

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2009

n °

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

MARCHAND-ANTONIN Benoît
Né le 14 mai 1975 à Rennes (Ille-et-Vilaine)

Présentée et soutenue publiquement le 22 avril 2009

LE NUMERUS CLAUSUS
SES EFFETS SECONDAIRES, SA PLACE DANS LA
GLOBALISATION DE LA MÉDECINE

Président : Professeur Jean-Charles DEYBACH

Directeur : Docteur Jean-Louis GUILLET

RÉSIDENT

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Jean-Charles Deybach, qui m'a fait l'honneur de s'intéresser à mon travail et d'accepter la présidence de cette thèse.

À Monsieur le Professeur Enrique Casalino, pour l'intérêt qu'il a bien voulu porter à mon travail et pour sa participation au jury.

À Monsieur le Professeur Michel Wolff, pour l'intérêt qu'il a bien voulu porter à mon travail et pour sa participation au jury.

Aux membres du jury.

Au Docteur Jean-Louis Guillet, pour la direction de ce travail, et pour m'avoir permis une exploration passionnante et parfois troublante de ce sujet.

Au Professeur Bruno Lassale, en souvenir de ma passion pour l'anatomie.

Aux Professeurs Jacques Belghiti, Dominique Valla, René Gourgon, Pierre Guigui, Philippe Vinceneux, mes passages dans vos services me laisseront un souvenir impérissable.

Aux Docteurs Patrick Brun, Christophe Leroy, Cécile Bassi-Lagarde, Manu Malulu Benga, Farah Nikpay, Armelle Savard-Brière, Bruno Canderan, Madame Lydie Bodet, Madame Josette Nasciet et toute l'équipe des Urgences de l'hôpital Louis Mourier, pour tout ces souvenirs heureux dans cette seconde maison.

Au Docteur Willy Benillouche, mon maître de stage, que je vénère.

Aux Docteurs Laurence et Gilbert Dellac.

À mon Maître de musique, Philippe Portejoie, pour ces années de bonheur et d'apprentissage de la rigueur ; ce fut un déchirement lorsque j'abandonnai le saxophone à mon entrée en médecine.

À mes beaux-parents pour leur soutien « logistique » irremplaçable durant ce travail, et leur gentillesse.

À mon grand-père, Papy Raphaël, qui fut à l'origine de ma réussite en me confiant son trésor : « le saxophone de Papy ».

À mes parents, mes frères et ma sœur, que j'aime, on ne le dit jamais assez.

Une nouvelle fois à ma sœur, Aude, merci encore pour tes compétences linguistiques.

À mon épouse, Cécile, le bonheur de ma vie, mon directeur de thèse de poche, pour son infinie patience, ses relectures, son amour... et surtout ses bons petits plats !

À mes filles, Vinciane et Klervie...

TABLE DES ILLUSTRATIONS ET DES ANNEXES	6
PRINCIPAUX SIGLES ET ABRÉVIATIONS UTILISÉS.....	9
INTRODUCTION	11
1 LE NUMERUS CLAUSUS.....	14
1.1 Définition et champ d'application	14
1.2 Genèse du numerus clausus.....	15
1.2.1 Du chamanisme à la création des Facultés de médecine	15
1.2.2 La médecine moderne.....	18
1.2.3 De la création de la Sécurité sociale à nos jours	18
1.3 Les motivations de sa mise en place	20
1.3.1 La régulation de la démographie médicale.....	20
1.3.2 La régulation des dépenses de santé et la théorie de la demande induite.....	21
1.4 La limitation du nombre de praticiens dans d'autres pays.....	24
2 EFFETS SECONDAIRES DU NUMERUS CLAUSUS.....	27
2.1 Une démographie médicale incontrôlée.....	27
2.1.1 Le numerus clausus depuis 1971	27
2.1.2 Des outils démographiques inadaptés	30
2.1.3 L'action différée du numerus clausus	34
2.2 Le gaspillage des reçus collés	37
2.3 Un déséquilibre des choix de spécialité.....	40
2.3.1 Le double effet du numerus clausus	40
2.3.2 L'effet de la disparition de la double filière de formation des spécialistes	41
2.4 Évolutions socio-comportementales des médecins	43
2.4.1 La féminisation	43
2.4.2 Le salariat	46
2.4.3 Le remplacement.....	49
2.4.4 La disparition de la médecine libérale traditionnelle	53

2.5	<i>La pénurie de médecins</i>	56
2.5.1	Une pénurie maintes fois annoncée	56
2.5.2	Le paradoxe de la pénurie : il n'y a jamais eu autant de médecins	57
2.5.3	L'implacable enchaînement ayant mené à la pénurie	60
2.5.4	L'importation croissante des médecins de nationalité étrangère	61
2.5.4.1	<i>Un statut précaire et sous payé</i>	62
2.5.4.2	<i>Le problème moral de déstabilisation des pays en voie de développement formant des élites émigrant dans les pays riches</i>	63
2.5.5	La répartition de la pénurie.....	64
2.5.6	La nécessité d'une coopération des professionnels de santé.....	65
2.5.7	Les perspectives d'évolution de la démographie médicale.....	69
2.6	<i>La fragilisation des patients</i>	74
2.6.1	La rupture de transmission des dossiers	74
2.6.2	La « désertification » de certains territoires.....	75
2.6.3	L'augmentation des inégalités	81
2.7	<i>La fin de la médecine de premier recours</i>	84
2.7.1	Une disparition programmée.....	84
2.7.2	L'Île-de-France, un modèle d'a priori	96
2.8	<i>Une sous-catégorie socioprofessionnelle sacrifiée</i>	104
2.8.1	La retraite des médecins libéraux.....	104
2.8.1.1	<i>Les professionnels de santé libéraux dans le régime de retraite des travailleurs non salariés non agricoles</i>	104
2.8.1.2	<i>Le cas de la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France</i>	106
2.8.2	Le <i>burn out</i> des médecins libéraux	113
2.9	<i>La dévalorisation de la médecine française</i>	119
2.9.1	La recherche médicale française	119
2.9.2	L'image du système de soins français.....	122
2.10	<i>L'action sur les dépenses de santé</i>	125
2.10.1	Évolution des dépenses de santé et <i>numerus clausus</i>	125
2.10.2	Une nouvelle théorie : la demande induite par le progrès	128
3	QUEL AVENIR POUR LE <i>NUMERUS CLAUSUS</i>	131
3.1	<i>La formation actuelle des professionnels de santé français</i>	131
3.2	<i>La création de véritables études de santé</i>	135
3.2.1	Les réformes en cours et à venir.....	135
3.2.2	La « filiarisation » universitaire de l'ensemble des professions de santé, la généralisation du processus Licence-Master-Doctorat.....	136

3.3	<i>Une ouverture européenne</i>	140
3.4	<i>Le plafonnement haut voire l'abandon du numerus clausus</i>	142
4	UN NOUVEAU PARADIGME	145
4.1	<i>Les enjeux économiques du secteur de la santé</i>	145
4.1.1	Le financement des dépenses de santé	146
4.1.2	Les perspectives d'évolution du produit intérieur brut.....	149
4.1.3	Les perspectives d'évolution des dépenses de santé.....	150
4.1.4	Le secteur santé : premier secteur économique, une chance pour la croissance	154
4.2	<i>Une industrie structurée de santé</i>	156
4.3	<i>L'exportation d'unités médico-chirurgicales "clefs en main"</i>	159
4.4	<i>Les soins transfrontaliers ou « tourisme médical »</i>	163
4.4.1	Un tour d'horizon des pays le pratiquant déjà.....	163
4.4.2	Les facteurs favorisants	166
4.4.3	Les prévisions de croissance.....	168
4.4.4	La place de la France	170
4.4.5	Les problèmes soulevés par les soins transfrontaliers.....	172
4.4.5.1	<i>Les problèmes organisationnels</i>	172
4.4.5.2	<i>Les problèmes éthiques</i>	176
4.4.6	La création d'une agence internationale pour les soins transfrontaliers pilotée par l'Organisation Mondiale de la Santé.....	177
	CONCLUSION	178
	ANNEXES	183
	BIBLIOGRAPHIE	187
	ABSTRACT	197
	RÉSUMÉ	199

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Graphique 1 :	<i>Numerus clausus</i> de médecine de 1971 à 2008.....	29
Graphique 2 :	Évolution comparative du nombre de nouveaux diplômés pour 1000 médecins en activité et du <i>numerus clausus</i>	35
Graphique 3 :	Évolution du <i>numerus clausus</i> et des inscrits en PCEM1 de 1970 à 2007.....	38
Graphique 4 :	Effectifs des médecins nouvellement inscrits de 1986 à 2007.....	47
Graphique 5 :	Effectifs des généralistes nouvellement inscrits de 1997 à 2007.	47
Graphique 6 :	Pyramide des âges des 9479 médecins remplaçants.	50
Graphique 7 :	Comparaison des pyramides des âges des médecins libéraux et de l'ensemble des médecins au 1 ^{er} janvier 2008 (SNIR au 31/12/2007, CNOM au 01/01/2008).....	54
Graphique 8 :	Évolution des effectifs de médecins en activité de 1970 à 2008.	56
Graphique 9 :	Projection du nombre et de la densité de médecins jusqu'à 2025 pour un <i>numerus clausus</i> à 7000 à partir de 2006.....	70
Graphique 10 :	Pyramides des âges des médecins libéraux au 31 décembre 2007.	72
Graphique 11 :	Évolution du rapport de la densité médicale régionale la plus élevée sur la plus faible de 1985 à 2008.....	75
Graphique 12 :	Évolution des densités médicales de l'Île-de-France et de la Picardie de 1985 à 2008.....	75
Graphique 13 :	Évolution des effectifs de médecins généralistes de soins primaires et de l'ensemble des médecins, de 1979 à 2007.....	86
Graphique 14 :	Densités régionales en médecins généralistes de soins primaires en 2007.....	87
Graphique 15 :	Évolution des ratios entre densités maximales et minimales régionales et départementales en médecins généralistes de soins primaires de 1985 à 2007.....	88
Graphique 16 :	Évolution du nombre de postes à l'internat et du <i>numerus clausus</i> de l'année n-5.	89
Graphique 17 :	Pyramide des âges des médecins généralistes de soins primaires au 31 décembre 2007.....	92
Graphique 18 :	Densités de médecins généralistes et de médecins généralistes de soins primaires au 31 décembre 2005 en France métropolitaine, à Paris, dans les Hauts-de-Seine et Seine-Saint-Denis.	99

Graphique 19 : Estimation des densités de médecins généralistes de soins primaires dans les communes ou arrondissements proches des hôpitaux Bichat, Beaujon et Louis Mourier, en 2009.....	100
Graphique 20 : Pyramide des âges en pourcentages des effectifs de médecins généralistes de soins primaires de France métropolitaine, Paris, Hauts-de-Seine et Seine-Saint-Denis, au 31 décembre 2007.	101
Graphique 21 : Pyramides des âges des cotisants et des allocataires de la CARMF au 1 ^{er} juillet 2008.....	108
Graphique 22 : Répartition annuelle des flux d'entrée des 10 610 bénéficiaires du MICA.	109
Graphique 23 : Scores EHCI 2008 pondérés par la dépense de santé par habitant.....	123
Graphique 24 : Consommation de soins et biens médicaux de 1981 à 2007, et <i>numerus clausus</i> de l'année n-10.....	126
Graphique 25 : Solde du régime général de l'Assurance maladie de 1977 à 2008, en euros constants, et <i>numerus clausus</i> de l'année n-10.....	127
Graphique 26 : Dépenses de santé par habitant, dépenses publiques et privées, pays de l'OCDE, 2004.	147
Graphique 27 : Variation dans la part des dépenses publiques de santé, pays de l'OCDE, 1990-2004.....	147
Graphique 28 : Pourcentage des dépenses de santé par source de financement, pays de l'OCDE, 2004.	148
Graphique 29 : Évolution du PIB français en millions d'euros, courants et constants base 2000, de 1959 à 2007.....	150
Graphique 30 : Évolution des taux de croissance du PIB et de la dépense courante de santé de 1979 à 2006.	153
Graphique 31 : Prévisions à 10 ans, pour les États-Unis, du nombre de patients en partance pour des soins.....	168
<hr/>	
Carte 1 : Densité régionale des médecins inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière au 1 ^{er} janvier 2008.....	76
Carte 2 : Densité de généralistes libéraux de premier recours, par département pour 100 000 habitants (au 31 décembre 2005)	79
Carte 3 : Taux de généralistes libéraux de premier recours de 55 ans et plus (au 31 décembre 2005).....	79
Carte 4 : Les zones sous-médicalisées en 2004.	80

Carte 5 : Territoires 75-1, 92-3 et 93-2 du Schéma régional de l'organisation sanitaire. 97	
Carte 6 : Origines et flux des patients transfrontaliers.....	164
Carte 7 : Densités de populations européennes en 2005.	171
<hr/>	
Tableau 1 : Durée hebdomadaire moyenne de travail des médecins généralistes selon l'âge. (En heures, y compris gardes et astreintes)	45
Tableau 2 : Activité réelle des médecins généralistes en 2005 selon le répertoire ADELI.....	85
Tableau 3 : Classification clinique des malades aux urgences (CCMU) modifiée.	98
Tableau 4 : Âge moyen de cessation d'activité des médecins de plus de 45 ans.....	110
Tableau 5 : Régime ASV des médecins libéraux. Évolution tendancielle.	112
Tableau 6 : Parts mondiales et européennes de publications scientifiques de la France toutes disciplines scientifiques confondues et par discipline (1995, 2000).....	120
Tableau 7 : Parts mondiales et européennes de publications scientifiques de la France par sous-discipline en recherche biomédicale (1995, 2000).....	121
Tableau 8 : Formation des professions de santé en France.....	134
Tableau 9 : Accréditations internationales délivrées par la <i>Joint Commission International</i> , situation au 23 mars 2009.	175
<hr/>	
Figure 1 : Taux de suicide parmi les hommes et les femmes médecins en comparaison au taux dans la population générale de même sexe.....	115
Figure 2 : Proposition d'organisation des études de santé.	139
Figure 3 : Répartition des professionnels de santé au 1 ^{er} janvier 2008.	155

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Répartition par spécialité des bénéficiaires du MICA depuis sa création.	183
Annexe 2 : <i>Maslach Burn out Inventory</i>	184
Annexe 3 : <i>Euro Health Consumer Index 2008</i>	185

PRINCIPAUX SIGLES ET ABRÉVIATIONS UTILISÉS

AAPML	Association d'aide professionnelle aux médecins libéraux
ADR	Allocation de remplacement de revenu
ADELI	Automatisation des listes
AFS	Attestation de Formation Spécialisée
AFSA	Attestation de Formation Spécialisée Approfondie
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ASV	Allocation supplémentaire de vieillesse (anciennement Avantage social vieillesse)
BPM	Bien public mondial
CARCD	Caisse autonome de retraite des chirurgiens dentistes
CARMF	Caisse autonome de retraite des médecins de France
CARPIMKO	Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes
CARSAF	Caisse autonome de retraite des sages-femmes françaises
CAVP	Caisse d'Assurance vieillesse des pharmaciens
CCMU	Classification clinique des malades aux urgences
CDOM	Conseil départemental de l'Ordre des médecins
CES	Certificat d'études spécialisées
CHU	Centre hospitalo-universitaire
CNAMTS	Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés
CNAVPL	Caisse nationale d'Assurance vieillesse des professions libérales
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CREDES	Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé
CSBM	Consommation de soins et biens médicaux
CSPPM	Conseil supérieur des professions paramédicales
DCEM	Deuxième cycle d'études médicales
DCS	Dépense courante de santé
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DES	Diplôme d'études spécialisées
DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaires
DIS	Diplôme interuniversitaire de spécialité
DIU	Diplôme interuniversitaire
DMP	Dossier médical partagé
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DU	Diplôme universitaire
ECN	Épreuves classantes nationales
ECTS	<i>European credits transfer system</i>
FFI	Faisant fonction d'interne
GPG	<i>Global public good</i>
HAS	Haute autorité de santé
HCAAM	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

HCPPM	Haut conseil des professions paramédicales
HPST	Hôpital-Patient-Santé-Territoire (Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires)
IADE	Infirmier anesthésiste diplômé d'État
IBODE	Infirmier de bloc opératoire diplômé d'État
IDE	Infirmier diplômé d'État
INSEE	Institut national des statistiques et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
ISQua	<i>International Society for Quality in Health Care</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
LMD	Licence Master Doctorat
MBI	<i>Maslach Burn out inventory</i>
MEP	Mode d'exercice particulier
MICA	Mécanisme d'Incitation à la Cessation d'Activité
NTIC	Nouvelles technologies de l'information et de la communication
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDPS	Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PADHUE	Praticien à diplôme hors Union européenne
PECEM	Premier cycle d'études médicales
PEPFAR	<i>(US) President's Emergency Plan for AIDS Relief</i>
PIB	Produit intérieur brut
PMI	Protection maternelle et infantile
PUPH	Professeur des Universités-Praticien hospitalier
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
SNIR	Système national inter régimes
SROS	Schéma régional de l'organisation sanitaire
TAS	<i>Trent Accreditation Scheme</i>
TCEM	Troisième cycle d'études médicales
UE	Union européenne
URML	Union régionale des médecins libéraux
URPS	Union régionale des professionnels de santé
UTM	Unité de temps médical
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
WONCA	<i>World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians</i>

INTRODUCTION

Ainsi que la plupart des médecins français en exercice en 2009, je suis rescapé de la sélection sévère du *numerus clausus*. Cet écrémage fait partie du paysage médical depuis près de 40 ans, à tel point que les patients comprennent que les délais et difficultés qu'ils rencontrent dans leur accès aux soins sont en partie liés au *numerus clausus*.

Au niveau des médecins et des pouvoirs publics, le débat est plus que jamais passionné. Comment ne le serait-il pas d'ailleurs, à l'heure où chacun a pu prendre conscience que si la santé n'avait pas de prix, elle avait tout de même un coût.

Certains praticiens sont virulents dans leur dénonciation de ce système considéré à ce jour comme responsable de la crise démographique actuelle, tel le professeur Nisand.

« [...] je suis fâché de la démographie médicale qui prévaut actuellement dans notre pays. Pendant 30 ans, on a empêché les Français d'entreprendre des études de médecine, avec des *numerus clausus* ridicules, pour finalement s'adresser à des praticiens étrangers, dont la culture et la formation médicale laissent souvent à désirer. Certaines nuits dans l'hexagone, il y a des hôpitaux où aucun médecin de garde ne parle notre langue ; le seul objectif de nos décideurs a été de former le moins possible de médecins pour dépenser le moins possible d'argent et je suis navré de leur imprévoyance quasi délictueuse qui restera impunie ». Professeur Israël Nisand. *Abstract Gynécologie*, n°331, janvier 2009.

Du côté des pouvoirs publics certains nient encore le problème : le nombre total de médecins n'a jamais été aussi élevé !

Si une certaine sélection des étudiants en médecine a toujours existé au cours des siècles, ce n'est véritablement qu'en 1971 que l'État est intervenu dans le contrôle strict du nombre des praticiens. Ce qui apparaissait comme une simple mesure de régulation des effecteurs de la médecine s'est avéré lourd de conséquences, tant sur la démographie médicale globale, que sur le déséquilibre entre spécialités, car l'instauration du *numerus*

clausus s'est accompagnée de modifications dans les règles de recrutement des spécialistes. Il est couramment admis que l'accès aux soins des patients s'est dégradé, et ce malgré l'afflux toujours croissant de médecins à diplôme étranger, dont le statut problématique est aujourd'hui connu du plus grand nombre.

Au-delà du déchaînement des passions, les effets du *numerus clausus* sont nombreux et vont des conséquences les plus connues du grand public à celles plus confidentielles et néanmoins essentielles pour comprendre l'impact de cette mesure en France, tant au niveau économique, que social et humain.

Des mutations profondes sont en cours ou vont avoir lieu dans l'enseignement universitaire. Dans un contexte d'ouverture des frontières européennes, l'harmonisation des formations et des diplômes devra amener tôt ou tard à une réflexion sur la gestion au niveau européen des effectifs de professions de santé. Comment le *numerus clausus* pourrait-il garder sa place ? Et s'il n'y a plus de plafonnement du nombre de médecins, que faire des effectifs « en surnombre » ?

À l'heure de l'ouverture à l'Europe et au monde, il est temps de s'intéresser non plus aux seuls besoins nationaux, mais à la place de la France dans un système de soins mondialisé. Cette place, qui reste à prendre, suppose de considérer la santé non plus comme une source de dépenses mais comme un moteur de croissance. Et de même que les entreprises envoient des techniciens spécialisés à l'autre bout du monde, pourquoi l'exportation de savoir et de compétence ne pourrait-elle représenter un atout ?

Au-delà des idées reçues ou véhiculées par les principaux organes d'information, au travers d'une revue de la littérature que j'ai souhaitée la plus complète possible, j'ai choisi de m'intéresser au *numerus clausus* en médecine.

- Quels sont les présupposés qui ont conduit à sa mise en place, et quelles en étaient ses motivations, avouées ou niées.
- Quels sont ses effets secondaires : au niveau des médecins sur leur démographie, leur exercice professionnel, leur devenir social et humain ; au niveau des patients

sur leur accès aux soins ; au niveau de la nation sur la médecine française et les dépenses de santé.

- Quel est l'avenir de la formation médicale et quelle est la place du *numerus clausus*.
- Quelle pourrait être la place de la médecine française dans le monde, une fois délivrée du carcan de la limitation du nombre de médecins.

1 LE NUMERUS CLAUSUS

Aujourd'hui le *numerus clausus* est indissociable des études médicales. Mais il n'en a pas toujours été ainsi.

1.1 Définition et champ d'application

Numerus clausus : nom masculin invariable (latin *numerus clausus*, nombre fermé)
Limitation discriminatoire du nombre de personnes admises à un concours, à une fonction, à un grade, conformément à une décision prise par une autorité.
(Encyclopédie Larousse)

Dans les études de médecine, le *numerus clausus* est synonyme du concours organisé à l'issue de la première année de premier cycle d'études médicales (PCEM 1). Il s'applique également à l'entrée du troisième cycle d'études médicales (TCEM), à la fin de la dernière année du deuxième cycle d'études médicales (DCEM) ; anciennement concours de l'internat, devenu épreuves classantes nationales (ECN) depuis 2004.

14

Nous nous intéresserons donc aux effets du *numerus clausus* appliqué en fin de PCEM 1, et dans une moindre mesure à celui de l'entrée en TCEM, lors des ECN.

1.2 Genèse du *numerus clausus*

La limitation du nombre de nouveaux étudiants en médecine chaque année s'inscrit dans une longue histoire d'organisation et de contrôle des effecteurs de la médecine.

1.2.1 Du chamanisme à la création des Facultés de médecine

Les indices les plus anciens d'une médecine sont évoqués par les peintures rupestres des grottes de Lascaux, pour lesquelles il est admis qu'elles représentent, pour certaines, les plantes comme remèdes. Elles sont datées de 18 000 à 15 000 avant notre ère.

Avec le temps, une petite base de connaissances se constitue et se transmet à des initiés ; les guérisseurs ou chamans. Progressivement, l'organisation et l'enseignement du savoir se mettent en place. On retrouve de multiples écoles de médecine en Asie, en Inde, en Perse, en Égypte... à partir de 3000 ans avant J.C.

Les preuves matérielles les plus anciennes de connaissances médicales et odontologiques, datant de 3300 ans avant J.C., sont retrouvées au Pakistan. En Europe, Ötzi, alias le corps conservé dans la glace retrouvé en 1991 dans les Alpes austro-italiennes, est porteur de 40 tatouages, la plupart d'entre eux situés dans des régions du corps où l'autopsie a montré qu'il souffrait de maladies ou de douleurs et notamment d'arthrite. Son décès est daté entre 3100 et 3350 avant J.C. Dès lors, on estime que l'histoire de la médecine remonte beaucoup plus loin dans le temps qu'on ne le croyait.

Le papyrus Edwin Smith est la première trace écrite d'un savoir médical structuré. Il s'agit d'un manuel de chirurgie et d'observations anatomiques détaillées traitant de l'examen, du diagnostic, du traitement et du pronostic pour de nombreuses affections. Il a probablement été écrit vers 1600 avant J.C., mais est considéré comme une copie de plusieurs textes antérieurs. Les connaissances médicales qu'il contient remontent à 3000 ans avant notre ère. Imhotep est considéré comme l'auteur du texte du papyrus original et le fondateur de la médecine égyptienne antique et ce lors de la III^e dynastie.

La constitution d'une bibliothèque médicale à Assurbanipal au VIIe siècle avant J.C. marque le début de la formation médicale.

Le code d'Hammurabi au XVIIIe siècle avant J.C. est la première trace écrite de la régulation de la profession médicale : il réglemente l'activité du médecin, notamment ses honoraires et les sanctions encourues en cas de faute professionnelle.

On peut imaginer que le souci d'encadrement du savoir médical aille de pair, depuis les origines, avec un contrôle du corps médical, et ce d'autant plus depuis le passage de la médecine du domaine de la magie vers celui des sciences.

En effet, « *l'objet de la médecine est celui de guérir les maladies, de protéger la santé et de prolonger la vie.* » (Le Charakasamhitā, traité de Charaka). On comprend qu'un tel pouvoir ne puisse s'exercer sans contrôle.

Les écoles se développent, organisant la transmission du savoir, mais elles permettent aussi au pouvoir de contenir les détenteurs de ce savoir si potentiellement dangereux. Une médecine réellement organisée voit le jour sous l'Empire romain. Après sa chute, cette organisation disparaît. La fondation de l'École de médecine de Salerne en Italie au XIe siècle, marque le renouveau d'une médecine organisée et professionnelle. Dès lors, les Facultés de médecine se développent au Moyen Âge, au sein des universités médiévales, à travers toute l'Europe.

En France, la Faculté de médecine de Montpellier, reconnue depuis 1150, et celle de Paris rayonnent. À Montpellier notamment, de nombreux étudiants en provenance de toute l'Europe viennent bénéficier de l'enseignement de la médecine qui y est prodigué.

L'une des premières manifestations du souci de santé publique est donnée par Louis XIV qui décide de créer dans chaque grande ville un grand hôpital général afin d'y accueillir toute personne en difficulté. Certains en profitent pour demander que ces hôpitaux deviennent le lieu d'enseignement de la médecine, ce qui se fera au milieu du XVIIIe siècle. On ne peut s'empêcher de voir ici sous forme embryonnaire les futurs centres hospitalo-universitaires (CHU).

Le 15 septembre 1793, un décret de la Convention met fin à six siècles d'enseignement en France en ordonnant la dissolution de « *toutes les Académies et Sociétés littéraires ou savantes patentées ou dotées par la Nation* ». La médecine, comme beaucoup d'autres professions, peut alors être exercée sans diplôme !

Le charlatanisme fait son retour et le problème devient tellement important qu'on réintroduit très rapidement une formation obligatoire pour pouvoir exercer la médecine. Le décret du 14 frimaire an III (4 décembre 1794) crée les Écoles de santé de la Révolution à Paris, Strasbourg et Montpellier. Ces Écoles formeront les Officiers de santé.

On notera que déjà à cette époque, le problème de surnombre des étudiants se posait, puisque l'École de santé de Paris, prévue pour accueillir trois cents étudiants en 1795, en accueillait plus de mille à la rentrée de 1797.

Après la Révolution, les Écoles de santé de la Révolution prennent le nom d'Écoles de médecine, et leur nombre est progressivement porté à cinq. À cette époque, on recommence à former des médecins civils et non plus seulement des Officiers de santé.

17

Sous le Consulat apparaissent aussi les premières régulations quant à la pratique médicale : le diplôme de docteur devient obligatoire pour l'exercice de la médecine.

Sous Napoléon Ier, le décret du 17 mars 1808 fixe le fonctionnement de l'Université. L'article 2 précise : « *Aucune école, aucun établissement quelconque d'instruction, ne peut être formé hors de l'Université impériale, et sans l'autorisation de son chef.* » Par ailleurs, les Écoles de médecine, comme celles de théologie, droit, sciences mathématiques et physiques, et lettres, prennent le nom de Faculté. Cette date marque le début de notre système éducatif actuel.

L'Académie royale de médecine est fondée en 1820. Héritière de l'Académie royale de chirurgie (fondée en 1731) et de la Société royale de médecine (fondée en 1778), dissoutes à la Révolution, ainsi que de la Société de la Faculté de médecine, elle prendra le nom d'Académie impériale de médecine de 1850 à 1870.

L'éducation en France au cours du XIXe siècle a connu beaucoup de réformes, mais jusque là, l'idée qui prévalait était la sélection progressive par des épreuves successives durant la formation :¹

«...le principe d'une limitation quelconque [...] était en opposition absolue avec nos mœurs et nos institutions. [La commission] a émis cette idée que, en médecine surtout, le meilleur principe de sélection consiste dans la rigueur progressive des épreuves à subir. » Gazette médicale de Paris, 1845.

1.2.2 La médecine moderne

A partir du XIXe siècle, les progrès médicaux vont s'accélérer, on aurait pu s'attendre à une forte croissance de la demande. En l'espace de soixante dix ans, la France subit trois guerres (1870, 1914-18, 1939-45), la croissance démographique s'en ressent ; elle avait déjà amorcé son déclin à partir du milieu du XIXe siècle.² La croissance de la demande médicale est atténuée par la crise démographique, mais elle est belle et bien présente.

Les priorités des politiques de l'époque sont centrées sur la natalité, les moyens à mettre en œuvre pour la soutenir et la susciter. En effet, de 1801 à 1911, la France connaît un accroissement de sa population de 41%, alors que celle de la Grande-Bretagne augmente de 282%. Dans ces temps de guerre et de nationalisme, la croissance démographique est d'une importance majeure.

Après deux guerres mondiales, la population est décimée, les survivants ont besoin de soins. L'élan collectif de solidarité d'après guerre aboutit à la création de la Sécurité sociale, par l'ordonnance n°45-2250 du 4 octobre 1945.

1.2.3 De la création de la Sécurité sociale à nos jours

Dans l'esprit de la création de la Sécurité sociale, tout le monde doit avoir accès

aux soins ; il faut former suffisamment de médecins pour répondre à la hausse de la demande de soins.

À partir des années 50, la population s'accroît, ce qu'on appellera le baby-boom. Les dépenses de santé explosent, tandis que la population médicale connaît une forte croissance.

En 1971 est décidée la mise en place d'une sélection à l'entrée en médecine, par concours : c'est le *numerus clausus*, créé par l'article 15 de la loi 71-557 du 13 juillet 1971 qui complète l'article 45 de la loi 68-978 du 12 novembre 1968.³

« En vue de permettre aux étudiants qui se destinent aux professions médicales et dentaires de participer effectivement à l'activité hospitalière, un arrêté du ministre de l'éducation nationale et du ministre de la santé publique et de la sécurité sociale fixe pour chaque année le nombre des étudiants susceptibles d'être accueillis pour leur formation clinique et pratique dans les services hospitaliers relevant tant des centres hospitaliers et universitaires et des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires, que des établissements avec lesquels lesdits centres ont passé convention, sur avis du comité de coordination hospitalo-universitaire créé par l'article 18 de la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970. Les unités d'enseignement et de recherche médicales et odontologiques doivent fixer en conséquence le nombre d'étudiants admis à poursuivre des études médicales ou dentaires au-delà de la première année ; les conseils d'universités détermineront, conformément aux propositions de ces unités, les modalités selon lesquelles il est procédé à cette limitation. »

En 1971, la capacité de formation des futurs médecins, qui fixe le *numerus clausus*, est estimée à 8588 étudiants par an.

On voit que si l'accès au savoir médical a toujours été plus ou moins limité au cours du temps, le *numerus clausus* est un outil relativement récent en France.

1.3 Les motivations de sa mise en place

Les années 60 voient l'accès à l'université se démocratiser, avec pour conséquence un afflux massif d'étudiants. Les Facultés de médecine n'échappent pas à ce phénomène. En quelques années, elles voient leurs effectifs exploser.

1.3.1 La régulation de la démographie médicale

L'objectif affiché en 1971 est la limitation des effectifs dans le but de maintenir une formation de qualité à tous les étudiants en médecine et odontologie, en adaptant le nombre d'étudiants aux capacités d'accueil des lieux d'enseignement de la pratique médicale ou dentaire.

À la fin des années 70, le souci de démographie médicale s'inscrit dans la loi, par l'article 3 de la loi 79-565 du 7 juillet 1979 : « *Le ministre chargé de la santé et le ministre chargé des universités arrêtent pour chaque année, après avis des comités de coordination hospitalo-universitaires compte tenu des besoins de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques et des capacités de formation des centres hospitaliers régionaux faisant partie des centres hospitaliers et universitaires [...].* »

La capacité d'accueil des étudiants en médecine diminue de 8281 en 1978 à 3500 en 1993. Cette décroissance n'est pas, on s'en doute, uniquement imputable aux impératifs organisationnels au niveau des facultés.

Les inégalités géographiques sont traitées par des mesures de répartition des effectifs disponibles sur le territoire. Le *numerus clausus* instauré en 1971 ne permet nullement d'effectuer cette répartition, il ne fait que déterminer l'effectif global. La fonction de répartition par spécialité est dévolue par essence au concours de l'internat et aux ENC qui lui succéderont, mais là encore, la répartition se fait selon le nombre de postes disponibles et non selon les besoins géographiques.

Les besoins de la population sont difficiles à évaluer. S'agit-il de la demande de

soins exprimée par les patients ? S'agit-il du volume de soins qu'on estime nécessaire et suffisant pour cette population ? Ou s'agit-il du volume de soins qu'on estime être capable de fournir à cette population ? Cette difficulté était déjà soulignée dans le rapport Pressat de 1970,³ préliminaire à la mise en place du *numerus clausus* : « *La notion de besoin est tout autre ; difficile à cerner, relativement subjective, elle ne se prête guère à une analyse scientifique ; aussi, les études de cette nature ont par définition les plus grandes chances de conduire à des propositions situées dans un éventail assez large.* »

1.3.2 La régulation des dépenses de santé et la théorie de la demande induite

Lors de la mise en place du *numerus clausus*, les motivations affichées à la lecture des textes de loi étaient une meilleure formation des médecins et une meilleure adéquation avec les besoins de la population. Aujourd'hui, si ce n'est pas le cas au niveau de l'opinion publique, il reste difficile de faire admettre au niveau du « noyau dur » du système de soins français que la corrélation entre dépenses de santé et nombres d'effecteurs est apparue bien avant 1970 ; tout au plus admet-on que cela a été le cas à partir de 1978.

Or dès 1970, on trouve dans le rapport Pressat sur l'organisation des études médicales,³ l'affirmation suivante, à savoir que les dépenses de santé sont en constante augmentation et que les médecins sont les premiers dispensateurs de soins et prescriptions ; si on réduit le nombre de médecins, on réduit les dépenses de santé : « *En outre, il est indéniable que le niveau de l'offre (densité médicale) contribue à déterminer l'importance de la demande (consommations d'actes médicaux) [...] une demande rapidement croissante pourra être satisfaite en principe sans augmentation notable du nombre des médecins [...] On conçoit cependant qu'un plafond puisse être atteint, et que la demande potentielle se trouve freinée, voire stoppée par l'insuffisance de l'offre.* »

On entend encore fréquemment que la baisse du *numerus clausus* est entièrement due au mercantilisme du corps médical qui voulait assurer la stabilité de ses revenus, voire de leur accroissement. Cette idée est bien présente dans le rapport de Michel Mougeot, du

Conseil d'Analyse Économique, en 1999,⁴ l'un des rapports incontournables en matière de régulation des dépenses de santé, ainsi que dans le rapport Pressat : « *On peut par ailleurs rappeler que différents auteurs ont tenté d'analyser les facteurs influant sur la consommation médicale. Parmi les facteurs qui la font croître, certains ne manquent pas de souligner que le système actuel peut inciter, d'une part les médecins (notamment pour des raisons techniques) à accroître le nombre des actes qu'ils dispensent ou dont ils ordonnent le renouvellement [...].* »

Le prix Nobel d'économie de 1972, Kenneth Arrow, publiait en 1963, alors qu'il était déjà un économiste renommé, un article intitulé « *Uncertainty and the welfare economics of medical care* » dans *The American Economic Review*,⁵ article fondateur du domaine de l'économie de la santé, et le plus cité dans cette discipline. Cet article décrit, sans toutefois le formaliser de façon stricte, le concept de « demande induite par l'offre ». On conçoit difficilement que toute personne intéressée par les questions d'économie de la santé à cette époque n'ait pas eu connaissance de cet article.

Le fondement de ce concept est l'asymétrie d'information qui existe entre le médecin et son patient, et l'utilisation que va en faire le praticien, à savoir, soit une maximisation du profit, soit l'assurance d'un revenu cible.⁶ Le médecin élabore un diagnostic et un traitement non seulement dans l'intérêt du patient, mais aussi en fonction de ses propres intérêts financiers. La théorie de la demande induite est donc construite sur l'image d'un corps médical sans aucune déontologie, d'individus sans éthique, mus par un mercantilisme cynique. L'effet densité dans cette théorie est le plus simple à saisir. L'augmentation de la densité médicale baisse le taux de profit moyen des praticiens à demande égale. Cela incite le médecin à créer une demande non nécessaire, voire franchement inutile au patient.

La maîtrise des dépenses de santé par la limitation de l'offre, très tentante pour les pouvoirs publics, peut paraître contraire au progrès, aux aspirations de meilleure santé aux yeux de l'opinion publique : la santé n'a pas de prix. En revanche, la théorie de la demande induite peut justifier cette limitation de l'offre : la santé a un coût.

L'objectif avoué du *numerus clausus* était de permettre à tout étudiant de bénéficier d'une formation pratique dans un service hospitalier. Progressivement, le *numerus clausus* est devenu un outil de régulation de la démographie médicale, inscrit dans la loi, mais également un outil de régulation des dépenses de santé, légitimé par la théorie de la demande induite.

1.4 La limitation du nombre de praticiens dans d'autres pays

En Europe, le diplôme de docteur en médecine est soumis à la directive sectorielle européenne qui implique une reconnaissance automatique de la valeur du diplôme des ressortissants, sous condition de compétences linguistiques adéquates.

Le contenu de l'enseignement est homogène, mais le mode d'entrée dans les études ainsi que la régulation de la profession varient selon les pays.⁷

En retenant trois niveaux de régulation de la démographie médicale, on peut examiner la position de pays européens d'une part, et hors Union Européenne d'autre part.⁸

En Allemagne :

- Il n'existe pas de limitation à l'entrée aux études de médecine. La constitution allemande garantit la liberté du choix de la profession ; le principe de *numerus clausus* est donc inconstitutionnel. Toutefois, l'admission est soumise à un entretien de sélection.
- L'accès aux spécialités, non limité, est possible en fonction de la disponibilité des terrains de stage, que l'étudiant doit trouver lui-même.
- La seule limitation est en fait la limitation à l'installation, essentiellement par le biais du droit au conventionnement en fonction de la zone géographique.

En Belgique :

- Depuis 1997, il existe un *numerus clausus* limitant le nombre de médecins sous contrat avec l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité, cette limitation portant sur l'ensemble du territoire. Il en résulte la mise en place d'un *numerus clausus* en première année dans la communauté flamande, et une sélection progressive sur 3 ans dans la communauté wallonne.
- La répartition entre généralistes et spécialistes est fixée à 40/60 par arrêté royal.
- L'installation quant à elle n'est limitée en aucune manière.

En Italie, le *numerus clausus* (dit « *numero chiuso* » ou « *numero programmato* ») fonctionne avant l'entrée en première année. Il est fixé chaque année en juillet, et le concours est organisé en septembre de la même année.

En Grande-Bretagne :

- Au niveau de l'admission en médecine, le secrétaire d'État à la Santé limite le nombre d'étudiants autorisés à entamer des études médicales en fonction des recommandations de la *Medical Workforce Standing Advisory Committee*. Cette limitation conjugue une étude du dossier scolaire et un entretien.
- Au niveau de la répartition des spécialités, avec l'avis de la *Specialist Workforce Advisory Group* constitué de membres de la *British Medical Association*, du *National Health Service* et des représentants du système éducatif
- Au niveau de la répartition médecine hospitalière/médecine ambulatoire, avec l'avis consultatif mais incontournable des *Medical Practice Committees* majoritairement composés de médecins généralistes (*General Practitioners – GP*).

Au Canada :

- L'admission dans les études médicales est limitée. La sélection est effectuée avant le début des études, sur examen du dossier scolaire et sur entretien collectif puis individuel. Toutefois, l'étudiant conserve la possibilité de se représenter en cas d'échec, pour entrer directement en deuxième année après un cursus dans une autre filière scientifique.⁹
- L'accès aux spécialités est lui aussi limité.
- L'exercice de la médecine en milieu hospitalier est soumis à autorisation pour les généralistes comme pour les spécialistes, tandis qu'en exercice libéral, seuls les généralistes sont soumis à une régulation des installations.

Aux États-Unis :

- L'entrée dans les études médicales se fait plus tardivement que dans les autres pays. Les 4 premières années d'études supérieures se font dans les *Colleges*, et ce n'est qu'à 22 ans que les étudiants vont se présenter au *Medical College Admission Test*, examen national qu'ils peuvent passer au plus 3 fois dans l'année, mais sans limitation en nombre d'années. La réussite de cet examen assure l'entrée dans une *Medical School* où débute le cursus médical.
- La répartition entre les spécialités est en revanche contingentée, la sélection se faisant sur les notes, lettre de motivation et entretien.

On constate que si l'accès au savoir médical a toujours été plus ou moins limité au cours du temps, le *numerus clausus* n'est apparu que relativement récemment en France.

Initialement le *numerus clausus* avait pour but de garantir une formation pratique de qualité dans les services hospitaliers à tous les étudiants. Progressivement, il est devenu le seul outil de régulation de la démographie médicale. Inscrit dans la loi, il est devenu un outil de régulation des dépenses de santé, légitimé par la théorie de la demande induite.

Près de 40 ans après l'instauration du *numerus clausus* en France, on peut légitimement se poser la question de l'évaluation d'une telle mesure. Force est de constater qu'elle n'a jamais été faite.

2 EFFETS SECONDAIRES DU NUMERUS CLAUSUS

Au-delà des motifs avouables de la mise en place du *numerus clausus*, il a eu d'autres impacts plus ou moins prévisibles à l'époque, à la fois au niveau des praticiens, des bénéficiaires des soins et de l'image de la médecine française.

2.1 Une démographie médicale incontrôlée

Le *numerus clausus* se voulait facteur d'amélioration qualitative de la formation médicale, régulateur des besoins de la population et des inégalités géographiques. Or la démographie médicale est bien difficile à appréhender. Il en est de même des besoins de la population.

2.1.1 Le numerus clausus depuis 1971

Le *numerus clausus* était fixé à 8588 étudiants en 1971. Il stagne aux alentours de 8500 jusqu'en 1977. La justification initiale de sa mise en place était de garantir la qualité de la formation clinique et pratique des étudiants dans les services hospitaliers, en attribuant notamment suffisamment de patients aux externes et aux internes.¹⁰

De 1977 à 1993, le *numerus clausus* passe de 8671 à 3500. Cette restriction avait pour but de compenser la « pléthore » de médecins. En effet, de 1960 à 1996 la population médicale avait progressé de 300% alors que la population française n'avait progressé que de 30%. Le rapport Choussat de 1997 alla jusqu'à proposer d'officialiser l'utilisation du *numerus clausus* comme régulateur de la démographie médicale et des dépenses de santé.¹¹

« L'explosion des dépenses de santé résulte de la combinaison effectivement explosive de médecins toujours plus nombreux disposant de moyens toujours plus coûteux... Si, de 1970 à 1985, le numerus clausus avait été fixé à un chiffre inférieur de 1000 chaque année, nous aurions 15000 médecins de moins aujourd'hui et un déficit de l'Assurance maladie sensiblement inférieur... [il y a un] excédent de 30000 médecins pour

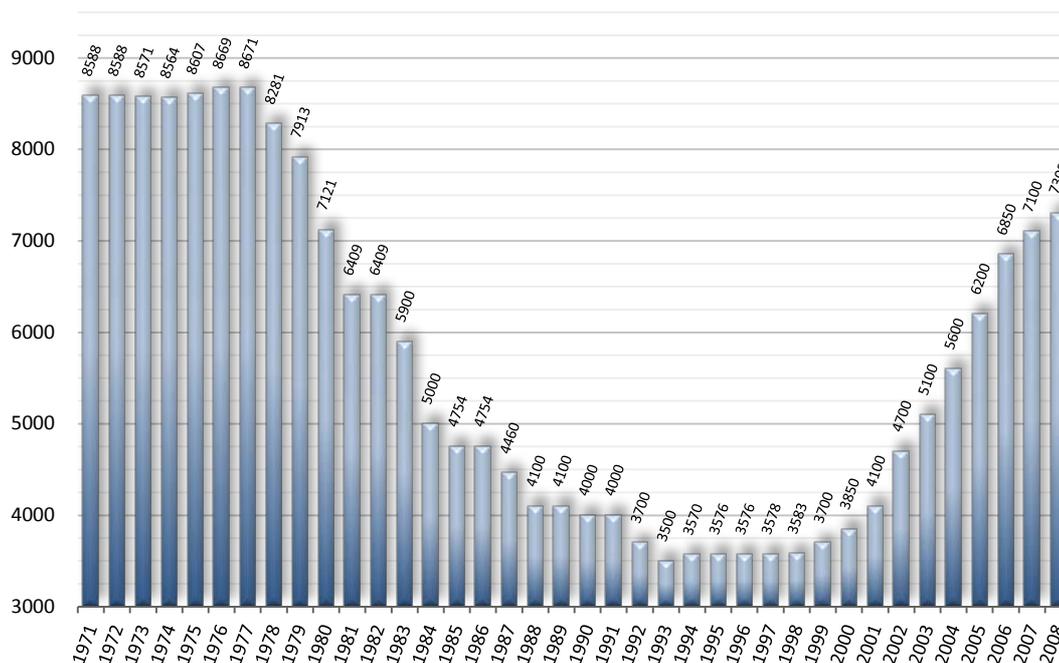
le seul secteur libéral... Le numerus clausus est la pierre angulaire de la démographie médicale globale... Aussi longtemps que le système de santé restera fondé, pour l'essentiel, sur un mécanisme de prélèvements obligatoires, il doit être clair qu'il est bien de la responsabilité de l'État de fixer le nombre des principaux ordonnateurs de dépenses. »

On comprend la raison de la baisse drastique du *numerus clausus*. Les « capacités de formation » des facultés n'ont pas chuté brutalement, ni les « besoins de la population », et on voit mal comment cette restriction importante des effectifs de futurs médecins aurait pu résoudre le problème des « inégalités géographiques ». La baisse des effectifs était censée induire une baisse des dépenses de santé.

La poursuite de la diminution des effectifs fut estimée inutile, pour deux raisons. Il était dérisoire de vouloir encore diminuer de quelques centaines le *numerus clausus* par rapport aux quelques 200 000 médecins en activité, et l'on se rendit compte surtout qu'on risquait de majorer l'effet du vieillissement de la population médicale. Qui plus est, le fonctionnement des services hospitalo-universitaires commençait à pâtir de la diminution des effectifs.¹⁰

Le *numerus clausus* resta stable aux alentours de 3570 jusqu'en 1998. Suite aux prévisions du Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé (CREDES), devenu Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES), de mars 2001,¹² qui annonçaient une réduction de la densité médicale de l'ordre de 24% pour 2020, et du temps de travail de 40%, ce que le rapport Berland de 2002 reprendra sous le terme de temps médical,⁷ on assista alors à un relèvement du *numerus clausus* à partir de 2002, pour atteindre 7300 en 2008.

Pour 2009, le *numerus clausus* a été fixé à 7400, on prévoit de l'élargir à 8000 d'ici 2011, en le maintenant à ce niveau quelques années.

Graphique 1 : Numerus clausus de médecine de 1971 à 2008.

Source : Base Eco-Santé France, mars 2009

Depuis 2001, la question de la démographie médicale, avec l'introduction du temps médical et tout ce qu'il véhicule, passionne. Diverses projections démographiques associant différentes attitudes quant au *numerus clausus* ont été faites.

29

Quelques scénarii ont été repris dans un rapport de la Commission Nationale Permanente du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) en 2003 :¹³

- « - Stagnation du numerus clausus aux alentours de 5100 médecins ; la réponse démographique est sans appel puisque la France perd en 2030 40% de ces effectifs et l'âge moyen passe au-dessus des 50 ans. La densité médicale passant de 338 à 220 pour 100000 habitants.
- Relèvement du numerus clausus à 7000 ; la démographie médicale chute à 271 pour 100000 en 2030 et ensuite remonte à 305 en 2040.
- Doublement du numerus clausus jusqu'en 2010 et ensuite diminution progressive ; 6000 en 2020 et 4750 en 2030 qui permet le maintien à la densité de 2012 (305/100000).
- ... Quelles que soient les mesures adoptées la densité médicale française sera au mieux de 305 médecins pour 100000 en 2012 au lieu de 338 en 2000. »

Cette densité est celle que la France connaissait en 1990, et la densité de 2020 sur laquelle on ne peut quasiment plus influencer sera identique à celle de la fin des années 80.

2.1.2 Des outils démographiques inadaptés

La régulation de la démographie médicale implique une analyse préalable de celle-ci, grâce à des outils adaptés.

Les effectifs constituent la base de toute étude démographique. En France, pour ce qui est des médecins, on dispose de trois fichiers distincts qui les répertorient indépendamment, selon des critères parfois différents, ce que résume l'IRDES :

- le fichier du système national inter-régimes (SNIR) de la caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ne porte que sur les libéraux et inclut les praticiens hospitaliers temps plein ayant une activité libérale à l'hôpital.

Il recense tous les praticiens qui ont eu une activité libérale, aussi faible soit elle, donnant lieu à perception d'honoraires.

Par ailleurs, l'activité libérale recouvre différents modes d'exercice : exclusivement libéral, partiellement libéral avec une activité salariée dans un dispensaire ou un centre de soins, partiellement libéral avec une activité salariée dans un hôpital, plein temps dans un hôpital avec une consultation privée dans l'hôpital qui l'emploie.

Le champ est donc plus large que celui des effectifs exclusivement libéraux recensés dans le répertoire d'Automatisation DEs Listes (ADELI).

- le répertoire ADELI de la Direction de la recherche des études et de l'évaluation et des statistiques (DREES) porte à la fois sur les libéraux et les salariés, incluant les remplaçants mais pas les praticiens hospitaliers temps plein ayant une activité libérale à l'hôpital.

Il recense tous les professionnels en exercice qui sont tenus de faire enregistrer leur diplôme auprès de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) dont ils dépendent. Ces répertoires sont gérés par les DDASS, coordonnés au niveau régional par les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), puis centralisés à la DREES, pour un cadrage national.

- Les médecins salariés dénombrés par la DREES sont ceux qui déclarent une ou des activités exclusivement salariées : par exemple les médecins qui travaillent dans un hôpital public ou privé, les médecins qui pratiquent dans des centres de soins, de médecine du travail, de médecine scolaire, de protection maternelle et infantile (PMI), de sécurité sociale, ou encore dans l'administration ou la prévention.
- Les médecins libéraux dénombrés par la DREES sont ceux qui déclarent avoir au moins une activité libérale. Il s'agit des médecins libéraux exclusifs ou avec exercice mixte. Ils exercent en clientèle privée, en cabinet, hôpital privé (hors temps plein hospitalier), ou laboratoire. Le champ est plus restreint que celui des effectifs de libéraux dénombrés par le SNIR, puisque ce dernier inclut les médecins temps plein hospitalier avec secteur privé dans ses effectifs. À partir de 1995, les effectifs de médecins libéraux incluent les remplaçants qui sont essentiellement des généralistes.

- les tableaux de l'Ordre du Conseil national de l'Ordre des médecins

Les médecins français ou européens, titulaires d'un doctorat de médecine ou d'un diplôme équivalent pour les européens, sont dans l'obligation de se déclarer à l'Ordre pour pouvoir exercer la médecine (article L.4111-1 du code de la santé publique). L'inscription, et donc l'entrée dans le fichier, s'effectue à l'Ordre du département dans lequel le médecin va exercer. À son inscription, le médecin fournit notamment les informations sur son état civil, son cursus universitaire, ses qualifications et son activité professionnelle.

