ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2001 –

COMMENT ANTICIPER LA RAREFACTION ANNONCEE DES MEDECINS ET SES CONSEQUENCES SUR L'ACCES AUX SOINS A L'ECHELON D4UNE REGION ?

– thème n° 4 –

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

Animateur :

– ***Yann BOURGUEIL***

Sommaire

1 La démographie médicale : analyse et perspectives. 3

1.1 Une prise de conscience tardive des enjeux liés à l'évolution de la démographie médicale 3

1.1.1 Une raréfaction annoncée 3

1.1.2 Des disparités territoriales inquiétantes 4

1.1.3 Quels enjeux autour de la démographie médicale ? 5

1.2 L'efficacité contestée des solutions mises en œuvre 7

1.2.1 Le secteur de la médecine libérale 7

1.2.2 Le secteur hospitalier 9

2 Réguler l'accès aux soins par action conjointe sur l'offre et la demande..... 12

2.1- Agir sur l'offre en aménageant le système de soins 12

2.1.1.- Adapter le cadre institutionnel et réglementaire. 12

2.1.2. De la réorganisation du travail entre professionnels de santé..... 14

2.2. Et si la recherche de solutions passait par la définition des besoins et leur évaluation ?..... 16

2.2.1. Une nécessité d'évaluer les besoins en santé 16

2.2.2. La mesure des besoins non satisfaits à partir de la difficulté d'accès aux soins 17

2.2.3. Pourquoi les besoins de santé ne sont-ils pas mieux cernés ? 18

INTRODUCTION

L'opinion communément admise aujourd'hui est que « la démographie médicale et son adaptation constituent un enjeu majeur de santé publique ». Suite à de nombreuses lectures, il nous est apparu que la raréfaction annoncée des médecins était relative. Il semble en effet que la diminution du nombre de praticiens en exercice ne sera une réalité qu'à partir de l'horizon 2008, du fait de la pyramide des âges, de la féminisation de la profession et d'une tendance supposée des médecins à désirer travailler moins. Cette diminution de la productivité médicale globale serait à mettre en lien avec un besoin en soins des futures populations pour définir un éventuel manque à venir.

Or, ce besoin des populations est difficile à cerner. De nombreux auteurs évoquent la nécessité de travaux spécifiques à développer pour le préciser, reconnaissant que rien, aujourd'hui ne permet d'affirmer qu'il y aura carence. De plus, une autre interrogation subsiste : si pénurie il y a, par rapport à quoi elle se définit-elle? Cette question pose avec acuité le problème d'une répartition équilibrée de l'effectif médical sur le territoire (répartition géographique, par spécialité et par secteur d'activité). En effet, la disparité constatée n'est pas sans conséquences sur l'accès aux soins.

Aussi, la relative raréfaction médicale ne serait-elle pas une opportunité pour envisager de traiter la question d'une régulation efficace du potentiel médical ? Et, peut-être, de s'engager dans une nouvelle façon d'organiser la mise en relation de l' offre, avec un besoin des populations qu'il conviendrait de définir ? Les expériences étrangères peuvent être source de propositions.

Au fil des lectures et des rencontres qui ont été les nôtres, les questions liées à une éventuelle pénurie nous sont apparues moins pertinentes. En revanche, nos travaux nous ont conduit à une analyse différente de ce problème. En effet, l'absence de définition des besoins empêche une répartition équitable de l'offre médicale.
C'est pourquoi notre travail consistera, dans un premier temps, à dresser un bilan de la démographie médicale et, à nous interroger sur ses conséquences en terme d'accès aux soins. Puis, dans un second temps, il proposera des solutions permettant d'agir tant sur l'offre que la demande de soins.

1 LA DEMOGRAPHIE MEDICALE : ANALYSE ET PERSPECTIVES

L'évolution du nombre de médecins en France est considérée comme problématique par la plupart des acteurs du système sanitaire en France. Toutefois ce type de constat doit être nuancé car il dépend fortement de l'angle d'approche choisi, la situation étant contrastée selon les régions ou le type de médecin pris en compte (1.1.). Par ailleurs, cette question fait déjà l'objet d'une intense réflexion tant en France que dans d'autres pays : il convient donc d'analyser les solutions déjà mises en œuvres (1.2.).

1.1 Une prise de conscience tardive des enjeux liés à l'évolution de la démographie médicale

1.1.1 Une raréfaction annoncée

L'appréhension de la démographie médicale a été différente selon les périodes. Si dans un premier temps le nombre de médecins a augmenté sans limitation, une régulation est apparue nécessaire dans un deuxième temps. Aujourd'hui, et au vu des études prospectives, l'effectif du corps médical connaît une raréfaction et constitue une préoccupation pour le fonctionnement du système de soins.

Nous sortons actuellement d'une période de trente années au cours de laquelle les effectifs du corps médical ont triplé, ce qui s'est traduit par une forte pression sur les dépenses d'assurance maladie et par l'apparition de zones de surpopulation médicale. Pour tenter de réguler cette augmentation, deux types d'outils ont été mis en place : en 1971 a été instauré un numerus clausus afin de limiter le nombre de médecins formés ; en 1982 le troisième cycle d'études médicales a été réformé afin de contrôler l'accès aux différentes spécialités.

Aujourd'hui, une phase de stabilisation des effectifs a commencé, à laquelle va succéder une décroissance assez rapide à partir de 2008. Les estimations actuelles font état d'une pénurie avérée en 2020, date à laquelle l'effectif sera égal à celui de 1990. Des difficultés apparaissent cependant d'ores et déjà pour certaines spécialités, en milieu rural et pour certains établissements hospitaliers.

Outre la question de la démographie médicale en terme d'effectif global, se pose ainsi une interrogation sur les déséquilibres de sa répartition sur le territoire et entre les différentes

disciplines. S'y ajoutent l'évolution des modes de travail, la recherche d'une meilleure qualité de vie et la féminisation des effectifs.

Le nombre de praticiens en activité actuellement recensé est de 197 224 dont 194 000 pour la France métropolitaine, ce qui correspond à une densité de 331 médecins pour 100 000 habitants au 1er janvier 2000 contre 130 en 1970. La densité médicale globale actuelle est « la plus élevée jamais constatée »

Il faut distinguer la situation des généralistes et des spécialistes. La part des seconds est passée de 37 à 51 % en vingt-sept ans (de 1979 à 1999) : cela s'explique par la réforme de l'internat qualifiant. Toutefois, si les projections montrent qu'à partir de 2005, la part des généralistes atteindra 50 % et continuera à croître, elle atteindra 54 % en 2021, se rapprochant ainsi des 57 % qu'elle atteignait en 1984.

