

Compte-rendu de l'Audition des neurologues du 20 avril 2011

Les chiffres sur les neurologues

Le répertoire ADELI au 1^{er} janvier 2011 recense 2 046 neurologues en France. En janvier 2010, il en comptait 1 980 contre 1 979 pour les fichiers de l'Ordre au 1^{er} janvier 2010 (hors territoires d'outremer et liste spéciale correspondant aux médecins français exerçant à l'étranger). Toutefois, si l'on utilise des champs comparables, c'est-à-dire si l'on retire du nombre des spécialistes enregistrés dans ADELI les neurologues ayant réussi le concours de praticien hospitalier sans être qualifiés dans la spécialité, on observe un écart de 41 médecins en moins dans ADELI (Tableau 1). En outre, le champ de l'Ordre est plus restreint puisqu'il exclut les médecins en cessation temporaire d'activité et les remplaçants.

Tableau 1 : Effectifs des neurologues au 1^{er} janvier 2010.

	Adeli au 01/01/2010			Ordre (activité régulière) au 01/01/2010	Ecart Adeli - Ordre (hors diplômés concours PH)
Spécialité	qualifiés spécialistes	reçus au concours national de praticien hospitalier	Total Spécialistes		
Neurologie	1938	42	1980	1979	-41

Sources : DREES. Répertoire ADELI et Conseil national de l'Ordre des médecins.

En premier lieu, l'évolution des effectifs des neurologues fait apparaître une augmentation sensible et régulière entre 1999 et 2009 (Tableau 2). Le taux de croissance, pour cette période, est de 29,5 % ce qui représente un rythme annuel de croissance de 2,6 %, alors que pour l'ensemble des spécialistes, ces taux sont respectivement de 10,4 %, et de 1 %. Une rupture de série générée par le changement de méthode d'estimation des effectifs ADELI explique la baisse des effectifs observée en 2010. En 2011, les effectifs des neurologues croissent de nouveau sensiblement avec un taux de croissance de plus de 3 %.

Les graphiques qui suivent illustrent également cette croissance à travers, à gauche les courbes d'évolution des effectifs et de la densité des neurologues, et à droite l'évolution des neurologues comparée à celle de l'ensemble des spécialités.

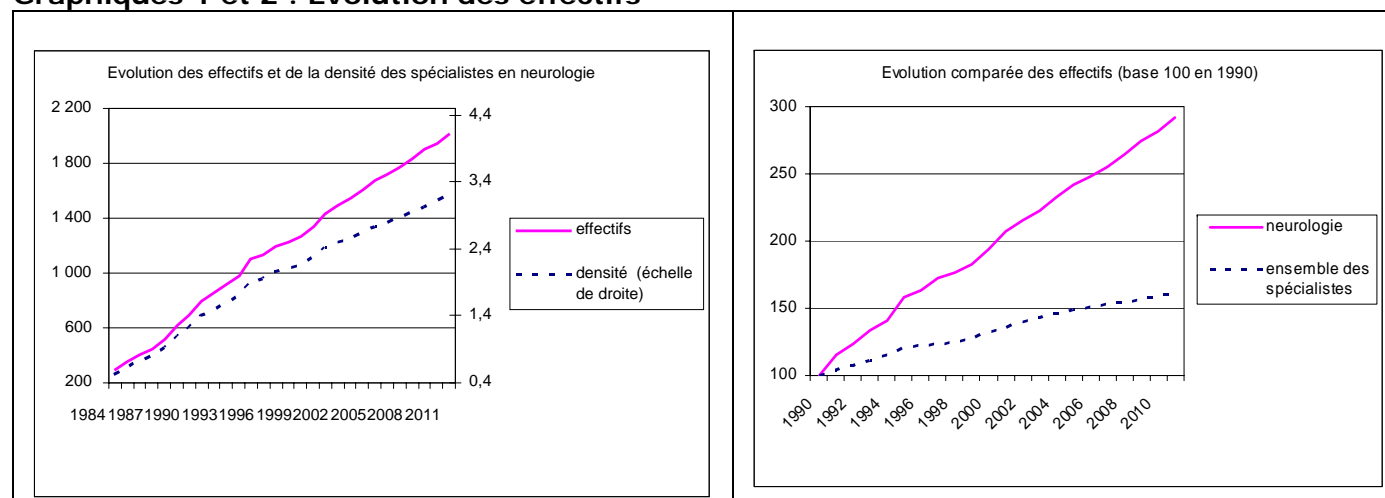
Tableau 2 : Évolution des effectifs de neurologues : 1999/2009 et 2010/2011

