



La régulation hospitalière : quelques éléments pour un bilan

Une panoplie d'outils existe, permettant au système hospitalier de s'adapter aux évolutions de la société. Ils ne seront suffisants que si les diagnostics sont posés et si les acteurs ont les capacités et la volonté de gérer le changement

Jean-Pierre Claveranne
Professeur des universités
Martine Conci
Maître de conférences
en sciences de gestion
Université Lyon III,
Lass-Graphos CNRS

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les décrets d'application qui l'accompagnent comme les ordonnances du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée constituent un corpus juridique autonome poursuivant trois objectifs fondamentaux :

- améliorer la prise en charge hospitalière,
- optimiser l'offre de soins par une meilleure coordination du dispositif existant,
- maîtriser les dépenses de santé.

Pour ce faire, cet ensemble de textes s'articule autour de deux idées forces :

- inscrire et ancrer la réforme de l'offre de soins au plan régional en donnant à chaque agence régionale la mission de l'organiser, de la gérer et de la faire évoluer sur son territoire ;
- faire de chaque établissement participant à l'offre de soins un acteur responsable de son propre développement et un partenaire actif dans la réforme de l'offre de soins par l'élaboration et la formulation d'un projet d'établissement, par la mise en place de procédures d'évaluation et d'accréditation, par l'ouverture des établissements de santé sur leur environnement, condition essentielle pour la mise en œuvre d'une réponse globale du système de soins aux besoins de santé de la population.

Les instruments prévus par la loi dessinent une économie singulière et originale au sein des politiques de régulation de l'offre de soins mises en œuvre dans les pays développés.

- Instruments de type macro-économique, la carte sanitaire et le schéma régional d'organisation sanitaire (Sros) profilent sur le territoire régional, les grandes orientations de la politique mise en œuvre, à partir des objectifs précités et de la structure de l'offre de soins existante et des différents projets des établissements.

- Instruments de type microéconomique, le projet d'établissement et à l'intérieur de celui-ci le projet médical sont les moyens par lesquels les établissements affirment et énoncent leur stratégie et leurs spécificités, compte tenu des besoins de la population, des orientations du Sros, de la nature de la concurrence à laquelle ils sont confrontés et des perspectives de développement des techniques médicales et des prises en charges*.

- Instrument de type mésoéconomique, le contrat d'objectif et de moyen est le bras séculier à la disposition des agences d'hospitalisation pour mettre en œuvre de façon contractuelle le schéma régional d'organisation en ce qu'il permet sur un territoire donné de mettre en synergie les orientations stratégiques des établissements et celles définies par le Sros. Afin de permettre une réponse graduée dans les prises en charge, des nouvelles modalités de coopération ont été mises en place, qu'il s'agisse des communautés d'établissement ou des groupements de coopération sanitaire en matière d'hospitalisation ou des réseaux de soins créés entre les établissements et la médecine de ville ou les alternatives à l'hospitalisation.

- Enfin, dernière venue dans le paysage, l'accréditation, procédure conduite par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement à l'aide d'indicateurs, de critères, de

* Les confrontations Sros-projet d'établissement sont prévues par la loi de façon directe et indirecte, qu'il s'agisse de la mise en œuvre d'autorisations limitées dans le temps, de la possibilité de modifier le Sros à tout moment, des possibilités de réaliser des contrats tripartites entre la tutelle, l'assurance-maladie et les établissements.

référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement.

Dès lors le pilotage du système se conjugue comme suit en théorie :

- dans un premier temps, l'agence régionale définit le cadre dans lequel chaque établissement est appelé à inscrire son action,
- dans un second temps il incombe à l'établissement d'en déduire une stratégie propre incluant des alliances et des partenariats avec les autres établissements du secteur ou la médecine de ville, se traduisant dans son projet d'établissement, et d'en négocier les grands choix avec l'agence régionale au travers du contrat,
- dans un troisième temps, l'établissement exécute ses engagements de manière autonome, en bénéficiant, s'il le respecte, des moyens prévus par le contrat,
- enfin, par le biais de visites d'accréditation, de façon indirecte et par un effet système, l'agence régionale d'hospitalisation est à même d'inciter, le cas échéant, un établissement à améliorer son offre de soins.

