

Former plus de médecins pour demain ?

Résumé

La question du nombre de médecins à former est en France, comme dans de nombreux pays, au premier plan dans le débat public à l'heure où la notion de *numerus clausus* a disparu et où de nombreuses voix alertent les inégalités territoriales responsables de « déserts médicaux ». La régulation purement quantitative de la démographie médicale par le *numerus clausus*, durant plus de 40 ans, a échoué à obtenir un niveau d'équilibre entre l'offre et les besoins. Le nombre idéal de médecins qui permet l'accès de tous, sur tout le territoire, à des soins de qualité dépend de la démographie de la population, de la démographie médicale, mais aussi de la démographie des autres professionnels de santé, et de nombreux facteurs épidémiologiques, techniques, économiques et organisationnels, qui sont par essence instables dans le temps et propres à chaque population et système de santé.

Avec la suppression du *numerus clausus* et l'instauration d'une programmation pluriannuelle du besoin en médecins, la réforme issue de la loi de 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé replace le processus de régulation dans le temps long. L'approche par objectifs nationaux pluriannuels a ainsi marqué un pas dans la réflexion. Les travaux préparatoires à la conférence nationale tenue en mars 2021 ont conclu à la nécessité de continuer à augmenter le nombre de médecins en formation, ce qui a été acté par les ministres en charge de la santé et de l'enseignement supérieur qui ont arrêté des objectifs pluriannuels de formation en augmentation de près de 20%. Mais pour répondre à l'ambition de rapprocher les besoins en professionnels de santé des besoins de soins, il faut aller encore plus loin dans la prise en compte des déterminants du besoin en ressources humaines. Tirant leçon du passé, cet article propose des voies nouvelles pour sortir de l'unique question du nombre de médecins à former, prendre en compte davantage l'organisation du système de santé et mieux approcher la réponse aux besoins territoriaux de soins.

Dans tous les systèmes de santé, la question du nombre de médecins à former est une préoccupation ancienne. Elle reste en France au premier plan dans le débat public à l'heure où la notion de *numerus clausus* a disparu et où de nombreuses voix alertent depuis plusieurs années sur la croissance des inégalités territoriales responsables de « déserts médicaux »^{1, 2, 3, 4}. En fait, on peut dire que depuis les années 1950, la politique de régulation de la profession de médecin a été essentiellement guidée par la question du nombre. Pourtant, même sous l'hypothèse d'une répartition territoriale équilibrée, il

¹ S Castaigne, Y Lasnier. Les déserts médicaux. Avis du Conseil économique, social et environnemental (2017). https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2017/2017_27_deserts_medicaux.pdf

² H Maurey, JF Longeot. Déserts médicaux : L'État doit enfin prendre des mesures courageuses ! <https://www.senat.fr/notice-rapport/2019/r19-282-notice.html>

³ A Lapinte, B Legendre. Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres. DREES Etudes et Résultats 2021 n° 1200.

⁴ Lutte contre les déserts médicaux : les jeunes médecins proposent des solutions. <https://www.reagir.fr/blog/2021/11/30/lutte-contre-les-deserts-medicaux-les-jeunes-medecins-proposent-des-solutions/>

semble aussi difficile de dire précisément si nous avons disposé un jour d'un nombre de médecins en adéquation avec les besoins de santé de la population que de quantifier le manque ressenti dans la période actuelle. C'est dire combien il peut être difficile de projeter un nombre idéal à 10 ou 20 ans.

Les travaux menés en 2020 par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), en lien avec la réforme de l'accès aux études de santé, ont montré la complexité de l'exercice consistant à déterminer un nombre de médecins à former aujourd'hui pour répondre demain aux besoins de la population⁵. Le nombre idéal de médecins qui permet l'accès de tous, sur tout le territoire, à des soins de qualité, dépend bien-sûr de la démographie de la population générale, de la démographie médicale, mais aussi de la démographie des autres professionnels de santé, et de nombreux facteurs épidémiologiques, techniques, économiques et organisationnels⁶, qui sont par essence instables dans le temps et propres à chaque population et système de santé. Par ailleurs, il faut rappeler que la relation entre le nombre de professionnels de santé et l'accès aux soins n'est pas directe. L'accès aux soins est une notion pluridimensionnelle qui prend en compte non seulement la disponibilité des soins (nombre de services, ressource humaine) mais aussi l'accessibilité à cette ressource (organisationnelle, géographique, financière)⁷ et la qualité des soins. De plus, l'adéquation entre l'offre et le besoin résulte pour partie d'un compromis ou accord social, notion encore plus complexe à mesurer.

Même si les outils disponibles sont imparfaits, il est néanmoins indispensable, pour éclairer la décision publique, d'essayer d'évaluer l'impact de ces facteurs non démographiques dans l'exercice de projection des besoins en professionnels de santé pour s'approcher du meilleur équilibre possible et acceptable entre l'offre et le besoin. Cet article rappelle les mécanismes et les effets de la régulation des effectifs formés sur l'évolution de la démographie médicale, et propose des voies nouvelles pour sortir de l'unique question du nombre de médecins à former et pour mieux prendre en compte les besoins de soins et l'organisation du système de santé.

I. Une politique de régulation, guidée par la seule « hantise du nombre »

Ce titre fait référence à l'ouvrage de Marc-Olivier Déplaudé « La Hantise du nombre. Histoire du *numerus clausus* de médecine »⁸, dans lequel les arguments ayant conduit à l'instauration du *numerus clausus* de médecine et les phénomènes qui ont conduit à des fluctuations de ce nombre sont parfaitement décrits. Si depuis les années 1950, les peurs de la « pléthore » ou de la « pénurie » ont alternativement animé les professionnels et les tutelles, les raisons ont pu varier.

Le nombre de places offertes est resté basé sur les capacités d'accueil hospitalières originelles

Le premier *numerus clausus* a été fixé en fonction des capacités de formation des hôpitaux⁹. La loi de 1971¹⁰ précise qu'il s'agira du « nombre des étudiants susceptibles d'être accueillis pour leur formation clinique et pratique dans les services hospitaliers ». Le nombre fixé est de l'ordre de 8 600 étudiants par an¹¹. Ce nombre servira de base à la détermination du *numerus clausus* de 1979¹², pourtant en

⁵ La conférence nationale du 26 mars 2021 avait pour objectif de proposer des objectifs nationaux pluriannuels de professionnels à former pour les 5 ans à venir, afin de répondre aux besoins de santé de la population, à l'issue d'une concertation entre les acteurs régionaux et nationaux. Ce dispositif remplace le *numerus clausus*. Propositions de l'ONDPS pour les objectifs nationaux pluriannuels. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cn_propositions_onp_26_mars_maj19avril.pdf.

⁶ Parmi ces facteurs, le vieillissement de la population joue un rôle majeur

⁷ R Penchansky & JW Thomas. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care* 1981;19:127-140.

⁸ Déplaudé MO. La Hantise du nombre. Histoire du *numerus clausus* de médecine. Les Belles Lettres, 2015.

⁹ Déplaudé MO. Retour sur la genèse du *numerus clausus* de médecine (1968-1979). In Le Boulter S & Lenesley P; 2021, Presses Universitaires François Rabelais.