Neurologie	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009		2010	2011	Taux de croissance annuel moyen 1999-2009	Taux de croissance 1999/2009	Taux de croissance 2010/2011
Libéraux et mixtes	596	634	668	686	707	723	728	740	742	749	755	(b)*	758	760	2,4%	26,7%	0,3%
Salariés	941	951	977	1001	1022	1039	1087	1119	1156	1204	1236	(b)*	1222	1286	2,8%	31,3%	5,2%
Ensemble des neurologues	1537	1585	1645	1687	1729	1762	1815	1859	1898	1953	1991	(b)*	1980	2046	2,6%	29,5%	3,3%
Ensemble des spécialistes	99249	100632	101262	103157	104755	105783	107183	108044	108704	108960	109596	(b)*	109349	110180	1,0%	10,4%	0,8%

(b)* rupture de série. A compter de 2010, les écarts entre ADELI et les inscrits à l'Ordre s'étant beaucoup réduits (1,3 % sur l'effectif national), la DREES ne redresse plus les données du répertoire à partir des données de l'Ordre.

Sources : DREES. Répertoire ADELI.

Graphiques 1 et 2 : Évolution des effectifs



*spécialités autres que la médecine générale

Sources : DREES. Répertoire ADELI

La spécialité de neurologie compte actuellement 58 % d'hommes et 42 % de femmes. 63 % des neurologues déclarent exercer leur activité principale en établissement d'hospitalisation public ou privé et 36 % en cabinet libéral. En ce qui concerne le mode d'exercice, 17% sont des libéraux exclusifs, 20 % des mixtes et 63 % des salariés.

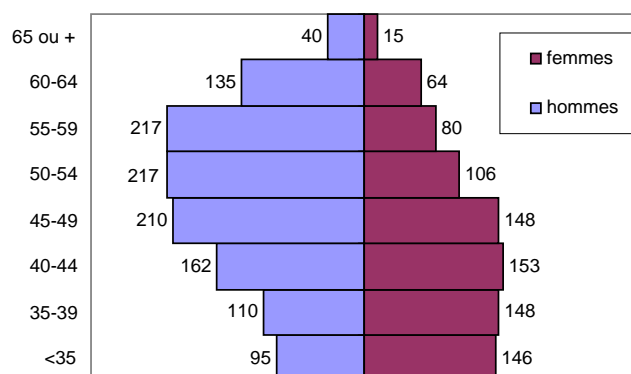
L'âge moyen (47,4 ans) est inférieur de 4 ans à celui de l'ensemble des spécialistes (51,4 ans). Chez les femmes, il est inférieur de 4 ans à celui des hommes, caractéristique commune à l'ensemble des spécialistes.

Les hommes sont en plus grand nombre dans l'ensemble des classes d'âge au-dessus de 40 ans. Au-dessous de cet âge en revanche, les femmes sont majoritaires avec un taux de féminisation de 59 %.

La part des praticiens âgés de 55 ans ou plus est de 27 %, soit une proportion faible au regard de l'ensemble des spécialistes (43 %) ce qui traduit la relative jeunesse de la discipline autonomisée en 1973, et des effectifs de cette spécialité.

