

TOME 2

ANALYSE DES PROFESSIONS

Insuffisance rénale chronique, masseur-kinésithérapeute

Le rapport 2008-2009



TOME 2

ANALYSE DES PROFESSIONS
INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE,
MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE

Le rapport 2008-2009



© ONDPS, 2009

Éditions DICOM : 09.104-2

Réalisation : www.lasouris.org

TABLE DES MATIÈRES

5 INTRODUCTION GÉNÉRALE

INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

9 INTRODUCTION

11 QUELQUES ÉLÉMENTS DE CADRAGE

11 De quoi s'agit-il ?

12 Quatre régions intéressantes par leur spécificité même

14 L'ÉTAT DES LIEUX DANS LES QUATRE RÉGIONS

14 Nombre de patients traités et organisation des structures de prise en charge

14 *Des patients plus nombreux à La Réunion et dans le Nord-Pas-de-Calais au regard des populations régionales*

14 *La place qu'occupent les modalités de traitement autres que le centre lourd diffère sensiblement d'une région à l'autre. Par ailleurs, les évolutions depuis 2003 ont été divergentes*

18 *Diversité également dans la structuration de l'offre de soins et sa répartition territoriale*

25 Les acteurs de la prise en charge : les professionnels non médicaux et les médecins

25 *Quelques éléments issus de l'enquête initiale sur les professionnels non médicaux*

27 *Les résultats des questionnaires individuels adressés aux médecins*

33 *Ce que l'on sait sur les «flux d'entrée» pour ces quatre régions*

36 *Des difficultés de recrutement des hôpitaux publics dans deux régions, en lien avec la taille des équipes et les caractéristiques des zones urbaines où se situent les établissements*

38 *Peu de coopérations avec d'autres spécialités pour le partage des gardes ou l'encadrement médical des centres lourds et UDM*

41 Les points marquants de l'étude de ces quatre régions

42 MISE EN PERSPECTIVE DE CES OBSERVATIONS AVEC LE CONTEXTE NATIONAL ET LES ÉVOLUTIONS PERCEPTIBLES

42 Le contexte démographique national de la discipline et ses évolutions prévisibles

42 *Les néphrologues en activité*

46 *Les internes en néphrologie*

50 *Les régions où s'installent les jeunes néphrologues : bilan diplômes délivrés/nouveaux inscrits à l'Ordre en néphrologie de 2001 à 2007*

51 *Les perspectives démographiques, région par région, compte tenu des flux d'entrées connus et des «sorties» prévisibles (départs à la retraite)*

52 Évolutions épidémiologiques

53 Évolutions liées aux changements de comportements dans le choix d'activité professionnelle et d'exercice : les villes d'installation des jeunes néphrologues interrogés

56 TROIS SCENARIIS POUR ÉCLAIRER LES CHOIX

60 CONCLUSION

61 ANNEXES

- 61 Principaux sigles et abréviations
- 63 Les professionnels associés, les collaborations et les contributeurs
- 65 Liste des tableaux et des graphiques
- 67 Bibliographie
- 69 Méthodes et sources
- 73 Questionnaire ONDPS (1)
- 75 Questionnaire ONDPS (1)
- 77 Monographie sur l'Alsace
- 80 Monographie sur l'Auvergne
- 83 Monographie sur le Nord-Pas-de-Calais
- 88 Monographie sur La Réunion

LE MÉTIER DE MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE

93 INTRODUCTION

94 LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

- 94 La définition du métier
- 94 La formation au métier
- 96 La représentation professionnelle

97 LES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

- 97 Un effectif en nette progression qui compte de plus en plus de femmes
- 98 Des densités très variables d'un territoire à l'autre
- 99 Un exercice majoritairement libéral qui s'organise en regroupement et un salariat plus attractif pour les femmes

101 LES DIFFÉRENTES FACETTES DE L'EXERCICE DU MÉTIER

- 101 Le parcours professionnel : un large éventail de possibles
- 102 L'exercice salarié
- 103 Une efficacité des soins qui s'analyse différemment selon les multiples champs disciplinaires qui font la diversité du métier
- 105 Le champ d'action et les marges de manœuvre et d'autonomie
- 106 Un secteur libéral fidèle à sa vocation de premier recours mais très hétérogène dans ses choix de pratiques
- 108 La libre interprétation de la convention tarifaire révèle aussi un problème de reconnaissance des soins
- 109 *Pousser les frontières de la kinésithérapie*

111 CONCLUSION

112 ANNEXES

- 112 Composition du comité de pilotage
- 114 Personnes rencontrées



Introduction générale

Les deux contributions présentées dans ce tome ont pour objectif d'approfondir la connaissance de professions particulières. À l'instar des démarches développées régulièrement dans les précédents travaux, les analyses conduites à propos des médecins impliqués dans la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique et des masseurs-kinésithérapeutes, croisent l'angle de la démographie avec celle de l'activité des professionnels, en interrogeant les évolutions qui pourraient en modifier les caractéristiques. L'approche choisie diffère dans les deux cas : pour les praticiens intervenant en dialyse, il s'est agi de réaliser un état des lieux dans quatre régions volontaires, puis de le mettre en perspective avec le contexte national et les tendances perceptibles. La contribution consacrée aux masseurs-kinésithérapeutes et présentée en seconde partie correspond à la synthèse d'une étude qualitative s'appuyant sur des entretiens effectués auprès de professionnels en exercice.

Le travail sur la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique s'inscrit dans une des priorités préconisées par l'ONDPS, relative à la nécessité de développer l'approche démographique par domaines de santé ou de prise en charge des patients. L'identification des conditions de l'accès à tels ou tels soins spécifiques, propres à une pathologie singulière, implique en effet de considérer les soignants, mais aussi les structures dans lesquelles ils exercent. La localisation des structures détermine en partie leur accessibilité pour les patients, au travers de leur proximité plus ou moins grande, mais également les conditions d'exercice qu'elles offrent aux soignants et, par conséquent, leur attractivité pour ces derniers. Cette étude dans quatre régions s'est appuyée sur une analyse comparative des populations prises en charge selon les différentes modalités de traitement, ainsi que sur une description de l'organisation territoriale des lieux de traitement pour lesquels la réglementation impose une présence médicale continue ou discontinue durant les séances. Elle a bénéficié de la collaboration de correspondants locaux ayant une connaissance approfondie des configurations locales. Des enquêtes individuelles complémentaires auprès des médecins impliqués dans les quatre régions ainsi qu'auprès de jeunes néphrologues formés depuis 1996 se sont intéressées à leurs lieux d'exercice, leur temps de travail et sa répartition entre les différentes activités de la discipline. Elles ont, notamment, permis de comparer les réponses selon les générations.

Ce diagnostic a ensuite été complété pour l'ensemble des régions, à partir des éléments issus des travaux menés avec les comités régionaux dans le cadre de la prévision pluriannuelle d'effectifs d'internes à former instaurée par la loi

HPST. Les données recueillies auprès de jeunes néphrologues ont permis de dessiner les tendances en matière de comportements d'installation et d'exercice, et de tracer trois scenarii destinés à identifier les questions à débattre et les choix à opérer.

L'étude qualitative sur le métier de masseur-kinésithérapeute, dont la synthèse est présentée en seconde partie, permet, grâce aux éléments recueillis dans les entretiens, l'identification des facettes multiples de l'exercice du métier et des repères qui constituent la profession. Cette étude réalisée par le cabinet Plein Sens, sous l'égide de l'ONDPS, a associé des représentants de la profession et des services administratifs.

La synthèse rappelle d'abord les données démographiques et institutionnelles qui caractérisent cette profession, puis présente les principaux résultats de l'enquête. Les éclairages apportés devraient constituer une base pour poursuivre les échanges sur les perspectives du métier, et la place des masseurs-kinésithérapeutes dans la prise en charge des patients.

En effet, les résultats de l'étude font apparaître, à l'instar des constats déjà formulés pour d'autres auxiliaires médicaux, les difficultés que ressentent ces professionnels pour faire identifier, notamment par les médecins, leur apport dans la chaîne de soins¹. Cette tension autour de la reconnaissance semble, en outre, accentuée par le niveau de prise en charge par l'assurance maladie qui permettrait, plus ou moins, la réalisation d'actes soignants efficaces. Enfin, cette étude illustre les enjeux liés à la redéfinition de la formation pour conforter le métier dans la sphère des soins de premier recours, tout en préservant des possibilités d'évolutions des pratiques et des parcours, qui sont souhaitées par les masseurs-kinésithérapeutes.

1. Cf. *Rapport ONDPS 2005*.

**INSUFFISANCE RÉNALE
CHRONIQUE**



Introduction

L'ONDPS a formulé dans ses rapports 2004 et 2005 un certain nombre de préconisations, notamment celle « d'engager l'examen des données démographiques par domaine de prise en charge et en référence aux priorités de santé publique ». Il s'agissait de « faire un état des lieux de la démographie à l'échelle nationale et régionale, en liaison avec les missions régionales de santé, en prenant en compte l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans ce domaine, afin de définir de façon urgente les solutions qui permettront de préserver une répartition des ressources médicales permettant la continuité des prises en charge des patients ».

En référence à cette orientation, les comités régionaux de l'ONDPS ont proposé d'inscrire la thématique de l'insuffisance rénale chronique dans le cadre du programme de travail de l'ONDPS. Cette proposition ayant été retenue par le conseil d'orientation, un groupe de travail a été constitué en associant quatre régions volontaires, l'Alsace, l'Auvergne, La Réunion, le Nord-Pas-de-Calais, et leurs chefs de projet, ainsi que des professionnels et des experts de ces régions¹.

Cette démarche s'est appuyée sur les principes méthodologiques retenus par l'ONDPS pour tous les domaines de santé étudiés :

- Régionaliser l'observation en harmonisant les critères et les méthodes des diagnostics démographiques ;
- Relier l'analyse des effectifs des professionnels avec celle de leur activité, afin d'orienter ces diagnostics vers une approche de l'offre de soins réellement disponible pour la prise en charge des patients ;
- Rendre compte de la situation démographique à partir des effectifs en activité et de ceux en formation, la question du renouvellement des ressources devenant aiguë ;
- Tenir compte de la dimension pluriprofessionnelle de la prise en charge des patients.

Par ailleurs, une mission conduite par le professeur Yvon Berland a élaboré un état des lieux de la démographie médicale des établissements de santé et de ses évolutions prévisibles². La néphrologie étant une spécialité exercée de façon quasi exclusive au sein d'établissements de santé, il est apparu intéressant d'ana-

1. Voir la liste des professionnels associés et des autres collaborations en annexe.

2. Rapport de la mission « Démographie médicale hospitalière », septembre 2006.

lyser les éléments rassemblés dans les quatre régions, au crible des constats et des préoccupations exprimées dans ce rapport.

Enfin, l'important travail mené début 2009 par l'ONDPS et ses comités régionaux dans le cadre de la prévision pluriannuelle des effectifs d'internes de médecine à former instaurée par la loi HPST a permis de mettre en perspective ces observations avec les données nationales et régionales recueillies pour l'exercice et d'esquisser trois scénarii destinés à identifier les questions à débattre et les choix à opérer.

L'objet de cette étude autour de l'insuffisance rénale chronique est donc :

- de faire un état des lieux dans les quatre régions susmentionnées des structures de dialyse prenant en charge des patients adultes³ et des médecins qui y interviennent,
- d'examiner leur activité et leurs collaborations éventuelles avec d'autres médecins,
- mais aussi d'anticiper les possibles ruptures de l'offre de soins, en confrontant les contraintes réglementaires et les ambitions des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) avec les perspectives démographiques (nombre de nouveaux diplômés, enquête sur leurs choix d'exercice et d'installation).

Par rapport à l'ambition initiale d'étudier l'ensemble des « professionnels de santé impliqués dans ces prises en charge », le champ a dû être limité aux seuls médecins. La pauvreté des données sur le temps de travail et l'activité des professionnels que l'on peut obtenir auprès de leurs employeurs⁴ et la nécessité de recourir à des enquêtes auprès des individus ont imposé cette réorientation.

3. Il est apparu en effet que la prise en charge des enfants nécessitant un traitement par épuration extrarénale relevait de professionnels spécifiques, ce qui justifiait de ne pas les inclure.

4. Toutes les enquêtes de même nature adressées aux structures et portant sur le personnel ont abouti au même constat, cf. l'annexe « Méthodes et sources ».

Q

quelques éléments de cadrage

De quoi s'agit-il ?

La maladie rénale chronique stade V (souvent appelée insuffisance rénale chronique terminale) est le résultat d'une réduction permanente et définitive du nombre de néphrons⁵ fonctionnels. Les deux traitements possibles sont l'épuration extrarénale par dialyse et la transplantation rénale. Deux techniques sont utilisées pour l'épuration extrarénale : l'hémodialyse, qui consiste à épurer le sang à travers un appareil extérieur au patient ; la dialyse péritonéale, où c'est le péritoine qui sert de membrane filtrante entre le sang du patient et une solution physiologique injectée dans son abdomen.

La nécessité d'assurer une épuration du sang régulière impose de répéter les dialyses plusieurs fois par semaine, ce qui oblige le patient à des déplacements répétés et constitue une contrainte lourde lorsque le lieu de traitement est éloigné de son domicile. De ce fait, toute une gamme d'alternatives à la dialyse en centre s'est développée pour les patients autonomes ou partiellement autonomes : hémodialyse à domicile, unité d'autodialyse (le patient est assisté par un tiers, généralement une infirmière), dialyse péritonéale continue ambulatoire, dialyse péritonéale automatisée à domicile.

La tendance au vieillissement de la population dialysée et l'accroissement de la part des patients présentant des « co-morbidités » renforcent le besoin de prises en charge médicalisées et d'assistance durant les séances, ce qui a des conséquences évidentes sur les ressources humaines à mobiliser. Les besoins de soins peuvent être liés à des problèmes médicaux et imposer, par conséquent, qu'un médecin soit présent durant les séances (ce qui est le cas des centres lourds d'hémodialyse) ou puisse intervenir rapidement en cours de séance (unités de dialyse médicalisée). Mais les besoins peuvent aussi être liés à l'incapacité des patients à gérer seuls le traitement, ce qui nécessite une assistance paramédicale (unité d'autodialyse), ou à un éventuel handicap moteur ou sensoriel.

La réglementation distingue donc quatre modalités de dialyse : hémodialyse en centre, en unité de dialyse médicalisée, en unité d'autodialyse (AD) simple ou assistée, et dialyse à domicile (que ce soit par hémodialyse ou par dialyse péritonéale – DP).

5. Les néphrons sont les unités anatomiques et fonctionnelles du rein qui participent activement au processus de fabrication de l'urine.

Les décrets du 23 septembre 2002⁶ ont précisé les conditions techniques d'exercice et ont défini trois types de structures, selon leur niveau d'encadrement médical et paramédical (tableau récapitulatif dans l'encadré 1).

Ainsi, ce qui caractérise l'hémodialyse en centre lourd (CL) ou en unité de dialyse médicalisée (UDM), c'est notamment l'obligation d'une présence médicale pendant la séance en centre lourd et d'une disponibilité permanente en unité de dialyse médicalisée. L'article D. 712-32 précise qu'un centre lourd dispose d'un effectif médical d'au moins deux néphrologues, d'au moins trois s'il a entre 24 à 31 postes. Ce contexte réglementaire spécifique explique que, pour l'analyse qui va suivre, on se soit attaché essentiellement à l'état des lieux des centres lourds et unités de dialyse médicalisée (nombre, répartition territoriale et organisation fonctionnelle) puisqu'il conditionne pour partie le « besoin » de néphrologues.

■ Quatre régions intéressantes par leur spécificité même

Le panel constitué par l'Alsace, l'Auvergne, le Nord-Pas-de-Calais et La Réunion, sans prétendre être représentatif, présente un certain nombre d'avantages :

- il associe métropole et département d'outre-mer ;
- il inclut des territoires de taille diverse (avec un écart de 1 à 10) : La Réunion couvre 2 513 km², l'Alsace 8 250 km², le Nord-Pas-de-Calais 12 414 km², l'Auvergne étant la plus étendue des quatre avec 26 000 km² ;
- il rassemble des régions, les unes plutôt rurales, les autres plus urbanisées, dont les contraintes de relief sont variables, et les conditions de circulation routière plus ou moins aisées. Les cartes et une description plus précise de chacune d'entre elles sont jointes en annexe (une monographie par région).

Par ailleurs, les flux interrégionaux de patients pour accéder à la dialyse y sont marginaux, si on excepte le fait qu'en l'absence d'offre de dialyse à Mayotte les patients sont pris en charge à La Réunion (une dizaine par an). Les flux sont beaucoup plus significatifs en matière de transplantation.

Enfin, d'un point de vue épidémiologique, La Réunion et le Nord-Pas-de-Calais sont caractérisés par une prévalence de la maladie rénale au stade V élevée, l'Auvergne par l'âge moyen élevé de sa population régionale.

6. Décrets n° 2002-1197 et n° 2002-1198 du 23 septembre 2002.

ENCADRÉ 1

TABLEAU SYNTHÉTISANT LES OBLIGATIONS RELATIVES À L'ENCADREMENT MÉDICAL ET PARAMÉDICAL DES STRUCTURES ET MODALITÉS DE DIALYSE

	CENTRE	UNITÉ MÉDICALISÉE (UDM)	AUTODIALYSE		DOMICILE	
			ASSISTÉE	SIMPLE	HÉMODIALYSE	PÉRITONÉALE (DP)
TYPOLOGIE DE PATIENTS	Patient requérant la présence permanente d'un médecin	Patient requérant une présence médicale non continue	Présence d'un(e) infirmier(e)	Patient formé et autonome avec aide ou non d'une tierce personne		
	Possibilité d'hospitalisation dans des lits (1 lit pour 40 patients dialysés/an)				Circulaire DHOS du 15 mai 2003	
ÉQUIPEMENT	Au moins 8 postes 1 générateur de secours/8 postes 2 postes d'entraînement 1 poste de repli/30-45 patients traités hors centre 2 box d'isolement	Au moins 6 postes Un même poste ne peut pas servir à plus de 3 patients/24 heures 1 générateur de secours/6 postes 1 poste réservé à l'entraînement et à la formation autodialyse ou dialyse à domicile 1 box d'isolement/6 postes	1 générateur/2 patients au maximum	1 générateur/patient sans partage		
ÉQUIPE MÉDICALE	Au moins 2 néphrologues Au-delà de 15 postes, 1 néphrologue supplémentaire par tranche de 8 postes Collaboration d'un cardiologue, anesthésiste-réanimateur, chirurgien, radiologue	Intervention possible d'un néphrologue à tout moment	Possible : équipe commune avec centre ou UDM			
ÉQUIPE SOIGNANTE	Présence permanente d'un(e) infirmier(e)/4 patients + 1 aide-soignant(e) ou 1 autre infirmier(e)/8 patients Si séance ≥ 6 heures, présence permanente d'un(e) infirmier(e)/5 patients 1 aide-soignant(e)/10 patients	Présence permanente d'un(e) infirmier(e)/4 patients Si séance ≥ 6 heures : 1 infirmier(e)/5 patients	1 infirmier(e)/6 patients	1 infirmier(e)/8 patients		1 poste temps plein d'infirmier(e)/10 patients si DP en hospitalisation ou 1 poste temps plein d'infirmier(e)/20 patients



état des lieux dans les quatre régions

■ Nombre de patients traités et organisation des structures de prise en charge

■ ■ Des patients plus nombreux à La Réunion et dans le Nord-Pas-de-Calais au regard des populations régionales

Le nombre de patients « prévalents » en dialyse au 31 décembre 2008 rapporté au nombre d'habitants⁷ (tableau 1) est deux fois et demie plus important à La Réunion qu'en Auvergne. Cette très forte prévalence réunionnaise de l'insuffisance rénale chronique est bien documentée et liée en partie à la fréquence du diabète et de l'hypertension. Parmi les trois régions métropolitaines, c'est la région Nord-Pas-de-Calais qui connaît la plus forte prévalence. Par ailleurs, sur le total des quatre régions, l'augmentation observée entre 2007⁸ et 2008 est de 4 %.

TABLEAU 1

PATIENTS ADULTES « PRÉVALENTS » AU 31 DÉCEMBRE 2008 DANS LES QUATRE RÉGIONS

	Nombre de patients traités par épuration extrarénale au 31/12/2008	Population (estimation 1 ^{er} janvier 2008)	Prévalence estimée (pour 100 000 habitants)
Alsace	1 126	1 817 000	61,9
Auvergne	708	1 334 000	53,0
Nord-Pas-de-Calais	2 750	4 043 000	67,8
La Réunion	1 101	784 000	140,4

Source : Données des registres REIN, et enquête de prévalence ARH pour La Réunion. INSEE 2008.

■ ■ La place qu'occupent les modalités de traitement autres que le centre lourd diffère sensiblement d'une région à l'autre. Par ailleurs, les évolutions depuis 2003 ont été divergentes

Comme l'illustre le tableau 2, ainsi que les graphiques ci-contre correspondant à chaque région, la part des patients traités en centre ne diffère pas sensiblement d'une région à l'autre.

7. Populations régionales estimées au 1^{er} janvier 2008 - Source INSEE.

8. La première enquête ONDPS a eu lieu en 2007, se reporter à l'annexe « Méthodes et sources ».

TABLEAU 2

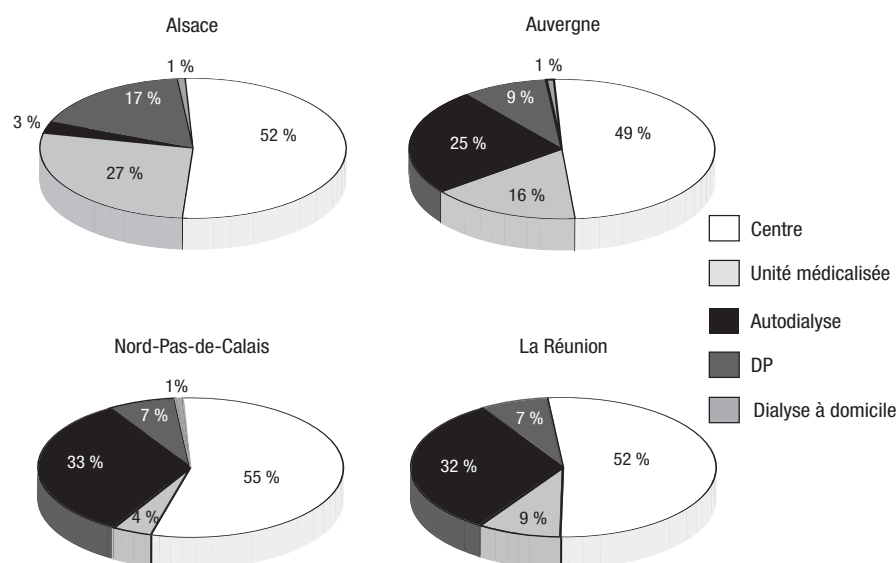
RÉPARTITION DES PATIENTS « PRÉVALENTS » AU 31 DÉCEMBRE 2008

SELON LE TYPE DE PRISE EN CHARGE

	Centre	Unité médicalisée	Autodialyse	DP	Dialyse à domicile	Total
Alsace	586 (52%)	306 (27%)	37 (3%)	191 (17%)	6 (1%)	1 126
Auvergne	355 (50%)	112 (16%)	174 (24,5%)	63 (9%)	4 (0,5%)	708
Nord-Pas-de-Calais	1 516 (55%)	101 (4%)	898 (33%)	205 (7%)	30 (1%)	2 750
La Réunion	573 (52%)	101 (9%)	347 (32%)	80 (7%)	0	1 101

Source : Données REIN et enquête prévalence ARH pour La Réunion. Les patients en entraînement ont été répartis selon le type de structure lourde qui les prenait en charge.

RÉPARTITION DES MODALITÉS DE TRAITEMENT SELON LES RÉGIONS



En revanche, pour les autres modalités dites « alternatives à la dialyse en centre », l'Alsace a, de longue date, développé la dialyse péritonéale et, surtout, les unités de dialyse médicalisée. Leur mise en œuvre en Alsace a débuté dès 1996. Elle répondait alors à un besoin régional de prise en charge plus médicalisée que l'autodialyse, dans un contexte réglementaire d'indice pour les générateurs en centre inadapté. L'expérimentation a été initiée par les professionnels du secteur public, en collaboration avec la CRAM et l'association régionale organisant les alternatives. En 1999, 11 % des patients étaient déjà traités par cette modalité et, depuis, ce pourcentage est allé croissant. En parallèle, la part de l'autodialyse a baissé jusqu'à devenir marginale, alors qu'elle concerne encore le tiers des patients dans le Nord et à La Réunion, le quart en Auvergne.

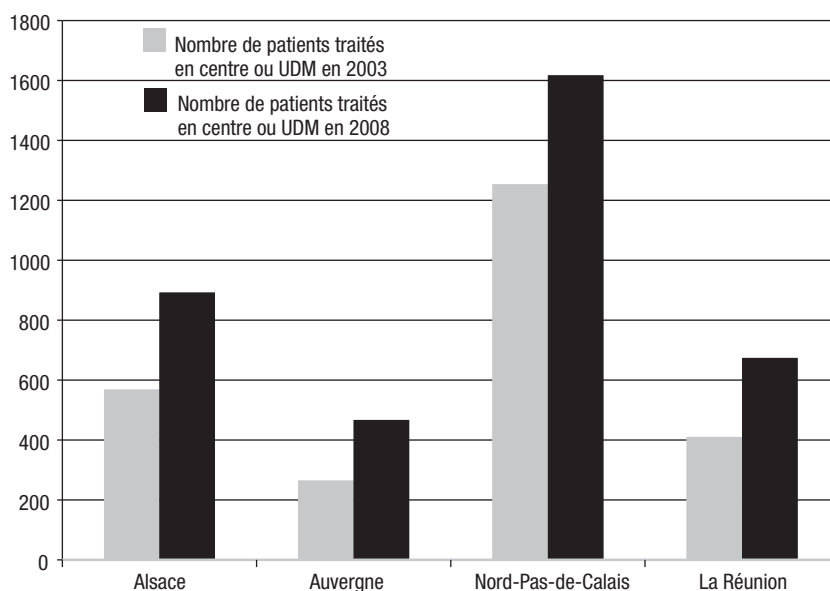
Les décrets de 2002 ayant reconnu le besoin de telles unités de dialyse médicalisée pour des patients nécessitant une présence médicale non continue durant

la séance⁹, on constate leur développement progressif dans les autres régions. La plus faible part des patients en unités médicalisées à La Réunion et dans le Nord-Pas-de-Calais est liée au délai de mise en œuvre des autorisations. Elle a déjà augmenté entre 2007 et 2008 (respectivement de 5 % à 9 % à La Réunion en 2007 et de 2 % à 4 % dans le Nord) et le mouvement devrait se poursuivre, en particulier dans le Nord, plusieurs ouvertures étant prévues en 2009 (au total, 18 autorisations ont été délivrées).

Le rapprochement de ces données avec celles de l'enquête « SROS- Insuffisance rénale chronique » réalisée par la CNAMTS en 2003¹⁰ objective d'abord l'accroissement du nombre de patients traités en centre lourd ou UDM¹¹.

GRAPHIQUE 1

ÉVOLUTION OBSERVÉE ENTRE 2003 ET 2008 DU NOMBRE DE PATIENTS TRAITÉS UNE SEMAINE DONNÉE EN CENTRE LOURD OU UDM



Source : REIN 2008 - Enquête CNAMTS-DHOS 2003.

On observe simultanément une hausse de l'effectif des patients traités en autodialyse dans le Nord, ce qui n'est pas le cas des autres régions.

9. Patients de type B « intermédiaires », selon la grille d'évaluation des besoins de soins proposée dans l'étude : « Un outil de prédiction des moyens requis pour l'hémodialyse à l'échelle d'une population », M. Labeeuw, E. Villar, M. Bérnard, M. Foret, J.-M. Marc, S. Marvalin et F. Randon, *Néphrologie*, vol. 24, n° 1, 2003, pp.19-24.

10. Enquête SROS « Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) », CNAMTS-DHOS, 2003. Son champ diffère légèrement de celui de l'ONDPS dans la mesure où elle incluait les enfants mais leur nombre France entière était inférieur à 150.

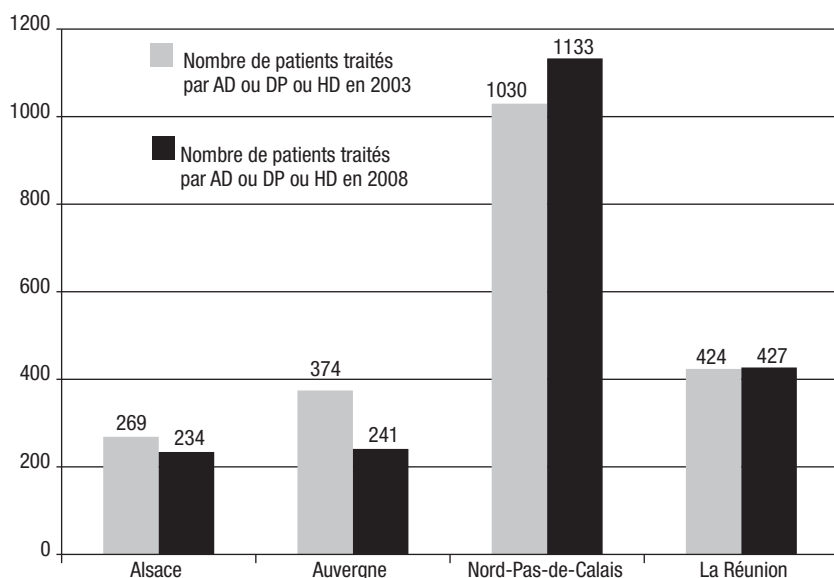
11. On ne dispose pas dans l'enquête ONDPS de l'âge des patients, ce qui ne permet pas de comparer l'âge moyen des patients traités dans les différentes modalités entre 2003 et 2008.

En revanche, le nombre de patients traités en dialyse péritonéale a diminué dans le Nord-Pas-de-Calais, alors qu'il s'est accru en Alsace et à La Réunion. La part relative de la dialyse péritonéale dans le total des patients traités par des « techniques autonomes » (autodialyse, dialyse péritonéale ou dialyse à domicile) varie de 18 % dans le Nord-Pas-de-Calais à près de 82 % en Alsace et a partout augmenté sauf dans le Nord-Pas-de-Calais.

Au total, si l'on considère l'ensemble des patients traités par les techniques alternatives ne requérant pas de présence médicale (permanente ou discontinue) pendant les séances¹², on voit qu'ils ont augmenté dans le Nord, qu'ils sont restés stables à La Réunion, mais qu'ils ont diminué en Alsace et surtout en Auvergne. En l'absence de données sur les caractéristiques des patients, on ne peut analyser ces différences¹³.

GRAPHIQUE 2

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS TRAITÉS PAR ALTERNATIVES HORS UDM EN 2003 ET 2008



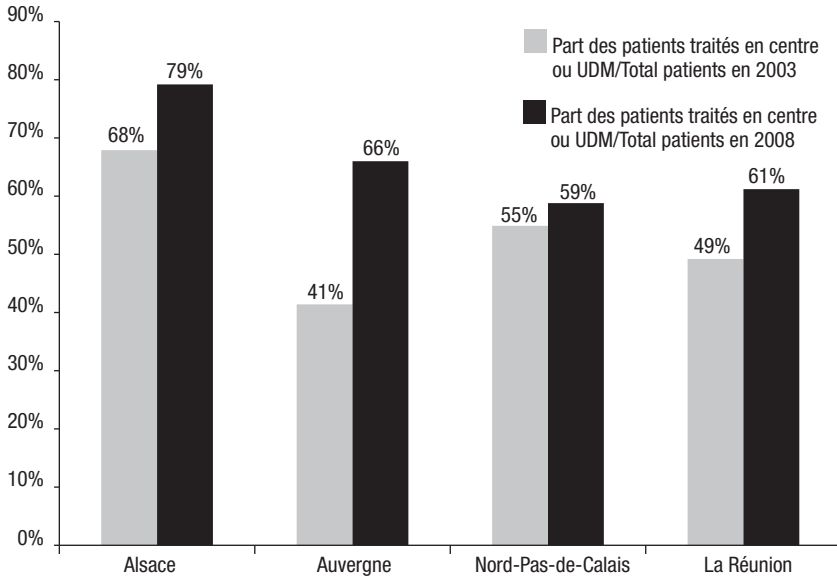
Source : REIN 2008 - Enquête CNAMTS-DHOS 2003.

