

La politique de régulation de la démographie médicale en France : une mise en perspective

Marie-Line CAL¹

Université Victor Segalen Bordeaux 2

Développer une offre de soins adaptée à l'état de santé de la population et à son évolution est un des objectifs majeurs de toute politique de santé. À ce titre, depuis 1971, la France a notamment mis en place une politique de régulation de la démographie médicale avec pour objectif d'assurer l'autosuffisance nationale en services médicaux. 35 ans plus tard, quel bilan peut-on dresser et quelles perspectives dégager ?

On posera d'abord un cadre théorique d'analyse de ce type de politique, à la lumière duquel on dégagera deux grandes phases dans l'évolution de la politique française selon les leviers utilisés et les variables prises en compte. Puis, on s'emploiera à dégager les leçons communes aux politiques des pays de l'OCDE qui, à des degrés divers, se sont heurtées aux mêmes types d'écueils. Enfin, on tentera de montrer qu'une approche différente de la démographie médicale peut être développée au regard de l'intégration croissante des systèmes de santé au niveau international, basée sur un choix de spécialisation dans une industrie du soin en pleine mutation, appelée à s'exporter selon son plus grand avantage comparatif dans un marché sanitaire mondial en plein essor.

1. Les paramètres de la politique de régulation de la démographie médicale

Toute politique de régulation de la démographie médicale doit avoir pour objectif de développer une offre de services médicaux adaptée à l'état de santé de la population et aux connaissances médicales ainsi qu'à l'efficacité des prises en charge existantes. Il s'agit donc de se baser sur une évaluation des besoins en soins médicaux pour déterminer de manière quantitative et qualitative l'offre à apporter et sa répartition géographique.

1.1. Raison d'être de la régulation

La régulation de la démographie médicale trouve sa légitimité dans la relation d'interdépendance qui peut exister entre offre et demande de soins. En effet, une des spécificités de la consommation de soins, par rapport à d'autres consommations de biens et services, réside dans le fait que son accroissement ne suffit pas à démontrer le besoin de soins et donc d'offre médicale en regard. En l'absence d'autonomie de la demande, les médecins peuvent générer une partie de leur propre activité indépendamment des besoins, en particulier en situation de sureffectif.

Sur un marché « normal », partant d'une situation où la demande est complètement satisfaite, une augmentation de la densité médicale, c'est à dire du nombre de médecins recensés sur une aire géographique donnée par rapport à la population vivant sur cette aire, devrait s'accompagner, si les prix sont libres, d'une baisse du prix des consultations (ou visites) et, s'ils sont administrés, d'une baisse de l'activité individuelle (nombre de consultations par médecin). Les besoins en médecins, dans un tel cas, se déterminent par la seule observation de l'évolution de la consommation. Dès que l'activité individuelle baisse, cela signifie que la demande est saturée et que le niveau d'équilibre de l'offre est atteint.

¹ L'auteur tient à préciser que les développements ci-après n'engagent que lui et pas l'institution à laquelle il se rattache.

Selon l'hypothèse de la demande induite par l'offre [10], l'asymétrie d'information qui existe entre un médecin et son patient sur les soins qui lui sont nécessaires, confère au médecin un pouvoir discrétionnaire. Dans un système de paiement à l'acte, celui-ci peut être amené à produire des actes dont l'utilité est contestable, à seule fin de maintenir ou d'accroître son revenu, notamment en phase d'expansion de la démographie médicale.

Si les travaux empiriques n'apportent pas la preuve irréfutable² de l'existence d'actes intentionnels superflus en rapport avec une densité médicale accrue, l'étude des réactions des médecins face à des modifications exogènes de leurs revenus [17] montre bien que ceux-ci ont un pouvoir discrétionnaire sur la demande [18].

Dans ce contexte, la gestion de la démographie médicale doit permettre de remplir un triple objectif d'efficacité (meilleure adéquation entre l'offre et la demande de soins), de maîtrise des dépenses de santé (lutte contre les actes inutiles voire nocifs) et d'équité (réduction des inégalités géographiques de densité médicale).

1.2. Notions de pénurie et d'excédent

Définir une démographie médicale idéale demande de trouver un juste équilibre entre le risque de pénurie, préjudiciable à l'équité dans l'accès aux soins, en temps voulus, de la population sur l'ensemble du territoire, et le risque d'effectifs pléthoriques susceptible de s'accompagner d'une dégradation de la qualité et de la sécurité des actes.

D'un point de vue microéconomique, de tels risques peuvent se réaliser si le niveau de rémunération du corps médical est inapproprié : fixé trop bas par rapport à la pénibilité, la technicité des actes, la longueur des études, les risques assumés, il conduit à des pénuries ; porté trop haut, il occasionne des excédents de main d'œuvre. De tels déséquilibres peuvent également se produire si des modifications affectent la demande de médecins (ou l'offre) avant que l'offre (ou la demande) puisse réagir.

Il convient de distinguer ces concepts économiques de pénurie et d'excédent, de ceux qui découlent d'une comparaison à une norme préétablie. De nombreux pays ont, en effet, déterminé un ratio de médecins/patient minimum ou un objectif de nombre de médecins par habitant dans les zones rurales et reculées relativement auquel sont, ensuite, définies les zones en situation de pénurie et celles en situation d'excédent [15].