Ces informations permettent à l'Ordre de réaliser ses tableaux de l'Ordre, qui donnent une image fiable de la population médicale active. Il faut néanmoins garder à l'esprit qu'elles sont déclaratives, et donc entachées d'une certaine incertitude, notamment en début de carrière et en cas de changement d'activité.

Les effectifs présentés sont ventilés selon leur mode d'exercice :

- les médecins libéraux, regroupant les médecins libéraux exclusifs, et les médecins ayant un exercice mixte,
- les médecins salariés,
- les médecins ayant un autre mode d'exercice. Il s'agit majoritairement de médecins sans exercice déclaré, mais également de médecins dont la forme de rémunération (salaires ou honoraires) n'est pas connue ; on ne peut donc pas les classer comme libéraux ou salariés. Ce sont notamment les médecins travaillant au sein de laboratoires pharmaceutiques, réalisant des expertises, des missions pour les sociétés d'assurances privées...

A l'aide des chiffres des effectifs, on peut calculer des densités de professionnels de santé par rapport à la population. On raisonne habituellement en nombre de professionnels de santé pour 100 000 habitants.

Il est donc possible de déterminer la démographie actuelle, mais aussi passée, et d'estimer celle des années à venir. Cependant, ce ne sont que des chiffres, et les prévisions faites à partir de ceux-ci ont comme postulat essentiel que les connaissances médicales, les pratiques professionnelles, la demande et l'offre de soins seront identiques dans le futur.¹⁴ Les évolutions des connaissances médicales et celles de la société, tant du côté des patients que des professionnels de santé, ne sont pas prises en compte.

Comme on le voit avec la description des différents fichiers recensant les médecins, les données peuvent être très divergentes, et ceci pour un même médecin. Il apparaît donc

nécessaire et urgent dans la fin des années 90, d'harmoniser le recueil de données pour ces différents fichiers.⁷

Entre 1998 et 2002, différents groupes de travail ont conclu qu'il était nécessaire « de mettre en place un dispositif d'analyse fine de la démographie des professions de santé afin de disposer d'un outil efficace et opérationnel d'observation, d'évaluation et de proposition en lien direct avec la réalité du terrain et la vie régionale. »,⁷ et ont émis les quatre propositions suivantes :

- mise en place d'un « guichet unique » d'enregistrement des professions de santé,
- identification et compilation des données démographiques qualitatives,
- mise en place d'un dispositif d'observation de la démographie des professions de santé à un niveau régional autour d'un observatoire national tête de réseau,
- mise en commun des produits de l'observation démographique.

33

Dans les suites de ces travaux, après la remise en 2002 du rapport « Mission démographie médicale » par le professeur Berland, deux importantes décisions sont prises :

- la mise en place en 2003 de l'Observatoire National d'Observation des Professions de Santé (ONDPS), présidé par le professeur Berland,
- la création du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS), dont la mise en place initialement prévue au 1^{er} janvier 2009, ne sera au mieux effective qu'au 1^{er} janvier 2010.

Par ailleurs, l'approche par les densités n'est pas suffisante, il convient de la pondérer par d'autres critères ; la présence d'autres systèmes de soins (médecine transfrontalière), la composition par âge de la population concernée (une population plus âgée a une demande de soins de proximité plus importante qu'une population en moyenne plus jeune et plus mobile), des critères géographiques (difficulté d'accès des zones montagneuses ou enclavées).¹⁵

L'analyse des densités régionales montre une amélioration des disparités, or on parle de désertification croissante de certains territoires. C'est donc que l'analyse des densités à l'échelon régional n'est pas adaptée ; l'analyse des densités à l'échelon national l'est encore moins.

On rappellera ici que le *numerus clausus* a longtemps été fixé en fonction d'estimations futures, incertaines, de densités médicales nationales. Ce n'est que depuis quelques années qu'une régulation plus fine est mise en place.

Les autorités chargées de réfléchir sur les densités médicales avouent : « *Au demeurant les travaux de comparaisons internationales ne permettent pas de déterminer un niveau optimal de densité médicale.* » Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), 2007.¹⁶

Actuellement, on raisonne en termes de « temps médical » : on pourrait créer une unité de mesure centrée sur ce principe, qu'on pourrait désigner par Unité de Temps Médical ou UTM.

2.1.3 L'action différée du *numerus clausus*

Entre 1971 à 2009, la durée minimum des études médicales est progressivement passée de 7 à 9 ans pour la médecine générale, la durée maximale quant à elle n'a pas varié et reste de 10 à 11 ans.

Ce ne sont pas en pratique les durées de formation observées. En effet, plusieurs facteurs viennent modifier ces chiffres.

- Le taux de redoublement tout au long du cursus allonge la durée des études.¹³

6% en PCEM 2

6% en DCEM 1

9% en DCEM 2

11% en DCEM 3

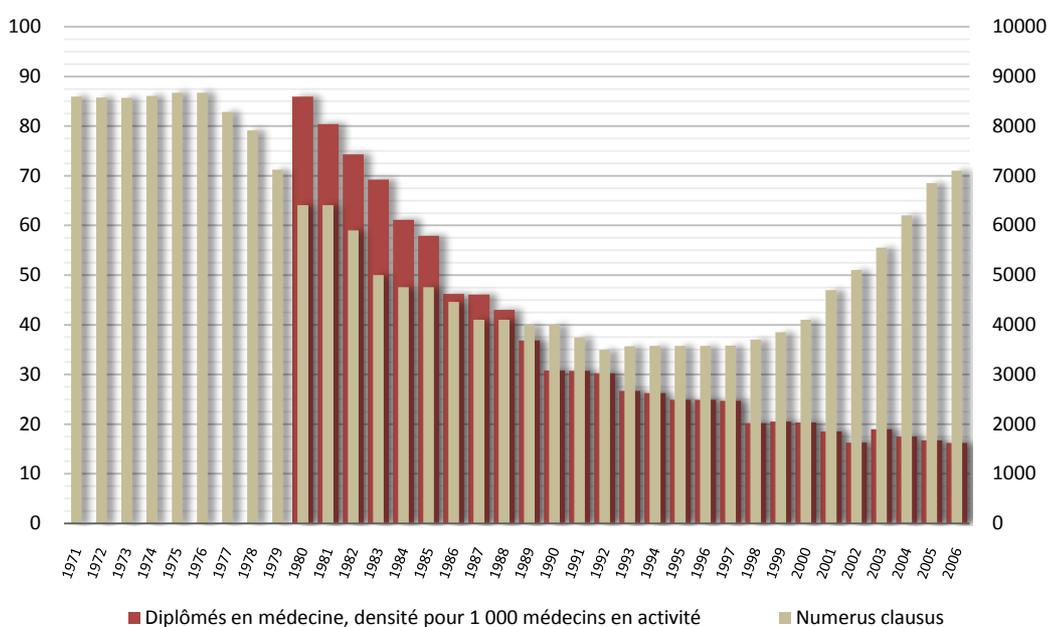
22% en DCEM 4

- Le taux d'abandon des études médicales est fixé au niveau national à 5% jusqu'à l'entrée en TCEM.¹³

Par ailleurs, s'il est possible de soutenir sa thèse 9 ans après son entrée en PCEM 1, pour ce qui est de la médecine générale, on observe que seulement 31,7% des étudiants la soutiendront dans ce délai, 47,5% avec 1 an de retard, 7,39% avec 2 ans de retard et 12,9% avec 3 ans de retard.¹³

Toute action sur le *numerus clausus* de PCEM1 ne produira ses pleins effets qu'au mieux 12 ans plus tard.^{10,14}

Graphique 2 : Évolution comparative du nombre de nouveaux diplômés pour 1000 médecins en activité et du *numerus clausus*.



Source : Base Eco-Santé OCDE, mars 2009

On retrouve le même phénomène, dans une moindre mesure, pour ce qui est des ECN. La durée du TCEM varie de 3 à 5 ans, mais il faut intégrer la durée du clinicat, habituellement de 2 ans, pour la moitié des spécialistes. La durée maximale du TCEM est donc de 5 à 7 ans.

Toute action sur la répartition des postes aux ECN ne produira ses pleins effets qu'au mieux 7 ans plus tard.^{10,14}

L'âge moyen d'inscription à l'Ordre, de 33,8 ans en 2008 (33 ans pour les femmes et 35 ans pour les hommes) reflète lui aussi cet allongement de la durée des études.¹⁷

Ces actions différées sont valables pour les entrées dans la profession. L'effet du *numerus clausus* sur les sorties de la professions s'évalue plus de 35 ans plus tard.

Pour expliquer la baisse drastique du *numerus clausus*, on ne peut s'appuyer ni sur une chute brutale des capacités de formation des facultés, ni sur une diminution hypothétique des besoins de la population. La restriction des effectifs était censée induire une baisse des dépenses de santé, au détriment du fonctionnement des services hospitalo-universitaires.

La démographie médicale est une notion difficile à appréhender, parce que dans le domaine de la médecine, on ne peut tenir compte des seules données chiffrées, d'ailleurs discordantes entre elles.

Elle est encore plus difficile à réguler, compte tenu de l'inertie liée à la longueur du cursus médical.

On peut souligner la difficulté de modifier un paramètre dont les pleins effets ne se feront sentir que 13 ans plus tard, alors qu'on est incapable d'avoir une vision claire de la situation économique à plus de 5 ans.

2.2 Le gaspillage des reçus collés

Les reçus-collés sont les étudiants qui ont obtenu au concours de PCEM 1 une note supérieure ou égale à 10 sur 20, mais non admis en deuxième année de médecine. Le problème soulevé est celui de leur devenir, d'autant plus qu'une majorité d'entre eux ont obtenu leur baccalauréat avec mention.

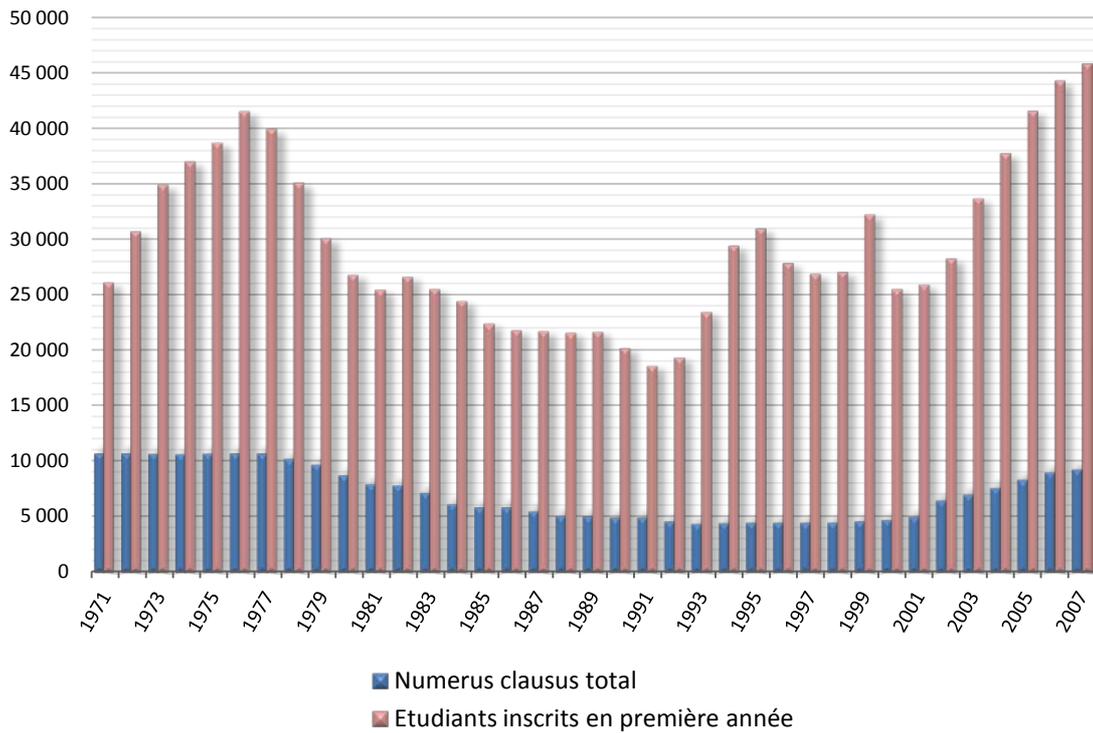
Jusqu'en 1971, toute personne possédant le baccalauréat pouvait prétendre à suivre des études de médecine. À cette époque, on parlait de rendement, on étudiait la proportion d'étudiants arrivant en septième année de médecine, par rapport aux inscrits de première année.³ Sur la période 1961-1967, il était de 56%. L'inquiétude était d'autant plus forte que depuis plusieurs années, on assistait à une démocratisation de l'éducation, avec un afflux massif d'étudiants dans les universités. Or des études de l'époque montrent que le rendement est inversement proportionnel au nombre d'étudiants en première année.³

Dans cette optique, le *numerus clausus* à l'entrée en PCEM permet d'atteindre un rendement proche de 100% en considérant que tous les étudiants admis en médecine exerceront in fine.³

Mais le *numerus clausus* a été instauré en fin de PCEM, et de ce fait, la majorité des étudiants de PCEM 1 est « collée ». Le problème a été déplacé et par ce fait majoré.

À la rentrée 2007, 45 759 étudiants étaient inscrits en PCEM 1 pour un *numerus clausus* à 7100 pour la médecine, 977 pour l'odontologie et 1007 pour les sages-femmes, soit 9084 places pour 45 759 postulants. Le rendement admis au concours/inscrits en première année est donc de 19,85% en 2007/2008, 40,45% en 1971/1972 (date de création du *numerus clausus*).

Il y aura donc eu 36 675 étudiants de la promotion 2007 à réorienter entre 2007 et 2009. La situation alarmante que décrivait le rapport Pressat en 1970 portait sur la réorientation de 9000 étudiants en moyenne issus d'une promotion, à réorienter sur 6 ans.

Graphique 3 : Évolution du *numerus clausus* et des inscrits en PCEM1 de 1970 à 2007.

(Depuis 2002, la première année de sages-femmes est commune avec celle de médecine et odontologie)

Source : Base Eco-Santé France, mars 2009

De plus, l'augmentation pendant les années 2000 du *numerus clausus* a créé un afflux de postulants qui n'était pas attendu,¹⁸ majorant d'autant le problème des reçus-collés.

D'autres éléments viennent influencer sur le nombre d'étudiants en première année. On peut ainsi expliquer la forte croissance des inscriptions au milieu des années 90, par l'effet «Urgences», du nom d'une série télévisée à grand succès. On peut aussi s'interroger vis-à-vis de la similitude de la courbe dans les années 70 et 2000, en y voyant l'attrait pour une profession qui « ne connaît pas la crise ». Car sinon, comment expliquer la persistance de l'augmentation des inscriptions (quasi doublement des effectifs) six ans après la mise en place du *numerus clausus* ?

En termes quantitatifs, le problème reste entier, il s'est même largement aggravé par rapport à 1971. D'un point de vue qualitatif, le problème reste lui aussi entier à ce jour. Très peu de passerelles existent entre le PCEM 1 et les autres études supérieures. Il est

même étonnant de parler de réorientation qui impliquerait des équivalences. Dans les faits, un étudiant inscrit en PCEM 1 qui échoue 2 fois de suite au concours se voit obligé de recommencer une autre formation depuis le début, les 2 années passées sur les bancs de l'Université ne pouvant être valorisés.

La mise en place du *numerus clausus* tel qu'il existe depuis 1971 conduit donc à un gaspillage, tant sur le plan humain que sur le plan de l'enseignement délivré.

2.3 Un déséquilibre des choix de spécialité

En 1972, les proportions étaient de 64% de médecins généralistes, 36% de spécialistes, parmi 68 778 médecins. Au premier janvier 2008, la France comptait 208 249 médecins selon le fichier ADELI, dont 51% de spécialistes.

Il faut rajouter à cela qu'en médecine libérale, seulement 53 927 médecins généralistes sur les 101 380 identifiés ne sont pas des médecins ayant un mode d'exercice particulier (MEP) ou une orientation complémentaire selon le fichier SNIR.

2.3.1 Le double effet du *numerus clausus*

Selon la stricte définition, il existe deux *numerus clausus* en médecine. Le premier fixe de façon globale le nombre de nouveaux étudiants autorisés à poursuivre leurs études, le second fixe pour chaque promotion la répartition dans chaque spécialité ou diplôme d'études spécialisées (DES).

La répartition des postes se fait donc sur un nombre fermé. Toute modification, à la hausse ou à la baisse, des effectifs d'une spécialité implique de ce fait la même modification, inverse, dans une autre spécialité.

La diminution des effectifs des étudiants en médecine, entre 1977 et 1997, n'a pas été subie de façon égale par toutes les spécialités.¹⁹

Avant la réforme du concours de l'internat, les postes disponibles pour la médecine générale n'étaient, de fait, pas fixés. Ils correspondaient au différentiel entre le *numerus clausus* cinq ans auparavant et les postes attribués aux spécialités. Si le *numerus clausus* est passé de 8500 dans les années 70, à 3500 au milieu des années 90, le nombre de postes offerts aux spécialités est quant à lui resté stable, aux alentours de 2500.

D'autre part, la « filiarisation » de certaines spécialités telles que la pédiatrie, l'anesthésie-réanimation, la gynécologie-obstétrique,^{7,19} a permis de prendre en compte leurs besoins, au détriment des autres spécialités regroupées soit dans la filière des

spécialités médicales, soit dans la filière des spécialités chirurgicales, puisque le nombre de postes d'internes de l'année n est égal au *numerus clausus* de l'année n-5.

2.3.2 L'effet de la disparition de la double filière de formation des spécialistes

Ces déséquilibres se sont aggravés à partir de 1982. Par la loi n° 82-1098 du 23 décembre 1982, les certificats d'études spécialisées (CES) sont supprimés.

Jusqu'à cette date, la spécialisation était accessible soit par la voie sélective et hospitalière du concours de l'internat, soit par la voie universitaire des CES. Ceux-ci étaient accessibles aux médecins généralistes désirant acquérir une spécialisation, le déficit de certaines spécialités pouvant ainsi être contrebalancé par la filière CES.

« D'une spécialité à l'autre les évolutions sont également très différentes. [...] Les causes de cette situation sont connues. Les leviers d'action ont porté uniquement sur deux facteurs :

- *la limitation de l'accès aux études médicales par l'instauration du numerus clausus à la fin de la première année des études de médecine,*
- *le rééquilibrage de la répartition entre généralistes et spécialistes. Celui-ci se fait uniquement depuis l'application de la loi du 23 décembre 1982 par la limitation du nombre de places ouvertes au concours d'internat puisque la voie du CES a été supprimée. » Rapport interministériel « Propositions sur les options à prendre en matière de démographie médicale », rendu en juin 2001 par Guy Nicolas et Michèle Duret.²⁰*

Depuis la disparition des CES, les déséquilibres se sont majorés car la démographie hospitalière n'est pas représentative de toute la démographie médicale. De plus les mécanismes d'une pénurie se sont enrichis.

En effet, le nombre de postes disponibles est essentiellement fonction des besoins des services hospitaliers ; on forme beaucoup de cardiologues alors que les besoins en ville

ne sont pas nécessairement importants, et peu d'ophtalmologues alors que les délais de rendez-vous s'allongent de façon désespérante.

Certains de nos jours prônent un retour de la possibilité de spécialisation ultérieure des généralistes. Ainsi l'exprimait le Conseil National Permanent du CNOM dans un rapport de 2004 :²¹

« La restauration d'un cursus de spécialité en dehors de la voie du DES est vivement souhaitée et permettrait aux médecins généralistes d'envisager avec moins d'angoisse pour l'avenir social de leur famille une primo installation en secteur rural. Ce qui arrête souvent un médecin généraliste dans une installation rurale c'est l'absence de possibilité de changer de voie. Ré-ouvrir la voie des spécialités, supprimée en 1982, et permettre une réorientation en cours de carrière ferait moins hésiter de jeunes médecins à s'installer en libéral. Le décret du 19 mars 2004 semble faire écho à cette préoccupation des professionnels ».

En moins de 40 ans est apparu un déséquilibre de plus en plus important entre spécialités, en défaveur essentiellement de la médecine générale.

2.4 Évolutions socio-comportementales des médecins

Les comportements d'activité médicale ont évolué au cours du temps, et ce indépendamment des variables sociodémographiques, comme la féminisation et le vieillissement du corps médical. Il est essentiel de prendre en compte ces modifications comportementales pour anticiper la future offre de soins.¹⁹

Il est étonnant en ces débuts de XXI^e siècle de voir se focaliser l'attention sur la féminisation. Nous allons voir que le problème n'est pas la féminisation, mais bien un changement de mentalité du corps médical.

Par ailleurs, en 2008, alors que le remplacement n'est plus un phénomène récent, il n'est toujours pas considéré à sa juste valeur.

2.4.1 La féminisation

En 1875, Madeleine Gebelin-Brès fut la première française à soutenir sa thèse pour le doctorat en médecine. À sa suite, de plus en plus de femmes eurent accès à l'Université, et de plus en plus de professions se sont féminisées.²²

La féminisation du corps médical n'a véritablement débuté en France qu'après 1958. On est passé de 10% dans les années 60 à 40% en 2008 (38% pour les médecins généralistes). Il s'agit d'un phénomène mondial.²³

- Albanie : 47% de femmes.
- Algérie : 51% de femmes.²⁴
- Allemagne : 38% de femmes et 37% de femmes généralistes
- Autriche : 35% de femmes et 51% chez les moins de 35 ans
- Belgique : 38% de femmes et 56% chez les moins de 35 ans
- Espagne : 54% de femmes et les projections annoncent 80% en 2015
- États-Unis : 24% de femmes en exercice mais 44% de femmes parmi les étudiantes
- Grèce : 34% de femmes

- Italie : 32% de femmes et 56% chez les moins de 35 ans
- Royaume-Uni : 53% de femmes
- Slovénie : 63% de femmes chez les 30-40 ans et 59% chez les 40-50 ans
- Suisse : 52% de femmes.²⁵

Ces chiffres sont donnés pour l'année 2005.

En 2025, selon les projections effectuées en 2004 dans le cadre de l'ONDPS, les femmes représenteraient 52 % des médecins en activité.¹⁵ Elles représentent déjà 56% des effectifs nouvellement inscrits au tableau de l'Ordre au 1^{er} janvier 2009.²⁶

On dit souvent que la médecine se féminise parce que les filles sont plus studieuses et réussissent mieux leurs examens. En fait, elles sont désormais majoritaires dès la première année de médecine, où elles représentaient, en 2002, 64% des étudiants. Elles ne sont plus que 60% en deuxième année.²⁷

L'accès des femmes aux études médicales résulte de la conjonction de l'explosion démographique médicale des années 60 et du développement des spécialités médicales de ville (gynécologie, pédiatrie, dermatologie, ophtalmologie). La médecine salariée devient un mode d'exercice à part entière (médecins scolaires, médecins du travail, médecins de PMI). Comme ces postes créés de toutes pièces n'étaient pas traditionnellement occupés par les hommes, la féminisation n'était pas décrite comme un problème mais bien comme une réponse à ces nouveaux besoins.²⁸

Avec en 1982 la suppression des CES, le concours de l'internat devient le seul moyen d'accès aux spécialités médicales. Les meilleurs étudiants reçus au concours étaient souvent des femmes et elles choisissaient des spécialités dites féminines. Le taux de réussite des étudiantes à l'internat n'a cessé d'augmenter, les femmes s'orientant préférentiellement dans les spécialités médicales (sans gardes ni astreintes) ou les filières « féminines » (pédiatrie, gynécologie).

Il est acquis que l'activité des femmes médecins est en moyenne plus faible que

celle des hommes. Une étude de Niel et Vilain de 2001 montre que les femmes médecins travaillent toutes choses égales par ailleurs, environ six heures de moins par semaine que les hommes.²⁹ Selon le rapport 2005 de l'ONDPS, l'activité des femmes est égale à 70% de celle des hommes sur une vie professionnelle ; elle était de 60% en 1989, et sera égale à celle des hommes en 2025.³⁰

La diminution du temps de travail est davantage une question de génération qu'une question de genre comme le montre l'étude de Aulagnier, Obadia, Paraponaris, Saliba-Serre, Ventelou, et Verger de 2007, réalisée dans cinq régions françaises, à propos des médecins généralistes libéraux.³¹

Tableau 1 : Durée hebdomadaire moyenne de travail des médecins généralistes selon l'âge. (En heures, y compris gardes et astreintes)

Région	moins de 45 ans	de 45 à 54 ans	55 ans ou plus
Basse-Normandie	49,4 (11,5)	56,9 (11,2)	58,5 (11,2)
Bourgogne	57,4 (13,7)	60,3 (12,7)	59,9 (12,7)
Bretagne	51,6 (11,9)	55,0 (9,8)	58,3 (11,1)
Pays de la Loire	52,8 (14,9)	56,9 (12,8)	58,7 (14,7)
PACA	53,3 (16,5)	56,6 (15,1)	55,8 (13,0)

() Écart-type.
Sources • Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports / DREES – Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.
 Source : DREES, *Études et Résultats*, N°610

La féminisation ne suffit pas à expliquer la diminution du temps de travail. Il faut bien admettre que l'exercice professionnel des hommes généralistes change aussi.

En France, l'idée selon laquelle une profession qui se féminise est une profession qui se dévalorise est bien ancrée dans les esprits. Or la médecine libérale permet à la femme de moduler ses horaires, ses revenus, sa situation familiale, son lieu ou son mode d'exercice... La femme réduit son activité pour des contraintes familiales et personnelles. L'homme réduit son activité car il n'est plus dans une situation d'unique pourvoyeur de

revenus du ménage et découvre une manière d'exercer autrement. Il convient donc d'envisager des nouveaux modes d'organisation du système de soins, afin d'accroître la durée d'exercice des médecins, qu'il s'agisse d'améliorer les conditions d'exercice et de vie des femmes médecins pour hausser leur niveau actuel de participation ou d'enrayer la baisse d'activité précoce des médecins à partir de 55 ans.¹⁶

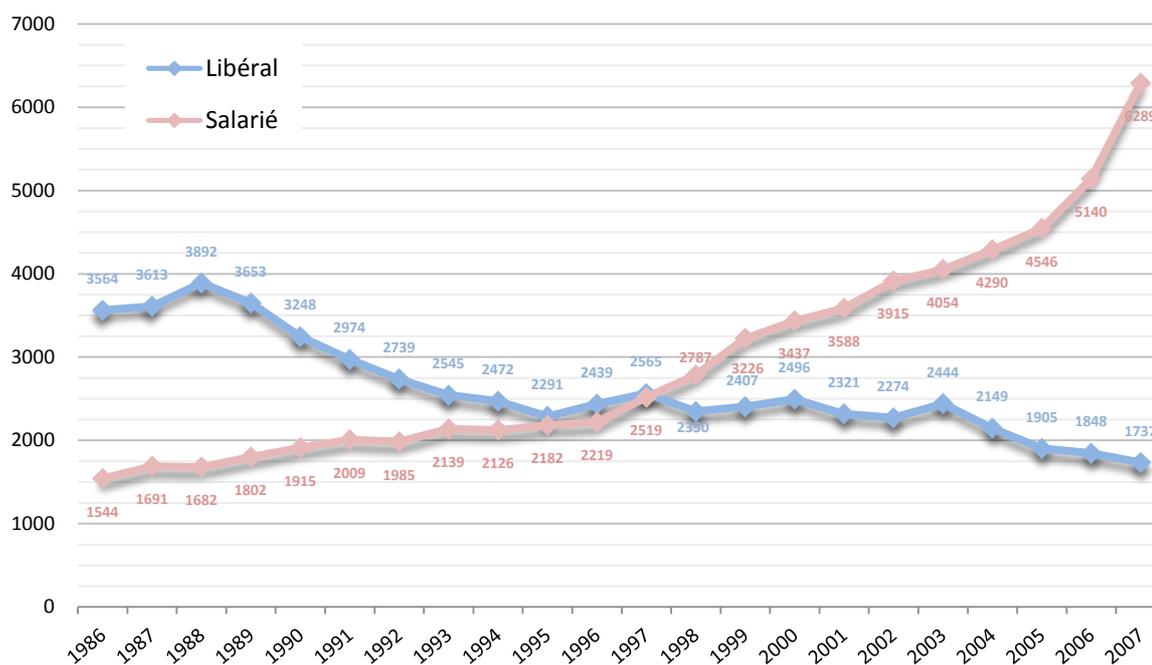
Nous voyons que sont actuellement en cours d'importantes transformations dans les comportements et les aspirations des professionnels de santé. Mais s'il existe une aspiration bien légitime à une diminution du temps de travail, il existe dans les faits une augmentation de l'activité. Ces mutations socio-comportementales impliquent la nécessité d'intégrer des données renseignant plus précisément le temps de travail ainsi que le type d'activité.

2.4.2 Le salariat

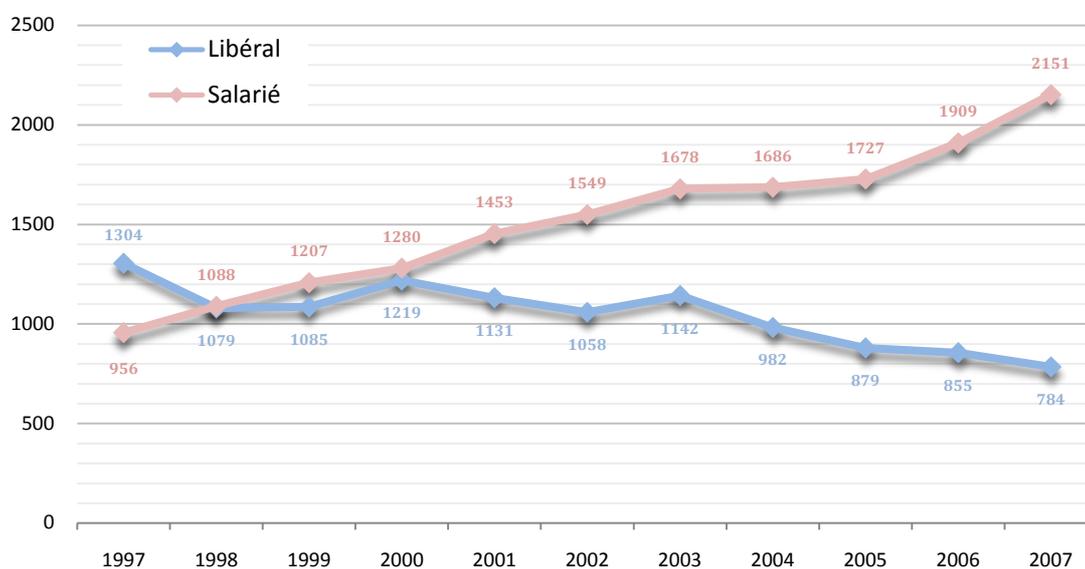
En 2007, 4995 médecins en activité se sont inscrits à l'Ordre dont 4912 en métropole. Parmi les nouveaux inscrits (toutes spécialités confondues), 66% ont fait le choix d'exercer leur activité en tant que médecin salarié, 24 % se sont inscrits en tant que remplaçant, et 9,4% ont privilégié la médecine libérale exclusive (ces médecins libéraux sont à 74% des généralistes).

46

C'est une vraie mutation dans le mode d'exercice de la médecine française. Les graphiques suivants nous permettent d'identifier un point de jonction en 1997. De 1986 à 1997, la médecine libérale domine la médecine salariale, puis à partir de 1998 les effectifs de médecins salariés ne cessent de croître au détriment de la médecine libérale, avec une nette diminution des effectifs de celle-ci, toutes spécialités confondues. En 2007, le tableau de l'Ordre des médecins enregistre quatre fois plus de salariés que de libéraux.¹⁷

Graphique 4: Effectifs des médecins nouvellement inscrits de 1986 à 2007.

Sources : CNOM, Atlas de démographie médicale 2008, situation au 1er janvier 2008.

Graphique 5: Effectifs des généralistes nouvellement inscrits de 1997 à 2007.

Sources : CNOM, Atlas de démographie médicale 2008, situation au 1er janvier 2008.

Pour les médecins généralistes en activité régulière en 2007, 61% ont une activité libérale exclusive, 6% une activité mixte, 31% une activité salariée exclusive. Pour les

médecins généralistes hommes en activité régulière en 2007, 66% ont une activité libérale exclusive, 7% une activité mixte, 25% une activité salariée exclusive. Pour les médecins généralistes femmes en activité régulière en 2007, 42% ont une activité libérale exclusive, 4% une activité mixte, 52% une activité salariée exclusive.

En 2007, 66% des nouveaux inscrits à l'Ordre l'ont fait en tant que salarié, seulement 9% ont choisi la médecine libérale exclusive.

On peut expliquer en partie cet engouement pour le salariat par la création de 3500 nouveaux postes hospitaliers entre 2002 et 2005 pour faire face au déficit de médecins dû à la réorganisation du temps de travail consécutif à l'application de la directive européenne 93/104. L'augmentation simultanée du *numerus clausus* entre 2002 et 2008 (2600 places supplémentaires sur les 5 ans) ne permet pas de compenser ces nouveaux besoins.¹⁹

De plus l'attrait du salariat est décrit surtout pour les femmes. Par conséquent la féminisation du corps médical pourrait contribuer à renverser la répartition du mode d'exercice. Jusqu'à présent, les femmes privilégient l'exercice salarié. Si leur proportion s'accroît fortement, la baisse à venir des effectifs se ferait surtout sentir au niveau de l'exercice libéral. Les projections réalisées mettent en évidence une baisse du nombre de médecins libéraux de 15 % d'ici 2025, alors que la diminution serait quasi nulle pour les hospitaliers.¹⁵

L'examen des données démographiques permet de mettre en évidence l'absence de pénurie numérique de médecins. En effet, sur la période 1995-2005, les effectifs de médecins ont augmenté de 10,8%. Néanmoins cette augmentation a surtout concerné les médecins spécialistes plutôt que les médecins généralistes (14,8% contre 6,9 %). L'augmentation des médecins généralistes a profité pour sa plus grande part au secteur salarié.³²

2.4.3 Le remplacement

Le remplacement est un mode d'exercice très proche de l'exercice libéral traditionnel. Cette activité est soumise à toutes les obligations du Code de déontologie. Le remplaçant est libre de son travail et de ses prescriptions. La responsabilité civile et pénale est entière. Ce n'est pas une activité salariée, même si elle se déroule dans les locaux d'un autre. Le remplaçant est assujéti à la taxe professionnelle et aux diverses cotisations sociales. Il remplit la fonction de premier recours du médecin traitant en assurant la continuité de soins et parfois même en participant à la permanence de soins. Il assure aussi la continuité du suivi médical, dans le cadre d'un remplacement régulier, par l'utilisation du dossier médical. Sa patientèle est diversifiée, composée de celle des différents médecins qu'il remplace.²²

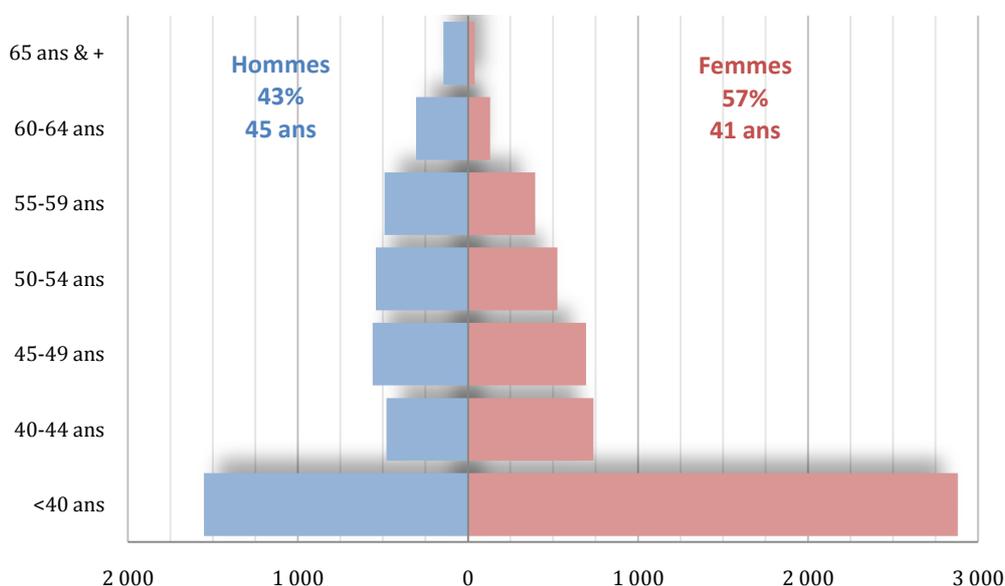
Théoriquement, tous les étudiants ayant choisi la voie de la médecine générale à l'internat peuvent être amenés à remplacer un jour, et ce pendant une période plus ou moins longue, selon l'orientation de carrière et les choix de vie qui seront les leurs. Dans la réalité, le nombre de remplaçants subit une pénurie chronique, dont se plaignent la plupart des médecins installés. Ce problème touche les médecins exerçant en milieu rural ou urbain : plus d'un médecin francilien sur deux déclare qu'il a des difficultés pour trouver un remplaçant, 57% des médecins libéraux ayant répondu à l'enquête de Basse-Normandie, les trois quarts des médecins interviewés l'évoquent également dans l'étude réalisée sur une zone de Franche-Comté.¹⁹

En 2007, 4995 médecins en activité se sont inscrits pour la première fois au tableau de l'Ordre des médecins. Parmi eux, 1206 médecins ont fait le choix du remplacement soit 24%. Les nouveaux inscrits ont un âge moyen de 33,8 ans et 54% d'entre eux sont des femmes.¹⁷

Il est impossible de connaître le nombre exact de remplaçants. Pour la première fois en 2008, l'Atlas de démographie du CNOM s'est intéressé aux remplaçants.¹⁷

En 20 ans les effectifs des médecins remplaçants nouvellement inscrits ont augmenté de 572,9%, avec une hausse de 25% entre 2006 et 2007. En 2007, 24% des médecins nouvellement inscrits l'ont fait en tant que remplaçant. L'âge moyen des remplaçants est de 42,7 ans. 46% des médecins remplaçants sont âgés de moins de 40 ans. On note également une hausse de 31% des effectifs masculins de la tranche d'âge supérieure ou égale à 65 ans. Il s'agit très probablement de médecins retraités qui conservent ou reprennent une activité sous forme de remplacements. Le graphique suivant nous montre également la part grandissante des femmes dans l'activité de remplacement.

Graphique 6 : Pyramide des âges des 9479 médecins remplaçants.



Source : CNOM, Atlas de démographie médicale 2008.

Les remplaçants sont à 72,7% des médecins généralistes. Au 1^{er} janvier 2009, 9 999 médecins généralistes ne faisaient que des remplacements.²⁶ 3000 à 4000 étudiants non thésés et non inscrits à l'Ordre feraient aussi des remplacements. Il y aurait donc entre 13000 et 14 000 remplaçants pour environ 60000 généralistes installés à exercice libéral exclusif.²²

La rémunération des remplaçants s'est envolée en 2007 avec une augmentation de 8,6% des revenus annuels moyens (43000 €). Ce sont les médecins libéraux dont la

progression a été la plus forte avec les rhumatologues (+ 9%), loin devant les généralistes (+4,4%) et les cardiologues (-5,5%). En travaillant à temps partiel, ils gagnent plus que le quart le moins fortuné des généralistes (39 900 €). La pénurie de généralistes dans les campagnes et les banlieues met les remplaçants en position de force. Ils demandent des rétrocessions de plus en plus élevées pour accepter un remplacement dans ces régions. Gagnant de mieux en mieux leur vie les jeunes praticiens de moins en moins nombreux retardent encore leur installation.²²

Par ailleurs, ces médecins ne sont pas installés, ni salariés, et l'État ne dispose que de peu voire aucun moyen de pression sur eux. Il y a donc fort à parier que la législation évoluera pour corriger ceci. D'autant plus que le corps des remplaçants grandit en nombre, et s'installe dans le temps. Si la durée des remplacements professionnels tend à s'allonger, elle pourrait dépasser celle de la formation d'un généraliste ; si l'attrance pour ce mode d'exercice tend à s'accroître, on risque d'aggraver transitoirement le problème de renouvellement des effecteurs de soins de premier recours.

Les pouvoirs publics pourraient donc légiférer pour contrôler cette nouvelle population de médecins, car elle leur fait peur, on ne la connaît pas. En effet, on commence tout juste à la découvrir et à la reconnaître, mais essentiellement indirectement, par des études démographiques, et par des études sur les attentes des étudiants, mais il n'y a actuellement aucune étude intéressant uniquement le corps des remplaçants. Et pourtant, près d'un généraliste libéral sur dix est un remplaçant !²²

Actuellement, on parle de plus en plus de mesures coercitives imposant un lieu d'installation à chaque médecin et une carte sanitaire des cabinets libéraux. Ces mesures sont rejetées en l'état par les professionnels. De plus elles sont de nature à décourager les plus jeunes à un moment où le nombre de médecins va diminuer en France. Mais plus encore, elles pourraient déboucher sur des pratiques comme la généralisation du mode d'exercice par remplacement, que les pouvoirs publics considèrent comme préjudiciable.⁷

On notera par ailleurs une certaine hypocrisie ambiante. Dans le secteur de la médecine générale libérale, on parle du manque de remplaçants, de leur situation de force,

de leur « mercantilisme ».³³ La finalité du remplacement est d'assurer la continuité des soins pour la patientèle du médecin remplacé. Actuellement les honoraires rétrocédés du remplacement se négocient aux alentours de 70% pour le remplaçant, les 30% restant au remplacé lui permettent de supporter les charges de fonctionnement qui continuent à courir. Dans certains cas, la rétrocession est de 100%, notamment dans le cas des gardes et astreintes.

Il est à noter qu'il existe une majoration de 20% des honoraires (Avenant 20 de la Convention) pour les médecins installés en zone déficitaire. Cette majoration doit leur permettre entre autres de favoriser leur remplacement lors de leurs congés, en rendant plus attractives les conditions de rétrocession. Dans les faits, le remplaçant se voit toujours proposer 70/30 sur les honoraires perçus malgré la majoration de 20% des honoraires accordée par la Sécurité sociale. Le remplacé percevra 30% des honoraires plus la majoration de 20% sur la totalité des honoraires. Où est le mercantilisme ?

Le rapport « Le médecin malade » du conseil national permanent du CNOM de juin 2008 est extrêmement virulent vis-à-vis des remplaçants.³³ *« ces remplaçants sont malheureusement le plus souvent des praticiens dont les motivations d'exercice ne sont pas celles des titulaires du cabinet[...] On assiste dès lors à des prises en charge de patientèle extrêmement variables, et il n'est pas rare de voir ces remplaçants professionnels refuser de prendre la totalité de l'activité en charge et imposer au médecin malade, en dépit de toute confraternité, des conditions financières inacceptables. Dès lors il serait nécessaire de revoir au niveau confraternel, ordinal en particulier, des incitations à l'organisation de tontines et d'auto-remplacements confraternels qui pourraient pallier ce mercantilisme non confraternel vécu par beaucoup de médecins malades, mis dans des situations extrêmement périlleuses et subissant le joug de médecins remplaçants professionnels dont les motivations ne sont sûrement pas l'intérêt de nos patients. »*

Il serait intéressant de savoir quelles sont les « conditions financières inacceptables » suggérées par les rapporteurs. Le remplaçant touche une rétrocession sur son activité, il est également redevable de charges fiscales et administratives, a souvent lui-

même une famille à nourrir, en aucune façon il n'est à l'abri d'une maladie ou d'un accident. Parfois même le remplaçant est une remplaçante qui tombe enceinte et s'arrête pour un congé maternité, sans autre revenu que les indemnités versées par l'Assurance maladie, au contraire de l'installée qui perçoit les mêmes indemnités mais qui a la possibilité de se faire remplacer. Il est curieux et même choquant que la solidarité ne doive fonctionner que dans le sens de l'installé.

Témoin le docteur Marion Faure, remplaçante dans la région Basse-Normandie, atteinte d'une maladie à pronostic létal, et qui a malheureusement fait l'expérience du vide entourant la protection personnelle du remplaçant au cours de son activité. Sous son impulsion est née l'Union des remplaçants de Basse-Normandie (URBAN), qui a pour objet de représenter, former, informer les remplaçants, favoriser les remplacements, faciliter l'intégration professionnelle et l'installation des remplaçants et d'organiser un fonds de solidarité.³⁴

La professionnalisation du remplacement dérange les instances ordinales, mais aussi l'Assurance Maladie qui n'a pour l'instant aucun moyen de contrôle sur ces 9999 remplaçants. Le Conseil de l'Ordre tient pourtant un double discours puisque les objectifs pour 2009 sont de mieux reconnaître cette catégorie de médecins. Ou s'agit-il plus prosaïquement de mieux les contrôler ?

Le remplacement interagit de deux façons avec le *numerus clausus*. Le nombre de remplaçants est insuffisant pour les besoins des médecins installés, et ceci est directement la conséquence de la diminution du nombre de jeunes médecins sortant de la Faculté. Du fait de la professionnalisation du remplacement, le nombre d'installations, déjà faible, diminue encore, et majore l'effet du *numerus clausus*.

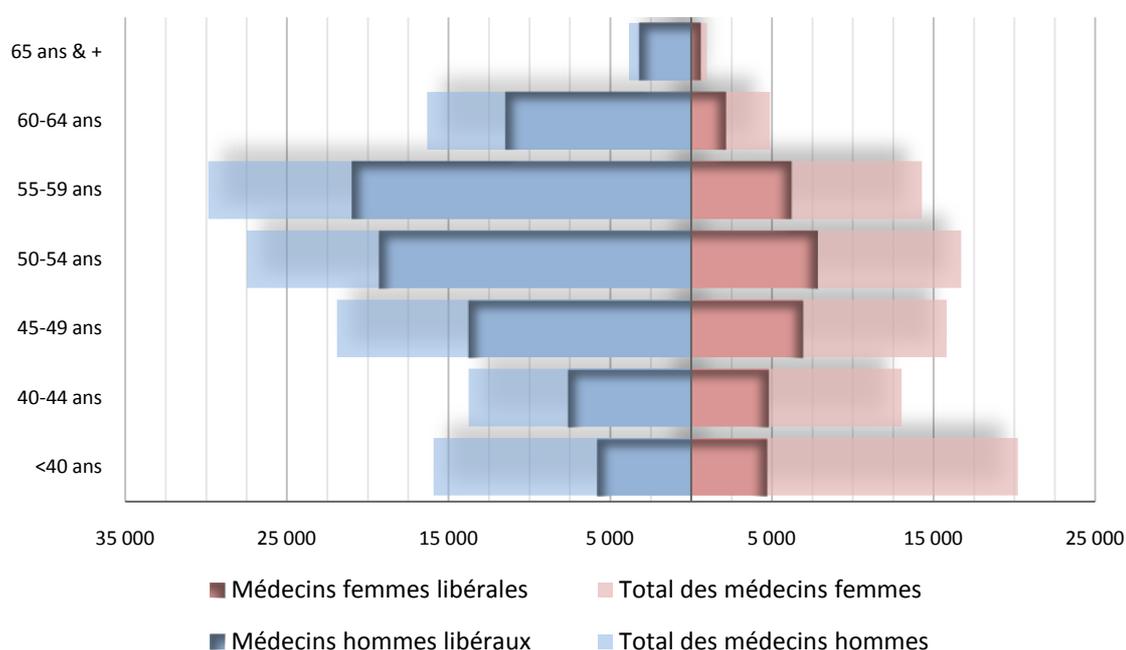
2.4.4 La disparition de la médecine libérale traditionnelle

Les derniers chiffres à ce jour concernant la médecine libérale ont été dévoilés par le docteur Michel Legmann, président du CNOM, lors de la conférence inaugurale du

MEDEC, congrès de médecine générale à Paris le 11 mars 2009.

Au 1^{er} janvier 2009, 9% des nouveaux inscrits à l'Ordre ont choisi la médecine libérale exclusive, tandis que 66% ont choisi le salariat, et 25% le remplacement.²⁶ Cette tendance qui s'accroît est présente depuis déjà plusieurs années comme le montre le graphique suivant.

Graphique 7 : Comparaison des pyramides des âges des médecins libéraux et de l'ensemble des médecins au 1^{er} janvier 2008 (SNIR au 31/12/2007, CNOM au 01/01/2008).



Sources : Base Eco-Santé France, mars 2009, SNIR ; CNOM, Atlas de démographie médicale 2008.

Ce n'est pas le mode libéral qui est remis en cause, mais peut-être plutôt le mode d'exercice sédentaire

Le mode d'exercice par regroupement est plébiscité depuis quelques années, on retrouve cette idée de façon récurrente dans les rapports de l'ONDPS, reprise par tous les partenaires sociaux.

Mais il ne suffit pas de créer des lieux d'exercice tant que le problème de la désaffection de la médecine libérale n'est pas compris.

Par ailleurs, quand bien même le fait de créer des maisons médicales répondrait parfaitement aux attentes des professionnels de santé, il faudrait le volume de personnel adéquat pour les remplir.

Les changements socio-comportementaux en cours impliquent la nécessité d'intégrer des données renseignant plus précisément le temps de travail ainsi que le type d'exercice. L'attrait du salariat, décrit surtout pour les femmes, pourrait contribuer à renverser la répartition du mode d'exercice. Si la féminisation s'accroît, la baisse à venir des effectifs se ferait surtout sentir au niveau de l'exercice libéral. L'augmentation des dernières années du nombre de médecins qui fait dire à nos politiques qu'il n'y a pas de pénurie a surtout concerné les médecins spécialistes ou encore les médecins salariés. Le remplacement en se professionnalisant peut influencer sur le nombre déjà faible d'installations et majore l'effet du *numerus clausus*.

Tout se passe comme si le *numerus clausus*, à l'origine d'une angoisse et d'une dégradation des conditions d'exercice en ville, avait révolutionné les comportements des nouveaux praticiens, ceux-ci préférant la sécurité d'un poste salarié à la précarité et la pénibilité de l'exercice libéral, duquel les confrères disparaissent les uns après les autres.

2.5 La pénurie de médecins

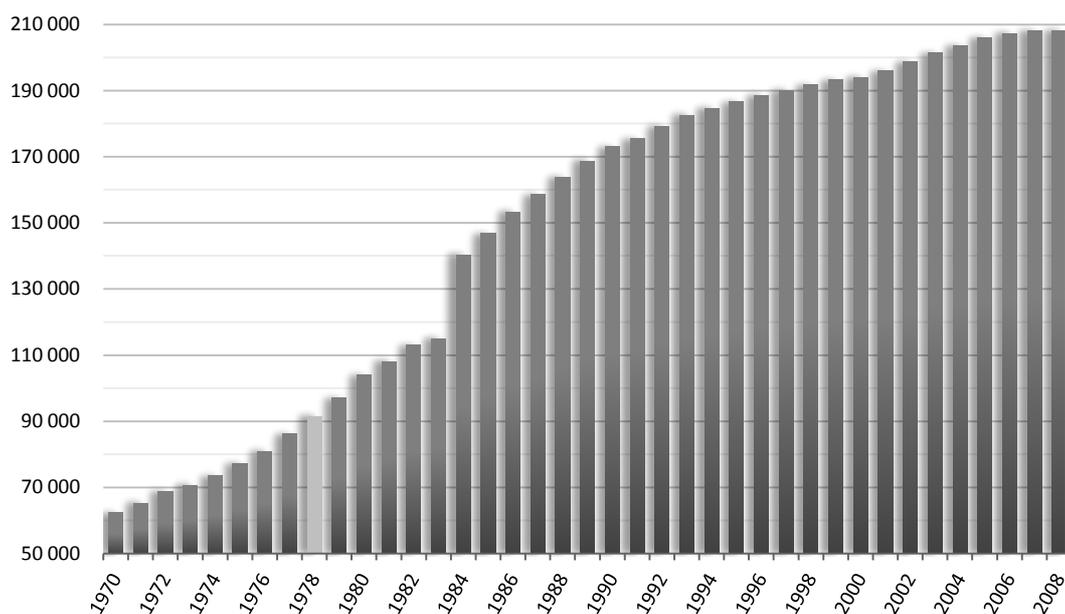
Depuis plusieurs années, certaines instances professionnelles ont averti les pouvoirs publics à plusieurs reprises sur une situation difficile à appréhender pour des non initiés. La pénurie annoncée constitue elle-même un paradoxe à première vue, mais on en retrouve les germes tout au long du demi-siècle passé, et dans les projets actuellement en discussion.