Ces évolutions contrastées du développement de chacune des modalités de traitement selon les régions expliquent, *in fine*, que la part des patients traités en centre lourd ou UDM augmente de façon moindre dans le Nord que dans les trois autres régions. En 2008, l'écart est sensible entre le niveau atteint en Alsace par rapport à celui du Nord-Pas-de-Calais.

12. Il s'agit de l'autodialyse, de la dialyse péritonéale et de l'hémodialyse à domicile.

13. Selon le rapport REIN 2007, l'âge médian des cas au moment de l'initiation du traitement est de 70,3 dans le Nord-Pas-de-Calais, 70,4 pour l'ensemble des 18 régions incluses, et de 71,8 en Auvergne. On ne dispose pas de données pour l'Alsace et La Réunion.

ÉVOLUTION DE LA PART DES PATIENTS TRAITÉS EN CENTRE LOURD OU UDM ENTRE 2003 ET 2008



Source : Source : REIN 2008 - Enquête CNAMTS-DHOS 2003.

■ ■ Diversité également dans la structuration de l'offre de soins et sa répartition territoriale

La place du secteur associatif est partout prédominante dans les prises en charge alternatives (notamment la dialyse péritonéale). Pour ce qui concerne l'hémodialyse en centre, la part respective des secteurs publics et privés à but lucratif varie suivant les régions.

Du fait des règles de financement qui empêchent les établissements publics de santé de gérer des structures extra-hospitalières, la majorité des modalités « alternatives à l'hémodialyse en centre¹⁴ » sont gérées par des associations dédiées dans les quatre régions. Le secteur associatif (de statut privé à but non lucratif) occupe donc une place prépondérante pour ces « alternatives ». En Alsace, une seule association, l'AURAL, est présente, ailleurs elles sont deux.

Quelques structures « d'alternatives » sont cependant gérées par les établissements privés à but lucratif.

14. L'unité de dialyse médicalisée est généralement considérée comme une alternative à la dialyse en centre. Cependant, dans le cadre de cette étude s'intéressant aux « besoins » en néphrologues, elle a été rapprochée de l'hémodialyse en centre dans la mesure où elle nécessite une médicalisation pendant les séances. Ces unités sont d'ailleurs, pour cette même raison, souvent implantées près des centres lourds.

Il faut noter cependant que, d'après les patients pris en charge, la dialyse péritonéale est quasiment l'exclusivité du secteur public ou associatif¹⁵.

Cette diversification (encore partielle) de l'offre proposée par chaque entité gestionnaire s'explique par les exigences des décrets : sauf dérogation, les établissements doivent pratiquer en propre au moins trois modalités.

La place respective du secteur public et du secteur privé à but lucratif pour l'hémodialyse en centre varie selon les régions (cf. le tableau ci-dessous). La Réunion se distingue des autres par le fait que ce dernier y est prépondérant en nombre de centres. À l'inverse, le secteur public est majoritaire dans les 3 autres régions.

TABLEAU 3

STATUT JURIDIQUE DES ENTITÉS GESTIONNAIRES DE CENTRES SELON LES RÉGIONS

	Établissements publics	Établissements privés à but lucratif	Établissements privés à but non lucratif	Total
Alsace	4	1	2*	7
Auvergne	6	1	1	8
Nord-Pas-de-Calais	12	6	2	20
La Réunion	2	3	3	8

* Il s'agit de l'AURAL et d'une clinique privée à but non lucratif. Pour cette dernière, il faut préciser que les médecins qui y interviennent ont un statut libéral (payés à l'acte).

Source : Enquête Structures ONDPS 2007.

UNE RÉPARTITION TERRITORIALE DES STRUCTURES COMPLEXE À CARACTÉRISER...

Les centres et les UDM autorisés ont partout augmenté entre 2003 et 2008, mais il n'existe pas de parallélisme entre l'augmentation des patients et celle des structures

Pour décrire l'offre de soins et sa répartition territoriale, outre la cartographie, on utilise le plus souvent le décompte du nombre d'établissements autorisés pour chacune des modalités de prise en charge (tableau 4). Cette comparaison des autorisations administratives suppose, bien entendu, d'utiliser partout les mêmes définitions et le même champ d'étude.

C'est la définition réglementaire commune du centre lourd qui a été utilisée, ici. Elle diffère de celle en usage dans le Nord-Pas-de-Calais où une hiérarchisation a été créée entre des « centres de référence », qui disposent d'une équipe médicale, et des centres « délocalisés » pris en charge par cette même équipe mais situés dans d'autres établissements hospitaliers à une trentaine de kilomètres. Ces centres « délocalisés » ne sont pas comptés comme des centres lourds dans le registre Néphronor, alors que leurs patients sont comptés dans la file active des

15. Il n'existe pas à l'heure actuelle de tarif rémunérant cette activité médicale de suivi de patients traités en DP, ce qui explique sans doute cette situation.

patients traités par cette modalité. Ils ne sont pas non plus identifiés comme des sites géographiques différents de production de soins dans SAE¹⁶. Toutefois, dans la cartographie des autorisations fournie par l'ARH Nord-Pas-de-Calais, ils figurent bien comme des centres lourds.

Les chiffres ONDPS diffèrent de ceux du registre Néphronor sur un dernier point : ce dernier inclut un centre belge (Mouscron) qui accueille des patients dialysés domiciliés dans le Nord, ce qui n'est pas le cas ici, étant donné le thème de l'étude.

TABEAU 4

NOMBRE DE STRUCTURES AUTORISÉES SELON LES DIFFÉRENTES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

	Centre lourd	Unité médicalisée	Autodialyse	Dialyse péritonéale**	Hémodialyse à domicile
Alsace	7	7*	7	5	3
Auvergne	8	5*	15	4	1
Nord-Pas-de-Calais	20	6	35	14	9
La Réunion	8	6	11	2	1

* Sur un des sites, les postes fonctionnent alternativement comme centre et UDM, selon le moment de la journée.

** Pour les structures qui réalisent de la dialyse péritonéale ou l'entraînement à l'hémodialyse à domicile, ont été comptées les structures ayant déclaré en faire effectivement.

Source : Enquête Structures ONDPS 2007, REIN 2008.

On retrouve les écarts entre régions, décrits à propos des patients, en matière d'autodialyse en particulier. Les unités d'autodialyse sont nombreuses en Auvergne (en lien avec l'étendue du territoire), dans le Nord-Pas-de-Calais et à La Réunion, au contraire de l'Alsace.

L'accès géographique à l'entraînement à la dialyse péritonéale semble peu aisé à La Réunion.

Si l'on compare cet état des lieux avec la situation de 2003, l'évolution est très notable pour les modalités nécessitant une présence ou une disponibilité permanente des médecins durant les séances (tableau 5) : développement des unités de dialyse médicalisée qui n'existaient qu'en Alsace (+ 19 sur l'ensemble des quatre régions), mais aussi augmentation du nombre de centres (+ 7), ce qui, compte tenu des normes d'encadrement, a entraîné un besoin accru de néphrologues.

Ces chiffres sont, bien sûr, à rapprocher de l'augmentation des patients pris en charge. Toutefois, il n'y a pas de parallélisme entre les deux : les politiques d'autorisations ont été différentes selon les régions et semblent n'avoir pas toujours tenu compte de la démographie médicale.

16. Contrairement aux consignes de remplissage de cette enquête qui s'attache précisément à identifier les établissements géographiques où sont « produits » les soins.

TABLEAU 5

COMPARAISON 2003 ET 2008 : ÉVOLUTION DU NOMBRE DES CL ET UDM AUTORISÉES ET MISES EN ŒUVRE AINSI QUE DES EFFECTIFS DE PATIENTS TRAITÉS SELON CES MODALITÉS

	Nouvelles autorisations mises en œuvre entre 2003 et 2008		Nombre de patients supplémentaires traités en centres ou UDM en 2008, par rapport 2003
	Centres lourds	Unités de dialyse médicalisées	
Alsace	1	2	+ 324
Auvergne	1	5	+ 202
Nord-Pas-de-Calais	2	6	+ 364
La Réunion	3	6	+ 264

Source : Enquête Structures ONDPS 2007, REIN 2008. Enquête CNAMTS-DHOS 2003.

Ces centres et UDM sont implantés en majorité au sein de villes appartenant à des unités urbaines de moins de 150 000 habitants

La localisation des communes qui disposent d'une structure de dialyse permet d'abord d'estimer les distances que les patients ont à parcourir et de comparer les situations selon les régions. Ainsi, l'étude DREES¹⁷ sur la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique avait calculé, à partir des données SAE 2002, un temps moyen d'accès à un site de traitement. En Auvergne, il était en moyenne de 17 minutes, en Alsace de 13 et en Nord-Pas-de-Calais de 11 (les calculs n'avaient pas été faits pour La Réunion).

De plus, compte tenu des changements de comportements d'installation des jeunes générations de plus en plus documentés¹⁸ et, en particulier, de leur appétence pour les zones urbaines¹⁹, il est apparu intéressant d'étudier les caractéristiques géo-démographiques de ces communes à partir des catégories de zonages de l'INSEE.

Le codage des communes selon leur appartenance aux aires urbaines et rurales a été réalisé par l'IRDES. Il montre que les centres et UDM sont presque tous situés dans des pôles urbains, sauf dans le Nord.

Ce zonage n'étant pas disponible pour La Réunion, on a utilisé également la classification en tranches détaillées d'unités urbaines (TDUU²⁰). D'une façon générale, la majorité des 53 sites nécessitant une médicalisation identifiée dans les quatre régions, se situent dans des unités urbaines comportant moins de

17. Baubeau D., Trigano L., 2004, « La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique », *Études et Résultats*, DREES, n° 327, juillet.

18. Citons par exemple l'étude du service statistique régional de la DRASS du Nord-Pas-de-Calais : Chesnel H., 2007, « Implantation des médecins sur le territoire régional », in *Bilan socio-économique*, INSEE Nord-Pas-de-Calais, p. 50-53.

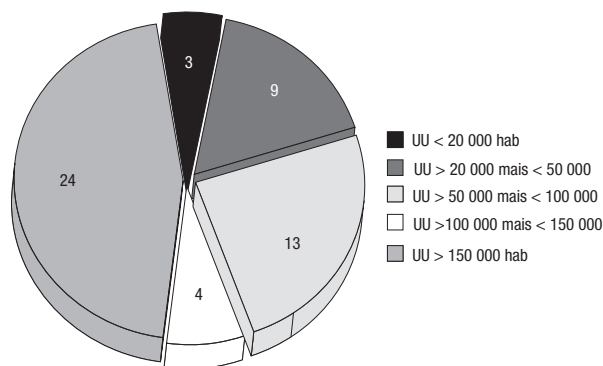
19. Le rapport sur la démographie médicale hospitalière pointe également les difficultés « des établissements de petite taille qui sont souvent aussi situés en dehors des centres urbains importants ».

20. Ce code permet de classer les communes en combinant le statut rural/urbain et la population au recensement de la population de 1999. Par ailleurs, il permet aussi de classer les communes des DOM, au contraire de celui des aires urbaines qui n'existe que pour la métropole.

150 000 habitants ; 12 d'entre eux appartiennent à des TDUU de moins de 50 000 habitants.

GRAPHIQUE 4

RÉPARTITION DES CENTRES LOURDS ET UDM DES QUATRE RÉGIONS SELON LA TAILLE DE L'UNITÉ URBAINE D'APPARTENANCE



Source : Enquête Structures ONDPS 2007, REIN 2008.

C'est dans le Nord que l'éventail est le plus large : une UDM et deux centres lourds se situent dans de très petites communes (une commune rurale et deux villes appartenant à des unités urbaines de moins de 25 000 habitants), alors qu'à l'inverse huit autres sites sont implantés dans des unités urbaines de plus de 500 000 habitants. Pour les trois autres régions, seule l'Alsace a installé une UDM dans une unité urbaine de moins de 20 000 habitants.

La localisation précise des sites de traitement exigeant une présence médicale continue ou discontinue pendant les séances montre des conditions d'exercice contrastées : dans deux régions, une part importante des médecins a une activité « multisites »

Cependant, tous ces éléments (type d'autorisation, entité gestionnaire et commune d'implantation) ne suffisent pas pour identifier, avec la précision nécessaire à l'étude des conditions d'exercice des professionnels, les différents sites géographiques de « production de soins²¹ ».

Dès la première enquête, il était apparu assez souvent, notamment dans le Nord et en Alsace, que des entités gestionnaires différentes (souvent un hôpital public et une association) disposaient, chacune, d'autorisations, l'une pour un centre lourd, l'autre pour une UDM, mais que ces deux structures étaient implantées dans des locaux communs et partageaient, dans le cadre de conventions, le même personnel médical (ou paramédical). Dans ce cas de figure, la permanence

21. Ce souci d'un géo-référencement précis des structures est partagé par la coordination nationale REIN ; il s'agit d'ailleurs d'un des critères d'identification des unités de dialyse dans l'application Diadem, outil de recueil de l'information sur les patients traités par dialyse.

médicale pendant les séances est garantie pour les deux structures avec une seule équipe, sans que celle-ci doive pour autant se déplacer.

De ce fait, il n'est pas possible d'en rester au décompte des autorisations pour estimer le nombre de sites géographiquement distincts requérant une présence médicale (désignés dans les tableaux sous le terme de « sites nécessitant une médicalisation »). Cet inventaire des lieux de prise en charge autonomes et non contigus à un autre (adresses postales différentes, ou bâtiments différents non reliés par une passerelle), qui nécessite une connaissance précise des conditions locales de fonctionnement, a été effectué par les correspondants régionaux.

Le tableau ci-dessous rassemble les résultats pour les quatre régions. Pour la comparaison, ces chiffres ont été rapportés respectivement au nombre total de patients traités (pour l'ensemble des sites géographiques de traitement) et au nombre de patients traités en CL ou UDM (pour les « sites nécessitant une médicalisation »).

TABLEAU 6

COMPARAISON DU NOMBRE DE SITES GÉOGRAPHIQUES DE TRAITEMENT, NOTAMMENT CEUX « REQUÉRANT LA PRÉSENCE OU L'INTERVENTION RAPIDE DE NÉPHROLOGUES », AU 31 DÉCEMBRE 2008

	Nombre de sites géographiques de traitement	Dont nombre de sites géographiques nécessitant une médicalisation (CL ou UDM)	Ratio Total des patients traités*/Nombre de sites géographiques de traitement, toutes modalités confondues*	Ratio Nombre de patients traités en CL ou UDM/Nombre de sites géographiques de traitement nécessitant une médicalisation
Alsace	10	10	113	89
Auvergne	20	10	35	47
Nord-Pas-de-Calais	49	22	55	71
La Réunion	16	12	69	56

* Ont cependant été exclus les malades en hémodialyse à domicile et leurs sites d'entraînement.
Source : Enquête Structures ONDPS 2007, REIN 2008.

On note d'abord la forte concentration des sites en Alsace, y compris les unités d'autodialyse (mais on a vu que cette modalité était peu développée). Une seule UDM est implantée à distance d'un centre d'hémodialyse (pour désenclaver un bassin de population non desservi). La pluralité des statuts et des entités gestionnaires n'a pas empêché le rapprochement « physique » des unités de traitement²², ce qui facilite le partage du temps médical et la mutualisation des ressources humaines. Cette situation est aussi l'aboutissement de programmes de travaux : construction de passerelle ou reconstruction de bâtiments pour réduire au maximum les discontinuités architecturales ; il reste cependant quelques marges de rapprochements, notamment à Strasbourg.

Dans les trois autres régions, les efforts faits pour assurer une grande proximité

22. La participation des établissements publics et PSPH et de leurs néphrologues au conseil d'administration de l'AURAL a sans doute joué.

en multipliant les sites d'autodialyse se traduisent par une grande dispersion des sites de traitement pour les patients les plus autonomes. En Auvergne, les unités d'autodialyse ont été implantées dans des hôpitaux (même en l'absence de service de néphrologie) pour permettre d'assurer un environnement plus « sécurisé ».

Pour la prise en charge des patients les plus lourds, des rapprochements fonctionnels quasi systématiques des unités de dialyse médicalisée et des centres lourds ont été effectués en Auvergne comme dans le Nord-Pas-de-Calais.

Dans le Nord, les centres eux-mêmes sont assez diffus sur le territoire. Mais, à l'exception de l'UDM de Coudekerque, les centres lourds et les unités de dialyse médicalisée sont contigus ou fonctionnent en alternance sur les mêmes postes. Sauf à Lille, Valenciennes et Maubeuge, il n'existe pas, dans une même commune, de « doublons », au sens de deux sites imposant une présence médicale. Cette organisation est facilitée par la proximité « historique » des entités gestionnaires majoritaires (hôpitaux publics et associations de statut privé à but non lucratif).

À La Réunion, par contre, les sites géographiques de prise en charge nécessitant une médicalisation apparaissent plus diffus, plusieurs communes ayant deux unités et Saint-Denis en ayant même trois. La taille des communes (très étendues) et les impératifs de relief et de temps de trajet jouent sans doute un rôle dans cette dispersion, mais la plus ou moins grande facilité des équipes à coopérer intervient également.

Cette plus ou moins grande dispersion se traduit dans le nombre de lieux d'intervention des médecins. Sur les 152²³ médecins intervenant auprès des patients traités en dialyse dans les régions étudiées, un peu moins de la moitié n'intervient que sur un site géographique. En ce qui concerne plus spécifiquement les sites nécessitant une médicalisation, la grande majorité des médecins n'exercent que sur un seul lieu (graphique 5).

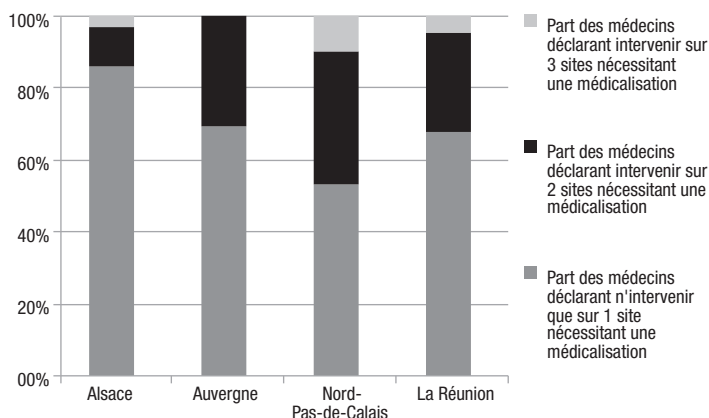
Cependant, les différences entre régions sur ce critère sont marquées : la part des médecins ayant une activité multisites dans des structures nécessitant une permanence médicale varie de 14 % en Alsace, 30 % en Auvergne, 32 % à La Réunion, pour culminer à près d'un médecin sur deux dans le Nord-Pas-de-Calais.

Si l'on avait utilisé, pour cette analyse comparative des conditions d'exercice des médecins, l'inventaire des autorisations administratives, cette différence entre régions ne serait pas apparue : sur la base des autorisations, 53 % des médecins alsaciens interviennent dans plusieurs structures nécessitant une médicalisation, pourcentage proche de celui observé dans le Nord-Pas-de-Calais (57 %). Mais, en Alsace, 74 % le font sans se déplacer, étant donné que ces différentes structures sont implantées sur un même site, alors que dans le Nord-Pas-de-Calais 18 % seulement exercent dans ces mêmes conditions. Cela démontre l'importance, pour la démographie médicale des établissements de santé, de ne pas se limiter au décompte des autorisations et de bien identifier les sites géographiques.

23. Un des médecins interrogés n'intervient pas en dialyse.

GRAPHIQUE 5

COMPARAISON ENTRE LES RÉGIONS DE LA RÉPARTITION DES MÉDECINS SELON LE NOMBRE DE SITES NÉCESSITANT UNE MÉDICALISATION DANS LESQUELS ILS EXERCENT



Source : Enquête ONDPS - Questionnaire auprès des médecins.

Les acteurs de la prise en charge : les professionnels non médicaux et les médecins

■ ■ Quelques éléments issus de l'enquête initiale sur les professionnels non médicaux

L'enquête initiale auprès des structures réalisée en 2007²⁴ s'est intéressée aux différents métiers impliqués dans la prise en charge des dialysés à travers leurs effectifs et les « équivalents temps plein » (ETP) mobilisés dans chacune des structures de traitement et selon chaque modalité.

Cette répartition détaillée des personnels a posé des difficultés importantes aux structures enquêtées, tant pour les données relatives aux médecins que pour les autres catégories de personnel. En effet,

- la mutualisation des ressources humaines assez largement pratiquée entre les techniques de traitement rend délicate l'affectation pour un professionnel donné d'une quotité de temps à chacune d'entre elles. Les pharmaciens, par exemple, fournissent aux associations gestionnaires l'ensemble des produits et matériels dont elles ont besoin. De même les assistantes sociales ou les diététiciens interviennent auprès des patients, quelle que soit la modalité de leur traitement. Il semble donc impossible de répartir leur temps de travail entre les unités ;
- pour l'autodialyse, le recours à des infirmiers du secteur libéral est assez développé, notamment à La Réunion et dans le Nord-Pas-de-Calais ; ceux-ci sont rémunérés à l'acte et non en fonction de la quotité de temps. Pour les mêmes raisons, les structures privées à but lucratif ne parviennent pas à

24. Cf. l'annexe « Méthodes et Sources ».

chiffrer les ETP des néphrologues libéraux qui exercent en leur sein ;

- enfin, il faut souligner la « porosité » entre les structures associatives et les établissements hospitaliers qui les ont créées (hôpitaux publics ou cliniques). Celle-ci se manifeste en particulier par un partage du temps médical quasi systématique et par des mises à disposition fréquentes de personnels paramédicaux hospitaliers remboursés par les associations. Cela explique la difficulté de décrire la situation et de comparer des taux d'encadrement. Elle induit également le risque de « doubles comptes ».

En résumé, la complexité des statuts des professionnels impliqués dans la prise en charge de l'IRC rend inopérante toute enquête basée sur les découpages administratifs pour connaître leurs effectifs et leur activité, et l'enquête initiale n'a pu fournir que des résultats très parcellaires sur les professionnels impliqués. Ces limites imposent d'être prudent dans les comparaisons de ratios d'encadrement et l'analyse qui va suivre restera essentiellement qualitative pour les professions non médicales.

Le questionnaire adressé aux entités gestionnaires concernait à la fois les infirmières et aides-soignantes, mais aussi les pharmaciens, les techniciens ou ingénieurs biomédicaux, les diététicien(ne)s, les assistants sociaux, enfin les qualitatifs.

Pour les deux premières professions (infirmières et aides-soignantes), seuls les gestionnaires de centres d'hémodialyse sont parvenus à dénombrer assez précisément les effectifs et les ETP mais, compte tenu de l'existence d'un certain nombre de conventions de mise à disposition entre structures (*cf.* les monographies du Nord-Pas-de-Calais et de l'Auvergne), aucune comparaison entre structures n'a été tentée. Quasiment tous les centres, sauf ceux comptant moins de 12 postes, disposent d'un ou plusieurs cadres de santé. On peut noter encore la nette prépondérance des infirmières (à une exception près) par rapport aux aides-soignantes et la faible part des temps partiels.

Les effectifs de pharmaciens ont été, dans l'ensemble, assez mal remplis (non-réponse ou inscription de la totalité des pharmaciens de l'hôpital ou de la clinique). On peut faire la même remarque pour leurs ETP.

En ce qui concerne les techniciens ou ingénieurs biomédicaux, les qualitatifs et les assistants sociaux des centres, la même confusion existe entre les personnels des établissements et ceux impliqués dans la dialyse, ce qui montre qu'il n'y a pas de personnel dédié à cette activité. En revanche, les associations qui recrutent du personnel en propre pour ce type de qualification, ont pu indiquer des effectifs et des ETP, sans les répartir selon les unités et modalités. Aucune spécificité ne se dégage selon les secteurs (public, privé lucratif et PSPH), ou selon les associations régionales pour ces catégories de personnel.

Les associations à caractère régional font toutes appel à des diététiciens, soit salariés, soit vacataires, soit libéraux. Au vu des ETP déclarés, il semble que le besoin soit loin d'être marginal dans le Nord-Pas-de-Calais et à La Réunion, ce qui est cohérent avec le contexte épidémiologique.

On peut enfin souligner la rareté du recours à un psychologue (quel que soit le statut).

■ ■ Les résultats des questionnaires individuels adressés aux médecins²⁵

DONNÉES GLOBALES SUR LES 153 MÉDECINS INTERROGÉS Effectifs

153 médecins (46 femmes, soit 30 %) étaient impliqués début 2009 dans la prise en charge des patients adultes traités par dialyse ou greffe sur les 4 régions, certains néphrologues, d'autres non, mais le questionnaire ne demandait pas cette précision. On peut rapprocher ces chiffres des effectifs de néphrologues enregistrés le 1^{er} janvier 2009 dans le répertoire ADELI.

TABEAU 7

EFFECTIFS DES MÉDECINS SELON LES DONNÉES ADELI ET L'ENQUÊTE ONDPS

	Médecins impliqués au 1 ^{er} trimestre 2009 dans la prise en charge des patients en EER	Effectifs des néphrologues en activité au 1 ^{er} janvier 2009
Alsace	36	33
Auvergne	24	26
Nord-Pas-de-Calais	71	65
La Réunion	22	19
Total 4 régions	153	143

Source : Enquête ONDPS - Questionnaire auprès des médecins, ADELI - DREES.

À l'échelle des individus, les différences sont assez sensibles : d'une part, certains néphrologues exercent exclusivement en médecine interne ou en réanimation médicale. À l'inverse, un certain nombre de médecins impliqués dans les traitements de suppléance de l'insuffisance rénale chronique ne sont pas répertoriés comme néphrologues dans ADELI²⁶ ou à l'Ordre. Il s'agit, pour une très faible part, de médecins généralistes exerçant depuis de très longues années dans des centres, ayant acquis une compétence ordinale mais ne souhaitant pas demander leur qualification. Il s'agit surtout de médecins formés à l'étranger et occupant des postes de praticiens adjoints contractuels, de praticiens attachés associés ou d'assistants spécialistes associés.

Temps plein ou temps partiel

L'offre médicale réellement disponible dépend du temps de travail et en particulier de l'importance de l'exercice à temps partiel. Dans les quatre régions étudiées, cette modalité de travail est très rare : seuls 5 médecins, toutes des

25. Cf. le questionnaire dans l'annexe «Méthodes et Sources», de ce rapport téléchargeable sur le site de l'ONDPS.

26. Rappelons que le répertoire ADELI enregistre les médecins reçus au concours de praticien hospitalier de néphrologie sans être qualifiés comme tels par l'Ordre, comme des spécialistes.

femmes, se sont déclarés « temps partiel²⁷ », ce qui explique que le total des « équivalents temps plein » déclarés soit proche du total des effectifs.

Statut et lieu d'exercice

Les praticiens du secteur public représentent 61,4 % de l'échantillon, 18 % des médecins déclarent travailler en secteur associatif, 20 % en secteur privé. En outre, quelques-uns, qualifiés ici de « mixtes », ont un exercice partagé entre des structures de statut différent. D'après l'échantillon (statistiquement non représentatif) de l'enquête, les femmes semblent plus présentes dans les centres hospitaliers universitaires (30 % d'entre elles y exercent, au lieu de 15 % des hommes), mais il peut s'agir d'un effet de génération. En effet, la moyenne d'âge des femmes est de 43 ans (contre 50 ans chez les hommes) et 29 % des médecins de moins de 44 ans²⁸ exercent en CHU ou en CHR, alors que cette proportion n'est que de 16 % chez les médecins plus âgés.

Répartition du temps entre les activités-Étude selon l'âge et le statut

Sur l'ensemble des médecins interrogés²⁹, le temps médical se répartit de la façon suivante : 34 % est consacré à l'activité de néphrologie clinique (consultations et hospitalisation), 50 % à la dialyse et 8 % à la greffe, les autres activités (enseignement-recherche, présidence de la commission médicale d'établissement ou fonction de référent REIN...) occupant le reste.

L'âge semble en effet un facteur déterminant pour la répartition du temps entre les différentes activités. Sur les 147 médecins dont l'âge est connu, 40 sont âgés de 55 ans et plus, 17 ont 60 ans ou plus. La moyenne d'âge dans l'échantillon total est de 47,7 ans. Les 99 médecins de 44 ans et plus (pour expliquer le choix de ce seuil, se référer à la note 28) disent consacrer 55 % de leur temps à la dialyse, 30 % à la néphrologie clinique et 5 % à la greffe. Ces pourcentages, pour les 48 médecins les plus jeunes, sont respectivement : 38 %, 43 % et 13 %.

Le statut d'appartenance est un autre facteur déterminant. La dialyse représente en moyenne 60 % du temps déclaré par les médecins de statut libéral, la néphrologie clinique 33 % et la greffe (suivi des transplantés) 4 %. Dans le secteur public, ces pourcentages sont respectivement de 42 %, 38 % et 9 %. Ces résultats peuvent aussi être pour partie liés à la taille moyenne des équipes, plus faible en clinique privée dans notre échantillon (2,2) qu'en hôpital public non CHU (3,6). Les médecins employés par les associations de dialyse ont, tout naturellement, la part la plus forte de leur

27. Un praticien hospitalier temps plein partageant son activité entre la médecine et la néphrologie a été considéré comme de statut temps plein, même s'il ne consacre qu'un mi-temps à cette dernière.

28. Ce « seuil » s'explique ainsi : l'enquête auprès des « jeunes néphrologues » s'est intéressée aux DES obtenus entre 1996 et 2006. L'âge moyen à l'obtention du diplôme étant de 30 ans, on a considéré tous les médecins nés après 1966 comme des « jeunes néphrologues ». Ce seuil a été conservé pour toutes les analyses s'intéressant spécifiquement aux « jeunes ».

29. Pour 23 médecins n'ayant pas répondu, la répartition de leur temps a été extrapolée à partir des réponses des médecins du même centre et en tenant compte de leur âge.

temps de travail dévolue à la dialyse (74 %) ; par ailleurs, leur activité en néphrologie clinique, la plupart du temps exclusivement liée aux consultations, est moindre (16 %).

Bien entendu, ces données moyennes masquent des situations contrastées. Trois profils peuvent être schématiquement dessinés :

D'abord des médecins, en petit nombre dans l'échantillon, qui n'interviennent que de façon marginale en dialyse : participation à des astreintes ou suivi de patients d'une unité d'autodialyse, l'essentiel de leur activité s'exerçant en médecine interne ou en transplantation par exemple. À l'opposé, d'autres consacrent plus des deux tiers, voire la totalité de leur activité à la dialyse. La plupart des médecins interrogés se situent entre ces deux extrêmes.

On peut examiner les caractéristiques des médecins, selon qu'ils consacrent moins du tiers de leur temps à la dialyse, entre un tiers et deux tiers, ou dépassent les deux tiers. Le tableau 8 analyse les résultats en fonction du statut d'appartenance³⁰. On retrouve le constat précédent : 45 % des médecins du secteur privé (contre 16 % des praticiens publics) consacrent plus des deux tiers de leur temps à la dialyse. Très rares sont les médecins privés consacrant moins du tiers de leur temps à la dialyse, ce qui s'explique compte tenu de leur mode de rémunération, alors que c'est le cas de 42 % des praticiens publics.

TABLEAU 8

RÉPARTITION DES MÉDECINS SELON LA PART QU'OCUPE LA DIALYSE DANS LEUR ACTIVITÉ ET LEUR STATUT

	Nombre de médecins disant consacrer moins du tiers de leur temps à la dialyse	Nombre de médecins disant consacrer entre un tiers et deux tiers de leur temps à la dialyse	Nombre de médecins disant consacrer plus des deux tiers de leur temps à la dialyse	Total
Statut public	40	39	15	94
Statut libéral (privé)	2	15	14	31
PSPH + mixte	1 + 4	4 + 4	14 + 1	19 + 9
Total	47	62	44	153

Source : Enquête ONDPS - Questionnaire auprès des médecins.