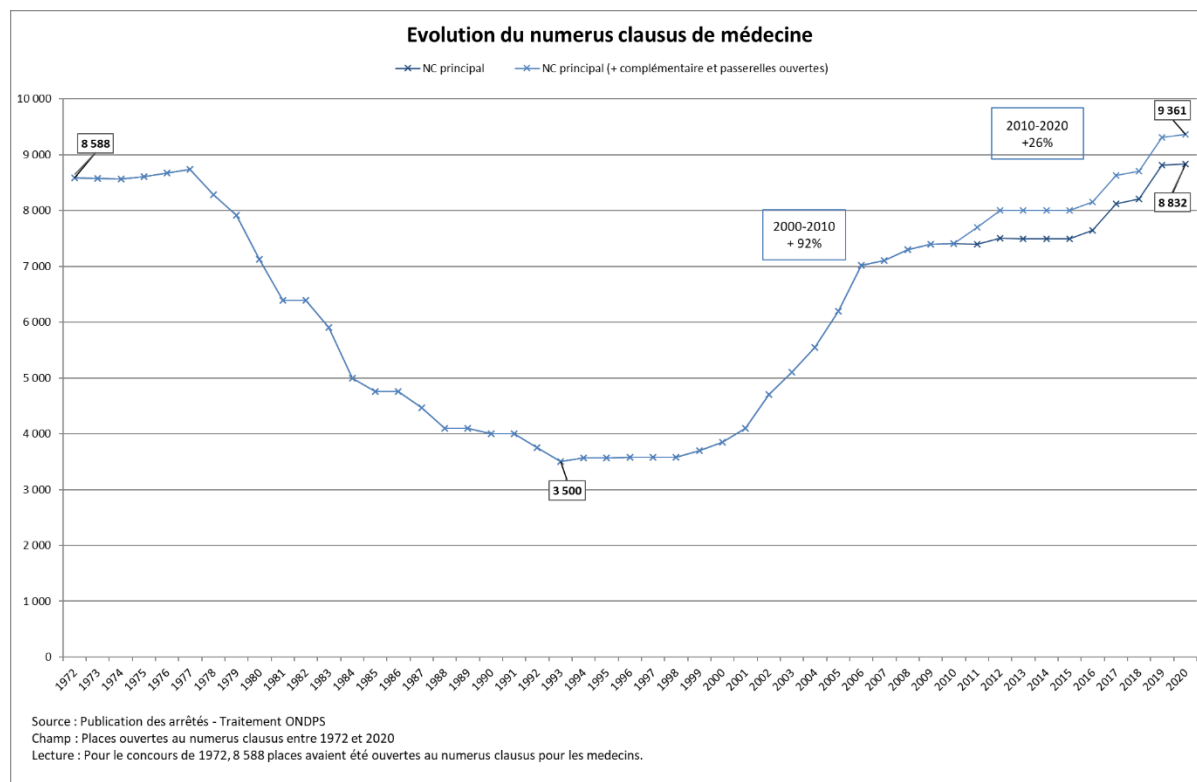
¹⁰ Loi du 12 juillet 1971

¹¹ Collet, L. (2019). Numerus clausus et accès aux études de médecine : bases juridiques. *Les Tribunes de la santé*, 59, 47-61. <https://doi.org/10.3917/seve1.059.0047>

¹² Loi n° 79-565 du 6 juillet 1979 relative aux études médicales et pharmaceutiques

théorie fondé sur la prise en compte « des besoins de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques et des capacités de formation des centres hospitaliers ». Mais en pratique, c'est bien le nombre de places ouvertes depuis 1971 qui fait référence et l'appréciation des capacités de formation qui a prévalu : « le bon fonctionnement des cycles de formation [...] impose la réduction de près d'un tiers du nombre des médecins formés chaque année – de 9 000 aux environs de 6 000 »¹³. Au fond, depuis 1971, c'est moins la question de la cible à atteindre qui a été posée que celle de sa fluctuation par rapport au niveau originel de 1971 ou des années antérieures.

Figure 1 – Évolution du numerus clausus depuis 1972



En 45 ans, les effectifs formés ont connu un mouvement de « stop and go »

Contrairement à ce que souhaitaient les partisans du *numerus clausus* mis en place en 1971, ce quota a initialement permis de stabiliser le nombre d'étudiants admis en 2^e année de médecine, mais pas de le réduire¹⁴. En effet, la grande latitude laissée aux facultés de médecine dans l'application des textes a conduit à admettre un nombre d'étudiants plus grand que ce qui était théoriquement autorisé, notamment par crainte d'un préjudice au développement des services hospitalo-universitaires¹⁵. Ainsi en 1972, le numerus clausus était fixé à 8 600 mais en pratique 11 300 étudiants sont entrés en 2^e année de médecine. Ce n'est qu'à partir de 1979, par une modification de la loi qui permet à l'État de fixer le nombre de places au concours, que le nombre d'étudiants admis en médecine a commencé à décroître très significativement. En moins de 15 ans, le nombre de médecins formés a donc brutalement chuté de 10 200 (nombre d'admis en 1979) à 3 500 (numerus clausus de 1993)¹⁶. Cette diminution intervient dans une période qui connaît une croissance médicale sans précédent durant laquelle la démographie médicale a été multipliée par 4 et la densité par 3¹⁷. Les effectifs médicaux sont qualifiés de « pléthoriques » et la concurrence entre médecins de « féroce »¹⁸. Et jusqu'à la fin

¹³ Travaux préparatoires à la loi de 1979, cités par Collet L, op. cit.

¹⁴ MO Déplaudé. Instituer la « sélection dans les facultés de médecine. Genèse et mise en œuvre du numerus clausus de médecine dans les années 1968. Revue d'histoire de la protection sociale, 2009/1 N° 2 | pages 79 à 100.

¹⁵ A Gouteryron. Rapport du Sénat, https://www.senat.fr/rap/1978-1979/i1978_1979_0423.pdf

¹⁶ https://www.senat.fr/rap/1978-1979/i1978_1979_0423.pdf

¹⁷ L'essor de la profession médicale en France : dynamiques et ruptures, François-Xavier Schweyer, adsp n° 32 septembre 2000

¹⁸ Bouton, R. (2015). Médecine générale : la rupture des années 1990. Les Tribunes de la santé, 48, 39-

des années 1990, tous les rapports d'experts concluaient à un nombre trop élevé de médecins¹⁹.

Le *numerus clausus* n'est reparti à la hausse qu'en 2000, assez brutalement puisqu'il a quasi doublé sur la période 2000-2010, puis n'a cessé d'augmenter, de 26 % entre 2010 et 2020 (*Figure 1*).

Une estimation parfois subjective des évolutions du nombre souhaité de médecins

Les fluctuations du *numerus clausus* au cours du temps reflètent en partie le poids plus ou moins important des acteurs et de leurs différents points de vue.

Les professionnels – La peur de la concurrence, le caractère déterminant du monopole médical, les exigences de qualité de la formation (capacités de formation notamment en stage), le prestige associé à l'appartenance à un groupe et la nécessité d'une sécurisation économique de l'exercice ont pu conduire la profession, avec parfois le soutien des étudiants en médecine, à limiter les entrées en formation²⁰.

Les tutelles – Le législateur a introduit les notions de « besoins de santé de la population » et de « capacités de formation » dans les textes relatifs au *numerus clausus*²¹ et aux objectifs nationaux pluriannuels²², pour justifier le nombre d'étudiants pouvant accéder aux études médicales. Comme nous le verrons plus loin, cette notion de besoins de santé n'a pas de définition précise, ce qui a longtemps permis aux pouvoirs publics de définir des quotas avec une grande souplesse tout en donnant l'apparence d'une grande rationalité²³. Les professionnels et les tutelles ont su parfois trouver un terrain d'entente pour limiter le nombre de médecins en exercice, les uns par réflexe malthusien, les autres y voyant un moyen de mieux maîtriser les dépenses de santé, en limitant le nombre de prescripteurs.

Les usagers du système de santé – La question des « déserts médicaux » est au premier plan dans le débat public, comme l'illustre la multiplication des analyses, rapports parlementaires, témoignages et déclarations dans les médias²⁴ et les réseaux sociaux, émanant des citoyens, des professionnels de santé et des responsables politiques²⁵. En l'absence de leviers forts sur la répartition, il a souvent été plus facile de réclamer l'augmentation du nombre, en formant plus de médecins ou en ouvrant les conditions d'autorisation d'exercice²⁶, comme en témoignent nombre de propositions de loi. Depuis la suppression du *numerus clausus*, les propositions visent surtout à réviser la notion de liberté d'installation et les conditions de la formation initiale²⁷.