1.3. Instruments de régulation d'ensemble et de régulation fine

Nombreux sont les facteurs qui peuvent affecter la démographie médicale d'un pays (cf. tableau). Il y a d'abord les facteurs que l'on qualifiera de primaires et qui sont de deux types : d'une part, les données médicales et technologiques, à savoir l'état de l'art et des savoirs médicaux, des technologies de l'industrie des soins, et la formation des professionnels qui en découle ; d'autre part, les données économiques et sociales : la situation démographique et sanitaire de la population, les modes de vie des patients (attentes, propension à consulter...), les modes de vie du corps médical qui renvoient à l'exercice réel de l'activité (choix de durée de travail, de lieu, de type d'exercice...), l'aménagement du territoire (concentration/dispersion de la population, organisation urbaine/périurbaine/rurale, répartition des richesses), le contexte macroéconomique de croissance, de compétitivité internationale dont aucun secteur d'activité peut s'abstraire.

² L'inadéquation des consommations aux besoins peut, en effet, provenir également des défauts dans l'organisation du système de soins (dont l'absence de coordination des acteurs) mais aussi de la variabilité des pratiques médicales (sans intention suspecte) qui s'observe géographiquement pour certaines procédures chirurgicales et plus encore pour des prises en charge non chirurgicales (la référence à des protocoles bien établis ne concernant encore qu'une fraction du champ de la pratique médicale).

LES DÉTERMINANTS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

Facteurs primaires	Facteurs secondaires (fondés sur les facteurs primaires)		Démographie médicale
	<i>Données politiques</i>	Choix de politique de régulation de la démographie médicale	
Données médicales et technologiques			
État de l'art , des savoirs médicaux État des technologies de l'industrie des soins Formation des professionnels	Politique démographique (natalité, fécondité, mouvements migratoires)	1) Accès à la formation (action sur les effectifs et leur répartition par spécialité) Numerus clausus Concours de l'internat	
Données économiques et sociales			1) Effectifs
4. Situation démographique et sanitaire de la population (besoins en soins) 5. Modes de vie des patients (attentes en matière de santé, médicalisation des comportements, propension à consulter, à se déplacer pour consulter, à payer)	Politique de santé / organisation du système de santé (place de la médecine libérale, hospitalière, articulation des acteurs et répartition des rôles)	2) Accès au marché du travail (action sur les effectifs en activité et leur répartition sur le territoire) Gamme d'emplois (publics, libéraux, hors soins...) Installation libre / planifiée / orientée vers des zones prioritaires Immigration de médecins étrangers	2) Compétences et répartitions par spécialité
6. Mode de vie du corps médical (exercice réel de l'activité médicale : lieu, durée du travail, cadre libéral, hospitalier, industriel, collectif...)	Politique économique / administration sanitaire (financement des dépenses et système de protection sociale, politique de maîtrise des dépenses, gestion de l'industrie des soins, gestion des échanges internationaux)	3) Maintien en exercice (action sur les conditions d'exercice) Rémunérations (productivité) Organisation du travail (locaux, remplacements, gardes et permanence des soins, congés maternité...) Capital de compétences (FMC) Conditions de cessation d'activité	3) Répartition sur le territoire
7. Aménagement du territoire (concentration/dispersion géographique de la population ; organisation urbaine/périurbaine/rurale ; répartition de la richesse)		4) Champ d'activité (Substituabilité des catégories de professionnels) passerelles entre spécialités (généralistes, pédiatres...) transferts/délégation de tâches entre médecins et auxiliaires médicaux, entre médecins et paramédicaux redéfinition des complémentarités entre soignants	
8. Situation macroéconomique (croissance, compétitivité internationale)			

Viennent, ensuite, les données politiques, facteurs ou déterminants secondaires de la démographie médicale, en ce sens qu'ils prennent en compte les précédentes. Les choix de régulation des effectifs médicaux, de leur répartition par spécialité et par zone géographique

vont dépendre de trois types de politique : la politique démographique nationale ; la politique de santé et l'organisation du système de santé (place de la médecine libérale, hospitalière, articulation des acteurs et répartition des rôles...) qui en dérive³ [8] ; la politique économique et le type d'administration sanitaire⁴ [5] qui lui correspond (degré de centralisation des décisions, répartition des compétences, type de système de protection sociale, de maîtrise des dépenses...).

Les pouvoirs publics disposent d'un ensemble étendu de leviers pour réguler l'offre de services médicaux que l'on peut regrouper en quatre grandes catégories. La première concerne l'accès à la formation, laquelle est financée dans la plupart des pays, principalement sur fonds publics. Il s'agit d'encadrer le volume global de futurs diplômés de façon impérative (par un *numerus clausus*), incitative (par des subventions aux établissements de formation) ou décentralisée (par les choix des établissements). Des barrières à l'entrée au sein des parcours de formation organisent la répartition fine des effectifs globaux par spécialité (généralistes, spécialistes par discipline).

Un deuxième groupe de mesures régissent l'accès au marché du travail des diplômés nationaux et étrangers et modulent ainsi les effectifs en activité et leur répartition sur le territoire. Elles ont trait à la gamme des emplois offerts aux diplômés : médecine de soin, emplois hors soin (administration publique ou privée, contrôle, industrie, recherche, laboratoires d'analyse) ; et à la part relative de la médecine publique, libérale ou privée. Les autorités peuvent, selon les cas, confier au marché le choix du lieu d'installation ou bien le planifier ou l'orienter par des mesures incitatives (notamment vers des zones prioritaires). Enfin, les conditions d'immigration peuvent être plus ou moins souples selon que l'objectif d'autosuffisance est mis en avant ou non, et a été ou non atteint.

