



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

## **MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

**– 2001 –**

**IMPACT DE LA PROJECTION DEMOGRAPHIQUE MEDICALE ET INFIRMIERE SUR  
L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE AU COURS DES PROCHAINES ANNEES**

**– thème n° 3 –**

**Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale**

***Animatrices***

**– *BONETTO Sylvie***

**– *EVEN Anne Yvonne***

# Sommaire

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>1 ETAT DES LIEUX</b> .....	<b>2</b>
1.1 AU NIVEAU NATIONAL.....	2
1.1.1 <i>Evolution de la demande de soins</i> .....	2
1.1.1.1 Démographie et état de santé .....	2
1.1.1.2 Evolution des besoins .....	3
1.1.2 <i>Évolution de l'offre de soins</i> .....	3
1.1.2.1 L'offre médicale .....	3
1.1.2.2 L'offre infirmière.....	7
1.1.3 <i>Evolution du système de santé</i> .....	9
1.1.3.1 Le renforcement des normes de sécurité .....	9
1.1.3.2 La réorganisation de l'offre de soins.....	9
1.1.3.3 L'activité extra – hospitalière.....	9
1.2 LA RÉGION NORD-PAS-DE-CALAIS.....	10
1.2.1 <i>La demande</i> .....	10
1.2.1.1 Démographie.....	10
1.2.1.2 Des indicateurs de santé préoccupants .....	11
1.2.2 <i>L'offre</i> .....	12
1.2.2.1 Démographie médicale .....	12
1.2.2.2 Démographie infirmière.....	13
1.2.3 <i>Orientations de la politique de santé</i> .....	13
1.2.3.1 L'étude du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.....	14
1.2.3.2 L'étude de la Conférence Régionale de Santé 1999.....	14
<b>2 ANALYSE ET PROPOSITIONS</b> .....	<b>15</b>
2.1 ANALYSE .....	15
2.1.1 <i>Pénurie ?</i> .....	15
2.1.2 <i>Procédures de régulation des effectifs de médecins et infirmières</i> .....	15
2.1.2.1 Entrée en formation.....	15
2.1.2.2 Accès aux spécialités .....	16
2.1.2.3 Entrée sur le marché du travail.....	16
2.1.2.4 Régulation du marché du travail .....	17
2.1.2.5 Sortie du marché du travail .....	17
2.1.3 <i>Évolution des acteurs et de leur métier</i> .....	17
2.2. PROPOSITIONS.....	18
2.2.1 <i>Propositions en terme d'information</i> .....	18
2.2.2 <i>Propositions en terme de régulation</i> .....	19
2.2.2.1 Pour une formation plus adaptée et plus souple.....	19
2.2.2.2. Pour une réglementation à l'installation.....	20

2.2.2.3. Pour une orientation vers des modes d'exercice déficitaires.....	21
2.2.2.3. Le recrutement des médecins étrangers : de moins en moins envisageable .....	22
2.2.3 <i>Vers une redéfinition des métiers</i> .....	22
2.2.4. <i>Vers une nouvelle organisation des professionnels</i> .....	23
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>24</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>25</b>
<b>SIGLES</b> .....	<b>29</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>30</b>

## INTRODUCTION

Après avoir entendu parler de surmédicalisation pendant des années, les projections à 2010-2020 prévoient une baisse des effectifs de l'ordre de 20% des médecins. Le déficit serait encore plus marqué pour la profession infirmière.

Pour autant, peut-on parler de pénurie, entendue comme déséquilibre entre offre et demande de soins ? Il semble que le problème soit plus complexe en raison du nombre de paramètres à intégrer : le vieillissement de la population, la répartition d'activité des professionnels (exercice libéral ou hospitalier, spécialistes et généralistes, privé et public), l'évolution du regard porté sur le travail, la mise en place des 35 heures... paramètres qui vont influencer à la fois la demande et l'offre de soins.

Ceci nous amène à nous poser les questions suivantes :

- Sur quelles bases définir des orientations de répartition ? Faut-il agir sur la répartition géographique, entre spécialistes, entre spécialistes et généralistes, entre exercice libéral et salarié, entre public et privé ? Comment faire ?
- Quelles marges de manœuvre existe-t-il pour agir sur la démographie médicale par le numerus clausus, et sur la démographie paramédicale par les quotas ?
- De l'incitation à la coercition, quelle politique peut-on envisager ? A quel niveau ?

Dans une perspective de planification sanitaire, il est important d'identifier les besoins en soins des populations, puis d'analyser l'état de l'offre médicale et infirmière, leur évolution, au regard de mécanismes de régulation du système de soins (numerus clausus, quotas...).

Finalement, la confrontation de l'offre et de la demande, et les conséquences de leurs évolutions sur l'organisation des soins, permettent de déterminer les marges de manœuvre possibles dans le cadre du système actuel, mais aussi de proposer des aménagements de ce cadre pour une meilleure adéquation entre demande et offre de soins.

Nous présumons donc que la réorganisation des soins est une façon d'adapter l'offre à la demande.

Il nous semble également que le cadre régional peut compléter le cadre national et constituer un niveau d'action pertinent. C'est pourquoi nous analyserons en parallèle la situation nationale et celle d'une région, le Nord-Pas-de-Calais, à partir d'études, de rapports et d'entretiens avec des personnes de terrain.

Dès lors, notre plan suit cette démarche de santé publique. La première partie dresse un état des lieux de la demande et de l'offre médicale et infirmière tant en France que dans le Nord-Pas-de-Calais. La deuxième partie propose une analyse de cette situation et quelques pistes d'action.

# 1 ETAT DES LIEUX

## 1.1 Au niveau national

### 1.1.1 Evolution de la demande de soins

#### 1.1.1.1 Démographie et état de santé

##### 1.1.1.1.1 *Une population française vieillissante*

La population française (58,5 millions d'habitants au recensement de 1999<sup>1</sup>) est caractérisée aujourd'hui par son vieillissement. La proportion de personnes âgées de plus de 60 ans (12,5 millions) augmente alors que celle des moins de 20 ans diminue. La pyramide des âges (annexe 2) illustre le vieillissement durable de la population, les personnes de plus de 40 ans représentant une part importante et croissante de la population française (47,3% en 1999 contre 43,2% en 1990).

Désormais, l'espérance de vie (à la naissance) atteint 74 ans chez les hommes et 82 ans chez les femmes.<sup>2</sup> Les deux tiers des personnes de plus de 75 ans sont des femmes, dont 62% sont veuves. Une sur dix réside en foyer logement ou en institution. C'est dans le sud que la part des plus de 75 ans est la plus forte.<sup>3</sup>

La population des plus de 60 ans est proportionnellement plus importante dans les communes rurales (24%). La part des personnes âgées dans la population totale diminue avec la taille de l'agglomération. A l'inverse, les jeunes adultes (20 à 39 ans) vivent plutôt en zone urbaine. Plus la taille de l'agglomération est importante, plus ils sont nombreux.

En 2050, si les tendances démographiques se maintiennent, la France métropolitaine comptera 64 millions d'habitants. Durant cette période, la population continuera de vieillir et, en 2050, une personne sur cinq aura moins de 20 ans.

##### 1.1.1.1.2 *Etat de santé des populations : bilan contrasté*

Le phénomène le plus connu en matière de géographie de la mortalité est ancien et perdure : surmortalité dans les régions du Nord de la France, et sous mortalité dans le Sud<sup>2</sup>. La mortalité générale est de plus en plus le reflet de la mortalité aux grands âges puisque la moitié des décès surviennent après 80 ans, les décès dits «prématurés» (entre 1 et 64 ans) représentant 23% de la totalité. Certains décès sont évitables, sous réserve d'une modification des comportements ou d'une meilleure prise en charge du système de soins.

---

<sup>1</sup> INSEE PREMIERE N° 746 – Novembre 2000

<sup>2</sup> Actualité et dossier en santé publique. N° 19 – Juin 1997

<sup>3</sup> Malgré cette importance du vieillissement de la population, la gériatrie n'est toujours pas reconnue comme spécialité...

<sup>2</sup> INSEE PREMIERE N° 746 – Novembre 2000

### **1.1.1.2 Evolution des besoins**

#### *1.1.1.2.1 Principaux déterminants du recours aux soins<sup>4</sup>*

Certains déterminants peuvent être mis en avant :

- les caractéristiques démographiques : les personnes âgées et les jeunes enfants recourent plus fréquemment aux soins que la population d'âge intermédiaire. Par ailleurs, la demande de soins des femmes est généralement plus importante que celle des hommes.

- des facteurs culturels et sociaux : des effets de génération expliquent les comportements caractérisant un recours aux soins plus fréquent. Les personnes nées dans le premier quart du siècle dernier sont moins habituées à s'adresser au système de soins que les jeunes. Au niveau de la prise en charge, le maintien à domicile est souhaité et encouragé.

- le revenu des personnes : le niveau de consommation augmente en fonction du revenu des usagers. Les hauts revenus consomment davantage de soins de ville et plus tôt, alors que les bas revenus recourent davantage aux soins hospitaliers et notamment aux services d'urgence.

- l'influence des modalités d'accès au système de soins et du dispositif d'assurance : le degré de liberté d'accès aux soins (en particulier la référence directe aux spécialistes) influence la demande et la structure de consommation de soins. L'instauration de la Couverture Médicale Universelle peut également influencer le recours aux soins.

#### *1.1.1.2.2 L'émergence de l'utilisateur dans le système de santé*

La demande de soins est aussi influencée par des changements de comportement des usagers, dont les attentes envers le système de soins, légitimes, deviennent fortes. L'utilisateur reste ainsi très attaché à l'accessibilité des structures, en particulier hospitalières.

De même, le renforcement du niveau d'information devient une préoccupation, récemment prise en compte par la législation. La diffusion de l'information aux patients a pris une place essentielle dans la relation médecin - patient. Ce besoin d'information infléchit la pratique des professionnels de santé, l'information étant consommatrice de temps d'exercice. Cette évolution s'inscrit dans une reconnaissance accrue des droits et devoirs du patient et de l'utilisateur.

### **1.1.2 Évolution de l'offre de soins**

#### **1.1.2.1 L'offre médicale**

##### *1.1.2.1.1 La démographie médicale*

---

<sup>4</sup> Le carnet de santé de la France en 2000. Mutualité Française p 87

Le nombre de médecins en exercice en France est estimé à 194 000 au 1<sup>er</sup> janvier 2001<sup>5</sup>, après avoir triplé en trente ans, soit une densité médicale de 331 contre 130 pour 100000 habitants en 1970. La France occupe ainsi une place intermédiaire au sein de l'ensemble européen (densité en Italie : 570 ; au Royaume Uni : 175).<sup>6</sup>

Le partage des modes d'exercice entre médecine salariée et médecine libérale est resté globalement stable au cours de cette période, avec environ 60% de médecins libéraux. La proportion des spécialistes a quant à elle augmenté de 36% en 1980 à 51% en 2000.

En ce qui concerne les disparités géographiques, le Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), l'Île de France et l'Alsace où la densité démographique dépasse 320, se démarquent du reste de la France, caractérisé par un nombre inférieur à 300.

Les disparités infra régionales sont encore davantage marquées et se font principalement au détriment de certaines zones périurbaines et rurales (banlieues défavorisées et campagnes isolées). On note ainsi que le nombre de nouvelles installations de médecins généralistes dans les centres villes est le triple de celui des zones périurbaines.

Pour les spécialistes, l'écart entre régions extrêmes va du simple au double ; pour les généralistes, la distribution est plus homogène entre les régions (1 à 1.4).<sup>7</sup> Par ailleurs, la répartition des médecins au sein des différentes spécialités est inégale.

La répartition entre exercice public et privé est également en évolution : 51% des spécialistes exerçaient en hôpital public en 1980, contre seulement 37% en 2000. Ainsi, le milieu hospitalier fait face à d'importantes carences en personnels de santé, surtout spécialisés.

Pénurie ? La couverture du territoire est sans doute globalement suffisante, si l'on raisonne au niveau national ou même régional. Il existe néanmoins des problèmes récurrents, tels les carences en personnels de santé en milieu hospitalier (psychiatrie, anesthésie, chirurgie, obstétrique, pédiatrie, radiologie), l'insuffisance du nombre de médecins au sein de certaines spécialités ou l'existence de "déserts médicaux".

