

LE DERNIER MOT DU PRÉSIDENT

Chers Amies et Amis Membres

La fin de l'année est une période propice pour présenter ses vœux pour la période de fête qui s'annonce et préparer la nouvelle année. Je le fais avec le plaisir habituel, teinté de nostalgie. En effet, j'ai décidé de démissionner de mon poste de Président du CES après l'Assemblée Générale du mois de mars, qui va aboutir à l'élection du nouveau conseil d'administration. J'aurai exercé ce mandat pendant cinq ans avec enthousiasme, mais je me rends compte que mon activité professionnelle me laisse de moins en moins de temps et de sérénité pour assumer la responsabilité des nombreux projets dont est porteur le Collège. Je solliciterai néanmoins vos suffrages pour rester membre du conseil d'administration ... et d'ailleurs, si je suis réélu, je soumettrai à ce conseil de nouveaux projets que nous sommes en train de préparer avec Philippe Ulmann.

Puis-je nous permettre un satisfecit ? Je dis nous, car ce que nous avons fait depuis 6 ans, d'abord sous la présidence d'Emile Lévy et avec Philippe Ulmann, puis avec l'équipe renforcée du CES et moi-même en tant que Président, avec les trois conseils d'administration auxquels j'ai participé, avec le soutien fidèle de nombreux sponsors public et privés, me paraît respectable. Nous avons organisé deux colloques nationaux, un colloque international, un colloque franco-britannique, deux séminaires thématiques, l'un sur l'assurance, l'autre sur la santé dans les pays en voie de développement. Nous avons produit un nouveau guide méthodologique pour l'évaluation économique en santé. CODECS et EURONHEED sont des projets majeures pour la diffusion des travaux en économie de la santé. Enfin, récemment, nous sommes devenus des partenaires scientifiques d'ISPOR. Le CES s'est agrandi en nombre de membres, ce qui témoigne me semble-t-il de son attractivité. Je tiens donc à vous remercier tous pour le plaisir que j'ai eu à travailler avec vous et pour vous.

Tout beau tableau a ses ombres, bien sûr et d'aucuns trouveront à redire à l'action que nous avons menée, sans nul doute insuffisante encore. Mais je préfère garder le souvenir d'une ambiance de travail stimulante et amicale, d'autant plus que je sais qu'elle va perdurer ! La liste des personnes à qui je suis personnellement redevable pour la qualité de leur travail et de leur soutien est longue : je ne veux pas prendre le risque d'en oublier, et tous se reconnaîtront dans un remerciement collectif très chaleureux. Tous mes vœux pour 2005 !

Gérard de POUVOURVILLE
Directeur de recherche CNRS
CREGAS – Unité INSERM U537

ÉDITORIAL : LA REPARTITION DES TACHES ENTRE PROFESSIONNELS

Le terme désigne à la fois la composition des équipes de soins et la combinaison des tâches qui composent les rôles de chacun.

L'appellation française n'est pas encore stabilisée. On parle de répartition, substitution, délégation de tâches ou de compétences. Cette redéfinition des frontières des métiers suscite beaucoup d'inquiétudes et de réactions, non seulement de la part des médecins, mais aussi du côté des paramédicaux. C'est donc un sujet sensible et du reste, partout les évolutions ont été opérées sous la pression : pression du marché dans les organisations de *managed care* nord-américaines, pression liée à la limitation des moyens financiers et à la pénurie de médecins au Royaume-Uni ou au Canada.

Car il est vrai que la question du partage des tâches est lourde d'enjeux pour le système de soins.

Le premier est bien sûr celui de l'efficacité productive : une réorganisation des tâches permettrait-elle de faire des gains de productivité ? La réponse semble aller de soi si des tâches peuvent être réalisées par des personnels moins qualifiés. Pourtant, la question est moins évidente qu'on ne pourrait le penser au premier abord. Fabienne Midy rappelle que la littérature, si elle démontre la faisabilité du transfert de tâches des médecins généralistes aux infirmiers, reste inconclusive sur son rapport coût/efficacité. Un récent rapport de l'OCDE confirme cette conclusion.

Au demeurant, la réflexion sur les délégations de tâches n'aurait sans doute pas émergé en France, compte tenu des résistances qu'elle suscite, si elle n'avait eu pour objet que la rationalisation du système de soins. L'enjeu est bien plutôt, dans le contexte actuel, de faire face à la diminution attendue du nombre de médecins dans certains secteurs et spécialités. La prise en charge des troubles de la refraction par des professions non médicales est un exem-

ple souvent cité pour illustrer cette problématique, et le travail mené par Gérard de Pouvourville met en évidence l'ampleur des enjeux, puisque les besoins en ophtalmologistes sont très sensibles aux hypothèses retenues sur ce point.