Un troisième ensemble de règles porte sur le maintien des effectifs médicaux en exercice, en agissant sur les conditions d'exercice de la profession et de cessation de l'activité. Elles peuvent concerner tous les aspects de la vie professionnelle : les montants et les formes de rémunération pour influencer sur les niveaux d'activité ; l'organisation du travail pour rendre l'activité plus attractive sur l'ensemble du territoire ou sur des zones sous-médicalisées (facilité d'accès à des locaux ; promotion de l'exercice en groupe, en réseau ; aménagement des modalités de remplacement, permanence des soins, congés...) ; le maintien du capital de compétences (formation continue). Elles déterminent la durée de la carrière, l'âge de la retraite, son financement, d'éventuelles allocations pour anticiper les départs (en cas d'excédent), des possibilités de cumul avec une activité (en cas de pénurie).

Enfin, plus fondamentalement, des dispositions peuvent être prises pour faire évoluer le champ même de l'activité médicale, en raison des modifications des savoirs et technologies, des protocoles de prise en charge, de l'organisation des soins. La quête de l'efficacité dans l'utilisation des facteurs de production peut susciter la définition de nouveaux métiers, une redistribution des rôles dans le sens d'une plus grande substituabilité ou complémentarité des professionnels : transferts ou délégation de tâches entre médecins et auxiliaires médicaux, entre médecins et personnel paramédical. Le besoin de remédier dans l'urgence à des pénuries particulières peut conduire à aménager des passerelles entre spécialités.

³ Jean Choussat, dans son rapport [8], rappelait à juste titre : « Il faut une prise de conscience plus nette des relations réciproques étroites qui existent entre les choix démographiques et l'organisation du système de santé [...]. Tous les choix organisationnels ont leur pendant démographique et tous les choix démographiques ont leur traduction organisationnelle ».

⁴ Bourgueil et coll. [5] concluent ainsi leur étude comparative internationale : « On peut alors en déduire que les mécanismes de régulation de la démographie des professions de santé sont étroitement liés à l'histoire des systèmes de santé, à leur architecture initiale et à la configuration générale de l'organisation administrato-politique du pays, notamment la distribution des compétences concernant la santé et l'éducation entre le niveau central et le niveau régional ».

2. La politique française et son positionnement par rapport aux autres pays de l'OCDE

2.1. La politique française des trente-cinq dernières années

On peut distinguer deux phases (*cf. historique en annexe*). La première, avant 2003, se caractérise par une approche quantitative, tournée vers la maîtrise des effectifs ; et partielle dans la mesure où elle porte uniquement sur l'accès à la formation, la sortie du marché du travail, et marginalement l'immigration. À partir de 2003, elle évolue vers un dispositif complet jouant sur les quatre types de leviers, associant politique quantitative, et qualitative à caractère incitatif.

2.1.1. 1971-2002 : Politique quantitative de type « stop and go »

Partant, en 1960, d'une situation où la densité médicale en France était l'une des plus basse d'Europe, le nombre d'inscriptions en faculté de médecine enregistre un bond en 1967 qui explique l'instauration en 1971 d'un *numerus clausus*⁵, non pas pour diminuer les effectifs mais pour garantir la qualité de la formation clinique et pratique dans les services hospitaliers. En 1972, une première filière d'intégration des praticiens à diplôme hors Union Européenne est ouverte. Jusqu'en 1978, la politique est expansive, adaptée aux moyens de formation, déconnectée des besoins qui sont aussi mal connus que la démographie médicale. Quatre fichiers recensent les effectifs médicaux sur des critères différents et sans souci d'exhaustivité car aucun n'a vocation à servir d'outil de régulation.

Puis de 1979 à 1993, dans un contexte nouveau de maîtrise des dépenses de santé par l'offre, les pouvoirs publics conduisent une politique de *numerus clausus* restrictive visant à compenser l'entrée dans la profession de près de 100 000 médecins (un peu moins de la moitié du corps médical actuel) faite en l'espace des dix années précédentes, Il s'agit non seulement de freiner la croissance de l'offre et le développement d'une concurrence génératrice de demande induite, mais aussi de garantir un revenu satisfaisant à la profession, en conservant le mode de rémunération à l'acte et sans recourir à un encadrement des actes et des revenus. À partir de 1988 (et jusqu'en 2003), une allocation de remplacement de revenu est offerte aux médecins libéraux conventionnés qui acceptent de cesser leur activité entre 57 et 65 ans.

Au cours de cette période va, également, intervenir la réforme instituant l'internat universitaire et hospitalier comme voie unique d'accès aux spécialités (au lieu de deux précédemment), par souci d'harmonisation de l'organisation des études médicales au sein de la communauté européenne (lois de 1979 et 1982). Les besoins en spécialistes, sont déclinés par grandes disciplines (neuf seulement), non pas en fonction d'une politique de santé, mais dans un souci de pérennisation des services hospitaliers, en particulier universitaires, dont les chefs les plus influents parviennent à orienter le nombre de postes, au concours de l'internat, en leur faveur. La conjonction de la baisse du *numerus clausus* et des exigences de fonctionnement des services hospitaliers conduit ainsi à élever la part des spécialistes (au détriment de celle des généralistes) de 36% en 1985 à un niveau incompressible de 50% et plus dès 1990 ; créer des pénuries en spécialistes de ville dans les disciplines peu représentées à l'hôpital (e.g. : ophtalmologistes, médecins scolaires).