En ce qui concerne la greffe, 86 médecins (soit un peu plus de la moitié) ont dit consacrer une fraction de leur temps à cette activité : 23 d'entre eux exercent en centre hospitalier régional (CHR) ou en centre hospitalo-universitaire (CHU), 36 sont praticiens dans des hôpitaux publics d'autres catégories, 16 sont libéraux et 11 appartiennent au secteur associatif ou ont un exercice partagé (« mixtes »). Là encore, la part que prend l'activité de suivi des malades transplantés varie considérablement selon les individus (de 0,01 ETP à 0,9), leur âge et le type d'établissement dans lequel ils exercent : la moitié des médecins exerçant en CHR ou

30. Dans le Nord, compte tenu de l'intrication entre les secteurs associatif et public, les médecins sont parfois imprécis quant à leur statut. C'est pourquoi les médecins PSPH ont été regroupés avec ceux qui se partagent entre plusieurs employeurs.

en CHU disent y consacrer au moins un cinquième de leur temps, alors que ce n'est le cas que de 6 médecins d'autres établissements (1 sur 10).

COMPARAISON DES RÉSULTATS SELON LES RÉGIONS

Le temps médical consacré à chaque activité et le taux d'encadrement varient selon les régions

→ Place de la dialyse par rapport aux autres activités

Tout d'abord, le nombre de patients par médecin en activité, calculé à partir des patients dialysés au 31 décembre 2008 (patients « prévalents ») et des effectifs de médecins (néphrologues et généralistes) issus de l'enquête ONDPS, varie de 31 en Alsace à 50 pour l'île de La Réunion (tableau 9). L'existence de postes réellement vacants (c'est-à-dire non occupés), en nombre variable selon les régions (analyse plus bas), intervient pour une part dans ces écarts.

TABLEAU 9

COMPARAISON DES RATIOS « PATIENTS/EFFECTIFS DE MÉDECINS » DANS LES QUATRE RÉGIONS

	Effectifs en activité au 1 ^{er} janvier 2009	Médecins impliqués au 1 ^{er} trimestre 2009 dans la prise en charge des patients en EER	Nombre de patients adultes prévalents pris en charge par épuration extrarénale	Nombre de patients traités en épuration extrarénale par médecin impliqué
Alsace	33	36	1 126	31
Auvergne	26	24	708	30
Nord-Pas-de-Calais	65	71	2 750	39
La Réunion	19	22	1 101	50
Total 4 régions	143	153	5 685	37

Source : ADELI - DREES, Enquête ONDPS - Questionnaire auprès des médecins, REIN 2008.

On peut également rapprocher le nombre de patients traités par épuration extrarénale du total des équivalents temps plein consacrés à la dialyse, déclarés dans les réponses aux questionnaires (tableau 10).

Pour ce second indicateur, la situation la plus favorable est celle de l'Auvergne, les chiffres du Nord-Pas-de-Calais étant proches de ceux de La Réunion.

Au vu de ces deux critères, cette dernière connaît une situation plus tendue pour l'encadrement médical des patients pris en charge en dialyse et l'âge des médecins y est plus élevé que la moyenne (51 ans). Plusieurs médecins réunionnais ont souligné que leur temps de travail dépassait largement un temps plein normal (ils l'évaluaient à 1,5 fois la durée normale).

TABLEAU 10

ÉTUDE COMPARATIVE DES ETP CONSACRÉS À LA DIALYSE ET DU NOMBRE DE PATIENTS PAR ETP

	Nombre de médecins impliqués	Total temps de travail médical en ETP	ETP consacrés à la dialyse	Fraction représentée par la dialyse	Nombre de patients adultes prévalents pris en charge par épuration extrarénale	Nombre de patients traités en épuration extrarénale par ETP consacrés à la dialyse
Alsace	36	34,6	16,2	46,8 %	1 126	70
Auvergne	24	23,0	12,1	52,6 %	708	59
Nord-Pas-de-Calais	71	70,8	34,0	48,0 %	2 750	81
La Réunion	22	22,0	13,0	59,1 %	1 101	85
Total 4 régions	153	150,4	75,1	49,9 %	5 685	76

Source : Enquête ONDPS - Questionnaire auprès des médecins, REIN 2008.

Le Nord-Pas-de-Calais connaît aussi une situation relativement défavorable pour le taux d'encadrement des patients traités en dialyse. La moyenne d'âge des médecins est de 47 ans.

C'est en Alsace que la moyenne d'âge est la plus faible (45 ans). Cela expliquerait peut-être que la fraction de temps consacrée à la dialyse y soit la plus faible.

L'Auvergne se caractérise par un encadrement plus favorable pour la dialyse, et par un âge moyen des médecins relativement élevé (50 ans).

→ Place de la transplantation

Grâce aux données fournies par l'Agence de biomédecine, le nombre de patients porteurs d'un greffon fonctionnel et suivis par les équipes fin 2008 a été rapproché du temps médical déclaré pour cette activité (en ETP) dans chaque région (tableau 11).

TABLEAU 11

ÉTUDE COMPARATIVE DES ETP CONSACRÉS À LA GREFFE ET DU NOMBRE DE PATIENTS SUIVIS PAR ETP

	Nombre de médecins impliqués	Total temps de travail (ETP)	Temps consacré à la greffe	Fraction de temps consacrée à la greffe	Nombre estimé de malades adultes vivants avec un greffon fonctionnel au 31/12/2008, suivis par les équipes de la région	Nombre de patients greffés par ETP de médecin consacré à la greffe
Alsace	36	34,6	3,6	10,4 %	1 003	279
Auvergne	24	23	1,7	7,4 %	466	274
Nord-Pas-de-Calais	71	70,8	5,1	7,2 %	1 060	208
La Réunion	22	22	1,5	6,8 %	298	199
Total 4 régions	153	150,4	11,9	7,9 %	2 827	238

Source : Enquête ONDPS - Questionnaire auprès des médecins, données CRISTAL - Agence de biomédecine.

La comparaison du nombre de patients vivants avec un greffon fonctionnel par ETP médical consacré à la greffe montre, cette fois, la position plus défavorable de l'Alsace et de l'Auvergne par rapport aux deux autres régions.

L'enquête met aussi en évidence l'hétérogénéité de l'organisation du suivi des greffés :

- « concentré » sur un faible nombre de médecins en Alsace : 6 médecins non CHU, issus de quatre centres lourds, déclarent consacrer du temps pour le suivi des greffés. Ils représentent 18 % du temps total déclaré, le reste étant assuré par les médecins du CHU ;
- très décentralisé en Auvergne où 63 % du temps déclaré pour la greffe l'est par des médecins non CHU (48 % des médecins y participent, tous les centres lourds étant représentés) ;
- l'organisation du Nord-Pas-de-Calais apparaît proche de celle de l'Auvergne (36 médecins non CHU – trois quarts des centres lourds de la région- interviennent dans le suivi de patients greffés, assurant 50 % du temps total déclaré) ;
- la situation réunionnaise est intermédiaire : un peu moins de la moitié des médecins (10) se disent impliqués, dont 7 médecins exerçant hors du CHR, pour un peu moins de la moitié du temps total déclaré.

→ Analyse globale

TABLEAU 12

COMPARAISON DES RÉGIONS SELON LA PART ACCORDÉE À CHAQUE DOMAINE D'ACTIVITÉ

	Fraction de temps consacrée à la néphrologie clinique	Fraction de temps consacrée à la dialyse	Fraction de temps consacrée à la greffe
Alsace	32,4%	46,8%	10,4%
Auvergne	36,1%	52,6%	7,4%
Nord-Pas-de-Calais	35,9%	48,0%	7,2%
La Réunion	28,9%	59,1%	6,8%
Total 4 régions	34,0%	49,9%	7,9%

Source : Enquête ONDPS - Questionnaire auprès des médecins.

Au total, du fait de l'étroite interdépendance entre les principaux domaines d'activités (néphrologie clinique, greffe et dialyse) du point de vue des ressources médicales, on devrait les examiner conjointement. Toutefois, en l'absence d'étude relative au temps médical que représente en moyenne sur une année la prise en charge d'un dialysé (d'autant que celui-ci varie selon les modalités de traitement) par rapport à celle d'un greffé, il est difficile de construire un ratio global de « patients par médecin ». Il est vraisemblable qu'il faille introduire un facteur correctif (mais lequel ?) pour tenir compte du fait qu'un dialysé consomme en moyenne sur une année de suivi plus de ressources médicales qu'un patient greffé.

Pour cette étude, les réponses des médecins aux questions sur la répartition de leur temps apportent cependant suffisamment d'éléments pour comparer leurs ressources médicales au regard de la population des patients à prendre en charge.

■ ■ Ce que l'on sait sur les « flux d'entrée » pour ces quatre régions

Dans une région donnée, plusieurs facteurs influencent le nombre de nouveaux médecins qui s'y installent chaque année (flux d'entrée) : le nombre annuel de DES de néphrologie qui y sont formés, son caractère plus ou moins attractif pour les jeunes néphrologues, et le nombre de médecins formés à l'étranger désireux de s'y installer.

LES FLUX DE FORMATION PAR LA VOIE DU DES

Le nombre d'internes inscrits en DES au cours des années universitaires 2006/2007, 2007/2008 et 2008/2009³¹, pour les trois régions qui forment au troisième cycle des études médicales³², varie de façon très sensible selon les années (sans doute du fait de phénomènes périodiques de saturation des postes par les plus anciens pendant deux années au moins, puis de leur ouverture lorsqu'ils terminent leur internat). Il semble difficile dans ce contexte de faire une moyenne qui ait du sens.

TABEAU 13

FLUX ANNUELS D'INSCRIPTIONS EN DES DE NÉPHROLOGIE POUR LES 3 DERNIÈRES ANNÉES

	Inscrits en 3 ^e année DES néphro en 2006/2007	Inscrits en 3 ^e année DES néphro en 2007/2008	Inscrits en 3 ^e année DES néphro en 2008/2009
Alsace	1	2	3
Auvergne	1	0	0
Nord-Pas-de-Calais	6	5	1
Total 3 régions	8	7	4
Total France entière	58	40	41

Source : Enquête Internes ONDPS 2009.

D'après la pyramide des âges des néphrologues en activité, dix d'entre eux âgés de 60 ans et plus devraient partir vraisemblablement dans les cinq ans, soit en moyenne deux par an. Au vu des inscrits en DES, le différentiel théorique annuel des entrées et des « sorties » paraît positif, mais le solde réel dépendra en grande partie des choix d'installation des nouveaux diplômés...

BILAN DIPLÔMÉS/INSTALLÉS – ENQUÊTE AUPRÈS DES JEUNES DIPLÔMÉS

Pour apprécier la capacité des régions à attirer (ou retenir) les jeunes spécialistes, l'ONDPS, avec l'aide du Conseil de l'Ordre et des DRASS, a effectué sur 7 années consécutives un bilan du nombre annuel de nouveaux diplômés et de nouveaux inscrits (hors remplaçants), DES par DES et pour chacune des régions délivrant des diplômes de troisième cycle (DES).

Ce solde est légèrement négatif en Alsace et dans le Nord-Pas-de-Calais, positif en Auvergne. Au total, le déficit est de 2, alors que sur la France entière le bilan

31. Chiffres issus des travaux réalisés par les comités régionaux pour la prévision annuelle des effectifs annuels d'internes à former.

32. L'université de La Réunion n'assure que la première année des études médicales (PCEM1).

est positif, principalement en raison de l'inscription des médecins formés à l'étranger.

TABEAU 14

DES DE NÉPHROLOGIE : BILAN DU NOMBRE DES NOUVEAUX DIPLÔMÉS ET DES NOUVEAUX INSCRITS ENTRE 2001 ET 2007

	Nombre de DES de néphrologie délivrés entre 2001 et 2007	Nombre de nouveaux spécialistes inscrits à l'Ordre entre 2001 et 2007
Alsace	11	10
Auvergne	3	4
Nord-Pas-de-Calais	18	16
Total 3 régions	32	30
Total France entière	206	225

Source : ONDPS - CNOM.

L'enquête auprès des jeunes diplômés formés dans ces trois régions entre 1996 et 2006 apporte des précisions sur leurs régions d'installation... Elle a été menée en parallèle en PACA à la fois pour augmenter la taille de l'échantillon étudié et comparer les comportements de néphrologues formés dans une région du Sud attractive (bilan installés/diplômés sur la même période + 3).

61 jeunes néphrologues (29 femmes et 32 hommes) répondant aux critères d'inclusion décrits ont été recensés. La répartition est la suivante : 13 DES formés en Alsace, 7 en Auvergne, 21 dans le Nord-Pas-de-Calais et 20 en PACA.

On retrouve sur cet échantillon le constat du *Rapport ONDPS 2006-2007*

**« Toutes les régions ne bénéficient pas, en termes de ressources médicales, des investissements qu'elles réalisent en matière de formation³³ »
au contraire d'autres, comme PACA :**

Les régions d'exercice actuelles de ces DES se répartissent en effet de la façon suivante : 7 travaillent en Alsace (écart = - 6), 4 en Auvergne (écart = - 3), 16 en Nord-Pas-de-Calais (écart = - 5), 22 en PACA (écart = + 2). Par contre, 6 se sont installés en Rhône-Alpes, 3 dans les DOM TOM (2 à La Réunion et 1 à Tahiti), 2 en Île-de-France, 1 en Lorraine et 1 en Pays de la Loire.

On constate également sans surprise que, lorsque les étudiants ont effectué la totalité de leurs études dans une région, la probabilité qu'ils s'y installent est forte :

- 32 des 36 étudiants dans ce cas se sont installés dans la région où ils avaient effectué tout leur cursus (sur les 4 néphrologues qui font exception, 3 sont des femmes).
- Parmi les 25 étudiants qui ont dû changer de région à l'issue des ECN (8 femmes et 17 hommes), 16 se sont installés dans l'une des deux régions où ils ont été formés (4 dans celle de leurs premiers cycles et 12 dans celle de leur

33. Enseignements et préconisations. Synthèse générale du *Rapport annuel de l'ONDPS 2006-2007*.

internat). Cependant, 9 autres se sont installés dans une troisième région, ce qui témoigne, pour les internes « expatriés » durant leur troisième cycle, d'une aptitude assez grande à la mobilité...

- Ces comportements de mobilité semblent assez peu influencés par le sexe, sauf en ce qui concerne le dernier cas de figure cité : sur les 9 néphrologues qui ont changé trois fois de région entre le début des études, l'internat et l'installation, il n'y a qu'une seule femme.

Si on analyse de façon plus détaillée les parcours, on voit que l'impact de la région de formation initiale ne joue pas le même rôle, selon les régions d'accueil durant l'internat :

- Ainsi, en Alsace, sur 7 étudiants ayant fait la totalité de leurs études médicales dans la région, 6 se sont installés sur place. Sur les 6 autres venus faire leur internat en Alsace, 1 seul s'y est installé. Toutefois, aucun des 5 autres n'est retourné exercer dans sa région de formation initiale.

- En Auvergne, parmi les 3 néphrologues ayant fait la totalité de leurs études médicales dans la région, 2 y sont restés. Sur les 4 DES venus d'autres régions à l'issue des ECN, 1 seul exerce en Auvergne, 2 autres sont revenus dans leur région de formation initiale.

- Dans le Nord-Pas-de-Calais, sur les 10 néphrologues qui ont fait toutes leurs études dans le Nord, 9 y exercent. Sur 11 internes venus d'autres régions, 3 sont repartis exercer dans leur région d'origine mais 6 exercent dans le Nord-Pas-de-Calais.

- En PACA, sur les 16 médecins qui ont fait l'ensemble de leurs études dans la région, 15 se sont installés en PACA. Sur 4 internes venus d'autres régions, 3 se sont installés en PACA.

MÉDECINS FORMÉS À L'ÉTRANGER

Selon l'Ordre des médecins, la néphrologie est une des spécialités pour laquelle le pourcentage de ces médecins en exercice sur le territoire national est le plus élevé³⁴ (8 %). Au 1^{er} janvier 2007, le Nord-Pas-de-Calais en accueillait 7, La Réunion 4, ce qui situait ces deux régions au-dessus de la moyenne.

Depuis décembre 2007, de nouvelles dispositions prévoient d'autoriser l'exercice de la médecine aux praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) selon plusieurs voies d'accès : la voie du concours contingentée (liste A) et deux autres voies non limitatives pour les réfugiés politiques (liste B) et les médecins ayant exercé avant le 10 juin 2004 (liste C avec épreuve de vérification des connaissances, date limite 2011). La session 2005 du concours (liste A) avait inscrit 17 postes en néphrologie au niveau national. Selon la DHOS, ce flux ne devrait pas être régulièrement reconduit, ce qui limitera beaucoup les entrées par cette voie. On ne

34. Le Breton-Lerouillois G., « Les médecins de nationalité européenne et extra-européenne en France », sous les directions des docteurs F. Montané et I. Kahn-Bensaude, Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), *Étude*, n° 40-1, décembre 2007.

connaît pas les effectifs totaux de médecins formés à l'étranger exerçant en France avant juin 2004 et pouvant, de ce fait, se présenter à l'épreuve de vérification des connaissances pour être à terme définitivement autorisés à exercer. Il n'a pas été possible, dans le temps imparti pour l'étude, de recenser les médecins pouvant prétendre bénéficier de la nouvelle réglementation dans les quatre régions d'étude. Quoiqu'il en soit, au vu des informations transmises par les référents sur la tendance observée ces dernières années, ce flux ne paraît pas négligeable.

■ ■ Des difficultés de recrutement des hôpitaux publics dans deux régions, en lien avec la taille des équipes et les caractéristiques des zones urbaines où se situent les établissements

Au-delà des effectifs d'entrants dans la spécialité, les « flux » de nouveaux installés dépendent également d'éléments tels que l'attractivité de la région elle-même (bilan diplômés/installés), son nombre de postes disponibles et les conditions d'exercice proposées.

Le rapport sur la démographie médicale hospitalière pointe plusieurs critères « dissuasifs » pour ce type d'exercice, notamment la petite taille de l'équipe (qui impose un rythme de gardes ou d'astreintes trop élevé), un nombre important de postes non pourvus au sein de l'établissement, et l'environnement (architecture locale de l'offre de soins et caractéristiques du territoire). Ces critères ne sont d'ailleurs pas totalement indépendants (il existe souvent un lien entre le dimensionnement de l'équipe, la densité de spécialistes présents sur le territoire et la taille de la population du bassin).

La néphrologie constitue un bon exemple d'une spécialité s'exerçant essentiellement au sein d'établissements de santé, ce qui justifiait de chercher à en étudier les conditions de recrutement.

Dans les régions d'étude, il a été possible d'obtenir les postes réellement vacants (non occupés) fin 2008 dans les hôpitaux publics³⁵. D'autre part, à partir du fichier des postes de praticiens temps plein de néphrologie des hôpitaux publics SIGMED³⁶, le contexte des postes « prioritaires » publiés depuis 2004 a été analysé, au regard de la taille de l'équipe et de la situation des établissements concernés (tranches détaillées d'unités urbaines de leurs communes d'implantation).

Bien qu'il ne soit pas question de prétendre à une étude statistique, vu le nombre insuffisant d'observations et l'interdépendance partielle des critères analysés, la comparaison des situations fin 2008 semble confirmer l'importance des éléments pointés par les experts et repris, tout récemment, par la Mission

35. Le fichier SIGMED, géré par le Centre national de gestion, ne permet malheureusement pas d'identifier les postes non occupés. Pour les régions d'étude, les chiffres ont été fournis par les DRASS ainsi que par l'ARH de La Réunion.

36. Données aimablement fournies par le Centre national de gestion.

concernant la promotion et la modernisation des recrutements médicaux à l'hôpital public³⁷.

TABLEAU 15

POSTES DE PH TEMPS PLEIN DE NÉPHROLOGIE BUDGÉTÉS ET NON OCCUPÉS, SELON LES RÉGIONS ET LE DIMENSIONNEMENT DE L'ÉQUIPE MÉDICALE

	Nombre d'établissements publics (hors CHU) ayant un CL (ou UDM) et déclarant des postes de PH temps plein en néphrologie	Nombre de postes de PH temps plein en néphrologie (hors CHU) budgétés	Nombre d'établissements publics hors CHU disposant de moins de 3 postes de PH temps plein budgétés	Nombre d'établissements publics hors CHU disposant de 3 à 5 postes de PH temps plein budgétés	Nombre d'établissements publics hors CHU disposant d'au moins 6 postes de PH temps plein budgétés	Nombre de postes de PH temps plein non occupés (hors CHU)
Alsace	3	11	0	3	0	1
Auvergne	4	12	2	2	0	1
Nord-Pas-de-Calais	11*	40	4*	4	3	7
La Réunion	1	5	0	1	0	0
Total 4 régions	19	68	6	10	3	9

* L'hôpital de Montreuil-sur-Mer déclare un poste budgété de néphrologie. En réalité, le médecin qui l'occupe fait désormais partie de l'équipe du « centre de référence » de Boulogne qui assure l'encadrement de Boulogne, Calais et Montreuil/Rang-du-Fliers (qui dispose donc au total de 7 postes).
Source : SIGMED - CNG, DRASS.

Le Nord-Pas-de-Calais se distingue par le nombre de postes non occupés dans les hôpitaux non universitaires. Pour faire face à cette désaffectation et créer des équipes de taille suffisante, un mouvement de regroupement des médecins de plusieurs centres lourds a été engagé, ce qui explique l'organisation décrite plus haut en « centres de référence » et centres « délocalisés ». Ce regroupement correspond d'ailleurs aux recommandations des deux rapports cités plus haut. Il reste néanmoins 3 hôpitaux avec des équipes comportant moins de 3 postes de PH temps plein. Ils ont chacun un poste non occupé ; deux d'entre eux ont été déclarés « prioritaires » en 2009³⁸, ce qui témoigne de leurs difficultés particulières de recrutement. Un centre lourd situé au sein d'un petit pôle urbain (moins de 20 000 habitants) isolé fonctionne donc avec un seul PH compétent en néphrologie.

À La Réunion, c'est le centre hospitalier régional qui rencontre des difficultés à pourvoir ses postes (temps plein, temps partiel et assistant) sur un de ses deux sites. D'après SIGMED, celui-ci ne dispose que de 3 postes temps plein budgétés en néphrologie. À l'inverse, l'autre équipe, qui compte 5 postes de PH, est au complet (à l'exception d'un poste d'assistant vacant).

37. Rapport de la Mission concernant la promotion et la modernisation des recrutements médicaux à l'hôpital public, rédigé par Aboud E., Aubart F., Jacob A., Mangola B. et Thévenin D., juillet 2009.

38. Dispositif d'incitation mis en place par le protocole d'accord du 13 mars entre le gouvernement et les organisations syndicales représentatives des PH pour pourvoir les postes « difficiles à pourvoir ». Ceux-ci doivent être isolés, durablement vacants et présenter des « difficultés particulières d'exercice ».

En Auvergne et en Alsace, les postes non occupés hors CHU concernent des équipes de taille relativement modeste (3 ou 4 postes de PH budgétés), implantées dans des unités urbaines de 50 000 à 69 999 habitants.

Au niveau national, les postes prioritaires publiés depuis 2004 concernent, comme le dispositif le prévoit, des établissements le plus souvent situés dans des unités urbaines de taille modeste : 10 sur 17 des hôpitaux concernés appartiennent à des unités de moins de 40 000 habitants. Deux hôpitaux seulement sont implantés dans des communes appartenant à des unités de plus de 100 000 habitants.

Les relations entre le nombre de postes budgétés de praticiens temps plein (c'est-à-dire la taille de l'équipe) et l'existence de postes prioritaires apparaissent moins évidentes. Pour un nombre équivalent de postes d'hémodialyse en centre, les postes budgétés de néphrologie varient selon les hôpitaux du simple au double³⁹. En effet, la décision de création des postes appartient à l'établissement et résulte d'arbitrages internes entre spécialités et services. De plus, la spécialité dans laquelle les postes sont publiés relève de stratégies locales : dans certains centres hospitaliers, l'organisation qui prévaut est celle d'un département de médecine interne rassemblant plusieurs spécialités partageant la charge des gardes, y compris en dialyse. Dans ce contexte, le faible nombre de postes publiés en néphrologie ne reflète pas parfaitement leurs conditions d'exercice. Enfin, il est difficile de distinguer l'effet propre de la taille par rapport à celui de la zone d'appartenance.

In fine, cet examen des postes non occupés et/ou prioritaires conforte l'inquiétude exprimée par les experts à propos de « zones peu denses, fragiles, non attractives et qui font craindre des difficultés d'accès par les patients ». Parmi les dispositifs envisagés pour répondre aux besoins des patients dans un contexte de raréfaction relative du temps médical figurent les coopérations entre professionnels de santé⁴⁰.

■ ■ Peu de coopérations avec d'autres spécialités pour le partage des gardes ou l'encadrement médical des centres lourds et UDM

Dans le cadre de la prise en charge des patients traités par l'épuration extrarénale, deux types de coopération sont évoqués dans la littérature professionnelle⁴¹ et les rapports de missions :

- la participation de médecins d'autres spécialités pour assurer l'encadrement médical et le fonctionnement du centre, notamment au travers des gardes ;
- mais aussi les délégations de tâche à d'autres personnels soignants sur le modèle des « nephrology-nurse-practitioners ».

39. Pour des centres lourds comportant 20 postes d'hémodialyse, la taille des équipes varie de 3 à 6 postes de PH temps plein budgétés (source SAE 2007 pour les postes de dialyse).

40. Rapport d'étape de la mission « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », octobre 2003.

41. Jacobs C., 2003, « Profil de la néphrologie clinique à l'horizon 2007. Quels patients ? Quels néphrologues ? », in *Actualités néphrologiques de l'hôpital Necker*, coll. « Flammarion-Médecine-Sciences », Flammarion, p. 311-329.

Dans l'enquête auprès des médecins en activité, une première question était libellée de la manière suivante : « **Avez-vous noué des collaborations avec d'autres médecins (au sein de l'établissement ou à l'extérieur) pour le fonctionnement de la dialyse ?** » Si oui, préciser la qualification du (ou des) médecin(s) concerné(s), son statut (interne à l'établissement ou extérieur) et la nature des fonctions assurées. Par exemple : médecin du service des urgences de l'établissement participant aux astreintes, généraliste assurant une consultation trimestrielle des patients en autodialyse...

Elle n'a, semble-t-il, pas été comprise car la majorité des réponses concerne les spécialités associées au suivi habituel des dialysés (chirurgiens vasculaires pour les abords vasculaires, radiologues, cardiologues ou endocrinologues...) ou la participation d'internes DES.

Néanmoins, 6 médecins ont indiqué collaborer avec des collègues n'appartenant pas au service (ou à l'établissement) pour effectuer des gardes :

- Dans un cas en Alsace, deux PH de médecine polyvalente de l'établissement prennent des gardes, l'un d'entre eux effectuant également des consultations et le suivi des patients.
- Dans un centre hospitalier en Auvergne, un endocrinologue et un PH en médecine polyvalente de l'établissement prennent des gardes ; ailleurs, c'est un PH en médecine polyvalente ayant un DU en dialyse qui est également sollicité pour en assurer.
- À La Réunion, un médecin du secteur public a signalé la collaboration d'un néphrologue externe à l'établissement pour cette permanence.
- Dans le Nord-Pas-de-Calais, dans un des hôpitaux évoqué plus haut dont l'équipe est réduite, un médecin urgentiste assistant de médecine générale participe aux gardes.
- Sont cités, par deux autres médecins, un urgentiste et un réanimateur mais sans précision sur le type de collaboration qu'ils apportent.

Par ailleurs, il était demandé : « **Sur une semaine, pouvez-vous indiquer en moyenne le temps passé aux visites régulières en salle de dialyse⁴² en nombre d'heures ?** »

Il s'agissait d'estimer la part d'activité correspondant aux tâches qui avaient donné lieu à une délégation à des infirmières « expertes » dans l'expérimentation réalisée à Lisieux (sous la responsabilité du docteur Landru). Rappelons que, dans le cadre d'un protocole national encadré par l'article 131 de la loi du 9 août 2004 et l'arrêté du 13 décembre 2004, lors des séances, la surveillance de certains paramètres de l'état clinique des patients était confiée à des infirmières de dialyse spécialement formées, les patients étant vus une fois par semaine par un médecin.

42. Il s'agit des visites destinées, lors des séances, à évaluer la situation clinique, vérifier les critères biologiques, réadapter le poids sec, renouveler une prescription... N'en font pas partie les interventions liées à une situation pathologique aiguë ou à des gestes techniques type ponctions de fistules difficiles, désobstruction d'un cathéter ou autres, ni les consultations périodiques de bilan hors séances...

L'objectif était de « réallouer le temps médical vers les consultations trimestrielles de dialyse et les consultations de néphrologie pour réduire le délai d'attente pour une consultation de néphrologie de nouveaux malades ». L'expérience a donné lieu à une évaluation positive, notamment quant à la qualité du suivi des patients et leur satisfaction (cf. le rapport « Cinq expérimentations de coopérations et de délégations de tâches entre professionnels de santé », Professeur Yvon Berland et Docteur Yann Bourgueil, juin 2006).

Cinq heures par semaine de temps médical avaient pu être ainsi dégagées pour l'ensemble du service. La reproduction de cette expérience est désormais possible, la loi HPST ayant prévu de donner un nouvel élan à des délégations entre professionnels, mais elle est actuellement suspendue dans l'attente de la parution de ses décrets d'application. Il paraissait cependant intéressant d'estimer le temps médical consacré à cette activité.

114 médecins ont déclaré consacrer une heure ou plus aux visites régulières en salle. Selon les cas, ce temps varie de 1 heure à 50 heures (un médecin à La Réunion). Pour 13 médecins, cette activité occupe au moins 25 heures hebdomadaires : 2 en Alsace, 1 en Auvergne, 5 à La Réunion (4 dans le secteur privé) et 5 dans le Nord-Pas-de-Calais (tous exerçant à l'hôpital public).

L'ensemble des heures déclarées correspond à 1 430 heures, soit un équivalent théorique total de 36 ETP⁴³. Même si, bien entendu, ce n'est pas la totalité de ce temps qui pourrait être épargné du fait de délégations à des infirmières expertes, ce calcul a le mérite d'illustrer l'existence de gains potentiels non négligeables, dont pourraient bénéficier le suivi des greffés ou les consultations de néphrologie clinique.

TABLEAU 16

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE RELATIVE AU NOMBRE D'HEURES HEBDOMADAIRES CONSACRÉES AUX VISITES RÉGULIÈRES EN SALLE DE DIALYSE, SELON LES RÉGIONS

	Temps consacré à la dialyse en ETP	Temps en nombre d'heures (hypothèse 1 ETP = en moyenne 40 heures)	Nombre d'heures hebdomadaires de surveillance	Part représentée par la surveillance régulière
Alsace	16,2	648	414	64%
Auvergne	12,1	484	255	53%
Nord-Pas-de-Calais	34	1 360	410	30%
La Réunion	13	520	351	68%
Total 4 régions	75,1	3 004	1 430	48%

Source : Enquête ONDPS - Questionnaire auprès des médecins.

43. Calcul effectué à partir d'un nombre d'heures hebdomadaires de travail de 40 heures.

Les points marquants de l'étude de ces quatre régions

Le diagnostic démographique établi fin 2008 montre :

- La nécessité de recourir à des enquêtes auprès des professionnels eux-mêmes pour appréhender tant les effectifs que le temps disponible et l'activité des médecins qui assurent la prise en charge de la maladie rénale au stade V chez l'adulte.
- La diversité de développement de chacune des modalités de traitement suivant les régions, l'Alsace se distinguant par la place majeure des UDM et de la dialyse péritonéale, au contraire du Nord qui a continué à porter l'accent sur l'autodialyse. Or, du fait des normes en vigueur, ces différentes options n'ont pas le même impact sur les ressources médicales requises.
- L'influence de la répartition territoriale et de l'organisation fonctionnelle des structures « nécessitant une médicalisation », sur les besoins en médecins, ce qui implique de porter attention notamment à la localisation précise des centres lourds et UDM (« géo-référencement »). Ce repérage géographique fin permet également de prendre la mesure de l'activité « multi-sites » des professionnels, laquelle connaît une ampleur différente selon les régions.
- L'hétérogénéité des ressources médicales disponibles au regard des effectifs de patients traités, avec des tensions qui peuvent affecter plus spécifiquement la prise en charge des dialyses comme à La Réunion, ou la greffe comme en Alsace.
- Des difficultés de recrutement pour des structures situées à distance des gros pôles urbains, surtout lorsque l'équipe médicale est de petite taille, dans le Nord-Pas-de-Calais et à La Réunion. Celles-ci pourraient conduire à court terme, si la structuration territoriale et l'organisation des équipes médicales ne se modifiaient pas, à des ruptures de l'offre de soins, d'autant que la prévalence de la maladie rénale au stade V y est supérieure à la moyenne.
- Des fragilités à moyen terme en Auvergne : du fait de l'étendue du territoire qui conduit à disperser les structures avec des équipes de taille réduite, et du fait des choix d'installation observés chez les jeunes néphrologues, il sera difficile de compenser les départs à la retraite dans les services les plus éloignés du CHU.



ise en perspective de ces observations avec le contexte national et les évolutions perceptibles

À ce stade, ce diagnostic régional doit être mis en perspective avec le contexte démographique national et ce que l'on perçoit de ses évolutions, mais aussi avec les données épidémiologiques et les autres évolutions annoncées pouvant impacter dans les prochaines années l'offre de soins en dialyse (changements de pratiques et de comportements, réorganisations en lien avec le contexte réglementaire ou avec les statuts...). Cette mise en perspective s'effectuera en référence aux problématiques soulignées par le rapport sur la démographie médicale hospitalière.