Mais le questionnement sur la répartition des tâches ouvre la voie à des réflexions plus globales sur les évolutions souhaitables du système de soins :

- la question ne se pose pas en effet seulement en termes de délégation/substitution, mais aussi de diversification et d'extension des services offerts : par exemple pour les pathologies chroniques, une intervention mieux organisée de différents professionnels améliorerait sans doute la qualité de la prise en charge, comme le montrent des exemples anglo-saxons ; elle pourrait aussi servir le développement de la prévention, considéré comme insuffisamment développée en France ;

- elle soulève inévitablement la question d'un exercice plus collectif et pluri-professionnel en médecine de ville : c'est bien en effet dans ce cadre que tous les bénéfices d'une réorganisation des tâches peuvent être tirés, pour construire une réponse globale et de proximité à une demande de soins qui va évoluer sous l'effet des transformations démographiques et épidémiologiques ;

- elle rencontre les questions posées par les aspirations des nouvelles générations de médecins, dans tous les pays, concernant les conditions et l'organisation de leur travail ; elle peut, à l'évidence, venir en appui des évolutions induites par ces nouveaux modèles professionnels.

Le questionnement sur le partage des rôles et le contenu des métiers s'inscrit donc dans une réflexion plus globale sur l'organisation du système de soins, qu'il peut contribuer à faire évoluer.

Dominique POLTON
Directrice de l'IRDES – Paris

Le transfert de tâches entre médecins et infirmières dans le secteur des soins de ville

Le transfert de soins d'une profession à une autre fait l'objet aujourd'hui d'une réflexion importante, avec la reconnaissance explicite que les champs de compétences actuels et les frontières entre professions peuvent être remis en question. Les expérimentations soutenues par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé en sont le témoignage le plus récent. La France n'en est cependant qu'au début de la réflexion, en particulier dans le secteur des soins primaires. Par contraste, les pays anglo-saxons offrent un recul de plusieurs décennies.

En 2000, B. Sibbald recensait trois principaux domaines où les infirmières ont étendu leur rôle depuis le milieu des années 60 : la promotion de la santé (prévention, dépistage et éducation à la santé), le suivi des pathologies chroniques stabilisées et les soins de premier recours. L'objectif de cette revue de la littérature (1970-2002) est de documenter l'hypothèse selon laquelle le transfert à une infirmière de certaines tâches réalisées par les médecins généralistes serait non seulement efficace, mais conduirait également à une meilleure efficacité.

La promotion de la santé est une des principales compétences investies par les infirmières.

Malheureusement, la littérature dans ce domaine est principalement descriptive. En population générale, deux évaluations démontrent la faisabilité d'un programme de dépistage (risque cardiovasculaire, cancer) entièrement géré par des infirmières ayant suivi une formation adéquate. Elles concluent cependant que l'efficacité de ce type de programme en population générale est limitée. Nous n'avons pas identifié d'évaluation sur des actions de dépistage ciblant des populations à risque, bien qu'elles se développent au Royaume-Uni où les cabinets de médecins généralistes sont fortement incités à s'inscrire dans de telles actions. Sous une contrainte de saturation de l'offre, ce mouvement de diversification de l'activité s'est accompagné d'un mouvement de transfert des tâches.

Dans le cas du suivi de pathologies chroniques stabilisées, il ne s'agit pas d'un simple transfert de tâches mais d'une véritable réorganisation de la prise en charge.

L'interprétation des évaluations recensées (asthme, pathologies cardiovasculaires) n'est pas claire, en raison de leur mauvaise qualité, mais surtout parce que les expériences cumulent généralement le transfert de tâches (consultation infirmière) et l'offre d'un nouveau service, à savoir un suivi proactif où le cabinet convoque le patient pour un bilan. Il est alors impossible de distinguer dans l'évaluation ce qui est imputable à la dimension transfert de tâche et à la dimension diversification de l'offre.

Les trois études recensées dans le cas de l'asthme

confirment qu'une approche plus organisée du traitement et du suivi est bénéfique pour le patient, et qu'une infirmière peut y jouer une part active et efficace. En l'absence de groupes contrôles, il est impossible de comparer les prises en charges infirmière et médicale. Les cinq études recensées sur l'hypertension permettent de mieux appréhender des différences, malgré les faiblesses méthodologiques.

L'étude la plus rigoureuse (Moher, 2001) montre que les infirmières et les médecins ont une capacité équivalente à estimer le risque coronarien d'un patient (résultat confirmé par McManus et al., 2002). Elle rejoint les conclusions énoncées dans le cas de l'asthme : la sensibilisation des professionnels de soins à une démarche qualité apporte un bénéfice et augmente la probabilité d'un bon suivi. En revanche, que le suivi soit confié à une infirmière ou à un médecin n'induit pas de différence sur des critères cliniques (indicateurs intermédiaires), ni dans la prescription du traitement.