1994 marque le retour à une politique expansive de *numerus clausus*, timide au début et qui ne va faire que s'amplifier au siècle suivant. En effet, il devient contre-productif de descendre en dessous du plancher de 3500 places atteint en 1993 (contre 8500 en 1971) en raison de l'impact marginal attendu à long terme sur les effectifs et des effets pervers en termes de vieillissement du corps médical, de pénurie de personnel hospitalier (sensible dès 1990), de

⁵ Le *numerus clausus* sert à réguler les flux d'étudiants en médecine, et désigne le nombre fini de places accessibles par concours à l'entrée de la deuxième année des études médicales.

survie des unités de formation et de recherche de médecine [7]. En 1995, est créée une deuxième filière d'intégration des praticiens à diplôme hors Union Européenne (accès au concours de praticien adjoint contractuel dans les hôpitaux), dont on simplifie les procédures en 1999 (accès au concours de praticien hospitalier). Cette même année, trois spécialités en crise de vocation sont érigées en filières nouvelles afin de garantir la formation des personnels nécessaires à la satisfaction des besoins de la population : anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique, pédiatrie (peu attractives du fait du risque juridique, des conditions de travail et de rémunération).

2.1.2. 2003-2007 : Politique expansive et qualitative

Suite aux politiques menées, la démographie médicale apparaît très contrastée. Le nombre de médecins a été multiplié par 5 entre 1950 et 2000 (alors que la population a augmenté de 50%), la densité médicale est passée au dessus de la moyenne de l'OCDE (335 contre 292, en 2000). Mais, on note de très fortes disparités géographiques (notamment de spécialistes) sans rapport avec la démographie et l'état de santé des populations (pénurie en zone rurale, en banlieue et dans les régions du Nord) ; une crise des vocations différenciée suivant les spécialités (chirurgie notamment), les secteurs et les régions (Picardie, Auvergne, Nord-Pas-de-Calais, Basse-Normandie...) [2]. Les projections démographiques [3] annoncent un recul de la densité médicale de 15% entre 2002 et 2025 (de 335 à 283), un vieillissement de la profession (l'âge moyen culminerait à 50,6 pour revenir ensuite à 47 ans).

Dans ce contexte, le *numerus clausus* va connaître une progression rapide : de 5100 en 2003, il passe à 7000 en 2007, et doit se maintenir à ce niveau jusqu'en 2010 selon le Plan de démographie des professions de santé, adopté le 25 janvier 2006. Les professionnels sont, par ailleurs, incités à prolonger leur activité par des possibilités de cumul emploi-retraite.

2003 inaugure une ère nouvelle, avec la création de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Plusieurs mesures seront prises pour se doter d'outils d'observation, de projection, et de pilotage afin d'orienter finement la régulation, tenir compte des besoins sanitaires et des aspects qualitatifs de l'offre (2004 : suivi et proposition par le Comité de la démographie médicale ; zonage et évaluation des besoins par les Missions Régionales de Santé et les Agences Régionales de l'Hospitalisation ; 2006 : répertoire unique des professions DDASS-Sécurité Sociale-Ordre).

Il s'agit de remédier aux différents déséquilibres observés, par la conduite de deux types de politiques : une politique quantitative incitative d'aménagement du territoire et une politique qualitative d'aménagement des pratiques. La première repose sur un dispositif d'aides ciblées sur des zones prioritaires pour accéder au marché du travail (indemnités d'étude, de logement, de déplacement aux étudiants et aides à l'installation des collectivités territoriales ; depuis mars 2007 : option conventionnelle pour un exercice en groupe avec accompagnement individualisé des CPAM) ; de même que pour se maintenir en exercice dans les zones déficitaires (amélioration des conditions d'exercice en hôpital, majoration forfaitaire de rémunération, exonération partielle de cotisation, totale de taxe professionnelle, incitations financières à la mise en place de dispositifs de permanence des soins, aide au remplacement...).

La seconde vise à rendre l'activité médicale attractive. C'est ainsi qu'en 2004 est instauré un internat qualifiant en médecine générale afin d'une part de laisser au généraliste le rôle de premier recours et de coordination des soins, recentrer l'activité des spécialistes sur leur fonction de référence ; et d'autre part, de pallier la pénurie de pédiatres, gynécologues et ORL prévue dès 2010. Les postes au concours devront dépendre des capacités de formation et des besoins régionaux. D'autres dispositions tendent à faciliter l'installation, comme la mise en œuvre du statut de collaborateur libéral, ou l'exercice de la profession, comme l'alignement des congés maternité sur le régime des salariées. Enfin, depuis 2004, plusieurs expériences

volontaires sont lancées pour évaluer la faisabilité de transferts de compétences entre professionnels de santé.

2.2. Les enseignements des politiques passées à l'échelle internationale

Même si la densité médicale varie fortement d'un pays à l'autre (de 4,1‰ en Italie, 3,4‰ en France et en Allemagne, 2‰ au Japon à 1,4‰ en Turquie [13]), elle a partout progressé entre 1960 et 2000, à un rythme soutenu dans les années 70 (décennie de l'explosion des coûts) qui a tendu à se ralentir surtout dans les années 90 [15]. La pénurie de médecins est, désormais, une préoccupation majeure pour la plupart d'entre eux.