Trente-trois des trente-huit spécialités ont vu leur effectif augmenter depuis 1990, en particulier celles de radiodiagnostic et biologie médicale. Il existe par contre une baisse notable de cinq spécialités dont la chirurgie générale. Force est de constater que dans les hôpitaux, dans certaines disciplines, une inadéquation criante existe entre le nombre de postes disponibles et le nombre de candidats pour les pourvoir. Sont ainsi en baisse : l'anesthésiologie réanimation, la gynécologie médicale, la radiothérapie, la chirurgie générale et la stomatologie ; sont par ailleurs en croissance faible (2 et 3 %) ; l'oto-rhino laryngologie et l'ophtalmologie. Il est remarquable que dans le cas de la psychiatrie, les postes hospitaliers ne sont pas comblés, alors que la densité française dans ce secteur est la plus élevée du monde. Il apparaît donc que « le diagnostic de « pénurie » ou de « situation satisfaisante » pour une spécialité (…) doit se poser en soulignant l'existence de problèmes différents pour différentes spécialités. »

1.1.2 Des disparités territoriales inquiétantes

Le rapport de la DGS fait état du maintien d'importantes disparités régionales en dépit d'une période de croissance forte du nombre de médecins. La densité est en augmentation de 30 à 40 % dans les régions faibles, de 20 % dans les régions fortes. Ceci ne suffit pas à résorber les inégalités, et en chiffre absolus, l'écart se creuse dans les densités.

La moyenne nationale est de 302 pour 100.000 habitants avec des écarts importants : Picardie (241) ou Centre (262) et Ile de France (425) ou PACA (412). Hormis ces extrêmes, la distribution paraît plus homogène : de 263 (Champagne-Ardennes) à 364 (Languedoc-Roussillon). Il y a deux France en matière de densité médicale : le Sud, l'Ile de France et

l'Alsace avec une densité supérieure à 320 et le reste de la France avec un chiffre inférieur à 300.

Ainsi, il existe une prise de conscience d'une évolution problématique de la démographie médicale. Les constats sont les suivants : il existe une réduction à terme des effectifs médicaux, variable en fonction des disciplines, et renforçant des disparités géographiques déjà existantes. Le rapport DGS répond à un souci de Ministère d'anticiper une raréfaction annoncée et posée d'emblée comme problématique. Cependant, l'ensemble des acteurs du système de santé est concerné par la question de la démographie médicale ; les URCAM, pour l'Assurance Maladie, les URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) pour le secteur ambulatoire, les Collèges de spécialistes, ont produit leurs propres études. Selon l'appartenance à un champ professionnel, l'analyse et les prospectives sont ainsi menées différemment, ce qui nous amène à poser la question des enjeux pour les acteurs.

1.1.3 Quels enjeux autour de la démographie médicale ?

Autour de la question de la démographie médicale, les enjeux perceptibles varient en fonction des acteurs. Ils peuvent être distingués en trois groupes : le groupe de la population, celui des producteurs de soins, et celui des institutions chargées de l'organisation administrative et du financement.

- Les institutions chargées de l'organisation administrative et du financement :

Dans le champ de la santé, interviennent le Ministère de la santé et les ARH, l' assurance maladie, ainsi que le Ministère des finances en ce qui concerne l'affectation des moyens. Ces enjeux partagés seront la santé et l'accès aux soins. L'égalité du droit à la santé est remis en cause par des disparités régionales et locales dans le domaine de la démographie médicale. La réduction de ces inégalités est un objectif pour plusieurs raisons. Tout d'abord, la proximité d'un médecin est une garantie d'un accès aux soins de qualité. Ensuite, une densité élevée de médecins peut entraîner des comportements relevant de la demande induite, alors qu'une densité faible peut entraîner une détérioration de la qualité de soins.

Pour l' Assurance maladie en particulier, la démographie médicale est susceptible d'enjeu en terme de pression sur les dépenses dans une perspective de maîtrise des dépenses de médecine ambulatoire qui passe par un processus de conventionnement des médecins, d'encadrement de leur liberté d'installation et de la possible mise en place de zones tarifaires.

Les URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie) en tant qu'organismes de mission ont une vision en termes de cohérence du système de soins, de détermination des besoins de santé et de sensibilisation des professionnels de santé.

Les ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation) sont concernées par la maîtrise et la répartition géographique d'une enveloppe de moyens financiers. L'enjeu les concernant se place plus précisément au niveau de la démographie hospitalière, dans le but de fournir une répartition optimum de l'offre de services hospitaliers sur le territoire.

Dans une moindre mesure, les collectivités territoriales peuvent également participer au financement du système. En effet, la démographie médicale les concerne car elles participent à la santé et à la qualité de vie de leur population. De plus, cela contribue à l'attractivité d'un territoire et à sa desserte sanitaire. Un enjeu politique et financier consiste à favoriser l'installation d'un médecin ou à lui faciliter l'exercice de sa mission par le biais de primes à l'installation ou, comme à Evry, par la sécurisation du travail du médecin en zone périurbaine.

L'ensemble des institutions concernées s'accordent à souhaiter une mesure plus fine de l'ensemble des paramètres de la démographie médicale (Annexe n° : Observatoire de la démographie médicale). Apparaît donc un enjeu de commandes d'études pour des organismes tels que le CREDES (Centre de Recherche d' Etude et de Documentation en Economie de la Santé).

- Les producteurs de soins :

Pour ce groupe apparaît une pluralité d'enjeux. D'une part « ce qui est rare est cher » et un manque de médecins permet des négociations de statut plus intéressantes et des mutations plus faciles. Ceci est valable notamment dans le milieu hospitalier dans lequel les problèmes de recrutement conduisent à proposer des gardes mieux rémunérées.

D'autre part, la rareté des médecins dans les zones rurales conduit à rendre la situation des praticiens difficile la charge de travail étant plus importante, les gardes nombreuses et le remplacement après départ à la retraite non garanti.

Interviennent également des enjeux liés à l'existence d'une certaine concurrence en cas de saturation dans une zone, la recherche d'une meilleure qualité de vie (géographique,

organisation du travail et limitation des contraintes), le maintien et l'amélioration du statut de médecin libéral avec le principe de liberté d'installation.

Du côté des spécialistes, certains domaines d'exercice sont plus recherchés. Cela contribue à la renommée de la spécialité et de son titulaire. Un manque dans une spécialité peut conduire à une augmentation de la charge de travail des professionnels, à un glissement des tâches. Les enjeux de la démographie médicale s'étendent alors aux professions paramédicales qui sont concernées à la fois en raison de leur dépendance de la prescription médicale et en raison du glissement des tâches consécutif à la pénurie de praticiens qui pose des problèmes de responsabilité.

Au niveau de la mobilisation des représentants de la profession, il est à noter une implication différente. Ainsi, a été observée une variation de l'intérêt en fonction des URML, avec une étude statistique et prospective en Rhône Alpes, alors que la situation est différente dans la région Centre.

