispositif d'accompagnement des établissements de moins de 300 salariés cofinancé à 50 % par la région a permis de financer la formation infirmière de 34 personnes (ASH et AS), 6 personnes ayant achevé leur cursus en 2004. En Nord - Pas-de-Calais, la DRASS et la DRTEFP ont organisé en partenariat avec les organisations syndicales et patronales le financement à hauteur de 70 % de la formation en alternance des salariés d'entreprises de transport sanitaire afin qu'ils soient titulaires du certificat de capacité ambulancier. Le démarrage semble assez lent en raison du manque de candidats et de la réticence des employeurs à financer 30 % de la formation et à voir partir des salariés qui ne sont pas remplacés.

■ ■ Autres mesures

Certaines actions sont identifiées comme des améliorations des formes d'exercice et des conditions de travail. Il s'agit :

- du développement des compétences en éducation de la santé des acteurs de santé au contact du public dans le cadre du schéma régional d'éducation et de prévention de la santé en région Nord - Pas-de-Calais,
- de la mise en place des agents de santé. Particularité innovante de la Bourgogne, ils effectuent la prise en charge globale de toute personne en difficulté dans son environnement à partir d'une problématique de soins ou de prévention¹⁰.

■ ■ Les mesures ou dispositifs visant à influencer sur le maintien ou le retour vers l'exercice professionnel

Ces mesures sont peu développées et ont surtout porté sur l'application régionale de mesures nationales.

■ ■ L'expérience d'incitation de retour à l'emploi des IDE de moins de 45 ans dans la région NPC

S'appuyant sur une expérience menée dans les Pays de la Loire, le ministère a lancé en septembre 2001, une action information-formation en direction des IDE ayant cessé leur activité. L'objectif était de permettre un retour à l'emploi aux carrières infirmières par un recrutement rapide, une formation théorique et pratique de requalification, une rémunération pendant le temps de formation et un tutorat pour accompagner les candidats.

Ce plan a été réalisé en collaboration avec l'ARH, la DRASS, les fédérations d'employeurs publics et privés dans six régions dont le Nord - Pas-de-Calais.

Le ministère a estimé à 50 000 le nombre d'IDE de moins de 45 ans ayant cessé leur activité depuis plus de cinq ans. Dans le Nord - Pas-de-Calais, le plan a commencé en 2001 par une conférence de presse le 3 octobre 2001 avec mise à disposition d'un Numéro vert du 3 octobre 2001 au 3 novembre 2001 destiné à donner une première information sur le dispositif et orienter les intéressés sur les établissements offrant des postes. Neuf cent quinze appels ont été enregistrés et 400 postes proposés. Trois IFSI ont formé onze IDE. Le dispositif n'a pas été reconduit

■ ■ Expérience d'orientation des demandeurs d'emploi vers la formation infirmière en leur faisant bénéficier d'une rémunération publique pendant tout ou partie de la formation

Ce dispositif a été mis en place en 2002 dans six régions et comprenait en Nord - Pas-de-Calais :

10. L'agent de santé permet de faire face à la pénurie en professionnels de santé et à une insuffisance repérée comme structurelle dans des zones territoriales sans couverture, ou à couverture insuffisante. Depuis 2002, 7 agents exercent, dont 3 en Saône-et-Loire, 3 dans l'Yonne dont 1 orienté sur les jeunes, et 1 en Côte-d'Or. L'activité varie selon les agents de 60 à 190 suivis individualisés par année.

- Le ciblage du public potentiel par l'ANPE : 3 000 personnes.
- L'information de 900 personnes par les IFSI, ANPE, DDTEFP...
- La formation préparatoire au concours pour 109 personnes intéressées (ANPE, DDTEFP, IFSI).

Vingt-cinq personnes ont été reçues au concours d'entrée dans les IFSI. Le dispositif n'a pas été reconduit.

Autres mesures

■ ■ La constitution d'instituts ou de pôles régionaux de formation paramédicale

Deux régions (Bourgogne et Haute-Normandie) annoncent la création d'un institut ou d'un pôle régional de la formation paramédicale.

En Haute-Normandie, le projet de création d'un institut régional de formation paramédicale vise à regrouper les onze écoles paramédicales du CHU afin d'adapter les locaux aux besoins de formation et opérer un rapprochement avec la culture des médecins notamment dans le cadre du tronc commun présent (sages-femmes et masseurs-kinésithérapeutes) ou à venir (infirmières). Ce projet est promu par le CHU et cofinancé par l'ARH et le CHU.

