

Offre de soins de ville

L'analyse de l'activité médicale de ville implique de mettre en œuvre des systèmes d'information susceptibles d'évaluer les caractéristiques de la réponse thérapeutique à la demande de soins, en tenant compte de l'évolution des métiers et des pratiques.

Les projections de démographie médicale

Pascale Breuil-Genier
Chef du bureau des professions de santé,
Drees

Combien y aura-t-il de médecins dans les années à venir ? Et comment ces derniers se répartiront-ils par spécialité ou par région ? Les réponses à ces questions dépendent évidemment des décisions que les pouvoirs publics seront amenés à prendre en matière de *numerus clausus* ou de répartition des places à l'examen national classant¹. Mais les réponses dépendent aussi des choix que les médecins et futurs médecins feront, comme le choix de leur spécialité, de leur région d'exercice ou de l'âge auquel ils souhaiteront arrêter de travailler.

Des projections et non des prévisions

Avoir une vision prospective sur l'évolution de ces deux types de facteurs (décisions publiques et choix des professionnels) afin de faire une prévision sur l'évolution du nombre de médecins reste très délicat. En matière de décisions publiques, compte tenu des durées de formation des médecins, cela nécessite de produire des hypothèses de *numerus clausus* pour les quinze années

à venir pour une projection du nombre de médecins à l'horizon 2025. Or il suffit de considérer les évolutions passées du *numerus clausus*² (figure 1) pour constater que l'ampleur des variations de ce dernier a été considérable, et que l'appréciation portée sur la démographie médicale a pu radicalement changer en quelques années : à une situation considérée comme « excédentaire » ayant entraîné la diminution du *numerus clausus* et la mise en place de mécanismes d'incitation à la cessation d'activité (Mica), a succédé une situation où le recul annoncé des effectifs médicaux est supposé justifier une augmentation du *numerus clausus*.

La prospective est tout aussi difficile concernant l'évolution des comportements des médecins. Prenons l'exemple des choix de régions d'exercice. On peut supposer que les médecins nouvellement diplômés d'une région continueront à se répartir dans l'ensemble des régions dans les mêmes proportions qu'aujourd'hui. Cela entraînerait une diminution de la démographie médicale plus marquée en Île-de-France et en Provence-Alpes-Côte-d'Azur, puisque les médecins de ces régions sont plus âgés que la moyenne et vont massivement partir à la retraite dans les années à venir. Est-ce réaliste si l'on considère que ces deux régions sont celles qui actuellement ont la densité médicale la plus élevée ? Mais à l'inverse, peut-on supposer l'attractivité de ces régions suffisamment forte pour que tous les médecins y cessant leur activité soient remplacés ? Bien sûr, il

1. Examen qui remplace le concours de l'internat, et que devront dorénavant passer tous les étudiants pour accéder au troisième cycle des études médicales.

2. Fixé à plus de 8000 lors de son instauration dans les années soixante-dix, le *numerus clausus* a baissé jusqu'à 3500 en 1996, avant de remonter jusqu'à 5550 en 2004.

est tentant de supposer que les comportements futurs pourraient être intermédiaires entre ces deux hypothèses, mais cela ne suffit pas à les préciser...

Les exemples donnés ci-dessus illustrent la difficulté d'une vision prospective sur des phénomènes dont les déterminants combinent décisions publiques et comportements des professionnels, et expliquent pourquoi la Drees a choisi de réaliser non pas des *prévisions*, mais des *scénarios* de la démographie médicale. Autrement dit, il ne s'agit pas de prévoir le futur, mais plus modestement de décrire des évolutions possibles de la démographie médicale, à partir d'hypothèses explicitement formulées. Ainsi le dernier exercice de projection réalisé par la Drees a consisté à décrire dix scénarios d'évolutions possibles, sur la base de dix jeux d'hypothèses définis dans le cadre de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé³.

Une évolution du nombre de médecins d'ores et déjà largement déterminée d'ici 2015

Les résultats de ces dix scénarios présentent bien sûr des traits communs. Dans tous les cas, le nombre de médecins devrait diminuer d'ici quelques années et cette diminution se prolongerait au moins jusqu'en 2015. Le nombre de médecins passerait de 205 400 actuellement à 196 700 en 2015, soit une baisse de 4 % sur cette période. En effet, compte tenu des durées de formation des médecins, une variation du *numerus clausus* décidée aujourd'hui n'aurait pas d'impact avant 2015. Ce résultat reste toutefois conditionné par le fait qu'aucun scénario ne tienne compte de flux de médecins étrangers, la prospective dans ce domaine restant encore plus délicate qu'ailleurs.

C'est donc surtout au-delà de 2015 que l'analyse comparative des différents scénarios devient intéressante. Elle permet en effet de mettre en évidence l'impact des décisions des pouvoirs publics ou des choix des professionnels sur l'évolution future de la démographie médicale.

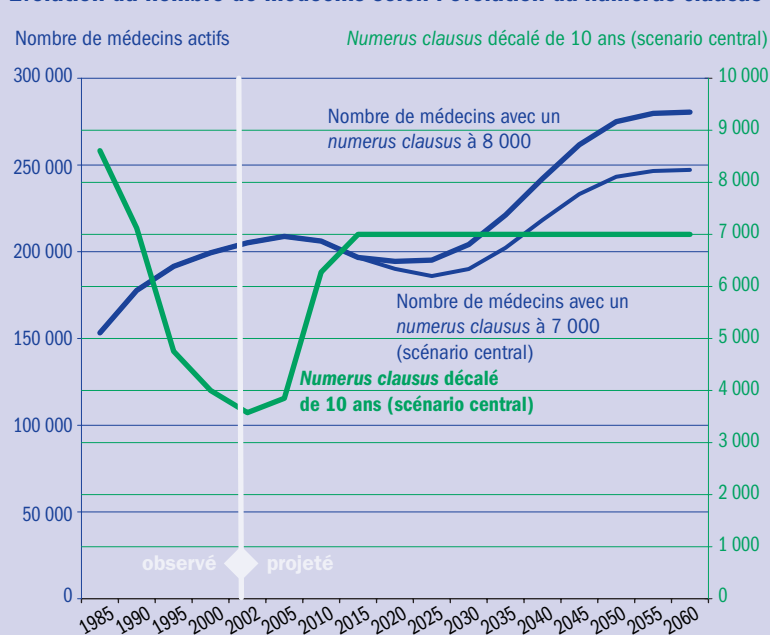
L'impact du *numerus clausus* entre 2015 et 2025... et au-delà