Les trois autres études, plus anciennes, laissent percevoir la spécificité de la prise en charge infirmière : une capacité supérieure à reconnaître et à considérer des facteurs psychosociologiques (McLaughlin, 1979), une meilleure approche en termes d'éducation diététique et thérapeutique avec l'hypothèse, non testée, d'un impact positif sur l'observance (Silverberg, 1982), une satisfaction plus grande (Jewell, 1988).

Les consultations de premier recours : une satisfaction supérieure

Au cours d'une consultation de premier recours, l'infirmière reçoit des patients non diagnostiqués. A partir d'un bilan protocolisé (entretien, examen clinique), elle le prend en charge de manière autonome (conseil, proposition de traitement) ou en le référant au médecin généraliste ou au secteur secondaire.

L'analyse réalisée par Horrocks et al. (2002) de 11 essais randomisés et de 23 études empiriques produit plusieurs résultats :

- les patients expriment un plus grand niveau de satisfaction pour les consultations infirmières ;
- les résultats en termes d'état de santé et de qualité de vie ne montrent pas de différence entre les deux catégories de professionnels ;
- les processus de soins sont différents : les infirmières ont une tendance plus marquée à réaliser ou à demander des examens complémentaires (tests d'urine, prise de sang, etc.) et offrent une durée de consultation significativement plus longue. Il n'y a pas de différence quant à la prescription de médicaments, de consultations de suivi et aux référés à d'autres professionnels ;

- le contenu des soins semble différent (communication, informations, conseils).

L'étude conclut que " les infirmières peuvent fournir des soins avec une meilleure satisfaction du patient et des résultats de santé similaires par rapport au médecin. Les infirmières semblent offrir une qualité des soins au moins aussi bonne, et parfois meilleure, que les médecins ".

L'efficacité du transfert de tâches reste une hypothèse à démontrer

Le transfert à une infirmière de tâches initialement réalisées par un médecin serait mécaniquement avantageux en raison de coûts horaires moins élevés. Pour les actes ayant démontré un niveau au moins équivalent de sécurité et d'efficacité, on aurait donc un gain d'efficacité.

En fait, la problématique de l'efficacité ne peut pas se résumer à une simple réduction des coûts par les salaires. Elle repose sur trois facteurs : le coût humain (salaire et coût de formation), la productivité et le volume d'actes transférables au sein du cabinet. Chacun de ces points appelle des commentaires qui rendent actuellement impossible toute conclusion sur l'efficacité du transfert de tâches.

Concernant le coût humain, les conditions de formation et de rémunération propres à chaque système de santé s'opposent à la transposabilité des résultats des études étrangères. A notre connaissance, aucune étude économique n'a été réalisée en France sur ce thème. Par ailleurs, le transfert des tâches impliquant une formation et une responsabilité supérieures pour les professionnels concernés, il est vraisemblable, à terme, d'observer une modification de l'échelle des salaires.

Concernant la productivité, les études retiennent généralement la durée de consultation : entre 10mn et 15mn pour les infirmières ; entre 6mn et 8mn pour les médecins. Or, comparer des productivités suppose l'homogénéité de ce qui est produit, ce qui n'est vraisemblablement pas le cas ici. Il est plus pertinent d'évaluer le potentiel de tâches transférables et l'impact sur l'activité du cabinet (Cassels Record, 1980).

Selon une étude anglaise, basée sur l'observation de 836 consultations, 39 % des consultations comportent un élément qui pourrait être délégué et 17 % pourraient être déléguées en totalité (Jenkins-Clarke, 1998). Dans une autre étude anglaise, 5 médecins analysent 300 de leurs consultations : 20 % des rendez-vous programmés et 44 % des rendez-vous pris le jour même pourraient être examinés par une infirmière (Kernick, 1999).

Pour évaluer l'impact du transfert sur l'activité du cabinet, il faut tenir compte de ce que certains actes nécessitent une supervision de la part du médecin (signature de la prescription, rapport d'un cas, modification du plan de soin, etc.). Les différentes études consultées rapportent un taux de consultations sans recours au médecin de 67% à 95 %.

Cassels Record et al. (1980) estiment, dans le contexte américain des années 70, que le nombre de consultations augmenterait de 40% à 50% dans les petits cabinets, avec des proportions plus élevées dans les gros cabinets en raison d'un volume d'actes déléguables plus important. Dans le contexte britannique, Marsh (1991) estime que le transfert de certaines tâches pourrait permettre aux médecins de doubler leur liste de patients.

Deux études, américaine et canadienne, ont mené le raisonnement jusqu'au calcul d'efficacité, mais elles sont très anciennes.

Cassels Record et al. (1980) estiment que le taux de productivité est compris entre 0,5 et 0,75 : il faut quatre professionnels non médicaux pour réaliser la part d'activité transférable de deux à trois médecins. Dans le contexte américain de l'époque, ils admettent un taux de 0,63. Le rapport des coûts humains étant nettement inférieur (0,36), ils concluent à l'efficacité.