2.2.1. Les insuffisances des approches quantitatives

La densité médicale a constitué la variable de contrôle clé dans la recherche de l'équilibre offre/demande de services médicaux. Cette approche quantitative qui néglige l'impact que peuvent avoir la productivité et le temps médical réellement disponible des médecins actifs sur l'offre de soins a montré ses limites. Avec une densité parmi les plus faibles de l'OCDE, le Japon affichait, en 2003, un nombre de consultations médicales par habitant du double des autres pays (près de 15 contre 7 en moyenne - Éco-Santé 2004, OCDE), en raison notamment du mode de rémunération, des tarifs de consultation et de la très forte concentration géographique de la population sur le territoire.

La densité médicale est un indicateur imparfait qui ne prend pas en compte la géographie locale (distance, ruralité, facilité de déplacement, propension à se déplacer, taux de dispersion de l'habitat), les spécificités régionales (offre transfrontalière), la structure par âge des bénéficiaires (besoins, mobilité), le niveau de précarité, pas plus que les particularités de l'offre. Le temps de soin varie selon le moment de la carrière (remplacements au début), le sexe (les femmes travaillent moins), le type de rémunération, l'existence d'une polyactivité, le type d'exercice (généralistes, spécialistes, salariés hospitaliers [1]). La durée des consultations est, elle aussi, variable [6]. De plus, on omet de retirer du calcul des effectifs médicaux la part de la médecine hors soins.

2.2.2. Évolution cyclique des effectifs et désertification

Le pilotage de la démographie médicale demeure un exercice périlleux. L'évaluation des besoins en médecins, à partir des besoins en santé, reste difficile [16]. De plus, toute modification des effectifs admis en formation médicale a des effets différés de cinq à dix ans de sorte que la plupart des pays n'ont pas su anticiper l'évolution des caractéristiques du corps médical dans l'intervalle (féminisation, vieillissement, mode de vie) et des pratiques (exercice en réseau, prises en charge globales...). Il en a résulté des politiques chaotiques de type « stop and go », dans tous les pays que les flux d'étudiants soient planifiés ou laissés au libre jeu du marché des formations, avec de nombreux effets pervers en termes de gestion des ressources humaines : gaspillage des vocations, injustice envers les candidats, impact sur la qualité des formations des oscillations amples et brutales d'effectifs, alternance excédents/pénurie, rajeunissement / vieillissement de la profession, ...

Un deuxième problème, partagé par de nombreux pays, est celui de la « désertification » médicale de certaines parties du territoire et les inégalités d'accès aux soins qui l'accompagnent. La régulation de la démographie médicale se heurte, là, aux insuffisances des politiques d'aménagement du territoire car il est bien évident que des zones devenues peu attractives pour l'ensemble de la population le sont également pour le corps médical. Toutefois, on notera que le phénomène revêt une acuité particulière dès lors que des politiques très restrictives, dictées par des mesures rigoureuses de maîtrise des coûts à court terme, sont menées. En situation de pénurie globale, il semble qu'il n'y ait plus de solution acceptable et

efficace de redressement : les mesures d'incitations financières deviennent inopérantes et cèdent la place à une planification coercitive (sanctions financières, interdiction de s'installer dans les zones à densité élevée) qui provoque au mieux des effets d'éviction du secteur ambulatoire au profit du secteur hospitalier et au pire un renoncement à exercer (avec prise de fonction hors soins ou émigration).

3. Réflexions pour une politique de régulation en économie ouverte

De même que, dans les années 2000, les différents pays ont dû opter (avec retard) pour des politiques qualitatives adaptées aux évolutions démographiques (féminisation, vieillissement) et sociologiques (aspirations en matière de temps et de conditions de travail) de la profession en cours et à venir, il paraît judicieux de prendre, d'emblée, la mesure de l'ouverture croissante des systèmes de santé aux échanges internationaux de capitaux, de main d'œuvre, de produits et de services.

3.1. L'intégration croissante des systèmes de santé au niveau international

Après l'internationalisation des biens et des matériels médicaux, le 21^{ème} siècle va probablement voir se développer l'internationalisation des activités médicales elles-mêmes. Bien que les pays de l'OCDE privilégient généralement les politiques d'autosuffisance nationale en médecins, le souci de contenir les coûts de production a amené plusieurs pays anglophones à recourir largement à l'immigration de médecins issus de pays à faible revenu (source de flexibilité et de baisse des coûts) : plus de 20% des effectifs, en 2000, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni, aux États-Unis et au Canada. Un deuxième facteur d'internationalisation réside dans la révolution technologique de la circulation de l'information. Le développement des échanges électroniques avec la constitution de réseaux de transfert de données haut débit, la capacité de stockage croissante des puces électroniques, combiné aux avancées de l'imagerie médicale, de la télémédecine et du télédiagnostic, de la robotique de repérage, de positionnement et de visualisation, favorisent l'effacement des frontières géographiques. Ce sont non seulement les disciplines (chirurgie, médecine, radiologie...) qui se décloisonnent mais aussi les lieux d'exercice. Un troisième facteur, lié au précédent, consiste dans l'accroissement de la transparence qui intervient de façon concomitante avec l'orientation consumériste des systèmes de santé : les patients qui investissent de plus en plus en santé sont désireux d'arbitrer entre les offreurs y compris à l'échelle internationale. La démocratisation de transports internationaux toujours plus performants ne peut que promouvoir ces arbitrages.