Avec un *numerus clausus* à 7 000 (conformément à une annonce ministérielle récente), atteignant ce niveau dès 2006, le nombre de médecins serait de 186 000 en 2025, soit 9 % de moins qu'en 2002 (ou encore 5 % de moins qu'en 2015). Compte tenu de la croissance de la population française projetée par l'Insee, la densité médicale diminuerait encore plus fortement (-16 %), passant de 335 en 2002 à 283 en 2025. Cette densité

3. Cf. Bessière S., Breuil-Genier P., Darriné S. 2004. « Les médecins : projections démographiques à l'horizon 2005. Par région et spécialité », Observatoire national de la démographie des professions de santé, le *Rapport 2004*, tome II, 2004, ainsi que les *Études et Résultats* n° 352 (« La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national ») et 353 (« La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections ») des mêmes auteurs.

figure 1

Évolution du nombre de médecins selon l'évolution du *numerus clausus*



Source : Adeli redressé au 31 décembre 2002 et projections Drees.

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

Note : Le *numerus clausus* est représenté avec un décalage de 10 ans dans le temps, correspondant approximativement à la durée des études médicales après l'entrée en deuxième année de médecine. Par exemple, un étudiant franchissant le cap du *numerus clausus* en 2005 n'entrera en exercice que vers 2015. Ce décalage permet de mettre en regard les effectifs des nouveaux diplômés à la période à laquelle ils s'installent et les évolutions des effectifs de médecins en activité. Avec l'hypothèse retenue sur le *numerus clausus*, le nombre de nouveaux diplômés augmentera fortement à partir de 2010, sans que cela se traduise à court terme par une augmentation du nombre de médecins du fait de la forte augmentation des départs en retraite observée en parallèle.

retrouverait en 2025 un niveau proche de celui qu'elle avait au milieu des années quatre-vingt. Par rapport à ce scénario conventionnellement qualifié de « central », un raisonnement en variante permet de voir l'impact du *numerus clausus* : toute hausse de ce dernier de 100 places dès 2006 permettrait d'augmenter de 1 000 le nombre de médecins en 2025 par rapport au scénario central (et, conformément à ce qui précède, serait quasiment sans impact sur le nombre de médecins en 2015). Aussi, avec un *numerus clausus* à 8 000, le nombre de médecins serait presque stabilisé entre 2015 et 2025, pour atteindre environ 195 000 médecins en 2025. Mais avec un *numerus clausus* maintenu à ce niveau tout au long de la période de projection, le nombre de médecins augmenterait à nouveau fortement après 2025, ce qui pourrait entraîner en réaction une nouvelle réduction de ce *numerus clausus* et donc de nouveaux déséquilibres de la démographie médicale dans le futur⁴.

4. Cf. Bui Dang Ha Doan (2004) : « Projection de la démographie médicale en France 2000-2050 », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 44^e année, n° 1, p. 101-148.

La répartition par spécialité

La répartition entre généralistes et spécialistes⁵ en 2025 dépendra, elle aussi, des décisions des pouvoirs publics. Elle dépendra notamment de la répartition des places offertes à l'examen national classant entre médecine générale et autres spécialités, mais également de la manière dont ces places seront pourvues. D'après l'arrêté du 30 avril 2004, le nombre total de postes de troisième cycle ouverts à l'issue de l'examen national classant (ENC) en 2004 était de 3 988, réparti entre 1 841 places en médecine générale (soit 46 %) et 2 147 places dans les autres spécialités (soit 54 %). Or, dans les faits, seuls 3 368 postes ont été attribués, certains candidats à l'examen n'ayant *in fine* pas validé leur 6^e année de médecine et n'ayant donc pas été affectés. Les places non attribuées ont quasiment toutes concerné la médecine générale, puisque seules 1 232 des 1 841 prévues dans cette discipline ont été pourvues (contre 2 136 des 2 147 places de spécialistes). Du fait des écarts potentiels entre postes de généralistes offerts et pourvus, les projections réalisées ne s'appuient pas sur les nombres de postes de généralistes figurant dans l'arrêté du 30 avril 2004 (ou encore sur la part que représentent ces postes sur l'ensemble). Elles font l'hypothèse que le nombre de places de troisième cycle en spécialité est déterminé à partir du *numerus clausus* cinq ans plus tôt (en le supposant, par exemple, égal à 50 % de ce dernier dans le scénario central)⁶. Le nombre d'étudiants de troisième cycle en médecine générale est alors déterminé par différence entre le nombre de candidats validant leur deuxième cycle (estimé par le modèle de projection à partir d'hypothèses sur les taux de redoublement) et le nombre de places de troisième cycle en spécialité, fixé comme expliqué ci-dessus.

Dans le scénario central, un nombre de postes de spécialistes à l'ENC correspondant à 50 % du *numerus clausus* cinq ans plus tôt conduirait à une faible diminution du nombre de généralistes entre 2002 et 2025 (-3 %), et à une baisse plus prononcée du nombre de spécialistes (-15 %). Chaque hausse d'un point de ce ratio se traduirait en 2025 par 900 spécialistes en plus et 1 000 généralistes en moins par rapport au scénario central. De forts départs à la retraite étant attendus dans les années à venir chez les spécialistes (sensiblement plus âgés que les généralistes), un ratio de 56 % serait nécessaire pour aboutir à des évolutions identiques des nombres de généralistes et de spécialistes d'ici à 2025 (soit une diminution de 9 % des effectifs par rapport à 2002 pour chacune de ces deux catégories de médecins). Bien sûr, un tel ratio conduirait à continuer à former transitoirement plus de spécialistes que de généralistes, et se traduirait après 2025 par une forte baisse du nombre de ces derniers.

5. Dans tout ce texte, le terme de spécialistes désigne des spécialistes hors médecine générale.

6. Ce choix est également cohérent avec le fait que, jusqu'en 2003 au moins, ce *numerus clausus* servait de référence pour la discussion sur le nombre total de places à l'internat.

À l'inverse, un ratio de 40 % permettrait au nombre de généralistes de remonter en 2025 au-dessus de son niveau de 2002.