A la même période dans le contexte canadien, Denton et al. (1983) retiennent un ratio salarial de 2/7 alors que le temps nécessaire à une infirmière pour réaliser la tâche transférée est 1,25 à 2 fois plus long que celui nécessaire au médecin. Sous ces hypothèses, 10 % des coûts médicaux totaux (16 % pour les seuls soins ambulatoires) pourraient être économisés.

Discussion

Le recul offert par les expériences anglo-saxonnes permet de conclure à la faisabilité du transfert de certaines tâches dans les domaines de la promotion de la santé, du suivi des patients chroniques stabilisés et du soin de premier recours. Par ailleurs, les publications antérieures à 2002 tendent à montrer que le transfert se fait à efficacité équivalente, voire supérieure sur des critères qui relèvent plus du rapport au patient (satisfaction, information, conseil, observance). Sur le plan de l'efficacité, l'intérêt de ce transfert n'est pas démontré.

Il faut cependant souligner que la faible qualité des travaux publiés vient relativiser toute conclusion en termes d'efficacité (Sibbald, 2000 ; Buchan, 2002 ; Horrocks, 2002) : la plupart des articles sont uniquement descriptifs, les autres présentent des lacunes méthodologiques importantes (taille des échantillons, choix et hétérogénéité des indicateurs). Aucune étude n'est assez puissante pour détecter des événements graves et rares.

Au-delà des considérations techniques, cette question du transfert de tâche est très liée aux particularités culturelles et organisationnelles des systèmes de soins. Les expériences analysées sont intéressantes, mais s'insèrent dans des contextes spécifiques (réseaux de soins coordonnés aux Etats-Unis avec une logique à dominance économique ; organisation des soins primaires de plus en plus collective et pluridisciplinaire au Royaume-Uni, avec une logique d'amélioration de l'accès aux soins). En tout état de cause, la transposition pure et simple des résultats publiés pour ces pays est impossible.

Il s'agit donc plus d'étayer une réflexion générale sur l'organisation des soins primaires que de vouloir plébisciter une forme d'organisation particulière.

Les questions d'efficacité et d'efficience ne sont probablement que la partie visible de l'iceberg. La problématique du transfert de tâches renvoie à celles de la démographie des professions de santé, de la responsabilité personnelle et juridique, du mode de rémunération. Même si des expériences ponctuelles

sont réalisées avec succès, cela ne présage pas de la généralisabilité à l'ensemble du système.

Fabienne MIDY

Chef de Projet

Service évaluation économique - ANAES

NB : cette étude a été menée dans le cadre du CREDES (devenu IRDES depuis) où l'auteur était en poste à l'époque de cette recherche.

Bibliographie

- Buchan J., Dal Poz M., 2002, Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence, *Bulletin of the World Health Organisation*, vol 80, n° 7, pp. 575-580.
- Cassels Record J., McCally M., Schweitzer S. et al., 1980, New health professions after a decade and a half: delegation, productivity and costs in primary care, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol 5, n° 3, pp. 470-497.
- Denton F., Gafni A., Spencer B. et al., 1983, Potential savings from the adoption of nurse practitioner technology in the canadian health care system, *Socio-Econ Plan Sci*, vol 17, n° 4, pp. 199-209.
- Horrocks S., Anderson E., Salisbury C., 2002, Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors, *British Medical Journal*, vol 324, pp. 819-823.
- Jenkins-Clarke S., Carr-Hill R., Dixon P., 1998, Teams and seams: skill mix in primary care, *J Advan Nurs*, vol 28, n° 5, pp. 1120-1126.
- Jewell D., Hope J., 1988, Evaluation of a nurse-run hypertension clinic in general practice, *Practitioner*, vol 232, pp. 484-487.
- Kernick D., Reinhold D., Mitchell A., 1999, How should patients consult? A study of the differences in viewpoint between doctors and patients, *Fam Pract*, vol 16, n° 6, pp. 562-565.
- Marsh G., 1991, *Efficient care in general practice*. Oxford : Oxford University Press.
- McLaughlin F., Cesa T., Johnson H. et al., 1979b, Nurses' and physicians' performance on clinical simulation test: hypertension, *Research in Nursing and Health*, vol 2, pp. 61-72.
- McManus R., Mant J., Meulendijks C. et al., 2002, Comparison of estimates and calculations of risk of coronary heart disease by doctors and nurses using different calculation tools in general practice: cross sectional study, *British Medical Journal*, vol 324, n° 7335, pp. 459-464.
- Moher M., Yudkin P., Wright L. et al., 2001, Cluster randomised controlled trial to compare three methods of promoting secondary prevention of coronary heart disease in primary care, *British Medical Journal*, vol 322, n° 7298, pp. 1338.
- Sibbald B., 2000, Inter-disciplinary working in British primary care teams: a threat to the cost-effectiveness of care?, *Critical Public Health*, vol 10, n° 4, pp. 339-451.
- Silverberg D., Baltuch L., Eyal P. et al., 1982, Control of hypertension in family practice by the doctor-nurse team, *Journal of the Royal College of General Practitioners*, vol 32, pp. 184-186.

