

## Les systèmes d'information comme outil de la régulation

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

**L**es 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](http://www.urml-idf.org/urml/Livre_Blanc.pdf).