#### 1.1.2.1.2 *Facteurs influant sur la démographie médicale.*

##### *Formation*

La formation des médecins se déroule en trois cycles. La durée totale de cette formation varie de 9 à 12 ans, selon le choix du mode d'exercice, médecine générale ou spécialisée, à partir du troisième cycle.

---

<sup>5</sup> DREES, *Etudes et Résultats* n° 99, janvier 2001. Les données DREES sont établies par un redressement des données ADELI, plus faibles que celles des autres sources : INSEE, enquête emploi, ordre des médecins (incertitude quant au nombre de médecins salariés). France métropolitaine.

<sup>6</sup> Les modes d'exercice médicaux sont différents entre ces pays et dépendent de l'organisation générale du système de santé.

<sup>7</sup> Rapport DGS, juin 2001.

La première année de médecine est sanctionnée par un concours. Le numerus clausus est établi réglementairement chaque année<sup>8</sup>. Il a été institué en 1972<sup>9</sup> en fixant le flux d'entrée en deuxième année à près de 8500 étudiants. Ce flux a été maintenu à 8500 jusqu'en 1977-1978, puis régulièrement abaissé au cours des 12 années suivantes, jusqu'à 3500. Il est depuis resté à ce niveau. (annexe 3) Le nombre d'étudiants de première année de médecine admis à poursuivre leurs études en médecine est fixé pour l'année 2001 à 4100 et à 4700 pour 2002<sup>10</sup>.

Le numerus clausus a été instauré afin de garantir la qualité de la formation clinique et pratique au vu des capacités de formation insuffisante. Il a ensuite été utilisé pour d'autres motivations, en particulier économiques dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé. Le numerus clausus est déterminé par les ministères de l'Éducation Nationale et de l'Emploi et la Solidarité après accord du Ministère de l'Économie et des Finances. Les critères actuellement considérés sont la densité médicale, le nombre de médecins de plus de 60 ans et le nombre d'enseignants hospitaliers et universitaires dans les régions. Ce sont aussi ces critères qui déterminent la répartition régionale du numerus clausus. Avant 2000, le numerus clausus était uniquement fixé, a priori, en fonction de la densité médicale.

En fin de deuxième cycle<sup>11</sup>, les étudiants s'orientent vers la médecine générale ou la médecine spécialisée. L'accès au troisième cycle de médecine spécialisée est régi par un concours d'internat organisé pour chacune des deux zones géographiques (nord et sud). Le nombre d'internes en spécialité par discipline et par région est fixé chaque année par le Ministre de l'Emploi et de la Solidarité après avis des Commissions Nationales et Régionales des Etudes Médicales<sup>12</sup>. La généralisation de l'internat en 2004 à l'ensemble des filières devrait modifier cette répartition.

Les taux de succès aux concours de l'internat influent sur la répartition finale des médecins généralistes ou spécialistes. Une région avec un fort taux de succès à l'internat va produire moins de généralistes puisque les étudiants ayant obtenu le concours effectueront leur spécialité dans leur région d'étude ou dans une autre région (choix en fonction de leur rang au concours)<sup>13</sup>. Ces régions là auront un rapport généraliste/ spécialiste inférieur à la moyenne nationale (annexe 4).

---

<sup>8</sup> Arrêté conjoint du Ministre de l'Éducation Nationale et du Ministre de l'Emploi et de la Solidarité

<sup>9</sup> Loi du 12 Juillet 1972

<sup>10</sup> Entretien DGS, octobre 2001.

<sup>11</sup> Décret 88-321 du 07 Avril 1988.

<sup>12</sup> Décret n° 91-136 du 31/01/91 fixant le rôle, la composition et les modalités de fonctionnement des commissions prévues à l'article 57 de la loi n°68-978 du 12 Novembre 1968.

<sup>13</sup> Les inégalités régionales de densité médicale, Etudes et Résultats, DREES, n° 30, septembre 1999

### *Mobilité géographique*

69% des médecins actifs exercent dans la région où ils ont obtenu leur thèse. La mobilité professionnelle est plus élevée chez les spécialistes; elle s'est accentuée avec le nouveau régime de l'internat (annexe 5).

### *Structure par âge des médecins*

Les régions où la moyenne d'âge des médecins est élevée (PACA, Ile de France) connaîtront une diminution de leurs effectifs médicaux dans les années à venir, en raison des départs à la retraite.

#### *1.1.2.1.3 Projections*

L'évolution à venir des effectifs médicaux est déjà programmée à court terme, compte tenu de la durée des études médicales. Les entrées annuelles correspondent à environ 3% des effectifs en activité. Les projections des densités médicales à l'horizon 2010 s'accordent – à numerus clausus et orientations des internes constants – sur un nombre de médecins plutôt stabilisé, la proportion entre généralistes et spécialistes s'inversant néanmoins (généralistes +5%, spécialistes -3.3%).

Le nombre de médecins va progresser encore très lentement pour se stabiliser vers 2005 jusqu'en 2010, puis va décroître (dès 2005 pour certaines spécialités).

L'ampleur de ce mouvement de baisse en 2020 va dépendre notamment de la fixation du numerus clausus : en maintenant le numerus clausus à 3600, la baisse des effectifs serait de 20% dans 20 ans ; en le fixant à 4500, la baisse toucherait 15% des effectifs<sup>14</sup>.

Cette décroissance apparaît inéluctable, quel que soit le numerus clausus. En effet, le numerus clausus nécessaire au seul maintien de la population médicale serait de 7600, ce qui est irréalisable à court et à moyen terme.

Selon la Direction de la Recherche, des Etudes, des Evaluations et des Statistiques (DREES), la baisse des effectifs en 2020 serait toujours différenciée selon les disciplines : - 14% pour les généralistes et -27% pour les spécialistes, plus importante même pour certaines spécialités (-48% pour les ophtalmologistes, -34% pour les anesthésistes).

Avec les hypothèses de poursuite des règles et des comportements actuels, la DREES conclut à une baisse plus rapide et plus importante des effectifs dans les régions actuellement les mieux pourvues (Ile de France, PACA, Languedoc-Roussillon...), alors que

---

<sup>14</sup> Projections DREES, 1998. Soulignons la difficulté de telles projections, même à moyen terme : Les projections de la DREES ont été comparées à celles du CSDM (centre de sociologie et de démographie médicale), par régions pour 2013, les écarts varient entre 17% et 29% entre ces deux études. Ces écarts sont expliqués par la multiplicité des déterminants et leur intégration variable dans le modèle.

le Nord-Pas-de-Calais, La Franche Comté, la Picardie et le Limousin conserveront presque jusqu'en 2020 des effectifs supérieurs ou égaux à leurs effectifs actuels.

Ces mouvements conduiraient à un certain rééquilibrage. Néanmoins, la baisse des effectifs pourrait alléger la pression concurrentielle des zones attractives, dans lesquelles il sera plus facile de s'installer.

C'est davantage au niveau local que se feront sentir les répercussions de ce choix des futures générations de médecins. Les tendances actuelles d'insuffisance de médecins dans les zones défavorisées ne feront que s'accroître si aucune mesure corrective n'est prise.

### **1.1.2.2 L'offre infirmière**

#### *1.1.2.2.1 La démographie infirmière*

Les effectifs d'infirmiers ont connu une augmentation quasi continue depuis le début des années 1970, passant de 150 000 en 1971 à 350 000 en 1997 (progression annuelle de plus de 3%). Cette population est de 397 500 au 1<sup>er</sup> Janvier 2001<sup>15</sup>, représentant 36% des professionnels de santé<sup>16</sup>.

La part des infirmiers exerçant en secteur libéral a légèrement progressé (16.8% des effectifs en 2000), au détriment de l'activité salariée dans les hôpitaux publics (59%).

Il existe ici aussi de fortes disparités régionales avec des densités allant de 480 infirmiers pour 100 000 habitants en région Centre à 934 en région PACA.

La profession est fortement féminisée, avec 89% de femmes (stable depuis environ 15 ans).

La moyenne d'âge des infirmiers ne cesse de s'élever : l'âge moyen est passé de 34 ans en 1983 à près de 40 ans en 1998. Conséquence directe de l'évolution du nombre de diplômés dans les années 1980, la proportion des jeunes infirmiers ne cesse de baisser, alors que celle des 40 ans et plus a quasiment doublé.

#### *1.1.2.2.2 Facteurs influant sur la démographie infirmière*

##### *Formation*

Les études d'infirmier durent trois ans et mènent à l'obtention d'un Diplôme d'État.

Un arrêté du Ministre délégué à la Santé détermine chaque année le nombre d'élèves admis à entrer en première année. Le nombre est fixé par région. Chaque Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) évalue le nombre d'infirmiers à former, après consultation de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), des directeurs d'établissements, des instituts de formation et fait des propositions au ministère. Celui-ci, en fonction des rapports des DRASS soumet une proposition au Conseil Supérieur des

---

<sup>15</sup> Source : DREES / ADELI

<sup>16</sup> DREES, INSEE, Eco- Santé France 2000

Professions Paramédicales qui entérine la décision<sup>17</sup>. Il apparaît que le nombre finalement fixé n'est pas toujours celui attendu par les DRASS.

Les quotas d'entrée en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) déterminés chaque année varient beaucoup (annexe 6).

### *Temps partiel*

Un quart des infirmiers à temps partiel est à mi-temps ; mais la durée du temps partiel a augmenté, de 23 heures en 1983 à 26.5 heures en 1998. Le développement du temps partiel a donc un impact limité : un doublement de la part du temps partiel n'a réduit en quinze ans le volume global de travail que de trois postes à temps plein pour 100 infirmiers.<sup>18</sup>

### *Durée d'activité et pyramide des âges*

En 1999, la durée d'activité est estimée à 31 ans. Cette durée moyenne d'activité s'est accrue depuis 15 ans. Toutefois, cet allongement est en voie de ralentissement ce qui peut laisser supposer que l'ancienneté moyenne des infirmiers ne devrait guère augmenter au-delà d'environ une année supplémentaire dans un avenir proche.<sup>19</sup>

#### *1.1.2.2.3 Projections*

Si les quotas d'entrée restent stables (18 270<sup>20</sup> en France métropolitaine en 1999) et si l'on estime à 75 le nombre d'infirmiers qui se présenteront sur le marché du travail lorsque 100 personnes auront été admises à l'entrée en formation trois ans auparavant, on évalue à 13800 les nouveaux infirmiers par an<sup>21</sup>.

En considérant la situation de 1999 comme référence en terme de comportement d'activité (durée moyenne d'exercice, part du secteur libéral, part du travail féminin), les sorties devraient passer de 7 000 infirmiers en 1999 à un maximum de 12 500 en 2011.

En comparant départs et arrivées, les effectifs infirmiers dépasseraient alors 400 000 en 2006 et atteindraient 428 500 en 2017 (annexe 7).

Ces prévisions ne prennent pas en compte les évolutions de la structure de la profession ni le passage aux 35 heures... Elles se basent sur les effectifs et non sur le volume global d'heures de travail.

---

<sup>17</sup> Entretien DRASS Nord-Pas-de-Calais

<sup>18</sup> VILAIN Annick, NIEL Xavier, Les infirmiers en activité, DREES, Etudes et Recherches n°12, mars 1999.

<sup>19</sup> DREES n°12, mars 1999.

<sup>20</sup> Le quotas ont cependant déjà augmenté: 26436 en 2000 et sans doute jusqu'en 2002. Nous reprenons néanmoins les résultats de la seule étude sur les projections démographiques infirmières.

<sup>21</sup> DREES n°12, mars 1999.

### **1.1.3 Evolution du système de santé**

#### **1.1.3.1 Le renforcement des normes de sécurité**

La dernière décennie est marquée par l'instauration de différentes mesures de sécurité sanitaire en secteur libéral (Références Médicales Opposables) mais essentiellement en milieu hospitalier (décrets sur la sécurité anesthésique de 1994, l'accueil et le traitement des urgences de 1997, la périnatalité de 1998).

Ces normes de sécurité exigent des personnels médicaux et paramédicaux qualifiés et se heurtent à la difficulté de recrutement de certaines catégories professionnelles; cette problématique pouvant entraîner parfois des fermetures de services.