Y-a-t-il une menace réelle de pénurie médicale ? Le cas de l'ophtalmologie

La problématique

Au 1^{er} janvier 2002, la France comptait 5370 médecins spécialistes actifs en ophtalmologie, soit 9 spécialistes pour 100 000 habitants. Ces spécialistes sont inégalement répartis sur le territoire national, la densité maximale étant atteinte pour Paris avec 25,5 spécialistes pour 100 000 habitants, contre 2,7 pour la Lozère : les spécialistes en ophtalmologie se concentrent essentiellement dans des zones à forte densité urbaine. L'âge moyen des ophtalmologistes est de 47 ans environ, et 43% des spécialistes sont des femmes, ce qui en fait la spécialité chirurgicale la plus féminisée. 86% des ophtalmologistes sont libéraux, se répartissant à peu près également entre secteur 1 et secteur 2. Depuis l'instauration de l'internat qualifiant (DES), on a assisté à une diminution régulière du nombre de postes formateurs en ophtalmologie : en Ile-de-France, par exemple, ce nombre est passé de 66 à 53 entre 1998 et 2000.

Si la démographie de cette spécialité est à peu près stable depuis 1994, le nombre de spécialistes va diminuer rapidement dans les vingt années à venir, compte tenu des départs à la retraite. Sans flux de rentrée, on peut s'attendre à une diminution de 53% des

effectifs d'ici 2020 (53% des spécialistes ont plus de 45 ans). Pour maintenir le potentiel actuel, il faudrait former environ 180 spécialistes par an. Or, l'estimation des flux actuels de formation tourne autour de 80 par an. Par ailleurs, l'impact différentiel de cette baisse de démographie selon les régions n'est pas connu.

L'ophtalmologie est donc l'une des spécialités les plus touchées par le départ massif à la retraite des médecins formés dans la période 1970-1985, avant l'instauration drastique du *numerus clausus*. Le but de l'étude que nous avons réalisée à la demande de la CNAMTS était alors de proposer des scénarios d'évolution de la spécialité, en fonction de l'évolution prévisible de ces besoins, et en fonction d'hypothèses sur le contenu du métier de spécialiste en ophtalmologie. Ces scénarios ont inclus la prise en compte du rôle éventuel d'autres segments professionnels qui pourraient contribuer à l'offre de soins pour les affections de l'œil.

La méthode de travail

En premier lieu, une actualisation des données démographiques des médecins spécialistes en ophtalmologie et des autres professions de l'œil a été réalisée, incluant une description de la formation des

différents segments professionnels étudiés : médecins spécialistes, orthoptistes et opticiens lunettiers. Une formation universitaire à l'optométrie existant en France, nous avons inclus ce métier dans l'étude, qui pour l'instant n'a pas de droit d'exercice en France.

En deuxième lieu, l'analyse de l'organisation des soins en ophtalmologie dans d'autres pays développés a été conduite, à partir d'une revue de la littérature. Cette revue s'est concentrée sur deux questions principales : les rôles respectifs des médecins et autres professions de santé de l'œil, l'évaluation contrôlée de la qualité des soins délivrés par les autres professions lorsqu'ils prenaient en charge des soins et des actions de prévention assurés par des médecins spécialistes en France.

Une troisième partie de l'étude était consacrée à l'élaboration d'un modèle de prévision des besoins en soins de l'œil jusqu'en 2020, modèle élaboré à partir des données de la littérature sur l'incidence et la prévalence des affections oculaires, et en tenant compte de l'évolution démographique de la population. Ce modèle de besoins prend en compte également l'existence de besoins actuellement pas ou mal satisfaits.

Quatrièmement, un modèle prévisionnel de l'offre de soins des médecins spécialistes a été développé, à partir des données du SNIR pour la médecine libérale, et les données PMSI pour la médecine hospitalière public. C'est de la confrontation entre les prévisions issues du modèle de besoins, et du modèle d'offre, que doit découler un diagnostic sur les besoins éventuels en formation des médecins spécialistes et des autres professions de l'œil. Les principaux résultats obtenus ont été les suivants.

Les résultats

Le flux de recrutement annuel requis pour maintenir mécaniquement le potentiel actuel de médecins spécialistes compte tenu de la pyramide des âges de ceux-ci est de l'ordre de 150 médecins par an, largement supérieur au flux de formation actuels, qui se situent aux alentours de 80 médecins formés par an. Lorsque l'on compare ces flux à l'évolution prévisible des besoins, fondée sur la connaissance de la prévalence des pathologies majeures de l'œil, il suffirait largement pour couvrir des besoins futurs liés en grande partie au vieillissement de la population. Une grande partie de ces besoins (80%) sont cependant liées à la prise en charge des troubles de la réfraction, conduisant à la prescription de verres correcteurs, même si la part prise par les pathologies médicales sévères de l'œil (cataracte, rétinopathie diabétique, dégénérescence maculaire liée à l'âge, glaucome) va probablement augmenter également suite au vieillissement de la population.