■ ■ L'élaboration de politiques régionales de la ressource humaine

Trois régions font état d'une démarche concertée et organisée dans le domaine de la ressource humaine en santé. Il s'agit de la Bourgogne qui s'est engagée dans l'élaboration d'un schéma régional des formations paramédicales, la région Nord - Pas-de-Calais qui a défini un plan d'action pour le développement des ressources médicales et de l'Île-de-France qui s'est engagée dans l'élaboration d'un plan régional de formation et de recrutement des infirmiers.

Quand elle était disponible, la présentation complète nous a paru utile comme exemple de définition de politiques régionales de gestion de la ressource humaine.

■ *EN BOURGOGNE LE SCHÉMA RÉGIONAL*

Initié en 2002 il concerne les professions d'infirmiers en soins généraux et spécialisés en anesthésie, bloc opératoire et puériculture, aides-soignantes, auxiliaires de puériculture et cadres de santé.

Le schéma initié par la DRASS et l'ARH est constitué d'un comité de pilotage chargé de déterminer les orientations du schéma et d'accompagner la démarche.

Il comprend la réalisation d'une enquête de besoins afin de recenser les besoins sur cinq ans et réaliser une prospective à dix ans.

Il a pour but de présenter l'appareil de formation de la région ; adapter l'appareil de formation aux besoins identifiés ; promouvoir et améliorer les enseignements.

■ *EN NORD - PAS-DE-CALAIS LE PLAN D' ACTIONS*

Mis en place en octobre 2000, il concerne les médecins. Face aux problèmes de démographie médicale de la région et l'ensemble des acteurs régionaux (facultés de médecine,

conseil régional et conseils généraux, établissements de santé publics et privés, assurance-maladie, Ordres des médecins, ARH, DRASS, représentants des médecins) se sont mobilisés et ont engagé une démarche commune pour le développement des ressources médicales dans la région. Ce plan est issu d'un comité de pilotage régional de la démographie médicale présidé par le doyen de la faculté de médecine, dont le secrétariat est assuré par la DRASS. Les financements proviennent de l'ARH à hauteur de 609 796,00 euros (pour le financement des postes d'assistants à temps partagés) et du conseil régional à hauteur de 152 000,00 euros (conférences d'internat).

Le plan régional d'actions diffusé en novembre 2001 repose sur quatre orientations :

Mesurer l'évolution de la démographie médicale à l'horizon 2020

- Une étude sur l'impact du vieillissement de la population médicale – ORS ;
- Une simulation de la population médicale à l'horizon 2020 – ORS ;

Ces études sont disponibles auprès du secrétariat de l'ORS Nord - Pas-de-Calais au format PDF (e-mail : secretariat@orsnpsc.org)

- Un atlas démographique médical et paramédical du Nord - Pas-de-Calais – DRASS au 1^{er} janvier 2002.

Valoriser la région et son dispositif de santé

- Pour encourager les étudiants en médecine du Nord - Pas-de-Calais à passer l'internat en leur faisant mieux connaître les perspectives de carrière et les disciplines les plus en demande – plus en amont, et pour encourager les internes à s'installer dans la région, des sites Internet sont réalisés : www.medecinsdunord.com, site réalisé par Santexel, qui a pour objet de valoriser la région Nord - Pas-de-Calais, son environnement hospitalier, et les postes vacants (20 établissements hospitaliers ont adhéré à cette démarche dès octobre 2001). On trouve pour chacun d'entre eux, sur le site, une présentation de l'établissement, des services et des postes vacants. <http://nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr>, présentation des différents modes d'exercice hospitalier (document réalisé par la DRASS). Les modes d'exercice dans le privé n'ont fait l'objet d'aucune information particulière.

- Le conseil régional a financé des conférences d'internat des étudiants dans la région à hauteur de 152 000 euros soit 1 MF. Les résultats au concours de l'internat ne sont pas à la hauteur des attentes. Le taux de réussite des étudiants lillois au concours de l'internat 2002 est de 6 %, contre 7 % en 2001. Une publicité plus importante des conférences d'internat est à réaliser.

- Développer la connaissance de la région : un kit de présentation de la région (réalisé par le conseil régional) a été diffusé en octobre 2001 et en novembre 2002, à la nouvelle promotion lors de la première répartition. Pour l'année universitaire 2002-2003 en plus de ce kit, un passe « Activités culturelles » a été délivré également par le conseil régional.

