

**Régulation de la profession médicale  
situation et perspectives en France et  
à l'étranger  
Coopérations entre professions de  
santé**

Yann Bourgueil  
IRDES – Paris [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)

Lille février 2011

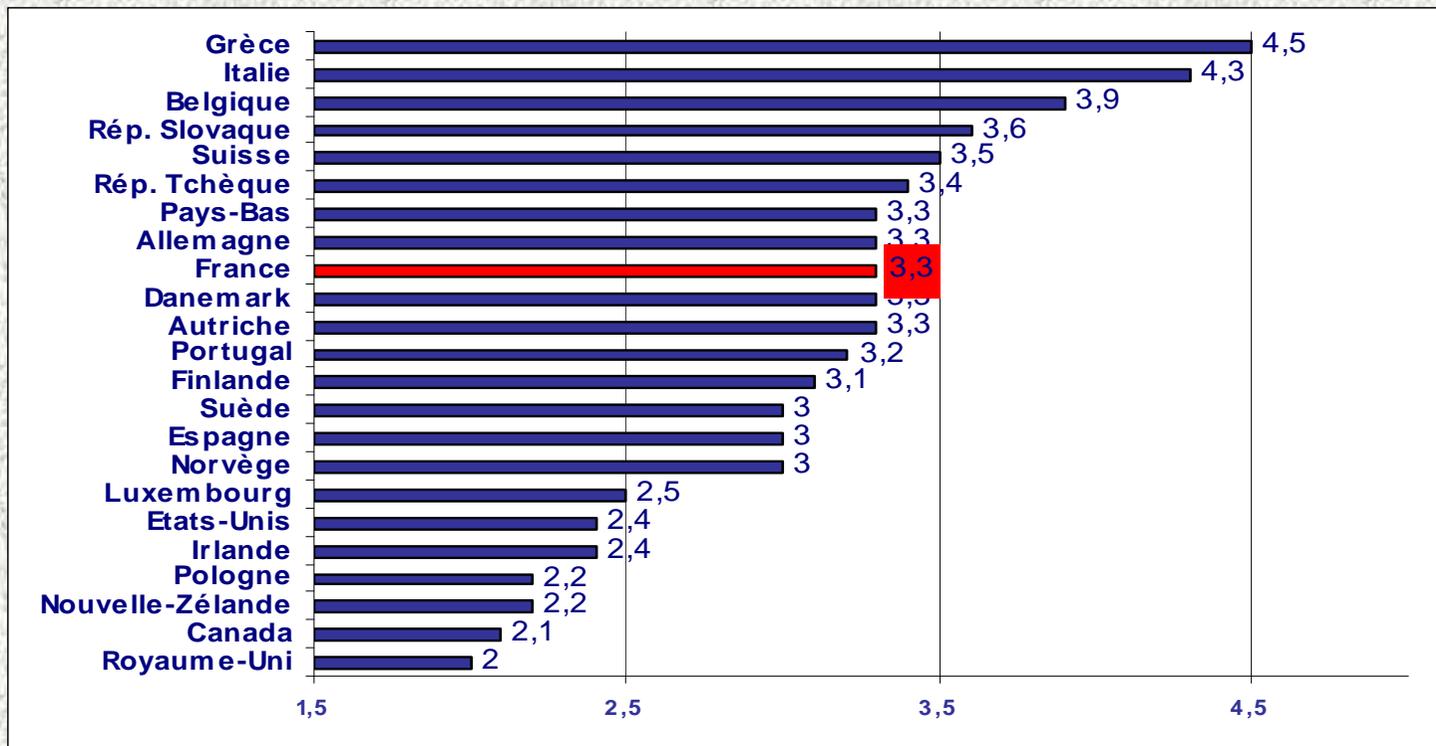
# Plan

---

- La démographie médicale en France :
- Principaux outils de la régulation démographique des médecins en France
- Les effets d'une politique conservatrice: la diminution à venir du nombre de médecins
- La politique de la ressource humaine en santé
- Vers l'évolution de la coopération entre professions de santé
  - Rappel sur l'organisation juridique des professions
  - Le rapport Berland et les expérimentations de coopération des professions de santé

