



### Déterminer le besoin en spécialistes

**L'analyse de l'activité de trois spécialités médicales en région Rhône-Alpes a été un travail préalable incontournable dans le cadre de l'étude du besoin en spécialistes<sup>1</sup>.**

**P**our parler de besoins en médecins, il faut pouvoir en décrire quatre composantes :

- le « besoin de santé », c'est-à-dire la prévalence et l'incidence des « problèmes de santé » de la population (tous ceux qui concernent potentiellement les médecins, y compris les troubles « mal définis ») ;
- le « besoin de soins médicaux », qui associe au précédent, pour chaque problème, la pertinence et la justification de l'ensemble des actes médicaux possibles (techniques, mais aussi relationnels, psychologiques, sociaux) : type d'actes, lieux, durée, compétences requises, articulation des compétences ;
- la « production de soins » efficiente par médecin (notion de rendement), en incluant les activités annexes nécessaires à chaque acte en fonction des contextes d'exercice (gestion, formation continue, négociation, achats...) ;
- l'évolution des techniques médicales et de la démographie de la population.

La littérature internationale nous a permis de constater la grande pauvreté des travaux disponibles (à la fois quantitativement et qualitativement).

Parmi les modèles publiés ayant le mérite d'être « opérationnels », celui que nous avons retenu considère la consommation actuelle comme reflet du « besoin de soins » et permet d'oublier provisoirement le « besoin de santé » et la pertinence et la justification des actes. La description de la consommation doit être détaillée (type d'actes, médecins concernés, lieux de réalisation, population concernée). La production de soins par médecin peut alors être calculée sur la base du nombre actuel de médecins. On peut ensuite modéliser l'impact des changements démographiques et technologiques sur le « besoin de médecins ».

Nous avons réalisé cette approche en région Rhône-Alpes, pour trois spécialités (pédiatrie, gastro-entérologie, chirurgie

orthopédique). Pour les données d'activité médicale (quels actes, par quels médecins, dans quels lieux), nous avons sollicité les données de remboursement de l'assurance maladie, ainsi que les données du PMSI. Nous les avons complétées par une enquête *ad-hoc* auprès de tous les spécialistes identifiés dans la région [2].

Le premier constat est celui de la difficulté de disposer de données « analysables » à l'échelon régional : les fichiers posent problème. Nous avons en fin de compte travaillé essentiellement sur les données de l'enquête *ad hoc*, y compris pour estimer l'activité médicale régionale (redressement régional à partir des réponses des médecins).

#### Les modalités de l'activité des médecins

##### Des praticiens « volants »

● 59 % des gastro-entérologues et 63 % des pédiatres ont plusieurs lieux d'exercice (30 % pour les orthopédistes). Environ un tiers des gastro-entérologues et des pédiatres en ont 3 ou plus.

● Pour les gastro-entérologues et pour les pédiatres, les salariés « exclusifs » et les libéraux « exclusifs » sont moins nombreux que ceux qui ont une activité « mixte », à la fois libérale et salariée (environ un sur deux).

● Si quatre orthopédistes sur cinq à l'hôpital public n'ont pas un autre lieu d'exercice, ce n'est vrai que pour la moitié de ceux qui exercent en clinique. La moitié des gastro-entérologues et deux tiers des pédiatres à l'hôpital public déclarent un autre lieu d'exercice.

Ainsi, on ne peut sans doute plus opposer simplement les attitudes des médecins du privé à celles des médecins du public, ou encore des hospitaliers aux médecins de ville : ce sont souvent les mêmes spécialistes !

#### Une typologie d'activité spécifique dans chaque institution et pour chaque spécialité

● Les pédiatres font essentiellement des consultations au cabinet (92 % de l'activité de cabinet) et des « astreintes » en clinique (trois quarts de l'activité en cli-

nique), et un peu de tout à l'hôpital, en particulier de la « surveillance clinique » de patients hospitalisés (un quart du temps hospitalier).