En termes de spécialités fines, et sous les hypothèses d'un *numerus clausus* à 7 000, d'un ratio entre le nombre de places de spécialistes et le *numerus clausus* cinq ans avant de 50 % et d'une répartition des places par disciplines (hors médecine générale) à l'ENC identique à celle de 2004, ce sont l'ophtalmologie, la psychiatrie et l'ORL qui connaîtraient la plus forte réduction de leurs effectifs (respectivement -43 %, -36 % et -31 % par rapport à 2002). Là encore, des variantes permettent d'étudier l'impact d'une modification de la répartition par spécialité des places à l'ENC sur les effectifs de médecins actifs en 2025 : chaque variation d'un point de la part des postes à l'ENC (par rapport à l'ensemble des postes de spécialistes hors médecine générale) se traduirait par environ 450 médecins en plus en 2025. On en déduit par exemple que, pour un cas extrême comme celui de la psychiatrie, il serait nécessaire pour retrouver un nombre de psychiatres au moins égal en 2025 à celui de 2002 que la part de cette spécialité parmi les postes hors médecine générale à l'ENC passe à partir de 2005 de 9 à 20 %...

Les répartitions par sexe et région

La méthode de projection utilisée, qui repose largement sur des simulations sur données individuelles, permet également de détailler tous les résultats précédents par sexe, statut (libéral, salarié hospitalier, salarié non hospitalier) et par région. Elle montre que la poursuite de la féminisation du corps médical dans le futur ne fait guère de doute : les femmes étant de plus en plus nombreuses dans les promotions récentes d'étudiants en médecine, leur part parmi les médecins en activité devrait dépasser 50 % peu après 2020.

Les évolutions régionales sont, elles, moins évidentes à projeter, du fait des évolutions possibles des comportements de mobilité des médecins comme des décisions des pouvoirs publics (en matière de répartition régionale du *numerus clausus* ou des postes à l'ENC, voire d'incitation à l'installation).


Ainsi, selon les scénarios, les écarts de densité médicale entre régions pourraient se réduire entre 2002 et 2025 — comme dans le scénario central qui suppose un maintien des décisions publiques et des comportements actuels des professionnels — ou au contraire s'accroître, par exemple si les comportements de mobilité des généralistes, désormais également susceptibles de faire leur troisième cycle dans une autre région que celle de leur deuxième cycle, rejoignent ceux des spécialistes.

Et l'évolution des besoins en médecins ?

Si les résultats précédents contribuent à préciser l'impact des décisions publiques et des comportements des (futurs) médecins sur l'évolution de la démographie médicale, ils ne suffisent évidemment pas pour inférer

quelles seraient les décisions (ou comportements) souhaitables. Pour cela, ce n'est pas à la question « Combien aura-t-on de médecins en 2025 » qu'il faudrait répondre, mais à la question « De combien de médecins aura-t-on besoin en 2025 ? ». La réponse à cette deuxième question est plus complexe, car elle requiert des hypothèses sur l'évolution des pathologies et de leur incidence, ainsi que sur l'évolution de la place des différentes spécialités dans leur prise en charge. Or le vieillissement de la population, les progrès de la médecine, mais aussi les réflexions sur les rôles respectifs des médecins et des autres professions de santé font que l'éventail des futurs possibles pour les « besoins » en temps médical est probablement très large. Sans doute si large qu'il est prévisible que les fourchettes auxquelles on aboutirait seraient trop vagues pour constituer des réponses satisfaisantes aux yeux de ceux, décideurs notamment, qui expriment des demandes à ce sujet. Ce travail reste toutefois possible sur quelques pathologies et spécialités ciblées⁷.

De plus, quand bien même on arriverait à estimer les « besoins futurs en temps médical », il resterait à formuler une hypothèse sur le temps de travail des médecins

pour traduire ces besoins en « nombre de médecins souhaitable ». Or, sur cette question non plus, rien n'est évident. Ainsi, alors que la féminisation du corps médical est souvent supposée se traduire par une diminution du volume d'activité des médecins, les évolutions observées sur la dernière décennie montrent que cela n'a pas été le cas, au contraire : le temps de travail hebdomadaire des médecins libéraux qui, à temps de travail par sexe supposés identiques à ceux observés en 1992, aurait dû diminuer de vingt-cinq minutes entre 1992 et 2001, a en fait augmenté de deux heures⁸. Aussi, des projections démographiques qui, en 1992, auraient tenté de prendre en compte l'évolution prévisible du volume d'activité par médecin, auraient conduit à des prévisions d'évolutions d'activité moins proches de la réalité que celles que l'on aurait pu déduire de la seule évolution des effectifs. Ce dernier résultat permet à lui seul de rappeler en conclusion ce que sont les modèles de projections : des outils parfois sophistiqués (qui, comme le modèle utilisé par la Drees, peuvent permettre des analyses très détaillées), mais qui, en termes de prévisions, n'ont pas de valeur indépendamment de celle des hypothèses qui y ont été introduites. 

7. Voir par exemple Pouvourville (de) G. et al. « La Démographie en ophtalmologie 2000-2020 », rapport présenté au conseil scientifique de la Cnamts, 2003.

8. Niel X. et Perret J.-Ph., « Féminisation et vieillissement des médecins au cours des années quatre-vingt-dix », *Données sociales*, Insee, 2002.

Observatoire national de la démographie des professions de santé

L'Observatoire national de la démographie des professions de santé créé par arrêté du 1^{er} juillet 2003 a pour mission :

- de rassembler et d'analyser les connaissances relatives à la démographie des professions de santé et à l'évolution des métiers ;
- de développer ces connaissances au niveau régional en fournissant un appui méthodologique ;
- de promouvoir les initiatives et études de nature à améliorer la connaissance des conditions d'exercice des professionnels et de l'évolution des métiers dans le cadre des nouveaux modes d'accès aux soins ;
- de faire le bilan, dans un rapport annuel remis au ministre, de la situation des effectifs des différentes professions et d'en préciser les perspectives d'évolution.

L'analyse de l'évolution démographique des professions de santé se fonde sur les données actuelles de temps de soins, de coopération entre professionnels, sur l'environnement professionnel général.


Cette création s'inscrit dans la volonté des responsables de promouvoir une politique de rationalisation de l'évolution des professions de santé. Elle répond aux interrogations relatives au renversement de tendance enregistré au début des années 2000 en matière d'adéquation de l'offre médicale et paramédicale aux besoins. Avec une densité actuelle de 330 médecins pour 100 000 habitants au début des années 2000, la France s'est située dans les pays les mieux dotés de l'Union européenne. Cette donnée moyenne intègre cependant des disparités régionales et locales. Par ailleurs l'impact du départ en retraite du grand nombre de médecins formés entre 1975 et 1985 et du faible niveau du *numerus clausus* institué dans les années quatre-vingt-dix fait craindre l'émergence d'une pénurie dans certaines spécialités.