# La densité médicale française est l'une des plus élevée des pays de l'OCDE

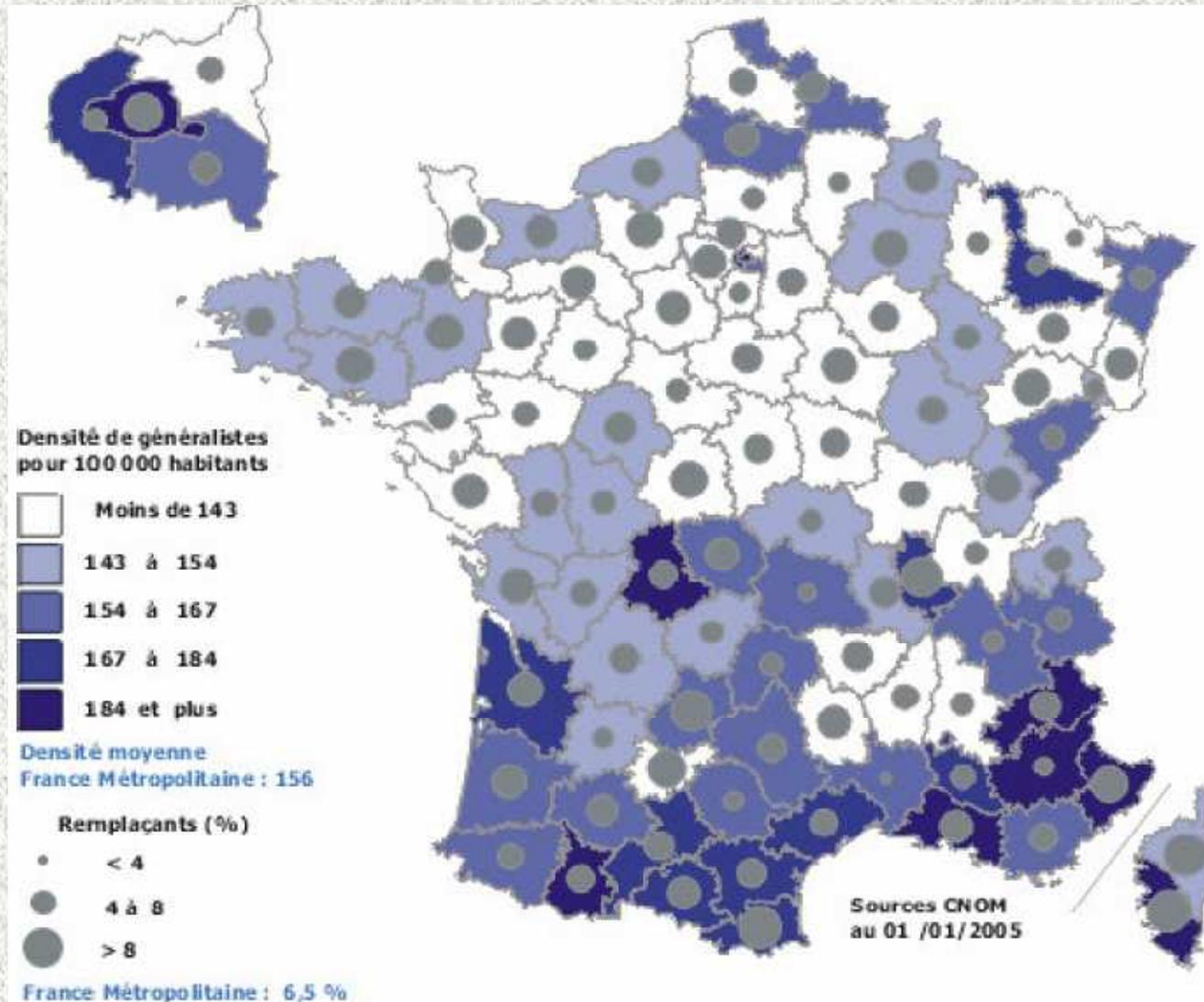
## Densité médicale dans les pays de l'OCDE - 2001