L'articulation carte sanitaire/Sros

Si la carte sanitaire qui délimite les secteurs sanitaires peut être considérée comme un contenant, c'est-à-dire un espace géographique délimité auquel sont affectés des indices de référence relatifs au nombre de lits et places d'hospitalisation et aux équipements lourds autorisés, le Sros en constitue le contenu. Il détermine, à l'intérieur de chaque secteur sanitaire, les objectifs de répartition géographique des activités en fonction des besoins de la population et de l'évolution des techniques médicales. Il organise également l'articulation des différents services, activités ou équipements entre eux afin de constituer des réseaux de prise en charge de qualité.

Tandis que la carte sanitaire garde pour fonction de verrouiller l'offre de soins, le Sros, appropriation par les acteurs régionaux de l'équipement et de son organisation, a pour objet de mettre cette offre de soins en réseau et de déterminer les objectifs pour une organisation équitable et cohérente de l'offre de soins.

Il y a donc à l'évidence une dialectique carte/ schéma qui se joue dans l'espace (nation-région) et dans le temps (carte : ce qui est, schéma : ce qui advient) : la carte et le schéma fonctionnent de façon récursive.

La carte ne prend tout son sens que par le schéma qui lui est associé : sans lui elle se vide

d'une partie de sa finalité, sans elle le schéma ne peut advenir. Preuve est donnée de cette récursivité dans l'élaboration simultanée par de nombreuses régions de la carte et du schéma.

L'articulation carte sanitaire/Sros/projet

La carte et le Sros constituent la matrice dans laquelle les projets d'établissement doivent se mouler. La carte, le Sros et le projet d'établissement entretiennent, eux aussi, des relations récursives :

- comme le précise la loi, la carte sanitaire et le Sros sont établis à partir d'une analyse qui tient compte des projets d'établissement approuvés,

- de même, le projet d'établissement arrêté par un établissement doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire.

Sros et projet ne peuvent se penser indépendamment l'un de l'autre. Établis à des périodes différentes pour une durée de cinq ans, leur articulation oblige chacun des acteurs, agences régionales d'hospitalisation ou établissements hospitaliers, à un exercice de logique qui n'est pas sans poser problème dans un univers où l'on voudrait que la circulaire dicte chacun des pas.

Le contrat d'objectifs et de moyens, résultante de l'articulation carte sanitaire/Sros/projet

Les ordonnances d'avril 1996 ont mis en œuvre les contrats d'objectifs et de moyens qui remplacent le dispositif contractuel défini par la loi de 1991 qui prévoyait deux types de contrats :

- les contrats pluriannuels tripartites non obligatoires entre tutelle, organismes d'assurance-maladie et établissements publics et privés,

- les conventions à durée déterminée bipartites obligatoires entre l'assurance-maladie et les établissements privés. Il apparaît que le lien entre les deux logiques passe par la définition des contrats pluriannuels comme mise en œuvre, dans le temps, des schémas et des autorisations.

Ces contrats déterminent les orientations stratégiques des établissements en tenant compte des objectifs du schéma d'organisation sanitaire et ils définissent les conditions de mise en œuvre de ces orientations, notamment dans le cadre du projet médical et du projet d'établissement approuvé.

Les contrats d'objectifs et de moyens sont à tout le moins au plan théorique l'outil

opérationnel au service d'une politique régionale de régulation de l'offre de soins en ce qu'ils permettent aux agences de mettre en œuvre le Sros par la négociation avec les établissements mais aussi par la contrainte des financements globaux ou spécifiques. Enfin ces contrats d'objectifs et de moyens, lorsqu'ils reposent sur des indicateurs précis et pertinents, constituent les tableaux de bord permettant d'évaluer tant la réalisation des engagements pris par les établissements que par les agences régionales.