2.5.1 Une pénurie maintes fois annoncée

« On n'a jamais compté autant de médecins qu'en ... ». Depuis 1971 et ce jusqu'en 2008 la population médicale a crû d'année en année. On comptait 208 249 médecins en activité en 2008 contre 65 191 au 1^{er} janvier 1971.

L'attention s'est donc naturellement focalisée sur cet accroissement rapide, et pour certains, inquiétant. En 1978, soit 6 ans après l'application du *numerus clausus*, les effectifs de médecins atteignaient 91 442, soit une augmentation de 40%.

Graphique 8 : Évolution des effectifs de médecins en activité de 1970 à 2008.



Source : Base Eco-Santé France, mars 2009 ; répertoire ADELI

Devant ces seuls chiffres des effectifs globaux de médecins, en constante augmentation, l'incompréhension était de mise lorsque certains s'alarmaient d'une situation à venir préoccupante. À cela était toujours répondu qu'on n'avait jamais compté autant de médecins en France. Les décisions qui s'imposaient alors étaient toujours repoussées.

2.5.2 Le paradoxe de la pénurie : il n'y a jamais eu autant de médecins

Alors que dans la fin des années 90, on parlait de « pléthore » médicale, le discours s'est totalement inversé au début des années 2000. La pénurie médicale était le thème repris par tous.

Ce terme de pénurie était alors mal approprié : comment parler de manque de médecins alors qu'en 2000 on en comptait 194 000, et 208 249 en 2008. La pénurie était pourtant prévisible et commença à s'amorcer en 2008, puisque l'on compte seulement 58 médecins en activité de plus qu'en 2007.

57

Dès 1980, le CNOM avait attiré l'attention sur les problèmes de répartition des médecins en métropole,³⁵ et depuis la fin des années 90 il n'a cessé de mettre en évidence le délai entre la prise de décision portant sur le *numerus clausus* d'entrée en médecine et les conséquences sur les effectifs des médecins en exercice, délai du à la longue durée des études médicales. L'incompréhension de ce mécanisme et l'inertie des pouvoirs publics, jointes à d'autres préoccupations ont retardé la prise de conscience du problème.

Cette révélation fait suite à la prise en considération du temps médical disponible en 2001,¹² et non plus seulement de la densité médicale. Si le choc a été si violemment ressenti, c'est parce que ce changement d'outil a permis de dénoncer une situation alarmante pour les vingt prochaines années, sur laquelle on ne pouvait déjà plus agir en termes démographiques.^{7,12,21}

D'autres facteurs viennent majorer la pénurie annoncée :⁷

- les progrès médicaux justifient une demande de plus en plus forte, des traitements et des médecins de plus en plus spécialisés ;
- le vieillissement de la population générale et médicale : l'âge moyen des médecins sera de 50 ans en 2011, et la proportion de plus de 55 ans atteindra 40% en 2013 ;
- les modifications sociologiques et comportementales des médecins, avec comme conséquences immédiates une réduction du temps de travail, et un changement des modes d'exercice.

Tous ces facteurs conduisent à estimer une diminution du temps médical total disponible de 40% entre 2001 et 2020.^{7,12}

Concernant le temps de travail, la directive européenne 93/104 n'a été appliquée en France qu'à partir de 2003. Il s'est écoulé 10 ans entre son adoption par le parlement européen et sa mise en œuvre en France.¹⁹

Il découle de celle-ci que le temps de travail hebdomadaire des médecins hospitaliers est fixé à 48h, incluant les temps de gardes.

Comme on l'a vu plus haut, il a été décidé en 2001 de créer 3500 nouveaux postes médicaux dans les hôpitaux. Le *numerus clausus* était alors fixé à 4100 ; il était à 7300 en 2008, soit une augmentation de 3200 places. Ce gain s'avère insuffisant pour compenser les 3500 postes médicaux hospitaliers créés dans le même temps. Il n'y a donc aucun retentissement bénéfique de l'augmentation du *numerus clausus* sur cette période au niveau de l'exercice libéral puisque les nouveaux effectifs sont absorbés par les besoins hospitaliers.

Les conséquences d'une directive votée en 1993 auraient du être connues avant 2001, il aurait fallu prévoir une augmentation plus importante du *numerus clausus* dès le milieu des années 90.

Considérant que l'attrait actuel pour le salariat est fort, que l'accroissement du *numerus clausus* a tout juste permis de pourvoir les 3500 postes de médecins hospitaliers ; on en déduit que ce n'est qu'à partir de 2008 que l'accroissement du *numerus clausus* pourrait commencer à profiter à la médecine de ville, et que son effet ne se fera sentir que dans une dizaine d'années, pour la médecine libérale, incluant la médecine de premier recours.

La Commission démographie médicale de 2005 présidée par le professeur Berland synthétise les éléments conduisant à une diminution de l'offre de soins d'une part :¹⁵

- une « réduction inconsidérée » du *numerus clausus*,
- une « féminisation », qu'on qualifiera d'évolution socio-comportementale, et un vieillissement des médecins,
- une évolution du temps de présence au travail,

et à une augmentation des besoins d'autre part :

- le vieillissement de la population,
- la diminution des durées de séjour,
- la médicalisation des prises en charge,
- les exigences actuelles en matière de sécurité des prises en charge,
- l'augmentation des potentialités techniques.

Mais si l'on en revient à un point de vue purement démographique, hors considérations sociologiques, la pénurie était prévisible.

Nous sommes actuellement dans la période où le nombre de nouveaux médecins est de plus en plus bas chaque année, le *numerus clausus* étant aux environs de 3500 jusqu'en 1997, et où le nombre de départs à la retraite, concernant une population ayant achevé ses études entre 1976 et 1978, est de plus en plus élevé.

En 1978, lorsqu'a été prise la décision de diminuer drastiquement le *numerus*

clausus, tous les éléments, purement démographiques, étaient à disposition pour prévoir la pénurie qui se présente à nous.

2.5.3 L'implacable enchaînement ayant mené à la pénurie

« *Le numerus clausus est la pierre angulaire de la démographie médicale globale. Il ne suffit certes pas à garantir à lui tout seul l'équilibre du système de santé, mais on peut être assuré, a contrario, que son absence ou son maniement intempestif sont de nature à compromettre durablement le bon fonctionnement du système.* » Rapport Choussat pour l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale des finances, 1997.¹¹

Le *numerus clausus* est incontestablement « la pierre angulaire » ayant mené à la pénurie, mais d'autres facteurs y ont contribué, parfois bien malgré eux.

L'ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 crée les CHU. Cette réforme hospitalière était née du besoin de moderniser le système de soins français en concentrant dans les CHU l'excellence, la recherche et la formation.

Cette concentration d'excellence a eu malheureusement pour conséquence quelques années plus tard, de potentialiser l'un des effets pervers du *numerus clausus* qui est de ne prendre en compte, essentiellement, que les besoins hospitalo-universitaires de formation et de fonctionnement.

La loi n° 82-1098 du 23 décembre 1982 supprime les CES. Comme on l'a vu plus haut, ils avaient comme utilité de compenser le manque de spécialistes dans le secteur ambulatoire, dû à une vision hospitalière des besoins de formation. La suppression de ceux-ci a de fait entraîné la suppression d'une capacité d'adaptation réactive à la modification de la demande.

Ces deux facteurs ont considérablement majoré l'inertie intrinsèque du *numerus clausus*, et la conséquence fut de limiter la conceptualisation de la médecine en France à la médecine hospitalière, en occultant totalement l'existence de la médecine de ville.

2.5.4 L'importation croissante des médecins de nationalité étrangère

Les difficultés consécutives à la baisse des effectifs ont commencé à se faire sentir dans les hôpitaux dans les années 1990. Aucune solution à court terme n'était possible quant à la démographie des médecins de nationalité française, d'où la nécessité de trouver des solutions dans l'urgence. On fit appel aux médecins étrangers de l'Union européenne et les praticiens à diplômes hors union européenne (PADHUE).

« *Le numerus clausus imposé aux étudiants français dès les années 80 est une des étiologies de l'arrivée massive de ces [médecins] étrangers depuis les années 90.* » X. Deau, Étude de la problématique des PADHUE, CNOM, 2006.³⁶

Les services de chirurgie, spécialité en crise depuis plusieurs années, furent les premiers à recevoir des faisant fonction d'interne (FFI) pour assurer un fonctionnement correct, et d'autres services, toujours à exercice astreignant, comme les urgences se virent contraints de faire de même.

Les premiers médecins étrangers auxquels on recourut étaient des médecins de l'Union européenne, et plus particulièrement des étudiants en cours de spécialisation. On pense par exemple aux FFI italiens dans les services de chirurgie, mais aussi allemands. Progressivement, ces sources de main d'œuvre se sont taries, et l'on dut se tourner vers des médecins non européens, toujours pour assurer le fonctionnement de ces services hospitaliers.

En 2000, 6224 nouveaux médecins toutes nationalités confondues se sont inscrits au tableau de l'Ordre des médecins,⁷ soit une augmentation de 9% par rapport à l'année précédente et de 23% par rapport à 1998. Le *numerus clausus* était fixé à 4000 neuf à onze ans plutôt.

On estime qu'en 2000, 25% des nouveaux inscrits étaient des PADHUE, le total de ceux-ci autorisés à exercer étant lui estimé à environ 8000 en 2002.⁷ Au 1^{er} janvier 2009, 9634 médecins de nationalité européenne et extra européenne sont inscrits au tableau de l'Ordre, soit près de 4% du total des médecins autorisés à exercer en France.²⁶

Les médecins roumains inscrits à l'Ordre sont au nombre de 1160 au 1^{er} janvier 2009, soit 62% de plus qu'au 1^{er} janvier 2007.²⁶ Ils constituent la deuxième nationalité étrangère la plus représentée après les Belges. Lors de leur entrée dans l'Union Européenne, les médecins roumains étaient attendus pour exercer dans les zones rurales déficitaires. En réalité, 89% d'entre eux privilégient l'exercice salarié et 10% l'exercice libéral exclusif, mais uniquement en zones urbaines non déficitaires.

Quant aux Bulgares, ils sont 120 au 1^{er} janvier 2009, et leurs effectifs ont augmenté de 200% en 2 ans.

2.5.4.1 Un statut précaire et sous payé

Mais ces chiffres n'incluent pas les PADHUE non autorisés à exercer, donc non autorisés à s'inscrire au tableau de l'Ordre des médecins.

En 2006, on en dénombrait 6750, dont 4 420 étudiants travaillant en qualité de FFI suivant les formations _ renouvelées dans les faits _ d'attestation de formation spécialisée (AFS) sur 2 ans, d'attestation de formation spécialisée approfondie (AFSA) sur 1 an, et 2330 travaillant avec un statut d'«Assistant Associé » ou « Attaché Associé » ou « Faisant Fonction de Chef de Clinique ».³⁶

La situation de précarité de ces praticiens peut les amener à préférer l'exercice en tant qu'infirmier, tant dans le privé que dans le public. L'autorisation est donnée pour trois ans par la DDASS, et dans le secteur privé, il semblerait que ces praticiens employés en tant qu'infirmier effectuent de fait des tâches médicales. Par ailleurs, cet exercice de la profession d'infirmier peut se pérenniser pour certains, car l'obtention du diplôme d'infirmier diplômé d'état (IDE) peut dans certaines conditions s'obtenir avec une dispense totale d'études.⁷

Même si les PADHUE non inscrits à l'Ordre représentent moins de 3% des médecins exerçant en France, ils assurent la survie de nombreux services hospitaliers, et une part encore trop importante d'entre eux est soumise à des statuts précaires.

2.5.4.2 Le problème moral de déstabilisation des pays en voie de développement formant des élites émigrant dans les pays riches

« Ces pays avaient d'ores et déjà lourdement investi dans leur formation et ont mal accepté cette fuite de cerveaux – pomper les médecins des pays pauvres pour combler le vide démographique de notre pays par trop élitiste pendant que nous envoyons des ONG [organisations non gouvernementales] dans ces mêmes pays !!... Voilà les conséquences scandaleuses d'une politique désastreuse qui avait créé un *numerus clausus* en pensant naïvement qu'en diminuant le nombre de médecins, on diminuerait les dépenses médicales. » X. Deau, *Étude de la problématique des PADHUE*, CNOM, 2006.³⁶

Aux États-Unis, 25% des médecins en exercice sont des diplômés internationaux, souvent issus de pays pauvres, et alors qu'actuellement 17 000 médecins sortent des écoles de médecine américaines (fin de DCEM 4 en France), les postes disponibles dans les programmes de *residency* (internat) sont supérieurs de 30% au nombre de médecins formés.³⁷ L'Europe n'est pas en reste, puisqu'au Royaume-Uni par exemple, plus du tiers des médecins en exercice sont à diplôme étranger.

« Pendant que les médecins africains, munis de contrats précaires, font le bonheur de l'hôpital public français, les trois quarts des pays d'Afrique subsaharienne n'atteignent pas le taux recommandé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) d'1 médecin pour 5 000 habitants (1 pour 300 en France). Ce "siphonage" de la médecine africaine n'est pas sans conséquences sur l'état sanitaire de l'Afrique. L'OMS dénonce régulièrement le rôle néfaste de cette "fuite des cerveaux" dans l'aggravation des pandémies de sida, de tuberculose et de paludisme... » Tribune libre publiée dans *Libération* en mai 2006 par Michael Cheylan, Sandra Fontaine et Matthieu Loitron, membres de Cap Afrique, in *CNOM Médecins* n° 2 novembre-décembre 2008.

Ce « *siphonage* » pose des problèmes économiques à des pays déjà fragiles qui ne vont pas bénéficier de leur investissement en termes de formation, mais on soulignera surtout que « les pertes de personnel peuvent conduire le système tout entier au bord de

*l'effondrement et les conséquences se mesurent alors en vies humaines perdues. »*³⁸

La nécessité de former plus de médecins devient alors une question dont le retentissement dépasse nos seules frontières, et qui se pose en termes d'éthique, de solidarité envers des pays que nous avons su exploiter. La Commission européenne est consciente de cette nécessité, et à défaut de volonté au niveau des politiques nationales, on se laisse à espérer plus de clairvoyance au niveau de l'Union européenne.³⁹

2.5.5 La répartition de la pénurie

Une des préoccupations majeures actuelles est la répartition de l'offre de soins sur le territoire.

On citera la Cour des comptes dans son rapport de 2007 sur la Sécurité sociale, qui reprend dans ses recommandations certaines propositions largement décrites par les différents acteurs du système de soins. Ainsi, on retrouve le principe de « *pénalisations financières complétant les dispositifs existants* » et l'idée de forfaitisation du paiement des médecins généralistes, points dont on reparlera plus loin.

Outre les polémiques que de telles mesures peuvent engendrer, on observe que toutes les mesures proposées ne font jamais état d'une réflexion sur les effectifs nécessaires pour leur fonctionnement. Lorsque la question d'une réévaluation précise des besoins en effecteurs de soins est évoquée, elle est rarement développée. Cette question fera probablement l'objet des prochains travaux de l'ONDPS.³²

On se félicite même d'une réduction des disparités de densités médicales régionales,¹² tout en soulignant que ces mêmes disparités continueront à s'atténuer selon des projections qui montrent que « *d'ici 15 ou 20 ans, les régions les plus médicalisées perdront proportionnellement plus de médecins que les régions les moins pourvues, et l'on assisterait donc à une réduction spontanée des écarts inter-régionaux* ».

De ce fait, il s'agit avec ces mesures d'assurer une juste répartition des effecteurs

de soins, une juste répartition de la pénurie.

2.5.6 La nécessité d'une coopération des professionnels de santé

Une autre solution adoptée dans l'urgence est celle de la coopération des professionnels de santé. Depuis la prise de conscience de la pénurie médicale à venir et depuis la parution du premier rapport du professeur Yvon Berland en 2002 sur la démographie médicale,⁷ cette idée est récurrente.

L'idée s'impose, à l'instar des modèles anglo-saxons, de permettre à d'autres professions de santé d'effectuer des tâches jusqu'alors réservées aux seuls médecins, ceci dans le but de pallier au manque prévisible de ces derniers dans les années à venir. On parle donc de délégation de tâches, transfert de compétences, ou coopération des professionnels de santé selon le terme désigné par la Haute Autorité de Santé (HAS).⁴⁰

Au Canada, une réforme de la maîtrise en Sciences Infirmières avec une option «pratiques avancées» a eu lieu à l'Université de Montréal en 2002. Dans cette option on décline deux filières :

- infirmières cliniciennes spécialistes, très peu tournées vers les actes et essentiellement destinées à l'éducation, au conseil, à l'expertise en soins infirmiers,
- infirmières praticiennes, formées essentiellement aux soins spécialisés.

Dans son rapport sur le transfert de compétences,⁴¹ le professeur Berland retient le terme d'infirmière clinicienne spécialisée pour le modèle français _ correspondant en fait aux infirmières praticiennes (*nurse practitioner*) du modèle canadien _ et distingue deux situations :

- l'activité médicale spécialisée pouvant s'appuyer sur des partenaires médicaux ou paramédicaux habituels,

- la possibilité de partage de compétences vers des acteurs dont il conviendrait de construire le métier et donc la formation.

Dans la première situation, on peut citer le transfert de compétences vers les manipulateurs en électroradiologie médicale pour ce qui est de certaines échographies et du traitement des images (IRM, TDM, pet-scan...), mais aussi, ce qui est déjà le cas, vers les opticiens pour la réalisation d'examen d'acuité visuelle, de vision binoculaire, de l'adaptation de lentilles.

Dans la deuxième situation, et à l'instar de ce qui s'est fait pour les infirmiers anesthésistes diplômés d'état (IADE) et les infirmiers de bloc opératoire (IBODE), l'idée serait de créer le métier d'infirmière clinicienne spécialisée. Cette spécialisation se ferait en cardiologie, en néphrologie, en soins primaires ou toute autre spécialité s'y prêtant.

Les missions de ces infirmières cliniciennes spécialisées seraient par exemple le suivi des pathologies chroniques, la coordination et le suivi de soins, la prévention.

Il s'agirait donc d'un nouveau métier qu'il conviendrait de créer à partir de celui d'infirmière. Ce métier serait intermédiaire entre celui d'infirmière et celui de médecin. Il faut souligner que cette coopération ne concernerait pas seulement les médecins et les infirmières, mais aussi les infirmières et les aides soignants par exemple. La formation permettant l'accès à ces professions devrait être revue. L'« universitarisation » de ces formations est évoquée ; elle paraît effectivement souhaitable pour une intégration future dans de véritables études de santé.¹⁹

La coopération des professionnels de santé est dans son principe bien perçue. En effet, celle-ci permettrait de dégager du temps médical, du temps de formation et du temps libre.¹⁹ Mais elle suscite également beaucoup d'interrogations.

Tout d'abord, ces interrogations portent sur les effectifs des professions appelées à la substitution. La coopération trouve son intérêt en permettant des professions en situation de déficit de récupérer du temps de travail en déléguant ou en transférant des tâches. Les

professions bénéficiant de ces transferts doivent donc être en situation de les assumer dans leur activité. Or, ces nouvelles professions envisagées restent à créer. Si l'on prend l'exemple des médecins et des infirmières, notamment dans le secteur libéral, et compte tenu de la situation démographique de ces mêmes infirmières libérales (vieillesse des effectifs et densités faibles), on devine les difficultés de la mise en place d'une coopération telle qu'elle est envisagée.¹⁴

La rémunération des actes transférés invite à réflexion. Si dans le secteur public cette question ne pose pas de réels problèmes, il en va tout autrement dans le secteur libéral. Les patients devront-ils honorer ces nouveaux acteurs de santé, ou ces derniers seront-ils employés ? Dans ce dernier cas, se pose le problème de la solvabilité de l'employeur.¹⁹

Le CNOM regrette que les arguments retenus justifiant la coopération soient essentiellement d'ordre économique et démographique,¹⁴ arguments par ailleurs critiquables, comme on l'a vu pour ce qui est de la démographie. Quant à l'argument économique initial, il était que le coût de formation d'une infirmière est bien moins important que celui d'un médecin. Mais envisager la coopération en médecine libérale, entre médecins généralistes et infirmières, impliquerait une meilleure formation de ces dernières, le coût de leur formation s'en trouverait alourdi. C'est pourquoi cette idée d'avantage économique à la coopération tend à disparaître, comme on le lit dans un rapport de la HAS en 2007 :⁴² « *Si les coopérations représentent un enjeu économique certain, la probabilité de réaliser, par leur biais, des économies en matière de dépenses de santé apparaît faible.* »

Concernant la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients, il est rappelé par le CNOM que les médecins restent les meilleurs acteurs de soins concernant « *les pathologies, leur diagnostic, leur prévention et leur traitement* ». Ne détenant pas un savoir absolu, ils doivent constamment réactualiser leurs connaissances, mais il est des compétences qu'ils ne posséderont jamais, comme celles que possèdent les infirmières ou les kinésithérapeutes. De ce fait, il existe déjà une coopération, mais « *le diagnostic et le*

*traitement des maladies est du seul domaine du médecin ».*¹⁴

Enfin, la question des responsabilités civile et pénale inquiète, et c'est sur ce point que l'Ordre des médecins émet le plus de réserves. Lors des premiers débats, on parlait de délégation de tâches ou de transfert de compétences. Pour l'Ordre la question est importante, car les implications ne sont pas les mêmes :^{21,43} dans le premier cas, le médecin resterait responsable des actes pratiqués par le paramédical, alors que dans le second, celui-ci agirait avec sa propre responsabilité. La recommandation par la HAS d'utiliser le terme de coopération vient en partie de ce problème, mais ne résout en rien le problème dans le fond. D'autre part, il apparaît qu'en cas d'implication juridique suite à une action de soin déléguée, la responsabilité du prescripteur du soin n'est pas identique selon que le dispensateur du soin est salarié ou libéral,⁴⁰ ce qui majore l'importance de la question vue précédemment de la rémunération des tâches déléguées.

D'autres questions sont moins discutées. On notera que le décret n° 2007-551 du 13 avril 2007 élargit le champ de compétence des infirmiers en leur permettant de prescrire, dans certaines conditions, des dispositifs médicaux. L'accès à la prescription leur est d'ores et déjà ouvert, et si l'on observe l'évolution de la coopération des professionnels de santé au Canada, on remarque que le cursus des infirmières praticiennes spécialisées comprend une option supplémentaire quant à la prescription, ce qui leur donne le droit de prescrire non plus seulement du matériel, mais des traitements médicamenteux.

Le sujet est complexe et nécessite une réflexion approfondie. Ainsi, le Haut conseil des professions paramédicales (HCPPM), mis en place en mai 2007, a remplacé le Conseil supérieur des professions paramédicales (CSPPM). Il est chargé de « *promouvoir une réflexion interprofessionnelle* » sur « *les conditions d'exercice des professions paramédicales, l'évolution de leurs métiers, la coopération entre les professionnels de santé, la répartition de leurs compétences* », « *la formation et les diplômes* » et « *la place des professions paramédicales dans le système de santé* ». On notera que l'ONDPS avait été créé dans l'optique d'avoir une vision d'ensemble sur les acteurs du système de soins.

Dans la Grande Encyclopédie rédigée sous la direction de M. Berthelot, publiée de

1885 à 1902, on peut lire : « *Les officiers de santé constituaient une classe de médecins d'une instruction moins étendue que les docteurs en médecine (loi du 10/03/1803)... Tout le monde sentait depuis longtemps l'illogisme de cette organisation qui avait pour but, à l'origine, d'assurer les secours médicaux dans les campagnes, et dont le seul résultat avait été de faire naître une concurrence regrettable entre les deux catégories de médecins, sans que pour cela les campagnes fussent mieux desservies. En effet on trouvait autant d'officiers de santé dans les grandes villes que dans les petits centres. Enfin la loi de 1892 est venue faire cesser cet état de choses en décrétant la suppression de l'officiat. Les officiers de santé en exercice ont été invités à régulariser leur situation en passant les examens complémentaires nécessaires pour acquérir le diplôme de docteur.* »

La question se pose du devenir de ces professions à compétences élargies, avec droit de prescription. Sera-t-on un jour amené de même à régulariser leur situation en leur demandant de compléter leur formation pour intégrer le corps médical ?

Quelle que soit la voie retenue, l'évolution vers une coopération des professionnels de santé constitue une « révolution culturelle ». ¹⁴ Beaucoup de temps serait nécessaire pour la mettre en place et la faire accepter dans la pratique. Cette coopération ne semble donc pas être la réponse urgente au déficit en médecins qui s'amorce.

2.5.7 Les perspectives d'évolution de la démographie médicale

L'évolution globale de la démographie médicale s'analyse en fonction des entrées, fixées par le *numerus clausus*, et des sorties, les cessations d'activité. On obtient une estimation des effectifs à une date donnée, qui permettra à son tour de prévoir une densité médicale en fonction de la prévision des effectifs de la population générale à la date donnée.

La première difficulté tient au fait que ces estimations sont faites selon l'hypothèse que les comportements de début d'activité et de départ à la retraite ne seront pas modifiés à la date où l'on se projette.⁷ Or, comme on l'a vu plus haut, on sait que cette hypothèse ne

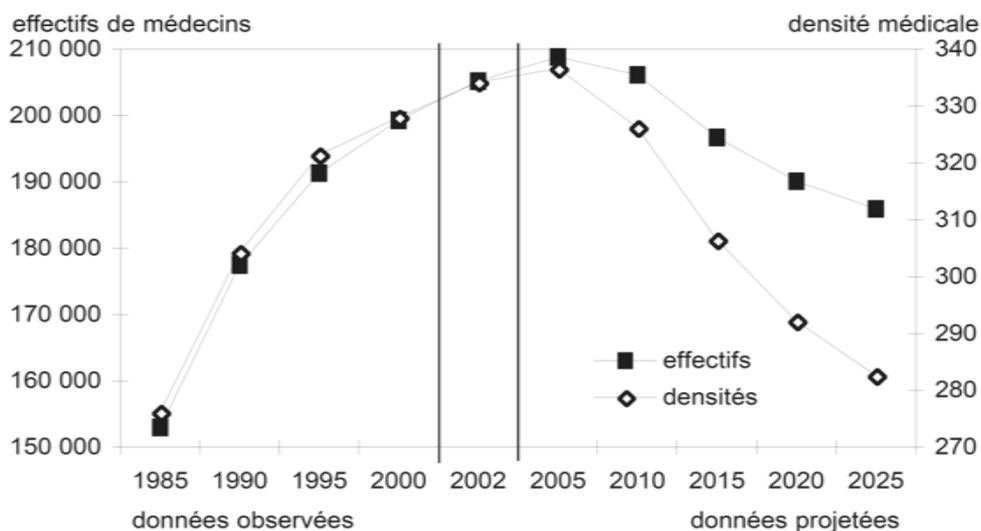
se vérifie pas au fur et à mesure que l'on détaille les groupes d'effectifs médicaux. La seule variable maîtrisable de l'équation est donc le *numerus clausus*.

Il n'en reste pas moins que ces estimations portant sur des effectifs totaux sont assez fiables. En 2004, la DREES a fait des projections en fonction de divers scénarii.⁴⁴ Le scénario central retenait un *numerus clausus* porté à 7000 dès 2006, et maintenu à ce niveau jusqu'en 2025. Il en résultait un nombre total de médecins de 186 000, soit une réduction de 9,4%, et une densité médicale de 285, soit une réduction de 15,6%, équivalente à celle de 1987.

En 2006, le *numerus clausus* est à 6850, puis se stabilise à 7100 en 2007, 7300 en 2008, et 7400 en 2009.

On a vu plus haut que toute action sur le *numerus clausus* ne prend effet qu'au mieux douze ans plus tard ; en 2009, la DREES prévoit une densité médicale en 2020 de 276, identique à celle de 1986, et une densité médicale en 2030 à 292, identique à celle de 1988.⁴⁵ On notera, non sans inquiétude mais toutefois sans surprise, que les prévisions de la DREES quant à la démographie médicale sont de plus en plus pessimistes au fur et à mesure de la publication des études.

Graphique 9 : Projection du nombre et de la densité de médecins jusqu'à 2025 pour un *numerus clausus* à 7000 à partir de 2006.



Champ : France entière, médecins de moins de 80 ans.

Source : DREES, *Études et Résultats*, n°352, novembre 2004

La diminution en termes d'effectifs et de densité est déjà inéluctable, et on doit aussi tenir compte de facteurs qui vont majorer le phénomène en diminuant la part de temps médical de chaque médecin. On a vu plus haut que la féminisation, et plus largement les changements socio-comportementaux intéressant les deux sexes tendront à faire diminuer le temps médical disponible.

Il en va de même pour le vieillissement de la population médicale. On comprend aisément que le temps médical alloué individuellement soit moindre à 65 ou 70 ans, qu'à 40 ans. On signalera par ailleurs que les projections réalisées paraissent optimistes puisque la donnée d'âge pour les médecins va jusqu'à 80 ans.

Toujours dans l'optique d'une détermination de densité globale, interviennent ensuite le vieillissement et l'accroissement de la population. Selon le CREDES (IRDES), le premier facteur induirait une augmentation nécessaire du temps médical total de 14% entre 2002 et 2020, et l'accroissement de la population serait estimé entre 6 et 7%.¹² Au moment de l'étude, la densité médicale projetée en 2020 était de 253, et la diminution de temps de temps médical total était estimée à 40% entre 2002 et 2020.

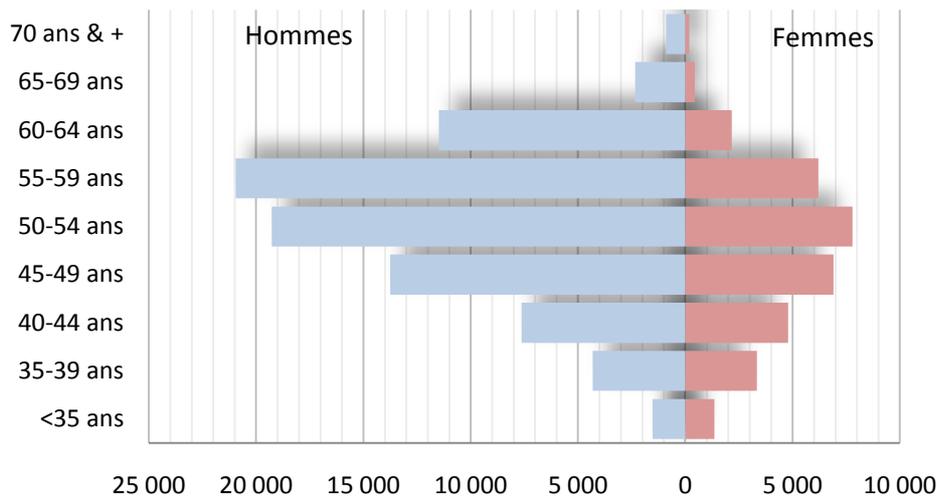
Ces projections à partir d'effectifs globaux ne suffisent pas pour apprécier l'évolution de la démographie médicale. Il convient de s'intéresser à la répartition entre exercice libéral et salarié ainsi qu'à la répartition entre spécialités.

L'évolution démographique du secteur libéral est incontestablement celle qui suscite le plus d'inquiétude. Devant les difficultés croissantes d'accès aux soins ambulatoires rapportées par la population aux élus locaux, ceux-ci, toujours nourris de l'idée que la France n'a jamais compté autant de médecins, tapent du poing sur la table et entretiennent le doux rêve au nom de l'égalité et de la fraternité, de mesures coercitives à l'installation. On imagine bien l'effet de telles mesures sur des effectifs inexistantes. Cinquante ou cent multiplié par zéro a toujours fait zéro.

Comme on l'a vu plus haut et comme on le verra ensuite, l'opinion tant publique que politique se fourvoie dans son analyse.

On rappellera la situation démographique par âge de la médecine libérale par le graphique ci-dessous, qui se suffit à lui-même pour comprendre le problème. D'autant plus qu'une majorité écrasante de nouveaux médecins inscrits à l'Ordre choisissent l'exercice salarié, secteur encore largement ouvert, et que seuls 9% choisissent l'exercice libéral.

Graphique 10 : Pyramides des âges des médecins libéraux au 31 décembre 2007.



Source : Base Eco-Santé France , mars2009 ; fichier SNIR

Dans un raisonnement extrême, il s'agirait non pas de limiter les installations dans certaines zones, puisque de toutes les manières personne ne s'installe au niveau national, mais de détourner les flux d'entrée dans les modes d'exercice au profit du secteur libéral, en limitant l'accès au secteur salarié.

Mais le secteur salarié a des besoins bien légitimes. Le rapport de l'ONDPS de 2004 souligne déjà que « *de nombreuses filières sont déficitaires en nombre de diplômés, et aucune n'est excédentaire* ». ¹⁹ De nombreux services ont de cruels besoins médicaux, témoin la pléthore de FFI dans certains services de chirurgie ou de médecine, ainsi que les difficultés pour « boucler » les plannings dans les services d'urgences.

Dès lors, il existe bien un problème d'effectifs que certains tentent de camoufler en invoquant la sacro-sainte phrase du rapport Choussat : ¹¹ « *Tous les choix organisationnels ont leur pendant démographique, tous les choix démographiques ont leur traduction organisationnelle.* »

L'accroissement rapide des effectifs a longtemps masqué les prémices, pourtant présents relativement tôt après l'apparition du *numerus clausus*, d'une crise qui paraît soudaine. La révélation en est venue par la prise en compte dans les projections démographiques, au début des années 2000, du temps médical disponible. On prévoyait alors sa diminution de 40% en 20 ans. Si certains facteurs tels le salariat, les évolutions socio-comportementales et le remplacement ont surpris faute d'avoir été envisagés, d'autres auraient dû être pris en compte tels le vieillissement de la population médicale, mesurable, et les progrès techniques, prévisibles.

L'hospitalo-centrisme a quant à lui totalement occulté la médecine de ville, largement représentée de nos jours par la médecine de premier recours ou soins primaires, que tout le monde semble découvrir. Pourtant, on verra plus bas que ce concept existe depuis 1978.

Le *numerus clausus* était censé s'adapter aux besoins de la population ; à ce jour, 7% des médecins exerçant en France sont de nationalité étrangère, tandis que certains pays voient leurs populations décimées faute de personnels médicaux ; on en appelle à la coopération interprofessionnelle sans se poser véritablement la question des formations et des situations actuelles et futures de ces autres professions ; la médecine libérale ambulatoire, censée être la plus proche de la population, est laminée.

L'intégration dans les effectifs des diplômés extra européens et des diplômés communautaires, la fin de l'exigence de la nationalité française, l'équivalence envisagée des diplômes inter universitaires de spécialité (DIS) et des DES,²⁶ rendent le *numerus clausus* caduc dans son application actuelle, et inégalitaire au détriment des étudiants de nationalité française.

Son application obstinée fait que nous en sommes réduits à devoir gérer la répartition d'une pénurie. En 2030, la densité médicale sera équivalente à celle de 1988.

2.6 La fragilisation des patients

La loi justifie le *numerus clausus* entre autres par « *les besoins de la population* ». Ceux-ci doivent donc être déterminés de façon fiable. La tâche est délicate à bien des égards, et notamment par le caractère presque sacré, au niveau individuel, du domaine étudié. La santé a un coût, mais elle n'a pas de prix. Les comportements communautaires feront qu'on acceptera aisément de fixer une limite à ces besoins, mais il en sera tout autrement au niveau individuel.

Dès lors il devient presque impossible de déterminer les besoins. Les associations de patients sont probablement les mieux placées pour informer sur les besoins, et permettre d'adapter l'offre de soins.

Parmi les indicateurs, certains sont plus fréquemment cités, telle la rupture de transmission des dossiers, la désertification de certains territoires ou la situation critique de la médecine de premier recours.

2.6.1 La rupture de transmission des dossiers

Le dossier médical constitue la mémoire médicale du patient. À l'hôpital, il est aisément archivé et consultable par le personnel médical. En médecine ambulatoire, lorsque le praticien exerce seul, et lorsqu'il n'est pas remplacé lors de son départ à la retraite, le dossier médical de ses patients est susceptible d'être perdu. Ceci est dommageable car ces dossiers contiennent parfois des documents dont le patient n'aura pas nécessairement conscience de l'importance.

Il est par ailleurs difficile de transmettre l'intégralité des dossiers lorsqu'il n'y a pas de successeur, et il n'existe pas de structure à qui le praticien pourrait confier ses dossiers.

Le Dossier Médical Partagé ou Personnel (DMP) devait répondre à cette problématique. Instauré par décret en 2004, prévu opérationnel initialement en 2007, on estime qu'il ne sera mis en place que dans une douzaine d'années dans le meilleur des cas.

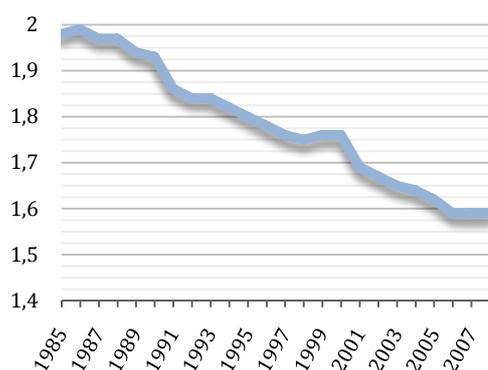
La coopération des professionnels de santé, de par la multiplication des acteurs de prise en charge, risque de fragmenter l'information médicale globale, la rendant encore moins exploitable.

2.6.2 La « désertification » de certains territoires

La densité médicale régionale variait de 1 à 1,6 en 2007, contre 1 à 2,1 en 1968. Les disparités régionales d'offre de soins ont donc diminué depuis l'instauration du *numerus clausus*, grâce à un effet de l'augmentation des effectifs.

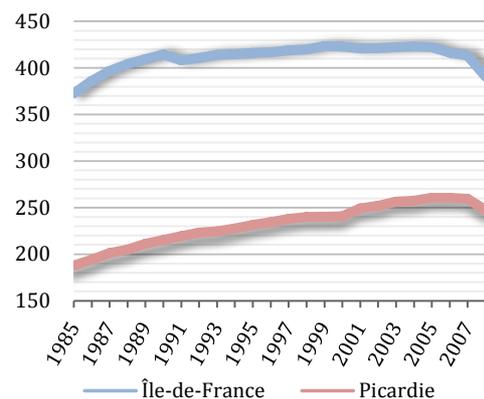
Toutefois, la hiérarchie des régions est restée inchangée.⁷ La Picardie reste la région française la moins bien dotée avec 259,7 médecins pour 100 000 habitants, et l'Île-de-France la mieux servie avec 413,4 médecins pour 100 000 habitants, suivie de peu par la région Provence-Alpes-Côte d'Azur avec une densité de 412,9 médecins pour 100 000 habitants. Il semblerait que cette dernière soit la mieux dotée en 2008. De plus, cette réduction des écarts interrégionaux est probablement due à une saturation en effectifs des régions les mieux dotées.

Graphique 11 : Évolution du rapport de la densité médicale régionale la plus élevée sur la plus faible de 1985 à 2008.



Source : Base Eco-Santé Régions et Départements, mars 2009 ; répertoire ADELI

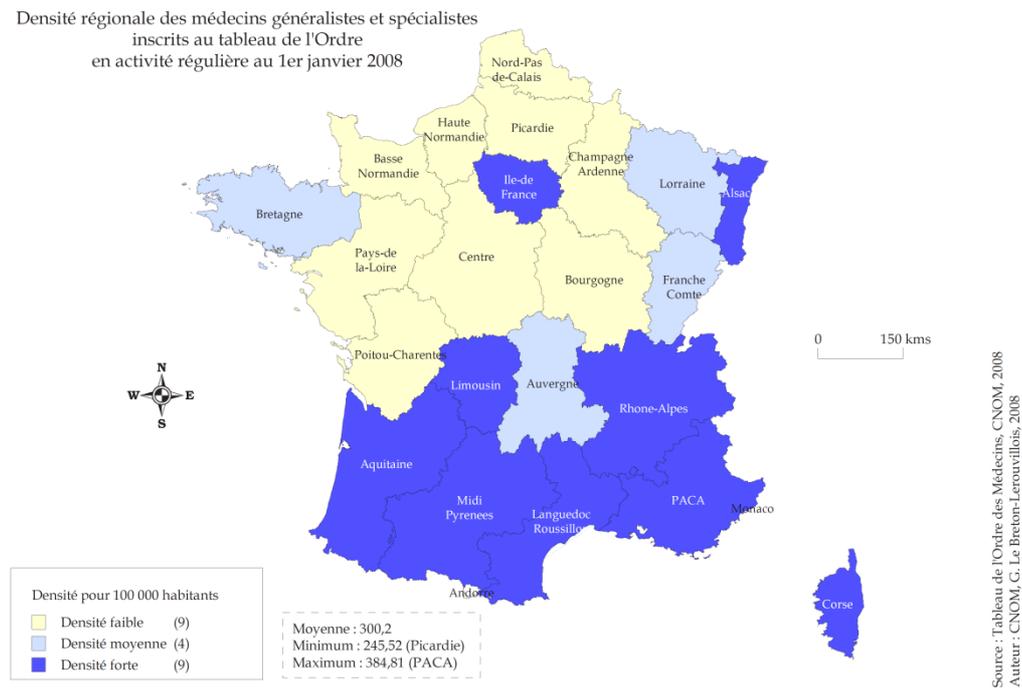
Graphique 12 : Évolution des densités médicales de l'Île-de-France et de la Picardie de 1985 à 2008.



Source : Base Eco-Santé Régions et Départements, mars 2009 ; répertoire ADELI

Il existe un gradient nord-sud en ce qui concerne la répartition des densités médicales régionales. Les régions les mieux dotées se situent majoritairement au sud, les régions les moins bien dotées au nord et dans le centre.

Carte 1 : Densité régionale des médecins inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière au 1^{er} janvier 2008.



Les densités médicales départementales sont globalement superposables aux régionales. On observe toutefois que les départements bénéficiant des densités les plus élevées sont ceux qui possèdent un CHU, ce phénomène étant très marqué pour les densités des médecins spécialistes autres que généraliste, et les chirurgiens.

Les écarts de densités diminuent, les régions les moins dotées voient leurs densités augmenter. Le problème de la désertification de certains territoires apparaît lorsque l'on s'intéresse aux densités cantonales, et plus encore à la répartition des effectifs médicaux en leur sein, où l'on observe une aggravation des inégalités de répartition.¹⁵ Certains départements, apparemment bien pourvus, ont des cantons à faible densité médicale. D'autres, apparemment mal dotés, disposent de cantons à densité médicale proche de la moyenne nationale.

On dénombrait ainsi en 2004, 86 cantons mal dotés sur 3300 pour ce qui était de la médecine de premier recours, c'est-à-dire la médecine générale. La CNAMTS retenait 0,6% de la population confrontée à une réelle difficulté d'accès aux soins, et 4,1% confrontée à une « fragilité d'accès aux soins ».¹⁵ Ces zones sous-médicalisées sont

essentiellement des zones rurales, ou des zones urbaines difficiles.

Il est à noter que si l'on parle beaucoup des inégalités de répartition des professionnels de santé sur le territoire depuis quelques années, ces déséquilibres sont en fait anciens et inchangés depuis le XIXe siècle.⁴⁶

Les disparités ont régressé ces dernières décennies, aux niveaux régional et départemental, par un effet de saturation des effectifs et par une augmentation des densités pour les territoires les moins bien dotés. En 2007, on ne pouvait donc pas parler de processus de désertification, puisque toutes les régions sans exception ont vu leurs effectifs croître entre 1997 et 2007. Mais la diminution de ceux-ci s'est amorcée entre 2007 et 2008, touchant également toutes les régions sans exception.

Au niveau départemental, les effectifs sont restés stables ou ont crû entre 1998 et 2007, mais ont diminué dans tous les départements entre 2007 et 2008, à l'exception de la Guyane qui comptait cinq médecins de plus.

L'inquiétude vient du fait que cette diminution risque fort de toucher les zones déjà sous-médicalisées. Plusieurs solutions sont envisagées pour enrayer ce risque.

Les maisons de soins pluridisciplinaires constituent l'une de ces solutions. Cette idée s'est progressivement imposée alors qu'on retrouvait systématiquement dans les souhaits des étudiants et des jeunes médecins le désir d'exercice regroupé avec différents professionnels de santé. Ces regroupements permettraient un allègement des tâches administratives, une amélioration de la gestion de la permanence de soins, un partage des charges de fonctionnement, une rupture du sentiment d'isolement et autres avantages.

Favoriser ces regroupements en zones sous-médicalisées est vu comme une solution aux disparités d'accès aux soins. Mais à effectifs constants, regrouper des professionnels de santé sur un site ne peut qu'accentuer la désertification d'autres territoires. Il devient alors nécessaire d'assurer à la population concernée l'accès à un plateau technique performant, et de réguler de façon optimale cet accès.¹⁹

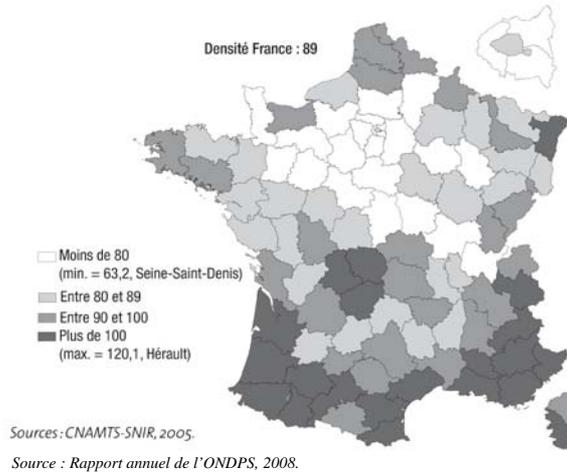
Des mesures incitatives à l'installation dans ces zones défavorisées existent, mais ne sont pas connues des principaux intéressés. Elles sont essentiellement dues par l'Assurance maladie, et se pose la question de savoir qui de l'État, de l'Assurance maladie ou des collectivités territoriales doit en faire la promotion. Le HCAAM fournit une réponse en 2007 :¹⁶ « Par ailleurs les «incitations positives» déployées sont coûteuses, même si – et il faut se féliciter que ce soit plutôt le cas actuellement – elles n'abritent pas trop d'effet d'aubaine pour les médecins installés dans les spécialités/territoires concernés. »

Il est actuellement question de mettre en place des mesures coercitives _probablement moins coûteuses que les mesures incitatives_ afin de favoriser l'installation dans les zones sous-médicalisées, alors qu'il est largement admis que les mesures incitatives ne sont pas connues. Or une enquête de l'institut BVA,⁴⁷ menée pour le CNOM en 2007, 36% des étudiants et 40% des jeunes médecins sont d'accord pour travailler en zone rurale (les inconvénients signalés sont la charge de travail, l'insuffisance du plateau technique, l'absence de bassin d'emploi pour le conjoint).

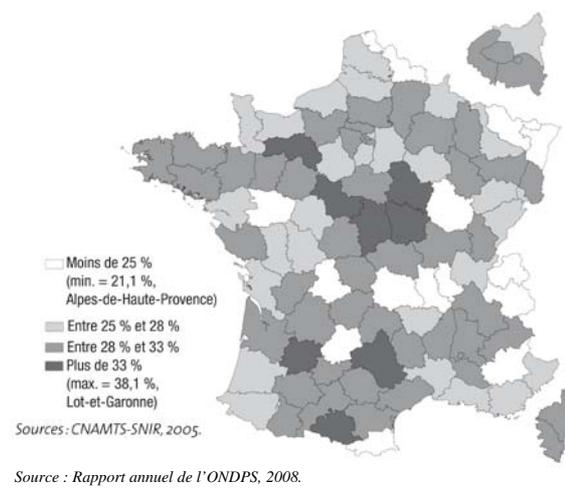
La jeune génération de médecins n'est pas réfractaire à l'exercice en milieu rural, mais si des mesures coercitives sont appliquées, on peut craindre qu'elle se tourne de manière encore plus importante vers des solutions alternatives, telles le salariat et le remplacement professionnel.

Par ailleurs, au niveau départemental, les problèmes ne sont pas forcément là où on les voit, à ce jour, mais bien là où ils seront dans quelques années, au fur et à mesure des départs en retraite notamment. Ceci est flagrant lorsqu'on s'intéresse aux densités départementales de médecins généralistes de premier recours.³²

Carte 2 : Densité de généralistes libéraux de premier recours, par département pour 100 000 habitants (au 31 décembre 2005)

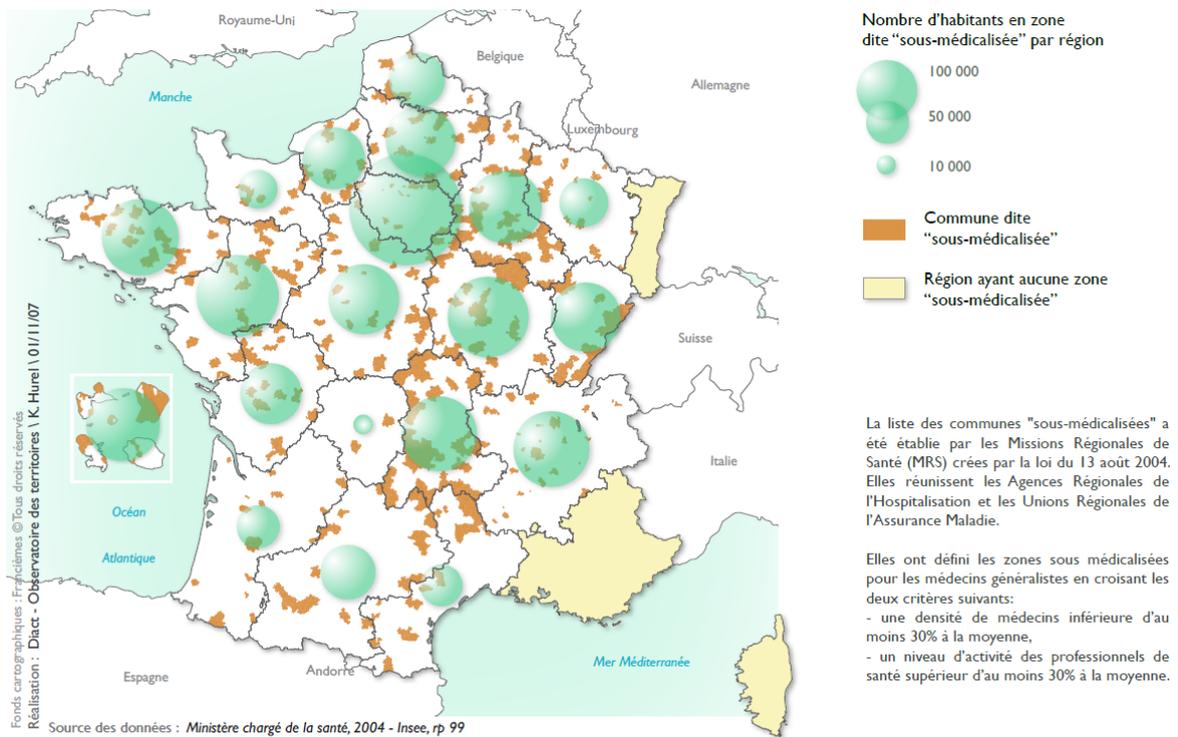


Carte 3 : Taux de généralistes libéraux de premier recours de 55 ans et plus (au 31 décembre 2005).



Ainsi, il apparaît, par exemple, que l'Île-de-France souvent décrite dans une situation de pléthore médicale, se trouve en fait, pour ce qui est de la médecine de premier recours, dans une situation réelle et actuelle de pénurie, qui devrait s'accroître dans les toutes prochaines années du fait de la part importante d'effectif de plus de 55 ans. Le cas de l'Île-de-France n'est pas isolé, et à l'opposé, dans le Nord-Pas-de-Calais et en Auvergne, régions considérées respectivement sous-médicalisée et dans la moyenne, on observe le cas de départements où la densité en médecin de premier recours est bien supérieure à la moyenne, et pour lesquels la part d'effectif de plus de 55 ans est faible. On en revient donc à la nécessité de tenir compte des densités cantonales pour ce qui est de la désertification, mais aussi des temps de trajet vers le cabinet médical. En effet, on comprend aisément, du fait de conditions géographiques particulières, que la densité médicale en Haute-Savoie soit nécessairement plus élevée qu'en Mayenne.