Graphique 3 :

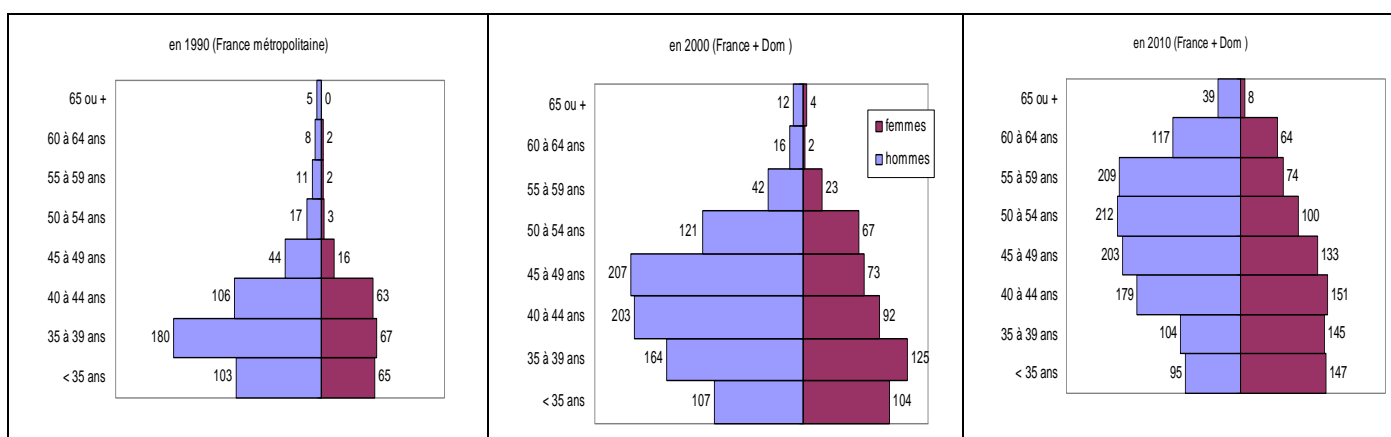
Pyramide des âges des neurologues au 01/01/2011



Sources : DREES. Répertoire ADELI.

Le double mouvement de vieillissement des neurologues et de féminisation qui affecte la spécialité comme l'ensemble de la profession médicale, se reflète au travers de la déformation de la pyramide des âges au cours du temps (ci-dessous celles des années 1990, 2000 et 2010).

Graphique 4, 5 et 6 :



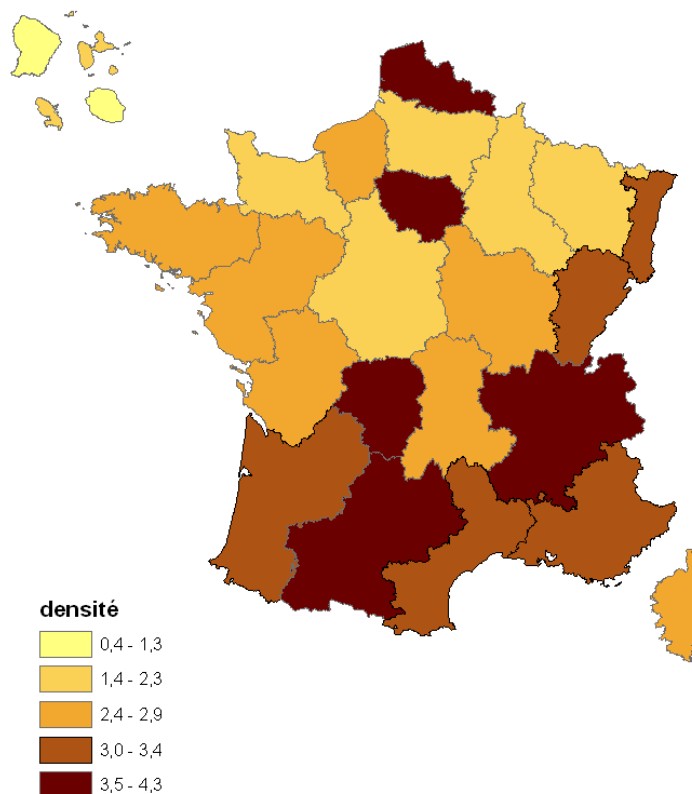
En France, la densité moyenne de neurologues est de 3,2 médecins pour 100 000 habitants.

La région Île-de-France est la mieux dotée avec une densité de 4,3 neurologues pour 100 000 habitants, avec également le Nord-Pas-de-Calais, le Limousin, Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes qui enregistrent toutes une densité de 3,6 neurologues pour 100 000 habitants.