Un dispositif peu adapté avec des effets décalés dans le temps

La mise en place d'un *numerus clausus* en 1971 a pu laisser penser que l'État disposait d'un instrument de contrôle fin du nombre de médecins, y compris dans la question de sa répartition puisque le *numerus clausus* était décliné par université. Comment un outil d'une grande simplicité pourrait-il gérer une problématique aussi complexe ? Il a en effet été beaucoup plus confortable, moins onéreux et moins consommateur en travaux prospectifs complexes, d'organiser une politique de régulation par le *numerus clausus* dont la vocation était essentiellement malthusienne plutôt que d'avoir une

47. <https://doi.org/10.3917/seve.048.0039>

¹⁹ J Choussat (1997). Rapport d'ensemble sur la démographie médicale. <https://www.vie-publique.fr/rapport/24692-rapport-densemble-sur-la-demographie-medicale>

²⁰ A Laude, C Roynier, D Tabuteau. La notion de profession de santé. Institut Droit et Santé. Université Paris Descartes. « Repères droit santé », 2018, 163 pages. ISBN 9782956231820.

²¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT00000880020>

²² <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039309275>

²³ MO Déplaud. Une fiction d'institution : les « besoins de santé » de la population. C Gilbert, E Henry. Comment se construisent les problèmes de santé publique, La Découverte, pp. 255-272, 2009.

²⁴ C Stromboni. L'inquiétante progression des « déserts médicaux ». Le Monde 14 mars 2022.

²⁵ La plupart des candidats à la présidence de la république en 2022 ont inscrits dans leurs professions de foi des augmentations d'effectifs de professionnels de santé. Les Régions de France dénoncent également les déserts médicaux. <https://fr.calameo.com/read/005307989239a0f96f4f2>

²⁶ Par exemple par l'autorisation d'exercice de médecin de nationalité étrangère issus de pays ne figurant pas parmi les critères définis à l'article L. 4111-1 du code de la santé publique : <http://www.senat.fr/dossier-legislatif/ppl19-356.html>

²⁷ Sur ce point, notamment : <http://www.senat.fr/dossier-legislatif/ppl21-419.html>

politique de régulation active.

Le constat est sévère puisque cette modalité de régulation :

- **a échoué à gérer la « pléthore » ressentie des années 1980 comme la pénurie actuelle** ; la baisse du *numerus clausus* a sans doute été trop forte, la hausse qui a suivi trop faible et surtout trop tardive ;
- **a été largement contournée** par des formations à l'étranger, et fort heureusement d'ailleurs sinon la situation serait encore plus critique ;
- **n'a pas empêché l'accroissement des inégalités territoriales** de répartition des médecins. Et ce, malgré une augmentation du nombre de médecins formés, malgré une répartition très précise des places offertes dans chaque subdivision de formation et des places et des spécialités en 3^e cycle et de multiples mesures incitatives ;
- **n'a pas incité les pouvoirs publics à se pencher précisément sur des questions fondamentales** comme l'impact des modes d'exercice des nouvelles générations de médecins, les parcours professionnels et durées de carrière, l'impact du vieillissement et de la transition épidémiologique sur les besoins de la population ou l'impact de l'évolution du système de soins et des relations interprofessionnelles ;
- **n'a pas incité les pouvoirs publics à investir suffisamment tôt dans la connaissance statistique de la démographie médicale**. Il a notamment fallu attendre 2009 pour créer un répertoire national des médecins²⁸ et disposer d'une base fiable d'effectifs de professionnels, condition indispensable pour anticiper les dynamiques démographiques.

La lenteur des processus décisionnels d'adaptation, la longueur des cursus de formation et la réelle difficulté d'appréciation objective et prospective des besoins de santé ont conduit, avec retard, à une prise de conscience qu'un *numerus clausus* aussi bas pouvait entraîner des conséquences dramatiques à long terme²⁹. Afin de mieux répondre aux enjeux démographiques des professions de santé et notamment aux inégalités territoriales, l'ONDPS et ses comités régionaux ont été créés en 2003, sous l'impulsion du rapport Berland remis au ministre de la Santé et des Solidarités, Jean-François Mattéi³⁰.

II. Une démographie médicale atone depuis plusieurs années

Sur le temps long, la densité médicale a augmenté de manière impressionnante de 230 médecins pour 100 000 habitants en 1980 à plus de 320 en 2000. C'est sur la période récente que la démographie médicale est devenue atone, la densité peinant à maintenir dans les années 2010 son niveau des années 2000. Cette atonie représente une spécificité française³¹, la croissance de la densité médicale de 5% en France contrastant nettement avec celle des pays de l'OCDE (30%). La France est désormais en deçà de la densité moyenne des pays de l'OCDE (360).

Une décroissance des effectifs des médecins en activité

Les niveaux de densité sont encore plus préoccupants si on affine la notion d'effectifs de médecins. La question de la borne d'âge est fondamentale dans la mesure où demeurent dans les bases de données qui recensent les médecins une partie des professionnels qui, ayant atteint l'âge de la retraite, ne conservent qu'une activité très réduite voire plus d'activité du tout. Pour limiter le risque de compter dans la croissance démographique la croissance des médecins retraités, il faudrait choisir une borne d'âge en lien avec la durée d'activité des médecins. Les séries historiques ne permettent de filtrer les

²⁸ Arrêté du 6 février 2009 portant création d'un traitement de données à caractère personnel dénommé « Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS) »

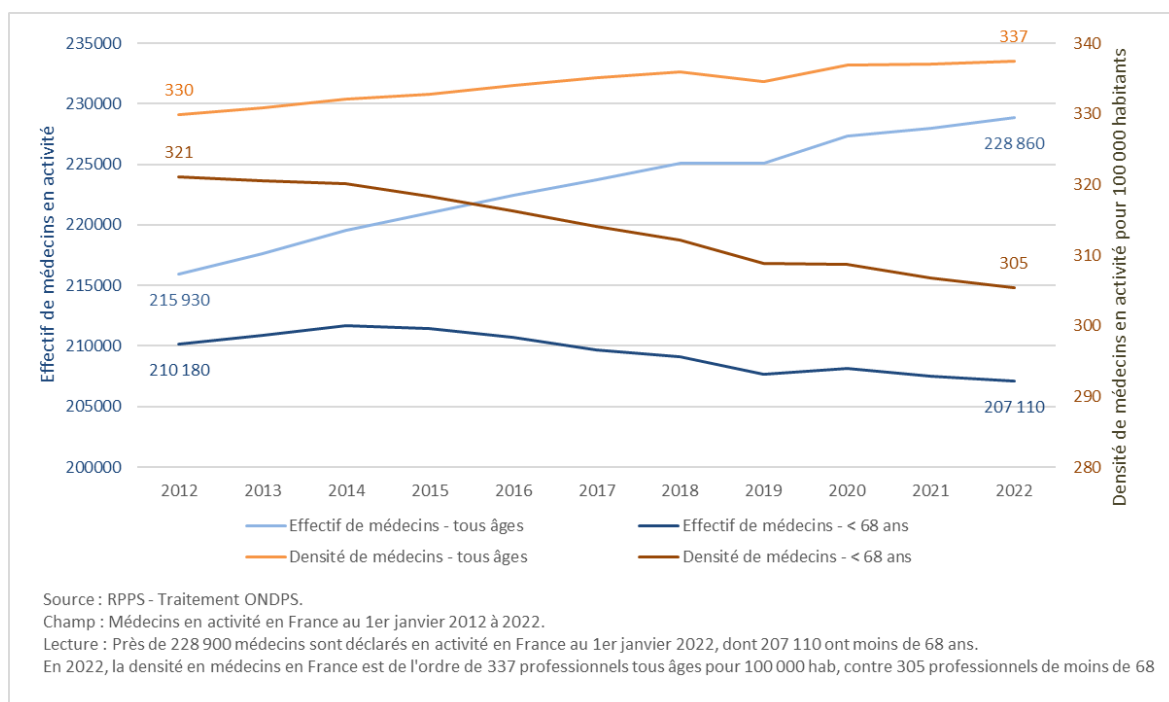
²⁹ D Polton (2000). Quel système de santé à l'horizon 2020 ? <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/014000375.pdf>