Des zones sous-médicalisées ont été définies, correspondant à des territoires pour lesquels la densité de généraliste de premier recours est inférieure de 30% à la moyenne nationale, et l'activité supérieure de 30%. Mais elles sont définies non pas dans un contexte de projection démographique, mais dans celui d'état des lieux à un temps t. Or, favoriser dans ce contexte certaines zones, sans tenir compte de l'évolution d'ores et déjà prévisible de leur démographie, pourrait conduire à des situations paradoxales où des zones considérées défavorisées dix ans auparavant pourraient se retrouver nettement sur-dotées.

Carte 4 : Les zones sous-médicalisées en 2004.

Source : Délégation interministérielle à l'aménagement et à la compétitivité des territoires (DIACT)

La désertification touche donc essentiellement les territoires ruraux et urbains ou périurbains difficiles. Or, on sait que les étudiants en médecine sont majoritairement issus des classes sociales supérieures.^{15,32} Plus de la moitié des étudiants de PCEM 1 (56%) a obtenu un baccalauréat de série scientifique avec mention, et cette proportion passe à 89% en PCEM 2. Les enfants de cadres et professions intellectuelles supérieures représentent 59% des étudiants, contre 1 à 2% d'enfants d'agriculteurs. D'autre part, la mixité sociale est variable d'une faculté à une autre, celle-ci étant plus importante dans les facultés éloignées des grands centres urbains.

Tout ceci a une répercussion sur le choix de spécialité, et le lieu d'exercice choisi. Les enfants de médecins ou de cadres et professions intellectuelles supérieures vont s'orienter vers des spécialités « prestigieuses », tandis que les enfants des autres classes sociales vont plus volontiers s'orienter vers la médecine générale, qui constitue pour eux un moyen d'ascension sociale.^{28,48} Par ailleurs, ces derniers se disent volontiers prêts à exercer en milieu rural, où ils ont souvent vécu. Mais la réussite au concours de PCEM 1

de ce profil d'étudiant est faible, et cette « sélection sociale » est un facteur très probablement sous-estimé dans le problème que constitue la désertification médicale de certains territoires.

Mais quand bien même le problème de la désertification médicale rurale serait bien cerné et des incitations efficaces mises en place, après une campagne de promotion, cela ne serait pas suffisant. Dans son rapport de la Commission démographie médicale de 2005,¹⁵ le professeur Yvon Berland détaille le cas du Canada, confronté à des problèmes de désertification médicale bien plus conséquents, du fait de la superficie des territoires concernés. Il en ressort qu'il ne suffit pas de favoriser les installations en milieu rural, encore faut-il les pérenniser.

Dans ces zones sous-médicalisées, la Poste est souvent absente, les commerces et services de proximité ferment les uns après les autres, de même que les écoles maternelles et élémentaires, les collèges et lycées sont éloignés voire inexistantes sur le secteur, et l'offre d'emploi pour le conjoint ou la conjointe est souvent non adaptée, points fondamentaux pour des jeunes médecins susceptibles de s'installer mais étant souvent aussi de jeunes parents. Comment un médecin serait contraint d'y faire sa vie, si même l'État, par la fermeture des services publics, ne veut plus s'y implanter ?

Actuellement, si la « désertification », se traduisant par une réelle difficulté d'accès aux soins, ne touche qu'une part marginale de la population, 0,6%, soit 260 294 personnes au 1er janvier 2009, c'est dans les années à venir que va réellement se poser le problème, et ce de façon inéluctable, du fait des restrictions imposées par la baisse du *numerus clausus*.

2.6.3 L'augmentation des inégalités

Les inégalités devant la santé existent et existeront de tout temps.⁴⁹ Le but du système de santé français est de tendre vers la disparition des ces inégalités. Mais nous sommes loin d'un gommage complet de celles-ci. La « désertification médicale » sera

majorée par la baisse des effectifs, conséquence du *numerus clausus*. Va persister et croître l'inégalité d'accès aux soins, comme par exemple l'accès au praticien de secteur 2, ou l'accès direct au spécialiste.

Il convient d'étudier la répartition sur un territoire donné entre les praticiens du secteur 1 et ceux du secteur 2. En effet, pour les classes sociales défavorisées, l'accès aux soins est conditionné par cet aspect.⁴ Et l'on voit de la sorte que l'Île-de-France, toujours elle, région sous-dotée en médecins de premier recours, compte, au 1er janvier 2007, 8272 médecins généralistes de premier recours, dont 1858 en secteur 2. Ainsi en 2005, selon le fichier SNIR, la densité médicale en médecins généralistes de premier recours en secteur 1 d'Île-de-France était de 53/100 000 habitants, contre 73 pour la Picardie.

Ensuite, il est à noter que ce qui est vrai pour les soins de premier recours l'est aussi pour les soins spécialisés. Les densités de cardiologues, chirurgiens dentistes, ophtalmologues varient d'un département à un autre, ces derniers par exemple étant déjà dans une situation de pénurie reconnue, pour le moins dans le milieu libéral. D'autre part, on rappellera les fortes densités des chirurgiens et spécialités médicales autour des CHU.³²

Les inégalités sont aussi fonction de la classe sociale d'appartenance. Les personnes issues de catégories socio-professionnelles élevées auront en effet beaucoup plus de facilité pour aller consulter un spécialiste de façon directe, sans intermédiaire médical, ce que feront beaucoup moins les personnes défavorisées.

Il semblerait d'autre part que ces difficultés d'accès aux soins aient des répercussions sur l'état de santé des populations, mais sur ce sujet, peu d'études sont disponibles. On citera toutefois l'étude de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) de septembre 2008 sur les inégalités sociales devant le cancer, qui montre que depuis 1968, ces inégalités se sont accrues de façon importante,⁵⁰ et si l'on rapproche de ceci l'illettrisme et l'appartenance à une classe sociale défavorisée comme facteurs d'acceptation à une prise en charge médicale de moins bonne qualité, ou moins complète, on discerne l'implication étroite entre couverture médicale d'un territoire et l'état de santé de sa population.

Le non-remplacement des médecins partant à la retraite va entraîner une perte d'information médicale, par le biais de la rupture de transmission de dossier, le DMP est aujourd'hui trop en retard pour pallier ce problème. Si l'on envisage une coopération des professionnels de santé, de par la multiplication des acteurs de prise en charge, on risque de fragmenter l'information médicale globale, et de la rendre encore moins exploitable.

La désertification, si elle est marginale là où on l'attendrait, à savoir en secteur rural, existe déjà bel et bien, en touchant des zones urbaines considérées à tort par le grand public comme sur-dotées. Cette désertification va s'accroître dans les prochaines années, sous l'effet des restrictions imposées par le *numerus clausus*.

Il en découle bien évidemment les fameuses inégalités devant l'accès aux soins, liées au statut social du patient.

2.7 La fin de la médecine de premier recours

2.7.1 Une disparition programmée

Toutes les inquiétudes actuellement portent sur la situation de la médecine de premier recours.

La notion est apparue dans les pays anglo-saxons, avec le terme de *primary care*. Ce concept a fait l'objet d'une Conférence internationale sur les soins de santé primaires organisée par l'OMS et réunie à Alma-Ata, le 12 septembre 1978. À l'issue de celle-ci, une déclaration commune a établi une définition dans son article VI :

« Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination . Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire. »

En contrepoint certains rapports contemporains français minimisent les besoins en généralistes : *« Il apparaît notamment que, si l'on soustrait du domaine des généralistes la clientèle des enfants qui représente près d'un quart de la population, [...] les besoins en généralistes seront moins importants. »* Rapport Pressat, 1970.³

En France, les soins primaires, ou soins de premier recours, sont attribués aux médecins généralistes libéraux, hors MEP, ou à orientation particulière. Longtemps, les

effectifs ont été surestimés, car tous les médecins généralistes ne pratiquent pas une médecine de premier recours.¹⁹ Les données du fichier SNIR, qui reflètent actuellement le mieux la situation démographique de la médecine de premier recours, permettent d'estimer les effectifs à 53 927 médecins.

En effet, certaines spécialités ont dans leurs effectifs des médecins généralistes s'y étant formés, mais sans en avoir de compétence reconnue par l'Ordre. C'est le cas notamment pour la néphrologie, l'oncologie et l'hématologie.¹⁹ D'autre part, les diplômes universitaires tels que les diplômes d'Université (DU), diplômes inter universitaires (DIU), diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC), capacités, permettent aux médecins généralistes de s'orienter vers des pratiques spécialisées, tout en restant inscrit en tant que praticien de médecine générale. Au 25 juillet 2003, on recensait 14 DESC accessibles aux DES de médecine générale, 14 capacités et 2185 DU et DIU, mais ne faisant pas tous l'objet d'une reconnaissance par l'Ordre.³² En 2008, les internes inscrits dans ces formations ne sont toujours pas diplômés, une évaluation précise ne peut donc être effectuée. Toutefois, l'inquiétude de voir un afflux non négligeable vers ces formations existe, sans parler du clinicat, ouvert aux DES de médecine générale depuis 2004, qui sera amené à se développer.

Tableau 2 : Activité réelle des médecins généralistes en 2005 selon le répertoire ADELI.

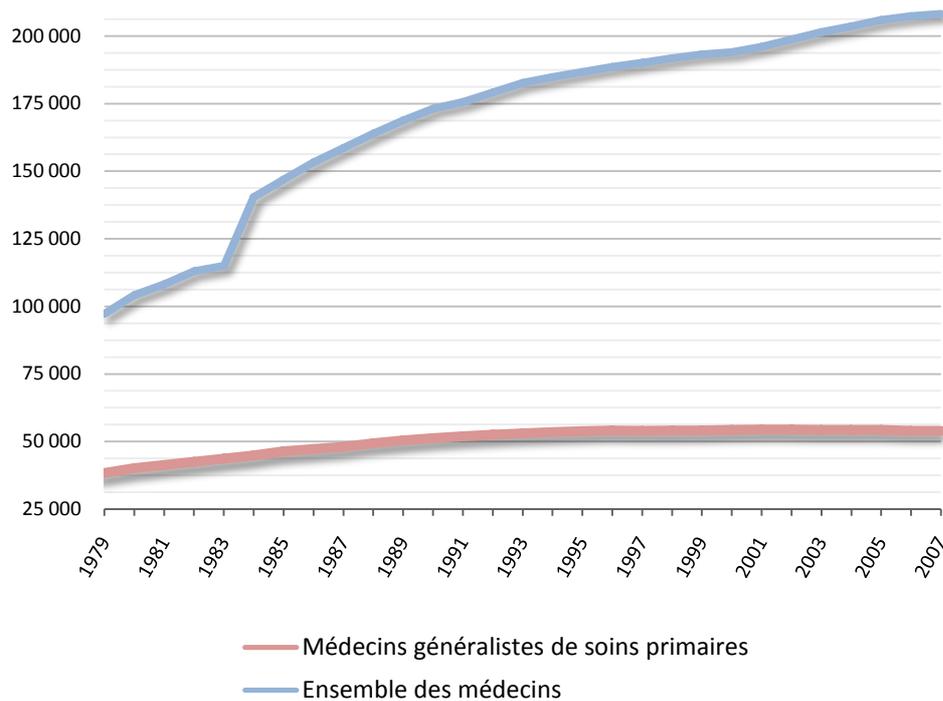
	Effectifs 2005	Structure	Evolution 2005/2000
Omnipraticiens	100 646	-	+6%
Médecine générale	82 755	82%	+6%
dont homéopathes et/ou acupuncteurs	8 402	8%	+62%
Autres orientations	17 892	18%	+8%
dont – médecine du sport	6 116	6%	+4%
- médecine du travail	2 340	2%	-13%
- angiologie	1 869	2%	+18%
- géro-geriatrie et médecine polyvalente geriatrique	1 715	2%	+82%
- aide médicale urgente et médecine polyvalente urgence	914	1%	+97%

Sources : Drees

Sur la période 1995-2005, les effectifs des médecins généralistes ont augmenté de 6,7%, mais de façon beaucoup plus favorable au secteur salarié, 29% pour le secteur

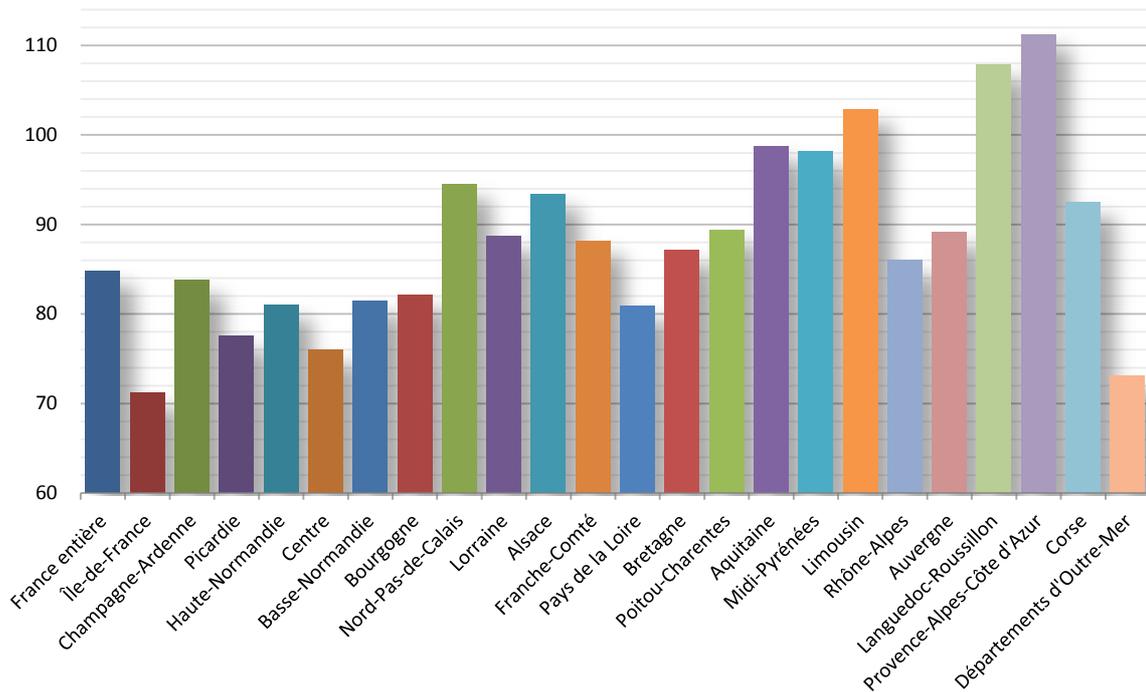
hospitalier et 19,6% pour le secteur non hospitalier, contre 0,1% pour le secteur libéral et mixte.³² Les effectifs de médecins de soins primaires sont eux passés de 54 432 en 2001, à 53 927 en 2007.

Graphique 13 : Évolution des effectifs de médecins généralistes de soins primaires et de l'ensemble des médecins, de 1979 à 2007.



Source : Base Eco-Santé France, mars 2009 ; fichier SNIR et répertoire ADELI

En 2007, d'après les données du fichier SNIR et les prévisions démographiques de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), les densités régionales pour les médecins de soins primaires variaient de 71 médecins/100 000 habitants pour l'Île-de-France, la mettant en position de région la plus « désertifiée » pour ce qui est des soins primaires, et ceci depuis 1987, à 111 médecins/100 000 habitants pour la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Graphique 14 : Densités régionales en médecins généralistes de soins primaires en 2007.

Source : Base Eco-Santé Régions et Départements, mars 2009 ; INSEE (prévisions démographiques pour 2007)

Ces chiffres d'effectifs et de densités sont calculés pour des médecins généralistes hors MEP, et hors acupuncture et homéopathie. Toutefois, une part importante de ces derniers participe aux soins de premier recours, mais les effectifs corrigés, même en intégrant tous les acupuncteurs et homéopathes, ne modifient en rien le constat initial.

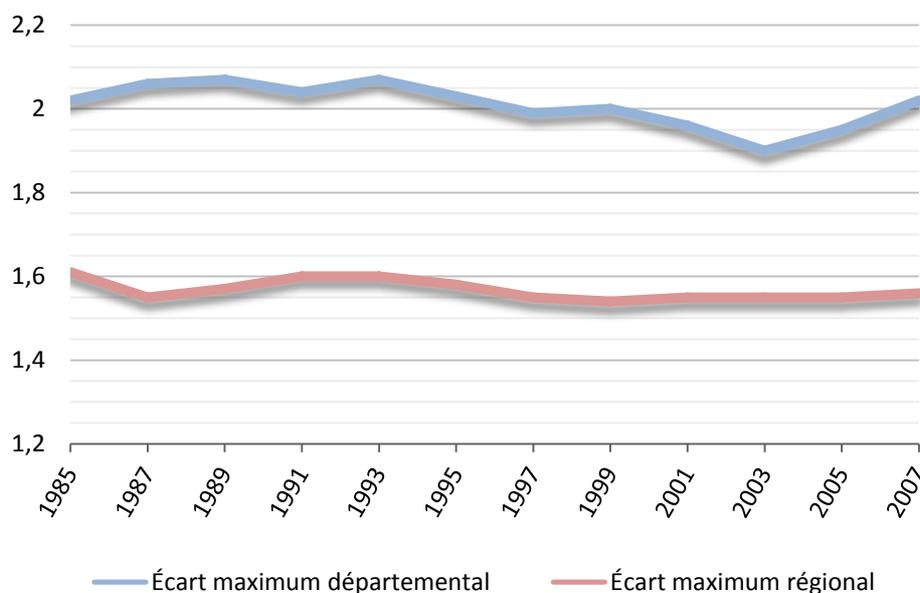
Ce n'est qu'au début des années 2000 que l'on s'est intéressé à la démographie de la médecine générale. On s'est aperçu à cette occasion que les médecins enregistrés en tant que généralistes n'exerçaient pas tous la médecine générale. En 2008, on compte 101 549 médecins enregistrés en tant que généraliste, mais seulement 53 927 exercent en tant que tel.

Depuis plus de dix ans, les effectifs des médecins de soins primaires n'ont pas évolué, et leur part dans les effectifs globaux de médecins n'a cessé de diminuer. D'autres spécialités sont dans la même situation, mais c'est la médecine générale qui est stigmatisée pour ce qui concerne la « désertification ». Or, cette stigmatisation semble injuste si l'on prend la peine de s'intéresser plus en détail à la répartition des effectifs de la médecine de

soins primaires. Depuis vingt ans, les ratios entre densité maximale et minimale aux niveaux régional et départemental sont globalement constants, et la hiérarchie entre les régions et les départements est inchangée.¹⁵ Les variations de densité ne sont donc pas dues à des changements de comportement des médecins choisissant de s'installer, mais uniquement à la variation des effectifs déterminés par le *numerus clausus* en premier lieu, et aux autres modes d'exercice. Les généralistes de soins primaires ont « autogéré » leur installation, et l'ont bien gérée dans le sens où ils n'ont pas aggravé la situation. La tension ressentie sur l'offre de soins, voire la pénurie, n'est pas de leur fait, elle est due uniquement à une baisse des effectifs.

Ce constat fait son chemin, et l'on retrouve même dans un rapport du HCAAM de 2007 :¹⁶ « *La proportion des généralistes cessant leur activité est toujours plus élevée en zone urbaine qu'en zone rurale, quelle que soit la durée d'exercice. Ce résultat va à l'encontre de l'idée que les difficultés d'exercice souvent exprimées par les médecins exerçant en zone rurale provoqueraient plus d'abandons de carrières dans ces zones.* »

Graphique 15 : Évolution des ratios entre densités maximales et minimales régionales et départementales en médecins généralistes de soins primaires de 1985 à 2007.

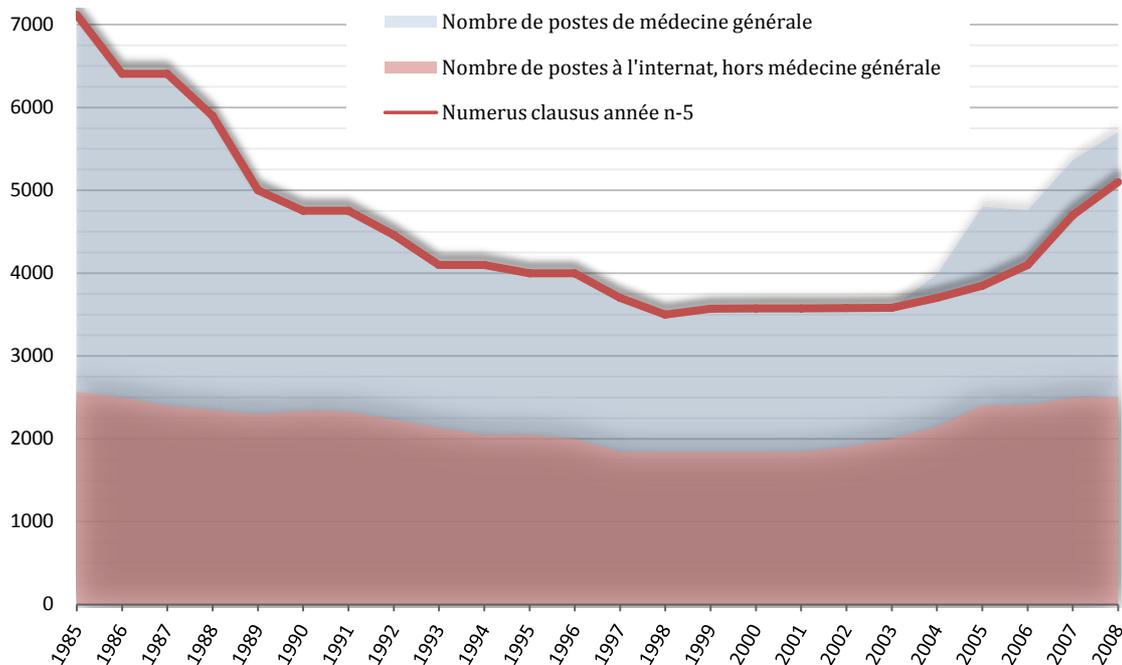


Source : Base Eco-Santé Régions et Départements, mars 2009 ; INSEE (prévisions démographiques pour 2007)

La principale mesure répondant aux inquiétudes devrait donc être un accroissement des effectifs. Depuis la prise de conscience de l'arrivée de l'inéluctable pénurie, un effort est fourni en ce sens.

Le *numerus clausus* de PCEM 1 fixe le nombre d'étudiants admis en médecine théoriquement en fonction des besoins de la population, des capacités de formation, et des inégalités géographiques. On a vu qu'il ne répondait en rien à ces trois points. Toutefois, les internes sont formés dans des services hospitaliers. Ainsi, le *numerus clausus* détermine les effectifs d'étudiants répartis dans ces derniers au moment du choix de postes à l'internat. Chaque spécialité tentera d'obtenir plus de postes si elle en ressent le besoin, et au final ce seront uniquement les besoins hospitaliers qui détermineront les limites du *numerus clausus*,⁷ initialement instauré pour assurer une formation de qualité, sans même prendre en compte les besoins extrahospitaliers. C'est du moins ce qui se passait jusqu'en 2004, ce que reflète la situation de la médecine générale, qui n'est pas, pour le moment, une discipline hospitalière.

Graphique 16 : Évolution du nombre de postes à l'internat et du *numerus clausus* de l'année n-5.



Source : Base Eco-Santé France, mars 2009

De 1985 à 2003, le nombre de postes de spécialités a peu varié, laissant la médecine générale supporter seule la diminution drastique du *numerus clausus*. À partir de 2004, avec les ECN, la médecine générale devient une spécialité à part entière, du moins en théorie. Le concours de l'internat devient examen classant, obligatoire pour tous, et un nombre de postes lui est attribué, fixé à 1841. En 2004, 609 de ces postes de médecine générale sont laissés vacants, 981 en 2005, 323 en 2006, 452 en 2007 et 610 en 2008.

Depuis 2004 et la réforme de l'internat, certaines spécialités « en crise » comme l'anesthésie-réanimation, la psychiatrie et la gynécologie-obstétrique, ainsi que la médecine générale ont bénéficié de créations de postes. Ce surplus de postes était censé revaloriser la médecine générale et ces autres spécialités. Sauf que le nombre total de postes ouverts aux ECN est supérieur à l'effectif pour une année, effectif déterminé par le *numerus clausus* cinq ans auparavant. Il y avait donc forcément des postes qui resteraient à pourvoir, et malheureusement ces postes ont tous été, à de rares exceptions près, des postes de médecine générale. En cinq ans, 2975 postes virtuels de médecine générale n'ont pas été pourvus. Virtuels, car de toutes les manières, ils n'auraient pas pu exister du fait d'effectifs insuffisants. L'effort fourni vis-à-vis de la médecine générale s'est avéré une pure illusion.

En revanche, depuis la mise en place des ECN, des disparités régionales inquiétantes ont émergé au niveau de la répartition des internes. Avant 2004, les généralistes se formaient pour la plupart dans leur faculté d'origine, puis s'installaient dans la région de cette même faculté. Depuis 2004, les internes de médecine générale sont soumis aux mêmes règles de choix de poste que tous les autres internes. À défaut de pouvoir accéder à la spécialité qu'ils désirent, ils vont choisir de se former dans des régions « attractives », et s'y installeront. Or, il y a plus de postes offerts jusqu'à présent, que de postulants, et on observe que les postes laissés vacants sont majoritairement situés dans des régions déjà fragilisées. La réforme de l'internat, faite en partie pour revaloriser la médecine générale et améliorer la répartition sur le territoire, n'a pas eu les effets escomptés, et n'a pas fourni de réponse adaptée sur le plan des effectifs, même si certains restent optimistes.

« Le travail de valorisation de la médecine générale commence à payer. Les mentalités changent aussi. Il n'y a pas eu de sifflement dans l'amphi cette année quand les premiers étudiants ont annoncé qu'ils optaient pour la médecine générale. » Bérangère Crochemore, présidente de l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG), 2008.

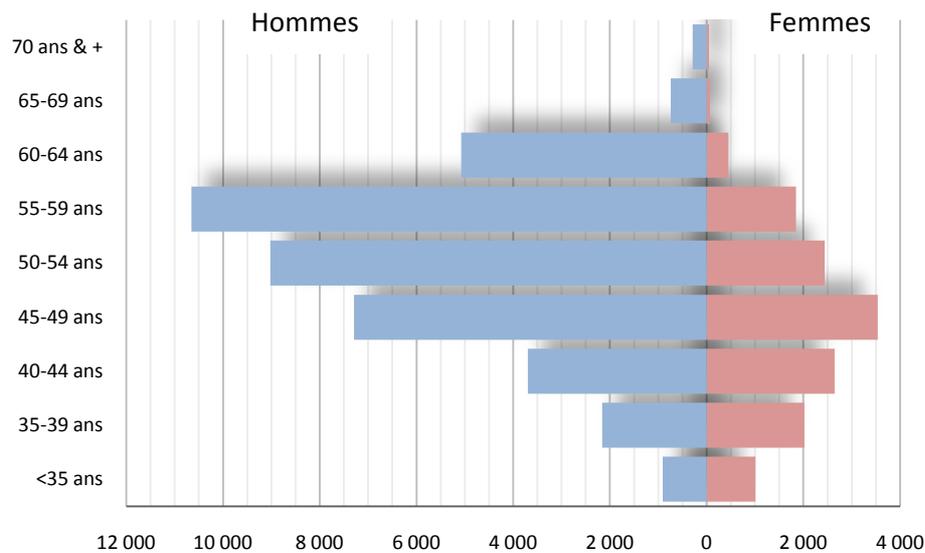
En 2009, l'un des amendements au projet de loi « Hôpital-Patient-Santé-Territoire » (HPST) en examen à l'Assemblée nationale en février et mars, marque une réelle volonté de revalorisation de la médecine générale par la reconnaissance de ses propres besoins en effectifs : « Sur avis favorable du rapporteur, la commission adopte à l'unanimité un amendement présenté par M. André Chassaigne visant à prendre en compte les médecins généralistes lors de l'évaluation du nombre d'internes à former par spécialité et par subdivision territoriale ». ⁵¹

Il est étonnant, voire regrettable, que les responsables de commissions, observatoires et auteurs de rapports soient tous issus du monde hospitalier, et même hospitalo-universitaire. Leurs travaux sont en tous points respectables, mais tout comme le volume émergé de l'iceberg ne permet en rien d'imaginer son volume total, le ressenti de la pénurie par les spécialistes hospitaliers ne reflète en rien la réelle ampleur du phénomène subi par les médecins libéraux, et plus particulièrement les généralistes. Les Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) constituent probablement les meilleurs interlocuteurs de part leur composition, faite exclusivement de médecins de terrain, et il conviendrait de les intégrer beaucoup plus largement, et de façon systématique, dans les débats et prises de décisions quant aux soins primaires. Le projet de loi HPST prévoit de créer les Union Régionales des Professions de Santé (URPS). Il faudrait s'assurer que cette nouvelle structure représentative ait réellement un poids dans les prises de décision, au lieu d'un simple rôle consultatif.

La répartition par âge des médecins généralistes de soins primaires montre que leurs effectifs ne sont pas renouvelés, ce qui entraîne une augmentation de la moyenne d'âge, passant de 46 ans en 2000 à 50 ans en 2007. On voit que d'ici cinq à dix ans, une

part très importante de ces médecins va cesser son activité. Certains argumentent qu'avec la hausse du *numerus clausus*, le nombre d'installations va augmenter. Mais c'est sans compter, comme on l'a vu plus haut, avec l'attrait croissant du salariat et de la professionnalisation du remplacement, deux points encore largement sous-estimés.

Graphique 17 : Pyramide des âges des médecins généralistes de soins primaires au 31 décembre 2007.



Source : Base Eco-Santé France, mars 2009 ; fichier SNIR

L'exercice de la médecine générale libérale exclusive n'attire plus. Les effectifs ont longtemps été surestimés et ont stagné pendant plus de dix ans. Les départs ne sont même plus compensés par de nouvelles installations. Des mesures visant à augmenter le nombre de médecins de soins primaires sont donc à prendre.

La première vise avant tout à augmenter le nombre d'internes de médecine générale. La médecine de soins primaires est considérée comme la médecine de première ligne, et doit avoir des effectifs conséquents. Le rapport Attali de 2008 propose de porter le ratio généralistes/spécialistes à 80/20,⁵² tandis que d'autres proposent un ratio de 60/40. Considérant que les spécialités hors médecine générale cumulent 2504 postes en 2008, il aurait fallu dans le cas d'un ratio à 60/40, 3756 postes pourvus de médecine générale, soit un *numerus clausus* pour l'année 2003 de 6260. Dans le cas d'un ratio de 80/20, en partant

du même nombre de postes de spécialistes offerts, il aurait fallu 10 016 postes de médecine générale, soit un *numerus clausus* pour l'année 2003 de 12520. En réalité, le *numerus clausus* en 2003 était de 5100.

Dans son rapport de 2008,³² l'ONDPS reconnaît implicitement la nécessité d'augmenter le nombre de postes pour les spécialités autres que la médecine générale en le portant à 3 600 pour 2011. Dans cette hypothèse, et pour respecter le ratio de 60/40, il faudrait porter le *numerus clausus* à 9000. Pour respecter un ratio de 80/20, il faudrait porter le *numerus clausus* à 18 000 !

Ce qui est prévu à l'heure actuelle est d'augmenter le *numerus clausus* à 8000 d'ici 2011.

Mais d'ici là, les besoins peuvent évoluer, les cessations d'activité vont augmenter, et plus qu'un simple choix de ratio entre généralistes et autres spécialistes, il conviendrait de mener une réflexion approfondie sur les effectifs de chaque spécialité. La limitation, dans n'importe quelle spécialité, y compris la médecine générale, n'est plus justifiable que sur un plan idéologique.

Une réflexion sur les effectifs ne suffit pas. Le problème de la désaffection de la médecine générale dans les soins primaires tient aussi en partie à son enseignement. Sur les six ans de formation pratique de l'externat à l'internat, seuls six mois sont effectués dans un cabinet de médecine générale, qui plus est, après l'entrée dans la filière médecine générale. Le problème n'est pas que la médecine de ville est méconnue des étudiants avant l'internat, c'est qu'elle leur est inconnue. Durant l'externat, tous les stages se font dans des services spécialisés, où l'image de la médecine générale, véhiculée par l'équipe médicale, est généralement peu flatteuse. Les autres spécialités sont aussi dans un contexte de pénurie annoncée, et certaines filières de formation sont déficitaires. D'autre part, et ceci s'appliquant à toutes les spécialités, la formation s'effectue dans un environnement protecteur, dans une culture du travail en équipe et du salariat.¹⁹

Fin 2008 et début 2009, on comprend que les médecins obtenant leur diplôme

n'aient pas envie de quitter ce cocon. On rappellera que depuis dix ans, le salariat constitue le mode principal d'exercice des nouveaux inscrits à l'Ordre : il concerne 75% des nouveaux inscrits en médecine générale en 2007. Ils sont seulement 784 cette même année à avoir choisi la médecine libérale.¹⁷

Un premier arrêté en 1997 tentait de répondre à cette difficulté sans y parvenir faute de moyens financiers, puis un deuxième en 2006 qui réaffirme l'obligation de mettre en place un stage de médecine générale dès le DCEM 3, mais qui là encore, faute de moyens financiers et humains, tarde à porter ses fruits.

Il est primordial dans le contexte actuel de connaître et comprendre le métier de médecin généraliste libéral, car celui-ci est placé au centre des soins primaires. Mais la tentation est grande de réduire ceux-ci aux seuls médecins généralistes. Hors nos frontières, la tendance est d'adopter une définition plus large des effecteurs de soins de premier recours. Ceux-ci ne sont plus limités aux soins généraux et devraient inclure des soins spécialisés, dans la mesure où ils sont dispensés à proximité « *des lieux où les gens vivent et travaillent* ». Cette évolution est due à l'importance croissante des maladies chroniques, à la demande des patients et à leur relation avec les acteurs de soins. Ces soins spécialisés, médicaux ou non, et ceux prodigués aux personnes dépendantes redéfinissent le concept de soins primaires, ce qu'on nomme en Suède les *New Primary Care*.⁵³

Cette évolution ne semble pas prise en compte en France, et les médecins de premier recours restent majoritairement les médecins généralistes libéraux hors MEP et orientation particulière. La médecine de soins primaires repose donc essentiellement sur leurs effectifs. L'article 15 du projet de loi HPST confirme cette orientation,⁵⁴ même si par le jeu des amendements les centres de santé et les autres spécialistes libéraux à accès direct ont été intégrés dans la définition des soins de premier recours.⁵¹ Ce point est particulièrement important, car en effet, les articles suivants concernant la permanence des soins attribuent celle-ci aux effecteurs médicaux de premier recours. On pourrait dès lors envisager une permanence de soins de ville incluant des généralistes, des cardiologues, des ophtalmologues, des dermatologues et autres spécialistes, la régulation médicale se

chargeant d'orienter convenablement les patients.

Rendre la médecine générale de soins primaires attractive constitue une priorité, il en est de même de sa revalorisation. Jusqu'à nos jours, elle ne bénéficie pas de définition précise, et se contente d'être ce que les autres spécialités ne sont pas. Le projet de loi HPST y remédie et la définit de la sorte :⁵⁴

« Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;

2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;

3° S'assurer que la coordination des soins nécessaire à ses patients est effective ;

4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;

5° Assurer la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;

6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;

7° Participer à la permanence des soins dans des conditions fixées à l'article L.6314-1. »

L'une de ses missions rentrant dans le cadre plus large de la médecine de premier recours est « l'éducation des patients ».

Ces missions, inscrites dans la loi, donneraient un véritable statut à la médecine générale, et deviendraient opposables à l'exercice professionnel de chaque médecin généraliste de premier recours. On dit de celui-ci qu'il est le « pivot » de l'organisation des

soins, et en 2009, on reconnaîtra peut-être les besoins démographiques de la médecine générale de premier recours.

Elle n'attire plus depuis plus de dix ans, et dans dix ans, une majorité des effectifs cesseront leur activité. Les zones sur-dotées d'aujourd'hui prendront la place des zones sous-dotées, et celles-ci pourront connaître de réelles difficultés.⁴⁵

La situation actuelle pour peu qu'on s'y attarde, montre que les médecins généralistes de premier recours tendent naturellement à une répartition la plus homogène possible, en tenant compte de contraintes socio-environnementales. La mise en place de mesures coercitives à l'installation en faveur des zones sous-dotées aurait pour conséquence un rejet de celles-ci, et donc d'un refus d'installation, diminuant d'autant les effectifs d'installés, alimentant un cercle vicieux où l'on verrait la disparition de la médecine générale de soins primaires. Les missions décrites plus haut seraient alors totalement illusoire. Rappelons que 85% de la population vit en milieu urbain, et « *qu'il n'y aura pas de couverture médicale totalement satisfaisante du territoire national sans une réflexion plus large sur l'aménagement du territoire* ». ¹⁵

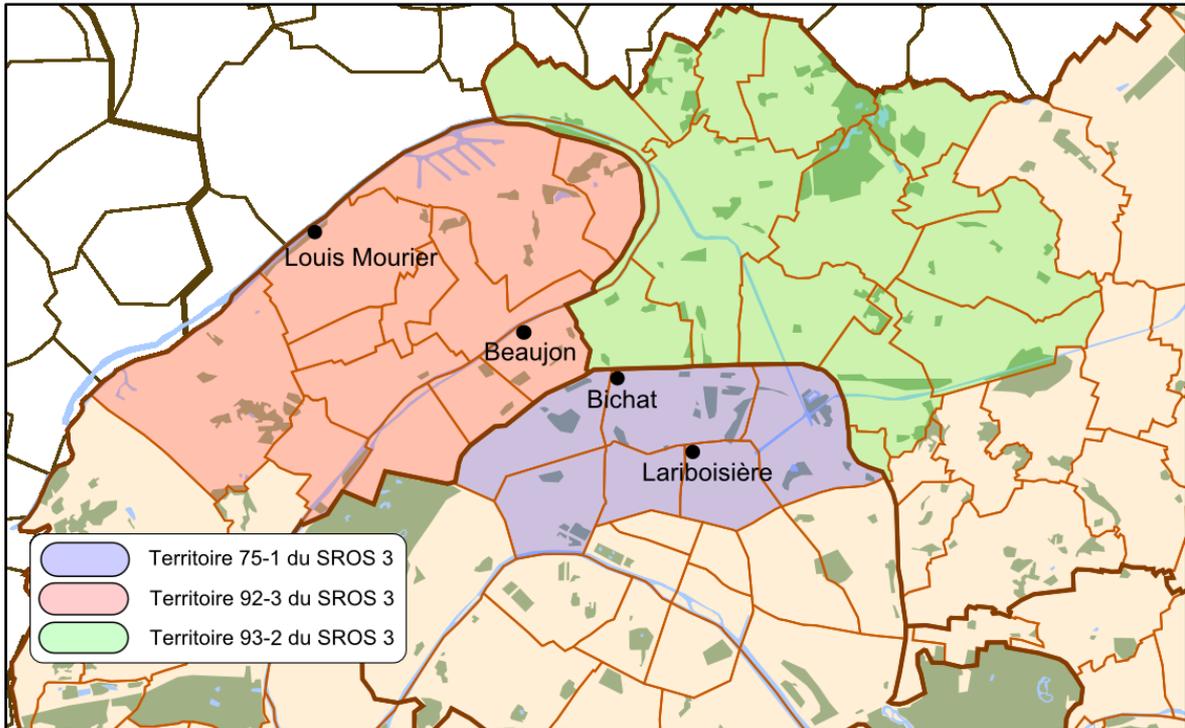
2.7.2 L'Île-de-France, un modèle d'a priori

Comme on l'a vu plus haut, l'Île-de-France est en 2007 la région où la densité en médecins généralistes de soins primaires est la plus basse, avec 71 médecins pour 100 000 habitants. Pourtant, cette situation est ignorée aussi bien du grand public que du milieu médical. Le chiffre habituellement retenu est celui de la densité médicale totale, et devant son importance, 390 en 2008 (413 en 2007), peu nombreux sont ceux qui cherchent à s'y intéresser plus en profondeur.

En 2007, il y a 47 855 médecins en Île-de-France, dont 21 375 médecins salariés exclusifs et 20 660 médecins généralistes dont 8 272 médecins généralistes de soins primaires. Ce dernier chiffre n'est pas celui retenu notamment dans les différents schémas régionaux de l'organisation sanitaire (SROS). Ceux-ci font toujours référence au nombre

total de généralistes, or on sait déjà depuis plusieurs années que celui-ci est loin de refléter la réalité pour ce qui concerne les soins primaires. L'offre de soins de premier recours est donc surestimée, même dans la version actuelle des SROS (SROS 3) en vigueur depuis 2006.

Carte 5 : Territoires 75-1, 92-3 et 93-2 du Schéma régional de l'organisation sanitaire.



La Faculté de médecine de l'université Paris Diderot – Paris 7 est le résultat de la fusion de deux facultés distinctes il y a encore peu : la Faculté de médecine Xavier Bichat et la Faculté de médecine Lariboisière-Saint Louis. Issu de la première, je m'attacherai à décrire la situation démographique des médecins généralistes de soins primaires sur les territoires des trois hôpitaux qui lui étaient rattachés : Bichat, Beaujon et Louis Mourier.

Ces trois hôpitaux sont implantés sur les territoires 75-1 et 92-3. On notera que les hôpitaux Bichat et Beaujon dispensent des soins de premier recours à une partie de la population du territoire 93-2.

Ces dernières années, les services des urgences d'Île-de-France connaissent un accroissement important de leur activité, franchissant les 3 millions de passages en 2005.

D'après les données de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) d'Île-de-France, leur activité a augmenté de 3,7% entre 2004 et 2005, 9,6% entre 2004 et 2006, et 2% entre 2006 et 2007 en termes de passages.^{55,56} Chaque passage est classé selon un score de gravité initial, déterminée à la fin de l'interrogatoire, du bilan des fonctions vitales et de l'examen clinique. Ce score, appelé classification clinique des malades aux urgences (CCMU) modifié, comporte 7 classes de gravité croissante.

Tableau 3 : Classification clinique des malades aux urgences (CCMU) modifiée.

CCMU P	Patient souffrant d'un problème psychologique ou psychiatrie sans pathologie somatique.
CCMU 1	État clinique jugé stable. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique. Exemple : angine, otite...
CCMU 2	État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences. Exemple : hypotension, entorse, plaie simple à suturer...
CCMU 3	État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver dans l'immédiat, il n'engage pas le pronostic vital. Décision d'acte diagnostique ou thérapeutique aux urgences. Exemple : douleur thoracique, respiratoire ou circulatoire, accident vasculaire cérébral, fracture ouverte...
CCMU 4	Situation pathologique engageant le pronostic vital et dont la prise en charge ne nécessite pas de manœuvres de réanimation immédiates. Exemple : infarctus du myocarde, œdème aiguë pulmonaire...
CCMU 5	Pronostic vital engagé. Nécessité de manœuvres de réanimation immédiates. Exemple : défaillance respiratoire nécessitant immédiatement une intubation...
CCMU D	Patient déjà décédé à l'arrivée du SMUR ou du service des urgences.

En 2006, les passages classés CCMU 1 en Île-de-France représentent 18% du total des passages, et relèvent de la médecine de soins primaires. Ceux classés CCMU 2 représentent 73% du total, et la majorité d'entre eux relèvent des soins primaires. En 2007, le taux de retour à domicile après passage aux urgences est de 82,5%.^{55,56}

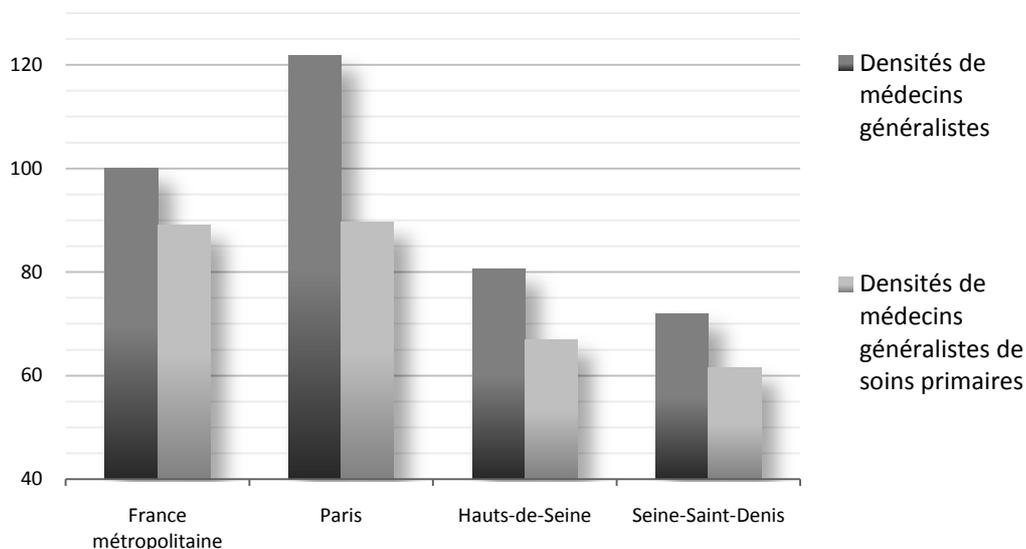
Cette même année, on compte 54 888 passages aux urgences de Bichat, 27 797 à Beaujon et 53 953 à Louis Mourier. À l'échelle des territoires, et uniquement pour les

hôpitaux publics : 231 820 passages pour le 75-1, 166 426 pour le 92-3.⁵⁷

Une part très importante de l'activité des services d'urgences relève des soins primaires, et toute augmentation de celle-ci induit le réflexe de dire que cette part de soins n'est pas assurée par les médecins généralistes, qu'ils ne font pas leur travail, que les services des urgences le font à leur place, idée notamment répandue dans le secteur public.

Les ARH confortent ce sentiment lorsqu'elles fournissent les chiffres du nombre total de médecins généralistes sur un secteur au lieu du nombre de médecins généralistes de soins primaires. Il est consternant que le SROS 3 en vigueur actuellement ne prenne pas en compte la spécificité de la médecine générale de soins primaires, alors que le fichier SNIR la prend en compte depuis 1979.

Graphique 18 : Densités de médecins généralistes et de médecins généralistes de soins primaires au 31 décembre 2005 en France métropolitaine, à Paris, dans les Hauts-de-Seine et Seine-Saint-Denis.

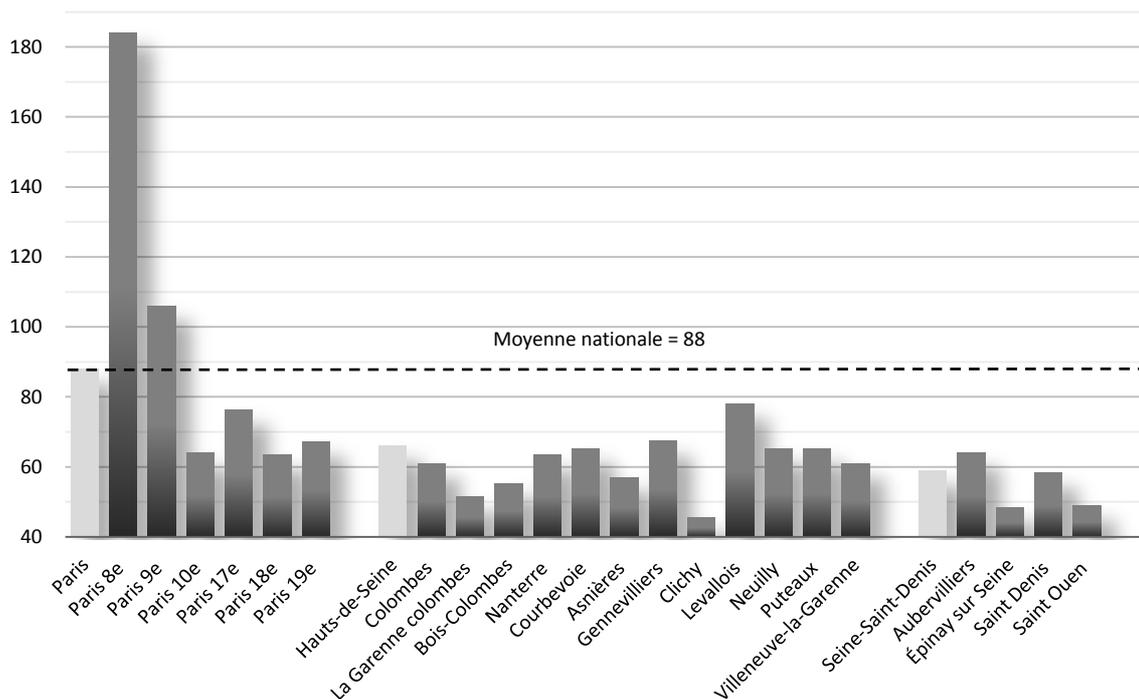


Source : Base Eco-Santé France, mars 2009 ; fichier SNIR

Au niveau départemental, la densité de médecins généralistes est en 2005 de 122 pour 100 000 habitants à Paris. La densité corrigée de médecins généralistes de soins primaires est de seulement 90 pour 100 000 habitants. Ce qui signifie que les chiffres couramment cités sont surestimés, et la situation démographique de l'Île-de-France en médecine générale déjà fragile l'est encore plus en ce qui concerne la médecine générale de soins primaires.

Pour les communes et arrondissements satellites des trois hôpitaux concernés, et à l'exception des 8^e et 9^e arrondissements, les densités de médecins généralistes de soins primaires sont nettement en-dessous de la moyenne nationale. On s'arrêtera un instant sur les densités des 8^e et 9^e arrondissements qui ne sont pas anormales comme on pourrait le penser. Il est communément admis qu'en France, les médecins devraient se répartir en fonction des densités de population. Celles-ci sont déterminées par les recensements qui prennent en compte le lieu de résidence des recensés. Or, comme on le lit dans la déclaration d'Alma-Ata, les soins primaires doivent s'organiser autour des lieux de vie ou de travail des patients. Dès lors, on comprend les densités élevées de médecins généralistes de soins primaires dans ces arrondissements.

Graphique 19 : Estimation des densités de médecins généralistes de soins primaires dans les communes ou arrondissements proches des hôpitaux Bichat, Beaujon et Louis Mourier, en 2009.



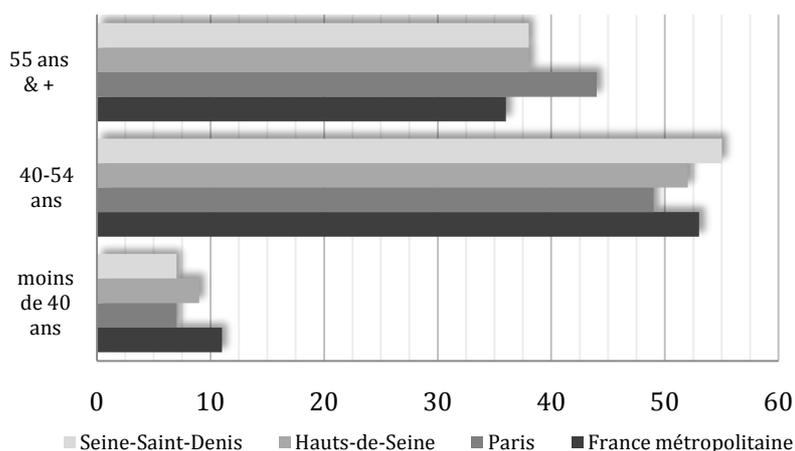
Source : Calculs d'après les données de la CNAMTS mises à jour pour 2009 et des estimations démographiques de l'INSEE

Ces densités calculées ne constituent en aucun cas des chiffres officiels. Les données accessibles ne détaillent pas les densités en-dessous de l'échelon départemental. Pour les déterminer, j'ai recoupé les données départementales provenant de la CNAMTS sur le site de l'IRDES avec les données de l'annuaire téléphonique www.pagesjaunes.fr. Il

en est ressorti que les informations concernant les médecins généralistes dans ce dernier sont en accord avec les densités de médecins généralistes de soins primaires fournies par la CNAMTS. J'ai par la suite détaillé les effectifs au niveau des communes et arrondissements, toujours en vérifiant la cohérence des données obtenues selon la même méthode. Les données démographiques de la population générale sont issues de projections de l'INSEE. Les densités calculées sont celles de 2009. L'activité des services est celle de 2007. Toutefois, cette comparaison garde son intérêt, puisque l'activité des services augmente tandis que le nombre de médecins généralistes de soins primaires diminue sur les départements considérés.

