



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 ? ■