Les missions de l'ONDPS font écho à trois orientations de la politique de régulation de la démographie médicale.

- Garantie d'accès à des soins satisfaisants dans les zones menacées de

désertification. De récentes investigations ont proposé la création de cabinets multisites, la constitution de réseaux incluant les hôpitaux locaux, la création de cabinets de groupes multiprofessionnels sous l'impulsion des collectivités territoriales (conseils généraux, communes). Des incitations fiscales et conventionnelles sont prévues pour l'installation en zones rurales.

- Réflexion sur les transferts de compétences dans le cadre de l'évolution des métiers de la santé. Cette orientation s'est déjà traduite par la mise en œuvre d'expérimentations au niveau régional.

- Création d'un Répertoire partagé des professionnels de santé qui a pour vocation d'identifier d'une manière fiable, exhaustive et actualisée, l'ensemble des professionnels de santé médicaux et paramédicaux, libéraux ou salariés. Les données présentées constituent la base des travaux de l'ONDPS destinés à élaborer les grandes orientations de la politique en matière de démographie. 

Les systèmes d'information comme outil de la régulation

Bernard Huynh
Président de l'Union
régionale des
médecins libéraux
d'Île-de-France

Les soins ambulatoires et leur régulation sont au centre des préoccupations des responsables du système de santé français, depuis maintenant plusieurs décennies. L'adaptation de l'offre de la médecine de ville à la demande de soins, aux besoins de santé publique et aux contraintes économiques reste pour l'essentiel un problème non résolu dont les impératifs sont contradictoires.

La remise en cause du paradigme de rationnement de l'offre

Après quelques années de théorie inductive pendant lesquelles l'objectif était de réduire l'offre de soins pour réduire les dépenses [1], la pénurie de professionnels de santé apparaît maintenant inquiétante, et ce d'autant plus que certaines activités ou régions moins attractives illustrent déjà la catastrophe annoncée pour les autres [2]. Les moyens autoritaires visant à remédier aux lacunes géographiques ou catégorielles de professionnels de santé ne semblent plus fiables depuis les échecs des politiques contraignantes en matière de dépenses de santé. Ils ne sont pas non plus très présentables dans un pays exemplaire pour le monde entier en matière de démocratie et d'humanisme.

L'incitation à l'installation comme régulation positive est difficile à doser de façon efficace tant que des données exactes manquent ; mais c'est probablement la seule voie possible. C'est un chemin difficile : on a encore le souvenir des départs massifs des anesthésistes et des médecins de campagne vers la préretraite du MICA (dispositif d'incitation à la cessation d'activité) qui a eu l'effet pervers de dépeupler de leurs praticiens fatigués les zones et les activités les plus délaissées.

Il s'agira d'aider les soignants à trouver dans l'information sur l'offre de soins le remède à la pénurie qui s'annonce.

Préciser les moyens qui existent afin de prévoir ce dont nous aurons besoin pour soigner demain est donc un premier pas indispensable.

La diversité des sources et la variabilité des résultats

L'accès à l'information sur l'offre de soins existe déjà même si les données qui lui servent de base sont approximatives. Les cartes, les listes, les classements des villes où il fait bon vivre sont issus des fichiers des directions régionales des Affaires sanitaires et sociales (Drass), des ordres professionnels, des unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam) ou de questionnaires sur l'offre de soins que la presse adresse périodiquement aux municipalités. Ces informations sur les médecins et les paramédicaux sont très différentes selon ces sources, dans une même

région et au même moment. Elles varient dans des proportions importantes avec une marge d'erreur supérieure à 10 % selon une étude de 2004 de l'URML Languedoc-Roussillon.

Cette information approchée constitue pourtant à ce jour le seul instrument disponible. Malgré ses imperfections évidentes, elle influe déjà de façon collective ou individuelle sur les décisions qui vont réguler les ressources disponibles : les décisions sur le nombre de professionnels formés par les universités, les mesures incitatives régionales, les décisions de prospection des candidats à l'installation, les crédits accordés par les banques, les conseils des amis et des familles utilisent ces sources de connaissance.

En outre, ces données varient au gré des installations et des départs sans qu'aucun enregistrement systématique soit fait par un organisme centralisateur national ou régional. Des paradoxes n'ont d'explication que dans un dénombrement inexact des professionnels de santé : en Seine-Saint-Denis, les médecins de ville sont les moins nombreux de France, mais c'est compter sans les centres de santé, qui ont la plus grande densité nationale ; c'est ce qui explique que les chiffres d'affaires des libéraux soient inférieurs dans ce département à ceux de nombreux autres où la densité médicale « disponible » est plus basse dans la réalité [3].

Une orientation saine

C'est ce défaut qui devrait trouver le premier une solution prochaine avec la mission récemment donnée au GIP-CPS d'établir un répertoire national de tous les professionnels de santé en activité, et donc éligibles à l'attribution d'une carte professionnel de santé (CPS) officialisant leur identité professionnelle et surtout leur activité précise (nature, lieux...). Cette identification authentique de chaque professionnel de santé est la première brique d'un édifice enfin solide pour l'information sur l'offre de soins en France.

Ensuite, dans un avenir tout proche, l'information dont nous disposerons sera affinée, précise, et régulièrement mise à jour, car la collecte des données se perfectionne en permanence : les annuaires de professionnels de santé, le codage de leurs activités, comme le répertoire des assurés sociaux et le codage de leurs pathologies, seront au point dans quelques mois. Leurs mises à jour seront réalisées par les acteurs des procédures de soins eux-mêmes, pour la simple et excellente raison que cette actualisation télétransmise déclenchera le règlement financier des actes médicaux et paramédicaux. C'est dire qu'un des plus puissants défenseurs de la tarification à l'activité dans les établissements d'hospitalisation et du paiement à l'acte en ville sera

demain le gestionnaire de base des professionnels de santé, ou celui de l'offre de soins!

Ces données vont donc bientôt nourrir des outils de régulation dont nous allons parcourir les possibilités.