- Les consommateurs de soins :

Pour l'usager, la démographie médicale joue sur sa santé du fait d'un accès plus ou moins facile à un médecin, à un spécialiste. Sont donc en jeu sa qualité de vie, sa sécurité, une éventuelle participation financière supplémentaire en cas d'initiative des collectivités locales. Les usagers ont par ailleurs des demandes de santé variées et les problématiques sont différentes d'un individu à l'autre.

Si des interrogations sur la démographie médicale demeurent, des solutions visant à pallier une pénurie de praticiens ont déjà été mises en œuvre, avec plus ou moins d'efficacité.

1.2 L'efficacité contestée des solutions mises en œuvre

1.2.1 Le secteur de la médecine libérale

- Les mesures incitatives réglementaires :*

Les études sur la démographie médicale montrent que les médecins s'installent prioritairement dans la région où ils ont été formés et/ou dans leurs régions d'origine. Certains pays se sont attachés à mieux répartir l'offre médicale sur leur territoire ,

- en facilitant le recours à la formation continue pour les médecins qui sont installés loin des pôles de formation. Le Québec a ainsi mis en place le « ressourcement », formation résidentielle en ville, financé à raison de 20 jours ouvrables, pour les médecins qui résident dans certaines zones et y exercent leur activité professionnelle.
- en incitant les jeunes des régions sous dotées à faire des études médicales (systèmes d'aide financières : bourses d'études, logement….) : le Québec octroie des bourses de formation aux étudiants qui exercent en régions périphériques. Il a également mis en place un programme de « marketing de l'exercice en milieu éloigné » qui permet aux étudiants d'aller visiter les régions et aux représentants de ces régions d'aller recruter les étudiants à l'université.
- en instaurant une modification de la rémunération afin d'inciter les médecins à s'installer dans les régions médicalement peu pourvues : le remboursement des actes médicaux est majoré pour les médecins installés dans les zones sous dotées et inversement. Au Québec, des tarifs d'actes variables avec le lieu d'installation sont mis en place pour les nouveaux médecins pendant leurs 3 premières années de pratique.

- Les mesures incitatives financières et fiscales :

Certains pays ont déjà mis en œuvre des dispositifs financiers et fiscaux incitant les médecins à s'installer dans telle ou telle région « sinistrée ». En France, si ces mesures demeurent des hypothèses, les professionnels y ont déjà réfléchi.

- prime à l'installation : une enquête réalisée par le Centre de Sociologie et de Démographie Médicale souligne que la détermination du montant de cette prime doit tenir compte de deux critères, le chiffre d'affaire annuel potentiel et/ou la facilitation d'un accès à la propriété pour un médecin qui s'installe. Elle montre néanmoins que la principale difficulté demeure le montant de cette prime puisqu'un première estimation de celui-ci à 50 000 F est jugée insuffisante par la profession médicale. Le Québec s'est lancé dans une politique de ce type en versant des primes d'installation non imposables sous réserve que le médecin ne se soit jamais installé en région et qu'il exerce à plein temps. La province canadienne a également institué la prise en charge des frais de sortie, de déménagement et d'éloignement en territoire isolé.
- mesures fiscales : elles correspondent à des dégrèvements fiscaux semblables à ceux mis en œuvre par la politique de la ville étant entendu qu'il doit s'agir de mesures très ciblées destinées à résoudre un problème local. Etant donné le coût d'une telle mesure, leur financement devrait être partagé entre l'Etat, l'Assurance maladie et les collectivités locales.

1.2.2 Le secteur hospitalier

- Les apports récents des restructurations hospitalières :

La raréfaction des médecins à l'hôpital public pose davantage problème dans les hôpitaux locaux que dans les CHU (allocution de Monsieur Debrosse, directeur d'hôpital). Les centres hospitaliers importants situés pour la plupart aux abords des grandes villes attirent davantage les médecins hospitaliers. Cette inégale répartition entre établissements se traduit inévitablement par une inégale répartition des praticiens hospitaliers sur le territoire, laquelle a déjà été dénoncée.

Le développement récent des réseaux de soins et des coopérations inter hospitalières (loi du 31 juillet 1991 et ordonnances du 24 avril 1996) semble contribuer à une meilleure répartition des effectifs médicaux et à une accessibilité aux soins plus efficace. Le diagnostic de la couverture sanitaire du territoire considéré est un pré-requis nécessaire aux choix de la formule de coopération ou de réseau la plus approprié. Ainsi, le réseau hospitalier constitue-t-il une formule particulièrement intéressante dans la mesure où les médecins peuvent maîtriser l'organisation de leur discipline et de leur temps de travail (les possibilités de temps partagés constituent d'ailleurs un des attraits principaux de cette formule). Ces réseaux ne sont pas seulement prisés par les médecins. En effet, les institutions sanitaires, et notamment les Agences Régionales d'Hospitalisation, préconisent cette modalité en vue d'un maillage efficace du territoire (allocution de Monsieur Geffroy, directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation de Franche Comté). Les coopérations avec le secteur ambulatoire ont d'ailleurs montré leur efficacité dans des disciplines médicales précises telles que l'oncologie.

Dans certains départements, les fusions d'équipes médicales apparaissent comme le relais nécessaire avec les structures périphériques. De la même façon, la prime multi établissements est envisagée comme un levier d'action pour pallier à ces inégales répartitions démographiques. Elle suppose une coopération préalable entre plusieurs établissements hospitaliers, le plus souvent sous forme de convention. Cette modalité est surtout envisageable à un niveau de territorial plus fin que la région, afin de réduire les inégalités qui existent entre établissements et départements au sein d'une même région.

- De nouvelles mesures réglementaires pour rendre l'hôpital attractif

« Le travail dans une structure hospitalière n'intéressent plus les jeunes médecins ». Admis comme une évidence, les propos du Professeur Alain Bernadou soulignent le défaut d'attractivité du service public hospitalier que les médecins dénoncent, en insistant particulièrement sur la rigidité des statuts hospitaliers, les perspectives de carrière non valorisées et des conditions de travail peu incitatives.

Les pouvoirs publics se sont engagés dans une réflexion plus générale de valorisation des conditions d'exercice au sein de la fonction publique hospitalière. Ces propositions sont recensées dans le protocole Aubry du 14 mars 2000 qui insiste sur les « contrats locaux d'amélioration des conditions de travail ». Ces contrats permettront notamment de financer des équipements adaptés ainsi que tout autre projet visant à alléger la charge physique et psychique du personnel. Les équipes médicales sont évidemment concernées par cette mesure qui semble correspondre à la volonté d'accroître l'autonomie et les règles de gestion des établissements hospitaliers. Cette autonomie d 'organisation est préconisée par la Fédération Hospitalière de France, qui insiste également sur l'orientation du financement par spécialités afin d'obtenir une ventilation adéquate entre les spécialités médicales (allocution de Madame Quillet, Fédération Hospitalière de France).