Cette évolution intervient concomitamment à la mise en avant du principe de précaution ainsi qu'à l'augmentation du nombre de recours en responsabilité intentés par les usagers.

#### **1.1.3.2 La réorganisation de l'offre de soins**

Après une croissance florissante, la politique des pouvoirs publics s'oriente vers une planification hospitalière (années 70), renforcée par la loi hospitalière de 1991.

Les incitations de réorganisation de l'offre de soins contenues dans cette loi deviennent plus directives avec les ordonnances du 24 avril 1996.

Cette réorganisation passe par des fusions d'établissements, des coopérations, des fermetures, des réorientations d'activités et par la mise en place de réseaux de soins. Ces mesures de réorganisation peuvent être une des solutions pour pallier le manque de personnel (exemple des réseaux périnatalité)<sup>22</sup>.

#### **1.1.3.3 L'activité extra – hospitalière**

L'exercice médical libéral reste fondé sur les principes de liberté d'exercice de 1927 malgré des mesures incitatives de régulation (dépassement d'honoraires, conventionnement...).

L'ordonnance de 1996 sur la maîtrise médicalisée des dépenses de santé met notamment en place le réseau ville – hôpital et le médecin référent. Ces mesures, destinées à pallier le déséquilibre libéral – salarié et le déséquilibre généraliste – spécialiste, ont peu d'effets à ce jour. Le nombre d'infirmiers libéraux a connu une augmentation très nette, de 38 900 en 1990 à 54 000 fin septembre 2000 avec une forte disparité géographique : la densité varie de 43 infirmiers pour 100 000 habitants dans l'Aube à 191 dans l'Hérault et 217 en Haute Corse. En parallèle, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) dénonce une dérive de la pratique des infirmiers libéraux par rapport à leurs qualifications initiales<sup>23</sup>. Ainsi pour certains infirmiers libéraux, les actes d'aide à la vie

---

<sup>22</sup> Entretien à la DGS 5 octobre 2001

<sup>23</sup> "La profession d'infirmiers est entrée dans une crise durable" Les Echos 3-4 Novembre 2000

quotidienne prennent de plus en plus de poids au détriment des actes dont l'objectif est de soigner la personne et de l'aider à retrouver son autonomie. Cette situation se rencontre essentiellement dans le sud de la France où sont installées le plus de personnes âgées... et d'infirmiers. Certains syndicats infirmiers, soucieux de cette dérive, voit dans la mise en place du Projet de Soins Infirmiers en pratique libéral un moyen de corriger la situation.

## 1.2 La région Nord-Pas-de-Calais

### 1.2.1 La demande

#### 1.2.1.1 Démographie

##### 1.2.1.1.1 *Une population dense et majoritairement urbaine*

Les deux départements du Nord et du Pas-de-Calais totalisent 3 966 125 habitants, soit 7 % de la population française (4<sup>ème</sup> région de France par le nombre d'habitants). La région, avec 321 habitants au km<sup>2</sup>, est trois fois plus peuplée que la moyenne nationale. Cependant, il existe des disparités de densité entre le Pas-de-Calais et le Nord où vivent 64% de la population régionale. Cette dernière se répartit entre quatre bassins de vie (annexe 8):

Bassin de vie	% de la population régionale	Densité (hab / km2)
Métropole	32	772
Artois	29	310
Hainaut	19	262
Littoral	20	187

85% de la population vit en agglomération. A elle seule, la métropole de Lille - Roubaix - Tourcoing compte 24% de la population régionale.<sup>24</sup>

##### 1.2.1.1.2 *Une population plutôt jeune mais stable*

Le Nord-Pas-de-Calais compte la population la plus jeune de France: près du tiers des habitants (28% contre 25% dans toute la France) ont moins de 20 ans<sup>25</sup>. Cette situation s'explique par des taux de natalité et de fécondité parmi les plus élevés de France. Mais si la structure par âge des habitants souligne encore aujourd'hui la forte proportion des jeunes (mais aussi des 20-59 ans), il faut noter que la croissance démographique, avec un taux de 0,1% par an, est inférieure à celle du reste de la France. Trois phénomènes concourent à cette baisse démographique: la diminution du nombre de naissances, un déficit migratoire et surtout une forte mortalité<sup>26</sup>.

<sup>24</sup> Espace Social Européen – 23-06-95 – "Nord-Pas-de-Calais: une région jeune, mais vulnérable"

<sup>25</sup> ibid. 24

<sup>26</sup> Espace Social Européen – 23-06-95 – "Nord-Pas-de-Calais: une région jeune, mais vulnérable"

### 1.2.1.1.3 *Une population active fragilisée*

La région a très fortement subi la crise économique à partir des années 1970 ce qui a eu pour effet de modifier la structure de la population active (diminution de la population active masculine au profit de la population active féminine, départ de la région, augmentation du taux de chômage).

Aujourd'hui, la population subit les contrecoups d'une évolution économique contrastée, passant d'une période de forte industrialisation à une longue période de récession et de reconversions professionnelles multiples. Ainsi, le pourcentage d'ouvriers est le plus important de France (36,1% des actifs contre 30% en moyenne nationale)<sup>27</sup>. Le tiers des plus de 25 ans ne sont titulaires d'aucun diplôme. Près de 10% des actifs ont un emploi précaire. La proportion des bénéficiaires de minima sociaux (Revenu Minimum d'Insertion, Allocation de Parent Isolé, Allocation d'Adulte Handicapé) est très supérieure à la moyenne nationale<sup>28</sup> de même que le taux de chômage (15,3% en 1999 contre 11,3%)<sup>29</sup>. Il faut noter cependant des disparités infra régionales, les régions de Valenciennes, de Lens, de Douai de Roubaix-Tourcoing, de Cambrai et de Boulogne se situant parmi les secteurs les plus touchés.

### 1.2.1.2 **Des indicateurs de santé préoccupants**

Malgré des améliorations sensibles, la région présente encore des indicateurs de santé parmi les plus mauvais de France:

- le taux de mortalité infantile demeure supérieur au taux national: 5,1 pour 1000 naissances contre 4,73 en France en 1997<sup>30</sup>.
- L'espérance de vie reste la plus courte à tous les âges. Elle s'élève à 71 ans pour les hommes (France: 74 ans) et 80 ans pour les femmes (France: 81.9 ans)<sup>31</sup>
- Le taux de décès évitables est élevé: c'est en effet vers 35 ans que se constate la plus forte inégalité avec les autres régions.

On note 10 000 décès prématurés<sup>32</sup>: 40% des décès des hommes et 29% des décès des femmes. Cette surmortalité épargne peu de classes d'âge mais touche surtout les adultes à partir de 35 ans. Plus de la moitié de ces décès sont considérés comme évitables.

La région se caractérise par une prévalence des maladies sociales, liées en particulier à l'usage du tabac, à la consommation d'alcool, à l'alimentation mais aussi à l'environnement professionnel (par exemple maladies respiratoires dans les anciens pays miniers...)

---

<sup>27</sup> Espace Social Européen – 23-06-95 – "Nord-Pas-de-Calais: une région jeune, mais vulnérable"

<sup>28</sup> Moniteur 2000 des Programmes Régionaux de santé Nord-Pas-de-Calais

<sup>29</sup> ibid. 28

<sup>30</sup> Moniteur 2000 des Programmes Régionaux de santé Nord-Pas-de-Calais

<sup>31</sup> site Internet URCAM Nord-Pas-de-Calais

<sup>32</sup> Espace Social Européen – 23-06-95 – "Nord-Pas-de-Calais: une région jeune, mais vulnérable"

## 1.2.2 L'offre

### 1.2.2.1 Démographie médicale

11 174 médecins exercent dans la région Nord-Pas-de-Calais dont 6 283 généralistes et 4891 spécialistes<sup>33</sup>. La densité est ainsi de 258 médecins pour 100 000 habitants. Cette densité a été multipliée par trois entre 1968 et 1978. L' écart par rapport à la moyenne nationale est plus accentué pour le département du Pas de Calais (225/100 000 hab.) que celui du Nord (288/100 000 hab.)<sup>34</sup>.

Le problème de la région est le déficit en médecins spécialistes : 122/100 000 hab. (densité nationale: 170). Le rapport spécialistes/nombre total de médecins est le plus faible de France métropolitaine à 43,2% (taux national : 50,4%). La région apparaît constamment déficitaire pour toutes les spécialités mais surtout pour l'anesthésie, la psychiatrie et la radiologie à l'hôpital (annexe 9). L'offre en médecins spécialistes est inégale pour les quatre bassins de vie de la région. Elle est plus élevée pour le bassin Métropole (présence du CHU), pour les agglomérations ainsi que pour certains secteurs bénéficiant de la présence d'établissements de santé privés (Berck sur Mer, Hesdin, Saint-Omer,...).

La densité des médecins généralistes (157/100 000 hab.) est, quant à elle, légèrement inférieure à la moyenne nationale (162/100 000 hab.). Il existe cependant d'importantes disparités entre les bassins de vie (annexe 10) avec une forte concentration sur le bassin métropole, une couverture correcte sur le bassin du Hainaut et sur le Littoral (sauf sur le secteur de Dunkerque et les secteurs ruraux), mais de faibles densités en médecins généralistes sur le bassin de l'Artois.

Cette situation contrastée par rapport à la moyenne nationale de la répartition entre généralistes et spécialistes s'expliquerait par le faible taux de succès à l'internat des étudiants originaires de la région, ceux-ci se dirigeant plutôt vers une carrière de généralistes. Ce taux était de 42% entre 92 et 95 pour une moyenne nationale de 52%. Les étudiants admis au concours de l'internat venant d'autres régions, auront eux tendance à plus de mobilité à la fin de leurs études.

La moyenne d'âge des médecins exerçant dans le Nord-Pas-de-Calais est de 44,4 ans. C'est la plus basse de France métropolitaine (moyenne nationale : 46,3 ans). De plus, 54,7% des médecins en exercice dans la région ont moins de 45 ans (45,4% au niveau national).<sup>35</sup>

Selon la DREES<sup>36</sup>, la densité médicale en Nord-Pas-de-Calais devrait remonter à l'horizon 2020, en raison de différents facteurs : diminution de la population totale, structure par âge

---

<sup>33</sup> Source DREES : Les médecins, estimation au 1<sup>er</sup> Janvier 2000, document de travail.

<sup>34</sup> SROS Nord -Pas de Calais

<sup>35</sup> ibid 1

<sup>36</sup> Les densités régionales des médecins à l'horizon 2020, Etudes et résultats, n° 57, Mars 2000

de la population médicale et numerus clausus favorables. Cette augmentation de la densité médicale devrait s'accompagner d'une modification du rapport spécialistes - nombre total de médecins. En effet, pour l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM)<sup>37</sup>, il s'agira d'une augmentation plus marquée pour les spécialistes : +19,3% jusqu'en 2008, puis +1,5% jusqu'en 2013. Par contre, les généralistes, après une augmentation initiale jusqu'en 2008 (+2,7%) verront une décroissance de leurs effectifs (- 8,9%).

### **1.2.2.2 Démographie infirmière**

Le Nord-Pas-de-Calais compte 20 957 infirmiers, dont 2 519 infirmiers libéraux (densité de 63 infirmiers libéraux pour 1000 habitants, contre 98 pour la France métropolitaine).

La région ne rencontre pas de difficultés particulièrement marquées quant au nombre d'infirmiers.. Les fuites se font surtout du privé vers le public. En outre, 740 infirmiers ont été formés dans le cadre du protocole Aubry par trois concours ouverts en 2001, l'équivalent du tiers des effectifs d'entrée de l'année.

Les déficits sont davantage marqués pour les infirmiers cadres et spécialisés: la directrice de l'école d'Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat (IADE) reçoit régulièrement des offres d'emplois venant de toute la France.

Les quotas ont été progressivement augmentés: les 24 IFSI de la région n'ont pas de fuites importantes du fait d'un recrutement généralement local. Certains sont également formés en Belgique. Notons néanmoins que cela est surtout vrai pour le Nord (davantage de départs du Pas de Calais). Les admissions ont récemment augmenté : 1634 en 1999, 2118 en 2000...

La région rencontre par contre de sérieuses difficultés pour les infirmiers anesthésistes.