Le contexte démographique national de la discipline et ses évolutions prévisibles

L'examen conjoint des effectifs en activité et en formation permet d'établir un état des lieux de la situation démographique actuelle et des potentialités de renouvellement qui se déduisent des internes susceptibles à court terme d'assurer la relève.

■ ■ Les néphrologues en activité⁴⁴

DONNÉES FRANCE ENTIÈRE

Plusieurs enquêtes ont été conduites pour la Société française de néphrologie par M. le professeur Nivet⁴⁵ en 1992, 1995 et 2002. Elles se sont intéressées à l'ensemble des « forces vives » de la discipline. Ces enquêtes incluaient les chercheurs et ceux qui travaillent dans l'industrie pharmaceutique ainsi que les médecins n'ayant pas un diplôme reconnu dans ce domaine, qu'ils soient non spécialistes ou spécialistes d'autres disciplines (comme les néphrologues pédiatres, les PU-PH en médecine interne ou en physiologie...), dès lors qu'ils avaient une activité en néphrologie.

Le champ des sources administratives habituelles (ADELI, Ordre des médecins) est à l'évidence plus restreint. Lors de l'audition des représentants de la profession

44. Les chiffres globaux sont ceux du 1^{er} janvier 2009, tout récemment publiés par la DREES et l'Ordre.

Par contre, les répartitions selon les tranches d'âge et les secteurs d'exercice sont celles de 2008.

45. Nivet H., Maingourd C., Mignon F., 2003, « Démographie des néphrologues en France en 2002 », *Néphrologie*, vol. 24, n° 8, p. 431-436.

conduite par l'ONDPS⁴⁶ en 2004, ces différentes sources avaient été confrontées et certaines différences explicitées, les néphrologues constituant une des spécialités pour lesquelles elles étaient les plus marquées. Cependant, il est apparu nécessaire d'actualiser les données de 2003.

- La DREES, à partir du répertoire administratif ADELI et de la confrontation de plusieurs sources⁴⁷, estime à 1 308 le nombre des néphrologues « en activité globale » au 1^{er} janvier 2009 (ils étaient 1 114 en 2003).
- L'Ordre des médecins recense à la même date (*Atlas 2009*), 1 218 médecins « ayant une activité régulière » en néphrologie (1 035 en 2003, ce qui correspond à la même augmentation d'environ 2,9 % par an sur cette période).

La différence entre les deux provient, d'une part, du fait que les médecins reçus au concours de praticien hospitalier sans être qualifiés spécialistes dans la discipline sont comptabilisés comme spécialistes dans le répertoire ADELI, alors que l'Ordre ne les enregistre pas comme tels. D'autre part, la notion « d'activité régulière » utilisée par l'Ordre exclut les médecins en cessation temporaire d'activité et les remplaçants, contrairement à celle d'activité globale utilisée dans ADELI.

Il faut ajouter à ces spécialistes 147 médecins (32 généralistes et 115 spécialistes selon ADELI) reconnus compétents en néphrologie, sans qu'il soit certain que cette compétence soit utilisée.

Les femmes représentent 34 % des effectifs ; cependant la néphrologie est moins féminisée que la moyenne des spécialités médicales (40,9 % de femmes).

Les néphrologues se partagent, pour l'essentiel, entre trois secteurs différents⁴⁸ : environ 64 % d'entre eux exercent à l'hôpital public, 11,5 % en secteur associatif ou privé participant au service public et 24,5 % en secteur privé à but lucratif, cette répartition variant toutefois selon les régions. Ainsi la part des néphrologues libéraux exerçant en secteur privé à but lucratif est quasi négligeable en Bretagne, Franche-Comté et Poitou-Charentes, alors qu'elle dépasse 40 % en PACA et aux Antilles. À noter encore qu'au 1^{er} janvier 2009, selon SIGMED, 454 des 566 postes budgétés de praticien hospitalier temps plein dans les hôpitaux publics étaient occupés par un praticien titulaire⁴⁹ ; pour les temps partiels, 35 titulaires sur 46 postes étaient recensés.

L'âge moyen des néphrologues en activité (48,1 ans en 2009) augmente régulièrement comme pour l'ensemble des médecins, mais la profession est relativement plus jeune que les diplômés de médecine générale (49,2 ans en moyenne) et l'ensemble des spécialistes (50,8 ans).

46. *Rapport 2005 ONDPS*, tome 3, p. 81-84.

47. Sicart D., « Les médecins. Estimations au 1^{er} janvier... », *Document de travail*, série Statistiques, DREES, n° 127, octobre 2008 et n° 138, octobre 2009.

48. Selon les catégories enregistrées dans ADELI, la prévention, l'enseignement et la recherche (à titre exclusif), le contrôle, les autres secteurs représentaient 23 néphrologues, les centres de santé 10.

49. Source SIGMED-CNG. Ce taux de vacance statutaire (19,8 %), équivalant au taux moyen observé pour les spécialités médicales (20,5 %), est supérieur au taux de vacance réel, car les postes peuvent être occupés par des médecins à titre provisoire.

La part relative des 55 ans et plus est minimale dans les hôpitaux publics (24 % seulement), maximale (près de 42 %, en secteur associatif et dans les établissements privés participant au service public). Elle équivaut à un peu plus du tiers des effectifs du secteur privé à but lucratif.

Sur la totalité des néphrologues en activité en 2008, 28,7 % âgés de 55 ans et plus (soit environ 372) sont susceptibles de partir à la retraite au cours de la prochaine décennie⁵⁰. Entre 2008 et 2013, si l'on suppose la cessation d'activité à 65 ans, le flux annuel moyen de sortie devrait être d'environ 32 par an, puis augmenter autour de 42 les 5 années suivantes, les effectifs de la tranche d'âge âgée de 55 à 60 ans étant plus importants.

EFFECTIFS SELON LES RÉGIONS

Comme l'étude des 4 régions le montrait déjà, à l'échelle régionale, il existe de fortes disparités de densité avec des écarts du simple au double, la région la plus « dotée » eu égard à sa population étant le Limousin (*cf.* tableau 17). Cependant, dans le cas d'une maladie chronique comme l'insuffisance rénale chronique dont on sait qu'elle n'est pas distribuée de façon homogène sur le territoire, il est préférable d'utiliser les chiffres de patients « prévalents ». Ceux de l'enquête CNAMTS/DHOS en 2003, sur l'ensemble des régions, concernent les patients dialysés selon leur région de domicile ; ils illustrent pour les régions à forte prévalence, comme les DOM, mais aussi, dans une moindre mesure, PACA, les limites des données de population générale.

Grâce aux données REIN et au rapport d'activité de l'Agence de biomédecine 2007, on peut rapprocher les effectifs de néphrologues en activité (ADELI) des patients traités par dialyse ou porteurs d'un greffon fonctionnel au 31 décembre 2007 selon la région du traitement (ou du suivi) pour les 20 régions qui disposaient du registre. Le ratio patients greffés/patients dialysés diffère d'une région à l'autre (supérieur ou proche de 1 en Lorraine ou Rhône-Alpes notamment, inférieur à 0,7 à La Réunion et en Nord-Pas-de-Calais).

La population des dialysés est, bien entendu, hétérogène et ne requiert pas le même temps médical selon les modes de prises en charge et les individus. De la même façon, le temps médical que réclame un transplanté durant les premiers mois n'est pas comparable à celui d'un patient greffé depuis quelques années, si bien que les comparaisons entre régions sont délicates. À titre purement indicatif, le tableau 17 rapproche les effectifs de la population des patients traités pour insuffisance rénale terminale fin 2007 des effectifs de néphrologues au 1^{er} janvier 2008 dans chacune des régions.

Sur cette base, les deux régions qui ont le plus de patients traités par néphrologue en activité sont La Réunion et l'Alsace (64), suivies du Nord-Pas-de-Calais et du Centre (56) puis de la Lorraine (55). Les régions où ce chiffre est le plus faible sont le Limousin (35), l'Auvergne (41), puis à égalité Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes et Haute-Normandie (42).

50. Pour l'ensemble des spécialistes, les 55 ans et plus représentent 36,6 % des effectifs.

TABLEAU 17

**DÉMOGRAPHIE DES NÉPHROLOGUES EN ACTIVITÉ ET PATIENTS TRAITÉS PAR DIALYSE ET GREFFE
SELON LES RÉGIONS**

Néphrologie	Effectif en activité au 1 ^{er} janvier 2008	Effectif âgé de 55 ans et plus	Effectif âgé de 60 ans et plus	Densité pour 100 000 hab.	Prévalence dialyse brute 2003 par million d'hab. (patients domiciliés)	Nombre de patients domiciliés dans la région et traités en dialyse en 2003	Nombre de patients traités en dialyse dans la région fin 2007	Nombre estimé de malades adultes porteurs d'un greffon rénal fonctionnel 2007 par région de l'équipe de suivi	Nombre de patients adultes traités par dialyse dans la région ou porteurs d'un greffon fonctionnel par région de suivi	Nombre de patients traités pour IRCT (dialyse ou greffe) par néphrologue fin 2007
Antilles-Guyane	16	10	5	1,5	967	892	NR	84	NR	NR
Alsace	31	3	1	1,7	483	837	1 011 *	979	1 990	64
Aquitaine	54	21	13	1,7	599	1 743	1 535**	1 026	2 561	47
Auvergne	28	10	3	2,1	488	639	714	441	1 155	41
Basse-Normandie	24	7	1	1,7	419	596	649	553	1 202	50
Bourgogne	26	4	2	1,6	456	735	793	407	1 200	46
Bretagne	55	17	7	1,8	377	1 096	1 290	1 131	2 421	44
Centre	46	12	1	1,8	497	1 212	1 397	1 194	2 591	56
Champagne-Ardenne	26	12	3	1,9	431	579	754	647	1 401	54
Franche-Comté	23	5	3	2,0	413	461	NR	445	NR	NR
Haute-Normandie	33	8	4	1,8	445	792	868	529	1 397	42
Île-de-France	277	85	48	2,4	501	5 489	6 061	6 092	12 153	44
Languedoc-Roussillon	63	25	8	2,5	602	1 383	1 751	1 087	2 838	45
Limousin	23	6	3	3,2	485	345	389	413	802	35
Lorraine	41	10	4	1,8	476	1 100	1 162	1 086	2 248	55
Midi-Pyrénées	65	26	9	2,4	580	1 470	1 517	1 194	2 711	42
Nord-Pas-de-Calais	66	13	6	1,6	571	2 283	2 721	984	3 705	56
Pays de la Loire	76	19	9	2,2	355	1 144	NR	2 248	NR	NR
Picardie	31	6	1	1,6	465	863	956	599	1 555	50
Poitou-Charentes	29	8	3	1,7	396	649	695	525	1 220	42
PACA + Corse	116	30	13	2,3	671	3 196	3 600	1 565	5 165	45
La Réunion	21	4	2	2,7	1 181	834	1 063	288	1 351	64
Rhône-Alpes	126	31	12	2,1	451	2 544	2 960	3 373	6 333	50
France entière	1 296	372	161	2,1	513	30 882		26 890		49

* Données enquête initiale ONDPS.

** 1^{re} année de REIN.

Source : ADELI - DREES, Enquête CNAMTS - DHOS 2003, REIN, Rapport Agence de Biomédecine 2007.

Cet exercice, qui n'a pour ambition que de susciter le débat, montre la nécessité d'études complémentaires sur le temps médical théorique mobilisé par le suivi des patients, en fonction des modes de traitement. Leur intérêt serait double : d'une part, éclairer les politiques publiques à mettre en œuvre pour faire face à l'augmentation du nombre des patients insuffisants rénaux chroniques, d'autre part, orienter les prévisions pluriannuelles d'effectifs d'internes à former en néphrologie dans chaque région, conformément à la loi HPST.

■ ■ Les internes en néphrologie

Depuis 2006, l'ONDPS travaille avec ses comités régionaux sur la démographie des internes et, notamment, les effectifs d'inscrits dans chacune des régions par DES et par année d'inscription. On peut, sur ces bases, estimer la part du DES de néphrologie par rapport aux autres et élaborer des scénarios d'évolution, tenant compte de l'augmentation du *numerus clausus* (NC).

Pour accéder au DES de néphrologie, les étudiants doivent actuellement, à l'issue des épreuves classantes nationales (ECN), avoir été classés en rang utile pour obtenir un poste au sein de la discipline « spécialités médicales » (la plus prisée selon l'analyse effectuée régulièrement par la DREES). C'est seulement au début de leur troisième année d'internat que les internes s'inscrivent dans le DES de leur choix⁵¹. Ces inscriptions en 3^e année correspondent aux flux annuels d'entrée dans le DES.

TABLEAU 18

INSCRIPTIONS AU DES DE NÉPHROLOGIE OBSERVÉES ET PROJETÉES DE 2006 À 2011 - FRANCE ENTIÈRE

	Postes ouverts aux ECN 2004	Postes ouverts aux ECN 2005	Postes ouverts aux ECN 2006	Postes ouverts aux ECN 2007	Postes ouverts aux ECN 2008	Postes ouverts aux ECN 2009
Total postes d'internes	3 998	4 803	4 760	5 366	5 704	6 186
dont DES médecine générale	1 841	2 400	2 353	2 866	3 200	3 333
dont spécialités médicales hors filières	760	760	760	835	885	950
	Inscrits en 3 ^e année DES en 2006/2007	Inscrits en 3 ^e année DES en 2007/2008	Inscrits en 3 ^e année DES en 2008/2009	Estimation d'inscrits en 3 ^e année DES en 2009	Estimation d'inscrits en 3 ^e année DES en 2010	Estimation d'inscrits en 3 ^e année DES en 2011
Nombre d'internes	58	40	41	50	53	57

Source : Journal Officiel et Enquête Internes ONDPS.

51. Quinze autres spécialités médicales « recrutent » au sein de cette filière : anatomopathologie, cardiologie, dermatologie, endocrinologie, gastro-entérologie, génétique médicale, hématologie, médecine interne, médecine nucléaire, médecine physique et réadaptation, neurologie, oncologie, pneumologie, radiologie, rhumatologie.

Comme le montre le tableau 18, sur la France entière, 58 inscriptions au DES de néphrologie ont été enregistrées en 2006-2007, 40 en 2007-2008 et 41 en 2008-2009⁵². Durant ces 3 années, le nombre de postes aux ECN affectés à la discipline « spécialités médicales » est resté stable⁵³ et la néphrologie a représenté en moyenne 6 % du total de cette filière. Si l'on suppose les comportements constants pour les deux prochaines années, on peut estimer que les effectifs d'entrée dans le DES vont augmenter proportionnellement aux postes ouverts pour la discipline « spécialités médicales ».

Au-delà de 2011, en raison de l'accroissement du NC intervenu 6 ans avant, il faut s'attendre à un « redressement » brusque de la courbe d'évolution des effectifs : les promotions qui vont entrer en troisième cycle entre 2009 et 2013 devraient compter en moyenne sur la période plus de 6 600 internes, alors que les nouveaux inscrits en 2008-2009 sont issus d'un *numerus clausus* de 4 760 (ECN 2006).

D'autres éléments devraient influencer l'évolution des flux d'internes en néphrologie :

- **Le nombre d'inscrits en DCEM4** : si les effectifs totaux de postes ouverts aux ECN dépendent en théorie du *numerus clausus* en vigueur au moment où la promotion a débuté le cursus, en réalité ils diffèrent sensiblement du nombre d'étudiants effectivement inscrits en DCEM4 à l'issue du deuxième cycle. Il existe en effet depuis plusieurs années une assez grande différence entre les deux chiffres en raison de l'importance des redoublements en fin de second cycle (en 2007-2008 par exemple, il y avait 5 829 étudiants inscrits en DCEM4 pour 5 100 admis en PCEM2 5 ans plus tôt).
- **La part du DES de médecine générale** : entre 2004 et 2008, la proportion de postes ouverts en médecine générale est passée de 46 à 56 % des postes offerts aux ECN. En 2009, elle a été de 54 %. Si l'on compare le nombre total des postes offerts aux nouveaux internes en 2008 par rapport à 2004, on voit que le DES de médecine générale « absorbe » à lui seul 80 % de l'écart observé (+ 1 359 postes en médecine générale sur un différentiel de + 1 716 postes).
- **La disparition des filières actuelles** : la loi HPST prévoit en effet qu'un arrêté ministériel détermine pour une période de cinq ans le nombre d'internes à former par spécialité et par subdivision territoriale, « compte tenu de la situation de la démographie médicale dans les différentes spécialités concernées et de son évolution au regard des besoins de prise en charge spécialisée ». Ces dispositions, qui devraient s'appliquer dès les ECN 2010-2011, devraient réduire les distorsions entre les spécialités jusque-là « protégées » et les autres (dont la néphrologie), et permettre une régulation plus souple des flux des différents DES⁵⁴.

52. Il s'agit des internes issus des ECN 2004/2005, 2005/2006 et 2006/2007.

53. Alors que, dans le même temps, le nombre total de postes d'internes augmentait, lui, sensiblement.

54. Il s'agit d'une préconisation que l'ONDPS formule depuis 2004.

Dans ce contexte, pour estimer les flux annuels moyens qui pourraient résulter des promotions d'internes débutant leur 3^e cycle entre 2009-2010 et 2013-2014, des simulations ont été faites en supposant constants certains éléments et en en faisant varier d'autres. Le tableau suivant résume 6 scénarii.

D'une part, on a supposé (dans tous les cas de figure)

- que les capacités d'accueil exprimées en nombre de services agréés (164 en 2008-2009 selon le recensement ONDPS) ne constitueraient pas un frein à l'évolution des postes et pourraient être accrues au besoin,
- que les nouvelles conditions de choix ne modifieraient pas le poids relatif de la néphrologie par rapport aux autres DES inclus actuellement dans la discipline « spécialités médicales »,
- enfin, faute d'éléments sur l'évolution des DCEM4, on s'est basé sur les NC.

D'autre part, on a fait varier la part des internes de médecine générale dans le total des postes (56, 53 ou 50 % du *numerus clausus* moyen pour la période), ainsi que celle consacrée aux 16 DES de la discipline « spécialités médicales » (35 ou 38 %). En effet, si l'on suit les propositions des comités régionaux de l'ONDPS en 2009, établies à partir des perspectives démographiques de ces spécialités et des besoins de prise en charge des populations, son poids relatif devrait augmenter.

Comme le montrent les chiffres figurant dans les deux lignes du bas du tableau 19, selon la part de la médecine générale aux ECN entre 2010 et 2013 et la part consacrée aux spécialités médicales, on peut s'attendre à un nombre annuel d'inscrits au DES entre 61 et 76. Ces simulations montrent un très net redressement par rapport aux effectifs de diplômés observés entre 2001 et 2007 (29 en moyenne annuelle) et à celui des inscrits en 3^e année en 2008-2009 (41), dernière promotion connue.

TABEAU 19

DIFFÉRENTS SCÉNARII D'ÉVOLUTION DES INSCRIPTIONS AU DES

Postes ouverts aux ECN entre 2009/2010 et 2013/2014 (calcul sur la base NC moyen 6 633)	Si 56 % IMG/total d'internes	Si 53 % IMG/total d'internes	Si 50 % IMG/total d'internes
Si part des DES de la discipline spécialités médicales = 35 % du total des DES hors MG	1 021	1 091	1 161
Si part des DES de la discipline spécialités médicales = 38 % du total des DES hors MG	1 109	1 184	1 260
Flux entrée DES néphro			
Si part des DES de la discipline spécialités médicales = 35 % du total des DES hors MG	61	65	70
Si part des DES de la discipline spécialités médicales = 38 % du total des DES hors MG	67	71	76

Au regard de ces différents éléments sur les flux de formation, l'équilibre entre les flux annuels des départs en retraite (environ une quarantaine par an) et les effectifs « entrants » liés à la formation par le DES semble actuellement atteint. Le

collège universitaire des enseignants en néphrologie (CUEN) indique en effet avoir enregistré 55 diplômes délivrés en 2008. À plus long terme, sur la période 2009-2018, environ 540 DES devraient être formés⁵⁵, ce qui permettrait largement le renouvellement des 380 néphrologues âgés de 55 ans et plus à la date du 1^{er} janvier 2009, mais nécessitera d'adapter les capacités et les modalités de formation.

Ce bilan positif doit toutefois être complété par l'examen des situations régionales, notamment au regard de deux indicateurs : les diplômes délivrés entre 2001 et 2007 et les inscriptions en troisième année de 2006 à 2008 (tableau 20).

TABLEAU 20

CAPACITÉS D'ENCADREMENT ET DE FORMATION ET EFFECTIFS DES INTERNES EN NÉPHROLOGIE SELON LES RÉGIONS

Néphrologie	Nombre de postes budgétés de PH temps plein en CHU ou 31-12-2008	Nombre de PU-PH	Nombre de MCU-PH	Nombre de postes d'AHU, CCA ou PHU au 31/12/08	Nombre de services agréés	Effectifs d'inscrits au DES de néphrologie en 3 ^e année 2006	Effectifs inscrits en 3 ^e année 2007	Effectifs inscrits en 3 ^e année 2008
Antilles-Guyane	0	1	0	2	2	0	0	0
Alsace	5	2	0	2	5	1	2	3
Aquitaine	5	2	0	3	3	2	0	2
Auvergne	2	1	0	1	4	1	0	0
Basse-Normandie	3	2	0	1	5	2	2	3
Bourgogne	5	2	0	1	5	0	0	0
Bretagne	13	3	1	2	8	3	0	4
Centre	9	2	0	2	5	3	2	2
Champagne-Ardenne	5	1	0	1	3	2	0	1
Franche-Comté	3	1	0	1	4	2	0	2
Haute-Normandie	5	1	0	2	7	1	2	2
Île-de-France	28	17	7	18	28	10	7	9
Languedoc-Roussillon	10	2	0	2	6	2	2	2
Limousin	3	2	0	1	2	0	0	0
Lorraine	2	3	0	1	7	2	2	3
Midi-Pyrénées	11	4	1	3	8	4	6	1
Nord-Pas-de-Calais	4	3	0	2	16	6	5	1
Pays de la Loire	7	3	0	3	7	1	1	1
Picardie	7	1	0	2	5	2	0	1
Poitou-Charentes	5	2	0	1	5	3	1	0
PACA + Corse	10	5	0	4	5	3	2	1
La Réunion	0	0	0	0	2	0	0	0
Rhône-Alpes	19	8	0	7	22	8	6	3
France entière	161	68	9	62	164	58	40	41

Source : Journal Officiel et Enquête Internes ONDPS, SIGMED.

55. Le CUEN dit s'attendre à des flux de 60 internes par an et réfléchit aux adaptations de la formation (notamment en ce qui concerne les deux séminaires nationaux qu'il organise annuellement).

■ ■ Les régions où s'installent les jeunes néphrologues : bilan diplômés/débutants à l'Ordre en néphrologie de 2001 à 2007

À l'échelle de la France entière, les nouvelles inscriptions à l'Ordre entre 2001 et 2007 dépassent le nombre des diplômés formés sur la même période puisque l'on recense 225 nouveaux inscrits à l'Ordre (soit 32 par an) pour 206 diplômés. Cet écart s'explique par quelques « doubles comptes⁵⁶ », mais surtout par l'inscription de néphrologues formés à l'étranger et autorisés à exercer. Au 1^{er} janvier 2007, l'Ordre des médecins recensait en effet 96 inscrits de nationalité européenne et extra-européenne⁵⁷, la néphrologie étant une des spécialités pour lesquelles ils constituent une fraction relativement importante des effectifs en activité (8 % des inscrits⁵⁸).

Mais les situations régionales sont hétérogènes (tableau 21).

TABEAU 21

COMPARAISON SUR LA PÉRIODE 2001-2007 DES FLUX DE SORTIE, DES DIPLÔMÉS ET DES INSCRITS POUR CHAQUE RÉGION

Néphrologie	Effectif en activité au 1 ^{er} janvier 2008	Effectif âgé de 55 ans et plus	Flux estimé de départs en retraite sur 7 ans	Nombre de diplômés délivrés de 2001 à 2007	Solde installés/diplômés	Solde entrées/sorties (à NC stable)
Antilles-Guyane	16	10	7	Sans objet	NR	NR
Alsace	31	3	2	11	-1	Positif
Aquitaine	54	21	15	11	-6	Négatif
Auvergne	28	10	7	3	1	Négatif
Basse-Normandie	24	7	5	10	-4	Positif
Bourgogne	26	4	3	0	2	Négatif
Bretagne	55	17	12	4	1	Négatif
Centre	46	12	8	4	4	Négatif
Champagne-Ardenne	26	12	8	3	0	Négatif
Franche-Comté	23	5	4	4	2	Positif
Haute-Normandie	33	8	6	12	0	Positif
Île-de-France	277	85	60	44	17	Négatif
Languedoc-Roussillon	63	25	18	10	-1	Négatif
Limousin	23	6	4	6	1	Positif
Lorraine	41	10	7	6	0	Négatif
Midi-Pyrénées	65	26	18	16	1	Négatif
Nord-Pas-de-Calais	66	13	9	18	-2	Positif
Pays de la Loire	76	19	13	10	2	Négatif
Picardie	31	6	4	3	-2	Négatif
Poitou-Charentes	29	8	6	4	0	Négatif
PACA + Corse	116	30	21	8	3	Négatif
La Réunion	21	4	3	Sans objet	NR	NR
Rhône-Alpes	126	31	22	18	2	Négatif
France entière	1 296	372	260	206	19	Négatif

Source : ADELI - DREES, ONDPS, CNOM.

Si la plupart d'entre elles ont un « bilan » équilibré (écart nul, ou égal à une inscription en plus ou en moins, par rapport au nombre de diplômés), le différentiel est négatif en Picardie (3 DES formés, 1 inscrit dans la région), dans le Nord-Pas-de-Calais (18 DES, 16 inscrits) mais surtout en Basse-Normandie (10 DES, 6 inscrits) et en Aquitaine (11 DES, 5 inscrits).

Enregistrent au contraire, sur cette période, plus de néphrologues inscrits qu'elles n'ont délivré de diplômes la Franche-Comté (+2), les Pays de la Loire (+2) et Rhône-Alpes (+ 2), PACA (+3), le Centre (+4), et surtout l'Île-de-France (+17: 44 DES mais 61 inscrits).

L'interprétation de ces écarts doit être prudente: un bilan négatif peut traduire la saturation temporaire des postes dans la région; un bilan positif peut ne pas s'accompagner d'un accroissement significatif de moyens humains s'il résulte d'autorisations d'exercice de médecins étrangers déjà en activité.

■ ■ Les perspectives démographiques, région par région, compte tenu des flux d'entrées connus et des « sorties » prévisibles (départs à la retraite)

À ce stade, en confrontant, pour chacune des régions, les prévisions de sortie sur 7 ans (d'après les effectifs de néphrologues en activité de 55 ans et plus) et le bilan des entrées observées entre 2001-2007 (installés/diplômés) et en raisonnant à NC constant, on peut identifier quelques situations particulières de fragilité.

Il y a tout d'abord bien évidemment La Réunion et les Antilles-Guyane qui ne forment pas d'étudiants en troisième cycle et dépendent des autres régions pour le remplacement des départs en retraite.

La Lorraine et la Picardie devraient perdre plus de néphrologues qu'elles n'en forment et, au vu de leurs bilans, ne parviennent pas à attirer suffisamment de jeunes diplômés formés ailleurs. L'Aquitaine est dans la même situation; elle assure la formation en troisième cycle des étudiants des DOM et une partie de ses diplômés la quitte pour rejoindre leur département d'origine.

Cette analyse conjointe des données sur les effectifs en activité, en formation et les « soldes » montre également que des régions, globalement attractives pour les spécialistes, vont avoir un nombre élevé de départs en retraite, supérieurs à leurs flux de formation, ce qui pourrait entraîner un « appel d'air » vers ces régions et déséquilibrer la situation des autres. C'est le cas de l'Île-de-France, de PACA, du Languedoc-Roussillon et, dans une moindre mesure, de Rhône-Alpes. Comme le montre l'étude auprès des jeunes néphrologues, la mobilité des jeunes générations paraît assez forte, y compris hors des régions de formation.

56. Au début de la période, essentiellement.

57. 47 % sont originaires d'Afrique du Nord, mais les flux en provenance des pays européens frontaliers sont également notables.

58. Étude CNOM déjà citée.

En définitive, toutes les régions n'étant pas à égalité dans la « compétition » pour attirer ou retenir la ressource médicale, les déséquilibres pourraient se majorer malgré l'augmentation des effectifs de néphrologues, alors que le nombre de patients à prendre en charge devrait continuer à augmenter partout, compte tenu du profil épidémiologique de l'insuffisance rénale chronique.

Évolutions épidémiologiques

Si les études épidémiologiques sont de plus en plus nombreuses et parlantes⁵⁹ à l'échelle nationale et internationale, elles sont encore rares à l'échelle des régions. Comme l'écrit l'Agence de biomédecine dans sa contribution au rapport 2007 sur l'état de santé de la population en France, le taux d'incidence annuel moyen par million d'habitants de l'insuffisance rénale terminale traitée standardisée sur l'âge et le sexe s'établit autour de 139 en 2005 dans les 13 régions qui participaient au Réseau épidémiologique et information en néphrologie (REIN). Dans les 7 régions pour lesquelles les données ont été recueillies sur 3 années consécutives, ce taux ne varie pas de façon significative, ce qui suggère une stabilisation de l'incidence conforme à celle constatée dans d'autres pays européens.

Cependant, les données et le recul manquent pour étudier les éventuelles variations interrégionales d'incidence (notamment dans les régions où la part des néphropathies diabétiques et des néphropathies vasculaires est forte, comme le Nord et La Réunion). Par ailleurs, il serait intéressant d'étudier l'évolution du nombre de nouveaux patients « lourds et intermédiaires » qui sollicitent plus spécifiquement les ressources en néphrologues. Selon toute vraisemblance, ce nombre dépend partiellement des effectifs de néphrologues et de l'offre de soins régionale.

Quoi qu'il en soit, d'après le rapport annuel REIN 2007 et « sous réserve de confirmation sur plus grande période », on observe une augmentation d'environ 4 % de la prévalence des cas dialysés entre 2004 et 2007, alors que, parallèlement, le nombre de malades porteurs d'un greffon rénal fonctionnel continue d'augmenter de 4 % par an. Ainsi, comme pour beaucoup de pathologies chroniques liées au vieillissement, l'augmentation simultanée du nombre de patients à traiter et de leur durée de vie (en raison des progrès dans la prise en charge) pose un vrai défi pour la démographie des professionnels de santé impliqués et l'adaptation de l'organisation des soins à l'échelle nationale.

Ce contexte devrait s'accompagner d'une vigilance particulière sur l'équité interrégionale d'accès aux traitements, compte tenu des disparités de prévalence,

59. Il n'est pas question ici de détailler les raisons de cette augmentation. Se reporter en particulier à Jungers P., Robino C., Choukroun G., Touam M., Fakhouri F. et Grünfeld J.-P., 2001, « Évolution de l'épidémiologie de l'insuffisance rénale chronique et prévision des besoins en dialyse de suppléance en France », *Néphrologie*, vol. 22, n° 3, p. 91-97.

de la répartition territoriale déséquilibrée des établissements de santé et des comportements d'installation des médecins.