3.2. L'intérêt d'une politique à long terme fondée sur les avantages comparatifs

La demande de santé, dans les pays de l'OCDE, est appelée à croître notamment sous l'effet de du vieillissement et des progrès des technologies médicales. Le poids des dépenses correspondantes dans le PIB devrait s'établir entre 16 et 20% d'ici 2020. En tant que bien supérieur, à externalités positives, on voit mal, en effet, comment des pays à niveaux de vie élevés ne donneraient pas la priorité à des biens essentiels comme la santé, le confort et la sécurité sanitaire, la prévention. Pour y répondre, la contribution des médecins, dans le système de soin, reste le levier principal d'action, malgré la technicisation croissante des pratiques.

Investir dans du personnel médical de qualité apparaît un choix opportun à plusieurs titres. Une densité médicale élevée est propice à de meilleurs résultats sanitaires (taux de mortalité évitables inférieurs [14]) et à une plus grande réactivité (délais d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes réduits, [12]), au prix de dépenses de santé accrues [15]. Mêmes financées par le biais de la protection sociale, ces dépenses ne constituent pas pour autant une entrave à la compétitivité [11] et à la croissance [4] des pays concernés, contrairement à une idée largement répandue, grâce à l'accroissement de la productivité du capital humain et de l'espérance de vie.

D'après les préconisations de la théorie des échanges internationaux, chaque pays à intérêt à se spécialiser selon son plus grand avantage comparatif. L'industrie du soin, à haut contenu en matière grise, industrie complexe et capitalistique, apparaît comme un secteur de spécialisation naturel pour les pays avancés. De ce point de vue, il serait logique d'inverser les flux migratoires de praticiens qui s'opèrent actuellement du tiers monde (aux populations mal soignées) vers les pays développés, à la fois pour des raisons éthiques et d'efficacité. La France, premier pays d'accueil pour les soins autorisés à l'étranger hors situation d'urgence, dispose, à travers son offre hospitalière, d'atouts particuliers pour attirer les patients étrangers. En Europe, par exemple, la libre circulation des patients, reconnue par les textes communautaires, reste pour l'essentiel réservée à des activités de pointe ; mais, dans les faits (jurisprudence), est étendue à tout traitement nécessaire dès lors qu'il n'est pas disponible dans l'état membre d'origine avec le même niveau d'efficacité. Compte tenu des files d'attente et du sous-équipement hospitalier des pays d'Europe centrale et orientale, les flux de patients devraient s'amplifier et concerner davantage de pathologies [9].

Dès lors que l'on envisage les soins médicaux comme des services qui s'exportent, via les patients étrangers par le développement d'une offre compétitive attractive, ou via les moyens modernes de communication, il convient de concevoir la démographie médicale de façon moins restrictive que par le passé, en regard non seulement des besoins de la population nationale mais aussi des opportunités de débouchés dans un marché sanitaire mondial en plein essor. Une telle politique doit être adossée à une politique claire d'accueil (convention de soins avec les organismes de prise en charge financière des patients) [19].

BIBLIOGRAPHIE

- [1] AUDRIC S., NIEL X., SICART D., VILAIN A., 2001, Les professions de santé : éléments d'informations statistiques. La régulation des dépenses de santé, Dossiers solidarité et santé n° 1, DREES, janvier-mars 2001.
- [2] BERLAND Y., 2005, Commission démographie médicale, rapport, 61 p.
- [3] BESSIÈRE S., BREUIL-GENIER P., DARRINÉ S., 2004, La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national. Études et résultats, n° 352, DREES.
- [4] BERGHEIM S., 2006, Live long and prosper ! Health and longevity as growth drivers, Deutsche Bank Research.
- [5] BOURGUEIL Y., DÜRR U., DE POUVOURVILLE G., ROCCAMORA-HOUZARD S., 2002, La régulation des professions de santé - études monographiques - Allemagne, Royaume-Uni, Québec, Belgique, États-Unis, rapport final. Série études N° 22, DREES, 242 p.
- [6] BREUIL-GENIER P., GOFFETTE C., 2006, La durée des séances des médecins généralistes. Études et résultats, n° 481, DREES.
- [7] CHABOT J-M., 2001, Démographie médicale : les mécanismes de la crise. La revue du praticien - médecine générale. Tome 15, n° 553, 1917-1926.
- [8] CHOSSAT J., 1996, Rapport sur la démographie médicale. Paris.
- [9] ENA, 2003, Groupe 12, L'avenir de l'hôpital, séminaire « Les politiques de santé ». Promotion 2002-2004 « Léopold Sedar SENGHOR », 80 p.

