

Les professions de santé

Alain Grand

On recense un nombre important de professions de santé. On peut distinguer les professions médicales, les professions paramédicales réglementées et les métiers administratifs de la santé (voir tableau 1).

Tableau 1 – les professions de santé

Professions Médicales	Chirurgien- Dentiste Médecin Pharmacien Profession médicale à compétence définie : Sage-femme
Auxiliaires médicaux	Les professions de soins (Aide-soignant – Auxiliaire de puériculture, Directeur des soins, Infirmier diplômé d'Etat, Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat, Infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat, Puériculture) Les professions de rééducation (Diététicien, Ergothérapeute, Masseur-kinésithérapeute, Opticien-lunetier, Orthophoniste, Orthoptiste, Pédicure-podologue, Prothésiste [audio...], Psychomotricien. Les professions médico-techniques (Ambulancier, Manipulateur d'électroradiologie médicale, Préparateur en pharmacie, Technicien de laboratoire d'analyses biomédicales).
Métiers administratifs :	Attaché d'administration hospitalière Directeur d'établissement sanitaire et social Directeur d'établissement social et médico-social Directeur d'hôpital Ingénieur d'études sanitaires Ingénieur du génie sanitaire Inspecteur de l'action sanitaire et sociale Médecin inspecteur de santé publique, Pharmacien inspecteur de santé publique Secrétaire administratif des affaires sanitaires et sociales Secrétaires médicales

La démographie de ces professionnels laisse entrevoir des problèmes concernant l'offre de soins. Cette réalité est d'autant plus prégnante que la demande de soins va croître de façon importante. Selon les projections INSEE, 13.2 millions de personnes auront plus de 65 ans en 2020 et en 2030, un quart de la population française sera dans le troisième âge.

Nous nous intéresserons donc à la démographie des professionnels de santé et aux leviers de régulation visant à l'améliorer.

La démographie des professions de santé

Tableau 2 – Effectifs des professions de santé en 1980, 2002 et 2004 et densités 2002

	1980	2002	2004	Densité 2002
Médecins	104.073	196.000	203.487	332
Dentistes	30.321	42.000	40.904	71
Sages-femmes	9.382	15.122	16.134	26
Pharmaciens	36.491	66.694	65.150	105
Infirmiers	245.594	410.859	437.525	692
Kinésithérapeutes	34.572	55.438	58.642	93
Orthophonistes	7.492	14.323	15.357	24
Orthoptistes	1.133	2.309	2.507	4
Ergothérapeutes		4.433	4.996	7
Psychomotriciens		5.086	5.619	9
Pédicures		9.470	10.240	16
Manipulateurs radio		22.450	23.928	38
Audio-prothésistes		1.526	1.714	3
Opticiens-lunetiers		11.910	13.679	20

L'évolution des différents corps de métiers (démographie, innovation vers des métiers plus « organisationnels » et moins techniques) impose de réfléchir à une réorganisation visant à prévenir la pénurie de professionnels de santé qui s'annonce. Il s'agit de s'attaquer aux disparités géographiques, aux déséquilibres dans les effectifs des spécialités (médecine générale incluse) et aux carcans des professions existantes (développement des passerelles entre professions, extension des compétences).

Le rôle respectif des médecins et des paramédicaux dans la prise en charge des malades évolue vers un déplacement de certaines compétences vers les métiers les moins qualifiés et par la prise de fonctions des paramédicaux dans des tâches annexes aux soins médicaux (coordination des soins...). Dans ce sens, la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a déjà initié la démarche avec :

- la reconnaissance de nouveaux métiers : ostéopathes, chiropracteurs, conseiller en génétique et des psychothérapeutes (inscription sur un registre national pour ces derniers),
- la création de nouveaux Ordres (Ordre des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues),
- l'élargissement de compétence (sages-femmes : déclaration de grossesse, vaccination, contraception hormonale, suivi post-natal, extension des prescriptions).