Évolutions liées aux changements de comportements dans les choix d'activité professionnelle et d'exercice : les villes d'installation des jeunes néphrologues interrogés

L'enquête auprès des jeunes néphrologues formés en Alsace, en Auvergne et dans le Nord-Pas-de-Calais entre 1996 et 2006⁶⁰, même s'il ne s'agit pas d'un échantillon statistiquement représentatif, fournit des éléments intéressants sur les orientations de la jeune génération, en complément de ceux concernant le choix de la région d'exercice.

Grâce aux responsables universitaires, 39 « jeunes » ont été interrogés, qu'ils exercent effectivement dans leur région de formation ou non (aucun perdu de vue) : soit 21 hommes et 18 femmes. 27 exercent au sein d'établissements publics, 6 en clinique privée et 6 dans des cliniques ou des associations participant au service public hospitalier.

Comme l'avait déjà montré l'enquête du Club des jeunes néphrologues présentée à la Société de néphrologie 2004⁶¹, la néphrologie est « une spécialité pleine d'atouts », notamment son côté multidisciplinaire, « et qui ne déçoit pas ». Les craintes de « fuites » vers d'autres secteurs d'activité pour échapper aux contraintes de la discipline ne semblent pas vérifiées d'après notre échantillon :

- deux néphrologues se sont orientés à temps plein et de façon exclusive vers la réanimation médicale,
- un autre se consacre uniquement à la greffe (à hauteur de 0,8 ETP) et à la néphrologie clinique dans un centre hospitalo-universitaire,
- deux autres, enfin, se partagent de façon exclusive entre la néphrologie clinique et l'enseignement-recherche,
- de sorte que 5 « jeunes néphrologues » seulement sur 39 déclarent n'avoir aucune activité de dialyse.

Ce domaine d'activité ne paraît pas réellement délaissé. En revanche, leurs réponses montrent qu'ils optent pour un autre équilibre que celui de leurs aînés entre les différents segments d'activité : la néphrologie clinique et la greffe occupent la part prédominante (55 %), même si la dialyse est loin d'être marginale (38 %)⁶².

En ce qui concerne leur modalité de travail, la grande majorité exerce à temps plein, à l'exception de deux femmes actuellement temps partiel (0,8 ETP pour

60. Cf. l'annexe « Méthodes et Sources ».

61. Résumé consulté en 2009 sur le site Internet : <http://www.clubjeunesnephros.fr/>

62. Ces pourcentages sont identiques à ceux des 48 néphrologues de moins de 44 ans en activité dans les quatre régions ayant répondu à l'enquête.

l'une, 0,75 pour l'autre). Les questionnaires (tant des médecins en activité que des jeunes nouvellement formés) ne demandaient pas le nombre d'heures hebdomadaires de travail, étant donné la fragilité de telles données déclaratives. On ne peut donc pas se prononcer sur une éventuelle réduction de la production de soins moyenne par médecin.

La différence la plus frappante, avec la génération de néphrologues nés avant les années soixante, concerne la ville d'exercice et le type d'établissement. Sur 59 jeunes néphrologues (dont certains formés en PACA) pour lesquels on connaît la ville où ils travaillent, 52 exercent actuellement au sein de pôles urbains importants (catégorie de TDUU de plus de 150 000 habitants), trois autres travaillent dans des pôles urbains comptant entre 100 000 et 150 000 habitants, et 4 seulement dans des zones urbaines de taille inférieure à 70 000 habitants.

L'implantation des centres lourds et UDM actuels est loin de correspondre à ces aspirations. Ne pouvant étudier les caractéristiques des communes d'implantation des 371 centres et UDM recensés dans SAE fin 2007, on s'est centré sur les 107 centres lourds ou UDM, situés dans des hôpitaux publics hors CHU, sur la base du fichier SIGMED du CNG.

La répartition qui figure dans le graphique ci dessous montre que les objectifs affichés dans tous les SROS IRC de rapprocher les lieux de traitement du domicile des patients nécessitant une surveillance médicalisée devraient être difficiles à atteindre !

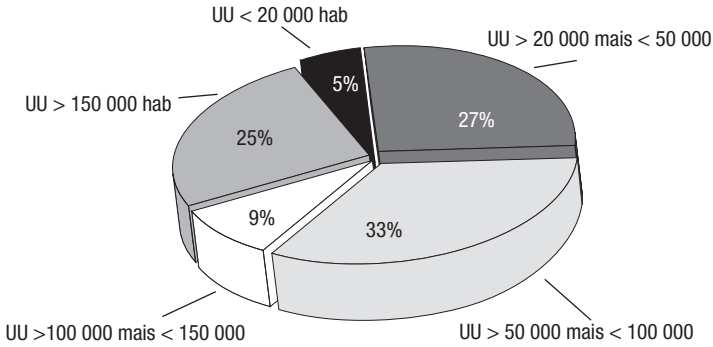
Ce constat n'est, bien entendu, pas propre aux néphrologues sans doute, comme l'indique l'étude de la DRASS du Nord-Pas-de-Calais citée plus haut : « à l'intérieur même du Nord-Pas-de-Calais, les médecins récemment diplômés exercent plus souvent leur activité dans la zone de proximité de Lille : plus de la moitié travaillent sur ce territoire, contre un tiers seulement de l'ensemble des médecins ».

L'auteur fait un autre constat convergent avec les réponses de l'enquête : « ils sont également plus souvent salariés, notamment en secteur hospitalier : les deux tiers sont dans ce cas, dont la moitié sont employés par le CHU... Ce profil d'emploi lors de la première activité se retrouve chez les médecins généralistes comme chez les spécialistes ». Sur les 38 observations comportant le type d'établissement, 17 médecins exercent en CHU⁶³.

63. Il pourrait y avoir un biais dans la mesure où la majorité des non-répondants viennent de PACA et sont peut-être plus souvent en secteur libéral ou associatif. Pour les 26 observations hors PACA, 10 exercent en CHU.

GRAPHIQUE 6

RÉPARTITION DES CENTRES OU UDM DES HÔPITAUX PUBLICS NON CHU, SELON LES TRANCHES DÉTAILLÉES D'UNITÉS URBAINES DE LEURS COMMUNES D'IMPLANTATION



Source : SAE 2007 traitement ONDPS.

En résumé, les aspirations des jeunes néphrologues ne diffèrent pas de celles des autres jeunes médecins. L'exemple de cette spécialité conforte les inquiétudes et les mises en garde des experts, notamment celles exprimées dans le rapport sur la démographie médicale hospitalière.



trois scénarii pour éclairer les choix

Les perspectives qui peuvent se déduire de ce diagnostic démographique national et régional de la démographie et des tendances à l'œuvre sont loin d'être assurées, même si certains éléments suscitent des inquiétudes. Des décisions sont susceptibles de les modifier sensiblement. Une des manières de réfléchir aux différents leviers d'action consiste à dessiner des scénarii en prolongeant certaines tendances observées, tout en modifiant d'autres facteurs déterminants... Trois (parmi d'autres possibles) sont proposés ici :

→ **Le premier consiste à maintenir inchangés le contexte réglementaire (décrets de 2002 en particulier) et les modalités de régulation :** il laisse aux seules agences régionales de santé le soin d'apprécier et de gérer les autorisations, notamment au travers des SROS (sans outil permettant de comparer la situation locale avec celle des autres régions).

Dans ces conditions, pour les régions au nord de la Loire, la mise au point des SROS₄ IRC sera délicate, compte tenu de l'écart croissant entre le diagnostic des besoins, les exigences des décrets et les réalités locales de la démographie des professionnels.

Si les centres situés dans les villes de CHU pourraient fonctionner avec l'encadrement requis, les difficultés de recrutement des centres lourds « périphériques » seraient de nature à entraîner des fermetures et des transferts de patients les plus fragiles vers des centres plus éloignés de leur domicile. Celles-ci seront d'autant plus douloureuses pour les patients qu'elles interviendront parfois dans un contexte de crise, lorsque le seul médecin encore présent devra brutalement cesser son activité.

Des propositions d'équipes territoriales mutualisées seront émises ; mais l'organisation d'une permanence de néphrologue durant les séances sur chaque site s'avérera délicate dans les faits. Les plages horaires de dialyse risquent donc d'être réduites en fonction des disponibilités et de la taille de l'équipe, avec des regroupements temporaires pendant les périodes de vacances. Dans certaines régions, la dimension du « territoire » des équipes s'agrandira au niveau du département, voire au-delà.

En contrepartie, pour faire face à l'augmentation des patients les ARS encourageront également largement les initiatives en faveur de la délégation des tâches à des infirmières expertes et, dans les villes sièges de CHU, si la démographie le permet, autoriseront quelques créations de centres privés ou associatifs, ainsi que des extensions de capacité, de sorte que tous les centres aient au moins 22 postes.

En revanche, dans les régions attractives, les départs en retraite étant compensés par l'arrivée de néphrologues formés dans les autres régions, les SROS₄ s'orienteront vers le maintien à quelques exceptions près (dans les secteurs les plus éloignés des pôles très urbanisés) des centres existants. De plus, l'augmentation du nombre de patients conduira les ARS à autoriser des créations supplémentaires de centres et d'UDM, en particulier dans les zones urbaines de taille conséquente. En l'absence d'incitation à l'optimisation du temps médical, la capacité moyenne de ces centres lourds restera relativement faible (par rapport à celle des régions décrites plus haut) et les délégations de tâches se développeront de façon plus timide.

Le système d'information existant étant actuellement défaillant et « inadapté au pilotage de la démographie des établissements de santé⁶⁴ » comme celle des professionnels qui y exercent, la plus ou moins grande tolérance vis-à-vis de ces situations contrastées selon les régions et les territoires dépendra en fait des usagers.

→ Le second scénario consiste à imaginer une organisation de l'offre de soins calquée sur le modèle d'exercice porté par la jeune génération, sans modifier le contexte réglementaire ou les modes de régulation.

Dans toutes les régions, on assisterait à un mouvement de concentration des centres et des UDM dans les gros pôles urbains, avec des équipes médicales pouvant atteindre 10 néphrologues⁶⁵. Quelques gros centres périphériques seraient maintenus, par dérogation aux normes de 2002, sous condition que leur encadrement soit assuré grâce à la venue d'un médecin d'un centre « référent » durant les plages horaires d'ouverture⁶⁶ (chacun assurant par roulement un jour par semaine), à des équipes d'infirmières expertes locales et des liaisons par télé-médecine avec l'équipe de référence. Les patients en dialyse seraient invités à se rendre régulièrement en consultation auprès de celle-ci pour faciliter les investigations complémentaires et éviter la multiplication des déplacements des médecins. La population de dialysés « anciens » vivant en zone rurale serait soumise à de fortes contraintes pour accéder à un avis médical spécialisé.

Par ailleurs, lors du démarrage des traitements, une politique active de promotion de la dialyse péritonéale et de la transplantation (éventuellement avec donneurs vivants) serait menée pour réduire la file active des dialysés.

En parallèle, les consultations de néphrologie clinique occuperaient une part significative du temps médical, ce qui pourrait accroître les chances d'une identification précoce de l'insuffisance rénale chronique et d'un traitement actif visant à en ralentir la progression.

Les inégalités régionales de taux d'encadrement persisteraient et se creuseraient du fait de migrations interrégionales plus fréquentes, liées aux opportunités qu'of-

64. Cf. la première proposition du rapport sur la démographie médicale hospitalière.

65. Comme le préconise la mission concernant la promotion et la modernisation des recrutements médicaux à l'hôpital public.

66. L'amplitude des horaires d'ouverture serait adaptée à ce mode de fonctionnement et donc réduite au minimum.

frira le départ en retraite des néphrologues des régions attractives. Cependant, quelques équipes régionales dynamiques parviendraient à conserver une attractivité en raison de la qualité du partenariat existant au sein du « réseau » régional (capacité à associer les nouveaux installés à la formation initiale et la recherche clinique par exemple, initiatives en réseau pour le développement professionnel continu...) et d'une politique active de greffe et de prévention de l'insuffisance rénale chronique.

Comme précédemment, les points éventuels de « rupture » pourraient dépendre de l'ampleur des écarts entre régions et des déplacements imposés aux patients.

→ Le troisième scénario consiste à faire de l'équité d'accès aux traitements (dialyse et greffe) entre régions une priorité et à adapter en conséquence le dispositif de pilotage et de régulation.

Un groupe de travail, s'appuyant sur les institutions ayant une expertise et des données sur le sujet, serait chargé de mettre au point avant le démarrage des nouveaux SROS un corpus restreint d'indicateurs de diagnostic harmonisés permettant les comparaisons. Ces diagnostics contribueraient à argumenter les propositions d'effectifs d'internes de néphrologie à former par région. L'ensemble des données recueillies seraient mises à disposition des ARS et régulièrement actualisées. Ces indicateurs s'intéresseraient également au temps médical dédié à la transplantation.

En parallèle, les textes seraient réexaminés, de manière à ce que leur rédaction encourage les augmentations de capacités des structures actuelles, conditionne les créations de structures nouvelles au rééquilibrage des situations régionales, facilite l'organisation d'équipes médicales territoriales conséquentes et les délégations de tâches, enfin permette l'usage éventuel de la télémédecine. Les modalités de financement des activités en dialyse introduiraient une part de forfaitisation et valoriseraient la prise en charge des patients dialysés à domicile (DP ou HD), le suivi des greffés (sous condition d'avoir la qualification requise et d'être « accrédité » à le faire). Les consultations de néphrologie clinique seraient revalorisées.

Cet exercice des scénarios, qui pousse les logiques à leur extrême, comporte de ce fait une part de caricature. Il n'est qu'un outil destiné à susciter la réflexion et les débats.

Il permet d'insister également sur la pertinence, pour la néphrologie, du diagnostic réalisé par la mission « Démographie médicale hospitalière » et de certaines de ses propositions.

En premier lieu, la nécessité de disposer d'un système d'information performant et adapté au pilotage de la démographie des établissements. En ce qui concerne la connaissance de l'offre de soins destinée à prendre en charge les insuffisants rénaux chroniques, notamment les dialysés, et les ressources médicales mobilisées, deux outils font actuellement défaut dans le système d'information : d'une part, le géo-référencement des structures pour identifier les sites

d'exercice (l'application Diadem de l'Agence de biomédecine, qui est associée au recueil informatisé des données du registre REIN, le prévoit, mais toutes les régions ne l'ont pas encore adopté ; c'est le cas aussi de l'identification des établissements géographiques dans SAE), d'autre part, le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS, en cours de déploiement). Compte tenu de la pluralité des modes et des lieux d'exercice des professionnels, on ne peut appréhender les ressources médicales qu'à partir de données recueillies auprès des professionnels eux-mêmes. Ce répertoire, s'il est actualisé régulièrement, devrait permettre des comparaisons régionales sans recourir à des enquêtes *ad hoc*.

En second lieu, la nécessité d'une réorganisation profonde de l'offre de soins et des établissements de santé au niveau territorial.

Dans l'exemple de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, la recherche d'équité dans l'accès aux soins comporte une dimension à la fois infra-régionale et « suprarégionale » pour rechercher un meilleur équilibre entre les régions, compte tenu du principe de liberté d'installation et des difficultés de certaines d'entre elles à attirer ou retenir les professionnels.

Des délégations des tâches ont été expérimentées et évaluées. Il conviendrait d'en faciliter la mise en œuvre effective et de poursuivre d'autres expériences dans ce sens.



La néphrologie est une spécialité qui s'est construite dans une logique de proximité pour faciliter aux patients l'accès au traitement par dialyse. Elle illustre parfaitement les constats et les perspectives dessinées par le rapport sur la démographie hospitalière.

Or cette évolution entre à présent en contradiction avec, d'une part, l'évolution annoncée de la démographie médicale, d'autre part, les aspirations des jeunes générations de spécialistes.

L'évolution de la démographie, en effet, imposera de plus en plus la nécessité de regrouper les médecins spécialistes autour des plateaux médico-techniques afin qu'une masse critique suffisante de médecins et personnel paramédical soit disponible pour répondre aux exigences de la permanence des soins, de la sécurité des patients, de la qualité des prises en charge, comme c'est le cas pour l'hémodialyse régie par des normes qui font l'objet de décrets.

Les plus jeunes, quant à eux, expriment de plus en plus le souhait d'un travail collectif, en équipe, qui offre par ailleurs l'avantage de permettre de disposer de plages horaires nécessaires à une vie familiale et sociale qualifiée comme devant être « normale », notamment pour les jeunes femmes.

Dans la programmation des nouveaux SROS touchant à l'insuffisance rénale terminale, il sera indispensable d'éviter de continuer à multiplier les centres de dialyse, mais plutôt d'exiger leur concentration, voire leur mutualisation.

A

nnexes

Principaux sigles et abréviations utilisés

ABM, Agence de biomédecine
AD, Autodialyse
ADELI, Automatisation des listes des professions de santé
AHU, Assistants hospitalo-universitaires
AP-HM, Assistance publique-Hôpitaux de Marseille
ARH, Agence régionale de l'hospitalisation
ARS, Agence régionale de santé
AURA, Association pour l'utilisation du rein artificiel de la région Auvergne
AURAL, Association pour l'utilisation du rein artificiel de la région Alsace
AURAR, Association pour l'utilisation du rein artificiel à La Réunion
CH, Centre hospitalier
CHR, Centre hospitalier régional
CHU, Centre hospitalier universitaire
CL, Centre lourd
CNAMTS, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNG, Centre national de gestion
CNOM, Conseil national de l'Ordre des médecins
CRAM, Caisse régionale d'assurance maladie
CUEN, Collège universitaire des enseignants en néphrologie
DCEM, Deuxième cycle des études médicales
DES, Diplôme d'étude spécialisée
DHOS, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DOM, Départements d'outre-mer
DP, Dialyse péritonéale
DRASS, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DU, Diplôme d'université
ECN, Examen classant national (ex-ENC)
EER, Épuration extrarénale
ETP, Équivalent temps plein
ERSM, Échelon régional du service médical
FINESS, Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
HAS, Haute autorité de santé
HD, Hémodialyse à domicile
HPST, Hôpital, patients, santé, territoires
IDE, Infirmier diplômé d'État

IGAS, Inspection générale des affaires sociales
IMG, Interne de médecine générale
INSEE, Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES, Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IRC, Insuffisance rénale chronique
MCU-PH, Maître de conférence des universités - praticien hospitalier
MRS, Mission régionale de santé
NC, *Numerus clausus*
ONDPS, Observatoire national de la démographie des professions de santé
PAC, Praticiens adjoints contractuels
PACA, Provence-Alpes-Côte d'Azur
PCEM, Premier cycle des études médicales
PHTP, Praticien hospitalier à temps plein
PH, Praticien hospitalier
PSPH, Participant au service public hospitalier ; établissements privés faisant fonction d'hôpitaux publics
PU-PH, Praticien universitaire-praticien hospitalier
PU, Praticien universitaire
REIN, Réseau épidémiologique et information en néphrologie
RPPS, Répertoire partagé des professionnels de santé
SAE, Statistique annuelle des établissements
SIGMED, Système d'information et de gestion des personnels médicaux
SFN, Société française de néphrologie
SRoS, Schéma régional d'organisation des soins
TDUU, Tranches détaillées d'unités urbaines
UDM, Unité de dialyse médicalisée

■ Les professionnels associés, les collaborations et les contributeurs

■ ■ Membres du groupe de travail initial ONDPS

Martine BURDILLAT, secrétaire générale de l'ONDPS

Dr Julien BOUVENOT, assistant hospitalo-universitaire en santé publique, AP-HM

Pour l'Alsace,

Dr Brigitte HOELT, médecin-conseil à la direction du service médical d'Alsace-Moselle

Pour l'Auvergne,

Pr Patrice DETEIX, doyen de la Faculté de médecine de Clermont-Ferrand

Dr Pâquerette LONCHAMBON, médecin inspecteur de santé publique à la DRASS d'Auvergne

Pour le Nord-Pas-de-Calais,

Dr My May CAO, médecin inspecteur de santé publique à la DRASS du Nord-Pas-de-Calais

Pour La Réunion,

Christine CATTEAU, statisticienne à la DRASS de La Réunion

Dr Christine GILBERT, conseiller médical à l'ARH de La Réunion.

■ ■ Les experts et professionnels des régions ayant participé à la seconde phase de l'étude

Pr Patrice DETEIX, doyen de la Faculté de médecine de Clermont-Ferrand, responsable du pôle néphrologie-transplantation-dialyse-réanimation médicale, hôpital Gabriel-Montpied, CHU de Clermont Ferrand

Pr Michel DRACON, coordonnateur du DES de néphrologie, pôle de néphrologie, secteur d'hémodialyse chronique et d'entraînement à domicile, CHRU de Lille

Pr Bruno MOULIN, président du Collège universitaire des enseignants universitaires de néphrologie (CUEN), service de néphrologie-dialyse-transplantation rénale, Nouvel Hôpital civil - Hôpitaux universitaires de Strasbourg

Dr Cécile LESSORE DE SAINTE FOY, présidente du Club des jeunes néphrologues, PH service de néphrologie, CHRU de Lille

Dr Philippe PETITJEAN, chef de service de néphrologie du CH de Mulhouse

Dr François CHANTREL, coordonnateur REIN Alsace, CH de Colmar

Dr Christian DABOT, coordonnateur REIN Auvergne, CH de Montluçon

Dr Vincent LEMAITRE, coordonnateur REIN Nord-Pas-de-Calais, CH de Valenciennes, ainsi que l'équipe de Néphronor : M. Sébastien GOMIS, Mme Latifa BOUSAÏD

Dr José GUISERIX, coordonnateur REIN La Réunion - groupe hospitalier Sud-Réunion,

Dr Isabelle LANDRU, service de néphrologie et d'hémodialyse, CH de Lisieux

Dr Éric EKONG, chargé de mission, sous-direction de l'organisation des soins à la DHOS

■ ■ Les collaborations

Dr Cécile COUCHOUD, coordination nationale REIN, Agence de biomédecine

Émilie SAVOYE, Biostatisticienne, Agence de biomédecine
Danielle TOUPILLIER, directrice du Centre national de gestion
Séverine BUISINE et Odile ROMAIN, statisticiennes (CNG)
Fabienne BRONCAS (DRASS Auvergne)
Françoise MACRON (DRASS Nord-Pas-de-Calais)
Marie-Agnès VALCU (DRASS Alsace)
Arnaud FIZZALA (DREES)
Daniel SICART (DREES)
Marie-Claude MOUQUET (DREES)
Magali COLDEFY (IRDES)

■ ■ Les contributeurs

Les travaux dont ce tome constitue la synthèse ont été présidés par le professeur
Yvon BERLAND

■ ■ L'élaboration de ce tome a été assurée par :

Dr Dominique BAUBEAU, chargée de mission à l'ONDPS

■ ■ Avec la collaboration de :

Dr Mario MILLAN, adjoint au chef de bureau Démographie et formations initiales des
professions de santé, sous-direction des ressources humaines du système de santé
(DHOS)

Mylène CHALEIX, chef de bureau « Établissements de santé » (DREES).

Liste des tableaux et des graphiques

Tableau 1: Patients adultes « prévalents » au 31 décembre 2008 dans les quatre régions (Données des registres REIN, sauf pour La Réunion)	14
Tableau 2: Répartition des patients « prévalents » au 31 décembre 2008 selon le type de prise en charge et les régions (Données REIN et enquête prévalence ARH pour La Réunion) et graphiques de la répartition des patients traités selon le type de prise en charge en Alsace, Auvergne, Nord-Pas-de-Calais, La Réunion	15
Graphique 1: Évolution observée entre 2003 et 2008 du nombre de patients traités une semaine donnée en centre lourd ou UDM	6
Graphique 2: Évolution du nombre de patients traités par alternatives hors UDM en 2003 et 2008.....	17
Graphique 3: Évolution de la part des patients traités en centre lourd ou UDM entre 2003 et 2008	18
Tableau 3: Statut juridique des entités gestionnaires de centres selon les régions	19
Tableau 4: Nombre de structures autorisées selon les différentes modalités de prise en charge	20
Tableau 5: Comparaison 2003 et 2008 : évolution du nombre des CL et UDM autorisées et mises en œuvre ainsi que des effectifs de patients traités selon ces modalités	21
Graphique 4: Répartition des centres lourds et UDM des quatre régions selon la taille de l'unité urbaine d'appartenance.....	22
Tableau 6: Comparaison du nombre de sites géographiques de traitement, notamment ceux « requérant la présence ou l'intervention rapide de néphrologues », au 31 décembre 2008.....	23
Graphique 5: Comparaison entre les régions de la répartition des médecins selon le nombre de sites nécessitant une médicalisation dans lesquels ils exercent.....	25
Tableau 7: Effectifs des médecins selon les données ADELI et les enquêtes ONDPS	27
Tableau 8: Répartition des médecins selon la part qu'occupe la dialyse dans leur activité et leur statut	29
Tableau 9: Comparaison des ratios « patients/effectifs de médecins » dans les quatre régions	30
Tableau 10: Étude comparative des ETP consacrés à la dialyse et du nombre de patients par ETP	31
Tableau 11: Étude comparative des ETP consacrés à la greffe et du nombre de patients suivis par ETP	31
Tableau 12: Comparaison des régions selon la part accordée à chaque domaine d'activité	32

Tableau 13: Flux annuels d'inscriptions en DES de néphrologie pour les trois dernières années	33
Tableau 14: DES de néphrologie : bilan du nombre des nouveaux diplômés et des nouveaux inscrits entre 2001 et 2007	34
Tableau 15: Postes de PH temps plein de néphrologie budgétés et non occupés, selon les régions et le dimensionnement de l'équipe médicale	37
Tableau 16: Résultats de l'enquête relative au nombre d'heures hebdomadaires consacrées aux visites régulières en salle de dialyse, selon les régions	40
Tableau 17: Démographie des néphrologues en activité et patients traités par dialyse et greffe selon les régions	45
Tableau 18: Inscriptions au DES de néphrologie observées et projetées de 2006 à 2011 - France entière	46
Tableau 19: Différents scénarios d'évolution des inscriptions au DES	48
Tableau 20: Capacités d'encadrement et de formation et effectifs des internes en néphrologie selon les régions	49
Tableau 21: Comparaison sur la période 2001-2007 des flux de sortie, des diplômés et des inscrits pour chaque région	50
Graphique 6: Répartition des centres ou UDM des hôpitaux publics non CHU, selon les tranches détaillées d'unités urbaines de leurs communes d'implantation	55

Bibliographie

■ ■ Enquêtes et rapports

ENQUÊTE NATIONALE (Société de néphrologie 2004), « Comment motiver un futur néphrologue ? », Club des jeunes néphrologues (CJN).

ENQUÊTE SAE, DREES, 2007.

ENQUÊTE SROS, « Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) », CNAMTS-DHOS, 2003.

AGENCE DE LA BIOMÉDECINE, Rapport d'activité 2008.

RAPPORT *L'état de santé de la population en France – Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique*, coll. « Études et Statistiques », DREES, La Documentation française, 2007.

RAPPORT DE LA MISSION CONCERNANT LA PROMOTION ET LA MODERNISATION DES RECRUTEMENTS MÉDICAUX À L'HÔPITAL PUBLIC, rédigé par ABOUD E., AUBART F., JACOB A., MANGOLA B. et THÉVENIN D., juillet 2009.

RAPPORT DE LA MISSION « DÉMOGRAPHIE MÉDICALE HOSPITALIÈRE », septembre 2006.

RAPPORT D'ÉTAPE DE LA MISSION « COOPÉRATION DES PROFESSIONS DE SANTÉ : LE TRANSFERT DE TÂCHES ET DE COMPÉTENCES », octobre 2003.

RAPPORTS ONDPS 2004, 2005, 2006-2007.

RÉSEAU ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET INFORMATION EN NÉPHROLOGIE, *Rapport annuel REIN*, 2007.

■ ■ Articles de revue

ARNAULT S., EVAÏN F., FIZZALA A., ROUX I., 2009, « L'activité des établissements de santé en 2007 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, DREES, n° 691, mai.

BAUBEAU D., TRIGANO L., 2004, « La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique », *Études et Résultats*, DREES, n° 327, juillet.

CHESNEL H., 2007, « Implantation des médecins sur le territoire régional », in *Bilan socio-économique*, INSEE Nord-Pas-de-Calais, p. 50-53.

DÉPARTEMENT DES ACTES MÉDICAUX (CNAMTS), 2008, « Évolution des actes techniques en secteur libéral en 2007 », in *Points de repère*, CNAMTS, n° 21, décembre.

JACOBS C., 2003, « Profil de la néphrologie clinique à l'horizon 2007. Quels patients ? Quels néphrologues ? », in *Actualités néphrologiques de l'hôpital Necker*, coll. « Flammarion-Médecine-Sciences », Flammarion, p. 311-329.

JUNGERS P., ROBINO C., CHOUKROUN G., TOUAM M., FAKHOURI F. et GRÜNFELD J.-P., 2001, « Évolution de l'épidémiologie de l'insuffisance rénale chronique et prévision des besoins en dialyse de suppléance en France », *Néphrologie*, vol. 22, n° 3, p. 91-97.

LABEEUW M., VILLAR E., BÉRUARD M., FORET M., MARC J.-M., MARVALIN S. et RANDON F., 2003, « Un outil de prédiction des moyens requis pour l'hémodialyse à l'échelle d'une population », *Néphrologie*, vol. 24, n° 1, pp.19-24.

LE BRETON-LEROUVILLOIS G., 2007, « Les médecins de nationalité européenne et extra-européenne en France », sous la direction des docteurs F. Montané et I. Kahn-Bensaude, Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM), *Étude*, n° 40-1, décembre.

- LE BRETON-LEROUVILLOIS G., 2009, *Atlas de la démographie médicale en France au 1^{er} janvier 2009*, sous la direction des docteurs M. Legmann, I. Kahn-Bensaude et P. Romestaing, Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM), septembre.
- LUCAS V., TONNELIER F., 1996, « Géographie de l'offre de soins : tendances et inégalités », in *Données sociales*, INSEE, p. 259-264.
- NIVET H., MAINGOURD C., MIGNON F., 2003, « Démographie des néphrologues en France en 2002 », *Néphrologie*, vol. 24, n° 8, p. 431-436.
- POINT D'INFORMATION MENSUEL (CNAMTS), 2005, « Organisation des soins : une étude sur le traitement par dialyse de l'insuffisance rénale chronique », CNAMTS, novembre.
- « RAPPORT REIN 2007 – SYNTHÈSE », 2009, in *Néphrologie & Thérapeutique*, vol. 5, n°151, juin.
- SICART D., 2008, « Les médecins. Estimations au 1^{er} janvier 2008 », *Document de travail*, série Statistiques, DREES, n° 127, octobre.
- SICART D., 2009, « Les médecins. Estimations au 1^{er} janvier 2009 », *Document de travail*, série Statistiques, DREES, n° 138, octobre.

Méthodes et sources

■ ■ Les limites des sources administratives sur les établissements de santé :

Les enquêtes administratives qui forment le socle du système d'information des établissements de santé comme la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) sont fondées sur le dispositif réglementaire des autorisations. Depuis les décrets de 2002, les autorisations d'exercer l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale sont délivrées en fonction des besoins identifiés par les schémas d'organisation des soins (SROS) pour un nombre minimal et maximal de patients pris en charge et par modalité de traitement. L'autorisation précise donc d'une part l'entité gestionnaire à qui elle est délivrée, et d'autre part le type de modalité de traitement que celle-ci est autorisée à pratiquer.

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) identifie donc les unités à partir de ce double critère, en y ajoutant la notion « d'établissement géographique », lorsqu'une entité juridique rassemble différents sites de production de soins (c'est souvent le cas des centres hospitaliers universitaires par exemple). Cependant, elle ne permet pas de repérer à partir d'une référence géographique identique, l'existence de structures situées sur un même site mais gérées par des entités gestionnaires différentes.

Pour ce qui concerne le personnel intervenant dans les structures, le questionnaire SAE interroge l'entité juridique gestionnaire en sa qualité d'employeur (une association ou un centre hospitalier et universitaire par exemple). Les questions portent sur les effectifs et les ETP de médecins, infirmiers et personnels d'encadrement, aides-soignants, personnels médico-techniques, ainsi que leur statut (salarié ou libéral).

Du fait de la fréquence des conventions entre entités gestionnaires portant sur le partage de temps médical, la totalisation des effectifs ainsi déclarés par les gestionnaires expose à de nombreux doublons. SAE recense ainsi des emplois, plus que des professionnels. Par ailleurs, les ETP ne sont pas demandés pour les médecins de statut libéral, payés à l'acte. Enfin, ces données ne sont pas conçues pour renseigner sur le ou les lieux d'intervention des médecins, ni sur leur présence pendant les séances.