Source : Ecos Sante – OECD - 2004

## Mais des inégalités : 50% de généralistes en plus pour 100 000 habitants dans le sud par rapport au nord

---

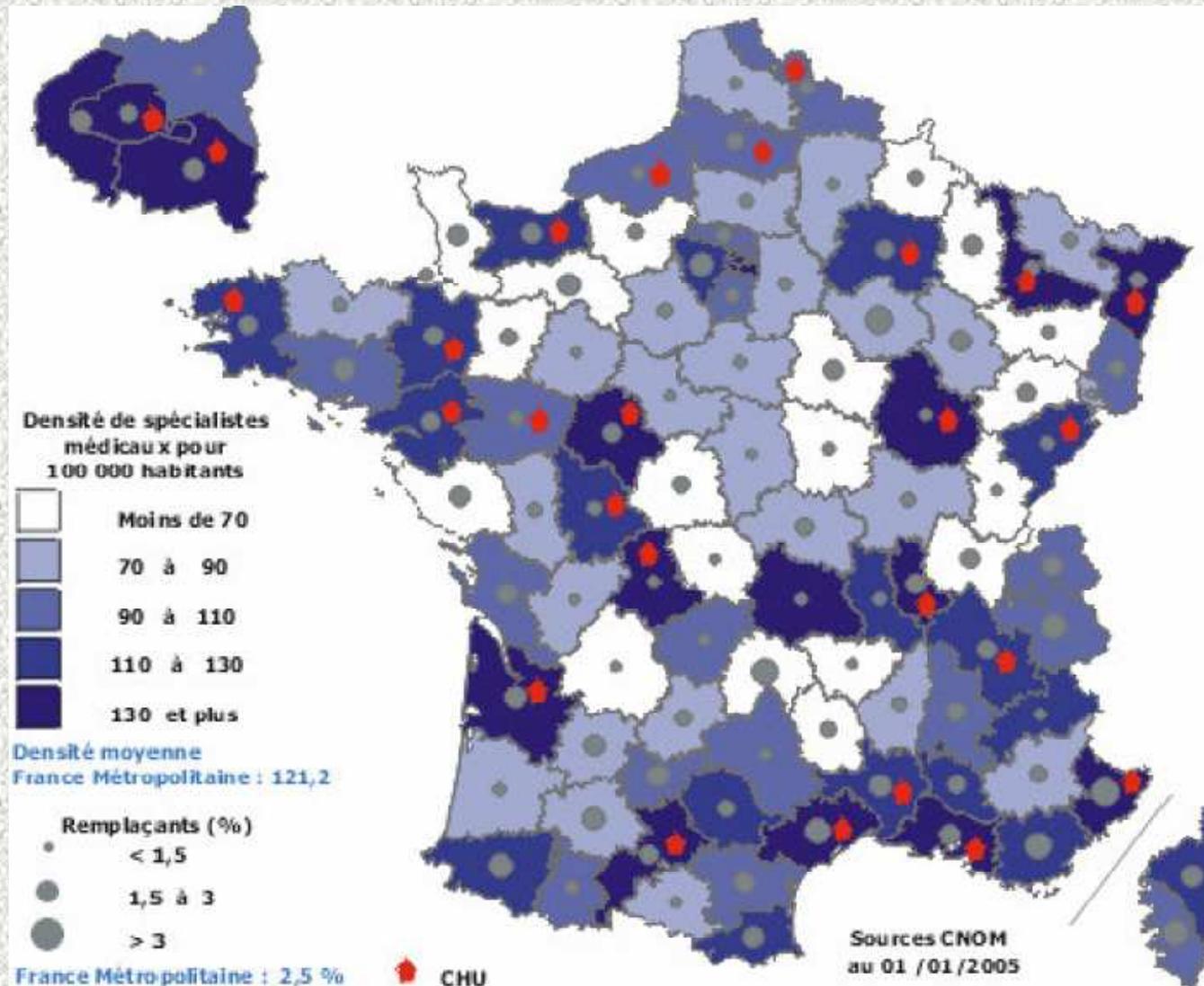


Source :  
Conseil  
National de  
l'Ordre des  
Médecins

# La densité médicale de spécialistes varie du simple au double entre les régions

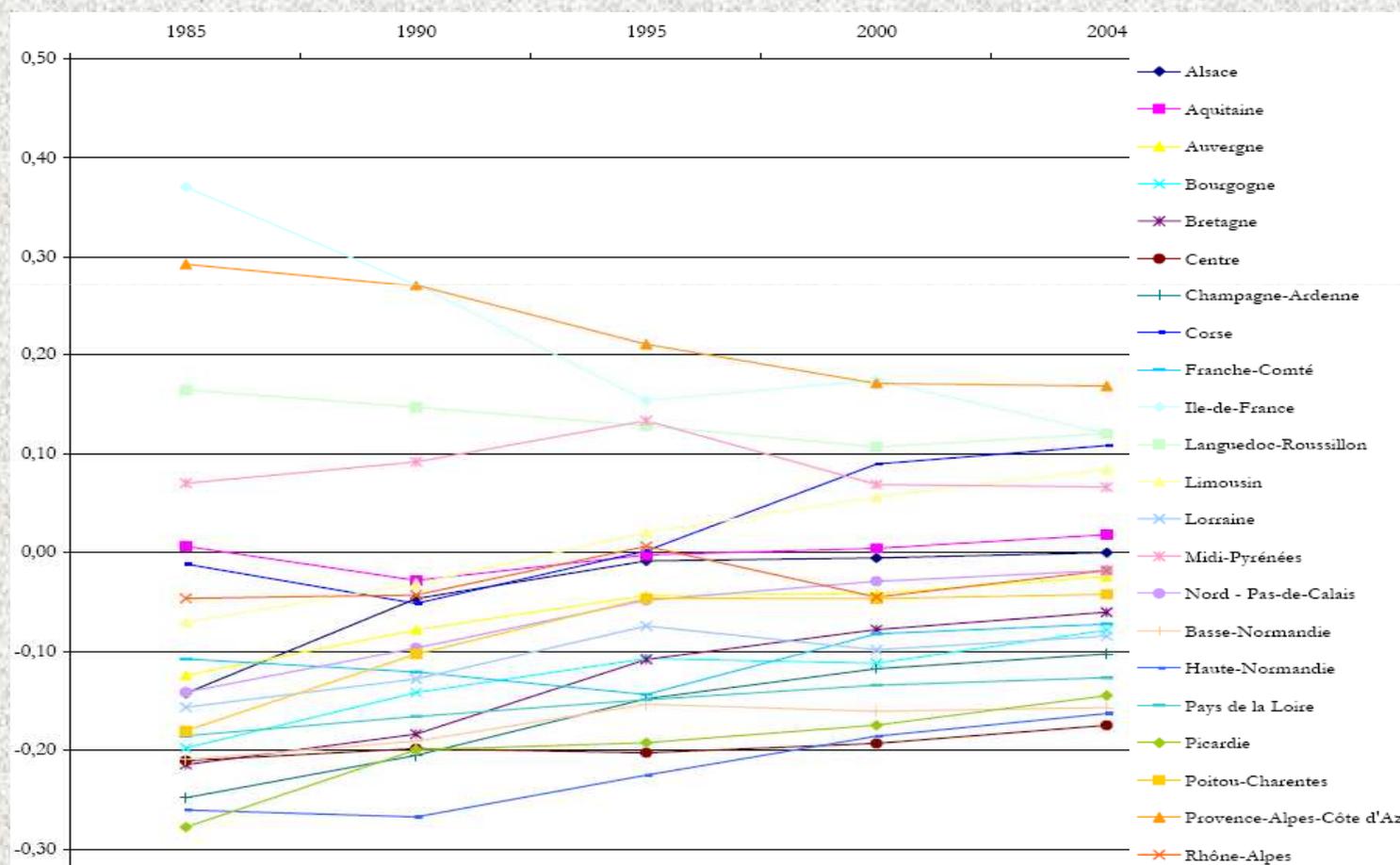
La densité est la plus élevée dans les villes dotées d'un CHU