Le jeu déconnecté de l'accréditation

La procédure d'accréditation est pour l'instant déconnectée des articulations précédentes, l'ordonnance ne prévoyant la saisine de l'ARH par le directeur de l'Anaes que dans des cas graves de non-respect de la sécurité.

Il y a lieu de parier que, pour les années à venir, par le jeu d'un effet système, les résultats des procédures d'accréditation seront au cœur des négociations des contrats d'objectifs et de moyens, tant à l'initiative des établissements qui tenteront de négocier les bons résultats obtenus ou de demander des moyens supplémentaires afin de pouvoir corriger les dysfonctionnements mis en œuvre par les visiteurs de l'Anaes, qu'à l'initiative de l'agence qui pourra prendre appui sur les conclusions de l'Anaes au nom du principe de précaution pour imposer ses vues de façon autoritaire.

À l'issue des vingt années de propositions législatives, de réglementations et de mises en œuvre, la France dispose d'une panoplie d'outils lui permettant, tant sur le plan théorique que sur le plan technique, de réussir les mutations qu'entraîne pour le système hospitalier et le système de soins, l'évolution des technologies, des pratiques médicales, de la médecine et des droits des patients. Encore faut-il qu'à tous les niveaux, tant à celui des ARH que des établissements ou que du politique, les acteurs qui ont en charge le changement aient le courage de poser les diagnostics, qu'ils aient les capacités d'élaborer des visées et les marges de manœuvre politique pour le réaliser. ■



Les conférences régionales de santé, ou la politique régionale de santé désarmée

Si les conférences régionales de santé participent à l'élaboration d'une politique régionale de santé publique, elles se heurtent au cloisonnement des acteurs et à la disparité des décideurs et des financements

Les conférences régionales de santé (CRS) ont presque 5 ans. À ce stade de leur mise en place, une analyse s'impose pour savoir comment elles ont pu structurer une amorce de politique de santé publique au sein des régions. Or, en tant que telles, les conférences régionales de santé sont condamnées à évoluer. Comme instrument de concertation autour des priorités de santé d'une région, elles s'inscriront dans le vaste mouvement actuel consistant à recueillir la parole des acteurs du système de santé avant toute prise de décision autour d'un vaste conseil régional en santé. Comme instrument d'une politique de santé, elles verront leur composition se réduire à un comité de pilotage de la santé publique régionale, armé d'une autonomie suffisante pour réaliser sa politique.

Bref historique des conférences régionales de santé

Trois mouvements doivent être dissociés dans l'histoire des conférences régionales de santé.

- Le premier temps, 1991-1995, est la période des idées et des expériences. Les CRS n'ont alors, essentiellement, qu'une mission au niveau régional d'exécution et de déclinaison d'un plan national. L'histoire initiale des conférences régionales se confond avec deux idées-forces, celle de la régionalisation et celle d'une volonté programmatique. En 1995, la première conférence est organisée à Strasbourg sans recevoir un accueil retentissant. Elle est alors considérée comme étant un lieu où l'on se doit de « décliner au niveau régional les priorités nationales de santé publique ». Dans le droit-fil des orientations définies par le HCSP, les conférences régionales de santé jouent un rôle de courroies

de transmission « up-bottom », reproduisant un schéma classique où un rapport vertical s'impose de haut en bas. Parallèlement, dès 1995, trois régions se portent volontaires pour expérimenter la démarche d'élaboration de « programmations stratégiques d'actions de santé ». En 1996, huit nouvelles régions rejoignent l'expérimentation, élaborant onze nouveaux programmes, desquels naîtront bientôt les projets (puis programmes) régionaux de santé. Ces PRS constituent déjà un succès conceptuel et sont considérés comme devant être l'un des aboutissements des CRS.