Il existe une école pour toute la région, proposant une formation de deux ans. Le quota a été augmenté de 20 à 30 en 1990 et reste stable depuis, avec en outre 10% de l'effectif réservé au cadre international (Afrique, Asie, sans possibilité pour ces IADE d'exercer en France). Le concours est régional, ce qui empêche toute utilisation des listes complémentaires des départements voisins. Malgré la forte demande en IADE, seulement 18 places ont été pourvues en 2001. Le problème vient essentiellement du financement des études et la prise en charge de la promotion professionnelle par les établissements privés.

### **1.2.3 Orientations de la politique de santé**

Le contrat Etat Région définit trois grands axes:

- Axe 1 : Agir pour l'emploi en construisant une grande région économique
- Axe 2 : Développer la solidarité

---

<sup>37</sup> URCAM, site Nord-Pas-de-Calais

- Axe 3 : Valoriser et mettre en réseau les territoires.

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) et la Conférence Régionale de Santé (CRS) s'incluent dans l'axe 2 où est préconisée une action de prévention et d'accès aux soins, engageant les deux départements sur le rattrapage en matière de santé et y associant les collectivités départementales, régionales et les organismes d'assurance maladie.

### **1.2.3.1 L'étude du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire**

#### *1.2.3.1.1 Organisation de l'offre de soins*

Pour organiser l'offre de soins, le travail de planification intègre trois niveaux géographiques:

- la Région: elle doit pouvoir répondre à la totalité des besoins exprimés par les habitants;
- le Bassin de vie: niveau pertinent de réponse à des besoins de soins qui, par leur moindre fréquence, leur moindre urgence, la spécialisation et la technologie médicale qu'ils requièrent, ne peuvent être pris en charge au niveau des autres secteurs;
- le Secteur sanitaire: zone à l'intérieur de laquelle toutes les activités hospitalières courantes et urgentes doivent être mises en oeuvre.

#### *1.2.3.1.2 Définition des priorités régionales*

A partir de la mesure des besoins de soins de la population<sup>38</sup> des priorités régionales de santé sont définies dans différents volets: oncologie ; cardiologie ; usages et dépendances ; insuffisance rénale chronique ; états végétatifs chroniques ; convalescence, soins de suite et réadaptation ; périnatalité (annexe 11).

Le SROS s'appuie sur la coopération et la mise en réseau.

### **1.2.3.2 L'étude de la Conférence Régionale de Santé 1999**

Différents points sont abordés: la santé cardio - vasculaire ; celle des enfants et des jeunes ; les conduites à risques, les cancers, la précarité et santé avec l'élaboration de Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS). Ces derniers doivent permettre aux personnes en situation de précarité d'avoir les moyens de se soigner, d'être acteurs de leur santé, que leur souffrance psychique soit reconnue et prise en compte, et qu'ils bénéficient de conditions de logement favorables à leur santé.

---

<sup>38</sup> SROS Nord - Pas de Calais 1999 - 2004 p 33- 34

## 2 ANALYSE ET PROPOSITIONS

### 2.1 Analyse

#### 2.1.1 Pénurie ?

Parler de pénurie médicale et infirmière suppose un déséquilibre entre l'offre et la demande de soins. Les documents dont nous disposons ne nous permettent pas d'affirmer que la France manque à l'heure actuelle d'infirmiers et de médecins. En revanche, deux problèmes majeurs de démographie médicale et infirmière sont identifiés:

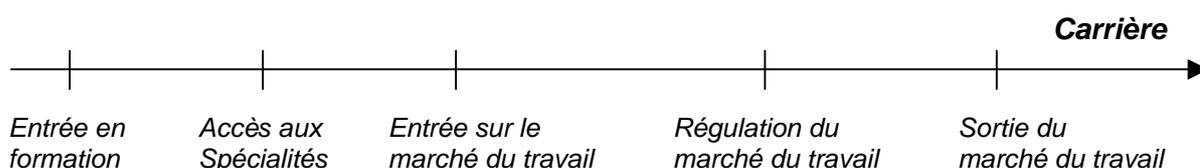
- La répartition géographique des professionnels qui entraîne l'existence de « déserts médicaux » et des difficultés de recrutement pour certains établissements hospitaliers.
- Un déséquilibre entre généralistes et spécialistes au bénéfice des spécialistes et un déficit d'infirmiers spécialisés.

Les projections démographique (qui n'intègrent pas les mesures récentes de relèvement du *numerus clausus* et des quotas) ne prévoient pas une amélioration de ces déséquilibres.

Ainsi, tout concourt à penser qu'à l'échéance 2020, sans relèvement des quotas et actions complémentaires, il existera un manque global de professionnels. Cependant, il est difficile dans les projections de tenir compte de toutes les évolutions potentielles de la demande et de l'offre de soins.

#### 2.1.2 Procédures de régulation des effectifs de médecins et infirmières

Nous utilisons le modèle proposé par Yann Bourgueil sur les niveaux de régulation de la profession médicale<sup>39</sup>, et nous l'extrapolons à la profession infirmière. Ce modèle permet d'identifier des étapes d'une carrière professionnelle au niveau desquelles peuvent intervenir des mécanismes de régulation.



##### 2.1.2.1 Entrée en formation

La fixation du *numerus clausus* a répondu aux craintes de pléthore médicale de la part des médecins et à un souci des pouvoirs publics de maîtriser les dépenses de santé en limitant la croissance de l'offre de soins. Fondé uniquement sur le critère de la densité médicale jusqu'en 1999, il a permis de réduire certaines inégalités géographiques, mais conduit aujourd'hui à un vieillissement du corps médical qui se traduira par une baisse des effectifs à

<sup>39</sup> Communication Colloque DRASS-DREES, 5 octobre 2001, Pornic (44). Y. BOURGUEIL, professeur chercheur à l'ENSP.

partir de 2010. Ce n'est qu'en 2000 que d'autres critères interviennent dans la détermination du numerus clausus.

Aujourd'hui, les inégalités géographiques au niveau infra régional persistent, voire s'aggravent. La détermination du numerus clausus ne s'inscrit pas suffisamment dans une action concertée, intégrant les besoins réels (vieillesse et structure socio-économique de la population, priorités de santé) et les autres mécanismes de régulation de la profession.

Le manque de concertation se retrouve pour la détermination des quotas d'entrée en IFSI. Si un avis est demandé aux DRASS, il n'est pas assez pris en considération<sup>40</sup>. En 2002, il est proposé de former 8 000 IDE et 275 IADE supplémentaires. Nos différentes démarches auprès de la DRASS du Nord-Pas-de-Calais, des instituts de formation, et de la DGS ne nous ont pas permis de comprendre sur quelles bases ces besoins nationaux ont été définis, et nous laissent dubitatifs quant à l'existence d'une démarche scientifique.

Pourtant, ces décisions ministérielles sont lourdes de conséquences : impossibilité des écoles à répondre à ces demandes de formation supplémentaire (manque d'enseignants, de lieux de stage), difficultés de recrutement pouvant mener à baisser le niveau requis à l'entrée des études.

### **2.1.2.2 Accès aux spécialités**

La politique d'accès aux spécialités médicales a subi des changements de cap rapides au cours des 30 dernières années. L'accès aux spécialités s'est fait jusqu'en 1984 par un double mécanisme : internat et certificat d'études spécialisées ; depuis 1984, l'internat qualifiant est la seule possibilité d'accès aux spécialités.

On a déjà vu que c'est le taux de succès à l'internat selon les régions qui influe sur la répartition au niveau national des spécialistes et non pas les besoins par discipline et par région. On en arrive ainsi à des situations de pénurie pour certaines disciplines, dans certaines régions. Le manque de médecins anesthésistes perdure depuis de nombreuses années et ne fait que s'aggraver. Dans d'autres disciplines, il y a pléthore de spécialistes, conséquence de politiques des années 1970.

*« Il est urgent de réagir sans répéter les erreurs du passé »<sup>41</sup>.*

### **2.1.2.3 Entrée sur le marché du travail**

Il n'existe aucun mécanisme de régulation en libéral, mais une grande liberté de choix des professions médicale et infirmière du point de vue du lieu et du mode d'exercice. Les infirmiers doivent travailler trois ans en milieu hospitalier avant de pouvoir s'installer en

---

<sup>40</sup> Entretien DRASS du Nord-Pas-de-Calais 3 octobre 2001

<sup>41</sup> Communication Pr NICOLAS, DHOS, Colloque DRASS-DREES, 5 octobre 2001, Pornic.

libéral. En conséquence, certaines régions sont très mal couvertes alors que d'autres connaissent une pléthore en personnel médical et infirmier.

#### **2.1.2.4 Régulation du marché du travail**

Les quelques mesures de régulation, portées à notre connaissance ont un impact limité. Ainsi, la limitation du nombre d'actes infirmiers en exercice libéral n'a pas eu les résultats escomptés voire a conduit à des effets pervers.

L'accès aux spécialités, pour les infirmiers, se produit en cours de carrière. L'orientation vers les spécialités est guidée par les besoins institutionnels qui déterminent les quotas. Cependant, les difficultés à remplir ces quotas (capacité de formation, qualité de formation, défaut de financement) entraînent un déficit permanent des effectifs d'infirmiers spécialisés, en particulier dans le domaine de l'anesthésie.

#### **2.1.2.5 Sortie du marché du travail**

Les mesures incitatives de départ à la retraite pour les médecins (à 57 ans au lieu de 60) lancées en 1988 et réitérées en 1996 nous semblent contradictoires avec la situation actuelle qualifiée par certains de pénurie.

### **2.1.3 Évolution des acteurs et de leur métier**

Il apparaît que les professionnels de santé ont désormais des attentes différentes envers leur métier, et plus généralement envers le travail. Cette évolution s'inscrit dans un changement général de la société où le temps consacré à la vie privée devient légitime. Ceci atténue les discours sur les conséquences de la féminisation des corps professionnels, en particulier médicaux: les hommes au même titre que les femmes aspirent à bénéficier de temps libre.

Le métier soignant en lui-même a évolué, sous l'effet de la modification des pratiques professionnelles (essor technologique, formation continue, part croissante des tâches administratives...) et sous l'effet de l'évolution d'une société qui n'accepte plus le risque.

Ainsi, les soignants sont de plus en plus préoccupés par la responsabilité de leurs actes surtout dans certaines spécialités (anesthésie, obstétrique, urgences...). Celles-ci auront toujours plus de difficultés à attirer des jeunes professionnels. On peut toutefois noter une différence pour les paramédicaux. La spécialité anesthésiste, bien qu'à risque, attire des infirmiers alors que l'exercice de la profession de cadres de santé n'est plus attractif.

Cependant, les difficultés des métiers soignants ont été dernièrement prises en compte par les pouvoirs publics: un effort a été mené en direction des praticiens hospitaliers grâce à la revalorisation de leur carrière (Protocole Aubry mars 2000). Il en est de même des professions paramédicales hospitalières (Protocole Guigou mars 2001) avec la revalorisation

de la carrière de cadre de santé et des infirmiers spécialisés. Malgré cela, le malaise perdure chez les paramédicaux, qui se plaignent d'un manque de reconnaissance, malgré une image favorable dans la société.

## **2.2. Propositions**

### **2.2.1 Propositions en terme d'information.**

Elles concernent essentiellement l'étude de l'état des lieux, la communication et l'incitation par l'information, préalable à toute décision.

Une démarche d'envergure est en cours dans la région Nord-Pas-de-Calais<sup>42</sup>. Elle regroupe l'Observatoire Régional de la Santé (ORS), le Conseil de l'Ordre des Médecins de la région, l'ARH, la Fédération Hospitalière de France, le CHU, l'Union Régionale des Médecins Libéraux, la DRASS et la faculté de médecine de Lille, dans le but de poser le problème et de dégager des solutions. Ce travail se décline en quatre thèmes.

A partir du recensement des professionnels (Groupe « Etat des lieux »), des besoins constatés par discipline (Groupe « Besoin en praticiens »), un troisième groupe (« Système d'information ») est chargé de créer des outils fiables pour déterminer les possibilités d'installation et de carrière pour les étudiants et professionnels – résultats en ligne sur un site Internet-.