Ce système d'information n'est donc pas adapté pour appréhender correctement les ressources médicales mobilisées, le temps de travail et la répartition de leur activité entre les différents domaines d'activité de la néphrologie (hospitalisation, consultation, greffe) et les différentes modalités de traitement.

■ ■ Méthodes utilisées pour effectuer l'état des lieux

C'est pourquoi il est apparu nécessaire de s'appuyer sur des enquêtes ad'hoc avec l'aide de correspondants locaux de l'ONDPS, pour bénéficier de leur connaissance de la réalité du fonctionnement des structures et, notamment, de l'existence des conventions de mise à disposition de personnels.

Une première enquête a été effectuée à la fin de l'année 2007 auprès de l'ensemble des structures de dialyse afin de décrire l'organisation des soins et estimer

le temps médical et paramédical consacré spécifiquement à la prise en charge des patients traités par dialyse. Elle portait notamment sur les effectifs et les « équivalent temps plein » (ETP) des personnels pour chaque modalité de traitement (encadré 2). Pour les médecins, des recoupements ont ensuite été effectués avec le répertoire ADEL et l'annuaire des néphrologues ; pour les structures, avec les données SAE. Avec l'aide des correspondants régionaux, des monographies ont été rédigées de manière à décrire l'organisation adoptée chacune des régions, en particulier la répartition territoriale fine des structures dites « médicalisées » c'est-à-dire les centres et unités de dialyse médicalisée (UDM), et les statuts de rattachement des professionnels.

Ce premier état des lieux a permis de décrire les spécificités de chaque région, tant en ce qui concerne le nombre de patients traités, le maillage territorial des structures que l'organisation des équipes. Une synthèse a été établie sous la forme d'un rapport d'étape.

ENCADRÉ 2 : ENQUÊTE INITIALE DE 2007

Un questionnaire, élaboré par le groupe de travail, a été d'abord testé auprès d'une structure du Nord - Pas de Calais puis adressé à chaque établissement de santé ou association prenant en charge des patients adultes en insuffisance rénale stade V, dans les 4 régions. Le questionnaire différait selon le type de prise en charge : centre lourd, unité de dialyse médicalisée, autodialyse, dialyse péritonéale et hémodialyse à domicile. Quelques questions de cadrage administratif portaient sur la structure, ses horaires de fonctionnement, et le nombre de postes disponibles (mais, en l'absence de précision sur la définition retenue, notamment au regard des postes de repli ou d'entraînement, il n'a pas été possible d'utiliser cette donnée). Les autres items à renseigner concernaient les effectifs et le nombre d'équivalents temps-plein (ETP) des métiers médicaux, paramédicaux et autres. Pour les médecins, les cadres de santé et les infirmiers, il fallait préciser le nombre de sujets d'âge supérieur à 55 ans.

Enfin, il était demandé la file active, définie comme le nombre de patients traités au moins une fois dans la structure au cours de la semaine du 12 au 18/11/2007 (notion équivalente à celle des patients « prévalents » utilisée dans le registre REIN et choisie pour l'actualisation secondaire). Pour la Réunion, compte tenu du contexte et avec l'accord des responsables locaux de REIN, c'est l'enquête périodique de l'ARH, effectuée au tout début janvier de 2008 qui a fourni les données.

En 2007, toutes les structures avaient répondu au moins partiellement, sauf deux situées dans le Nord (soit un taux d'exhaustivité de 99 %).

Le groupe de travail initial, élargi aux responsables universitaires et à des néphrologues des régions d'étude (voir annexe page 66), a décidé, au vu de ce constat, de poursuivre les investigations en les recentrant sur les médecins. En effet, la pauvreté des données exploitables sur le temps de travail et l'activité des professionnels que l'on peut obtenir auprès des structures gestionnaires, impose de recourir à des enquêtes individuelles auprès des intervenants eux-mêmes pour établir un diagnostic qui ait du sens. Se lancer dans une telle entreprise pour l'ensemble des professions impliquées n'était pas réalisable dans le cadre de l'ONDPS. Par ailleurs, les données recueillies sur l'encadrement médical, même partielles, démontraient déjà des tensions fortes sur le fonctionnement de certains centres dans deux des 4 régions, du fait de difficultés de recrutement de néphrologues. L'option a donc été prise d'approfondir l'état des lieux en interrogeant individuellement chacun des médecins impliqués dans le fonctionnement des unités. Lors de cette seconde phase, le champ d'investigation s'est élargi pour s'intéresser aux activités exercées en sus de la dialyse, et notamment le suivi des patients transplantés.

Avec l'aide de ce groupe de travail élargi, deux enquêtes ont été élaborées fin 2008 et réalisées au premier trimestre 2009 :

- la première, destinée aux médecins impliqués dans la prise en charge des patients traités pour maladie rénale stade V, les interrogeait sur leurs lieux d'exercice et la répartition de leur temps de travail entre les différentes composantes de l'activité en néphrologie¹, ainsi que les éventuelles collaborations établies avec d'autres médecins (au sein de l'établissement ou à l'extérieur) pour le fonctionnement de la dialyse (Questionnaire 1²). Tous les médecins intervenant dans les 4 régions ont été interrogés avec un taux de réponse initial de 81 %, de 84 % après relance. Pour les non répondants, la plupart des informations (âge, lieux d'intervention, temps de travail) ont pu être complétées grâce à des recoupements avec le répertoire ADELI, l'annuaire POLITI³ et l'aide efficace des correspondants locaux des registres REIN. La répartition de leur temps de travail a été extrapolée à partir de celles des médecins exerçant dans le même centre, en tenant compte de leur âge.
- La seconde a été effectuée auprès des jeunes diplômés des dix dernières années (entre octobre 1997 à octobre 2006) issus de ces régions ainsi que de PACA. Les questions portaient sur la ou les régions où ils ont effectué leurs études (les deux premiers cycles et l'internat), leur lieu d'exercice actuel, leur secteur d'activité, la répartition de leur temps de travail (Questionnaire 2²). Là encore, la mobilisation de tous a permis d'obtenir l'exhaustivité des réponses attendues : 70 jeunes néphrologues interrogés et, *in fine*, 61 observations retenues comme respectant strictement les critères d'inclusion définis.

■ ■ Autres sources mobilisées

- Du fait du décalage temporel entre ces deux phases d'investigations, les données sur les structures et les « files actives » de l'enquête 2007 ont été réactualisées au 31-12-2008 grâce aux référents de REIN et à l'ARH pour la Réunion, avec l'aide de l'Agence de Biomédecine, notamment pour les patients greffés. Le champ d'étude de l'ONDPS (adultes seulement) ainsi que l'approche « démographie des professionnels de santé » expliquent certaines différences avec les chiffres publiés dans les rapports annuels REIN 2007 par l'Agence de Biomédecine : les patients traités hors région, par exemple en Belgique pour le Nord Pas de Calais, ont été exclus.
- Certains de ces éléments ont pu être rapprochés de l'enquête CNAMTS- DHOS en 2003 pour dessiner l'évolution observée dans l'intervalle.
- La base de données SAE établie fin 2007, fournie par la DREES, a permis d'identifier les centres lourds et UDM gérés par des établissements publics, le nombre de postes de dialyse de ces structures et les emplois médicaux déclarés occupés à cette date.
- Les postes médicaux de néphrologie budgétés dans les hôpitaux publics ainsi que ceux « non occupés » ont été fournis par le Centre National de Gestion et les DRASS à partir du fichier SIGMED. Les postes déclarés « prioritaires » sont tirés du *Journal Officiel*.

1. Selon la typologie utilisée par le Pr Nivet, cf. annexe bibliographique.

2. Disponibles dans l'annexe « Méthodes et sources » de la version téléchargeable sur le site de l'ONDPS.

3. Il s'agit d'un annuaire créé à l'initiative de M. Politi, qui recense annuellement les établissements publics de France, leurs principaux responsables administratifs et les équipes médicales des différents services (noms, statut et coordonnées).

- Diverses données ont été collectées par les comités régionaux de l'ONDPS et leurs partenaires (Facultés de médecine notamment) pour les prévisions d'internes à former : nombre d'internes en formation par année d'inscription et par région pour les années universitaires 2006-2007, 2007-2008 et 2008-2009, nombre de diplômes de néphrologie délivrés annuellement pour les années 2001 à 2007. La DREES a fourni les effectifs et l'âge des néphrologues en activité pour chacune des régions. Le Conseil national de l'Ordre a fourni le nombre annuel de nouveaux inscrits en néphrologie par région pour les années 2001 à 2007.
- Les données de population au 1^{er} janvier 2008 sont des estimations fournies par l'INSEE. De même, les caractéristiques des communes d'implantation des sites selon les tranches détaillées d'unités urbaines s'appuient sur la table d'appartenance géographique téléchargeable de l'INSEE.
- Le codage des communes d'implantation des centres lourds et des UDM selon les pôles urbains et espaces ruraux a été réalisé par l'IRDES.

Ce cadre méthodologique, les sources et les indicateurs ainsi mobilisés devraient être utilisables par les comités régionaux de l'ONDPS pour établir un diagnostic démographique autour de cette thématique.

Questionnaire ONDPS (1) sur l'activité médicale en dialyse destiné aux néphrologes des quatre régions d'étude (Alsace, Auvergne, Nord-Pas-de-Calais, La Réunion)

1. NomPrénom.....Année de naissance | _ |

2. Site(s) de travail (énumérer le nom et la ville d'implantation des différentes structures au sein desquelles vous intervenez, y compris dans le cadre de convention). Ex : Centre lourd de X + UDM de X + UAD de Y.

Centre lourd de
de

Unité de dialyse médicalisée de
de

Unité d'autodialyse de
de

3. Quel est votre temps de travail total, en ETP (entourer la bonne réponse) :

Temps plein Temps partiel (Si tel est le cas, préciser [ex 0.8]) | _ |

4. Pouvez-vous estimer, en moyenne sur une semaine, en équivalent temps plein, la part prise par chacune de ces activités :

Activité	ETP
Néphrologie clinique (y cp soins intensifs et hospitalisation)	
Dialyse* (toutes modalités confondues)	
Transplantation rénale	
Enseignement/recherche	
Autre, préciser :	

À noter : Les tâches administratives inhérentes à chacune de ces activités (organisation et fonctionnement de l'unité ou du service, gestion des dossiers patients), sont à inclure dans l'estimation des ETP correspondants. Il en est de même pour les consultations et les permanences. Par ex le suivi des transplantés est inclus dans l'activité transplantation.

Le total des ETP ne peut pas dépasser 1 si vous êtes à temps plein, ou la quotité de temps indiquée plus haut, si vous êtes temps partiel.

1. Il s'agit des interventions de toute nature durant les séances, la prise en charge et le suivi des dialysés (y compris l'entraînement, le domicile ou l'hospitalisation), mais également la gestion de leurs dossiers et le fonctionnement du centre.

5. Sur une semaine, pouvez-vous indiquer en moyenne le temps passé aux visites régulières en salle de dialyse² en nombre d'heures. Ex : 5 heures.

Nombre d'heures par semaine (en moyenne) pour les visites de suivi régulier des patients durant leurs séances de dialyse.....

6. Avez-vous noué des collaborations avec d'autres médecins (au sein de l'établissement ou à l'extérieur) pour le fonctionnement de la dialyse? Entourer la bonne réponse :

OUI

NON

7. Si OUI, préciser, dans le tableau situé au verso, la qualification du (ou des) médecin(s) concerné(s), son statut (interne à l'établissement ou extérieur) et la nature des fonctions assurées.

Ex : médecin du service des urgences de l'établissement participant aux astreintes, généraliste assurant une consultation trimestrielle des patients en autodialyse...

Qualification du médecin	Interne à l'ET ou extérieur	Nature de la collaboration

Ce questionnaire est à transmettre au Dr avant le 15 février 2009.

Il sera bien entendu anonymisé avant transmission à l'ONDPS.

Merci de votre collaboration

2. Il s'agit des visites destinées, lors des séances, à évaluer la situation clinique, vérifier les critères biologiques, réadapter le poids sec, renouveler une prescription... N'en font pas partie les interventions liées à une situation pathologique aiguë ou à des gestes techniques type ponctions de fistules difficiles, désobstruction d'un cathéter ou autres, ni les consultations périodiques de bilan hors séances...

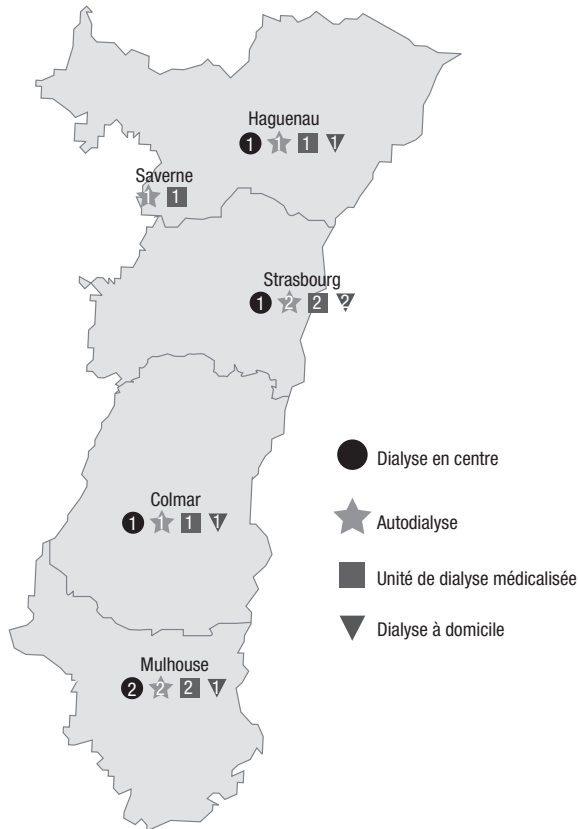
11. Avez-vous eu une formation pratique à la dialyse péritonéale durant vos stages d'internat?

OUI

NON

Ce questionnaire est à transmettre au Dr avant le
Merci de votre collaboration

Monographie sur l'Alsace



L'Alsace couvre une superficie de 8 250 km² (190 km de longueur sur 50 km de largeur), c'est la plus petite région française. Considérant la taille de la région et les bassins de population, l'offre est relativement regroupée autour des principaux centres urbains.

On identifie dans les grands centres urbains de la plaine, du nord au sud :

- Haguenau : 1 centre d'hémodialyse (CD) au centre hospitalier, un service AURAL assurant la DP en partenariat avec le CH, en sus d'une UDM, une AD, tous ces services étant regroupés géographiquement ;
- Strasbourg : 3 CD, et deux sites de DM, AD, DP et HDD répartis sur quatre sites géographiques distincts ;
- Colmar : 1 CD avec entraînement à la dialyse à domicile et un autre site de DM et d'autodialyse à 5 minutes. Un rapprochement géographique est prévu pour raccourcir les distances ;

- Mulhouse : 2 CD, un DM, 2 AD, 1 DP-HDD sur deux lieux différents.
- Un site regroupant DM et AD est implanté dans le centre hospitalier de Saverne, site d'accueil des urgences, sans compétence néphrologique sur place. Cette implantation a permis cependant d'améliorer les temps de déplacement de près de la moitié des 66 patients hémodialysés effectuant plus de 45 minutes par trajet (source : enquête SROS 2003).

Le secteur public est majoritaire en nombre de postes de dialyse en centre (63 répartis dans 3 services de centres hospitaliers et un service hospitalo-universitaire) et en nombre de patients pris en charge selon cette modalité. Il l'est également en effectifs de néphrologues.

Le secteur privé est aussi présent pour l'hémodialyse en centre : d'une part le secteur privé à but non lucratif (représenté à la fois par une clinique et une structure associative), d'autre part le secteur privé à but lucratif pour un centre.

- La clinique à but non lucratif, outre la dialyse en centre, assure l'entraînement et le suivi de patients en dialyse péritonéale dans le cadre d'une convention avec l'association AURAL. Les médecins qui y interviennent sont libéraux, c'est-à-dire rémunérés à l'acte. Ils assurent également l'entraînement et la dialyse péritonéale dans le cadre d'une convention avec l'AURAL détentrice de l'autorisation.
- L'AURAL, association privée sans but lucratif, a investi le champ des modalités alternatives à la dialyse en centre depuis sa création ; elle s'est fortement impliquée dans leur développement, en partenariat avec les néphrologues de tous les centres publics ou PSPH. Elle gère de ce fait la quasi-totalité de l'offre en la matière, y compris la dialyse en unité médicalisée. En Alsace, le concept de dialyse médicalisée a ainsi été mis en place à titre expérimental depuis 1996 par les néphrologues des centres hospitaliers à proximité de ces centres (mais la gestion en a d'emblée été confiée à l'AURAL), ce qui explique à la fois la part importante de la modalité dans l'offre de soins, le regroupement fonctionnel des sites géographiques et le partage des médecins entre les différentes modalités.
- La clinique la Fonderie à Mulhouse (à but lucratif) assure à la fois la dialyse en centre, une unité de dialyse médicalisée et l'autodialyse.

Du fait de ce contexte, il y a donc un fort risque de doublons dans la quantification des personnels médicaux : certains néphrologues localisés dans les locaux hospitaliers sont salariés de l'association (néphrologue chargé de la DP à Colmar) et inversement ailleurs, par exemple à Mulhouse, ce sont exclusivement les néphrologues hospitaliers qui assurent le suivi et les passages en DM et en AD des malades pris en charge par l'AURAL.

Les effectifs paramédicaux hospitaliers sont également mis à disposition pour ce qui est des équipes IDE de dialyse péritonéale. Les IDE d'hémodialyse, en revanche, sont salariées de l'AURAL, à l'exception de celles de l'unité de dialyse

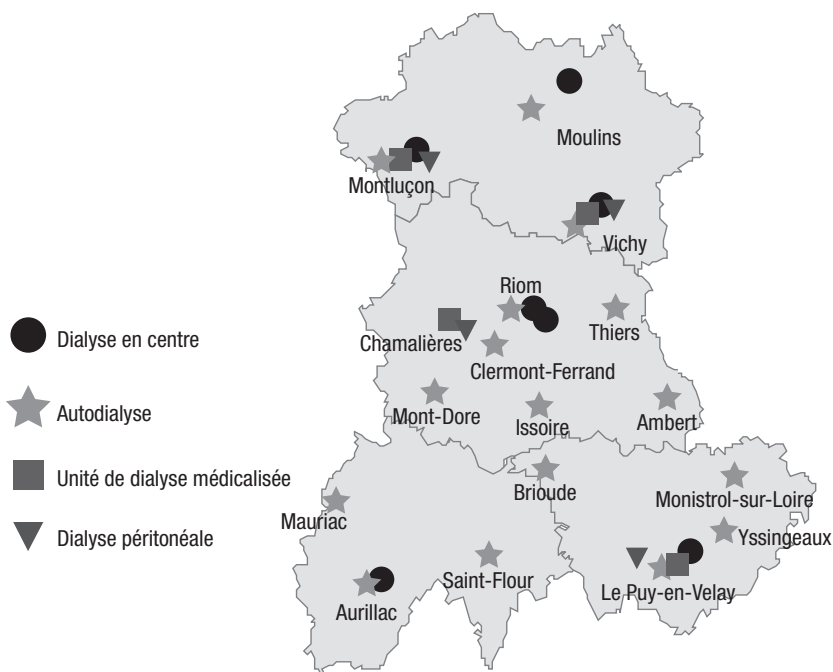
médicalisée et d'autodialyse du site loué par l'AURAL au sein de la clinique Bethesda à Strasbourg.

Les personnels autres gérés par l'AURAL sont partagés entre toutes les modalités et structures de la région : 4 agents biomédicaux (2,5 ETP), 1 diététicien (0,1 ETP), 1 qualicien (0,6 ETP) et 1 assistante sociale (0,1 ETP). Les interventions de diététicienne sont effectuées par une diététicienne libérale dans chaque département (372 patients au total rencontrés au moins une fois en 2007). Depuis l'enquête, les temps d'assistante sociale et de technicien biomédical ont été renforcés.

L'AURAL dispose d'une structure de centre (une deuxième ouverte en 2008), d'unités médicalisées et d'autodialyse, et enfin d'un monopole pour les modalités de domicile. Elle propose un entraînement à l'hémodialyse à domicile au sein des structures qu'elle gère dans les 4 principaux centres urbains ; le nombre régional de patients concernés est inférieur à 10 depuis de nombreuses années.

En raison du poids de l'AURAL, le secteur PSPH est largement majoritaire en nombre de patients pris en charge par l'ensemble des modalités alternatives à la dialyse.

Monographie sur l'Auvergne



L'Auvergne est une région peu peuplée (1 337 000 habitants) à caractère rural, qui s'étend sur une superficie de 26 000 km². La densité de la population est une des plus faibles de France : 51 habitants au km² (26 habitants au km² dans le Cantal), contre 112 pour la France entière. Du fait de la coexistence de zones montagneuses et de zones de campagnes, les temps d'accès aux équipements de santé sont relativement importants et ne sont pas toujours corrélés aux distances.

Ce contexte géographique explique le nombre et la répartition des structures de traitement de l'insuffisance rénale chronique, implantées dans 18 communes, aux quatre coins de la région. Pour ne pas compromettre la couverture médicale et la sécurité, les gestionnaires publics et associatifs, majoritaires dans la région, ont fait le choix de regrouper systématiquement les différentes unités de traitement au sein des établissements hospitaliers publics.

La situation se présente donc ainsi pour le Nord :

- Au sein du CH de Moulins sont implantés un centre d'hémodialyse (CD) et une unité d'autodialyse (AD) ;
- Pour le CH de Montluçon, 1 centre, l'équipe fait fonctionner sur le site de Courtais, à 3 km, une UDM et 1 AD ;
- Pour le CH de Vichy, 1 centre, 1 UDM et 1 AD.

Au centre de la région :

- Le CHU de Clermont-Ferrand a deux centres pour adultes, un dans chacun de ses sites (Hôtel-Dieu et Gabriel-Montpied). En outre, une UDM fonctionne en alternance avec le centre à l'Hôtel-Dieu ;
- À Clermont-Ferrand toujours, un centre géré par l'AURA est implanté dans un établissement privé de santé (l'ARCHE) ;
- Sur Chamalières se situent 1 UDM, 1 AD et un centre d'entraînement à la dialyse à domicile de l'AURA ;
- Au sein des CH de Thiers, du Mont Dore, Ambert, Riom fonctionnent des AD.

Dans le Sud, de la même façon :

- Des unités d'AD sont implantées dans les centres hospitaliers de Brioude, Issoire, Saint-Flour) ;
- Par ailleurs, il existe dans la pointe sud-est un centre privé à Aurillac qui gère également une unité d'autodialyse au centre hospitalier de Mauriac) ;
- Le CH du Puy, au sud-est, dispose d'un centre, et l'AURA y fait fonctionner 1 UDM et 1 AD. Il existe par ailleurs deux unités d'autodialyse : une unité gérée par l'AURA dans l'hôpital local d'Yssingeaux et une unité gérée par l'association ARTIC 42 à Monistrol-sur-Loire. Celle-ci emploie un médecin néphrologue vacataire du CHU de Saint-Étienne.

Comme en Alsace, le secteur public est majoritaire en nombre de patients pris en charge en dialyse en centre ; ceux-ci sont traités au sein de 6 services qui représentent la majorité des effectifs de néphrologues de la région.

Le secteur privé participant au service public est représenté par une association principale, l'AURA, et une petite antenne d'une association de la région voisine (ARTIC 42). De la même façon qu'en Alsace, c'est l'AURA qui gère les modalités de dialyse alternatives au centre (y compris la dialyse en unité médicalisée), en partenariat avec les néphrologues de tous les centres publics. Elle est donc majoritaire en nombre de patients pris en charge selon ces différentes modalités. Elle a l'exclusivité de l'offre en matière de dialyse péritonéale, d'unité de dialyse médicalisée. En matière de dialyse à domicile, elle est très majoritaire, même si le centre médico-chirurgical de Tronquières intervient également.

La surveillance médicale de ces structures est assurée selon les cas par des néphrologues salariés de l'AURA ou par des praticiens des hôpitaux publics. Dans les centres hospitaliers publics où existe un centre de dialyse, ce sont les néphrologues du centre qui assurent la surveillance médicale des patients de l'AURA. De plus, l'AURA rembourse aux établissements la part de personnel infirmier hospitalier nécessaire au fonctionnement de ses structures. Il est par conséquent difficile de distinguer le personnel qui lui appartient en propre des personnels de ces centres hospitaliers.

L'AURA emploie en outre, pour l'ensemble de ces structures et des modalités, 1 pharmacien, 7 techniciens biomédicaux, 0,5 diététicien, 1 qualitiennne, 0,5 assistante sociale et 0,5 psychologue.

Une seule clinique privée à but lucratif est implantée dans la région. Elle gère à la fois le centre d'Aurillac et une antenne d'autodialyse sur Mauriac.

Monographie sur le Nord-Pas-de-Calais

Avec ses 4 042 989 habitants au 1^{er} janvier 2007, la région Nord-Pas-de-Calais est la quatrième région de France. En termes de superficie, elle s'étend sur 12 414 km² seulement, ce qui explique que sa densité soit triple de la moyenne française. 95 % de ses habitants vivent en zone urbaine, une grande part étant regroupée au sein de douze agglomérations allant de 60 000 habitants pour Calais à un demi-million pour la métropole lilloise.

Région jeune (les 60 ans et plus ne constituent que 17,71 % de la population au lieu de 20,93 pour la France entière), elle cumule pourtant des indicateurs de santé peu favorables et l'espérance de vie à la naissance y est inférieure de 3 ans à la moyenne nationale. Selon les données de l'enquête REIN 2007, la prévalence de l'insuffisance rénale chronique y est la plus élevée des 15 régions étudiées, alors que la moyenne d'âge des patients dialysés y est plus faible. Cela est en partie lié à la fréquence du diabète et des néphropathies vasculaires.

Dans le cadre du SROS, la région est découpée en 4 bassins de vie, qui vont servir de cadre à une description de l'offre de dialyse fin 2008. Cette description, effectuée à partir de la notion usuelle de centre lourd, diffère légèrement de celle qui figure dans le bilan Néphronor qui ne comptabilise pas comme tels les centres « délocalisés » rattachés à un centre de référence. Compte tenu de la perspective démographique choisie et de la nécessité de comparer les régions entre elles sur les mêmes bases, les centres qui prennent en charge des patients comptabilisés dans la file active de cette modalité de traitement comptent chacun pour une unité. Les cartes qui servent de support ont été fournies par l'ARH et dessinent les perspectives du SROS, ce qui explique que certaines structures autorisées ou en projet ne soient pas fonctionnelles fin 2008, les promoteurs disposant de 3 ans pour rendre effectives les installations.

LITTORAL

Ce bassin compte 5 centres d'hémodialyse :

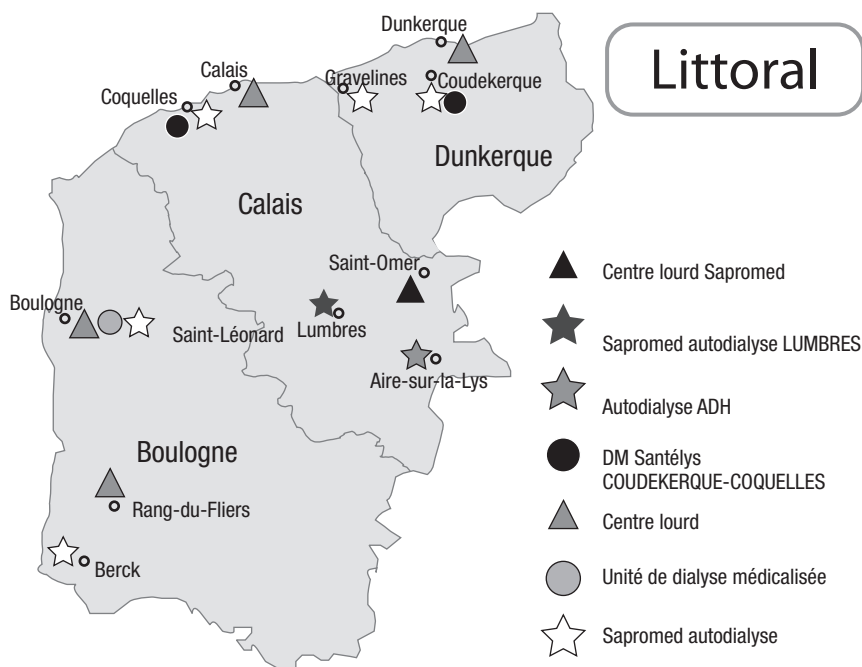
- Dunkerque, Boulogne, Calais et Rang-du-Fliers/Montreuil (Boulogne étant centre « de référence » et les deux derniers des centres « délocalisés », l'ensemble fonctionne avec la même équipe médicale) ;
- Un centre privé au sein de la clinique du Fort-Saint-Michel à Saint-Omer.

Une unité de dialyse médicalisée (UDM) gérée par Santély est implantée à Coudekerque. Une autre devrait ouvrir sur Boulogne en 2009.

Plusieurs unités d'autodialyse sont implantées :

- soit de façon isolée comme à Berck, Aire-sur-la-Lys, Coquelles, Lumbres ;
- soit adossée à un centre ou une UDM comme à Boulogne ou Coudekerque.

Enfin, trois structures de Santély ont déclaré prendre en charge l'entraînement et le suivi des patients en dialyse péritonéale.



ARTOIS

5 centres d'hémodialyse sont répartis dans les centres hospitaliers de Béthune, Douai, Lens, Arras et la polyclinique du Bois-Bernard (dans la commune du même nom). Du fait de l'absence de néphrologue à Lens, l'encadrement médical du centre de Lens est partagé entre l'équipe médicale du centre de Béthune et celle de la polyclinique du Bois-Bernard. Sur ce site de Lens fonctionne également, dans les mêmes conditions, une unité de dialyse médicalisée.

Deux autres unités de dialyse médicalisée existent, l'une au CH de Douai, en alternance avec le fonctionnement en centre, l'autre au centre hospitalier d'Arras.

Toujours au sein des centres hospitaliers de Douai et Lens ainsi que sur le site de Béthune, à proximité des centres, fonctionnent des unités d'autodialyse dont la gestion est assurée par l'ADH.

D'autres unités d'autodialyse autonomes sont implantées à Bruay, Hénin Beaumont, Liévin, Somain, Saint-Nicolas, Saint-Pol.

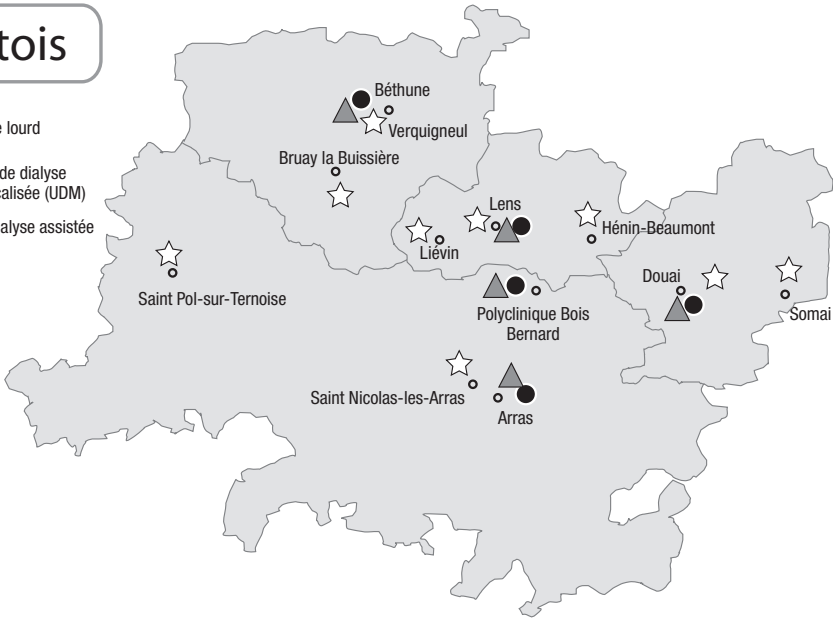
HAINAUT

Six centres d'hémodialyse sont répartis dans 4 villes : Cambrai, Fourmies, Maubeuge et Valenciennes. Dans ces deux dernières villes, la présence de deux structures séparées imposant une présence médicale s'explique par la coexistence de structures privées et d'hôpitaux publics.