Parmi les régions les moins bien dotées, on trouve dans les DOM, la Guyane (0,4) et la Réunion (1,3) et dans une moindre mesure la Guadeloupe (2,2) et la Martinique (2,3), et en France métropolitaine, Champagne-Ardenne (1,7), la région Centre (2,1), la Basse-Normandie (2,2) et la Picardie (2,3).

Carte 1 :

Densité de neurologues
par région au 01/01/2011

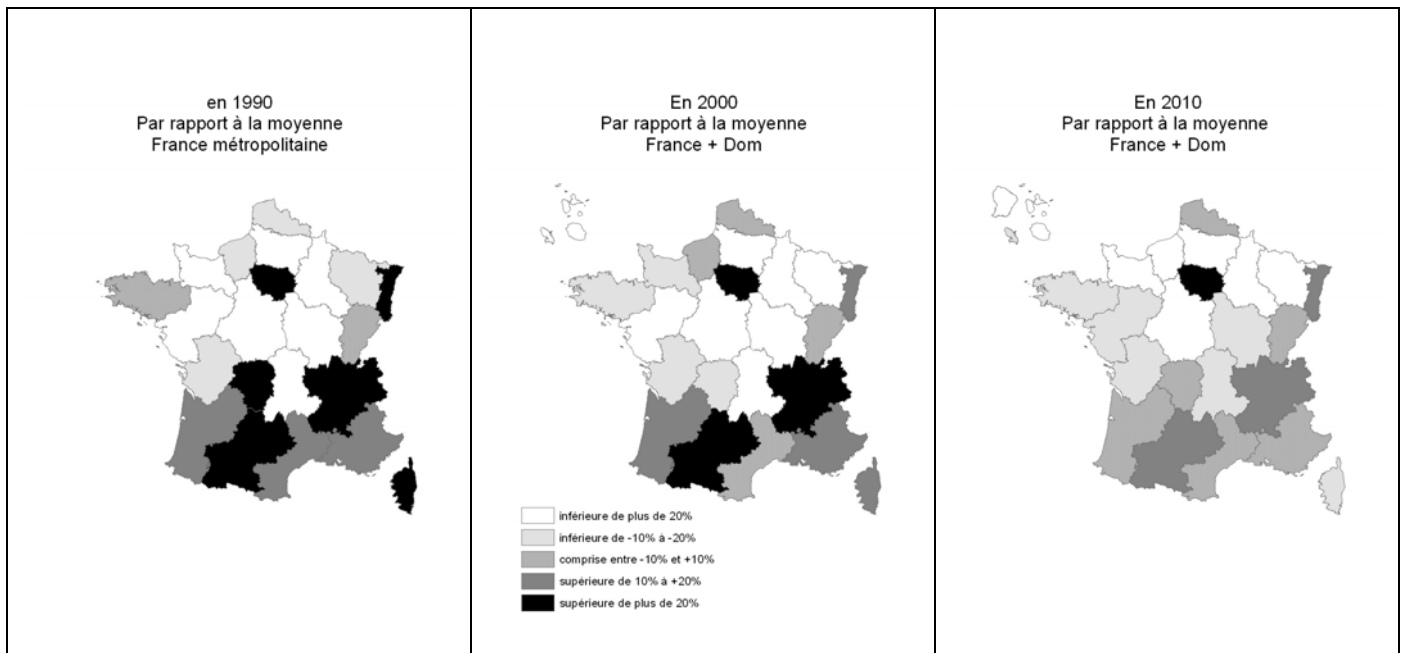


Sources : DREES

L'évolution des écarts de densité par rapport à la moyenne des régions entre 1990, 2000 et 2010 montre que, si les contrastes interrégionaux dans le sud se sont quelque peu estompés entre 1990 et 2010, ils sont, à présent, particulièrement accusés entre l'Île de France (densité supérieure de plus de 20 % à la moyenne) et les régions du pourtour parisien qui l'entourent (densités inférieures de plus de 20% par rapport à la moyenne).