Pour des mesures d'accompagnement de l'information sur l'offre

Au-delà des statistiques et de la connaissance précise des besoins, il faut, pour que le système de soins fonctionne, que les informations permettent aux acteurs, professionnels et patients, et aux décideurs, institutions nationales et régionales, d'apprécier l'offre et d'agir pour un aménagement du territoire équilibrant offre et demande. Il n'est pas difficile de prévoir que les tendances déficitaires amplifieront les lacunes que nous observons déjà si aucune correction n'est apportée. Les zones où l'offre de soins sera insuffisante seraient alors, selon les analyses actuelles, les zones urbaines ou périurbaines pauvres et les zones rurales les moins attractives. Les activités médicales pénibles (et/ou dangereuses) comme l'obstétrique ou l'anesthésie seraient en même temps délaissées. Les affectations d'office ou les mesures autoritaires diverses ne peuvent pas corriger ces constantes : c'est dans ces mêmes situations qu'on observe les postes hospitaliers non pourvus de titulaires, les refus de mutation des infirmières ou les démissions des enseignants.

Il faudra donc trouver les moyens de l'incitation à combler les vides de l'offre de soins!

C'est à ce niveau que pourront intervenir les systèmes d'information qui, s'ils ne parviennent pas à modifier la réalité, peuvent en aménager l'usage.

En effet, les médecins âgés n'ont nulle envie de continuer à exercer plus que la durée légale du travail au-delà de l'âge où les autres Français partent en retraite. Les systèmes d'information leur ont apporté une connaissance de la situation sociale qui ne permettra pas de les retenir s'ils décident de partir. Les dispositifs qui permettent aux retraités de combler temporairement certains vides ne génèrent pas des solutions durables et les effets resteront marginaux dans l'offre de soins.

Quant aux jeunes médecins citadins habitués à un environnement technologique opulent et aux 35 heures, ils devraient s'installer dans les campagnes pour y travailler jour et nuit avec bien peu de moyens.

C'est sur l'installation de ces jeunes médecins qu'il faudra focaliser les efforts, et la régulation positive indispensable pourrait utiliser les systèmes d'information à plusieurs niveaux. Les motifs d'installation sont étroitement intriqués avec la vie personnelle de chaque professionnel de santé, comme le sont ceux de n'importe quel autre citoyen. Des spécificités médicales et des lignes de force dans les choix professionnels existent bien sûr, mais l'opportunité d'une rencontre et l'environnement de l'offre d'installation jouent un rôle essentiel [4].

Les opportunités peuvent se créer. Les stages en médecine libérale institués en fin du cursus des

études doivent devenir l'occasion de rencontres entre les médecins installés en zones déficitaires, ou pratiquant une spécialité en voie de disparition, et leurs futurs confrères. Les systèmes d'information peuvent contribuer à abolir la distance qui existe entre les futurs et les anciens, et permettre d'échanger stages ou propositions. Cela n'est cependant pas suffisant pour contrer la tendance lourde de nombreux étudiants à rester près de leur lieu de formation et l'attraction géographique des CHU pour les jeunes diplômés. La communication électronique peut aussi améliorer le confort intellectuel et professionnel de ceux qui franchissent le pas de l'éloignement en gardant le contact avec l'innovation et les lieux où la médecine s'enseigne. À l'heure où les chercheurs du monde entier fonctionnent grâce à Internet comme dans un immense laboratoire où les hypothèses et les questions s'échangent en temps réel, il est ahurissant de voir des médecins généralistes franchir de nuit des dizaines de kilomètres de routes dangereuses pour une réunion de formation médicale continue. L'enseignement post-universitaire à distance généralisé, la télé-médecine facile, les coopérations sanitaires organisées dans le cadre de réseaux de santé efficaces seraient des atouts non négligeables pour les professionnels exerçant dans les endroits d'accès difficile. Alors qu'ils en disposent désormais techniquement, il manque une impulsion, une volonté de libérer les énergies, de favoriser les projets.

L'Internet à haut débit partout en France est à juste raison un des objectifs majeurs de l'aménagement du territoire. Il permet d'aménager l'isolement culturel et médical du médecin, mais aussi de répondre aux exigences de sa famille. Permettre à son mari de poursuivre une activité professionnelle grâce au télétravail poussera probablement certaines étudiantes à accepter un stage puis une installation loin de la ville. C'est une voie dont l'exploration est impérieuse car la décision d'implantation d'un cabinet médical est souvent familiale.

Enfin il est impossible de passer sous silence le pouvoir stimulant de l'information sur les rémunérations réelles obtenues par la mise en œuvre d'une politique d'incitation financière forte. Il est aussi impossible de taire la difficulté actuelle de proposer des avantages significatifs pour des spécialités médicales délaissées ou des régions désertées par des médecins et des professionnels paramédicaux, tant les réactions peuvent être vives lorsqu'on touche à l'« unicité de traitement »...

Les systèmes d'information deviendront, c'est certain dans un avenir proche, un élément de la régulation de l'offre de soins. Ce sera peut-être en informant sur la réalité des ressources, en créant des opportunités et un environnement propices à la répartition harmonieuse des professionnels de santé dans les fonctions et dans l'espace. Ce sera de toute façon en informant l'opinion publique et en faisant fuir les patients vieillissants des régions démedicalisées, rétablissant ainsi les densités idéales. C'est là qu'est l'enjeu de décisions urgentes et indispensables. 🌐

1. Delattre E. « Comportements d'offre de soins des médecins libéraux français ». *Thema Paris X*. 18 juillet 2000.
2. Enquête sur les inégalités infra-régionales de l'ORS Picardie 2000.
3. Analyse des recettes, dépenses professionnelles et revenus des médecins libéraux d'Île-de-France, année 1999 – juin 2001. URML Île-de-France 2003.
4. Livre blanc des internes : « À quoi rêvent les jeunes spécialistes ? » Enquête auprès des internes. SIHP et URML Île-de-France 2003 www.urml-idf.org/urml/Livre_Blanc.pdf.

Villes, psychiatrie et santé mentale

Depuis quelques années on assiste à une multiplication des signaux témoignant d'une expression de plus en plus bruyante des problématiques de santé mentale sur les territoires¹ et traduisant par ailleurs les limites de notre système de santé pour y faire face².