Des organismes de suivi démographique ont été créés pour initier et analyser cette évolution. Il existe désormais un « Observatoire national de la démographie des professions de santé » mis en place par le décret n° 2003-529 du 19 juin 2003 (Mattei). Il vise à mettre en place d'un dispositif d'observation et à cartographier qualitativement la démographie des différents métiers. Enfin il doit aider à la décision pour déterminer :

- les quotas d'étudiants dans les différentes filières de formation des professions de santé,

- le numerus clausus. C'est ainsi qu'un Comité de la démographie médicale a été installé. Ce comité, qui doit se tenir chaque année, avant la fin du premier trimestre, transmet son avis aux ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'enseignement supérieur et du budget, pour l'année universitaire suivante, le nombre envisagé d'étudiants autorisés, à la fin de la première année du premier cycle, à poursuivre des études médicales, odontologiques, de sages-femmes ou pharmaceutiques. Décret n° 2004-1078 du 12 octobre 2004, JO du 13 octobre 2004.

Au plan régional, les Missions Régionales de Santé, qui associent ARH et URCAM, ont pour vocation de veiller à la bonne répartition des professionnels.

Le Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), mis en place en 2007, a notamment pour missions de lutter contre les disparités de démographie professionnelle, faciliter de nouvelles formes d'exercice et, le cas échéant, de délégation de tâches, et de contribuer à la permanence des soins.

Les collectivités locales, notamment les municipalités et les régions (Conseils Régionaux), se préoccupent de plus en plus de ces problèmes, dans le cadre de l'aménagement de leur territoire : aides à l'installation de jeunes médecins, Maisons de Santé, Maisons Médicales de Garde...

S'il y a urgence à prévenir la pénurie des professionnels dans leur ensemble en s'attaquant :

- aux disparités géographiques nationales, intra régionales et même intra départementales,
- aux déséquilibres dans les effectifs des spécialités,
- à l'accès aux professions,

... l'essentiel réside maintenant dans l'harmonisation des attributions entre profession médicale et autres professions de santé dans un esprit de complémentarité plutôt que de concurrence, ceci dans l'intérêt du patient. Pour ce faire, un état des lieux rigoureux et régulier doit être réalisé par l'Observatoire de la démographie des professions de santé, en lien avec les Missions Régionales de Santé, afin de s'adapter aux évolutions.

Ceci doit bien sûr s'inscrire dans une démarche de réorganisation des soins

- orientation autour de structures de soins moins coûteuses (= alternatives aux établissements de santé) ;
- au recours au bénévolat et à la gratuité,
- à la démedicalisation des prises en charge notamment des problèmes sociaux ou psychosociaux,
- à une évolution culturelle (on ne peut plus forcément entendre « la santé n'a pas de prix »).

... c'est-à-dire en bref à déterminer quelles sont nos attentes, nos attitudes et nos valeurs.

L'OMS prévoit (avec probablement une certaine exagération) un « état de catastrophe des systèmes de santé des pays industrialisés vers 2015-2025 », avec une évolution vers la privatisation. Cette évolution sera marquée par un moindre recours à l'état providence et un renforcement de la responsabilité individuelle et de l'auto prise en charge.

La démographie médicale

Si l'augmentation du nombre de médecins fut importante jusqu'en 1980, on prévoit une diminution importante de leur nombre (24% d'ici 2020), alors que, dans le même temps, on devrait constater une hausse de la population française de 6% et un important vieillissement démographique. Cette évolution nécessite de mettre en œuvre des moyens de régulation pour optimiser cette offre de soins.

1. Description

En France, 200 000 médecins sont en exercice dont 37% de femmes. Ces professionnels n'avaient cessé de croître en nombre pour atteindre une densité médicale élevée de 335 médecins pour 100 000 habitants. Cette densité est semblable en Espagne et au Portugal mais elle se situe ailleurs plutôt autour de 200/100 000 habitants (Europe du Nord, Allemagne, Etats-Unis, Japon). Enfin, elle est particulièrement faible au Royaume-Uni (170/100 000 habitants).