● Les gastro-entérologues font des consultations au cabinet (68 % de l'activité), mais aussi des actes techniques (25 % de l'activité). Par contre, ils assurent plus de consultations et de « surveillance clinique » à l'hôpital public qu'en clinique. En clinique, les gastro-entérologues font surtout des actes techniques (83 % des l'activité hors astreinte).

● Pour les orthopédistes, la structure de l'activité est très proche en clinique et à l'hôpital (pour moitié des actes techniques, un tiers de consultations et 15 % de surveillance clinique, hors gardes et astreintes).

● Le temps consacré à la gestion est globalement de 6 % pour les pédiatres, 8 % pour les gastro-entérologues, et 10 % pour les orthopédistes, mais il n'est pas homogène dans les différents types d'institutions d'exercice (cabinet, clinique, hôpital...).

Ainsi, les médecins utilisent leurs « outils de travail » (les institutions), en gérant au mieux quels actes et sous quelle forme ils exercent dans telle ou telle institution, que la raison en soit l'optimisation des revenus ou celle de la qualité d'exercice. Ainsi, et même en oubliant les activités dans des institutions plus « marginales » (centres de santé par exemple), un système d'information sur les actes centré sur les institutions (le PMSI par exemple) n'est pas compatible avec la description de l'activité des médecins en tant qu'unités statistiques, transversalement dans plusieurs institutions d'exercice, ou même dans une seule institution (à l'hôpital, surtout public, le système d'information ne peut pas aujourd'hui rattacher des actes à des médecins).

#### Un temps de travail hebdomadaire élevé

Toutes institutions confondues, le temps de travail décrit par les praticiens est important : 50 heures par semaine en moyenne pour les gastro-entérologues et 55 heures pour les pédiatres et les orthopédistes, incluant les gardes mais pas les astreintes (ces dernières imposent au médecin de rester joignable et disponible rapidement, mais il ne reste pas sur place

**Yves Charpac**

Médecin  
épidémiolo-  
giste, membre  
du HCSP

**Anne Duburcq**

Épidémiolo-  
giste-  
statisticienne,  
Cemka-Éval,  
Bourg-La-  
Reine

dans l'établissement, comme dans le cas des gardes). En moyenne, les médecins déclarent 15 heures par semaine d'astreinte (20 heures pour les orthopédistes), contre 4 heures de garde en moyenne (2 pour les gastro-entérologues), avec une grande variabilité selon les institutions : pour les pédiatres en clinique par exemple, l'exercice est essentiellement du temps d'astreinte (27 heures sur un total moyen de 37 heures en clinique), contrairement aux pédiatres à l'hôpital (11 heures d'astreinte sur un total moyen de 37 heures à l'hôpital).

On perçoit bien la difficulté d'insérer dans ce temps de travail des activités supplémentaires de gestion, de management, de processus qualité, de participation, de formation continue, tout en réduisant le temps global travaillé (35 heures ?). Par ailleurs, modifier certaines modalités d'exercice, en supprimant par exemple les astreintes pour les transformer en garde, les incluant ainsi dans le temps de travail « officiel », ne sera pas facile !

#### Un rendement variable par médecin et par institution

Le temps moyen nécessaire déclaré pour chaque type d'acte est variable. Or c'est une composante essentielle du « besoin en médecin ». Les travaux actuels sur la nomenclature des actes prennent certainement en compte cette difficulté, mais leur objectif étant de standardiser un processus de facturation, il n'est pas certain qu'ils permettront de disposer d'une liste de « temps moyen nécessaire » par acte et par médecin.

#### Les résultats de la modélisation

À partir des résultats de l'enquête de pratique, un modèle a été élaboré pour « expliquer » le nombre de spécialistes nécessaires à la « production » de l'ensemble des actes de la région pour les trois spécialités, à partir de quelques paramètres décrivant leur activité. On a ensuite fait varier chaque composante de l'activité, afin d'envisager, la suppression ou l'augmentation de certains actes « fréquents », des modifications organisationnelles ou encore pour introduire les modifications démographiques attendues pour la population.