Les élus municipaux sont directement confrontés à ces réalités par la proximité à l'égard de leurs concitoyens que leur confère le mandat électif, mais également par le rôle de « police sanitaire » attribué aux maires. Il s'agit là d'une des rares compétences légales des communes dans le champ de la santé et plus particulièrement dans le champ de la santé mentale, laquelle reste de la responsabilité de l'État. Dans un certain nombre de cas, des situations aiguës conduisent en effet à des hospitalisations sous contrainte et plus

particulièrement à des hospitalisations d'office, lesquelles apparaissent comme l'unique recours de situations mal ou insuffisamment prises en charge par les différents acteurs du champ médico-social.

À la demande des élus locaux, les villes de « l'Arc alpin » membre du Réseau français des villes santé-OMS se sont engagées depuis 2002 dans un travail visant à produire un outil capable de rendre compte du « bruit de fond » des problématiques de santé mentale sur les territoires de ces villes. Les finalités de ce chantier résident dans la volonté d'objectiver un certain nombre de problèmes permettant aux élus, et aux services concernés, d'orienter les politiques publiques soit au travers d'actions municipales spécifiques, soit par l'interpellation des institutions qui ont la compétence légale en la

matière, les services déconcentrés de l'État et les centres hospitaliers spécialisés en particulier.

Cinq villes se sont engagées dans ce travail : Bourgoin-Jallieu, Genève, Lyon, Villeurbanne et Grenoble, qui a coordonné la réflexion jusqu'à ce jour.

Un groupe de pilotage composé d'un panel varié d'acteurs de la santé mentale sur la ville de Grenoble — service de psychiatrie du Centre hospitalo-universitaire (CHU), direction départementale des Affaires sanitaires et sociales, département de l'information médicale du CHU, centre hospitalier spécialisé, service de médecine légale, centre Hauquelin, médecins de la maison d'arrêt de Varcès, caisse primaire d'assurance maladie, centres de santé — a été mis en place. À partir d'une analyse de la littérature, il a été élaboré un outil composé d'indicateurs répartis en trois catégories : des indicateurs reflétant l'état de santé de la population, des indicateurs d'offre de soins et des indicateurs de consommation de soins.

Deux réseaux d'acteurs ont ainsi été mobilisés de façon complémentaire :

- les acteurs grenoblois de la santé mentale ont été sollicités afin de valider l'intérêt de la démarche générale, de se prononcer sur les indicateurs pressentis et pour enrichir la liste de ces indicateurs, et enfin, dans le but de les mobiliser pour obtenir leur accord et leur soutien afin que soient fournies, en routine, les informations dont sont détentrices chacune des institutions qu'ils représentent ;

- les représentants du réseau rhône-alpin des villes santé-OMS, outre leur implication depuis le démarrage de ce projet, ont été associés à une recherche de consensus concernant, pour chacun des indicateurs retenus, leur avis sur la pertinence et l'accessibilité de ces informations dans chacune des villes concernées.

Cette démarche a permis d'être

État de santé

Taux annuel de suicides

Taux annuel de tentatives de suicide avec hospitalisation

Taux annuel de plaintes de voisinage en lien avec des troubles psychiques

Taux annuel d'hospitalisations à la demande d'un tiers (incidence)

Taux annuel d'hospitalisations d'office (incidence)

Taux annuel de patients en longue maladie pour des raisons de santé mentale (prévalence)

Offre de soins

Taux de psychiatres libéraux

Taux de psychiatres publics et parapublics

Taux d'infirmiers psychiatriques publics

Taux de psychologues libéraux

Taux de psychologues publics et parapublics

Nombre de lits hospitaliers

Nombre d'appartements thérapeutiques

Nombre de CMP adultes

Nombre de CMP infanto-juvéniles

Nombre de lieux d'écoute

Taux annuel d'hospitalisations refusées en psychiatrie publique

Taux annuel d'hospitalisations en surnombre en psychiatrie publique

Consommation de soins

Nombres d'actes réalisés par les psychiatres libéraux

Volumes annuel des psychotropes prescrits

File active des CMP adultes

File active des CMP enfants

File active des points écoute

File active des personnes sous traitement substitutif à la méthadone


Pierre Micheletti
Médecin, directeur
Isabelle Gamot
Monique Vigié
Patricia Lerebourg
Infirmières
en santé publique
*Direction santé
publique et
environnementale,
Grenoble*

confrontés assez rapidement à la fois aux difficultés d'accès à certaines informations mais également aux limites des indicateurs initialement retenus, pour une bonne part du fait des découpages territoriaux non superposables selon les institutions. Le travail initié pointe également le peu de formalisation, à ce jour, des informations produites et potentiellement utilisables par les différents acteurs de la santé mentale.

Ces constats, s'ils sont partagés par les autres villes, amèneront à réduire le nombre des indicateurs retenus afin d'aboutir à un outil relativement fiable et robuste et dont les informations pourraient être comparables d'une ville à l'autre ou qui, pour le moins, devrait permettre de comparer dans le temps l'évolution de ces indicateurs dans une même ville.

L'outil ainsi élaboré n'a d'autre vocation que de rendre compte d'un bruit de fond ne nous dispensant pas, pour développer des actions, d'analyses ou d'enquêtes spécifiques et adaptées aux différents projets portés ou soutenus par les villes dans le champ de la santé mentale.

Cette démarche génère en outre des collaborations fructueuses entre acteurs de la santé mentale et de la santé publique.

Au-delà de la construction d'une grille de lecture, cela constitue en effet l'occasion de fédérer et d'associer les réseaux d'acteurs locaux de la santé mentale sur un projet qui suscite un intérêt manifeste de leur part en ce qu'il semble répondre à un souci de produire et d'analyser de l'information nécessaire à la prise de décision, permettant d'objectiver, par les indicateurs retenus, le ressenti de ces mêmes acteurs confrontés à des difficultés croissantes. 

1. « Troubles mentaux et représentations de la santé mentale », *Études et résultats* n° 347, Drees, octobre 2004.

2. « La psychiatrie, éternelle oubliée », *Actualités sociales hebdomadaires*, n° 2376, 8 octobre 2004.

L'information sur les pratiques médicales de ville : points de convergence des systèmes étrangers

Karine Chevreul
Médecin de santé publique
Philippe Le Fur
Médecin, directeur de recherche
Catherine Sermet
Médecin, directeur de recherche
Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

En France, depuis plus de deux décennies, il existe un système d'information médicalisé, le PMSI, couvrant en partie le secteur hospitalier. Malgré ses imperfections, il permet de connaître les motifs médicaux principaux des séjours et de certains actes effectués au cours des hospitalisations.