Concernant le secteur hospitalier, il est un fait que l'ensemble des mesures contraignantes (post internat obligatoire, engagement de servir) sont autant de dispositifs qui appellent une adhésion forte de la profession qui n'est pas acquise à ce jour. Aussi les mesures réglementaires s'attachent davantage à des contenus incitatifs, notamment au travers des dispositifs de recrutement.

L'allocution de Monsieur Blémond, représentant de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins a recensé et exposé ces dispositions de recrutement :

- la réforme la plus récente est relative à la politique des postes à recrutement et maintien prioritaires. Sur proposition des Conseils d'Administration, le Directeur d'Agence Régionale d'Hospitalisation arrêtera ces postes avec allocations globales corrélatives sur enveloppe fermée : 10 000 ∈ dans les 6 mois suivant l'installation, gain d'un échelon à l'issue de 5 ans d'ancienneté et octroi de 5 jours supplémentaires de formation médicale continue (soit 20 jours au total).

- une réforme prochaine introduisant un post internat incitatif : 5000 ∈ pour un engagement sur un poste d'assistant, 5000 ∈ pour un engagement de 4 ans sur un poste autre que celui d'assistant.

Une pluralité d'enjeux liée à une pluralité d'acteurs existe, ce qui induit plusieurs manières de poser la question de la démographie médicale. Tous les auteurs ne sont pas d'accord sur une pénurie insurmontable. L'enjeu global se trouve peut être dans l'organisation du système de santé et dans l'appréhension de la répartition de l'offre (=Partie II du rapport). Actuellement, poser la question en terme de démographie médicale, c'est fonctionner par rapport à *l'offre* antérieure et existante, cependant la question des *besoins* nous semble à développer.

2 REGULER L'ACCES AUX SOINS PAR ACTION CONJOINTE SUR L'OFFRE ET LA DEMANDE

2.1- Agir sur l'offre en aménageant le système de soins .

2.1.1.- Adapter le cadre institutionnel et réglementaire.

- Créer des agences régionales de santé (ARS)

La création d'une agence couvrant les champs de l'hospitalisation et de la médecine ambulatoire semble aujourd'hui indispensable. Les missions de planification qui lui seraient alors confiées permettraient d'organiser une véritable complémentarité de l'offre de soins.

En effet, deux des principes fondamentaux sur lesquels est érigé le système de soins (liberté d'installation et libre choix du praticien) sont aujourd'hui en conflit. C'est pourquoi, il conviendrait de promouvoir une meilleure répartition des médecins tant en secteur libéral qu'hospitalier.

L'Agence pourrait s'appuyer à la fois sur une carte médicale et un SROSS ambulatoire, à l'image de ceux qui existent déjà pour le secteur de l'hospitalisation (à cet égard, il est intéressant d'observer l'expérience menée actuellement par l'URCAM de Bourgogne). Si l'existence de tels outils permet de réorienter l'offre, ils doivent cependant être accompagnés de mesures spécifiques visant à rétablir un équilibre territorial.

L'ARS, structure au cœur du dispositif du système de santé, faciliterait une répartition équitable de l'offre de soins, respectueuse du libre choix du médecin. Elle devrait également inciter au développement des réseaux de soins, qui peuvent être une réponse partielle à la pénurie annoncée.

A ce titre il semblerait utile que l'Agence dispose de deux outils financiers spécifiques :

- un fonds de gestion des aides à l'installation médicale (transposition de l'expérience canadienne) : instrument dynamique de pilotage, il pourrait subventionner, en partenariat avec les collectivités territoriales, des projets globaux de reprise ou de création de cabinets médicaux dans les zones désertifiées (cabinet, habitation familiale, matériel médical, aides à la constitution de clientèle…)

- un fonds de soutien aux réseaux (qui existe déjà mais que nous mettons à disposition de l'ARS) : dès lors qu'un médecin apporterait son concours à la constitution et à l'animation des réseaux médicaux, le fonds pourrait financer cette étape, jusqu'ici exclue de toute possibilité de rétribution , à l'exception des membres des réseaux ville/ hôpital.

Au delà de ces outils incitatifs, la capacité de régulation de l'agence devrait être élargie à une gestion effective globale de l'installation médicale libérale. (campagne ou banlieues défavorisées). Le respect du principe de libre installation des médecins laisse à ce jour des demandes de soins non satisfaites. C'est pourquoi , il conviendrait que l'ARS contractualise ,dès l'internat, la commune d'installation de ces futurs médecins. Ceci permettrait d'équilibrer l'offre de soins au niveau régional. Dans ces conditions, L'ARS prendrait en charge le financement des études médicales, la contrepartie se traduisant par un engagement d'installation en zone régionale déclarée prioritaire .Cette obligation serait limitée dans la durée et dans l'espace. Le coût financier engendré par de telles mesures serait à la hauteur des enjeux de santé publique et permettrait de préserver le principe d'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire national.

De plus, le pilotage par une même agence des deux champs de l'activité médicale permettrait une vision globale et par conséquent d'optimiser l'offre de soins.

- Instituer une Direction des services médicaux

Au moment où la réduction du temps de travail est une question d'actualité, il convient d'admettre qu'il existe encore des gisements de productivité au sein des équipes médicales hospitalières. C'est pourquoi nous proposons la création d'une Direction des Services Médicaux en charge des questions d'harmonisation du temps de travail des différents praticiens. Pour des motifs de légitimité professionnelle, cette fonction devrait être dévolue à un médecin hospitalier, parfaitement rompu au fonctionnement des structures hospitalières. De plus, pour qu'il puisse exercer une autorité reconnue de tous, nous préconisons la présence, à ce poste, d'un praticien hospitalier senior qui pourrait y trouver une valorisation de son expérience professionnelle, à un moment où il aspire à une autre orientation.

- Mesure transitoire : harmoniser les rémunérations du corps médical

Les entretiens que nous avons pu conduire sur le terrain avec les différents acteurs intervenant dans le champ de la santé font ressortir des dissonances dans l'application des textes. Cela s'explique, dans la plupart des cas, par un contexte local particulier, qui entraîne

une surenchère entre établissements hospitaliers et parfois entre médecins eux-mêmes. Cette distorsion dans l'appréciation des textes disqualifie des établissements qui éprouvent déjà de très grandes difficultés de recrutement. La surenchère qui s'exerce aujourd'hui sur la rémunération du personnel médical place ces établissements en situation de fragilité extrême. Au défaut d'attractivité, s'ajoutent l'insuffisance des moyens financiers, la faiblesse des effectifs médicaux, qui nuisent à la qualité des conditions d'exercice. Se pose donc le dilemme suivant : faut-il privilégier la continuité des soins ou le respect de la loi ? Nous pensons qu'il convient d'œuvrer dans le sens d'une harmonisation des rémunérations sur un même territoire géographique. Celle-ci ne pourra être obtenue que dans un cadre réglementaire assoupli prévoyant des dépassements de rémunérations liés à des circonstances exceptionnelles limitativement énumérées telle menace sérieuse d'interruption du service public hospitalier.