- [10] EVANS R. 1974, Supplier-Induced Demand : Some Empirical Evidence and Implications. In Perlman M., editor, The Economics of Health and Medical Care, Wiley and Sons : 163-173.
- [11] DE GRAUWE P., 2002, Globalisation et sécurité sociale. Reflets et perspectives de la vie économique, n° 2, tome XLI.
- [12] HURST J. et SICILIANI L., 2004, Réduire les délais d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes, In Vers des systèmes de santé plus performants. Études thématiques de l'OCDE : 231-293.
- [13] OCDE, 2005, Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE, Paris, p 38-39.
- [14] OR Z., 2001, Exploring the effects of health care on mortality across OECD countries, Labour Market and Social Policy Occasional Papers, n° 46, OCDE, Paris.
- [15] SIMOENS S., 2004, HURST J., Équilibrer l'offre et la demande de médecins et d'infirmières. In Vers des systèmes de santé plus performants. Études thématiques de l'OCDE : 185-230.
- [16] POLTON D., 2001, Les besoins en médecins : état des connaissances et pistes de recherche. Démographie médicale, peut-on évaluer les besoins en médecins ? Actes du séminaire du 11 octobre 2000, CREDES, p 129-136.
- [17] RICE T., 1988, The impact of Changing Medicare Reimbursement Rate on Physician-Induced Demand. Medical Care, 21 (8), pp. 803-815.
- [18] ROCHAIX L., JACOBZONE S., 1997, L'hypothèse de demande induite : un bilan économique. Économie et prévision, 3 (129) : 25-36.
- [19] VALLENCIEN G., 2004, Que la médecine est belle ! Cahier du Cercle des Économistes, pp. 157-170.

ANNEXE – LA POLITIQUE FRANÇAISE DE RÉGULATION DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

1) Accès à la formation : action sur les effectifs et leur répartition par spécialité

☛ *Numerus clausus : instauré par la loi du 12 juillet 1971*

1971-1978 : Politique expansive : effectif de 8500 étudiants admis en 2^{ème} année, stable sur 8 ans.

1979-1993 : Politique restrictive : 14 ans de baisse (3500 en 1993), rapide les 4 premières années puis ralentie sur les 10 dernières.

1994-2007 : Politique expansive : 13 ans de hausse, progressive, les 6 premières années puis accélérée sur les 7 dernières.

2007-2010 : *Poursuite de la politique expansive : stabilisation des effectifs à 7000 selon le Plan de démographie des professions de santé du 25 Janvier 2006.*

☛ *Concours de l'internat :*

Loi de 1979 et du 28 décembre 1982 : Réforme instituant l'internat universitaire et hospitalier comme voie unique d'accès aux spécialités, par souci d'harmonisation de l'organisation des études médicales au sein de la communauté européenne.

- 1999 : Trois spécialités érigées en filières nouvelles (l'anesthésie-réanimation, la pédiatrie et gynécologie-obstétrique).
- 2004 : Réforme du 3ème cycle des études médicales instaurant un internat qualifiant en médecine générale.
- 25 Janvier 2006 : Plan de démographie des professions de santé : généralisation du stage de médecine générale en deuxième cycle. Répartition des postes et du numerus clausus non seulement en fonction des capacités régionales de formation mais aussi des besoins démographiques régionaux.

☛ ***Outils d'observation, de contrôle, de projection et de proposition :***

- Arrêté de 1995 : Mise en place d'une cellule technique chargée d'harmoniser les données et d'assister la commission nationale des études médicales (CNEM) dans ces propositions (numerus clausus et postes d'internes) aux ministères de tutelle.
- 19 juin 2003 : Création de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.
- 12 octobre 2004 : Décret portant création du comité de la démographie médicale ayant pour mission de donner un avis, tous les ans, sur le niveau du numerus clausus.
- 25 Janvier 2006 : Plan de démographie des professions de santé : création d'un répertoire unique DDASS - Ordre - Sécurité Sociale des professions ; les études prospectives seront désormais menées à l'échelon régional et national ; l'Observatoire national de la démographie des professions de santé se voit, également, confié pour mission de donner un avis sur le niveau du numerus clausus.

2) Accès au marché du travail : action sur les effectifs en activité et leur répartition sur le territoire

Principe de liberté d'installation sur le territoire.

Politique d'incitation des professionnels à s'installer dans les zones sous-médicalisées, depuis 2003 et réaffirmée en 2006 dans le Plan de démographie des professions de santé.

☛ ***Installation :***

- Art. 67 de loi du 13 août 2004 (relative à l'assurance maladie) : services d'aide ou d'accompagnement à l'installation offerts par les organismes d'assurance maladie.
- Loi n°157 du 23 février 2005 sur les territoires ruraux relative aux collectivités territoriales (décrets d'application parus en 2006) : attribution d'indemnités d'étude aux étudiants qui acceptent de s'engager à s'installer pour 5 ans sur le territoire ; indemnités de logement et de déplacement pour les stages de 3ème cycle de médecine générale dans les zones déficitaires, aides à l'installation.
- 25 Janvier 2006 : Plan de démographie des professions de santé : les Missions régionales de Santé serviront de guichet unique des aides pour le corps médical ; le FAQSV aura pour nouvelle mission d'aider à une meilleure répartition territoriale des professionnels en finançant la création de maisons multidisciplinaires ou de maisons de santé pluridisciplinaires.
Mise en œuvre du statut de collaborateur libéral, créé par la loi du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, afin de faciliter l'installation des jeunes diplômés, quel que soit le lieu d'installation.
- 23 mars 2007 arrêté portant approbation de l'avenant n°20 à la convention médicale : possibilité pour les médecins généralistes conventionnés d'adhérer (3 ans) à une option conventionnelle (ouverte jusqu'en février 2010) destinée à favoriser leur installation en groupe et leur maintien en zone déficitaire (majoration d'honoraire de 20%, accompagnement individualisé par la CPAM pour faciliter leur exercice).