Dans les 8^e, 9^e, 10^e, 17^e, 18^e et 19^e arrondissements de Paris, soit le territoire 75-1, on dénombre au total 564 médecins généralistes de soins primaires. Dans les communes du territoire 92-3, on en dénombre 424 au total. L'âge moyen des médecins généralistes de soins primaires sur ces secteurs ne fait que croître ces dernières années. À Paris, en 2007, il est de 52,5 ans, 51,4 ans dans les Hauts-de-Seine, et 51,6 ans en Seine-Saint-Denis. En France métropolitaine, il est de 50,5 ans.

Graphique 20 : Pyramide des âges en pourcentages des effectifs de médecins généralistes de soins primaires de France métropolitaine, Paris, Hauts-de-Seine et Seine-Saint-Denis, au 31 décembre 2007.



Sources : Base Eco-Santé Régions et Départements, mars 2009 ; fichier SNIR

Selon les données de la CNAMTS, le nombre moyen d'actes par médecin généraliste de soins primaires est en diminution depuis 2005, nous retiendrons les chiffres

les plus bas : 3378 actes par an pour Paris, 4254 pour les Hauts-de-Seine.

Les 564 médecins parisiens concernés ici totaliseraient approximativement 1 905 192 actes de soins primaires par an, ceux du territoire 92-3 totaliseraient 1 803 696 actes. Soit au total sur ces deux secteurs plus de 3,7 millions d'actes par an, c'est-à-dire près de 500 000 actes de plus que la totalité des passages aux urgences en Île-de-France sur une année.⁵⁷ Les urgences des hôpitaux publics sur ces secteurs ont quant à eux pris en charge 328 553 patients relevant des soins primaires en 2007,⁵⁷ soit 333 patients par médecin généraliste de soins primaires par an, soit moins de 1 patient par jour vu aux urgences pour chaque médecin généraliste de soins primaires sur ces secteurs.

Dire que les services d'urgences font le travail des médecins généralistes de soins primaires paraît quelque peu exagéré.

Reconnue depuis 1978, la médecine de soins primaires est aujourd'hui au centre des préoccupations de santé de tous les pays à travers le monde, témoin le dernier rapport de l'OMS sur la santé dans le monde en 2008, « Les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais ».⁵⁸

En France, les effectifs des médecins généralistes de soins primaires, principaux acteurs de ce secteur, stagnent, ne sont plus renouvelés donc vieillissent. Ils restent néanmoins surestimés par le plus grand nombre, ce qui conduit à des conclusions erronées, dont la situation de la médecine de soins primaires en Île-de-France est le meilleur exemple. La situation qui se profile à l'horizon des toutes prochaines années est d'ores et déjà catastrophique.

Les autres spécialités connaissent aussi des situations difficiles pour certaines, et les propositions de meilleure répartition entre généralistes et autres spécialités prennent alors une autre dimension ; le *numerus clausus*, selon les différentes propositions, devrait être porté entre 9000 et 18 000. Les prévisions actuelles de maintien à 8000 laissent penser que la médecine générale de soins primaires restera encore longtemps sinistrée.

Un statut de la médecine générale, inscrit dans la loi, va probablement voir le jour en 2009. Les missions décrites deviendront opposables à l'exercice professionnel de chaque médecin généraliste de premier recours. Mais qui irait vers une spécialité sur laquelle on fait reposer une grande partie des missions de santé publique, nouvellement opposables vis-à-vis de la loi, alors qu'on sait que les moyens humains sont d'ores et déjà insuffisants et qu'ils le seront encore plus dans les années à venir ? Les masochistes ? Si l'on rajoute à cela des mesures coercitives à l'installation, c'en est fini de la médecine de soins primaires. L'État devrait alors assurer une présence médicale dans les zones fragiles par l'emploi de fonctionnaires, et supporter seul les charges d'implantation : locaux, matériels, personnels de secrétariat, etc. Constatant la médiocre rentabilité de certaines structures, il se désengagerait des zones desservies par celles-ci, tout comme il le fait avec certaines administrations. Il demanderait alors probablement aux patients concernés de prendre leur voiture pour aller voir le médecin...

2.8 Une sous-catégorie socioprofessionnelle sacrifiée

On ne parle pas du ressenti des médecins et de leur problèmes. Ils sont perçus comme des privilégiés, des nantis, ne méritant pas la compassion. Qui n'a pas entendu : « *C'est vous qui l'avez choisi !* », ou « *Vous n'êtes pas à plaindre !* », ou à l'époque de la mise en place du repos de sécurité, au lendemain qu'une interne se soit tuée au volant de sa voiture sur une route départementale après trente-six heures à l'hôpital, de la bouche d'un représentant d'une autre profession de santé : « *Ils ne voudraient tout de même pas qu'on les ramène chez eux en limousine !* »

2.8.1 La retraite des médecins libéraux

En 2009, nous sommes à une période charnière où pour la première fois, le nombre de médecins cessant leur activité va devenir supérieur au nombre de nouveaux médecins,²⁰ conséquence directe du *numerus clausus*.

Les implications sont nombreuses, comme nous venons de le voir, mais l'une d'elle est peu médiatisée ; la retraite des médecins. Les professionnels de santé libéraux subissent tous un *numerus clausus* au début de leur formation. Les décisions ayant un impact sur la démographie de ces professions ont donc par ricochet forcément un impact sur leur régime de retraite.

2.8.1.1 Les professionnels de santé libéraux dans le régime de retraite des travailleurs non salariés non agricoles

Au sein des professions libérales et indépendantes, cinq régimes de retraites s'appliquent aux professions de santé :

- la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF)
- la Caisse Autonome de Retraite des Chirurgiens Dentistes (CARCD)
- la Caisse d'Assurance Vieillesse des Pharmaciens (CAVP)
- la Caisse Autonome de Retraite des Sages-femmes Françaises (CARSAF)

- Caisse Autonome de Retraite et de Prévoyance des Infirmiers, Masseurs-Kinésithérapeutes, Pédicures-Podologues, Orthophonistes et Orthoptistes (CARPIMKO)

Au 1^{er} janvier 2007 selon le Groupement d'intérêt public (GIP) Info retraite, et pour le régime de base uniquement, les nombres de cotisants pour les différents régimes sont :

- CARCD : 36 626 cotisants au régime de base pour 11 001 retraités
- CAVP : 33 050 cotisants pour 12 641 retraités
- CARSAF : 2 189 cotisants pour 2 067 retraités
- CARPIMKO : 135 468 cotisants pour 24 906 retraités
- CARMF : 125 173 cotisants pour 32 912 retraités

À la vue de ces chiffres, la situation de la CARMF paraît confortable, notamment par rapport à la CARSAF qui compte déjà un cotisant pour un retraité. Mais la situation s'analyse en fonction de l'évolution de la pyramide des âges de chaque régime.

105

La CAPRIMKO est certainement dans ce contexte la caisse qui présente le moins de problèmes. Le rapport cotisants/retraités est actuellement de 5/1, et les effectifs sont en constante augmentation depuis 1978. D'autre part, les effectifs en formation sont eux aussi en augmentation depuis plusieurs années.

La CARSAF est quant à elle dans une situation où après un creux dans ses effectifs, 1132 libéraux en 1988, ceux-ci remontent, et se chiffrent à 2470 au 31 décembre 2007 selon le fichier SNIR. La situation est donc délicate pour cette caisse actuellement, mais la remontée des effectifs va lui permettre de s'améliorer, d'autant plus que les statistiques de la caisse indiquent que le nombre d'allocataires au régime de base a diminué de 33% de 1990 à 2005, tandis que celui des cotisants a augmenté de 88%.

La CAVP connaîtra probablement une baisse marquée de ses effectifs, du fait de la part croissante du salariat dans les officines et du regroupement de celles-ci au sein de

groupes. En revanche, le *numerus clausus* de pharmacie est en augmentation depuis huit ans, passant de 2250 en 2001, à 3090 en 2009, pour une durée de formation de six ans.

Les situations de la CARCD et de la CARMF sont particulières. En effet, l'évolution du *numerus clausus* d'odontologie est parallèle à celui de médecine. En 1971, il était de 1938, et a chuté à 800 de 1992 à 2001. Il est passé à 1097 de 2002 à 2009. La caractéristique de la profession de chirurgien-dentiste est qu'elle se pratique majoritairement en mode libéral, et en 2009, plus de 1400 professionnels pourront faire valoir leur droit à la retraite.⁷ Le *numerus clausus* d'odontologie en 2003 était de 850.

2.8.1.2 Le cas de la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

En 2025, selon les projections de la CARMF,⁵⁹ le ratio cotisants/retraités deviendra inférieur à 1.

Les médecins libéraux cotisent pour cinq régimes.

- Trois régimes de retraite par répartition :
 - ✓ Régime de base : ce régime est géré par la Caisse Nationale de Vieillesse des Professions Libérales (CNAVPL). Il y a une compensation entre les différentes professions libérales, ainsi les médecins, nombreux, compensent les vétérinaires, les architectes... et autres professions libérales moins nombreuses.
Il représente 17% du montant des pensions de retraite servies aux allocataires de la CARMF.
 - ✓ Régime complémentaire : ce régime est géré entièrement par la CARMF. Elle fait des réserves sous forme de placements immobiliers et mobiliers (actions, obligations) afin de pouvoir passer le cap des années où la démographie médicale sera basse et où il y aura beaucoup de retraités pour peu de cotisants.

Il représente 44% des pensions de retraite.

- ✓ Régime des allocations supplémentaires vieillesse (ASV) dont on reparlera.

Il représente 39% des pensions de retraite des médecins conventionnés uniquement.

- Un régime appelé Allocation de remplacement de revenu (ADR) destiné à payer les retraites des médecins partis en retraite anticipée.
- Un régime Prévoyance invalidité /décès.

La CARMF a été créée en 1949, pour le régime de base et le régime complémentaire. En 1960, avec la généralisation des conventions régissant les rapports entre les médecins et l'Assurance maladie, *l'Avantage social vieillesse* (ASV, prenant plus tard la dénomination d'Allocation supplémentaire vieillesse) est instauré pour les professionnels de santé à tarif opposable (secteur 1). D'abord facultatif, ce régime devient par la suite obligatoire en 1972.

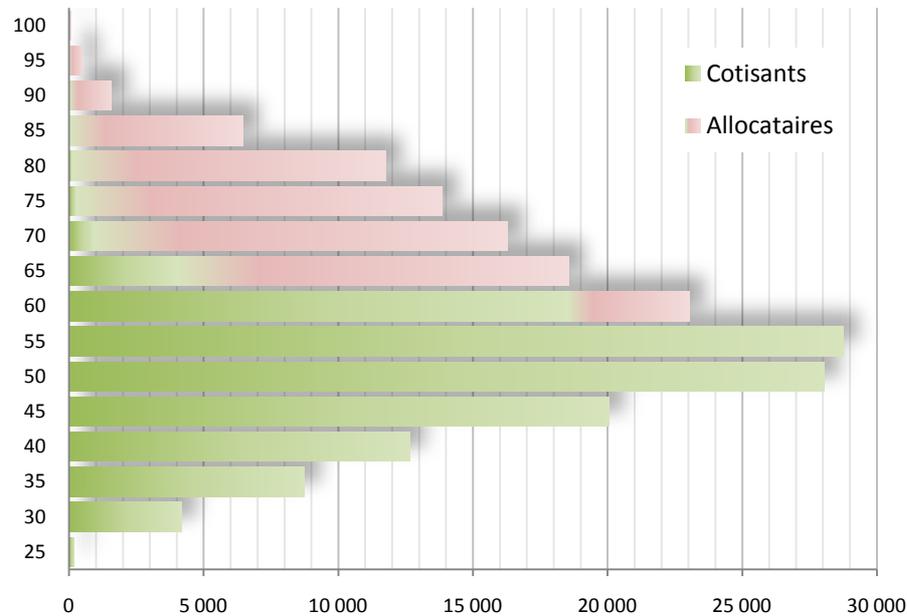
107

Créée dans un contexte de forte croissance des effectifs médicaux, la CARMF va connaître de profondes modifications dans la structure démographique des cotisants et des allocataires.

Schématiquement, le système était fondé sur un modèle de retraite par répartition, d'effectifs masculins, d'une espérance de vie de dix ans après la retraite, et d'un volume de nouveaux cotisants bien plus important que celui de candidats à la retraite. Or, on a vu que les femmes représenteront 52% des effectifs du corps médical en 2025, l'espérance de vie à 60 ans en 2008 pour les hommes est de 22 ans, 26,9 ans pour les femmes, et le nombre de cessations d'activité est supérieur au nombre de nouveaux diplômés. Dans ces conditions, il devient difficile de demander à la jeune génération de payer pour des retraités qui vont vivre encore trente ans.

Ce n'est qu'à partir de 2016 qu'on verrait le solde entre les entrées et les sorties commencer à décroître,¹⁹ tout en restant négatif, et ceci pendant vingt ans.

Graphique 21 : Pyramides des âges des cotisants et des allocataires de la CARMF au 1^{er} juillet 2008.



Sources : CARMF.

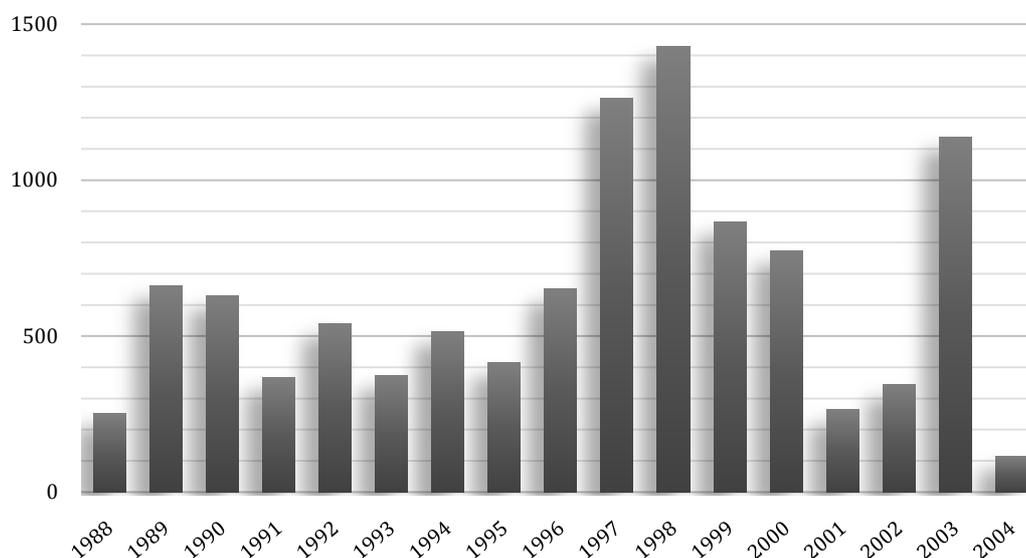
La situation démographique de la CARMF est catastrophique pour les années à venir, s'ajoutant à la tension déjà présente dans le secteur libéral. Cette situation était prévisible il y a trente ans lorsque le *numerus clausus* s'est vu attribuer une fonction de régulation des dépenses de santé. Cette question sociale des retraites des médecins a été totalement éludée, sans doute parce qu'à l'époque, tout comme avec la théorie de la demande induite, les médecins étaient considérés comme des « nantis », et qu'après tout, ils n'avaient qu'à se débrouiller tout seuls avec leur retraite. Pire, dans ce contexte de pénurie prévisible, annoncée et voulue, et toujours selon cette théorie de la demande induite dont on savait déjà à l'époque qu'elle ne se vérifiait pas,⁶ il avait été décidé de pousser les médecins libéraux à cesser leur activité de façon anticipée, progressivement, pour permettre une réduction des dépenses de santé.

La loi n°88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale crée le mécanisme

d'incitation à la cessation d'activité (MICA), dans le but d'abaisser les dépenses de santé. Il proposait aux médecins de plus de 60 ans (âge rabaissé à 59 puis 57 ans) une mise à la retraite anticipée grâce à l'octroi d'une ADR, représentant les 2/3 de la retraite à taux plein, jusqu'à l'âge de 65 ans. Pendant cette période, le médecin continuait à cotiser et pouvait avoir une activité salariée et participer à titre libéral à la permanence des soins. À 65 ans, il pouvait alors prétendre à une retraite à taux plein. 10 610 médecins ont bénéficié de ce régime en quinze ans. En 2003, ils étaient encore 3308 à en bénéficier, et les dernières bénéficiaires ne prendront leur retraite qu'en 2012. (Voir ci-dessous et **Annexe 1** pour la répartition par spécialité)

On notera à titre indicatif, que les médecins ayant adhéré au MICA sont comptabilisés comme actifs dans les fichiers de la CARMF, mais pas dans les autres sources, d'où une discordance dans certains chiffres.¹⁹

Graphique 22 : Répartition annuelle des flux d'entrée des 10 610 bénéficiaires du MICA.



Sources : CARMF.

En 1997 et 1998, le MICA a attiré de nombreux médecins, mécanisme à l'origine d'une chute des effectifs à ces dates,⁶⁰ alors que l'inquiétude sur la baisse à venir des effectifs était déjà présente. Mais ces départs anticipés ont eu aussi pour effet de diminuer

les cessations d'activité les années suivantes, permettant dans une certaine mesure de reculer la « crise » actuelle.³⁵

Concernant l'âge moyen de cessation d'activité, le MICA n'a eu que peu d'influence, comme le montre le tableau suivant.

Tableau 4 : Âge moyen de cessation d'activité des médecins de plus de 45 ans.

	Observé avec le MICA	Estimé sans le MICA
Libéraux	64,8	65,2
Salariés hospitaliers	65,3	-
Salariés non hospitaliers	64,3	-
Hommes	65,5	65,7
Femmes	64,2	64,8
Généralistes	64,3	64,8
Spécialistes	65,7	65,9
Ensemble	65,1	65,5

Source : CNOM, CARMF – exploitation DREES

Désastre ? Le MICA a favorisé le départ à la retraite de certains libéraux avant 59 ans alors que le secteur libéral, on l'a vu, était déjà plus fragile que le secteur salarié en terme d'effectifs, et le HCAAM, au-delà du MICA, s'inquiète en 2007 du départ de certains de ces mêmes libéraux avant 50 ans.¹⁶ D'autre part, ces départs anticipés touchent plus particulièrement les généralistes. Plus de 7000 d'entre eux auront bénéficié du MICA, chiffre à rapporter aux 53 927 en activité à ce jour.

Décision salutaire ? Le MICA aura peut-être permis d'amortir ce début de crise démographique, et surtout de le révéler.

Désastre ? Les médecins actuellement en activité vont continuer pendant plusieurs années encore à supporter cette charge financière pour un système en échec total. Désastre ou décision salutaire, le MICA est surtout le reflet affligeant et caricatural d'une vision à très court terme des pouvoirs publics, appuyée sur des théories bancales qui s'apparentent plus à une quête du Graal ; la demande induite.

L'ASV, quant à elle, cristallise toutes les colères. Pour garantir des tarifs identiques pour les consultations de médecins en France et permettre à l'Assurance maladie de rembourser aux assurés sociaux les consultations sur la base d'un tarif déterminé dans le cadre de la garantie d'accès aux soins pour tous, l'État a proposé aux médecins en 1960 et de façon facultative, un régime supplémentaire fondé sur un contrat avec la Sécurité sociale : en échange de l'engagement de prendre pour la consultation un tarif national unique déterminé, les caisses d'assurance maladie régleraient 2/3 de la cotisation et les médecins 1/3.

En échange de leur liberté tarifaire, les médecins se voient accorder par l'État un Avantage Social Vieillesse, l'ASV (renommé avantageusement pour l'État, Allocation Supplémentaire Vieillesse). Les cotisations que les caisses d'assurance maladie prennent à leur charge constituent en fait des honoraires que les médecins ne peuvent plus percevoir, puisqu'ils n'ont plus le droit de les demander à leurs patients.

Le contrat d'ASV s'intégrait et s'intègre toujours dans ce qu'on nomme le conventionnement. Depuis le 1^{er} juillet 1972, ce contrat est devenu obligatoire pour tout médecin conventionné. Le conventionnement assurant la solvabilité des patients, il est incontournable pour le plus grand nombre des praticiens.

Ce contrat existe pour plusieurs professions de santé, et tous les régimes ASV connaissent d'énormes difficultés. Pour ce qui concerne la CARMF, depuis bientôt vingt ans, les cotisations ont plus que triplé, et les prestations ont diminué de 30%, soit un rendement divisé par cinq.⁵⁹ Ces mesures prises pour « sauver » l'ASV, ne l'ont été que dans le but de réduire les déficits, alors que des mesures structurelles devaient être prises.⁶¹ Les jeunes générations devront en conséquence supporter le poids de cet attentisme, payer pour les erreurs des générations précédentes et leur manque de prise en considération des questions démographiques, induites par l'évolution du *numerus clausus*, mettant à mal le principe de solidarité intergénérationnelle.⁶¹

La situation financière de l'ASV des médecins libéraux est telle que se pose la question de son maintien, ou de sa clôture, c'est-à-dire l'arrêt de distribution de nouveaux

droits, le régime continuant jusqu'à extinction du service du dernier point vendu au 31 décembre de l'année précédente, l'Assurance maladie assurant le versement des prestations. Les solutions permettant son maintien semblent quant à elles peu envisageables.⁵⁹ En effet, elles se résumeraient à une augmentation très importante des cotisations, pour une diminution tout aussi importante des prestations, et surtout, un désengagement de l'Assurance maladie dans la prise en charge d'une partie des cotisations.^{59,61}

Tableau 5 : Régime ASV des médecins libéraux. Évolution tendancielle.

	2006	2013	2020	2030	2040
Cotisants	124 557	115 231	98 075	100 487	115 052
Retraités	28 613	42 919	70 525	94 444	87 265
Conjoints survivants	12 714	15 826	20 643	28 627	38 413
Cotisations	445 M€	411 M€	349 M€	358 M€	411 M€
Prestations	417 M€	626 M€	1 042 M€	1 426 M€	1 364 M€
Résultat	17 M€	- 225 M€	- 701 M€	- 1 077 M€	- 963 M€
Réserves	482 M€	- 106 M€	- 3 610 M€	- 13 167 M€	- 23 602 M€

SOURCE : CARMF DU 3/07

Quelque soit la solution envisagée, le fond du problème est la remise en question du principe conventionnel, et tout ce que cela peut engendrer.

En cas de fermeture, l'Assurance maladie devrait toutefois honorer son contrat avec les médecins ayant cotisé, mais le fondement des conventions serait rompu avec les nouvelles générations. En cas de maintien, les modifications du contrat seraient telles que les médecins pourraient ne pas accepter cette situation.

Dans le *Panorama du médecin* du 18 février 2008, François-Charles Cuisigniez, président de « Csmf jeunes médecins » résume bien le ressenti de la jeune génération : « *L'avantage social vieillesse (ASV) posera très vite problème. [Il va falloir augmenter les cotisations de façon importante pour un avenir lointain et incertain.] Les jeunes n'ont pas*

envie de payer pour des prunes. De plus, on ne peut faire peser la retraite des aînés sur les générations qui arrivent. [...] De toute façon, ils veulent un engagement de l'État au cas où la Caisse autonome de retraite des médecins de France serait en banqueroute, et un engagement de plafonnement d'augmentation des cotisations Carmf. »

2.8.2 Le burn out des médecins libéraux

Le *Burn out Syndrome*, ou syndrome d'épuisement professionnel, fait l'objet depuis peu en France de quelques rares travaux, peu repris dans les médias, hormis dans la presse professionnelle. On semble découvrir le phénomène dans la situation actuelle tendue, mais il n'est pas récent. En 1768, le docteur Tissot décrivait les méfaits de l'acharnement au travail sur la santé. Précurseur d'une psychopathologie du travail, il proposait une approche hygiéniste et préventive. Le concept d'épuisement professionnel a commencé à être développé par Claude Veil en 1959. Dans les années 70, Herbert J. Freudenberger nomme *Burn out Syndrome* l'état d'épuisement touchant des soignants très investis au sein de structures prenant en charge des toxicomanes. L'épuisement est la conséquence d'un stress permanent et prolongé lié aux impératifs d'ajustements à des contraintes lourdes, aux difficultés organisationnelles et/ou à l'adaptation à de nouvelles procédures thérapeutiques. Le concept évolue, et intègre actuellement des notions psychologiques, relationnelles et professionnelles.

L'application au monde médical se fait probablement grâce à la levée progressive d'un tabou. En effet, le mythe d'invulnérabilité du médecin est encore bien présent, tant du côté de l'opinion publique que des médecins eux-mêmes. Un médecin ne doit pas, et de toutes les manières, ne peut pas être « malade ».

Le *Maslach Burn out Inventory* (MBI) est un test permettant d'évaluer le degré d'épuisement professionnel. Il comporte trois composantes testées : l'épuisement professionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel. (Voir **Annexe 2**)

Selon une étude de l'URML d'Île-de-France en 2007,⁶² 53% des médecins

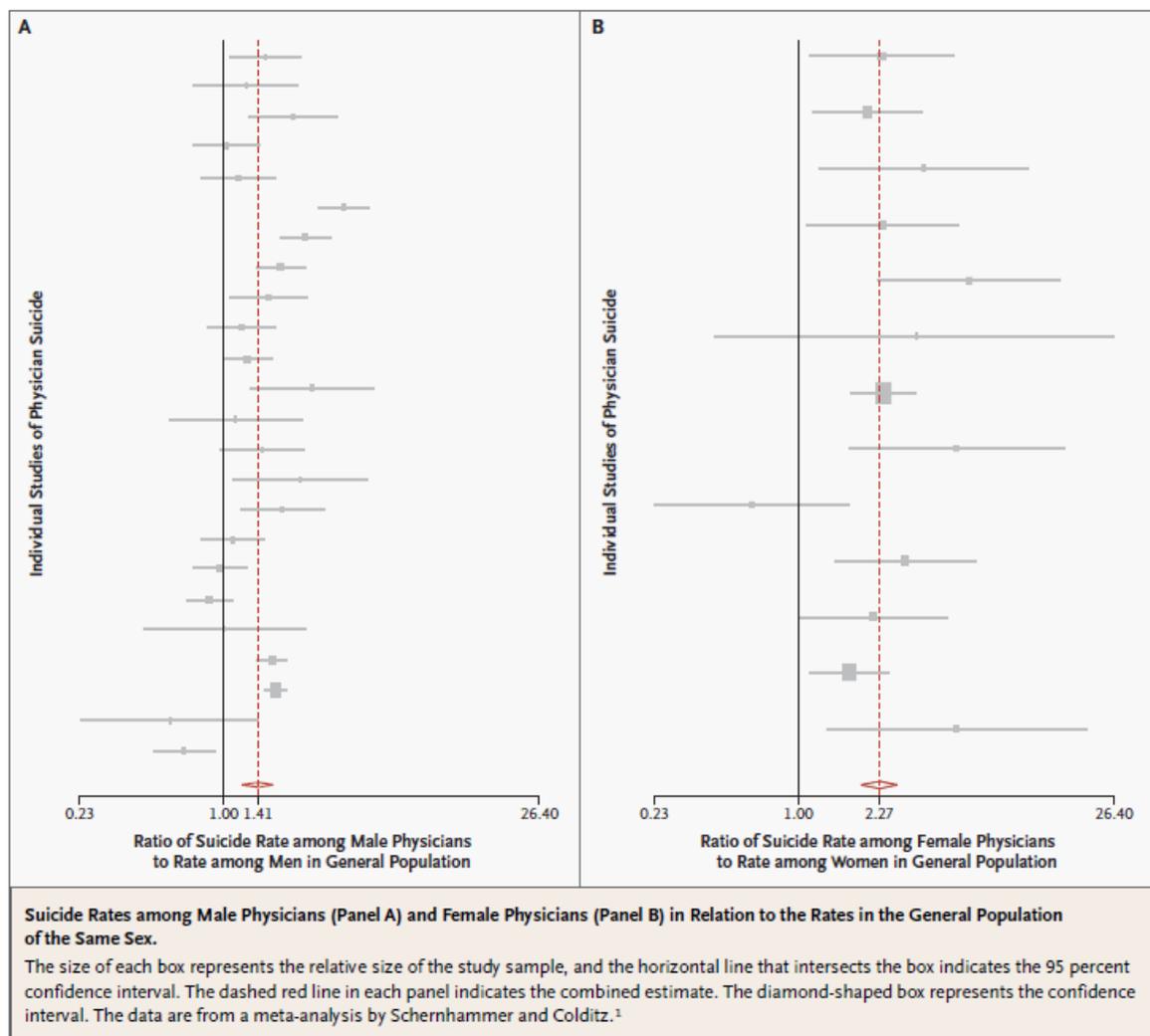
répondants se sentent concernés par le *burn-out*, essentiellement des médecins généralistes secteur 1, réalisant plus de 6000 actes par an. Dans cette même étude, 12,3% des répondants envisagent de changer de métier, et 6% disent être effectivement prêt à mettre à exécution ce projet dans un futur plus ou moins proche, ces chiffres confirmant des études antérieures faites sur le sujet, notamment par les URML de Poitou-Charentes, Champagne-Ardenne et Bourgogne.⁶² D'autres chiffres sont encore plus alarmants. Dans leur thèse de médecine de 2002, « *Évaluation du stress perçu chez le médecin généraliste et recherche de ses causes en Haute Garonne et à Paris* », les docteurs Gleizes et Razavet font état de 47% de médecins prêts à changer d'activité, pour s'orienter à 4% vers une activité salariée, 25% changeraient de profession, et 23% choisiraient la retraite anticipée, lorsqu'elle était encore possible. De plus, les médecins seraient deux fois plus touchés par la dépression que la population générale, soit près d'un médecin sur trois, essentiellement du fait de la surcharge de travail.⁶³ de manière plus large, la CARMF constate une augmentation du nombre de journées indemnisées (pour des arrêts de travail de plus de trois mois) pour les médecins libéraux (c'est-à-dire pour des arrêts de travail de plus de trois mois), un grand nombre de ces arrêts étant en rapport avec des affections psychiatriques, 38% en 2005 selon la CARMF.⁶²

Ces chiffres invitent naturellement à s'intéresser au suicide dans la profession médicale. En France, le docteur Yves Léopold s'y est intéressé en 2003, avec le concours de plusieurs Conseils départementaux de l'Ordre des médecins (CDOM), suite à une série de 22 décès dans le département du Vaucluse, dont 11 étaient des suicides. L'enquête concernait les décès survenus entre 1998 et 2003, et parmi des médecins en activité. Sur 492 décès, 69 était de façon certaine des suicides, soit une incidence de 14% alors que celle des suicides dans la population générale d'âge comparable, soit 30 à 65 ans, était de 5,4%, soit un risque relatif de 2,37.

Les données de la littérature internationale sont concordantes avec ces chiffres,^{64,65,66} et le phénomène n'est donc pas nouveau, même si l'on ne semble le découvrir que tout récemment.

Schernhammer et Colditz dans une méta-analyse réalisée en 2002, portant sur 25 études en Europe, en Australie, en Afrique du Sud et aux États-Unis,⁶⁴ déterminent des risques relatifs de 1,4 pour les hommes médecins, et 2,27 pour les femmes médecins. En 2005, Hampton fait état d'un risque relatif atteignant 3,5 à 5 pour les femmes.⁶⁶ De plus, le taux de « suicides réussis » dans cette population médicale est nettement plus important que dans la population générale. Il est à noter par ailleurs que les médecins français constituent un groupe particulièrement touché par le *burn out* en Europe.

Figure 1 : Taux de suicide parmi les hommes et les femmes médecins en comparaison au taux dans la population générale de même sexe.



Source : Schernhammer E. Taking Their Own Lives — The High Rate of Physician Suicide. *N Engl J Med.* 2005;352(24):2473(4).

Le suicide est la première cause de mortalité chez les médecins en activité, âgés de 30 à 65 ans.

Le suicide, et plus largement le *burn out* chez les médecins, n'est donc pas un épiphénomène, mais s'apparente plutôt à une lame de fond, bel et bien présente, puissante, mais invisible pour qui ne s'y intéresse pas.

Devant ce constat, certains réagissent. On citera l'Association d'aide professionnelle aux médecins libéraux (AAPML) qui a mis en place en juin 2005 un centre téléphonique d'aide aux praticiens libéraux, ou encore le projet du CDOM de Haute-Normandie de mettre en place pour fin 2009 début 2010 un service de médecine préventive à l'usage des praticiens libéraux.

Les causes de *burn out* sont multiples, mais certaines reviennent plus fréquemment. La charge de travail, responsable d'un surmenage lorsqu'elle est trop lourde semble en représenter une part importante. Il est certain que si les médecins étaient plus nombreux, cette charge de travail serait allégée. L'étude de l'URML d'Île-de-France s'est attachée à déterminer les causes possibles de *burn out* en interrogeant les répondants concernés par le phénomène. 63% d'entre eux évoquent la part croissante de la « paperasserie », 47% l'augmentation des contraintes collectives, la non reconnaissance à sa juste valeur de l'action du médecin, le manque de temps pour leur vie privée, la charge de travail trop lourde. Quant aux conséquences, 90% d'entre eux estiment que le *burn out* diminue l'accomplissement personnel, induit une dégradation conséquente de la relation médecin-patient pour 85%, et altère la qualité des soins pour 85% d'entre eux.

Ces chiffres sont inquiétants, on peut même avoir du mal à y croire. Mais un autre phénomène est préoccupant. Aux États-Unis, puisque le sujet ne passionne pas en France, plusieurs facultés de médecine ont constaté que la dépression et les troubles mentaux étaient plus fréquents parmi leurs étudiants que par rapport aux autres.⁶⁵ Ceci serait expliqué, entre autre chose, par le stress particulièrement présent lors des études, ainsi que le manque de sommeil. En effet, le taux de dépression en début de cursus est identique aux autres étudiants, et ne cesse de progresser pour atteindre son maximum lors des stages

hospitaliers. Le phénomène est inquiétant, car à l'instar de leurs aînés, les étudiants en médecine ne sont pas de bons patients. Tardant à consulter et à reconnaître leurs symptômes, ils recourent à l'automédication. À la *Duke University School of Medicine*, les trois médicaments les plus souvent consommés par les étudiants étaient, en 2005, des antidépresseurs.

Une sélection drastique à l'entrée en médecine, source de stress important et d'une sur représentativité de la dépression dans les effectifs de carabins ; une charge de travail croissante du fait de décisions imposées par des pouvoirs publics se fourvoyant dans l'analyse des problèmes, donc sur les solutions à apporter ; des médecins libéraux chargés de tous les maux alors qu'ils ne font que gérer de leur mieux une situation qui leur a été imposée ; des engagements (ASV) de la société vis-à-vis des médecins non respectés ; le suicide, première cause de décès chez les médecins en activité : pourquoi les jeunes médecins ne veulent-ils pas s'installer ? Ils n'auront que deux fois plus de risque de se suicider en faisant cela, leur retraite sera incertaine, ils n'auront plus que peu de temps à consacrer à leur famille, et malgré cela, l'opinion publique, les caisses d'Assurance maladie et les pouvoirs publics les chargeront de tous les maux. Mais pourquoi ne s'installent-ils donc pas ?

117

Les implications sont nombreuses, comme nous venons de le voir, mais l'une d'elle est peu médiatisée ; la retraite des médecins. Les professionnels de santé libéraux sont tous soumis à un *numerus clausus* au début de leur formation, subissant deux effets démographiques ; le vieillissement de la population générale, naturel, et celui induit par le *numerus clausus*, artificiel et imposé. La situation dramatique du régime ASV de la CARMF, largement aggravée par le *numerus clausus* et remettant en cause le fondement des conventions avec les nouvelles générations, s'ajoute à la tension déjà présente dans le secteur libéral. Cette situation était prévisible il y a trente ans lorsque le *numerus clausus* s'est vu attribuer une fonction de régulation des dépenses de santé.

On ne comprend pas l'intérêt du MICA ! Ou plutôt, on ne le comprend que comme

le reflet caricatural, affligeant et honteux d'une théorie bancale : la demande induite.

Le suicide est la première cause de mortalité chez les médecins en activité, âgés de 30 à 65 ans. Les causes de *burn out* sont multiples, mais la charge de travail accrue par la diminution du *numerus clausus* en représente une part importante chez les médecins généralistes de premier recours.

On entend souvent parler des conditions d'exercice, des aspirations de meilleure médecine ou organisation qui limitent l'installation des jeunes médecins ; la menace de *burn out* est probablement intuitivement prise en compte. En étant installés, ils auront statistiquement deux fois plus de risque de se suicider, leur retraite sera incertaine, ils n'auront plus que peu de temps à consacrer à leur famille, et l'opinion publique, les caisses d'Assurance maladie et les pouvoirs publics les chargeront de tous les maux. Et on se demande encore pourquoi les jeunes médecins ne s'installent pas.

2.9 La dévalorisation de la médecine française

La médecine française bénéficie encore d'une bonne image sur le plan international, mais on ne peut plus parler de « rayonnement international » comme on peut encore le lire parfois. La tentation est grande de ne retenir que « les hauts faits », mais il ne faudrait pas oublier de s'intéresser à la médecine plus commune, mais tout aussi importante.

2.9.1 La recherche médicale française

Le premier indice quant à la recherche médicale française est constitué par le nombre de publications indexées dans les bases de données bibliographiques internationales, et les références qui y sont faites. Plusieurs échelles d'évaluation existent, critiquables et critiquées, mais qui ont au moins le mérite d'exister. L'indicateur le plus utilisé est le facteur d'impact développé par l'*Institute for Scientific Information*. D'autres facteurs sont disponibles, mais un même auteur se voit attribuer des mesures d'impact différentes selon l'indicateur choisi, d'où l'existence d'un certain scepticisme quant à la valeur de ceux-ci. Il n'en reste pas moins qu'ils restent des outils intéressants, faute de mieux.

Des faits marquants et glorieux jalonnent l'histoire de la médecine française, telles les découvertes de Pasteur, le développement de la cœlioscopie, la première greffe de visage en 2005, mais aussi les greffes rénales, hépatiques et de mains, et le prix Nobel décerné entre autre au professeur Montagnier en 2008 pour la découverte du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en 1983. Mais les prix Nobel de physiologie ou de médecine sont largement dominés par les États-Unis depuis la fin de la Seconde guerre mondiale, qui totalisent plus de 39% des prix décernés depuis la création du prix Nobel ; la France est en quatrième position, ne totalisant qu'un peu plus de 6% des prix. La France est en position de retardataire, et non pas de leader, comme l'indique le professeur Montagnier : « *La recherche médicale française est de bonne qualité. Mais est-elle toujours de pointe ? Les recherches menées en France ont plutôt tendance à suivre ou*

consolider des travaux qui ont été faits ailleurs. » *Panorama du Médecin*, 12 janvier 2009.

Dès lors, et considérant que cet avis est largement partagé, l'intérêt d'une évaluation bibliométrique de la recherche médicale française prend sa place. L'Institut Necker a produit un rapport en juillet 2008 sur l'état de la recherche médicale française, dont la valeur reste toutefois liée aux observations citées plus haut.⁶⁷ L'enquête présentée dans le rapport porte sur 40 000 publications de 2000 à 2006, dans 2 000 journaux internationaux, de 5500 professeurs et maîtres de conférences hospitalo-universitaires et des 1850 chercheurs des 350 unités de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et du Centre national de la recherche scientifique (CNRS) implantées dans ces CHU. Parmi ces 2000 journaux, seuls dix voient leurs articles cités plus de vingt fois, et constituent donc les journaux « qui comptent ». Les CHU des universités Paris 5, Paris 6 et Paris 7 représentent le pôle d'excellence de la recherche médicale française selon ces critères bibliométriques, et totalisent 20% des hospitalo-universitaires, 15% des chercheurs INSERM ou CNRS, pour 60% des publications d'excellence, donc plus de la moitié du potentiel national produit par ces trois CHU sur un total de 32.

120

Sur le plan international, le rapport de Laurence Esterle et de Françoise Laville de 2005 livre quelques éléments intéressants.⁶⁸

Tableau 6 : Parts mondiales et européennes de publications scientifiques de la France toutes disciplines scientifiques confondues et par discipline (1995, 2000).

Discipline	France : publications scientifiques					
	Part/Monde (%) de publications			Part/UE (%) de publications		
	1995	2000	Evolution 2000/1995 (%)	1995	2000	Evolution 2000/1995 (%)
Biologie fondamentale	6,8	6,9	+2	18,0	17,7	-2
Recherche médicale	6,2	6,0	-2	15,4	14,7	-4
Biologie appliquée-écologie	5,0	5,8	+18	15,8	16,6	+5
Chimie	6,7	6,8	+1	19,2	19,4	+1
Physique	7,9	8,3	+5	21,4	21,5	+1
Sciences de l'univers	6,5	7,9	+21	18,4	19,3	+5
Sciences pour l'ingénieur	4,9	5,5	+13	15,9	16,4	+4
Mathématiques	8,1	9,3	+15	22,1	23,4	+6
Recherche biomédicale	6,4	6,3	-1	16,3	15,8	-3
Toutes disciplines scientifiques	6,4	6,7	+4	17,6	17,5	-1

données ISI-Thomson scientific, traitements OST rapport SHU - 2005

Tableau 7 : Parts mondiales et européennes de publications scientifiques de la France par sous-discipline en recherche biomédicale (1995, 2000).

Sous-discipline	France : publications scientifiques					
	Part/Monde (%) de publications			Part/UE (%) de publications		
	1995	2000	Evolution 2000/1995 (%)	1995	2000	Evolution 2000/1995 (%)
Biochimie, biologie moléculaire, cellulaire	7,4	7,4	0	19,3	19,4	0
Immunologie	7,5	6,9	-8	18,0	16,2	-10
Microbiologie, virologie, maladies infectieuses	7,2	7,6	+5	18,6	18,6	+0
Génétique des organismes, évolution	8,2	8,6	+6	19,7	20,2	+2
Cancérologie	7,1	6,9	-4	17,8	16,4	-8
Spécialités médicales 1	6,3	6,0	-4	15,9	14,6	-9
Epidémiologie, santé publique	4,8	4,5	-5	13,0	12,3	-5
Neurosciences, neuropathologie	5,7	5,9	+3	15,7	14,9	-5
Spécialités médicales 2	4,6	4,6	+0	11,6	11,0	-5
Médecine générale	6,8	6,4	-5	14,9	14,8	-1
Biologie générale	5,8	7,4	+28	15,7	18,6	+19
Endocrinologie, reproduction	7,2	6,7	-7	16,6	14,9	-10
Sciences alimentaires, nutrition	5,3	6,4	+21	15,1	16,2	+7
Chimie médicale, pharmacie	6,0	5,7	-5	15,7	16,0	+2
Ingénierie biomédicale	5,2	5,6	+7	15,3	14,4	-6

données ISI-Thomson scientific, traitements OST

rapport SHU - 2005

En 2000, la France produisait 6% des publications scientifiques mondiales en recherche médicale, et 6,3% en recherche biomédicale, respectivement en baisse de 2% et 1% par rapport à 1995. Au niveau européen, ces chiffres sont de 14,7% et 15,8%, en baisse de 4% et 3%. Non seulement la position de la France dans le domaine des publications scientifiques n'a rien d'extraordinaire, mais de plus, cette position s'affaiblit. En revanche, les indices d'impact sont tous à la hausse, notamment pour les disciplines fondamentales qui bénéficient aussi d'une augmentation importante du nombre de publications.

Les raisons invoquées de cette diminution de la présence française sur la scène internationale sont multiples ; organisationnelles, financières, et humaine via la sélection et la formation des chercheurs, pour ce qui concerne la médecine.

Lorsqu'un étudiant entame sa formation médicale, le premier objectif est de réussir le concours de PCEM1, le bachotage est la règle. Cette étape franchie, le second objectif est d'accéder à la spécialité désirée, le bachotage est encore la règle. Les six premières années de médecine sont en pratique essentiellement centrées sur la sélection. Lorsqu'enfin

ces étapes sont franchies, et que l'étudiant désire se tourner vers la recherche, il réintègre un cursus scientifique sans en avoir acquis des bases solides.⁶⁷ Ces objectifs sont d'autant plus obnubilants pour l'étudiant que la sélection est drastique, avec un *numerus clausus* à 3500 durant les années 90 qui s'appliquait à la génération actuelle des jeunes chercheurs.

D'autre part, seul un tiers des hospitalo-universitaires publieraient de façon conséquente, les autres ne le faisant que peu, voire pas du tout.⁶⁷ Mais avec la baisse des effectifs dans certains services en dehors des grands CHU, la part du travail hospitalier, la production de soins, devient quasi exclusive, au détriment du travail universitaire, donc de la recherche.

2.9.2 L'image du système de soins français

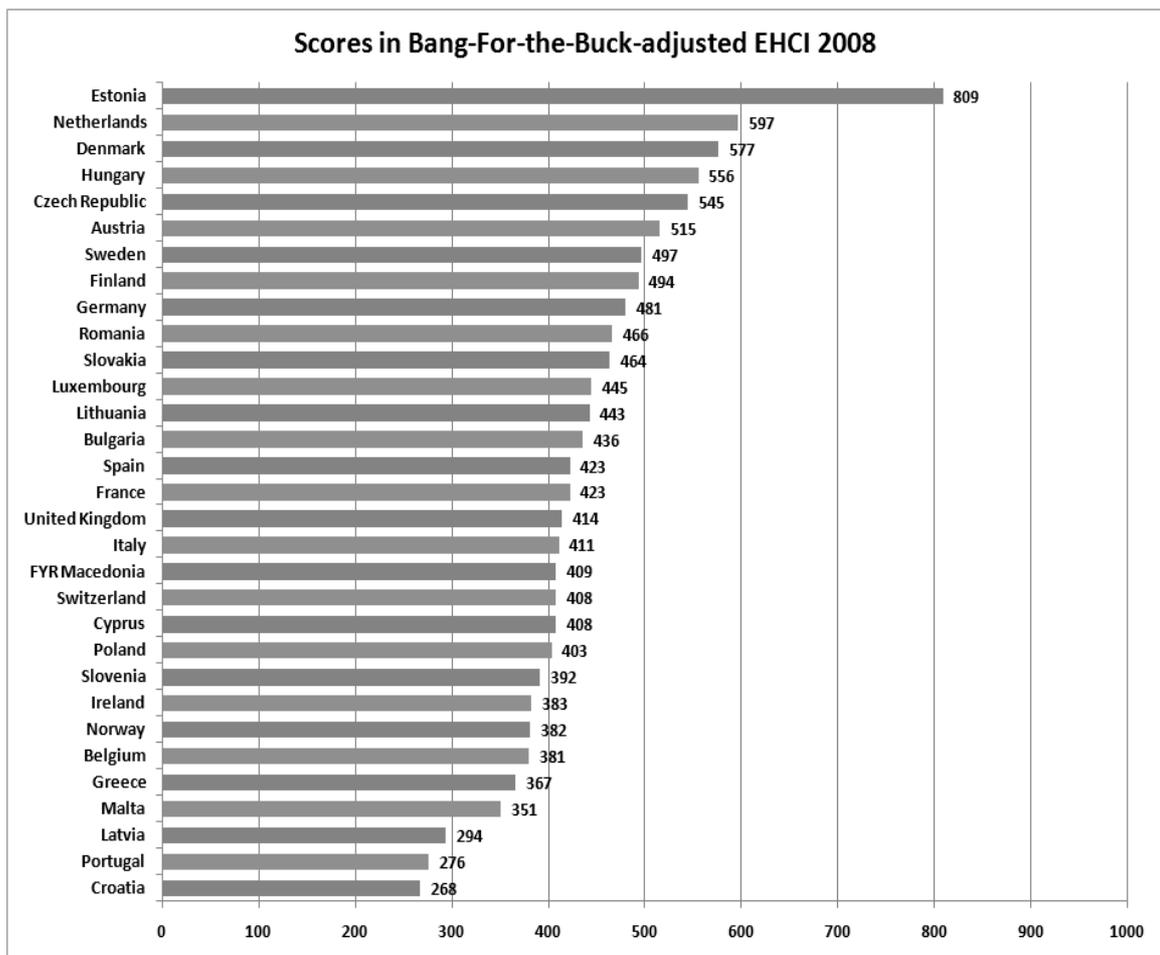
Longtemps admiré, le système de santé français connaît depuis plusieurs années une chute de notoriété. L'OMS classait en première position le système français en 2000 dans son rapport annuel sur la santé dans le monde. Le classement n'a pas été remis à jour mais depuis, d'autres classements internationaux sont apparus, et notamment en Europe avec le *Health Consumer Index*, publié tous les ans depuis 2005. Objet de critiques, il n'en demeure pas moins, tout comme l'outil bibliométrique, un élément de comparaison. Les critères restent les mêmes chaque année pour tous les pays étudiés, et plus que le classement, c'est son évolution qu'il convient d'observer.

Ainsi, la France était en septième position en 2005,⁶⁹ essentiellement en raison d'une législation sur les droits des patients jugée insuffisante, d'un accès au dossier médical difficile, de paiements différés des prestations quasi impossibles, de l'impossibilité de renouveler un traitement sans voir vu son médecin, et d'un accès retardé aux nouveaux médicaments. En 2008,⁷⁰ la France chute à la dixième position dans ce même index, après être remonté à la première place en 2006 puis la troisième place en 2007, avec notamment l'apparition d'une insatisfaction quant au délai de consultation en soins de premier recours, mais aussi à celui de prise en charge pour les interventions chirurgicales non urgentes, ainsi qu'à la difficulté croissante de consulter de façon directe

un spécialiste. Certains fondent leur critique sur le fait que la position de la France dans ce classement serait due à un mauvais score en ce qui concerne la « eSanté ». Mais lorsque l'on étudie le classement, on s'aperçoit que tous les pays sont à la même enseigne, le mauvais classement de la France restant dû à l'apparition de difficultés ressenties à l'accès aux soins. (Voir **Annexe 3**)

Pire, ces scores se modifient si on les rapporte aux dépenses de santé par habitants. Ainsi, l'Estonie jusque là juste derrière la France, arrive en tête de ce classement, tandis que la France rétrograde en seizième position.

Graphique 23 : Scores EHCI 2008 pondérés par la dépense de santé par habitant.



On ne rappellera pas assez que ce classement est sujet à critique, mais on notera toutefois qu'il est cautionné dans sa version 2008 par la Commission européenne et qu'il est fondé sur l'avis des patients, fondement à rapprocher de l'influence croissante des associations formées par ceux-ci.

Plus de la moitié de la durée des études médicales en France est axée sur la sélection par concours, ne laissant que peu de place à un cursus scientifique solide nécessaire dans le domaine de la recherche. C'est ainsi que la recherche fondamentale française occupe une place honorable au niveau mondial, ce qui n'est pas le cas de la recherche biomédicale. Même l'image du système de santé français est ternie. En 2008, la France chute à la dixième position avec notamment l'apparition d'une insatisfaction quant au délai de consultation en soins de premier recours.

2.10 L'action sur les dépenses de santé

Les limitations des effectifs médicaux ont des effets secondaires dans de nombreux domaines, et l'on peut espérer, à l'instar d'une chimiothérapie par exemple, que le bénéfice attendu soit de telle importance que la somme des effets secondaires passe au second plan. Quels effets ont les limitations d'effectifs médicaux sur les dépenses de santé ?