La SAS Dial Sambre gère la clinique néphrologique du Pont-Allant (privée à but lucratif) à Maubeuge. Au moment de l'enquête, le centre lourd fonctionnait seul (une unité de dialyse médicalisée a ouvert en janvier 2009). De plus, SAS Dial

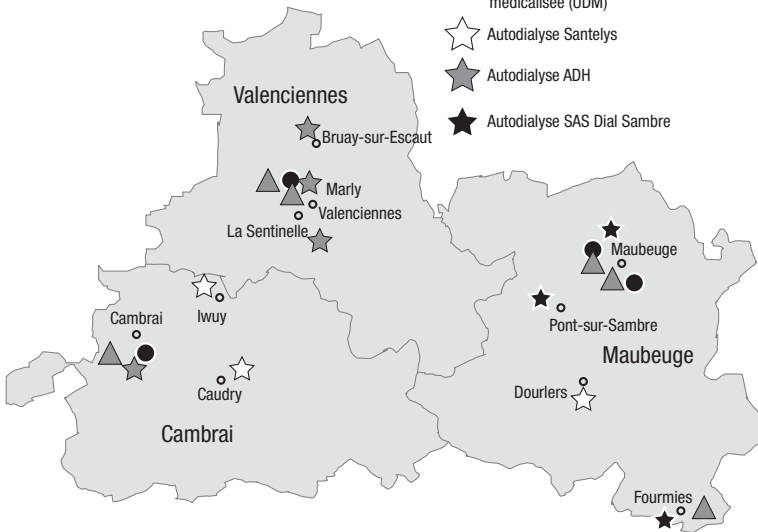
Artois

- ▲ Centre lourd
- Unité de dialyse médicalisée (UDM)
- ☆ Autodialyse assistée



Hainaut

- ▲ Centre lourd
- Unité de dialyse médicalisée (UDM)
- ☆ Autodialyse Santelys
- ★ Autodialyse ADH
- ★ Autodialyse SAS Dial Sambre

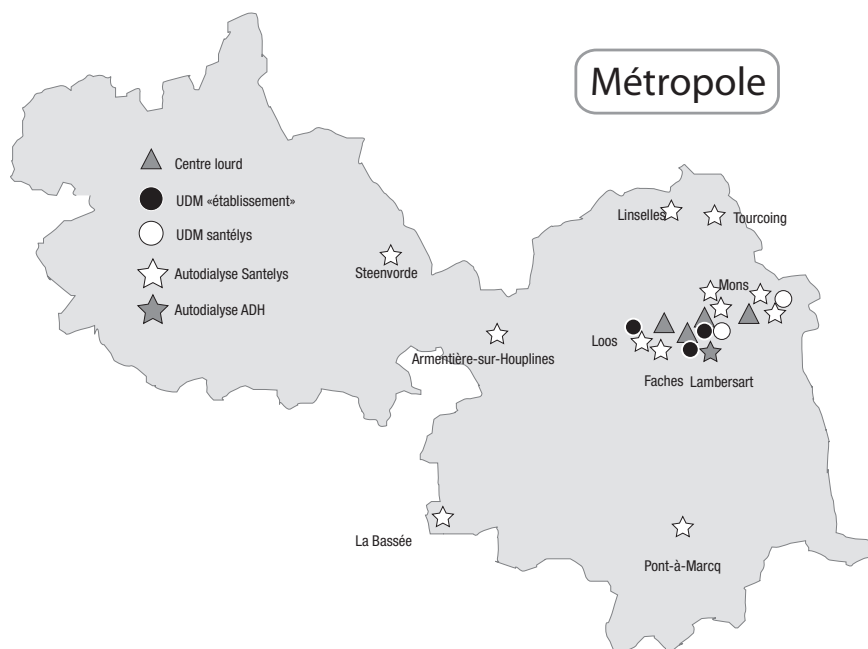


Sambre gère une structure destinée aux patients en dialyse péritonéale et 3 unités d'autodialyse (à Maubeuge, Fourmies et Pont-sur-Sambre).

Sur le site du CH de Maubeuge (distinct de la clinique) est implanté un centre ainsi qu'une unité de dialyse médicalisée. De plus, le CH de Maubeuge a une convention avec SantélyS pour l'autodialyse sur le site d'Avesnes-sur-Helpe et pour la DP et l'hémodialyse à domicile sur le territoire de Maubeuge.

Six autres unités d'autodialyse dépendent des associations ADH et SantélyS (participant au service public) : Bruay-sur-l'Escaut, Cambrai, Caudry, Iwuy, La Sentinelle, Valenciennes.

MÉTROPOLE



Lille compte trois centres d'hémodialyse pour adultes : un au CHRU et deux dans les cliniques privées la polyclinique du Bois et la polyclinique La Louvière. Au sein de cette dernière fonctionne également un centre d'autodialyse. Proche du site de l'hôpital Calmette mais non contiguë, l'unité de dialyse médicalisée de Loos est gérée par le CHRU. Une convention lie celui-ci avec SantélyS pour l'entraînement et l'accompagnement des patients en dialyse péritonéale. SantélyS gère en outre une unité d'autodialyse à Loos.

Dans le territoire de santé Roubaix-Tourcoing (contigu à Lille) existaient en novembre 2007 :

1. Rappel : cette répartition ne tient pas compte des enfants ni des patients adultes traités en Belgique (Centre de Mouscron).

- un centre, sur le site du CH de Roubaix (une UDM est prévue en 2009);
- hors de l'hôpital, deux sites d'autodialyse distincts sur le territoire de la commune;
- 1 site Roubaix Delory qui, ayant subi un sinistre, n'était pas encore fonctionnel fin 2008 (et qui devrait accueillir une UDM en 2009);
- 1 autre site Roubaix Grand-rue;
- 1 site à Mons-en-Barœul;
- 1 site à Tourcoing.

Le suivi médical de ces 4 derniers sites est assuré par l'équipe médicale du CH de Roubaix dans le cadre de la convention avec SantélyS.

4 autres unités d'autodialyse dépendant de SantélyS ou d'ADH étaient implantées à Armentières, Faches, La Bassée, Lambersart.

Un site d'autodialyse implanté à Linselles est géré par la clinique de La Louvière.

Fin 2008, 55 % des patients adultes traités dans la région étaient pris en charge en hémodialyse en centre, 33 % en autodialyse, 7 % en dialyse péritonéale, 4 % en unité de dialyse médicalisée et 1 % en hémodialyse à domicile¹.

Le secteur public est largement majoritaire pour la prise en charge des patients adultes dialysés en centre. Douze services hospitaliers offrent de l'hémodialyse en centre.

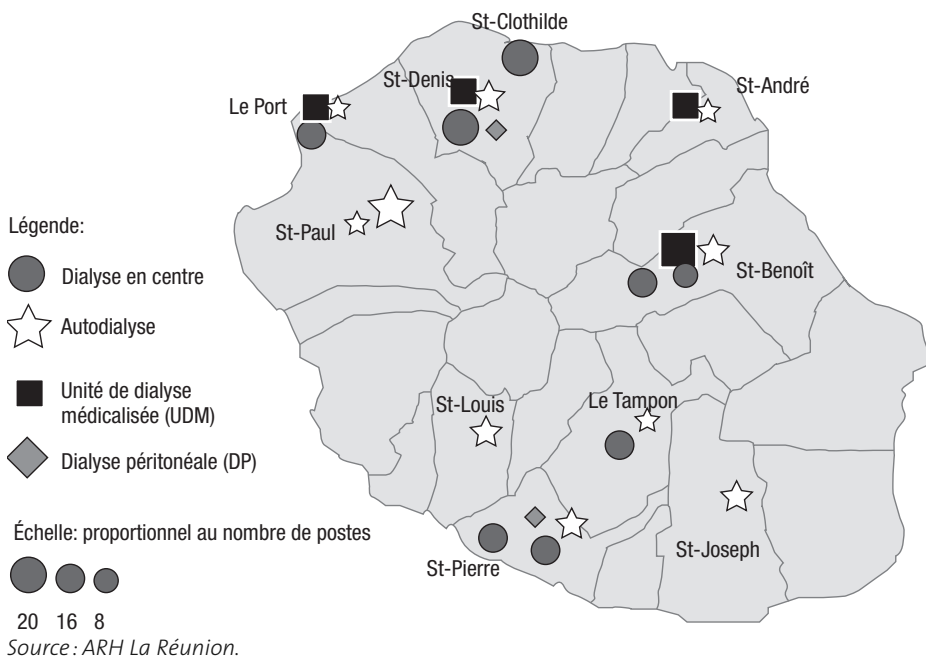
Deux associations privées participant au service public sont impliquées dans la gestion des structures alternatives à la dialyse en centre : SantélyS et ADH. Elles prennent en charge plus de 90 % des patients traités hors centre lourd. À la date de l'enquête, elles étaient seules à suivre des patients en dialyse péritonéale et en hémodialyse en centre.

SantélyS, qui n'emploie aucun médecin en propre, passe de nombreuses conventions avec les établissements hospitaliers. Les médecins sont partagés avec ces centres hospitaliers ou cliniques voisines; les données disponibles ne permettent pas de quantifier les ETP médicaux. Les effectifs infirmiers étant exclusivement libéraux, il est impossible d'évaluer les ETP correspondants. En ce qui concerne les autres métiers de la dialyse, 6,3 ETP biomédicaux (pour un effectif de 7 personnes), 2,31 ETP diététiciens et environ 0,5 ETP qualifié ont été dénombrés. Plusieurs pharmaciens collaborent avec SantélyS à hauteur d'1 ETP, et 5 préparateurs pour 2 ETP.

Comme pour SantélyS, la couverture médicale des structures gérées par l'ADH est assurée par les néphrologues des centres voisins au travers de conventions. Elle n'emploie pas d'autres professionnels que des diététiciens (1 ETP diététicien) et des infirmiers, sans doute en raison d'un partage des ingénieurs ou techniciens biomédicaux avec les centres hospitaliers.

Le secteur privé à but lucratif occupe une place significative avec 6 centres et prend en charge près de 40 % des patients traités par hémodialyse en centre. Il gère également des sites d'autodialyse, ainsi qu'un site d'entraînement à l'hémodialyse à domicile et à la dialyse péritonéale (mais aucun patient n'était pris en charge au moment de l'enquête en 2007).

Monographie sur La Réunion



Île volcanique de l'archipel des Mascareignes, dans l'océan Indien, La Réunion offre, sur une surface réduite (70 km sur 55 km), un relief imposant, du niveau de la mer au point culminant du Piton des Neiges (3 070 m). L'importance et la variabilité des précipitations ont creusé de nombreuses ravines, accentuant les accidents du relief, et contraignant l'habitat et les circulations routières. Les temps de trajet ne sont donc pas corrélés aux distances (ainsi la route du littoral ne peut pas être empruntée sur l'ensemble de ses voies 2 à 3 mois par an, ce qui multiplie par un facteur de 3 à 6 le temps de trajet habituel).

La population est concentrée sur l'étroite bande plane du littoral, les hauts n'hébergeant que 20 % de la population pour 75 % de la superficie de l'île. L'espace inhabité représente 40 % de l'île. Pour autant, l'habitat dans les hauts ou les cirques, loin de regrouper une population résiduelle, justifie de veiller à l'accessibilité des soins. La croissance démographique de La Réunion, département d'outre-mer le plus peuplé avec 793 000 habitants estimés au 1^{er} janvier 2007, est proche de 1,6 % par an.

La prévalence brute des patients traités par dialyse est deux fois plus élevée qu'en France métropolitaine. Elle est de niveau comparable à celle des USA où il existe également beaucoup de diabétiques et d'hypertendus.

Tous ces éléments expliquent, pour partie, le nombre relativement important de structures de prise en charge au regard de la population (14 sites), lesquelles sont implantées sur 9 communes.

À l'ouest, sur la commune de Saint-Paul, mais sur deux sites distants de 5 km, existent deux unités d'autodialyse, l'une gérée par l'AURAR, l'autre par l'ASDR.

De même, sur la commune du Port, coexistent un centre privé d'hémodialyse et à 5 km une autre structure gérée par l'AURAR qui comporte une unité de dialyse médicalisée, une unité d'autodialyse et un site d'entraînement à la dialyse péritonéale.

À Saint-Denis, le centre hospitalier public dispose d'un centre d'hémodialyse ; à 2 km de là, l'AURAR gère une unité de dialyse médicalisée et une d'autodialyse ; une dizaine de kilomètres plus loin, la clinique Sainte-Clotilde offre de l'hémodialyse en centre, à proximité de laquelle l'ASDR gère une unité d'autodialyse.

À Saint-André, une autre unité de dialyse médicalisée récemment créée à côté d'une unité d'autodialyse, toutes deux gérées par l'ASDR, n'était pas fonctionnelle au moment de l'enquête, faute de médecin pour assurer la couverture médicale obligatoire.

Sur la commune de Saint-Benoît sont implantés deux centres lourds actuellement séparés : l'un situé au sein d'une clinique PSPH, l'autre au sein d'une structure associative qui propose également une UDM et une unité d'autodialyse. À terme, pour répondre aux exigences réglementaires de l'hémodialyse en centre qui imposent une implantation au sein d'un établissement de santé, il est prévu leur regroupement sur un seul site, sans changement de statut administratif de ces structures.

Deux sites géographiques distincts existent sur Le Tampon : un centre privé et une antenne d'autodialyse de l'AURAR.

Une unité d'autodialyse de l'AURAR est implantée à Saint-Joseph, une autre à Saint-Louis.

Enfin, sur Saint-Pierre, le centre hospitalier public Sud-Réunion, qui offre de l'hémodialyse en centre, est adossé à un autre centre géré par l'AURAR. En 2007, sur le territoire de la commune mais à distance de l'hôpital, l'AURAR gérait un centre d'autodialyse et un site d'entraînement à la DP. Là encore, comme à Saint-Benoît, l'AURAR vient de regrouper toutes ses modalités de dialyse à proximité immédiate de son centre et des discussions sont en cours avec l'hôpital pour satisfaire pleinement aux conditions techniques de fonctionnement des centres, sans qu'il soit question pour autant de « fusion » administrative.

Compte tenu de la réalité de la démographie des néphrologues, des choix d'exercice des jeunes générations et des contraintes réglementaires, l'existence de ces 16 sites, dont 12 nécessitant une disponibilité médicale permanente, suggère des efforts de regroupement fonctionnel sur le modèle des autres régions.

Au contraire de la situation des autres régions, le secteur public est minoritaire pour les prises en charge en hémodialyse en centre : les 2 services hospitaliers publics prennent en charge 135 patients, soit 23 % des patients traités selon cette modalité.

Le secteur privé participant au service public est représenté par une clinique à Saint-Benoît et deux associations, l'AURAR et l'ASDR. La clinique et l'AURAR

prennent en charge autant de patients en hémodialyse en centre que les hôpitaux publics.

Comme dans les autres régions, l'AURAR est prépondérante pour le développement et la gestion des alternatives à la dialyse en centre (80 % des patients). À la date de l'enquête, elle proposait trois unités de dialyse médicalisée, 8 sites d'autodialyse, 2 centres d'entraînement à la dialyse péritonéale. En outre, elle faisait fonctionner deux centres (c'est l'impossibilité d'étendre les locaux des centres d'hémodialyse publics dans un contexte de demande sans cesse croissante qui explique cette situation). Quatre de ces sites regroupent plusieurs modalités.

L'AURAR emploie 5 médecins néphrologues (dont 2 âgés de plus de 55 ans) et 1 PADHUE qui se partagent entre les sites et les modalités. Les IDE qui interviennent dans les unités d'autodialyse sont toutes libérales, alors que, dans les autres modalités, elles sont salariées. L'AURAR compte encore 5 ingénieurs/techniciens biomédicaux, 1 diététicien, 1 qualicien et plus de 8 secrétaires et agents.

L'ADSR offre en complément 3 sites d'autodialyse ; de création plus récente, elle n'a pas développé, pour le moment, d'autre alternative. Pour faire fonctionner l'ensemble, elle emploie 3 techniciens ou ingénieurs biomédicaux (soit 3 ETP), un diététicien (1 pour 1 ETP) et une assistante sociale (0,3 ETP).

Les trois centres d'hémodialyse privés à but lucratif ont une place prépondérante dans l'hémodialyse en centre lourd, puisqu'ils prennent en charge 48 % des patients traités ainsi.

**LE MÉTIER DE MASSEUR-
KINÉSITHÉRAPEUTE**



Introduction

Cette contribution résume les principaux résultats d'une étude réalisée sur les masseurs-kinésithérapeutes¹.

L'objectif de cette étude est d'identifier ce qui agit sur le métier et le fait évoluer. L'essentiel de cette analyse s'appuie, d'une part, sur ce qu'en disent les praticiens en exercice, à partir d'une enquête menée auprès de 46 praticiens en exercice (13 salariés et 33 libéraux) et de 12 étudiants en fin de formation, réalisés sur les lieux d'exercice. Elle s'appuie d'autre part, sur les analyses de ceux qui représentent la profession ou réfléchissent particulièrement à son évolution. Elles ont été recueillies au cours d'entretiens réalisés auprès de représentants des organisations professionnelles, de directeurs d'IFMK ou de représentants de l'administration de la santé.

La synthèse qui est présentée comporte d'abord les données démographiques et institutionnelles qui caractérisent cette profession, puis présente de façon synthétique, des résultats de l'enquête.

1. Julie Micheau, Judith Matharan, Elsa Rigal, *Le métier de masseur-kinésithérapeute*, Plein Sens, septembre 2009 ONDPS- DREES, cf. rapport complet sur le site de l'Observatoire.



es principales caractéristiques des masseurs-kinésithérapeutes

La cohérence formelle de la profession se manifeste au travers du Code de la santé publique, du diplôme d'État unique, et désormais d'un Conseil de l'Ordre et d'un code de déontologie.

La définition du métier

Les masseurs-kinésithérapeutes sont des auxiliaires médicaux dont l'exercice professionnel est encadré par le Code de la santé publique (titre II du livre III) qui dispose que « La profession de masseur-kinésithérapeute consiste à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale. » Ils doivent être titulaires du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute ou d'un titre étranger reconnu, agissent sur prescription médicale dans le cadre d'un décret d'actes qui précise les contours du massage et de la gymnastique médicale. L'activité est rémunérée à l'acte.

La pratique libérale est très largement celle du premier recours, si l'on entend par là le fait de soigner les patients qui se présentent. À l'exception de la kinésie du sport et à quelques orientations ou spécificités près, les kinésithérapeutes se définissent comme des généralistes.

La formation au métier

L'exercice de la profession est réservé aux titulaires du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute (article L. 4621-3 du Code de la santé publique), ou à des professionnels étrangers moyennant un protocole de reconnaissance ou de validation de leur titre national, en particulier dans le cadre communautaire européen (articles L. 4321-4 à 7).

L'entrée en formation pour l'obtention du diplôme d'État est soumise à un quota (fixé à 2 139 pour l'année scolaire 2009-2010, soit 140 places de plus que l'année précédente²).

La formation de masseur-kinésithérapeute est une formation sélective et coûteuse, relativement courte au regard de celle des médecins mais représentant

2. Par ailleurs, 20 places sont réservées aux athlètes de haut niveau dispensés du concours d'entrée en formation.

a minima 4 années d'études : une année (voire deux assez souvent) de préparation au concours d'entrée de l'un des 39 IFMK – Institut de formation en masso-kinésithérapie – et trois années en IFMK pour l'obtention du diplôme d'État. Le titre est classé comme un titre de niveau III au RNCP (Registre national des classifications professionnelles), ce qui se traduit par un positionnement hiérarchique relativement bas dans les grilles de la fonction publique hospitalière.

ENCADRÉ 1

Chaque IFMK est doté d'un quota de places attribué par le ministère de la Santé sur proposition des conseils régionaux compétents et après avis des DRASS.

Chaque institut organise son recrutement sélectif. Il existe, selon les instituts, trois modalités principales de sélection à l'entrée :

- Pour les bacheliers, deux voies préparatoires, déterminées par l'IFMK :
 - le « concours », c'est-à-dire un concours de recrutement propre à l'établissement sous contrôle de la DRASS, comprenant des épreuves de physique, chimie, biologie,
 - ou la sélection au terme d'un passage par la 1^{re} année du premier cycle des études médicales (PCEM1). Cette seconde modalité recouvre en réalité des configurations variées puisque les IFMK ont monté des dispositifs conventionnels avec les UFR de médecine de leur région de nature diverse : c'est à certains endroits le classement au terme de PCEM1 qui donne accès à l'IFMK alors qu'à d'autres endroits (IFMK de Marseille) on parle de PCEMK correspondant à un classement *ad hoc* issu d'épreuves communes à PCEM1 et d'épreuves propres à la filière kiné sanctionnant une formation complémentaire propre (anatomie, cinésiologie, anglais médical et informatique).
 - Dans certains instituts, il existe une troisième voie de recrutement dédiée aux étudiants titulaires d'une licence STAPS qui sont en général recrutés sur dossier. Ils peuvent intégrer la 2^e année d'études après avoir subi un examen portant sur l'ensemble des modules de première année, cela dans un maximum de 1 % du quota des instituts.
-

La formation en IFMK se déroule dans une sphère qui est le plus souvent entièrement séparée de l'université. Elle s'appuie sur des corps enseignants cooptés, qui, comme dans la plupart des « écoles » ou « grandes écoles » du supérieur, échappent au cadre de recrutement de la filière universitaire. La formation des masseurs-kinésithérapeutes n'a pas de lien avec la recherche médicale.

Le statut de l'IFMK (public, privé non lucratif ou privé lucratif) conduit à des frais de scolarité très inégaux : selon les cas, le cursus de formation pourra représenter une charge pour l'étudiant (en seuls frais pédagogiques) allant de 500 euros sur quatre ans à près de 30 000 euros. La presque totalité des étudiants masseurs-kinésithérapeutes sont titulaires d'un bac scientifique. Ils sont nombreux à être issus de catégories socioprofessionnelles intermédiaires à supérieures³.

La formation initiale est en cours de réforme de façon à l'inscrire dans le cadre européen du LMD. L'inscription dans un cadre universitaire partagé par toutes les professions de santé sera déterminante à la fois pour l'élargissement social de l'accès aux études et pour l'accès de la profession à des activités de recherche.

Le passage par l'université de médecine dans le cadre de la première année de préparation commune (PCEM1) concerne déjà aujourd'hui près de la moitié des étudiants. Le recrutement sur la base du concours commun de première année

3. Source : DREES, enquête 2007 sur les formations aux professions de santé.

d'études médicales a été expérimenté en 1989 par certains IFMK (Vichy, Dijon). Une majorité d'IFMK (22 sur 35) fonctionne aujourd'hui sur ce modèle. Les effets sont de plusieurs ordres :

- une plus grande variété dans l'origine sociale des étudiants puisque la barrière financière de l'année préparatoire disparaît ; avec, pour corollaire, un plus grand nombre d'étudiants en situation financière difficile et contraints de recourir à l'emprunt ;
- une régionalisation du recrutement (qui convient aux conseils régionaux qui financent certains IFMK) ;
- un meilleur niveau des étudiants : ils ont eu un bac S avec mention et l'année de PCEM₁ leur donne des premières connaissances utiles en santé ;
- un taux apparent de sélection moindre : un étudiant ne concourt qu'à un endroit et la sélection en nombre à l'entrée en PCEM₁ n'existe pas dans les prépas privées ;
- enfin, ce peut être une année valorisable quand le cursus en IFMK est organisé selon le double cursus : licence, master 1/DE.

La presque totalité des institutions représentant la profession rencontrées, appellent de leurs vœux la généralisation de la sélection par le PCEM₁.

La représentation professionnelle

Les deux principaux syndicats chez les praticiens libéraux sont la FFMKR et le SNMKR. Ils s'interrogent aujourd'hui sur les implications de la mise en place des ARS et se réorganisent pour répondre à cette régionalisation.

Les salariés sont représentés par les syndicats « de droit commun ». Il existe par ailleurs un Collège national de la kinésithérapie salariée qui contribue à la représentation salariée.

Les étudiants sont représentés par la FNEK (Fédération nationale des étudiants en kinésithérapie). Il s'agit d'une fédération des associations locales d'étudiants indépendantes qui se sont constituées dans presque tous les instituts de formation.

Le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes a été créé par la loi du n° 2004-806 du 9 août 2004 (*Journal officiel* du 11 août 2004), article 108 (modifiant le Code de la santé publique) et article 109 (modifiant le Code de la Sécurité sociale). Cette date marque le terme d'une histoire assez longue, puisque la loi de 1995 prévoyait déjà cette création.

Depuis son installation, le Conseil national a mis en place le tableau de l'Ordre et élaboré un Code de déontologie (publié en novembre 2008).

L'Ordre est chargé de la mise en place de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) par convention avec la HAS à titre expérimental pour une période de deux ans. Il est également chargé d'un certain nombre de contrôles relatifs à l'exercice de la profession.



es données démographiques

Un effectif en nette progression qui compte de plus en plus de femmes

La profession a connu un large développement au cours des vingt dernières années, tant en nombre de praticiens qu'en niveau d'activité. Le nombre de praticiens est de 66 919 au 1^{er} janvier 2009 dont près de 80 % de libéraux⁴.

Les masseurs-kinésithérapeutes constituent, numériquement, la deuxième profession paramédicale. Ils représentent 7 % des effectifs des professions de santé et 10 % des professionnels paramédicaux.

Outre la progression des quotas, le nombre d'autorisations délivrées chaque année à des kinésithérapeutes titulaires d'un diplôme obtenu dans l'Espace économique européen (EEE), et disposant d'une autorisation d'exercice, contribue à la démographie de la profession. Cette autorisation est délivrée automatiquement par le ministère de la Santé aux diplômés européens qui en font la demande. Marginale jusque dans les années 1990 parmi les praticiens installés en France, cette filière d'accès à la profession a fini par fournir chaque année, à compter du tournant des années 2000, presque autant de nouveaux masseurs-kinésithérapeutes que la filière de formation initiale en France⁵.

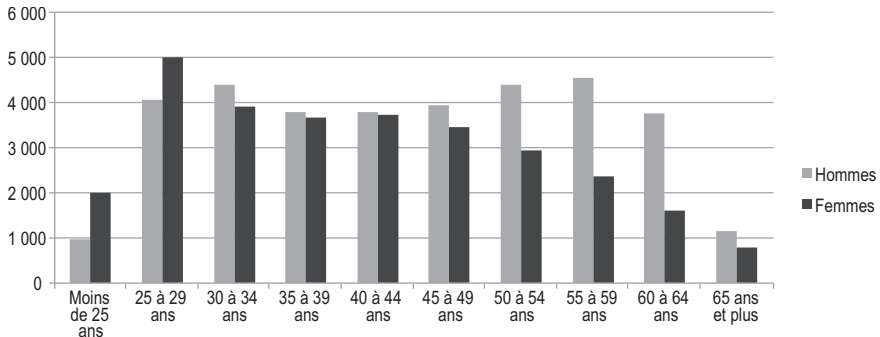
En outre, la directive 2005-36 de l'Union européenne, qui vient d'être transposée en France, permet un exercice « temporaire » pour les praticiens étrangers, sans que la définition de ce caractère temporaire soit précisée.

Comme la plupart des professions de santé, celle de masseur-kinésithérapeute connaît des évolutions démographiques notables en termes de vieillissement et de féminisation. L'âge moyen des masseurs-kinésithérapeutes est de 42,9 ans, soit un peu supérieure à la moyenne des professions de santé (41,4 ans).

Au 1^{er} janvier 2008, 45,8 % des masseurs-kinésithérapeutes sont des femmes (46,8 % au 1^{er} janvier 2009). La profession se féminise au point que les moins de 30 ans sont très majoritairement des femmes, alors que parmi les plus de 50 ans on ne compte que 36 % de femmes.

4. Source : Sicart D., 2009, « Les professions de santé au 1^{er} janvier 2009 », *Document de travail, série Statistiques*, DREES, n° 131, avril.

5. Ces autorisations étaient, pour l'essentiel, délivrées à des titulaires de diplômes belges (88 %), les deux tiers étaient d'ailleurs de nationalité française. Jusqu'en 2006 en effet, la Belgique n'imposant pas de quota à l'entrée à la formation de kinésithérapeute, des étudiants français ayant échoué au concours en France ou préférant d'emblée le système belge se tournaient vers cette solution de repli pour venir ensuite travailler en France. Depuis 2006, la Belgique a mis en place un quota d'étudiants étrangers, et français en particulier.

EFFECTIFS PAR SEXE ET CLASSE D'ÂGE AU 1^{ER} JANVIER 2008

Source : chiffres DREES, graphique Plein Sens.

Des densités très variables d'un territoire à l'autre

La répartition des praticiens est loin d'être uniforme sur le territoire et connaît les mêmes phénomènes d'héliotropisme que l'ensemble des professions de santé, comme l'illustre la carte 1. Si la densité moyenne en janvier 2008 est de 105 kinésithérapeutes pour 100 000 habitants en France métropolitaine, l'écart entre le département le moins doté (l'Eure 59 pour 100 000 habitants) et celui le plus densément doté (Hautes-Alpes : 223 pour 100 000 habitants) varie du simple au quadruple.

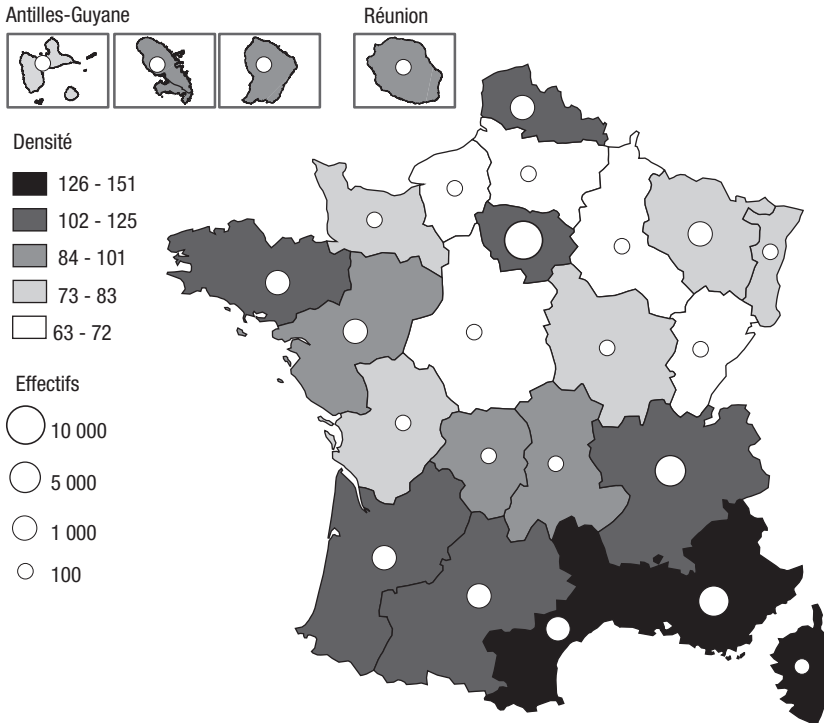
Par ailleurs, la répartition par âge et par région montre que les plus jeunes ne s'installent pas dans les régions les moins bien dotées, à l'exception de la Champagne-Ardenne et, dans une moindre mesure, de la Franche-Comté.

Cependant, une faible densité ne signifie pas qu'il existe un réel « déficit ». Le rapport 2004 de l'ONDPS⁶ a mis en lumière le fait qu'elle pouvait coexister avec une faible activité (comme indicateur de pression de la demande de soin) des praticiens présents sur le secteur et que, à l'inverse, dans des zones à forte densité, le niveau d'activité des masseurs-kinésithérapeutes pouvait être élevé.

On peut souligner également que cette profession de proximité compte un grand nombre de praticiens ruraux : près d'un praticien sur cinq (18,2 %) est en effet installé dans une commune rurale ou de moins de 5 000 habitants (contre 11,2 % des infirmiers et 9,3 % des médecins).

6. Source ONDPS, *Rapport 2004*, tome 4, pp. 41-49.

CARTE 1

DENSITÉ DES EFFECTIFS DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES PAR RÉGION AU 1^{ER} JANVIER 2008

Source : DREES.