Source :  
Conseil  
National de  
l'Ordre des  
Médecins



# La disparité interrégionale de la densité médicale a diminué modérément entre 1985 et 2004

Variation régionale de la densité médicale entre 1985 et 2004



# Principaux outils de la régulation démographique des médecins en France

---

## ➤ Deux principaux outils

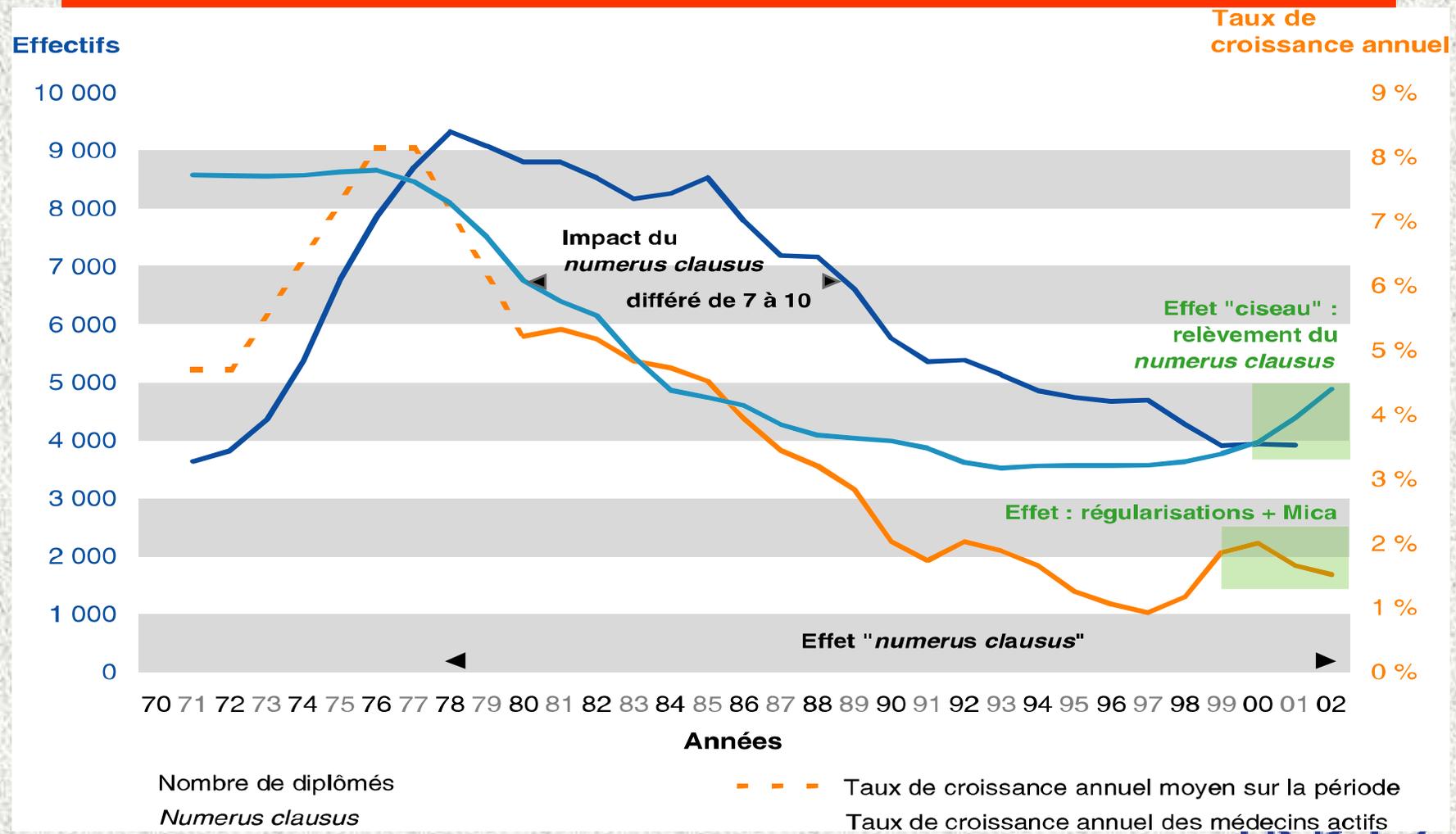
- *Numerus clausus* : limitation du nombre d'étudiants autorisés à poursuivre leurs études (décision ministérielle après avis CNEM)
- Limitation de l'accès aux spécialités : concours de l'internat 1981 (interrégional), devenu l'ECN (choix de la région et de la spécialité)
- Filières spécifiques pour certaines spécialités depuis les années 90 (rapport Nicolas) – inégalités entre spécialités (anesthésie réa, pédiatrie, GO)

## ➤ Pas de limitation à l'installation en pratique privée

## ➤ Instauration du MICA début 2000 arrêté en 2003

## ➤ Postes de PH prioritaires

# Une politique stable de 1979 à 1997 : réduire le *numerus clausus*



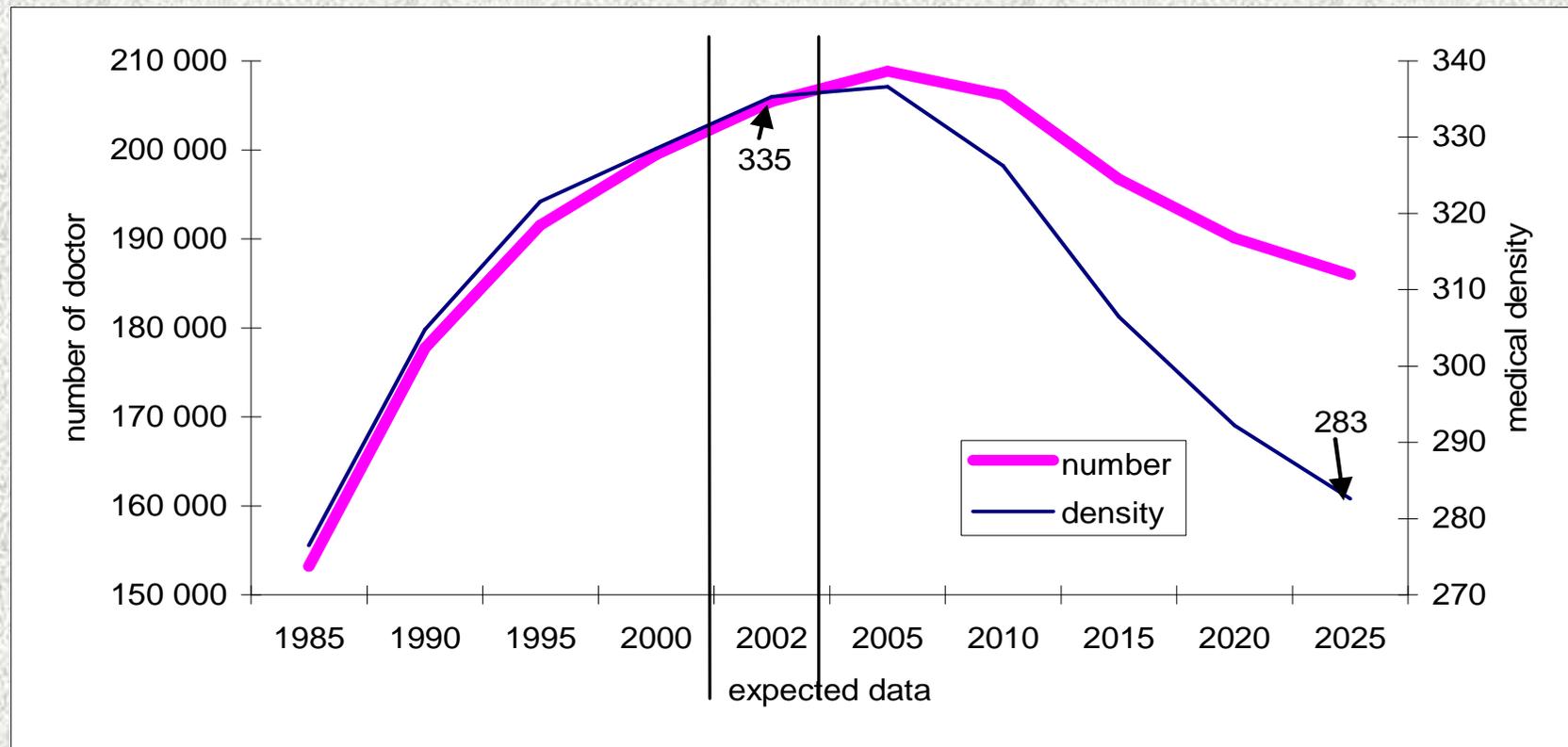
# La régulation des professions de santé dans les autres pays