- Les maisons de santé, ultime recours

Les mesures énumérées ci dessus peuvent toutefois s'avérer insuffisantes pour pallier un manque de praticiens. Aussi, dans l'hypothèse d'une carence persistante de l'offre de soins, et alors même que la liberté de choix du médecin serait inopérante, nous avons pensé structurer le territoire avec des « maisons de santé ». Celles ci se présenteraient sous la forme de services de santé de proximité, avec des permanences médicales, paramédicales, mais aussi sociales organisées et connues de tous. Cette solution qui s'apparente à une forme de « socialisme municipal ou régional médical » semble être le dernier rempart contre une désertification médicale, en particulier dans les zones rurales ou dans certaines banlieues défavorisées.

Un débat s'est engagé, au sein du groupe, autour de ce sujet entre les défenseurs du tout financement par l'assurance maladie (respect des principes fondateurs des lois de sécurité sociale : la santé est l'affaire de l'Etat) et ceux qui imaginaient plutôt un financement partenarial (n'aggraverait-on pas alors l'inégalité régionale et infra régionale ; s'agirait-il d'un nouveau désengagement de l'Etat ?). Il semble que les premiers aient remporté l'adhésion de tous, d'autant que des praticiens salariés existent déjà, qu'ils soient médecins hospitaliers ou médecins du travail.

2.1.2. De la réorganisation du travail entre professionnels de santé

L'évolution de la démographie médicale ambulatoire suppose une refonte du système de soins vers un ensemble de pratiques organisées et coordonnées dans la prise en charge

d'un patient. Cette organisation doit intégrer un équilibre quantitatif et qualitatif entre l'offre et la demande de soins ; l'objectif étant une répartition optimale des services de santé selon les besoins. Il s'agira aussi d'une recherche de solutions collectives en relation avec l'aménagement du territoire pour intensifier l'offre de soins sur les lieux de raréfaction des professionnels de santé.

La possibilité de transfert d'actes entre professions médicales et paramédicales pour les soins primaires (rapport BROCAS février 1999 - rapport CASTAIGNE février 2000) doit être envisagée. Une meilleure connaissance de la demande en santé devient donc incontournable.

Toutefois, les professions paramédicales ne doivent pas être analysées telles qu'elles existent actuellement. En effet, il ne s'agit pas uniquement de situer le problème de la démographie médicale en terme de remplacement d'actes, mais d'assurer une bonne qualité de l'offre de soins de proximité, à savoir, leur disponibilité géographique. De plus, la formation et la mobilisation des médecins vers une nouvelle organisation professionnelle doit être confiée aux Unions Régionales des Médecins Libéraux puisque l'un de leurs objectifs institutionnels est de développer des compétences professionnelles chez les médecins libéraux au delà des compétences strictement médicales.

Le médecin étant déchargé de nombreuses activités pour lesquelles son intervention n'est pas manifeste, il pourrait recentrer son activité sur les actes purement médicaux mais aussi s'investir en tant que pivot d'une organisation et d'une coordination de prises en charge nouvelles.

Aller vers une évolution des métiers de santé et des pratiques professionnelles, c'est aussi envisager une modification législative et réglementaire pour :
- déterminer pour chaque profession les actes qui seraient transférés dans leur champ de compétence propre, clarifier leurs missions et leurs fonctions ainsi que leur articulation,
- établir des protocoles précis d'intervention avec un cahier des charges fixant concrètement les missions de chacun,
-déterminer le contenu des formations obligatoires et des qualifications complémentaires,
-redéfinir le système de régulation des para-médicaux (quotas d'actes). Il serait donc indispensable de revoir la nomenclature des actes mais aussi l'ensemble des modes de prises en charge pour le remboursement des prestations relevant des nouvelles tâches des professionnels de santé.

Les actes de diagnostics et de prescriptions resteraient de la compétence exclusive du médecin. L'efficacité des soins et les économies produites devraient être clairement identifiées pour en connaître l'impact financier et envisager une nouvelle nomenclature des actes médicaux et leur rémunération. En effet, l'assurance maladie ne reconnaît pas aux médecins de ville l'activité de prévention, de coordination et de formation, et considère uniquement la production de consultations et d'actes de soins. Enfin, le transfert de certains actes devrait s'accompagner d'un apport juridique, éthique et déontologique autour d'un certain nombre de questions notamment la confidentialité et la responsabilité.

Actuellement les professions paramédicales (action de soigner) restent subordonnées sur un plan légal aux professions médicales (action de guérir).Dans le transfert des actes plusieurs modes organisationnels pourraient s'envisager :
- le rattachement de professionnels non médicaux aux cabinets des médecins avec statut d'employés,
- la création de cabinets pluridisciplinaires avec supervision médicale,
-l'exercice dans un « cabinet » indépendant mais avec obligation de travailler en étroite collaboration.

Ces solutions visant l'offre semblent néanmoins insuffisantes et pourraient s'accompagner d'un travail préalable sur les besoins.

2.2. Et si la recherche de solutions passait par la définition des besoins et leur évaluation ?

2.2.1. Une nécessité d'évaluer les besoins en santé

- Qu'est-ce qu'un besoin de santé ?

Des distinctions dans le terme de besoin doivent être faites. Aux besoins pressentis et perçus par la population s'opposent, d'une part, les besoins réels (qui sont évidemment très difficilement identifiables) et les besoins exprimés d'autre part. De plus, parmi les nombreux besoins de la population en matière de santé, certains sont « inassouvissables », c'est à dire qu'il paraît impossible de leur procurer une réponse satisfaisante.

Les besoins exprimés correspondent donc bien à la demande de soins. Celle-ci peut révéler les besoins de la population, mais elle n'en est pas toujours pour autant la copie parfaite. Et

l'enjeu d'une politique de santé publique est précisément de parvenir à répondre aux besoins de soins et de santé et non seulement à la demande. La notion de besoin, en santé publique, est une exigence relative qui se doit d'être établie à partir de la population elle-même, en fonction de son histoire, son état de connaissances en santé, sa culture, son environnement géographique social et politique.