Cette projection mécanique présente cependant des biais importants, contribuant à surestimer le nombre de spécialistes à former. On raisonne en effet à comportement et structure d'activité comparable, or l'étude a montré une forte hétérogénéité des médecins sur ces deux points, tant en volume total d'activité qu'en structure (ophtalmologie médicale ou chirurgicale). En effet l'étude a montré qu'il existait quatre classes de médecins présentant des caractéristiques et des niveaux d'activité très différenciés.

La Classe 1 comportait 35,6% des effectifs. Ce sont majoritairement des hommes (68,5%), en secteur 1 (65%), qui ont un niveau moyen annuel d'activité de consultation supérieur à la moyenne nationale (5877 CS par an contre 3821), et qui exercent plutôt dans des départements à faible densité de spécialistes. Leur activité d'actes en K est légèrement inférieure à la moyenne nationale, leur activité de chirurgie nettement inférieure.

La Classe 2 comportait 48,6% de l'effectif. Ce sont en majorité des femmes (55,5%), plutôt en secteur 2 (57%), qui ont un niveau moyen annuel d'activité de consultation inférieur de 35% à la moyenne nationale (2485 actes contre 3821) et inférieur de 67% à celle des spécialistes de la Classe 1. Leur activité en actes cotés en K est inférieure de 40% à la moyenne nationale, et leur activité chirurgicale très faible. Ils exercent principalement dans des départements à densité de médecins spécialistes moyenne à forte.

La Classe 3 comportait 5% des effectifs. Ce sont principalement des hommes (71,4%), en secteur 1 (71%). Leur activité est à dominante médico-technique : leur activité en K est presque 6 fois supérieure à celle de la moyenne nationale (5906 actes contre 1046 actes). Leur activité chirurgicale est supérieure de 62% à la moyenne nationale, mais leur activité de consultation est inférieure de 44 % (2204 actes en CS contre 3821). Ils exercent plutôt dans des départements à forte, voire très forte densité de spécialistes.

La Classe 4 comportait 10,6% des effectifs. 92% sont des hommes, 70% d'entre eux exercent en secteur 2. Ce sont avant tout des chirurgiens (1051 actes en Kc en moyenne contre 238 en moyenne nationale), qui pratiquent également plus d'actes en K que la moyenne (1523 actes en K contre 326 en moyenne nationale). Ils exercent dans les départements à très forte densité de spécialistes.

Le constat d'une pénurie future est donc relatif. On peut en effet faire l'hypothèse (difficile à tester mais plausible) que les médecins de la Classe 2 réalisent un arbitrage temps de travail/temps de loisir en faveur d'une moindre activité. Or, la crainte de la pénurie est actuellement attisée par l'expérience de nombreux patients, qui doivent attendre longtemps avant de pouvoir obtenir un rendez-vous chez un spécialiste libéral. Nous n'avons pas réalisé d'enquête sur ce point. Mais une interprétation plausible de ces délais d'attente est liée aux choix réalisés par les médecins libéraux eux-mêmes. En effet, 48% des médecins libéraux ont un niveau moyen d'activité environ moitié moindre en termes de nombre de consultations par an que la moyenne des spécialistes libéraux.

Ce constat global doit être nuancé par une approche plus fine, département par département, de l'acuité du choc démographique en médecins spécialistes. Pour l'instant, malgré une répartition très inégale des médecins spécialistes sur le territoire, il n'y a pas de problème majeur d'accessibilité géographique à un spécialiste, que ce soit en cabinet ou en établissement hospitalier public ou privé. Cependant, à terme, il y aura des départements où l'offre libérale n'existera plus. Ceci suggère une gestion fine des situations locales, en privilégiant dans un premier temps les départements où

la densité de médecins spécialistes est la plus faible à l'heure actuelle, et en analysant en parallèle l'offre de soins hospitaliers publics.

L'offre hospitalière publique représente environ 10% de l'offre totale de médecins spécialistes, et elle ne peut de ce fait à elle seule prétendre répondre au choc démographique attendu. Compte tenu des effectifs, elle est d'ailleurs beaucoup plus vulnérable à ce choc démographique, alors qu'elle constitue le vivier de formation des spécialistes et parfois, le seul recours disponible dans des zones géographiques défavorisées ou pour des populations à faible niveau socio-économique.