- Dans un deuxième temps, de 1995 à 1996, l'histoire des conférences se confond avec leur institutionnalisation. Cette reconnaissance légale procède de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins*. Aux termes de l'ordonnance, les CRS participent à la *détermination d'une politique régionale de santé publique axée sur les besoins de la population*. À cette époque, la lecture faite des compétences des conférences est toute centrée sur la préparation de la loi de financement de la Sécurité sociale et sur le « processus bottom-up » quelle entraîne. Elles demeurent pourtant toujours des courroies de transmission, mais, cette fois-ci, de leurs propres problématiques de santé.

- Dans un troisième temps, de 1996 à 2000, l'administration et les acteurs prennent possession de ce nouvel outil et le forgent à leurs idées. Les conférences deviennent alors autant des interfaces entre le niveau national et régional, que des entreprises à penser des projets régionaux de santé. Cette dou-

* JO du 25 avril 1996, p. 6311.

Didier Vinot

Maître de conférences
en sciences de gestion,
Université Lyon III, Lass-Graphos CNRS

ble obligation, cette double compétence, ce double pouvoir rendent difficile l'appréhension claire de leurs missions.

Quatre questions conceptuelles majeures émergent de la pratique des conférences de santé : le dispositif semble répondre à une double finalité, le statut des recommandations émises par les conférences n'aura pas la même légitimité pour chaque institution régionale, l'efficacité de ce type de dispositif doit être interrogée, et, enfin, l'intégration de l'utilisateur y est problématique.

Un dispositif avec un double finalité

Au niveau local, elles sont confrontées à des obligations dichotomiques, prises en tenaille entre leur mission de bilan, d'évaluation et celle de définition de priorités. En un laps de temps très restreint, elles se doivent de réaliser des travaux conséquents et ardues sans liens directs entre eux. Cette double attribution des conférences fait autant leur richesse qu'elle concourt à leur difficile appréhension intérieure et extérieure. Pour sa bonne tenue et son émulation, il est nécessaire que l'amont de la conférence soit rigoureusement préparé. La construction méthodologique, notamment en ce qui concerne la diffusion d'informations et de travaux préparatoires, est actuellement insuffisante. Plus généralement, c'est la question de la continuité amont et aval de la conférence qui est posée. Il s'agit, autrement dit, de rendre cohérentes entre elles les activités des ateliers de préparation, du jury et du comité permanent de la CRS.

Au niveau national, elles se doivent de nourrir les travaux de la Conférence nationale de santé (CNS) et s'approprier ses priorités. Les CRS se voient là encore parées d'une double charge qui peut être préjudiciable à leur efficacité, d'autant que leurs marges de liberté vis-à-vis des priorités de la CNS ne sont pas clarifiées. Enfin, toute démarche de synthèse nationale des priorités régionales encourt par nature le risque de dénaturer les dynamiques locales en les transformant en autant de disparités.

Un statut ambigu des recommandations émises par les conférences

En établissant un cadre de débat, d'écoute et d'action, les conférences régionales de santé ont poursuivi un objectif majeur : permettre une meilleure prise en compte des problèmes de santé au niveau régional. Elles constituent une base d'informations à vé-

rifier, adapter aux situations de terrain, à comparer à d'autres acquis et à compléter.

Pour qu'une action aboutisse, il faut qu'elle réponde aux caractéristiques du milieu dans laquelle elle s'inscrit. Or, on peut constater que trop souvent les projets d'action des conférences régionales sont entrepris et que certains « meurent » avant d'être arrivés à maturité faute d'avoir pu trouver un accueil favorable au niveau des moyens. À ce stade, la démarche des conférences régionales doit répondre à la question de la hiérarchisation des objectifs et des moyens. Cette question doit être rapportée à celle de la temporalité des conférences de santé : leur rythme annuel leur permet certes de renforcer leur capacité évaluative des actions de santé, mais vient heurter les priorités de santé elles-mêmes, par essence pluriannuelles, et qui sont déclinées dans des programmes de santé d'une durée de cinq ans.