En revanche, dans le secteur ambulatoire, malgré la volonté du législateur¹ de mettre en place un codage des pathologies pour chaque recours d'un patient à un médecin, l'information sur les causes de consultation, les situations cliniques rencontrées et l'attitude thérapeutique adoptée en réponse ne sont pas publiquement disponibles en routine. Actuellement, les seules données existantes sur les motifs de recours proviennent de sociétés privées recueillant des informations pour l'industrie pharmaceutique ou de sociétés savantes. D'une manière générale, les difficultés d'accès à ces données et/ou les caractéristiques de leur recueil limitent l'utilisation.

Il n'est donc pas possible aux différents acteurs du système de soins de connaître la nature de la demande exprimée en médecine de ville en lien avec la réponse thérapeutique offerte : examens complémentaires et médicaments prescrits. On ne peut pas, par exemple, répondre aux questions suivantes : Quelle est la nature des maladies observées en médecine de ville ? Quels médicaments sont prescrits pour une pathologie donnée ? Quelle est l'ampleur de la variation de prescription face à cette pathologie ? En quelle proportion les recommandations de bonnes pratiques sont-elles appliquées ou applicables ? De la réponse à ces questions peut dépendre l'anticipation des besoins de soins, la réflexion sur l'optimisation des pratiques ou la définition de thèmes pour la formation médicale continue.

Certains pays ont des systèmes publics ou parapublics qui renseignent les pratiques en médecine de ville. L'étude de ces derniers est particulièrement importante pour connaître les conditions de leur mise en œuvre et tenter de mettre en exergue des points de convergence qui pourraient servir de base à la réflexion pour le développement d'un tel système en France.

1. Principe prévu par la loi dite « Teulade » du 4 janvier 1994, renforcée par les ordonnances d'avril 1996.

Huit systèmes étrangers concernant la médecine générale

Huit systèmes qui fournissent de façon permanente des informations à la fois sur la morbidité rencontrée, les caractéristiques des médecins et des patients consultants (âge, sexe, catégories socioprofessionnelles, et/ou

antécédents...) et l'attitude thérapeutique choisie en réponse ont été analysés. Ce sont des recueils informatisés non exhaustifs de données saisies lors de contacts médecin-patient. Ils sont situés au Royaume-Uni (3/8), en Australie (2/8), en Nouvelle-Zélande (1/8), aux Pays-Bas (1/8) et en Italie (1/8)^{2,3,4} (tableau 1).

tableau 1

Principales caractéristiques des systèmes d'information étudiés

| Systèmes étudiés | Année d'instauration | Taille | | | Contrepartie pour les médecins | |
|----------------------------------|----------------------|----------|----------|-----------------------|--|---|
| | | Cabinets | Médecins | Patients | Financière | Intellectuelle |
| Australie | | | | | | |
| Medic-GP | 1994 | | 150 | 61 000 | Redistribution de recettes sur l'utilisation des données | Retour d'information |
| GPRN | 2000 | 128 | 297 | 600 000 | Non | Retour d'information Points assurance qualité et FMC Évaluation des pratiques |
| Italie | | | | | | |
| HSD | 1996 | | 550 | | Non | Retour d'information |
| Nouvelle-Zélande | | | | | | |
| RZNCGP computer research network | 1989 | 180 | 450 | 800 000 (23 % pop.) | Non | Retour d'information |
| Pays-Bas | | | | | | |
| NIN-GP | 1996 | 80 | | | 1 500 euros/an | Retour d'information |
| Royaume-Uni | | | | | | |
| GPRD | 1987 | 400 | 2 500 | 3 millions (5 % pop.) | 0,38 euro/an/patient | Retour d'information |
| Qresearch | 2004 | 500 | | 3,5 millions | Non | Retour d'information |
| WRS | 1967 | 80 | 400 | 0,75 million | 0,60 euro/an/patient | Retour d'information |

a. Royal College of General Practitioners. b. 2 groupes de recherche en médecine générale. c. Medicine and Health Care Regulatory Agency, service de l'État. d. Classification propre mais transcodification en CISP et CIM. e. Classification développée par le D^r Read prédominante au Royaume-Uni.

Ces systèmes d'information sont majoritairement apparus depuis la deuxième moitié des années quatre-vingt-dix avec pour objectif d'étudier les pratiques en médecine de ville. Dans l'ensemble, ils ne concernent que la médecine générale. On peut penser que l'organisation des systèmes de santé dans lesquels ces

outils sont présents participe pour beaucoup à ce phénomène⁵.

Des informations enregistrées pendant la rencontre médecin-patient

Les modalités pratiques du recueil sont le plus souvent les suivantes :

- Saisie des données au cabinet à l'aide d'un logiciel médical.
- Utilisation de classifications pour l'enregistrement des diagnostics, motifs de recours et prescriptions. Par l'utilisation d'un langage commun, elles permettent de comparer les données émanant d'acteurs différents en les standardisant de façon importante. La classification choisie dépend du pays. Des transcodifications automatiques en Classification internationale des soins primaires (CISP) ou Classification internationale des maladies (CIM) sont prévues dans la majorité des systèmes.
- Transmission des données par Internet via des lignes sécurisées à la fréquence d'une fois par semaine à une fois par mois. L'utilisation de programmes d'extractions semi-automatiques⁶ semble le cas de figure le plus courant.

Des médecins volontaires

L'échantillon de médecins participant au recueil est toujours constitué de volontaires. Outre le fait que l'on remette en cause la représentativité des pratiques des médecins volontaires⁷, la sélection sur la base du volontariat n'assure pas la représentativité du panel au moins en termes de répartition géographique sur le territoire national, répartition selon le degré d'urbanisation du lieu d'exercice et répartition entre cabinet de groupe et pratique individuelle. Certains⁸ ont ensuite fait un tirage au sort stratifié parmi les cabinets volontaires. Cette méthode augmente la représentativité de l'échantillon, mais il n'est pas tout le temps possible de l'appliquer. Elle dépend pour beaucoup du nombre de volontaires au départ et des moyens dévolus à la gestion du système.