La plupart des études calculent un besoin en santé à partir de la seule (éventuellement par tranche d'âge) rapportée à une offre de soins définie par le nombre de praticiens. Ce n'est qu'au moment des conclusions que l'on voit apparaître la notion de « besoins de la population ». Tous s'accordent à considérer comme nécessaire leur évaluation, sans que ce terme soit autrement précisé. Ainsi, selon le Schéma National de Services Collectifs Sanitaires de décembre 2000, l'émergence de nouveaux besoins correspond à de nouvelles demandes : vieillissement de la population, développement des pathologies chroniques, nouvelles pathologies, évolution de l'attente des usagers.

Or, il n'existe pas de correspondance établie entre « besoins » et « demande ». La demande laisserait penser à un reflet de l'attente des usagers. Mais en quoi consiste le besoin et qui peut l'évaluer ? La plupart des publications sur la démographie médicale (rapport DGS de juin 2001, étude des URCAM de septembre 2000…), font état d'une nécessaire étude du besoin réel des usagers.

2.2.2. La mesure des besoins non satisfaits à partir de la difficulté d'accès aux soins :

- La mesure des délais d'attente pour un rendez-vous chez les praticiens :

Monsieur GELEZ, directeur de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de la région Centre, évalue le manque de praticiens libéraux en fonction du délai d'attente pour un rendez-vous, nous citant l'exemple de la ville d'Orléans où il faut prévoir 6 mois pour un rendez-vous d'ophtalmologie.

- L'étude des mouvements de population vers des pôles géographiques accessibles et mieux pourvus :

Comme nous l'indique Mme le docteur Luminet, médecin inspecteur à la DRASS de la région Centre, les difficultés d'accès aux soins peuvent aussi se pressentir à partir de l'examen des « fuites » de clientèle vers des zones géographiques mieux pourvues. Cet élément n'apparaît que si les voies de circulations sont suffisamment bonnes pour permettre

ces mouvements. (Cela fait percevoir un lien entre organisation sanitaire et aménagement du territoire). Mais ces deux démarches ne rendent pas compte des patients qui, du fait de la faiblesse de l'offre, renoncent ou retardent les soins.

- L'observation des dysfonctionnements de l'offre de soins :

Une autre façon d'approcher les conséquences d'un éventuel manque médical par une définition « en creux » consiste à repérer les situations problématiques :

- services d'urgences qui réalisent des prises en charges qui devraient relever davantage de la médecine de ville ; certains jours, à certaines heures

- services hospitaliers amenés à réaliser des prises en charges ne correspondant pas à leur mission (par exemple, tel hôpital spécialisé fréquemment sollicité pour accepter des hospitalisations sous contrainte sans motif purement psychiatrique, du fait de la fermeture du Service Médico-Psychologique Régional par manque de psychiatres)

- non-respect des recommandations de qualification des praticiens : le manque de praticiens disposant des qualifications complémentaires recommandées, impose aux directeurs d'établissements de faire fonctionner des services (urgences, anesthésie-réanimation, psychiatrie, par exemple) sans le quota de médecins spécialisés

- non-respect des normes réglementaires : par exemple, la réglementation relative à la périnatalité impose un quota de praticiens spécialistes que certaines maternités n'arrivent pas à atteindre, et, ainsi amène les administrations de l'établissement ou la tutelle, à concéder des fonctionnements aux limites de la sécurité légale ou à envisager la fermeture de la structure

- glissement des tâches (l'emploi de personnel moins qualifié pour des tâches plus qualifiées).

Ces sources utilisées de façon empirique par certains responsables sanitaires, pour faire émerger des besoins pourraient être systématiquement recherchées et constituer la base d'une évaluation prospective des besoins.

2.2.3. Pourquoi les besoins de santé ne sont-ils pas mieux cernés ?

- Parce que c'est difficile :

Définir, comptabiliser et comprendre les besoins de santé n'est pas aisé. Les variations liées à la culture, le milieu social, l'environnement géographique, l'âge et l'histoire familiale des individus, rendent extrêmement difficile toute étude précise (qualitative et quantitative) des besoins de la population en matière de santé. Il peut exister des besoins qui ne sont pas « conscientisés » par la population. Les soins préventifs en font partie. De là, la réticence de certains groupes de population à se faire soigner tant que la maladie n'est pas invalidante. Ce qui témoigne d'un manque d'éducation à la santé.

Il existe des demandes qui correspondent à des effets de mode comme par exemple le recours systématique au pédiatre pour le suivi des nourrissons. En effet, certains soins de santé primaires peuvent relever d'une prise en charge familiale ou paramédicale, sans toujours être l'objet d'une consultation médicale.

- Parce que relation entre offre de soins et besoins de santé donne lieu à des avis contradictoires :

Même s'il a été démontré que l'offre de soins peut générer une demande, aucune étude ne permet de dire que l'absence de cette même offre génère un manque de soins, une mauvaise appréhension par la population de la qualité de l'offre de soins ou une mise en danger de cette population. Pour illustration, le Commissariat Général du Plan note en 1993 que le département où l'espérance de vie est la plus longue est parmi les moins bien équipés en offre de soins.

Comme le souligne Guy DESPLANQUES, Directeur Général de l'INSEE Rhône Alpes, dans sa lettre de cadrage du thème « Accéder aux soins » des Etats Généraux de la Santé, il reste difficile de relier : « (…) les inégalités en matière de mortalité par milieu social, qui sont importantes, ou en matière de santé, et les inégalités suivant la localisation géographique. » Il considère pourtant que l'accessibilité géographique peut être un facteur d'inégalité face au système de soins (zones peu pourvues en médecins, ou éloignées de structures hospitalières, notamment face à l'urgence), mais que l'importance de ce facteur reste difficile à mesurer, car « il est difficile de démêler l'influence de ce facteur de celle d'autres facteurs (sociaux par exemple) ».

Devant cette complexité, nous est apparue la nécessité de définir des « Groupes Homogènes d'Individus » qui pourraient rendre compte d'une population et des besoins qu'elle comporte, comme les « Groupes Homogènes de Malades » qui permettent d'affecter des moyens dans le système hospitalier. Ces GMI pourraient être constitués à la manière

des groupes d'assurance qui utilisent et croisent des facteurs d'ordre social et culturel avec les facteurs de santé, dans la gestion du risque.

- Parce qu'il y a des enjeux :

Un entretien avec un directeur d'hôpital situé en zone rurale se trouvant en difficulté face au recrutement médical, exprime un doute quant à la réalité du manque médical, considérant le profit que tire le corps médical de l'exagération du phénomène. En effet, le rapport de l'offre et de la demande peut être l'occasion d'une surenchère au sujet des salaires et des avantages en nature. La rareté étant toujours plus favorable pour celui qui possède.