Développer l'accueil et le suivi des internes

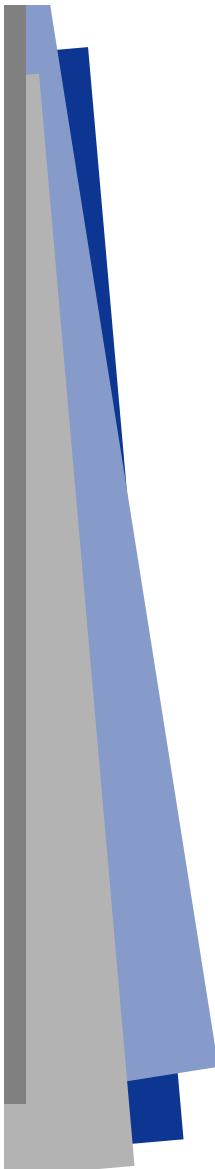
- La DRASS organise une réflexion avec les présidents de CME sur le repos compensateur des internes et résidents.

- Mise en place d'une cellule d'accueil à la faculté de médecine.

- Organisation d'un suivi personnalisé des internes : la mise en place de conseils de spécialité dont les missions sont de définir les critères d'agrément des stages, de donner un avis sur les objectifs de formation et un avis sur l'organisation des carrières à partir de la connaissance des vacances de postes ; une réunion avec l'ensemble des coordonnateurs a été organisée par la faculté de médecine le 30 juin 2003.

Organiser les plans de carrières pour les étudiants

Création de postes d'assistant à temps partagé. L'ARH a délégué 4 MF permettant de recruter, par voie de convention inter-hospitalière, des assistants spécialistes qui, tout en étant affectés dans un établissement de santé périphérique consacreront une partie de leur activité au CHRU (formation, recherche). Après un appel à projet auprès des établissements de la région, 34 contrats ont été signés entre le CHRU et un établissement périphérique : 13 contrats en 2000, 6 contrats en 2001, 15 contrats en 2002. Pour l'année 2003, 23 projets ont été présentés par les établissements de la région, 20 ont reçu un avis favorable.



L'Observatoire national de la démographie des professions de santé livre au public, avec ce rapport 2004, sa première publication depuis son installation en juin 2003. Ce rapport comporte une *Synthèse générale* et quatre tomes thématiques.

À la croissance des effectifs des professionnels de santé observée ces dernières années devrait succéder une période de repli préoccupante. Les départs à la retraite seront importants et les flux de formation ne garantiront pas, à ce jour, le renouvellement de l'ensemble des professions. Les disparités constatées entre les territoires et entre les structures d'exercice ne semblent pas devoir se corriger. Pour élargir son diagnostic, l'Observatoire complète les données émanant des administrations statistiques par celles de professionnels et d'experts nationaux et régionaux.

Chaque tome rend compte des résultats du travail de collaboration accompli tout au long de cette année, au sein du conseil d'orientation et des comités régionaux.

Le tome 1, *Les effectifs et l'activité des professionnels de santé*, met en regard l'ensemble des données quantitatives disponibles sur les effectifs avec les données sur les conditions d'exercice et l'évolution des métiers.

Le tome 2, *Les médecins : projections démographiques à l'horizon 2025*, présente les résultats des projections, réalisées selon plusieurs scénarios concernant la répartition des médecins, par région et par spécialité.

Le tome 3, *Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale*, fournit un état des lieux qui prend en compte les effectifs et les conditions de travail et d'exercice.

Le tome 4, *Démographie régionale de 5 professions de santé de premier recours*, décrit, par canton, la situation des différentes régions pour cinq professions : les médecins généralistes, les pharmaciens d'officine, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, et en propose des synthèses régionales.

L'ONDPS, Observatoire national de la démographie des professions de santé comporte :

- un conseil d'orientation composé de 10 membres : personnalités qualifiées et représentants des administrations ;
- 26 comités régionaux composés de 10 membres : 5 membres de droit (DRASS, ARH, URCAM, ORS, URML) et 5 personnalités qualifiées.

L'ONDPS remplit quatre missions :

- rassembler et analyser les connaissances relatives à la démographie des professionnels de santé ;
- fournir un appui méthodologique à la réalisation d'études régionales et locales sur ce thème ;
- synthétiser et diffuser les travaux d'observation, d'études et de prospective réalisés, notamment au niveau régional ;
- promouvoir les initiatives et études de nature à améliorer la connaissance des conditions d'exercice des professionnels et de l'évolution de leurs métiers, dans le cadre des différents modes d'accès aux soins. Chaque année, il doit présenter les données recueillies dans un rapport public.

ONDPS

8 bis, rue de Châteaudun
75 009 Paris
Téléphone : 01 44 53 32 82
Téléphone : 01 40 56 82 32
Site www.sante.gouv.fr

La Documentation Française

29-31, quai Voltaire
75344 Paris Cedex 07
Téléphone 01 40 15 70 00
www.ladocumentationfrancaise.fr

Prix des 5 volumes : 48 €

Ces ouvrages ne peuvent être vendus séparément

SICOM n° 04 144

DF 57643-3

ISBN : 2-11-005783-1

Imprimé en France