Par ailleurs, l'étude a montré que les professions non médicales de l'œil jouent en France un rôle beaucoup moins importants que dans la majorité des pays de même niveau de développement. En particulier, la prescription de verres correcteurs est presque toujours le fait dans les autres pays d'opticiens lunetiers. Les orthoptistes ont comme en France un rôle centré sur la rééducation oculo-motrice. Mais il existe une autre catégorie de professionnels, les optométristes, qui ont une formation plus approfondie à la clinique que les opticiens-lunetiers. Ils peuvent prescrire des verres correcteurs, mais également pratiquer des actes de dépistage de la cataracte, de la rétinopathie diabétique et du glaucome. Les études existantes montrent que sous réserve d'une formation contrôlée, les optométristes peuvent avoir une performance diagnostique suffisante pour participer à des programmes de dépistage. Il n'y a pas d'études démontrant que la prescription des verres correcteurs est bien ou mal faite par des opticiens ou par des optométristes, mais cette pratique existe à grande échelle dans de nombreux pays de même niveau d'exigence et de développement que la France. Or, ces professionnels sont soit très nombreux (les opticiens-lunetiers), soit ont une structure d'âge et des flux de formation annuel (les orthoptistes) qui les met plus à l'abri d'un choc démographique dans les années à venir.

Compte tenu de ces constats, on a avancé les pistes suivantes pour construire une politique de l'offre de soins en ophtalmologie dans les années à venir.

En premier lieu, il importe de s'assurer du maintien du potentiel existant en lieu de formation à l'ophtalmologie en France. Ceci justifie non seulement une politique de maintien ou de création des postes budgétaires, mais aussi de s'assurer de l'attractivité des carrières des médecins praticiens hospitaliers de la spécialité.

Deuxièmement, il serait nécessaire de compléter l'étude réalisée par une analyse fine de l'implantation des spécialistes sur le territoire, de façon à identifier les zones géographiques les plus à risque de disparition d'une offre libérale non compensée par une offre hospitalière. On peut alors envisager la mise en place d'incitations spécifiques à l'installation de jeunes spécialistes dans ces zones.

Troisièmement, il faut étudier dès à présent l'éventualité de recourir progressivement à des non médecins pour la prise en charge de la réfraction chez les adultes ne présentant pas de facteurs de risques de pathologies majeures de l'œil : ceci exclut les patients diabétiques, ou les patients ayant des antécédents familiaux de glaucome. La cataracte est une maladie liée

essentiellement à l'âge, qui pourrait servir de critère de sélection pour l'adressage à un médecin spécialiste. Cela étant, à terme, il n'est pas exclu que des opticiens ou des orthoptistes recevant une formation complémentaire puissent dépister cette affection. L'étude a montré que le transfert d'une partie de la prescription de verres correcteurs aux opticiens permettait de diminuer significativement les besoins en médecins spécialistes.

Cette politique devrait cependant se mettre en place progressivement, pour deux raisons. En premier lieu, elle ne manquera pas de susciter une forte opposition des médecins spécialistes pour lesquels la réfraction représente une partie importante de leurs revenus. En deuxième lieu, il serait légitime de définir une politique d'agrément liée à la vérification de la compétence des opticiens en matière de mesure de l'acuité visuelle et de prescription des verres correcteurs. Cette politique d'agrément aurait en outre l'avantage de permettre une montée en charge progressive des opticiens sur cette activité, au fur et à mesure des départs à la retraite des médecins spécialistes.

Ceux-ci préféreront sans doute garder le contrôle de cette activité en la confiant aux orthoptistes, qui travaillent déjà sur délégation des médecins spécialistes. Certains volumes d'activité observables aujourd'hui en nombre de consultations ne sont pas possibles si le médecin spécialiste n'emploie pas d'auxiliaires.

4. Conclusion

De notre point de vue, cet exemple illustre bien le fait que la notion de pénurie médicale doit être interprétée avec précaution. Dans un contexte de médecine libérale, le niveau d'activité des médecins va certes dépendre de la concurrence qui s'exerce sur le marché des soins, mais aussi des arbitrages temps de travail/temps de loisir réalisés par les professionnels. L'ophtalmologie est une spécialité plutôt bien rémunérée, et il n'est pas surprenant d'observer que de nombreux spécialistes font le choix d'un niveau d'activité nettement inférieur à la moyenne. Si ceci était un effet de la concurrence, alors le fait que des médecins aient un niveau d'activité faible devrait nous rassurer sur une pénurie future, puisque ces médecins pourraient augmenter leur activité mécaniquement grâce à la baisse de la pression concurrentielle liée aux départs à la retraite. Mais le modèle de l'ophtalmologie met aussi en lumière un fait qui se retrouve pour d'autres segments d'activité de soins : le rôle modeste joué par des professions para-médicales, alors que les expériences étrangères montrent que l'intervention de celles-ci ne diminuent pas la qualité des soins. En l'occurrence, c'est sur la prescription des verres correcteurs qu'une substitution progressive pourrait s'effectuer, soit par les orthoptistes comme cela est prévu dans le Rapport Berland, soit par les opticiens-lunetiers.