Les différents types d'exercice sont :

- l'exercice de la médecine générale et la médecine de spécialité. Le pourcentage de médecins spécialistes n'a cessé de croître ces dernières années au dépend de l'exercice de la médecine générale. La proportion actuelle est quasiment de 50%-50%. Parmi les spécialistes, on distingue: 54% de spécialités dites médicales, 22% de spécialités chirurgicales, 13% de spécialités psychiatriques et 8% d'autres spécialités (biologie, médecins du travail, santé publique).
- l'exercice libéral (praticien exerçant « en ville », praticien exerçant en clinique privée ou médecin hospitalier sous forme de consultations ou d'hospitalisation privées), l'exercice hospitalier ou autres salariés. 120000 médecins exercent en libéral et 80000 sont salariés.

Les médecins sont salariés des administrations mais aussi d'entreprises, d'associations ou autres structures (médecine du travail, santé publique, activités de bien public).

Pour les libéraux, des données récentes sur l'évolution de la carrière des médecins généralistes selon leur date d'installation ont été publiées (Credes, questions d'économie de la santé, n° 81, avril 2004, 8 pages). À partir des données fournies par la Cnamts, cette étude montre (sur une période de 22 ans, entre 1979 et 2001), qu'à l'heure actuelle, les jeunes médecins généralistes s'installent plus tard que leurs aînés (35 ans en 2001, 31 ans dans les années quatre-vingt) et rattrapent vite le niveau d'activité des médecins installés plus tôt. Ainsi, il y a vingt ans, un médecin installé en secteur faisait environ 6 000 actes par an en fin de carrière. Aujourd'hui ce niveau est atteint en milieu de carrière pour les jeunes générations. Tous âges confondus, les praticiens, ayant cessé leur activité en tant que médecin libéral entre 1979 et 2001, ont eu une durée moyenne de carrière de 22 ans. Pour un médecin sur cinq, la durée de carrière libérale en tant que généraliste ne dépasse pas 18 ans et la cessation d'activité est plus élevée en zone urbaine qu'en zone rurale, contrairement aux idées reçues. Ainsi ces résultats confirment un changement dans l'exercice de la médecine libérale: carrière plus tardive mais plus intensive et moins longue que les aînés.

2. L'évolution de la population médicale et ses conséquences

1- L'évolution de la population médicale

La féminisation de la population médicale - La proportion de femmes s'accroît régulièrement (8% en 1960, 31% en 1994 et 37.9% en 2002) et on estime qu'en 2020, elles seront majoritaires. D'ores et déjà, parmi les médecins de moins de 35 ans, 56.4% sont des femmes.

La diminution de la population médicale - La population médicale diminue régulièrement à tel point qu'en 2020, nous devrions observer un retour à une densité médicale comparable à 1984. Cette diminution est due :

- **au vieillissement de la population médicale** : l'âge moyen est de 46.5 ans (44.5 ans pour les femmes et 47.8ans pour les hommes). La pyramide des âges présente un rétrécissement important à sa base (la tranche âge des 40 ans est inférieure à celle des 50 ans !). On note une baisse d'activité des professionnels âgés de plus de 50 ans et une forte cessation d'activité doit se produire avec un départ à la retraite massif d'ici dix ans;
- **à une nouvelle organisation du travail**: si d'une part la féminisation a entraîné une autre forme d'organisation du temps de travail sous forme, entre autre, de partage d'activité, d'activité restreinte (elles exerceraient à hauteur de 70% de l'activité masculine), la politique de réduction du temps de travail n'a pas été sans incidence d'autant plus qu'elle s'est associée à une réglementation plus stricte en matière de droit du travail (repos compensateur,...) ;
- **aux politiques de régulation** qui ont entraîné une forte diminution de médecins en formation. Depuis les années 1970, en réaction à une forte augmentation du nombre de médecins en activité (+3,6%/an), il a été établi un *numerus clausus* créant un net ralentissement de cette évolution (+ 1% en 1997) ;

Enfin, des **raisons sociologiques** intriquées peuvent expliquer cette évolution: diversification des activités médicales (apparition de nouveaux métiers), reconversions, désir d'une meilleure qualité de vie avec refus des contraintes fortes (urgences, travail de nuit, etc.).