---

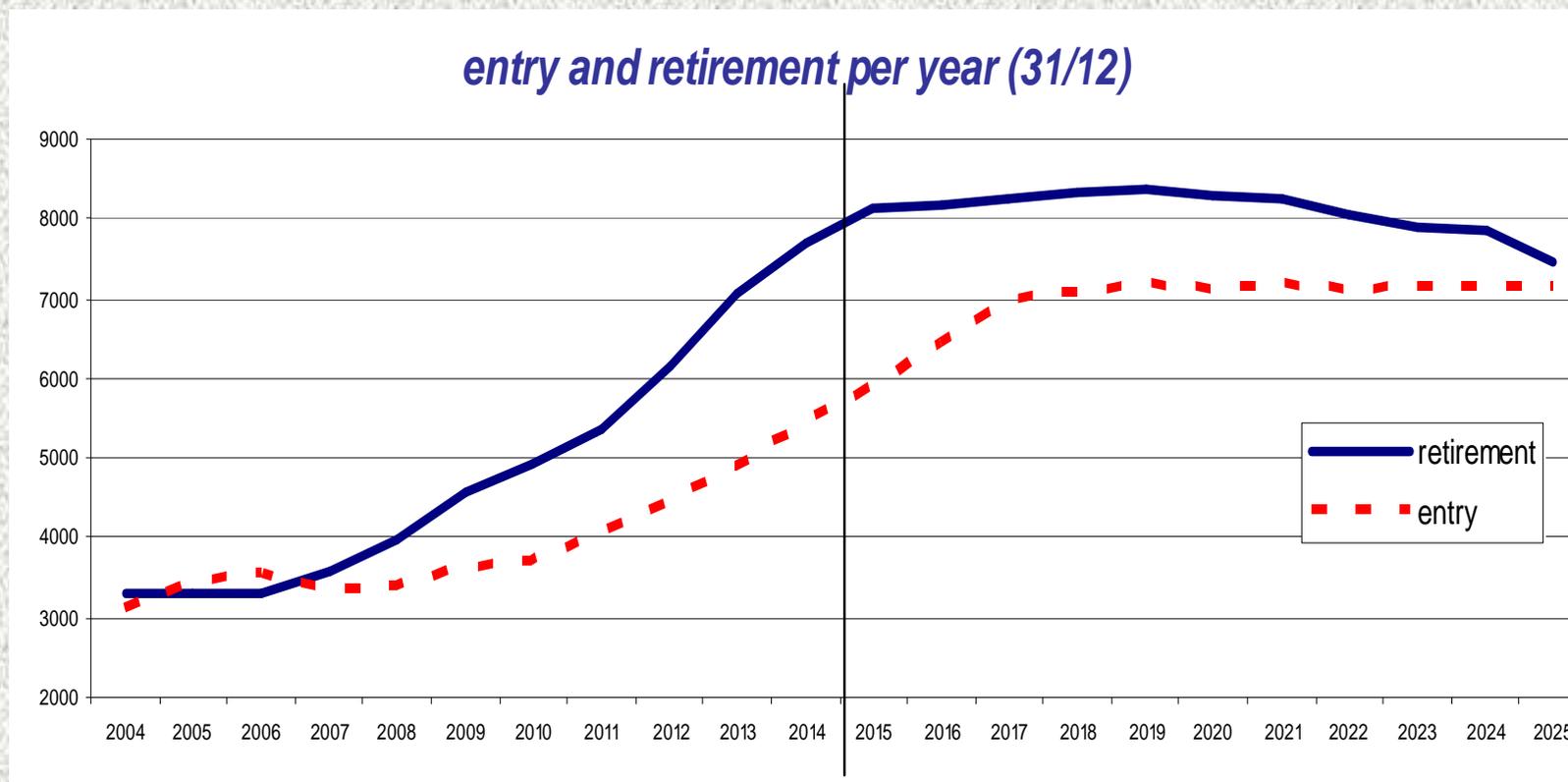
- Allemagne : limitation au conventionnement (cartes)
- Royaume-uni : une limitation stricte par spécialité (l'immigration une variable d'ajustement)
- Les Etats Unis : limitation du financement des postes de résidents par medicare (immigration, PA et NP)
- Canada : Québec – une gestion fine par spécialités

# Les effets d'une politique conservatrice: la diminution à venir du nombre de médecins

Projection du nombre et de la densité médicale (hypothèse NC à 7 000)



# L'écarte entre les entrées et les départs à la retraite de médecins



Source DREES 2003 : Hypothèse : *numerus clausus* constant à 7000 par an et le départ à la retraite à 64 ans