L'URCAM des Pays de Loire a également mis en œuvre une démarche d'incitation par l'information<sup>43</sup>. Il s'agit d'une recherche des zones prioritaires d'installation pour les médecins généralistes sur la région. Cette étude recense les zones à très faible et très forte densité de généralistes au niveau des communes, avec prise en compte des flux de patients (grâce au géocodage des remboursements de l'assurance maladie). On obtient ainsi une carte qui montre les potentialités d'activité en cas d'installation dans une commune. C'est un outil d'aide à la décision qui est communiqué en direction des professionnels de santé et des collectivités locales. Des projections ont également été réalisées, sur cinq ans.

Ces exemples devraient être étendus par la mise en œuvre d'un dispositif de pilotage et de suivi de la démographie médicale des professionnels de santé, afin de permettre une meilleure adéquation de l'offre à la demande. Ceci est indispensable à toute planification.

Pour cela, il semble nécessaire d'étudier la relation entre l'offre de soins et l'état de santé de la population. Cette étude pourrait permettre une politique ciblée visant à améliorer la

---

<sup>42</sup> Entretien DRASS du Nord-Pas-de-Calais, 3 octobre 2001

<sup>43</sup> Etude URCAM Pays de Loire, Congrès DRASS – DREES sur la démographie médicale, Pornic, 5 octobre 2001.

prévention et le contact avec les professionnels de santé ou toute autre mesure en fonction des particularités de la région quant aux besoins de santé.

Ces éléments fiabilisés permettraient de repérer les « déserts médicaux » présents et surtout à venir. Dès lors, une action en amont, avant même le déclenchement des problèmes liés à la démographie, induirait une couverture plus homogène de la population. Ce pilotage de la démographie médicale offrirait une information partagée en ce qui concerne la répartition des professionnels de santé par spécialité, par mode d'exercice et par zone géographique.

Il convient d'avoir conscience des limites de ces outils. Des écarts significatifs sont en effet constatés entre les différentes projections existantes. De plus, les projections des besoins en soins sont difficilement modélisables.

Il apparaît également déterminant de pouvoir bien mesurer et anticiper les évolutions relatives aux comportements des professionnels quant aux choix d'installation ou de spécialité. Ces études devraient ainsi permettre de distinguer et de mieux comprendre les motivations des médecins quant au choix de la spécialité. Un certain nombre de critères seront à envisager : rang de classement, nombre de postes offerts au choix de l'internat, vocation et notoriété, conditions de travail, risque juridique, revenus attendus et déroulement éventuel de la carrière, montant de l'investissement nécessaire pour exercer.

## **2.2.2. Propositions en terme de régulation**

### **2.2.2.1 Pour une formation plus adaptée et plus souple**

Il s'avère nécessaire d'augmenter tant le numerus clausus pour les médecins que les quotas infirmiers, afin d'éviter de graves problèmes de fonctionnement du système de santé à terme. Cette politique est déjà mise en œuvre depuis l'année 2000 mais doit être poursuivie à la lumière des études menées.

Une des contraintes à intégrer est le délai d'action du numerus clausus, supérieur aux dix ans nécessaires à la formation d'un médecin. Le corps professionnel, en exercice à un moment donné, est en effet constitué de l'agrégation de plusieurs promotions. De ce fait, on perçoit l'intérêt d'agir non seulement sur le flux d'entrée mais sur les médecins déjà en exercice.

Des solutions adaptées au contexte local, peuvent être par ailleurs envisagées. C'est le cas de deux mesures prises en Nord-Pas-de-Calais<sup>44</sup> pour améliorer les résultats des étudiants locaux au concours d'internat :

- Le Conseil Régional s'est engagé à donner une subvention pérennisée d'un million par an pour améliorer les conférences d'internat.

---

<sup>44</sup> Entretien DRASS du Nord-Pas-de-Calais, 3 octobre 2001.

- La région est l'avant dernière en terme de nombre d'étudiants par encadrant (41) aussi la création de cinq postes a été décidée sur 2001-2003.

S'agissant des médecins, il est également possible d'intervenir sur la répartition du flux d'entrée par spécialité. En effet, le décret du 20 avril 1999 a décidé l'individualisation de filières spécifiques au concours de l'internat pour la gynécologie-obstétrique, la pédiatrie et l'anesthésiologie-réanimation. L'individualisation d'autres filières spécifiques peut être envisagée comme levier de la régulation de la démographie médicale, pour agir sur des spécialités à problème.

Afin de pallier un certain nombre d'insuffisances en terme de démographie des professionnels de santé, une piste de réflexion pourrait être l'aménagement de passerelles entre spécialités. L'étanchéité actuelle entre les différentes spécialités rend probablement encore moins attractives des spécialités réputées "d'exercice pénible". La perspective pour un médecin d'avoir tout au long de sa carrière des conditions de travail difficiles le conduit probablement, dans certains cas, à renoncer à une spécialité qui, sur d'autres critères, l'attirerait. Il conviendrait donc de mettre en place une autre voie d'accès aux qualifications médicales. Ainsi, Monsieur Courtial, Maître des requêtes au Conseil d'Etat, propose, dans un rapport sur la qualification des médecins (1998), de créer une filière d'accès différé au Diplôme d'Etudes Spécialisées<sup>45</sup>. Cette filière permettrait de prendre en compte les acquis de toute nature en termes de formation et de la pratique professionnelle des médecins en activité. Ce système aurait pour double avantage de gagner en souplesse pour les médecins et de permettre une adaptabilité aux fluctuations de la demande de soins.

#### **2.2.2.2. Pour une réglementation à l'installation**

A l'instar des procédures régissant les installations d'officines pharmaceutiques, des outils coercitifs ou incitatifs pourraient pallier le désintérêt des professionnels pour certaines spécialités ou certaines zones géographiques.

Afin de remédier aux difficultés relevées au sein des zones rurales et périurbaines, la mise en œuvre d'une prime à l'installation paraît pertinente et vient d'être proposée pour dix départements sensibles<sup>46</sup>. Cette mesure pourrait être accompagnée de mesures fiscales à l'image de ce qui se fait dans le cadre des zones franches liées à la politique de la ville.

---

<sup>45</sup> Rapport DGS, juin 2001

<sup>46</sup> Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 13 propositions pour un réforme des soins de ville, octobre 2001.

Pour améliorer la répartition de l'offre médicale sur le territoire, une obligation temporaire d'installation dans certaines zones géographiques déficitaires est envisagée par l'Ordre des Médecins<sup>47</sup>.

En l'absence de toute mesure réglementant l'installation, certaines régions, peu attractives, ont développé des démarches marketing. Ainsi, un groupe de travail de la région Nord-Pas-de-Calais (4<sup>ème</sup> groupe « Plan d'action pour former et fixer les spécialistes ») réfléchit sur les mesures pouvant valoriser la région, améliorer les conditions d'accueil des internes, organiser les plans de carrière pour les étudiants en formation.

Des actions ont déjà été menées dans ce sens :

- Un remodelage du guide des internes comprenant un guide touristique de la région couplée à une présentation du dispositif hospitalier.
- Une journée d'échange avec les établissements périphériques.
- Un suivi individuel des étudiants avec des propositions de travail dans les hôpitaux périphériques via le statut d'assistant spécialisé.

### **2.2.2.3. Pour une orientation vers des modes d'exercice déficitaires**

Le constat des disparités démographiques des spécialistes exerçant en cabinet libéral et en établissement de santé ainsi que la répartition différenciée entre les secteurs public et privé, montre qu'au-delà de la question de la densité globale et d'une action visant à favoriser le choix d'une spécialité, il convient de proposer des mesures permettant d'orienter le choix vers les modes d'exercice déficitaires.

L'asymétrie constatée entre le public et le privé peut en partie s'expliquer par la différence des conditions de travail. Des actions sont menées dans ce sens:

- directement : aménagement et réduction du temps de travail dans la fonction publique...
- indirectement : primes et incitations financières à l'installation, à la prise en charge des urgences ou des gardes dans certaines zones<sup>48</sup>...

Le débat entre incitation et "coercition" est ici déterminant. La France a récemment opté pour les incitations financières, contrairement à d'autres pays européens<sup>49</sup>.

Ainsi, la Grande-Bretagne a mis en place une commission (*Medical Practice Committee*) contrôlant la distribution des généralistes entre les districts et pouvant refuser de nouvelles admissions. La régulation en secteur hospitalier existe au niveau local pour les médecins et tous les paramédicaux.

---

<sup>47</sup> BOURGUIGNON A., "Démographie médicale: les hospitaliers et l'Ordre pour une régulation à l'installation", Le Quotidien du Médecin, 29 juin 2000, n°6737.

<sup>48</sup> Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 13 propositions pour une réforme des soins de ville, octobre 2001.

<sup>49</sup> BOURGUEIL Y., DURR U., ROCAMORA-HOUZAD S., « La régulation démographique de la profession médicale en Allemagne, en Belgique, aux Etats-Unis, au Québec et au Royaume Uni », DREES, *Etudes et Résultats* n°120, juin 2001.

En Allemagne, la coercition, très marquée, se traduit par la limitation des conventionnements par spécialités (selon les besoins hospitaliers) et par zones (selon un « seuil de saturation »).

### **2.2.2.3. Le recrutement des médecins étrangers : de moins en moins envisageable**

Le centre hospitalier de Fourmies, à plus d'une heure trente de Lille, n'a jamais eu d'internes et a dû se tourner vers la Belgique pour recruter ses médecins – 70% des 38 médecins de l'établissement sont belges. Cette solution n'est, selon le directeur de l'établissement<sup>50</sup>, plus reproductible aujourd'hui, la Belgique ayant elle aussi instauré un numerus clausus à l'entrée des études médicales.

Ce constat est valable pour les médecins issus d'autres pays européens. Les médecins issus de pays hors Union Européenne peuvent difficilement faire reconnaître leurs diplômes. En outre, on peut s'interroger sur la fixation de numerus clausus en France alors qu'on accueille parallèlement des médecins étrangers.

### **2.2.3 Vers une redéfinition des métiers**

Il semble nécessaire de jouer sur la complémentarité existant entre les spécialités médicales. Par exemple, la médecine générale pourrait davantage prendre en charge des patients relevant de la pédiatrie. Une des pistes de travail pourrait être d'attribuer au pédiatre un rôle ciblé sur certaines tranches d'âge et prises en charges spécifiques. Les malades seraient plutôt orientés vers les généralistes dans les autres cas.

De manière plus générale, l'accès plus limitatif au spécialiste, par la mise en œuvre du médecin dit référent, est également une piste intéressante. Cette politique existe actuellement en France, toutefois avec peu d'effets. Il convient là de réfléchir à un système plus contraignant, du fait de l'inefficacité d'une simple incitation.

De plus, il serait souhaitable d'envisager également des transferts d'actes entre professionnels de santé par exemple des médecins vers les infirmiers. Pour l'instant cela existe de façon assez limitée pour les infirmiers, par exemple en Grande Bretagne: certains actes médicaux sont pratiqués par des infirmiers. Il va de soi que cette évolution ne pourra se faire sans l'assentiment des professionnels concernés et qu'une concertation et une réflexion seront nécessaires mais difficiles. Le ministère réfléchit pour cela à la création d'un observatoire des métiers de la santé, levier d'action important dans ce sens.

La création d'une consultation infirmière validée par la nomenclature des actes remboursables pourrait être envisagée. Cette consultation aurait pour objectif la mise en œuvre d'une politique de prévention de caractère primaire. Souvent oubliée des politiques de

---

<sup>50</sup> Entretien à Fourmies, le 3 octobre 2001.

santé, celle-ci anticipe le traitement curatif des pathologies et évite donc la mobilisation de moyens importants.

#### **2.2.4. Vers une nouvelle organisation des professionnels**

Comme en Allemagne et en Grande Bretagne, des "maisons de santé" pourraient regrouper différents professionnels, rompant ainsi leur isolement et facilitant la continuité des soins.

Cela serait particulièrement adapté pour les spécialistes, confrontés à une technicité de plus en plus sophistiquée, et à une réglementation de plus en plus contraignante en terme de sécurité. L'organisation autour de plateaux techniques performants permettrait des économies d'échelle et l'accès aux techniques de pointe. De plus, cela garantirait au patient l'accès à une filière de soins adaptée à sa situation. Enfin, cela devrait permettre une permanence d'accès aux différents plateaux techniques en faisant participer l'ensemble des professionnels de la structure à un service de garde commun. La garantie de l'efficacité d'une telle mesure tient bien évidemment à la nécessité de bien répartir ces structures à travers le territoire.