#### Orthopédie (277 orthopédistes dans la région)

La transformation des astreintes en gardes obligerait à les compter en temps de travail effectif. Une hausse de 31 % de l'effectif serait alors nécessaire.

Une diminution de moitié du nombre de consultations en transférant l'activité de diagnostic et de suivi post-opératoire des patients à d'autres médecins « prescripteurs » (les orthopédistes étant alors des experts et prestataires d'actes techniques au service des précédents), entraînerait une baisse de 29 % de l'effectif nécessaire.

La limitation du temps total de travail à 39 heures par semaine nécessiterait une hausse de 11 % de l'effectif.

Un doublement du temps de gestion (télétransmission, codage, assurance qualité...) nécessiterait une hausse de 9 % de l'effectif.

Le vieillissement de la population nécessiterait une hausse de 11 % de l'effectif en 2010, 17 % en 2020.

Une réduction de moitié du nombre de prothèses totales de hanche chez les plus de 60 ans (souvent évoquées comme potentiellement abusives) ne modifierait l'effectif des orthopédistes que de 1 % à la baisse (c'est en moyenne une part marginale de leur activité).

#### Gastro-entérologie (402 gastro-entérologues dans la région)

Une diminution de moitié du nombre de consultations en transférant l'activité de diagnostic et de suivi des patients à d'autres médecins « prescripteurs », généralistes par exemple (les gastro-entérologues étant alors plus des experts et prestataires d'actes techniques au service des précédents), entraînerait une baisse de 30 % de l'effectif.

Le vieillissement de la population nécessiterait une hausse de 13 % de l'effectif en 2010, 21 % en 2020.

Une réduction de moitié du nombre de gastroscopies (par amélioration des traitements préventifs des troubles digestifs) modifierait l'effectif des gastro-entérologues de 5 % à la baisse.

Une augmentation du nombre de coloscopies par introduction plus généralisée du dépistage du cancer colique par

Hémocult chez les plus de 40 ans pourrait nécessiter une hausse de 6 % de l'effectif.

#### Pédiatrie (543 pédiatres dans la région)

La transformation des astreintes en gardes, qui obligerait à les compter en temps de travail effectif pourrait nécessiter une hausse de 14 % de l'effectif.

Le doublement du nombre d'astreintes et leur transformation en gardes (compatible avec le plan périnatalité en cours) nécessiteraient une hausse de 34 % de l'effectif.

La diminution de moitié du nombre de consultations par transfert aux médecins généralistes entraînerait une baisse de 48 % de l'effectif.

La limitation du temps total de travail à 39 heures par semaine nécessiterait une hausse de 13 % de l'effectif.

Le vieillissement de la population nécessiterait une hausse de 2 % de l'effectif en 2010, et une baisse de 1 % en 2020.

Le passage en secteur public de la moitié de l'activité hospitalière privée modifierait l'effectif des pédiatres de 25 % à la hausse (les mêmes actes réalisés en secteur public sont actuellement plus consommateurs d'effectifs de pédiatres).

#### Conclusion

En amont de toute discussion sur des manques ou des sureffectifs de professionnels de santé, il paraît indispensable de savoir « qui fait quoi et où ». Les professionnels doivent en prendre conscience, mais également les pouvoirs publics, à l'heure de décisions à long terme (modifications de *numerus clausus*, ouverture de filières, etc.). Cette description n'est pas facile à l'heure actuelle en France, en partie en raison de la structuration des systèmes d'information, dans lesquels le lien n'est pas fait entre les médecins et la production de soins. ■

1. Extrait d'un travail réalisé à la demande de l'Union professionnelle des médecins libéraux de Rhône-Alpes

2. Cette enquête a été réalisée sur la base des fichiers de l'Union des médecins libéraux, de la Drass, de France-Télécom, des ordres départementaux des médecins et, pour les hôpitaux publics, en identifiant les services spécialisés dans ces disciplines. Le taux de réponse a été d'environ un tiers.