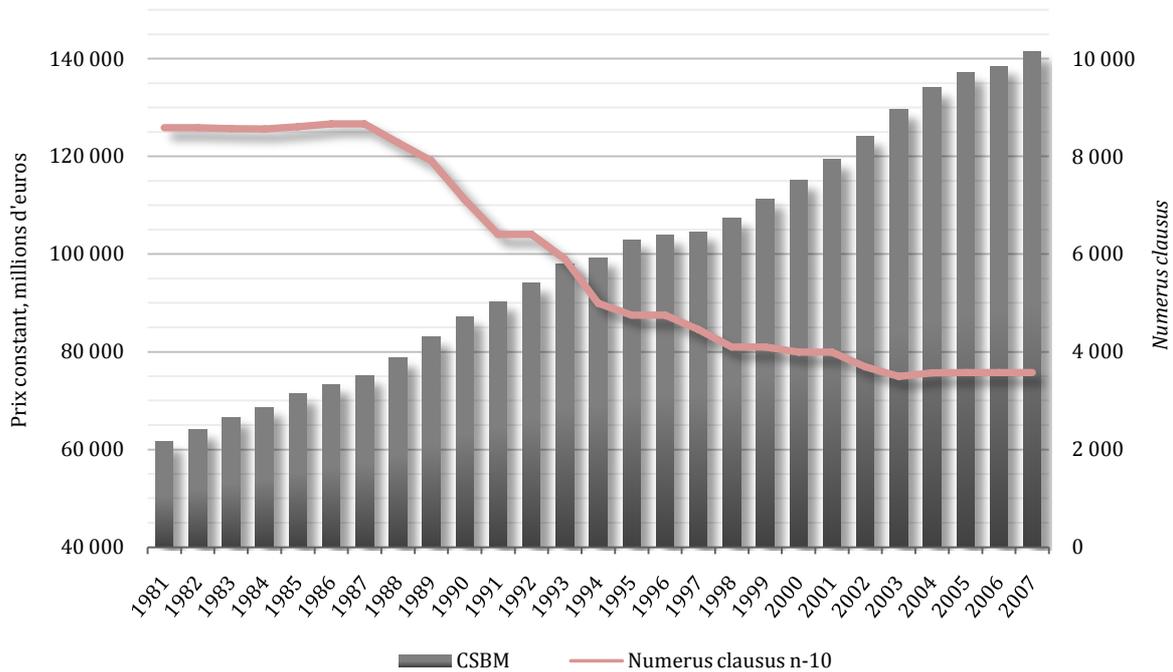
2.10.1 Évolution des dépenses de santé et *numerus clausus*

En 1970, sur le plan macroéconomique, la France consacrait 5,4% de son Produit intérieur brut (PIB) aux dépenses de santé, contre 11% en 2006. Cette tendance est mondiale, et toutes les politiques de santé visent à freiner cette croissance. Cette croissance des dépenses de santé n'est pas en soi un problème, mais le devient en regard des comptes de la Sécurité sociale, en France, ou de tout autre organisme de protection sociale dans les autres pays. En effet, ces organismes sont soumis à une règle comptable universelle ; l'équilibre entre les recettes et les dépenses.

125

En France, les dépenses de l'Assurance maladie ne font que croître depuis plusieurs décennies. Déjà en 1970, on imagine l'angoisse des pouvoirs publics devant l'augmentation de 270% par rapport à 1959, en prix constant, de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). On peut alors comprendre le « pain béni » que représentait la théorie de la demande induite, car elle légitimait la limitation des effectifs médicaux qu'allait mettre en place l'État. Entre 1970 et 2007, la CSBM allait encore augmenter de 450%.

En 1981, les premiers étudiants ayant subi le *numerus clausus* sont en activité, on peut dès lors s'intéresser de façon concomitante aux dépenses de santé et à l'évolution du *numerus clausus*. On remarquera en premier lieu que bien que celui-ci ait chuté de façon importante, la CSBM n'a fait que croître, sans jamais stagner. Et curiosité, sa croissance a même tendance à s'accroître lorsque le nombre de nouveaux médecins diminue. Mais le volume de la CSBM est tel qu'il paraît hasardeux de tirer des conclusions.

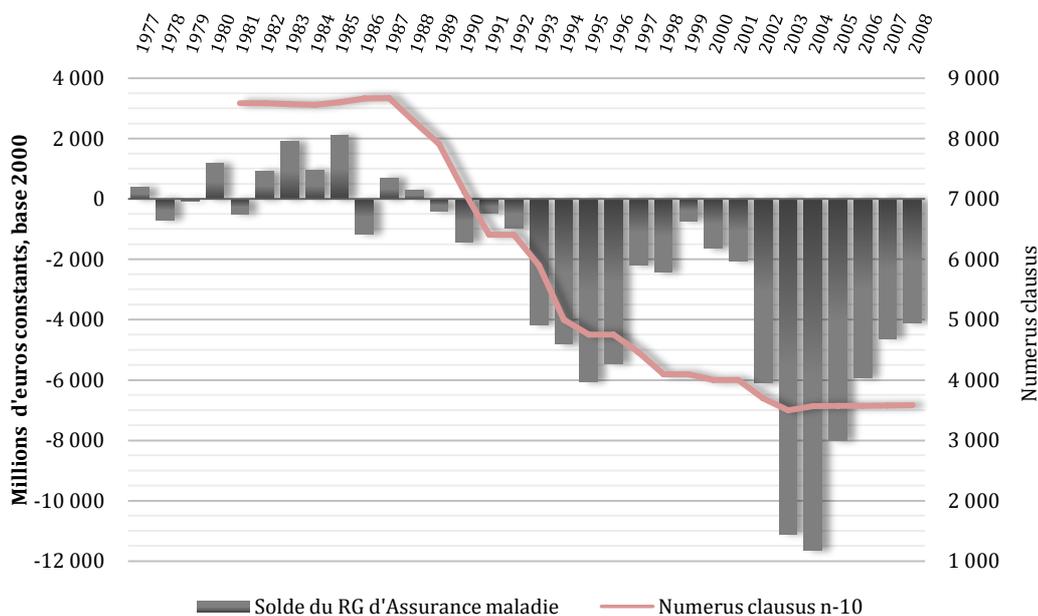
Graphique 24 : Consommation de soins et biens médicaux de 1981 à 2007, et *numerus clausus* de l'année n-10.

Source : Base Eco-santé France, mars 2009

On peut donc s'intéresser au solde du régime général de l'Assurance maladie, ce qui importe le plus.⁷¹ Car après tout, si la CSBM augmente, mais que le solde du régime général reste excédentaire, le problème est moins prégnant.

Les recettes proviennent de ponctions sur la masse salariale, sous forme d'impôts, de cotisations ou de contributions, et sur les bénéfices des entreprises, sous les mêmes formes. Ces recettes ne sont pas illimitées, on le comprendra aisément, et ne peuvent financer qu'un montant équivalent de dépenses. Tout solde négatif est en définitive à la charge des contribuables, des patients, de manière plus ou moins évidente selon les pays. Le paradigme actuel étant que ces dépenses de santé sont une pure charge, à supporter sans en avoir le choix, tous les pays cherchent à diminuer celles-ci pour équilibrer les comptes, comme le ferait tout ménage.

Graphique 25 : Solde du régime général de l'Assurance maladie de 1977 à 2008, en euros constants, et *numerus clausus* de l'année n-10.



Source : Base Eco-santé France, mars 2009

Le régime général de l'Assurance maladie est en déficit constant depuis 1989, avec des périodes de réduction de celui-ci, mais totalement dissociées de l'évolution du *numerus clausus*. On remarque une période de solde positif de 1982 à 1985, période au cours de laquelle était créé le forfait hospitalier. Une première vague de déremboursement a eu lieu en 1977-1978 pour certains médicaments de confort, une seconde en 1986-87 pour les vitamines, et depuis quelques années pour de nombreux autres médicaments.^{49,71}

D'autres facteurs influencent de façon plus évidente les dépenses de santé. Les courbes d'évolution de la population des moins de 5 ans, ou de plus de 65 ans sont à ce titre assez flagrantes.

Il faut cependant garder à l'esprit que les effectifs de médecins ont été en hausse jusqu'en 2008, sans jamais connaître de diminution. Ce ne sera pas le cas dans les prochaines années où nous connaissons cette diminution de façon importante, et nous pourrions alors conclure si le *numerus clausus* influe ou non sur les dépenses de santé.

À l'heure actuelle et au niveau macroéconomique, l'influence du *numerus clausus* est donc soit nulle, soit masquée par l'augmentation tendancielle des dépenses de santé. On

peut essayer d'affiner l'analyse pour tenter d'obtenir une réponse sans être forcé d'attendre dix ans de plus. Depuis quarante ans de nombreuses études ont porté sur la théorie de la demande induite, et de nouvelles conclusions sont disponibles depuis déjà plusieurs années. Mais de façon curieuse nous n'en entendons jamais parler, alors que cette théorie constitue le fondement actuel de la régulation des dépenses de santé.

2.10.2 Une nouvelle théorie : la demande induite par le progrès

Les analyses plus fines des dépenses de santé sont toutes construites autour du postulat de la demande induite par l'offre.

Les études empiriques réalisées depuis Arrow ont montré que la maximisation du profit et le maintien d'un revenu cible ne sont pas des comportements aussi répandus que certains le voudraient.⁶ Une multitude d'études ont été menées essentiellement aux États-Unis, en Grande-Bretagne, en France et en Allemagne pendant plus de trente ans et, toutes semblaient dans un premier temps confirmer l'existence d'un effet d'induction par l'offre. Mais d'une part, cet effet n'était pas aussi important que prévu, et d'autre part, de nombreux biais rendaient douteux l'existence de cet effet. La majorité des études sont de parti pris et n'envisagent pas l'inexistence de l'effet, d'autres portent sur des prix courants et non constants, ou omettent certaines variables conduisant à des comparaisons incluant des populations totalement différentes. Enfin, des problèmes de méthodologie statistique commune à la majorité des études conduisent à décrire un effet induction sur les accouchements. L'augmentation de l'offre médicale induirait une augmentation du nombre de naissances. Cette dernière étude avait pour but de déterminer la validité des méthodes statistiques utilisées jusque là.⁶

Pour ce qui est de l'effet densité, en admettant que la demande induite par l'offre existe, il persiste tout de même une question de taille. Se pourrait-il que l'augmentation de la demande soit le fait des patients, la disponibilité accrue des médecins s'accordant mieux à leurs attentes ? Il apparaît que lorsque la densité médicale diminue, le nombre de consultations et visites augmente de façon faible mais significative. De plus, l'induction est

surtout axée sur les besoins du patient, avec une augmentation des examens de laboratoire, des soins auxiliaires et consultations pré et postopératoires.⁶ Donc, si effet d'induction il y a, non seulement il est faible, mais surtout, il est au bénéfice du patient et non du médecin comme la théorie initiale le suppose et il répond peut-être à une demande insatisfaite jusque là, on ne parle plus de demande induite, mais de disponibilité améliorée. Le médecin retrouve son éthique.

Les études portant sur l'effet revenu passent toutes par les mêmes phases que précédemment pour aboutir au même constat, bien que l'effet soit moins faible que l'effet densité.

Par ailleurs, on rappellera que la théorie de la demande induite par l'offre est fondée sur le principe de l'asymétrie d'information, et à ce titre, les études ont montré que le nombre de consultations initiées du fait des patients est d'autant plus élevé que ceux-ci sont riches d'informations, remettant donc en cause le principe fondateur de la demande induite.^{6,16,72}

La théorie de la demande induite par l'offre est donc sérieusement remise en question, et ceci depuis déjà plus de dix ans. Pourtant, certains, parmi lesquels le HCAAM, s'attachent corps et âme à cette théorie :¹⁶ « *Nous disposons par ailleurs d'informations et d'analyses sur la demande induite et l'effet de la couverture maladie, mais elles ne permettent pas de conclure définitivement et de manière univoque sur la légitimité de la croissance de la demande* ».

La synthèse des études réalisées sur le sujet depuis quelques années déjà tend à démontrer l'inexistence de la demande induite à un niveau individuel.⁶ C'est ainsi qu'en 2008 on voudrait coûte que coûte la voir exister au travers d'un certain corporatisme, au nom d'une théorie s'inscrivant dans une vision devenue dogmatique du médecins : « *Le médecin agit dans l'intérêt du malade, en fonction de son éthique professionnelle, mais aussi en fonction d'autres motivations (comme augmenter ses revenus ou ceux d'autres professions de santé)* ». ⁷³ On comprendra qu'il est inconcevable que les médecins ne soient pas mercantiles, et si l'on ne parvient pas à le démontrer au niveau individuel, c'est parce

qu'ils le sont pour le bien-être financier de leurs confrères.

Fondée sur une piètre image du corps médical, adoptée comme du « pain béni » par les différentes autorités et organismes en charges du budget de la santé, la théorie de la demande induite a conduit la France d'une position de meneur pour ce qui est de son système de santé, à celle de retardataire. Dans une période où les effectifs devraient croître, notamment du fait de la hausse du niveau de vie induisant une demande accrue de la part des patients, des progrès technologiques et du vieillissement de la population, elle s'est privée de toute possibilité de réactivité.

Actuellement, les observations économiques permettent de déterminer un facteur de la « demande induite » qui semble plus pertinent : le progrès, reflété schématiquement par le PIB par habitant.^{73,74,75}

En adoptant la logique des initiateurs de l'utilisation du *numerus clausus* comme régulateur des dépenses de santé, on pourrait accepter que la somme des effets secondaires passe au second plan face aux bénéfices attendus de ce dernier. À l'heure actuelle et au niveau macroéconomique, même si l'influence du *numerus clausus* ne semble pas évidente, on ne peut toutefois pas conclure, puisque les effectifs de médecins ne commencent à diminuer qu'en 2009.

En revanche, la théorie de la demande induite par l'offre est sérieusement remise en question. Mais de façon curieuse nous n'en entendons jamais parler, alors que cette théorie constitue le fondement actuel de la régulation des dépenses de santé.

Actuellement, les observations économiques permettent de déterminer un facteur de la « demande induite » qui semble plus pertinent : le progrès, reflété schématiquement par le PIB par habitant.

3 QUEL AVENIR POUR LE NUMERUS CLAUSUS

Le *numerus clausus* français, de par son utilisation aveugle et inconséquente, de par sa diminution drastique, est devenu un outil inadapté dévastateur dans de nombreux domaines : le gaspillage du potentiel de milliers d'étudiants s'amplifie d'année en année ; l'équilibre entre spécialités est rompu ; les évolutions socio-comportementales légitimes des jeunes médecins menacent paradoxalement leur propre retraite libérale et l'avenir des soins primaires ; la diminution planifiée de jeune « main d'œuvre » oblige à capter celles des pays fragiles ; l'image de la médecine française se dégrade. Enfin, l'évolution des dépenses de santé s'avère liée au progrès, non limitable, et non aux effectifs médicaux limitables par le *numerus clausus*.

Le *numerus clausus* dans son application actuelle et à la vue de son bilan devrait être abandonné. La formation médicale, et plus largement la formation des professionnels de santé, devrait être repensée.

3.1 La formation actuelle des professionnels de santé français

Les études de santé sont scindées actuellement en études médicales regroupant médecine, odontologie et maïeutique, et les études paramédicales. La première année de médecine, odontologie et maïeutique est commune et un concours commun est organisé en fin de première année. En revanche, il existe trois *numerus clausus* distincts pour ces trois disciplines. Les études paramédicales : pharmacie, infirmier, kinésithérapie, orthoptie ... sont pour certaines soumises à un *numerus clausus*, d'autres à un quota, et sont toutes indépendantes les unes des autres.

Pour ce qui est de la médecine, les études sont organisées en trois cycles, premier cycle d'études médicales d'une durée de deux ans (PCEM 1 et 2), deuxième cycle d'une durée de quatre ans (DCEM 1 à 4), et troisième cycle d'une durée de trois à cinq ans (TCEM 1 à 5). Les deux concours qui punctuaient les études jusqu'en 2004 étaient organisés en fin de PCEM 1, soumis au *numerus clausus*, et en fin de DCEM 4, le

concours de l'internat. Depuis 2004, ce dernier a été remplacé par l'examen classant national.

L'accès en PCEM 1 est ouvert à tout titulaire d'un baccalauréat. Toutefois, 95% des étudiants qui réussissent le concours en fin d'année sont titulaires d'un baccalauréat scientifique.⁷ L'enseignement de PCEM 1, commun à la médecine, l'odontologie et la maïeutique, est constitué de matières théoriques fondamentales, biologie, chimie, histologie, et d'autres, mais aussi sciences humaines. Le concours, pour lequel deux inscriptions au plus sont possibles, portera sur ces matières, et sa réussite permettra l'entrée en fonction de son classement, soit en PCEM 2, soit en deuxième année d'odontologie, soit en première année de maïeutique. C'est à l'issue de cette première année que se pose le problème des « reçus-collés ».

Le PCEM 2 est pour ce qui est de l'enseignement, dans la droite ligne du PCEM 1. Les matières enseignées sont tout aussi théoriques, en revanche, un stage infirmier d'une durée de trois à quatre semaines est organisé avant la rentrée universitaire, et des stages pratiques de séméiologie sont généralement mis en place une à deux matinées par semaine.

Le DCEM 1 est dans la continuité du PCEM 2. L'enseignement théorique se poursuit, avec l'introduction de matières plus médicales telles la pharmacologie, l'immunologie, la bactériologie, la virologie, la parasitologie et d'autres, ainsi que l'enseignement théorique et pratique de la séméiologie, selon les mêmes modalités.

Le DCEM 2, 3 et 4 est communément dénommé externat, survivance d'un ancien temps. Pendant ces trois années, l'enseignement théorique et pratique est fondé sur des modules d'organe et des modules transversaux. Ils sont organisés en conformité avec le programme des ECN. C'est lors de l'externat que commencent les stages hospitaliers, soumis au droit du travail. Les étudiants sont alors salariés du groupe hospitalier rattaché à l'université, sous contrat à durée déterminée, rattachés à une caisse de sécurité sociale non étudiante, et cotisent pour la retraite.

À ce stade, l'étudiant n'a pas de responsabilité officielle, il est sous la tutelle directe

d'un interne, lui-même sous la responsabilité d'un chef de clinique, et commence à participer à l'activité de garde selon les services, doit effectuer au moins 36 gardes pendant ces trois années. Les stages durent trois mois, certains sont obligatoires, et sont effectués dans des services de spécialité.

À l'issue du DCEM 4, l'étudiant se présente aux ECN, épreuves théoriques conditionnant la future spécialité exercée, étudiée pendant le TCEM. Actuellement, l'étudiant passe une épreuve nationale et selon son classement choisit son CHU qui peut être en Bretagne, en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, ou dans toute autre région, et sa spécialité. Ce mode de choix est l'objet d'une réflexion depuis plusieurs années.

Le TCEM est plus connu sous le nom d'internat. L'interne est alors un « professionnel en formation », est salarié, et peut sous certaines conditions exercer en pleine autonomie lors de remplacements dans des cabinets de médecine libérale. Toutefois, il demeure encore officiellement étudiant, d'où une certaine confusion dans son statut.

Les stages sont d'une durée de six mois, et suivant la spécialité choisie, l'étudiant doit faire un nombre minimum de stages dans des services hospitaliers validants, mais aussi auprès d'un médecin généraliste, ou d'une structure de soins extrahospitaliers pour le DES de médecine générale. L'étudiant prend totalement en charge ses patients, mais reste sous la responsabilité d'un *senior*. Les DES durent de trois à cinq ans, et sont validés par la soutenance d'un mémoire, le diplôme d'État de docteur en médecine étant lui délivré après la soutenance d'une thèse d'exercice.

Les autres professions de santé sont elles aussi soumises à un *numerus clausus* même si le terme souvent employé est « quota ». En effet, le quota est dans les faits un *numerus clausus* appliqué avant l'entrée dans le cursus de formation. Odontologie et pharmacie ont des cursus très similaires, dans leur organisation des enseignements théoriques et pratiques. Les sages-femmes et les infirmiers ont une formation particulièrement axée sur la pratique. Hormis pour les opticiens-lunetiers, aucune durée de formation n'est inférieure à trois ans.

Tableau 8 : Formation des professions de santé en France.

	Profession	Accès	Sélection	Durée de formation	Structure de formation
MÉDICAL	Médecins	Bac	<i>Numerus clausus</i> en fin de première année	De 9 à 11 ans	Universités
	Odontologues	Bac		De 6 à 9 ans	Universités
	Sages-femmes	Bac		4 ans	Universités pour le PCEM1, puis écoles
	Pharmaciens	Bac		Au moins 6 ans	Universités
PARAMÉDICAL	Infirmiers	Bac ou équivalent, expérience professionnelle d'au moins 3 ans	<i>Numerus clausus</i> avant l'entrée en première année	3 ans	Instituts de soins infirmiers agréés par le ministère de la santé
	Orthophonistes	Bac		4 ans	Écoles dépendant des universités
	Orthoptiste	Bac		3 ans	
	Masseur-kinésithérapeutes	Bac ou 5 années d'expérience professionnelle. Concours, parfois PCEM 1		3 ans	Instituts de formation agréés par le préfet de région
	Psychomotriciens	Bac		3 ans	Instituts de formation agréés par le préfet de région
	Pédicures-podologues	Bac ou 5 années d'expérience professionnelle			
	Ergothérapeutes				
	Manipulateurs radio				
	Audioprothésistes	Bac ou équivalent		3 ans	Université ou écoles
	Opticiens-lunetiers	Bac ou sélection sur dossier		Aucune	2 ans (BTS)
Aide-soignant	Aucune condition	24 semaines	Lycée, IFSI, Écoles, Hôpitaux		
Auxiliaire-puéricultrice					

3.2 La création de véritables études de santé

Les professions de santé bénéficient de formation variées, dans des lieux différents. On assiste ces dernières années à un regroupement de certaines formations initiales, mais le processus reste timide, et suscite quelques questions.

3.2.1 Les réformes en cours et à venir

Plusieurs réformes ont eu lieu au sein de chaque profession. Les études médicales ont connu quelques profonds changements avec les suppressions du concours de l'externat et des CES, la réforme du concours de l'internat avec la mise en place des ECN, et sans oublier le *numerus clausus* depuis 1971. D'autres changements sont apparus, avec la « filiarisation » de certaines spécialités, et plus récemment avec la reconnaissance de la médecine générale en tant que spécialité, et sa définition inscrite dans la loi par le projet de loi HPST. Mais toutes ces modifications, bonnes et moins bonnes, ne touchent que les études médicales, sans les intégrer dans une vision plus large d'études de santé.

135

Toutefois, ce processus de fédération des études de santé semble se mettre lentement en marche, et l'on verra d'ailleurs la première année de pharmacie intégrer le tronc commun déjà existant médecine-odontologie-maïeutique, à la rentrée 2010. Cette première année, baptisée L1 Santé, devrait s'inscrire dans le processus Licence-Master-Doctorat (LMD) dont on reparlera. Il en va de même pour les études d'infirmier.

D'autres réflexions sont en cours, notamment sur les CHU. De nombreuses voix se sont élevées pour réclamer une évaluation de l'apport des CHU suite à leur création, et un rapport sur la réforme des CHU présidé par le professeur Jacques Marescaux est attendu pour 2009.

Concernant le *numerus clausus*, les discussions portent sur ses modalités d'application, le dogme voulant que concernant son existence, il ne peut exister d'études médicales sans *numerus clausus*. La question porte donc sur la régionalisation de celui-ci. Non seulement il devrait être réparti entre les spécialités et les régions, mais il devrait aussi

se dédouaner du pilotage national pour être fixé au niveau de chaque région, par les régions elles-mêmes. « *Le numerus clausus continuera donc d'être progressivement relevé. Mais il devrait être réparti entre les spécialités et entre les régions, en fonction de la démographie médicale et des besoins des territoires. A l'avenir, chaque région devrait définir elle-même ses besoins de formation médicale par spécialité.* » Discours de M. le Président de la République sur le thème de la politique de la santé et de la réforme du système de soins. Bletterans – Jeudi 18 septembre 2008.

Dans cette optique, on pourrait envisager l'apparition d'épreuves classantes régionales, hypothèse qui divise, et qui n'est pas encore à l'ordre du jour.

Concernant la mise en place d'une culture commune à toutes les professions de santé, le processus le plus intéressant est certainement le processus LMD.

3.2.2 La « filiarisation » universitaire de l'ensemble des professions de santé, la généralisation du processus Licence-Master-Doctorat

136

On entend souvent parler de la difficulté qu'ont les différentes professions de santé à s'entendre, essentiellement du fait de cultures professionnelles différentes. À un niveau plus fin pour ce qui concerne la médecine, il a été proposé d'instaurer par exemple un tronc commun de formation pour les spécialités médicales et chirurgicales les deux premières années de l'internat,⁷ ou pour le moins, un tronc commun pour les spécialités médicales d'une part, et pour les spécialités chirurgicales d'autre part,¹⁵ permettant de mettre en place cette culture commune, qui semble absente au sein même de la profession médicale.

On pourrait donc transposer cette idée à la formation initiale de l'ensemble des professions de santé,⁵² ce qui est déjà partiellement le cas pour médecine, odontologie et maïeutique, et prochainement, pharmacie. Partiellement car, ce regroupement ne permet pas d'instaurer une culture véritablement commune, il permet essentiellement de regrouper ces différentes formations initiales en vue d'une sélection commune, et rien de plus.

La réflexion sur le regroupement des études de santé porte donc actuellement sur

l'idée d'une mise en parallèle des formations,^{76,77} mais rarement sur une formation réellement commune.^{78,79} Celle-ci est probablement écartée en raison d'un coût important,⁷⁷ mais aussi en raison de questions sociales.^{76,77} En effet, les budgets devraient être transférés aux universités, car elles verraient leurs effectifs fortement augmentés. La question sociale est plus épineuse, car certaines formations constituent un outil de promotion sociale pour certaines catégories de la population. On peut citer à titre d'exemple les aides-soignantes, n'ayant pas nécessairement le baccalauréat, mais qui peuvent au titre de l'avancement professionnel prétendre à accéder aux études d'infirmière. L'universitarisation des études de santé empêcherait cette promotion sociale. Toutefois, il existe déjà de nombreuses exceptions aux modalités d'accès aux différentes formations.

Au même titre qu'il existe une filière chirurgicale et une filière médicale en TCEM, une filière chirurgie générale dans la filière chirurgicale, et ainsi de suite, l'idée de L1 Santé telle qu'elle était envisagée dans le rapport Debouzie de 2003, se rapprochait plus d'une année commune à toutes les professions de santé, s'intégrant dans la réforme LMD.

La réforme LMD découle du processus de Bologne, visant à une harmonisation et une reconnaissance européenne des diplômes, ceci avant 2010. L'enseignement est organisé en modules, dont la validation permet d'acquérir des crédits ECTS (*European Credit Transfer System*), ceux-ci étant théoriquement reconnus dans toutes les universités européennes. Une année équivaut à 60 ECTS, et 1 ECTS correspond à 25-30 heures de travail. La licence, délivrée après 3 ans d'études correspond à 180 crédits ECTS, le master, délivré après 2 ans d'études correspond à 120 crédits ECTS. Le doctorat, est quant à lui délivré après la réalisation de travaux de recherche durant au moins deux ans.⁷⁶

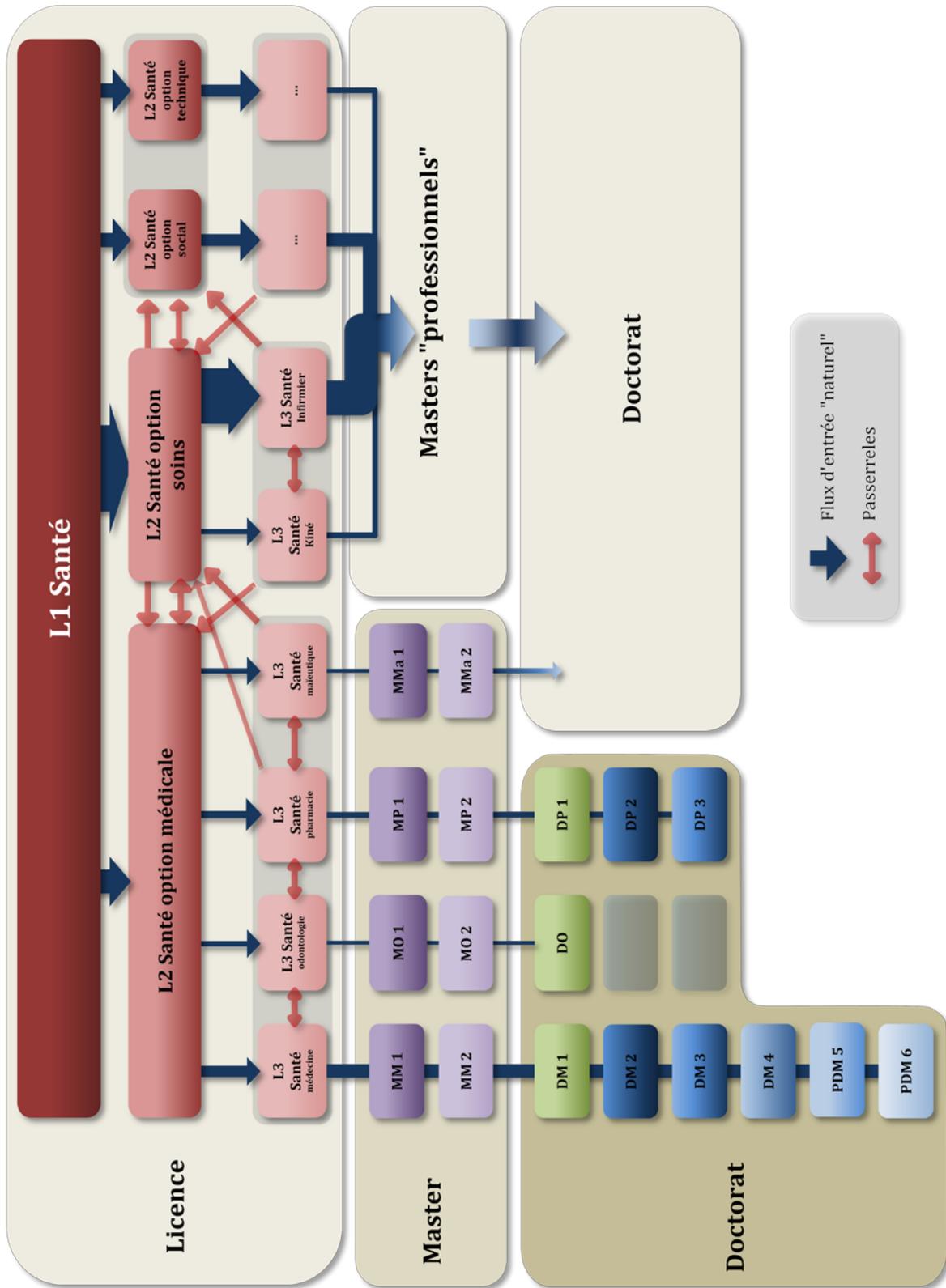
On a vu précédemment qu'un grand nombre de formations initiales ont un enseignement théorique axé sur des matières fondamentales. On pourrait dès lors aisément envisager, hors considérations organisationnelles, une année commune, avec éventuellement un système de modules optionnels dont la validation conditionnerait l'entrée dans telle ou telle filière en L2 Santé, médicale, soin, technique ou sociale. Pour les filières médicales et de soin en L2 Santé, les stages pratiques pourraient débiter. Enfin,

la L3 Santé serait l'année de choix définitif de la filière ; L3 Santé option médecine, L3 Santé option odontologie, maïeutique, pharmacie, dans la continuité de la L2 Santé option médicale, et L3 Santé option soins infirmiers, option kinésithérapie, dans la continuité de la L2 Santé option soins, etc.

Comme le soulignent certains rapports, cette nouvelle organisation aurait un certain poids financier, mais elle permettrait aussi probablement une réelle compréhension interprofessionnelle. De plus, elle permettrait une mobilité professionnelle certaine, le changement d'orientation professionnelle se faisant par la validation des modules optionnels adéquats, mais elle permettrait aussi une réorientation beaucoup plus précoce des étudiants. Ceux-ci pourraient en effet s'inscrire dans des modules permettant de valider l'option médecine et l'option maïeutique, et renoncer en cours d'année à ces modules s'il s'avère qu'ils n'ont pas les capacités pour les valider. Dans les situations extrêmes, ils pourraient même valider des modules validant l'option soin pour réintégrer cette filière.

Cette organisation permettrait enfin de doter le système de soin d'une formidable réactivité quant aux besoins en professionnels de telle ou telle branche, depuis la formation initiale jusqu'à la réorientation professionnelle en cours de carrière. Certaines professions sont parvenues à une excellence de leur formation professionnelle, et pourraient en faire profiter les autres professions de santé, par un nivellement par le haut.⁷

Figure 2 : Proposition d'organisation des études de santé.



3.3 Une ouverture européenne

L'homogénéisation des formations en Europe, et les directives européennes régissant les flux migratoires entre États membres et les reconnaissances des diplômes, vont aboutir tôt ou tard à une réflexion non plus seulement sur l'harmonisation des formations, mais sur la gestion au niveau européen des effectifs de professions de santé. À ce titre, il paraît indispensable que la France mette effectivement en application la réforme LMD, au risque si elle ne le faisait pas de se voir isoler, du fait d'un certain protectionnisme.⁷⁶ La mise en œuvre du processus de Bologne est d'ores et déjà très bien engagée dans certains pays tels la Suède, la Norvège, la Pologne, la Bulgarie, l'Espagne, Italie et d'autres encore.

À terme, ce processus devrait permettre aux étudiants de poursuivre leur cursus dans tout État membre. Dans cette optique, l'organisation des études de santé devrait s'ouvrir de façon totalement transparente, dans le cadre d'une harmonisation européenne, aux étudiants des autres pays de l'Union européenne, dès la formation initiale, et selon des règles identiques quelque soit la nationalité de l'étudiant, français, allemand, roumain ou toute autre. Ce système différerait totalement du système actuel Erasmus, ou des FFI.

Certaines universités en Europe procèdent déjà de la sorte. On citera l'exemple de l'université de Cluj, en Roumanie, qui accueille depuis quelques années des étudiants étrangers, et leur fournit même des cours en langues française et anglaise. La polémique fait rage en France autour de ces étudiants qui profitent de ce système, car ils contournent la politique de *numerus clausus* existante en France, et non appliquée en Roumanie jusqu'à présent pour les étudiants étrangers. Mais cette situation devrait changer, puisque l'université a décidé de soumettre à la même sélection tous les étudiants pour les prochaines promotions. Ces situations vont probablement se reproduire dans d'autres pays, puisque les jeunes générations se sentent volontiers européennes et non plus seulement françaises.

C'est donc plus la question d'une équité dans la sélection qui se pose. Les pays européens ont tous à un niveau ou à un autre un système de limitation des effectifs de

professionnels de santé. Il convient alors de l'harmoniser au niveau européen. Mais l'une des difficultés réside dans le droit européen qui ne prévoit pas de sélection à l'entrée en université.

3.4 Le plafonnement haut voire l'abandon du *numerus clausus*

La question de la sélection des étudiants en médecine n'est donc pas un problème qui ne concernerait que la France. Les pays de l'Union européenne se sont engagés dans un processus commun, où toute décision d'un État membre peut avoir des répercussions indirectes sur lui-même, et sur les autres États. La santé est une question qui s'internationalise de plus en plus, et qui depuis 1998, par une directive européenne relative à la reconnaissance des diplômes, est déjà « européenne ».

À l'échelle de la France, on a vu précédemment que les outils permettant de fixer le *numerus clausus* ne sont pas adaptés, ce qui fait l'objet d'un consensus. La situation humaine au terme du PCEM 1 est dramatique et l'équilibre entre les spécialités est profondément déstabilisé. On n'a pas su non plus adapter à temps, faute de clairvoyance, le *numerus clausus* aux évolutions socio-comportementales légitimes du corps médical alors que le signal d'alarme a été tiré à maintes reprises. La diminution des nouveaux effectifs fait que certains territoires ne renouvellent pas leurs effectifs médicaux, d'où une « désertification » et une majoration des inégalités, et la profession elle-même est mise à rude épreuve. On en arrive à une situation paradoxale où l'on demande à l'une des spécialités les plus en difficulté, la médecine générale libérale, d'assumer la position centrale, d'être le socle du système de santé français. Enfin, le *numerus clausus* n'aura nullement influé sur les dépenses de santé.

« De nombreuses filières sont déficitaires en nombre de diplômés, et aucune n'est excédentaire » lisait-on dans le rapport 2004 de l'ONDPS.¹⁹ Si effectivement les régions étaient amenées, comme on l'a vu plus haut, à déterminer leurs propres besoins en formation de professionnels de santé, on peut se demander ce qu'il adviendrait, numériquement, du *numerus clausus*. Les effectifs d'ophtalmologues, par exemple, vont chuter d'ici 2030, de 30 à 40% selon la DREES,⁴⁵ d'où d'importantes baisses de densité pour cette spécialité, mais aussi pour les dentistes, et une situation quasiment toujours inchangée en termes d'effectifs pour la médecine générale libérale.

Les projections fournies par la DREES, en février 2009,⁴⁵ supposent que le

numerus clausus soit porté à 8000 en 2011, et maintenu à ce niveau jusqu’en 2020, ce qui permettrait de retrouver des effectifs médicaux en 2030 identiques à ceux observés actuellement, en revanche, les densités médicales seraient plus faibles, du fait de l’accroissement de la population. Si le *numerus clausus* était fixé par et pour les régions, il pourrait bien au total, sur le plan national, dépasser largement les 8000. Il convient alors de voir ce *numerus clausus* à 8000 comme une valeur plancher, et non comme un plafonnement. La France comptait 51 millions d’habitants en 1970, elle en compte aujourd’hui 64 millions. Si à l’époque 8000 médecins formés par an constituaient un excès, le chiffre paraît raisonnable de nos jours, compte tenu des incertitudes vues plus haut.

Mais dans le cadre de la création de véritables études de santé, son abandon semble envisageable, pour le moins dans sa forme actuelle. « [...] *le meilleur principe de sélection [consisterait] dans la rigueur progressive des épreuves à subir* ». ¹

Dans ces études de santé, la sélection serait donc progressive, tout d’abord pour l’entrée dans la L2 Santé option médicale, fondée sur la réussite aux examens, puis de la même manière, pour l’entrée en Master de médecine après la réussite des examens de L3 Santé option médecine. La sélection définitive, repoussée en fin de L3 Santé, et bien moins inflexible qu’avec le système actuel, laisserait par ailleurs le temps et la possibilité à l’étudiant de valider une L3 Santé différente en validant les modules nécessaires, sans perdre l’acquis. Dans ce système, la sélection en première année serait inutile, puisqu’une majorité des effectifs seraient absorbés chaque année en L2 Santé option soin.

Ce fonctionnement permettrait de s’adapter rapidement aux besoins de soins. On le disait en 1970³, on l’a vérifié pendant plus de trente ans, tout au plus sait-on extrapoler une tendance observée sur une période, ceci de façon fiable sur une période de l’ordre de cinq ans, mais en aucun cas sur une période dépassant les dix ans,⁷⁴ donc encore moins sur une période correspondant à l’activité d’un médecin. Nous serons peut-être confrontés dans les prochaines années à un virus encore plus ravageur que le VIH, à des catastrophes naturelles en série ou à tout autre évènement imprévisible. En revanche, ce que l’on sait, c’est que les besoins ne vont pas diminuer. Les projections de croissance des dépenses de

santé, reflet imparfait des besoins, mais reflet tout de même, prévoyaient déjà en 2005, que dans les pays de l’Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la part des dépenses de santé passerait à plus de 20% du PIB pour les États-Unis en 2020, et 15% pour les autres pays,⁸⁰ et même 20% du PIB de la France en 2030,⁵² sous réserve des observations précédentes.

La coopération entre professions de santé serait renforcée, par une compréhension interprofessionnelle accrue et par des passerelles interprofessionnelles pour ce qui est de la formation.

Pour ce qui est de l’eupéanisation de la santé, la France, en accueillant les étudiants européens, pourrait devenir le pays leader en termes de formation de professionnels de santé, ce qui entraînerait inévitablement d’autres retombées bénéfiques. Mais dans cette vision de la position de la France, le *numerus clausus* n’a plus sa place.

4 UN NOUVEAU PARADIGME

« Nous devons faire face, enfin, à une réalité économique. La santé est devenue un moteur de notre économie. Elle représente 11% de notre produit intérieur brut et près de deux millions d'emplois. Les industriels du médicament présents sur notre territoire contribuent pour près de six milliards d'euros à notre balance commerciale. La santé est un moteur de la création d'emplois et de richesses dans notre pays. La santé est un investissement pour la France. » Discours de M. le Président de la République sur le thème de la politique de la santé et de la réforme du système de soins. Bletterans – Jeudi 18 septembre 2008.

4.1 Les enjeux économiques du secteur de la santé

Le système de santé français était encore jusqu'à récemment considéré comme numéro un mondial pour la qualité des soins et leur accès garanti à tous. Mais la liberté du choix du médecin ainsi que la prise en charge collective des dépenses semblent de plus en plus précaires, et c'est ainsi que son image se dégrade ces dernières années.⁷⁰

145

La France investit dix fois moins dans le secteur de la santé que les États-Unis, avec les conséquences suivantes :⁵²

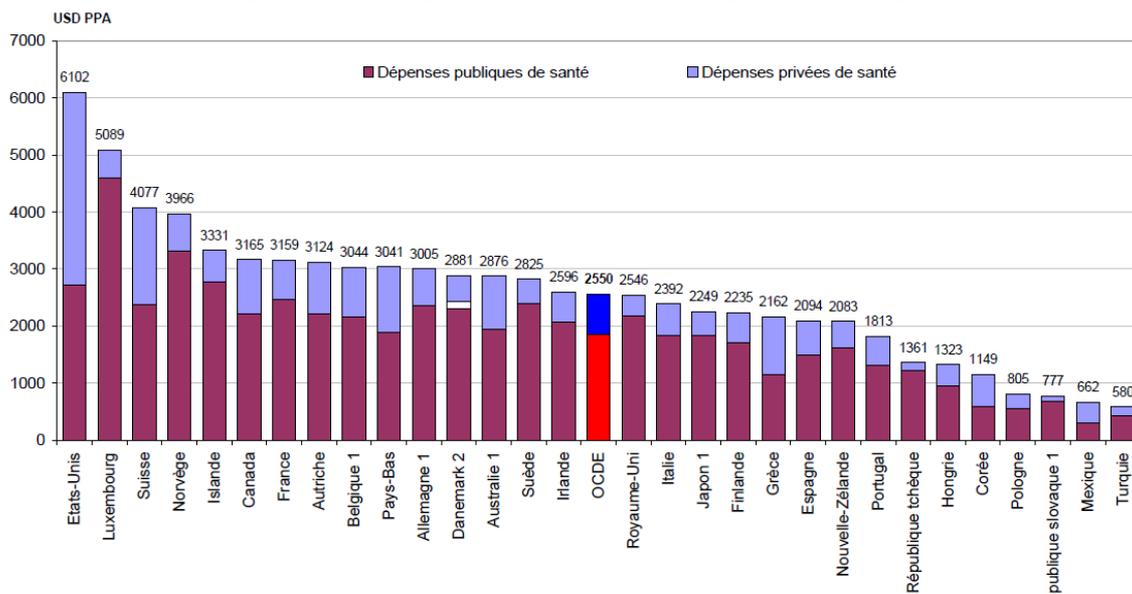
- le retard dans la mise sur le marché de nouveaux médicaments ;
- le retard dans la diffusion du dossier électronique ;
- le retard dans l'accès à l'information sur les soins ;
- le retard de la mise en place de prise en charge en chirurgie ambulatoire et hôpital de jour, alors que les mêmes actes dans les hôpitaux publics coûtent 25 % à 30 % plus cher que dans les établissements privés à but non lucratif ;
- la perte de parts de marché de l'industrie pharmaceutique française, sous l'effet de la fin des brevets et du développement du médicament générique (baisse de 7 % à 5,5 % entre 1996 et 2003).

4.1.1 Le financement des dépenses de santé

Actuellement, l'attitude est de considérer les dépenses de santé comme une charge pénible. Le modèle des États-Unis est peut-être à ce titre le modèle le plus transparent, bien qu'il puisse paraître aussi le plus choquant. Les changements récents sur la scène politique des États-Unis laissent espérer des changements bénéfiques pour la population, mais la situation telle qu'elle était jusqu'à présent, caricaturale si elle n'était malheureusement bien réelle, peut permettre de comprendre dans quelle position délicate se trouve tout système de protection sociale, sur le plan économique.

En 2007, les dépenses de santé représentent aux États-Unis 15% du PIB, 45% sont des dépenses publiques, 37% proviennent d'assurances privées, 18% sont à la charge directes des patients, soit 55% au total à la charge des patients, après prélèvements. Dans le même temps, une part croissante de la population ne bénéficie d'aucune protection sociale, 46 millions de personnes, soit 16% de la population.⁸¹ La part des dépenses publiques peut paraître insuffisante, mais peut se comprendre lorsque l'on s'intéresse au montant de ces dépenses. Toujours en 2007, la dépense de santé par habitant aux États-Unis était de 6714 dollars US par habitant, dont 3021 dollars US financés par les fonds publics, tandis qu'en France la dépense annuelle de santé par habitant était de 3449 dollars US ; c'est-à-dire que les 45% de la dépense totale de santé financés par des fonds publics aux États-Unis représentent presque la totalité de la dépense totale de santé française, soit 206 milliards d'euros en 2007. On notera par ailleurs que la part des dépenses publiques aux États-Unis est passée de 40% à 45% entre 1990 et 2004.

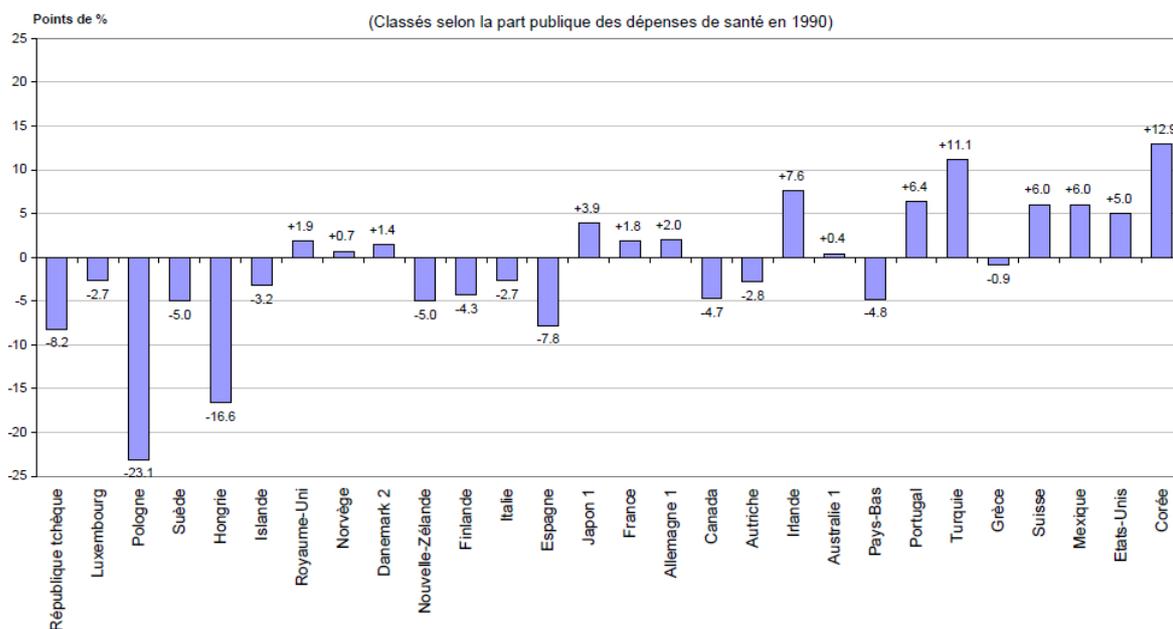
Graphique 26 : Dépenses de santé par habitant, dépenses publiques et privées, pays de l'OCDE, 2004.



1. 2003. 2. Pour le Danemark, les dépenses courantes publiques et privées sont montrées ainsi que l'investissement total, qui ne peut être séparé entre public et privé. Source: Eco-Santé OCDE 2006, juin 2006.

La part des financements publics dans le financement des dépenses de santé a diminué dans les pays où elle était relativement importante en 1990, elle a augmenté dans des pays où elle était faible. En Corée, par exemple, la part des financements publics dans le financement des dépenses de santé est passée de 38 % en 1990 à un peu plus de 50 % en 2004. Aux États-Unis, elle est passée de 40 % à 45 % entre 1990 et 2004.⁸²

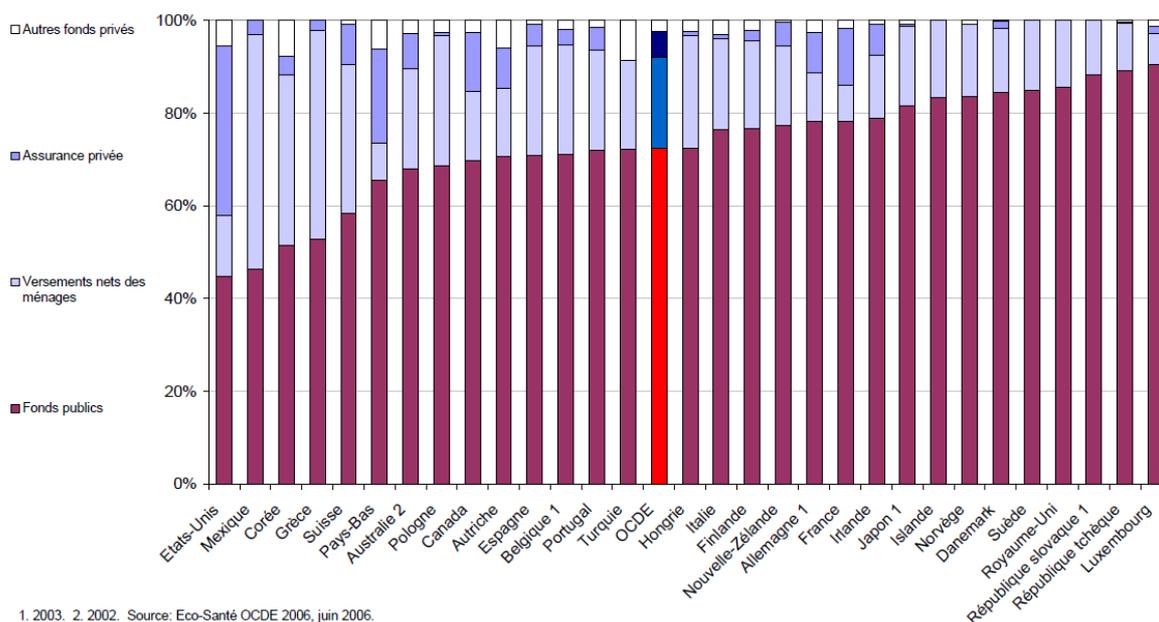
Graphique 27 : Variation dans la part des dépenses publiques de santé, pays de l'OCDE, 1990-2004.



1. 2003. 2. Dépenses courantes publiques en pourcentage des dépenses courantes totales. Source: Eco-Santé OCDE 2006, juin 2006.

Les financements privés restent une source importante de financement. Ils sont représentés par les assurances privées, et les dépenses qui restent directement à la charge des ménages. Dans certains pays ces dernières peuvent représenter 51% de la dépense totale, comme au Mexique, contre 7% en France. L'assurance santé privée, représente 6 % environ du total des dépenses de santé, en moyenne, dans les pays de l'OCDE, mais son importance est très variable selon les pays.⁸²

Graphique 28 : Pourcentage des dépenses de santé par source de financement, pays de l'OCDE, 2004.



Les financements privés ont aussi un rôle prépondérant dans le financement des dépenses pharmaceutiques. Dans de nombreux pays, les systèmes publics d'assurance prennent moins bien en charge les médicaments que les soins hospitaliers ambulatoires.⁸²

Les dépenses de santé totales, d'un poids économique certain, sont incluses dans les dépenses de protection sociales. Celles-ci comportent les prestations maladie, vieillesse, chômage, accident de travail, maternité et autres. En 2007, les dépenses de protection sociale de la France s'élèvent à 586 milliards d'euros, à rapprocher de son PIB de 1892 milliards d'euros.