2 - Les conséquences de l'évolution de la démographie médicale

La « pénurie » dans certaines spécialités - Outre la diminution de cette population (prévision d'une diminution de 40% des spécialistes), de nombreuses spécialités sont sinistrées du fait de leur « abandon ». Les critères de choix des futurs médecins sont nombreux. Si certains sont contraints (rang de classement, nombre de postes offerts au choix de l'internat), le changement des mentalités vis à vis de la qualité de vie se fait sentir (désertification des spécialités à garde ou à contraintes fortes : urgences,...). Ainsi les critères tels la vocation ou la notoriété de la spécialité côtoient les critères de condition de travail, de notion de profession exposée au risque juridique, de revenus attendus et de montant d'investissement. Les spécialités connues comme déficitaires sont l'anesthésie-réanimation, la pédiatrie, l'obstétrique, la psychiatrie, etc. L'exemple de la psychiatrie (neuropsychiatrie, psychiatrie adulte et pédiatrique): cette spécialité montre la croissance la plus faible des spécialités (+2.3% contre 3.5% en moyenne), avec un nombre de professionnels en forte diminution (7856 en 2010 contre 13280 actuellement). L'âge moyen est le plus élevé (> 48 ans) et 64% des psychiatres auront plus de 50 ans en 2010.

Les inégalités territoriales - Les inégalités territoriales préexistaient du fait du principe de la liberté d'installation. Néanmoins, elles ne cessent de s'amplifier. Comme nous l'avons vu plus haut, les critères de choix de l'installation ne sont pas uniquement professionnels mais aussi d'ordre personnel (cadre de vie, possibilité d'études pour les enfants, possibilités d'activité professionnelle du conjoint). Les départements méridionaux sont deux fois plus pourvus que ceux du nord de la France. Cette inégalité de répartition est stable dans le temps et on note une faible influence des contraintes liées à la répartition des médecins en formation (internes).

3. Les leviers de régulation et l'observation de l'évolution de la démographie

Pour tenter d'endiguer les difficultés sus citées, de nombreuses tentatives de régulation ont été réalisées ou sont en projet. Elles touchent à la formation, à l'ouverture de l'exercice mais aussi aux incitations voire à la coercition. Pour leur suivi, des structures sont créées.

1. Les leviers de régulation

La formation - Diverses actions ont porté sur la formation initiale :

- réouverture récente du numerus clausus (8000 en 2007 pour tabler sur 200 000 médecins en 2025 (si laissé à 3500 places : 130000 médecins en 2025, si porté à 7000 : 183 000 médecins en 2025),
- instauration d'un « numerus clausus » des internes,
- création de filières spécifiques d'Internat (pédiatrie, anesthésie, . . .),
- accès aux études médicales à d'autres professionnels en cours de formation (équivalences).

Ces leviers ont malheureusement de longs délais d'action.

L'ouverture de l'exercice - Il peut se faire par :

- **l'accroissement des compétences : la formation continue** fait l'objet de nombreux travaux qui visent à élargir les compétences des professionnels sur deux plans :
 - L'assouplissement des accès aux autres spécialités médicales par la reconnaissance de compétences (commissions de qualification), la création de formations spécifiques ou par le biais de concours européens.
 - Mais aussi par l'élargissement des compétences des paramédicaux (rapport DGS 06/01) par le biais de formations (masters professionnels, cursus commun) et de la réglementation (attribution de nouvelles compétences).

- **Le recours aux médecins d'autres pays :**

Médecins étrangers : près de 8.000 médecins étrangers exercent en France. Ils représentent 4% du corps médical français en activité. On distingue trois catégories : les médecins originaires de la communauté européenne et à diplôme européen, les médecins à diplôme extra européen, et autorisés au plein exercice en France et les praticiens adjoints contractuels à exercice exclusivement hospitalier. La directive Européenne 93-16 CEE prévoit un traitement équivalent des médecins européens (libre circulation et libre installation en libéral). Il se pose actuellement le problème de la pérennisation du recrutement des médecins à diplôme extra européen. S'il existe des autorisations exceptionnelles pour les médecins réfugiés politiques authentiques à compétence reconnue, l'ordre des médecins n'est pas favorable au recrutement

de médecins extra européens. Les arguments avancés sont notamment la difficulté d'évaluer les facultés étrangères, l'absence de cohérence politique en cas de réouverture (contrasterait avec la rigueur du numerus clausus).