Institut de recherche et documentation en économie de la santé

# Une baisse inégale selon les spécialités : très forte pour l'ophtalmologie, la psychiatrie et l'ORL

spécialité	effectifs 2025	évolution 2025 / 2002
<b>pédiatrie</b>	<b>7182</b>	<b>8%</b>
<b>anesthésie-réanimation</b>	<b>9069</b>	<b>-12%</b>
<b>spécialités médicales (autres) et gyn. méd.</b>	<b>34344</b>	<b>-14%</b>
RRF	1351	-29%
radiologie	6042	-26%
médecine interne	1822	-26%
autres spécialités médicales (y c. gyn. méd.)	3200	-25%
dermatologie vénéréologie	3131	-22%
rhumatologie	2105	-20%
pathologie cardiovasculaire	5319	-10%
Anatomie et cytologie pathologique	1549	-5%
pneumologie	2602	-2%
gastro-entérologie hépatologie	3476	5%
neurologie	2007	16%
endocrinologie et métabolismes	1740	25%
<b>total spécialités médicales</b>	<b>50595</b>	<b>-11%</b>

spécialité	effectifs 2025	évolution 2025 / 2002
<b>gynécologie obstétrique</b>	<b>5472</b>	<b>2%</b>
<b>spécialités chirurgicales (autres)</b>	<b>15677</b>	<b>-18%</b>
ophtalmologie	3121	-43%
ORL	2074	-31%
Chirurgie*	10482	-2%
<b>total spécialités chirurgicales</b>	<b>21149</b>	<b>-14%</b>

spécialité	effectifs 2025	évolution 2025 / 2002
<b>psychiatrie</b>	8816	-36%
<b>santé publique et médecine du travail</b>	5208	-15%
<b>biologie médicale</b>	3079	-1%
<b>autres disciplines (hors médecine générale)</b>	<b>17104</b>	<b>-26%</b>
<b>total disciplines hors médecine générale</b>	<b>88847</b>	<b>-15%</b>

Champ : France entière - Source : ADELI et projections (nc=7000)

Institut de recherche et documentation en économie de la santé

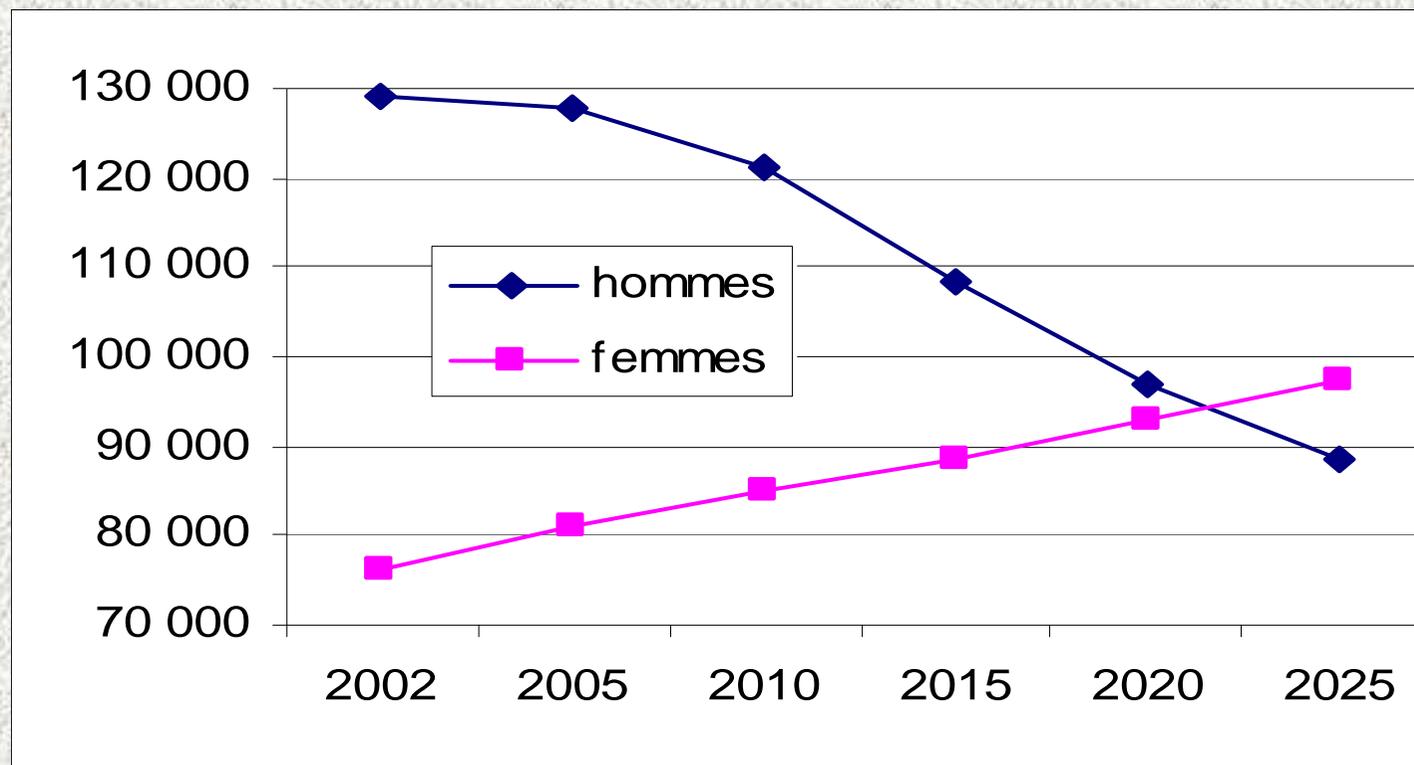
# Autres facteurs influençant la ressource médicale disponible en France

---

- législation du travail : introduction des 35 heures et de la directive européenne sur le repos compensateur
- Féminisation de la profession médicale (60% des étudiants de deuxième année en 2002)
- Evolution d'attitude par rapport au travail
  - la pratique de groupe semble plus attractive
  - arbitrages différents entre temps de loisir et temps de travail

# Autres facteurs pouvant influencer la ressource médicale disponible: la féminisation

Modelisation du sex ratio des futurs médecins. Plus de femmes que d'hommes en 2025