L'efficacité des conférences en question

L'efficacité des conférences est sujette à de nombreuses interprétations divergentes. Il est néanmoins reconnu qu'elles ne remplissent pas toutes leurs potentialités. Trois raisons peuvent l'expliquer :

- la première concerne les composants d'un problème de santé sur lesquels les conférences régionales veulent agir. La complexité des sujets des travaux ne peut pas raisonnablement faire l'objet d'une intervention directe. L'exemple de l'accessibilité des soins et la précarité qui influencent l'évolution d'un problème de santé est à cet égard frappant ;

- la seconde est en prise avec la difficile appréhension d'une multiplicité de facteurs qui influent sur les conférences, comme la divergence des thématiques, la difficile gestion des personnels, la contradiction des visions interstructures, l'organisation du dispositif, le pouvoir des institutions, les cloisonnements des acteurs et, enfin, l'illusion perdue des « besoins universels ». C'est dans ce maquis où s'inscrivent les conférences que se trouvent les principales limites et les difficultés les plus préoccupantes pour leur avenir ;

- la troisième est constituée par la détermination du mode de définition des priorités et par le temps de leurs applications. Puisque les conférences ne bénéficient pas en elles-mêmes de pouvoirs de contrainte au regard de la mise en œuvre effective de leurs priorités, elles devraient s'attacher avec rigueur à la construction méthodologique de ces dernières, notamment en les précisant temporellement et spatialement.

Le problème de l'intégration de l'utilisateur, du citoyen, et/ou des associations

Il est important, actuellement, pour les politiques et l'administration, de fonder leur démarche de santé publique sur la « démocratie sanitaire ». Or les usagers, les citoyens et les associations semblent être tour à tour les pivots de cette fine connaissance des besoins de la population. Les conférences se trouvent confrontées au problème de savoir quelle voix retenir.

Est-ce la voix de l'utilisateur, de celui qui utilise des services de santé ? Dès lors, doit-on restreindre la faculté d'intervention aux seules personnes malades, que celles-ci soient des citoyens, des mineurs, des incapables, des personnes privées de droits civiques, des étrangers en situation irrégulière ? La notion d'utilisateur ainsi comprise semble plus pertinente afin de déterminer les besoins en matière de santé. Elle l'est tout autant pour l'évaluation concrète des services.

Est-ce la voix des associations qui représentent des intérêts particuliers, le plus souvent d'une communauté de malades ? On peut alors, à bon droit, se demander si l'on ne représente pas là encore les seuls usagers réels aux dépens des usagers potentiels. De même, on risque de saisir une image tronquée de la réalité en ciblant les priorités sur des besoins qui frappent les esprits — sida, personnes démunies, cancers. Dans le dispositif actuel, les associations y participent mais avec des modes d'intervention différents : statutaires ou invitées par le préfet, présentes ou non dans les comités de travail.

Est-ce enfin, la voix du citoyen titulaire juridiquement d'un pouvoir d'influence sur la volonté étatique par le filtre de son droit de vote ? Il faut, en matière d'intégration directe de la parole du citoyen au sein des CRS, ou plutôt d'un citoyen parmi d'autres, être très précautionneux. Le risque est grand qu'un tel processus soit appréhendé comme démagogique ou soit vulgarisé à un simple effet d'annonce.

Ainsi, si les conférences régionales de santé ont pleinement leur place dans le dispositif régional, reste que la disparité des outils de décision et de financement, mais aussi la variété des acteurs conduisent les conférences à être, à ce jour, des visionnaires paralytiques en attente d'un exécutif unifié. ■



Du mauvais usage de la démographie médicale pour réguler l'offre de soins

Le seul contrôle la démographie médicale ne permet pas d'adapter l'offre à la demande de soins. Cette approche uniquement quantitative ne tient pas compte de l'évolution de l'exercice et des pratiques en matière médicale.