Un exercice majoritairement libéral qui s'organise en regroupement et un salariat plus attractif pour les femmes

À l'issue des entretiens, quatre modalités types d'exercice apparaissent : l'exercice libéral en cabinet, l'exercice au domicile des patients, l'exercice en centre de rééducation, l'exercice en hôpital.

La profession voit évoluer ses modes d'exercice libéral et connaît une tendance au regroupement, particulièrement parmi les plus jeunes générations. En 2002, 24 % des praticiens exerçaient dans un cabinet de groupe ; en 2008, ils sont 27 % (sur un effectif accru) à avoir fait ce choix. Les raisons de cette orientation auraient trait aux charges de matériel (elles sont partagées en cabinet de groupe), à la possibilité de bénéficier d'un plateau technique plus important, à la peur de l'isolement (le cabinet de groupe permet un travail en équipe)...

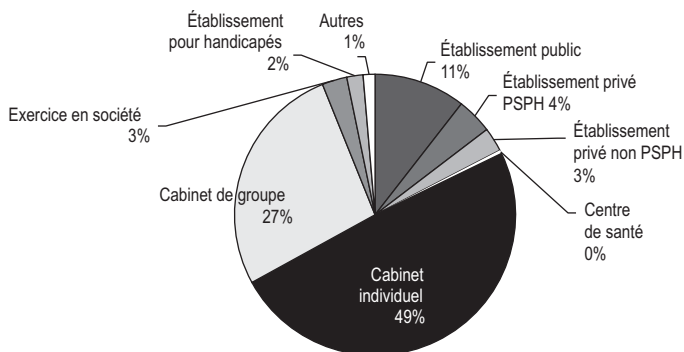
On observe également la tendance, notamment des jeunes, à vouloir travailler en équipe avec d'autres professions médicales. Ils seraient de plus en plus nombreux à vouloir s'impliquer dans des réseaux de soins, en particulier les

réseaux « bronchiolite », ou ceux consacrés à la prise en charge de la douleur, aux soins palliatifs et à la gériatrie (CLIC).

3 % des praticiens exercent dans le cadre d'une société. La pratique en établissement de santé se fait, quant à elle, pour moitié au sein d'établissements publics.

GRAPHIQUE 2

CADRE D'EMPLOI AU 1^{ER} JANVIER 2008

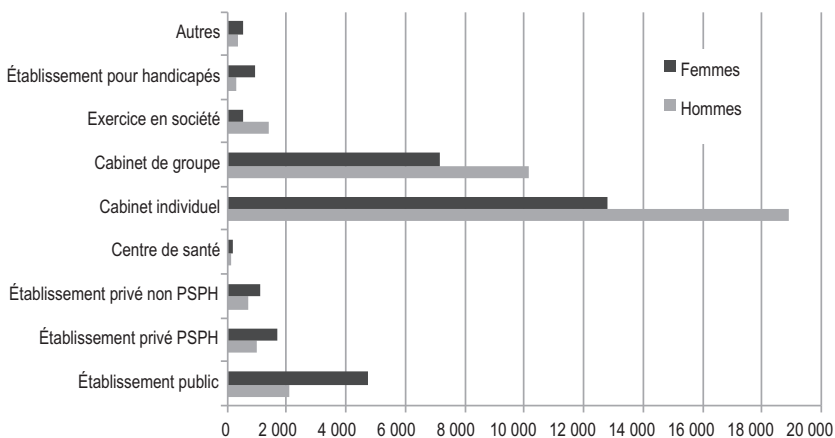


Source : chiffres DREES, graphique Plein Sens.

Le choix du salariat est particulièrement « sexué » puisque 40 % des libéraux sont des femmes contre 67 % des salariés (graphique 3).

GRAPHIQUE 3

EFFECTIFS PAR SEXE ET LIEU D'EMPLOI AU 1^{ER} JANVIER 2008



Source : chiffres DREES, graphique Plein Sens.



es différentes facettes de l'exercice du métier

L'analyse s'attache notamment à comprendre comment la profession apprécie son rôle et l'efficacité des soins qu'elle procure, et comment, individuellement, chacun construit sa pratique de soin et, le cas échéant, sort du cadre conventionnel pour aller vers d'autres actes – en particulier vers l'ostéopathie – ou pour s'assurer une meilleure rétribution.

La profession s'exerce dans un cadre formellement très contraint mais en réalité relativement souple. La pratique est une pratique individualisée jusque dans les tarifs parfois, malgré le cadre conventionnel. La prescription médicale est le plus souvent très sommaire. Les masseurs-kinésithérapeutes rendent en retour peu compte de leur bilan. Se dessine ainsi un cadre autonome de fait, peu évalué par les médecins, pas ou peu contrôlé par les organes de contrôle potentiel. La profession a parfois le sentiment d'être insuffisamment reconnue. Les tenants et les aboutissants de sa pratique de soin lui semblent peu connus. La pratique de l'ostéopathie et, de façon similaire, la pratique de thérapies de rééducation spécifiques hors du champ conventionnel pourraient s'interpréter comme l'expression la plus radicale de cette propension à l'autonomie.

Le parcours professionnel : un large éventail de possibles

À l'issue de leur formation, les détenteurs du diplôme de masseur-kinésithérapeute voient s'ouvrir devant eux ce qui semble être une sorte d'eldorado. Le travail ne manque pas, et ce quel que soit le mode d'exercice choisi.

En conséquence de cette relative facilité d'accès à l'emploi, les cadres d'exercice ne sont pas étanches : on passe aisément de l'un à l'autre, voire on participe des deux en parallèle (par exemple en étant libéral à mi-temps et salarié dans un centre à mi-temps également). Cette réalité alimente chez les masseurs-kinésithérapeutes, la représentation d'une profession où tout est possible à tout moment.

Ce sentiment de liberté est un des principaux aspects positifs du métier : l'étendue des possibles permet aux professionnels de se sentir satisfait de leur mode de travail, quel qu'en soit le cadre.

À l'issue de la formation initiale, les jeunes diplômés passent par une phase déterminante : le choix de leur premier mode d'exercice et les débuts dans leur premier « poste ».

L'installation en libéral est aujourd'hui la voie suivie par le plus grand nombre de diplômés. Elle peut se dérouler de trois façons différentes, selon les logiques formatives et financières des individus :

- La première possibilité est de commencer par effectuer des remplacements dans des cabinets.
- La deuxième possibilité est l'assistantat : le professionnel exerce en libéral. Il rétrocède une partie de ses revenus au masseur-kinésithérapeute propriétaire.
- La troisième possibilité en libéral est celle de l'intégration, création ou reprise d'un cabinet dès l'issue des études. Cela est parfois difficile pour des raisons financières, notamment si la poursuite des études a nécessité un emprunt.

Le premier poste peut aussi être un poste en hôpital. Pour le masseur-kinésithérapeute intéressé par un tel début de carrière, la voie est royale. Les hôpitaux recherchant désespérément du personnel, s'y faire recruter est aisé. Certains hôpitaux procèdent d'ailleurs à des prérecrutements en institut en finançant une partie des études des étudiants en échange de quelques années d'exercice chez eux.

L'exercice salarié

Ce mode d'exercice regroupe des cadres de travail variés. Le salariat en centre ou en hôpital présente des caractéristiques d'emploi très nettement distinctes du libéral. Les pathologies et les patients ne sont pas les mêmes qu'en ville et le travail s'inscrit dans un collectif actif de soin qui est particulièrement distendu en libéral.

Les dossiers font l'objet d'un minimum d'échanges et de partages. Les kinésithérapeutes travaillent sous la direction d'un cadre du métier qui a généralement également la responsabilité des ergothérapeutes et d'autres rééducateurs. Des réunions de service ont lieu rassemblant l'ensemble des rééducateurs et un système de tutorat est parfois mis en place pour les nouveaux arrivants. Les centres de rééducation accueillent par ailleurs régulièrement des stagiaires, ce qui donne l'occasion aux kinésithérapeutes employés de transmettre leurs compétences et de former de nouveaux praticiens. Le centre est donc un lieu de travail en commun même si, dans la réalisation quotidienne du soin, le kinésithérapeute est seul face à « ses » patients.

Le centre de rééducation est généralement perçu comme un lieu de pratique « pointue » par opposition à la pratique généraliste de ville. Les kinésithérapeutes occupent une place reconnue dans un espace de collaboration étroite avec les médecins et chirurgiens. L'inscription dans l'univers médical, l'homogénéité des pathologies prises en charge, font que ce sont des lieux d'apprentissage permanent. Il peut s'y développer des expertises très particulières comme la prise en charge des amputés, qui n'a pas son équivalent technique en ville.

En centre, la prescription recueillie est très précise. Elle peut même aller jusqu'à l'élaboration d'un protocole complet. Le travail est guidé ou *a minima* régulière-

ment discuté avec l'équipe chirurgicale ou médicale. La culture du bilan évolue rapidement et très nettement : il faut écrire les actes réalisés, les expliquer, laisser une trace. Ce changement a été initié par les démarches qualité mises en place par les établissements.

L'exercice en hôpital se réalise dans le cadre d'une hiérarchie et d'un rattachement à un cadre référent. Cette hiérarchie peut limiter nettement l'autonomie des masseurs-kinésithérapeutes. Cela est une caractéristique qui éloigne certains professionnels de ce type d'exercice. Cependant, elle n'a pas le même sens selon qu'elle est portée par un pair ou pas.

Il y a, selon les services et les hôpitaux, des kinésithérapeutes qui se trouvent de fait dans une situation proche de celle décrite pour les libéraux. Ils sont autonomes, ont une prescription parfois vague, rendent des comptes dans la limite de fiches de liaison succinctes. La hiérarchie infirmière n'est pas jugée à même de superviser leur travail.

Dans d'autres services, la situation va être tout à fait comparable à celle du centre de rééducation : inscription dans une équipe de pairs, encadrement par un kinésithérapeute garant d'une meilleure visibilité de la fonction, relation étroite avec les prescripteurs impliqués dans le suivi, systématisation des bilans.

Parler indistinctement de l'hôpital paraît donc trop réducteur, les récits de praticiens hospitaliers et les expériences de stage témoignent de l'extrême variété des situations. En particulier, tous les désavantages de la moindre rémunération peuvent être mis au second plan de l'intérêt pour une pratique de pointe, réalisée dans un environnement d'excellence. Le CHU ou le CHR n'offrent d'évidence pas les mêmes postes que les petits établissements ruraux où la gériatrie occupe une grande place dans la demande de soin.

Une efficacité des soins qui s'analyse différemment selon les multiples champs disciplinaires qui font la diversité du métier

La diversité des pratiques de masso-kinésithérapie est unanimement reconnue : entre la kinésithérapie du sport et le suivi d'un malade Alzheimer existent aujourd'hui une infinité de pratiques, de gestes et de méthodes, de problématiques de prise en charge...

En dépit de cette variété, certains interlocuteurs estiment que la profession aurait une faible capacité d'adaptation et d'anticipation face à l'évolution des besoins de santé publique, comme à la demande « du marché ».

Pourtant, beaucoup notent un élargissement non négligeable des domaines d'intervention de la profession depuis les années 1980 : cardio-respiratoire, neurologie et même dermatologie... La profession s'est éloignée de l'ancrage traditionnel dans le champ de la traumatologie et de la rhumatologie.

Hormis pour l'ostéopathie, qui est désormais reconnue et bénéficie d'un statut particulier, il faut d'abord noter que le sujet des « exercices spécifiques », des « spécialités » ou des « expertises », quelle que soit la terminologie employée, n'est pas ressorti comme un enjeu prioritaire au cours des entretiens. Les exercices spécifiques existent, et cette réalité est reconnue par l'ensemble de la profession. Il faut noter que les interlocuteurs regroupent sous ce terme à la fois les « spécialités par domaine » (par exemple la neurologie, la gériatrie...) et les méthodes (Mézières, Feldenkreis...).

Pour analyser les types de progrès réalisés grâce ou avec la kinésie, les professionnels distinguent d'ailleurs les différents champs disciplinaires. Les discours spontanés font état d'un certain nombre de constats partagés sur de grands domaines qui identifient bien des champs de pratique de nature très différente du point de vue de la forme des pathologies et des résultats attendus de la kinésithérapie.

La rééducation orthopédique est le domaine fondateur du métier qui a d'abord été celui de la réparation post-traumatique. Dans ce domaine, la kinésie est utile pour accélérer et fiabiliser un processus de rééducation. À côté de la réparation post-traumatique orthopédique ou musculaire, qui correspond aux lettres de noblesse du métier, il existe des domaines plus incertains parce que moins « mécaniques ». Ainsi, la rééducation neurologique ou des pathologies rhumatologiques paraît par nature plus incertaine, c'est d'ailleurs ce qui en fait l'intérêt aux yeux de quelques praticiens. Cette incertitude procède pour une part du caractère évolutif de certaines pathologies. La kinésie vient ralentir les effets d'un processus dégénératif, ce sont des suivis longs et réguliers, parfois jusqu'à la mort dans les pathologies graves et évolutives.

À l'inverse de ces prises en charge longues et incertaines, il y a la « kiné-respi » qui se développe très fortement : séances courtes qui produisent des effets immédiats à chaque séance. C'est mécanique et pourtant délicat : d'abord parce que pour l'essentiel il s'agit d'enfants, mais aussi parce que cela relève d'une technicité très particulière à propos de laquelle chacun s'accorde à dire qu'elle nécessite une formation *ad hoc*.

Enfin, il y a une figure de pathologie bien à part qui confronte les praticiens (et ceux les plus enclins au questionnement réflexif sur leur pratique) à un certain sentiment d'impuissance : c'est celle du « mal de dos ».

L'usage même d'un vocabulaire non médical pour désigner la pathologie indique qu'il s'agit d'un ensemble assez protéiforme de troubles, dont le diagnostic est parfois insuffisamment énoncé par les médecins. Des troubles somatiques pour lesquels la kinésie va apporter au mieux un soulagement passager, sans en supprimer les origines : soit parce qu'elles sont ostéo-articulaires, soit parce qu'elles sont « ailleurs », loin du symptôme et non identifiées, ou parce que leur origine serait dans certains cas avant tout psychologique.

Enfin, à l'autre bout de la chaîne, se positionnent les soins de confort. Si le massage de confort est par nature efficace car il répond à une demande de « soin de soi » qui est satisfaite en grande partie dès lors que le massage est réalisé, les

soins esthétiques sont eux beaucoup plus aléatoires sans une discipline d'entretien et d'hygiène des patientes. Les professionnels ont la technicité pour investir des champs de soins non thérapeutiques dans le domaine du confort et de l'esthétique. Ils semblent le faire très marginalement. La demande de soins à visée thérapeutique est soutenue et le sens du métier se trouve dans le champ médical.

La liberté de choisir et d'agir qu'ouvrent les différents champs disciplinaires brièvement présentés est sans doute une des clés de la richesse perçue du métier. Les études sont unanimement dénoncées comme trop courtes pour laisser suffisamment de place à la très grande diversité des approches et méthodes thérapeutiques. Certains apprentissages de base ne sont qu'abordés. Elles fournissent la base d'une kinésie qualifiée de classique dont certains éprouvent assez rapidement les limites, soit qu'ils y trouvent une certaine routine, soit qu'ils constatent une inefficacité relative. Les plus curieux, c'est ainsi qu'ils se définissent, sont donc amenés à chercher, à se former, à faire une évaluation autonome de ce qui est utile ou pas pour améliorer la performance de la pratique.

La formation professionnelle continue est de ce fait une pratique importante au sein de la profession. Son importance est soulignée par tous, mentionnée dès les études initiales et présentée comme un élément de vitalité du métier. Elle vient nourrir l'évolution de la pratique professionnelle et constitue des moments importants de la carrière.

Le champ d'action et les marges de manœuvre et d'autonomie

Le masseur-kinésithérapeute est un professionnel de santé qui exerce une activité réglementée. Il agit sur prescription d'un médecin mais ce cadre prescriptif a évolué vers plus d'autonomie du masseur-kinésithérapeute. En contrepartie, il est sensé rendre compte par écrit de son diagnostic et du bilan de son intervention.

Le champ d'activité est strictement défini par un décret d'actes qui confère au kiné le monopole de ces actes. La presque totalité des praticiens est conventionnée et n'a pas accès au dépassement d'honoraire, sauf à titre exceptionnel. L'enquête réalisée auprès des praticiens révèle toutefois qu'il peut exister des écarts entre la règle de la cotation et la pratique.

La prescription en kinésithérapie intervient pour tout ce qui relève du champ thérapeutique. La prescription a deux fonctions : l'ouverture des droits à remboursement et la couverture légale de l'acte. Elle devrait en avoir une troisième via le bilan : la continuité du suivi du patient *via* l'actualisation du dossier du patient par le médecin référent. Mais cette troisième fonction reste à construire.

Prescription, décret d'actes, norme conventionnelle pour la durée des séances, rémunération à l'acte selon un tarif conventionnel, sont autant de limites qui paraissent définir un cadre de pratique contraignant. La réalité semble s'écarter

notablement de cette lettre de la loi, et il apparaît plutôt que les masseurs-kinésithérapeutes exercent dans une relative autonomie.

Cette autonomie est d'abord une autonomie de fait vis-à-vis de la prescription. Certes, celle-ci doit exister, mais elle est loin de poser un cadre de soin directif, à l'exception de certaines situations d'exercice salarié pour lesquels des protocoles de rééducation sont imposés.

Les prescriptions continuent d'être quantitatives, ce qui permet d'être dans un système ajustable en fonction des besoins. Les prescriptions sont le plus souvent très laconiques quant au contenu des actes à mettre en œuvre. Certains kinésithérapeutes interprètent cela comme une forme de méconnaissance de leur métier, d'autres y voient du mépris. Mais le plus important est l'absence le plus souvent des éléments de diagnostic, des radios et des comptes-rendus opératoires. L'explicitation des contre-indications leur paraît insuffisante.

Concernant l'exercice du bilan, la situation est mitigée : peu de bilans sont réalisés par les libéraux, ou bien de façon irrégulière, dans des formats différents. Ils sont parfois rédigés sans être transmis. Les masseurs-kinésithérapeutes soulignent la distance avec le schéma idéal du médecin traitant qui connaît, analyse et transmet les informations sur son patient aux autres professionnels de santé. Le patient est en réalité le porteur de son propre dossier médical : tout se passe comme s'il était capable de transmettre aux kinésithérapeutes les éléments sur son état de santé, le diagnostic du prescripteur. Cette situation peut se rencontrer à la sortie de l'hôpital. Les quelques praticiens hospitaliers enquêtés dans le cadre de l'étude confirment en effet l'absence d'une liaison vraiment pensée avec la prise en charge libérale.

Au total, le kinésithérapeute libéral est très libre dans le choix de ses actes et ne rend compte à personne de sa pratique. Cette position a pour vertu de lui conférer un fort sentiment d'autonomie et d'expertise impartageable, mais elle a pour contrepartie une absence de reconnaissance.

Certains représentants de la profession s'interrogent sur la possibilité de ne plus définir la profession par une liste d'actes mais de se fonder sur un domaine d'intervention défini par un domaine de compétence. Cette évolution permettrait des modes de coopération plus souples dans les prises en charge. Ils impliqueraient éventuellement plusieurs praticiens (par exemple le kinésithérapeute faisant une piqûre en plus de son intervention en kinésithérapie, et l'infirmière effectuant quelques mouvements de rééducation du genou lors de sa venue chez le patient). Ce type d'approche pourrait apporter des solutions dans les zones peu denses en professionnels de santé.

Un secteur libéral fidèle à sa vocation de premier recours mais très hétérogène dans ses choix de pratiques

Les praticiens rencontrés ne doutent pas de l'efficacité de leurs soins même s'ils savent en dessiner les limites. Pour autant, l'absence de référence et de

normes de pratiques reconnues et établies conduit à une grande hétérogénéité des protocoles de soin. Chaque praticien, en particulier libéral, construit sa pratique. Cette libéralité a deux dimensions. En premier lieu, on observe que leurs pratiques sont variées : certains massent, d'autres pas ; certains ont recours à la physiothérapie, d'autres pas ; certains se forment à des techniques ou méthodes particulières, d'autres pas. En second lieu, la forme des séances et leur durée varient considérablement d'un cabinet à l'autre, voire d'un praticien à l'autre, y compris au sein d'un même cabinet.

La norme conventionnelle pour les séances prévoit que le praticien soit seul avec son patient pendant environ 30 minutes, mais la réalité peut très nettement s'écarter de cette norme.

L'enquête a permis d'identifier six grandes classes d'organisation des séances, sans bien sûr que cela permette de déterminer le poids respectif de chacune. Ces six grandes classes se distinguent selon que le kinésithérapeute est seul ou non avec son patient : selon les cas, le praticien est seul et entièrement dédié à son patient, ou bien traite 3 ou 4 patients simultanément, ou plus encore quand les séances sont assimilables à de la pratique supervisée. Quand le praticien ne prend qu'un seul patient à la fois, la séance peut se limiter à 30 minutes, ou bien être éventuellement un peu plus courte mais se prolonger par des exercices ou de la physiothérapie, ou bien encore être entièrement manuelle mais nettement plus longue (45 minutes ou 60 minutes). Se dessinent ainsi des modes de prise en charge extrêmement hétérogènes, davantage dictés par des choix de pratique du kinésithérapeute que par une référence de pratique, fonction des pathologies à soigner (*cf.* schéma 1).

Il faut cependant noter que si, pour certains praticiens, la prise en charge simultanée de patients est un choix, pour d'autres, qui se trouvent traiter 4 ou 5 patients par heure, ce choix n'est pas délibéré. Dans les zones rurales où la demande est très soutenue, il paraît difficile de refuser de prendre en charge une rééducation et le praticien est amené au fil du temps à prendre de plus en plus de patients par jour, tout en ayant conscience de dégrader la prise en charge de chacun. Il n'est pas particulièrement satisfait de cette évolution même si ses revenus s'en trouvent améliorés⁷.

Dans un monde sans référence thérapeutique partagée, le temps est vu par certains comme la mesure de la qualité des soins. Ce temps est, en outre, synonyme de possibilité de masser les patients ou pas. Le massage est ainsi présenté par ceux qui le pratiquent systématiquement comme une part de l'éthique du métier.

7. Une autre catégorie d'exercice libéral est celle de l'exercice au domicile. L'exercice de la kinésithérapie à domicile exclusivement, c'est-à-dire sans la matérialisation même minimale d'un cabinet, est assez peu fréquent même en milieu rural. Ceux ou celles qui ont fait ce choix soulagent leurs confrères des environs car, au total, cet exercice semble présenter plus de désavantages que d'avantages.

Plusieurs voies de sortie de la règle conventionnelle pour la réalisation des actes de masso-kinésithérapie peuvent être identifiées. La plus visible est celle qui consiste à pratiquer des dépassements d'honoraires. L'autre consiste à respecter le code tarifaire mais à ne pas respecter la norme de 30 minutes passées avec chaque patient.

À partir de la typologie des séances présentée dans le schéma des formes de séance (*cf. supra*), plusieurs modalités de sortie de la convention peuvent être repérées :

- Les praticiens qui observent strictement la convention dans la durée et la forme des séances et la tarification prévue : cas types B ou C ne pratiquant pas le dépassement d'honoraires. Ils sont à la fois fiers de leur rigueur et désolés qu'elle soit si mal récompensée financièrement.
- Les praticiens qui respectent la règle de séances individuelles de 30 minutes mais qui font du dépassement d'honoraires permanent : cas B ou C. Les séances s'élèvent d'après l'échantillon enquêté en général à 20 euros, soit 10 à 20 % de dépassement.
- Les praticiens qui font des séances atypiques très longues et qui font également un dépassement d'honoraires plus massif (cas A). Les tarifs des séances sont de 40 à 60 euros.
- Les praticiens qui ne prennent qu'un patient à la fois, mais moins de 30 minutes, généralement 20 min. Ils prolongent les séances avec des exercices où le patient est seul. Ils appliquent les tarifs conventionnels pour une séance.
- Les praticiens qui font une prise en charge collective : patients en simultanée ou groupes. Ceux-là ne sortent pas du cadre conventionnel tarifaire mais ne respectent pas la règle de durée de la prise en charge (cas D, E et F).

L'absence de contrôle et l'appréciation des situations par l'assurance maladie, perçue comme inégale⁸ redessinent des règles admises, loin des règles écrites.

■ ■ Pousser les frontières de la kinésithérapie

« Aller plus loin », c'est ce qui motive certains praticiens à engager continûment des formations professionnelles parfois lourdes, à investir des « méthodes » qui se développent dans le champ de la kinésithérapie, jusqu'à construire un champ de pratique dans les marges de la kinésithérapie dite classique mais qui peut cependant s'exercer dans le cadre conventionnel. À cet égard, est considéré comme hétérodoxe toute pratique qui requiert un temps de séance qui excède les 30 minutes conventionnelles.

L'histoire des techniques de kinésithérapie montre que l'orthodoxie est évolutive et que certaines approches ou techniques se trouvent parfois gagner en légitimité au fil des ans. L'ostéopathie en est un exemple jusque dans sa reconnaissance légale toute récente. Les masseurs-kinésithérapeutes sont de plus en plus

8. D'après les entretiens, la tolérance serait variable selon les caisses.

nombreux à pratiquer l'ostéopathie. Ils adressent volontiers, consultent pour eux-mêmes, et les étudiants semblent l'envisager très spontanément comme une perspective de formation probable, à tout le moins vraisemblable.

On deviendrait ostéopathe pour sortir de certaines impasses : en particulier des douleurs que l'on ne fait pas disparaître. L'ostéopathie remplace de longues séries de séances inopérantes dans certaines pathologies. Le passage à l'ostéopathie est d'abord motivé par le souhait de disposer d'un arsenal thérapeutique plus large et plus puissant. D'une certaine façon, la légitimation progressive de l'ostéopathie et son fort développement ne font qu'étendre la question des pratiques de référence.

In fine, l'accès au statut d'ostéopathe reconnu, exclusif ou non, change la position du praticien dans le champ des professions de santé. L'ostéopathe quitte l'hétéronomie du paramédical pour acquérir une position de prescripteur autonome. Il se réapproprie pleinement le diagnostic, qui n'est plus seulement le diagnostic kinésithérapeutique, mais le diagnostic médical. Il n'y a plus de prescription. La pratique est réenchântée par ce nouveau savoir et ce nouveau pouvoir, le rapport aux patients est entièrement transformé : les patients sont en demande explicite et leur démarche représente une dépense. Il s'agit de patients actifs, soucieux de l'entretien de leur santé. À cet ensemble de facteurs de reconnaissance symbolique s'ajoute la reconnaissance matérielle : le temps passé comme la compétence sont rétribués à un niveau jugé juste, puisque librement établi.

 **Conclusion**

La forte autonomie de pratique que révèle l'étude pourrait être interprétée comme une position de force dans le champ des professions de santé. Mais, en réalité, parce que ce champ autonome de pratique n'est pas assis sur un corpus de références scientifiquement établies, il prend plutôt la forme d'un champ d'action qui manque de considération, au sens premier comme figuré du terme. En l'absence d'une doctrine clairement établie sur la méthode, les masseurs-kinésithérapeutes construisent et inventent leur thérapeutique.

Cette situation est le résultat d'un développement du domaine sur des bases très empiriques, d'un maintien à l'écart du champ universitaire et médical, d'un système de formation initiale hétérogène ainsi que d'une offre de formation continue pléthorique, qui distingue mal l'orthodoxie de l'hétérodoxie.

Les représentants de la profession fondent leurs espoirs dans la constitution d'un corpus de « *evidence based practices* ». Cette perspective est très éloignée des représentations de la majorité des masseurs-kinésithérapeutes. Elle va même, peut-être, à l'encontre d'une certaine vision fondamentalement empiriste et autonome du métier. Ainsi, cette fragilité intrinsèque de la profession qui ne sait pas faire la preuve de son efficacité n'est pas vécue comme telle dans l'exercice du métier. La pratique quotidienne permet plutôt à chacun de se construire des règles raisonnées en propre, qui concluent majoritairement à l'efficacité des actes.



Composition du comité de pilotage

Président du comité de pilotage

Pr **Yvon BERLAND**, président de l'ONDPS

Membres du comité de pilotage

CNAMTS

M. **Claude GISSOT**, direction de la stratégie, des études et des statistiques

Ministère de la Santé et des Sports :

DGS

Mme **Michèle BRIAN**, PP - Politique des pratiques et des produits de santé, PP1 - Qualité des pratiques et recherche biomédicale, CNMBRDP, aspects juridiques, autorisations

DHOS

Mme **Anne DARDEL**, chargée de mission Métiers Compétence Formation, sous-direction des professions paramédicales et personnels hospitaliers - Bureau P1

ONDPS

Mme **Martine BURDILLAT**, secrétaire générale

Dr **Dominique BAUBEAU**, chargée de mission

Professionnels de santé :

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK)

M. **Éric PASTOR**, secrétaire général du CNOMK et membre du Conseil d'orientation de l'ONDPS

Collège national de la Kinésithérapie salariée (CNKS)

M. **Yves COTTRET**, président

Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR)

M. **Alain BERGEAU**, président

M. **Pol LORIN**, conseiller fédéral de la région Champagne-Ardenne-Lorraine de la FFMKR

Fédération nationale des étudiants en kinésithérapie (FNEK)

M. **Philippe LOUP**, président

M. **Baptiste MICHAUX**, président

Syndicat national des instituts de formation en masso-kinésithérapie (SNIFMK)

M. **Philippe SAUVAGEON**, président

Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER)

Pr **Alain YELNIK**, président

Dr **François DANIEL**, membre SOFMER

Syndicat national des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (SNMKR)

M. **Tristan MARÉCHAL**, président

Personnes rencontrées

Haute autorité de santé (HAS), service de l'évaluation de pratiques
M. **Jean-Michel CHABOT**, conseiller technique auprès du directeur

CNAMTS

M. **Jean-Pierre ROBELET**, directeur de l'offre de soins

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK)

M. **Éric PASTOR**, conseiller national

Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR)

M. **Alain BERGEAU**, président

Syndicat national des Masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (SNMKR)

M. **Tristan MARECHAL**, président

Collège national de la Kinésithérapie salariée (CNKS)

M. **Yves COTTRET**, président, et M. **Eric ROUSSEL**

Société française des kinésithérapeutes du sport (SFKS)

M. **Franck LAGNAUX**, président

Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER)

Dr **François DANIEL**

Fédération nationale des étudiants en kinésithérapie (FNEK)

M. **Philippe LOUP**, président

Institut de formation en masso-kinésithérapie (IFMK) de Marseille

M. **Philippe SAUVAGEON**, directeur

Institut de formation en masso-kinésithérapie (IFMK) de Paris Assas

M. **CHARLES**, directeur

Institut de formation en masso-kinésithérapie (IFMK) d'Amiens,

M. **AUDEMER**, directeur

Institut de formation en masso-kinésithérapie (IFMK) de Saint-Maurice

Mme **BERGEAU**, directrice

Quatre entretiens exploratoires ont été menés avec des praticiens en exercice.

Enfin, deux entretiens, visant à éclairer les chiffres sur la kinésithérapie en

Europe, ont été menés avec **Jean-Paul BELGRADO**, professeur, et **Jean-Jacques MORAINÉ**, directeur, à l'Institut des sciences de la motricité de l'Université Libre de Bruxelles.

Ce rapport, qui constitue le deuxième tome du rapport 2008-2009 de l'ONDPS, fournit une analyse de la prise en charge médicale de l'insuffisance rénale chronique. L'état des lieux, plus particulièrement approfondi dans quatre régions, permet de mettre en lumière les liens entre les données démographiques, la patientèle et l'implantation territoriale des structures de soins. Les comportements des plus jeunes sont étudiés. Trois scénarii d'évolutions illustrent les questions à débattre et les choix qui pourraient s'opérer.

Ce tome comporte également la synthèse d'une étude consacrée au métier de masseur-kinésithérapeute. Elle rassemble les principales données démographiques et identifie les diverses facettes de l'exercice du métier.

ONDPS

Ministère de la Santé et des Sports
14, avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
Téléphone : 01 40 56 89 36

ONDPS © 2009
Éditions DICOM : 09.104-2
Imprimé en France

ONDPS

ANALYSE DES PROFESSIONS • Insuffisance rénale chronique, masseur-kinésithérapeute

Le rapport 2008-2009

2

TOME 2

ANALYSE DES PROFESSIONS

Insuffisance rénale chronique, masseur-kinésithérapeute

Le rapport 2008-2009