Les nombreuses tentatives, pour obtenir l'avis des syndicats et unions de médecins sur le sujet, n'ont pas abouti, y compris dans les secteurs géographiques particulièrement défavorisés. Nous avons été amenés à nous interroger sur un éventuel désintérêt de la question. A moins que les problèmes d'accès aux soins ne comportent un risque de remise en question des pratiques, des habitudes et des organisations, de la liberté d'installation. Par ailleurs, la DRASS ou l'URCAM interrogée, au sujet des zones particulièrement défavorisées, nous ont fait remarqué que les personnes touchées par la désertification médicale, ne s'en plaignent pas. Après le constat de réelles difficultés d'accès aux soins, notre suggestion d'un accroissement de l'offre n'est pas retenue sous prétexte de l'absence d'étude réelle des besoins. Il est certain que leur mise en évidence devrait se traduire en mesures et en moyens.

- Parce que les différents acteurs sont cloisonnés :

Au niveau régional, URCAM, ARH et URML sont en place, mais elles ont été surajoutées à des structures déjà existantes et les prérogatives des uns et des autres ne sont pas forcément bien articulées. Le Haut Comité de la Santé Publique en fait le constat dans « La santé des français » : « Un constat sans concessions » (nouvelle édition 1998, Collection Repères n° 261, p. 74 et suivantes). Il considère que « le risque est donc évident, à force de sédimenter des structures sur d'autres structures, d'aboutir à l'inverse de l'effet de coordination recherché ».

On se demande alors à qui revient le rôle d'entreprendre une évaluation des besoins en santé. Chacun, à sa façon, démontre la nécessité de le faire.

CONCLUSION

Au total, le module interprofessionnel a été une formidable occasion pour l'ensemble des acteurs du groupe d'échanger et d'exposer des points de vue, parfois différents, pour finalement arriver à un constat commun. La pénurie annoncée de médecins masque en réalité un problème plus délicat à régler, celui d'une répartition équitable du corps médical sur l'ensemble du territoire. Mais orienter et encadrer la répartition de l'offre médicale suppose un changement important, voir une révolution, dans les comportements individuels, professionnels et corporatistes.

Par ailleurs, la coexistence entre un secteur public et privé nécessite deux systèmes de fonctionnement parallèles, et laisse perdurer des approches qu'il semble aujourd'hui difficile de rapprocher. Pourtant et dès lors que le financement reste assuré, pour l'essentiel, par un même organisme (l'Assurance Maladie), il ne paraît pas déraisonnable de tenter une harmonisation du système sanitaire. Toutefois, les changements appelés pour atteindre un tel objectif ne sauraient s'exempter d'un débat national. La Sécurité Sociale est l'affaire de chaque citoyen, électeur, contribuable qui devrait pouvoir s'exprimer quant au prix qu'il convient de payer pour maintenir un accès aux soins universel.

C'est pourquoi les solutions ébauchées dans notre travail ne peuvent trouver de traduction concrète qu'au terme d'une politique volontariste et ambitieuse, difficile à conduire. Or, dans le contexte d'une société où les comportements individuels priment largement sur le collectif, les obstacles pour entreprendre des réformes d'une telle envergure sont nombreux. Mais pour de futurs professionnels de santé, elles représentent également un défi extrêmement riche et formateur.

BIBLIOGRAPHIE

RAPPORTS

- Ministère de l'Emploi et de la solidarité, Direction générale de la santé, Rapport sur la démographie médicale, juin 2001.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DATAR –CREDES, Quel système de santé à l'horizon 2020 ?, Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires, La Documentation Française, Octobre 2000, 358 pages.
- Choussat J., Rapport sur la démographie médicale, Rapport IGAS N° 96098, Septembre 1996.
- Nicolas G, Duret M., Rapport sur l'adéquation entre les besoins hospitaliers et les effectifs en anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique, psychiatrie et radiologie, Rapport remis à la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, février 1998.

ETUDES MENEES PAR DES ORGANISMES D'ETUDES ET DE RECHERCHE

- Bourgueil Y, Dürr U, De Pouvourville F, Rocamora-Houzard S , La régulation des professions de santé. Etudes monographiques : l'Allemagne, le Royaume-Uni, le Québec, la Belgique, les Etat-Unis – Groupe IMAGE-ENSP, avril 2000.
- Lucas Gabrielli V, Nabet N, Tonnelier F, Les soins de proximité, une exception française , CREDES, Questions d'économie de la santé, juillet 2001, 92 pages.
- CREDES – IMAGE (ENSP), Ouvrage collectif, L'évaluation des réseaux de soins – Enjeux et recommandations, CREDES, Questions d'économie de la santé n°37, juin 2001, 4 pages.
- Rapport de janvier 2001, piloté par le CREDES (Rapport POLTON) servant de base à l'élaboration du schéma de services collectifs sanitaires – disponible sur le site : http://www.credes.fr.
- Publications « Etudes et résultats » : travaux de projections et sur l'offre de soins actuelle du Ministère (DREES) – disponibles sur le site http://www.sante.gouv.fr/drees.
- Simon M, Niel X – Les effectifs et la durée du travail des médecins au 1er janvier 1999 , Etudes et Résultats N° 44, DREES, décembre 1999.
- Vilain A, Niel X, Pennec S, Les densités régionales de médecins à l'horizon 2000, Etudes et Résultats N° 57, DREES, mars 2000.

ARTICLES DE REVUES SPECIALISEES

- Niel X, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DREES, « Les facteurs qui influencent la démographie médicale au niveau régional », in Cahiers du CSDM, avril-juin 2001.
- Gottely, Jacqueline, Vilain, Annick, « Les perspectives démographiques des professions médicales », in Dossiers Solidarité et Santé, Janvier-mars 1999.
- Bourgueil, Yann, Robelet, Magali, « Du mauvais usage de la démographie médicale pour réguler l'offre de soins », in Actualité et dossier en santé publique, décembre 2000.