Yann Bourguell
Médecin, enseignant-chercheur,
Groupe Image-ENSP
Magali Robelet
Doctorante en sociologie,
Université Lyon III, Lass-Graphos CNRS

L'un des leviers de la politique de santé est l'action sur la quantité de médecins en exercice, considérée comme le déterminant premier de l'offre de soins. La manipulation de la démographie médicale permettrait de remplir un triple objectif d'équité (réduction des inégalités géographiques de densité médicale), d'efficacité (meilleure adéquation entre l'offre et la demande de soins) et de maîtrise des dépenses de santé. La régulation de l'offre de médecins peut s'effectuer à l'entrée des études médicales (par un *numerus clausus*, comme l'a adopté la Belgique en 1999), à l'entrée du marché du travail (comme en Allemagne où la liberté d'installation a été récemment réduite) ou à la sortie du marché du travail (comme au Québec où les mesures d'incitation à la cessation anticipée d'activité ont eu un tel succès que des situations de pénurie sont apparues dans les hôpitaux !). Des mesures sont également prises pour mieux répartir l'offre médicale sur de larges territoires (États-Unis, Canada) et/ou pour limiter la concentration de la population médicale dans les centres urbains et éviter les inégalités dans l'accès aux services de soins de proximité (politique à l'œuvre en Grande-Bretagne, et réflexions en ce sens en France*).

En France, les deux principaux outils de la politique de régulation de l'offre médicale sont le *numerus clausus*, instauré en 1971, qui détermine le nombre d'étudiants admis à poursuivre des études médicales en seconde année de médecine et le nombre de postes ouverts par grandes disciplines au concours

* Telles sont les orientations proposées à l'issue d'une enquête menée par les Urcam, consultable sur <http://www.urcam.org>.

de l'internat en sixième année de médecine. La cohérence de la politique est garantie par le recours à un ensemble de données statistiques permettant de décrire la population médicale (essentiellement répartition en spécialités et pyramide des âges) et de mener des projections démographiques.

Face aux déséquilibres persistants aujourd'hui entre l'offre, les besoins et les ressources disponibles, peut-on envisager une politique qui agirait non plus sur les quantités mais sur l'organisation du travail dans le système de soins ?

Les aléas du *numerus clausus* ou les impasses d'une gestion de l'offre médicale par les quantités

La création du *numerus clausus* répond à la fois au souci des pouvoirs publics de maîtriser les dépenses de santé en limitant la croissance de l'offre de soins et aux craintes des médecins d'une « pléthore médicale » qui renforcerait la concurrence entre eux (comme ce fut le cas en Belgique jusqu'à l'adoption du *numerus clausus*). En outre, en se substituant à un encadrement des actes et des revenus médicaux, l'action sur la démographie médicale permet de conserver un mode de rémunération à l'acte et de garantir un revenu satisfaisant à la profession.

Le *numerus clausus* a diminué de 8 600 en 1971 à environ 4 000 depuis la fin des années quatre-vingt, ce qui n'a pas empêché la population médicale de passer de 60 000 en 1970 à 193 200 en 1999. L'impact du *numerus clausus* sur la réduction des inégalités géographiques de densité médicale semble positif puisque, si la hiérarchie des densités régionales reste identique, l'écart entre les régions surmédicalisées et les régions sous-

médicalisées s'est réduit (il est passé de 2,4 à 1,7 de 1968 à 1998).

La politique du *numerus clausus* a conduit à un vieillissement du corps médical (la moyenne d'âge est de 45,5 ans). Une baisse des effectifs médicaux interviendra donc aux environs de 2010 pour atteindre, selon les hypothèses sur l'évolution du *numerus clausus*, entre 130 000 et 170 000 médecins d'ici 2020.

Des situations de « pénurie » (c'est-à-dire forte diminution d'effectif, à organisation du travail inchangée et demande de soins supposée croissante) sont à prévoir dans certaines spécialités comme l'anesthésie-réanimation (dont l'effectif passerait de 8 200 en 1999 à 7 000 en 2015) ou la gynécologie-obstétrique. Les experts proposent de revoir le nombre de postes d'internat dans ces spécialités (rapport Nicolas, février 1998). Il s'agit donc de reproduire à l'identique la structure de l'offre de soins.