Les mesures incitatives - Elles consistent, par exemple, en :

- La mise à disposition d'un local professionnel et/ou d'un logement,
- La dispense:
 - d'indemnité (transfert d'installation pour quitter un secteur excédentaire) ;
 - d'avantages fiscaux (exemption d'impôt, de taxes professionnelles ou de charges sociales URSSAF sur les salaires « zones franches») ;
 - des primes (à l'installation [postes prioritaires, reprise de cabinet, nouvelle installation], exercice multisite).
- La création du statut du médecin collaborateur (vise à favoriser le remplacement puis l'installation dans des cabinets existants)

Les mesures coercitives - On remarquera que la liberté d'installation n'est pas directement remise en cause. Ces mesures consisteront donc, par exemple, à :

- déconventionner dans des régions sur peuplées,
- autoriser des honoraires plus élevés et à favoriser leur remboursement par la sécurité sociale dans les régions désertées.

La réorganisation des soins - Devant l'échec de la plupart des réformes envisagées, il est porté actuellement un effort sur la réorganisation des soins :

- Aide au regroupement des médecins (et paramédicaux): réorganisation des gardes, développement des contacts ville - hôpital (développement des réseaux de soins, des groupements de coopération sanitaire, etc.) ;
- Création de lieux de soins (maisons médicales) ;
- Développement de l'aide à domicile (gardes de nuit, aides au déplacement) ;
- Développement des moyens de communication (Télémédecine, Dossier médical informatisé).

Si le problème de l'évolution défavorable de la démographie médicale est connu depuis longtemps, les mesures prises pour y remédier n'ont pas encore porté leurs fruits. Elles se veulent complémentaires de celles concernant l'articulation des professions de santé entre elles, dans le cadre de la réorganisation des soins. A titre indicatif, la Grande-Bretagne, qui a une densité médicale égale à la moitié de celle de la France, a en revanche une densité d'infirmières égale au double de celle de la France. Les dépenses de santé y sont nettement inférieures, alors que les grands indicateurs de santé : espérance de vie, mortalité, morbidité, sont proches de ceux de la France. On voit bien, à travers cet exemple, le caractère déterminant de l'organisation des soins dans les dépenses et les performances des systèmes de santé.

La médecine libérale : principes et organisation

I – Les principes

Après 1920, alors qu'apparaissent les projets de loi sur les assurances sociales, la profession médicale, par réaction, et pour affirmer ses libertés, vote, en 1927, la Charte Médicale qui énonce les quatre principes fondateurs de la médecine libérale :

- Liberté de choix du lieu d'installation du médecin : elle est actuellement préservée puisqu'elle n'est limitée que par des considérations d'ordre déontologique ; il est toutefois envisagé de mettre en place des mesures incitatives et/ou dissuasives afin de lutter contre les disparités démographiques selon les régions.
- Liberté de choix par le malade de son médecin : elle est limitée par la constitution en 1980 du secteur 2 (à honoraires différents), qui introduit une limitation de type économique ; de plus l'instauration, par la loi d'août 2004, du médecin traitant vient sérieusement mettre à mal cette liberté.
- Liberté de prescription du médecin : sans être remise en cause juridiquement, elle est régulièrement mise à mal par les références médicales opposables (RMO), par la pratique des Tableaux Statistiques d'Activités des Praticiens (TSAP) donnant lieu à des Relevés Individuels d'Activité Professionnelle (RIAP) qui encadrent les prescriptions, et depuis 1999, par l'introduction d'une clause de responsabilité dans la loi de financement de la protection sociale qui prévoit de pénaliser financièrement les médecins, en cas de dépassement de l'enveloppe consacrée aux prescriptions.
- Liberté de fixation des honoraires par entente directe entre le médecin et son client, essentiellement caractérisée par le « paiement de l'acte » sans intervention de « tiers payant » et assortie du secret professionnel : elle est de longue date remise en cause par la mise en place des dispositifs conventionnels et par l'extension du système du 1/3 payant (notamment autour de la notion de médecin traitant).