Cartes 2, 3 et 4 :

Densité*



*Nombre de médecins pour 100 000 habitants

Les représentants professionnels soulignent l'intérêt de ces informations. La question leur est posée de l'origine du différentiel constaté entre 2001 et 2009 entre les nouveaux diplômés (438) et les nouveaux inscrits à l'Ordre (554). Ils signalent l'existence d'un flux de médecins étrangers, notamment en provenance de l'Europe de l'Est (roumains), dont l'ampleur est cohérente avec l'écart observé.

Ils soulignent ensuite les fortes évolutions intervenues ces dix dernières années sur le plan diagnostique (IRM) et thérapeutique avec une accélération toute récente, dans les prises en charge des patients, ce qui modifie en profondeur les conditions d'exercice et les besoins de formation en neurologues.

Les évolutions de l'exercice et de la prise en charge des patients

A. Un exercice de plus en plus « technicisé »

La spécialité fait maintenant appel de façon quasi systématique à des techniques complexes et diversifiées, tant pour le diagnostic que pour le traitement des affections neurologiques. Autrefois essentiellement clinique, parfois qualifiée de « contemplative », elle dispose à présent de nouvelles thérapeutiques actives, qui pour certaines doivent être appliquées en urgence. L'un des exemples en est la thrombolyse qui doit être effectuée dans les 3 heures après le début d'un AVC, ce qui implique une articulation étroite des unités d'hospitalisation (unités neuro-vasculaires) avec le dispositif des urgences et d'imagerie, notamment en termes de couverture du territoire et de continuité des soins 24h sur 24. Cette intégration aux urgences hospitalières se justifie également par le fait que, selon la profession, 20 à 30 % des urgences médicales sont d'ordre neurologique et les diagnostics erronés de maladies neurologiques fréquents et mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel du patient.

B. Un exercice qui se nourrit de coopérations avec de nombreux autres professionnels

Au sein des services hospitaliers de neurologie d'abord, la collaboration d'infirmières cliniciennes est nécessaire pour la réalisation des EEG et EMG mais aussi de plus en plus pour l'éducation thérapeutique des patients de façon à améliorer l'observance, prévenir et surveiller les effets secondaires (exemple du traitement des épilepsies).

Une première expérience d'un suivi téléphonique des patients ayant eu un accident vasculaire cérébral par des infirmières formées, réalisé dans le cadre d'un réseau ville hôpital vient d'être évaluée. Ce suivi s'est révélé efficace pour réduire la fréquence des complications.

Bien entendu, les relations sont également étroites avec les métiers de la réadaptation.

A ce sujet, les difficultés liées à la démographie très dégradée des médecins de médecine physique et de réadaptation apparaissent réelles (difficultés de prise en charge de certains patients au sein des unités neuro-vasculaires et délais d'admission en services de réadaptation après l'hospitalisation en UNV trop importants). Des réflexions communes aux deux disciplines pour rechercher des solutions à la fois à l'échelon local (en articulation avec les comités régionaux de l'ONDPS) et national, apparaissent souhaitables et possibles, la qualité des relations au plan universitaire devrait les favoriser. La médecine physique et réadaptation constitue d'ailleurs parfois une orientation en cours de carrière des neurologues.

Les coopérations sont également fréquentes avec les neuro-psychologues (en nombre insuffisant selon les membres présents) et les métiers de la rééducation (orthophonistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes).

Les relations avec les médecins généralistes sont fréquentes mais complexes, ces derniers apparaissant réticents à intervenir en première ligne ou même dans le suivi des affections neurologiques, car cela nécessite un temps de consultation plus long et la manipulation de traitements nouveaux nécessitant une maîtrise fine et difficile de la prescription et de la surveillance.

Un champ commun s'ouvre avec la psychiatrie avec, notamment, l'usage de stimulations magnétiques transcrâniennes pour le traitement de la maladie de Parkinson mais aussi de la dépression, ou des travaux communs sur les addictions et les toxicomanies. En témoignent, par exemple, le succès de séminaires annuels sur les « troubles comportementaux à déterminants neurologiques ou en relation avec des dysfonctionnements cérébraux », auxquels participent à la fois des neurologues, des neuropsychologues, des psychiatres et des orthophonistes.