³⁰ <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/024000643.pdf>

³¹ Lafortune, G. & Balestat, G. (2022). Médecins et infirmiers : leur nombre et leur rémunération en France et dans les autres pays de l'OCDE avant la pandémie. *Les Tribunes de la santé*, 72, 25-38. <https://doi.org/10.3917/seve1.072.0025>

effectifs selon l'âge que depuis 2012. En retenant la durée moyenne d'activité observée par le CNOM en 2021, soit une durée de 37 ans, qui correspond à un âge moyen de départ à la retraite de 67 ans, le nombre de médecins est nettement diminué. Ainsi, si l'on s'intéresse aux seuls médecins âgés de moins de 68 ans, la situation est davantage celle d'une décroissance démographique que d'une atonie (**Figure 2**). Au 1er janvier 2022, sont comptés dans le RPPS 207 100 médecins de moins de 68 ans et près de 228 900 médecins tous âges, soit 20 000 médecins de plus, alors que la probabilité est forte pour que ces médecins ne soient plus en activité. La dynamique de la démographie médicale en est changée : contrairement aux effectifs tous âges, les effectifs de médecins de moins de 68 ans n'ont pas augmenté entre 2012 et 2022, ils ont diminué de près de 3 000 médecins et la densité médicale a diminué de 15 points (**Figure 2**). La baisse de densité serait encore plus marquée en prenant en compte les besoins de consommation différenciés selon l'âge, comme le fait la DREES avec la notion de (densité « standardisée »)³².

Figure 2 – Évolution des effectifs et de la densité de médecins entre 2012 et 2022



Des conséquences jusqu'en 2030

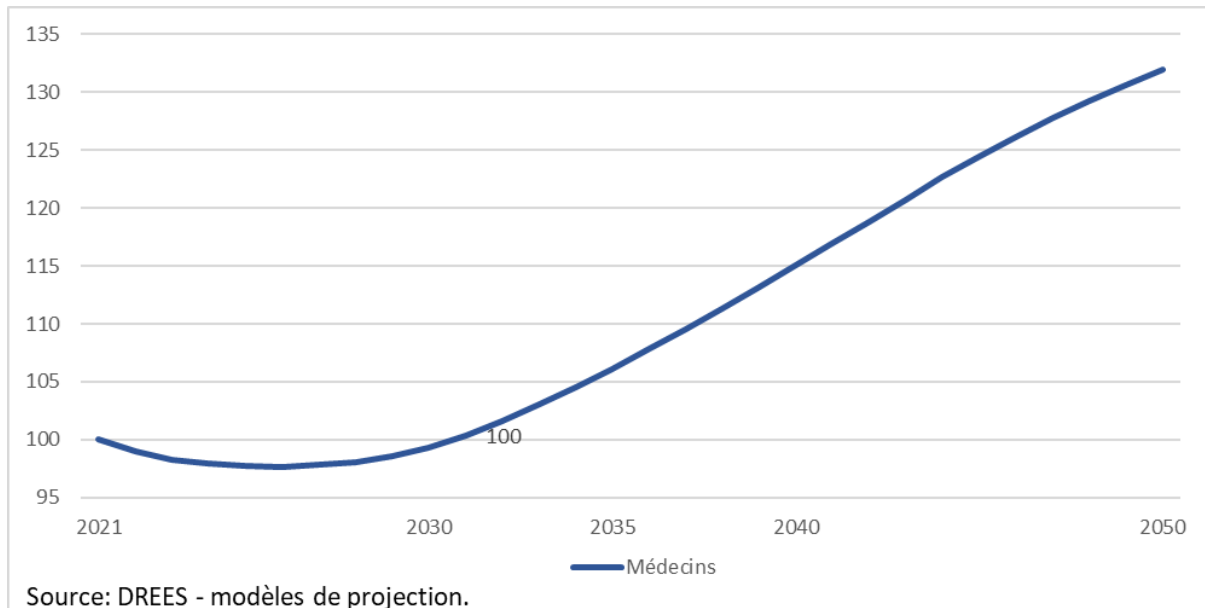
Les médecins issus des promotions nombreuses des années 1970-1980 sont arrivés à partir de 2010 à un âge proche de la retraite, augmentant d'autant le nombre de départs. Les nouvelles générations de médecins issues de la remontée du numerus clausus depuis 2000 commencent à grossir mais sans parvenir encore à inverser la tendance à la baisse de l'effectif global. Les projections de la DREES, qui prennent en compte les objectifs de professionnels à former fixés en 2021 (c'est-à-dire une augmentation de 18 % du nombre de médecins formés, voir plus loin), montrent que les effectifs de médecins vont continuer à baisser dans les années à venir et que la remontée attendue ne permettra de retrouver la densité de 2021 qu'à partir de 2030 (**Figure 3**).

La diminution du nombre de médecins a été atténuée par l'arrivée de médecins diplômés à l'étranger qui représentent 10 % des médecins, dont 40 % sont des Français diplômés à l'étranger. La part de médecins nouvellement inscrits diplômés à l'étranger (13%) est plus importante dans les régions à faible densité médicale (Centre-Val-de-Loire, Grand-Est, Outre-mer, Hauts de France), avec de fortes disparités infra régionales. En Centre-Val-de-Loire notamment, 20 % des nouveaux inscrits sont

³² Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Les dossiers de la DREES n° 76, mars 2021 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76.pdf>

diplômés hors de France : ils sont 1 % en Indre-et-Loire, département universitaire, et 62 % dans l'Indre. Cependant ces professionnels diplômés à l'étranger sont de moins en moins nombreux, passant de 1 300 en 2012 à 1 000 en 2021 parmi les nouveaux inscrits.

Figure 3 – Projections tendanciennes de 2022 à 2040 de la densité de médecins en activité (en base 100)



Modèle de projection DREES par micro-simulation, alimenté par les données du RPPS et sur les études médicales (SISE, ECN). Projection de population de l'Insee. Le nombre d'étudiants entrant en formation correspond aux objectifs nationaux pluriannuels définis lors de la conférence nationale (voir plus loin). Cette projection n'est pas ajustée sur la consommation de soins. Un tel ajustement aboutit à une densité en base à un peu plus de 120 en 2050 (Anguis et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? Les dossiers de la DREES, 2021;76).

III. Un nouveau système de planification ambitieux ?

Pour sortir d'un système qualifié d'« absurde »³³, la Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a supprimé le *numerus clausus* et proposé un nouveau système de régulation de l'offre de formation.

Une planification concertée

La loi a mis en place une planification pluriannuelle du nombre de professionnels à former pour « répondre aux besoins du système de santé, réduire les inégalités d'accès aux soins et permettre l'insertion professionnelle des étudiants »³⁴. Des objectifs nationaux pluriannuels de professionnels à former pour 5 ans (2021-2025) ont ainsi été arrêtés par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur. Ces objectifs sont le fruit d'une concertation organisée par l'ONDPS au sein d'une conférence nationale visant à prendre en compte au mieux les besoins exprimés par chaque agence régionale de santé, les enjeux démographiques, épidémiologiques et organisationnels, et les capacités de formation. A l'issue de cette concertation³⁵, les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur ont décidé d'augmenter de 18 % le nombre de médecins à former pour les années 2021-25, par rapport au 5 années précédentes, soit 8 000 médecins supplémentaires, correspondant à une cible à plus de 51 000 étudiants en 5 ans³⁶. C'est à partir de ces objectifs que les universités, en lien avec les agences régionales de santé (ARS) déterminent le nombre d'étudiants

³³ Discours du président de la République du 18 septembre 2018

³⁴ Décret no 2019-1125 du 4 novembre 2019 relatif à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039309275/>

³⁵ Conférence nationale du 26 mars 2021. Propositions de l'ONDPS pour les objectifs nationaux pluriannuels. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cn_propositions_onp_26_mars_maj19avril.pdf.