L'exercice de la médecine est donc profondément conditionné par la position du médecin au regard de la Sécurité Sociale. Les relations médecins/sécurité sociale sont régies par une convention nationale établie entre les médecins (représentés par leurs syndicats professionnels) et les caisses nationales d'assurance maladie ou, à défaut d'accord, imposée par l'état (cf. Les grandes lignes du système conventionnel français).

Les évolutions récentes (et moins récentes) ont donc sérieusement mis à mal les quatre libertés fondatrices de la pratique libérale, la médecine apparaissant de plus en plus encadrée dans son exercice (notamment pour des raisons économiques).

II – Les organisations professionnelles

Cinq types d'organisations professionnelles sont chargés de représenter les médecins et d'assurer un certain nombre de fonctions :

- Le Conseil de l'Ordre, garant de la déontologie médicale : financé par une cotisation obligatoire, c'est une instance juridictionnelle et de régulation veillant au bon exercice de la profession.

- Les syndicats médicaux, chargés essentiellement des négociations avec les organismes d'assurance maladie ; le financement se fait par cotisation volontaire et on compte actuellement cinq organisations syndicales considérées comme représentatives : la Confédération des Syndicats Médicaux de France (CSMF), la Fédération des Médecins de France (FMF), le Syndicat des Médecins Libéraux (SML), l'Union Collégiale des chirurgiens et spécialistes français et MG France (Médecins Généralistes).
- Les unions professionnelles, de création récente (1994) et dont le rôle est principalement de représenter la profession auprès des pouvoirs publics : financées par des cotisations obligatoires (prélevées par l'URSSAF), elles devraient constituer les acteurs clés de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé (de plus en plus envisagée au niveau des régions). Ces Unions Régionales de la Médecine Libérale (URML) comportent deux collèges : généraliste et spécialiste. Elles ont pour mission principale de gérer le système d'information mis en place grâce à l'informatisation des cabinets médicaux (codage des pathologies, des actes...). Elles ont également pour vocation de s'impliquer dans la Formation Médicale Continue (FMC) et dans l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), en lien avec la Haute Autorité de Santé (HAS) ; elles participent en effet au Conseil Régional EPP/FMC dont elles financent le fonctionnement.
- Les organisations de Formation Médicale Continue : leur rôle a été renforcé par les ordonnances d'avril 1996, puisque obligation est faite désormais aux médecins de justifier d'une formation continue. Ils devront, à cet effet, fournir régulièrement la preuve du respect de cette obligation (tous les cinq ans) au Conseil National de la Formation Médicale Continue qui valide les formations, via un Conseil Régional de la Formation Médicale Continue et les CME, désormais aptes à délivrer l'attestation correspondante aux hospitaliers. Le texte des ordonnances d'avril 1996 prévoit, dans son article 3, que : « le manquement à cette obligation est passible de sanction par l'Ordre et fait l'objet, pour les médecins libéraux, d'un signalement aux caisses d'assurance maladie ». L'absence de moyens suffisants pénalise fortement la mise en place de ce dispositif.
- Les associations de praticiens mises en place à l'instigation de l'HAS, afin de promouvoir l'évaluation en médecine ambulatoire. La loi de financement de la protection sociale 1999 a instauré un fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), cogéré par les professionnels. Il est destiné à financer des actions concourant « à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville » et, « le cas échéant », à octroyer des aides au développement de nouveaux modes d'exercice. Cette mission est dévolue, depuis 2007, au FIQCS (cf. chapitre sur les réseaux de santé).

Enfin, ont été organisées depuis 1996 des Conférences Régionales de Santé qui sont représentées à la Conférence Nationale de Santé et au sein desquelles doivent siéger des représentants des médecins. Ces Conférences ont été redéfinies dans le cadre de la loi du 9 août 2004.