DOCUMENTS PRODUITS PAR DES ORGANISATIONS DU SECTEUR MEDICAL

- URCAM Poitou-Charentes, La démographie médicale libérale – Perspectives à 2008 en Poitou-Charentes, CSDM Les Cahiers de la Santé N° 3 – mars 2001.
- URCAM de Poitou-Charentes : soirée d'échanges du 12 avril 2001, Démographie médicale en Poitou-Charentes : constat et perspectives – disponible sur le site de l'URCAM Poitou-Charentes.
- Conseil National de l'Ordre des Médecins, Spécialités en crise : quelles solutions pour l'avenir ? Débat du 18 janvier 2001 – 10ème jeudi de l'Ordre des Médecins (27 pages) – disponible sur http://www.conseil-national.medecin.fr.
- Actes du séminaire du 11 octobre 2000 organisé par le Conseil scientifique de la CNAMTS et le CREDES Démographie médicale, peut-on évaluer les besoins en médecins ? , rapport CREDES N° 1341.
- Caisse Nationale d'Assurance Maladie, Divers aspects de la démographie médicale Dossier « Etudes et statistiques » N° 46, mars 2000.
- DRASS du Centre, Contribution de la région Centre au Schéma de Services Collectifs Sanitaires, décembre 1999.
- URCAM Poitou-Charentes – Etudes et Enquêtes – L'offre de soins de la région Poitou-Charentes – constat démographique et analyse – disponible sur le site de l'URCAM Poitou-Charentes : http://www.urcam.poitou-charentes.fr
- URCAM du Centre : La médecine de ville, répartition géographique à venir, un enjeu de santé disponible sur le site de l'URCAM du Centre : http://www.centre.assurance-maladie.fr

ARTICLES DE PRESSE

- SML propositions pour une réforme du système de santé (13 pages) – disponible sur http://www.gie-sml.fr/reforme.htm

- Le CNADT rend son avis sur les neuf schémas de services collectifs – avis sur chacun des neuf schémas – SSc sanitaires – disponible sur le site de la DATAR : http://www.datar.gouv.fr
- CSMF : Pistes pour une démographie médicale harmonieuse – disponible sur http://www.csmf.org
- Articles du Quotidien du Médecin (différents articles sur la démographie en médecine ambulatoire parus en 2001)
- Différents articles de la presse nationale et régionale parus en 2001 sur le sujet

ENTRETIENS

- M.TOUZET, Inspecteur à la DRASS de Loire Atlantique
- M.GELEZ, Région Centre
- Mme N…Directrice du Centre Hospitalier de CARHAIX
- M. ROBELET, Directeur de l'URCAM Poitou-Charentes à CHASSENEUIL-DU-POITOU

COLLOQUES

- le 5 octobre 2001 – Colloque à PORNIC sur la démographie médicale
- le 5 octobre 2001 – Colloque à PARIS sur la démographie médicale hospitalière

ANNEXES

Annexe 1 : Tableau de la démographie médicale par région : nombre, densité, taux de croissance, structure et âge moyen. Tiré du rapport DGS.

Annexe 2 : Différents modes de recensement de la population médicale.

Annexe 3 : Questionnaire élaboré suite aux lectures du groupe et servant de base aux différents entretiens.

ANNEXE 1

REGIONS	NOMBRE	DENSITE			TAUX DE CROISSANCE	STRUCTURE		AGE
		Totale	Généralistes	Spécialistes	2000/1985	% DE Spécialistes	% DE Libéraux	MOYEN
Alsace	5 930	342	161	181	33	52,9	55,7	45,6
Aquitaine	10 035	345	163	182	23	52,9	65,2	46,0
Auvergne	3 757	287	155	132	25	45,9	61,8	46,0
Basse Normandie	3 769	265	136	129	34	48,7	58,2	45,7
Bourgogne	4 389	273	144	129	33	47,3	61,4	45,9
Bretagne	8 658	298	149	149	36	49,9	59,6	45,4
Centre	6 390	262	131	131	28	50,1	61,4	45,9
Champ, Ardenne	3 525	263	143	120	33	45,6	60,3	45,4
Corse	872	336	177	159	36	47,4	67,2	46,5
Franche-Comté	3 180	285	149	136	33	47,8	58,6	44,9
Haute Normandie	4 691	264	132	132	27	50,0	62,1	45,8
Ile-de-France	46 558	425	190	235	14	55,3	55,6	47,3
Lang, Roussillon	8 350	364	179	185	13	50,7	67,0	46,1
Limousin	2 302	324	171	153	34	47,2	60,2	45,0
Lorraine	6 788	294	146	148	35	50,3	57,2	45,3
Midi Pyrénées	9 184	360	173	187	24	51,9	65,0	46,3
Nord Pas-de-C,	11 174	280	157	122	37	43,8	60,8	44,8
Pays de la Loire	8 586	266	140	126	31	47,4	61,7	45,3
Picardie	4 484	241	134	108	29	44,6	59,7	45,3
Poitou-Charentes	4 636	283	154	128	32	45,4	63,3	45,6
PACA	18 544	412	190	222	18	53,9	65,9	46,2
Rhône Alpes	18 197	322	155	168	28	52,0	59,1	45,6
France Mét,	193 999	332	162	170	25	51,2	60,3	46,1

In Ministère de l'Emploi et de la solidarité, Direction générale de la santé, *Rapport sur la démographie médicale*, juin 2001.

ANNEXE 2

Les sources disponibles et les différentes approches

Trois sources différentes ne se recoupant pas sont disponibles[1]:

- le fichier national du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) (liste des médecins inscrits à l'Ordre, l'inscription ouvrant droit à prescrire. 188524 médecins sont inscrits en métropole

- le fichier ADELI (Automatisation des listes) du Ministère. Le fichier ADELI des professionnels de santé est géré par les DDASS et les DRASS. En effet, les professionnels de santé ont obligation de s'inscrire auprès de la DDASS concernée. Sont ainsi recensés 177234 médecins en activité en métropole

- les données issues du système national inter-régimes (SNIR) élaboré par la CNAMTS . il est établi sur la base des honoraires remboursés par l'assurance maladie (donc il se restreint au champ des libéraux).

La densité médicale retenue dans le rapport du ministère et dans cette étude se base sur l'estimation fournie par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), Il s'agit d'un redressement du fichier ADELI à partir de l'enquête emploi de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) .

Les approches de la démographie médicale sont donc fondées sur une estimation quantitative du nombre de médecins. Ainsi le rapport Choussat présente une approche particulière de la démographie médicale, mettant l 'accent sur l'absence de pénurie quantitative au vu de la répartition.

[1] Chiffres disponibles au 31/12/1998.

ANNEXE 3 : Questionnaire d'entretien

ETAT DES LIEUX

1 - Avez vous dressé un état des lieux de la démographie médicale ?

Par mode d'exercice ?
Par spécialité ?
Jusqu'en 2008 ?
Après 2008 ?

2- Quelles analyses faites vous suite à ce bilan ?

2 BESOINS ET ACCES AUX SOINS

3 - Quelles conséquences en terme d'accès aux soins ?

- Comment estimez vous les besoins non satisfaits ?
Comment évalue-t-on les besoins ?
Dans cette évaluation, tenez vous compte
- Des travaux de la conférence régionale de santé ?
- De travauxd'associations de malades ?

3 PROPOSITIONS, PARTENARIAT, FREINS

4- Quelles réponses envisagez vous ?

5 - Avec quels partenaires ?
CDPS ?
URCAM ?
URML ? Ordre des médecins ?
Usagers ?
Réseau de soins ?

6- Quels sont les freins prévisibles ?