La situation frontalière du Nord-Pas-de-Calais explique le développement de coopération hospitalière transfrontalière, ainsi que la mise en place du système « Transcard » pour les usagers, bénéficiant des systèmes de soins frontaliers<sup>51</sup>.

De façon plus large, le développement de réseaux impliquant tous types d'acteurs est également un facteur de réorganisation des soins<sup>52</sup>. Hospitaliers ou ambulatoires, ils pourraient suivre le modèle de réseaux déjà élaborés (réseaux périnatalité, gérontologie...) ou même intégrer les nouvelles technologies. Il existe ainsi un programme de télémédecine entre le CHU de Lille et son homologue de Tournai<sup>53</sup>.

---

<sup>51</sup>Entretien DRASS Nord-Pas-de-Calais, 3 octobre 2001. Le centre hospitalier de Tourcoing accueille ainsi des malades belges en pathologies infectieuses, son homologue belge de Mouscron facilitant l'accès des patients français à ses unités de dialyse.<sup>51</sup>

<sup>52</sup> Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 13 propositions pour une réforme des soins de ville, octobre 2001

<sup>53</sup> Revue Hospitalière de France, op.cit.

## CONCLUSION

Notre étude a révélé trois difficultés majeures :

- des sources multiples pour les médecins, qui ne concordent pas (différence de 5 000 médecins entre le fichier ADELI et celui de l'Ordre des médecins),
- des sources insuffisantes en ce qui concerne les infirmiers,
- l'absence de rapport d'étude sur la démographie infirmière semblable à celui réalisé en juin 2001 par la DGS sur les médecins.

La présente étude a permis de mettre en évidence certains points.

Plus qu'un problème de pénurie, les difficultés se révèlent être à ce jour davantage une question de répartition tant géographique que par spécialité, des effectifs médicaux et infirmiers. En outre, l'absence d'anticipation et d'une planification efficiente ne permet pas de remédier à cette répartition inégalitaire.

Les projections réalisées par différents organismes d'études, qui prévoient une baisse des effectifs de 20% des médecins à l'horizon 2020, montrent que certaines disparités vont perdurer voire s'accroître.

Une prise de conscience de la nécessité de résoudre ces problèmes émerge et doit être renforcée. Il est ainsi important d'agir à plusieurs niveaux :

- des données complémentaires plus fiables, des critères objectifs pour déterminer les quotas et numerus clausus,
- une démarche d'accompagnement pour la répartition des effectifs, tant géographique que par spécialité. Au delà de mesures incitatives, des actions plus directives peuvent être envisagées, coordonnées sur le plan national, régional voire départemental en concertation avec les professionnels concernés,
- une redéfinition des métiers et des organisations en fonction des besoins de la population peut être examinée, en tenant compte de la dimension européenne.

Les solutions envisagées ne sont pas exhaustives. Le rôle des acteurs de terrain doit être souligné et encouragé et leurs propositions prises en compte.

Notre étude se limite aux professions médicales et infirmières. Il semble par ailleurs nécessaire de mener une réflexion similaire pour l'ensemble des professions paramédicales.

## BIBLIOGRAPHIE

### ARTICLES

BOURGUEIL Y., ROBELET M., "Du mauvais usage de la démographie médicale pour réguler l'offre de soins", ADSP, décembre 2000, n° 33, pp 64-65.

BOURGUEIL Y., DURR U., ROCAMORA-HOUZAD S., « La régulation démographique de la profession médicale en Allemagne, en Belgique, aux Etats-Unis, au Québec et au Royaume Uni », DREES, *Etudes et Résultats* n°120, juin 2001.

BOURGUIGNON A., "Démographie médicale: les hospitaliers et l'Ordre pour une régulation à l'installation", Le Quotidien du Médecin, 29 juin 2000, n°6737.

COM-RUELLE L., MIDY F., ULMANN P., « la profession infirmière en mutations », *Questions d'économie de la santé*, octobre 2000, n°33.

DEMEULEMEESTER R., THEIS D., « Le recrutement de spécialistes, un enjeu pour la médecine future dans le Nord-Pas-de-Calais », *Gestions Hospitalières*, mai 2001.

LACOSTE O., « La santé dans le Nord-Pas-de-Calais, une approche géographique », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, juin 1997, n°19.

*Les Echos*, « la profession infirmière est entrée dans une crise durable », 3-4 novembre 2000.

MANDRAUD I., « Elisabeth Guigou formule treize propositions destinées à améliorer le système de soins », *Le Monde*, 6 octobre 2001, p 10.

*Mutualité Française*, « Le carnet de santé de la France en 2000 », p 87.

NIEL X., VILAIN A., « Les inégalités régionales de densité médicale », *Etudes et Résultats*, septembre 1999, n°30, DREES.

NIEL X., VILAIN A., « Les densités régionales de médecins à l'horizon 2020 », *Etudes et Résultats*, mars 2000, n°57, DREES.

NIEL X., DARRINE S., « Les médecins omnipraticiens au 1<sup>er</sup> janvier 2000 », *Etudes et Résultats*, janvier 2001, n°99, DREES.

NIEL X., VILAIN A., « Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions socio-démographiques », *Etudes et Résultats* n°114, DREES, mai 2001.

NIEL X., VILAIN A., « Les infirmiers en activité : croissance des effectifs à un rythme moins élevé dans les prochaines années », *Etudes et Résultats*, février 1999 n°12, DREES.

RICAN S., SIMON M., CHARRAUD A., SALEM G., « Les médecins généralistes libéraux dans les aires urbaines », *Etudes et Résultats*, mars 1999, n°9, DREES.

*Revue Hospitalière de France*, « L'hôpital et l'Union européenne: Contribution à la réflexion sur la construction européenne », Septembre- Octobre 2000, n°5, pp 35-55.

## **RAPPORTS**

Annuaire des statistiques sanitaires et sociales

Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Démographie médicale au 1<sup>er</sup> janvier 2000 », décembre 2000.

Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Evolution du métier de médecin », juin 2001.

CREDES, Conseil Scientifique CNAMTS, « Démographie médicale : peut-on évaluer les besoins en médecins ? », Actes du séminaire du 11 octobre 2000.

CREDES, « Quel système de santé à l'horizon 2020 ? », rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires, La Documentation Française, 2000.

DRASS, DREES, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, STATISS, statistiques et indicateurs de la santé et du social, avril 2001.

DREES, « Les professions de santé : éléments d'informations statistiques », Document de travail, janvier 2001, n°9.

INSEE, La France continue de vieillir, *INSEE PREMIERE*, novembre 2000.

INSEE, « Projections de population à l'horizon 2050 – Un vieillissement inéluctable ».

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Conférence Nationale de Santé, 2001, Strasbourg.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Rapport sur la démographie médicale, DGS, juin 2001.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Propositions pour la réforme des soins de ville et l'avenir de l'assurance maladie, Document de travail, octobre 2001.

SICART D., « Les médecins : estimations au 1<sup>er</sup> janvier 2001 », DREES, Document de travail, décembre 2000, n°14.

SICART D., « Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2001 », DREES, Document de travail, juin 2001, n°21.

SICART D., « Les médecins : estimations de 1984 à 2000 », DREES, Document de travail, août 2001, n°22.

URCAM, « La médecine de Ville, répartition géographique à venir : un enjeu de santé », septembre 2000.

## **ETUDES NORD-PAS-DE-CALAIS**

Agence Régionale de l'Hospitalisation, Schéma d'Organisation Sanitaire, Région Nord-Pas-de-Calais, 1999-2004.

DRASS Nord-Pas-de-Calais, Enquête « Attractions des spécialistes », Un enjeu pour la médecine future dans le Nord-Pas-de-Calais : le recrutement des spécialistes, Inspection Régionale de la Santé, 1999.

DRASS Nord-Pas-de-Calais, Formations aux professions de santé relevant du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, juin 2001, n°1.

DRASS Nord-Pas-de-Calais, Formations aux professions de santé relevant du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, juin 2001, n°2.

*Espace Social Européen*, « Nord-Pas-de-Calais, une région jeune mais vulnérable », 23 juin 1995.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Conférence Régionale de Santé, Nord-Pas-de-Calais, 1999.

Moniteur 2000 des programmes régionaux de santé Nord-Pas-de-Calais.

ORS Nord-Pas-de-Calais, « La démographie médicale dans le Nord-Pas-de-Calais », Synthèse des études, juin 2001.

## SIGLES

**ADELI** : Direction de la **R**echerche des **E**tudes , de l' **E**valuation et des **S**tatistiques

**ARH** : Agence **R**égionale de l'**H**ospitalisation

**CNAMT** : Caisse **N**ationale d'**A**ssurance **M**aladie des **T**ravailleurs **S**alariés

**CRS** : **C**onférence **R**égionale de **S**anté

**CSDM** : **C**entre de Sociologie et de **D**émographie **M**édicale

**DGS** : Direction **G**énérale de **S**anté

**DRASS** : Direction **R**égionale des **A**ffaires **S**anitaires et **S**ociales

**DRESS** : Direction de la **R**echerche des Etudes, de l' **E**valuation et des **S**tatistiques

**IADE** : Infirmier **A**nesthésiste **D**iplômé d'**E**tat

**IFSI** : Institut de **F**ormation en **S**oins **I**nfirmiers

**INSEE** : Institut **N**ational des **S**tatistiques et des **E**tudes **E**conomiques

**ORS** : **O**bservatoire **R**égional de **S**anté

**PRAPS** : **P**rogramme **R**égionaux d'**A**ccès à la **P**révention aux **S**oins

**RMO** : **R**éférences **M**édicales **O**pposables

**SROS** : **S**chéma **R**égional d'**O**rganisation **S**anitaire

## ANNEXES

ANNEXE 1 : Personnes rencontrées et rendez-vous.

ANNEXE 2 : Pyramide des âges.

ANNEXE 3 : Evolution du numerus clausus.

ANNEXE 4 : Rapport généralistes – spécialistes.

ANNEXE 5 : Proportion de médecins installés dans leur région de thèse en 1998.

ANNEXE 6 : Evolution des quotas et du nombre de diplômes d'État infirmier délivrés.

ANNEXE 7 : Evolution et projection des effectifs infirmiers.

ANNEXE 8 : Les quatre bassins de vie du Nord-Pas-de-Calais.

ANNEXE 9 : Densité médicale par spécialité dans le Nord-Pas-de-Calais.

ANNEXE 10 : Densité médicale par bassin de vie dans le Nord-Pas-de-Calais.

ANNEXE 11 : Priorités régionales de santé, Nord-Pas-de-Calais.

ANNEXE 12 : Tableau synthétique des projections démographiques médicales et infirmières France et Nord-Pas-de-Calais.

ANNEXE 13 : Propositions pour une réforme des soins de ville, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, octobre 2001.

## **ANNEXE 1**

### **Liste des entretiens.**

Mme BENSADON : DGS.

Mme CLEMENTE : DGS.

M. HONORE : CHU de Lille.

Mme BOUDIGUET : Ecole IADE, Lille.

Dr LOEMS : DRASS Nord-Pas-de-Calais.