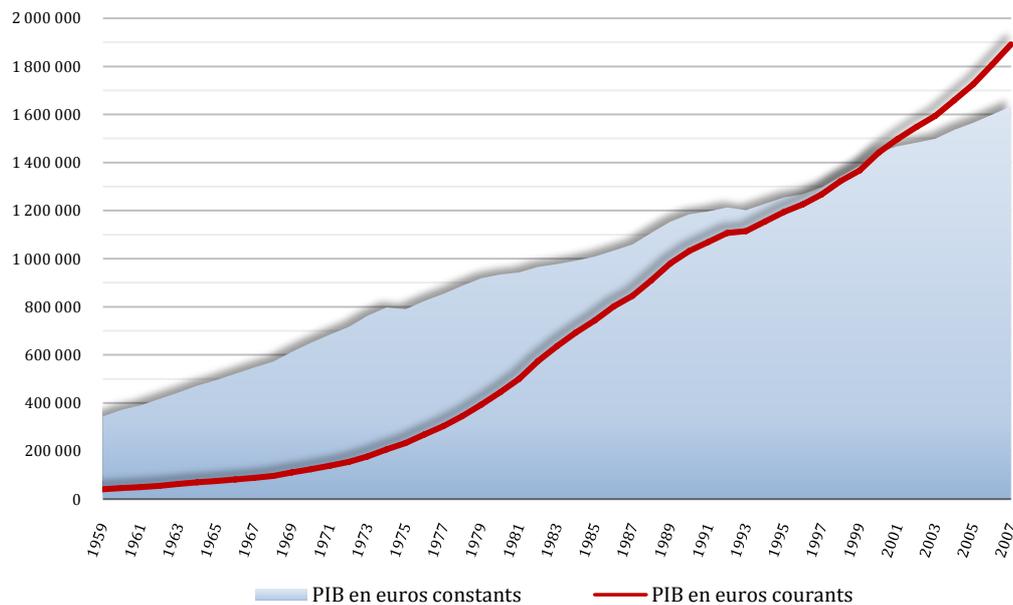
4.1.2 Les perspectives d'évolution du produit intérieur brut

Fin 2008 début 2009 est une période pour le moins troublée économiquement. Les grandes économies connaissent de graves problèmes financiers, les économies émergentes tout en gardant une croissance positive voient celle-ci diminuer fortement, et tout le monde s'interroge sur le devenir d'un système qui s'est manifestement emballé, probablement faute de pragmatisme et de bon sens terre à terre.

Dans ce contexte de crise, alors que quelques années plus tôt les prévisions économiques étaient données à plus ou moins long terme, celles-ci ne sont plus données que pour le très court terme, c'est-à-dire l'année suivante, voire avec audace à deux ans. Nombre d'experts, dans tous les médias et toutes les organisations internationales, prévoient de façon consensuelle que cette crise perdurera quelques années, et que si une amélioration est envisagée, elle ne le sera pas avant début 2011, sous certaines conditions. Ainsi peut-on lire dans une communication de l'OCDE en novembre 2008 :⁸³ « *les incertitudes sont importantes, notamment en ce qui concerne la profondeur et la durée de la crise financière, principale cause de ce [recul du PIB]. A cet égard, les prévisions reposent sur l'hypothèse d'une résorption rapide des tensions financières extrêmes observées depuis la mi-septembre, lesquelles laisseraient cependant la place à une longue période de perturbations financières jusqu'à la fin de 2009, avec une normalisation progressive ensuite* ».

Au début du mois de mars 2009, l'impression que donne la situation économique mondiale n'est pas celle d'une « résorption rapide » des problèmes. On doit toutefois s'intéresser à l'évolution du PIB afin de relativiser toute décélération ou accélération de sa croissance.

Graphique 29 : Évolution du PIB français en millions d'euros, courants et constants base 2000, de 1959 à 2007.



Source : Base Eco-santé France, mars 2009

Les périodes de récession n'ont ainsi qu'une influence toute relative sur la courbe d'évolution du PIB, qui devrait continuer à croître même si les années à venir risquent de le voir stagner.

150

4.1.3 Les perspectives d'évolution des dépenses de santé

Les dépenses de santé continuent d'augmenter dans tous les pays de l'OCDE et, dans le modèle actuel, les pouvoirs publics n'auront d'autre solution, d'une façon globale, que d'augmenter les prélèvements fiscaux, réduire les dépenses dans d'autres secteurs ou d'augmenter le reste à charge des ménages eux-mêmes pour préserver les systèmes de santé existants.⁸²

Entre 1990 et 2004, les dépenses de santé ont augmenté plus vite que le PIB dans tous les pays de l'OCDE à l'exception de la Finlande. Elles représentaient 7% du PIB, en moyenne, dans les pays de l'OCDE, en 1990, mais atteignaient 8,9% en 2004, en hausse par rapport à 2003 (8,8%).

En France, on attend une croissance de la dépense de soins plus rapide que celle du PIB pour atteindre le niveau actuel de la Suisse et des États-Unis : environ 15 % du PIB et 20 % du PIB en 2030.⁵²

Le défi actuel consiste à assurer la pérennité des financements publics de dépenses de santé, à hauteur de la participation actuelle, 73% en moyenne dans les pays de l'OCDE. Car les dépenses de santé vont inévitablement croître, du fait de la hausse du niveau de vie, des progrès technologiques, et du vieillissement de la population.

La hausse du niveau de vie est probablement la première raison de la hausse des dépenses de santé. En France, il a été montré qu'une hausse de 10% du revenu des ménages entraînait une hausse de 12,5% des dépenses de santé,⁷³ et qu'entre 1970 et 1995, 41% de la hausse de ces dernières était imputable à la hausse des revenus des ménages. En d'autres termes, les dépenses de santé croissent 1,3 fois plus vite que le PIB.⁷⁴ La santé est un bien supérieur, il est alors normal d'y consacrer plus de moyens dès lors que les revenus augmentent. C'est ce qu'on nomme l'élasticité, et la question est de savoir à quel moment le point d'équilibre sera atteint. On peut en effet difficilement envisager que cette élasticité soit infinie, car cela supposerait que les dépenses de santé finiraient par représenter la totalité du budget des ménages. Dans les années soixante dix, on n'envisageait les dépenses de santé actuelles que dans des scénarii extrêmes, voire irréalistes. Nous pourrions tout à fait, en 2009, être dans une situation similaire. Il nous paraît totalement inconcevable que les dépenses de santé représentent dans un futur plus ou moins proche plus de la moitié du PIB, mais nous pouvons nous tromper. Qui peut dire quelles seront les priorités de la population dans cinquante ou cent ans ? Elle souhaitera peut-être consacrer 60%, 70% ou plus de ses richesses aux dépenses de santé.

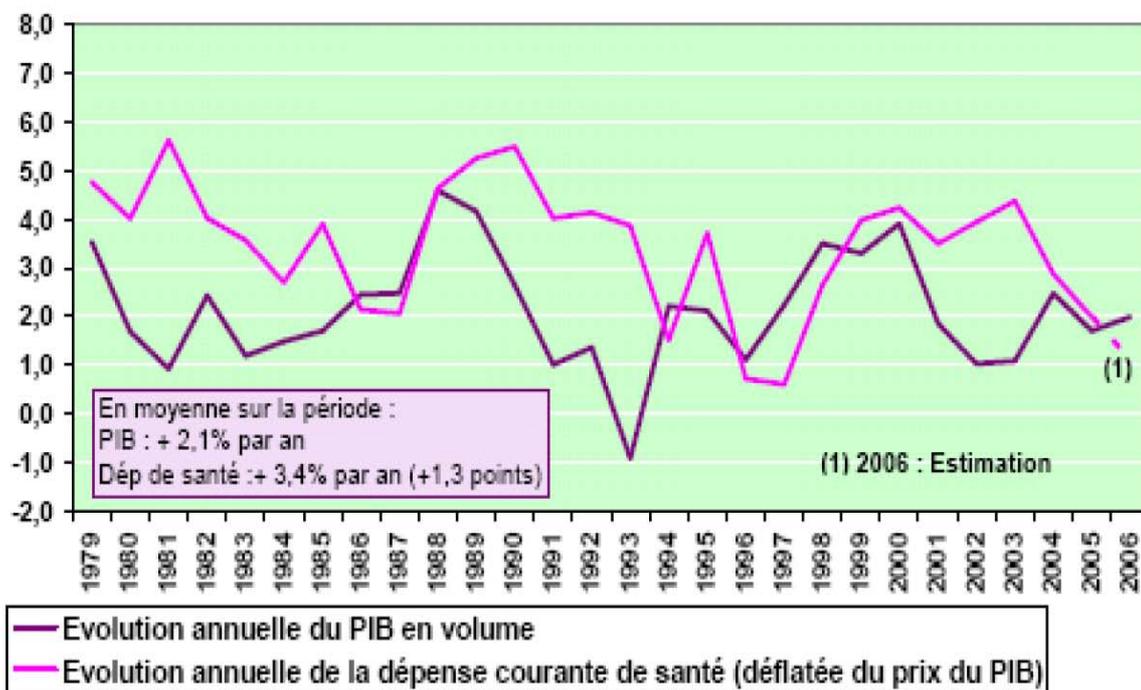
Le progrès quant à lui est le deuxième facteur de croissance des dépenses de santé. Entre 1970 et 1995, les progrès médicaux en représentent 26%. Les systèmes nationaux de santé sont donc tentés de contrôler, de limiter l'utilisation de nouvelles technologies.^{6,73,74} On retrouve encore ici l'application de conclusions d'études portant sur la demande induite : pour limiter celle-ci il faut limiter la diffusion du progrès.⁶ Il conviendrait plutôt

de se réjouir. La diffusion des vaccins a permis l'amélioration de l'état de santé des populations, mais ce bénéfice sanitaire n'est apparu qu'avec un décalage de plusieurs années, justifiant alors la dépense. De plus, ce bénéfice sanitaire induit à son tour une réduction des dépenses de santé liée à l'amélioration de santé de la population.^{73,74} L'évaluation du bénéfice d'une innovation médicale se fait à long terme, or nous sommes dans une période de limitation des dépenses de santé par des plans successifs, dont l'évaluation se fait à court terme par les pouvoirs publics. Les progrès, qui se mesurent dans le temps, constituent donc un obstacle à la réduction des dépenses de santé. Mais les progrès se retrouvent dans tous les domaines, et notamment celui de l'information. Les patients seront de mieux en mieux informés sur leur pathologie et les techniques médicales, d'où une demande induite par les patients eux-mêmes.⁶ Le projet de loi HPST contribuera à ce titre à l'augmentation des dépenses de santé, en inscrivant dans la loi l'éducation à la santé. En effet, cette dernière aura pour conséquence d'améliorer les connaissances médicales des patients, d'accroître leur niveau d'information, donc leur demande de soins.

Le vieillissement de la population est indéniablement un facteur d'augmentation des dépenses de santé, par l'augmentation de la demande de soins. En revanche, des débats d'experts s'organisent pour déterminer l'ampleur du phénomène.⁷³ Si la commission européenne prévoyait en 2003, pour un avenir plus ou moins proche, une hausse des dépenses de santé liée au vieillissement de la population entre 1,7 et 3,9 points de PIB, d'autres ne prévoient qu'une augmentation de 0,7 à 0,9 points de PIB.

On estime donc de façon consensuelle que les dépenses de santé vont augmenter, mais on ne sait pas dans quelle mesure. On peut toutefois dessiner une tendance du poids des dépenses de santé dans le PIB pour les prochaines années, qui devrait augmenter significativement, et peut-être de façon plus rapide que prévue.

Graphique 30 : Évolution des taux de croissance du PIB et de la dépense courante de santé de 1979 à 2006.



Source INSEE (PIB) et Ministère de la santé (comptes de la santé)

Il existe un décalage entre les taux de croissance du PIB et de la dépense courante de santé (DCS) de quelques années. Les premières années de diminution du taux de croissance du PIB, le taux de la DCS continue à augmenter, pour ensuite suivre l'évolution de celui du PIB. La part de la DCS dans le PIB augmente. Or, la France est en récession fin 2008, et devrait le rester en 2009 selon les prévisions de l'OCDE. La DCS représentait 11% du PIB en 2007,⁸⁴ tandis qu'on prévoyait 15% pour 2020, prévision faite hors de période de crise. Il se pourrait donc que la DCS atteigne les 15% de part du PIB beaucoup plus tôt qu'on ne le pensait, car les ménages ne vont pas cesser leur consommation de biens médicaux.

L'Institut de recherche sur la santé de *PricewaterhouseCoopers* prévoit que les dépenses de santé des pays de l'OCDE vont plus que tripler, passant de 2 200 milliards d'euros en 2002 à 8 300 milliards d'euros d'ici 2020.⁸⁰ Une part importante des décideurs estimerait par ailleurs que le taux de croissance de celles-ci sera plus important que dans les années passées.

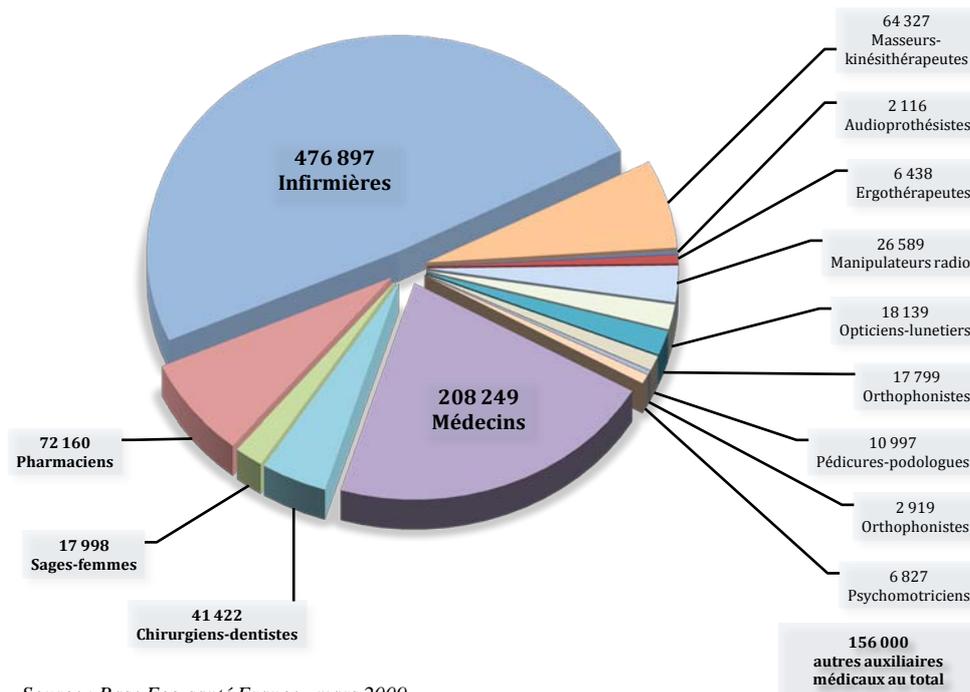
4.1.4 Le secteur santé : premier secteur économique, une chance pour la croissance

Il est courant, à l'heure actuelle, de stigmatiser les dépenses de santé, en tant que charge dont le poids toujours croissant grèverait l'économie. La maîtrise de ces dépenses, la rationalisation de l'offre de soins, la chasse au gaspillage semblent les seules solutions à ce problème. Or le Danemark, l'Irlande et la Finlande ont récemment tenté des politiques restrictives, sans réel succès. Il est important de rappeler que l'amélioration de la santé de la population, l'allongement de l'espérance de vie, la réduction de la douleur, sont des progrès à eux seuls.⁵²

En réalité, le secteur de la santé est un facteur de croissance de l'économie : il représente en France comme on l'a vu 11% du PIB, tout en employant environ 9% de la population active. Son chiffre d'affaires a doublé en quarante ans et les emplois dans le secteur ont augmenté depuis vingt ans six fois plus vite que l'emploi total. Le chiffre d'affaires de l'économie de la santé continuera de croître de plus en plus vite, du fait de l'évolution des technologies médicales et de l'accroissement de la demande de soins qui résulte de l'allongement de l'espérance de vie,⁵² et de la hausse du niveau de vie.

Le secteur de la santé totalise près de deux millions d'emplois en 2008. Les professions de santé réglementées en représentent 973 000 auxquelles il faut rajouter plus de 200 000 aides soignants, le secteur pharmaceutique 103 000 de façon directe et 310 000 si l'on considère la chaîne du médicament, on prend en compte ensuite les ambulanciers, les brancardiers, les préparateurs de commandes, etc. À un niveau européen, cette prise en considération de la santé comme élément de croissance permettrait la création de dix millions de nouveaux emplois.⁷⁵

L'image de la France dans le domaine de la santé n'est plus à son niveau optimal, mais elle persiste à susciter l'intérêt. La santé constitue l'un des plus importants secteurs économique, c'est une chance pour la croissance que doivent saisir les pouvoirs publics, au risque de la voir s'évanouir.

Figure 3 : Répartition des professionnels de santé au 1^{er} janvier 2008.

Source : Base Eco-santé France , mars 2009

Le secteur pharmaceutique possède une capacité de production particulièrement importante en France, il conviendrait de la soutenir. Parallèlement, le concept de Recherche et Développement serait une culture à faire naître en France, de façon d'autant plus urgente que les nouveaux domaines des biotechnologies et nanotechnologies ne pourront s'en passer si nous voulons y avoir une place.⁷⁴

4.2 Une industrie structurée de santé

Le secteur de la santé tend à occuper une place toujours plus importante dans l'économie des pays. Ceux-ci limitent les dépenses de santé pour freiner cette croissance, pour diminuer cette charge financière. Les efforts des états sont vains, et un nombre croissant d'experts voudrait qu'au lieu de lutter contre cette croissance subie, elle soit au contraire intégrée dans la croissance économique souhaitée ; la santé, moteur de la croissance, un changement de paradigme.^{52,74,75}

Dans cette optique, il conviendrait en premier lieu d'oser dé plafonner les dépenses de santé, et de ne plus envisager ces dépenses comme une perte sèche, mais comme un investissement à long terme. En effet, le supplément de croissance engendré par ce dé plafonnement serait modeste, de l'ordre de 0,25 point de croissance par an, mais maintenu à long terme cet accroissement serait largement bénéfique aux finances publiques. Enfin, cet accroissement serait très probablement sous-estimé, du fait des implications dans de multiples domaines.⁷⁴

Comme on l'a vu plus haut, il apparaît que la population est demandeuse de soins plus qu'on ne le voudrait. Mais si l'on définit la finalité des dépenses de santé comme étant l'amélioration de l'état de santé de la population, elle-même source de productivité accrue, ces mêmes dépenses peuvent apparaître insuffisantes.⁸⁵ Il s'agit ici de comparer les dépenses de santé aux gains en espérance de vie et qualité de vie. La valorisation de ces gains appliquée aux États-Unis entre 1970 et 2000 représenterait 50% du PIB chaque année.⁸⁵ Cette nouvelle approche, fruit des économistes Murphy et Topel de l'université de Chicago (« *The Value Of Health And Longevity* » in *Journal of Political Economy*, 2006), a fait grand bruit comme on peut l'imaginer, et permet de se représenter le bénéfice engendré par les dépenses de santé. D'autre part, cette approche nous permet de changer de référentiel et de ne plus uniquement appréhender les dépenses de santé en part de PIB, mais aussi en termes de rapport bénéfice sur investissement afin de déterminer leur niveau économique optimal. En reprenant l'exemple des États-Unis, ce rapport de 50% sur 15% de part de PIB pour les dépenses de santé indique que ces dernières peuvent continuer à

croître, tant que le bénéfice reste supérieur à la dépense, et surtout qu'il existe encore un gain potentiel excessivement important en qualité de vie, en amélioration de l'état de santé de la population, pour peu que l'on s'en donne les moyens. On ne manquera pas ici de souligner la place prépondérante qu'occupent la médecine préventive et l'éducation thérapeutique des patients en ce qui concerne les bénéfices à long terme de la médecine, idée forte reprise par de nombreux organismes dont certains à portée internationale, tel l'OMS ou *PricewaterCoopers*.⁸⁰

Les bio et nanotechnologies sont incontestablement les grandes innovations de demain. Les biotechnologies sont définies par l'OCDE comme « l'ensemble des applications des sciences et des technologies utilisant des matières biologiques, vivantes ou mortes, pour produire de la connaissance, des aliments ou des services. » Elles sont de plus en plus utilisées afin de produire des molécules à usage pharmaceutique, elles sont utilisées aussi dans le jeune domaine des thérapies géniques, mais elles ne sont pas utilisées dans le secteur pharmaceutique traditionnel qui utilise des procédés chimiques pour produire les médicaments. Dans ce dernier secteur, la France, premier pays européen exportateur de médicaments,⁸⁶ possède une force de production certaine, mais d'un autre temps. L'avenir est à la bioproduction, et la France connaît un retard important, hormis quelques exceptions telles les vaccins.^{52,74,86} Sur les vingt premières sociétés de biotechnologie, dix-huit sont basées aux États-Unis, et deux en Europe,⁵² où le Royaume-Uni, l'Allemagne et les pays scandinaves sont mieux placés que la France.⁸⁶ Elle compte 250 entreprises de biotechnologie, soit quatre fois moins qu'au Royaume-Uni, et deux fois moins qu'en Allemagne, alors que dans le même temps 50% des médicaments les plus novateurs sont liés à des brevets issus de recherches biotechnologiques. L'investissement de la France reste quant à lui très faible, représentant un tiers de celui du Royaume-Uni, et 3% de celui des États-Unis.

Le concept de Recherche et Développement constitue dans ce contexte de revitalisation de l'industrie de santé française une pierre angulaire. La recherche fondamentale française est bien placée, comme on l'a vu plus haut, mais le lien avec la mise en application de ces recherches reste ténu. C'est sans nul doute dans un partenariat

accru entre secteurs public et privé que se trouve le potentiel de croissance de la Recherche et Développement. Mais cela nécessite encore de nos jours un profond changement dans les mentalités.

D'autres secteurs sont potentiellement moteurs de croissance. On citera l'industrie des dispositifs médicaux, réactive et innovante par nature, ou encore l'expertise française dans l'architecture hospitalière qui semble jouir d'une excellente renommée.

La France est sous le joug d'un certain conservatisme qui l'empêche de prendre en marche le train de la globalisation. De nombreux signaux tendent à indiquer que sa position dans le secteur de la santé, autrefois enviée de tous, n'est certainement plus celle de *leader*. Il convient de cesser les références trop fréquentes à un passé glorieux pour se tourner vers les grands défis de demain.

4.3 L'exportation d'unités médico-chirurgicales "clefs en main"

L'image de la France passe entre autres par sa représentativité internationale dans le secteur de la santé. Elle a notamment fait bénéficier les pays du sud de son expertise dans le domaine du VIH, mais d'autres défis de santé publique sont à relever dans ces pays, et beaucoup s'y sont attelés.

Les années suivant la découverte du VIH, nombreux sont ceux à s'être penchés sur la situation des pays en voie de développement. Les organisations humanitaires ont fleuri, et la France y avait une place importante. Depuis plusieurs années, cette place est remise en question. Le *President's emergency plan for Aids relief* (PEPFAR) possède par exemple une puissance financière démesurée par rapport aux programmes français. Le PEPFAR a en effet vu son budget passer ces dernières années de 15 milliards de dollars à 50 milliards de dollars. D'autres programmes privés, telles les fondations Gates ou Clinton, ont une influence croissante.⁸⁷

Ces programmes se multiplient, et s'inscrivent dans un concept de santé en tant que Bien Public Mondial (BPM) ou *Global Public Good* (GPG). Ce concept n'est pas nouveau et les premières références remontent au milieu du XIX^{ème} siècle. On comprendra aisément le concept en faisant par exemple référence au problème de la couche d'ozone et d'autres qui y sont liés, ou à celui de l'eau qui fait l'objet de discussion au Forum Mondial d'Istanbul en mars 2009. En revanche, le concept évolue et tend à intégrer des problématiques auxquelles ne sont pas directement soumis les États. C'est ainsi que la santé a été inscrite sur la liste des biens publics mondiaux, en particulier pour ce qui concerne les maladies infectieuses dans les pays en voie de développement. Dès lors, de nombreux programmes ciblés ont vu le jour, ainsi que de nombreux organismes. Les pays industrialisés se réunissent et produisent des déclarations de principes, en commun, mais c'est une véritable bataille d'influence qui se livre. Bataille entre États, et bataille entre certaines ONG pour lever les fonds nécessaires à leurs projets.⁸⁸

Mais ces projets, ponctuels ou ciblés sur une maladie, interventions « verticales », commencent à montrer leurs limites. La demande actuelle des pays en voie de

développement est en partie identique à nos besoins, à savoir les soins primaires et l'éducation thérapeutique, programmes « horizontaux ». ⁸⁸ Cette question importante dans les pays industrialisés est cruciale dans les pays en voie de développement.

Les pays industrialisés ont su profiter des ressources humaines en professionnels de soins des pays en voie de développement, faisant passer la situation sanitaire de ces derniers d'une position fragile à une position tragique comme on a pu le voir plus haut. ³⁸ Il serait temps d'inverser le processus.

Depuis de nombreuses années, Cuba fait profiter d'autres pays du tiers monde de ses compétences indiscutables en santé. Sur les 70 000 médecins cubains, 20 000 exercent dans plus de quarante-cinq pays à travers le monde, essentiellement dans des pays d'Amérique latine, et non pas de façon ponctuelle, mais dans des programmes s'inscrivant dans le temps. La France quant à elle possède déjà une expérience considérable dans la mise à disposition de sa médecine hors de ses frontières. On peut citer en effet divers organisations telles Médecins du Monde, Médecins sans frontières, le Samu social international qui, s'ils ne dépendent pas de l'État français, constituent néanmoins un élément très important de la représentativité française sur la scène internationale. D'autres initiatives, mais beaucoup plus personnelles, peuvent être citées, tels certains services hospitaliers au Vietnam ou à Shanghai dirigés par des professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) français. D'autres offrent leurs services à certains dirigeants dans le monde, mais ceci de façon très ponctuelle car ces interventions sont réalisées sur leur temps de congés, les PU-PH restant « *quasiment assignés à résidence dans leur CHU* ». ⁸⁷

Pour rendre ce que nous avons pris aux pays en voie de développement, on pourrait dès lors envisager d'y créer des structures sanitaires, en collaboration avec les autres États de l'Union européenne (UE), et d'y envoyer des équipes médico-chirurgicales « clefs en main » pour des missions de plusieurs mois. La rotation des effectifs serait assurée par l'UE. Ce programme ne pourrait s'envisager que sur plusieurs décennies, et nous serions amenés à former des médecins pour ces pays en voie de développement, en plus de nos

besoins nationaux et communautaires.

Ceci constitue une démarche faisable dans un contexte de globalisation de la santé, et déjà faite, à travers l'exemple d'UNITAID. Cet organisme, dépendant de l'OMS, a été créé en 2006 sous l'impulsion de la France et du Brésil, et suite à la remise du rapport Landau sur les financements innovants : « Les nouvelles contributions financières internationales ». UNITAID est une Facilité internationale d'achats de médicaments, en charge de la centralisation de l'achat de traitements médicamenteux dans le but d'obtenir les meilleurs prix possibles, en particulier à destination des pays en voie de développement. Sa particularité tient dans son financement. UNITAID est en effet financé par une taxe de solidarité sur les billets d'avion, adoptée par plus de trente pays. Ce mode de financement lui permet de s'assurer des ressources stables et conséquentes, sans que cela constitue un poids économique négatif pour les pays participants. De plus, depuis sa mise en place il est apparu que cette taxe n'a pas d'impact négatif sur les bilans des compagnies aériennes concernées, et le surplus sur le prix du billet d'avion n'est pas perçu comme un facteur limitant par les usagers. Quant aux résultats, UNITAID, présidé par Philippe Douste-Blazy, ancien ministre de la Santé, a réussi à collecter un peu plus de 100 milliards de dollars par an pour assurer sa mission, et a réussi à négocier des rabais de 30 à 50% sur l'achat de certains médicaments.

161

Sur le modèle d'UNITAID, on pourrait donc créer un organisme doté de ressources issues de la globalisation, avec pour but spécifique de permettre à ces équipes « clefs en main » d'accomplir des missions dans le temps, et non plus ponctuelles.

Dans un esprit de repentance envers les pays en voie de développement, et dans ce contexte de santé bien public mondial, il serait donc légitime d'assurer la formation d'effectifs médicaux supplémentaires, supérieurs aux seuls besoins nationaux. On pourrait même voir un scandale dans le *numerus clausus*. La France a limité la formation de médecins sur son territoire plus que de façon raisonnable, en intégrant le profit qu'elle pouvait tirer de l'utilisation des ressources humaines de pays déjà fragiles.

« L'aide publique au développement est un investissement sur l'avenir, une façon d'œuvrer à la stabilité de la planète pour les prochaines décennies. Avec une aide publique intelligente et efficace, nous contribuons à la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement, notamment en Afrique, nous participons à une croissance économique plus forte et mieux partagée, nous appuyons la création d'emplois et prévenons les flux migratoires illégaux, nous combattons la pauvreté, nous luttons contre le réchauffement climatique et les maladies endémiques, enfin, nous évitons la désespérance qui fait le lit de tous les conflits et des terrorismes. » Alain Joyandet, Secrétaire d'État chargé de la Coopération et de la Francophonie, *Adapter l'aide de la France aux défis d'un monde changeant*, 2008.⁸⁹

Si l'idée d'envoyer des équipes « clefs en main » de façon pérenne sur plusieurs décennies est sans doute éthiquement justifiable, en pratique, elle peut être longue à mettre en place. En revanche, le concept de santé en tant que bien public mondial évolue, et ne se limite plus désormais aux seuls pays en voie de développement. Dans les pays industrialisés, de plus en plus de patients n'hésitent plus à franchir les frontières afin de recevoir des soins dans des pays autres que leurs pays de résidence.

4.4 Les soins transfrontaliers ou « tourisme médical »

Le concept de « tourisme médical » n'est pas nouveau, tout comme la limitation et le contrôle des effectifs médicaux. Le premier exemple dont nous ayons connaissance date de plusieurs milliers d'années, quand les pèlerins grecs naviguaient sur toute la Méditerranée vers une petite île du golfe Saronique, Épidaure, lieu de culte du dieu Asclépios, dieu de la médecine. Épidaure devint ainsi la première destination de « tourisme médical ».

C'est une notion qui nous apparaît comme lointaine et inenvisageable. Pourtant, le « tourisme médical » représente une part croissante du mode de consommation des soins médicaux sur le plan mondial, ce qu'ont déjà compris un nombre important d'organismes nationaux et internationaux de premier ordre, dont l'OMS. Il ne rentrera probablement pas dans l'exercice quotidien de tous les médecins, en revanche, il est probable que tous y soient exposés au moins une fois dans leur exercice.

« Il est nécessaire que la réflexion sur l'évolution des systèmes de santé dépasse les frontières nationales. Une attitude contraire pourrait s'avérer néfaste, voire dangereuse à terme pour de nombreux pays. Les systèmes de santé ne peuvent plus évoluer en vase clos du fait de la mondialisation à la fois des acteurs de santé et des problèmes de santé. »
PricewaterhouseCoopers, *HealthCast 2020 : Créer un futur durable* ; 2005.⁸⁰

163

Aussi, conviendrait-il de mieux faire connaître le « tourisme médical », ou de façon plus neutre, les soins transfrontaliers. Où sont-ils pratiqués, pourquoi, quelle est l'ampleur du phénomène, et qu'en est-il en France ?

4.4.1 Un tour d'horizon des pays le pratiquant déjà

Plus de cinquante pays ont à ce jour désigné les soins transfrontaliers comme partie intégrante de leur industrie nationale, soit plus d'un quart des pays dans le monde, légitimant l'intérêt que l'on peut porter à la question.

Les soins transfrontaliers peuvent être envisagés, au niveau des patients, sous trois angles : les patients en partance pour des soins, les patients arrivant pour des soins et les patients mobiles à l'intérieur d'une entité, sans franchir de frontière. Quant aux pays, on distingue ceux dont proviennent les patients de ceux qui les reçoivent, et surtout qui s'organisent pour les recevoir.⁹⁰ Enfin, les soins pris en charge diffèrent selon les pays d'accueil.

À l'échelle mondiale, les patients sont essentiellement originaires de l'Europe continentale, de l'Asie, du Moyen Orient et d'Amérique du Nord.⁹¹

Carte 6 : Origines et flux des patients transfrontaliers.



Source : Ehrbeck T, Guevara C, Mango P. *Mapping the market for medical travel*. McKinsey & Company; 2008.⁹¹

En termes de volume, il existe encore peu de données disponibles. Toutefois, certaines études ont été réalisées. On citera les rapports du cabinet d'audit et de conseil Deloitte qui estiment à 750 000 le nombre d'Américains ayant franchi les frontières à des

fins médicales, à 1,28 millions le nombre de patients étrangers vus dans les hôpitaux thaïlandais en 2005 contre 600 000 en 2002, à 300 000 en Malaisie pour 2006, ou à 410 000 à Singapour en 2006 contre 150 000 en 2000.^{90,92} En Europe, les soins transfrontaliers sont appréhendés comme un phénomène marginal, et se limitent essentiellement aux zones frontalières.⁹³ Mais on voit déjà apparaître par exemples des accords entre certaines caisses allemandes d'assurance maladie et des praticiens allemands installés à Majorque, préfigurant la montée en puissance du phénomène en Europe.⁹³

Les pays fournissant des soins transfrontaliers sont quant à eux très nombreux. En Europe, on citera l'Allemagne, Chypre, Malte, le Portugal, l'Espagne, mais aussi l'Ukraine et la Turquie. En Amérique, on peut citer l'Argentine, le Brésil, la Colombie, le Chili, le Costa Rica, Cuba, le Mexique, Panama, l'Uruguay, le Canada et les États-Unis. En Asie, où semble se concentrer la majorité des acteurs de soins transfrontaliers, on citera la Chine, Hong Kong, l'Inde, la Malaisie, les Philippines, Singapour, Taïwan, la Thaïlande, ainsi que la Nouvelle Zélande. Mais une autre région de soins transfrontaliers émerge, le Moyen Orient avec le Qatar, les Émirats Arabes Unis, l'Arabie Saoudite, la Jordanie, Israël et d'autres.

165

Les soins transfrontaliers sont donc loin d'être un phénomène marginal à l'échelle mondiale, et s'inscrivent dans un phénomène plus large qui est la globalisation de la médecine.

À ce titre, on notera la méthode adoptée par certains pays du golfe Persique, qui plutôt que de voir leur ressortissants partir se faire soigner à l'étranger, ont décidé de faire venir les équipes médicales et chirurgicales à eux. On voit ainsi des villes entières dédiées aux soins médicaux apparaître dans ce qui était autrefois le désert, de nombreuses universités, quasi exclusivement américaines, y ouvrent des antennes, telles Harvard à *Dubai Healthcare City*, le *Johns Hopkins Hospital* aux Émirats Arabes Unis mais aussi en Europe, et bien d'autres encore.⁹⁰

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) ouvrent quant à elles d'autres perspectives déjà exploitées par exemple par les États-Unis.

En effet, de nombreux hôpitaux américains ne font pas interpréter les examens d'imagerie sur leur sol, mais délèguent cette tâche à des médecins parfois à des milliers de kilomètres de distance, notamment en Israël.

Les soins transfrontaliers sont représentés de façon quasi exclusive par des soins spécialisés, autres que les soins primaires. Cela peut aller de la chirurgie esthétique de confort au triple pontage coronarien, en passant par la pose d'une prothèse totale de hanche.

En Amérique du Sud et Centrale, certains pays ont une excellente réputation en chirurgie plastique et de l'obésité, ainsi que pour les soins dentaires. Les pays d'Asie ont considérablement développé leur chirurgie cardiaque et orthopédique, avec des coûts extrêmement faibles, notamment en Inde où les prix peuvent être équivalents à 10% de ceux pratiqués aux États-Unis. Les pays riches quant à eux développent des soins transfrontaliers axés sur les hautes technologies, la satisfaction et le confort des patients.⁹⁴

Enfin, cette tendance à la globalisation de la médecine est bien comprise par divers organismes : le WONCA ou *World Organization of Family Doctors* depuis 1972, fédération à un niveau mondial des collègues et associations de médecine générale, l'OMS qui a créé la *World Alliance for Patient Safety* en 2004, et plus récemment, la création dans les universités de médecine aux États-Unis d'un enseignement structuré de *Global Health*.^{95,96}

166

4.4.2 Les facteurs favorisants

De nombreux pays s'intéressent aux soins transfrontaliers ainsi que plusieurs organismes internationaux, il convient donc de s'intéresser aux facteurs de croissance de ceux-ci.

Le principal facteur mis en avant est le coût des procédures dans le pays d'origine. Si l'on prend l'exemple des États-Unis, le coût d'une chirurgie du genou y est par exemple de plus de 11 000 dollars, alors que le coût moyen pour un patient se rendant à l'étranger

est d'un peu plus de 4 500 dollars.⁹⁰ Les exemples de ce type sont nombreux, et les pays européens ne sont pas à l'abri de tels problèmes. En effet, on pourra prendre l'exemple des soins dentaires pour ce qui concerne la France, où les coûts pour des soins autres que conservateurs peuvent être très importants et constituer un frein à la consommation, pour des soins qui sont par ailleurs souvent considérés par les patients comme ne relevant pas entièrement, loin s'en faut, de soins de confort.

Un autre facteur est le délai d'attente de certains soins. On citera les exemples du Canada et du Royaume-Uni,⁸⁰ où les délais d'attente excessivement longs pour certains actes de chirurgie et d'autres soins spécialisés, poussent les premiers à changer de continent pour leurs soins, et les seconds à venir en France qui n'est distante que de quelques heures.

Certains traitements ne sont pas disponibles dans tous les pays. Ainsi, les interruptions volontaires de grossesse, les thérapies à base de cellules souches ou la chirurgie pour ré assignement de sexe constituent des motifs de demande de soins transfrontaliers.

D'autres trouveront dans les soins transfrontaliers une opportunité de plus grande confidentialité, pour des traitements tels que les trithérapies ou les ré assignements de sexe par exemple, mais aussi pour la chirurgie reconstructrice de la face dans certains cas.

Le désir d'accès à la technologie de pointe peut aussi être un moteur de la recherche de soins transfrontaliers, ainsi que la meilleure qualité de soin.^{90,91} Mais d'autres facteurs peuvent avoir une influence, on pensera aux situations politiques de certains pays forçant les ressortissants à aller chercher dans d'autres pays les soins qu'ils ne peuvent plus obtenir dans le leur.

Plusieurs facteurs entrent donc en ligne de compte, et les principaux restent le coût des soins, les délais d'attente et la disponibilité ou non des soins dans le pays d'origine.

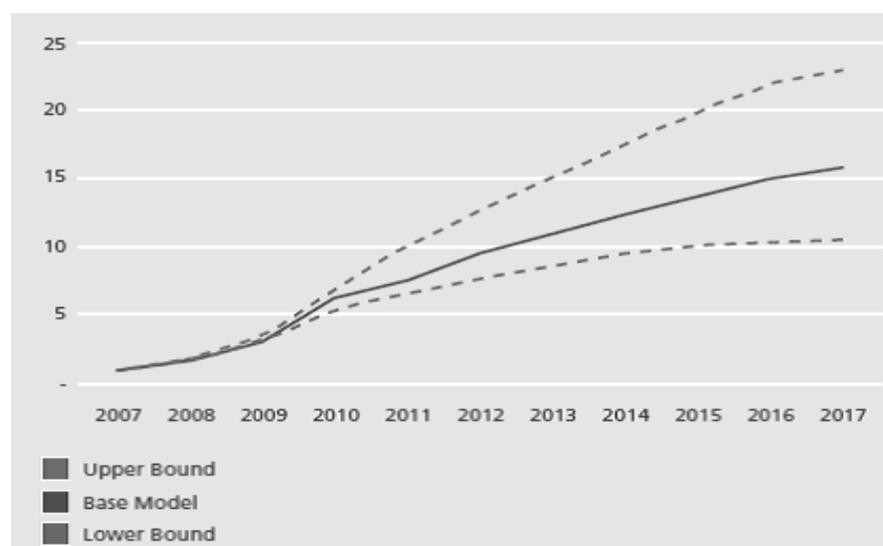
4.4.3 Les prévisions de croissance

Quelque soit l'organisme, la prévision est la même. Les soins transfrontaliers constituent un secteur émergent qui prendra de plus en plus d'ampleur dans les années à venir.^{80,90,91,93}

Les soins transfrontaliers représentent un marché de plusieurs milliards d'euros ou de dollars en pleine croissance pour Singapour, Hong Kong, la Thaïlande, l'Inde et d'autres pays d'Asie, mais aussi pour des pays plus proches de l'Europe, telle la Turquie.

Peu de données sont disponibles pour évaluer l'importance de ce secteur en croissance. Toutefois, on peut s'aider de quelques exemples pour saisir celle-ci. Les États-Unis devraient connaître une augmentation très importante du nombre de patients partant se faire soigner à l'étranger. Ce nombre est estimé à 750 000 pour 2007 selon Deloitte,⁹⁰ et pourrait se situer entre 10 et 23 millions d'ici 2017 si le système de santé américain ne connaissait pas de profondes réformes. En 2004, 1,2 million de patients se sont rendus en Inde pour des soins médicaux, 1,1 million en Thaïlande.⁹⁴ Au niveau mondial, le revenu généré par les soins transfrontaliers est estimé à plus de soixante milliards de dollars, avec une croissance annuelle de 20%, essentiellement au bénéfice des pays d'Asie.^{92,94}

Graphique 31 : Prévisions à 10 ans, pour les États-Unis, du nombre de patients en partance pour des soins.



Source : *Medical Tourism: Consumers in Search of Value*. Deloitte Center for Health Solutions; 2008.

L'Europe ne semble pas vouloir voir l'importance de ce secteur émergent. La Commission européenne estime que les soins transfrontaliers ne représentent qu'une part marginale des soins dispensés en Europe, situation qui ne devrait pas évoluer de façon significative selon elle, mais travaille tout de même à l'élaboration de directives les encadrant. Comme tout secteur émergent, ce n'est pas son volume qu'il convient d'étudier dans le présent, mais son potentiel de croissance. On rappellera que depuis un arrêt de la Cour européenne de justice en 1998, tout ressortissant européen est en droit de recevoir des soins dans chaque État membre, selon les mêmes conditions de prise en charge de son pays d'origine, sans entente préalable pour les soins non hospitaliers. Or, toutes les prévisions produites par les organismes internationaux,^{90,91,93} voient dans les prochaines années une forte croissance du marché intérieur.

La tendance actuelle est à la rationalisation de l'offre de soins, en particulier en ce qui concerne les soins hospitaliers. En France, celle-ci est en cours, et oblige certains patients à voyager à l'échelle d'un département ou d'une région. On peut envisager qu'elle débutera prochainement à l'échelle européenne, avec la création de pôles d'excellence vers lesquels seront dirigés les patients européens. La proposition de Directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins transfrontaliers est en discussion à la Commission européenne, avec pour exemple la reconnaissance des prescriptions médicales entre les différents États membres, ou la fusion des répertoires de professionnels de santé (dont la mise en place du RPPS en France est un préalable indispensable). Dans de telles conditions, européennes et extra européennes, on ne peut qu'envisager une croissance des soins transfrontaliers au sein de l'Union Européenne.

« [Les soins transfrontaliers ont] *le potentiel de faire au système de santé des États-Unis ce que l'industrie automobile japonaise a fait aux fabricants de voiture américains.* »
Uwe Reinhardt, économiste de la santé à l'Université de Princeton, *Time*, 21 mai 2006. Ce scénario n'est pas inenvisageable en Europe.

4.4.4 La place de la France

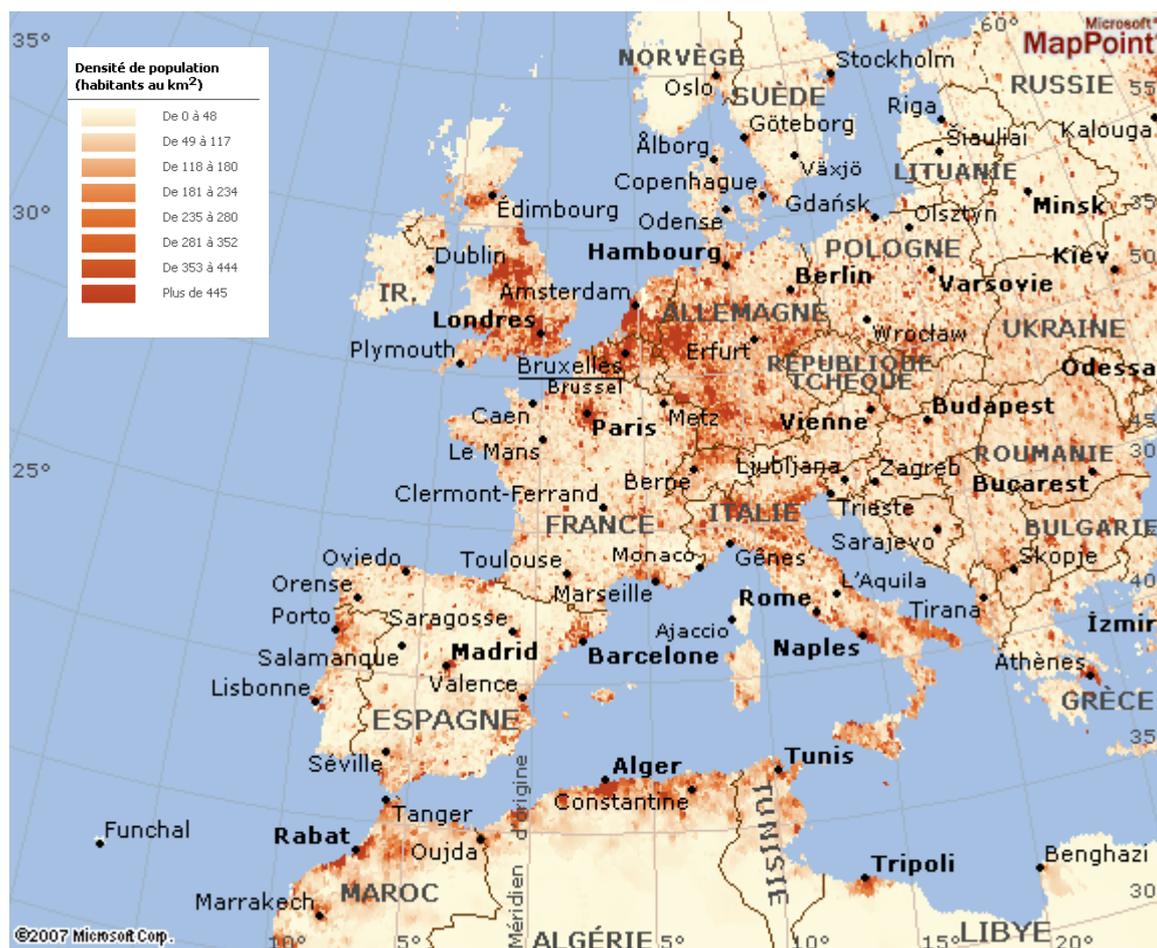
Sauf à interdire autoritairement la prise en charge de patients extranationaux, les soins transfrontaliers vont se développer.

La France est le carrefour de l'Europe. Elle est un passage obligé pour les déplacements nord-sud, et possède de nombreuses frontières avec d'autres pays membres de l'UE. Jusqu'à il y a peu à l'abri d'une telle problématique par la qualité de son système de soins, et plus particulièrement grâce à l'accès aux soins assuré pour tous, la France est l'objet de plusieurs signes inquiétants.⁶⁹ La mise en place du médecin traitant en 2004, initialement plébiscitée, commence à faire l'objet de vives critiques. Le temps médical disponible chez les médecins généralistes de premier recours diminue, tandis que le statut du médecin traitant tend à rejoindre celui du *gatekeeper* anglo-saxon. Les files d'attente tant redoutées risquent d'apparaître, et avec elles le désir jusqu'à présent peu courant en France de bénéficier de soins transfrontaliers.

En ce qui concerne l'afflux de patients étrangers en France, cet accès semble verrouillé. Aux frontières, quelques patients étrangers vont consulter des médecins français, et des accords existent entre certains hôpitaux et structures de soins frontaliers, mais le phénomène reste marginal.^{7,93} Pourtant, au regard des densités de populations européennes, on pourrait s'attendre à une situation tout autre.

Et c'est effectivement le cas de façon ponctuelle, par exemple au CHU de Lille, où le flux de patients en provenance de Grande-Bretagne représente une part non négligeable de son activité.⁷ Suite à cet exemple, on remarquera avec intérêt la relative stabilité de la démographie médicale du département du Nord et des régions Alsace-Lorraine ces dernières années, alors que ces zones ne bénéficient pas a priori d'un héliotropisme flagrant.

Carte 7 : Densités de populations européennes en 2005.



En s'intéressant aux densités de population, on remarque que la France est entourée de pays où celles-ci sont importantes, où la demande de soins l'est tout autant et où parfois l'accès aux soins est montré du doigt. Les soins transfrontaliers représentent un mode de consommation de soins en pleine croissance, et pour la France, cela signifie une opportunité à laquelle il convient de se préparer compte tenu de sa situation géographique. Car si jusqu'à présent le maître mot en matière de système de soins est la souveraineté des États, l'Europe tend à harmoniser ces systèmes, et elle entend bien favoriser les soins transfrontaliers.⁹⁷

Les pays frontaliers s'y préparent déjà et la France devrait profiter de son potentiel encore très important mais jusqu'à ce jour inexploité. Le secteur des soins transfrontaliers induit une certaine compétition entre les différentes structures de soins, de façon indirecte, par la question cruciale de la qualité des soins comme on le verra plus bas.

De plus, l'accueil de patients étrangers serait bénéfique sur le plan financier pour notre système de soins. Les dépenses de santé de ces patients étrangers ne seraient pas financées par notre propre système, et constituerait donc uniquement une recette. Par ailleurs, la création de nouveaux emplois comme on l'a vu plus haut, serait la source de nouvelles cotisations. À ce titre, on notera les prévisions de Deloitte concernant la masse financière engagée par les États-Unis dans les soins transfrontaliers qui s'élèverait entre 30 et 80 milliards de dollars d'ici 2017.⁹⁰

Dans cette optique d'ouverture aux soins transfrontaliers, les effectifs médicaux devraient donc être revus pour permettre la prise en charge de soins à une population étrangère, le *numerus clausus* perdant encore un peu plus ici de son utilité, tout du moins dans son mode d'application actuel.

4.4.5 Les problèmes soulevés par les soins transfrontaliers

Les soins transfrontaliers suscitent quelques interrogations. Parmi celles-ci et de façon non exhaustive, la qualité des soins reçus, depuis la prise en charge initiale jusqu'au retour effectif à son domicile, et les questions d'éthique.

172

4.4.5.1 Les problèmes organisationnels

De nombreux acteurs sont impliqués dans les soins transfrontaliers. À chaque niveau, il s'agit de s'assurer de la qualité de l'information fournie, des prestations annexes et du bien ou du service médical demandé.

L'information initiale peut provenir de relations personnelles ou professionnelles, dans ce cas la confiance inter individuelle ne regarde que le patient demandeur, mais peut et provient surtout d'un intermédiaire professionnel. Celui-ci passe le relais au véritable organisateur du séjour médical, une sorte de tour opérateur, d'où la dénomination de « tourisme médical ». En effet, ce professionnel va être le chef d'orchestre du processus en mettant en relation le patient avec la structure de soins choisie, éventuellement une équipe

médicale dans le pays d'origine afin de réaliser un bilan, et bien sûr la compagnie de transport et l'hôtellerie.

Mais le problème qui focalise le plus l'attention, à juste titre, est la qualité des soins prodigués. Les médias rapportent régulièrement des cas sensibles concernant de tels soins dont l'évolution a été défavorable et, naturellement, les structures de soins tournées vers les soins transfrontaliers ont axé leurs efforts sur la qualité des soins.

Des nombreuses normes internationales existent, telle la norme ISO, et certaines sont spécifiquement établies pour le monde médical telles celles de l'ISQua (*International Society for Quality in Health Care*), basé en Irlande et partenaire officiel de l'OMS, sur lesquelles s'appuient d'autres organismes qui vont accréditer les établissements de soins sur le plan international.

Sur la scène internationale, quatre grands organismes d'accréditation sont reconnus :

- le *Joint Commission International* (JCI) aux États-Unis, qui accrédite des structures de soins sur tous les continents ;
- le *Trent Accreditation Scheme* (TAS) en Grande-Bretagne, pour la Grande-Bretagne et Hong-Kong ;
- l'*Australian Council on Healthcare Standards International* (ACHSI) en Australie, qui accrédite des hôpitaux au Moyen Orient, en Inde, en Asie et en Océanie
- Agrément Canada qui agréé quelques établissements au niveau international depuis sept 2008.

Pour faire la preuve de la qualité de leur offre de soins, certains hôpitaux sont à la recherche d'une accréditation reconnue mondialement. Cette démarche tend à se généraliser, et aboutit à une compétition accrue dans le domaine de la qualité des soins, où les soins transfrontaliers joueraient un rôle de catalyseur.

Concernant les organismes précédemment cités, le JCI est celui qui occupe la place prépondérante. Il est partenaire officiel de l'OMS dans le cadre de la *World Alliance for Patient Safety*, et a été lui-même accrédité par l'ISQua.