³⁶ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044053576>

autorisés à poursuivre des études médicales.

Les concepts de *numerus clausus* et d'objectifs de professionnels à former ont en commun un objectif de régulation quantitative tout en ayant des approches sensiblement différentes. Le *numerus clausus* était fixé annuellement par l'Etat, avec une analyse limitée des besoins³⁷. La détermination d'objectifs nationaux pluriannuels de professionnels à former a permis d'impliquer tous les acteurs par la concertation à la fois régionale et nationale et le partage d'une approche territoriale d'analyse prospective des besoins. Ces objectifs sont plus centrés sur l'utilisateur et les besoins du système de soins tout en tenant compte de la capacité à former les étudiants. De plus, le caractère pluriannuel donne plus de latitude aux acteurs locaux pour s'adapter et atteindre l'objectif plus progressivement et permet une évolution plus lissée des effectifs. Il place davantage le système de régulation dans le temps long, des révisions d'objectifs pouvant intervenir, sur propositions de la conférence nationale, au cours de la période quinquennale.

Néanmoins, l'exercice s'est avéré complexe et incomplet car les outils manquent pour résoudre l'équation qui relie les besoins de santé de la population, les organisations du système de santé, les attentes des professionnels et des usagers aux besoins en ressources humaines.

La complexité de l'estimation des besoins du système de santé de la population

La réponse aux besoins de santé n'est pas seulement sanitaire, elle renvoie à l'aménagement du territoire, de l'environnement physique ou social, à l'éducation, à la prévention... Pour déterminer un nombre de soignants, il paraît plus pertinent de s'intéresser aux besoins de soins. La notion de besoins de soins reste néanmoins relative. Les besoins peuvent être assimilés à la somme des besoins satisfaits et des besoins non couverts. Ils ne peuvent pas être définis seulement par des normes d'experts et doivent tenir compte des souhaits des patients³⁸. Enfin, la détermination des besoins à moyen ou long terme peut s'avérer délicate compte tenu d'évolutions imprévisibles et de la durée de formation des médecins.

Les besoins de soins dépendent de facteurs démographiques et épidémiologiques, qui sont assez facilement quantifiables. Mais ils dépendent également de facteurs non démographiques plus difficilement quantifiables : politiques de santé publique, organisation du système, évolution des métiers. Et les progrès médicaux les font évoluer quand des solutions thérapeutiques nouvelles apparaissent.

Actuellement, les besoins de soins s'expriment au travers d'une demande (consommation effective de soins), qui n'en est que la partie émergée et peut être influencée par de multiples facteurs, dont des freins financiers. Il existe en effet de nombreux besoins non couverts. On estime par exemple qu'il y a 6 millions de Français sans médecin traitant dont plus de 3 millions qui souhaiteraient en avoir un. D'autres besoins sont sans doute mal identifiés³⁹. De plus, la demande de soins ne traduit pas forcément le besoin de soins. Ce n'est pas par exemple parce que la demande de soins aux urgences hospitalières augmente que cette demande correspond à un besoin de soins aux urgences hospitalières ; d'autres façons d'y répondre peuvent être envisagées, conduisant à des ajustements de l'offre sur d'autres secteurs que celui des urgences hospitalières. La demande de soins et le besoin sont donc en partie des constructions sociales ou des compromis. Et c'est finalement l'accord social sur cet équilibre qui permet de dire que l'on répond aux besoins.

Ainsi, le principe d'adapter la démographie médicale en réponse aux besoins de soins, bien que séduisant, reste d'une grande complexité⁴⁰.

³⁷ L Collet. Numerus clausus et accès aux études de médecine : bases juridiques. Les Tribunes de la santé, 2019, n°59, p 47-61.

³⁸ Cases C et Baubeau D. Peut-on quantifier les besoins de santé ? Solidarité et Santé, n°1 pp. 17-22, 2004.

³⁹ Organisation des Soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de qualité. Avis et rapport du HCAAM du 7 septembre 2022. <https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/rapport-hcaam-organisation-soins.html>

⁴⁰ MO Déplaudé. Une fiction d'institution : les « besoins de santé » de la population. C Gilbert, E Henry. Comment se construisent les problèmes de santé publique, La Découverte, pp. 255-272, 2009.

Une maîtrise imparfaite des modes d'exercice et des parcours professionnels

De nombreux facteurs influencent le temps médical disponible. L'impact sur la « productivité » des médecins de la recherche d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle et du rejet de l'exercice solitaire est mal connu. L'exercice collectif, autant que possible en pluri-professionnel, est très largement privilégié⁴¹ et l'exercice libéral n'est plus aussi prisé⁴². Les statistiques démographiques médicales comptabilisent essentiellement des effectifs globaux. Ainsi, l'activité à temps partiel, les pratiques non conventionnelles et les activités non soignantes (administration, coordination, maintien des compétences, enseignement, recherche, ...) ne sont pas identifiées. Selon le conseil national de l'ordre des médecins, au 1^{er} janvier 2019, 16 142 médecins ont exclusivement une activité hors soins ce qui représente 8,2% des médecins en activité régulière⁴³.

Bien que certaines études montrent une stabilité des volumes d'actes des médecins généralistes et spécialistes au cours des 15 dernières années⁴⁴ et du temps de travail hebdomadaire déclaré des médecins généralistes depuis 2014⁴⁵, de nombreux acteurs de terrain s'accordent à dire que le ressenti actuel est très différent. Depuis 2000, le nombre d'actes de généralistes par habitant n'a cessé de diminuer passant de 4,8 consultations par patient et par an en 2000 à 4,1 en 2013⁴⁶, puis à 4 en 2021⁴⁷. Cette diminution s'est essentiellement faite au détriment des visites à domicile. Cependant, la file active a augmenté de 1% par an depuis 2009. Selon le rapport *Charges et produits* de la CNAM pour 2023, la dispersion du nombre de patients par médecin est importante : « En 2021, un médecin généraliste (hors mode d'exercice particulier) voit en moyenne 1 643 patients dans l'année, avec une médiane à 1 498, et il a en moyenne 960 patients adultes (>16 ans) dont il est le médecin traitant (médiane à 927). 50% des médecins ont entre 600 et 1 300 patients adultes »⁴⁸. En fait, ces indicateurs quantitatifs ne permettent pas d'évaluer une éventuelle diminution du temps de consultation par médecin. On manque d'éléments explicatifs sur la dispersion observée du nombre de patients pris en charge, du nombre d'actes cliniques et techniques ou du nombre d'heures travaillées.

L'aspiration à la mobilité est aussi un leitmotiv chez les professionnels, les jeunes en particulier⁴⁹. Cela concerne à la fois la mobilité géographique, disciplinaire et statutaire. Les choix d'implantation professionnelle dépendent partiellement du lieu d'étude^{50, 51}, mais aussi de quantité d'autres facteurs (disponibilité des places en post internat pour les internes qu'on s'est évertué à bien positionner sur le territoire au moment de l'internat, mobilité contrainte des conjoints, attractivité du territoire, etc...)⁵².

Les durées de carrière des médecins ont été peu étudiées. Selon le Conseil national de l'ordre des médecins, entre 2010 et 2020, la durée de carrière (calculée entre la primo-inscription et la retraite) s'est allongée de 2,7 ans (passant de 34,4 ans pour la cohorte sortant en 2010 à 37,1 ans pour la cohorte sortant en 2020), quel que soit le type de spécialité (médecine générale, spécialités médicales

⁴¹ L'enquête du CNOM « Etude sur l'installation des jeunes médecins » de 2019 présente la préférence des internes pour l'exercice groupé (72%) comme pour les jeunes installés (70%) qui exercent dans des structures de groupe

⁴² Le recul du mode d'exercice libéral est net, au profit de l'exercice hospitalier. L'exercice exclusivement libéral n'est plus majoritaire chez les médecins, passé de 51% à 44% entre 2012 et 2022, même s'il reste majoritaire en médecine générale (57%). Source RPPS.