# La politique de la ressource humaine en santé

---

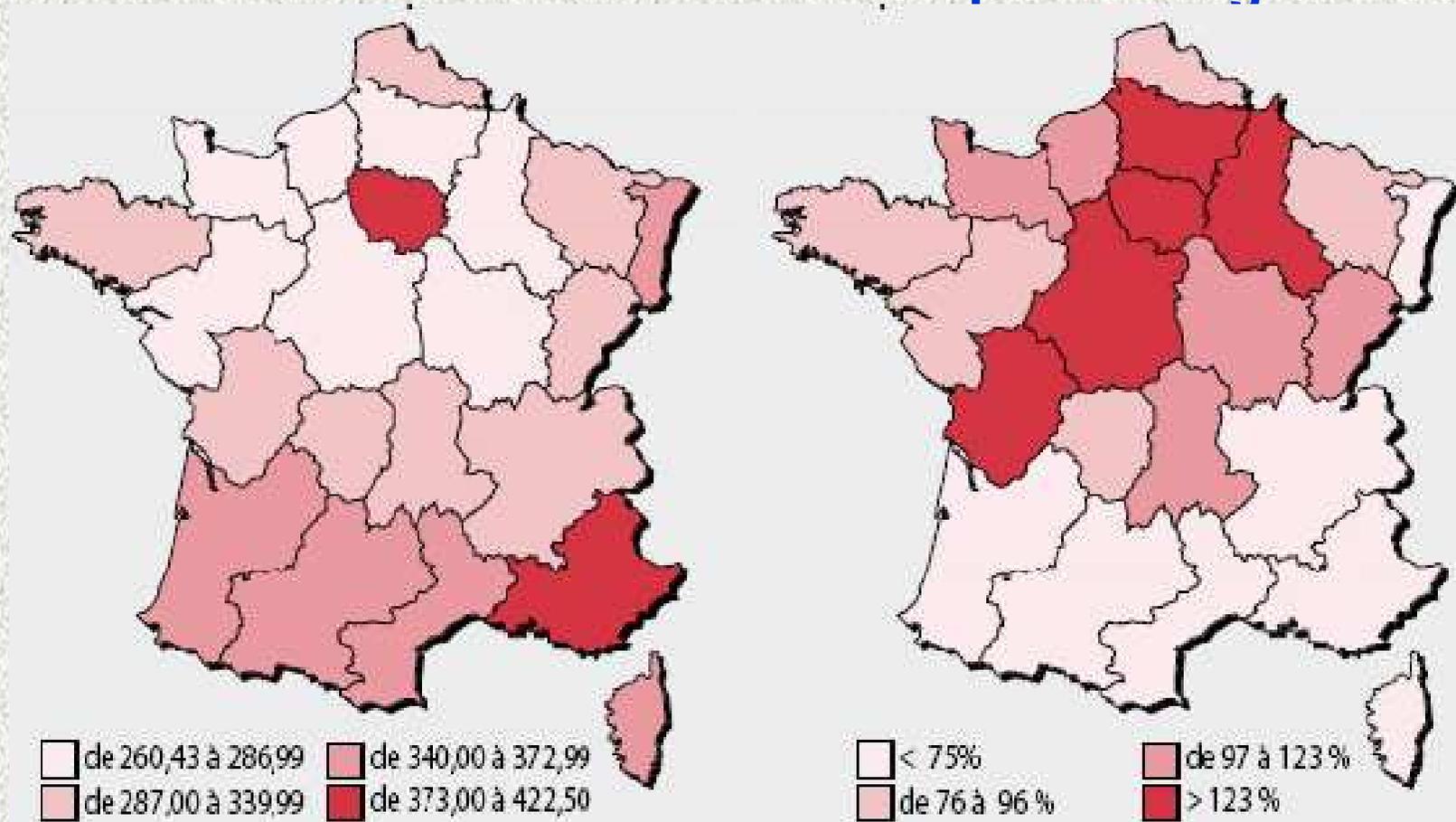
- Création de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé en 2003 [www.sante.gouv.fr/ondps](http://www.sante.gouv.fr/ondps)
  - Analyses, auditions, recherches et recommandations
  - régionalisé
- Un répertoire unique pour tous les professionnels de santé (RPPS novembre 2007)
- Augmentation du Numerus Clausus (doublé en 9 ans)
- L'immigration n'est pas considéré comme une politique officielle
- Renforcer la médecine générale (postes de professeurs temps plein, recherche ?)
- Incitations financières dans les zones déficitaires, statut de collaborateur libéral
- Développer la coopération et délégation de tâches entre professions de santé (experimental)

# Mesures pour améliorer la répartition du nombre de médecins

---

- Augmenter le *numerus clausus* dans les régions à faible densité médicale
- De nombreuses incitations financières dans des zones déficitaires
  - Les collectivités peuvent
    - allouer des bourses aux étudiants en médecine en échange d'un engagement à pratique pour au moins 5 ans,
    - Apporter des aides financières à l'installation
  - Exonérations de charges pour la permanence des soins
  - Augmentation de rémunération de 20% par an pour les médecins généralistes qui travaillent en groupe dans les zones déficitaires (minimum 2 médecins)

## Densité médicale régionale en 2005 (gauche) et augmentation du *numerus clausus* entre 1997 et 2006 (droite) : Une politique pour réduire les disparités régionales



# Vers l'évolution de la coopération entre professions de santé

---

- Rappel sur l'organisation juridique des professions
- Le rapport Berland et les expérimentations

# Rappel sur l'organisation juridique des professions

---

- Les professions médicales :
  - Les médecins : une **habilitation générale et monopolistique** à intervenir sur les corps d'autrui
  - Les autres professions médicales : une **habilitation spécialisée** aux domaines dans lesquels ils peuvent intervenir
    - les chirurgiens-dentistes : les soins de la bouche, des dents et des maxillaires
    - les sages-femmes : la grossesse, l'accouchement, les soins post-natals de la mère et l'enfant
- Les professions de la pharmacie : monopole de la préparation et de la délivrance des médicaments et dispositifs médicaux
- Les auxiliaires médicaux : une **habilitation sous contrôle médical**

# L'organisation juridique des professions paramédicales

---

Dans le Code de la Santé Publique

- ✓ **11 auxiliaires médicaux** : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, diététiciens, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, audio prothésistes, opticiens- lunetiers
- ✓ **2 domaines spécifiques** : préparateurs en pharmacie, techniciens de laboratoire
- ✓ **3 non citées car spécialités** : puéricultrices, IBODE, IADE

# Les points communs

---

En dérogation à l'exercice illégal de la médecine

- ✓ Sur prescription médicale
- ✓ Trois ans d'études
- ✓ Disciplines médicales et humaines, champ technique
- ✓ Métiers conçus comme de l'assistance médicale
- ✓ Décrites principalement par les actes (décrets d'activité)
- ✓ Régulés par quotas (concours d'admission) – ex quota infirmier de 30 000/an - doublement depuis 1990.