En 2005, soixante organismes de soins dans dix-sept pays étaient ainsi accrédités par le JCI.⁸⁰ En 2009, on en compte plus de deux cents dans trente six pays. On notera l'importante représentativité des pays : du golfe Persique ; du Brésil, berceau historique des soins transfrontaliers ; de l'Inde et de Singapour en Asie ; de l'Europe ; de la Turquie, aux portes de l'Europe, avec le plus important contingent de structures accréditées.

La France ne possède pas de structure accréditée par le JCI, ni d'ailleurs par d'autres organismes internationaux d'accréditation. Certains objecteront que la France possède son propre organisme d'accréditation, la HAS, et que dès lors, il n'y a nul besoin d'aller chercher la reconnaissance hors de nos frontières. Ceci constitue une vision quelque peu prétentieuse et réductrice. Nos voisins européens possèdent eux aussi de telles autorités, mais savent profiter de ces accréditations internationales pour mesurer l'efficacité de leurs structures.

Dans ce contexte de globalisation de la médecine, que ce soit en termes d'accueil des patients ou d'évaluations internationales, la France se met à l'écart. Le nouveau paradigme de la santé qui s'installe à l'échelle mondiale n'attendra pas la France.

Tableau 9 : Accréditations internationales délivrées par la *Joint Commission International*, situation au 23 mars 2009.

	Total	Hôpitaux	Soins ambulatoires	Laboratoires	Autres
Europe					
Allemagne	6	6			
Autriche	4	1	2	1	
Chypre	1		1		
Danemark	7	6			1
Espagne	17	8	9		
Irlande	15	13	2		
Italie	13	10	3		
Portugal	2	2			
République Tchèque	3	3			
Suisse	1	1			
Turquie	31	28	0	2	1
Autres pays					
Arabie Saoudite	23	22	1		
Bangladesh	1	1			
Barbade	1		1		
Bermudes	1			1	
Brésil	16	10	6		
Chili	1	1			
Chine	6	6			
Corée	1	1			
Costa Rica	2	2			
Égypte	1	1			
Émirats Arabes Unis	19	17	1	1	
Éthiopie	1			1	
Inde	11	10	1		
Indonésie	1	1			
Israël	3	3			
Jordanie	4	4			
Liban	2	2			
Malaisie	2	2			
Mexique	8	7	1		
Pakistan	1	1			
Philippines	2	2			
Qatar	5	5			
Singapour	15	13	2		
Taiwan	6	6			
Thaïlande	5	5			

Source : *Joint Commission International*

Ces accréditations concernent les structures de soins. En revanche, le prochain défi du secteur des soins transfrontaliers sera probablement d'appliquer la même rigueur aux intermédiaires, car ceux-ci ne sont à ce jour soumis à aucune accréditation particulière.

Un autre point organisationnel délicat est à évoquer. L'accueil de patients étrangers ne doit pas interférer de façon négative avec le système de soins national, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins. Ce point serait à étudier à un niveau politique, toutefois, on soulignera que le débat ne peut avoir lieu qu'à la condition d'une modification profonde de la vision du système de soins en tant que charge au profit d'une vision en termes

d'investissements à long terme où la limitation des effectifs médicaux par un *numerus clausus* n'a pas sa place.

4.4.5.2 Les problèmes éthiques

Les soins transfrontaliers soulèvent un certains nombres de problèmes éthiques, notamment la question de la fragilisation de l'accès aux soins pour les populations locales, et la nature même de certains soins.

Dans certains pays, l'accueil de patients étrangers faisant volontairement la démarche de franchir les frontières dans le but précis de bénéficier de soins peut poser un problème d'accès aux soins pour les populations locales. Les ressources médicales vont être mobilisées pour les soins aux patients étrangers, diminuant d'autant celles disponibles pour les nationaux. Cette question suscite les passions en Inde particulièrement,⁹⁸ où l'accès aux soins dans les zones rurales est parfois quasi inexistant, tandis que l'État fait la promotion active des soins transfrontaliers. La crainte porte aussi sur l'attrait du secteur privé aux dépens du public, majorant encore la difficulté d'accès aux soins pour les nationaux, et sur la mauvaise redistribution des revenus engendrés.⁹⁴

Un autre point inquiétant concerne certains soins recherchés, et pour lesquels on peut ici utiliser le terme de « tourisme médical » : la transplantation d'organe. Il s'agit plus ici d'un trafic frauduleux, mais ces pratiques, par leur impact médiatique fort, stigmatisent l'ensemble des soins transfrontaliers. Les États doivent lutter contre de telles pratiques, même si les soins transfrontaliers devaient en pâtir. À cet effet, et à l'initiative de la Société de transplantation et de la Société internationale de néphrologie, un sommet s'est tenu à Istanbul, réunissant plus de cent cinquante professionnels, officiels, scientifiques et juristes de 78 pays et 20 organisations internationales, à l'issue duquel a été rendue publique le 2 mai 2008 la « Déclaration d'Istanbul contre le trafic d'organes et le tourisme de transplantation ». Celle-ci réaffirme des principes d'éthique universelle forts, et invite tous les gouvernements à œuvrer contre ces fléaux.

4.4.6 La création d'une agence internationale pour les soins transfrontaliers pilotée par l'Organisation Mondiale de la Santé

La Santé est un Bien Public Mondial. Cet élément est lentement pris en compte par les pays riches qui n'étaient jusqu'à présent que peu concernés. Il ne s'agit pas de lutter contre un phénomène qui quoi qu'il arrive s'installera de façon durable, mais plutôt de l'aider à prendre sa place, en l'accompagnant et en l'encadrant.

On ne peut pas faire tout ce que l'on veut et n'importe comment. Les accréditations se développent, nécessaires pour la qualité des soins, des personnalités se réunissent pour indiquer ce que l'on ne peut pas, et ce qu'on ne doit pas faire, mais il manque une autorité de référence, transcendant toutes les autres.

L'OMS s'est vite rendu compte qu'il existait des différences notables entre les structures se destinant aux soins transfrontaliers, et a lancé en 2004 la *World Alliance for Patient Safety* afin d'assister les hôpitaux et gouvernements qui en avaient besoin, dans la mise en place de standards internationaux.

177

On pourrait aller plus loin et réfléchir à la création d'une Agence Internationale pour les Soins Transfrontaliers qui fonctionnerait avec les partenariats déjà existants, et dont la mission serait de coordonner toute la chaîne des soins transfrontaliers. Des agences locales à l'échelon national seraient créées, dépendantes d'agence régionales. Chaque acteur de soins transfrontaliers devrait nécessairement obtenir une accréditation validée par l'OMS, et les données seraient en libre accès sur un portail internet mettant en relation de façon transparente patients et fournisseurs de soins.

L'OMS, dont les missions sont par essence internationales, existe, elle a déjà développé des partenariats forts dans ce secteur ; il ne reste plus qu'à trouver la volonté.

CONCLUSION

Le *numerus clausus* est loin d'avoir tenu ses promesses. Dans les textes, il avait pour but de garantir une formation pratique de qualité dans les services hospitaliers à tous les étudiants, de répondre aux besoins de la population, de corriger les disparités de répartition sur le territoire. Progressivement, il est devenu le seul outil de régulation de la démographie médicale, dans un objectif de contrôle des dépenses de santé. Bien qu'il ait été créé en 1971, ses conséquences n'ont jamais été évaluées.

Les études médicales, extrêmement longues, induisent une inertie dans la prise en compte des effets de la restriction des effectifs. Le *numerus clausus*, outil de régulation démographique, s'avère inadapté, d'autant plus qu'il ne prend pas en compte certains paramètres, comme le vieillissement de la population médicale, l'accroissement de la demande de soins et l'accélération des progrès techniques.

Chaque année, des milliers d'étudiants, pourtant d'un niveau satisfaisant sont en situation d'échec.

178

Du fait d'une certaine stabilité dans le nombre de postes de spécialités, à l'internat puis aux ECN, ce sont les effectifs de médecine générale qui ont le plus pâti. L'hospitalo-centrisme a complètement occulté la médecine de ville,

Par ailleurs, des modifications sociologiques inattendues sont apparues, telles que la féminisation de la profession médicale, l'explosion de l'exercice salarié au détriment de l'exercice libéral, le choix du remplacement de longue durée, sans que l'on puisse dire si elles étaient causes ou conséquences du *numerus clausus*. Il est en tous cas certain qu'elles ont majoré son retentissement sur l'exercice professionnel des médecins d'aujourd'hui.

Au début des années 2000, est apparu un nouvel outil, le temps médical disponible, qui a permis de réaliser l'ampleur de la pénurie à venir. Pour parer au plus pressé, il a fallu recourir aux médecins étrangers à l'hôpital. Du fait du vieillissement des généralistes et du non renouvellement des générations de médecin, il existe un vrai risque de perte d'information médicale, par le biais de la rupture de transmission des dossiers.

On commence à envisager une coopération interprofessionnelle avec délégation de certains actes au niveau de la médecine de premier recours, bien que difficile à mettre en place de prime abord ; les infirmières, sages-femmes, dentistes et masseurs-kinésithérapeutes étant déjà des professions à l'équilibre démographique précaire. Sans compter que la multiplication des acteurs de prise en charge, risque de fragmenter l'information médicale globale, et de la rendre encore moins exploitable. La désertification, marginale aujourd'hui, va s'accroître dans les prochaines années, faute de nouvelles installations.

Nous sommes actuellement au cœur d'une prise de conscience de l'intérêt cardinal de la médecine de soins primaires en termes de santé publique. Le statut de la médecine générale est appelé à s'inscrire dans la loi. Malheureusement, les effectifs des médecins généralistes de soins primaires, ont été les principaux touchés par la pénurie, tout en restant surestimés dans l'opinion publique : la vision erronée de l'Île-de-France comme région sur-dotée en est le meilleur exemple.

Le MICA, instauré comme le *numerus clausus* dans un but de régulation des dépenses de santé, toujours selon la théorie de la demande induite de nos économistes et nos politiques, n'aura pas eu l'effet escompté : loin de réduire les dépenses de santé, il aura en revanche alourdi les charges des médecins.

La situation dramatique du régime ASV de la CARMF, largement aggravée par le *numerus clausus* et remettant en cause le fondement des conventions avec les nouvelles générations, s'ajoute à la tension déjà présente dans le secteur libéral.

L'aspiration à un meilleur exercice et à une meilleure qualité de vie, la peur de l'isolement et du *burn out*, l'état de faillite de l'ASV, n'encouragent pas, on le comprend, l'installation du jeune praticien. On peut douter, dans ce contexte de tension et de fragilité, de l'efficacité de mesures coercitives à l'installation. Serait-ce la fin de la médecine libérale ?

L'image de la médecine et de la recherche médicale française se ternit peu à peu,

dans le monde et à l'intérieur de nos frontières.

À l'heure actuelle et au niveau macroéconomique, même si l'influence du *numerus clausus* ne semble pas évidente, on ne peut toutefois pas conclure, puisque l'effectif global de médecins ne commencera à diminuer qu'en 2009. Ce qui est certain, c'est que nous en sommes réduits à devoir gérer la répartition d'une pénurie. En 2030, la densité médicale sera équivalente à celle de 1988.

Le fondement du *numerus clausus* à savoir la théorie de la demande induite par l'offre est pour le moins remis en question. Le progrès, en tant que facteur de la demande induite semble aujourd'hui plus pertinent pour les observations économiques. Et il est bien connu qu'« on n'arrête pas le progrès ! »

Dans une optique d'harmonisation des études médicales au niveau européen et de création d'un véritable tronc commun d'enseignement aux différentes professions de santé, ce qui permettrait une meilleure communication inter professionnelle, l'abandon du *numerus clausus* dans sa forme actuelle semble envisageable, compte tenu de ses effets catastrophiques. La sélection se ferait au fur et à mesure de la progression dans les études.

180

L'Institut de recherche sur la santé de *PricewaterhouseCoopers* prévoit que les dépenses de santé des pays de l'OCDE vont plus que tripler, passant de 2 200 milliards d'euros en 2002 à 8 300 milliards d'euros d'ici 2020. Cette croissance sera plus rapide que celle du PIB.

Aujourd'hui il est courant de stigmatiser les dépenses de santé, en tant que poids économique à maîtriser à tout prix. En réalité, le secteur de la santé est un facteur de croissance de l'économie. Le chiffre d'affaires de l'économie de la santé augmentera de plus en plus vite, du fait de l'évolution des technologies médicales et de l'accroissement de la demande de soins qui résulte de l'allongement de l'espérance de vie, et de la hausse du niveau de vie, jusqu'à devenir le premier secteur économique mondial. Dans cette optique, il conviendrait en premier lieu d'oser dé plafonner les dépenses de santé, et de ne plus envisager ces dépenses comme une pure perte, mais comme un investissement à long

terme : le maintien du *numerus clausus* n'a plus lieu d'être.

Cela permettrait la formation de praticiens qui constitueraient des équipes « clefs en main » exportables selon les besoins des pays en voie de développement, selon des programmes inscrits dans la durée et non plus liés à l'urgence. La France a limité la formation de médecins sur son territoire d'une façon plus que raisonnable, en intégrant le profit qu'elle pouvait tirer de l'utilisation des ressources humaines de pays déjà fragiles, on peut dire de façon un peu provocatrice qu'elle leur doit bien ça !

Mais ces projets, ponctuels ou ciblés sur une maladie ont leurs limites. La demande actuelle des pays en voie de développement comprend les soins primaires et l'éducation thérapeutique. Cette question importante dans les pays industrialisés est cruciale dans les pays en voie de développement.

Parallèlement, le concept de santé en tant que bien public mondial évolue. Il est désormais courant de recevoir des soins dans des pays autres que son pays de résidence, en fonction de facteurs comme le coût des soins, les délais d'attente et la disponibilité ou non des soins dans le pays d'origine. Ces soins transfrontaliers sont représentés de façon quasi exclusive par des soins spécialisés.

La tendance actuelle à la rationalisation de l'offre de soins, en particulier en ce qui concerne les soins hospitaliers est en cours en France. Au niveau européen, on peut envisager la création de pôles d'excellence vers lesquels seront dirigés les patients européens. La proposition de Directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins transfrontaliers est en discussion à la Commission européenne.

Toutefois, l'accueil de patients étrangers ne doit pas interférer de façon négative avec le système de soins national, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins.

Mais dans ce contexte de globalisation de la médecine, que ce soit en termes d'accueil des patients ou d'évaluations internationales, le débat ne peut avoir lieu qu'à la condition d'une modification profonde de la vision du système de soins en tant que charge au profit d'une vision en termes d'investissements à long terme.

La création d'une Agence Internationale pour les Soins Transfrontaliers qui fonctionnerait avec les partenariats déjà existants, et dont la mission serait de coordonner et d'accréditer toute la chaîne des soins transfrontaliers, est indispensable. L'OMS, dont les missions sont par essence internationales, existe, et elle a déjà développé des partenariats forts dans ce secteur.

En maintenant le *numerus clausus*, la France se met à l'écart. Le nouveau paradigme de la santé qui s'installe à l'échelle mondiale n'attendra pas la France.

ANNEXES

Annexe 1 : Répartition par spécialité des bénéficiaires du MICA depuis sa création.

Spécialité	Effectif
Médecine générale	7309
Pédiatrie	289
Anesthésie réanimation	287
Gynécologie obstétrique	267
Chirurgie générale	265
Pathologie cardio-vasculaire	248
Radiologie imagerie médicale	247
Ophtalmologie	239
Dermato vénéréologie	211
Psychiatrie générale	180
Oto-rhino laryngologie	175
Rhumatologie	131
Gastro-entérologie hépatologie	123
Neuropsychiatrie	118
Stomatologie	114
Anatomie cytologie pathologiques	102
Spécialité non précisée	96
Pneumologie	36
Gynécologie médicale	31
Chirurgie orthopédique traumatologie	29
Médecine interne	29
Médecine physique et de réadaptation	24
Néphrologie	14
Neurologie	11
Chirurgie urologique	10
Radiothérapie	9
Endocrinologie et métabolisme	8
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	2
Hématologie	1
Médecin biologiste	1
Médecine nucléaire	1
Neurochirurgie	1
Obstétrique	1
Oncologie radiothérapique	1
Chirurgie infantile	0
Chirurgie maxillo-faciale	0
Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	0
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	0
Chirurgie vasculaire	0
Chirurgie viscérale et digestive	0
Génétique médicale	0
Oncologie médicale	0
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	0
Total	10 610

Annexe 2 : Maslach Burn out Inventory.

Fréquence des items :

- jamais : 0
- quelques fois par année au moins : 1
- une fois par mois au moins : 2
- quelques fois par mois : 3
- une fois par semaine : 4
- quelques fois par semaine : 5
- chaque jour : 6

ITEM	FRÉQUENCE
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0 1 2 3 4 5 6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0 1 2 3 4 5 6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0 1 2 3 4 5 6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0 1 2 3 4 5 6
9. J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0 1 2 3 4 5 6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0 1 2 3 4 5 6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0 1 2 3 4 5 6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0 1 2 3 4 5 6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0 1 2 3 4 5 6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0 1 2 3 4 5 6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0 1 2 3 4 5 6
18. Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0 1 2 3 4 5 6
20. Je me sens au bout du rouleau	0 1 2 3 4 5 6
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0 1 2 3 4 5 6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0 1 2 3 4 5 6

184

Instructions pour le calcul des indices de l'échelle

Épuisement professionnel : questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

- Degré de *burn out* :
- total inférieur à 17 : bas
 - total compris entre 18 et 29 : modéré
 - total supérieur à 30 : élevé

Dépersonnalisation : questions 5, 10, 11, 15, 22.

- Degré de *burn out* :
- total inférieur à 5 : bas
 - total compris entre 6 et 11 : modéré
 - total supérieur à 12 : élevé

Accomplissement personnel : questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

- Degré de *burn out* :
- total supérieur à 40 : bas
 - total compris entre 34 et 39 : modéré
 - total inférieur à 33 : élevé

Des scores modérés, voire élevés aux 2 premières grilles sont le signe d'un épuisement professionnel latent, en train de s'installer.

Annexe 3 : Euro Health Consumer Index 2008.

Euro Health Consumer Index 2008

Sub-discipline	Indicator	Austria	Belgium	Bulgaria	Croatia	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	FYR Macedonia	Germany	Greece	Hungary	Ireland	Italy
1. Patient rights and information	1.1. Healthcare law based on Patients' Rights	●	●	○	●	●	○	●	●	●	●	●	○	●	●	○	○
	1.2. Patient organisations involved in decision making	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.3. No-fault malpractice insurance	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.4. Right to second opinion	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.5. Access to own medical record	●	○	●	●	○	●	●	○	●	○	●	●	○	○	○	○
	1.6. Register of legit doctors	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.7. Web or 24/7 telephone HC info with interactivity	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.8. Cross-border care information	○	●	●	n.a.	○	○	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○
	Subdiscipline weighted score		100	106	88	94	88	81	144	125	131	113	88	100	100	119	88
2. e-Health	2.1. Provider catalogue with quality ranking	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	2.2. EPR penetration	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	2.3. e-transfer of medical data	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	2.4. e-prescriptions	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Subdiscipline weighted score		50	42	50	33	50	42	100	50	58	50	50	50	33	58	42
3. Waiting time for treatment	3.1. Family doctor same day access	●	●	●	●	○	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	3.2. Direct access to specialist	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	3.3. Major non-acute operations <90 days	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○
	3.4. Cancer therapy < 21 days	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	3.5. MRI scan < 7days	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Subdiscipline weighted score		173	173	133	93	120	147	120	147	80	133	93	187	133	160	107
4. Outcomes	4.1. Heart infarct case fatality	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○
	4.2. Infant deaths	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.3. Cancer 5-year survival	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.4. Avoidable deaths – years of Life Lost	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.5. MRSA infections	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.6 Rate of decline of suicide	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.7. % of patients with high HbA1c levels (> 7)	○	○	n.a.	n.a.	○	○	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○
	Subdiscipline weighted score		202	131	107	119	143	179	214	143	214	190	107	190	179	131	190
5. Range and reach of services provided	5.1. Cataract operations per 100 000 age 65+	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○
	5.2. Infant 4-disease vaccination	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	5.3. Kidney transplants per million pop.	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○
	5.4. Dental care affordability	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	5.5. Rate of mammography	○	○	n.a.	○	n.a.	○	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○
	5.6. Informal payments to doctors	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Subdiscipline weighted score		108	133	58	75	75	92	117	92	133	108	75	100	67	92	92
6. Pharmaceuticals	6.1. Rx subsidy	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○
	6.2. Layman-adapted pharmacopeia?	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○
	6.3. New cancer drugs deployment speed	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○
	6.4. Access to new drugs (time to subsidy)	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○
	Subdiscipline weighted score		150	75	50	50	88	100	125	113	88	100	50	113	88	88	125
Total score		784	661	486	464	563	640	820	669	705	695	463	740	599	647	643	640
Rank		3	12	28	29	21	16	2	11	9	10	30	6	19	14	15	16

Euro Health Consumer Index 2008

Sub-discipline	Indicator	Latvia	Lithuania	Luxembourg	Malta	Netherlands	Norway	Poland	Portugal	Romania	Slovakia	Slovenia	Spain	Sweden	Switzerland	United Kingdom
1. Patient rights and information	1.1. Healthcare law based on Patients' Rights	○	●	○	○	●	●	○	○	○	●	●	●	○	●	○
	1.2. Patient organisations involved in decision making	○	●	○	○	●	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○
	1.3. No-fault malpractice insurance	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.4. Right to second opinion	○	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.5. Access to own medical record	○	●	●	○	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.6. Register of legit doctors	○	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.7. Web or 24/7 telephone HC info with interactivity	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.8. Cross-border care information	○	●	●	●	○	n.a.	○	○	○	○	○	○	○	n.a.	○
	Subdiscipline weighted score	56	131	106	94	125	106	94	63	81	94	119	75	100	100	94
2. e-Health	2.1. Provider catalogue with quality ranking	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	2.2. EPR penetration	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	2.3. e-transfer of medical data	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	n.a.	○
	2.4. e-prescriptions	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	n.a.	○
	Subdiscipline weighted score	33	33	42	33	92	75	33	42	33	42	50	50	75	50	92
3. Waiting time for treatment	3.1. Family doctor same day access	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	3.2. Direct access to specialist	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	3.3. Major non-acute operations <90 days	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	3.4. Cancer therapy < 21 days	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	3.5. MRI scan < 7days	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Subdiscipline weighted score	67	120	187	107	133	107	107	80	160	133	80	93	80	187	93
4. Outcomes	4.1. Heart infarct case fatality	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.2. Infant deaths	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.3. Cancer 5-year survival	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.4. Avoidable deaths – years of Life Lost	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.5. MRSA infections	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	n.a.	○
	4.6 Rate of decline of suicide	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.7. % of patients with high HbA1c levels (> 7)	○	○	○	n.a.	○	○	○	n.a.	n.a.	n.a.	○	○	○	n.a.	○
	Subdiscipline weighted score	143	119	190	119	214	202	131	131	71	95	167	179	238	167	155
5. Range and reach of services provided	5.1. Cataract operations per 100 000 age 65+	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	5.2. Infant 4-disease vaccination	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	5.3. Kidney transplants per million pop.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	5.4. Dental care affordability	○	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	○	○	n.a.	○
	5.5. Rate of mammography	○	n.a.	○	n.a.	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	○
	5.6. Informal payments to doctors	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Subdiscipline weighted score	100	67	133	92	150	117	83	92	67	92	92	117	125	83	117
6. Pharmaceuticals	6.1. Rx subsidy	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	6.2. Layman-adapted pharmacopeia?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	6.3. New cancer drugs deployment speed	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	6.4. Access to new drugs (time to subsidy)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Subdiscipline weighted score	50	50	100	88	125	100	63	100	75	100	75	125	125	125	100
Total score	449	520	758	532	839	707	511	507	488	556	582	639	743	712	650	
Rank	31	24	4	23	1	8	25	26	27	22	20	18	5	7	13	

BIBLIOGRAPHIE

1. **Cerise M.** Rapport de la commission n°9. Exercice illégal de la médecine, médecins étrangers, conseil de discipline, limitation du nombre des médecins. *Gazette médicale de Paris : journal de médecine et des sciences accessoires* 1845; série 2, tome 13(48):781(4).
Disponible sur: <http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/page?90182x1845x13&p=795>
Consulté le: 3 décembre 2009

2. **Caselli G, Vallin J, Wunsch G.** *Démographie : analyse et synthèse, tome 7. Histoires des idées et politiques de population.* Paris: Institut national d'études démographiques; 2006.

3. **Pressat, Gastaut, Castaigne, Lory.** *Rapport sur l'organisation des études médicales.* [Rapport interministériel]. Paris: La Documentation Française; Mai 1970. 124 p.

4. **Mougeot M, Atkinson T, Dimicoli Y.** *Régulation du système de santé.* La Documentation Française. Paris: Conseil d'Analyse Économique; 1999. 203 p.
Disponible sur: <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/994000153/0000.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009

5. **Arrow K.** Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review.* Déc. 1963;53(5):941(32).
Disponible sur: <http://jay-pcor.stanford.edu/Readings/Lecture01/arrow.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009

6. **Trinquard S.** *Demande induite par l'offre ambulatoire : un survol de la littérature théorique et empirique.* Cahiers du LASER. Université de Montpellier 1 - Faculté des Sciences Économiques. [en ligne]. 2006; (20-03-06).
Disponible sur: <http://www.laser.univ-montp1.fr/Cahiers/cahier200306.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009

7. **Berland Y, Gausseron T.** *Mission "démographie des professions de santé".* La Documentation Française. Paris: Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées; 2002. 114 p.
Disponible sur: <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/024000643/0000.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009

8. **Bourgueil Y, Durr U, Rocamora-Houzard S.** *La régulation démographique de la profession médicale en Allemagne, en Belgique, aux États-Unis, au Québec et au Royaume-Uni.* Études et Résultats. Paris: DREES; Juin 2001. 12 p.
Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er120.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009

9. **Pilon-Tremblay C.** *Sélection des étudiants en médecine : comparaison entre France et Québec.* Winckler's Webzine. [en ligne]. 2005.
Disponible sur: http://martinwinckler.com/article.php3?id_article=674
Consulté le: 3 décembre 2009

10. **Chabot J-M.** Démographie médicale: les mécanismes de la crise. *Rev Prat Med Gen.* Nov. 2001;15(553):1917(10).

11. **Choussat J.** *Rapport d'ensemble sur la démographie médicale.* La Documentation Française. Paris: Inspection générale des affaires sociales. Inspection générale des finances; Déc. 1997. 45 p.
Disponible sur: <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/974071590/0000.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
12. **CREDES.** *Les besoins en médecins : état des connaissances et pistes de recherche.* Questions d'économie de la santé. Paris: CREDES; Mars 2001. 6 p.
Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Oes/Oes35.pdf> Consulté le: 3 décembre 2009
13. **Bouet P.** *Liberté d'installation, liberté d'exercice. Quelle médecine pour quels médecins ?* Paris: Conseil national de l'Ordre des médecins; Juin 2003. 46 p.
Disponible sur: <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/rapportdudr.bouet.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
14. **Langlois J.** *La démographie médicale future.* Paris: Conseil national de l'Ordre des médecins; Déc. 2001. 22 p.
Disponible sur: <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/demofuture.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
15. **Berland Y.** *Commission démographie médicale.* La Documentation Française. Paris: Ministère des solidarités, de la santé et de la famille. Commission familles, vulnérabilité, pauvreté; Avril 2005. 64 p.
Disponible sur: <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/054000315/0000.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
16. **HCAAM.** *Avis sur les conditions d'exercice et de revenus des médecins libéraux.* Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie; Mai 2007. 16 p.
Disponible sur: <http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/avis.htm>
Consulté le: 3 décembre 2009
17. **Le Breton-Lerouillois G, Kahn-Bensaude I.** *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2008.* Paris: Conseil national de l'Ordre des médecins; Sept. 2008. 164 p.
Disponible sur: <http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/atlas2008.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
18. **Chabot J-M.** *Études médicales : 50 ans de réformes.* *Rev Prat* 2006;56:299(2).
19. **ONDPS.** *Le rapport 2004.* La Documentation Française. Paris: Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé; Nov. 2004
Disponible sur: <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000455/0000.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
20. **Nicolas G, Duret M.** *Propositions sur les options à prendre en matière de démographie médicale.* La Documentation Française. Paris: Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère de la santé; Juin 2001. 23 p.
Disponible sur: <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/014000543/0000.htm>
Consulté le: 3 décembre 2009

21. **Mornat J, Viguiet M, Cerruti FR, Lagarde G, Lange J.** *L'exercice médical à l'horizon 2020*. Paris: Conseil national de l'Ordre des médecins. Conseil national permanent; Juin 2004. 49 p.
Disponible sur: <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/cnpexercicemedicalalhorizon2020.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
22. **Guedes-Marchand C.** *Le remplaçant, cet intermittent de la médecine générale : sa place dans le système de soins* [Thèse d'exercice]. Paris: Paris 7 - Paris Diderot; Déc. 2008. 103 p.
Disponible sur: <http://thesesdemedecine.free.fr/wp-content/thesis/RemplacantMedGen.CecileGuedesMarchand.pdf> Consulté le: 3 décembre 2009
23. **Kahn-Bensaude I.** *La féminisation, une chance à saisir*. Paris: Conseil national de l'Ordre des médecins; Déc. 2005. 38 p.
Disponible sur: <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/feminisation2005.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
24. **Merzouk M.** *La féminisation de la profession médicale en Algérie : essai d'analyse sociologique*. Marché du travail et genre : Maghreb - Europe. Bruxelles; 2004. 413 p.
25. **Torrenté de la Jara G, Pécoud A, Jaunin-Stalder N.** Y a-t-il un avenir pour les femmes à temps partiel en médecine de premier recours ? *Revue Médicale Suisse*. Oct 2005;1(38):2457(6).
Disponible sur: <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=30726>
Consulté le: 3 décembre 2009
26. **Legmann M,** *La démographie médicale : situation au 1er janvier 2009 (Données du CNOM)*. Conférence inaugurale de MEDEC. Paris; 11 mars 2009.
27. **Labarthe G, Herault D.** *Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002*. Études et Résultats. Paris: DREES; Juin 2003. 8 p.
Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er244.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
28. **Hardy-Dubernet A.** *Femmes en médecine, vers un nouveau partage des professions ?* *Revue française des Affaires Sociales*. DREES. [en ligne]. 2005; (1).
Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/drees/rfas/rfas200501/200501-art04.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
29. **Niel X, A.Vilain.** *Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions socio-démographiques*. Études et Résultats. Paris: DREES; Mai 2001. 8 p.
Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er114.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
30. **ONDPS.** *Le rapport 2005*. Paris: Observatoire national de la démographie des professions de santé; 2005
Disponible sur: http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport2005.pdf
Consulté le: 3 décembre 2009
31. **Aulagnier M, Obadia Y, Paraponaris A.** *L'exercice de la médecine générale libérale : premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises*. Études et Résultats. Paris: DREES; Nov. 2007. 8 p.
Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er610.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009

32. **ONDPS.** *Rapport annuel 2006-2007.* La Documentation Française. Paris: Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé; Juin 2008. 624 p.
Disponible sur: <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000372/0000.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
33. **Leriché B.** *Le médecin malade.* Paris: Conseil national de l'Ordre des médecins. Conseil national permanent; Juin 2008. 81 p.
Disponible sur: <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/lemedecinmalade.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
34. **Szwarc G.** *Les nouvelles générations de médecins généralistes : profils et perspectives. De l'expérience d'URBAN, première association de remplaçants* [Thèse d'exercice]. Caen: Université de Caen; Nov. 2007. 226 p.
35. **Kahn-Bensaude I, Langlois J.** *Démographie médicale française. Situation au 1er janvier 2006.* Paris: Conseil national de l'Ordre des médecins; Juin 2006. 37 p.
Disponible sur: <http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/etude39.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
36. **Deau X.** *Étude de la problématique des PADHUE (Praticiens à diplôme hors union européenne).* Paris: Conseil national de l'Ordre des médecins; Avril 2006. 11 p.
Disponible sur: <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/padhue2006.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
37. **Chen L, Boufford JI.** Fatal flows - Doctors on the move. *N Engl J Med.* Oct. 2005;353(17):1850(3).
Disponible sur: <http://content.nejm.org/cgi/reprint/353/17/1850.pdf> Consulté le: 3 décembre 2009
38. **Evans T, Chen L, Evans D, Sadana R, Stilwell B, Travis P, et al.** *Travailler ensemble pour la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2006.* Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2006. 243 p.
Disponible sur: http://www.who.int/entity/whr/2006/whr06_fr.pdf Consulté le: 3 décembre 2009
39. **UE.** *Livre vert relatif au personnel de santé en Europe.* Bruxelles: Commission des communautés européennes; Déc. 2008. 16 p.
Disponible sur: http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_fr.pdf
Consulté le: 3 décembre 2009
40. **HAS.** *Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques.* Paris: Haute Autorité de Santé; 2007. 112 p.
Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_rapport_aspects_juridiques.pdf Consulté le: 3 décembre 2009
41. **Berland Y.** *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences (rapport d'étape).* La Documentation Française. Paris: Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées; Oct. 2003. 58 p.
Disponible sur: <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000619/0000.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009

42. **Elbaum M, Chambaretaud S.** *Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé*. Paris: Haute Autorité de Santé; Déc 2007. 320 p.
Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pratiques_actuelles_de_cooperation.pdf Consulté le: 3 décembre 2009
43. **Legmann M.** *La délégation de tâches, une solution appropriée mais...* Conseil National de l'Ordre des Médecins. [en ligne]. 2008.
Disponible sur: http://bulletin.conseil-national.medecin.fr/article.php3?id_article=185
Consulté le: 3 décembre 2009
44. **Bessière S, breuil-Genier P, Darriné S.** *La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national*. Études et Résultats. Paris: DREES; Nov. 2004. 12 p.
Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er352.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
45. **Attal-Toubert K, Vanderschelden M.** *La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales*. Études et Résultats. Paris: DREES; Fév. 2009. 8 p.
Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er679.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
46. **Descours C.** *Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire*. La Documentation Française. Paris: Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées; Juin 2003. 69 p.
Disponible sur: <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000383/0000.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
47. **Sliman G, Audic Y, Perigois E.** *Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel* Enquête BVA. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [en ligne]. 2007.
Disponible sur: <http://www.web.ordre.medecin.fr/actualite/enquetebvaattentesdesmedecins.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
48. **Hardy-Dubernet A-C, Gadéa C.** *De "faire médecine" à "faire de la médecine"*. Paris: DREES; Oct. 2005. 203 p.
Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud53.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
49. **Petkantchin V.** *Les mythes pernicious de la Sécu dans le domaine de la santé*. Note économique. Institut Économique Molinari. [en ligne]. 2007.
Disponible sur: <http://www.institutmolinari.org/IMG/pdf/note20071fr.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
50. **Menvielle G, Leclerc A, Chastang J-F, Luce D.** Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. Sept 2008;2008(33):289(4).
Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/BEh/2008/33/beh_33_2008.pdf
Consulté le: 3 décembre 2009

51. **Flajolet A.** *Avis fait au nom de la commission des affaires économiques, de l'environnement et du territoire sur le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.* Paris: Assemblée nationale; 2009. 74 p.
Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rapports/r1435.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
52. **Attali J.** *Commission pour la libération de la croissance française : 300 décisions pour changer la France.* La Documentation Française. Paris; Janv. 2008. 245 p.
Disponible sur: <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000041/0000.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
53. **Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J.** *Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières. L'apport d'expériences européennes et canadiennes - Document de travail.* Paris: DREES; Mars 2006. 227 p.
Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud57.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
54. **Fillon F, Bachelot-Narquin R.** *Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.* Bureau du Premier ministre ; Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Paris: Assemblée Nationale; 2008. 129 p.
Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/projets/pl1210.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
55. **ARHIF.** *Bilan des urgences en Île-de-France en 2006.* Paris: Agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France; Juil. 2008. 2 p.
Disponible sur: [http://www.parhtage.sante.fr/re7/idf/doc.nsf/VDoc/907AD4EB70390DC1C125749400323E16/\\$FILE/Bilan%20des%20Urgences%202006.pdf](http://www.parhtage.sante.fr/re7/idf/doc.nsf/VDoc/907AD4EB70390DC1C125749400323E16/$FILE/Bilan%20des%20Urgences%202006.pdf) Consulté le: 3 décembre 2009
56. **ARHIF.** *Bilan de l'activité des services d'urgence en Île-de-France en 2007.* Paris: Agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France; Fev. 2009. 11 p.
Disponible sur: [http://www.parhtage.sante.fr/re7/idf/doc.nsf/VDoc/D832A75A24F57B59C12575540033CA09/\\$FILE/Bilan%20des%20Urgences%20Synth%C3%A8se%202007.pdf](http://www.parhtage.sante.fr/re7/idf/doc.nsf/VDoc/D832A75A24F57B59C12575540033CA09/$FILE/Bilan%20des%20Urgences%20Synth%C3%A8se%202007.pdf)
Consulté le: 3 décembre 2009
57. **ARHIF.** *Bilan d'activité des services d'urgences en 2007 - Annexes.* Paris: Agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France; Mars 2009. 36 p.
Disponible sur: [http://www.parhtage.sante.fr/re7/idf/doc.nsf/VDoc/3518146F5C86BA0EC12575540033C9EC/\\$FILE/Annexes%20bilan%20des%20urgences%202007.pdf](http://www.parhtage.sante.fr/re7/idf/doc.nsf/VDoc/3518146F5C86BA0EC12575540033C9EC/$FILE/Annexes%20bilan%20des%20urgences%202007.pdf)
Consulté le: 3 décembre 2009
58. **Evans T, Van Lerberghe W, Rasanathan K, Mechbal A, OMS.** *Rapport sur la santé dans le monde 2008 : les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais.* Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2008. 142 p.
Disponible sur: http://www.who.int/whr/2008/08_report_fr.pdf
Consulté le: 3 décembre 2009
59. **CARMF.** *Livre blanc et noir de l'ASV.* Informations de la CARMF - Édition spéciale. Paris: Caisse autonome de retraite des médecins de France; Sept. 2007. 52 p.
Disponible sur: <http://www.carmf.fr/Doc/Publications/infocarmf/54-2007-livre-noir/images/Infocarmf542007livreblancetnoir.pdf> Consulté le: 3 décembre 2009

60. **Chatin B, Langlois J, Hartmann L, Ulmann P.** *Démographie médicale française. Situation au 1er janvier 2005.* Paris: Conseil national de l'Ordre des médecins; Juin 2005. 36 p.
Disponible sur: <http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/etatdeslieux38.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
61. **Kern B.** *Rapport fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur la proposition de résolution (n°1338) de M. Bernard Accoyer tendant à créer une commission d'enquête sur la gestion de la Caisse autonome de retraite des médecins français.* Paris: Assemblée nationale; Mars 1999. 22 p.
Disponible sur: <http://www.assembleenationale.fr/11/pdf/rap-reso/r1484.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
62. **Mouries R.** *L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives.* Paris: Union Régionale des Médecins Libéraux d'Île de France; Juin 2007. 59 p.
Disponible sur: http://www.urml-idf.org/urml/enquete/R_BurnOut_0707.pdf
Consulté le: 3 décembre 2009
63. **Gautier I.** Burn out des médecins. *Bulletin du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la ville de Paris.* Mars 2003;2003(86).
Disponible sur: <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/bibliothq/sallelec/textselect/burnout.html>
Consulté le: 3 décembre 2009
64. **Schernhammer E, Colditz G.** Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (Meta-analysis). *Am J Psychiatry.* Déc. 2004;161(12):2295(8).
Disponible sur: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/161/12/2295.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
65. **Schernhammer E.** Taking their own lives - The high risk of physician suicide. *N Engl J Med.* 2005;352(24):2473(4).
Disponible sur: <http://content.nejm.org/cgi/reprint/352/24/2473.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
66. **Hampton T.** Experts address risk of physician suicide. *JAMA.* Sept. 2005;294(10): 1189(2).
Disponible sur: http://www.afsp.org/files/Misc //JAMA.Physician_Suicide2005.pdf
Consulté le: 3 décembre 2009
67. **Even P.** *Faillite et carences de la recherche médicale universitaire.* Paris: Institut Necker; 2008. 11 p.
Disponible sur: http://www.cpp-sudmed2.fr/IMG/pdf/institut_Necker_recherche_en_CHU.pdf
Consulté le: 3 décembre 2009
68. **Esterle L, Laville F.** *Étude préliminaire sur la production scientifique des inter-régions hospitalo-universitaires en France (1995 et 2000). Étude co-financée par les centres hospitaliers universitaires et l'Inserm.* Paris: Observatoire des sciences et des techniques; Oct. 2005. 121 p.
Disponible sur: http://ist.inserm.fr/basisrapports/rapports/Etude_OST.pdf
Consulté le: 3 décembre 2009

69. **Health Consumer Powerhouse.** *EuroHealth Consumer index : l'indice des consommateurs de la santé en Europe.* Danderyd: Health Consumer Powerhouse; Juin 2005. 29 p.
Disponible sur: http://www.healthpowerhouse.com/media/EHCI2005_FR.pdf
Consulté le: 3 décembre 2009
70. **Health Consumer Powerhouse.** *Euro Health Consumer Index 2008.* Danderyd: Health Consumer Powerhouse; Nov. 2008. 71 p.
Disponible sur: <http://www.healthpowerhouse.com/files/2008-EHCI/EHCI-2008-report.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
71. **Petkantchin V.** *L'inefficacité de la maîtrise publique des dépenses de santé en France.* Note économique. [en ligne]. 2007.
Disponible sur: <http://www.institutmolinari.org/IMG/pdf/note20073fr.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
72. **Vasselle A.** *Rapport fait au nom de la commission des Affaires sociales sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, après déclaration d'urgence, relatif à l'assurance maladie.* Paris: Sénat; Juil. 2004. 263 p.
Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/103-424-1/103-424-11.pdf> Consulté le: 3 décembre 2009
73. **Palier B.** *La réforme des systèmes de santé.* 3^e ed. Paris: Presses Universitaires de France; 2008. 126 p. Que sais-je ? ISBN: 978-2-13-056218-4.
74. **Guillaume M.** *Économie de la santé: une réforme ? Non, une révolution !* Paris: Presses Universitaires de France; 2007. 94 p. ISBN: 978-2-13-056472-0.
75. **Björnberg A.** *The great healthcare paradigm shift - Building the largest service industry in society.* Health Consumer Powerhouse; Nov. 2005. 36 p.
Disponible sur: <http://www.healthpowerhouse.com/media/ParadigmShift.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
76. **Morelle A, Veyret J, Lesage G, Acker D, Noire D.** *Évaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales.* Paris: IGAS/IGAENR; Sept. 2008. 146 p.
Disponible sur: <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000641/0000.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
77. **Thuillez C.** *Commission sur l'intégration des professions médicales et pharmaceutiques au cursus LMD.* Paris: Ministère de la Santé et des Solidarités, Ministère délégué à l'Enseignement Supérieur et à la Recherche; Juil. 2006. 25 p.
Disponible sur: <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000620/0000.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
78. **Debouzie D.** *Rapport de la commission pédagogique nationale de la première année des études de santé.* Paris: Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. Ministère de la Jeunesse, de l'Éducation Nationale et de la Recherche; Juil. 2003. 58 p.
Disponible sur: <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000580/0000.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009

79. **Mattei JF, Etienne JC, Chabot JM.** *De la médecine à la santé : pour une réforme des études médicales et la création d'universités de santé.* Paris: Flammarion; 1997. 143 p. ISBN: 2-08-201634-X.
80. **PricewaterhouseCoopers.** *HealthCast 2020 : Créer un futur durable.* New York: Institut de recherche sur la santé de PricewaterhouseCoopers; 2005. 64 p.
Disponible sur: http://www.pwc.fr/healthcast_20201.html Consulté le: 3 décembre 2009
81. **Carey D, De-Michelis A.** *Étude économique des États-Unis, 2008.* Synthèses. Paris: OCDE; Déc. 2008. 12 p.
Disponible sur: <http://www.oecd.org/dataoecd/60/55/41812566.pdf> Consulté le: 3 décembre 2009
82. **OCDE.** L'augmentation des dépenses de santé pèse sur les finances publiques, constate l'OCDE. *OCDE* [En ligne]. 2006.
Disponible sur: http://www.oecd.org/document/50/0,3343,fr_2649_37407_36991730_1_1_1_1,00.html
Consulté le: 3 décembre 2009
83. **Elmeskov J.** *Prévisions concernant les États-Unis, le Japon et la zone euro.* Perspectives économiques. Paris: OCDE; Nov. 2008. 18 p.
Disponible sur: <http://www.oecd.org/dataoecd/55/18/41666344.pdf> Consulté le: 3 décembre 2009
84. **Fenina A, Geffroy Y, Duée M.** *Les Comptes nationaux de la santé 2007.* Études et Résultats. Paris: DREES; Sept 2008. 8 p.
Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er655.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
85. **Desgrées du Lou G.** La finalité des dépenses, c'est l'amélioration de la qualité de vie. *Panorama du médecin.* 12 janvier 2009; 5126-5127; 1.
86. **Trébuq A.** Changement de modèle pour les entreprises du médicament. *Panorama du médecin.* 12 janvier 2009; 5126-5127.
87. **Messi P.** "Le risque de dégradation de l'expertise française est réel". In La santé, une chance pour la France et les français. *Panorama du médecin.* 12 janvier 2009; 5126-5127.
88. **Smith R, MacKellar L.** Global public goods and the global health agenda: problems, priorities and potential. *Global Health.* Sept. 2007;3(9).
Disponible sur: <http://www.globalizationandhealth.com/content/3/1/9>
Consulté le: 3 décembre 2009
89. **France.** *Adapter l'aide de la France aux défis d'un monde changeant.* Paris: Agence Française de Développement; Ministère des Affaires Étrangères et Européennes; Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Emploi; Juil. 2008. 11 p.
Disponible sur: http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/Brochure_efficacite_de_l_aide-version_francaise.pdf Consulté le: 3 décembre 2009
90. **Deloitte.** *Medical Tourism: Consumers in Search of Value.* Washington, D.C.: Deloitte Center for Health Solutions; 2008. 30 p.
Disponible sur: http://www.deloitte.com/dtt/cda/doc/content/us_chs_MedicalTourismStudy%283%29.pdf Consulté le: 3 décembre 2009

91. **Ehrbeck T, Guevara C, Mango P.** *Mapping the market for medical travel.* McKinsey & Company; Mai 2008. 11 p.
Disponible sur: http://www.mckinseyquarterly.com/Health_Care/Strategy_Analysis/Mapping_the_market_for_travel_2134 Consulté le: 3 décembre 2009
92. **Yap J, Chen SS, Nones N, Deloitte.** *Medical tourism: the asian chapter.* Singapour: Deloitte Consulting Southeast Asia; 2008. 12 p.
Disponible sur: [http://www.deloitte.com/dtt/cda/doc/content/Medical%20Tourism%20-%20Asia%20Report%20-%20Web\(1\).pdf](http://www.deloitte.com/dtt/cda/doc/content/Medical%20Tourism%20-%20Asia%20Report%20-%20Web(1).pdf) Consulté le: 3 décembre 2009
93. **Rosenmüller M, McKee M, Baeten R, OMS.** *Patient mobility in the European Union. Learning from experience.* Copenhague: Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe; 2006. 212 p.
Disponible sur: http://www.euro.who.int/Document/Obs/Patient_Mobility.pdf
Consulté le: 3 décembre 2009
94. **Horowitz MD, Rosensweig JA, Jones CA.** Medical tourism: globalization of the healthcare marketplace. *MedGenMed* 2007;9(4)(33).
Disponible sur: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=18311383> Consulté le: 3 décembre 2009
95. **Haupt E, Pearson R, Hall T.** Three domains of competency in global health education: recommendations for all medical students. *Academic Medicine* 2007;82(3):222(4).
Disponible sur: <http://pdfs.journals.lww.com/academicmedicine/2007/03000/3.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009
96. **Drain PK, Holmes KK, Skeff KM, Hall TL, Gardner P.** Global Health Training and International Clinical Rotations During Residency: Current Status, Needs, and Opportunities. *Academic Medicine.* Mars 2009;84(3):320(6).
Disponible sur: http://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2009/03000/Global_Health_Training_and_International_Clinical.15.aspx Consulté le: 3 décembre 2009
97. **UE.** Proposition de Directive du Parlement Européen et du Conseil relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, 2008/0142 (COD) (2008).
Disponible sur: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/healthcare/docs/COM_fr.pdf
Consulté le: 3 décembre 2009
98. **Chinai R, Goswami R.** Medical visas mark growth of Indian medical tourism. *Bull World Health Organ* 2007;85(3):164(2).
Disponible sur: <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v85n3/v85n3a04.pdf>
Consulté le: 3 décembre 2009

ABSTRACT

Title: The *numerus clausus*: its side effects — its place in the globalization of medicine.

The French healthcare system has been experiencing high tension since the early 2000s. In 2009, profound organizational reforms are being discussed to overcome the announced medical shortage — without any prior analysis of the principal factor of this shortage. What is the result of 40 years of *numerus clausus* and how to consider the release from this system?

The *numerus clausus* is defined in the French law. It is used as a regulator of the health expenditure according to the theory of induced demand. We will analyze it through a literature review and from available demographic and economic data.

Everywhere in the world there is a selection process to go through to get into medical studies. The French *numerus clausus*, because of its indiscriminate and inconsequential use and its drastic reduction, has become an inadequate and devastator tool in many areas: the wasted potential of thousands of students is increasing year by year: the balance between specialties is broken: the legitimate socio-behavioral evolutions of the young doctors paradoxically threaten their own liberal retirement and the future of primary care: the planned reduction of youth "labor" forces to capture those from fragile countries; and the image of French medicine deteriorates. Finally, the evolution of the health expenditure proves to be linked to progress — not limitable — and not to medical manpower limitable by the *numerus clausus*.

A new paradigm of health — freed of the *numerus clausus* and in a vision of globalization — implies the Europeanization of an initial university education common to all health professionals. Recognition of the delayed benefit of the investments in an industry of health that would allow the development of the cross-border healthcare and the recognition of health as a global public good would follow.

The predictable effects of improper use of the *numerus clausus* will leave lasting marks, even if it is finally abandoned.

Key words: General practice. *Numerus clausus*. Medical demography. Primary care. Health economy. Cross-border healthcare. Medical tourism. Globalization.

RÉSUMÉ

Le système de santé français connaît de fortes tensions depuis le début des années 2000. En 2009, on discute de profondes réformes organisationnelles pour pallier la pénurie médicale annoncée, sans aucune analyse préalable du principal facteur de celle-ci. Quel est le bilan de 40 années de *numerus clausus* et comment envisager la sortie de ce système ?

Le *numerus clausus* est défini dans la loi française. Il est utilisé comme régulateur des dépenses de santé selon la théorie de la demande induite. On l'analysera à travers une revue de la littérature et à partir de données démographiques et économiques disponibles.

Une sélection s'applique à l'entrée dans les études médicales partout dans le monde. Le *numerus clausus* français, de par son utilisation aveugle et inconséquente, de par sa diminution drastique, est devenu un outil inadapté dévastateur dans de nombreux domaines : le gaspillage du potentiel de milliers d'étudiants s'amplifie d'année en année ; l'équilibre entre spécialités est rompu ; les évolutions socio-comportementales légitimes des jeunes médecins menacent paradoxalement leur propre retraite libérale et l'avenir des soins primaires ; la diminution planifiée de jeune « main d'œuvre » oblige à capter celles des pays fragiles ; l'image de la médecine française se dégrade. Enfin, l'évolution des dépenses de santé s'avère liée au progrès, non limitable, et non aux effectifs médicaux limitables par le *numerus clausus*.

Un nouveau paradigme de la santé, libéré du *numerus clausus* et dans une vision de globalisation, impliquerait l'europanisation d'une formation universitaire initiale commune à toutes les professions de santé. S'ensuivrait une reconnaissance des bénéfices retardés des investissements dans une industrie de santé qui permettrait le développement des soins transfrontaliers et la reconnaissance de la santé comme bien public mondial.

Les effets prévisibles d'une utilisation inadaptée du *numerus clausus* laisseront des traces durables, même s'il est enfin abandonné.

Mots clés : Médecine générale. *Numerus clausus*. Démographie médicale. Soins primaires. Économie de la santé. Médecine transfrontalière. Tourisme médical. Globalisation.