Une gestion autonome de l'État et des organismes de protection sociale

À l'exception du General Practice Research Database (GPRD) au Royaume-Uni, l'ensemble de ces outils sont

| Gestion | Classification diagnostic | Remarques |
|------------------------------|---------------------------|---|
| RCGP ^a | CISP CIM 9 | Persistence suite à une étude nationale. |
| Health Communication Network | Docle ^d | Gestion par la société détentrice du logiciel utilisé par 85 % des cabinets australiens, impulsion publique de sa mise en place. |
| SIMG | CIM 9 | Mis en place par la Société italienne de médecine générale. |
| RCGP ^a | Non | Pas d'utilisation de classification, enregistrement des diagnostics en langage vernaculaire, mise en relation avec les séjours hospitaliers des patients. |
| WOK et Nivel ^b | CISP | Enregistrement du diagnostic depuis 2001 suite à une grande étude nationale. |
| MHCRA ^c | Read ^e | Mis en place par l'industrie, donné au ministère de la Santé, géré par une de ses institutions mais statut autonome. La seule obligation est d'enregistrer la prescription, le diagnostic est moins bien renseigné. |
| Université de Nottingham | Read | Mis en place pour pallier les limites du GPRD : renseignements diagnostics insuffisants et accès onéreux. |
| RCGP ^a | Read | La plus ancienne des bases, utilisation pour veille épidémiologique, les données de prescription ne sont pas utilisées. |

2. On note que la prédominance des bases anglo-saxonnes peut, en partie, être relative à un biais de repérage lié à la plus grande masse de publications accessibles en anglais.

3. On note que, à l'exception des Pays-Bas, ces pays ont tous des systèmes nationaux de santé.

4. En Allemagne, il existe un système de relevé systématique de la morbidité par les médecins, mais celle-ci n'est pas reliée aux autres informations enregistrées lors des contacts médecin-patient.

5. Au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, par exemple, les spécialistes exercent presque tous à l'hôpital.

6. Dans ce cas, la transmission des données est soumise à un accord préalable du médecin.

7. Ils auraient un comportement différent de l'ensemble de leurs confrères.

8. GPRD, Qresearch et NIN-GP.

sous la responsabilité d'institutions non gouvernementales. Trois⁹ sont gérés par des collèges royaux ou sociétés savantes représentant les médecins généralistes, trois¹⁰ par des départements universitaires spécialisés dans la recherche en soins primaires.

Bien que souvent mis en place avec l'aide de l'État, ils ont tous un statut d'organisation autonome. Dans certains cas, un comité directeur permet aux acteurs ayant un intérêt dans le secteur des soins primaires (communauté des médecins, chercheurs, institutionnels, industrie pharmaceutique...) d'intervenir sur les grandes orientations et projets de ces systèmes. D'autres comités régulent l'accès aux données qui, le plus souvent, est ouvert à tous¹¹ et supervisent leur bonne utilisation (comité éthique, comité scientifique...).

Autofinancement pour la plupart des systèmes

Il semble qu'une telle organisation soit nécessaire au bon fonctionnement de ces systèmes. En effet, le statut d'institution autonome garantit que l'information ne peut être monopolisée par un des acteurs du système de soins (représentant institutionnel, comme représentant des médecins). Il favorise dans le même temps la qualité et la véracité des informations saisies. Les médecins, détenteurs de l'information, ne sont pas tentés de falsifier les données puisqu'ils en sont le plus souvent utilisateurs et parce que, par l'intermédiaire des comités, ils en contrôlent l'utilisation¹².

Le mode de financement influe sur l'autonomie de ces systèmes, leur pérennité et leur qualité. Hormis le Wilson Research Strategy au Royaume-Uni et l'étude en médecine générale des Pays-Bas qui sont commandés par le gouvernement, ils s'autofinancent. Le plus souvent, ils vendent l'accès à leurs données. Ils peuvent également facturer l'exécution d'études. Les tarifs sont liés à la quantité de données demandée ou au travail nécessaire à leur mise à disposition.

Le plus souvent un apport initial fut nécessaire à la mise en place de ces systèmes d'information. En fonction des recueils, il s'agit de donations ou d'avances du gouvernement, de sociétés savantes ou d'industriels. L'intervention de ces derniers est assez fréquente. Il s'agit de l'industrie pharmaceutique ou de compagnies commercialisant les logiciels médicaux. Le développement actuel de Qresearch au Royaume-Uni est, par exemple, financé par EMIS, distributeur de logiciels médicaux, qui doit recouvrer son investissement dans les premières années de fonctionnement et se retirer. L'autonomie du système est ainsi préservée. En Italie, Health Search Database (HSD) a été mise en place grâce au financement de quatre compagnies pharmaceutiques.

9. WRS, RNZCGP, HSD.

10. Q-research, Medic-GP, NIN-GP.

11. Sauf pour les cas du WRS et du RNZCGP. Ce dernier conduit lui-même les projets de recherche moyennant financement ou peut accueillir des chercheurs.

12. Ils peuvent ainsi s'assurer que l'information n'est pas utilisée à leurs dépens, à des fins de contrôle par exemple.

Il semble que leurs prérogatives n'aient alors pas été bien définies et qu'elles aient eu un accès privilégié aux données qui leur a été judiciairement retiré dernièrement. Afin de garantir la qualité de l'outil, les participations aux financements initiaux doivent, semble-t-il, être soit des donations sans contrepartie, soit des prêts.

Toujours une contrepartie pour les médecins

Dans tous les systèmes, les médecins du panel reçoivent une contrepartie. Celle-ci peut être financière : c'est le cas pour la moitié des systèmes¹³, mais elle est toujours intellectuelle. Les médecins reçoivent au moins un rapport sur leur activité et leurs pratiques, qu'ils pourront comparer à la moyenne de l'ensemble du panel. Certains ont également un logiciel qui leur permet de faire des statistiques sur leurs données. D'autres pourront avoir accès aux données de la base issue du système et mener des études après accord sur leur projet de recherche. Les contreparties proposées par le General Practice Research Network (GPRN) en Australie sont à retenir. En plus d'un retour sur les données, la participation au panel donne des points aux médecins au titre de la formation médicale continue et de la participation à des actions de qualité. Elle permet, également, d'obtenir un soutien technique pour le développement d'audits de pratiques et d'accéder à des formations sur l'utilisation du logiciel médical.

Cette forte convergence des caractéristiques organisationnelles des systèmes étrangers laisse à penser qu'elles sont en partie nécessaires à leur bon fonctionnement et impose leur prise en considération pour le développement éventuel d'un tel système en France. ☺

13. Medic-GP, GPRD, WRS, NIN-GP.