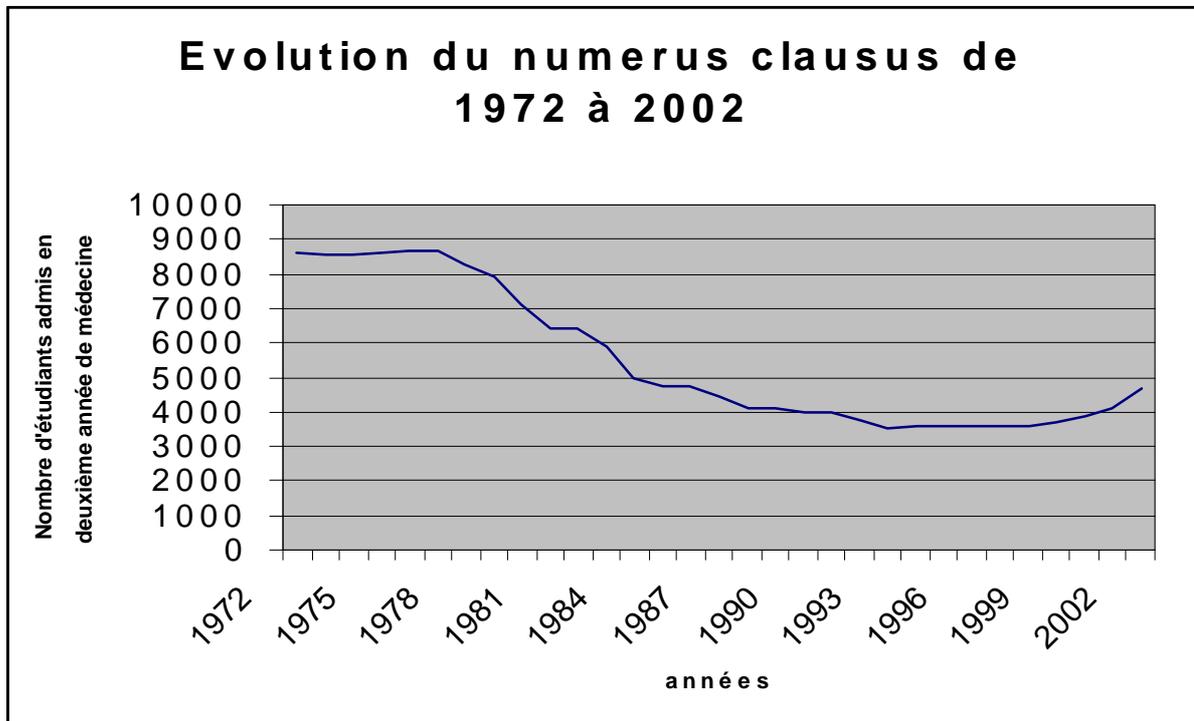
Mme LEURIDAN : DRASS Nord-Pas-de-Calais.

M. LEGROS : Centre Hospitalier, Fourmies.

M. DARRINE : DREES.



### ANNEXE 3 :



Source : DGS, rapport sur la démographie médicale, juin 2001.

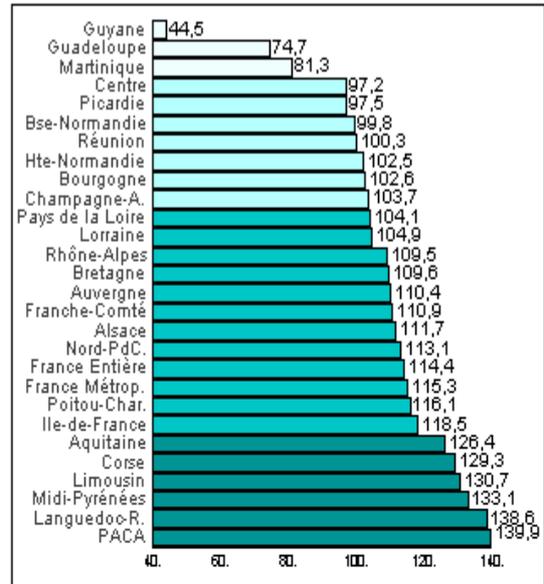
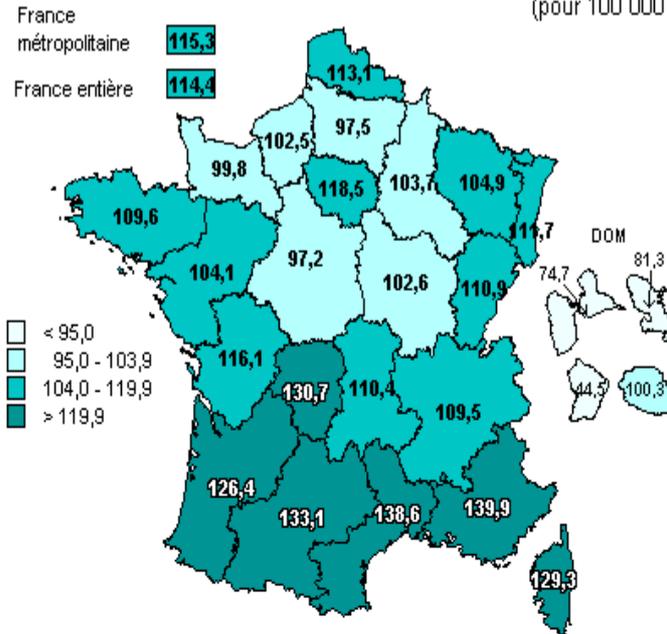
## ANNEXE 4 :

### Rapport généralistes / spécialistes

#### Densité de médecins libéraux en 1999

##### Généralistes

(pour 100 000 habitants)

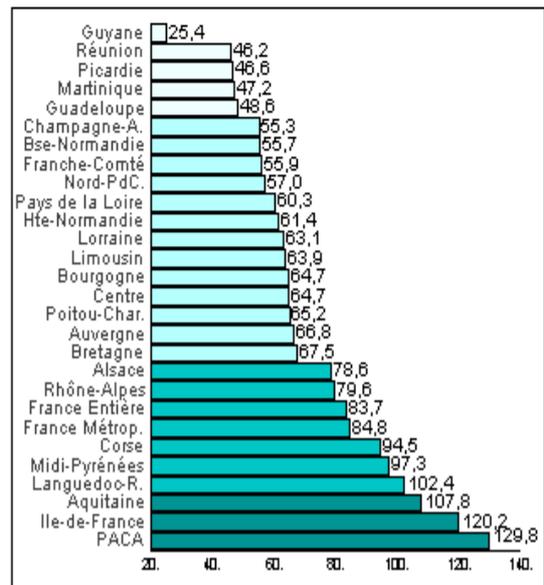
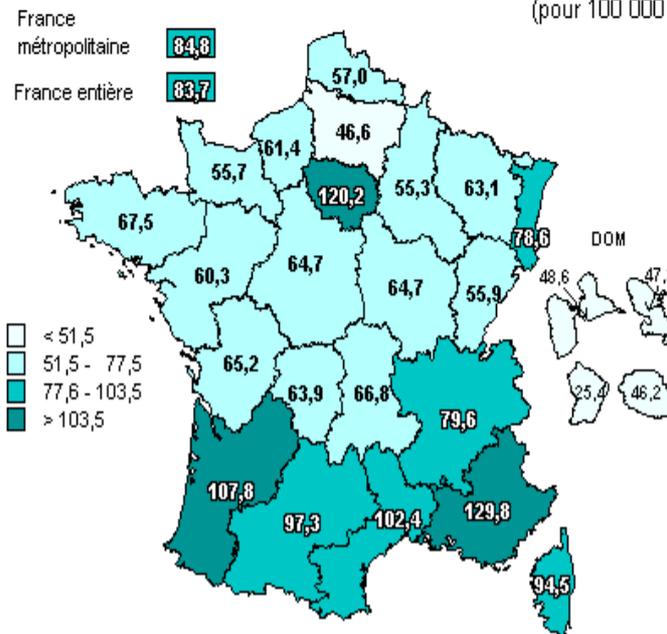


© Sources : DREES, INSEE - Exploitation FNORS

#### Densité de médecins libéraux en 1999

##### Spécialistes

(pour 100 000 habitants)



© Sources : DREES, INSEE - Exploitation FNORS

## ANNEXE 5 :

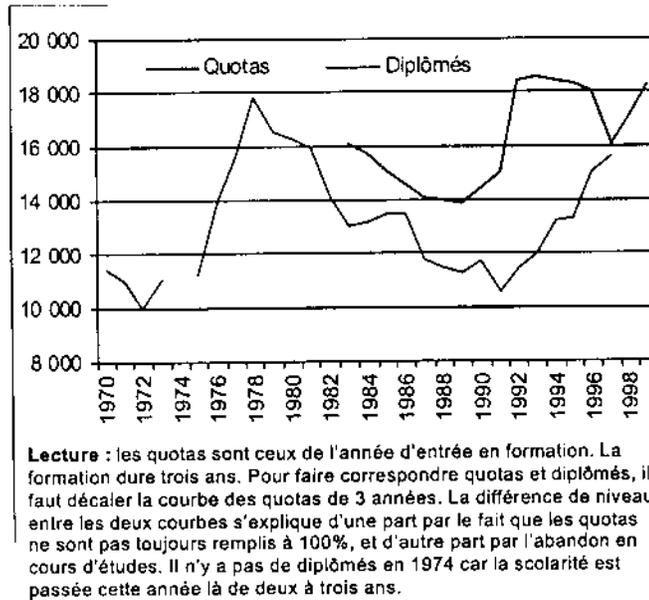
Proportion de médecins installés dans leur région de thèse en 1998 (en %)

Ancienneté du diplôme	Généralistes	Spécialistes	Ensemble
< 10 ans	75	67	71
10 à 19 ans	70	68	69
20 à 29 ans	67	67	67
30 ans et plus	61	64	63
Ensemble	70	67	69

Source : DREES – Répertoire ADELI

ANNEXE 6 :

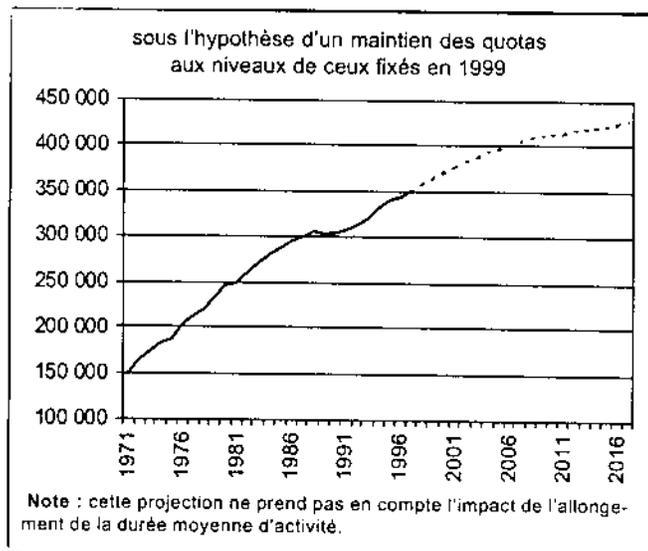
Évolution des quotas et du nombre de Diplôme d'État d'infirmiers délivrés



Source : DREES, Etudes et résultats, n° 12 – Mars 1999

ANNEXE 7 :

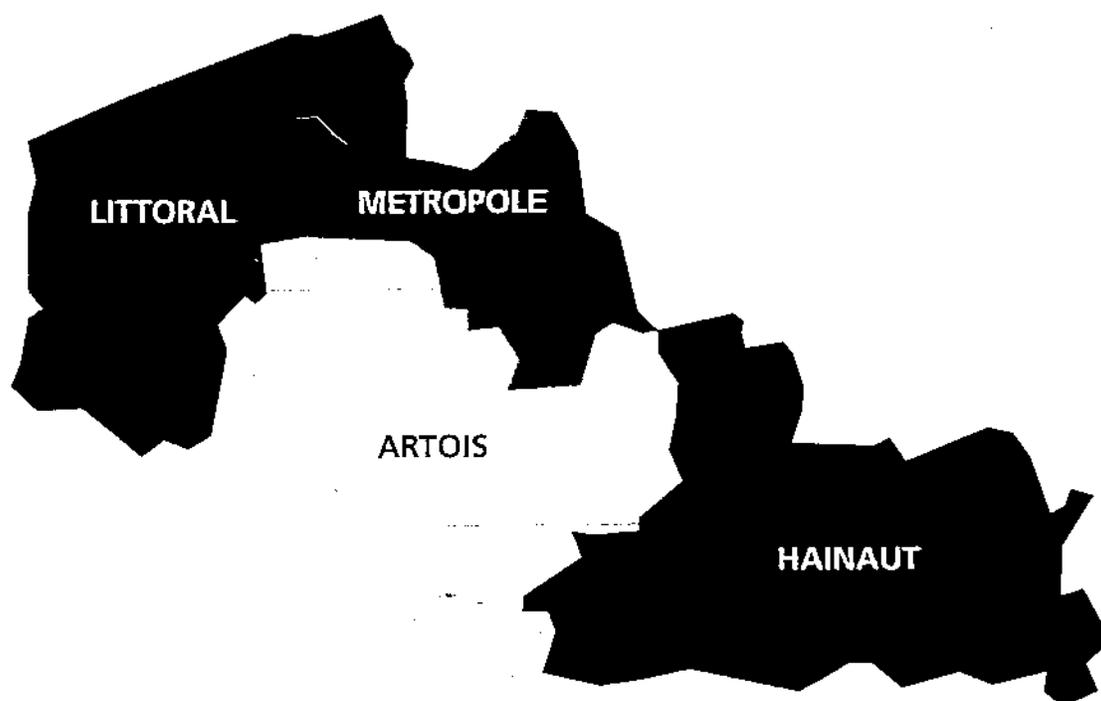
Évolution et projection des effectifs infirmiers