⁴³ Données fournies par le CNOM à la demande de l'ONDPS.

⁴⁴ Propositions de l'ONDPS pour les objectifs nationaux pluriannuels. Voir chapitre VI.3 n°6. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cn_propositions_onp_26_mars_maj19avril.pdf.

⁴⁵ Chaput et al. (2019). Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. *Études et Résultats*, n°1113. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1113.pdf>.

⁴⁶ Bras PL. Les Français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ? *Tribunes de la Santé* 2016/1 n° 50, pp 67-91.

⁴⁷ https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022-07_rapport-propositions-pour-2023_assurance-maladie_3.pdf

⁴⁸ *ibid*

⁴⁹ Rapport HCAAM 2016, Innovations et système de santé.

⁵⁰ Polton D, Chaput H, Portela M. Remédier aux pénuries de médecins dans certains zones géographiques. *Les dossiers de la DREES*, 2021;n°89.

⁵¹ Brooks RG et al. The Roles of Nature and Nurture in the Recruitment and Retention of Primary Care Physicians in Rural Areas: A Review of the Literature. *Acad. Med.* 2002;77:790-798.

⁵² Dumontet M, Samson AL, Franc C. Comment les médecins choisissent-ils leur lieu d'installation. *Rev Française Economie* 2016, N°31, pp 221-267.

ou chirurgicales). Les taux de désinscription (abandon, radiation), sont très faibles (moins de 0,5% par an)⁵³.

Ces facteurs liés au mode d'exercice des professionnels déjouent pour partie les stratégies de planification des ressources humaines et doivent remettre en question l'utilisation du nombre de médecins comme seul indicateur d'offre de soins médicaux.

La difficile anticipation de l'impact des facteurs organisationnels du système de santé et du partage des compétences

Pour une réflexion prospective sur le nombre de médecins à former et l'activité de ces derniers, il est important de prendre en compte les évolutions organisationnelles et les rôles respectifs des différents professionnels de santé dans le système.

Le projet « Ma santé 2022 » décliné dans la loi OTSS de 2019, a réaffirmé le principe de la gradation des soins en définissant notamment les soins de proximité comme étant le premier niveau.. La structuration de ce premier niveau organisé sur une base territoriale (projet de santé, communautés professionnelles territoriales de santé – CPTS –, ...) impacte la ressource humaine en santé en raison des fonctions et de l'évolution des pratiques et des statuts qu'elle requiert. Les médecins généralistes qui exercent en équipe au sein des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) dotées d'un financement collectif ont un nombre de patients inscrits et une file active de patients plus élevés d'environ 4 %⁵⁴. Mais leur part est encore faible, bien qu'en augmentation constante (couvrant actuellement environ 20 % de la population)⁵⁵. Il est intéressant de noter que la concentration de MSP et de CPTS est plus importante dans les régions les moins dotées en médecins⁵⁶.

Le code de santé publique énumère des conditions dérogatoires autorisant d'autres professionnels de santé à exercer certaines activités sous la responsabilité ou la surveillance directe d'un médecin, sur prescription quantitative ou qualitative du médecin, ou en vertu d'un rôle propre défini dans un décret de compétence ; mais ces délégations restent limitées et mal valorisées⁵⁷.

La coopération médecin infirmière dans le cadre de travail en équipe (dispositif Asalée notamment) permet aux médecins de suivre un plus grand nombre de patients (+7 %) sans augmentation du nombre de consultations⁵⁸. Diverses mesures de régulation de l'offre de soins concernant des thématiques transversales peuvent impacter l'offre de soins : extension du rôle des sages-femmes dans le domaine de la périnatalité^{59, 60}, coopération ophtalmologiste-orthoptiste⁶¹, implication des psychologues et remboursement des thérapies dans le domaine de la santé mentale⁶² ; rôle des infirmiers de pratique avancée (IPA), du pharmacien dans le domaine des soins de proximité...

Les évolutions réglementaires récentes visant à développer les partages d'actes et de compétences entre les professionnels de santé (**Encadré 1**) restent timides, lentes, très dépendantes de la volonté

⁵³ Données fournies par le CNOM à la demande de l'ONDPS.

⁵⁴ Cassou et al. (2020). General practitioner's income and activity: the impact of multi-professional group practice in France. The European Journal of Health Economics. The European journal of health economics, 21, p. 1295-1315.

⁵⁵ Organisation des Soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de qualité. Avis et rapport du HCAAM du 7 septembre 2022. <https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/rapport-hcaam-organisation-soins.html>

⁵⁶ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts/article/l-atlas-des-cpts>

⁵⁷ Bohic N, Josselin A, Sandeau-Gruber AC, Siahmed H, d'Autume C. Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé. Rapport IGAS 2021-051R, novembre 2021.

⁵⁸ Loussouarm et al. (2021). Can General Practitioners Be More Productive? The Impact of Teamwork and Cooperation with Nurses on GP Activities. Health Economics, p. 680-697.

⁵⁹ https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2016_PDF/2016_panel3_mg_suivi_gyneco_15.pdf

⁶⁰ Rapport de l'IGAS : <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-020r.pdf>. Le caractère obligatoire de l'entretien prénatal précoce, depuis le 1er mai 2020 (loi de financement de la sécurité sociale 2020), pouvant être réalisé par une sage-femme ou un médecin, nécessite d'évaluer le nombre de postes de sages-femmes nécessaires pour assurer ces temps d'entretiens dédiés.

⁶¹ La filière visuelle : modes d'exercice, pratiques professionnelles et formations. IGAS n°2019-074R, IGESR n°2019-154, janvier 2020. https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/2020/21/2/IGESR-IGAS-Rapport-2019-154-Filiere-visuelle-exercice-pratiques-professionnelles-formations_1322212.pdf

⁶² Voir les assises de la santé mentale et de la psychiatrie, 2021 <https://www.santementale.fr/medias/2021/03/assises-dp.pdf>

des acteurs nationaux et locaux, hétérogènes sur le territoire et parfois obtenues de haute lutte. Elles sont souvent évoquées pour pallier la pénurie médicale dans des secteurs précis parfois limités, alors qu'elles devraient être considérées partout comme un progrès dans la qualité de la prise en charge valorisant les compétences des professionnels⁶³. Ainsi le rapport de l'IGAS de novembre 2021 préconise de repenser plus globalement les partages d'actes et de compétences entre les différents professionnels de santé en adéquation avec la réalité de l'épidémiologie, de l'évolution des connaissances, des techniques et des coopérations.

Encadré 1 – Evolutions récentes des partages d'actes et de compétence

- Protocoles de coopération (une mise en œuvre simplifiée via l'article 66 de la loi OTSS, la création des protocoles nationaux en 2019, et des protocoles locaux en 2020 ; expérimentations de l'art 51 de la LFSS 2018 qui permet de financer des organisations de soins innovantes dérogeant à la réglementation)
- Révision en cours des décrets de compétences, en particulier des infirmiers, ouvrant la possibilité de réaliser des actes relevant auparavant du champ médical
- Création de la profession d'infirmier en pratique avancée
- Autorisations temporaires accordées à des professionnels non-médicaux de se substituer à des professionnels médicaux pendant la pandémie Covid 19 (e.g. vaccination)
- Attribution de certaines compétences à certaines professions, permettant aux orthophonistes et aux masseurs-kinésithérapeutes de déterminer le volume et la nature des actes à réaliser après un bilan diagnostique
- Accès direct aux orthoptistes pour la prescription de lunettes et de lentilles de contact dans certaines situations cliniques, ainsi que, dans le cadre d'une expérimentation, aux masseurs-kinésithérapeutes, aux orthophonistes et aux infirmier(e)s en pratiques avancées, exerçant dans une structure de soins coordonnés
- Extension aux CPTS en juillet 2022 des six protocoles de soins non programmés ouverts en 2020 aux MSP et centres de santé (ex : prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par un infirmier ou un pharmacien).