Dans une dimension plus prospective, les représentants de la discipline évoquent enfin une évolution des frontières et des contenus avec l'ACP (neuropathologie) l'imagerie

(neuro-imagerie) et une partie de la prise en charge de rééducation et du handicap chronique. Ils soulignent l'impasse que peut constituer une approche segmentée des besoins de formation par spécialité. Une approche par fonction ou par organe leur paraît à terme plus pertinente que celle fondée sur une technique.

C. Un exercice qui va impliquer de plus en plus une insertion dans des réseaux de prise en charge orientés vers des pathologies spécifiques (Alzheimer, SEP, épilepsie, troubles du sommeil). En effet, si les nouvelles prises en charge influencent de façon significative le cours de maladies chroniques du type maladie de Parkinson, épilepsie ou SEP, elles réclament des compétences de plus en plus spécialisées. Il s'agit, tout d'abord, de faire le bon choix parmi les traitements possibles (multiples antiépileptiques, bénéfice/risque des antiparkinsoniens, choix de traitement de SEP, règles de prescription de la migraine, pathologies du sommeil), de décider du bon « timing » de prescription (pour retarder ou prévenir le handicap) et de surveiller les effets secondaires. Ces nouvelles exigences, dont les associations de patients sont parfaitement informées, conduisent les neurologues à s'orienter de plus en plus vers des « sur-spécialités ».

Toutes ces évolutions rendent l'exercice libéral isolé de plus en plus difficile à envisager, y compris pour le suivi de patients chroniques. En outre, les neurologues libéraux sont confrontés à la faiblesse des tarifs de consultations (pourtant particulièrement longues) qui ne peut plus être compensée par la possibilité de facturer des actes en diminution (électromyogrammes des nerfs périphériques essentiellement, les EEG n'étant quasiment plus pratiqués en cabinet libéral).

Ce contexte explique que selon les représentants de la discipline auditionnés, celle-ci devrait devenir de plus en plus hospitalière. Les nouveaux installés ont d'ailleurs tous une activité mixte, de manière à pratiquer dans le cadre hospitalier une sur-spécialité et les actes techniques « à risques » qu'elle implique. Les internes disent tous souhaiter une activité mixte ou salariée.

L'évolution des besoins en neurologie

Les accidents vasculaires cérébraux représentent la troisième cause de mortalité, les épilepsies touchent environ 500 000 personnes, la maladie de Parkinson 200 000, la sclérose en plaques 100 000. Il faut y ajouter l'accroissement de la maladie d'Alzheimer (800 000 personnes). Ces pathologies sont source d'incapacité et de handicap dont le retentissement social est majeur. Grâce à la juste utilisation des nouvelles thérapeutiques, les neurologues sont des acteurs susceptibles de modifier favorablement le pronostic fonctionnel et de prévenir ou réduire le poids social du handicap neurologique.

Parmi les maladies moins graves, la migraine affecte environ 1 femme sur 5, les neuropathies environ 10 % des personnes de plus de 65 ans.

Le déploiement des unités neuro-vasculaires, dans le cadre du plan AVC, pour améliorer la couverture du territoire et le développement des nouvelles thérapeutiques pour des pathologies fréquentes et invalidantes, la forte attente des associations de patients afin que tous accèdent à ces prises en charge efficaces expliquent que les besoins soient croissants.

Un des éléments qui l'attestent, est l'allongement des délais d'obtention de rendez vous : actuellement environ 2 mois pour un rendez vous en ville, et entre 3 et 6 mois à l'hôpital selon les représentants professionnels présents qui insistent sur la nécessité d'augmenter les flux de formation.

Les résultats de la démarche développée, dans le cadre de l'ONDPS, pour la prévision des effectifs d'internes à former de 2010 à 2014, sont alors présentés.