Source : DREES, Etudes et résultats, N° 12, Mars 1999

ANNEXE 8 :

Les quatre bassins de vie du Nord-Pas-de-Calais :



Source : SROS 1999-2004

## ANNEXE 9 :

### Densité médicale (/100 000 hab.) par spécialité (libéraux et salariés) dans la région Nord-Pas-de-Calais (1998)

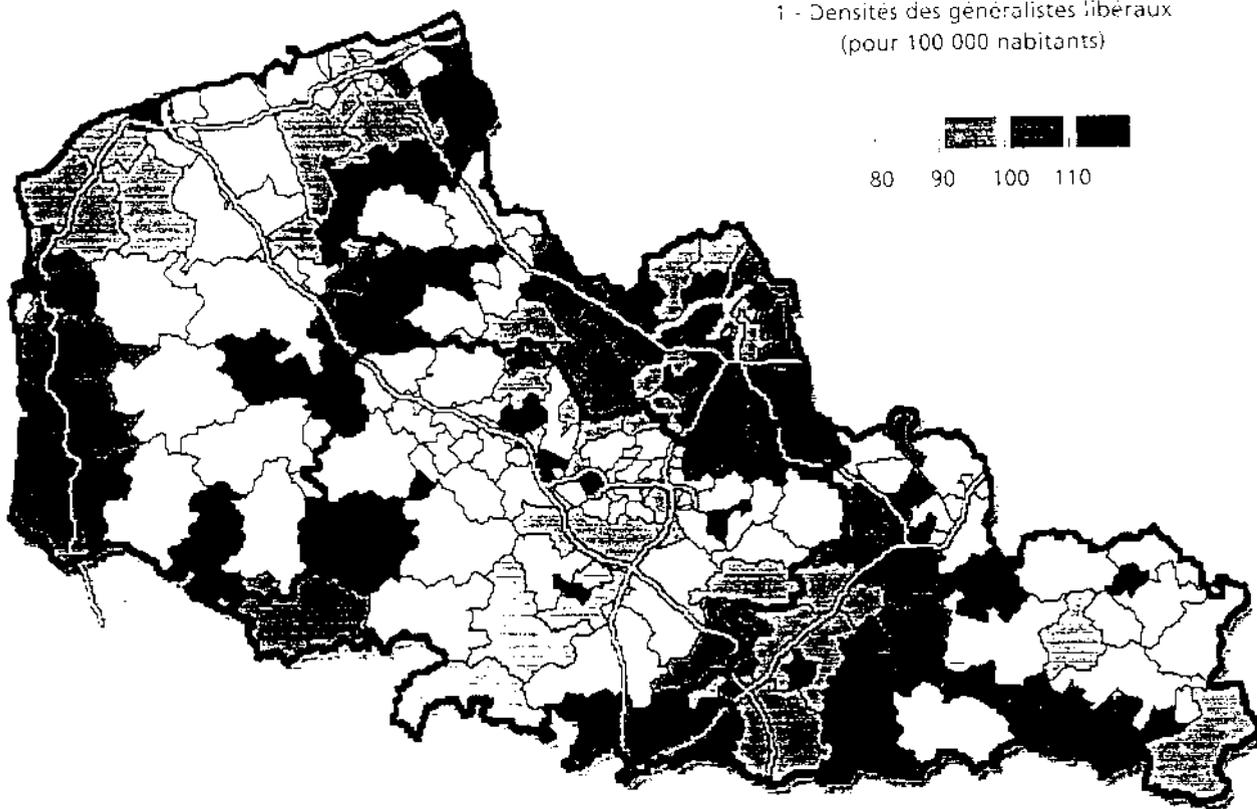
Bassin	Anesthésie - Réanimation	Gynécologie - Obstétrique	Chirurgie orthopédique et traumatologie	Chirurgie générale	Psychiatrie	Radiologie
Hainaut	6,9	6,8	2	3,2	9,7	6,6
Artois	7,8	8,2	1,8	5,8	8,5	7,1
Littoral	7	8,1	4,3	3,5	5	7,9
Métropole	16,8	15,2	3,7	6,3	17,4	10,9

Source : SROS Nord-Pas-de-Calais, 1999-2004

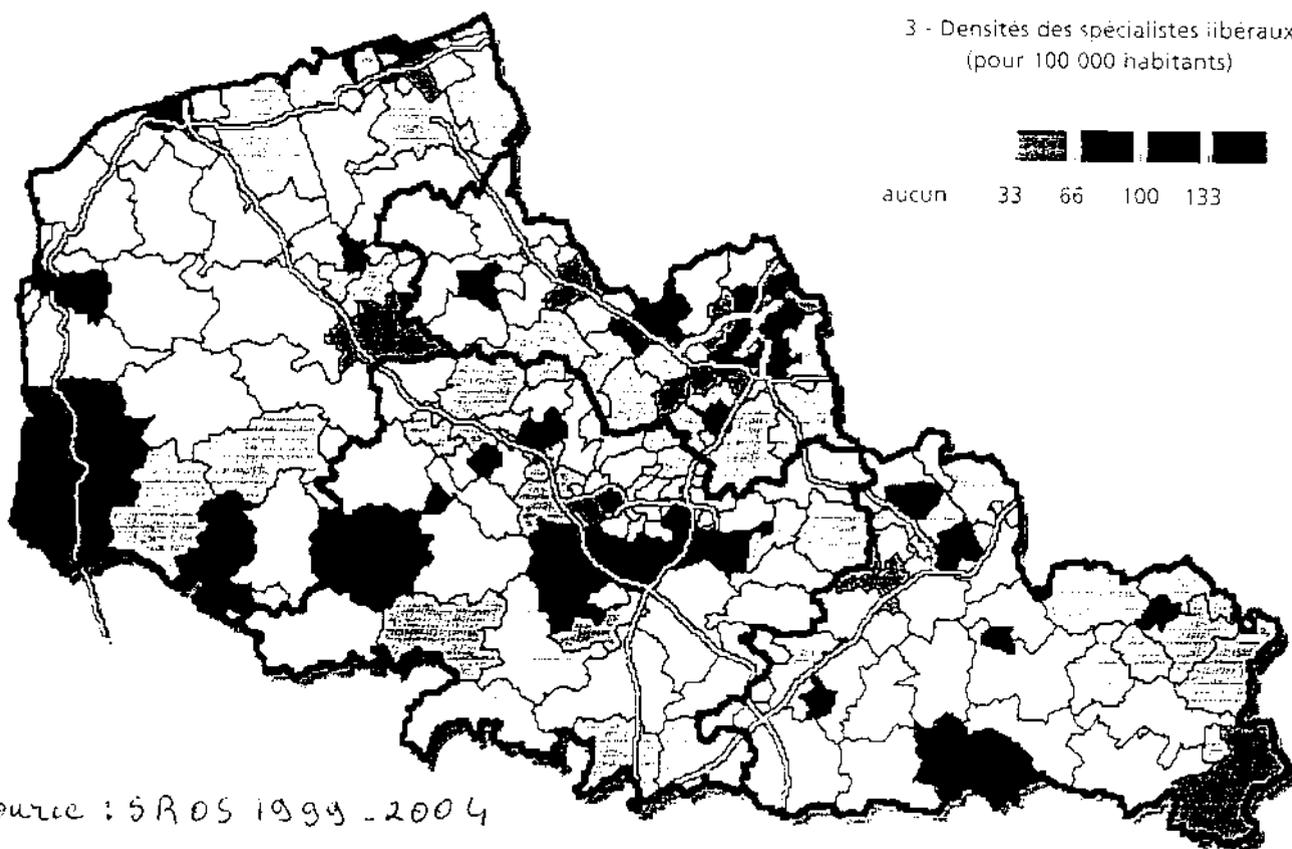
ANNEXE 10 :

Densité médicale par bassin de vie :

1 - Densités des généralistes libéraux  
(pour 100 000 habitants)



3 - Densités des spécialistes libéraux  
(pour 100 000 habitants)



Source : SROS 1993-2004

## **ANNEXE 11 :**

### ***Priorités régionales de santé dans le Nord-Pas-de-Calais***

- **CANCEROLOGIE** : en optimisant l'offre de soins pour mieux répondre aux besoins, en améliorant la pratique de soins, en formalisant des réseaux de cancérologie et en développant la coopération entre établissements.
- **CARDIOLOGIE**: en améliorant la prise en charge en urgence et en développant une stratégie de santé publique visant à réduire les facteurs de risques principaux.
- **INSUFFISANCE RENALE**: en rendant la région autonome pour la prise en charge de tout public ( enfants- adultes), ainsi que sur le plan technique.
- **USAGE NOCIF ET DEPENDANCE**: en favorisant un dépistage plus précoce et en améliorant la prise en charge, d'une part de la dépendance et des complications liées à la consommation de produits nocifs ( alcool, tabac, psychotropes licites ou illicites); d'autre part de la coordination de l'ensemble des acteurs.
- **SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION**: en autonomisant chaque bassin de vie en rééducation et réadaptation fonctionnelle.
- **COMAS** : en réorganisant le dispositif d'aval en évaluant si un ajustement quantitatif sera ensuite nécessaire.

Deux thèmes sont étudiés dans un SROS spécifique:

- la **PSYCHIATRIE** : en améliorant l'accès à l'offre de soins spécialisée sur la région.
- les **URGENCES**: en garantissant l'accessibilité rapide de la population à des soins de qualité, en mobilisant l'ensemble des acteurs de l'urgence et en les insérant dans un réseau coordonné de soins.

Source : SROS Nord-Pas-de-Calais, 1999-2004

**ANNEXE 12:**

**TABLEAU SYNTHETIQUE : DEMOGRAPHIE MEDICALE ET INFIRMIERE ET PROJECTIONS - FRANCE ET NORD-PAS-DE-CALAIS**

	NORD PAS DE CALAIS			FRANCE		
	2000	2010	2020	2000	2010	2020
2.2						
2.3 Médecins	10 563	+5.7%	-4.5%	193 000	=	-20%
Libéraux généralistes	4 512	-8% (4158)	*	115 800	*	*
Libéraux spécialistes	2 261	+25% (2830)	*		*	*
généralistes	6058	+4.4%	-5.4%	49%	+5.3%	-14%
spécialistes	4505	*	*	51%	-3.3%	-27%
2.4 anesthésistes	492	+7.6%	-10.2%		*	-34%
2.5					+4%	+11.8%
2.6 Infirmiers	19856	*	*	384 000	400 000 (en 2006)	428 500 (en 2017)

\*= non disponible

## **ANNEXE 13:**

### **Propositions pour la réforme des soins de ville et l'avenir de l'assurance maladie**

Document de travail – Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - Octobre 2001

Proposition 1 : Créer un observatoire de la démographie

Proposition 2 : Mettre en place une aide à l'installation

Proposition 3 : Définir un plan d'action pour l'exercice dans les zones sensibles

Proposition 4 : Etendre l'évaluation des pratiques professionnelles aux professions paramédicales

Proposition 5 : La réforme du dispositif de formation continue

Proposition 6 : Développer les recommandations de bonne pratique

Proposition 7 : Publier une charte de qualité du service médical de l'assurance maladie

Proposition 8 : associer les professionnels libéraux aux politiques de prévention collective

Proposition 9 : Faire participer les professionnels libéraux à l'organisation des urgences

Proposition 10 : Développer des réseaux pour une meilleure coordination des soins

Proposition 11 : Redéfinir l'élaboration de la politique de santé :

Proposition 12 : Rénover le cadre conventionnel

Mettre en place un socle interprofessionnel

Prendre en compte les engagements individuels

Instaurer un système de régulation fondé sur la convention

Proposition 13 : Conforter la délégation à l'assurance maladie