Gérard de POUVOURVILLE
Directeur de recherche CNRS
CREGAS – INSERM U537

NB : Cette étude a été réalisée avec le concours du Pr. Gilles Chaîne, du Dr Sylvia Nghiem-Bufferet, du Dr Raphaël Schwob, et d'Eric Noël.

LA VIE DU COLLÈGE

Prochaine Assemblée Générale du Collège

Comme chaque année, conformément à nos statuts, le Collège des Économistes de la Santé tiendra son Assemblée Générale le vendredi 11 mars 2004 (date et lieu à confirmer).

Comme nous en avons pris l'habitude depuis plusieurs années, il a été décidé que l'Assemblée Générale se déroulerait à la suite d'une manifestation (séminaire, conférence...) en économie de la santé.

Nous sommes particulièrement ravis que pour cette année, en pleine actualité sur la réforme de notre système de santé, le thème retenu soit "**La politique de santé et les économistes de la santé**". Pour échanger sur cette question, ô combien importante pour notre communauté, plusieurs personnalités impliquées dans la prise de décision en santé seront invitées à participer à nos débats.

Vous recevrez dans les prochaines semaines le programme de cette conférence, ainsi qu'une convocation pour l'AG, mais nous vous informons dès à présent des principaux points de l'ordre du jour :

● Bilan de l'exercice 2004

Présentation des rapports moral et financier pour l'exercice 2004.

● Renouvellement du Conseil d'Administration

Conformément aux statuts de notre association, le Conseil d'Administration du Collège est désigné par vote des Membres tous les 3 ans. La mandature actuelle se terminant en février 2005, de nouvelles élections se dérouleront donc au cours de cette Assemblée Générale. Toutes les personnes qui souhaitent déposer leur candidature pour le Conseil d'Administration doivent le faire au plus tard le 17 janvier 2005 en envoyant au Secrétaire Général du CES, le formulaire joint à ce courrier, leur *curriculum vitae*, la liste de leurs titres et travaux et justifier de leur appartenance au Collège depuis au minimum 3 ans sans interruption.

Le vote s'effectuera en début d'après-midi, juste avant la conférence. Les personnes ne pouvant assister à celle-ci auront la possibilité soit de voter par

correspondance (bulletins et enveloppes seront envoyés avec la convocation) soit par procuration. Les votes par correspondance doivent impérativement être retournés au CES avant le 4 mars 2005.

● Débat sur les actions du Collège

Pour cette Assemblée Générale, qui marque le départ de Gérard de Pouvoirville de la Présidence du Collège et le renouvellement du Conseil d'Administration, les administrateurs sortant (dont certains ont annoncé leur départ) ont souhaité organiser une discussion ouverte à tous les membres sur l'avenir du Collège et les actions à mener par notre association dans les prochaines années. Toute personne souhaitant mettre à l'ordre du jour un point particulier ou faire des propositions doit impérativement le faire parvenir avant le 10 janvier 2005 au Collège, afin que ces éléments soient au préalable présentés et discutés en Conseil d'Administration.

Enfin, nous vous rappelons que seuls les membres à jour de leur cotisation peuvent voter.

Dates à retenir pour l'Assemblée Générale 2005 :

10 janvier 2005 : date limite pour faire parvenir au Collège une question ou une motion à débattre lors de l'Assemblée Générale ;

17 janvier 2005 : date limite pour faire parvenir au Collège les candidatures pour l'élection du nouveau Conseil d'Administration ;

Fin janvier 2005 : envoi du programme de la conférence, des convocations, de l'ordre du jour et des bulletins de vote par correspondance ;

4 mars 2005 : date limite de réception des votes par correspondance ;

11 mars 2005 : Conférence et Assemblée Générale (13h-19h).

LES ACTIVITÉS DU COLLÈGE

HESG – CES WORKSHOP 2006

2^{èmes} Rencontres Franco-Britanniques en Économie de la Santé

Après le succès de la 1^{ère} édition organisée à Paris en janvier 2004, nos collègues britanniques du *Health*

Economists' Study Group (HESG) ont souhaité organiser les 2^{èmes} rencontres à Londres en janvier 2006.

L'appel à communications sera disponible dès janvier prochain et nous espérons que vous serez aussi nombreux que l'an dernier à proposer des contributions de qualité et à participer à ce colloque.



COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

Les Coordonnées du Collège

Si vous souhaitez joindre le Collège des Économistes de la Santé,
adressez votre courrier au :

CES - 7, rue de Citeaux, 75012 Paris.

Tél: 01-43-45-75-65, Fax : 01-43-45-75-67,

E-mail : ces@ces-asso.org

Site internet : <http://www.ces-asso.org>

La Lettre du Collège :

Directeur de rédaction : Gérard de Pouvourville,
Secrétariat de rédaction : Julie Cardi, Philippe Ulmann.
Réalisation : Louyot.
Tirage : 500 exemplaires.