- Selon le scénario 1, basé sur le prolongement à l'identique de la situation observée en 2009 (part du DES observée parmi les inscrits, appliquée aux effectifs du numerus clausus 2004-2008), 357 internes auraient été formés sur la période 2010-2014. Ce flux est sensiblement supérieur à celui qui serait nécessaire pour assurer le remplacement de l'effectif susceptible de cesser son activité dans les cinq prochaines années (228 neurologues âgés de 60 ans et plus).

- Selon le scénario 2, basé sur les demandes formulées par les comités régionaux après examen des situations démographiques locales et des possibilités de formation et de stages (reprises en l'état dans l'arrêté), 432 internes devraient être formés sur la période 2010-2014.

Ce flux est encore supérieur à celui qui aurait été atteint en maintenant la part du DES au niveau observé en 2009 et correspond à 86 % des effectifs susceptibles de cesser leur activité d'ici 2019 (511), du fait de la faiblesse des départs en retraite (jeunesse de la discipline).

L'augmentation des postes souhaités ne concerne cependant pas toutes les régions de la même façon. En effet, trois cas de figure peuvent être distingués :

- A. les régions qui proposent un nombre d'internes inférieur à l'effectif qu'aurait permis d'atteindre le maintien de la part actuelle du DES observé en 2009 sont : Alsace, Ile de France (contexte particulier d'un nombre de postes aux ECN très inférieur au numerus clausus) et Midi Pyrénées ;
- B. les régions qui souhaitent former un nombre d'internes équivalent au flux tendanciel sont : l'Aquitaine, la Bourgogne, le Centre, le Limousin, Nord Pas de Calais PACA et Rhône-Alpes ;
- C. les régions qui proposent une augmentation (la majorité).

Cette augmentation du nombre d'internes proposée par les comités régionaux de l'ONDPS paraît nécessaire mais insuffisante aux yeux des représentants de la profession. Un accroissement de 10 à 15 % de ces chiffres par rapport au scénario 2 (soit au minimum 475 neurologues) serait, à leurs yeux, nécessaire pour répondre aux besoins détaillés plus haut, que la discipline a les capacités de former.

Attractivité de la discipline et éléments relatifs à la formation

La discipline est devenue attractive pour les jeunes générations, notamment du fait de son caractère plus technique et de l'efficacité des nouvelles prises en charge, ce qui constitue une rupture par rapport aux propos tenus lors de l'audition précédente.

Des critères d'agrément des services ont été édictés au niveau national. Les capacités d'accueil dans le secteur public apparaissent globalement supérieures au nombre d'internes, les CHG étant particulièrement impliqués. C'est pourquoi, a priori, il ne devrait pas y avoir besoin d'ouvrir des stages dans le secteur privé.

Les objectifs de la formation sont d'intégrer l'interne dans un projet pédagogique, tout au long de son cursus, la recherche faisant partie des exigences de celle-ci. 70 % des internes font d'ailleurs un master en sciences.

Deux DESC sont en projet (et ont été soumis à la CNIPI) :

- un DESC de neuro-vasculaire interventionnel (commun avec les radiologues et les neurochirurgiens et porté en commun avec la Société Française de neurovasculaire) ;
- Un DESC de neurophysiologie clinique. Actuellement, il existe un DIU national. Il correspond au bagage indispensable pour l'interprétation des tracés EEG et devrait déboucher sur une qualification donnant droit de pratiquer et d'interpréter.

Ces DESC correspondraient aux compétences exigées dans des unités de recours (CHG et CHU).

Annexe : Liste des professionnels participants à l'audition

Pr Marie VIDAILHET

Présidente de la Sous-Section (49.01) du Conseil national des Universités (CNU).

Pr Maurice GIROUD

Chef de service dans le Service de Neurologie et Laboratoire d'Explorations du Système Nerveux au CHU-DIJON - Coordonateur du Réseau « Bourgogne AVC » - Membre du Bureau du Collège des Enseignants de Neurologie.

Pr François MAUGUIERE

Professeur de Neurologie à l'Université Claude-Bernard Lyon 1 - Membre de la Sous-Section de Neurologie (49.01) du CNU - Chef du Service de Neurologie fonctionnelle et épileptologie CHU de Lyon