La problématique des capacités de formation : repenser la mobilisation des moyens

La forte croissance du *numerus clausus* entre 2000 et 2008 a provoqué une augmentation importante du nombre d'étudiants en médecine puis d'internes. Cette forte croissance des étudiants ne s'est pas accompagnée d'une évolution de l'offre de formation hospitalo-universitaire. Surtout, ces évolutions ont pu aggraver l'hétérogénéité dans l'encadrement hospitalo-universitaire sur le territoire. Fort heureusement les praticiens hospitaliers des CHU⁶⁴ et des centres hospitaliers généraux et les praticiens libéraux s'impliquent de plus en plus dans les enseignements universitaires théoriques et surtout l'encadrement en stage. Cependant, en dehors de la médecine générale qui s'est organisée (statut officiel et rémunéré de maître de stage universitaire et postes d'enseignants associés), ces activités universitaires réalisées par des personnels non statutaires de l'université restent mal quantifiées et très timides concernant les autres spécialités. Les terrains de stage hors CHU représentent moins de 20 % des lieux d'accueil de 2^e cycle, à l'échelle nationale. Cet accueil en dehors des CHU constitue pourtant une offre majeure pour réduire la concentration d'étudiants dans les grandes agglomérations. Elle nécessite toutefois d'une part d'apporter une aide aux étudiants (mobilité et hébergement notamment) et d'autre part de former (techniques d'encadrement, outils informatiques universitaires...) et de valoriser les encadrants (par des contrats universitaires) dans ces

⁶³Bohic N, Josselin A, Sandeau-Gruber AC, Siahmed H, d'Autume C. Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé. Rapport IGAS 2021-051R, novembre 2021.

⁶⁴ Bien que les praticiens hospitaliers ne fassent pas partie statutairement des personnels enseignants et hospitaliers des CHU, le code de la santé publique les associe à l'ensemble des missions des établissements de santé, y compris à l'enseignement et à la recherche (articles R. 6152-2, articles L. 6111-1). L'article R. 6152-30 du code de santé publique indique que les praticiens hospitaliers à temps plein « peuvent, après accord du directeur d'établissement de santé, consacrer 2 demi-journées par semaine à des activités intérieures ou extérieures à leur établissement d'affectation à condition que ces activités présentent un caractère d'intérêt général au titre des soins, de l'enseignement, de la recherche [...] ».

lieux de stage^{65, 66}.

Les enseignements universitaires sont le plus souvent dispensés en amphithéâtre ou en plus petits groupes lors de travaux dirigés, mais il n’y a pas d’organisation unique sur le territoire. D’une manière générale, les étudiants sont assez peu présents en cours et la pandémie récente Covid-19 a montré que ces enseignements « descendants » pouvaient largement être dispensés à distance. La formation pratique des étudiants se déroule quasi-exclusivement à l’hôpital, mais elle est en pleine mutation. L’enseignement pratique de la sémiologie en 1^{er} cycle est réalisé en petits groupes et fait de plus en plus appel à la simulation en sus des premiers stages hospitaliers. La réforme du 2^e cycle des études médicales donne une place centrale à l’acquisition et à l’évaluation des compétences lors des stages pratiques et la simulation devient un outil incontournable⁶⁷. Ces évolutions imposent de repenser la mobilisation des moyens pour la formation d’un plus grand nombre de médecins^{68, 69}.

IV. De nécessaires nouvelles approches

Les réflexions conduites pendant les travaux préparatoires à la conférence nationale de 2021 ont montré les limites de l’exercice de planification des ressources humaines par profession. Il semble nécessaire d’avoir une réflexion d’une part interprofessionnelle et d’autre part par grand champ de besoins de santé et de soins. L’approche interprofessionnelle doit prendre en compte la démographie et le rôle de l’ensemble des professionnels de santé qui collaborent entre eux dans le système de soins et d’autre part sur leur répartition géographique et la contribution de chacun aux missions de service public. L’évaluation des besoins de santé de la population dans les domaines de la prévention, du diagnostic, du traitement et du suivi dans les différents grands champs de santé permettrait de mieux évaluer la ressource humaine nécessaire pour répondre à ces besoins.

Les besoins de santé définis par grands champs de soins

Pour contourner la difficulté de l’ajustement global de l’offre médicale aux besoins de soins, il semblerait plus pertinent d’évaluer la ressource médicale et simultanément la ressource non-médicale pour répondre à des besoins de santé définis par grands champs. Cet exercice serait d’autant plus aisé que les rôles et compétences des professionnels auront été bien définis. Les champs de la santé à envisager sont notamment les soins primaires incluant la prévention et la promotion de la santé, la périnatalité, la santé de la femme, la santé de l’enfant, la santé mentale, les urgences et soins critiques, le cancer, les maladies chroniques, la dépendance et la fin de vie. Pour chacun de ces champs, dans chaque territoire, il devrait être possible d’apprécier la fréquence actuelle et à moyen terme future des problèmes de santé, une organisation optimale de prise en charge pluridisciplinaire, la place que les usagers souhaitent prendre et les besoins qu’ils expriment et d’en déduire la consommation de soins et les besoins en professionnels de santé. La maille de réflexion peut être propre à chaque champ de santé et à chaque territoire⁷⁰.

Le premier niveau de structuration est celui des soins primaires. Ils sont définis par l’OMS comme le « premier niveau de contact des individus avec le système national de santé, regroupant les soins ambulatoires curatifs généraux (consultation médicale ou paramédicale) pour un besoin aigu ou chronique, les soins ambulatoires dentaires, les soins à domicile curatifs (visites à domicile) et les

⁶⁵ Conférence nationale du 26 mars 2021. Propositions de l’ONDPS pour les objectifs nationaux pluriannuels. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cn_propositions_onp_26_mars_mai19avril.pdf.

⁶⁶ Touzé E, Humbert X, Denise P. Les formations en santé : une opportunité de politique universitaire de site pour améliorer l’accès aux soins ? In Etudes de santé, le temps de réformes. Le Boulter S & Lenesley P; 2021, Presses Universitaires François Rabelais.

⁶⁷ Braun M, Lenesley P. Comment penser la formation au socle commun des métiers de médecin et les épreuves d’accès au 3e cycle ? In Etudes de santé, le temps de réformes. Le Boulter S & Lenesley P; 2021, Presses Universitaires François Rabelais.

⁶⁸ Jaffrelot M et Pelaccia T (2016). La simulation en santé : principes, outils, impacts et implications pour la formation des enseignants. Recherche & Formation, 82, p 17-30.

⁶⁹ Khan KZ, *et al.* (2013) The Objective Structured Clinical Examination (OSCE): AMEE Guide No. 81. Part II: Organisation & Administration, Medical Teacher, 35, e1447-e1463.

⁷⁰ Estellat C. Revue des méthodes d’évaluation des besoins de santé (2004). https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_ebs.pdf

services préventifs (vaccination, examens...) »⁷¹. Les importantes transformations des modes d'organisation des soins primaires en cours, incluant la redéfinition du partage des actes et compétences entre les professions de santé, constituent une opportunité d'estimer au mieux les ressources humaines nécessaires pour couvrir une offre de soins primaires, en lien avec les spécialités de premier recours, les hôpitaux de proximité⁷², les structures de prise en charge à domicile telle que l'hospitalisation à domicile, et les établissements médico-sociaux⁷³. Cette maille d'organisation plus large que les soins primaires relève des soins de proximité qui doivent être disponibles pour tout citoyen de façon équitable sur tout le territoire national⁷⁴.

Dans le domaine du cancer, une étude internationale a montré qu'il était possible d'estimer les besoins en ressources chirurgicales et anesthésiques à moyen terme à partir d'une modélisation qui prend en compte pour chaque cancer entre autres l'épidémiologie, la répartition des grades de sévérité et la proportion d'indication chirurgicale⁷⁵.