☛ **Immigration :**

Deux filières d'intégration des praticiens à diplôme étranger en France :

- Loi n° 72-661 du 13 juillet 1972 : possibilité pour les praticiens à diplôme hors Union Européenne d'obtenir une autorisation d'exercer la médecine générale, après validation du CSCT (certificat de synthèse clinique et thérapeutique) et examen de leur dossier par une commission nationale ;
- 1995, loi 95-116 dite loi Veil : possibilité pour les médecins étrangers, exerçant diverses fonctions en statut précaire dans les établissements hospitaliers publics, depuis au moins 3 ans, à se présenter au concours de praticiens adjoint contractuel et d'obtenir auprès du Ministère l'autorisation d'exercer en qualité de PAC dans les hôpitaux, sur affectation nominative.
- Octobre 1999 : loi sur la CMU : l'autorisation individuelle d'exercice en qualité de PAC est donnée sur tous les établissements publics et PSPH. Après 3 ans de fonction de PAC ou 6 ans d'autres fonctions, les médecins figurant sur la liste d'aptitude peuvent demander l'autorisation de plein exercice et accéder au concours de praticien hospitalier.

3) Maintien en exercice : actions sur les conditions d'exercice

Politique d'incitation des professionnels à continuer à exercer **dans les zones sous-médicalisées**, depuis 2003 et réaffirmée en 2006 dans le Plan de démographie des professions de santé.

Politique visant à faciliter l'exercice professionnel, **quel que soit le lieu**, affirmée dans le Plan de démographie des professions de santé du 25 janvier 2006.

☛ **Rémunération :**

Art. 67 de loi du 13 août 2004 (relative à l'assurance maladie) et art 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 : octroi d'une majoration forfaitaire annuelle de rémunération de 20% pour les praticiens exerçant en groupe en zone déficitaire ; participation au financement des cotisations des professionnels conditionnelle au lieu d'exercice ; vacations de prévention ou de coordination médico-sociale en zone franche urbaine...

Décrets de 1^{er} août 2003 et du 19 septembre 2003 visant à améliorer les conditions d'exercice en hôpital ou mixte dans les zones déficitaires (recrutement, carrière, rémunération).

Art. 67 de loi du 13 août 2004 (relative à l'assurance maladie) : mesures destinées à encourager la mise en place de dispositifs de permanence des soins (forfaits journalier pour remplacement des médecins installés en zone rurale ou franche, majorations pour permanence de soins, exonération d'impôt sur les revenus de la permanence des soins en zone déficitaire).

Loi n°157 du 23 février 2005 sur les territoires ruraux relative aux collectivités territoriales (décrets d'application parus en 2006) : aides visant à financer des maisons médicales ; Exonération de taxe professionnelle de 2 à 5 ans en zone de revitalisation rurale.

25 Janvier 2006 : Plan de démographie des professions de santé : incitations financières, dans les zones sous-médicalisées, à exercer la profession dans le cadre de regroupements, à effectuer des remplacements, exonération fiscale des astreintes.

Uniformisation de la durée du congé maternité des professionnelles de santé libérales avec celle des salariées, quel que soit le lieu d'exercice.

Promotion du développement de la télémédecine et des outils numériques au service du soin.

☛ **Conditions de cessation d'activité :**

Janvier 1988 : Institution du Mécanisme d'Incitation à la Cessation Anticipée d'Activité (MICA) consistant en l'octroi d'une allocation de remplacement de revenu aux médecins libéraux conventionnés cessant leur activité entre 57 et 65 ans.

Ordonnances d'avril 1996 : Création de l'allocation de départ à la retraite, accessible aux médecins conventionnés âgés de 57 à 64 ans.

1er octobre 2003 : Suppression du MICA ; même si quelques dérogations ont été accordées jusqu'en décembre 2004. Possibilité, pour ceux qui le souhaitent de cumuler la retraite avec une activité.

25 Janvier 2006 : Plan de démographie des professions de santé : Les professionnels seront incités à prolonger leur activité, notamment par des possibilités de cumul emploi-retraite plus favorables (relèvement du plafond de cumul autorisé depuis 2003) et par une dispense de permanence des soins (nuit et week-end) après 60 ans.

☛ **Outils de pilotage :**

Art. 67 de la loi du 13 août 2004 (relative à l'assurance maladie) et circulaire du 14 janvier 2005 : création des Missions régionales de santé, avec notamment pour mission de déterminer les orientations relatives à la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux et d'établir une cartographie régionale identifiant les zones éligibles à des aides conventionnelles (à l'installation, au regroupement, à la mise en réseau).

Zonage obligatoirement supérieur ou égal à 1500 habitant pour garantir la viabilité économique des cabinets médicaux.

23 mars 2007 : arrêté portant approbation de l'avenant n°20 à la convention médicale : création d'un observatoire conventionnel de la démographie médicale (experts et syndicats médicaux libéraux) chargé d'évaluer l'impact de l'option favorisant l'installation des généralistes en groupe et leur maintien en zone déficitaire ; et de proposer des mesures complémentaires si besoin.

4) Substitution des facteurs de production : action sur les champs d'activité

Loi du 9 août 2004 : expérimentations volontaires de transfert de compétences, selon un protocole commun.

Arrêté du 13 décembre 2004 : cinq premières expérimentations visant à organiser des transferts de compétences entre professionnels de santé.

Arrêté du 30 mars 2004 : dix nouvelles expérimentations ; Haute Autorité de Santé : mission nouvelle de préparer des recommandations de délégations de tâches entre médecins et paramédicaux.

25 Janvier 2006 : Plan de démographie des professions de santé : organisation de la délégation de certaines tâches dans le domaine des soins, sur des domaines prioritaires.