# Une démographie des paramédicaux contrastée

---

- ✓ Difficultés dans certaines professions (MER)
- ✓ Départs à la retraite attendus
- ✓ Vieillissement de la population soignante
- ✓ Difficultés régionales de recrutement (IDF)
- ✓ Difficulté dans la répartition géographique

## Faut-il redistribuer les activités ? Rappel des conclusions du rapport Berland ([www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr))

---

- De très rares initiatives françaises au prix, souvent de pratiques non reconnues
  - Médecine de ville, consultation infirmière spécialisée, consultation diététicienne, dosimétrie, ophtalmologie, SMUR...
- Vers une nécessaire mise en perspective du transfert de compétences
  - Deux situations de délégation de compétence
    - Partenaires paramédicaux « naturels » (MER, Oph)
    - Définition de nouveaux métiers (patho chroniques, aspect médico-technique)

# Rappel des conclusions du rapport Berland (2) ([www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr))

---

- De grands principes à respecter
  - La formation
    - Rattachée aux facultés de médecine
    - Lien avec le LMD (Licence Master Doctorat)
  - Dans le cadre d'une collaboration étroite médecin – acteur para-méd
  - Définition du champ de compétence
    - Cesser de codifier des actes et plutôt décrire les métiers dans leurs contours
  - Formation continue de tous
  - Revalorisation de l'investissement intellectuel au dépend de l'acte médico-technique

# Rappel des conclusions du rapport Berland (3) (www.sante.gouv.fr)

---

- Transferts sur acteurs bien identifiés
  - Imagerie médicale, radiothérapie, ophtalmologie, chirurgie
- Transferts de compétences sur de nouveaux métiers de soins
  - Infirmière clinicienne spécialisée et modèle de master (gestion, formation, soins)
    - Secteurs possibles (soins primaires, néphro, diabéto, cardio, gastro...
  - Diététiciens de soins, coordonnateurs handicap, psychologues praticiens

# Une phase expérimentale

---

- ✓ Une liste d'expérimentations volontaires fixée fin 2003 : 14
- ✓ Un protocole commun validé par un groupe d'experts : ANAES, observatoire, ministère, HCSP
- ✓ Un encadrement législatif et réglementaire : LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique - Article 131 et arrêtés d'applications
- ✓ Un accompagnement par un groupe d'experts : ANAES, observatoire, ministère
- ✓ Une limitation dans le temps...qui se prolonge

Institut de recherche et documentation en économie de la santé

# La première étape des travaux

---

- Un groupe de suivi (HCSP, ANAES, ONDPS, DHOS)
- Rédaction des projets, précision des actes dérogatoires, finalisation des protocoles d'évaluation et recherche de financements auprès des ARH ou des FAQSV
- Arrêté du 13 décembre 2004, JO du 13 janvier 2005
- Cinq premières expérimentations : **diététiciens** en diabétologie, **infirmiers** en hémodialyse et gastro-entérologie, **manipulateurs** en dosimétrie, **orthoptistes** en consultation d'ophtalmologie
- Premiers résultats 2006 (Berland Yvon, Bourgueil Yann, « rapport sur cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre profession de santé », ONDPS, juin 2006. <http://www.sante.gouv.fr/ondps/>)  
Institut de recherche et documentation en économie de la santé

# La deuxième étape des travaux

---

## ➤ Des projets de nature différente

- **Groupe 1** : Les projets centrés sur **un acte technique** : échographie, échocardiographie, exploration fonctionnelle digestive.  
Ces projets sont autorisés pour une durée de 6 à 9 mois.
- **Groupe 2** : Les projets développés en **cancérologie et maladies chroniques**. La nouvelle organisation porte sur un processus global : l'analyse de l'état de santé du malade, l'identification d'un problème et l'élaboration d'une solution pour le résoudre.  
Ces projets sont autorisés pour une durée de 9 à 12 mois.
- **Groupe 3** : Les projets axés sur la **prévention et le dépistage**
  - Rôle de l'infirmière de Santé publique en cabinet de médecine de ville : mise en place d'une coopération entre infirmière et médecin généraliste pour élargir les services offerts en médecine de ville (peu dérogatoire).
  - Rôle de l'infirmière dans l'entretien pré-don

# Premiers résultats et perspectives

- Le thème délégation/coopération/transfert est mobilisateur
- Le choix de l'expérimentation dans le cadre législatif protège et...ralentit le processus
- L'expérimentation est un processus exigeant et coûteux (explicitation, formalisation, évaluation)
- Production d'expériences « pilotes »
- Alimenter la concertation avec des éléments de résultats pouvant être discutés

# Premiers résultats et perspectives

---

- ✓ Des tâches médicales peuvent être effectuées par des non médecins
- ✓ Lien avec qualité et organisation (EPP et Accréditation)
- ✓ La délégation/transfert : pas si simple
- ✓ De nombreuses pratiques informelles existent
- ✓ Faut-il adapter la réglementation : décrets d'activité insuffisants ? plus de formations
- ✓ Émergence de nouveaux métiers de niveau intermédiaire est un enjeu (entre bac + 3 et bac + 12)
- ✓ Comment articuler pratiques et formations et notamment un niveau master dans les professions paramédicales et construire un niveau licence ?
- ✓ Possibilité de passerelles interprofessionnelles
- ✓ Modification des carrières et des salaires