Chaque champ de santé doit être exploré avec une méthodologie adaptée. Cette approche ne serait pas nécessairement exhaustive, mais donnerait une meilleure estimation des grandes tendances à prendre en compte pour définir le nombre de médecins à former, en prenant en compte d'emblée l'ensemble des professionnels de santé concernés.

La formation tout au long de la vie pour plus d'agilité et des carrières plus diversifiées

Compte tenu des durées de formation des professions médicales, il y a une grande inertie entre les orientations prises à un moment et les impacts démographiques qui n'interviennent que 10 à 15 ans plus tard et durent des décennies. La formation continue doit faire partie de l'arsenal pour adapter les ressources humaines aux besoins du système de santé. D'une part, elle permet à des professionnels non médicaux d'évoluer vers des pratiques avancées ou spécialisées, soulageant pour partie certaines activités dévolues aux médecins qui peuvent alors se recentrer sur des activités plus pointues. D'autre part, certains professionnels non médicaux peuvent accéder à une formation médicale raccourcie par une validation des acquis de l'expérience. Cette voie constitue un facteur d'attractivité et de stabilité dans le système de soins. Enfin, elle permet aussi à des médecins de changer de spécialité en cours de carrière et de répondre plus rapidement à d'éventuels nouveaux besoins. Ces évolutions devraient être encouragées et valorisées tant qu'elles répondent à des enjeux d'accès aux soins et de santé publique. En conséquence, une telle politique devrait être incluse dans la vision prospective des ressources.

La responsabilité populationnelle territoriale pour un meilleur accès aux soins

L'exercice consistant à mettre en adéquation les ressources humaines et les besoins de santé n'a de sens que si *in fine* les professionnels réalisent bien les missions attendues, dans des délais acceptables et de façon pertinente. Tout autre hypothèse rendrait l'exercice vain et particulièrement onéreux pour le système de santé et ne répondrait pas à l'attente sociétale. Il serait en effet désastreux de former un grand nombre de professionnels qui n'exerceraient que des activités choisies pour des patients sélectionnés. Comme cela est indiqué dans le code de la santé publique⁷⁶, sous le terme de responsabilité populationnelle territoriale (équivalente à une responsabilité sociale), les professionnels de santé doivent remplir un ensemble de missions auprès de la population, quel que

⁷¹ Hassenteufel P, Naiditch M, Schweyer FX. Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées. La Documentation française, « Revue française des affaires sociales ». 2020/1, pp 11-31.

⁷² https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886766/

⁷³ von Eitzen-Strassel et al. Personnel planning in general practices: development and testing of a skill mix analysis method. Hum Res Health 2014;12:53.

⁷⁴ Organisation des Soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de qualité. Avis et rapport du HCAAM du 7 septembre 2022. <https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/rapport-hcaam-organisation-soins.html>

⁷⁵ Perera et al. Global demand for cancer surgery and an estimate of the optimal surgical and anaesthesia workforce between 2018 and 2040: a population-based modelling study. Lancet Oncol 2021;22:182-89.

⁷⁶ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886358/

soit le mode d'activité et quel que soit le lieu d'exercice⁷⁷. Les missions collectives peuvent être identifiées par champ de soins, comme le souligne le récent rapport du HCAAM sur les soins de proximité⁷⁸. La responsabilité individuelle et collective peut s'exercer de plusieurs façons, par exemple en contribuant à l'accès aux soins, en début ou en cours de carrière professionnelle, pour des populations vivant dans des territoires à plus faible densité en professionnels de santé ou à d'autres missions d'intérêt général comme la permanence des soins. Cela pourrait constituer une alternative plus efficace et plus acceptable à la régulation de l'installation. Une valorisation (financière ou sur la carrière professionnelle) juste et adaptée à la complexité des situations est bien sûr indispensable pour obtenir la motivation et l'adhésion des professionnels.

La pertinence des soins est également un déterminant majeur de l'efficacité dans l'allocation des ressources humaines. Les variations régionales observées dans tous les pays ne peuvent pas être entièrement expliquées par des différences en termes d'état de santé de la population ou de préférences individuelles. Bien que la pertinence des soins soit une notion par nature très difficile à appréhender et donc à quantifier, il y a un enjeu à la réduire, et rapprocher l'exercice médical comme une responsabilité collective d'une population peut y contribuer^{79, 80, 81}.

Conclusion

Il faut former plus de médecins. C'est d'ailleurs ce qui a été décidé par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, faisant suite aux travaux de l'ONDPS. Néanmoins, le niveau à atteindre reste imprécis et personne ne saurait dire si en doublant le nombre de professionnels en formation l'accès aux soins et la qualité des soins seraient à terme proportionnellement augmentés. Pour être efficace et efficiente, cette augmentation doit absolument s'accompagner de mesures complémentaires afin de s'assurer que l'augmentation de la densité médicale correspond bien à une activité attendue de soins, bien répartie au niveau territorial et soutenable pour le système de santé. En l'absence de mesures organisationnelles fortes, il est à craindre que l'augmentation du nombre de médecins conduise à la poursuite de l'augmentation des inégalités d'accès aux soins.

La politique purement quantitative par un *numerus clausus* n'a pas fonctionné, notamment par manque de prise en compte de nombreux facteurs qui ont déjoué aisément des projections trop simplistes. L'approche par objectifs nationaux pluriannuels a marqué un pas dans la réflexion. Elle replace l'analyse de la démographie médicale dans le temps long et peut contribuer à éviter des effets d'inertie dans les prises de décision. Mais pour répondre à l'ambition de rapprocher les besoins en professionnels de santé des besoins de soins, il faut développer une méthodologie nouvelle. Nous pensons qu'il est d'abord nécessaire de mieux définir l'organisation du système de soins, notamment en ce qui concerne les coopérations interprofessionnelles, la gradation et la pertinence des soins. La projection des besoins en professionnels de santé pourra ensuite se faire par grands champs de soins et impliquer les acteurs concernés dans les territoires car c'est à ce niveau qu'il est possible de définir une organisation souhaitable et adaptée aux besoins de la population.

Pour atteindre ces objectifs, il est indispensable de développer des dispositifs de concertation et de réflexion prospective faisant toute leur place aux acteurs de terrain, professionnels, responsables politiques, usagers... Une réflexion doit être menée sur les inégalités territoriales de formation. En parallèle, il paraît nécessaire d'impulser une recherche spécifique, multidisciplinaire, impliquant notamment des démographes, des statisticiens, des professionnels de santé et des chercheurs en

⁷⁷ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886358/?msclid=9f72a3b3ba6611ec94ba3387fbb6ee32: « L'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire ».

⁷⁸ Organisation des Soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de qualité. Avis et rapport du HCAAM du 7 septembre 2022. <https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/rapport-hcaam-organisation-soins.html>

⁷⁹ Carricaburu J et Lyon-Caen O. La pertinence des soins. *Med Mal Metab* 2022;16:233-236.

⁸⁰ Le Bail M, Zeynep O. Atlas des variations de pratiques médicales. Recours à dix interventions chirurgicales. IRDES, Paris (2016).

⁸¹ Polton D. La pertinence : trop ou trop peu de soins ? *RFAS* 2019;3:139-48.

santé publique, en sciences humaines et en économie de la santé.

Emmanuel Touzé, doyen de la faculté de santé de l'université de Caen Normandie, président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé

Agnès Bocognano, secrétaire générale de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé

Nous remercions :

- la cellule démographique du **Conseil National de l'Ordre des Médecins**

- **Christine d'Autume**, Inspectrice générale des affaires sociales honoraire, collaboratrice extérieure de l'observatoire national de la démographie des professions de santé

- **Dominique Polton**, Conseillère scientifique du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

- **Stéphane Le Bouler**, Secrétaire général du Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur, ancien Secrétaire général du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, Président de LISA – Laboratoire d'idées santé autonomie

- **Mathilde Pichot-Utrera**, chargée de mission statistiques, Observatoire nationale de la démographie des professions de santé

contact@lisa-lab.org