L'action sur la seule quantité de médecins en exercice atteint des limites.

- Elle peut être contournée par le comportement des médecins qui disposent de la liberté d'installation (ainsi la région Paca, traditionnellement attractive, connaît une densité supérieure à celle qui résulterait de la stricte application du *numerus clausus*).

- Elle ne répond pas d'abord aux besoins en soins de la population mais aux besoins en personnel des établissements, en particulier universitaires, dont les chefs de service les plus influents parviennent à orienter le nombre de postes d'internat en leur faveur.

- Elle ne prend pas en considération la diversité des pratiques médicales et des modes de coordination des soins. L'indicateur « densité médicale » repose sur un modèle particulier de répartition des tâches marqué par la spécialisation et par un mode urbain de consommation médicale, fort différent des pratiques professionnelles observables en milieu rural ou dans les petites villes.

- Elle occulte de nombreux déterminants, non quantitatifs, de l'offre de soins (féminisation de la profession médicale, exigences de qualité de vie des jeunes médecins, émergence de nouveaux métiers, notamment autour de la coordination et de la gestion de l'information) qui permettraient de repenser la place de la démographie médicale dans les politiques de santé tout en adaptant mieux l'offre à la demande de soins.

Il existe des marges de manœuvre permettant d'agir sur l'offre de soins sans agir sur la démographie médicale.

Le temps de travail des professionnels de

santé peut être un levier de régulation de l'offre de soins plus adapté que le nombre de médecins. Plusieurs modèles étrangers d'estimation des besoins s'appuient sur le temps médical nécessaire ou disponible pour anticiper le nombre de professionnels à former. On sait par exemple que les femmes médecins effectuent environ 60 % des actes des hommes et qu'elles sont nombreuses à exercer à temps partiel (c'est également le cas pour les infirmières). Sachant que la profession médicale se féminise, l'évolution du temps de travail des femmes sera un déterminant important de l'offre de soins.

Une autre gestion des ressources humaines médicales est possible

On peut penser également à une réorganisation du travail entre les professionnels de santé. Plusieurs rapports récents (rapport Brocas sur les professions paramédicales en février 1999, rapport Castaigne pour la Cnamts en février 2000) évoquent des possibilités de substitution entre médecins et professions médicales pour les soins primaires (entre médecins et infirmiers, ophtalmologistes et orthoptistes, obstétriciens et sages-femmes...). Ainsi, le BHP (Bureau of Health Professions), qui suit l'évolution des ressources humaines du système de santé américain, à élaboré un modèle d'estimation des besoins médicaux intégrant de nombreuses variables parmi lesquelles des taux de substitution de l'activité médicale entre professionnels de santé pour les soins primaires.

D'un point de vue plus macro-économique, l'évolution de la démographie médicale peut être l'occasion de réfléchir à de nouveaux modes de coordination entre médecine de ville et hôpital, comme le fait le rapport Choussat sur la démographie médicale (1996). En effet, les effectifs libéraux connaîtront une baisse plus forte que les effectifs hospitaliers, de sorte qu'il faudra organiser différemment les prises en charge dans certaines pathologies.

Ces propositions abordent des questions de compétence et de pouvoir qui remettent en cause les hiérarchies actuelles entre professionnels de santé. La politique actuelle de gestion des ressources humaines médicales occulte totalement ce que les Anglais appellent la *grey zone*, cet espace de répartition des tâches négociée au cas par cas entre les différents professionnels devant s'ajuster autour d'un même malade. Dans quelle mesure pourra-t-on continuer à feindre de ne pas voir les transformations de la pratique médicale

et du système de soins en continuant à proposer un peu plus ou un peu moins de médecins là où c'est un difficile travail de redéfinition de la place des uns et des autres qui est en jeu ? ■